

SOMMAIRE

Introduction générale :.....1

Chapitre I : La portée théorique de la santé reproductive et la pauvreté.

Introduction :	8
I -Santé reproductive : concepts, définitions et indicateurs :	9
II -Pauvreté : Concepts, définitions et mesures :	22
III- Relation entre la santé reproductive et la pauvreté dans la littérature.....	35
Conclusion :	51

Chapitre II: Analyse et tendance de la santé reproductive en Algérie : Evolution, Evaluation selon les Objectifs du millénaire pour le développement et les stratégies réalisées.

Introduction.....	55
I- Analyse de l'évolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie :	56
II- Evaluation des indicateurs de la santé reproductive selon les OMD :	74
III- Stratégies pour améliorer les indicateurs de la santé reproductive en Algérie :	78
Conclusion :	95

Chapitre III: Analyse de la pauvreté en Algérie

Introduction.....	99
I- Situation économique algérienne.....	100
II- L'évolution et l'évaluation de la pauvreté en Algérie:.....	110
III- Stratégies pour combattre la pauvreté en Algérie:.....	124
Conclusion:.....	132

Chapitre IV: Etude de la relation entre la santé reproductive des femmes et la pauvreté non monétaire des ménages à partir des données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002.

Introduction:	135
I- Aspect méthodologique:.....	136
II-Estimation des indices synthétiques de pauvreté non monétaire et de santé reproductive.146	
III-Modèle de régression: la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.....	168
Conclusion:.....	178

Conclusion générale:.....	180
Références bibliographiques	183
Annexes	191
Liste des tableaux et des figures.....	200
Liste des abréviations	204
Table des matières	

Introduction Générale

Introduction Générale :

Le domaine de la santé reproductive représente une des priorités essentielles pour la communauté mondiale, plusieurs programmes d'action ont pris en considération cet aspect, parmi ces programmes : la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est déroulée au Caire en 1994, et la quatrième conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Beijing en 1995. Leur intention s'est déplacée de la maîtrise de l'évolution démographique pour se focaliser sur la santé reproductive. [OSMO. K, 2004]. Ce concept selon les participants de la CIPD représente la voie de l'avenir et une bonne solution de rechange aux programmes qui se sont limités à la planification familiale. [COOK. R.-J., al. 2005].

La santé reproductive n'est pas seulement un élément important à la santé intégrale de l'être humain dont la responsabilité incombe au secteur de la santé, mais elle prend en considération le développement et les droits humains. [COOK. R -J., al., 2005]. Plus précisément, elle s'inscrit dans les investissements de chaque société et dans son capital humain pour un développement durable qui touche la famille ainsi que la société. [SOLIS. J.-A., 1998]

Le domaine de la santé reproductive prend une critique considérable chez les femmes car une grande partie de la charge totale de sa morbidité est associée à la fonction et à la capacité reproductive. Elles ont un appareil génital complexe qui est vulnérable aux dérèglements et à la maladie.[COOK. R.-J., al., 2005]. Cependant, la population féminine est une population fragile et qui a des besoins de santé spécifiques par rapport à l'homme d'une part et c'est une population précaire et pauvre d'autre part.

La pauvreté va de paire avec un accès difficile aux services de santé, en particulier la santé maternelle. C'est dans les pays les plus pauvres que les problèmes de santé génésique et sexuelle sont les plus répandus, car les services de santé y sont généralement dispersés ou matériellement inaccessibles avec le manque de personnel, de ressources et de matériel. [COOK. R.-J.,al., 2005]

Le PNUD a estimé au niveau de la conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995, que « la pauvreté a un visage féminin » et que 70% des pauvres du monde étaient des femmes. [COOK. R.-J.,al., 2005].

Le programme des Nations-Unies pour la population (FNUAP) dans son rapport sur l'état de la population mondiale en 2002, a constaté que l'élimination de la pauvreté se fait par l'accès des femmes aux soins de santé reproductive et par le respect de leurs droits génésiques ainsi que par des efforts axés sur le développement des plus pauvres [ONU, 2002]. En effet, la santé reproductive est devenue un enjeu-clé de lutte contre la pauvreté, cela était parmi les objectifs du millénaire pour le développement proposé par les Nations-Unies [NIELSON P., 2009]. Ces objectifs consistent à améliorer les indicateurs de la santé reproductive telles que la mortalité maternelle et la mortalité infantile pour combattre la pauvreté.

Depuis les années soixante-dix, l'Algérie a connu un changement au niveau des comportements familiaux et reproductifs, qu'il s'agisse de la baisse de la fécondité qui était de l'ordre de 7,9 enfants par femme en 1970 [Rapport interministériel sur le programme de la maîtrise de la croissance démographique, 1983] à 2,84 enfants par femme selon le RGPH de 2008, ensuite une légère augmentation de la fécondité soit 3,03 enfants par femmes [ONS, 2013]. Le report de l'âge au premier mariage pour les femmes qui était de 18,3 ans en 1970 à 29,9 ans en 2006 [MICS3, 2006] et à 29,3 ans selon RGPH de 2008 [ONS, 2013], qui fait augmenter par la suite l'âge de la première maternité.

Cependant, les indicateurs de la santé reproductive se sont sensiblement améliorés. Le rapport de Mortalité Maternelle (RMM) a connu une baisse remarquable de l'ordre de 66,56% pendant une période de vingt et un ans (entre 1989 et 2010). Le Taux de Mortalité Infantile (TMI) a connu aussi une amélioration de l'ordre de 83% pour une période de quarante ans. Le Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) s'est amélioré, en passant de 35,5% en 1986 [ENAF, 1986] à 64,8% en 2010 [Mission-algérie.ch, 2011].

Durant les dernières années, grâce à la reprise de la croissance économique et les stratégies de lutte contre la pauvreté, la pauvreté extrême a pratiquement disparu en Algérie. En utilisant le ratio d'un dollar/jour PPA, la proportion de personnes vivant en grande pauvreté est passée de 1,9% en 1988 à 0,6% en 2005. [Gouvernement Algérien, 2010].

L'Algérie a connu une amélioration au niveau des indicateurs de la santé reproductive et une réduction de la pauvreté, cela nous amène à poser la question principale suivante : **Es-ce que l'amélioration de la santé reproductive de la femme en âge de procréation agit sur la réduction de la pauvreté ?** Telle est la question essentielle que vise cette étude.

Questions secondaires :

- Existe-t-il réellement une amélioration de tous les indicateurs de la santé reproductive en Algérie ?
- Existe-t-il réellement une réduction de la pauvreté en Algérie ?
- Existe-t-il une relation entre la santé reproductive des femmes mariées en âge de procréation et la pauvreté en Algérie ?
- Une amélioration de la santé reproductive des femmes mariées en âge de procréation conduit-elle réellement au recul de la pauvreté dans les ménages ?

Objectifs :

L'objectif principal de ce travail est d'étudier la relation qui existe entre la santé reproductive et la pauvreté en Algérie à partir des données de l'enquête ménage. Mais avant cela nous allons étudier les objectifs suivants :

- Analyser la tendance des indicateurs de la santé reproductive ainsi que la pauvreté en Algérie.
- Evaluer la santé reproductive et la pauvreté à partir des objectifs du millénaire de développement.
- Estimer le niveau de la santé reproductive et de la pauvreté à partir d'une méthode empirique en utilisant des données de l'enquête ménage.

Méthodologie :

L'étude vise donc à cerner les relations de causalité entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire, en s'intéressant plus particulièrement aux femmes algériennes non célibataires et en âge de procréation ainsi que leurs ménages afin d'étudier ces relations.

La méthodologie est essentiellement basée sur les données des enquêtes démographiques et de santé ainsi que les données sur les enquêtes de consommation et de niveau de vie effectuées en Algérie afin d'étudier l'évolution dans le temps de la santé reproductive et de la pauvreté au niveau macro.

La partie empirique de cette thèse se base sur les données de l'enquête nationale sur la santé de la famille de 2002. Le choix de l'enquête est basé sur la possibilité d'obtenir les bases de données nécessaires et adéquates aux objectifs de l'étude.

L'analyse des données de cette enquête consiste d'une part à estimer le niveau de la santé reproductive des femmes ainsi que de la pauvreté non monétaire des ménages à partir d'une

méthode empirique et d'autre part de faire des modèles de régression linéaire et logistique pour étudier la relation entre la santé reproductive et la pauvreté au niveau des ménages. Le modèle de régression linéaire consiste à étudier la relation linéaire entre la santé reproductive et la pauvreté, plus précisément d'étudier l'effet de la pauvreté sur la santé reproductive telle qu'il est présenté dans la littérature. Le modèle de régression logistique étudié la relation inverse entre la santé reproductive et la pauvreté plus précisément de montrer l'effet de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

Les hypothèses : l'étude repose sur les hypothèses suivantes :

- Il existe une amélioration de tous les indicateurs de la santé reproductive en Algérie ;
- Il existe une réduction de la pauvreté en Algérie ;
- Il y a une relation entre la santé reproductive des femmes mariées en âge de procréation et la pauvreté en Algérie;
- Une amélioration de la santé reproductive de la femme mariée en âge de procréation conduit le ménage d'échapper à la pauvreté;

Le plan de la thèse : Le plan de la thèse s'organise en quatre chapitres :

Le premier chapitre est d'ordre théorique puisqu'il porte sur les différents concepts et définitions ainsi que les différentes mesures de la santé reproductive et la pauvreté. Tout d'abord, nous donnons l'aspect théorique de la santé reproductive. Ensuite, nous abordons l'aspect théorique de la pauvreté. Enfin, nous exposons la revue de la littérature sur la relation entre la santé reproductive et la pauvreté.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de la santé reproductive en Algérie. Nous commençons par l'analyse de l'évolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie. Ensuite, nous donnons une évaluation de ces indicateurs selon les objectifs du millénaire pour le développement. Enfin, nous exposons les stratégies réalisées pour améliorer la santé reproductive en Algérie en rappelant les politiques de la population et de santé mises en place depuis l'indépendance.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude de la pauvreté en Algérie en retraçant en premier lieu le contexte économique algérien après l'indépendance. Ensuite, nous analysons l'évolution de la pauvreté ainsi que son évaluation selon les objectifs du millénaire de développement. Enfin, nous abordons les différentes stratégies de lutte contre la pauvreté.

Comme nous avons déjà mentionné ci-dessus, les travaux empiriques se fondent sur une enquête nationale sur la santé de la famille de 2002. Le quatrième chapitre sera consacré à cette enquête. Dans un premier temps, nous présentons l'aspect méthodologique de cette enquête. Dans un second temps, nous étudions la pauvreté non monétaire et la santé reproductive au niveau macro et micro en calculant l'indice multidimensionnel de la pauvreté non monétaire et de la santé reproductive. Enfin, nous étudions la relation entre la pauvreté non monétaire et la santé reproductive au niveau des ménages en utilisant les différents modèles de régression.

ClicCours.com

Chapitre I : La portée théorique de la santé reproductive et la pauvreté.

Introduction :

Ce premier chapitre est consacré aux fondements théoriques sur la santé reproductive et la pauvreté. Il contribuera à clarifier les concepts et les méthodes de mesure qui seront utilisés dans les chapitres qui suivent. Il s'articule autour de trois principaux points :

Le premier point traite le concept et les définitions de la santé reproductive, ainsi que les différents indicateurs de cette dernière.

Le deuxième point porte sur les concepts et les définitions de la pauvreté. Nous abordons alors les différentes approches de la pauvreté (approche monétaire et non monétaire), ainsi que les différentes mesures.

Le troisième point est consacré à l'étude de la relation entre la pauvreté et les différentes composantes de la santé reproductive à travers les études menées dans ce domaine. En suite, nous présentons les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en donnant quelques exemples des pays en développement qui font des efforts pour atteindre ces objectifs particulièrement dans le domaine de la santé reproductive et de la pauvreté.

I - Santé reproductive : concepts, définitions et indicateurs :

I-1 - Concepts et définitions :

Le concept santé reproductive est apparu pour la première fois dans la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 par les Nations-Unies où il a bénéficié d'une grande attention de la part des participants. Il a été adopté parce qu'il « représente la voie de l'avenir et une bonne solution de rechange aux programmes limités à la planification familiale » [COOK R.-J. et al, 2005, p.11]. Après un an ce concept est réapparu dans la quatrième conférence mondiale sur la femme tenue à Beijing. [ONU, 1997]

Le concept santé reproductive est plus large et plus important que celui de la planification familiale car le rôle de cette dernière se limite à la maîtrise de l'évolution démographique¹ c'est-à-dire la maîtrise de la fécondité, par contre la santé reproductive prend en compte plusieurs notions comme la planification familiale, la santé de la mère, la santé de l'enfant, la santé des couples (santé sexuelle), la santé des jeunes et les droits de procréation...

I-1-1 - Santé reproductive :

La santé reproductive telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) englobe plusieurs notions comme la planification familiale, la santé sexuelle, le droit à la procréation, les services de la santé reproductive.....

Selon l'OMS², la santé reproductive³ est : « *le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation de naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux*

¹ L'évolution de la population.

² La définition de la santé génésique proposé par l'OMS et approuvé à CIPD (CAIRE, 1994)

³ L'expression « santé génésique », « santé reproductive », « santé en matière de la reproduction » sont interchangeable.

couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé » (paragraphe 7.2) [OMS, 2004, p.8].

De cette définition, ressortent quatre principes à savoir :

- Le premier principe met l'accent sur la santé en tant qu'état positif, plutôt que sur l'absence de maladie ;
- Le deuxième principe représente la notion de liberté dans les choix reproductifs ;
- Le troisième principe met l'accent sur la santé sexuelle par la lutte contre les MST, et également sur la prévention contre ces maladies et contre la violence liée à la sexualité ;
- Enfin, le dernier principe concerne le contexte socio-économique de la reproduction. [CERED^b, 2005]

Les besoins des femmes en matière de santé dépassent celles des hommes, car les femmes ont un corps sensible qui sollicite plus d'attention. Ces besoins peuvent se classer en quatre grandes catégories selon Fathallah⁴ :

- Premièrement, les femmes ont des besoins de santé précis qui touchent leur fonction sexuelle et reproductive ;
- Deuxièmement, elles ont un appareil génital complexe qui est vulnérable à la maladie, avant et après l'âge de procréation⁵ ;
- Troisièmement, les diverses maladies dans d'autres parties du corps évoluent souvent de façon différente chez la femme par rapport à l'homme, à cause de leur constitution génétique, de leur environnement hormonal et de leur mode de vie ;
- Quatrièmement, dans les sociétés les femmes sont en général mal traitées par leur entourage familial, qui se répercute sur leur santé physique et mentale. [COOK R.-J. et al, 2005, p.17]

La question de la santé reproductive n'est pas l'affaire des femmes seulement mais les hommes ont aussi un rôle important pour la protéger. Car, l'état de santé reproductive de l'homme et ses comportements influencent également la santé reproductive de la femme. De plus, les hommes peuvent jouer un rôle constructif dans la promotion de la santé reproductive

⁴ Mahmoud F. FATHALLAH, professeur d'obstétrique et de gynécologie, université d'Assiout, Egypte

⁵ L'âge de procréation est compris entre 15 et 49 ans.

des femmes en partageant la responsabilité de la planification familiale [COOK R.-J. et al, 2005, p.17] à savoir :

- L'utilisation d'un moyen contraceptif masculin ;
- Le soutien de la conjointe pour utiliser un moyen contraceptif féminin ;
- La participation aux décisions concernant la taille de la famille ;
- L'adoption des comportements sexuels responsables en utilisant le condom masculin afin d'offrir une protection à leur partenaire contre les maladies sexuellement transmissibles.

Donc, pour promouvoir la protection de la santé reproductive des femmes et même celle des hommes, il faut donner l'importance à la santé sexuelle du couple. Dans le point qui suit, nous abordons la question de la santé sexuelle.

I-1-2- Santé sexuelle :

Selon l'OMS, la santé sexuelle « ... *vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles* » (paragraphe 7.2) [OMS, 2004, p.8]

La définition du concept santé sexuelle englobe les composantes suivantes :

- La capacité de profiter de relations sexuelles satisfaisantes ;
- L'absence de mauvais traitements sexuels, de coercition et d'harcèlement ;
- La protection contre les Maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
- La possibilité de prévenir une grossesse ou de concevoir un enfant. [COOK R.-J. et al, 2005, p.13-14]

La santé sexuelle est un élément vital du bien-être physique et psychologique de la personne selon la nouvelle perspective qui a été adoptée par 184 gouvernements de la CIPD (Caire, 1994). Elle est aussi une composante essentielle de la santé générale ; elle comprend la prévention des grossesses involontaires et des infections sexuellement transmissibles [OSMO .K, 2004, p.80].

Par ailleurs, la santé sexuelle deviendra une composante de plus en plus du bien-être psycho-social de la personne avec la réduction de la fécondité c'est-à-dire plus le côté relationnel entre couples persiste, moins il est axé sur la reproduction. [COOK R-J et al, 2005, p.14]

En 1996, Evert Ketting a préconisé une distinction entre le domaine de la santé sexuelle et celui de la santé génésique, il a défini les problèmes de la santé génésique comme « *les problèmes médicaux qui concernent la grossesse, la maternité et la petite enfance* », tandis que la santé sexuelle consiste « *à aider les personnes à maîtriser pleinement leur propre sexualité et à les rendre capables de l'accepter et d'en jouir pleinement. Elle n'est pas essentiellement une question de diagnostic, d'acceptation de soi-même, d'identité, de communication avec un partenaire et de tout ce qui s'ensuit* ». [OSMO .K, 2004, p.79-80]

Selon COOK (2005), la santé sexuelle et reproductive est une question tout à fait légitime qui nécessite une attention immédiate de la part des professionnels de la santé, et des partenaires d'autres domaines. Le manque qui se trouve dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive doit être abordé à tous les échelons, notamment celui des soins cliniques individuels, du système de santé⁶ et de santé publique et à l'échelon sous-jacent des conditions et ressources socio-économiques. [COOK .R-.J et al, 2005, p. 32-33]

I-1-3- Education à la santé sexuelle:

L'éducation à la santé sexuelle est surtout destinée aux jeunes. Elle a une grande importance pour une meilleure santé reproductive future. Son but « *est d'aider les jeunes à développer leurs connaissances, autonomie et compétences, telles que communication, processus de décision et de négociation pour passer à l'âge adulte en bonne santé sexuelle. L'éducation sexuelle comprend des informations sur l'anatomie et la psychologie, la puberté, la grossesse et les MST, y compris le VIH/SIDA.* » [CIPD, 2001]. Donc il est nécessaire de donner une importance à l'éducation sexuelle et cela, à travers les écoles et par les parents.

Les jeunes et les adolescents doivent recevoir des informations exactes et claires qui leur permettent de comprendre leur sexualité, d'acquérir des connaissances sur le sujet et adopter des attitudes responsables et un comportement préventif vis-à-vis d'eux mêmes et d'autrui. En plus, ils doivent connaître le risque lié aux infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées et aux avortements dangereux ainsi que le respect de droit de chacun pour pouvoir protéger leur santé dans le futur. (Voir encadré n°1 en Annexe1)

Dans les sociétés où la sexualité est un sujet tabou, l'éducation des enfants sur la sexualité passe souvent sous silence ; il en résulte une situation paradoxale. Malgré l'interdit

⁶ Un système de santé est défini comme « 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 correspondant aux préoccupations de cette société » [COOK .R-.J et al., 2005, p. 36]

religieux qui frappe la pratique sexuelle en dehors du mariage, les jeunes peuvent avoir des expériences sexuelles bien avant le mariage, parfois dès l'âge de la puberté avec tout ce que cela comporte comme risque sur la santé, comme les MST et les grossesses non désirées en l'absence des connaissances contraceptives.

I-1-4- Droit à la santé reproductive :

D'après la définition de la santé génésique, on conclut aussi que chaque personne, homme ou femme, a le droit de faire le choix du nombre de ses enfants, du calendrier et de l'espacement de leur naissance, et de réaliser leur préférence en matière de procréation. La femme a le droit de protéger sa grossesse et sa maternité par l'accès aux services de la santé. Ce droit a été aussi affirmé par la quatrième conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing [OSMO .K, 200, p.127 ; SOLI .A-J, 1998, p.221].

Egalement, le couple a le droit d'avoir des relations sexuelles sans craindre les maladies sexuellement transmissibles, notamment l'infection par le VIH /Sida. [SOLI .A-J, 1998, p.221]

Les individus qui vivaient dans des sociétés caractérisées par l'injustice socio-économique dans tous les domaines, leurs droits génésiques paraissent illusoire à cause de la pauvreté et du manque de pouvoir de décision et de liberté de choix individuelle. [OSMO .K, 2004, p.128]. Alors, l'existence et l'application de droits génésiques dans ces sociétés sont importantes avec la présence des politiques et des programmes d'action sur la santé génésique, et qui obligent ces sociétés à les appliquer.

D'après les définitions et les points de vue précédemment, nous pourrions conclure que les éléments fondamentaux de la santé génésique et sexuelle se composent en cinq éléments :

- 1- Améliorer les soins prénatals, périnatals et postpartum de la mère et du nouveau-né ;
- 2- Assurer des services de la planification familiale de grande qualité, y compris contre la stérilité ;
- 3- Combattre les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, les infections de l'appareil reproducteur, le cancer du col utérin et d'autres infections gynécologiques. [OMS, 2004, p.21]
- 4- Eliminer le problème de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ;
- 5- Promouvoir la santé sexuelle. [OMS, 2004, p.21]

Les différents éléments de la santé génésique et sexuelle étant étroitement liés entre eux, l'amélioration de l'un d'eux retombe positivement sur les autres.

L'adoption de la définition de santé reproductive à la conférence internationale sur la population et le développement, a inauguré une nouvelle ère, et les réalisations de ces dernières années sont nombreuses et importantes. Presque tous les pays ont défini de nouvelles politiques et de nouveaux programmes de santé génésique qui sont appliqués au niveau des services de la santé maternelle et infantile ainsi que les services de la planification familiale. [OMS, 2004, p.9]

En Algérie, la définition de la santé reproductive est applicable seulement en ce qui concerne la planification familiale, le choix d'avoir des enfants, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien une grossesse et un accouchement (voir le détail en chapitre 2). Mais la question de la sexualité reste encore un tabou, qu'il faut dépasser pour assurer une bonne santé sexuelle et reproductive ; est cela à travers l'information sur le sujet à partir des écoles, les services de la santé, la télévision, la communication avec les couples et surtout entre couples et enfin les parents avec leurs enfants.

I-2- Composantes de la santé reproductive selon les organismes internationaux :

Trois organismes internationaux à savoir le FNUAP, l'FIPF⁷ et l'OMS, classent les différentes composantes de la santé reproductive (voir le Tableau n°I-1).

Tableau n°I-1 : Composantes de la santé reproductive par ordre de priorité pour les trois organismes.

FNUAP	FIPF	OMS
1- Planification familiale, information et services ; 2- Soins maternels ; 3- Avortement ; 4- Infection génitale 5- Stérilité 6- Santé reproductive de la femme ; 7- Mutilations génitales féminines.	1- Relation dans le couple ; 2- Grossesse non désirée ; 3- Mortalité maternelle ; 4- MST-SIDA 5- Avortement à risque ; 6- Stérilité ; 7- Violence contre les femmes ; 8- Jeunes/pauvres/ marginaux ; 9- Autre.	1- Besoins non-satisfaits des couples en matière de planification des couples ; 2- Stérilité des couples ; 3- Avortement à risque ; 4- Mortalité maternelle ; 5- Morbidité maternelle ; 6- Nouveaux-nés avec poids insuffisant ; 7- Mortalité infantile ; 8- VIH / Sida ; 9- MST ; 10- Mutilations génitales féminines
Source : [KOUAOUCI .A, 1997]		

⁷ Fédération International de la planification familiale

D'après le tableau n°I-1, on remarque que le FNUAP donne l'importance à la santé reproductive des femmes en âge de procréation à travers la planification familiale et la santé maternelle. Par contre, le FIPF considère que la santé sexuelle est une composante prioritaire de la santé reproductive à travers la relation dans le couple, les grossesses non désirées, la mortalité maternelle et les MST-SIDA. En revanche, l'OMS donne l'importance à la santé reproductive globale à partir de la planification familiale, la santé maternelle, la santé reproductive du couple, la santé infantile et les maladies liées à la sexualité.

Par ailleurs, Ali Kouaouci a révélé des différences de priorité d'un organisme à l'autre :

- Le FNUAP précise que les trois premières composantes devraient constituer la base de la santé reproductive, la planification familiale est considérée comme centrale mais insuffisante. En ce qui concerne la stérilité et la santé reproductive de la femme, cet organisme avance que c'est la prévention qui est ciblée et non le traitement ;
 - La FIPF identifie les grossesses non désirées, c'est-à-dire la planification familiale y compris l'information, l'éducation et la communication (IEC) comme le noyau de base ;
 - L'OMS, la planification familiale, la prévention des décès maternels et infantiles, la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles sont prioritaires.
- [KOUAOUICI .A, 1997, p83]

I-3- Indicateurs de la santé reproductive :

Les indicateurs de la santé peuvent constituer des instruments pour évaluer l'état de santé de la population et en particulier l'état de leur santé reproductive. Ainsi, ils sont nécessaires pour estimer les besoins, surveiller l'efficacité de la mise en œuvre des programmes liés à la santé reproductive et pour évaluer l'impact de ces programmes au niveau national et international [OMS, 1998]. Dans les points suivants, nous allons aborder ces indicateurs selon les domaines suivants : la planification familiale, la santé maternelle, la santé infantile et le VIH/SIDA.

I-3 -1- Planification familiale :

Le domaine de la planification familiale se répartit en plusieurs indicateurs :

I-3-1-a- Taux de prévalence contraceptive (TPC):

Définition : Proportion des femmes actuellement mariées utilisant une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Cet indicateur aide les responsables à étudier la gamme de méthodes

et l'efficacité des messages d'information, d'éducation et de communication, et il nous donne une meilleure idée de l'intérêt que portent les femmes à la contraception.

Méthode de calcul

$$TPC = \frac{\text{Nombre de femmes actuellement mariées pratiquant une méthode contraceptive}}{\text{Nombre de femmes actuellement mariées}} * 100$$

I-3-1-b- Indice synthétique de fécondité (ISF):

Définition : C'est le nombre moyen d'enfants par femme. Cet indice nous aide à mesurer la fécondité d'un pays, il est utile pour suivre la baisse à long terme de la fécondité. Il nous aide aussi à évaluer l'impact des programmes de planification sur la population concernée.

Méthode de calcul : L'indice synthétique est la somme des taux de fécondité par âge.

I-3-1-c- Proportion de connaissance d'une méthode contraceptive (%CMC) :

Définition : Proportion des femmes actuellement mariées connaissant une méthode contraceptive. Cet indicateur permet de savoir si la population ciblée est réceptive à la planification familiale.

Méthode de calcul :

$$\%CMC = \frac{\text{Nombre de femmes actuellement mariées connaissant une méthode contraceptive}}{\text{Nombre de femmes actuellement mariées}} * 100$$

I-3-1-d-Proportion de besoins non-satisfaits en matière de planification familiale (%BNS) :

Définition : C'est la proportion de femmes mariées, fécondes, n'utilisant aucune méthode de contraception au moment de l'interview et souhaitant soit différer la prochaine grossesse d'au moins de deux ans, soit de ne plus en avoir.

Les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale se répartissent en besoins non-satisfaits pour **espacer**. Ils concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas

produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée⁸ dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant d'avoir leur prochaine naissance. Les besoins non-satisfaits pour **limiter**, concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, et qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

Méthode de calcul :

$$\%BNS = \frac{\text{Nombre de femmes qui ont des besoins non – satisfaits en matière de planification familiale}}{\text{Nombre de femmes}} * 100$$

Il est important de signaler que lorsqu'on veut mesurer les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, on doit exclure les catégories de femmes suivantes:

- Les femmes non mariées;
- Les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive;
- Les femmes actuellement en aménorrhée ou enceintes qui utilisaient la contraception quand elles se sont retrouvées enceintes;
- Les femmes actuellement en aménorrhée ou enceintes ayant déclaré une grossesse désirée;
- Les femmes stériles;
- Les femmes fertiles qui désirent un enfant dans moins de deux ans.

I-3-2- Santé maternelle :

I-3-2-a- Mortalité maternelle :

Selon l'OMS, la mort maternelle se définit comme *«le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite»*

⁸ L'aménorrhée se définit comme une absence de règles.

- **Le rapport de mortalité maternelle (RMM):**

Définition : C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Cet indicateur mesure le risque de décès des femmes suite à des complications.

Méthode de calcul (méthode directe):

$$RMM = \frac{\text{Nombre de décès au cours de la grossesse, l'accouchement et postpartum de l'année } t}{\text{Nombre des naissances de la même année}} * 100000$$

I-3-2-b-Proportion de morbidité maternelle (%MM) :

Définition : Proportion des femmes non célibataires en âge de procréation souffrant d'une morbidité liée à la femme comme (les saignements vaginaux, les infections du col utérin le cancer du col et du sein....). Cet indicateur aide les responsables à savoir les informations concernant la morbidité maternelle pour la prise en charge adéquate de la population concernée.

Méthode de calcul :

$$\%MM = \frac{\text{Nombre de femmes non célibataires en âge de procréation souffrant d'une morbidité}}{\text{Nombre totale des femmes non célibataires et en âge de procréation}} * 100$$

I-3-2-c- Pourcentage de consultations prénatales (% CPrenatale):

Définition : Pourcentage de femmes mariées recevant des soins prénatals au moins une fois auprès d'un personnel formé pour la dernière naissance vivante survenue durant les cinq dernières années précédant l'enquête. Cet indicateur est une mesure rapide et utile de la santé maternelle lorsqu'il est difficile d'obtenir des informations sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle.

Cette consultation a pour objectif le traitement des affections ou les complications survenant pendant la grossesse ; la prévention des décès et des morbidités maternelles et fœtales ; la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

Méthode de calcul :

$$\% C_{\text{Prénatale}} = \frac{\text{Nombre de femmes mariées recevant des soins prénatals au moins une fois pour la dernière naissance vivante survenue durant les 5 dernières années}}{\text{Nombre totale des femmes mariées qui ont au moins un enfant}} * 100$$

I-3-2-d- Taux d'accouchements assistés (TAA) :

Définition : C'est la proportion des naissances pour lesquelles leurs mères ont été assistées lors de l'accouchement par un professionnel de la santé. Cet indicateur nous aide à savoir si tous les accouchements se passent en milieu assisté par le personnel qualifié. Cela permet de sauver la vie de la mère et de son enfant.

Méthode de calcul :

A partir des données de l'état civil et les maternités pour chaque année :

$$TTA = \frac{\text{nombre des naissances issues dans les maternités d'une année donnée}}{\text{nombre des naissances enregistrées à l'état civil d'une année données}} * 100$$

A partir des données d'une enquête :

$$TTA = \frac{\text{nombre des naissances survenues au cours des cinq dernières années pour lesquelles leurs mères ont été accouchées par un professionnel de la santé}}{\text{Le nombre total des naissances survenues au cours des cinq dernières années}} * 100$$

I-3-2-e-Proportion de consultations post-natales :

Définition : Pourcentage de femmes mariées recevant des soins post-natals auprès d'un personnel formé pour la dernière naissance vivante survenue durant les cinq dernières années précédant l'enquête. Cet indicateur est une mesure rapide et utile de santé maternelle lorsqu'il est difficile d'obtenir des informations sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle.

Cette consultation a pour objectif le traitement des affections ou les complications survenant après l'accouchement, la prévention des décès et de la morbidité maternelle.

Méthode de calcul : nombre de femmes mariées recevant des soins post-natals pour la dernière naissance vivante survenue durant les cinq dernières années précédant l'enquête par rapport au nombre total des femmes mariées qui ont au moins un enfant.

I-3-3- Santé et mortalité infantile :

La mortalité infantile est l'un des indicateurs du développement social le plus utilisé, son intensité rend compte du développement social du pays. Elle concerne la mortalité des enfants au cours de la première année de vie.

I-3-3-a-Taux de mortalité infantile :

Définition : Rapport, pour une période donnée, des décès d'enfants de moins d'un an aux naissances vivantes.

Méthode de calcul :

$$TMI = \frac{\text{Nombre de décès d'enfants de moins d'un an, pour une période donnée}}{\text{total des naissances vivantes durant la même période}} * 1000$$

I-3-3-b-Taux de mortalité infanto juvénile :

Définition : Rapport, pour une période donnée, des décès d'enfants de moins de cinq ans nombre total des enfants de moins de cinq ans de la même année.

Méthode de calcul :

$$TMIJ = \frac{\text{Nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans, pour une période donnée}}{\text{nombre total des enfants de moins de cinq ans durant la même période}} * 1000$$

I-3-3-c- Taux de couverture vaccinale :

Après leur naissance, les enfants doivent bénéficier de soins qui permettront de préserver leur santé contre un certain nombre de maladies. Cette préservation se fait sous forme de vaccination. En effet, l'OMS recommande un programme élargi d'immunisation des enfants avant leur premier anniversaire contre les différentes maladies de l'enfance. Ce programme permet de tenir en échec six maladies infectieuses meurtrières et par conséquent de réduire d'une façon significative la mortalité des enfants.

Définition : Le taux de couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois est le pourcentage des enfants qui ont reçu les cinq vaccins (le BCG, la rougeole et trois doses de DTCoq et de polio). Cet indicateur nous donne une idée sur la régularité de la vaccination de tous les

nourrissons et sur la connaissance des parents de l'importance de la vaccination dans la protection de la santé de leurs enfants.

Méthode de calcul :

$$\text{Taux de couverture vaccinale} = \frac{\text{Nombre d'enfants de moins d'un an sont entièrement vaccinés}}{\text{nombre total d'enfants de moins d'un an}} * 100$$

I-3-3-d- Proportion de nourrissons avec un faible poids à la naissance :

Définition : Proportion des naissances vivantes avec un faible poids à la naissance (c'est à dire de moins de 2500 g).

Méthode de calcul :

$$\% = \frac{\text{Nombre des naissances vivantes avec un faible poids à la naissance} < 2500g}{\text{total des naissances}} * 100$$

I-3-4- VIH-SIDA :

I-3-4-a-Taux d'incidences de VIH :

Définition : Le taux d'incidences est le taux auquel surviennent de nouveaux événements ou cas, pendant une période donnée, dans une population vulnérable⁹ à la maladie ou à un incident.

Méthode de calcul :

$$\text{Taux d'incidence du VIH} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas pendant une période donnée}}{\text{Nombre de personnes vulnérables pendant cette période}}$$

I-3-4-b- Taux de prévalence du VIH

Définition : Le taux de prévalence correspond au nombre de cas *existants* d'une maladie (ex : VIH) à un moment donné, divisé par la population vulnérable à cette maladie.

⁹ La population vulnérable se compose d'individus exposés au risque de contracter une maladie d'où le concept « population à risque ».

Méthode de calcul :

$$\text{Taux de prévalence du VIH} = \frac{\text{Nombre de cas existants pendant une période donnée}}{\text{Nombre de personnes vulnérables pendant cette période}}$$

I-3-4-c- Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes :

Définition : Proportion de femmes enceinte âgées de 15-49ans qui consultent les services de santé prénatale et dont la présence du VIH a été décelée à l'aide d'une analyse sanguine.

I-3-4-d-Taux de séropositivité au VIH :

Définition : Le taux de séropositivité au VIH indique la proportion de résultats positifs parmi tous les tests du VIH effectués au sein d'une population spécifique pendant une période donnée. Ce taux sert à surveiller les tendances de la proportion de résultats positifs au test du VIH parmi une population spécifique.

Méthode de calcul :

$$\text{Taux de séropositivité au VIH} = \frac{\text{nombre de résultats positifs au test du VIH}}{\text{nombre total de tests du VIH}}$$

Vu le problème du manque ou d'absence des données et des statistiques dans sa totalité concernant la santé en général et la santé reproductive en particulier, le choix de ces indicateurs est difficile que ce soit au niveau local ou au niveau international. Alors, ce choix doit se faire selon les statistiques disponibles dans le pays ou la région à étudier.

Dans le cadre de cette recherche, on doit choisir les indicateurs ou les composantes qui existent au niveau national. En effet il y a quatre domaines pour étudier la santé reproductive en Algérie : la planification familiale, la santé maternelle, la santé infantile et le VIH/SIDA. Nous allons étudier leur évolution dans le chapitre suivant.

II - Pauvreté : Concepts, définitions et mesures :**II-1- Concepts et définitions :**

Il existe plusieurs définitions du concept pauvreté, nous allons les présenter dans les points suivants :

II-1-1- Pauvreté d'une façon générale:

Selon le dictionnaire des sciences humaines « *la pauvreté est associée à l'insuffisance de ressources qui renforce la dépendance à l'égard des services d'action sociale* » [PAUGAM S., 2006, p.900]. Cela signifie que les pauvres vivent avec les aides sociales de l'Etat et des associations non gouvernementales. Mais cette définition est appliquée dans quelques pays ou quelques régions dans le même pays, car ces aides sociales ne se retrouvent pas parfois dans les zones rurales ou éparses.

D'une façon générale, la pauvreté est définie comme la situation dans laquelle une partie de la population dans une société donnée (ou un groupe social) ne peut satisfaire ses besoins essentiels [ROACH J.L., ROACH J.K., 1972], ou encore ne peut atteindre un niveau minimum de bien-être [GILLIS M. et al., 1990]. Les notions de bien-être ou de besoin essentiel varient d'une société à une autre ou d'un pays à un autre. Cette variation amène à diversifier les mesures de la pauvreté.

Une autre définition plus précise adoptée au niveau européen, considère comme pauvres « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'état dans lequel elles vivent* »¹⁰[RUIZ H., 2009, p. 19]. Cette définition met l'accent sur trois critères essentiels de pauvreté : l'insuffisance des ressources matérielles, culturelles et sociales.

Il y a d'autres éléments importants qui rentrent dans le cadre politique pour définir la pauvreté. Ces éléments sont : la défaillance de services de santé, l'incapacité de prendre en charge les besoins fondamentaux de la famille, l'impossibilité d'assurer la scolarisation des enfants, l'absence de protection contre la souffrance et la maladie, le dernier élément, la faim et la discrimination. [NIELSON P., 2009]

La pauvreté est le nombre de personnes vivant avec un revenu en-dessous d'un niveau de pauvreté qui est en 2002 de 2\$ par jour. Et le niveau de revenu de 1\$ par jour est le niveau d'extrême pauvreté. [wikipedia.org, 2009]

¹⁰ Conseil des ministres de l'union européenne, 19 décembre 1984

II-1-2- Pauvreté selon des organismes internationaux:

Les organismes internationaux ont été d'accord que la pauvreté est un phénomène multidimensionnel. Le PNUD déclare que « *la pauvreté n'est pas un phénomène unidimensionnel, un manque de revenu pouvant être résolu de façon sectorielle. Il s'agit d'un problème multidimensionnel qui nécessite des solutions multisectorielles intégrées* ». [PNUD, 2000]

De même, la Banque Mondiale affirme que « *la pauvreté a des dimensions multiples, de nombreuses facettes et qu'elle est la résultante de processus économiques, politiques, et sociaux interagissant entre eux dans des sens qui exacerbent l'état d'indigence dans lequel vivent les personnes pauvres* ». [Banque mondiale, 2000].

II-1-3- Pauvreté humaine :

La pauvreté humaine est un concept créé par l'ONU et développé par le PNUD. Ce concept fondé sur plusieurs indicateurs de différents domaines comme la durée de vie, les connaissances et les conditions de vie. En plus, il caractérise le niveau de pauvreté de chaque pays et il étudie l'impact de la pauvreté sur la population. [Encyclopédie scientifique en ligne]

II-2- Ecoles de pensée sur la mesure de la pauvreté :

Il y a trois principales écoles de pensée sur la mesure de la pauvreté : l'école Welfarist, l'école des besoins de base et l'école des capacités. Ces trois écoles semblent être d'accord au moins sur le point suivant : est considérée comme pauvre, toute personne qui n'atteint pas un minimum de satisfaction raisonnable d'une « chose » [ASSELIN L-M. et DAUPHINE A., 2000]. Ce qui les distingue, c'est la nature et le niveau de ce minimum. Dans ce qui suit nous allons brièvement résumer ces trois approches.

II-2-1- L'école welfarist :

L'école welfarist donne l'importance au bien-être¹¹ économique qui est défini comme le degré de satisfaction atteint par un individu par rapport aux biens et services qu'il consomme. La théorie du bien-être sert de référence à l'analyse de la pauvreté monétaire sur la base du revenu ou de la consommation. [ASSELIN L-M. et DAUPHINE A., 2000]

¹¹ Le concept du bien-être est approché à celui de l'utilité selon cette approche.

II-2-2- L'école des besoins de base :

Pour l'approche des besoins de base, la « chose manquante » dans la vie des pauvres est un sous-ensemble de biens et services spécifiquement identifiés et perçus comme universels, communs aux hommes de différentes cultures et civilisations. Cette pauvreté des « conditions de vie » ou « pauvreté d'existence », traduit une situation de manque dans les domaines relatifs à l'alimentation, à la santé, à l'éducation, au logement, etc. [ASSELIN L-M. et DAUPHINE A., 2000]. Cette approche de la pauvreté se réclame d'une vision humaniste qui dépasse l'économie pour en appeler à la morale et à un développement de l'homme dans toutes ses dimensions. [DESTREMAU ET SALAMA, 2002]. Cette approche sert à mesurer la pauvreté non monétaire.

L'un des principaux problèmes auxquels est confrontée cette approche, est la détermination de ces besoins essentiels qui peuvent varier d'un individu à l'autre selon l'âge et le sexe [SOW S-I., 2007] et selon le milieu de résidence (Urbain/ Rural) et le niveau d'éducation des individus.

II-2-3- L'école des capacités :

Pour cette école, la chose qui manque n'est ni l'utilité ni la satisfaction des besoins de base, mais les capacités humaines. Cette approche qui découle des travaux de Sen (prix Nobel d'économie en 1998) se démarque de l'approche en termes de besoins fondamentaux et s'inscrit dans le champ d'une réflexion sur la justice sociale, l'égalité et les inégalités. Les trois principales composantes de cette approche sont « les commodités », les « fonctionnements » et les « capacités ». Les commodités correspondent à l'ensemble des biens et services qui servent à rendre possibles les « fonctionnements ». Les « capacités » correspondent à l'ensemble des opportunités qui se présentent à une personne et parmi lesquelles elle peut choisir : ce sont des diverses combinaisons de fonctionnements qu'une personne peut réaliser. [ASSELIN L-M. et DAUPHINE A., 2000]

La pauvreté est donc appréhendée selon un phénomène multidimensionnel, qui ne peut être déterminé par une seule mesure comme le revenu ou la consommation. Pour cela, il faut prendre en compte les conditions de vie des ménages pauvres [RUIZ H., 2009], comme : la santé, l'éducation, les caractéristiques du logement,... A cet effet, nous allons donner un aperçu global sur les différentes mesures de la pauvreté.

II-3- Différentes mesures de la pauvreté :

Les travaux sur la pauvreté sont beaucoup plus anciens. Ils répondent le plus souvent à des questions jugées comme des préalables à l'action politique, combien compte-t-on de pauvres dans tel ou tel pays ?, c'est une simple mesure statistique de la pauvreté. [PAUGAM S., 2006, p. 900]. Alors, la mesure de la pauvreté est devenue de plus en plus complexe et importante qui prend en compte un seul indicateur (quelle soit monétaire ou non monétaire) ou plusieurs indicateurs qui se calculent dans un seul indice, qu'on appelle indice de pauvreté humaine¹². Il y a un autre indice qu'on peut déterminer à partir des données des enquêtes au niveau des ménages, c'est l'indice synthétique de pauvreté non monétaire (indice de pauvreté multidimensionnel).

Trois éléments sont requis dans le calcul d'une mesure de la pauvreté. En premier lieu, il faut choisir l'indicateur le mieux adapté à la mesure du bien-être. Ensuite, il convient de sélectionner une ligne de pauvreté, c'est-à-dire un seuil en dessous duquel un ménage est considéré comme pauvre. Finalement, il est nécessaire de sélectionner une mesure de la pauvreté en utilisant les données de la population ciblée selon l'objet de l'étude.

II-3-1- Indicateurs de la pauvreté :

Il y a deux indicateurs de bien être pour mesurer la pauvreté, l'un est monétaire à savoir les revenus et la consommation et l'autre non monétaire comme la santé, l'éducation, les actifs... Le chercheur JEAN LABBENS en 1978 a jugé que la définition monétaire est couramment utilisée depuis plusieurs années et il dit « *lorsqu'on parle de richesse et de pauvreté, il faut donc se garder de prendre le signe pour la réalité, l'argent et le revenu sont des signes..... Ils peuvent être soumis à des fluctuations périodiques et temporaires...* ». [PAUGAM S., 2006, p. 900]. Mais la pauvreté n'est pas seulement liée au manque de revenu ou de consommation¹³, elle est aussi liée à des performances insuffisantes en matière de santé, d'alimentation et d'alphabétisation...[COUDOUEL A., al., 2002, p.4]. Il y a d'autres éléments qui peuvent entrer dans la mesure de la pauvreté comme l'accès aux services de la santé, à l'eau potable, au crédit, à la sécurité, au type de logement... [BRUNE S., 1998, p. 99].

II-3-1-a- Indicateurs monétaire de la pauvreté :

¹² Une mesure récente (non traditionnelle) de la pauvreté

¹³ Une mesure traditionnelle

Pour évaluer la pauvreté monétaire, on doit choisir en général soit le revenu soit la consommation. Mais les analystes dans ce domaine estiment que la consommation est un meilleur indicateur que les revenus, car la consommation réelle est directement liée au bien-être d'une personne. Par contre le revenu est uniquement un élément qui permet la consommation de biens. D'autre part, ils considèrent que la consommation est mieux mesurée que le revenu surtout dans les économies agraires pauvres où les revenus des ménages ruraux ne sont pas fixes. Ils vont fluctuer au cours de l'année en fonction du cycle des récoltes. Dans les économies urbaines, la plupart des revenus sont de secteur informel. Dans ces deux cas, les informations fournies selon le revenu seront de mauvaise qualité. Par contre on peut évaluer la consommation surtout mensuelle malgré les difficultés qu'on peut retrouver pendant la collecte des données. De plus La consommation traduit clairement le niveau de vie réel d'un ménage par rapport au revenu. [COUDOUEL A. et al. 2002, p.4-5].

II-3-1-b- Indicateurs non monétaires de la pauvreté :

La pauvreté est devenue un phénomène qui n'est pas lié seulement au manque de revenu ou de consommation mais aussi au besoin en matière de santé, d'alimentation et d'alphabétisation La méthode pour laquelle on mesure la pauvreté non monétaire est la même que celle de la pauvreté monétaire. Cette méthode consiste à comparer la valeur de l'indicateur non monétaire d'une personne ou d'un ménage à un seuil ou ligne de pauvreté, en dessous duquel on considère que la personne ou le ménage n'est pas apte à couvrir ses besoins fondamentaux.

- Pauvreté sanitaire et nutritionnelle : il y a quelques indicateurs de pauvreté qui sont liés à la santé et à la nutrition comme l'état de santé des membres du ménage, l'état nutritionnel des enfants, l'espérance de vie de différents groupes.... ;
- Pauvreté éducationnelle : dans le domaine de l'éducation, on peut utiliser le niveau d'alphabétisation comme critère pour mesurer la pauvreté avec le choix d'une ligne de pauvreté qui sépare les pauvres des non pauvres. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.7]
- Autres indicateurs de pauvreté : La variable type d'habitat est un facteur d'exclusion sociale. L'habitat est devenu un indicateur de pauvreté surtout en milieu urbain. [KOBIANE J-F., 1998, p. 117]

L'utilisation de ces trois indicateurs est au fur à mesure liée à la disponibilité des statistiques ou des données. Dans le cas contraire, on peut utiliser d'autres indicateurs comme : le nombre de visites rendues par une personne malade à un hôpital ou centre de

soins, les soins post et prénatals et la régularité des vaccinations des enfants. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.7].

II-3-1-c- Indicateurs de la pauvreté selon les conditions de vie :

L'indicateur de la pauvreté selon les conditions de vie complète l'approche monétaire. Il permet de mesurer les difficultés de la vie courante ressenties par les ménages dans plusieurs dimensions de la vie quotidienne qui se regroupent dans plusieurs domaines de la pauvreté comme les contraintes budgétaires, le retard de paiement, les restrictions de consommation et les difficultés de logement. Les pauvres sont donc considérés comme les personnes qui sont confrontées à un cumul de 8 difficultés ou plus, jugées majeures. [Documentation Française, 2004, p.19, 155]. C'est un indicateur qui réunit deux approches de la pauvreté monétaire et non monétaire dans une mesure multidimensionnelle.

II-3-2- Estimation d'une ligne de pauvreté :

Une fois le choix d'un indicateur ou plusieurs indicateurs est déterminé pour définir la pauvreté d'un pays ou d'une zone géographique, nous devons choisir les lignes de pauvreté pour lesquelles on sépare les pauvres des non pauvres. Ces lignes peuvent être de nature monétaire par exemple : un certain niveau de consommation, ou de nature non monétaire comme : un certain niveau d'éducation. Il existe deux types de ligne de pauvreté : relative et absolue.

II-3-2-a- Ligne de pauvreté relative :

Les lignes de pauvreté relatives sont par rapport à la distribution générale des revenus ou de consommation dans un pays, par exemple : la ligne de pauvreté peut être fixée à 50% de la distribution du revenu ou de consommation moyenne d'un pays (50% de la médiane). [COUDOUEL A. et al., 2002, p.8 ; MORRISON C., 2002]. Un autre seuil celui de 60% de la médiane, adopté suite au conseil européen de Laeken en 2001. [BOURDIN J., 2008]

II-3-2-b- Ligne de pauvreté absolue :

Les lignes de pauvreté absolues sont associées à certaines normes absolues sur les éléments dont les ménages doivent disposer pour couvrir leurs besoins fondamentaux. Pour les mesures monétaires, ces lignes de pauvreté sont estimées à partir du coût d'un panier de produit nutritionnel considéré comme minimum pour assurer le maintien en bonne santé

d'une famille. Comme on peut ajouter d'autres besoins non alimentaires à cet estimateur. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.8 ; MORRISON C., 2002]

Au niveau international, cette ligne de pauvreté est fixée par la banque mondiale en 1985 comme un seuil de 1 ou 2\$ de consommation par jour et par individu (en termes de parité de pouvoir d'achat). [MORRISON C., 2002]. Cette ligne nous aide à faire des comparaisons entre pays.

La plupart des recherches dans ce domaine sont fondées sur une conception relative de la pauvreté. Car, il est difficile même impossible de définir ou de fixer une fois pour toutes un seuil absolu. [PAUGAM S., 2006, p. 900]

II-3-3- Estimation de mesure de la pauvreté :

Pour estimer une mesure de la pauvreté, on doit comparer l'indicateur du bien-être du ménage et la ligne de pauvreté qu'on estime auparavant. On obtient un seul nombre pour toute la population ou un sous groupe déterminé. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.9] Il existe de nombreuses mesures alternatives, mais les trois mesures décrites par la suite, sont le plus couramment utilisées. :

II-3-3-a- Incidence de la pauvreté : (indices en nombre d'habitants)

A- **Cas des indicateurs monétaires**: il s'agit de la part de la population dont le revenu ou la consommation se situe en dessous de la ligne de pauvreté c'est-à-dire la part de la population qui ne peut pas se permettre d'acheter le panier de produits correspondant au minimum vital. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.9 ; Documentation Française, 2004, p.18].

L'indice de pauvreté H est égal au rapport entre le nombre de personnes pauvres « q » et la population totale « n ».

$$H=q/n ;$$

B- **Cas des indicateurs non monétaires** : c'est la part de la population qui n'atteint pas le seuil défini selon le choix de l'indicateur. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.9] Exemple : le pourcentage de la population analphabète.

II-3-3-b- Profondeur de la pauvreté : (écart de pauvreté)

A- **Cas des indicateurs monétaires** : Cette mesure indique la distance des dépenses des ménages par rapport du seuil de la pauvreté. Elle enregistre le déficit collectif moyen de revenu ou la consommation par rapport à la ligne de pauvreté pour l'ensemble de population. La profondeur de la pauvreté est obtenue en faisant la somme de tous les déficits des individus en situation de pauvreté (en supposant un déficit de zéro pour les non pauvres) et en divisant le total des résultats par le total de la population. En d'autres termes, elle permet d'évaluer le total des ressources nécessaires pour amener l'ensemble de la population pauvre au niveau de la ligne de pauvreté. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.9-10; FOSTER J. et al., 1984 ; Documentation Française, 2004, p.19]

$$PG = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left(\frac{Z - Y_i}{Z} \right)$$

Avec :

Z : la ligne de pauvreté ;

Y_i : la dépense de l'individu i ;

q : la population vivant sous le seuil de pauvreté ;

n : la population totale.

B- Cas des indicateurs non monétaires : l'écart de la pauvreté en éducation pourrait correspondre au nombre d'années requis pour atteindre un certain seuil. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.9-10].

L'écart de pauvreté peut servir de mesure de la qualité minimale de ressources nécessaires pour éradiquer la pauvreté à savoir la quantité qu'il faudrait transférer aux pauvres, dans une hypothèse d'adjudication parfaite (chaque personne recevant exactement ce qui lui est nécessaire), pour les extraire de leur situation de pauvreté. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.10].

II-3-3-c- Sévérité de pauvreté : (écart de pauvreté au carré)

Cette mesure tient compte non seulement de la distance séparant les pauvres de la ligne de pauvreté (l'écart de pauvreté), mais aussi de l'inégalité entre les pauvres. Elle attribue une

pondération plus importante aux ménages situés à plus grande distance de la ligne de pauvreté. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.10]. La formule s'écrit comme suit :

$$P2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left(\frac{Z - Yi}{Z} \right)^2$$

Les indicateurs non monétaires de pauvreté sont soumis à certaines limites. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.10 ; FOSTER J. et al., 1984].

Toutes ces mesures peuvent être calculées par ménage c'est-à-dire par l'évaluation de la part des ménages qui se situent en-dessous de la ligne de pauvreté dans le cas de l'indice en nombre d'habitants. Mais il est préférable d'établir les mesures sur la base de la population (en nombre d'individus) afin de prendre en compte le nombre de personnes qui composent chaque ménage. [COUDOUEL A. et al., 2002, p.10].

II-3-4- Les profils de pauvreté :

L'analyse des profils de pauvreté intervient pour compléter et enrichir la compréhension du phénomène. Pour élaborer des politiques adéquates de réduction de la pauvreté, l'analyse de la pauvreté doit aller au-delà de la simple quantification pour pouvoir identifier les pauvres. Il s'agit de connaître leur milieu d'habitat, leur statut socioéconomique et leurs caractéristiques personnelles (sexe, âge) et productives (capital humain, santé). [PONTY N., 1998]. Autrement dit, le profil de pauvreté est un « *dispositif analytique qui résume l'information sur les sources de revenu, les modes de consommation, les activités économiques et les conditions de vie des pauvres* » [Banque mondiale, 1993, citée par PONTY N., 1998].

II-3-5- Indice synthétique national de pauvreté humaine du PNUD :

Le caractère multidimensionnel de la pauvreté rend chaque indicateur insuffisant s'il est considéré isolément. Il est donc nécessaire de synthétiser les données existantes. Nous prenons l'indicateur de PNUD comme exemple pour mesurer la pauvreté.

Le programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD) a pour but de synthétiser les données existantes en un seul indice comme l'indice de développement humain (IDH) et l'indice de pauvreté humaine (IPH) (voir Tableau n°1 en Annexe1). Ces indices

permettent des comparaisons des niveaux de développement des pays. [BOURDIN J., 2008]. On s'intéresse dans cette recherche à l'indice synthétique de pauvreté pour les pays en développement (IPH-1)¹⁴, qui est une moyenne de 4 mesures relatives à des privatisations subies dans trois domaines (durée de vie, connaissances et conditions de vie). Les indicateurs pris en compte sont les suivants :

- La probabilité à la naissance de ne pas vivre jusqu'à l'âge de 40ans ;
- Le taux d'illettrisme (an-alphabétisation) ;
- Le pourcentage de la population qui n'a pas accès à une source d'eau potable ;
- Le pourcentage d'enfants souffrant d'une insuffisance pondérale. [BOURDIN J., 2008 ; wikipedia.org, 2009]

Il y a un autre élément qui est indispensable, qu'on peut ajouter à l'indicateur du PNUD pour mesurer la pauvreté, c'est le pourcentage de personnes privées d'accès aux services de santé. [wikipedia.org, 2009]

L'indice de pauvreté humaine est utilisé en général pour les comparaisons internationales ; il est peu exploitable au plan national. Mais, il aide à comprendre le phénomène de pauvreté d'un pays ou d'une société parce que dans son calcul on prend en considération les éléments fondamentaux du bien-être, tels que la santé et le niveau d'éducation. [BOURDIN J., 2008].

II-3-6- Pauvreté multidimensionnelle (approches empiriques et opérationnalisées) :

L'évaluation multidimensionnelle de la pauvreté suppose:

- Le choix des domaines et des indicateurs (les variables qui entrent dans la construction des indicateurs) à travers lesquels le bien-être sera évalué,
- La détermination du degré de privation pour chaque indicateur ;
- L'agrégation des valeurs des indicateurs retenus afin de construire une mesure synthétique de la pauvreté multidimensionnelle. [CHIAPPERO M., 2000]

II-3-6-a- Choix des domaines et des items :

Une bonne évaluation multidimensionnelle de la pauvreté exige dans un premier lieu la sélection d'un certain nombre de domaines. Il s'agit de retenir les domaines qui sont les plus adaptés pour traduire le niveau de bien-être des sujets de l'étude. Ce choix doit être fait de sorte que les domaines retenus soient adaptés au contexte social, car une liste de domaines

¹⁴ Il ya un autre indicateur de pauvreté humaine pour les pays développés (IPH-2)

retenus pour une étude peut être complètement inappropriée pour une autre étude. [VERO J., 2003, p. 540].

Le choix des domaines peut se faire de deux façons qui donnent un sens particulier à la notion de multi-dimensionnalité, et qui conditionnent les options méthodologiques à adopter dans l'évaluation du bien-être [FUSCO A., 2005] :

A-Une façon arbitraire et à priori : Elle se fonde sur un consensus ou sur une approche normative. Dans ce cas on parle d'une multi-dimensionnalité postulée. Cette démarche ne fait pas appel à l'analyse des données disponibles, mais se contente de considérations scientifiques. Une fois les domaines -représentant les dimensions de la pauvreté- sélectionnés, il s'agit d'évaluer chacun d'entre eux grâce à un certain nombre d'items¹⁵. Chaque dimension étant définie par un nombre donné d'items ;

B-Une façon confirmatoire et a posteriori : Ici la multi-dimensionnalité est démontrée grâce à un certain nombre de méthodes, telles que l'analyse factorielle ou les méthodes d'équations structurelles. Ces méthodes contribuent à la sélection des variables pertinentes pour l'appréhension du bien-être, et à éviter les problèmes de répétition de l'information.

II-3-6-b- Evaluation du degré de possession/privation au niveau de chaque attribut :

Deux méthodes empiriques existent pour évaluer le degré de possession et privation au niveau de chaque attribut :

A- La méthode du Scoring :

Cette méthode d'évaluation de la pauvreté multidimensionnelle consiste à affecter un score (basé sur un codage binaire 0/1) pour chaque domaine retenu. Concrètement, il s'agit de considérer une personne comme pauvre vis-à-vis d'un attribut, lorsque la réalisation de ce dernier est inférieure à un seuil donné. La fonction de privation par rapport à un attribut prend ainsi la valeur 0 lorsqu'il y a privation, et 1 sinon. [BENALLAOUA A., 2010^a, p.163]

Soit $\phi(A)_i$ la fonction d'appartenance d'un individu (ménage) i à un ensemble A , alors on peut écrire :

$$\begin{cases} \phi(A)_i = 1 \text{ si } i \in A \\ \phi(A)_i = 0 \text{ si } i \notin A \end{cases}$$

¹⁵ Les variables

Les scores par domaines indiquent ainsi le degré de privation d'un individu (un ménage), et peuvent donner lieu à un score général qui traduit le degré de privation globale (de pauvreté) d'un ménage. Pour savoir si un ménage est pauvre ou non dans cette méthode, il est plus favorable de faire appel à un seuil relatif qui considérerait les ménages représentant les X % ayant les scores les plus faibles comme pauvres [KLASSEN, 2000, cité dans BERTIN A., 2007].

La principale critique adressée à cette méthode porte sur le fait qu'il est difficile de déterminer avec précision un seuil qui séparerait deux états d'un attribut.

B-La méthode des sous-ensembles flous :

La théorie des sous-ensembles flous est apparue pour la première fois en 1965 dans un article de ZADEH. L'idée de base de cette méthode repose sur le caractère flou, c'est-à-dire imprécis, de la frontière entre les états possibles d'un élément [BENALLAOUA A., 2010^a, p.164]. Cette méthode intervient par l'introduction de sous-ensembles permettant la progression dans l'appartenance d'un élément à un état donné [CHELI B. et al., 2006].

Les sous-ensembles interviennent pour le traitement des attributs vagues qui sont caractérisés essentiellement par :

- L'existence de cas pour lesquels il est difficile de conclure à la présence ou non d'un attribut ;
- L'absence d'une frontière nette entre la présence et l'absence de cet attribut. [BENALLAOUA A., 2010^a, p. 164].

II-3-6-c- Agrégation et pondération

L'étape de l'agrégation est une étape essentielle puisqu'elle permet le calcul d'un indice synthétique à partir de l'ensemble de l'information disponible représentée par les indicateurs retenus. L'agrégation peut se réaliser et se présenter selon deux façons:

- Au niveau des individus en calculant un indice de privation pour chaque individu. Cette première façon consiste à considérer l'ensemble des items choisis qui seront traités un par un afin d'apprécier le niveau de bien-être individuel ;
- Au niveau global, par le calcul d'un indice de privation global pour tous les individus, par rapport à l'ensemble des dimensions. Dans ce cas, l'agrégation peut être totale lorsqu'elle consiste à agréger l'ensemble des indices partiels ou les items en un seul

indice synthétique qui réduit l'ensemble de l'information à une mesure unitaire qui est l'indice synthétique de pauvreté non monétaire. [BENALLAOUA A., 2010^a, p.167]

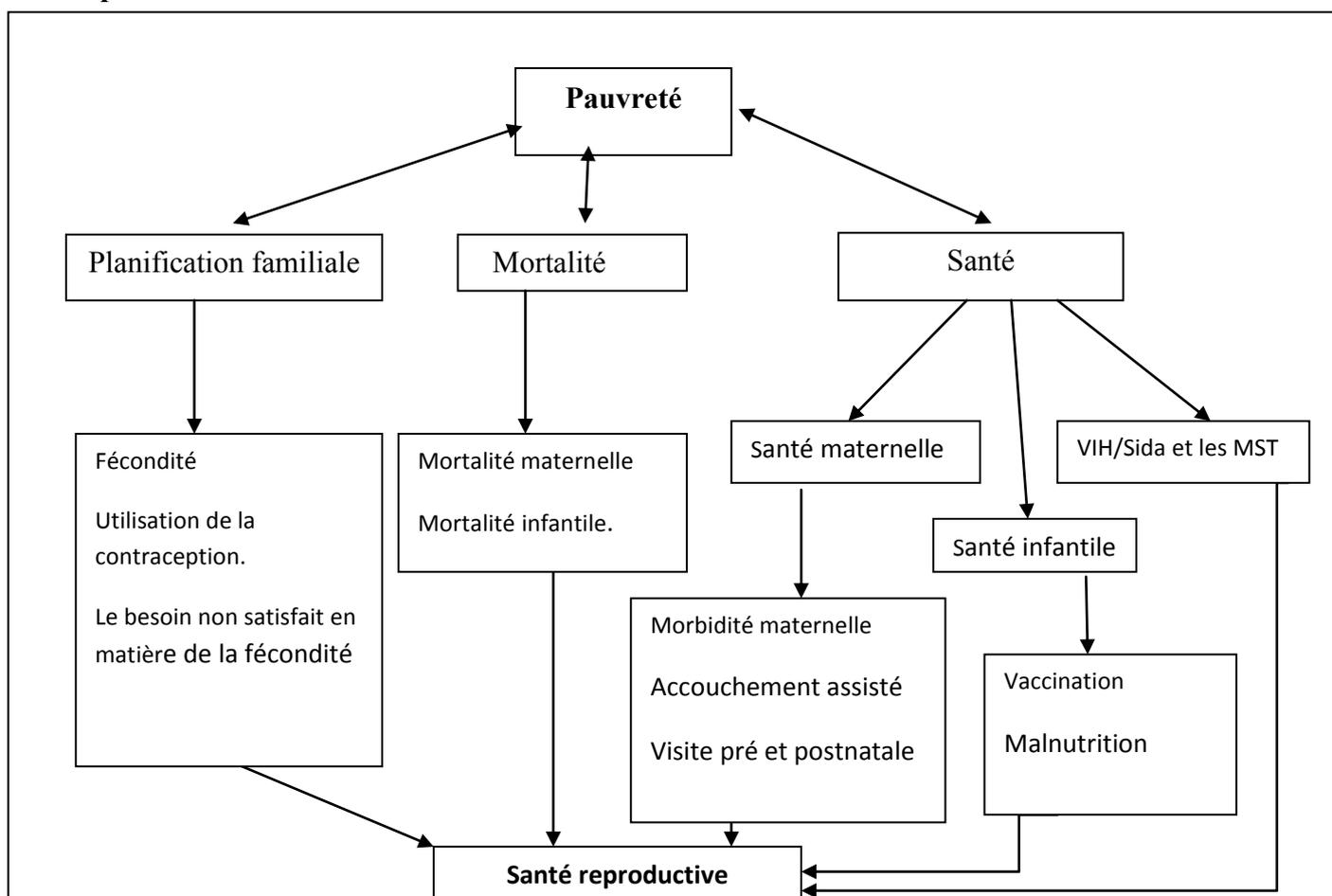
La première façon a des inconvénients, car l'information sur l'indice de privation reste ainsi à l'état brut, ce qui conduit à l'absence d'une synthèse et donc d'une image unitaire, rendant l'évaluation globale du bien-être très délicate mais nous aide à faire des modèles de régression. Par contre, la deuxième méthode est la plus intéressante, elle permet d'apprécier le niveau de vie global à un seul indice qui englobe l'ensemble de la population étudiée.

III - Relation entre la santé reproductive et la pauvreté dans la littérature.

III-1- Cadre conceptuel de la relation entre la santé reproductive et la pauvreté :

En pratique, il n'existe pas un lien direct entre la santé reproductive comme indicateur unique et la pauvreté. La figure suivante résume les différentes composantes de la santé reproductive qui peuvent être en relation avec la pauvreté.

Figure n°I-1 : Synthèse des liens entre les indicateurs de la santé reproductive et la pauvreté.



Source : synthèse de l'auteur

III-2- Revue de la littérature sur la relation entre les indicateurs de la santé reproductive et la pauvreté :

Il existe des relations entre la pauvreté et les différentes composantes de la santé reproductive d'après des études réalisées dans ce domaine. Dans les points suivants, on va synthétiser les différentes relations directes ou indirectes.

III-2-1- Pauvreté et Mortalité Infantile :

De nombreuses études ont montré qu'il y a une relation négative entre le statut social du père ou de la mère et la mortalité infantile [Masuy-Stroobant cité par TABUTIN D., 1995]. En d'autres termes, ces études révèlent que plus le niveau de vie des ménages est élevé, plus le niveau de la mortalité infantile est en baisse. Dans le même sens, une autre étude relève « qu'en descendant l'échelle sociale, la pauvreté s'accroît et la santé se détériore » [Pierre SURAULT cité par TABUTIN D., 1995].

Pour Fax J. cité par Hubert GERARD (1995, p.241), « A l'inégalité sociale devant la mort se superpose une inégalité sociale devant la vie en bonne santé : ainsi les moins favorisés se caractérisent-ils non seulement par une durée de vie courte, mais aussi par une vie vécue en plus mauvaise santé».

La relation entre pauvreté et santé a été observée à l'échelon international par beaucoup d'auteurs [MOSLEY H. 1985 ; PISON G. et al, 1989] ceci se résume comme suit : « Ainsi, au niveau mondial, la relation est très marquée entre pauvreté et mauvaise santé : Dans les pays les moins avancés, l'espérance de vie n'est que de 49 ans et un enfant sur dix n'achève pas sa première année de vie. Dans les pays à revenu élevé, dont la durée moyenne de la vie est de 77 ans, le taux de mortalité des enfants est de 6 pour 1000 naissances vivantes ».

Les études portant sur la mortalité différentielle selon le milieu d'habitat montrent qu'en Afrique, la mortalité infanto-juvénile est en général plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural [AKOTO E-M. et TABUTIN D., 1989]. Ces résultats sont confirmés par les observations faites par Evina AKAM (1990) qui affirme que « Dans la plupart des analyses des phénomènes démographiques telles que la fécondité et la mortalité, on observe en général des niveaux plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural ». Comme l'observe Mosley (1985), les différences de mortalité infantile semblent moins liées aux conditions écologiques qu'aux conditions économiques et que la majorité des infrastructures socio-sanitaires sont concentrées dans les milieux urbains. Akoto et Hill (1988) affirment par ailleurs qu'en

Afrique, les services sanitaires sont très difficiles d'accès pour une grande majorité de la population en raison de l'insuffisance des services et de l'inégale distribution géographique des habitants.

D'autres facteurs tels que l'instruction maternelle contribuent fortement à la baisse de la mortalité infantile dans les villes. Si la mortalité est plus faible en ville qu'en milieu rural, cela n'est pas seulement dû à une inégalité dans la répartition géographique des infrastructures médicales, mais aussi à une scolarisation plus élevée en milieu urbain [CALDWELL, 1979], une meilleure couverture de la population à risque par l'action curative et une plus grande acceptabilité des traitements modernes en milieu urbain.

III-2-2- Pauvreté et Mortalité Maternelle :

Comme il existe une relation entre la mortalité infantile et la pauvreté, elle persiste aussi avec la mortalité maternelle, car la plupart des décès maternels surviennent dans les pays pauvres. Ceci est lié aux difficultés d'accès aux soins et au manque de personnel qualifié. Pour réduire la mortalité maternelle, il faut investir dans le domaine de la santé. [LERBERGHE W.-V. et DE BROUWERE V., 2010, p.2-3]

III-2-3- Pauvreté et Fécondité :

La problématique de la relation entre la pauvreté et la fécondité est apparue depuis 1798 par Malthus, dans son ouvrage : *Essai sur le principe de population*. Malthus a avancé l'idée qu'« étant donné la place centrale qu'occupe la nourriture dans l'existence humaine et la nécessité d'une passion conjugale continue, l'accroissement de la population conduirait inévitablement à un déséquilibre entre la population et les ressources disponibles ». Or, de nombreuses études ont montré que la richesse de certains pays amène à la chute de la fécondité. [BEAULIERE A., 2007, p.5]

La pauvreté est souvent considérée comme un des facteurs-clés à l'origine des fortes croissances démographiques et les fécondités élevées comme un élément qui bloque ou ralentit les transitions démographiques. [SCHOU MAKER B. et TABUTIN D., 1999, p.3]

Schoumaker et Tabutin (1999) ont procédé à une revue de la littérature des 30 à 40 dernières années sur les relations entre le niveau de vie et le niveau de fécondité ; ils ont

rassemblé 39 études¹⁶. Ces deux chercheurs ont classé les relations disponibles entre fécondité et pauvreté en cinq grandes catégories. Voir le tableau suivant :

Tableau n°I-2 : Synthèse des relations disponibles entre la fécondité et la pauvreté.

Type de la relation	Explication	Nombre de cas
Absence de relation	Le cas un peu fréquent	2 pays (milieu rural)
Relation positive	La fécondité augmente avec le niveau de vie	8 pays (milieu rural) forte fécondité
Relation légèrement négative	La baisse légère de la fécondité selon l'augmentation du niveau de vie	10 pays (milieu rural et urbain) 8 pays sans transition Et 2 pays avec fécondité relativement faible
Relation en J-inversé	La fécondité commence par augmenter avec une amélioration légère du niveau de vie (classe moyenne) et après elle commence par diminuer dans les groupes les plus riches.	6 cas (forte fécondité)
Relation fortement négative	La fécondité augmente sensiblement et assez régulièrement avec le recul du niveau de vie	21 cas (le cas des pays qui ont amorcé ou sont déjà bien avancés dans leur transition)

Source : [SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, p.6] ; Tableau 2 en annexe1.

D'après le tableau en haut, la plupart des pays ont connu une relation fortement négative entre la pauvreté et la fécondité c'est-à-dire la fécondité augmente sensiblement avec le recul du niveau de vie. Cette relation se trouve dans les pays qui ont amorcé ou sont déjà avancés dans leur transition.

III-2-4- Pauvreté et Planification Familiale :

La relation entre la pauvreté et la planification familiale apparaît au niveau des services médiocres de santé maternelle et infantile (service de planification familiale). Ces services

¹⁶ Pour plus d'informations consulter SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, 'la relation entre pauvreté et fécondité dans les pays de sud', document de travail n°2, université Catholique de Louvain la Neuve, pp35-38.

sont souvent des symptômes de pauvreté et empêchent les familles d'échapper à la pauvreté. Les investissements dans les programmes de planification familiale qui rentrent dans le cadre d'une stratégie globale d'amélioration des conditions de vie aident les femmes et leurs familles à échapper à la pauvreté. [ASHFORD L.-S., 2007, p. 2] Les points suivants synthétisent les différents rôles de la planification familiale :

- La planification familiale réduit la mortalité maternelle et infantile en évitant les grossesses non désirées et rapprochées. Cela permet de réduire la pauvreté ;
- La planification familiale permet aux familles de conserver leurs ressources et d'investir davantage dans leurs enfants (leur éducation) ;
- La planification familiale permet aux femmes de limiter le nombre de leurs grossesses, pour avoir une possibilité d'éducation et d'emploi, ce qui augmente les revenus des ménages. [ASHFORD L.-S., 2007, p.2]

III-2-5- Pauvreté et santé :

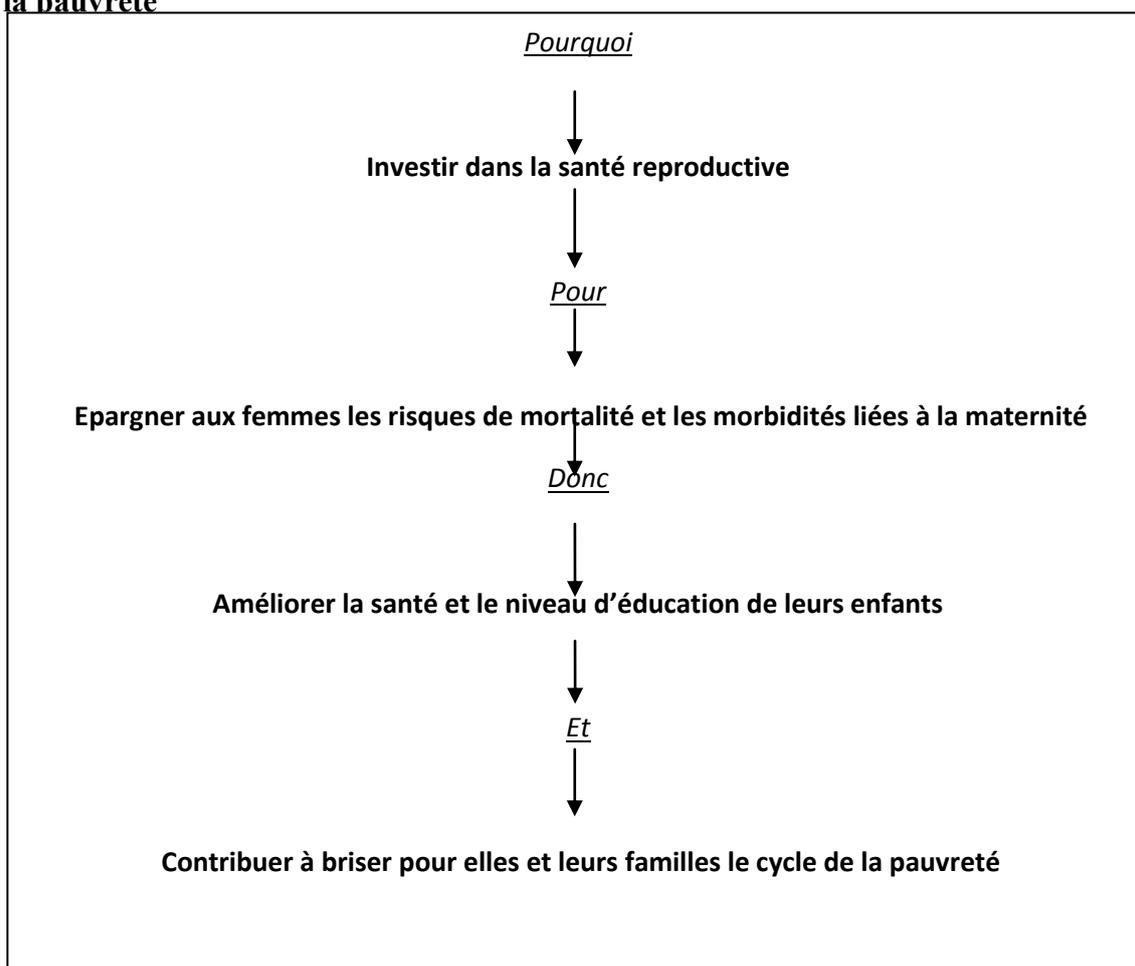
Selon l'OMS, il y a une forte corrélation entre la pauvreté et les problèmes de santé. Car, « les personnes vivant dans une pauvreté absolue ont cinq fois plus de risque de mourir avant l'âge de cinq ans et deux fois et demie plus de risque de mourir entre 15 et 59 ans que celle appartenant à des groupes à revenu plus élevé ». Ainsi, elle déclare que le VIH/Sida, le Paludisme, la Tuberculose, les maladies Diarrhéiques, la malnutrition et la mortalité maternelle touchent plus les pauvres que les riches. [OMS et BRPO¹⁷, 2000, p.3-4]

III-2-6- Pauvreté et santé reproductive :

La relation causale entre la santé reproductive et la pauvreté reste mal connue à cause de l'absence d'études et de recherches dans ce domaine jusqu'à ce jour. Mais cette relation existe au niveau des stratégies de chaque pays pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. Selon ces stratégies, l'amélioration des conditions de vie des populations démunies se réalise par l'amélioration de tous les aspects de la santé reproductive des femmes. Cette amélioration se fait par l'investissement des gouvernements dans le domaine de la santé reproductive. [NIELSON P., 2010, p.2] La figure suivante montre l'existence d'une relation entre l'investissement dans le domaine de la santé reproductive et la pauvreté :

¹⁷ Bureau Régionale du Pacifique Occidental

Figure n°I-2 : Relation entre l'investissement dans le domaine de la santé reproductive et la pauvreté



Source : [NIELSON P., 2010]

Ce schéma montre qu'une relation complexe et étroite existe entre l'ensemble des aspects liés à la santé reproductive (santé et mortalité infantile, santé maternelle...) et la pauvreté, car l'amélioration de certains aspects de la santé reproductive a une importance dans la lutte contre la pauvreté [NIELSON P., 2010, p.2].

III-3- Objectifs du millénaire pour le développement : présentation, statistiques et progrès réalisés.

III-3-1- Présentation et statistiques des objectifs du millénaire pour le développement :

En septembre 2000, les Nations-Unies ont organisé un sommet du millénaire au cours duquel les dirigeants de 189 pays dont 147 chefs d'Etat et de gouvernement se sont accordés sur les huit objectifs de développement spécifique et mesurable à atteindre d'ici 2015. Ces objectifs appelés aujourd'hui « **Objectifs du Millénaire pour le Développement** » (OMD) sont indépendants et

représentent un partenariat entre les pays en développement et les pays développés (Voir tableau n°3 en l'annexe1). On peut les citer dans les points suivants :

Objectif 1 : Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim ;

Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous ;

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile ;

Objectifs 5 : Améliorer la santé maternelle ;

Objectif 6 : Combattre le VIH/Sida et le MST ;

Objectifs 7 : Assurer un environnement durable ;

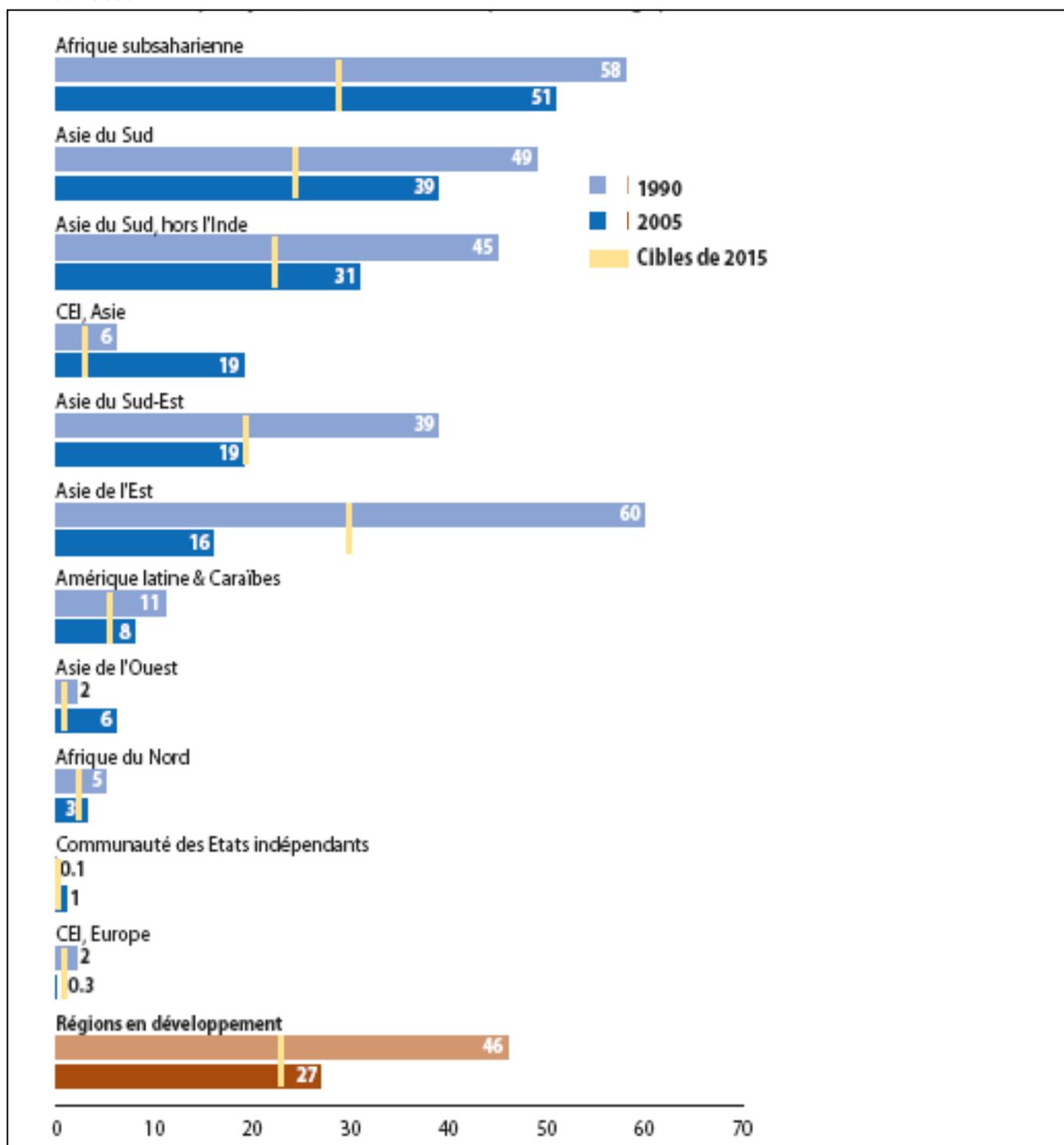
Objectif 8 : La mise en place d'un partenariat global pour le développement. [ONU, 2010^a ; FMI, 2011]

Mais, pour pouvoir vaincre la pauvreté dans le monde, il faut que les huit objectifs cités précédemment soient atteints, car la réduction de la pauvreté dépend de la réalisation de ces objectifs. Dans cette recherche, nous nous intéressons seulement au premier, au quatrième, au cinquième et au sixième objectif. Nous allons présenter en détail les statistiques au niveau mondial pour chaque objectif dans les points suivants.

III-3-1-a- Objectif sur la pauvreté :

Le premier objectif vise à réduire de moitié d'ici 2015, la proportion de la population qui vit avec moins d'un dollars par jour. Selon l'ONU, le monde est sur la bonne voie pour atteindre cet objectif (cible1), car le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté international fixé à 1,25 dollar par jour est passé de 1,8 à 1,4 milliards entre 1990-2005, et la proportion des personnes vivant dans une pauvreté extrême dans les régions en développement est passée de 46 à 27% à cause des progrès qui sont soutenus dans beaucoup des pays en développement. Mais avec la crise économique de 2008-2009, la réalisation de cet objectif va ralentir. La banque mondiale estime que les effets de cette crise économique vont pousser les 64 millions de personnes de plus dans l'extrême pauvreté en 2010 et que le taux de pauvreté sera légèrement plus élevé en 2015. [ONU, 2010^a, p. 6-7]. A cet effet, il y a des régions qui ne vont pas atteindre l'objectif de réduction de la pauvreté, comme : l'Afrique Subsaharienne, l'Asie de l'Ouest et certaines parties de l'Europe de l'Est et d'Asie centrale. (Voir figure n° I- 3) [ONU, 2010^b, p.7]

Figure n°I-3 : Proportion de la population vivant avec moins de 1.25 dollar par jour, entre 1990 et 2005.



Source : [ONU, 2010^b, p. 6]

Selon l'ONU, la poursuite de la réduction de la pauvreté se réalise en assurant le plein emploi aux femmes et aux jeunes en âge de travailler (cible 1.B), car cette tranche de population est considérée comme celle qui peut participer à cette baisse, réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim (cible 1.C) (Voir tableau n°I-3 en Annexe1),

particulièrement la population des enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'insuffisance pondérale. [ONU, 2010^b, p. 8]

Selon les données des régions en développement, les enfants des ménages les plus pauvres risquent deux fois plus de souffrance d'insuffisance pondérale que ceux des ménages les plus riches. Par exemple, en Asie du Sud presque 60% des enfants de familles pauvres souffrent d'insuffisance pondérale contre 25% dans les familles les plus riches. Et d'autres régions, comme l'Asie de Sud Est, l'Afrique Subsaharienne et l'Afrique du nord, ont réussi à faire baisser la malnutrition infantile dans les zones rurale et de réduire l'écart avec la population urbaine. [ONU, 2010^b, p.13]

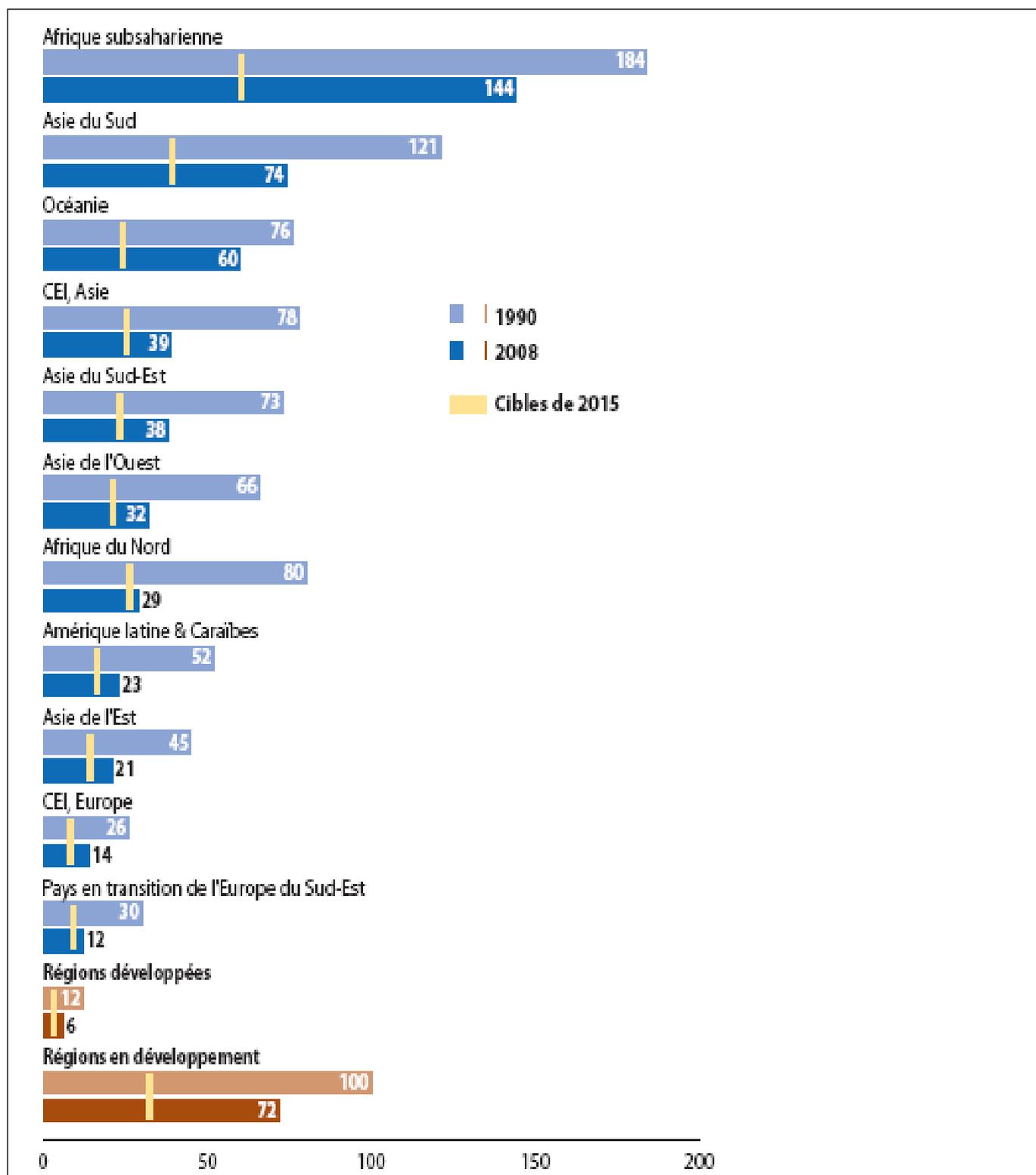
III-3-1-b- L'Objectif sur la mortalité infantile :

Le quatrième objectif vise à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Au niveau mondial, le nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans est passée de 12,5 millions en 1990 à 8,8 millions en 2008. Cette diminution est due au progrès importants réalisé dans plusieurs pays surtout en développement pour réduire cette mortalité, comme l'Afrique du nord, l'Asie de l'Est, l'Asie de l'Ouest, l'Amérique Latine et dans les Caraïbes. Les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans ces pays ont diminué de plus que la moitié (Voir Figure n° I- 4). Pour les régions en développement, le taux de mortalité de moins de cinq ans a connu une baisse de 28 % passant de 100 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 72 pour 1000 naissances vivantes en 2008. [ONU, 2010^c, p.26-27]

Selon l'ONU, seulement 10 des 67 pays ayant un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans élevé et qui peuvent atteindre cet objectif en 2015. Mais le reste des pays ne peut pas l'atteindre pour cause de progrès insuffisants. [ONU, 2010^a]

Les causes des décès des enfants de moins de cinq ans, dans beaucoup de pays en développement, sont liées à la malnutrition et à un accès insuffisant à des soins et des infrastructures de base, comme l'eau et l'assainissement. Les autres causes plus dominantes telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et le sida expliquent 43% de tous les décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde en 2008. [ONU, 2010^a]

Figure n° I-4: Le taux de la mortalité des enfants de moins de cinq ans pour mille entre 1990 et 2008.



Source : [ONU, 2010^c, p : 26]

III-3-1-c- L'Objectif sur la mortalité maternelle :

Le cinquième objectif vise à réduire de trois quart, entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle (cible1). Selon l'ONU, plus de 350 000 femmes meurent chaque année de complication liée à la grossesse ou l'accouchement et presque la totalité des femmes décédées (Soit 99%) vivent dans des pays en développement. Le risque de mortalité maternelle pour une femme est de 1 à 30 en Afrique subsaharienne alors qu'il est de 1 à 5600 dans les régions développées. [ONU, 2010^a]

Certains pays ont connu une baisse importante, jusqu'à la moitié, du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2008. D'autres pays dans les régions comme l'Asie et l'Afrique du Nord ont fait des progrès importants pour baisser ce taux. [ONU, 2010^a]

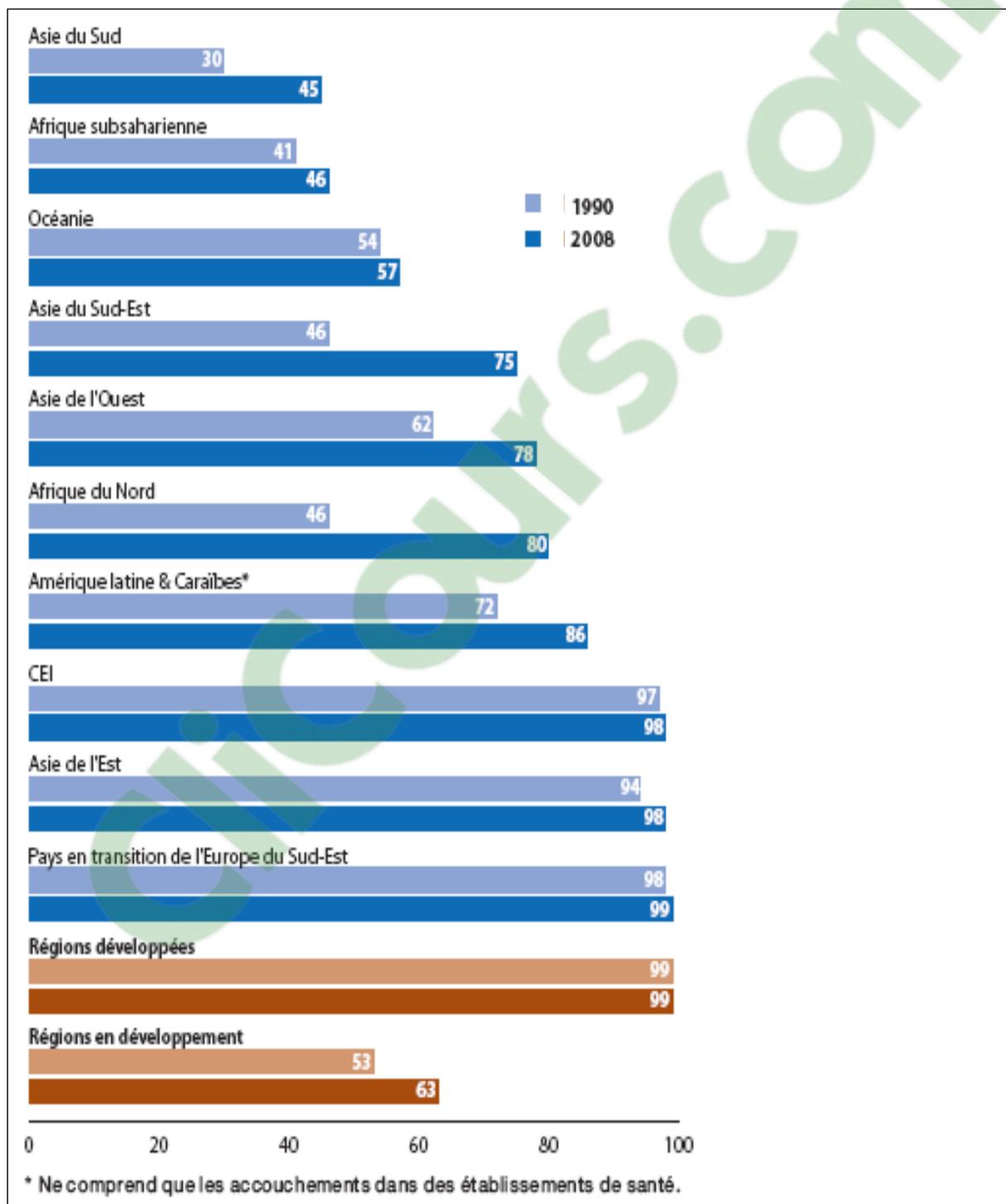
En ce qui concerne les causes de décès maternels, plus de 80% des décès dans le monde sont dus à des hémorragies, des infections, un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, un travail dystocique et l'hypertension. La plupart de ces décès peuvent être évités lorsque les femmes ont accès aux services de santé génésique, à un personnel de santé qualifié et à un matériel adéquat. [ONU, 2010^a]

Pour la cible 2 : Rendre l'accès à la médecine procréative universelle d'ici 2015. Cette cible concerne les progrès au niveau de l'accouchement assisté, les visites près-natales, le recours à la contraception. À propos de l'accouchement en milieu assisté, les données présentées dans la figure suivante montrent que toutes les régions ont fait des progrès importants pour avoir cette amélioration, par exemple : l'Afrique du Nord et l'Asie du Sud-Est ont connu une amélioration spectaculaire au niveau de l'accouchement en milieu assisté avec un accroissement de 74 et 63 % respectivement entre 1990 et 2008. L'Asie de Sud a également progressé tout comme l'Afrique Subsaharienne, mais la couverture reste insuffisante. [ONU, 2010^d]

Par ailleurs, l'ONU confirme qu'il y a des progrès remarquables en matière des soins près-natals dans toutes les régions du monde où plusieurs d'entre elles ont enregistré des gains importants (Voir figure n° I-5). Par exemple, l'Afrique du Nord a connu une augmentation de l'ordre de 70% entre 1990 et 2008, l'Asie de Sud et l'Asie de l'Ouest ont enregistré une augmentation de près de 50%. Mais ce gain a connu des disparités selon la richesse des ménages à l'intérieur d'une même région, car les données présentées dans la figure suivante montrent que la proportion des femmes examinées au moins une fois pendant leur grossesses augmente avec la richesse des ménages, c'est-à-dire plus le ménage est pauvre plus cette proportion est faible,

particulièrement en Asie de Sud, en Afrique du Nord et en Afrique Subsaharienne. [ONU, 2010^d, p : 33]

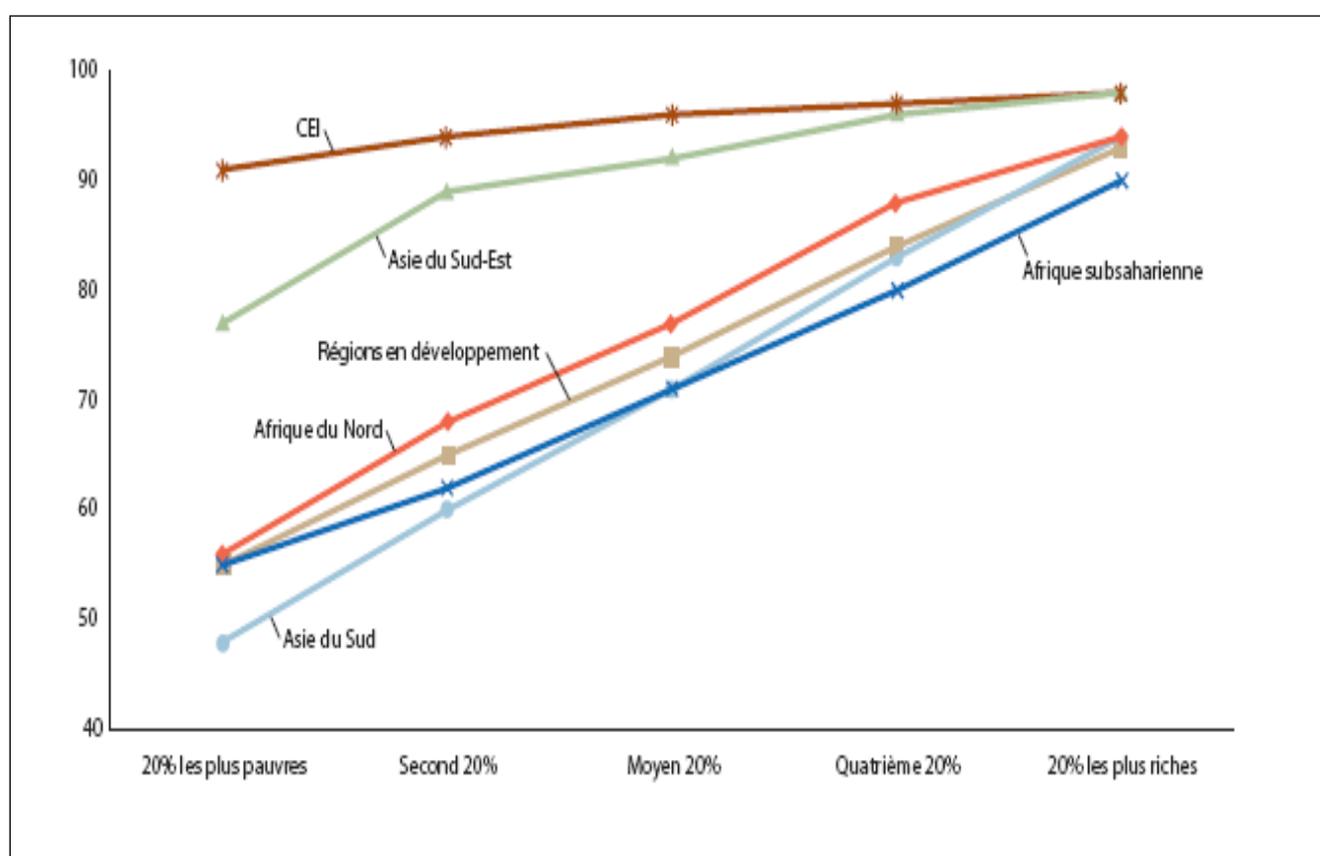
Figure n°I-5 : Proportion d'accouchements pratiqués par du personnel qualifié dans le monde entre 1990 et 2008.



Source : [ONU, 2010^d, p : 31]

Selon l'ONU, l'utilisation de la contraception au cours des années 90 a augmenté chez les femmes presque de toutes les régions (voir figure n°I-6). En 2007, plus de 60% des femmes âgées de 15-49 ans mariées ou en union utilisent un moyen contraceptif. Cette proportion masque cependant la réalité car il y a une grande disparité entre les régions. Par exemple, la prévalence contraceptive reste basse en Afrique Subsaharienne. Une étude menée à partir de deux enquêtes réalisées en 1994/2003 et 1998/2008 dans 22 pays d'Afrique Subsaharienne, montre que le recours à la contraception est particulièrement bas parmi les femmes rurales et parmi celles des ménages les plus pauvres. [ONU, 2010^d, p.36]

Figure n° I-6 : Proportion des femmes consultées au moins une fois pendant leurs grossesses selon la richesse des ménages entre 2003/2008 et selon les régions.



Source : [ONU, 2010^d, p. 33]

III-3-1-d- L'objectif sur le VIH/Sida :

Selon l'ONU, plus de 7400 personnes sont contaminées par le VIH et 5500 décèdent d'une maladie liée au Sida en 2008, alors que le VIH reste la principale cause de mortalité chez les femmes en âge de procréation dans le monde. Par ailleurs, deux tiers des 33.4 millions de personnes qui vivaient avec le VIH en 2008, se trouvent en Afrique Subsaharienne. [ONU, 2010^a]

L'ONU affirme que le nombre de nouvelles infections au VIH a baissé régulièrement depuis son pic en 1996 (soit 3,5 millions) pour atteindre 2,7 millions en 2008. Les décès dus au Sida ont également diminué pour passer de 2,2 millions en 2004 à 2 millions en 2008. Cette épidémie semble être stabilisée selon l'ONU dans la plupart des régions mais de nouvelles infections au VIH sont en hausse en Europe de l'EST et en Asie Centrale à cause des effets combinés des nouvelles infections. [ONU, 2010^a]

III-3-2- Actions mise en œuvre pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement :

Les actions mise en œuvre pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement sont diverses, il y a des actions mise en œuvre par les gouvernements de chaque pays pour atteindre ces objectifs, d'autres actions, plus fréquents, sont mise en œuvre par les Organisations Internationales. Dans les points suivant, nous allons citer certaines actions relatives à chaque objectif.

III-3-2-a- Actions mise en œuvre par les pays :

A- Pour atteindre l'objectif de la pauvreté :

Beaucoup de pays ont investi dans le domaine de l'agriculture afin de sortir de leur pauvreté et de la faim et cela pour améliorer et augmenter la productivité, comme :

- Le Malawi et Le Ghana ont mis en place des programmes nationaux pour la subvention des engrais ;
- Le Vietnam a investi dans la recherche et le développement agricoles ;
- Le Nigeria et Le Bangladesh ont créé un programme spécial pour la sécurité alimentaire ;
- L'Argentine a créé des programmes en faveur de l'emploi, c'est le programme jefes y jefas de Hogar. [ONU, 2010^a]

B- Pour atteindre l'objectif de la Mortalité infantile : Les mesures réalisés sont :

- Les programmes de vaccination en Egypte, au Viêtnam, au Bangladesh ;
- Promouvoir l'allaitement maternel au Cambodge ;
- Procurer des moustiquaires en République du Congo, en République démocratique du Congo, au Gabon, au Mali, au Niger et au Zimbabwe. [ONU, 2010^a]

C- Pour atteindre l'objectif de la mortalité maternelle : Les dernières actions réalisées dans certains pays sont:

- Elargir l'accès au service de santé maternelle en Egypte ;
 - Lutter contre les fistules en Afrique Subsaharienne, en Asie de Sud et dans les Etats arabes en collaboration avec FNUAP ;
 - Investir dans les unités mobiles de santé au Pakistan avec l'appui du FNUAP. [ONU, 2010^a]

D- Pour atteindre l'objectif du VIH/Sida : les mesures réalisées par beaucoup de pays sont :

- L'accès gratuit aux traitements antirétroviraux au Botswana ;
- Ralentir les nouvelles infections chez les jeunes par l'information et la sensibilisation sur le danger que comportent les rapports sexuels non protégés dans 15 pays les plus durement touchés comme, le Côte d'Ivoire, la Zambie, le Zimbabwe, l'Ethiopie, le Kenya, le Malawi, la Namibie et la Tanzanie ;
- Protéger les familles du paludisme, de la rougeole et de la polio au Togo par une campagne de vaccination contre la rougeole et la polio et la distribution gratuite des moustiquaires. [ONU, 2010^a]

III-3-2-b- Actions mise en œuvre par les organisations internationales :

A- Pour atteindre l'objectif de la pauvreté :

- Le programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD) a pris une disposition nationale pour garantir l'emploi rural Mahatma Gandhi en Inde. Ce programme a donné droit à un minimum de 100 journées de travail rémunéré par an aux travailleurs sans terre et aux petits agriculteurs ;
- Le programme alimentaire mondial (PAM) a proposé une aide alimentaire surtout pour les populations touchées par des catastrophes naturelles ;
- Le PNUD collabore avec une coopérative féminine de culture de la mangue, de transmettre aux paysannes les compétences nécessaires pour faire pousser leurs produits au Mali ;
- L'UNICEF et la commission économique des Nations Unies pour l'Amérique Latine et les caraïbes ont procédé en 2008-2009 à la première étude comparative de la pauvreté infantile dans la région afin d'encourager des politiques publiques inclusives, universelles et performantes pour les enfants et les adolescents. [ONU, 2010^a]
- Le FMI aide de diverses manières les pays pauvres à atteindre le premier objectif, par ses conseils de politiques économiques, l'assistance technique, le soutien financier et

l'allègement de la dette. Il encourage les pays développés à augmenter leurs aides par l'ouverture des marchés aux exportations des pays en développement et le maintien d'un climat économique international sain et propice au développement. [FMI, 2011]

B- Pour atteindre l'objectif de la mortalité infantile :

La participation des Nations-Unies en collaboration avec les ONG, les chefs de gouvernements et les responsables de fondations dans le lancement d'une « **stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant** ». Cette stratégie mondiale propose des mesures clés pour améliorer la santé maternelle et infantile dans le monde entier. Ces mesures portent sur l'amélioration du financement, sur les politiques d'orientation ainsi que sur l'amélioration des services qui ont un rapport avec la santé maternelle et infantile. [ONU, 2010^a]

L'UNICEF travaille beaucoup sur le terrain pour donner de l'aide aux pays en développement dans le domaine de la santé infantile. D'un côté, l'UNICEF en partenariat avec des Etats et l'OMS, propose des interventions dans le domaine de la santé et de la nutrition afin de réduire le nombre de décès néonatal et infantile et la malnutrition chez les enfants, et cela à travers l'achat des vaccins ainsi que des micronutriments. D'un autre côté, l'UNICEF collabore avec les pouvoirs publics, les prestataires et la communauté pour aider les familles à acquérir des compétences essentielles et des connaissances de base concernant les soins aux nouveau-nés ainsi que les informations sur l'allaitement, l'alimentation complémentaire et l'hygiène. [ONU, 2010^a]

C- Pour atteindre l'objectif de la mortalité maternelle :

Le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, Banque mondiale ainsi que l'ONUSIDA, ont mis leurs forces en commun pour lancer un programme intitulé Health 4 (H4+) afin d'aider les pays qui ont les taux les plus élevés de mortalité maternelle ou infantile. Ce programme consiste à faire une évaluation obstétricale et néonatale d'urgence et à améliorer l'accès aux services de santé procréative en plus à mobiliser les ressources et à accroître le nombre de travailleurs de la santé qualifiée. [ONU, 2010^a]

En 2009, l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP ont établi un partenariat avec les ministres de la santé de l'Union africaine ainsi qu'avec les organisations bilatérales et non gouvernementales pour lancer la campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique¹⁸. [ONU, 2010^a]

¹⁸ Elle est présente dans 20 pays africains, comme l'Ethiopie, Ghana, Malawi, Nigeria, Rwanda, Tchad....

Un programme mené par le FNUAP et la confédération internationale des sages-femmes est présenté dans 15 Etats arabes et pays d’Afrique et d’Amérique Latine. En collaboration avec les ministres de la santé ce programme consiste à accroître les capacités et le nombre de sages-femmes. Voici les pays qui ont réussi à la réalisation de ce programme :

- L’Ouganda et le Ghana ont élaboré un plan pour promouvoir une formation de qualité des sages-femmes ;
- Le Nord-Soudan a mis au point sa première stratégie nationale relative aux sages-femmes. [ONU, 2010^a]

Le programme mondial, pour la sécurité d’approvisionnement en produit de santé procréative, du FNUAP et les conseils de planning familial, est élaboré pour permettre l’accès aux fournitures de santé reproductive dans 70 pays. Ce programme a réussi en Ethiopie car le taux de prévalence contraceptive a presque doublé depuis 2005 et en Madagascar d’où le recours volontaire à la planification. [ONU, 2010^a]

D- Pour atteindre l’objectif du VIH/Sida :

- Le programme commun des Nations-Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) apporte au pays une aide technique pour la mise en œuvre de leurs plans nationaux sur le Sida ;
- L’UNICEF, l’OMS, le FNUAP et l’ONUSIDA ont aidé les pays à porter à grande échelle leurs programmes de prévention de la transmission materno-fœtale du VIH ;
- L’organisation des Nations-Unies pour l’Education, la Science et la Culture (UNESCO) est à la tête de l’initiative mondiale sur l’éducation et le VIH/Sida ;
- Un programme scolaire sur la santé procréative et la prévention du VIH au Vietnam avec la collaboration du ministère de l’éducation et de la formation et le FNUAP. [ONU, 2010^a]

Conclusion :

Deux grands domaines de la recherche méritent d’être expliqués théoriquement: la santé reproductive et la pauvreté. Nous avons donné en premier lieu l’importance aux définitions et concepts utilisés, puis nous avons synthétisé les différentes mesures de chaque domaine étudié.

La santé reproductive est un concept positif, global et dynamique ; il est apparu pour la première fois dans la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)

tenue au Caire en 1994 par les Nations-Unies. Ce concept a reçu une grande attention de la part des participants.

La santé reproductive n'est pas seulement un élément important et inhérent à la santé intégrale de l'être humain, mais s'inscrit dans les investissements de chaque société dans son capital humain qui rentre dans la réalisation du développement durable.

Plusieurs indicateurs rentrent dans l'estimation du niveau de la santé reproductive. Ce sont les indicateurs liés à : la planification familiale ; la morbidité maternelle, la mortalité infantile et au VIH/Sida et les MST. L'estimation de ces indicateurs au niveau local ou national dépend de la disponibilité des données.

En ce qui concerne le concept pauvreté, il est multidimensionnel, défini par plusieurs chercheurs et par les organisations internationales comme le PNUD et la Banque Mondiale. Ces méthodes de mesures sont multiples et variés selon les deux approches, une approche monétaire qui prend en compte le revenu et la consommation dans la mesure de la pauvreté et l'autre non monétaires qui prend en compte d'autres éléments non monétaire comme la santé, l'éducation...

Il y a trois principales écoles de pensée sur la mesure de la pauvreté : l'école Welfarist, l'école des besoins de base et l'école des capacités. Ces trois écoles ont un point commun : Est considérée comme pauvre, toute personne qui n'atteint pas un minimum de satisfaction raisonnable d'une « chose ». Ce qui les distingue, c'est la nature et le niveau de ce minimum.

L'estimation d'un indicateur de pauvreté varie d'une approche à une autre et selon le type des données disponibles. Nous s'intéressons dans le cadre de cette recherche à l'école de besoin de base pour calculer l'indice synthétique de pauvreté non monétaire à partir d'une enquête démographique et de santé (voir le détail dans le chapitre 4)

En pratique, il n'existe pas de relation entre la santé reproductive et la pauvreté mais des relations entre les indicateurs de la santé reproductive et la pauvreté selon les études menées dans ce domaine. D'après ces études les populations pauvres et démunies sont :

- Premièrement, des populations avec une forte fécondité à cause de l'absence des services de planification familiale;
- Deuxièmement, des populations vulnérables aux maladies où l'accès aux soins est difficile et l'absence du personnel médical qualifié ;
- Troisièmement, des populations avec une forte mortalité maternelle et infantile à cause de l'absence du service de planification familiale.

Par ailleurs, l'amélioration de la santé reproductive des femmes permet de réduire la pauvreté. Car les femmes qui limitent le nombre de leurs grossesses et qui prennent soins de leur santé reproductive peuvent avoir une possibilité à l'éducation et à l'emploi ; ce qui fait augmenter les revenus des ménages.

Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ont pour but de réduire la pauvreté en agissant sur plusieurs domaines parmi eux le domaine de la santé reproductive (objectif 4, 5 et 6). Plusieurs pays ont atteint les objectifs du millénaire pour le développement et cela à travers les progrès réalisés par les gouvernements de chaque pays ainsi que par les organisations internationales. D'autres pays essaient d'atteindre ces objectifs d'ici 2015 malgré les efforts faits par les gouvernements.

Pour le cas de l'Algérie, les prochains chapitres ont pour but d'analyser l'évolution des indicateurs de la santé reproductive (Chapitre II) ainsi que l'évolution de la pauvreté (Chapitre III) et de faire une évaluation de chaque indicateur, que ce soit les indicateurs liés à la santé reproductive ou liés à la pauvreté, selon les objectifs fixés d'ici 2015 par les OMD. Afin de savoir si l'Algérie va atteindre ces objectifs ou non, il faut avoir en vue les progrès réalisés par le gouvernement pour atteindre ces objectifs.

Chapitre II: Analyse et tendance de la santé reproductive en Algérie : Evolution, Evaluation selon les objectifs du millénaire pour le développement et les stratégies réalisées.

Introduction :

La planification familiale, la santé maternelle, la mortalité infantile et le VIH/SIDA sont des indicateurs choisis pour étudier et situer le niveau de la santé reproductive en Algérie.

Avant cela, nous devons d'abord analyser l'évolution de ces indicateurs dans le temps à travers les différentes enquêtes nationales réalisées en Algérie. Ensuite, nous donnons une évaluation de chaque indicateur en appliquant les objectifs fixés par les OMD d'ici 2015, afin de savoir si l'Algérie va atteindre les objectifs liés à la santé reproductive. En dernier lieu, nous déterminons le rôle de l'Etat ainsi que le rôle de la femme algérienne dans l'amélioration de la santé reproductive comme stratégie mise en place pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

I- Analyse de l'évolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie :

Les indicateurs de la santé reproductive choisis pour étudier son évolution, sont définis dans la partie théorique et sont ceux proposés par les OMD.

Avant toute analyse, il est primordial de commencer par présenter les sources des données utilisées dans ce chapitre.

I-1- Sources des données utilisées :

Notre analyse porte sur l'évolution des indicateurs de la santé reproductive tels que le taux de prévalence contraceptive, le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité infantile.... nous avons recourus aux différentes enquêtes démographiques et de santé effectuées en Algérie à savoir : l'enquête aux indicateurs multiples (**Mics3-06**)¹⁹, l'enquête algérienne sur la santé de la famille (**EASF-02**)²⁰, l'enquête nationale sur les objectifs de fin de décennie (**EDG-00**)²¹, l'enquête nationale sur les objectifs de mi-décennie (**MDG-95**)²², l'enquête sur la mortalité maternelle (**EMM-99**)²³, l'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (**EASME-92**)²⁴.

D'autres sources de données seront nécessaires pour compléter l'analyse de l'évolution, il s'agit des données de l'ONS, des données du ministère de la santé et de la réforme hospitalière (MSP/DP) et des données du PNUD.

I-2- Indicateurs de la planification familiale :

La contraception peut se définir comme l'ensemble des méthodes modernes et traditionnelles ayant pour but d'empêcher la grossesse chez les femmes en âge de procréation

¹⁹ L'Enquête sur les indicateurs multiple réalisée en 2006 par l'Office National des Statistiques en collaboration avec le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

²⁰ L'Enquête Algérienne sur la santé de la Famille réalisée en 2002 dans le cadre du programme Pan Arabe pour la santé de la famille (PAPFAM). Elle a été menée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, en collaboration avec l'office national des statistiques.

²¹ Cette enquête réalisée en 2000 dans le cadre du programme international d'enquêtes par grappe à indicateurs multiples (MICS) conduit par l'UNICEF. Elle a été menée par l'INSP pour le compte du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

²² Cette enquête réalisée en 1995 dans le cadre du programme international d'enquêtes par grappe à indicateurs multiples (MICS) conduit par l'UNICEF. Elle a été menée par l'INSP pour le compte du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. (Suivie de l'enquête EDG-2000)

²³ Cette enquête réalisée en 1999, elle a été menée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, en collaboration avec l'office national des statistiques.

²⁴ Cette enquête réalisée en 1992 dans le cadre du programme Pan Arabe pour la santé de la mère et de l'enfant (PAPCHILD). Elle a été menée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, en collaboration avec l'office national des statistiques.

(15-49 ans) [CERED, 2007]. La question de la contraception paraît très importante, tant du point de vue santé des femmes que du point de vue socio-culturel, dans le sens où la maîtrise de la fécondité est un paramètre essentiel dans l'amélioration du statut des femmes dans la société [HAYEF I., 2002, p.21]

La planification, quant à elle, a pour objectif de fixer chez une femme le nombre d'enfants ou les espacer en fonction de son choix. Elle s'appuie sur la diffusion de l'information et la distribution des contraceptifs pour une population donnée. [CERED, 2007]. Elle permet de sauver la vie des mères et des enfants [OBAID A.-T., 2004].

Le programme de planification familiale en Algérie date de la fin des années soixante. Son principal objectif était d'espacer et de contribuer à la maîtrise de la croissance démographique mais c'était au niveau politique car le slogan dans les années 60 et 70 consistant dans l'aphorisme suivant : « la meilleure pilule est le développement économique ». Ce n'est que vers le début des années quatre-vingt que l'Algérie lance son plan national de maîtrise de la croissance démographique (PNUD en 1983). [HAYEF I., 2002, p.21]

La planification familiale est un domaine qui englobe plusieurs indicateurs tels que : la connaissance contraceptive, le taux de prévalence contraceptive, le besoin non-satisfait en matière de planification familiale. Nous allons voir en détail ces différents domaines dans les points suivants :

I-2-1- Connaissance des moyens contraceptifs :

Selon les données des deux dernières enquêtes effectuées en Algérie, l'EASF en 2002 et la MICS3 en 2006 : la majorité des femmes algériennes âgées de 15-49 ans ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive soit respectivement 99,9% et 99,1%. La pilule et le stérilet sont les deux méthodes les plus connues. Ils sont de l'ordre de 99,9% et 94,2% respectivement pour l'enquête EASF et pour l'enquête à indicateurs multiples la MICS3 ; le pourcentage est respectivement de l'ordre de 99,1% et 88,6%. Les méthodes comme le condom et les injectables avoisinent les 70% selon l'enquête EASF et de l'ordre de 69,6% et 62,3% respectivement selon l'enquête MICS3. Les autres méthodes modernes notamment les implants, le condom féminin et la stérilisation masculine sont peu connus.

Pour ce qui est des méthodes traditionnelles comme l'allaitement prolongé, la méthode de calendrier et le retrait sont les plus connus, elles sont respectivement de l'ordre de 85%, 76%

et 68% selon l'EASF de 2002 et de l'ordre de 83%, 73% et 60% selon la MICS-3 de 2006. (Voir tableau n°II-1)

Nous remarquons aussi qu'il n'y a pas de grandes différences de connaissances des méthodes contraceptives entre l'urbain et le rural pour les deux enquêtes.

D'après les données des deux enquêtes (Voir tableau n°II-1), nous constatons qu'il y a une baisse de la proportion de la connaissance des femmes de ces méthodes pendant une durée²⁵ de 4 ans seulement.

Tableau n° II-1 : Proportion des femmes non célibataires connaissant les méthodes contraceptives selon le milieu de résidence et le type de méthodes.

Enquête	EASF, 2002			MICS-3, 2006		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Pilule	99,9	99,9	99,9	99,2	99	99,1
Stérilet	95,9	91,7	94,2	92,9	83	88,6
Injectables	73,5	68,9	71,6	64,5	59,3	62,3
Implants	22,9	17	20,5	-	-	-
Condom	74,3	61,8	69,3	77,7	59,5	69,6
Condom féminin	22,3	18,4	20,7	-	-	-
Diagramme	20,6	16,2	18,8	-	-	-
Crème ou gelée	42,3	30,2	37,4	23,6	15,1	19,9
Ligature de trompes	65,4	61,2	63,7	63,3	58,2	61,1
Stérilisation masculine	26,7	21,5	24,6	11,4	6,1	9,1
Allaitement prolongé	85,6	84,2	85	85,2	80,1	83,0
Méthode du calendrier	79,2	71,3	76	79,9	64,4	73,1
Retrait	71,8	61,2	67,6	66,8	50,8	59,8
Autres	42,1	41,8	42	-	-	-

Source : [EASF, 2002^a ; MICS-3, 2006].

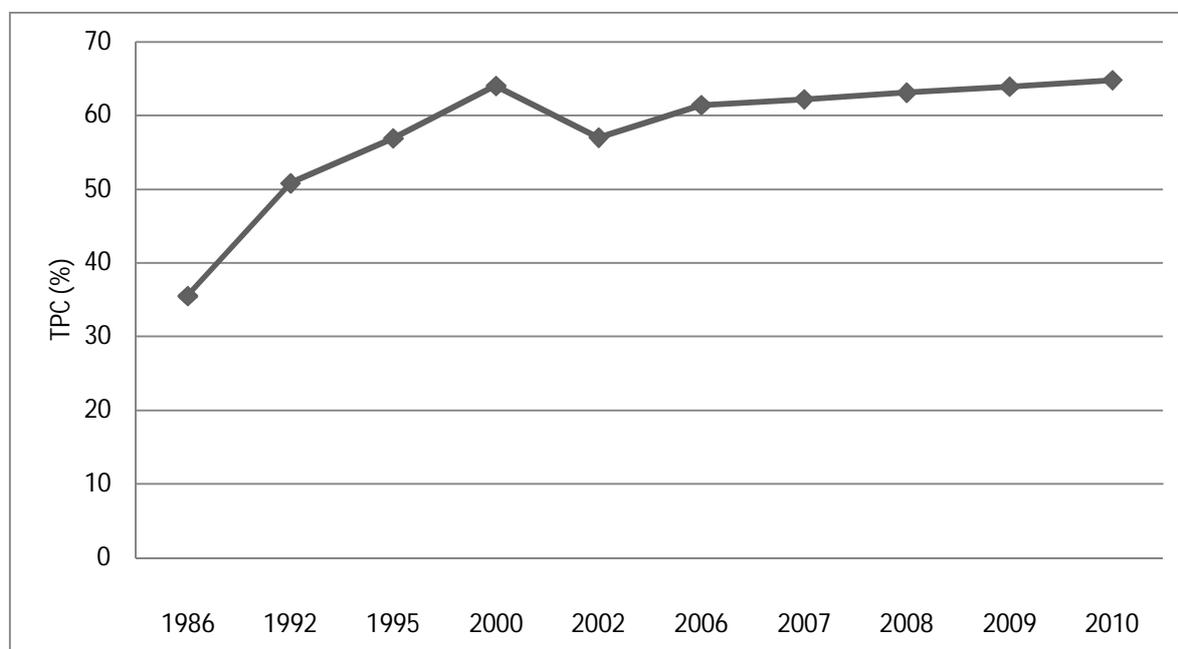
I-2-2- Taux de prévalence contraceptive :

D'après les données des enquêtes effectuées en Algérie entre 1986 et 2006 et d'après les dernières estimations effectuées jusqu'en 2010, le taux de prévalence contraceptive a nettement évolué durant cette période. En effet, il est passé de 35,5% en 1986 à 50,8% en 1992, à 57% en 2002 et à 61,4% selon la dernière enquête de 2006, et de 64,8% en 2010 (estimation) soit un gain de 6,2 en l'espace de 10 ans, de 21,5 en l'espace de 16 ans, de 25,9 en l'espace de 20ans et de 28,3 en l'espace de 24 ans. (Voir figure n°II-1). Cela est dû à l'application du programme de politique de population par les décideurs dans les années

²⁵ La durée entre l'enquête EASF de 2002 et l'enquête MICS de 2006.

quatre vingt, car avant cette période le taux de prévalence contraceptive était de 8% en 1970 [EASF, 2002^b].

Figure n°II-1 : Evolution du taux de prévalence contraceptive de 1986 à 2010 selon les enquêtes algériennes.

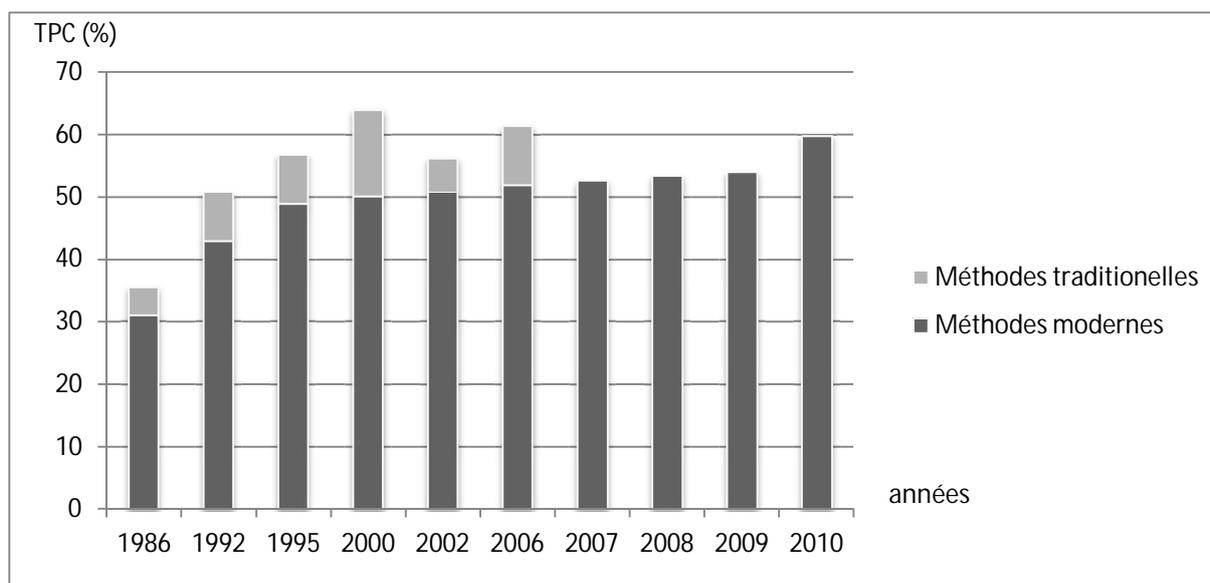


Source : tableau n°II-1 en annexe 2.

La diffusion de la contraception a été renforcée au cours des années 90 quel que soit le milieu de résidence ou la catégorie sociale. A titre d'illustration, le taux de prévalence contraceptive selon l'EASF de 2002 est de 59% en milieu urbain contre 54,4% en milieu rural. Pour l'enquête MICS3 de 2006, il est de l'ordre de 62,5% en milieu urbain contre 52%.

Pour ce qui est de la méthode moderne, ciblée par le programme national de planification familiale, ce taux a connu une progression de l'ordre de 23,8 point, en passant de 31,1% en 1986, à 43,1 % en 1992, à 50,8% en 2002, à 52% en 2006 et à 54,9% en 2010. (Voir figure n°II-2 et tableau n° II-1 en Annexe2)

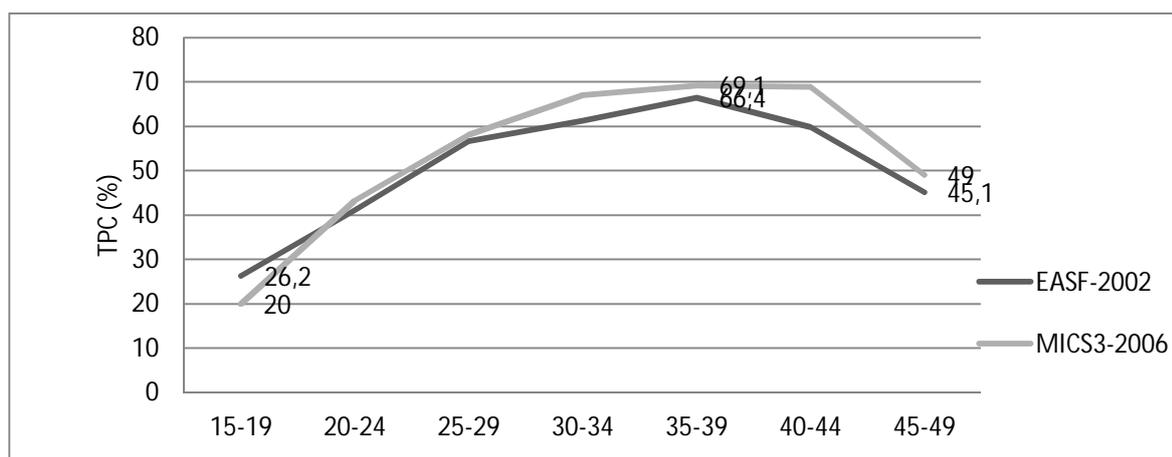
Figure n°II-2 : Evolution du taux de prévalence contraceptive selon le type de méthode de 1986 à 2010.



Source : Tableau n° II-1 en Annexe 2

Les deux dernières enquêtes celles d'EASF de 2002 et de MICS3 2006, montrent que le taux de prévalence contraceptive augmente avec l'âge de la femme et avec un pic pour la tranche d'âge 35-39 ans. (Voir figure n°II-3)

Figure n° II-3 : Taux de prévalence contraceptive selon l'âge de la mère en âge de procréation et selon les deux enquêtes.



Source : Tableau n° II-2 en Annexe2.

Selon les données de l'enquête MICS3 de 2006, la prévalence contraceptive augmente avec le nombre d'enfants vivants chez les femmes non célibataires, elle est de l'ordre de 2,9%

chez les femmes sans enfants vivants, de 55,2% chez les primipares et de 73,9% chez les femmes ayant 3 enfants vivants.

Il ya plusieurs moyens appliqués par le gouvernement algérien pour encourager la femme algérienne à utiliser des méthodes modernes comme le stérilet et la pilule. Parmi ces moyens :

- La distribution gratuite de ces méthodes contraceptives au niveau des centres de protection maternelle et infantile (PMI) qui se trouvent dans chaque quartier ainsi qu'au niveau des maternités publiques.
- Le rebroussement de 100% de ces méthodes par la sécurité sociale.

Les avantages de l'application de ces moyens par le gouvernement algérien a fait augmenter la prévalence contraceptive pour ces deux méthodes (pilule et stérilet) par rapport à d'autres méthodes. Donc, le soutien du gouvernement et du ministère de la santé et de la réforme hospitalière vis-à-vis des femmes mariées, les encouragent à utiliser de plus en plus la planification familiale surtout les femmes démunies qui ont un niveau de vie moyen et même faible.

I-2-3- Besoin non satisfait à la planification :

L'analyse de besoin non satisfait en matière de planification familiale traduit le comportement des femmes vis-à-vis du recours à la contraception que ce soit dans le but d'espacer les naissances ou pour l'arrêt de la procréation.

En effet, le besoin non satisfait en espacement concerne les femmes qui désirent un enfant pour plus tard (après deux ans), mais qui n'utilisent aucun moyen contraceptif au moment de l'enquête. Le besoin non satisfait en limitation des naissances concerne les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent en revanche aucun moyen contraceptif. (Voir détails dans le chapitre I)

Selon l'enquête EASF de 2002, la demande totale de la planification familiale est de l'ordre de 75,5% soit 26,75% pour l'espacement et 47,8% pour la limitation. (Voir tableau n°II-2)

Le besoin non satisfait en matière de planification selon la même enquête est de l'ordre de 26,6%, soit 14,7% pour le besoin non satisfait en matière de limitation et 9,9% pour le besoin non satisfait en matière d'espacement, alors que, la moitié des femmes algériennes au

moment de l'enquête sont satisfaites en matière de la planification familiale. (Voir tableau n°II-2)

Tableau n° II-2 : Proportion des femmes mariées en âge de procréation selon le besoin en matière de planification familiale.

Type de besoin	Pour :	Proportion des femmes (%)
Besoin non satisfait :	Espacer	9,9
	Limiter	14,7
	Total	24,6
Besoin satisfait :	Espacer	16,8
	Limiter	33,1
	Total	49,9
Demande total :	Espacer	26,7
	Limiter	47,8
	Total	74,8

Source : [EASF, 2002^a]

Selon l'Enquête MICS3, le besoin non satisfait a été estimé à 10,8% chez les femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées, soit 4,6% pour le besoin non satisfait en matière d'espacement et 6,2% pour le besoin non satisfait en matière de limitation. [Gouvernement algérien, 2010, p.86].

En comparant les résultats des deux dernières enquêtes, nous remarquons qu'il y a une diminution de 15,8 points pour une période de 4 ans au niveau du besoin non satisfait en matière de la planification familiale. Cela indique que les femmes algériennes recourent de plus en plus à la contraception.

Le besoin non satisfait varie selon l'âge de la femme mariée et en âge de procréation. Il est important dans les deux premiers groupes d'âges²⁶ (cela concerne les femmes qui ont le besoin non satisfait pour l'espacement) et les deux derniers groupes d'âges²⁷ (concernent les femmes qui ont le besoin non satisfait pour la limitation). (Voir tableau n°II-3)

²⁶ 15-19 ans et 20-24 ans.

²⁷ 40-44 ans et 45-49 ans.

Tableau n°II-3 : Proportion des femmes mariées et en âge de procréation selon le besoin non satisfait en matière de planification et le groupe d'âges des femmes.

G. d'âges (ans)	Besoin non satisfait (%)		
	Espacer	Limiter	Total
15-19	31,8	2,7	34,6
20-24	29,3	2,1	31,4
25-29	21,1	7,1	28,2
30-34	12,8	11,2	24
35-39	4,4	13,9	19,3
40-44	2,1	20,7	22,8
45-49	1,2	26,3	27,5

Source : [EASF, 2002^a]

Selon le milieu de résidence, le besoin non satisfait est de l'ordre de 23,6% chez les femmes urbaines contre 25,9% chez les femmes rurales. [EASF, 2002^a]

Et d'après le tableau suivant, nous remarquons que le besoin non satisfait en matière de planification varie selon le nombre d'enfants. Au moment où il diminue pour l'espacement en passant de 25,5% pour les primipares à seulement 2,8% pour celles ayant 6 enfants et plus, il a tendance à prendre le chemin inverse pour la limitation en passant à peine 1,5% jusqu'à 25,5%.

Tableau n°II-4 : Proportion des femmes mariées et en âge de procréation selon le besoin non satisfait en matière de planification et le nombre d'enfants vivants.

Nombre d'enfants	Besoin non satisfait (%)		
	Espacer	Limiter	Total
1	25,5	1,5	27
2	14,7	8,2	22,9
3	10,1	14,2	24,3
4	6,2	16,4	22,6
5	4,1	21,4	25,5
6 et plus	2,8	25,5	28,5

Source : [EASF, 2002^a]

La non-utilisation de la contraception par les femmes mariées en âge de procréation, se traduit comme suit :

- L'effet indésirable de la contraception orale (pilule) ;
- La maladie de la femme ;
- L'absence de l'offre de la contraception (pilule et stérilet) au niveau des PMI (régions rurales) ;
- Le refus du conjoint ;
- Les traditions.

I-3- Indicateurs de la santé maternelle :

La santé de la mère était la principale priorité au début de l'obstétrique alors que la santé du fœtus est en charge juste pendant les trente dernières années. [RUMREAU-ROUQUETTE C., 1996, p.102]. Quant à l'Algérie, Des Forts a annoncé que les chercheurs se sont récemment intéressés à la santé de la mère, à travers les organismes de planification familiale, en méconnaissant la santé des fœtus et des nouveau-nés. [DES FORTS, 1986, p.1]

I-3-1- Complications maternelles :

Les complications maternelles sont des complications liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum (la période de six semaines après l'accouchement). Les complications liées à la grossesse sont par exemple l'écoulement aigu de sang vaginal, l'hypertension artérielle, l'œdème du visage et du corps, la douleur hypogastrique et la jaunisse..... Concernant les complications liées à l'accouchement ce sont par exemple la durée longue du travail, l'hypertension artérielle et l'hémorragie. Pour les complications liées au post-partum ce sont par exemple l'hémorragie vaginale aiguë, l'anémie, la douleur mammaire plus la fièvre...etc.

Selon les données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille en 2002 (EASF), 36,5% des femmes ont présenté au moins une complication durant leur grossesse (pour la dernière naissance vivante survenue durant les 5 dernières années). Les complications les plus fréquentes durant la grossesse sont celles du l'œdème du visage /le corps, la céphalée/ les maux de tête et les douleurs hypogastriques. Elles sont respectivement de l'ordre de 14,4%, 13,8% et 149%. (Voir tableau n°II-5)

Selon la même enquête, il n'ya pas de grande différence au niveau des complications liées à la grossesse entre l'urbain et le rural. (Voir tableau n°II-5)

Tableau n°II-5: La proportion des femmes qui ont eu des complications durant leur dernière grossesse et selon la strate.

Type de complications	Urbain	Rural	Total
Ecoulement aiguë de sang vaginal	6,9	6,5	6,7
Hypertension	7,3	7,0	7,2
Œdème visage/ Corps	15,3	13,3	14,4
Céphalée/ Maux de tête	12,7	15,2	13,8
Douleur hypogastrique	14,4	15,5	14,9
Hyperthermie	8,7	10	9,3
Convulsion	1,9	1,8	1,9
Brûlure miction	9,9	10,8	10,3
Jaunisse ictère	2,9	3,4	3,2
Essoufflement sévère	10,5	11,9	11,1
Au moins une complication	36,6	36,4	36,5

Source : [EASF, 2002^a].

La complication durant la grossesse varie selon l'âge de la mère, elle est importante chez les femmes de moins de 20 ans soit 41,5%. Cette importance est aussi remarquable pour quelques types de complication pour le même groupe d'âge comme l'œdème de visage et de corps, la douleur hypogastrique, l'hyperthermie et la brûlure miction ; soient respectivement 15,4%, 22,1%, 15,9% et 18,5. (Voir tableau n°II-6)

Tableau n°II-6 : La proportion des femmes qui ont eu des complications durant leur dernière grossesse et selon l'âge.

Type de complications	moins de 20ans	20-34 ans	35-49ans
Ecoulement aiguë de sang vaginal	6,5	6,6	6,8
Hypertension	5,6	6,5	8,8
Œdème visage/ Corps	15,4	14,7	13,5
Céphalée/ Maux de tête	13,9	13,1	15,5
Douleur hypogastrique	22,1	15,2	13,9
Hyperthermie	15,9	9,1	9,4
Convulsion	3,5	1,7	2,2
Brûlure miction	18,5	10,5	9,4
Jaunisse ictère	5,2	3,4	2,5
Essoufflement sévère	12,7	10,9	11,5
Au moins une complication	41,5	37,3	34,4

Source : [EASF, 2002^a].

En ce qui concerne les grossesses à risque dépistées par les PMI et orientées vers les centres de référence de prise en charge, leur proportion a connu une légère diminution ; elle était de l'ordre de 5,3% en 2007 et a atteint 4,9% en 2009. Cette diminution en réalité cache la vérité statistique qui montre que la proportion de dépistage des grossesses à risque a connu une augmentation selon le type du risque. Le diabète a connu une augmentation de 3,7 points (soit 10,7% en 2007 et 14,4% en 2009) et l'hypertension artérielle (HTA) a connu aussi une augmentation de 1,8 points (soit 34,9% en 2007 et 36,7% en 2009). (Voir tableau n°II-7).

Tableau n°II-7 : Dépistage de grossesses à risque en PMI (2007-2009)

Indicateurs	2007		2008		2009	
	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 adressé au centre de référence :	35898	5,3	34929	4,9	35446	4,9
Dont :						
Grossesse et diabète :	3832	10,7	5036	14,4	5099	14,4
Grossesse et HTA :	12545	34,9	12678	36,3	13018	36,7
D'autres facteurs de risque :	19521	54,4	17215	49,3	17329	48,9

Source : [Mission-algerie.ch, 2011, p. 4]

L'Algérie a adopté un programme national de périnatalité en 2005. Les objectifs de ce programme consistent à réduire la mortalité maternelle et périnatale par la prévention, le dépistage et la prise en charge efficace des grossesses à risque (diabète et HTA....). Selon les statistiques de 2009 (voir le tableau n° II-8), 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 86%. [Mission-algerie.ch, 2011, p.4-5]. Cela montre que la plupart des grossesses à risque en Algérie sont prises en charge par les centres de référence.

Tableau n°II-8 : Prise en charge du Diabète et de l'HTA au cours de la grossesse au niveau des centres de référence (2007-2009)

Indicateurs	2007		2008		2009	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Femmes enceintes présentant une grossesse à risque dépistée en PMI et adressé au centre de référence	35898	-	34929	-	35446	-
Femmes enceintes présentant une grossesse à risque dépistée en PMI et prise en charge au centre de référence :	35467	99	30475	87,2	30669	86,7
Dont :						
Grossesse et diabète :	3251	9,2	3735	12,3	3616	11,8
Grossesse et HTA :	10648	30	9678	31,8	9793	31,9
D'autres facteurs de risque :	21568	60,8	17062	56	17260	56,3

Source : [Mission-algérie.ch, 2011, p.4-5]

I-3-2- Mortalité maternelle :

La mortalité maternelle, soit la mortalité des femmes due à la grossesse ou à l'accouchement et même à la suite de couche, constitue toujours, tout comme la mortalité infantile, un problème de santé publique. Le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 230 pour 100.000 naissances vivantes en 1989 et à 215 pour 100.000 naissances vivantes en 1992.

Et d'après une enquête sur la mortalité maternelle de 1999²⁸, le ratio de mortalité maternelle se situerait autour de 117 pour 100.000 naissances vivantes (voir tableau n°II-9). Malgré cette légère baisse, le niveau du ratio de mortalité maternelle reste toujours important.

En 2004, le ministère de la santé et de la réforme hospitalière a estimé un ratio de mortalité de l'ordre de 99,50 pour 100.000 naissances vivantes. Il s'agit dans ce cas, d'un ratio calculé à partir des données hospitalières. Nous remarquons une différence entre ce ratio et celui calculé à partir des enquêtes. Les décès des femmes à domicile ne sont pas pris en considération dans l'enregistrement des décès maternels.

²⁸ Enquête basée sur le recensement exhaustif de tous les décès des femmes en âge de procréer et notamment ceux relatifs à la maternité, a été réalisée du 1 janvier au 31 décembre 1999

Le PNUD estime le ratio de mortalité maternelle à 92,6 pour 100.000 naissances vivantes en 2006. Et selon les dernières estimations du gouvernement algérien, ce taux arrive à 76,9% en 2010. (Voir tableau n°II-9) Donc, nous remarquons que la mortalité maternelle a connu une baisse importante, durant les dernières années, grâce au progrès réalisé dans le domaine de la santé maternelle.

Tableau n° II-9 : Evolution du rapport de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes

Années	Rapport de mortalité maternelle (pour 100 mille naissances vivantes)
1985-1989	230
1992	215
1999	117,4
2004	99,4
2006	92,6
2007	88,9
2008	86,2
2009	81,4
2010	76,9

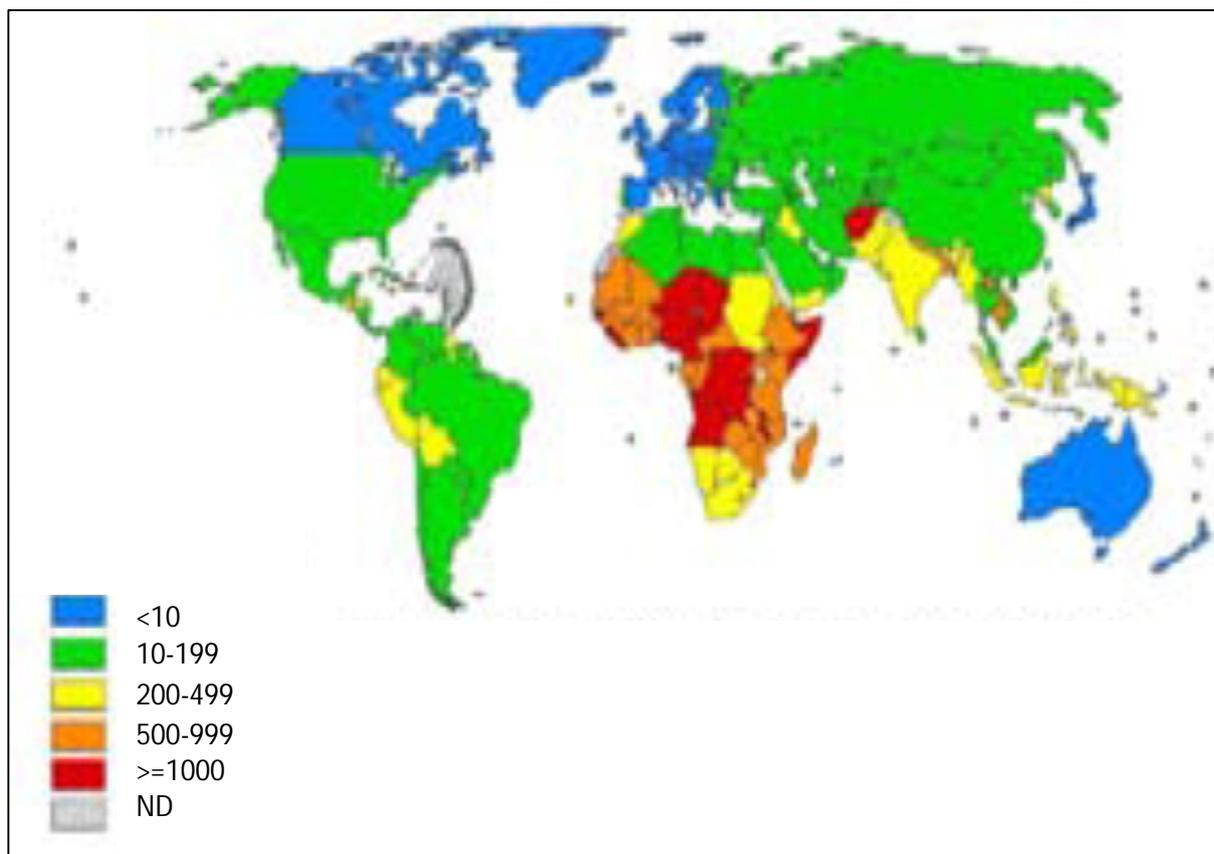
Sources : [EASM, 1992 ; EMM, 1999 ; MSP /RH, 2004 ; CNES, 2006 ; Mission-algérie.ch, 2011]

Au niveau mondial, et selon l’OMS en 2005, le ratio de mortalité maternelle se trouve entre 5 et 1500 pour 100000 naissances vivantes (Voir Figure n° II-4). L’Algérie se situe, d’après ces niveaux mondiaux, parmi les pays de niveau intermédiaire (entre 10 et 199 pour 100000 naissances vivantes). [MSP/DP, 2001 ; OMS, 2008]

D’après la figure n°II-4, il ya une grande disparité entre les pays concernant la mortalité maternelle. Cette mortalité se répartit en cinq zones, la première zone se caractérise par un niveau très bas de la mortalité maternelle (<10) comme : le Canada, l’Europe et l’Australie et la dernière zone se caractérise par un niveau très élevé comme : l’Afrique du sud, l’Afghanistan, l’Angola, le Burundi, le Cameroun, le Tchad, le Liberia, le Malawi, le Niger, Nigeria, le Rwanda, et la Somalie etc.

Il existe aussi des disparités même à l’intérieur d’un pays. A titre d’exemple, le cas de l’Algérie, le taux de mortalité maternelle passe de 73,62 pour 100.000 naissances vivantes dans la wilaya d’Alger à plus de 200 pour 100.000 naissances vivantes dans certaines wilayas du sud du pays. [MSP/DP, 2001]

Figure n°II-4: Ratio de mortalité maternelle pour 100000 naissances vivantes par pays, dans le monde en 2005.



Source : [OMS, 2008].

I-4- Mortalité infantile et juvénile :

I-4-1- Mortalité infantile

L'Algérie a donné une grande importance pour la santé des nouveau-nés, cela à partir d'un programme de lutte contre la mortalité infantile qui a été mis en place depuis 1984. [LEBANE .D, 2006]. Il est à souligner que la mortalité pendant les premières années de la vie reste toujours un sujet de préoccupation en matière de santé publique [MSP/DP, 2001].

Le niveau de la mortalité infantile a nettement diminué depuis l'indépendance. De 142 pour mille naissances vivantes en 1970, il passe à 84,72 pour mille en 1980 et à 38,4 pour mille naissances vivantes en 2000 pour atteindre 22,6 pour mille en 2012 (23,9 pour mille pour le sexe masculin et 21,6 pour mille pour le sexe féminin) (voir Tableau n° II-10). Une diminution de l'ordre de 119,4 points pendant une période de 42 ans. Cette baisse résulte à la fois de l'amélioration des conditions générales de vie et de la mise en œuvre du programme

national de lutte contre la mortalité infantile, dans lequel la vaccination occupe une place de choix.

Tableau n° II-10 : Evolution du taux de mortalité infantile par sexe (1970 – 2012)

Les années	TMI (pour 1000 naissances vivantes)		
	Garçons	Filles	Ensembles
1970	142	141	142
1980	84,40	85,06	84,72
1985	80	76,57	78,30
1990	60	55,50	57,80
1995	57,94	51,65	54,87
2000 ²⁹	38,4	35,3	36,9
2002	36,1	33,3	34,7
2004	32,2	28,5	30,4
2006	28,3	25,3	26,9
2007	27,9	24,4	26,2
2008	26,9	23,9	25,5
2009	26,6	22,9	24,8
2010	25,5	21,8	23,7
2011	24,6	21,6	23,1
2012	23,9	21,6	22,6

Source: [MSP/DP, 2001; ONS, 2007; Gouvernement algérien, 2010 ; Mission-algérie.ch, 2011 ; ONS, 2013]

La part des décès de moins d'un an dans la structure totale des décès représentant 43,3% en 1970, est réduite à 14,2 % en 2008, soit une diminution de 29,1 points en l'espace de 38 années. [MSP/DP, 2001 ; ONS, 2007]

Le niveau de la mortalité infantile reste cependant inacceptable au regard des moyens mis en œuvre et nécessite un renforcement des programmes de prévention. A titre de comparaison, le taux de mortalité infantile se situe à moins de 10/1000 dans les pays développés. [MSP/DP, 2001]

I-4-2- Mortalité juvénile :

Le taux de mortalité infanto juvénile a connu aussi une réduction, il était de 55,7 pour mille en 1990, il est arrivé à 26,1 pour mille en 2012 (27,3 pour mille pour le sexe masculin

²⁹ A partir de l'année 2000, les TMI sont calculés avec des nouveaux taux de couvertures, ces taux de couverture ont été révisés en 2002 à l'issue des résultats du RGPH de 1998 et de l'enquête algérienne sur la santé de la famille 2002.

et 24,7 pour mille pour le sexe féminin) (Voir tableau n°II-11). Une diminution de l'ordre de 29,3 points durant la période de 22 ans. Cette diminution est due à la baisse du taux de la mortalité infantile, à cause de l'application du programme de vaccination, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie de la population.

Tableau n°II-11 : Evolution des taux de mortalité des enfants de moins de 5ans (TMIJ) par sexe (1990-2012).

Les années	TMIJ (pour 1000)		
	Garçons	Filles	Ensembles
1990	-	-	55,7
2000	44,8	41,3	43,0
2001	44,4	41,9	43,3
2002	41,5	38,6	40,0
2003	40,1	35,4	37,8
2004	37,4	33,4	35,5
2005	37,5	33,0	35,3
2006	32,9	29,8	31,4
2007	32,7	28,9	30,8
2008	31,3	28,1	29,8
2009	30,8	27,1	29,0
2010	29,5	26,0	27,8
2011	28,3	25,2	26,8
2012	27,3	24,7	26,1

Source : [Gouvernement algérien, 2010 ; Mission-algérie.ch, 2011, p.6 ; ONS, 2013].

I-4-3- Taux de couverture vaccinale :

La vaccination des enfants de moins de 18 mois est obligatoire en Algérie et elle est gratuite. Les objectifs de la vaccination visent à réduire les formes graves des pathologies liées à la petite enfance et à la mortalité infantile.

Le taux de couverture vaccinale selon la nature du vaccin a connu une évolution selon les différentes enquêtes réalisées en Algérie. Par ailleurs, le taux de couverture du BCG est de l'ordre de 99% selon l'enquête MICS3 de 2006, parce que ce vaccin se fait dès le deuxième jour de la naissance au niveau des maternités où les nouveau-nés ne peuvent pas échapper à cette vaccination. Par contre, les autres types de vaccin se font à partir du premier mois de la naissance au niveau du centre de PMI le plus proche de la résidence des parents.

Nous remarquons d'après le tableau suivant que le taux de couverture selon le type du vaccin est important. Mais, il y a des cas où des nourrissons échappent à la vaccination à cause de l'absence de l'information sur l'importance de la vaccination chez les parents d'une part et d'autre part de leurs négligences. Par exemple, le taux de couverture de la vaccination anti-Rougeole en 2006 était de l'ordre 90.5% et donc presque 10% des nourrissons ont échappé au programme de vaccination.

Tableau n°II-12 : Evolution du taux de couverture vaccinale (enfant dès la naissance à 18 mois).

Nature de vaccin	1992 EASME	1995 MDG	2000 EDG	2002 EASF	2006 MICS-3
BCG	97	93	93	97,9	99
DTCP1	95,4	-	91	96,3	98,3
DTCP2	92,4	-	91	95,2	97
DTCP3	89	83	89	92,3	94,8
ANTI-Rougeole	85,7	-	83	90,6	90,5
Vaccination complète	83,3	77	87	88,9	88
Vaccin HB	-	84	-	-	80

Source : [Gouvernement algérien, 2010].

I-5- VIH/sida :

Le premier cas de l'infection à VIH a été détecté depuis décembre 1985. Cette infection s'est propagée en Algérie, car le nombre cumulé de cas séropositifs était de 1317 en décembre 2002 et il est passé à 2092 cas en septembre 2006. [PNUD en Algérie, 2010^b]

Le nombre de personnes infectées par le sida était de 1533 cas au 31 décembre 2000, est arrivé à 5207 cas au 31 décembre 2009 (Voir tableau II-13). Une augmentation de l'ordre de 3674 cas (soit plus de 70%) pour une durée de 9ans.

Tableau n°II-13 : Evolution du nombre de cas infectés par le VIH/ SIDA en Algérie de 2000-2009.

Années	2000	2002	2004	2005	2007	2008	2009
VIH SIDA (Nbre de cas)	1533	1862	2363	2608	3747	4392	5207

Source : [Gouvernement algérien, 2010].

La prévalence de l'infection au VIH a été estimée par OMS/ONUSIDA à 0,1% en 2004. Cela indique que l'Algérie est un pays à profil épidémiologique bas. [PNUD en Algérie, 2010^b, Gouvernement algérien, 2010].

Le sexe ratio de l'infection au VIH était de 5,01 homme/femme au début de l'épidémie et il est passé à 1,01 homme/femme en 2006. [PNUD en Algérie, 2010^b]

Les femmes en âge de procréation sont de plus en plus infectées, car le nombre de femmes infectées varie d'une année à une autre. Il était de 248 cas au 31 décembre 2000 et arrivé à 244 cas au 31 décembre 2007. (Voir tableau n°II-14). La transmission mère- enfant est en légère augmentation avec 9 nouveaux cas enregistrés entre le 1 janvier et le 31 décembre 2006 [PNUD en Algérie, 2010^b].

Tableau n°II-14 : Répartition du nombre des femmes en âge de procréation infectées par le VIH/SIDA de 2000-2007

Années	2000	2002	2004	2005	2007
VIH SIDA (nombre de cas)	248	329	683	205	244

Source : [Gouvernement algérien, 2010].

L'infection de VIH SIDA a aussi touché les jeunes de 15- 24 ans, parce qu'ils constituent une tranche de population particulièrement vulnérable. Le tableau suivant montre le nombre de cas infectés par le VIH SIDA chez les jeunes. Il est passé de 99 cas au 31 décembre 2000 à 370 cas au 31 décembre 2009.

Tableau n°II-15 : Evolution du nombre de cas de VIH/SIDA chez les jeunes de 15-24 ans entre 2000-2009.

Années	2000	2002	2004	2005	2007	2008	2009
Jeunes de 15-24 ans (nbre de cas)	99	124	156	173	236	297	370

Source : [Gouvernement algérien, 2010].

Une enquête sur les connaissances des usagers problématiques de drogues qui s'est réalisée au nord du pays en 2004 (incluait 50% de consommateurs de drogues injectables parmi les 285 participants) a révélé que 11% des personnes interrogées, ayant accès au dépistage, confirmaient être infectées par le VIH. Cette même enquête a démontré le lien entre l'usage problématique de drogues (UPD), les rapports sexuels rémunérés (44% des UPD enquêtés) et les rapports sexuels non protégés (61% des UPD). [PNUD en Algérie, 2010^b]

Les déterminants de la vulnérabilité restent toujours la sexualité non protégée, la migration, la consommation de drogues injectables, la défaillance de l'hygiène hospitalière et les conditions socio-économiques précaires. Mais, il y a deux éléments structurels qui vont contribuer à l'accélération de l'épidémie de VIH/Sida, il s'agit d'un environnement socio-économique défavorable de la population (la pauvreté) et la position géographique de l'Algérie à l'interface de deux continents particulièrement touchés (l'Europe méditerranéenne au nord et l'Afrique subsaharienne au sud). [PNUD en Algérie, 2010^b]

II- Evaluation des indicateurs de la santé reproductive selon les OMD :

Avant d'évaluer les indicateurs de la santé reproductive en Algérie, nous devons d'abord présenter brièvement les objectifs du millénaire de développement en Algérie.

II-1- Les objectifs du millénaire pour le développement en Algérie:

L'Algérie était parmi les 189 pays qui avaient adopté la Déclaration du Millénaire en septembre 2000 à l'issue du Sommet du Millénaire qui a réuni les chefs d'Etat du monde entier à l'invitation du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont issus des actions et cibles contenues dans la Déclaration : il s'agit de huit objectifs à atteindre d'ici 2015 afin de répondre aux principaux défis de développement dans le Monde. [PNUD en Algérie, 2010^a]

Les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement se composent d'un ensemble d'objectifs de réduction de la pauvreté clairement définis, réunissant l'adhésion la plus large. Ils représentent aujourd'hui la base même de la politique de développement international dans le cadre d'un partenariat mondial dont la finalité est de réduire la pauvreté, améliorer la santé, promouvoir la paix, le respect des droits de l'homme, l'égalité des sexes et la durabilité environnementale.

Objectif 1: Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous

Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Objectif 5: Améliorer la santé maternelle

Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Objectif 7: Assurer un environnement durable

Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

L'Algérie a lancé depuis 2000 des plans et stratégies nationales pour atteindre les OMD. Il s'agit de la stratégie pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, ainsi que le plan national pour le renouvellement rural. Par ailleurs, Depuis l'indépendance elle a fait des efforts immenses en termes d'amélioration des conditions de vie des populations, cela au niveau de l'éducation et de la santé (voir le point III-1 de ce chapitre). [PNUD en Algérie, 2010^a]

II-2- Evaluation des indicateurs de la santé reproductive en Algérie :

Dans ce point, nous nous intéressons seulement aux trois objectifs qui sont liés à la santé reproductive : quatrième, cinquième et sixième objectif pour pouvoir évaluer les indicateurs de la santé reproductive en Algérie.

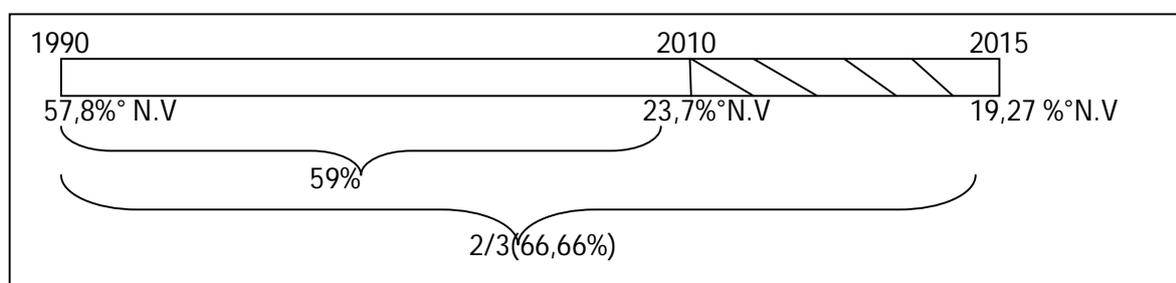
II-2-1- Evaluation du niveau de la mortalité infantile et juvénile :

II-2-1-a- Evaluation du niveau de la mortalité infantile :

Le quatrième objectif concerne la réduction de la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015. Selon les données sur le taux de mortalité infantile de 1990 à 2010, nous remarquons qu'il ya une réduction de 34 point soit 59% durant cette période. Pour atteindre l'objectif fixé de 19,27 pour 1000 naissances vivantes en 2015 (soit une réduction de $\frac{3}{4}$ durant la période de 1990-2015), il faut une réduction de 38,53 pour 1000 naissances vivantes durant la période de 1990-2015. Donc il reste pour atteindre l'objectif fixé, une réduction de 4,43 points (soit 18,69 durant les cinq années qui suivent)

L'Algérie a réalisé jusqu'en 2010, plus que la moitié de la réduction du TMI par rapport à la réduction globale, donc il lui reste une réduction de moins de $\frac{1}{5}$ pour atteindre cet objectif. Voir la figure suivante :

Figure n°II-5 : Evaluation du niveau de la mortalité infantile.



Source : calculs personnels à partir des statistiques publiées

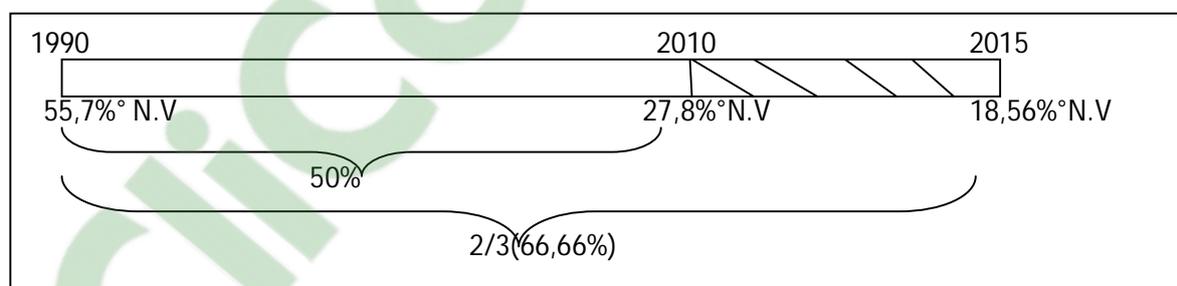
L'objectif de réduction du niveau de la mortalité infantile d'ici 2015 est de 19,27 pour mille naissances vivantes. Pour atteindre cet objectif le gouvernement algérien doit assurer les moyens financiers et humains considérables pour pouvoir continuer et réussir ces programmes d'actions de lutte contre la mortalité infantile mis en place depuis 1984.

II-2-1-b- Evaluation du niveau de la mortalité juvénile :

Le quatrième objectif concerne la réduction de la mortalité juvénile de deux tiers entre 1990 et 2015. Selon les données sur le taux de mortalité juvénile de 1990 à 2010, on remarque qu'il y a une diminution de 27,90 point soit 50% durant cette période. Pour atteindre l'objectif fixé de 18,56 pour mille en 2015 (soit une réduction de $\frac{2}{3}$ durant la période de 1990-2015), il faut une réduction de 37,14 pour mille durant la période de 1990-2015. Donc, il reste pour atteindre cet objectif une réduction de 9,24 points (soit 33,24 durant les cinq années qui suivent)

L'Algérie a réalisé jusqu'en 2010, plus que la moitié de la réduction du Taux de mortalité juvénile par rapport à la réduction globale ; donc il lui reste une réduction de moins de $\frac{1}{3}$ pour atteindre cet objectif. (Voir figure II-6).

Figure n°II-6 : Evaluation du niveau de la mortalité juvénile.



Source : calculs personnels à partir des statistiques publiées.

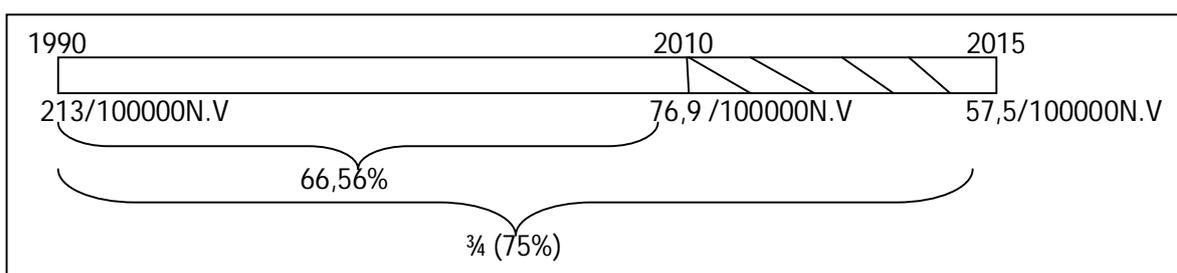
Nous pouvons dire que l'Algérie peut atteindre l'objectif de réduction de la mortalité juvénile à 18,56 pour mille naissances vivantes, puisqu'elle peut atteindre l'objectif de réduction de la mortalité infantile. Car, le niveau de mortalité juvénile dépend du niveau de mortalité infantile.

II-2-2- Evaluation du niveau de la mortalité maternelle :

Le cinquième objectif qui concerne l'amélioration de la santé maternelle, par la réduction de trois quarts entre 1990 et 2015 du taux de mortalité maternelle (Cible 5.A). Selon les

données relatives au taux de mortalité maternelle de 1989 à 2010, nous remarquons qu'il y a une réduction de 153,1 points (soit 66,56%) durant cette période. Pour atteindre l'objectif fixé de 57,5 pour 100.000 naissances vivantes en 2015 (soit une réduction de $\frac{3}{4}$ durant la période de 1990-2015), il faut une réduction de 172,5 pour 100.000 naissances vivantes durant la période de 1990-2015. Donc il reste pour atteindre l'objectif fixé, une réduction de 19,4 points (soit 25% durant les cinq années à venir). (Voir figure n°II-7).

Figure n°II-7 : Evaluation du niveau de la mortalité maternelle.



Source : calculs personnels à partir des statistiques publiées.

II-2-3- Evaluation du niveau de la prévalence contraceptive :

Le taux de prévalence contraceptive est parmi les indicateurs à atteindre d'ici 2015. Il rentre dans le cadre de l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5) par l'accès à la médecine procréative universelle (cible: 5.B). Pour savoir si le taux de prévalence contraceptive va connaître une amélioration remarquable afin d'atteindre cet objectif d'ici 2015, nous allons faire une évaluation de cet indicateur à partir des données rétrospectives et celles des données prospectives qui sont obtenues en utilisant une régression simple.

Nous avons appliqué les données des enquêtes nationales réalisées en Algérie pour faire une projection en utilisant une régression logarithmique simple :

$$y = 11.291 \ln(x) + 40.909$$

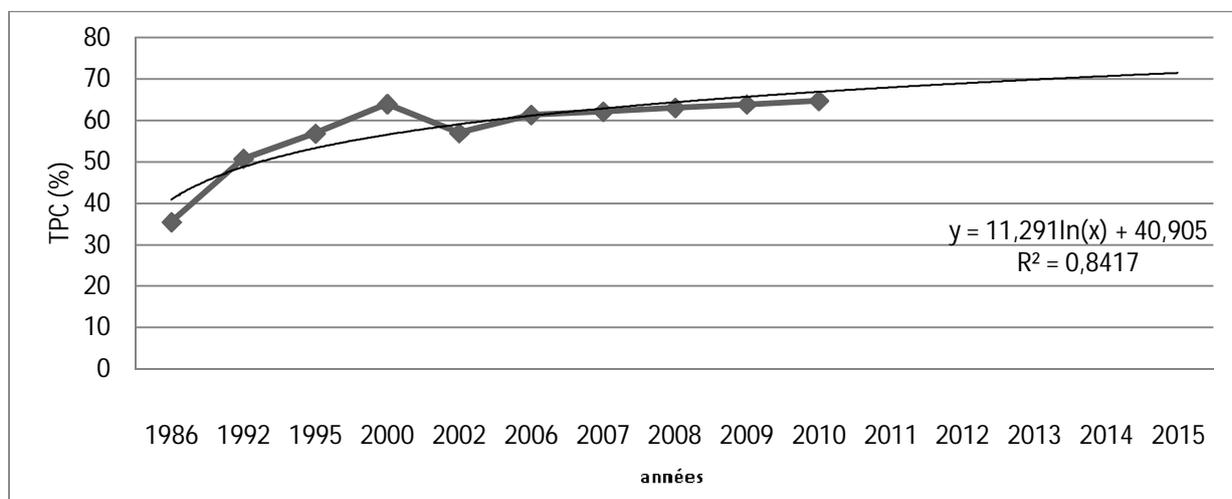
Avec : y : TPC et x : temps

Le coefficient de détermination de cette régression (R^2) est de l'ordre de 84% ce qui indique que ce modèle de régression est statistiquement significatif.

Nous constatons d'après les résultats obtenus par cette régression qu'il y a une continuité d'évolution du taux de prévalence contraceptive qui va arriver à 71,48 % à l'horizon 2015 soit une augmentation de 10% à partir de l'année 2010. (Voir figure n°II-8). Nous remarquons alors que le taux de prévalence contraceptive en Algérie est important et cela grâce à

l'importance qu'a accordée par l'Etat algérien dans le domaine de la médecine procréative pour atteindre les objectifs du millénaire de développement.

Figure n°II-8 : Projection du taux de prévalence contraceptive à l'horizon 2015.



Source : on a utilisé les données du tableau n° II-1 qui se trouve en annexe pour faire la projection.

II-2-4- Evaluation du niveau du VIH/Sida :

L'épidémie du VIH/Sida va connaître une tendance à la hausse, car tous les indicateurs témoignent de cette hausse. Les centres de dépistage et de prise en charge de l'infection qui viennent de se créer ces dernières années ne peuvent pas inverser rapidement cette tendance.

En plus, l'Algérie est un pays qui est sensible au risque migratoire, en raison de sa situation géographique et de l'accroissement important des flux migratoires, surtout clandestins, des populations sub-sahariennes. Cette migration va accroître le nombre de VIH/Sida, si le gouvernement algérien ne renforce pas ces efforts pour combattre cette épidémie.

III- Stratégies pour améliorer les indicateurs de la santé reproductive en Algérie :

L'Algérie a réalisé plusieurs stratégies pour améliorer les indicateurs de la santé reproductive à travers ses politiques de population et de santé depuis l'indépendance. Ces stratégies s'expliquent par le rôle de l'Etat algérien vis-à-vis de l'amélioration de la santé de sa population voire la santé reproductive en appliquant des programmes d'actions importantes qui visent particulièrement la population féminine. Cette population a aussi un rôle important

pour améliorer sa santé reproductive et cela à travers l'accès aux soins pendant la durée de la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement.

III-1- Rôle de l'Etat algérien dans l'amélioration des indicateurs de la santé reproductive.

Dans ce point, nous allons aborder le rôle que l'Etat algérien a joué et les efforts accomplis dans le domaine de la santé pour améliorer les indicateurs de la santé reproductive et par la suite la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Ce rôle se traduit par les programmes nationaux de politique de population et de santé réalisés en Algérie depuis l'indépendance.

III-1-1- Politique de population et de santé en Algérie depuis l'indépendance :

Avant d'énumérer les stratégies réalisées dans le domaine de la santé reproductive pour atteindre les objectifs de millénaire pour le développement, nous devons d'abord donner une brève présentation de la politique de la population et de santé depuis l'indépendance.

III-1-1-a- Brève présentation de la politique de la population et de la santé :

Depuis juillet 1967, la planification familiale est officiellement institutionnalisée en Algérie par l'ouverture du premier centre de protection maternelle et infantile (PMI)³⁰ par l'union des femmes algériennes (UNFA). Cette organisation des femmes a participé pour la première fois après sa création à un congrès en 1966 pour lancer une demande : « *la contraception comme un droit de la femme* ». [KOUAOUCI A., 1996, p.21-22]

En 1976, le gouvernement a institué dans le code de la santé la gratuité des soins médicaux ainsi que la gratuité de la contraception. A partir de cette institution, il y eu la naissance d'une politique de population nationale d'espacement des naissances. [KOUAOUCI A., 1996, p.21-22]

En 1980, le rapport gouvernemental du plan quinquennal a évoqué la nécessité d'une réduction active du taux de natalité après qu'il était contre une politique de population à Bucarest en 1974 à côté de la Chine. En 1983, un conseil interministériel adopte un

³⁰ Le premier centre algérien d'espacement des naissances est lancé à Alger dans le principal hôpital universitaire algérien, Mustapha Bacha en présence des Ministère de la santé et de l'éducation nationale et de plusieurs membres du corps médicale. Deux ans plus tard, deux autres centres à Oran et à Constantine sont ouverts.

programme national de maîtrise de la croissance démographique. [KOUAOUICI A., 1996, p.50-51 ; BENKHELIL R., 1998, p.15-16]

La politique de population est affirmée dans les années 90 par le gouvernement, comme un axe essentiel de la stratégie nationale de développement social. La prise en compte de la variable démographique demeure en effet incontournable dans toute approche prospective et stratégie à long terme visant l'amélioration de la qualité de la vie des générations futures. [BENKHELIL R., 1998, p.15]

A la fin, La politique de population actuelle obéit à des nécessités de développement, prenant en compte à la fois des acteurs démographiques et les variables économiques, sociales et culturelles, ainsi que les aspects liés à la promotion de la femme, à la préservation de la famille et à la lutte contre la pauvreté. Comme il a été précisé dans les OMD.

III-1-1-b- Stratégies gouvernementales pour atteindre les OMD :

Au vu des tendances décrites par les principaux indicateurs de la santé reproductive, la politique nationale de population et de santé demeure une composante importante du développement durable de la population algérienne. Nous présentons dans ce qui suit, le programme de la politique nationale de population pour atteindre les objectifs millénaires pour le développement à l'horizon 2010.

A-Le programme de population établi à l'horizon 2010, tel que précisé par le document officiel élaboré par les services compétents s'articule autour des grands axes suivants : (la politique nationale de pop à l'horizon 2010, rapport du comité national de population, ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, octobre 2000.) :

- **Le renforcement des liens entre la population et le développement :** La réalisation des équilibres entre les ressources humaines, les ressources économiques et l'environnement, en vue d'améliorer la qualité de vie de tous et cela s'applique par la mise en œuvre d'une politique de développement visant la croissance économique soutenue, la création d'emploi productive, la préservation de l'environnement et la solidarité de l'intégration sociale ;
- **Le renforcement de l'accessibilité aux services de santé reproductive et l'amélioration de la qualité des prestations :** Pour réaliser et réussir une politique de population il faut intégrer plusieurs secteurs de santé. Par ailleurs, la promotion de la femme fondée sur un accès renforcé à l'éducation et à la santé y compris la santé de

la reproduction, ainsi que sur la participation féminine à la vie politique, économique, sociale et culturelle, constitue une composante essentielle de la politique de la population. L'égalité et l'équité entre les sexes sont à préserver dans le cadre des stratégies et programmes de développement ;

- **Le renforcement des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) :** Le droit à l'information et à l'accès aux services de santé reproductive, fait partie intégrante du droit constitutionnel à la santé. La gratuité des soins et services liés à la santé reproductive est assurée pour les citoyens démunis. La mise en œuvre de la politique de population sollicite la participation des différents secteurs de l'Etat ainsi que le mouvement associatif, car le rôle des associations est important, notamment dans le cadre des actions d'information et de communication, qui sont liées aux différentes composantes des programmes de population et développement ;
- **La mobilisation des ressources :** la réalisation des objectifs engagés par la politique nationale de population dépend, entre autres, des ressources financières disponibles. Ces ressources sont nécessaires car elles permettent de mener un certain nombre d'investigations sur la santé de la famille. [AMOKRANE F., 2007, p.15-17]

B- Stratégies gouvernementales pour la prévention de VIH/SIDA :

Les plans sectoriels pour la période 2007-2011 s'articulent autour de quatre domaines d'intervention :

- La prévention auprès de population en situation vulnérable ;
- La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- La mobilisation associative et communautaire ;
- Le renforcement de la connaissance de l'évolution épidémiologique par les enquêtes de séroprévalence et comportementale. [Gouvernement algérien, 2010]

C- Stratégies gouvernementales pour la lutte contre la mortalité infantile :

Le programme national de lutte contre la mortalité infantile intègre huit sous programme, dont le programme élargi de vaccination (PEV) :

- La vaccination anti-rougeoleuse a été rendue obligatoire en 1985 ;
- Le vaccin anti hépatite B dès l'âge d'un mois a été introduit en 2003 ;
- Le vaccin contre l'Hémophilus influenza introduit en 2008 en vue de consolider le sous-programme infections respiratoires aiguës (IRA). [Gouvernement algérien, 2010]

Le programme national de périnatalité a été adopté en 2005 et a été conforté par une volonté politique, au plus haut niveau, qui s'est traduite par la publication du décret exécutif normalisant l'organisation et le fonctionnement des services de néonatalogie et de périnatalité. C'est un programme triennal (2006-2009, prolongé à 2012) visant à assurer une prise en charge du binôme mère-enfant et à réduire le risque néonatal, en vue de diminuer la mortalité périnatale et la mortalité infantile, notamment à travers :

- La prévention, le dépistage et la prise en charge efficace des pathologies au cours de la grossesse ;
- La normalisation de la surveillance obstétricale ;
- La normalisation des salles de naissances et la hiérarchisation des niveaux de soins néonataux. [Gouvernement algérien, 2010]

III-1-2- Dépenses en santé :

Les dépenses totales en santé, dans le secteur public et privé, par rapport à la population totale, ont connu une augmentation importante ; elles étaient de 62 \$ US/hab en 1995, elles sont passées à 225 \$ US/hab en 2011 (voir tableau n°II-16). Cette augmentation est due à l'importance que le gouvernement algérien a accordée à la santé de la population.

Tableau n °II-16 : Evolution des dépenses en santé par habitant (\$ US courant) de 1995-2011.

Années	Dépenses en santé /hab (\$US courant)
1995	62
1996	62
1997	67
1998	66
1999	55
2000	63
2001	68
2002	70
2003	80
2004	89
2005	96
2006	110
2007	141
2008	186
2009	181
2010	198
2011	225

Source : [Banque mondiale, 2013]

Par ailleurs, les dépenses totales en santé, dans le secteur public et privé, par rapport au PIB, ont connu aussi une légère augmentation avec des perturbations, elles étaient de l'ordre de 4,2% du PIB en 1995 et elles sont passées à 4,6% du PIB en 2009 ensuite à 3,9% du PIB en 2011 (Voir tableau n°II-17). Mais, ces dépenses ont un niveau très faible par rapport au PIB du pays et le domaine de la santé demande un investissement important pour pouvoir améliorer la santé publique surtout les indicateurs de la santé reproductive.

Tableau n°II-17 : Evolution des dépenses en santé totale (% du PIB) de 1995-2011

Années	Dépenses en santé totale (% du PIB)
1995	4,2
1996	3,8
1997	4,1
1998	4,1
1999	3,4
2000	3,5
2001	3,8
2002	3,9
2003	3,7
2004	3,4
2005	3,1
2006	3,1
2007	3,5
2008	3,7
2009	4,6
2010	4,3
2011	3,9

Source : [Banque mondiale, 2013]

III- 1-3- Infrastructure sanitaire :

Les infrastructures liées à la santé ont un rôle important dans le domaine de la santé génésique, elles peuvent contribuer à la préservation de la santé de la mère et de son fœtus (un nouveau-né).

En Algérie, le nombre de structures hospitalières a augmenté car il est passé de 227 en 2002 à 231 en 2004 et en 2006. Ce nombre de structures hospitalières se répartit en secteurs sanitaires, cliniques d'hospitalisation et maternités urbaines. Quant au nombre de maternités publiques, il était de 399 en 2006 avec une variation dans les deux années précédentes. Par contre les maternités privées ont connu une augmentation ; leur nombre est passé de 31 maternités en 2002 à 77 maternités en 2006 comme le montre le tableau n°II-18

Tableau n°II-18 : Evolution des infrastructures hospitalières en Algérie de 2002-2006

Infrastructures hospitalières	2002		2003		2004		2006	
	Nbre	Nbre de lit						
Structures d'hospitalisation	227	36037	230	37575	231	39322	231	35869
Centres Hospitalo-universitaires (CHU)	13	13236	13	13465	13	13362	13	14150
Etablissements Hospitalières Spécialisés (EHS)	32	5960	32	6046	32	6222	32	7578
Maternités publics	372	3316	396	3205	374	3279	399	3534
Maternités privées	31	247	49	-	55	-	77	-

Source : MSP/DP-RH in [ONS, 2008]

En ce qui concerne les infrastructures extra-hospitalières, elles se répartissent en polycliniques, centres de santé et salles de soins. Elles ont un rôle important dans le domaine de la santé reproductive. En 2006, il y avait 520 polycliniques, 1248 centres de santé et 4684 salles de soins répartis sur le territoire national. (Voir tableau n°II-19)

Tableau n° II-19 : Evolution des infrastructures extra-hospitalières en Algérie de 2004-2006

infrastructures extra-hospitalières	2004	2005	2006
Polycliniques	512	516	520
Centres de santé	1275	1292	1248
Salles de soins	4545	4628	4684

Source : MSP/DP-RH in [ONS, 2008]

Le tableau n°II-20 montre que le ratio du nombre de lits pour mille habitants est en diminution, il était de 2,8 pour 1000 habitants en 1970 et il est passé à 1,616 pour 1000 habitants. La diminution de ce ration est expliquée par l'accélération du nombre des populations par rapport au nombre de lits (Comme le montre le tableau précédent).

Tableau n°II-20 : Evolution du nombre de lits d'hôpitaux (pour mille hab)

Années	Lits d'hôpitaux pour 1000 hab ³¹
1970	2,8
1986	2,5
1988	2,6
1989	2,6
1990	2,5
1994	2,1
1998	2,1
2004	1,7
2005	1,7
2006	1,66
2007	1,62

Source : [HERMAN G.-J., 2010]

Pour évaluer le nombre de cas affectés par le VIH SIDA et pour éviter sa transmission, le gouvernement algérien avec la participation du mouvement associatif ONUSIDA ont créé 61 centres de dépistage anonymes et gratuits au niveau de l'ensemble des wilayas du pays.

Par ailleurs, le dispositif national de prise en charge a été considérablement renforcé avec :

- La création de l'agence nationale du sang, chargée de la sécurité transfusionnelle avec l'instauration du contrôle obligatoire, du don du sang à travers tout le territoire national ;
- La création de 8 centres de référence de prise en charge de l'infection VIH/SIDA.

[Gouvernement algérien, 2010]

III-1-4- Ressources humaines :

Dans le système algérien, le personnel qui doit prendre en charge les femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement est composé de médecins spécialistes en gynécologie obstétrique, de médecins généralistes et de personnel paramédical dont les sages-femmes. L'effectif de gynécologues obstétriciens par exemple est passé de 448 en 1991 à 1632 en 2008 et de sages femmes de 3459 en 1996 à 5832 en 2008. (Voir Tableau n°II-21)

³¹ Il s'agit des lits que l'on retrouve dans les hôpitaux privés et publics et ainsi que les centres spécialisés et les centres de réhabilitation.

Tableau n°II-21 : Répartition du personnel de la santé maternelle et infantile de 1991-2008
(Résidents non inclus)

Corps	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2008 **
Gynécologue obstétricien	448	300*	656	595	740	780	1632
Médecins généralistes	1250	-	392	399	271	426	-
Sages femmes	-	6670	3459	5453	5523	5790	5832
Paramédicaux en soins obstétriques	-		2981	2286	2277	2160	86276
Total	1698		7382	8733	8811	9156	-

Source : [MSP/DP, 1991-2000 cité par HACHEM A., 2003, p.72,]

*non compris le secteur privé

** estimation à partir des taux de couvertures sanitaires de 2007

En ce qui concerne le personnel médical, l'Algérie vivait une situation de crise en matière de personnel paramédical après l'indépendance, il comptait 1380 en 1964. Mais grâce à la nouvelle réforme de la formation paramédicale de 1980 dont le but est d'assurer la qualité et la quantité, l'effectif des paramédicaux est passé de 25040 en 1984 à 69578 en 1988. A la fin de 1997, l'Algérie comptait 85971 agents. Cette progression a touché aussi le corps de sages-femmes qui est passé de 227 en 1966 à 5750 en 1999 avec une proportion de 72,83% de l'effectif global du personnel paramédical et 63,26% de l'ensemble des praticiens de la santé reproductive. [HACHEM A., 2003, p.73]

La couverture médicale en médecins spécialistes en gynécologie obstétrique est estimée à 01 gynécologue pour 3692 femmes mariées en âge de reproduction en 2007, alors qu'elle était en 1996, de 01 gynécologue pour 3495 femmes mariées en âge de reproduction. Par ailleurs la couverture médicale en sages-femmes est estimée à 01 sage-femme pour 1033 femmes mariées en âge de procréation en 2007, alors qu'elle était en 1998, 01 sage-femme pour 638 femmes en âge de procréation. Alors que la couverture médicale des pédiatres est estimée à 01 pédiatre pour 18647 enfants de moins de 18 ans en 1998 et à 01 pédiatre pour 11664 enfants de moins de 18 ans en 2007. (Voir tableau n°II-22)

Tableau n°II-22 : Evolution de la couverture sanitaire en direction de la mère et de l'enfant (1996-2007)

Personnel	Ratios			
	1996	1998	1999	2007
Gynécologues	1/3495*	1/4759*	1/4809*	1/3692*
Pédiatres	--	1/18647**	--	1/11664**
Paramédicaux		1/339***	--	1/370***
Dont :				
Sage femmes		1/638*	--	1/1033*

Source : [HACHEM A., 2003 ; Mission-algérie.ch, 2011, p.8]

*Ratios estimés pour les femmes mariées en âge de procréation.

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

*** Ratios estimés pour la population totale

D'après le tableau n°II-23, le nombre de médecins pour mille habitants était de 0,116 médecin pour mille habitants en 1965, il est passé à 1,21 médecins pour mille habitants en 2010. Cette augmentation est due à l'importance que le ministère de la santé et de la réforme hospitalière a accordée aux études en médecine.

Tableau n° II-23 : Evolution du nombre de médecin pour 1000 habit de 1965-2004

Années	Nombre médecin / 1000hab
1965	0,116
1970	0,124
1979	0,38
1984	0,427
1988	0,429
1990	0,821
1993	0,846
1995	1
1998	1,13
2002	1,179
2003	1,219
2004	1,26
2007	1,207
2010	1,21

Source : [HERMAN G.-J., 2010 ; Statistiques-mondiales, 2013]

III-2- Rôle de la femme algérienne dans l'amélioration des indicateurs de la santé reproductive :

Nous allons déterminer le rôle de la femme algérienne dans l'amélioration de la santé reproductive, et cela à travers l'accès aux différents soins de santé reproductive. Mais avant cela, nous devons d'abord arborer les caractéristiques de la femme algérienne. Nous nous intéressons surtout aux femmes non célibataires et en âge de procréation.

III-2-1- Caractéristiques de la femme algérienne :

Nous allons donner un aperçu global des caractéristiques de la femme algérienne en âge de procréation selon l'état matrimonial, l'âge au premier mariage, le niveau d'instruction et l'emploi.

III-2-1-a- Etat matrimonial :

Nous relevons une baisse relative de la part des femmes mariées entre les différents recensements par rapport aux femmes célibataires. La proportion des femmes mariées au recensement de 1977 était de 62,3% et elle est redescendue à 49,4% au dernier recensement soit une réduction de 13,9 points. Ce phénomène s'explique en partie par le recul de l'âge au premier mariage pour le sexe féminin. Les proportions des divorcées et veuves ont connu une légère diminution, mais elles sont négligeables chez les femmes algériennes. Cela est dû au phénomène de remariage. (Voir tableau n°II-24).

Tableau n°II-24 : Evolution des femmes déjà mariées selon quatre recensements de la population et de l'habitat.

Etat matrimonial	RGPH			
	1977	1987	1989	2008
Célibataire	21,8	31,5	40,5	41,6
Mariée	62,3	56,2	49,6	49,4
Divorcée	2,7	2,4	2,0	1,9
Veuve	13,2	9,9	7,9	7,0

Source : [ONS, 2008]

III-2-1-b- Distribution des femmes non célibataire selon l'âge de procréation :

La proportion des femmes mariées varie selon l'âge. Elle est faible au début de l'âge de procréation 15-19 ans, soit 20,7%. Mais, elle a connu une légère augmentation d'un groupe

d'âge à l'autre. Elle est importante à la fin de l'âge de procréation 40-44 ans et 45-49 ans soit 80,1% et 82,9% respectivement. (Tableau n° II-25)

Même la proportion des femmes divorcées et veuves n'est pas négligeable aux derniers groupes d'âge de procréation. Elle est de l'ordre de 4% chez les femmes divorcées âgées entre 45-49 ans et de l'ordre de 6.3% chez les femmes veuves pour le même groupe d'âge. (Voir Tableau n°II-25)

Tableau n°II-25 : Proportion des femmes déjà mariées et en âge de procréation selon le recensement de 2008.

Age (ans)	Mariée	Divorcée	Veuve
15-19	2,7	0,0	0,0
20-24	21,8	0,4	0,1
25-29	46,9	1,2	0,3
30-34	62,4	2,1	0,8
35-39	71,9	3,0	1,7
40-44	80,1	3,7	3,4
45-49	82,9	4,0	6,3

Source : [ONS, 2008]

III-2-1-c- Age moyen au premier mariage :

L'âge moyen au premier mariage a connu un accroissement chez les femmes algériennes de plus de 5 ans pour une période de 20 ans en passant de 23,7 ans en 1987 à 29,3 ans en 2008. (Voir tableau suivant).

Tableau n°II-26 : Evolution de l'âge au premier mariage pour le sexe féminin selon les RGPH

L'âge moyen au premier mariage	RGPH		
	1987	1998	2008
	23,7 ans	27,6 ans	29,3 ans

Source : [ONS, 2008]

III-2-1-d- Niveau d'instruction :

Le tableau n°II-27 montre que les femmes sans instruction occupent la première place avec 28,3%, alors que la part de celles qui ont un niveau secondaire et supérieur se trouve en dernière position avec 15,2% et 7,9% respectivement. Mais le niveau d'instruction de la

population algérienne a connu une nette amélioration par rapport aux recensements précédents, enregistrant une diminution relative des sans instruction et des personnes de niveau moyen et un accroissement des proportions des personnes de niveau moyen et plus. [ONS, 2008, p.11]

Tableau n° II-27: Population féminine âgée de 6 ans et plus selon le niveau d'instruction (RGPH de 2008).

Niveau d'instruction	Population féminine	
	effectif	%
Sans instruction	4188000	28,3
Primaire	3634000	24,5
Moyen	3432000	23,1
Secondaire	2250000	15,2
Supérieur	1171000	7,9
ND	149000	1
Total	14824000	100

Source : [ONS, 2008]

Selon les données du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique de 2001, la part des diplômés de sexe féminin est de l'ordre de 55,5% du total des diplômés, soit 29318 femmes diplômées du supérieur. [MESRS, 2001]

III-2-1-e- Activité économique :

Le taux d'activité féminine a connu un accroissement important entre 1987 et 1998, en passant de 7,8% à 15,1%. Il y a eu, cependant, une stagnation entre 1998 et 2008. (Voir tableau n°II-28). Cela indique que la participation de la femme à l'activité économique demeure très faible par rapport à celle des hommes. [ONS, 2008, p.12]

Tableau n°II-28 : Evolution du taux d'activité de la population féminine âgée de 15 ans et plus.

RGPH	1987	1998	2008
Taux d'activité féminine (%)	7,8	15,1	15,0

Source : [ONS, 2008].

Selon l'enquête MICS3 de 2006, sur l'ensemble des femmes de 15- 49 ans, seulement 12,2% d'entre elles se sont déclarées occupées (soit 14,4% en milieu urbain et 8,9% en zone

rurale). La grande majorité environ 63,6% des femmes sont des femmes au foyer ou femmes qui s'occupent des activités informelles à l'intérieur de leur foyer (57,6% des citadines et 72,6% des rurales). La population féminine active ne représente que 17,6% du total des femmes en âge de procréer (soit 21,0% pour les urbaines et 12,5% pour les rurales). [MICS3, 2006, p.53]

Selon le deuxième rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement de 2010, plus de 4,45 million de femmes algériennes occupent des emplois, le plus souvent qualifiées, principalement dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de la magistrature, de la police et de l'armée nationale populaire. Ainsi, le taux d'occupation féminine est de 15,3% et la population active féminine se situe à 16,8%. [Gouvernement algérien, 2010, p.64]

III-2-2- Couverture sanitaire des femmes en âge de procréation :

Les soins prodigués à la mère durant la grossesse, pendant et après l'accouchement ont un effet considérable sur sa santé et sur celle de son enfant. Les consultations prénatales nous aident à identifier les grossesses à risque nécessitant une prise en charge adaptée durant la grossesse et l'accouchement. Les soins dispensés au moment de l'accouchement dépendent du lieu de l'accouchement, ainsi des structures disponibles, de leur accessibilité et du type d'assistance ; ils contribuent à une meilleure prise en charge des parturientes. La surveillance de la grossesse et l'assistance à l'accouchement ont toujours constitué l'une des préoccupations des pouvoirs publics.

III-2-2-a- Suivi prénatal :

Les consultations prénatales permettent d'informer et d'instruire les femmes sur la grossesse et l'accouchement et de prodiguer les conseils qu'elles doivent adopter. Elles permettent aussi de surveiller l'apparition des différentes maladies qui mettent la santé de la mère et de fœtus en danger. [GOURBIN C., 2002, p.233]. Ces consultations se font par les différents examens gynécologiques et de laboratoire³².

Le suivi peut être assuré par les sages-femmes, les médecins (généralistes, gynécologues, obstétriciens) mais le premier examen prénatal doit être obligatoirement fait par des médecins. [PERNOUD L., 2001, p.213].

³² Comme l'examen d'urine (qui a pour but de chercher la présence de sucre et d'albumine), la prise de sang (qui va permettre de vérifier l'absence de syphilis, de préciser le groupe sanguin et le rhésus), l'échographie (qui assure le développement et la survie du fœtus et de visualiser certaines malformations...).

Le rôle des sages-femmes comporte le diagnostic, la surveillance de la grossesse, la préparation à l'accouchement et la surveillance de l'accouchement... Tant que tout est normal, elles peuvent suivre du début à la fin, la grossesse, l'accouchement et ses suites. Si un problème se pose, elles font appel à un médecin obstétricien qui est le plus qualifié et le plus souvent, c'est lui qui effectue la dernière visite prénatale. [PERNOUD L., 2001, p.213].

En Algérie, selon les deux dernières enquêtes algériennes, 81% des femmes ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale pour la dernière grossesse en 2002 dont 62 % auprès d'un médecin, et 30% auprès des sages-femmes [EASF, 2002] contre 89,4% des femmes qui ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale pour la dernière grossesse en 2006 [MICS-3, 2006] dont 76,4% auprès d'un médecin, 3% seulement par les sages femmes (Voir tableau n°II-29)

Tableau n°II-29 : Proportion des femmes qui ont bénéficié au moins d'une consultation durant leur dernière grossesse selon les deux enquêtes

Consultation prénatale (%)	Enquêtes	
	EASF, 2002	MICS-3, 2006
Médecin	62	76,4
Sage-femme	30	3
Autre	0,1	0,9
Pas de consultation	13,3	9,7
Personnel qualifié	81	89,4

Source : [EASF, 2002^a ; MICS-3,2006]

Les consultations se font dans les maternités publiques, privées, dans les polycliniques et même chez les sages-femmes privées. En général, l'endroit où la femme préfère accoucher, c'est le même endroit où elle fait ses consultations et chez la même personne qui l'a suivie pendant la grossesse. Selon l'enquête algérienne sur la santé de la famille (2002), environ la moitié des femmes ont effectué leur dernière consultation prénatale auprès d'un cabinet médical privé et 25% dans une polyclinique ou centre de santé, tandis que pour 13% d'entre elles, la consultation a été effectuée dans un hôpital ou une maternité [EASF, 2002^a].

La prise en charge médicale est obligatoire dans les pays industrialisés car elle repose sur les recommandations gouvernementales (Danemark, Pays-Bas) [GOURBIN C., 2002, p.233].

Le nombre de consultations diffère d'un pays à un autre, mais généralement le nombre recommandé est de sept examens médicaux obligatoires [PERNOUD L., 2001, p.214] et que la première consultation ait lieu pendant le premier trimestre de la grossesse. [GOURBIN C., 2002, p.232 ; PERNOUD L., p.214]. Pour les autres examens les femmes passent chaque mois à partir du quatrième mois de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Alors selon l'enquête INSERM, les trois quarts des femmes enceintes passent pratiquement une visite par mois [PERNOUD L., 2001, p.214].

Un bon suivi pendant la grossesse permet de diminuer les risques durant la grossesse et pendant l'accouchement en déterminant les femmes à haut risque [AKOTO E., HILL G.-A., 1988, p.317].

III- 2 -2-b- Accouchement assisté :

L'accouchement assisté est devenu de plus en plus fréquent ; cela est dû au progrès de la médecine des dernières années. Il permet de réduire les risques de mort fœtale, notamment dans les cas des souffrances fœtales que l'on peut détecter par le monitoring au cours de l'accouchement [GOURBIN C., 2002, p.234]. Les progrès techniques comme la réanimation admettent de sauver la vie des nouveau-nés précisément les prématurés mais ne peuvent pas diminuer les handicaps d'origine congénitale. [RUMEAU-ROUQUETTE C., 1991, p.105].

En Algérie, l'enquête EASF (2002) montre que 80 % des femmes ont accouché dans un hôpital ou une maternité, près de 9 % à domicile, 4% en clinique privée et 6% en polyclinique / centre de santé. [EASF, 2002^a].

Selon les données de l'enquête MICS-3 (2006), 95,2% des naissances survenues au cours des deux dernières années précédant l'enquête ont été assistées par un personnel médical. Plus de 3 accouchements sur 4 ont été assistés par une sage-femme ou une infirmière. Les médecins arrivent en seconde position, avec 17,2%. Ces résultats nous révèlent que les femmes accouchent de plus en plus dans les milieux assistés.

Le taux d'accouchement assisté en Algérie évolue d'une façon croissante, en passant de 76% en 1992 à 92% en 2000 et à 97.9 % en 2010 (voir tableau n°II-30).

Tableau n°II-30 : Taux d'accouchement assisté³³ (1994-2010) :

Années	Taux d'accouchement assisté. (%)
1992	76
1994	75
1996	76,86
1997	78,38
1998	82,77
1999	83,57
2000	92
2002	91,2
2004	94,6
2005	94,3
2006	95,3
2007	96,5
2008	97
2009	97,2
2010	97,9

Source : [KADI N., 2005 ; PNUD, 2009 ; MICS-3, 2006 ; Gouvernement algérien, 2010 ; Mission-algérie.ch, 2011]

III-2-2-c- Consultation post-natale :

Les données des deux dernières enquêtes effectuées en Algérie (celles d'EASF (2002) et la MICS-3(2006)), révèlent qu'autour de 30% des femmes ont effectué au moins une consultation post-natale durant la période post-partum (les six semaines suivant l'accouchement). Cette part atteint 34% dans le milieu urbain contre 26% dans le milieu rural selon EASF (2002) et de 36,5% dans le milieu urbain contre 23,9% dans le milieu rural selon MICS -3(2006).

Nous constatons que ces dernières années la femme algérienne se marie tard. Elle donne l'importance à l'instruction et à l'activité économique. Tous ces changements rentrent dans son rôle pour améliorer sa santé reproductive. Elle est devenue plus instruite et plus consciente du danger auquel elle sera confrontée, si elle ne préserve pas sa santé et surtout sa santé génésique par le suivi médical auprès du personnel médical et paramédical, par l'accouchement au milieu assisté et par l'utilisation des méthodes contraceptives pour espacer ses grossesses.

³³ le taux d'accouchement assisté est le rapport des naissances issues dans les maternités et des naissances enregistrés à l'état civil qui sont calculés à partir des données de l'ONS et DSP/DP-RH.

III-3- L'efficacité des stratégies pour améliorer la santé reproductive en Algérie :

La santé reproductive est devenue un élément important dans la vie de l'être humain. L'investissement dans ce domaine doit aussi être à la hauteur de son importance. En Algérie des progrès considérables ont été enregistrés depuis l'indépendance en matière de santé publique, de prévention et de lutte contre les épidémies. D'autres progrès ont été réalisés ces dernières années en matière de santé reproductive plus précisément dans le domaine de la santé maternelle et infantile ainsi que la prévention et la lutte contre les MST et le VIH – SIDA.

Par contre, d'autres progrès restent à faire dans plusieurs domaines liés à la santé :

- La localisation d'infrastructure sanitaire même de base dans les régions très isolées afin d'assurer la proximité des soins aux populations concernées ;
- La réforme des hôpitaux et investissement dans les équipements médicaux sophistiqués afin de faciliter les diagnostics ;
- La réforme du marché du médicament afin de garantir la disponibilité à tous les médicaments sur le marché national.

Conclusion :

Ce chapitre porte sur l'analyse de l'évolution des indicateurs de la santé reproductive ainsi que son évaluation à partir des objectifs fixés pour chaque indicateur. Ainsi seront déterminés le rôle de l'Etat algérien et le rôle de la femme algérienne pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

La plupart des indicateurs de la santé reproductive en Algérie ont connu une amélioration remarquable ces dernières années. D'autres indicateurs méritent plus d'intention et plus de moyens matériels et humains quant à leur amélioration.

Pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015, l'Algérie a lancé depuis 2000 des plans et stratégies nationales. Dans le domaine de la santé reproductive, il s'agit de réduire $\frac{3}{4}$ la mortalité maternelle, $\frac{2}{3}$ la mortalité infantile et juvénile, d'améliorer l'utilisation de la contraception et enrayer la propagation du VIH/SIDA pour inverser la tendance actuelle de cette épidémie. Le gouvernement algérien ne peut pas atteindre tous les objectifs fixés malgré les efforts approuvés dans le domaine de la santé reproductive. Ainsi est-on parvenu jusqu'au 2010 à :

- La réduction de plus que la moitié le taux de mortalité infantile par rapport à la réduction global. Donc, pour atteindre l'objectif de 19,27 pour mille naissances vivantes d'ici 2015, il lui reste une réduction de moins de 1/5 pour une durée restante de 5 ans. Cela est possible pour atteindre cet objectif grâce aux progrès réalisés en Algérie dans ce domaine ;
- La réduction de l'ordre de 50% du taux de mortalité juvénile. Il lui reste pour atteindre cet objectif d'ici 2015 une réduction de moins de 1/3. Cette diminution est aussi possible parce qu'elle dépend de la diminution du niveau de taux de mortalité infantile ;
- La réduction de 66% du rapport de mortalité maternelle, il lui reste une réduction de $\frac{1}{4}$ pour atteindre l'objectif fixé de 57,5 pour 100.000 naissances vivantes. Malheureusement, l'Algérie reste un peu loin pour réaliser cet objectif malgré les efforts et les progrès réalisés dans le domaine de la santé maternelle ;
- L'amélioration du taux de prévalence contractive, il lui reste une augmentation de 10% pour atteindre un taux de l'ordre de 71,48 % d'ici 2015. Cet objectif est réalisable grâce à l'importance que l'Etat algérien a accordée au domaine de la médecine procréative.

L'épidémie de VIH/SIDA va connaître une tendance à la hausse, au niveau du nombre de cas infectés, et les efforts consentis par le gouvernement algérien pour combattre cette épidémie sont considérés comme insuffisants car l'Algérie est un pays sensible au risque migratoire en raison de sa situation géographique et de l'accroissement important des flux migratoires surtout clandestins (Celles de Sub-sahariennes).

Le rôle de l'Etat algérien était bénéfique et important à travers les politiques de population et de santé qui se sont réalisées depuis l'indépendance. La politique de population et de santé actuelle obéit à des nécessités de développement durable dans tous les domaines et surtout dans le domaine de la santé, pour pouvoir atteindre les objectifs de millénaire pour le développement. Le programme d'action de la politique de population de 2000 donne l'importance aux axes suivants :

- Renforcement des liens entre la population et le développement ;
- Renforcement de l'accessibilité aux services de santé reproductive et l'amélioration de la qualité des prestations ;

- Renforcement des activités d'information, d'éducation et de communication et surtout dans le domaine de la santé reproductive ;
- Mobilisation des ressources pour pouvoir atteindre ces OMD.

Il y a d'autres nouvelles stratégies réalisées par le gouvernement afin de répondre aux OMD :

- Programme national de périnatalité a été adopté en 2005. C'est un programme visant à assurer une prise en charge du binôme mère-enfant pour réduire le risque néonatal, en vue de réduire la mortalité néonatale et maternelle ;
- Stratégie pour la prévention du VIH/SIDA pour l'année 2007-2011.

Les femmes algériennes dans ces dernières années ont connu des changements importants au niveau de l'éducation et de l'activité économique. Elles se marient tard. Elles accordent plus d'importance à l'instruction et à l'activité économique. Tous ces changements rentrent dans le rôle de la femme pour améliorer sa santé reproductive. Elle est devenue plus instruite et plus consciente du danger auquel elle va être confrontée. Si elle ne préserve pas sa santé et surtout sa santé génésique par le suivi médical chez le personnel médical ou paramédical, par l'accouchement en milieu assisté et par l'utilisation des méthodes contraceptives pour espacer ses grossesses, elle va se retrouver dans la pauvreté. C'est grâce à l'Etat algérien, que la femme joue un rôle important dans l'amélioration des indicateurs de la santé reproductive. Est-ce que cette amélioration a un effet sur la réduction de la pauvreté. C'est l'objet du chapitre IV.

Chapitre III: Analyse de la pauvreté en Algérie.

Clicours.COM

Introduction :

Le phénomène de pauvreté a été une réalité dans la société algérienne. Ce phénomène est toujours considéré comme un sujet tabou. Ce n'est qu'à partir des années 90 que ce phénomène jouit d'une certaine « reconnaissance » avec la détérioration notable des conditions de vie des algériennes notamment avec la grande crise économique qui a secoué le pays. La reconnaissance du phénomène de la pauvreté s'est manifestée par la publication d'un nombre d'articles et de rapports officiels qui mettent l'accent sur ce phénomène à travers divers indicateurs sociaux alarmants (chômage, pouvoir d'achat...). Cependant, les études sur la mesure de la pauvreté proprement dite et de ses profils sont peu nombreuses et souffrent d'importantes insuffisances. Ainsi la reconnaissance de ce phénomène reste faible à ce jour même si lors de la conférence nationale sur la pauvreté tenue en 2001 à Alger, plusieurs intervenants ont souligné le manque d'enquêtes et d'informations sur le sujet et la nécessité de concentrer les efforts sur ce domaine très sensible.

Dans un premier temps, nous allons dresser un bilan de la situation économique algérienne depuis l'indépendance.

Ensuite, nous allons essayer d'analyser l'évolution et l'évaluation de la pauvreté. Enfin, nous allons examiner les différentes stratégies de lutte contre la pauvreté

I-Situation économique algérienne

I-1 – Situation économique après l'indépendance :

L'économie algérienne, a connu depuis l'indépendance plusieurs périodes traversées par des bouleversements majeurs.

I-1-1- La première période : de 1962 -1980

Pendant les décennies 60 et 70, l'économie algérienne était centralisée et fondée sur une stratégie d'industrie financée par une rente pétrolière abondante. Grâce à un programme d'investissements ambitieux, la croissance économique a été forte et soutenue (une forte croissance de 7% à la fin des années 70 et une baisse continue du taux de chômage de 32,9% en 1966 à 18% en 1980. L'agriculture ayant été marginalisée par le choix du modèle de développement économique adopté dans cette période. [PNUD, 2001^a, p. 6]

Le taux d'investissement public n'a pas cessé d'augmenter pendant la période 67-80. Situé à 26% entre 1967 et 1969, il dépasse les 50% pendant les deux années 1978 et 1979 (voir tableau n° III-1). Ces performances au niveau de l'investissement sont réalisées au détriment de la « consommation et en contrepartie d'une austérité sévère » [BENISSAD H., 1991, p.18].

Tableau n° III-1: Taux d'investissement public entre 1967 et 1979.

Périodes	Taux d'investissement (%)
1967-1969	26,40
1970-1973	33,50
1974-1977	46,04
1978-1979	54,70

Source : [DAHMANI A., 1999]

L'industrie est le secteur qui a connu une très forte croissance des investissements. Le tableau suivant trace l'évolution des investissements dans l'industrie entre 1963 et 1979.

Tableau n° III-2 : Investissements dans le secteur de l'industrie entre 1963 et 1979.

Périodes	1963-1966	1967-1969	1970-1973	1974-1977	1978-1979
Investissement en millions de DA	810,3	4750	20830	63100	66864
Part dans l'investissement total (%)	-	-	52	43,4	62

Source : [BENISSAD H, 1991]

Au cours de cette première période, les principaux indicateurs sociaux ont connu une nette amélioration :

- Le taux net de scolarisation des 6 à 13 ans est passé de 54% en 1969/70 à 80% au début des années 80 ;
- L'espérance de vie qui n'était que de 48 ans en 1962 passe à 59 ans en 1980 puis atteint le seuil des 60 ans en 1982 ;
- Le taux de mortalité infantile qui était de 160 pour mille après l'indépendance, chute à 84,72 pour mille en 1980. [ONS, 1999]
- La consommation par habitant en dinars constant est passée de 1008 à 1687 entre 1967 et 1978 soit un taux d'accroissement de 67%. [GOUMEZIANE S., 1994]

I- 1-2- Deuxièmes périodes : de 1980- 1993

Les limites du modèle de développement de la période précédente sont apparues à partir des années 80, lorsque l'Algérie a dû faire face à un déclin de son système productif qui a provoqué un endettement extérieur très important, passant de 1 milliard de \$ en 1970 à 18 milliard \$ en 1980. A cause de ces bouleversements, une nouvelle démarche économique d'investissement a été adoptée. Cette nouvelle démarche a pour but de rééquilibrer les investissements en faveur des secteurs de l'agriculture, de l'hydraulique et des infrastructures sociales. [PNUD, 2001^b, p. 6]

Cette nouvelle politique économique a bénéficié d'une conjoncture économique internationale favorable, les prix des hydrocarbures ayant été multipliés par plus de 2, ce qui a permis à l'Algérie d'enregistrer un taux de croissance économique de l'ordre de 5% en moyenne par an entre 1982 et 1985, et un relatif désendettement extérieur. [PNUD, 2001^b, p. 6]

La chute des prix des hydrocarbures en 1986 a provoqué [BENALLAOUA A., 2010^b, p.28] :

- La chute de la croissance économique qui dépassait les 5% entre 1982 et 1985 devient négative à partir de 1986 (sauf pour les années 1989 et 1992 grâce à la hausse des prix du pétrole) ;
- L'inflation a connu un saut entre 1989 et 1990 en passant de 9% à 17% ;
- Les déficits budgétaires sont apparus à partir de 1986 et semblent s'installer durablement avec des niveaux de plus en plus importants ;

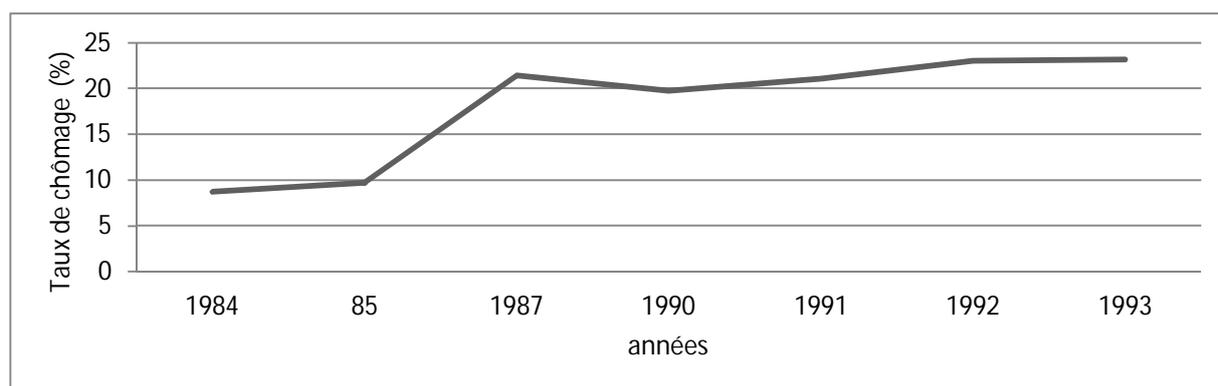
- La contrainte extérieure ne cesse de s'aggraver depuis le début des années 80. Le service de la dette rapporté aux recettes d'exportation de biens et services dépasse les 50% à partir de 1986 et atteint 76 % en 1993. (Voir tableau n° III-3)

Tableau n° III-3 : Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques en Algérie (1980-1993)

Années	Croissance du PIB (%)	Inflation (%)	Solde budgétaire (en millions de DA)	Service de la dette/exportation (%)
1980	0,86	09,00	16068	27,39
1981	3,01	15,00	26113	27,81
1982	6,45	06,00	2820	30,68
1983	5,38	06,00	-3586	33,73
1984	5,59	08,00	2090	36,81
1985	5,59	11,00	9573	35,55
1986	-0,19	12,00	-12852	56,35
1987	-0,71	07,00	-10793	53,44
1988	-1,89	06,00	-26200	76,58
1989	4,89	09,00	-7086	66,76
1990	-1,29	17,87	27393	63,38
1991	-1,19	25,88	2966	70,37
1992	1,60	31,68	-49781	71,63
1993	-2,20	20,54	-146663	76,44

Sources : a partir de Baba Ahmed 1999, banque mondiale 1999, ministère des finances 2004 cité par [BENALLAOUA A., 2010^b]

Après la crise économique, le niveau de vie de la population algérienne a connu une dégradation. Le taux de chômage était important dans cette période et il a connu une augmentation en arrivant à un seuil de 23,15% en 1993. Entre les deux années 1985 et 1987, il a connu un saut brutal passant de 9,7% à 21,4% soit une augmentation de plus de 10 points. (Voir figure suivante). Cette augmentation est due à la chute de la création d'emplois qui n'arrive plus à faire face à une demande d'emplois de plus en plus croissante. A titre d'exemple, entre 1985 et 1989, les créations d'emplois permanents passent de 122000 à 56000 emplois soit une chute de 54% entre ces deux années [BENALLAOUA A., 2010^b, p.32].

Figure n° III-1 : Evolution du taux de chômage entre 1984 et 1993.

Source:[ONS, 1999] et voir aussi le tableau III-1 Annexe3

Le salaire de base de la population qui travaille était très faible dans cette période et a connu une légère augmentation de 1500 DA entre 1990 et 1993, il était de l'ordre de 1000 DA en 1990 et de 2500 DA en 1993. Cet indice explique aussi que le niveau vie de la population algérienne était très bas.

Tableau n° III-4 : Evolution du salaire de base de la population qui travail entre 1990 et 1993.

Années	1990	1991	1992	1993
Salaire de base (DA)	1000	2000	2500	2500

Source : [ONS, 2012]

I-1-3- Troisième période: de 1994-2004

Suite à cette crise, l'Algérie a entamé des réformes d'ordre structurel (plan d'ajustement structurel) en appliquant un système de gestion économique et social de type libéral. Ce programme est appuyé par le FMI. Il avait comme objectif :

- Favoriser une forte croissance économique afin d'absorber l'accroissement de la population active et réduire le chômage ;
- Assurer une convergence rapide de l'inflation vers les taux en vigueur dans les pays industrialisés ;
- Atténuer les retombées transitoires de l'ajustement structurel sur les couches les plus démunies de la population ;
- Rétablir la viabilité de la position extérieure tout en constituant des réserves de change suffisantes. [BENALLAOUA A., 2010^b, p.29]

Trois programmes de stabilité avec le FMI ont été mis en œuvre en 1989, 1991 et 1994, aboutissant à un rééchelonnement de la dette extérieure en 1994. [BENALLAOUA A., 2010^b, p. 29]

Après les changements imposés par le plan d'ajustement structurel et la nouvelle orientation économique de l'Algérie, des réformes dites « de seconde génération » ont été engagées à partir de l'année 2001 dans le but de renforcer le développement économique. Il s'agit du plan de soutien à la relance économique (PSRE) entre 2001-2004 [Gouvernement algérienne, 2010], dont les réformes ont été axées sur :

- L'intégration dans l'économie mondiale ;
- La promotion de l'investissement et de l'environnement des entreprises (création des PME) ;
- La réforme du secteur public (privatisation) ;
- La réforme du secteur bancaire et financier ;
- La libéralisation des infrastructures ;
- La modernisation des finances publiques ;
- L'agriculture / sécurité alimentaire ;
- L'eau- l'environnement. [Guide Investir en Algérie, 2008, p.26-28]

Ces changements ont permis le rétablissement des principaux équilibres macroéconomiques comme le montre le tableau suivant :

Tableau n° III-5 : Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques en Algérie (1994-2004)

Années	Croissance du PIB (%)	Inflation (%) (moyenne annuelle)	Solde budgétaire (en millions de DA)	Service de la dette/exportation (%)
1994	-0,7	31,7	-	47,1
1995	3,9	28,4	-	38,8
1996	4,3	20,3	2,9	30,9
1997	1,1	6,1	2,4	30,3
1998	5,1	6,2	-3,9	47,5
1999	3,2	2,1	-0,5	39,1
2000	2,4	-0,6	9,9	19,8
2001	2,1	3,5	3,4	22,2
2002	4,1	2,2	-1,3	21,7
2003	6,9	3,5	-3,53	16,7
2004	5,8	3,6	-	12,6

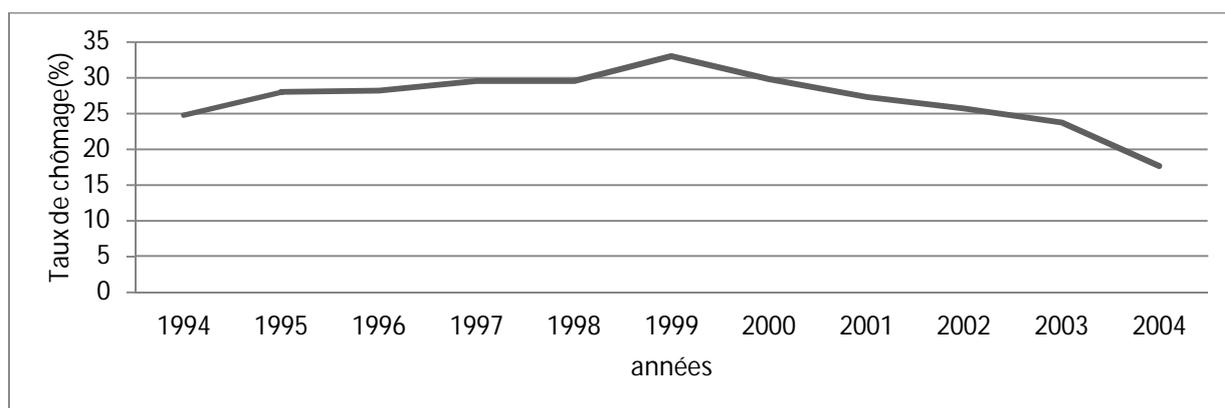
Source : à partir banque d'Algérie 2005, ministère des finances 2004, ONS 2005b cité par [BENALLAOUA A., 2010^a]

A partir du tableau n°III-5, nous remarquons que l'inflation qui était importante en 1994 où elle dépasse les 30 %, elle a chuté pour atteindre 3,5% seulement en 2003. La contrainte extérieure s'est allégée du fait que le ratio « service de la dette/exportations » représente 12,6% en 2004 alors qu'il se situait à 47% en 1994.

Depuis 1995, l'économie algérienne a enregistré un taux de croissance positif, du fait de la hausse des prix des hydrocarbures et celle de la production agricole. De même, les équilibres macro financiers ont pu être rétablis. La balance commerciale a connu un solde positif entre 1996 et 1997. [PNUD, 2001^b, p.7]

Malgré les réformes économiques réalisées dans cette période, en appliquant un programme d'ajustement structurel, le niveau de vie des algériens s'est gravement détérioré. Le taux de chômage continue d'augmenter jusqu'en 1999, soit un taux de 33%. A partir de l'année 2000, commence sa diminution pour atteindre un taux de l'ordre de 17,7 % en 2004.

Figure n° III-2 : Evolution du taux de chômage entre 1994-2004



Sources : [ONS, 1999 ; ONS, 2002 ; ONS, 2004 ; ONS, 2005] et voir le tableau III-1 Annexe3

Par ailleurs, le salaire de base de la population qui travaille a connu une amélioration dans cette période par rapport à la période précédente et a connu une augmentation de 6000 DA entre 1994 et 2004, il était de l'ordre de 4000 DA en 1994 et de 10000 DA en 2004 (voir tableau n°III-6). Malgré l'amélioration du niveau de salaire de base, le pouvoir d'achat de la population a connu une baisse remarquable de plus de 45% entre 1986 et 1994 selon une étude de la banque mondiale sur le niveau de vie de la population algérienne en 1995. L'ONS a affirmé aussi la baisse du pouvoir d'achat de l'ordre de 30% entre 1990 et 1996. [خليل ع.ق.، 2008، ص457]. Cette baisse est due à l'augmentation des prix des produits alimentaires.

Tableau n° III-6 : Evolution du salaire de base de la population qui travaille entre 1994 et 2004.

Années	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Salaire de base (DA)	4000	4000	4000	4800	5400	6000	6000	8000	8000	8000	10000

Source : [ONS, 2012]

I-2- Situation économique actuelle :

L'économie algérienne actuelle dispose d'un cadre macroéconomique stable, caractérisé par une évolution positive de ses fondamentaux économiques et financiers.

En effet, treize ans après la mise en application du plan d'ajustement structurel, la dette extérieure a été ramenée de 32,2 milliards de \$ à 16 milliards de \$ en 2005 et à moins de 4 milliards de \$ en 2007. [Guide Investir en Algérie, 2008, p.25]

Après la réalisation du plan de soutien à la relance économique (PSRE) entre 2001-2004 un autre plan de développement est mis en œuvre entre 2005-2009 pour suivre les projets socio-économiques déjà amorcés par le plan de soutien à la relance économique. C'est le plan complémentaire de soutien à la croissance économique (PCSC). [Gouvernement algérien, 2010].

Le programme de développement réalisé ces dernières années a permis le rétablissement des principaux équilibres macroéconomiques ainsi que sociaux (Voir tableau n° III-7) :

Tableau n° III-7 : Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques et sociaux en Algérie (2005-2010)

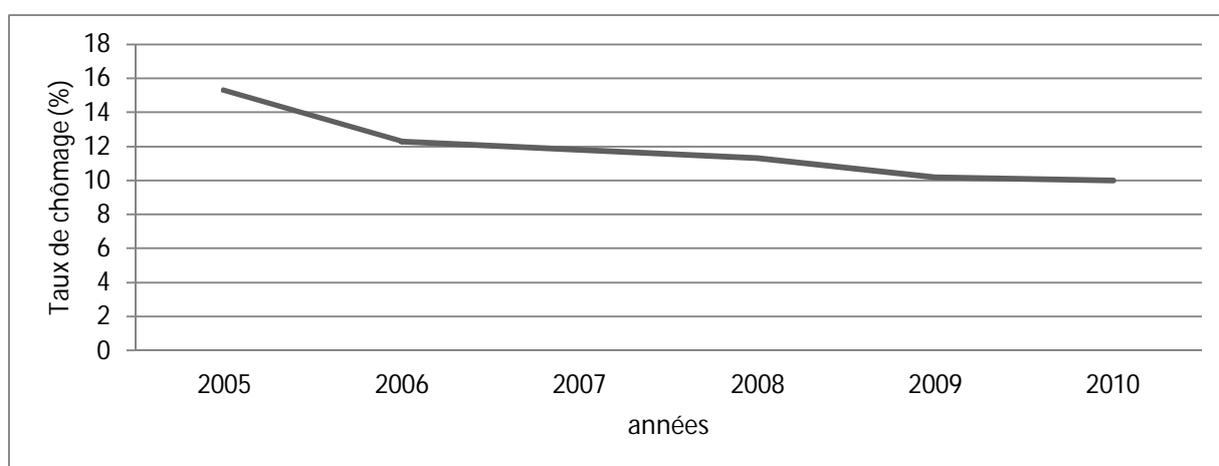
Années	Croissance du PIB (%)	Inflation (%)	Investissement (%)	Taux de chômage (%)
2005	5,1	1,6	31,32	15,3
2006	2	2,2	29,62	12,3
2007	3	3,7	33,44	11,8
2008	2,4	-	-	11,3
2009	2,2	5,7	-	10,2
2010	-	-	-	10

Source : [بوعلفية ر.، 2012، جليد ن.، Gouvernement algérien, 2010 ; ONS, 2012], Tableau III-1 Annexe3

A partir du tableau n°III-7, on remarque que le taux de croissance est légèrement faible par rapport à l'excès monétaire. L'inflation a légèrement augmenté entre 2005 et 2009 pour atteindre 5,7% en 2009 grâce aux importants programmes d'investissement et leurs effets sur les revenus et la consommation. L'investissement a connu des perturbations mais reste important (soit 33,44% en 2007).

Le taux du chômage a connu une baisse remarquable entre 2005 et 2010. Il était de l'ordre de 15,3 % en 2005 et 10% en 2010. (Voir figure suivante)

Figure n° III-3 : Evolution du taux de chômage entre 2005 et 2010.



Source : voir Tableau n° III-1 annexe 3

Le salaire de base de la population qui travaille a connu une amélioration ces dernières années de l'ordre de 5000 DA entre 2005 et 2010, il était de l'ordre de 10000 DA en 2005 et de 15000 DA en 2010. Cet indice explique que l'Etat a joué un rôle important pour améliorer le niveau de vie de la population algérienne ces dernières années.

Tableau n° III-8 : Evolution du salaire de base de la population qui travaille entre 2005 et 2010.

Années	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salaire de base (DA)	10000	10000	12000	12000	12000	15000

Source : [ONS, 2012]

Les dépenses publiques ont été de près de 18000 milliards de dinars ces dernières années. Elles ont concerné l'ensemble des secteurs d'activité et, plus particulièrement, ceux liés au développement humain, telle que l'amélioration des conditions de vie de la population à travers :

- La hausse des taux de raccordement au réseau d'alimentation en eau potable (soit 93%) ;
- La hausse des taux de raccordement au réseau électrique (98%) ;
- La hausse des taux de raccordement au réseau de gaz de ville (43%) ;
- Les mesures facilitant l'accès au logement et la consolidation de l'intervention de l'Etat en matière d'habitat à travers différentes formes de soutien. [Gouvernement algérien, 2010]

Les principaux indicateurs sociaux ont connu une nette amélioration ces dernières années:

- Le taux net de scolarisation des 6 à 15 ans est passé de 94,07% pour l'année scolaire de 2005/2006 à 95,11% pour l'année scolaire de 2009/2010. [Gouvernement algérien, 2010]
- L'espérance de vie a connu une amélioration remarquable pour atteindre le seuil de 75,7 ans en 2008 (76,6 ans chez les femmes et 74,9 ans chez les hommes). [CNES, 2009]
- Le taux de mortalité infantile a connu une importante diminution pour atteindre 23,7 pour mille naissances vivantes en 2011. [Mission-algérie.ch, 2011]

I-3- Politiques de développement adoptées en Algérie :

L'Algérie, après l'indépendance, met en place une politique ambitieuse de développement ayant pour objectif l'amélioration des conditions de vie de la population. Cette politique consiste à favoriser le passage du type de société d'exploitation capitaliste, fondée sur le profit égoïste et la lutte contre les classes, à un type de société socialiste fondée sur la justice sociale, l'égalité des chances et le respect de l'intérêt général. [MARTINEZ L., 2009, p.2]

Le rapport de développement humain élaboré par Le Conseil National Economique et Social (CNES), lors de sa 13^{ème} session (mai 1999), résume la politique de développement engagée dès le début des années soixante comme suit : « *Il est apparu que la politique de développement, engagée dès le début des années soixante, se fixait un double objectif. Il s'agissait, d'une part de construire une économie qui réponde aux besoins de sa population,*

en termes d'emplois, de revenu, et de consommation et, d'autre part, de satisfaire les demandes sociales multiples d'une population sortant durement éprouvée d'une longue lutte de libération nationale. Aussi, la politique de développement articulait très étroitement la politique économique et la politique sociale. Celle-ci s'est particulièrement concentrée sur la mise en place des conditions d'accès de la population à la santé, à l'éducation, à la protection sociale... . En outre, pour atténuer les disparités sociales, une politique de redistribution indirecte du pouvoir d'achat, a été appliquée sous forme de soutien financier de l'Etat aux prix des biens de consommation courante. C'est ainsi que durant plusieurs décennies, la finalité de la politique économique et sociale, dans la doctrine comme dans son application, était centrée sur le développement de la personne humaine et son plein épanouissement économique, culturel et social. La crise des paiements extérieurs et la mise en œuvre des réformes à partir de la fin des années quatre-vingt, ont remis en cause la poursuite d'une telle politique. Aussi, depuis le début des années quatre-vingt-dix, le développement du chômage et l'apparition de formes inédites de pauvreté ont amené les pouvoirs publics à mettre en place de nouveaux dispositifs visant à atténuer la dégradation des niveaux de vie et du marché de l'emploi » [PNUD, 2001^a, p.7]

Le plan de développement qui a été mis en place entre 2005-2009, est le plan de soutien à la croissance économique (PCSC). Ce plan visait le développement économique et social à travers le développement des infrastructures de base dans l'ensemble du territoire national. Les principaux objectifs ciblés par ce programme sont :

- La réalisation d'un (01) million de logement ;
- Le développement des infrastructures du secteur de l'éducation et de la santé ;
- L'extension des réseaux d'électricité pour près de 400000 nouveau foyers, du gaz pour près d'un (01) million de nouveaux bénéficiaires et de l'alimentation en eau potable. [Gouvernement algérien, 2010, p.14]

Les mesures prises par les pouvoirs publics, au cours de la période 2005-2009, ont permis grâce à la nouvelle gouvernance, de consolider le processus de développement économique et social amorcé au début du nouveau millénaire. [Gouvernement algérien, 2010, p.14]

Les politiques de développement depuis l'indépendance à ce jour se fixent les mêmes objectifs. Elle donne toujours l'importance au développement humain pour l'amélioration des conditions de vie de la population.

II-Evolution et évaluation de la pauvreté en Algérie :

Avant d'analyser l'évolution de la pauvreté en Algérie, nous devons d'abord étudier les différentes estimations de la pauvreté qui ont été effectuées par différents organismes et institutions. Cependant, il est reconnu que le phénomène de pauvreté est mal cerné et mal étudié. Ce problème est l'une des principales recommandations de la conférence nationale sur la pauvreté et l'exclusion sociale organisée en 2001.

II-1- Estimations de la pauvreté en Algérie:

Deux estimations de pauvreté : l'une est monétaire et l'autre non monétaire

II-1-1- Estimations monétaires :

Les estimations de la pauvreté non monétaire réalisées en Algérie permettent de comprendre les démarches et les approches adoptées pour pouvoir apprécier clairement l'évolution du phénomène entre 1988 et 2006.

II-1-1-a- Estimation de l'office national des statistiques 1988 :

La première estimation de la pauvreté a été réalisée en 1988 par l'office national des statistiques, à travers une enquête sur les dépenses de consommation des ménages.

Dans cette étude, les seuils de pauvreté sont déterminés par la méthode des coûts des besoins de base³⁴. Ces seuils sont les suivants :

- A- Un seuil de pauvreté extrême ou seuil de pauvreté alimentaire a été calculé selon le panier de biens alimentaires de base. Ce dernier a été déterminé par rapport à un seuil nutritionnel de 2100 calories par personne et par jour. Le seuil de pauvreté alimentaire est donc évalué à 2172 dinars/ personne/ année ;
- B- Un seuil de pauvreté inférieur (ou seuil de pauvreté général) est obtenu par référence aux dépenses non alimentaires des ménages dans leur niveau bas en les ajoutant au seuil de pauvreté alimentaire. Ce seuil s'élève à 2791 dinars/ personne/ année ;
- C- Un seuil de pauvreté supérieur est obtenu par référence aux dépenses non alimentaires des ménages qui arrivent à satisfaire leurs besoins alimentaires de base. Ce seuil est estimé à 3215 dinars/personne/année. [Commissariat général à la planification et la prospective, 2004, p.13]

³⁴ Voir le chapitre 1 concernant les écoles de pensées sur la mesure de la pauvreté.

C'est par rapport à ces trois seuils que l'incidence de la pauvreté a été déterminée. Trois mesures ont ainsi été proposées où chacune renvoie à un seuil précis avec une distinction selon la strate (urbain, rural). (Voir tableau n°III-9)

Tableau n° III-9 : Estimation Nationale de la Pauvreté selon l'ONS en 1988.

Indicateurs	Urbain	Rural	National
Seuils de pauvreté (DA/personne/an)			
Seuil de pauvreté alimentaire	2181	2165	2172
Seuil de pauvreté inférieur	2771	2809	2791
Seuil de pauvreté supérieur	3158	3265	3215
Nombre de Pauvres (en 1000)			
Pauvreté extrême	210,5	639,5	849,9
Très pauvres	531,7	1352,7	1884,6
Pauvres	808,6	2041,40	2850,1
Nombre de pauvres (en %)			
Pauvreté extrême	1,9	5,2	3,6
Très pauvres	4,8	11	8,1
Pauvres	7,3	16,6	12,2

Source : [CNES, 2003]

Selon l'approche adoptée en 1988, 2 850 000 algériens vivaient sous le seuil de pauvreté supérieur de 3215 dinars/personne/an, soit 12,2% de la population totale. 850 000 d'entre eux vivaient dans l'extrême pauvreté sous le seuil de pauvreté alimentaire de 2172 dinars/personne/an, soit 3,6% de la population totale. Et 1 884 600 d'Algériens très pauvres et vivaient sous le seuil de pauvreté inférieur à 2791 dinars/personne/an, soit 8.1% de la population totale.

Selon le milieu de résidence, la pauvreté rurale est nettement très importante que l'urbaine. C'est le milieu rural qui contribue ainsi considérablement à la pauvreté nationale.

II-1-1-b- Estimation de la banque Mondiale (LSMS 1995) :

En 1995, dans le cadre du programme LSMS, une enquête sur le niveau de vie des ménages a été menée par la banque mondiale et l'office national des statistiques (ONS).

A partir de cette enquête, trois seuils de pauvreté ont été déterminés selon la même méthode utilisée dans l'étude de 1988 de l'office national des statistiques. [PNUD, 2001^a]

- Un seuil de pauvreté extrême, estimé comme la somme d'argent nécessaire pour satisfaire les besoins alimentaires minimaux, équivalent à 2100 calories par jour, soit 10.943 DA/personne/an, en 1995 ;
- Un seuil de pauvreté inférieur, tenant compte des dépenses non alimentaires et estimé pour 1995, à 14.827 DA/personne/an ;
- Un seuil de pauvreté supérieur, équivalent à 18.191 DA/personne/an. Voir le tableau n°III-10 .

Tableau n°III-10 : Estimation Nationale de la Pauvreté selon la banque mondiale en 1995.

Indicateurs	Urbain	Rural	National
Seuils de pauvreté (DA/personne/an)			
Seuil de pauvreté alimentaire	10991	10895	10943
Seuil de pauvreté inférieur	14706	14946	14827
Seuil de pauvreté supérieur	17666	18709	18191
Nombre de Pauvres (en 1000)			
Pauvreté extrême	504,30	1107,10	1611,40
Très pauvres	1246,80	2739,30	3986,20
Pauvres	2059,40	4300,60	6360,00
Nombre de pauvres (en %)			
Pauvreté extrême	3,6	7,8	5,70
Très pauvres	8,9	19,3	14,10
Pauvres	14,7	30,3	22,6

Source : (CNES, 2003)

Le nombre de pauvres en 1995, est estimé à 6.360.000, soit 22,6 % de la population totale. La proportion des individus vivant dans la pauvreté extrême représente 5,7 % de la population totale. La proportion des individus très pauvres représente 14,10% de la population totale.(voir tableau n°III-10)

Nous remarquons que la pauvreté est nettement supérieure dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Entre 1988 et 1995, la pauvreté enregistre une augmentation de plus de 10%. Les effets de la crise économique ont ainsi été catastrophiques sur le bien-être des Algériens.

II-1-1-c- Estimation du Commissariat général à la Planification et à la Prospective(2000)

C'est à partir de l'enquête consommation de l'office national des statistiques, réalisée en 2000, que le commissariat général à la planification et la prospective calcule le taux de pauvreté. Ce taux s'appuie sur le seuil de pauvreté international déterminé à partir de l'approche de besoins de base.

Tableau n° III-11 : Estimation de la pauvreté selon le commissariat général à la planification et à la prospective en 2000.

	Seuil de pauvreté	
Nombre de pauvres en milliers	1\$	243
	Seuil alimentaire (SA)	952
	Seuil de pauvreté général (SPG)	3719
Taux de pauvreté	1\$	0,8
	Seuil alimentaire (SA)	3,1
	Seuil de pauvreté général (SPG)	12,1

Source : [Gouvernement algérien, 2005]

Pour l'année 2000, 243 milles personnes vivent avec moins d'un dollars par jour et par personne soit 0,8 % de la population totale. Par contre le taux de pauvreté extrême était de l'ordre de 3,1%. En général, le nombre de pauvres en Algérie était de l'ordre de 3719000 personnes soit un taux de 12,1%.

II-1-1-d- Estimation du Commissariat général à la Planification et à la Prospective (2004)

Les sources de cette estimation sont inconnues et ne sont pas précisées par le gouvernement contrairement à l'estimation de 2000. Elle fait appel toutefois aux mêmes seuils que la précédente.

Tableau n° III-12 : Estimation de la pauvreté selon le commissariat général à la planification et à la prospective en 2004.

	Seuil de pauvreté	
Nombre de pauvres en milliers	Seuil alimentaire (SA)	518
	Seuil de pauvreté général (SPG)	2200
Taux de pauvreté	Seuil alimentaire (SA)	1,6
	Seuil de pauvreté général (SPG)	6,8

Source : [Gouvernement algérien, 2005]

Avec un taux général de 6,8%, la pauvreté, selon les chiffres du gouvernement, a chuté de 43% entre 2000 et 2004. Le taux de pauvreté extrême a connu aussi une réduction remarquable de l'ordre de 48% entre 2000 et 2004.

II-1-1-e- Estimation de CENEAP (étude LSMS de 2005):

L'estimation la plus récente de la pauvreté semble celle du centre national d'études et d'analyses pour la population et le développement (CNEAP) en 2005 par une enquête sur le niveau de vie des ménages et la mesure de la pauvreté menée dans le cadre du programme LSMS.

Cette enquête fournit les informations nécessaires à la mise à jour et au calcul de certains indicateurs retenus à l'effet de suivre et d'évaluer les progrès réalisés par l'Algérie dans le but d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

La démarche pour mesurer le niveau de la pauvreté s'est orientée vers l'approche relative³⁵ en se référant au seuil relatif de 50% de niveau médian des dépenses à la consommation soit un seuil de 131074 DA par an. Le tableau suivant présente le taux de pauvreté selon l'approche relative.

Tableau n° III-13 : L'estimation de la pauvreté selon le CENEAP en 2005.

Strate	Urbain	Rural	National
Taux de pauvreté (%)	8	15.2	11.1

Source : (CENEAP, 2005)

³⁵ L'approche relative de la pauvreté s'inscrit parfaitement dans les recommandations internationales pour les pays en développement.

L'approche relative utilisée, pour mesurer la pauvreté par le CENEAP en 2005, donne un taux de pauvreté de l'ordre de 11,1%, dont 8% au milieu urbain et 15.2% au milieu rural.

Le CENEAP a procédé à travers l'étude LSMS de 2005 à l'estimation des paramètres de la pauvreté selon la définition utilisée par les enquêtes de 1988, 1995, 2000. (Voir tableau n° III-14)

Tableau n° III-14 : L'estimation de la pauvreté selon la définition utilisée par les enquêtes de 1988, 1995, 2000.

Indicateur	Seuil	Enquête LSMS-2005
Taux de pauvreté (%)	1\$ US	0,6
	SA	2,7
	SPG	5,7

Source : (CENEAP, 2005)

Le taux de pauvreté générale est estimé à 5,7%. Ce taux a connu une réduction de l'ordre de 53% entre 2000 et 2005. Le taux de pauvreté extrême a connu aussi une réduction remarquable de 13% entre 2000 et 2005. Nous remarquons que la pauvreté a connu le plus bas niveau ces dernières années.

II-1-2- Estimations non monétaires :

II-1-2-a- Etude de l'ANAT : carte de la pauvreté en Algérie :

L'approche de l'agence nationale de l'aménagement du territoire s'inscrit dans une logique complètement différente à celle de l'office national des statistiques et de la banque mondiale. Il est fait appel à l'approche non monétaire de la pauvreté. En effet, la carte de la pauvreté en Algérie est établie sans faire appel à une enquête auprès des ménages. L'étude s'appuie sur des indicateurs classés en 4 thèmes (santé, éducation, habitat, finances) et qui concernent des moyennes pour chaque commune. Cette étude s'intéressait ainsi aux « *manifestations de la pauvreté à travers les communes, sous leurs multiples aspects ont été approchées par l'intermédiaire des domaines touchant directement les populations qui y résident* » [PNUD, 2001^a]. Concrètement, 18 indicateurs traditionnellement reconnus pour évaluer le niveau de développement humain ont été rassemblés pour les 1.541 communes d'Algérie pour repérer les communes pauvres et les caractériser [Idem]. Ces indicateurs sont :

- **Les indicateurs relatifs à l'éducation** : 1) taux d'occupation par classe, 2) taux de scolarisation générale, 3) taux de scolarisation des filles, 4) taux d'analphabétisme des

femmes, 5) taux d'analphabétisme des chefs de ménage, 6) proportion d'élèves parcourant plus de 3 Km ;

- **Les indicateurs relatifs à la santé** : 1) taux de mortalité infantile, 2) nombre d'habitants par structure sanitaire, 3) indice global de fécondité, 4) taille des ménages, 5) taux d'accroissement annuel moyen 1977-1987, 6) taux d'accroissement annuel moyen 1987-1998 ;
- **Indices relatifs à l'habitat** : 1) taux d'occupation par pièce, 2) proportion de logements précaires, 3) taux de branchement à l'eau potable, 4) taux de branchement à l'assainissement, 5) taux de branchement à l'électricité ;
- **Indicateurs relatifs aux finances** : 1) ratio de richesse des communes. [PNUD, 2001^a]

L'analyse en composante principale, appliquée à chacun des volets (éducation, santé, habitat) a permis la construction d'indices synthétiques par thèmes³⁶. L'indice synthétique de la pauvreté a été construit grâce à une ACP appliquée à tous les indicateurs regroupés quel que soit leur volet d'appartenance.

Les communes sont ainsi classées selon leur position sur l'axe de la pauvreté et enfin une typologie de ces communes a été élaborée. Trois classes de commune ont été déterminées :

- **Les communes pauvres** : elles sont au nombre de 177 communes, totalisant une population de 1.569.637 habitants, pour lesquelles on peut dire que tous les indicateurs signalent une précarité avancée ;
- **Les communes moyennes** : celles qui présentent une situation moyenne, elles sont au nombre de 230 ;
- **Les communes riches** : elles sont au nombre de 1.131 communes, correspondant à près de 75 % du nombre total des communes, qui connaissent une situation favorable. [PNUD, 2001^a]

II-1-2-b- Estimations du PNUD

Le PNUD, à travers ses rapports annuels sur le développement dans le monde, communique les données sur le développement humain de tous les pays. A l'exception de quelques indicateurs sociaux, il indique l'état du développement humain et de la pauvreté humaine à travers, respectivement, l'indicateur du développement humain et l'indicateur de la pauvreté humaine.

³⁶ Le volet finances n'est pas concerné par cette analyse du fait qu'il est représenté par un seul indicateur (le ratio de richesse). L'analyse unidimensionnelle a donc été suffisante.

L'indicateur du développement humain (IDH) est un indicateur composite mis en œuvre par le PNUD et qui prend en compte le PNB/ habitant, l'espérance de vie et le taux de scolarisation. L'Algérie fait partie des pays à développement humain moyen avec, en 2013, un IDH de l'ordre de 0,713.

Tableau n° III-15 : Evolution de l'indicateur du développement humain en Algérie (1988-2013).

Années	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
IDH	0,461	0,562	0,625	0,680	0,685	0,691	0,695	0,708	0,710	0,711	0,713

Source : [PNUD, 2013]

L'IDH en Algérie a connu au fil des années une amélioration sensible et continue. Il était de l'ordre de 0,461 en 1980 et arrivé à 0,713 en 2013.

Outre l'IDH, le PNUD a mis au point un indice de pauvreté humaine (IPH) qui est un indicateur qui s'appuie sur les aspects non monétaires de la pauvreté et intègre des critères de longévité, d'instruction et de niveau de vie économique.

Tableau III-16 : Evolution de l'IPH en Algérie (1997-2004)

Années	1997	1998	2000	2001	2004	2005
IPH (%)	28,8	24,8	23,4	22,6	21,5	21,3

Source : [PNUD, 2001 ; PNUD, 2003 ; PNUD, 2005 ; PNUD, 2006 ; CENEAP, 2005]

Comme c'est indiqué dans le tableau, l'IPH en Algérie s'est amélioré sensiblement pendant la fin des années 90 et le début des années 2000. Malgré cela, il reste assez élevé puisque il est au-dessus de 20%.

II-1-2-c- Estimation du CENEAP de 2005 :

Le CENEAP, à partir d'une étude LSMS-2005, a utilisé aussi une approche non monétaire de la pauvreté pour déterminer le profil des ménages pauvres. En effectuant une analyse factorielle des correspondances multiples sur 5080 ménages enquêtés pour 13 indicateurs. Ces indicateurs sont :

- La strate de résidence ;
- La situation matrimoniale du chef de ménage ;

- Le niveau d'instruction du chef de ménage ;
- La situation individuelle du chef de ménage ;
- Le genre du chef de ménage ;
- La catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage ;
- L'âge du chef du ménage ;
- La dispersion ;
- Le type de construction de logement ;
- La source d'alimentation en eau ;
- Le type de combustible utilisé ;
- Le mode d'éclairage utilisé ;
- Le type d'assainissement utilisé et le ramassage d'ordures ménagères. [CENEAP, 2005, p.33-34]

Cette analyse révèle que les ménages pauvres présentent les caractéristiques suivantes :

- Ruralité ;
- Sexe féminin ;
- Etat matrimonial : séparé, veuf ou divorcé ;
- Jeunes entre 25-34 ans ;
- Sans instruction ;
- Femme au foyer ;
- En retraite ou disposant d'une pension ;
- Résidant en zones éparses ;
- Se chauffant à partir de résidu de moisson ou bois ;
- Ne disposant pas d'électricité avec compteur ;
- Habitant une maison traditionnelle ou gourbi ;
- S'éclairant par groupe électrogène, par gaz ou bougie ;
- Ne bénéficiant ni d'assainissement ni de ramassage d'ordures ménagères. [idem, p.36]

II-2- Evolution des indicateurs de pauvreté en Algérie :

II-2-1- Evolution de taux de pauvreté monétaire en Algérie :

À travers les différentes estimations exposées ci-dessus, une tendance à la baisse de la pauvreté se manifeste même si elle affiche des niveaux élevés. La stratégie de lutte contre la pauvreté expliquerait cette amélioration du niveau de vie de la population.

Le tableau qui suit résume l'évolution de l'incidence de la pauvreté monétaire en Algérie de 1988 à 2008.

Tableau n° III-17 : Evolution de l'incidence de la pauvreté monétaire en Algérie de 1988-2008.

Indicateurs		1988	1995	2000	2004	2005	2006	2008
Taux de pauvreté (%)	Seuil de pauvreté alimentaire (SA)	3,6	5,7	3,1	1,6	2,7	-	-
	Seuil de pauvreté inférieur (général) (SPG)	8,1	14,1	12,1	6,1	5,7	5,6	5
	Seuil de 1\$ PPA/jour/personne	1,9	-	0,8	-	0,6	-	-

Sources : [CNES, 2003 ; Gouvernement algérien, 2005 ; CNEAP, 2005 ; Gouvernement algérien, 2010]

Le tableau montre bien la tendance à la baisse de la pauvreté générale qui passe de 14,1% en 1995 à 12,1% en 2000 pour se situer autour de 5% pour l'année 2008.

En ce qui concerne le taux de pauvreté selon le seuil alimentaire, il suit une tendance à la baisse. Il est passé de 3,6 en 1988 à 3,1% en 2000 et à 1,6% en 2004. Cela indique qu'il y a une amélioration alimentaire de la population du fait de la politique de développement poursuivie par le gouvernement algérien pour lutter contre la pauvreté.

II-2-2- Evolution d'autres estimations de la pauvreté en Algérie :

II-2-2-a- Proportion de personnes dont le revenu est inférieur à 1\$ par jour en PPA :

La proportion de personnes dont le revenu est inférieur à 1\$ par jour en PPA³⁷ est un indicateur qui représente le seuil de la pauvreté absolu fixé sans tenir compte de la distribution de l'indicateur de bien-être. Cet indicateur est basé sur un minimum de biens et services jugés nécessaires pour assurer la survie d'une personne dans un contexte donné. Le tableau n°III-18 présente l'évolution de cet indicateur de 1988 à 2009.

Tableau n° III-18 : L'évolution de la proportion de personnes disposant de moins d'un dollars (1\$) par jour en PPA.

Années	1988	1990	2000	2005	2008	2009
Proportion de personnes disposant de moins 1\$/jour/ personne en PPA	1,9	1,7	0,8	0,6	0,8	0,5

Source : [Gouvernement algérien, 2010]

³⁷ Parité de pouvoir d'achat

Le tableau montre qu'il y a une baisse de la proportion de personnes vivant en dessous du seuil de 1\$ par personne et par jour en parité de pouvoir d'achat. Cette proportion est passée de 1,9% en 1988 à 0,5% en 2009 soit une réduction de l'ordre de 73%.

II-2-2-b- Indice d'écart de pauvreté :

Indice d'écart de la pauvreté³⁸ (ou indice de profondeur de la pauvreté) est calculé comme un écart moyen entre le revenu des ménages pauvres par rapport au seuil de pauvreté. Il représente l'importance des ressources à mobiliser pour l'ensemble de personnes en situation de précarité économique. Le tableau suivant présente l'évolution de cet indice de 1988 à 2009.

Tableau n° III-19: L'évolution de l'indice d'écart de la pauvreté (1988-2009)

Années	Seuil	1988	1990	1995	2000	2008	2009
Indice d'écart de pauvreté	SA	0,4	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5
	SPG	0,7	-	1,7	2,5		

Source : [Gouvernement algérien, 2010 ; CENEAP, 2005]

La profondeur de la pauvreté selon le seuil de la pauvreté alimentaire (SA) est presque stable durant toute la période de l'évolution. Par contre, elle a connu une évolution entre 1988 et 2000 selon le seuil de pauvreté générale (SPG).

II-2-2-c- Sévérité de pauvreté :

La sévérité de pauvreté³⁹ est un indice qui tient en compte la distance séparant les pauvres de la ligne de pauvreté (l'écart de pauvreté) ainsi il tient compte de l'égalité entre les pauvres. Le tableau suivant présente l'évolution de cet indice en Algérie.

Tableau n° III-20 : L'évolution de l'indice de sévérité de pauvreté entre 1988-2000.

Années	Seuil	1988	1995	2000
Sévérité de pauvreté	SA	0,1	0,2	0,13
	SPG	0,3	0,7	0,76

Source : [Commissariat à la planification et la prospective, 2004]

La sévérité de pauvreté a connu une légère augmentation entre 1988 et 2000 de l'ordre de 23% selon le seuil alimentaire (SA). Elle a connu aussi une légère augmentation selon le seuil

³⁸ Pour plus d'explication voir le chapitre I de cette thèse.

³⁹ Plus d'explication sur cet indicateur voir le chapitre I de cette thèse.

de pauvreté générale. Cela indique qu'il y a une augmentation de l'inégalité entre les pauvres en Algérie durant cette période.

II-2-2-d- Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale :

La part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale a connu une amélioration progressive entre 1988 et 2000, passant de 6,5% à 7,5%, pour se situer à 7,3 en 2009. (Voir tableau n° III-21).

Tableau n° III-21 : L'évolution de la part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale de 1988 à 2009.

Années	1988	1990	2000	2005	2008	2009
La part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale :	6,5	6,6	7,8	7,3	7,4	7,5

Source : [Gouvernement algérien, 2010]

II-2-2-e- Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique :

La proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique⁴⁰ suit une tendance importante vers la baisse. Elle est passée de 3,6% en 1988 à 3,1% en 2000 et à 1,2% en 2009. (Voir tableau n°III-22)

Tableau n° III-22 : Evolution de la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique entre 1988 et 2009.

Années	1988	1990	2000	2004	2008	2009
Proportion de la pop n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique	3,6	3,5	3,1	1,6	1,3	1,2

Source : [Gouvernement algérien, 2010]

II-2-2-f- Prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale :

La prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale a connu une tendance vers la baisse. Elle est passée de 10% en 1990 à 6% en 2000 et à 3,1% en 2009. (Voir tableau n°III-23)

⁴⁰ Le Seuil calorique minimal est de 2100 kcal par jour et par personne.

Tableau n° III-23 : Evolution de la Prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale entre 1990 et 2009.

Années	1990	1992	2000	2002	2006	2008	2009
Prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale.	10	9,2	6	10,4	3,7	3,3	3,1

Source : [Gouvernement algérien, 2010]

II-3- Evaluation de la pauvreté à partir des objectifs du millénaire pour le développement :

Avant d'évaluer les indicateurs de la pauvreté en Algérie, nous devons d'abord présenter le premier objectif du millénaire pour le développement.

II-3-1- Présentation du premier objectif (Réduire l'extrême pauvreté) :

L'Algérie a lancé depuis 2000 des stratégies nationales pour atteindre les objectifs de réduction de la pauvreté. Dans le chapitre précédant, nous avons essayé d'analyser trois objectifs de lutte contre la pauvreté. Dans ce chapitre nous nous limitons à l'analyse du 1^{er} objectif seulement, et qui consiste à éliminer l'extrême pauvreté et la faim par :

- La réduction de moitié entre 1990 et 2015 de la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour (cible 1.A) ;
- L'assurance du plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif (cible 1.B) ;
- La réduction de moitié entre 1990 et 2015 de la proportion des populations qui souffrent de la faim (cible 1.C).

II-3-2- Evaluation des indicateurs de la pauvreté :

Nous nous intéressons à la cible 1.A et la cible 1.C pour évaluer les indicateurs de la pauvreté.

II-3-2-a- Evaluation de la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour en PPA :

Cette cible concerne la réduction de moitié entre 1990 et 2015 de la proportion de personnes dont le revenu est inférieur à un dollar par jour en PPA. Selon les données sur cet indicateur entre 1990 et 2009, nous remarquons qu'il y a une baisse de 1,2 point soit une

réduction de 76,6% qui dépasse celle fixée par les OMD. Cet objectif est atteint bien avant l'horizon de 2015. (Voir tableau suivant)

Tableau n° III-24 : Evaluation de la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour en PPA

Années	1990	2009	Objectif à atteindre d'ici 2015
% de la population dont le revenu < 1\$ par jour	1,7	0,5	0,9

Donc l'Algérie a réalisé la 1^{ère} cible de cet objectif par des stratégies importantes pour améliorer le niveau de vie de la population en assurant un emploi rémunéré et l'augmentation des salaires. Le seuil de 1 dollar par jour est inadéquat pour estimer la pauvreté en Algérie.

II-3-2-b- Evaluation de la proportion des populations souffrant de la faim :

Cette cible concerne la réduction de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim. Selon les données sur l'indicateur qui concerne la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique entre 1990 et 2009, on remarque qu'il y a une baisse de 2,4 point soit une réduction de 66,66% qui dépasse la réduction fixée par les OMD. Donc cet objectif est atteint bien avant l'horizon de 2015. (Voir tableau suivant)

Tableau n° III-25 : Evaluation de la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

Années	1990	2009	Objectif à atteindre d'ici 2015
% de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique	3,6	1,2	1,8

Selon les données sur l'indicateur qui concerne la prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale entre 1990 et 2009, nous remarquons qu'il y a une baisse de 6,9 point soit une réduction de 69% qui dépasse la réduction fixée par les OMD. Donc cet objectif est atteint avant l'année 2015. (Voir tableau suivant)

Tableau n° III-26 : Evaluation de la prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale.

Années	1990	2009	Objectif à atteindre d'ici 2015
Prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale.	10	3,1	5

Les résultats de l'évaluation de quelques indicateurs du 1^{er} objectif, portent à croire que l'Algérie a réalisé cet objectif avant l'année 2015. Cela explique qu'il y avait des progrès importants pour réduire l'extrême pauvreté et la faim. Pour combattre la pauvreté en générale l'Etat a lancé des stratégies nationales depuis 2000, que nous allons présenter dans le point suivant.

III-Stratégies pour combattre la pauvreté en Algérie :

La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté s'appuie essentiellement sur deux volets :

- La mise en place d'un ensemble de dispositifs de protection sociale en faveur des catégories particulières de la population et des zones les plus défavorisées ;
- Le renforcement et le développement du système traditionnel d'assistance et de solidarité nationale. [Gouvernement algérien, 2005]

Le premier volet concerne plusieurs aspects tels : la formation, la promotion d'une croissance économique soutenable et des dispositifs d'insertion professionnelle et de création d'emploi et de logements... Le deuxième volet concerne les petites actions menées afin de soutenir les couches de la population les plus défavorisées.

III-1- Dispositifs de création d'emplois et de lutte contre le chômage :

Le premier volet de la stratégie de lutte contre la pauvreté concerne la mise en place d'un plan ambitieux de création d'emplois à travers divers dispositifs. Ces dispositifs sont gérés essentiellement par trois organismes : le ministère du travail et de la sécurité sociale, l'agence de développement social, et la caisse nationale d'assurance-chômage. A côté de ces dispositifs, on trouve le soutien à l'emploi des jeunes et la promotion des investissements. Ces dispositifs sont :

- Emplois salariés d'initiative locale (ESIL) ;
- Indemnité d'activité d'intérêt général (IAIG) ;
- Travaux d'utilité publique à haute intensité de main d'œuvre (TUP- HIMO) ;
- Le soutien à l'emploi des jeunes ;
- Le contrat de Pré-emploi (C.P.E) ;
- Le micro crédit ;
- Le dispositif de la micro entreprise (ANSEJ – CNAC);
- Mesures en faveur de certaines catégories de femmes, en matière d'apprentissage.

[Gouvernement algérien, 2005]

- Formation des catégories particulières (Handicapés, personnes en milieu carcéral...). [Gouvernement algérien, 2005]

Dans ce qui suit, nous allons détailler seulement quelques dispositifs :

III-1-1-Programme d'emploi de jeunes :

Le programme d'emploi de jeunes est financé par l'Etat à travers le fonds d'aide à l'emploi des jeunes (FAEJ), il avait deux principaux objectifs :

- L'insertion temporaire des jeunes dans des 'chantiers d'utilité publique' ;
- La formation des primo-demandeurs d'emploi sans qualification professionnelle. Il s'agit des jeunes ayant quitté le système éducatif trop tôt.

La rémunération des bénéficiaires de ce programme est fixée au salaire national minimum garanti (SNMG) indépendamment des qualifications.

Le programme d'emploi des jeunes a permis, certes, de réaliser des insertions importantes, mais ces dernières prennent la forme d'emplois précaires, non valorisants et mal rémunérés. [BENALLAOUA A., 2010^b, p.33]

III-1-2- Contrat de prés-emploi (CPE) :

Ce dispositif de lutte contre le chômage est destiné aux jeunes chômeurs primo-demandeurs d'emploi ayant 19 ans et plus. Il est réservé aux diplômés de l'enseignement supérieur et des instituts nationaux de formation. La durée des insertions est limitée à 12 mois avec une possibilité de prorogation d'une durée maximale de 6 mois supplémentaires.

Ce dispositif vise essentiellement à :

- Combattre le chômage des diplômés ;
- Aider les jeunes diplômés à acquérir une expérience professionnelle et accroître ainsi leur chance d'insertion professionnelle ;
- Relever le taux d'encadrement dans les entreprises et les administrations.

Le programme « contrat pré-emploi » avait permis, durant la période 1998-2001, le placement de 34394 jeunes sur 39297 postes ouverts soit un taux de placement de 87,5%, dont 64.5% de femmes bénéficiaires de ce type de contrat. Le domaine le plus attractif pour ce type de contrat est le domaine administratif. [جلید.ن، بوعافیة.ر، 2012، ص:399]

Ce dispositif, comme la plupart des dispositifs de lutte contre le chômage, permet la création d'emplois précaires avec des rémunérations très faibles lorsqu'on prend en considération le haut niveau de qualification des bénéficiaires. La précarité apparaît aussi dans le fait que 90% des bénéficiaires de ce programme se retrouvent à nouveau au chômage après la fin de la période d'insertion maximale de 18 mois. [BENALLAOUA A., 2010^b, p.35-36]

III-1-3- Micro crédit :

Ce programme est mis en œuvre en 1999. Il consiste à encourager l'auto-emploi en aidant les chômeurs, quel que soit leur âge, à créer leur propre activité à travers des crédits bancaires allant de 50000 à 350000 DA. [جليل.ن، بوعافية.ر، 2012، ص:399]

A côté de l'agence de développement social, plusieurs organismes interviennent dans la gestion de ce dispositif à savoir : les banques commerciales et la caisse nationale d'assurance-chômage.

Les chiffres relatifs aux emplois créés dans le cadre du dispositif "micro crédit" ne sont pas encore connus, cependant, 6053 projets ont été financés jusqu'à l'année 2002. [BENALLAOUA A., 2010^b, p.37]

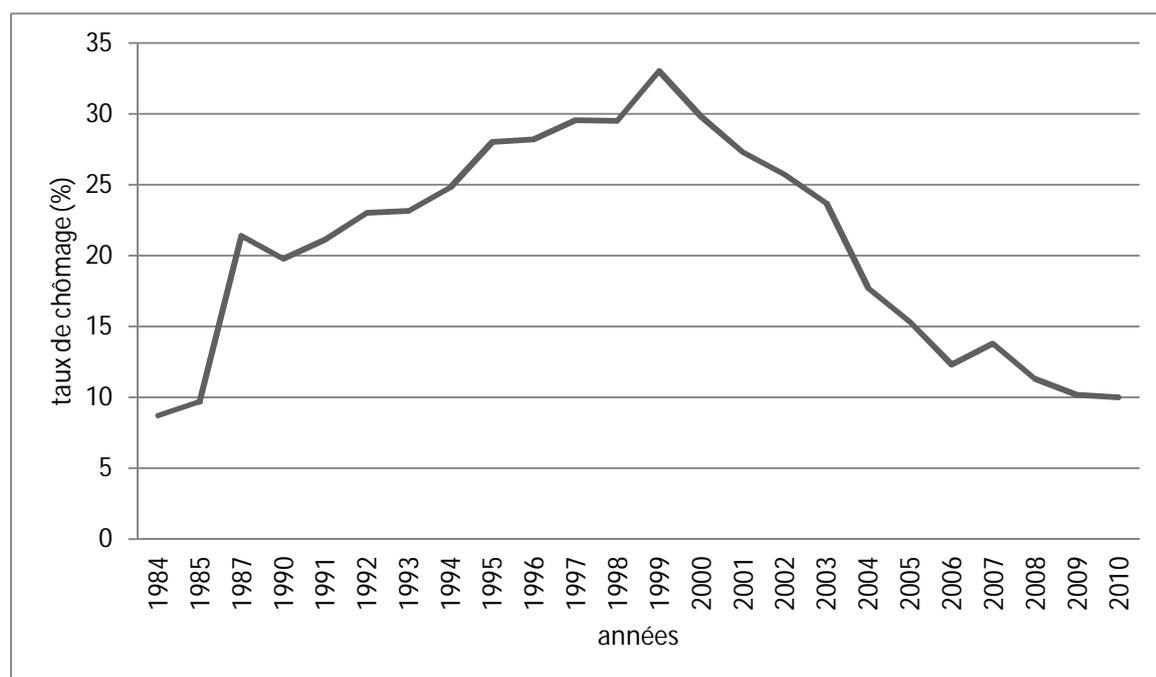
III-1-4- Micro entreprise :

Ce dispositif est initié au 2^{ème} semestre de l'année 1997 sous la gestion et l'encadrement de l'agence nationale de soutien à l'emploi des jeunes (ANSEJ).

L'ANSEJ, à travers ses 53 antennes implantées sur tout le territoire national, a pour mission l'insertion des jeunes chômeurs âgés de 19 à 35 ans en les aidant à créer eux mêmes leurs propres activités ayant le statut dit « micro entreprises ». [BENALLAOUA A., 2010^b, p.40]

Contrairement aux autres dispositifs, le dispositif « micro entreprise » permet la création d'emplois généralement durables puisque ce sont des insertions dans le cadre des créations d'activités.

Dans le point précédant, nous avons détaillé les différents dispositifs de création d'emplois mis en place pendant les années 90 dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Ces dispositifs ont eu un impact très positif sur le marché du travail puisque le taux de chômage a nettement diminué depuis l'année 2000.

Figure III-4 : Evolution du Taux de chômage (1984-2010)

Sources:[ONS, 1999 ; ONS, 2002 ; ONS, 2004 ; ONS, 2005 ; ONS, 2006 ; ONS, 2007^b ; ONS, 2012]

Comme le montre la figure, entre 1984 et 2000, le taux de chômage a augmenté régulièrement pour atteindre en 2000, le seuil de 29%. A partir de l'année 2000, le taux de chômage connaît une baisse qui le ramène à 23% en 2003 et à 10% en 2010. Une nouvelle tendance à la baisse est ainsi engagée et se poursuit jusqu'à nos jours.

Malgré la baisse remarquable du taux de chômage ces dernières années la stratégie d'emploi en Algérie est une solution politique conjecturale pour masquer le vrai taux de chômage, puisque l'emploi créé est majoritairement précaire et non durable.

III-2- Dispositifs de création du logement social et de lutte contre les bidonvilles :

La politique de l'habitat social en Algérie est un dispositif d'aide sociale, apparu après 1994 dans le cadre du programme d'ajustement structurel (PAS) et des réformes de la politique sociale générale de l'Etat. [ZITOUN M.-S., 2011, p.1]

Le dispositif du financement du logement social a été construit autour de la nouvelle forme d'aide directe au logement, appelée aide à l'accès à la propriété (AAP), gérée par la caisse nationale du logement (CNL). Ce dispositif consiste en une aide directe non remboursable accordée aux ménages répondant à des critères d'éligibilité fixé par décret, dans le but de

cibler la demande et l'offre des logements en fonction des revenus de la population. [ZITOUN M.-S., 2011, p. 2]

Le tableau suivant montre que le prix de la construction du logement social par m² a connu une diminution entre 1996 et 1999. L'Etat algérien a appliqué une stratégie pour alléger le financement des logements sociaux vis-à-vis de la caisse publique. Cela indique que la stratégie suivie par l'Etat pour la création des logements sociaux a connu une réussite remarquable.

Tableau n° III-27 : Prix de la construction du logement social par m² (1996-1999).

Années	1996	1997	1998	1999
Prix par m ²	22000	16000	15000	15000

Source : [جليل. ن، بوعافية. ر، 2012، ص: 428]

En ce qui concerne le nombre de logement social construit par l'Etat entre 1995 et 2002, il a connu une augmentation importante (voir tableau n° III-28). Et la part des logements sociaux construits entre 2001 et 2002 est supérieur à d'autres types de logements construits (participatifs, promotionnels...) dans la même période (voir tableau n° III-29). Cela indique que la participation de l'Etat pour la création de ce type de logement est importante. Ce dispositif aide la population à faible revenu et qui ne peut pas être propriétaire d'un logement d'avoir un logement dans le futur.

Tableau n° III-28 : Evolution du nombre de logements sociaux en Algérie entre 1995-2002.

Années	Nombre de logements sociaux réalisé
1995	42208
1996	39818
1997	46513
1998	51588
1999	41984
2000	60484
2001	48941
2002	54310

Source : [جليل. ن، بوعافية. ر، 2012، ص: 431]

Tableau n° III-29 : Les logements urbains réalisés entre 2001 et 2002.

Type de logement Années	Logement social		Logement participatif		Logement promotionnel		Logement par vente à partir de location	
	Réalisé	En cour de réalisation	Réalisé	En cour de réalisation	Réalisé	En cour de réalisation	Réalisé	En cour de réalisation
2001	64355	48941	24680	17099	1610	5989	20000	0
2002	36984	54310	22774	19048	5199	8634	35000	0

Source : [جليل.ن، بوعافية.ر، 2012، ص: 440]

Le marché de l'immobilier doit être adapté à l'évolution de la société algérienne en proposant davantage le logement à la location qui doit être géré par l'Etat afin de réguler les prix et éviter les spéculations.

Les commodités de logement doivent être aussi disponibles pour chaque logement comme le gaz naturel, l'eau et l'assainissement, car ce sont des besoins essentiels pour le quotidien des personnes.

III-3- Renforcement de l'assistance et de la solidarité nationale :

L'assistance est un volet important de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Elle permet de mettre à la disposition des pauvres des ressources nécessaires pour une vie digne⁴¹. Elle peut se traduire par le versement d'une indemnité, ou par l'octroi d'avantages en diverses actions comme l'accès aux biens et services

III-3-1- Filet social :

Pour compléter les dispositifs de création d'emplois qui constituent des moyens d'insertion des individus défavorisés, l'Etat a mis en place des politiques d'assistance et de solidarité afin d'aider les couches les plus vulnérables. Cette politique est contenue dans le dispositif appelé le filet social et qui s'articule autour d'indemnités diverses qui sont :

- L'allocation forfaitaire de solidarité (AFS), qui est un dispositif géré par l'agence du développement social créé en 1996 dans le cadre du filet social. Cette allocation s'élève en 2001 à 1000 DA par mois complétée par 120 DA par personnes à charge dans la limite de 3 personnes. L'AFS s'est substitué à l'indemnité aux catégories sociales avec faible revenu ou sans. [جليل.ن، بوعافية.ر، 2012، ص: 397]

⁴¹ Une capacité pour l'individu de subvenir à ses besoins alimentaires et non alimentaires de base.

- L'indemnité d'activité d'intérêt général (IAIG) ;
- L'indemnité complémentaire d'allocation familiale (ICAF) qui s'élève à 2800 DA pour un enfant à charge ;
- L'indemnité pour salaire unique (IPSU) au profil des salariés ayant un revenu inférieur à 7000 DA. Cette indemnité est de 500 DA ; [جلید. ن، بوعافية. ر، 2012، ص:397]
- L'indemnité complémentaire (ICPR) de 120 DA est destinée aux pensionnaires, aux retraités et aux personnes sans aucune source; [LEBECHE R., 2001, p.43-44]
- L'aide sociale directe (allocation mensuelle) destinée aux personnes handicapées. Ce dispositif est pris en charge par la sécurité sociale.
- Les aides financières, des programmes d'éducation, de formation, d'insertion et d'intégration socioprofessionnelle, sont développés au profit des personnes handicapées. [Gouvernement algérien, 2010]

III-3-2- La solidarité nationale :

Dans le cadre de la solidarité nationale, plusieurs actions sont menées afin de soutenir les couches de la population les plus défavorisées. Des actions ponctuelles qui interviennent à des occasions précises comme :

- L'opération Ramadhan : ouverture de restaurants au profit des familles démunies, des sans domicile fixe, ainsi que par la livraison à domicile de couffins ou d'aides financières de 5000 DA;
- La solidarité scolaire : offre de trousseaux scolaire et l'aide de 3000DA à chaque enfant démunie ainsi que la mise à la disposition des élèves des moyens de transport scolaire et l'ouverture des cantines scolaires ;
- La prise en charge d'enfants démunis en colonies de vacances. [Gouvernement algérien, 2010]

Par ailleurs diverses actions de solidarité sont menées comme l'aide de financement de projets à caractère social et humanitaire.

La stratégie de lutte contre la pauvreté reste faible par rapport au niveau de la parité du pouvoir d'achat, car le montant d'indemnité, par exemple, doit assurer à l'individu pauvre une vie digne pour pouvoir échapper à la pauvreté.

III-4- Investir dans le capital humain comme stratégie pour combattre la pauvreté :

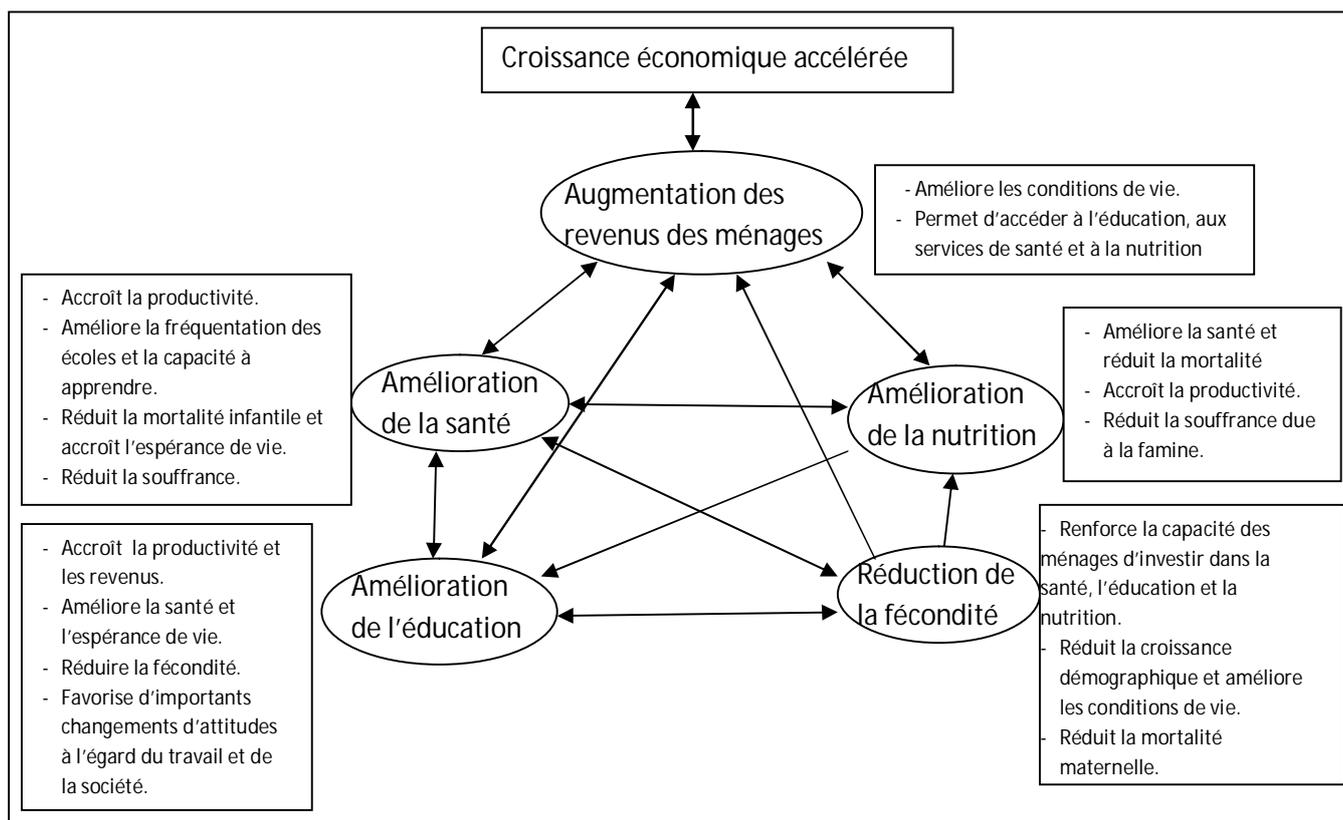
Le capital humain est un élément essentiel dans le bien-être d'un individu. Il a une valeur positive sur la vie d'un individu puisque être instruit, avoir un bon niveau d'étude et être en bonne santé est synonyme d'un important épanouissement personnel. [BENALLAOUA, A., 2010^b, p.311]. Un bon niveau de capital humain correspond nécessairement à un emploi qualifié qui garantirait à son détenteur un salaire important ainsi qu'un statut social valorisant.

En effet, un bon niveau de capital humain correspond à une bonne éducation ainsi qu'une bonne santé, cela facilite la possibilité de trouver un travail qualifié et bien rémunéré pour échapper à la pauvreté.

Le développement du capital humain constitue un outil essentiel pour assurer une croissance économique soutenue et lutter contre la pauvreté. Le capital humain est d'autant plus important que l'amélioration de la productivité grâce à l'investissement dans l'éducation, la santé et la nutrition, constitue un volet essentiel des politiques d'élimination de la pauvreté. [HUSAIN M.-N. et al, 2000, p. 3]

Investir dans le capital humain, c'est investir dans l'éducation et la santé. Cet investissement permet d'améliorer directement le bien-être et il contribue également de façon indirecte au renforcement de différentes formes du capital humain, lequel concourt à la croissance des revenus. [HUSAIN M.-N. et al, 2000, p. 3]. La figure n° III-5 résume les différentes relations entre les aspects du capital humain.

L'Algérie a donné l'importance dans l'investissement dans les différents aspects du capital humain pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. Dans cette recherche, on s'intéresse au domaine de la santé, particulièrement la santé reproductive (voir chapitre II) comme objectif à atteindre d'ici 2015 pour lutter contre la pauvreté. L'amélioration de la santé peut avoir un rôle important dans l'amélioration du niveau de vie de la population. Dans le chapitre suivant, nous allons étudier la relation entre la santé reproductive et la pauvreté et nous allons essayer de vérifier si une bonne santé reproductive donne la possibilité d'échapper à la pauvreté.

Figure n° III-5 : Relation entre les différents aspects du capital humain.

Source : [HUSAIN M. N. et al, 2000, p.4]

Conclusion :

Dans ce chapitre, nous avons étudié la pauvreté en Algérie en tenant compte des différentes orientations macroéconomiques et des étapes ayant caractérisé l'économie du pays.

Pendant les deux premières décennies après son indépendance, l'Algérie a connu un développement important dans le cadre d'une stratégie d'industrie industrialisante constituant le cœur d'une économie planifiée, centralisée et financée totalement par une rente pétrolière abondante. Cette période a été caractérisée par des avancées sociales indéniables qui se manifestaient à travers l'amélioration de plusieurs indicateurs sociaux notamment ceux liés à la santé, à l'éducation et à l'emploi.

Avec la crise économique des années 80, puis les réformes qui ont suivi, la situation sociale s'est nettement détériorée. La pauvreté prend de l'ampleur pour atteindre 22,6% en 1995.

Face à la gravité de la situation, une stratégie de lutte contre la pauvreté qui englobait essentiellement un ensemble de dispositifs de création d'emplois et une politique d'assistance a été lancée pendant les années 90. Les efforts favorables de cette stratégie semblent se produire puisque à partir de l'année 2000, les estimations de la pauvreté font état d'une nette amélioration du niveau de vie puisque le taux de pauvreté chute jusqu'à 6,8% en 2004 et 6% en 2005. Cette baisse de la pauvreté indique que l'Algérie a atteint le premier objectif du millénaire pour le développement

Chapitre IV : Etude de la relation entre la santé reproductive des femmes et la pauvreté non monétaire des ménages à partir des données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002

Introduction :

Ce chapitre vise à explorer le lien entre la santé reproductive des femmes et la pauvreté non monétaire des ménages en Algérie. Il s'agit de vérifier qu'une bonne santé reproductive des femmes aide les ménages d'échapper à la pauvreté.

Il s'articule autour de trois principaux points. D'abord, présenter l'aspect méthodologique de la recherche qui porte sur la description de l'enquête algérienne sur la santé de la famille, l'évaluation de la qualité des données de cette enquête et les hypothèses de travail ainsi que le cadre conceptuel.

Ensuite, nous aborderons la pauvreté non monétaire et la santé reproductive en Algérie au niveau micro et macro en calculant l'indice multidimensionnel de la pauvreté non monétaire pour chaque ménage et pour la totalité des ménages ainsi que l'indice synthétique de la santé reproductive pour chaque femme et pour toutes les femmes, ceci en utilisant les données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002.

Enfin, nous analyserons la relation entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire en utilisant des modèles de régression linéaire et logistique.

I-Aspect méthodologique :

Dans le premier point de ce chapitre empirique, nous allons présenter la méthodologie de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002, l'évaluation des données de cette enquête et enfin la méthodologie de la recherche.

I-1- Description de l'enquête Algérienne sur la Santé de la Famille de 2002 :

I-1-1- Présentation de l'enquête :

L'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF) a été réalisée en 2002 par l'Office National des Statistiques (ONS) en collaboration avec le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Cette enquête rentre dans le cadre du projet arabe pour la santé de la famille⁴² (ligues des Etats-Arabe).

La réalisation de cette enquête a permis aux pays arabes de disposer des données nécessaires pour l'évaluation de l'état de santé de la population et de mettre en place une politique et des programmes de santé. L'Algérie est le quatrième pays arabe à s'engager dans la réalisation de cette enquête.

I-1-2- Objectifs de l'enquête :

L'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF) de 2002 a pour principaux objectifs de fournir une base de données nécessaires et récentes qui permet aux pouvoirs publics d'évaluer les politiques de population et de santé en Algérie d'un côté et de contribuer à améliorer et à consolider les programmes de santé, notamment la santé reproductive d'un autre côté.

I-1-3- Questionnaire :

Afin d'atteindre les objectifs fixés, cinq types de questionnaire ont été utilisés dans le cadre de l'enquête EASF de 2002. Les deux premiers sont des questionnaires communs proposés par la direction du projet de la ligue arabe et les autres sont des questionnaires au choix, préparés par l'office national des statistiques en collaboration avec le ministère de la santé et de la réforme hospitalière.

⁴²Ce projet s'inscrit dans la continuité du projet PAPCHILD initié par la ligue des états arabes.

Un questionnaire ménage : il permet de collecter des informations sociodémographiques et sanitaires relatives aux membres du ménage, telles que l'éducation, l'activité économique, la santé générale, les caractéristiques des ménages (nombre, âge et sexe...etc.) et le mariage. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de logement, ...).

Un questionnaire pour la santé reproductive : il est destiné aux femmes en âge de procréation 15-49 ans. Il comprend les sections suivantes : les caractéristiques générales des femmes, la fécondité, la contraception, la santé maternelle et néonatale, le VIH-Sida et la mortalité des enfants.

Un questionnaire sur les femmes en âge de ménopause : il comprend les sections suivantes : les caractéristiques générales des femmes en âge de ménopause, la fécondité passée, la santé reproductive...

Un questionnaire pour la population jeune (15 à 29 ans) : il comprend les sections suivantes : les caractéristiques générales des jeunes, les connaissances et attitudes des jeunes vis-à-vis de l'âge idéal pour le mariage, la sexualité, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles.

Un questionnaire pour les personnes âgées (60 ans et plus) : ce questionnaire comprend les sections suivantes : caractéristiques des personnes âgées, l'activité économique, l'état de santé, les relations sociales....

Ce sont des questionnaires standards, proposés par la Direction du projet de la ligue arabe qui ont été adaptés par l'Algérie en fonction des besoins spécifiques en informations.

Nous nous intéressons dans cette recherche aux deux premiers questionnaires. Le premier questionnaire, celui des ménages, est choisi pour calculer l'indice synthétique de la pauvreté des ménages. Le deuxième questionnaire, destiné aux femmes en âge de procréation, est choisi pour calculer l'indice synthétique de la santé reproductive des femmes algérienne en âge de procréation.

I-1-4- Echantillonnage :

L'échantillon tiré pour l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002 a été constitué dans le but de permettre de faire des estimations basées sur un grand nombre

d'indicateurs concernant la situation des enfants et des femmes au niveau national et régional, en zones urbaine et rurale, et cela pour 4 régions sanitaires de l'Algérie (Centre, Est, Ouest et Sud). La répartition du pays en régions sanitaires a été élaborée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Pour disposer d'une information plus précise, les régions sanitaires ont été classées en 17 sous régions en tenant compte des critères suivants extraits des statistiques du recensement général de la population et de l'habitat et des enquêtes sur l'état civil :

- Indice synthétique de fécondité
- Analphabétisme
- Rattachement au réseau d'assainissement
- Proportion de la population vivant en zone éparsée.

Ces critères ont été choisis en fonction de leur forte corrélation avec les phénomènes étudiés et la disponibilité de données au niveau de chaque Wilaya.

La base de sondage est constituée par l'ensemble des ménages ordinaires et collectifs recensés lors du recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 1998.

La taille de l'échantillon de l'enquête EASF de 2002 a été calculée en fonction d'une représentativité nationale, régionale et selon les strates urbaine et rurale. Au total 10200 ménages, répartis uniformément à travers les 17 sous régions, ont été retenus, soit 600 ménages par sous région.

Pour le plan de sondage, il s'agit d'un sondage stratifié à deux degrés au sein de chaque sous région :

1° degré : Tirage proportionnel des unités primaires ou districts. Leur nombre est de 510.

2° degré : Tirage aléatoire des unités secondaires ou ménages à raison de 20 ménages par district.

En ce qui concerne l'échantillon élargi pour l'étude de la mortalité infantile, il est de 40 ménages par district (tirage des unités primaires). Le nombre des unités secondaires ou ménages est de 20400 ménages.

L'enquête algérienne sur la santé de la famille a par conséquent été réalisée sur un échantillon de 510 districts de 20 ménages, chacun réparti à travers les 17 sous régions du

territoire national. 10200 ménages et 15156 femmes âgées de 15 à 49 ans composaient les échantillons des catégories de population concernée par l'enquête.

I-2- Evaluation de la qualité des données de l'enquête :

Les données des enquêtes sont en général entachées d'erreurs. Il est important de procéder à l'évaluation de leur qualité, en utilisant les méthodes qui permettent de déterminer les biais, la précision, et donc les limites d'utilisation [GENDREAU F., 1998, p.14]. Notre évaluation portera sur l'âge des mères enquêtées, sur la parité moyenne et sur le taux des réponses des variables de l'étude.

L'évaluation de la qualité des données est une étape importante dans le processus de recherche en sciences sociales. Elle l'est encore plus dans les pays en voie de développement où le système d'état civil fonctionne de façon défailante, ce qui laisse libre cours aux déclarations fallacieuses des âges et aux problèmes de mémoires lorsque les événements datent d'une période assez lointaine. Sans compter, les tabous liés aux informations qui concernent les maladies, la contraception.... Cette évaluation permet de savoir que les données utilisées sont fiables.

I-2-1 Evaluation de la déclaration des âges des mères enquêtées :

L'âge est une variable très fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques. A cet effet, la mauvaise déclaration de l'âge des mères a un impact non négligeable sur l'étude des différents domaines liés à la santé reproductive. Par conséquent, il est nécessaire d'examiner au préalable la répartition des femmes selon l'âge.

Notre évaluation des données portera sur certains indices. Dans notre cas nous n'allons utiliser que l'indice de Whipple, car il est particulièrement approprié pour le type de données dont nous disposons.

- Indice de Whipple:

Cet indice mesure l'attraction ou la répulsion des âges terminés par 0 ou 5. Il est calculé en rapportant l'effectif des personnes d'âge se terminant par 0 ou 5 à l'effectif de la population âgée de 23-62 ans, le tout multiplié par 5. Dans le cas de cette étude, nous nous intéressons aux femmes âgées de 15-49 ans.

L'indice de Whipple s'obtient par la formule suivante :

$$I_w = 5 * \frac{P_{15} + P_{20} + \dots + P_{45}}{\sum_{i=15}^{49} P_i}$$

Classification des Nations unies relative à l'indice de Whipple

Si $\rightarrow I_w = 0$, c'est qu'aucun des âges déclarés ne se termine par 0 ou 5.

Si $\rightarrow I_w = 5$, alors tous les âges se terminent par 5 ou 0

Si $\rightarrow I_w < 1$, il y a répulsion pour les âges terminés par 5 ou 0.

Si $\rightarrow I_w > 1$, il y a attraction pour les âges terminés par 5 ou 0.

Si $\rightarrow I_w = 1$ alors il n'y a pas de préférence ni pour 5 ni pour 0.

Les résultats donnent une valeur de **0,937**. Cette valeur suggère une légère répulsion pour des âges terminés par 5 ou 0.

I-2-2- Evaluation de la parité moyenne :

La parité moyenne est définie comme étant le nombre moyen d'enfants par femme. La parité croît avec l'âge des mères. Les irrégularités constatées sur l'allure de sa courbe permet de détecter des erreurs telles que des omissions d'enfants dues à la défaillance de la mémoire ou à une mauvaise déclaration de l'âge de la mère. Ces irrégularités peuvent provenir d'une sous-représentation des mères à certains âges.

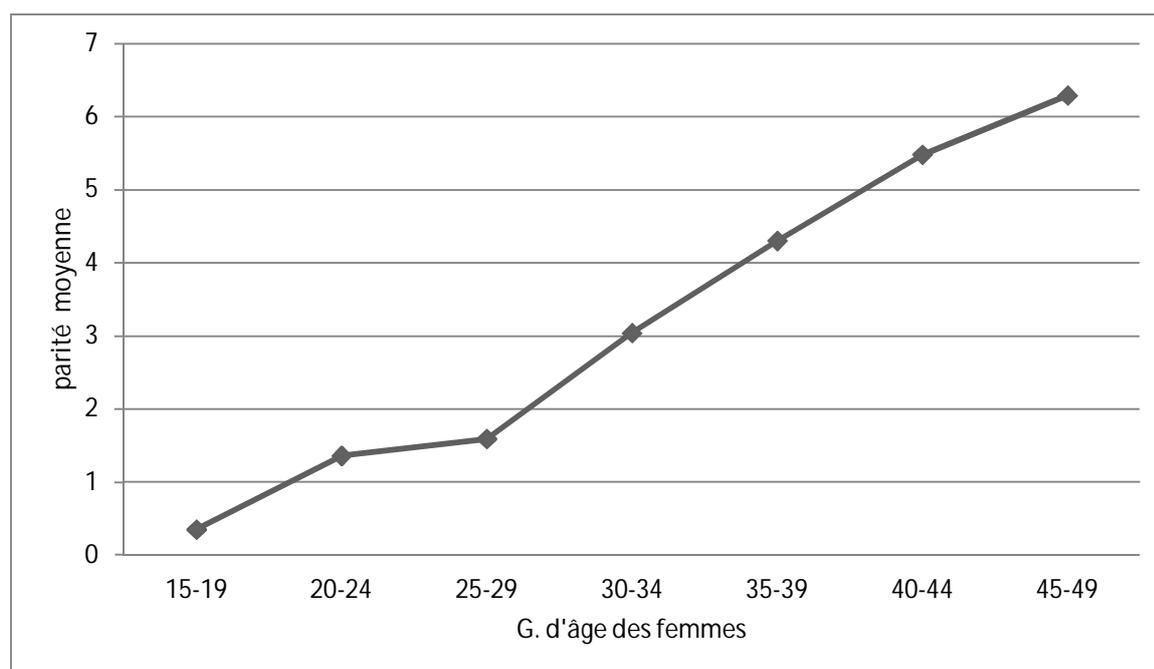
La figure n°IV-1, présente la répartition des parités selon les groupes d'âges des mères, montre une allure régulière dans l'ensemble. Elle nous amène à dire que le nombre d'enfants et l'âge des mères ont été bien déclarés.

Tableau n° IV-1 : Répartition des naissances vivantes et la parité moyenne selon les groupes d'âges des mères.

G. d'âges des femmes	Nombre d'enfants vivants	Nombre de femmes	Parité moyenne
15-19	27	77	0,35
20-24	748	550	1,36
25-29	2141	1120	1,59
30-34	4086	1345	3,04
35-39	7163	1664	4,30
40-44	7713	1408	5,48
45-49	7768	1235	6,29
Total	29646	7399	4,01

Source : traitement des données de l'EASF de 2002.

Figure n° IV-1 : Répartition de la parité moyenne selon le groupe d'âge de la femme.



Source : à partir du tableau n° IV-1

I-2-3- Evaluation des variables de l'étude :

Les résultats du tableau n°IV-2 nous montrent que pour l'ensemble des variables, les taux de réponse tournent autour de 100%. Notons en outre, qu'il existe une variable liée au

domaine de la planification ; elle est de l'ordre de 67%. Cette variable est, par conséquent, utilisée dans le cadre de notre analyse.

Tableau n° IV-2 : Taux des réponses relatives aux variables de l'étude.

Liées à la pauvreté non monétaire		Liées à la santé reproductive	
Variables liées aux	Taux de réponse	Variables liées aux	Taux de réponse
Caractéristiques du logement	Entre 99,9 et 100 %	Santé maternelle et infantile	99,9% - 100%
Les biens et les équipements	100%		
Moyen de déplacement du ménage	100%		
Education et le marché du travail	100%	Planification familiale	67%-100%

Source : les résultats obtenus à partir de la base de données de l'EASF de 2002

I-3- Méthodologie de la recherche :

Dans cette section, nous allons poser les hypothèses de travail ainsi que le cadre conceptuel de notre recherche afin de faciliter le choix des variables retenues.

I-3-1- Hypothèses de travail :

Dans les chapitres précédents, nous avons vérifié qu'il y a une amélioration au niveau des indicateurs de la santé reproductive en Algérie et une réduction de la pauvreté grâce à l'amélioration du niveau de vie, et cela à partir d'une analyse chronologique.

Dans ce chapitre, nous allons utiliser les données de l'enquête ménage (EASF, 2002) pour vérifier :

- S'il ya une relation entre la santé reproductive des femmes et la pauvreté non monétaire des ménages ;
- Pour que le ménage échappe à la pauvreté non monétaire en Algérie, la femme doit améliorer sa santé reproductive par l'utilisation de la contraception, la consultation prénatale, l'accouchement assisté...

Pour vérifier la première hypothèse, nous avons d'abord utilisé le coefficient de corrélation pour déterminer le degré de la relation entre la santé reproductive des femmes et la pauvreté non monétaire des ménages. Ensuite, nous avons utilisé un modèle de régression linéaire pour connaître la nature de cette relation et pour déterminer l'effet de la pauvreté (comme variable indépendante) sur la santé reproductive des femmes (comme variable dépendante).

Pour vérifier la deuxième hypothèse, nous avons utilisé un modèle de régression logistique, où la variable dépendante concerne la pauvreté non monétaire des ménages qui va prendre les valeurs dichotomiques (0 pour pauvre et 1 pour non pauvre) et les variables indépendantes sont des variables liées à la santé reproductive.

I-3-2- Champ d'étude :

En vérité, malgré la richesse des informations inhérentes aux enquêtes démographiques et sanitaires, leur utilisation engendre quelques contraintes analytiques, notamment lorsque la pauvreté doit être appréhendée. En effet, les enquêtes démographiques et de santé algérienne – comme la plupart des enquêtes EDS – ne collectent pas d'informations sur les dépenses ou les revenus des ménages. De ce fait, il est impossible de tenir compte, par exemple, de la consommation par tête comme indicateur de niveau de vie des ménages. Dans ces conditions, la présente recherche estime la pauvreté des ménages à partir des indicateurs non monétaires concernant les besoins de base des ménages qui couvrent les domaines suivants: les caractéristiques du logement, les équipements du ménage, le déplacement du ménage, le niveau d'éducation et l'occupation des couples en utilisant la base de données ménages de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002 .

Et pour le cas de la santé reproductive de la femme, nous avons utilisé les informations collectées qui couvrent les domaines suivants : la planification familiale, la santé maternelle et la santé infantile en utilisant la base de données des femmes en âge de procréation de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002. (soit 15156 femmes et 10200 ménages)

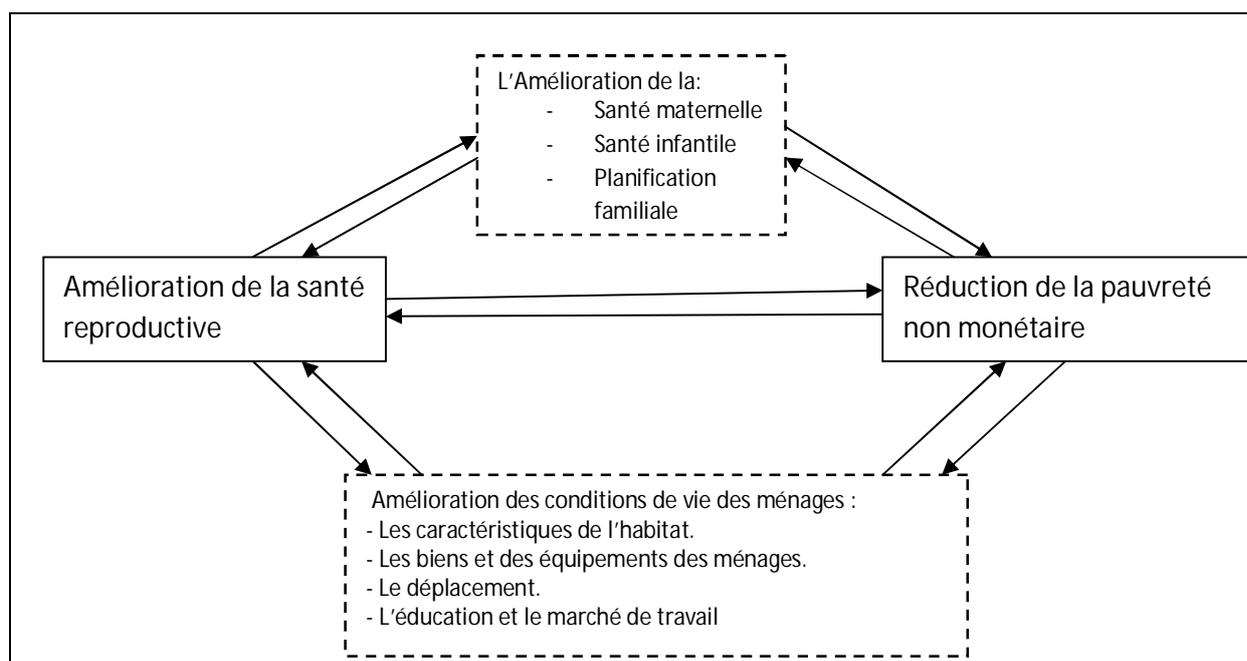
Et pour pouvoir bien étudier la santé reproductive des femmes ainsi que sa relation avec la pauvreté non monétaire, nous avons sélectionné parmi les femmes en âge de procréation seulement les femmes non célibataires en âge de procréation (soit 5118 femmes).

Dans les points qui suivent, nous allons détailler tous ces domaines utilisés dans cette recherche. Mais avant cela, nous devons d'abord présenter le cadre conceptuel de l'étude.

I-3-3- Schéma conceptuel de l'étude

Le cadre conceptuel est la traduction schématique de l'hypothèse principale. Il est représenté dans la figure n°IV-2.

Figure n°IV-2 : Schéma conceptuel de l'étude.



Source : le schéma fait par l'auteur.

I-3-4-Variables retenues :

Les variables choisies pour cette recherche sont en fonction des hypothèses avancées et du cadre conceptuel élaboré. Ainsi nous avons :

I-3-4-a- Variable liée aux conditions de vie des ménages :

La variable liée aux conditions de vie des ménages est créée à partir des informations sur le degré d'équipements des ménages en biens d'électroménagers, les caractéristiques de l'habitat, le moyen de déplacement, l'éducation et l'occupation des couples. Cette variable est l'indice de pauvreté non monétaire des ménages. Le tableau n°IV-3 présente la liste des variables qui rentrent dans la construction de l'indice de pauvreté non monétaire.

Tableau n°IV-3 : Variables utilisées dans la construction de l'indice de pauvreté non monétaire.

Dimensions	Variables
Les caractéristiques de l'habitat	Type de logement
	Type de sol du logement
	Nombre de personnes par pièce
	Statut d'occupation
	Source principale d'eau potable
	Existence du lieu sanitaire
	Raccordement à l'électricité

	Raccordement au Gaz naturel
	Existence de cuisine
	Type de logement
Les biens et les équipements de ménage	Télévision
	Radio
	Parabole
	Vidéo
	Réfrigérateur
	Cuisinière
	Chauffe eau
	Chauffage
	Téléphone
	Ventilateur
Déplacement	Voiture
	Motocyclette
Education et marcher du travail	Scolarisation de la femme
	Etat actuel d'emploi de la femme
	Lieu de travail de la femme
	Stabilité du travail chez la femme
	Scolarisation du mari

Source : obtenues à partir de la base des données de l'EASF de 2002

I-3-4-b- Variable liée à la santé reproductive:

La variable liée à la santé reproductive est créée à partir des informations sur les domaines suivants : la santé maternelle et infantile et la planification familiale. Cette variable est l'indice de la santé reproductive des femmes. Les domaines qui rentrent dans la construction de cet indice sont choisis selon leur importance dans l'évaluation de la santé reproductive et selon leur disponibilité dans la base de données de l'EASF de 2002. Toutes ces variables sont consignées dans les tableaux n°IV-4.

Tableau n°IV-4 : Variables utilisées pour évaluer le niveau de la santé reproductive.

Dimension	Variables
Santé maternelle et infantile	Visite prénatale
	Accouchement assisté
	Visite post-natale
	Morbidité maternelle liée à la grossesse
	Morbidité maternelle en dehors de la grossesse
	Suivie de la morbidité maternelle en dehors de la grossesse
	Grossesses perdues

	MST
	MST suivie
	Distance au service de santé
	Vaccination total de l'enfant
Planification familiale	Utilisation actuelle de la contraception
	Naissances vivantes
	Attitude de la femme en vers la planification familiale
	Besoin non satisfait à la planification familiale
	Attitude du mari en vers la planification familiale
	Discussion entre couple sur la planification familiale

Source : obtenues à partir de la base des données de l'EASF de 2002

II- Estimation des indices synthétiques de pauvreté non monétaire et de santé reproductive :

Dans cette section, nous nous intéressons à l'évaluation du niveau de la pauvreté non monétaire et de la santé reproductive des femmes en Algérie à partir des indices synthétiques qui seront calculés dans les prochains points à partir des données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002.

II-1- Construction de l'indice synthétique de pauvreté non monétaire :

La construction de l'indice synthétique de pauvreté non monétaire exige de bien choisir les dimensions liées au bien-être.

II-1-1- Choix des dimensions liées au bien-être:

Nous allons procéder dans ce point à l'analyse statistique des variables qui rentrent dans le calcul de l'indice synthétique de pauvreté non monétaire. Ces dernières sont choisies en tenant compte des données disponibles, pour bien cerner le bien-être des ménages. Pour cela nous considérons le bien-être comme la réalisation des fonctionnements suivants :

- Avoir un logement avec une dimension qui respecte le nombre des membres du ménage et qui est raccordé aux différentes commodités (réseaux d'eau, électricité et gaz) ;
- Avoir tout le confort à l'intérieur du logement (les biens et les équipements) ;
- Pouvoir se déplacer librement ;
- Avoir un niveau d'éducation ;
- Avoir un travail.

II-1-1-a- Caractéristiques du logement :

Le logement est un espace de vie privée qui offre la sécurité et l'éducation pour les membres des ménages, il reflète la qualité et le niveau de vie des ménages. Un logement qui est rattaché aux différents réseaux (l'électricité, le gaz et l'eau) offre au ménage une bonne qualité de vie. Le tableau suivant donne la liste des différentes caractéristiques du logement pour pouvoir former la dimension du bien-être relative à ces caractéristiques.

Tableau n°IV-5 : Les indicateurs de la dimension « Les Caractéristique du logement »

Les caractéristiques	Modalités	Pourcentage
Type de logement	Maison individuelle/villa	41,8
	Appartement	16,0
	Maison traditionnelle	36,5
	Gourbi/Bidonville	5,7
Type de sol du logement	Terre battue + autre	7
	Carrelage/Ciment	91,7
	Vinyle	1,3
Nombre de personnes par pièce	≤ 1 personne par pièce	7,4
	>1 personne par pièce	92,6
Statut d'occupation	Propriétaire	71,7
	Copropriétaire	9,3
	Location	11,2
	Logement gratuit + autre	7,8
Source principale d'eau potable	Eau courante	72
	Fontaine publique	8,4
	Puits	8,2
	Citerne avec tracteur	11,1
	Eau minéral	0,3
Existence du lieu sanitaire	A l'intérieur du logement	80
	A l'extérieur du logement	12,9
	Pas de toilette	7,1
Existence de réseau d'assainissement	Toilette reliée	80
	Toilette non reliée	20
Raccordement à l'électricité	Oui	97,3

	Non	2,7
Raccordement au Gaz naturel	Oui	30,4
	Non	69,5
Existence de cuisine	A l'intérieur de logement	83,2
	A l'extérieur de logement	7,7
	Pas de cuisine	9,1

Source : à partir de la base de données EASF de 2002 en utilisant SPSS

Les pourcentages des différentes modalités des variables choisies peuvent fournir une idée sur les conditions d'habitat des ménages en Algérie.

D'abord concernant le type de logement, nous constatons que la prédominance se situe au niveau des logements modernes (maisons individuelles et appartements) avec 57,8%. Nous ne pouvons cependant négliger la proportion de Gourbis et Bidonvilles, elle est de l'ordre de 5,7%. Pour le type de revêtement du sol du logement, le carrelage et le ciment représentent une proportion de 91,7%. La propriété du logement reste dans le pays le mode d'occupation le plus important chez le ménage (soit 71,7%). La location du logement vient dans la seconde position avec 11,2%.

Concernant le nombre de personnes par pièce, nous remarquons que 92,6% représentent les ménages vivant dans un logement où le nombre de pièces est inférieur au nombre de personnes par ménage. Ce qui montre un certain déséquilibre entre le nombre de personnes par ménage et le nombre de pièces par logement.

Pour ce qui est du raccordement du logement aux différentes commodités et aux différents réseaux, nous remarquons que la quasi-totalité des ménages sont raccordés au réseau d'électricité (97,3%) et au réseau d'eau potable (72%), mais nous ne pouvons pas négliger la proportion restante qui correspond à 28% des ménages non raccordés à ce réseau.

En ce qui concerne le gaz naturel, le taux de raccordement reste encore faible puisque 30,4% seulement des ménages sont raccordés à ce réseau. Concernant le réseau d'assainissement il y a 20% des ménages qui ne sont pas reliés à ce réseau.

D'autres aspects défavorables liés au logement peuvent être cités. Comme l'inexistence d'une cuisine ou de toilette à l'intérieur du logement soit respectivement 16,8% et 20%

Clicours.COM

II-1-1-b- Biens et équipements :

Chaque ménage a besoin des équipements nécessaires et de base pour vivre dans le bien-être. Le confort devient une nécessité pour n'importe quel ménage pour vivre bien. Le tableau suivant présente différents équipements durables dont le ménage a besoin.

Tableau n°IV-6 : Les indicateurs de la dimension « les biens et équipements » :

Les caractéristiques	Modalités	Pourcentage
Télévision	Oui	92,1
	Non	7,9
Radio	Oui	66,7
	Non	33,3
Parabole	Oui	50,1
	Non	49,9
Vidéo	Oui	12,1
	Non	87,9
Réfrigérateur	Oui	84,4
	Non	15,6
Cuisinière	Oui	63,3
	Non	36,7
Chauffe eau	Oui	18,3
	Non	81,7
Chauffage	Oui	43,9
	Non	56,1
Téléphone	Oui	29,2
	Non	70,8
Ventilateur électrique	Oui	34,6
	Non	65,4

Source : à partir des données de la base EASF de 2002 en utilisant SPSS.

Concernant la disponibilité des biens durables, nous pouvons relever des situations différentes selon les biens. La télévision, le réfrigérateur, la radio et la cuisinière sont des biens massivement disponibles dans la quasi-totalité des ménages avec respectivement 92,1%, 84,4%, 66,7% et 63,3%. D'autres biens d'équipement sont moins fréquents chez les ménages algériens. Le téléphone, le chauffe-eau et le ventilateur, sont absents chez une grande partie des ménages puisque, respectivement, seulement 29,2%, 18,3% et 34,6% de ces derniers les possèdent.

II-1-1-c- Déplacement :

Dans l'ensemble du pays, le transport public des voyageurs connaît un retard important sur le plan quantitatif et qualitatif. Avoir un moyen de déplacement contribue considérablement au bien-être des ménages. La disponibilité d'une voiture donne au ménage une certaine liberté dans le déplacement et un gain de temps considérable. Le tableau suivant présente les renseignements sur la possession d'un moyen de transport personnel ou pas.

Tableau n°IV-7 : Indicateurs de la dimension « Déplacement ».

Les caractéristiques	Modalités	Pourcentage
Possession d'un moyen de transport personnel	Voiture	20,58
	Motocyclette	4,20
	aucun moyen	75,22

Source : à partir de la base de données de l'EASF, 2002 en utilisant SPSS.

La voiture représente un bien de luxe et un confort total mais elle est présente chez seulement 20,58% des ménages. La motocyclette quant à elle, est possédée par 4,20% de ceux-ci. Le reste des ménages, soit 75,22% d'entre eux, est dépourvu complètement d'un moyen de déplacement.

II-1-1-d- Education et marché du travail :

L'éducation est un élément central dans la construction de l'être humain. Un bon niveau d'instruction correspond à un fort niveau du capital humain que l'individu peut faire valoir sur le marché du travail pour échapper à la pauvreté. En effet, l'éducation a une grande importance dans le bien-être des individus. SEN déclare que « ... L'éducation de base peut s'avérer décisive en permettant aux personnes de trouver un travail lucratif ». [SEN, 2003c, p.23, cité par : BENALLAOUA, A., 2010^a]

En ce qui concerne le marché du travail, LACHAUD souligne que l'emploi est « l'un des actifs les plus importants pour les individus, notamment les pauvres » [LACHAUD J.-P., 1998, p.2, cité par : BENALLAOUA, A., 2010^a]. En effet, les couches les plus défavorisées n'ont essentiellement que leur force de travail comme moyen d'acquérir un revenu.

Au-delà de l'aspect ressource, la non participation au marché du travail c'est à dire le chômage selon SEN « affecte l'équilibre psychologique, la motivation professionnelle, les

compétences et l'estime de soi... C'est une cause de l'augmentation des maladies et du taux de morbidité... » [SEN, 2000b, p102, citée par : BENALLAOUA, A., 2010^a].

Tableau n°IV-8 : Indicateurs de la dimension « Education et marché du travail »

Caractéristiques	Modalités	Pourcentage
Scolarisation de la femme (de l'âge de 6 ans et plus)	Femme scolarisée	54,5
	Femme n'a jamais été scolarisée	45,5
Etat actuel d'emploi de la femme	Femme travaille	8,9
	Femme ne travaille pas	91,1
Lieu de travail de la femme	Au foyer	27,5
	En dehors du foyer	72,5
Stabilité du travail chez la femme	Permanente	71,6
	Non permanente	28,4
Scolarisation du mari (de l'âge de 6 ans et plus)	Mari scolarisé	67,1
	Mari n'a jamais été scolarisé	32,9
Etat actuel d'emploi du mari	Mari travaille	87,3
	Mari ne travaille pas	12,7

Source : à partir de la base de données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS.

Une part importante des femmes enquêtées ont été scolarisées, soit 54,5%. Et un pourcentage très faible (soit 8,9%) des femmes sont rentrées dans le marché du travail dont 27,5% travaillent au foyer et 72,5% travaillent en dehors du foyer. 71,6% des femmes sont permanentes. [EASF, 2002^a]

Par ailleurs, 67,1% des maris ont déjà été scolarisés. et 87,3 %, sont rentrés dans le marché du travail.

II-1-2- Construction d'un indice synthétique de pauvreté non monétaire :

L'indice synthétique de pauvreté non monétaire (indice de pauvreté multidimensionnelle) est obtenu par la moyenne pondérée des degrés de privation de l'ensemble des ménages.

$$I_{pm} = \frac{\sum (f(1) * w_j)}{\sum w_j}$$

Avec

I_{pm} : indice de pauvreté multidimensionnelle. ($0 < I_{pm} < 1$)

$f(1)$: la fréquence des ménages privés totalement du bien j .

w_j : poids.

Avant de calculer l'indice de pauvreté non monétaire à partir de 27 indicateurs retenus, il est nécessaire de :

- Affecter des scores à chaque modalité des 27 indicateurs retenues selon les fonctions d'appartenances ;
- Attribuer à chaque variable un poids qui traduirait son importance dans le bien-être.

II-1-2-a- Les degrés de privation et les fonctions d'appartenance

L'affectation des scores dans le cas des variables binaires qui prennent les valeurs 0 ou 1 selon que la modalité est réalisée ou non. La fonction d'appartenance du $i^{\text{ème}}$ ménage concernant le $j^{\text{ème}}$ attribut prend elle aussi les deux valeurs 0 ou 1 [BENALAOUA A., 2010^a, p.266]. Elle est définie comme suit :

$$\left\{ \begin{array}{l} \xi_j^D(i) = 1 \quad \text{Si le ménage est pauvre par rapport à l'attribut } j \\ \xi_j^D(i) = 0 \quad \text{Sinon} \end{array} \right.$$

Le tableau n°IV-9 donne l'ensemble des scores affectés à chaque modalité des variables retenues. Pour rappel, un score égal à 1 renvoie à une situation de privation totale, alors qu'un score nul traduit une absence totale de privation. Ainsi, plus la privation est forte, plus le score tend vers la valeur 1.

Tableau n°IV-9 : Scores des modalités obtenus à l'aide des fonctions d'appartenance retenues

Les variables	Modalités	Scores
Les caractéristiques du logement		
Type de logement	Maison individuelle/villa/appartement	0
	Maison traditionnelle/ Gourbi/Bidonville	1
Type de sol du logement	Carrelage/Ciment /Vinyle	0
	Terre battue + autre	1
Nombre de personnes par pièce	<= 1 personne par pièce	0
	>1 personne par pièce	1
Statut d'occupation	Propriétaire /Copropriétaire/ Location	0
	Logement gratuite + autre	1
Source principale d'eau potable	Eau courante/ Eau minéral	0
	Fontaine publique/ Puits/ Citerne avec tracteur	1

Existence du lieu sanitaire	Existence de toilette	0
	Pas de toilette	1
Raccordement à l'électricité	Oui	0
	Non	1
Raccordement au Gaz naturel	Oui	0
	Non	1
Raccordement au réseau d'assainissement	Oui	0
	Non	1
Existence de cuisine	Existence de cuisine	0
	Pas de cuisine	1
Les biens et les équipements		
Télévision	Oui	0
	Non	1
Radio	Oui	0
	Non	1
Parabole	Oui	0
	Non	1
Vidéo	Oui	0
	Non	1
Réfrigérateur	Oui	0
	Non	1
Cuisinière	Oui	0
	Non	1
Chauffe eau	Oui	0
	Non	1
Chauffage	Oui	0
	Non	1
Téléphone	Oui	0
	Non	1
Ventilateur électrique	Oui	0
	Non	1
Déplacement		
Possession d'un moyen de transport personnelle	Voiture /Motocyclette	0
	aucun moyen	1
L'éducation et le marcher du travail		
Scolarisation de la femme	Femme scolarisée	0
	Femme non scolarisée	1
Etat actuel d'emploi de la femme	Femme travaille	0
	Femme ne travaille pas	1
Lieu de travail de la femme	Au foyer	1
	En dehors du foyer	0
Stabilité du travail chez la femme	Permanente	0
	Non permanente	1
Scolarisation du mari	Mari scolarisé	0
	Mari non scolarisé	1
Etat actuel d'emploi du mari	Mari travaille	0
	Mari ne travaille pas	1

Source : les variables choisies sont obtenues de la base de données de l'EASF, 2002

Donc, nous choisissons seulement les modalités qui ont un score 1, qui signifie que les ménages ont une privation totale (niveau de vie défavorisée) pour le calcul de l'indice de pauvreté non monétaire. Dans le point qui suit, nous allons attribuer à chaque variable un poids qui expliquerait son importance dans le bien-être.

II-1-2-b- Poids de chaque variable :

Le poids d'une variable est d'autant plus important que la privation des ménages est faible par rapport à cette variable. Cela veut dire que plus le nombre de ménages privés d'un bien est faible, plus grand sera le poids de ce bien dans l'indicateur du bien-être multidimensionnel. [BENALLAOUA A., 2010, p. 268]

Prenons l'exemple de la possession d'une vidéo chez un ménage : plus ce bien existe chez les ménages, plus son poids est grand, ce qui peut créer un fort sentiment de privation chez les ménages qui n'en disposent pas. A l'inverse, moins ce bien est présent (soit de manière infime) chez les ménages, plus le sentiment de privation chez ceux qui ne l'ont pas sera faible.

Le poids de chaque variable sera ainsi égal à l'inverse de la fréquence de la privation. Ce poids s'écrit alors :

$$W_j = \log (1/f(1))$$

Avec, $f(1)$ la fréquence des ménages privés totalement du bien j .

Le tableau suivant donne le poids des variables retenues pour la construction de l'indice de la pauvreté non monétaire.

Tableau n°IV-10 : La distribution des poids selon les fréquences de privation et les variables retenues.

Variables	Fréquence des cas de privation $f(1)$	w_j (poids)
Les caractéristiques du logement		
Type de logement	42,2	0,37
Type de sol	7	1,15
Nombre de personnes par pièce	92,6	0,03
Statut d'occupation	7,8	1,11
Source principale d'eau	27,7	0,56
Existence de lieu sanitaire	7,1	1,15

Raccordement à l'électricité	2,7	1,51
Raccordement au réseau d'assainissement	20	0,70
Raccordement au gaz	69,5	0,16
Existence de cuisine	9,1	1,04
Somme		7,78
Les biens et les équipements		
Télévision	7,9	1,10
Radio	33,3	0,48
Parabole	49,9	0,30
Vidéo	87,9	0,06
Réfrigérateur	15,6	0,81
Cuisinière	36,7	0,44
Chauffe eau	81,7	0,09
Chauffage	56,1	0,25
Téléphone	70,8	0,15
Ventilateur électrique	65,4	0,18
Somme		3,86
Déplacement		
Possession d'un moyen de transport personnelle	75,22	0,12
L'éducation et le marcher du travail		
Scolarisation de la femme	44	0,36
Etat actuel d'emploi de la femme	91,1	0,04
Lieu de travail de la femme	27,5	0,56
Stabilité du travail chez la femme	28,4	0,55
Scolarisation du mari	32,9	0,48
Etat actuel d'emploi du mari	12,7	0,90
Somme		2,89

Source : les calculs sont établis à partir des données de l'EASF, 2002

L'analyse des poids permet d'estimer l'importance donnée aux différents indicateurs et dimensions dans notre étude. A ce sujet, le poids de la dimension caractéristique du logement est le plus validant puisqu'il est de l'ordre de 7,78. Ce niveau maintient notre choix, puisque le logement constitue le bien le plus précieux pour chaque ménage algérien, ce qui influence considérablement sur le niveau du bien-être des ménages.

L'indice de pauvreté multidimensionnel ou de pauvreté non monétaire calculé à partir des données de l'EASF de 2002, est de l'ordre de 20,53%. Cela indique que la pauvreté existe en Algérie mais d'un niveau faible.

II-1-3- Construction de l'indice synthétique de pauvreté au niveau individuel (ménages):

Les variables de chaque dimension choisie précédemment (voir tableau n°IV-9) pour mesurer l'indice synthétique de pauvreté non monétaire au niveau global sont celles choisies pour la construction d'un indice synthétique de pauvreté non monétaire pour chaque ménage.

Pour construire notre indice, nous avons dichotomiser les différentes variables retenues (25 variables) selon la méthode de scoring, afin d'obtenir des variables-modalités binaires c'est-à-dire '0' pour l'absence de la privation et '1' pour la situation de la privation totale (Voir tableau n° IV-9). Nous avons ensuite recourir à la méthode⁴³ de la moyenne pondérée par le poids des différentes variables calculées précédemment (Voir tableau n°IV-10) et ayant donné un indice synthétique de pauvreté non monétaire pour chaque ménage qui prend des valeurs comprises entre 0 et 1.

Pour assurer la validité de notre indice de pauvreté non monétaire pour chaque ménage, nous avons procéder à :

- 1- La transformation de cet indice en indicateur de pauvreté non monétaire (IPNM) qui va prendre deux modalités (pauvre/non pauvre) selon le seuil de la pauvreté non monétaire = 0,2053⁴⁴.
 - Indicateur de la pauvreté non monétaire = 0 (pauvre) → si l'indice de pauvreté de chaque ménage $\geq 0,2053$;
 - Indicateur de la pauvreté non monétaire =1 (non pauvre) → si l'indice de pauvreté de chaque ménage $< 0,2053$.

Les ménages non pauvres⁴⁵ sont des ménages qui se répartissent en deux classes : classe moyenne et classe riche, par contre les ménages pauvres représentent la classe faible.

- 2- Aux croisements entre l'indicateur de la pauvreté non monétaire et quelques caractéristiques des ménages (caractéristiques du logement, les biens et les équipements) qui ont contribué à sa construction. (Voir tableau n°IV-11)

⁴³ On a utilisé la même méthode pour la construction de l'indice synthétique global de la pauvreté non monétaire.

⁴⁴ Ce seuil représente l'indice synthétique global de la pauvreté non monétaire.

⁴⁵ Parce que la répartition des ménages en classes moyennes et riches n'est pas parmi les objectifs de cette étude.

Tableau n° IV-11 : Répartition des caractéristiques du ménage selon l'indicateur de la pauvreté non monétaire.

Caractéristiques du ménage	Indicateur de la pauvreté non monétaire	
	Pauvre	Non pauvre
Type de logement :		
- Maison ind/appartement	8,9%	63,6%
- Maison traditionnelle/ gourbi	91,1%	36,4%
Total	100%	100%
Source principale d'eau potable :		
- Eau courante	17,2%	85,6%
- Fontaine/ puits/ citerne avec tracteur	82,8%	14,4%
Total	100%	100%
Existence de toilette :		
- Oui	28,7%	98,6%
- Non	71,3%	1,4%
Total	100%	100%
Type d'éclairage :		
- Electricité	67,4%	99,1%
- Gaz et autre	32,6%	0,9%
Total	100%	100%
Possession de cuisine :		
- Oui	19,7%	91,5%
- Non	80,3%	8,5%
- Total	100%	100%
Possession de parabole :		
- Oui	12,5%	61,3%
- Non	87,5%	38,7%
Total	100%	100%
Possession de chauffage :		
- Oui	24,7%	57,6%
- Non	75,3%	42,4%
Total	100%	100%
Possession de cuisinière :		
- Oui	29,2%	66,2%
- Non	70,8%	33,8%
Total	100%	100%

Source : résultat obtenu à partir de la base de données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS.

Il ressort, du croisement entre l'indicateur de la pauvreté non monétaire et le type de logement que 91,11% des ménages pauvres vivent dans des maisons traditionnelles et gourbis alors que 63,6% des ménages non pauvres vivent dans les maisons individuelles et appartements. Nous observons cette même inégalité pour l'accès à l'eau courante dans le ménage où nous constatons que 87,6% des ménages pauvres n'ont pas accès à l'eau courante alors que 85,6% des ménages non pauvres ont accès à l'eau courante. Une autre inégalité à l'accès à l'électricité où nous remarquons que 67,4% des ménages pauvres utilisent

l'électricité comme moyen d'éclairage tandis que 99 % des ménages non pauvres utilisent l'électricité. A cette fin, il existe d'autres inégalités entre ménages au niveau des biens et des équipements. La proportion de possession, par exemple, du chauffage et de cuisinière est faible chez les ménages pauvres ; elle est de l'ordre de 27,7% et 29,2% respectivement. (Voir tableau IV-11)

II-2- Construction de l'indice synthétique de la santé reproductive :

On utilisera les mêmes étapes empruntées dans le calcul de l'indice synthétique de la pauvreté non monétaire, pour construire l'indice synthétique de la santé reproductive.

II-2-1- Choix des dimensions liées à la santé reproductive:

Dans ce point, nous allons faire une analyse statistique des dimensions lesquelles rentrent dans la construction de l'indice synthétique ainsi que l'indicateur de la santé reproductive. Ces dimensions sont citées par l'OMS pour évaluer l'état de santé reproductive d'une population (Voir chapitre1). Dans notre recherche, le choix de ces dimensions est fait selon la disponibilité des données au niveau de la base de données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002. Pour cela, nous considérons une bonne santé reproductive comme la réalisation des composantes suivantes :

- La réussite de la planification familiale ;
- Une bonne santé maternelle et infantile.

II-2-1-a- Planification familiale :

La planification familiale aide la femme à préserver sa santé en général et sa santé reproductive en particulier. C'est une composante essentielle de la santé reproductive. La planification familiale englobe plusieurs indicateurs. Le tableau suivant donne la liste des différentes variables retenues.

Tableau n°IV-12 : Distribution de la dimension planification familiale.

Variables	Modalités	Pourcentages
Utilisation actuelle de la contraception :	- Utilisation de la contraception	75,1%
	- Non utilisation de la contraception	24,9%

La femme a eu au moins une naissance vivante	- Oui	91,2%
	- Non	8,8%
Attitude de la femme envers la planification familiale	- Approuve	92,8%
	- Désapprouve	7,2%
Besoin non satisfait à la planification familiale :	- Besoin satisfait PF	75,4%
	- Besoin non satisfait PF	26,6%
Attitude du mari envers la planification familiale	- Approuve	86,3%
	- Désapprouve	13,7%
Discussion avec le mari sur la planification familiale	- Jamais	28,4%
	- Discute avec le mari	71,6%

Source : les résultats obtenus à partir de la base de données de l'EASF, 2002 en utilisant SPSS

Les proportions des différentes modalités des variables choisies peuvent fournir une idée sur le niveau de la planification familiale en Algérie.

D'abord, concernant l'utilisation actuelle de la contraception, nous constatons que la majorité des femmes utilisent un moyen contraceptif soit 75,5%.

Le besoin non satisfait en planification familiale est faible chez les femmes algériennes. Il est de l'ordre de 26,6%.

Pour ce qui est de l'attitude envers la planification familiale, elle est positive chez les couples algériens car 92,8% des femmes approuvent la planification familiale et 86,3% des maris l'approuvent aussi.

La discussion sur la planification familiale entre les couples est importante pour une bonne santé reproductive. Elle est de l'ordre de 71,6%.

Concernant les naissances vivantes, 91,2% des femmes algériennes déclarent avoir eu au moins une des naissances vivantes durant leur vie féconde.

II-2-1-b- Santé maternelle et infantile :

La dimension de la santé maternelle et infantile englobe plusieurs indicateurs. C'est une composante importante de la santé reproductive. Le tableau suivant montre les différents variables constituant cette dimension.

Tableau n° IV-13 : Distribution de la dimension santé maternelle.

Variabes	Modalités	Pourcentages
Visité près natale :	- Grossesses non suivies	19%
	- Grossesses suivies	81%
Accouchement assisté :	- Accouchement assisté	87,4%
	- Accouchement non assisté	12,6%
Visite post-natale :	- Consultation post-natale	30,8%
	- Pas de consultation post-natale	69,2%
Morbidités maternelles liées à la grossesse :	- Au moins un symptôme	74,9%
	- Aucun symptôme	25,1%
Morbidités en dehors de la grossesse :	- Au moins une maladie	15,7%
	- Aucune maladie	84,3%
Suivi des morbidités en dehors de la grossesse	- Morbidité suivie	63,6%
	- Morbidité non suivie	36,4%
Grossesses perdues :	- Oui	22,7%
	- Non	77,3%
MST :	- Au moins une MST	1,6%
	- Aucune MST	98,5%
Le suivi des MST	- MST suivie	77,2%
	- MST non suivie	22,8%
Distance au service de santé	- Un problème	53,5%
	- Pas de problème	46,5%
Vaccination totale de l'enfant :	- Oui	73,9%
	- Non	26,1%

Source : résultats obtenus à partir de la base de données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS

Les fréquences des modalités des variables choisies pour cette dimension peuvent fournir une idée sur l'état de santé maternelle en Algérie.

La morbidité maternelle pendant la grossesse est élevée, car 74,9% des femmes enceintes ont eu au moins un symptôme pendant leur grossesse.

Concernant le suivi prénatal, nous relevons que 19% des femmes ne suivent pas leur grossesse. Les différentes raisons de l'absence de suivi prénatal, sont : pas de problème, l'expérience extérieure de la femme, pas de service et le coût de la consultation.

Pour ce qui est de l'accouchement assisté, la totalité des femmes soit 87,4% accouchent au milieu assisté.

Les visites post-natales sont aussi importantes pour la femme pour éviter toutes complications après l'accouchement. 30,8% des femmes déclarent avoir fait un suivi après l'accouchement.

Pour les morbidités chez les femmes en dehors de la grossesse et leur suivi, nous remarquons que 15,7% des femmes déclarent avoir eu au moins une maladie et que 75% de celles-ci déclarent que leur maladie a été suivie.

Nous constatons que 22,7% des femmes déclarent une interruption de grossesse durant leur vie féconde soit par une fausse couche, soit par un avortement ou avoir accouché d'un mort-né.

En ce qui concerne les MST liées aux femmes, 1,6% des femmes déclarent avoir été victimes au moins d'une MST et que 77,2% d'entre elles déclarent recevoir un suivi médical pour cette pathologie.

La distance au service de santé est un indicateur important de bonne santé reproductive. 53,5% des femmes déclarent avoir un problème de distance pour se rendre au service de santé.

En ce qui concerne la vaccination totale des enfants, nous constatons que 73,9% des enfants sont totalement vaccinés.

II-2-2- Construction de l'indice synthétique de la santé reproductive des femmes:

L'indice synthétique de la santé reproductive est obtenu par la moyenne pondérée des degrés de non privation de l'ensemble des femmes⁴⁶ selon la formule suivante :

$$I_{SR} = \frac{\sum (f_j * w_j)}{\sum w_j}$$

⁴⁶ On s'intéresse dans notre recherche seulement aux femmes mariées et en âge de procréation pour calculer l'indice synthétique de la santé reproductive des femmes.

Avec :

I_{SR} : indice synthétique de la santé reproductive. ($0 < I_{SP} < 1$)

$f(1)$: la fréquence des femmes qui préservent leur santé reproductive selon la dimension j .

w_j : poids.

Avant de calculer l'indice de la santé reproductive à partir de 17 indicateurs retenus, il est nécessaire :

- D'affecter des scores à chaque modalité des 17 indicateurs retenus selon les fonctions d'appartenance ;
- D'attribuer à chaque variable un poids qui traduirait son importance dans le bien-être sanitaire.

II-2-2-a- Les degrés de non privation et les fonctions d'appartenance

L'affectation des scores dans le cas des variables binaires qui prennent les valeurs 0 ou 1 selon que la modalité est réalisée ou non. La fonction d'appartenance du $i^{\text{ème}}$ femmes concernant le $j^{\text{ème}}$ attribut prend elle aussi les deux valeurs 0 ou 1. Elle est définie comme suit⁴⁷:

$$\xi_j^D(i) = \begin{cases} 1 & \text{Si la femme est en bonne santé reproductive par apport à l'attribut } j \\ 0 & \text{Sinon} \end{cases}$$

Le tableau n°IV-14 donne l'ensemble des scores⁴⁸ affectés à chaque modalité des variables retenues.

Tableau n°IV-14 : Scores des modalités obtenues à l'aide des fonctions d'appartenance retenues.

Variables	Modalités	Scores
Planification familiale		
Utilisation actuelle de la contraception :	- Utilisation de la contraception	1
	- Non utilisation de la contraception	0
La femme a eu des naissances vivantes	- Nom	0
	- Oui	1

⁴⁷ La méthode utilisée pour calculer l'indice synthétique de la pauvreté non monétaire. Voir la page :149

⁴⁸ Un score égal à 1 renvoi à une situation d'absence totale de privation, alors qu'un score nul traduit une situation de privation totale. Ainsi, plus la l'absence privation est forte, plus le score tend vers la valeur 1.

Attitude de la femme envers la planification familiale	- Approuve	1
	- Désapprouve	0
Besoin non satisfait à la planification familiale :	- Besoin satisfait PF	1
	- Besoin non satisfait PF	0
Attitude du mari envers la planification familiale	- Approuve	1
	- Désapprouve	0
Discussion avec le mari sur la planification familiale	- Jamais	0
	- Discute avec le mari	1
Santé maternelle et infantile		
Visite prénatale :	- Grossesses non suivies	0
	- Grossesses suivies	1
Accouchement assisté :	- Accouchement assisté	1
	- Accouchement non assisté	0
Visite post-natale :	- Consultation post-natale	1
	- Pas de consultation post-natale	0
Morbidités maternelles liée à la grossesse :	- Au moins un symptôme	0
	- Aucun symptôme	1
Morbidités en dehors de la grossesse :	- Au moins une maladie	0
	- Aucune maladie	1
Suivi des morbidités en dehors de la grossesse	- Morbidité suivie	1
	- Morbidité non suivie	0
Grossesses perdues :	- Oui	0
	- Non	1
MST :	- Au moins une MST	0
	- Aucune MST	1
Le suivi des MST	- MST suivie	1
	- MST non suivie	0
Distance au service de santé	- Un problème	0
	- Pas de problème	1
Vaccination totale de l'enfant :	- Oui	1
	- Non	0

Source : à partir de la base de données de l'EASF, 2002

Donc, nous retenons seulement les modalités qui ont un score 1, ce qui signifie que les femmes n'ont pas une privation (une bonne santé reproductive) pour le calcul de l'indice de santé reproductive. Dans le point qui suit, nous allons attribuer à chaque variable un poids qui expliquerait son importance dans le bien-être sanitaire.

II-2-2-b- Le poids de chaque variable :

Le poids⁴⁹ d'une variable, est d'autant plus faible dans le cas de l'absence de privation des femmes est forte par rapport à cette variable.

⁴⁹ Voir la même démarche utilisée pour le calcul de l'indice synthétique de pauvreté page : 153

Le poids de chaque variable sera ainsi égal à l'inverse de la fréquence de l'absence de privation. Ce poids s'écrit alors :

$$W_j = \log (1/f(1))$$

Avec, $f(1)$ la fréquence des femmes en absence totale de privation pour une variable j .

Le tableau suivant donne le poids des variables retenues pour la construction de l'indice synthétique de la santé reproductive.

Tableau n°IV-15 : La distribution des poids selon les fréquences d'absence de privation et les variables retenues.

Variabes	Fréquence des cas d'absence de privation	wj (poids)
Planification familiale		
Utilisation actuelle de la contraception	75,1	0,12
Au moins une naissance vivante	91,2	0,04
Attitude positive de la femme envers la planification familiale	92,8	0,03
Besoin satisfait à la planification familiale	75,4	0,12
Avis positif du mari sur la planification familiale	86,3	0,06
Discussion entre couple sur la planification familiale	71,6	0,15
Santé maternelle et infantile		
Visite prénatale	81	0,09
Accouchement assisté	87,4	0,06
Visite post-natale	30,8	0,51
Absence de morbidité de la femme liée à la grossesse	25,1	0,60
Absence de morbidité de la femme en dehors de la grossesse	84,3	0,07
Pas de grossesses perdues	22,7	0,64
Suivi de morbidité de la femme	63,6	0,20
Aucune MST	98,5	0,01
Suivi des MST	77,2	0,11
Absence de problème de distance de Centre de Santé	46,5	0,33
vaccination totale des enfants	73,9	0,13

Source : les calculs sont faits à partir des données de l'EASF, 2002

L'indice synthétique de la santé reproductive calculé à partir des données de l'EASF de 2002 est de l'ordre de 46,34%. Cela indique que la santé reproductive des femmes en Algérie a un niveau moyen par rapport aux efforts consentis par le gouvernement algérien pour améliorer la santé de la population et surtout la santé reproductive.

II-2-3- Construction de l'indice de santé reproductive pour chaque femme enquêtée non célibataire âgée entre 15-49ans

Les variables de chaque dimension choisie précédemment (voir tableau n°IV-12 et IV-13) pour mesurer l'indice synthétique de la santé reproductive au niveau global sont celles choisies pour la construction d'un indice synthétique de la santé reproductive pour chaque femme.

Pour construire notre indice, nous avons dichotomisé les différentes variables retenues afin d'obtenir des variables-modalités binaires c'est-à-dire '1' pour le cas de l'absence de la privation et '0' pour la situation de la privation totale. Nous avons ensuite recouru à la méthode de la moyenne pondérée par le poids des différentes variables calculées précédemment et nous avons obtenu un indice synthétique de la santé reproductive pour chaque femme, qui prend des valeurs comprises entre 0 et 1.

II-3- Relation entre la pauvreté non monétaire et la santé reproductive

Dans ce point, nous allons explorer la relation entre la pauvreté non monétaire et la santé reproductive ainsi que la relation entre la pauvreté non monétaire et les indicateurs de la santé reproductive : la planification familiale et la santé maternelle/ infantile.

II-3-1- Relation entre l'indice de la pauvreté non monétaire et l'indice de la santé reproductive :

Dans ce qui suit, nous allons étudier la relation entre la pauvreté non monétaire et la santé reproductive en utilisant le coefficient de corrélation de Pearson pour savoir la nature et le degré de corrélation entre l'indice synthétique de pauvreté non monétaire des ménages et l'indice synthétique de la santé reproductive des femmes.

Le tableau suivant indique qu'il ya une corrélation au seuil de 1% entre l'indice synthétique de la pauvreté non monétaire et l'indice synthétique de la santé reproductive.

Cette corrélation est négative et faible (R de Pearson⁵⁰ = -0,110). Cela veut dire que : tant que les ménages échappent à la pauvreté⁵¹, les femmes peuvent avoir une bonne santé reproductive⁵², car l'amélioration des conditions de vie des ménages pauvres se réalise par l'investissement dans le domaine de la santé reproductive des femmes selon les stratégies réalisées en Algérie dans ce domaine pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

Cette relation est faible car il y a d'autres phénomènes qui ont un rôle considérable sur la réduction de la pauvreté à côté du phénomène « santé reproductive » comme l'éducation et le travail.

Tableau n° IV-16 : Matrice de corrélation de Pearson entre de la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.

		Indice de la santé reproductive	Indice de pauvreté non monétaire
Indice de la santé reproductive	R de Pearson	1	-0,110**
	P-value ⁵³ .		0,000
	N	5118	5118
Indice de la pauvreté non monétaire	R de Pearson	-0,110**	1
	P-value.	0,000	
	N	5118	5118

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Source : Résultats obtenus à partir de la base de données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS

II-3-2- Relation entre la pauvreté non monétaire et les indicateurs de la santé reproductive :

En ce qui concerne la relation entre les indicateurs de la santé reproductive et la pauvreté non monétaire, nous remarquons d'après les résultats du tableau n°IV-17, qu'il ya une corrélation significative au seuil de 1% entre la planification familiale et la pauvreté non

⁵⁰ R de pearson : le coefficient de corrélation de pearson est utilisé pour mesurer la corrélation en deux variables.

⁵¹ C'est à dire l'indice synthétique de la pauvreté non monétaire devient faible.

⁵² C'est-à-dire l'indice synthétique de la santé reproductive devient fort

⁵³ P-value : la probabilité du coefficient de corrélation de pearson est calculé pour la comparer avec le seuil de signification

monétaire. Cette corrélation est négative et faible (R de Pearson= -0,070). Cela signifie que les ménages peuvent échapper à la pauvreté quand les femmes donnent de l'importance à la planification familiale. Cela se fait par l'amélioration des services de la planification familiale, car les services médiocres de la planification familiale sont souvent des symptômes de pauvreté et empêche les ménages d'échapper à la pauvreté selon les études réalisées dans ce domaine.

Le tableau n° IV-18, indique qu'il ya une corrélation au seuil de 1% entre la santé maternelle/ infantile et la pauvreté non monétaire. Cette corrélation est négative et faible (R de Pearson = -0,090). Ce qui explique que : tant que les ménages échappent à la pauvreté, les femmes peuvent avoir une bonne santé ainsi que leurs nouveaux nés.

L'investissement dans le domaine de la planification familiale est une stratégie de lutte contre la pauvreté. Avoir un bon service de planification familiale aide les femmes à avoir une bonne santé reproductive pour échapper à la pauvreté. Ces relations sont confirmées par les études faites dans ce domaine. (Voir chapitre I)

Tableau n°IV-17 : Matrice de corrélation de Pearson entre la planification familiale et la pauvreté non monétaire.

		pauvreté non monétaire	planification familiale
pauvreté non monétaire	R de Pearson	1	-0,070**
	p-value		0,000
	N	5118	5118
planification familiale	R de Pearson	-0,070**	1
	p-value	0,000	
	N	5118	5118

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Source : Résultats obtenus à partir de la base de données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS

Tableau n°IV-18 : Matrice de corrélation de Pearson entre la santé maternelle / infantile et la pauvreté non monétaire.

		pauvreté non monétaire	la santé maternelle et infantile
pauvreté non monétaire	R de Pearson	1	-0,090**
	p-value		0,000
	N	5118	5118
la santé maternelle et infantile	R de Pearson	-0,090**	1
	p-value	0,000	
	N	5118	5118

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Source : Résultats obtenus à partir de la base de données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS

III- Modèles de régression : la santé reproductive et la pauvreté non monétaire:

Dans cette section, nous allons à l'aide des modèles de régression, étudier les différentes relations entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire. Nous nous intéressons alors à deux modèles, le modèle de régression linéaire et le modèle de régression logistique pour vérifier les hypothèses de travail.

III-1- Modèle de régression linéaire :

Dans ce point, nous allons étudier des relations linéaires entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire d'un côté et entre les indicateurs de la pauvreté non monétaire d'un autre côté.

III-1-1- Relation linéaire entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire :

Dans le modèle linéaire qui suit, nous nous intéressons à connaître la relation linéaire entre la santé reproductive (comme variable dépendante) et la pauvreté non monétaire (comme variable indépendante). Le modèle de régression linéaire obtenu est significatif au seuil de 5% car p-value de Fischer =0,000. (Voir tableau n°IV-19).

D'après le tableau n°IV-20, le coefficient de la variable indépendante « la pauvreté non monétaire » est significatif au seuil de 5% (p-value de t-Student= 0,000). Cela signifie qu'il y

a un effet négatif de la pauvreté non monétaire sur la santé reproductive c'est-à-dire chaque accroissement unitaire de la pauvreté non monétaire multiplie la santé reproductive par (-0,110) selon le modèle de régression linéaire obtenu à partir des données de l'EASF de 2002. Cela veut dire que le ménage pauvre influe négativement sur la santé reproductive de la femme, ce qui est confirmé dans les études et les recherches.

Tableau n°IV-19 : Analyse de la variance du modèle (ANOVA)

<u>Variable indépendante</u> :			
Indice de la pauvreté non monétaire			
<u>Variable dépendante</u> : Indice de la santé reproductive	F ⁵⁴	p-value de F	Résultat
Modèle de régression linéaire	62,922	0,000	Modèle est significative

Source : Résultats obtenus à partir de la base de données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS, Tableau IV-1 en annexe4

Tableau n°IV-20 : Les coefficients du modèle de régression linéaire entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.

Modèle de régression linéaire	<u>Variable dépendante</u> : Indice de la santé reproductive			
	Coefficients	t ⁵⁵	p-value de t	Résultats
Constant	0,629	115,546	0,000	Les coefficients sont significatifs
L'indice de la pauvreté non monétaire	-0,110	-7,932	0,000	

Source : Résultats obtenus à partir de la base de données de l'EASF de 2002 en utilisant le SPSS, Tableau IV-2 en annexe4

III-1-2- Relation linéaire entre la santé reproductive et les indicateurs de la pauvreté non monétaire :

Dans le modèle linéaire multiple qui suit, notre but est de connaître la relation linéaire entre la santé reproductive (comme variable dépendante) et les indicateurs de la pauvreté non monétaire (comme variables indépendantes). Les variables indépendantes choisies

⁵⁴ Test de Fischer est utilisé pour tester la validité du modèle de régression.

⁵⁵ Test de student est utilisé pour tester la validité des coefficients de régression dans le modèle.

sont : « l'éducation et le travail du couple » ; « déplacement libre du couple » ; « caractéristiques du logement » ; « les équipements du logement ».

Le coefficient de corrélation multiple de cette relation montre qu'il y a une relation de l'ordre de 0,227. Cela veut dire que les indicateurs de la pauvreté non monétaire des ménages expliquent la santé reproductive de 5,2% (soit $R^2=0,052$). (Voir le tableau n°IV-21)

Le modèle de régression linéaire obtenu est significative au seuil de 5% car p-value de Fischer =0,000. (Voir tableau n°IV-22).

D'après le tableau n°IV-23, les coefficients des variables indépendantes choisies sont significatifs au seuil de 5%. Cela signifie qu'il y a des effets positifs des indicateurs de la pauvreté non monétaire sur la santé reproductive c'est à dire chaque accroissement unitaire de :

- « l'éducation et le travail du couple » multiplie la santé reproductive par (0,225) ;
- « le déplacement libre du couple » multiplie la santé reproductive par (0,006) ;
- « les caractéristiques du logement » multiplie la santé reproductive par (0,032) ;
- « les équipements du logement » multiplie la santé reproductive par (0,005)

Le modèle de régression linéaire multiple, présenté en haut, est obtenu à partir des données de l'EASF de 2002. Selon ce modèle, les indicateurs de la pauvreté non monétaire influent positivement sur la santé reproductive de la femme. Cela veut dire que : avoir « une éducation et un travail », « se déplacer librement » et « avoir le confort dans le logement » aident la femme à avoir une bonne santé reproductive. Mais « l'éducation et le travail du couple » est un indicateur de pauvreté non monétaire qui a un effet important sur la santé reproductive des femmes. Car « l'éducation et le travail du couple » est un facteur qui aide la femme d'avoir une bonne santé reproductive c'est-à-dire d'avoir une bonne santé maternelle /infantile et un bon planning familial.

Tableau n°IV-21 : Le coefficient de corrélation multiple entre la santé reproductive et les indicateurs de la pauvreté non monétaire.

Model	R	R carré
Régression linéaire multiple	0,227 ^a	0,052

^a Education et le travail du couple, déplacement libre du couple, caractéristiques du logement, équipement du logement.

Source : traitement des données de l'EASF de 2002 en utilisant le SPSS, Tableau IV-3 en annexe4

Tableau n°IV-22 : Analyse de la variance du modèle (ANOVA).

Variable indépendante : Indice de la pauvreté non monétaire			
Variables dépendantes : les indicateurs de la santé reproductive ^a	F ⁵⁶	p-value de F	Résultat
Modèle de régression linéaire multiple	69,620	0,000	Modèle est significative

^a l'éducation et le travail du couple, déplacement libre du couple, caractéristiques du logement, équipement du logement

Source : traitement des données de l'EASF de 2002 en utilisant le SPSS, Tableau IV-4 en annexe4

Tableau n°IV-23 : Les coefficients du modèle de régression linéaire multiple entre la santé reproductive et les indicateurs de la pauvreté non monétaire.

Modèle de régression linéaire multiple	Variable dépendante : Indice de la santé reproductive			Résultats
	Coefficients	t ⁵⁷	p-value de t	
(Constant)	0,639	56,160	0,000	Les coefficients sont significatifs
Equipements du logement	0,005	0,318	0,002	
Déplacement libre du couple	0,006	0,461	0,001	
Caractéristiques du logement	0,032	2,132	0,000	
Education et le travail du couple	0,225	16,482	0,000	

Source : traitement des données de l'EASF de 2002 en utilisant le SPSS, Tableau IV-5 en annexe4.

III-2-Modèle de régression logistique :

Dans cette section, nous allons, à l'aide de la régression logistique, essayer d'estimer la probabilité pour qu'un ménage puisse échapper à la pauvreté non monétaire (la chance d'être non pauvre), comme nous allons essayer de déterminer l'influence de la santé reproductive et les indicateurs de la santé reproductive sur cette probabilité.

⁵⁶ Test de Fischer est utilisé pour tester la validité du modèle de régression.

⁵⁷ Test de student est utilisé pour tester la validité des coefficients de régressions dans le modèle.

III-2-1- Relation logistique entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire

Dans le modèle logistique qui suit, nous cherchons à connaître la relation entre la santé reproductive et la chance d'être non pauvre. Le modèle de régression logistique obtenu est significatif au seuil de 5% car p-value de Khi-deux = 0,000 et selon le coefficient Nagelkerke R carré, la santé reproductive explique seulement 0,6% de chance pour s'échapper à la pauvreté (Voir tableaux n°IV-6 et n°IV-7 en annexe 4).

D'après le tableau suivant, la santé reproductive est significative au seuil de 5% (p-value de Wald= 0,000). Cela signifie qu'il y a une influence positive de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre c'est à dire chaque accroissement unitaire de la santé reproductive multiplie la chance d'échapper à la pauvreté par 3,56 selon le modèle de régression logistique obtenu à partir des données de l'EASF de 2002.

Ce la résulte que les femmes qui ont une bonne santé reproductive peuvent avoir une bonne éducation et un travail considérable pour aider le ménage d'échapper à la pauvreté.

Tableau n°IV-24 : Modèle de régression logistique étudiant l'effet de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

Modèle de régression logistique ^a	Coefficient B	Exp(B)	Wald ⁵⁸	p-value de Wald	Résultats
Indice de la santé reproductive	1,270	3,561	19,322	0,000	Les coefficients sont significatifs
Constant	0,319	1,376	2,709	0,100	

^a la variable dépendante : la chance d'être non pauvre

Source : traitement des données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS, tableau IV-8 en annexe4.

Nous avons précédemment vu, qu'il ya une relation significative entre la santé reproductive et la chance d'être non pauvre. Nous allons essayer, dans le point qui suit, de mesurer l'effet de chaque indicateur de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

⁵⁸ Test de Wald sur les coefficients du modèle

III-2-2- Relation logistique multiple entre les indicateurs de la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.

Dans le modèle logistique qui suit, notre but est de connaître la relation entre les indicateurs de la santé reproductive : l'indicateur de la santé maternelle et infantile et l'indicateur de planification familiale, et la chance d'être non pauvre. Le modèle de régression logistique obtenu est significatif au seuil de 5% car p-value de khi-deux ⁵⁹=0,000 et selon le coefficient Nagelkerke R carré⁶⁰, les indicateurs de la santé reproductive expliquent seulement 0,7% de chance pour échapper à la pauvreté (voir tableaux n°IV-9 et IV-10 en annexe 4).

D'après le tableau suivant, les indicateurs de la santé maternelle et infantile ainsi que de la planification familiale sont significatifs au seuil de 5% (p-value de Wald < 0,05). Les deux indicateurs ont un effet positif sur la chance d'être non pauvre c'est-à-dire chaque accroissement unitaire de la santé maternelle et infantile multiplie la chance d'échapper à la pauvreté par 1,650 et chaque accroissement unitaire de la planification familiale multiplie la chance d'échapper de la pauvreté par 2,229 selon le modèle de régression logistique obtenu à partir des données de l'EASF de 2002.

Tableau n°IV-25 : Modèle de régression logistique étudiant l'effet des indicateurs de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre

Modèle de régression logistique ^a	Coefficients				Résultats
	B	Exp(B)	Wald	p-value	
Planification familiale	0,501	1,650	15,857	0,000	Les coefficients sont significatifs
Santé maternelle et infantile	0,802	2,229	8,894	0,003	
Constant	0,572	1,772	22,138	0,000	

^a la variable dépendante : la chance d'être non pauvre

Source : traitement des données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS, tableau IV-11 en annexe 4.

Nous constatons qu'il ya une relation positive et significative entre la santé reproductive et la chance d'être non pauvre. La santé maternelle et infantile a une influence sur le niveau de vie légèrement supérieur à celui de la planification familiale. Dans le point qui suit, nous

⁵⁹ p-value de khi-deux : est une probabilité du test du khi-deux. Il est utilisé pour tester la validité du modèle de régression logistique.

⁶⁰ le coefficient Nagelkerke R carré : est un coefficient de détermination de Nagelkerke. Il est utilisé dans le modèle logistique.

allons introduire toutes les variables explicatives de la santé reproductive utilisées dans les points précédents, afin de sélectionner les variables qui ont un effet sur la chance d'être non pauvre.

III-2- 3- Relation logistique multiple entre les variables explicatives liées à la santé reproductive et la pauvreté non monétaire :

Dans ce point, nous allons identifier l'effet des variables explicatives liées aux indicateurs de la planification familiale et de la santé maternelle et infantile sur la chance d'être non pauvre en utilisant une régression logistique multiple. En effet, 17 variables ont été retenues pour réaliser cette modélisation.

Dans ce modèle, notre but est de voir si les variables : « la discussion entre couple sur la planification familiale », « besoin à la planification familiale », « l'utilisation de la contraception », « avoir des naissances vivantes », « l'attitude de la femme et de son mari envers la planification familiale », « les visites pré et post-natales », « distance au service de santé », « l'accouchement assisté », « grossesses perdues », « la morbidité liée à la grossesse et en dehors de la grossesse », « les MST », « le suivi de la morbidité ainsi les MST » et « la vaccination totale des enfants », peuvent avoir un effet sur la chance d'être non pauvre.

Les variables explicatives retenues sont toutes des variables dichotomiques définies dans les différents points précédents. L'intérêt d'une telle modélisation est de déterminer les éventuelles discriminations pouvant intervenir dans la chance d'être non pauvre. En effet, la variable « discussion entre couple sur la planification familiale » nous permettra de mettre en évidence une discrimination vis-à-vis de la présence ou l'absence de cette discussion, ainsi que la variable « utilisation de la contraception » si elle a une discrimination vis-vis de l'utilisation ou non utilisation de la contraception

Pour la variable « discussion entre couple sur la planification familiale » on prend comme modalité de référence « l'absence de discussion ». Pour la variable « besoin à la planification familiale », la modalité de référence est « besoin non satisfait à la planification familiale », pour les autres variables voir le tableau n°IV-26.

Au vu des résultats du tableau n° IV-26, on relève que ce modèle est significatif car on rejette l'hypothèse que tous les coefficients sauf la constante sont nuls à 5% notre modèle a donc un sens et son interprétation mérite d'être faite. Au seuil de 5%, le coefficient relatif à la

variable « la discussion avec le mari sur la planification familiale » est significatif : donc le fait d'avoir une discussion avec le mari influence la chance d'être non pauvre par rapport à l'absence de discussion. De même, le coefficient relatif à la variable « besoin satisfait à la planification familiale » est significatif. En plus, le coefficient relatif à la variable « utilisation de la contraception » est significatif. Par contre, le coefficient relatif à la variable « d'avoir des naissances vivantes » est significatif à 5% mais négatif ce qui veut dire que le fait d'avoir des naissances vivantes diminue la chance d'être non pauvre.

Par ailleurs, les coefficients concernant les variables « la femme et son mari approuvent la planification familiale » ne sont pas significatifs donc le fait d'approuver ou non la planification familiale n'influence pas la chance d'être non pauvre.

En ce qui concerne les variables liées au domaine de la santé maternelle et infantile, trois variables sont significatives au seuil de 5%. Le coefficient relatif à la variable « visite post-natale » est significatif : donc le fait d'avoir faire une visite post-natale influe positivement sur la chance d'être non pauvre par rapport à l'absence de cette visite. De même, le coefficient relatif à la variable « l'absence de problème de distance au centre de santé » influe aussi sur la chance d'être non pauvre par rapport à la présence de problème de distance. Par contre, le coefficient relatif à la variable « l'absence de morbidité chez la femme » a une influence négative sur la chance d'être non pauvre devant la présence de maladie.

Par ailleurs, les coefficients relatifs aux variables « visite prénatale », « l'accouchement assisté », « grossesses perdues », « l'absence de morbidité pendant la grossesse », « absence de MST », « vaccination totale des enfants » et « le suivi des morbidités liées à la femme ainsi que les MST » ne sont pas significatifs : donc le fait de faire des visites prénatales ou pas, d'accoucher en milieu assisté ou pas, d'avoir des grossesses perdues ou pas, d'avoir une morbidité liée à la grossesse ou une MST ou de ne pas avoir ces maladies, de faire un suivi de ces maladies et vacciner totalement l'enfant n'ont pas un effet sur la chance d'être non pauvre.

Ainsi on ne peut faire établir l'hypothèse d'une certaine forme de discrimination vis-à-vis de « la discussion ou non sur la planification », « besoin satisfait ou non satisfait à la planification familiale », « l'utilisation ou non de la contraception », « avoir des naissances vivantes ou non », « de faire une visite post-natale ou de ne pas la faire », « d'avoir une maladie ou de ne pas en avoir », « d'avoir le problème de distance ou de ne pas avoir ce

problème ». Par contre, on ne peut faire aucune hypothèse de discrimination en fonction « d'approuver ou désapprouver la planification familiale par le couple », « de faire une visite prénatale ou pas », « d'accoucher en milieu assisté ou pas », « d'avoir des grossesses perdues ou ne pas en avoir », « d'avoir des morbidités liées à la grossesse ou des MST ou ne pas en avoir », « de faire un suivi ou pas des ces maladie » et « de terminer la vaccination de l'enfant ou pas ».

Tableau n°IV-26 : Effets des variables explicatives liées à la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

Références	Variables actives	Modèle de régression logistique multiple	
		Coefficients	p-value
Pas de discussion avec le mari sur la planification familiale	Discussion avec le mari sur la planification familiale	0,499	0,020
Besoin non satisfait à la planification familiale	Besoin satisfait à la planification familiale	2,863	0,044
La non utilisation de la contraception	Utilisation de la contraception	0,251	0,050
Femme n'a jamais eu une naissance vivante	Femme ayant eu des naissances vivantes	-0,352	0,030
Femme désapprouve la planification familiale	Femme approuve la planification familiale	2,884	0,89
Mari désapprouve la planification familiale	Mari approuve la planification familiale	0,060	0,806
Absence de visites post natales	Il y a des visites post natales	0,633	0,004
présence de morbidité chez la femme	absence de morbidité chez la femme	-0,631	0,018
Problème de distance au centre de la santé	Pas de problème de distance au centre de santé	0,518	0,047
Pas de visites prénatales	Visites prénatales	2,263	0,133
Accouchement non assisté	Accouchement assisté	0,166	0,684
Grossesses perdues	Pas de grossesses perdues	0,377	0,539
Pas de morbidité de la femme liée à la grossesse	Morbidité de la femme liée à la grossesse	0,276	0,599

Pas de MST	Existence de MST	0,54	0,816
Vaccination des enfants non complète	Vaccination des enfants complète	0,008	0,929
Absence de suivi de morbidité de la femme	Présence de suivi de morbidité de la femme	0,782	0,376
Pas de suivi de MST	Présence de suivi de MST	0,654	0,419
	Constant	1,220	0,000
Test de khi-deux		18,631	0,000
Nagelkerke R carré		0,045	

Source : traitement des données de l'EASF de 2002 en utilisant SPSS.

Tableau n°IV-27 : Résultats des relations logistiques multiples des indicateurs de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

Variabes	Résultats
Planification familiale	
Utilisation actuelle de la contraception	Significatif
Au moins une naissance vivante	Significatif
Attitude positive de la femme envers la planification familiale	Non significatif
Besoin satisfait à la planification familiale	Significatif
Avis positif du mari sur la planification familiale	Non significatif
Discussion entre couple sur la planification familiale	Significatif
Santé maternelle et infantile	
Visite prénatale	Non significatif
Accouchement assisté	Non significatif
Visite post-natale	Significatif
Absence de morbidité de la femme liée à la grossesse	Non significatif
Absence de morbidité de la femme en dehors de la grossesse	Significatif
Pas de grossesses perdues	Non significatif
Suivi de morbidité de la femme	Non significatif
Aucune MST	Non significatif
Suivi des MST	Non significatif
Absence de problème de distance de Centre de Santé	Significatif
vaccination totale des enfants	Non significatif

Source : Résumé du tableau n°IV-26

Conclusion :

Tout en long de ce chapitre, nous avons tenté d'abord d'évaluer le niveau de la pauvreté non monétaire et de la santé reproductive en Algérie à partir des données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002. Ensuite, nous avons essayé d'étudier la relation entre la pauvreté non monétaire et la santé reproductive en utilisant une corrélation simple et les modèles de régression.

Pour évaluer la pauvreté non monétaire, nous avons calculé l'indice de pauvreté multidimensionnel en appliquant la méthode de Scoring. 25 indicateurs retenus pour évaluer le bien-être des ménages. Pour l'Algérie en 2002, cet indice est de l'ordre de 20,53%. Ce niveau d'indice de pauvreté non monétaire est faible en Algérie car les ménages algériens donnent beaucoup d'importance au logement et à ses caractéristiques ainsi qu'aux biens et équipements, l'éducation... que le ménage soit pauvre monétairement ou pas.

Pour évaluer la santé reproductive, nous avons calculé l'indice synthétique de la santé reproductive en utilisant la même méthode pour estimer l'indice de la pauvreté non monétaire. 17 indicateurs sont retenus pour évaluer le bien être sanitaire des femmes. Pour l'Algérien en 2002, cet indice est de l'ordre de 46,34%. Le niveau de l'indice de santé reproductive est moyen par rapport aux efforts consentis par le gouvernement algérien pour améliorer la santé reproductive des femmes.

Il existe une corrélation significative au seuil de 1% entre la pauvreté non monétaire des ménages et la santé reproductive des femmes. Mais, cette relation est faible car il y a d'autres phénomènes à côté de la santé reproductive qui expliquent la réduction de la pauvreté comme le travail, l'éducation, la santé générale, ...

La pauvreté non monétaire des ménages a un effet négatif sur la santé reproductive des femmes au seuil de 5% c'est-à-dire les ménages pauvres influent négativement sur la santé reproductive des femmes selon le modèle de régression linéaire obtenu à partir des données de l'EASF de 2002.

En utilisant la régression logistique pour étudier l'effet de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre, nous avons constaté d'après ce modèle, qu'il y a un effet significatif au seuil de 5%. Les femmes qui ont une bonne santé reproductive ont de la chance

d'être non pauvres. Mais, la santé reproductive explique seulement 0,6% de la chance d'être non pauvre parce qu'on est dans le cas de la pauvreté non monétaire.

En effet, « la discussion avec le mari sur la planification familiale », « le besoin de la planification familiale », « l'utilisation de la contraception », « avoir des naissances vivantes », « les visites postnatales », « absence de morbidité chez la femme » et « la distance au centre de santé » sont des indicateurs de la santé reproductive qui ont un effet au seuil de 5% sur la chance d'être non pauvre. Les autres indicateurs de la santé reproductive comme « les visites prénatales », « la morbidité maternelle liée à la grossesse », « les MST »... sont non significatifs au seuil de 5% selon le modèle de régression logistique multiple obtenu à partir des données de l'EASF de 2002.

Conclusion Générale

Ce travail de recherche a pour ambition de contribuer à une meilleure compréhension de la santé reproductive et de la pauvreté en Algérie. L'essentiel de cette contribution porte sur la relation entre la santé reproductive et la pauvreté en Algérie. L'étude de cette relation consiste à estimer la santé reproductive et la pauvreté en Algérie à partir d'une enquête ménage.

Avant de s'intéresser au travail empirique, nous avons exposé les différents concepts, définitions et mesures de la santé reproductive et la pauvreté afin de bien comprendre la théorie du sujet occurrent.

L'analyse au niveau national sur l'évolution des indicateurs de la santé reproductive et sur la pauvreté montre qu'il y a une amélioration dans le domaine de la santé reproductive et une réduction de la pauvreté en Algérie.

L'Algérie a appliqué des stratégies et politiques de population pour le développement durable dans plusieurs domaines. Ces stratégies étaient appliquées pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, sollicités par les Nations Unies dans son programme pour la population en 2000, pour combattre la pauvreté dans le monde. Huit objectifs du millénaire pour le développement étaient proposés à plusieurs pays dans le monde pour éliminer la pauvreté. Parmi les objectifs étudiés dans cette recherche, il y a l'objectif sur la réduction de la pauvreté et d'autres objectifs concernant l'amélioration des indicateurs de la santé reproductive.

Des stratégies importantes dans le domaine de la santé reproductive ont été appliquées par le gouvernement algérien pour améliorer les indicateurs de la santé reproductive sans oublier la participation de la femme algérienne pour la réussite de ces stratégies. Par ailleurs, l'Algérie ne va pas atteindre tous les objectifs liés à la santé reproductive fixés d'ici 2015, malgré les efforts approuvés dans ce domaine.

Concernant le domaine de la pauvreté, l'Algérie a connu une réduction importante de la pauvreté. Cette réduction indique que le premier objectif du millénaire de développement est atteint avant même la date prévue (d'ici 2015).

La santé reproductive est devenue un enjeu-clé de lutte contre la pauvreté selon les objectifs du millénaire pour développement. Dans la partie empirique, nous avons essayé

d'étudier la relation entre la santé reproductive et la pauvreté en utilisant l'enquête-ménage pour répondre à notre question de départ. Avant cela, on a estimé d'un côté l'indice de la santé reproductive pour chaque femme et d'un autre côté l'indice de la pauvreté non monétaire pour chaque ménage selon la méthode multidimensionnelle, celle de scoring.

Les résultats de cette étude révèlent qu'il ya une relation significative entre la santé reproductive des femmes et la pauvreté non monétaire des ménages. Les ménages pauvres influent négativement sur la santé reproductive des femmes. Dans le cas inverse de la relation, les femmes qui ont une bonne santé reproductive ont de la chance d'échapper à la pauvreté. Plus précisément, l'amélioration dans le domaine de la planification ainsi que dans le domaine de la santé maternelle et infantile aide le ménage à échapper à la pauvreté selon le modèle de régression logistique.

Les domaines de recherche sur la santé reproductive et la pauvreté sont riches et importants pour les pouvoirs publics au niveau des décisions. Ces domaines de recherche ont besoin plus d'attention et des études approfondies sur le terrain. Nous allons citer quelques sujets qui nous paraissent les plus prometteurs :

- Investir dans le capital humain pour lutter contre la pauvreté ;
- La santé reproductive et le développement humain ;
- La santé reproductive de la femme et l'emploi ;
- La santé reproductive de la femme et l'instruction.

Il s'agit là d'un projet ambitieux visant à cerner le domaine de la santé reproductive et le développement humain durable. Un tel projet a besoin de la participation d'une équipe pluridisciplinaire travaillant en collaboration avec les pouvoirs publics.

Références bibliographiques

- **AKOTO E.-M et TABUTIN D. (1989)**, 'Inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort', in : Mortalité et société en Afrique, G. Piston et al, Paris, INED/PUF, Travaux et Documents, Cahier n°124, pp.35-64.
- **AKOTO E.-M, et HILL A. G. (1988)**, 'Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants', in Population et société au sud du Sahara, Sous la direction de TABUTIN Dominique, Paris, l'Harmattan, pp.309-334.
- **AMOKRANE Faouzi, 2007**, 'vieillesse et politique de la population en Algérie, in : Population et développement, éd : CENEAP N°35, pp.6-25.
- **ASHFORD L.-S. (2007)**, 'Stratégie de réduction de la pauvreté : la question de la population', Population Référence Bureau, Washington, pp.4.
- **ASSELIN L.-M. et DAUPHINE A. (2000)**, 'Mesure de la pauvreté : cadre conceptuel', éd : CECI, Canada, octobre 2000.
- **BAKASS F., (2006)**, 'Fécondité et santé reproductive au Maroc, Approche offre-demande de la dynamique de la pratique contraceptive', éd : ACADEMIA BRUYLANT, l'HARMATTAN, UCL (Institut de Démographie/département des sciences de la population et du développement), 2006.
- **Banque mondiale (2000)**, 'Combattre la pauvreté', Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001, éd : ESEKA, Paris.
- **Banque mondiale (2013)**, Donnée selon les indicateurs, site officiel : www.banquemondiale.org, date de consultation : avril 2013
- **BEAULIERE Arnousse (2007)**, 'Pauvreté non monétaire et Fécondité en Haïti', document de travail, Groupe d'économie du développement Lare-Efi, Université Montesquieu, Bordeaux, pp.16
- **BENALLAOUA A. (2010^a)**, 'Vulnérabilité, Segmentation du marché du travail, et Pauvreté, Résultats d'une étude sur le niveau de vie des ménages en Basse Kabylie'. Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Montesquieu Bordeaux 4, France. Janvier 2010, pp.389
- **BENALLAOUA A. (2010^b)**, 'L'espace d'évaluation de la pauvreté : Utilité ou Capacité ? Fondement théoriques et Evidences empiriques dans le cas de la wilaya de Béjaia'. Thèse de doctorat en sciences économiques, option : gestion de développement, Université ABDERAHMAN MIRA de Béjaia, Faculté des sciences économiques et gestion. Juillet 2010, pp.389
- **BENISSAD H., (1991)**, 'La réforme économique en Algérie (ou l'indicible ajustement structurel)', office des publications universitaires, Alger
- **BENKHELIL R., 1998**, 'La politique nationale de population', in population et développement, éd : CENEAP N°35, pp.15-24.
- **BERTIN A. (2007)**, 'Pauvreté monétaire, pauvreté non monétaire : une analyse des interactions appliquée à la Guinée', Thèse de Doctorat, Centre d'Economie du Développement, Université Montesquieu -Bordeaux IV, France.
- **BOURDIN J. (2008)**, 'La mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale : Quels indicateurs ? ', N°EE.1, éd : les documents de travail de SENAT, Série : Etudes économiques, juin 2008.
- **BRUNE Schoumaker (1998)**, 'Pauvreté et fécondité : un aperçu de la littérature des 25 dernières années, chapitre 6, pp.99-116. In: Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays de sud. Sous la direction de François GENDREAU. Ed : ESTEM, 1998.
- **CALDWELL, J (1979)**, Education as a factor of mortality in Population studies, vol 33, n°3, pp.395-413.
- **CENEAP (2005)**, Etude sur le niveau de vie et la mesure de la pauvreté en Algérie (LSMS 2005), rapport sur le développement humain, mai 2006.

- **CERED (2005^a)**, ‘Santé, morbidité et santé reproductive’ (chapitre 1), in : Population et développement au Maroc : Dix ans après la Conférence internationale sur la Population et le développement (Caire, 1994), Haut Commissariat au Plan, Centre d’Etudes et de Recherches Démographiques, novembre 2005, Maroc. Site : <http://doc.abhatoo.net.ma/doc/IMG/pdf/chapitre4.pdf>, date de consultation: décembre 2009.
- **CERED (2005^b)**, ‘Les indicateurs de la santé reproductive et de la mortalité’(chapitre 4, in , : Population et développement au Maroc : Dix ans après la Conférence internationale sur la Population et le développement (Caire, 1994), Haut Commissariat au Plan, Centre d’Etudes et de Recherches Démographiques, novembre 2005, Maroc. site : <http://doc.abhatoo.net.ma/doc/IMG/pdf/indicateurs-Chap4.pdf,2005>, date de consultation: décembre 2009
- **CERED (2007)**, ‘Les indicateurs de la santé reproductive et la mortalité’, in : les indicateurs de suivi et d’évaluation de la politique de la population en Maroc, site : www.hcp.ma/pubdata/démog, date de consultation : 07/2009
- **CHELI B. BETTI G., VERMA V. (2006)**, On longitudinal analysis of poverty conceptualised as a fuzzy state, society for the study of economic inequality”. Éd:ECINEQ, 2006, pp.32.
- **CHIAPPERO MARTINETTI (2000)**, A multidimensional assessment of well-being based on Sen’s Functioning approach, rivista internazionale di scienze sociali, CVIII, N°2.
- **CIPD (2001)**, ‘la santé en matière de reproduction chez les jeunes’ (chapitre 4), in : Condition de la jeunesse pour la CIPD. Site : <http://doc.abhatoo.net.ma/doc/IMG/pdf>. Date de consultation : décembre 2010.
- **CNES, (2003)**, Rapport national sur le développement humain 2002, Algérie.
- **CNES (2006)**, Rapport national sur le développement humain 2006, Algérie
- **CNES (2009)**, Rapport national sur le développement humain 2007 et 2008, Dynamique démographique et incidence sur la demande social, mars 2009.
- **Commissariat général à la planification (2004)**, ‘La pauvreté en 2000 en Algérie’, Alger, septembre 2004.
- **COOK Rebecca J., DICKENS Bernard M. et FATHALLA F. (2005)**, Santé reproductive et droits humains : Intégrer la médecine, l’éthique et le droit, Ed : Masson, Paris, pp.557.
- **COUDOUEL A., JESKO S. HENTSCHEL ET QUENTIN T.-W. (2002)**, ‘ Mesure et Analyse de la Pauvreté’ (chapitre :10), pp :56.dans PRSP source book, Banque mondiale, Washington.
- **DAHMANI A. (1999)**. L’Algérie à l’épreuve, économie politique des réformes 1980-1997, Editions L’Harmattan, Paris.
- **Documentation Française (2004)**, Le rapport de l’Observation national de la pauvreté et de l’exclusion sociale, 2003-2004, Paris, pp161.
- **DESTREMAU B., SALAMA P. (2002)**, Mesures et démesure de la pauvreté, éd : PUF, Paris.
- **DES FORT (1986)**, ‘Mortalité maternelle en Algérie’, rapport préliminaire, clinique Amilcar Cabral Oran, sous la direction de Pr TOUHAMI, unité mère enfant, éd : INESSM, Oran, pp.65.
- **EASF (2002^a)**, ‘Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille’, rapport principal. Ed : MSP/RH, ONS, Ligue Arabes, juillet 2004.
- **EASF (2002^b)**, ‘‘Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille’, Etudes approfondies. Ed : MSP/RH, ONS, Ligue Arabes, juin 2007.

- **EASME (1992)**, ‘Enquête algérienne de la santé de la mère et de l’enfant’ rapport principal, éd :MSP, ONS, ligue Arabes, 1994.
- **EDG (2000)**, ‘Enquête nationale sur les objectifs de fin décennie’, ministère de la santé et de la population, Alger, 2001.
- **Encyclopédie Scientifique en Ligne**, www.Techno-Science.net, date de consultation avril 2010.
- **EMM (1999)**, ‘Enquête algérienne sur la mortalité maternelle’, rapport préliminaire, éd : MSP, INS, 2001.
- **ENAF (1986)**, ‘l’enquête nationale algérienne sur la fécondité’, rapport préliminaire, éd : CNEAP, 1988.
- **EVINA AKAM (1990)**, ‘Infécondité et sous fécondité : évolution et recherche de facteurs : le cas du Cameroun’, Les cahiers de l’IfORD n°1, Yaoundé, pp.281.
- **FARVAQUE N. (2003)**, ‘Les tentatives d’opérationnalisation de l’approche par les capacités et la place de l’évaluateur’, *Document de travail IDHE*, série « Règles, Institutions, Conventions», n° 03/07, Ecole Normale Supérieure de Cachan.
- **FMI (2011)**, ‘Le FMI et les objectifs du millénaire pour le développement’, factsheet, mars 2011, le site : <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/mdg.htm>, date de consultation : mai 2011
- **FOSTER J., GREER J. et THORBECKE E. (1984)**. ‘A Class of Decomposable Poverty Measure”. Éd: *Econometrica* N° 42.
- **FUSCO A. (2005)**, ‘La Contribution des Analyses Multidimensionnelles à la Compréhension et à la Mesure du Concept de Pauvreté : Application Empirique au Panel Communautaire des Ménages’, Thèse de Doctorat, Centre d’Etudes en Macroéconomie et Finance Internationale C.E.M.A.F.I. Université de Nice – Sophia Antipolis.
- **GENDREAU F. (1998)**, Cris, Pauvreté et changements démographique dans les pays du sud, éd : ESTEM, 1998 pp.415.
- **GERARD H (1995)** : La sociologie de la population, éd : sciences de la population et du CIACO. Belgique.
- **GILLIS M., PERKINS D.-R. et al. (1990)**, ‘Economie du développement’, éd : Universitaire, De BOECK, 734 p. Cité in : Chapitre 7 : Essai de construction d’un profil de pauvreté des ménages à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l’habitat, par : Jean- François KOBIANE. In : Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays de sud. Sous la direction de François GENDREAU. Ed : ESTEM, 1998.
- **GOUMEZIANE S. (1994)**, Le mal algérien : économie politique d’une transition inachevée 1962-1994, Editions Fayard, Paris.
- **GOURBIN C. (2002)**, ‘la mortalité fœtale’, in Caselli G., Valin J. et Wunsch G., Les déterminant de la fécondité, démographie :Analyse et Synthèse II, éd :INED, pp.210-249.
- **Gouvernement algérien (2005)**, Algérie, rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement, rapport établi en juillet 2005.
- **Gouvernement algérien (2010)**,’ Algérie’, 2ème rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement, rapport établi septembre 2010.
- **Guide Investir en Algérie (2008)**, publication annuelle, éd: KPMG Algérie SPA.
- **HACHEM A. (2003)**, ‘La situation récente de la mortalité maternelle en Algérie’, mémoire de magister en démographie, sous la direction de Pr SALHI M., université d’Oran, 2001, pp100.

- **HAYEF Imane (2002)**, 'Intégration de la femme Algérienne dans le processus de développement', note de synthèse. Site : www.wds.worldbank.org. Date de consultation, 2008.
- **HERMAN Guay Jean (2010)**, 'Bilan du siècle', perspective monde, Université Sherbrooke, Québec, site : <http://www.perspective.usherbrooke.ca/bilan...> date de consultation: mai 2011.
- **HUSAIN M.-N., MOYO S.-S. et OSHIKAYA T.-W. (2000)**, 'L'Afrique émergente : Capital humain et lutte contre la pauvreté', éd : OCDE et la banque africaine de développement, Paris février 2000.
- **KADI Nadjat (2005)**, 'Analyse de la mortalité en Algérie à partir des données de l'état civil (cas de la commune d'Oran)', mémoire de magister en démographie sous la direction de Pr SALHI M. département de démographie, université d'Oran.
- **KOBIANE Jean-François (1998)**, 'Chapitre 7 : Essai de construction d'un profil de pauvreté des ménages à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l'habitat', pp :117-125. In: Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays de sud. Sous la direction de François GENDREAU. Ed : ESTEM, 1998.
- **KOUAOUCI Ali (1997)**, 'santé sexuelle et reproductive : Nouveau paradigme ou dernier avatar des slogans des conférences internationales sur la population', Université de Montréal, mai 1997.
- **KOUAOUCI Ali (1996)**, 'genèse et évolution de la politique de la population en Algérie (1962-1994)', éd :international planned parenthood federation , arab world region, tunisie, 1996, pp.62.
- **LEBANE D. (2006)**, 'Programme national de périnatalité', programme triennal 2006-2009, MSP-RH, Alger, 2006.
- **LEBECHE R., (2001)**, 'le filet social : instrument de lutte contre la pauvreté, la pauvreté en Algérie, évolution et tendance', la revue du CENEAP N° 22, Alger
- **LERBERGHE W-V. et DE BROUWERE V. (2001)**, 'réduire la mortalité maternelle dans un contexte de pauvreté'. Site : www.theses.ulaval.ca/2011/28550/28550.pdf. date de consultation:2012
- **MARTINEZ Louis (2009)**, 'La rente pétrolière en Algérie : de Boumediene à Bouteflika', éd : CERI, pp.3.
- **MDG (1995)**, 'Enquête nationale sur les objectifs de mi-décennie', ministère de la santé et de la population, Alger, 1996.
- **MESRS (2001)**, Données statistiques 1999/2000, n°38, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, direction de la planification, 2001, Alger,
- **MICS-3 (2006)**, 'Enquête nationale à indicateurs multiples, suivie de la situation des enfants et femmes', Rapport préliminaire, Algérie, 2007.
- **MORRISON C. (2002)**, 'Santé, Education et Réduction de la pauvreté', éd : OCDE, centre de développement de l'OCDE, cahier de politique économique N°9, Paris, 2002.
- **MOSLEY H. (1985)** : 'Les soins de santé primaire peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques' in 'La lutte contre la mort' de VALLIN J., LOPEZ A. Cahier n° 108 INED. UIESP. PUF
- **MSP/DP (2001)**, 'Politique nationale de population à l'horizon 2010', synthèse, juillet, 2001.
- **Mission-algérie.ch, (2011)**, 'Mortalité et morbidité maternelle évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du conseil', Contribution du gouvernement algérien à la mise en œuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30 sept 2010, Bureau du haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Genève, mars 2011. Site : www.mission-algérie.ch date de consultation : mars 2012.

- **NIELSON P. (2009)**, 'Pauvreté, droit et santé en matière de sexualité et de reproduction : comprendre le lien', mouvement Luxembourgeois pour le planning familiale et l'éducation sexuelle a.s.b.l, site :www.planningfamilial.lu, date de consultation :2009.
- **NIELSON P. (2010)**, 'Pauvreté, droits et santé en matière de sexualité et de reproduction : comprendre le lien', Fiche d'Informations, éd :IPPF European Network, Bruxelles, pp.4.
- **OBAID A.-T. (2004)**, 'Etat de la population mondiale 2004, (le consensus du Caire, dix ans après), la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté', éd : UNFPA, 2004.
- **OMS (2004)**, 'Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux', Département santé et recherche génésique, incluant le programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche de développement et de formation à la recherche en Reproduction humaine, OMS, Genève, pp.32.
- **OMS (2008)**, 'Maternal Mortality, Facteurs', éd : sheet who/MPS, site: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/factsheet_maternal_mortality.pdf, date de consultation: mai 2011.
- **OMS (2011)**, 'Dépenses totales à la santé en Algérie de 2009', site : www.who.int/contries/dza/fr, date de consultation : mai 2011
- **OMS et Bureau Régionale du Pacifique Occidental (2000)**, 'Table ronde ministérielle : santé et pauvreté'', 51^{ème} session, Manille 18-22 septembre 2000, pp.7.
- **ONS (1999)**, Rétrospective statistique 1970-1996, Alger.
- **ONS (2002)**, Activité, emploi & chômage - Au 3ème trimestre 2001, www.ons.dz
- **ONS (2004)**, Emploi et chômage au 3ème trimestre 2003, www.ons.dz
- **ONS (2005)**, Emploi et chômage au 3ème trimestre 2004, www.ons.dz
- **ONS (2006)**, Emploi et chômage au 3ème trimestre 2005, www.ons.dz
- **ONS (2007^a)**, Démographie algérienne 2007, données statistiques n°499, ONS, Algérie.
- **ONS (2007^b)** Emploi et chômage au 3ème trimestre 2007, www.ons.dz
- **ONS (2008)**, les principaux résultats du sondage au 1/10^{ème}, 5^{ème} recensement général de la population et de l'habitat, collection statistiques N°142, Série S, ONS, 2008.
- **ONS (2012)**, Emploi et chômage, site officiel de l'office national des statistiques : www.ons.dz, date de consultation : déc 2012.
- **ONS (2013)**, Démographie algérienne 2013, site officiel de l'office national des statistiques : www.ons.dz, date de consultation : avril 2013.
- **ONU (2002)**, 'De bons services de santé reproductive pour les femmes sont indispensables à l'élimination de la pauvreté', Communiqué de presse population, Site : www.un.org. Date de consultation : juin 2008
- **ONU (2007)**, 'Quatrième conférence mondiale sur les femmes de 1995', organisation des Nations Unies, mai 1997, Département de formation, site : www.un.org, date de consultation mai 2009.
- **ONU (2008)**, 'Indicateurs des objectifs du millénaire pour le développement, site officiel des Nations Unies sur les indicateurs OMD <http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>, date de consultation : juillet 2009.
- **ONU (2010^a)**, 'Eliminer la pauvreté en 2015, c'est possible, rapport de 2010 sur les objectifs du millénaire pour le développement, site : www.un.org/millenniumgoals, département de l'information de l'ONU, date de consultation : mai 2011.

- **ONU (2010^b)**, 'objectif 1 : éradiquer l'extrême pauvreté et la faim', MDG rapport, 2010, section 1, site : www.un.org/millenniumgoals, date de consultation : mai 2011. pp : 6-15
- **ONU (2010^c)**, 'objectif 4 : réduire la mortalité infantile', MDG rapport, 2010, section 1, site : www.un.org/millenniumgoals, date de consultation : mai 2011. pp : 26-29
- **ONU (2010^d)**, 'objectif 5 : améliorer la santé maternelle', MDG rapport, 2010, section 1, site : www.un.org/millenniumgoals, date de consultation : mai 2011. pp : 26-29
- **OSMO Kontula (2004)**, 'Tendance des comportements sexuels chez les adolescentes : grossesse, maladies sexuellement transmissibles et infection par le VIH en Europe', p.79-149. In : le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique, Etude démographique N°42, volume 1, Direction générale III, Cohésion Sociale, Ed : Conseil de l'Europe.
- **PAUGAM S. (2006)**, 'Précarité, Pauvreté, Exclusion', in : le dictionnaire des sciences humaines, sous la direction : MESURE S., SAVIDON P., éd : PUF, 2006.
- **PERNOUD L. (2001)**, J'attends un enfant, éd : HORAY, Paris, pp.479.
- **PISON G. et al. (1989)**, 'Introduction', In : Pison G. : Mortalité et société en Afrique, pp1_10, INED, PUF, IFORD, Paris, pp.163.
- **PNUD (2000)**, 'vaincre la pauvreté humaine', Economica, Paris.
- **PNUD (2001^a)**, 'Carte de la pauvreté en Algérie', Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, PNUD en Algérie, mai 2001 (Agence Nationale d'aménagement du territoire)
- **PNUD (2001^b)**, Rapport mondial sur le développement humain, 'mettre les nouvelles technologies au service du développement humain', éd :Economica, Paris.
- **PNUD (2003)**, Rapport mondial sur le développement humain, 'l'expérience du développement aux quatre coins du monde', éd :Economica, Paris.
- **PNUD (2005)**, Rapport mondial sur le développement humain, 'le temps des ambitions hardies, nous pouvons, ensemble, réduire la pauvreté de moitié', éd : Economica, Paris.
- **PNUD (2006)**, 'Au-delà de la pénurie: pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l'eau', Rapport mondial sur le développement humain éd : Economica, Paris
- **PNUD (2009)**, Taux d'accouchement assisté, site : www.undg.org/archive-docs/8522algérie-CCA-Annexes.pdf, date de consultation : mai 2009
- **PNUD en Algérie (2010^a)**. 'Les Objectifs du Millénaire pour le Développement'. Dernière mise à jour : Mars 2010. www.dz.undp.org/omd/nat_omd.html)
- **PNUD en Algérie (2010^b)**. 'Les Objectifs du Millénaire pour le Développement'. Dernière mise à jour : Mars 2010. www.dz.undp.org/hiv-aids/PgVIHSIDA.pdf)
- **PNUD (2013)**, Rapport sur le développement humain, site : www.unpd.org
- **PONTY N., (1998)**, Mesurer la pauvreté dans un pays en développement, Stateco N°90-91, éd :INSEE, Paris.
- **Quivy R., CAMPENHOODT L-V., (2001)**, Manuel de recherche en sciences sociales, éd : DUNOD, (2^{ème} édition), janvier 2001.
- **RNOMD (2005)**, matrice des indicateurs, site :www.undg.org/archive-docs/8522-Algérie-CCA-Annexes.pdf, date de consultation :2009.
- **ROACH J.-L., ROACH J.-K. (1972)**, 'Povrety', éd: Penguin Education, USA, 350p. cité in : Chapitre 7 : Essai de construction d'un profil de pauvreté des ménages à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l'habitat, par: Jean- François KOBIANE. In : Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays de sud. Sous la direction de François GENDREAU. Ed : ESTEM, 1998.
- **RUIZ H. (2009)**, 'Rapport de l'observation nationale de la pauvreté et de l'exclusion social (2007/2008)', éd : la documentation française, site : www.ladocumentationfrançaise.fr, date de consultation : 2009, pp.210.

- **RUMEAU-ROUQUETTE C. (1996)**, 'La grossesse, santé des femmes, santé des enfants', in : la santé des femmes, sous la direction de Marie-Josèphe et al. Ed : FLAMMARION (médecine de sciences), France, 1996, pp.101-117.
- **SCHOUMAKER B. et TABUTIN D. (1999)**, 'la relation entre pauvreté et fécondité dans les pays de sud. (connaissance, méthodologie et illustration) ', Documents de travail n°2, Université Catholique de Louvain, Département des Sciences de la population et de développement, Février 1999. Pp.38
- **Statistiques-mondiales (2013)**, site officiel : www.statistiques-mondiales.com, date de consultation : avril 2013.
- **SOLIS José Antonio (1998)**, 'santé reproductive et périnatalité chapitre 10, troisième partie', pp.221-245. In : Actions de santé maternelle et infantile au niveau local selon les objectifs du sommet mondial pour les enfants, par Dr PENGUIGUI Y. et al. , Comité coordinateur inter agences pour les Amériques, Washington.
- **SOW Samba Idrissa (2007)**, 'pauvreté et mortalité des enfants de moins de cinq ans en Mauritanie', université de Yaoundé II, Institut de formation et de recherche Démographique IFORD, Yaoundé, Cameroun. (Mémoire en ligne).
- **TABUTIN D. (1995)**, 'Transition et théories de mortalité', in H. Gérard et V. Piché, La sociologie des populations, éd : PUM, AUPELF, Montréal, pp.257-288.
- **VERO J. (2003)**, 'Justice sociale et pauvreté : une confrontation empirique des approches inspirées des théories de Sen, Rawls et Fleurbaey', in C. Euzéby et al., Mondialisation et régulation sociale, tome. 1, éd : L'Harmattan, Paris.
- **wikipedia.org (2009)**, 'Indicateur de pauvreté'. Site : www.wikipidia.org , Date de consultation : 07/10/2009.
- **ZITOUN Madani Safar (2011)**, 'les politiques d'habitat et d'aménagement urbain en Algérie ou l'urbanisation de la rente pétrolière ?', éd :UNESCO, pp.5.

المراجع باللغة العربية:

- **جلید نور الدین، بوعافية رشید (2012)**، "الاقتصاد الجزائري 50 سنة من الاستقلال، طبع بدعم من المديرية العامة للبحث العلمي و التطوير التكنولوجي، الطبعة الأولى، جويلية 2012.
- **خليل عبد القادر (2008)**، ' محاولة لتقييم فعالية الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر للفترة 1990-2006'، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر.

ANNEXES

Annexe 1 :

Encadré n° I-1 : L'éducation sexuelle chez les jeunes.

« Le but de l'éducation sexuelle est d'aider les jeunes à développer leur connaissance, autonomie et compétence, telles que : communication, processus de décision et de négociation pour passer à l'âge adulte en bonne santé sexuelle. L'éducation sexuelle comprend des informations sur l'anatomie et la psychologie, la puberté, la grossesse et les MST, y compris le VIH/SIDA. Mais elle aborde aussi les rapports et les émotions impliquées dans l'expérience sexuelle. Elle aborde la sexualité comme une partie naturelle, intégrante et positive de la vie, et couvre tous les respects de la personne sexuelle et sexuée. Elle incite à l'égalité des sexes, à l'amour propre et au respect des droits d'autrui. L'éducation sexuelle doit faire partie de politique nationale de l'adolescence, qui doit inclure aussi l'éducation primaire et secondaire, la formation professionnelle et les activités rémunératrices pour les jeunes »

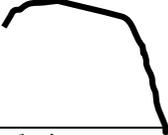
Source : (CIPD, 2001)

Tableau n°I-1 : Les Indicateurs de développement humain et de pauvreté humaine.

Indicateurs	longévité	savoir	Conditions de vie	Participation exclusion
IDH	Espérance de vie à la naissance.	-Taux d'alphabétisation des adultes. -Taux de scolarisation combiné.	PIB réel par habitant corrigé des différences en pouvoir d'achat (en PPA)	
ISDH	Espérance de vie à la naissance des populations féminines et masculine	-Taux d'alphabétisation des hommes et des femmes. -Taux brut de scolarisation des populations masculines et féminines	Revenu par habitant corrigé des différences en pouvoir d'achat (en PPA) sur la base des parts des hommes et des femmes dans le revenu du travail	
IPH1	Pourcentage d'individus dont l'espérance de vie ne dépasse pas 40 ans	Taux d'analphabétisme des adultes	Déficit de moyens économiques mesurés par : 1- Pourcentage de la population privé de l'eau potable. 2- Pourcentage de la population privé de l'accès aux services de santé. 3- Pourcentage des enfants de moins de 5ans souffrant d'insuffisance pondérale	
IPH2	Pourcentage d'individus dont l'espérance de vie ne dépasse pas 40 ans	Taux d'illettrisme des adultes	Pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté monétaire (correspondant à la demi-médiane du revenu individuel disponible	Chômage de longue durée (12 mois et plus)

Source : (FARVOQUE N., 2003)

Tableau n° I-2 : Relations entre la pauvreté et le niveau de fécondité du pays ou de la zone d'étude et la décennie.

Relation	Niveau de fécondité (ISF)				Nombre d'études
	< 3,5	3,5-4,5	4,5-5,7	>5,7	
Peu ou pas de relation 			Maroc rural 70	Botswana rural 70	2
Relation plutôt positive 				Inde rurale 80 Inde 50 et 60 Inde rural 70 Inde rural 60 Bangladesh rural 60 Indonésie rural 70 Sierra Leone 70 Pakistan rural 70	8
Relation légèrement négative 	Maroc ville90 Maurice 90			Costa Rica ville 60 Costa Rica rural60 Soudan urbain 80 Iran 70 Burkina Faso 90 Pakistan rural70 Inde urbaine 50 Philippines rural 70	10
Relation en U ou J inversé 			Thaïlande urbaine 60	Cameroun rural 80 Inde rural 80 Pakistan urbain 70 Brésil rural70 Thailand rural 60	6
Relation fortement négative 	Paraguay ville 80 Afrique Sud urbaine 90 Vietnam 90 Costa Rica 90	Mexique 80 Inde rurale 80 Afrique Sud rurale 80 Brésil 70 et 80 Brésil urbain 80 El salvador 90 Equateur 80 Equateur 90 Paraguay 90	Guatemala 80 Cameroun urbain80 Inde Calcutta 70 Bolivie 80 Brésil urbain 70 Brésil rural 80 Belize 90	Inde rurale 60	21

Source : (SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, p.7)

Tableau n° I-3 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 1: Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	
Cible 1A: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA) 1.2 Indice d'écart de la pauvreté 1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale
Cible 1B: Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée 1.5 Ratio emploi/population 1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins de 1 dollar PPA par jour 1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée
Cible 1C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans 1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous	
Cible 2A: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire 2.2 Proportion d'élèves ayant commencé la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire 2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes
Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 3A: Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur 3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole 3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national
Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 4A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2 Taux de mortalité infantile 4.3 Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5: Améliorer la santé maternelle	
Cible 5A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Cible 5B: Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	5.3 Taux de contraception 5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale
Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 6A: D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans 6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque 6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida 6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 6B: D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux
Cible 6C: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle	6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie 6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide 6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés 6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie 6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation
Objectif 7: Assurer un environnement durable	

Cible 7A: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	7.1 Proportion de zones forestières 7.2 Emissions de CO ₂ (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat) 7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone 7.4 Proportion de stocks de poissons vivant dans des milieux biologiques sains 7.5 Proportion de ressources d'eau totales utilisées 7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées 7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction
Cible 7B: Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte	
Cible 7C: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée 7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées
Cible 7D: Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	7.10 Proportion de citoyens vivant dans des taudis
Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	
Cible 8A: Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire	<i>Certains des indicateurs ci-après sont évalués séparément dans les cas des pays les moins avancés (PMA) de l'Afrique, des pays sans littoral et des petites Etats insulaires en développement</i>
Comprend un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international	Aide publique au développement (APD) 8.1 Montant net de l'ADP totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE) 8.2 Proportion de l'ADP bilatérale totale des pays du CAD/OCDE, par secteur, consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement) 8.3 Proportion de l'ADP bilatérale des pays du CAD/OCDE qui n'est pas liée 8.4 ADP reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut 8.5 ADP reçue par les petits Etats insulaires en développement en pourcentage de leur revenu national brut
Cible 8B: Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés	
Suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application d'un programme renforcé d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) et l'annulation des dettes publiques bilatérales, ainsi que l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté	Accès aux marchés 8.6 Proportion du total des importations des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés qui sont admises en franchise de droits 8.7 Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement 8.8 Estimation des subventions aux produits agricoles dans les pays de l'OCDE en pourcentage de leur produit intérieur brut 8.9 Proportion de l'ADP allouée au renforcement des capacités commerciales
Cible 8C: Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits Etats insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement et les décisions issues de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée Générale)	Viabilité de la dette 8.10 Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) 8.11 Allègement de la dette annoncé au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) 8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services
Cible 8D: Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme	
Cible 8E: En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	8.13 Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement
Cible 8F: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants 8.15 Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants 8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

Source : [ONU, 2008]

Annexe 2

Tableau n°II-1 : l'évolution du taux de prévalence contraceptive selon les méthodes contraceptive entre (1986-2006).

Années	1986	1992	1995	2000	2002	2006	2007 ¹	2008 ¹	2009 ¹	2010 ¹
Type de méthode										
Pilule	26,4	38,7	43,4	44,3	46,8	45,9	-	-	-	-
Stérilet	2,1	2,4	4,1	4,3	3,1	-	-	-	-	-
Condom	0,5	0,7	0,8	1,5	1,2	2,3	-	-	-	-
Autre méthode	2,1	1,3	0,7	-	1,1	0,3	-	-	-	-
Méthodes modernes	31,1	43,1	49	50,1	50,8	5,0	52,7	53,4	54,1	54,9
Méthodes traditionnelles	4,4	7,7	7,9	13,9	5,4	9,4	-	-	-	-
Prévalence totale	35,5	50,8	56,9	64,0	57,0	61,4	62,2	63,1	63,9	64,8

(1) : Données estimées (tendance 1992-2006)

Sources : [ENAF, 1986 ; EASME, 1992 ; MDG, 1995 ; EDG, 2000 ; EASF^a, 2002 ; MICS3, 2006 ; Mission-algerie.ch, 2011, p.5)

Tableau n° II-2: le taux de la prévalence contraceptive selon l'âge de la femme.

Age	Enquête 2002	Enquête 2006
15-19	26,2	20
20-24	41,1	43,2
25-29	56,7	58,1
30-34	61,3	67
35-39	66,4	69,1
40-44	59,8	68,9
45-49	45,1	49

Source : EASF-2002, MICS3-2006

Tableau n° IV-3 : Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,227 ^a	0,052	0,051	0,10987

a. Predictors: (Constant), l'éducation et le travail du couple, déplacement libre du couple, caractéristiques du logement, équipement du logement

Tableau n° IV-4 : ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value de F
1	Regression	3,362	4	69,620	69,620	0,000 ^a
	Residual	61,721	5113	0,012		
	Total	65,083	5117			

a. Predictors: (Constant), l'éducation et le travail du couple, déplacement libre du couple, caractéristiques du logement, équipement du logement

b. Dependent Variable: Indice de la santé reproductive

Tableau n° IV-5 : Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	0,639	0,011		56,160	0,000
	Equipements du logement	0,002	0,007	0,005	0,318	0,002
	Déplacement libre du couple	0,003	0,007	0,006	0,461	0,001
	Caractéristiques du logement	0,071	0,033	0,032	2,132	0,000
	Education et le travail du couple	0,100	0,006	0,225	16,482	0,000

a. Dependent Variable: Indice de la santé reproductive

Tableau n° IV-6: Omnibus Tests of Model**Coefficients**

		Chi-square	Df	Sig.
Step 1	Step	19,256	1	0,000
	Block	19,256	1	0,000
	Model	19,256	1	0,000

Tableau n °IV- 7: Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	5595,364 ^a	0,004	0,006

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Tableau n°IV-8 : les coefficients du modèle de régression logistique étudié l'effet de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

	B	S.E.	Wald	Df	p-value	Exp(B)
Step 1 Indice de la santé reproductive	1,270	0,289	19,322	1	0,000	3,561
Constant	0,319	0,194	2,709	1	0,100	1,376

Tableau n °IV-9: Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	Df	Sig.
Step 1 Step	25,154	2	0,000
Block	25,154	2	0,000
Model	25,154	2	0,000

Tableau n° IV-10 : Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	5589,466 ^a	0,005	0,007

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Tableau n°IV-11 : coefficients du modèle de régression logistique étudié l'effet des indicateurs de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre

	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)
Step 1 Planification familiale	0,501	0,126	15,857	1	0,000	1,650
Santé maternelle et infantile	0,802	0,269	8,894	1	0,003	2,229
Constant	0,572	0,122	22,138	1	0,000	1,772

Liste des tableaux et figures :

La liste des tableaux :

Tableau n°I-1 : Composantes de la santé reproductive par ordre des priorités pour les trois organismes.

Tableau n°I-2 : Synthèse des relations disponibles entre la fécondité et la pauvreté.

Tableau n° II-1 : Proportion des femmes non célibataire connaissant les méthodes contraceptives selon le milieu de résidence et le type de méthodes.

Tableau n° II-2 : Proportion des femmes mariées en âge de procréation selon les besoins en matière de planification familiale.

Tableau n°II-3 : Proportion des femmes mariées et en âge de procréation selon le besoin non satisfait en matière de planification et le groupe d'âges des femmes.

Tableau n°II-4 : Proportion des femmes mariées et en âge de procréation selon le besoin non satisfait en matière de planification et le nombre d'enfants vivants.

Tableau n°II-5 : Proportion des femmes qui ont eues des complications durant leurs dernières grossesses et selon la strate.

Tableau n°II-6 : Proportion des femmes qui ont eues des complications durant leurs dernières grossesses et selon l'âge.

Tableau n°II-7 : Dépistage de grossesses à risque en PMI (2007-2009)

Tableau n°II-8 : Prise en charge du Diabète et de l'HTA au cours de la grossesse au niveau des centres de référence (2007-2009)

Tableau n° II-9 : Evolution du rapport de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes

Tableau n° II-10 : Evolution du taux de mortalité infantile par sexe (1970 – 2008)

Tableau n°II-11 : Evolution des taux de mortalité des enfants de moins de 5ans (TMIJ) par sexe (1990-2008)

Tableau n°II-12 : Evolution du taux de couverture vaccinale (enfant dès la naissance à 18 mois).

Tableau n°II-13 : Evolution du nombre de cas infectés par le VIH/ SIDA en Algérie de 2000-2009.

Tableau n°II-14 : Répartition du nombre des femmes en âge de procréation infectées par le VIH/SIDA de 2000-2007

Tableau n°II-15 : Evolution du nombre de cas de VIH/SIDA chez les jeunes de 15-24 ans entre 2000-2009

Tableau n° II-16 : Evolution des dépenses en santé par habitants (\$ US courant) de 2002-2009.

Tableau n°II-17 : Evolution des dépenses en santé totale (% du PIB) de 2002-2009

Tableau n°II-18 : Evolution des infrastructures hospitalières en Algérie de 2002-2006

Tableau n° II-19 : Evolution des infrastructures hospitalières en Algérie de 2004-2006

Tableau n°II-20 : Evolution du nombre de lits d'hôpitaux (pour mille hab)

Tableau n°II-21 : Répartition du personnel de la santé maternelle et infantile de 1991-1999 (Résidents non inclus)

Tableau n°II-22 : Evolution de la couverture sanitaire en direction de la mère et de l'enfant (1996-2007)

Tableau n° II-23 : Evolution du nombre de médecins pour 1000 habit de 1965-2005

Tableau n°II-24 : Evolution des femmes déjà mariées selon quatre recensements de la population et de l'habitat.

Tableau n°II-25 : Proportion des femmes déjà mariées et en âge de procréation selon le recensement de 2008

Tableau n°II-26 : Evolution de l'âge au premier mariage pour le sexe féminin selon les RGPH

Tableau n° II-27: Population féminine âgée de 6 ans et plus selon le niveau d'instruction.

Tableau n°II-28 : Evolution du taux d'activité de la population féminine âgée de 15 ans et plus.

Tableau n°II-29 : Proportion des femmes qui ont bénéficié au moins d'une consultation durant leur dernière grossesse selon les deux enquêtes

Tableau n°II-30 : Taux d'accouchement assisté (1994-2004)

Tableau n° III-1: Taux d'investissement public entre 1967 et 1979.

Tableau n° III-2: Investissements dans le secteur de l'industrie entre 1963 et 1979

Tableau n° III-3 : Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques en Algérie (1980-1993)

Tableau n° III-4 : Evolution du salaire de base de la population qui travail entre 1990 et 1993.

Tableau n° III-5 : Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques en Algérie (1994-2004)

Tableau n° III-6 : Evolution du salaire de base de la population qui travail entre 1994 et 2004.

Tableau n° III-7 : Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques et social en Algérie (2005-2010)

Tableau n° III-8 : Evolution du salaire de base de la population qui travail entre 2005 et 2010.

Tableau n° III-9 : Estimation Nationale de la Pauvreté selon l'ONS en 1988.

Tableau n°III-10 : Estimation Nationale de la Pauvreté selon la banque mondiale en 1995.

Tableau n° III-11 : Estimation de la pauvreté selon le commissariat général à la planification et à la prospective en 2000.

Tableau n° III-12 : Estimation de la pauvreté selon le commissariat général à la planification et à la prospective en 2004

Tableau n° III-13 : Estimation de la pauvreté selon CENEAP en 2005.

Tableau n° III-14 : L'estimation de la pauvreté selon la définition utilisée par les enquêtes de 1988, 1995, 2000.

Tableau n° III-14 :Estimation de la pauvreté selon la définition utilisée par les enquêtes de 1988, 1995, 2000.

Tableau n° III-15 : Evolution de l'indicateur du développement humain en Algérie(1995-2003).

Tableau III-16 : Evolution de l'IPH en Algérie (1997-2004)

Tableau n° III-17 : Evolution des indicateurs monétaire de pauvreté en Algérie de 1988-2008

Tableau n° III-18 : L'évolution de la proportion de personnes disposant de moins d'un dollars (1\$) par jour en PPA.

Tableau n° III-19: L'évolution de l'indice d'écart de la pauvreté (1988-2009)

Tableau n° III-20 : L'évolution de l'indice de sévérité de pauvreté entre 1988-200.

Tableau n° III-21 : L'évolution de la part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale de 1988 à 2009

Tableau n° III-22 : Evolution de la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique entre 1988 et 2009

Tableau n° III-23 : Evolution de la Prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale entre 1990 et 2009

Tableau n° III-24 :Evaluation de la proportion la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour en PPA

Tableau n° III-25 : Evaluation de la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

Tableau n° III-26 : Evaluation de la prévalence d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale

Tableau n° III-27 : Prix de la construction du logement social par m² (1996-1999).

Tableau n° III-28 : Evolution du nombre de logement social en Algérie entre 1995-2002.

Tableau n° III-29 : Nombre de logements urbains réalisés entre 2001 et 2002.

Tableau n°IV-1 : Répartition des naissances vivantes et la parité moyenne selon les groupes d'âges des mères.

Tableau n° IV-2 : Taux des réponses relatives aux variables de l'étude.

Tableau n°IV-3 : Variables utilisées dans la construction de l'indice de pauvreté non monétaire.

Tableau n°IV-4 : Variables utilisées pour évaluer le niveau de la santé reproductive.

Tableau n°IV-5 : Indicateurs de la dimension « Les Caractéristique du logement »

Tableau n°IV-6 : Indicateurs de la dimension « les biens et équipements » :

Tableau n°IV-7 : Indicateurs de la dimension « Déplacement ».

Tableau n°IV-8 : Indicateurs de la dimension « Education et marché du travail »

Tableau n°IV-9 : Scores des modalités obtenus à l'aide des fonctions d'appartenance retenues

Tableau n°IV-10 : Distribution des poids selon les fréquences de privation et les variables retenues.

Tableau n° IV-11 : Répartition des caractéristiques du ménage selon l'indicateur de la pauvreté non monétaire.

Tableau n°IV-12 : Distribution de la dimension planification familiale

Tableau n° IV-13 : Distribution de la dimension santé maternelle

Tableau n°IV-14 : Scores des modalités obtenus à l'aide des fonctions d'appartenance retenues.

Tableau n°IV-15 : La distribution des poids selon les fréquences d'absence de privation et les variables retenues.

Tableau n° IV-16 : Matrice de corrélation de Pearson entre de la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.

Tableau n°IV-17 : Matrice de corrélation de Pearson entre la planification familiale et la pauvreté non monétaire.

Tableau n°IV-18 : Matrice de corrélation de Pearson entre la santé maternelle / infantile et la pauvreté non monétaire

Tableau n°IV-19 : Analyse de la variance du modèle (ANOVA)

Tableau n°IV-20 : Coefficients du modèle de régression linéaire entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire

Tableau n°IV-21 : Coefficient de corrélation multiple entre la santé reproductive et les indicateurs de la pauvreté non monétaire.

Tableau n°IV-22 : Analyse de la variance du modèle (ANOVA).

Tableau n°IV-23 : Coefficients du modèle de régression linéaire multiple entre la santé reproductive et les indicateurs de la pauvreté non monétaire.

Tableau n°IV-24 : Modèle de régression logistique étudié l'effet de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

Tableau n°IV-25 : Modèle de régression logistique étudié l'effet des indicateurs de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre

Tableau n°IV-26 : Effets des variables explicatives liées à la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

Tableau n°IV-27 : Résultats des relations logistiques multiples des indicateurs de la santé reproductive sur la chance d'être non pauvre.

La liste des figures :

Figure n°I-1 : Synthèse des liens entre les indicateurs de la santé reproductive et la pauvreté.

Figure n°I-2 : Relation entre l'investissement dans le domaine de la santé reproductive et la pauvreté

Figure n°I-3 : Proportion de la population vivant avec moins de 1.25 dollar par jour, entre 1990 et 2005.

Figure n° I-4: Le taux de la mortalité des enfants de moins de cinq ans pour mille entre 1990 et 2008.

Figure n°I-5 : Proportion d'accouchements pratiqués par du personnel qualifié dans le monde entre 1990 et 2008.

Figure n°I-6 : Proportion des femmes consultées au moins une fois pendant leurs grossesses selon la richesse des ménages entre 2003/2008 et selon les régions.

Figure n°II-1 : Evolution du taux de prévalence contraceptive de 1986 à 2006 selon les enquêtes algériennes.

Figure n°II-2 : Evolution du taux de prévalence contraceptive selon le type de méthode de 1986 à 2006.

Figure n°II-3 : Taux de prévalence contraceptive selon l'âge de la mère en âge de procréation et selon les deux enquêtes.

Figure n°II-4: Ratio de mortalité maternelle par pays, dans le monde en 2005.

Figure n°II-5 : Evaluation du niveau de mortalité infantile

Figure n°II-6 : Evaluation du niveau de mortalité juvénile

Figure n°II-7 : Evaluation du niveau de mortalité maternelle

Figure n°II-8 : Projection du taux de prévalence contraceptive à l'horizon 2015.

Figure n° III-1 : Evolution du taux de chômage entre 1984 et 1993.

Figure n° III-2 : Evolution du taux de chômage entre 1994-2004

Figure n° III-3 : Evolution du taux de chômage entre 2005 et 2010.

Figure n°III-4 : Evolution du Taux de chômage (1984-2010)

Figure n°III-5 : Relation entre les différents aspects du capital humain.

Figure n°IV-1 : Répartition de la parité moyenne selon le groupe d'âge de la femme.

Figure n°IV-2 : Schéma conceptuel de l'étude.

Abréviations

CENEAP : Centre National d'Etudes et d'Analyses pour la Population et le développement.

CEPALC : Commission Economique des Nations Unies pour l'Amérique Latine et les Caraïbes.

CNES : Conseil National Economique et Social.

EASF : Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille.

EASME : Enquête Algérienne sur la santé de la Mère et de l'Enfant.

FIPF : Fédération International de la planification familiale

FMI : Fonds Monétaire international.

LSMS : Living Standard Measurement Surveys

MESRS :Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement.

OMS : Organisation Mondiale de Santé.

ONESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

ONG : Organisations Non Gouvernementales.

ONS : Office National des Statistiques.

ONU SIDA : Programme commun des Nations Unies pour le VIH/Sida.

PAM : Programme Alimentaire Mondial.

PMI : Centre de protection maternelle et infantile.

PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement.

PPA : Parité du Pouvoir d'Achat

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Table des matières

Introduction générale :	1
Chapitre I : La portée théorique de la santé reproductive et la pauvreté.	7
Introduction :	8
I - Santé reproductive : concepts, définitions et indicateurs :	9
I-1 - Concepts et définitions :	9
I-1-1 - Santé reproductive :	9
I-1-2- Santé sexuelle :	11
I-1-3- Education à la santé sexuelle:	12
I-1-4- Droit à la santé reproductive :	13
I-2- Composantes de la santé reproductive selon les organismes internationaux :	14
I-3- Indicateurs de la santé reproductive :	15
I-3 -1- Planification familiale :	15
I-3-2- Santé maternelle :	17
I-3-3- Santé et mortalité infantiles :	20
I-3-4- VIH-SIDA :	21
II - Pauvreté : Concepts, définitions et mesures :	22
II-1- Concepts et définitions :	22
II-1-1- Pauvreté d'une façon générale:	23
II-1-2- Pauvreté selon des organismes internationaux:	24
II-1-3- Pauvreté humaine :	24
II-2- Ecoles de pensée sur la mesure de la pauvreté :	24
II-2-1- L'école welfarist :	25
II-2-2- L'école des besoins de base :	25
II-2-3- L'école des capacités :	25
II-3- Différentes mesures de la pauvreté :	26
II-3-1- Indicateurs de la pauvreté :	26
II-3-2- Estimation d'une ligne de pauvreté:	28
II-3-3- Estimation de mesure de la pauvreté :	29
II-3-4- Les profils de pauvreté :	31
II-3-5- Indice synthétique national de pauvreté humaine du PNUD :	32
II-3-6- Pauvreté multidimensionnelle : approches empiriques et opérationnalisation :	33
III - Relation entre la santé reproductive et la pauvreté dans la littérature.....	35
III-1- Cadre conceptuel de la relation entre la santé reproductive et la pauvreté :	35
III-2- Revue de la littérature sur la relation entre les indicateurs de la santé reproductive et la pauvreté.....	36
III-2-1- Pauvreté et mortalité infantile:	36
III-2-2- Pauvreté et Mortalité Maternelle :	37
III-2-3- Pauvreté et Fécondité :	37

III-2-4- Pauvreté et Planification Familiale :	38
III-2-5- Pauvreté et santé :	39
III-2-6- Pauvreté et santé reproductive:	39
III-3- Objectifs du millénaire pour le développement: présentation, statistiques et actions mise en œuvre :	40
III-3-1- Présentation et statistique des OMD:	40
III-3-2- Actions mise en œuvre pour atteindre les OMD:	48
Conclusion :	51
Chapitre II: Analyse et tendance de la santé reproductive en Algérie : Evolution, Evaluation selon les Objectifs du millénaire de développement et stratégies réalisées.	54
.....	54
Introduction	55
I- Analyse de l'évolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie :	56
I-1- Sources des données utilisées	56
I-2- Indicateurs de la planification familiale.....	56
I-2-1- Connaissance des moyens contraceptifs :	57
I-2-2- Taux de prévalence contraceptive :	58
I-2-3- Besoin non satisfait à la planification :	61
I-3- Indicateurs de la santé maternelle	64
I-3-1- Complications maternelles :	64
I-3-2- Mortalité maternelle :	67
I-4- Mortalité infantile et juvénile :	69
I-4-1- Mortalité infantile.....	69
I-4-2- Mortalité juvénile :	70
I-4-3- Taux de couverture vaccinale.....	71
I-5- VIH/sida :	72
II- Evaluation des indicateurs de la santé reproductive selon les OMD.....	74
II-1- Objectifs du millénaire pour le développement:.....	74
II-2- Evaluation des indicateurs de la santé reproductive en Algérie:.....	75
II-2-1- Evaluation du niveau de la mortalité infantile et juvénile.....	75
II-2-2- Evaluation du niveau de la mortalité maternelle :	76
II-2-3- Evaluation du niveau de la prévalence contraceptive :	77
II-2-4- Evaluation du niveau de VIH/Sida :	78
III- Stratégies pour améliorer les indicateurs de la santé reproductive en Algérie :.....	78
III-1- Rôle de l'Etat algérien dans l'amélioration des indicateurs de la santé reproductive.....	79
III-1-1- Politique de population et de santé en Algérie depuis l'indépendance :	79
III-1-2- Dépenses en santé :	82
III- 1-3- Infrastructure sanitaire :	83
III-1-4- Ressources humaines :	85

III-2- Rôle de la femme algérienne dans l'amélioration des indicateurs de la santé reproductive :	88
III-2-1- Caractéristiques de la femme algérienne :.....	88
III-2-2-Couverture sanitaire des femmes en âge de procréation :.....	91
III-3- L'efficacité des stratégies pour améliorer la santé reproductive en Algérie :	95
Conclusion :	95
Chapitre III : Analyse de la pauvreté en Algérie :	98
Introduction :	99
I-Situation économique algérienne :	100
I-1- Situation économique après l'indépendance :	100
I-1-1- La première période de 1962-1890.....	100
I-1-2- La deuxième période de 1980-1993.....	101
I-1-3- La troisième période de 1994-2004.....	103
I-2- Situation économique actuelle :	106
I-3- Politique de développement adoptées en Algérie :	108
II- Evolution et évaluation de la pauvreté en Algérie :	110
II-1-Estimation de la pauvreté en Algérie :	110
II-1-1- Estimations monétaires :	110
II-1-2- Estimations non monétaire :.....	115
II-2- Evolution des indicateurs de pauvreté en Algérie :	117
II-2-1- Evolution de taux de pauvreté monétaire en Algérie :.....	118
II-2-2- Evolution d'autres estimations de la pauvreté :.....	119
II-3- Evaluation de la pauvreté à partir des objectifs du millénaire pour le développement.....	122
II-3-1- Présentation du premier objectif (Réduire l'extrême pauvreté).....	122
II-3-2- Evaluation des indicateurs de la pauvreté :.....	122
III-Stratégies pour combattre la pauvreté :	124
III-1- Dispositifs de création d'emplois et de lutte contre le chômage.....	124
III-1-1- Programme d'emploi de jeune :.....	125
III-1-2-Contrat de prêt-emploi :.....	125
III-1-3- Micro crédit.....	126
III-1-4-Micro entreprise.....	126
III-2- Dispositifs de création du logement social et de lutte contre les bidonvilles.....	127
III-3-Renforcement de l'assistance et de la solidarité nationale.....	129
III-3-1- Filet social.....	129
III-3-2- la Solidarité nationale.....	130
III-4- Investir dans le capital humain comme stratégie pour combattre la pauvreté...	131
Conclusion	132
Chapitre IV : Etude de la relation entre la santé reproductive des femmes et la pauvreté non monétaire des ménages à partir des données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille.....	134
Introduction :	135

I-Aspect méthodologique :	136
I-1- Description de l'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002 :	136
I-1-1- Présentation de l'enquête :.....	136
I-1-2- Objectifs de l'enquête :.....	136
I-1-3- Questionnaire :.....	136
I-1-4- Echantillonnage :.....	137
I-2- Evaluation de la qualité des données de l'enquête.....	139
I-2-1- Evaluation de la déclaration des âges des mères enquêtées.....	139
I-2-2-Evaluation de la parité moyenne.....	140
I-2-3- Evaluation des variables de l'étude.....	141
I-3- Méthodologie de la recherche.....	142
I-3-1- Hypothèse de travail.....	142
I-3-2- Champ d'étude.....	143
I-3-3- Schéma conceptuel de l'étude.....	143
I-3-4- Variables retenues.....	144
II- Estimation des indices synthétiques de pauvreté non monétaire et santé reproductive.....	146
II-1-Construction de l'indice synthétique de pauvreté non monétaire.....	146
II-1-1- Choix des dimensions liées au bien-être.....	146
II-1-2- Construction d'un indice synthétique de pauvreté non monétaire.....	151
II-1-3- Construction de l'indice synthétique de pauvreté au niveau individuel (ménages).....	156
II-2- Construction de l'indice synthétique de la santé reproductive.....	158
II-2-1- Choix des dimensions liées à la santé reproductive.....	158
II-2-2- Construction d'un indice synthétique de la santé reproductive des femmes.....	161
II-2-3- Construction de l'indice de santé reproductive pour chaque femme enquêtée non célibataire âgée entre 15-49ans	165
II-3- Relation entre la pauvreté non monétaire et la santé reproduction.....	165
II-3-1- Relation entre l'indice de la pauvreté non monétaire et de la santé reproductive.....	165
II-3-2-Relation entre la pauvreté non monétaire et les indicateurs de la santé reproductive.....	165
III- Modèles de régression : la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.....	168
III-1-Modèle de régression linéaire.....	168
III-1-1- Relation linéaire entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.....	168
III-1-2- Relation linéaire entre la santé reproductive et les indicateurs de la pauvreté non monétaire.....	169
III-2- Modèle de régression logistique.....	171
III-2-1- Relation logistique entre la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.....	172
III-2-2- Relation logistique multiple entre les indicateurs de la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.....	173
III-2-3- Relation logistique multiple entre les variables explicatives liées à la santé reproductive et la pauvreté non monétaire.....	174
Conclusion.....	178
Conclusion générale.....	180

Référence bibliographiques.....	183
Annexes.....	191
Listes des tableaux et des figures.....	200
Abréviations	204