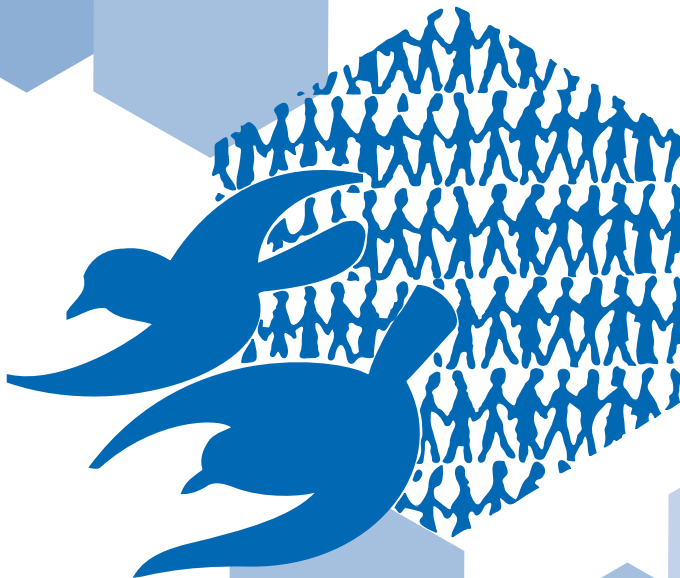


DÉMOGRAPHIE ET CULTURES

*Colloque international de Québec
(Canada, 25-29 août 2008)*



**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>**

Variabilité des comportements démographiques et sanitaires selon l'appartenance géographique et culturelle

BEDROUNI Mohamed

Université Saad Dahleb de Blida. Faculté des Lettres et des sciences Sociales. Blida (Algérie)

Introduction

À l'instar de ce qui s'est passé dans les autres pays du monde arabo-musulman, la société algérienne connaît depuis quelques décennies des mutations spectaculaires dues notamment aux effets de la transition démographique et sanitaire. Les données démographiques et de santé, devenues depuis un certain temps plus disponibles, permettent de suivre les évolutions relatives aux pratiques matrimoniales, à la reproduction, à la mortalité et à la morbidité. Il faut toutefois signaler que les transformations observées constituent la résultante d'un certain nombre de facteurs appartenant à deux courants antagonistes. Le premier courant regroupe les facteurs de la modernisation liés à la communication alors que le second courant incarne les facteurs visant essentiellement la recherche identitaire et religieuse. Les effets de ces deux courants contradictoires (moderniste et religieux) qui traversent la société algérienne, avec des intensités variables dans le temps et dans l'espace, se reflètent à travers plusieurs représentations. D'une part, ils s'observent dans la persistance aussi bien du caractère quasi-universel du mariage, du confinement des femmes, du patriarcat et de la suprématie du mari et père dans le mariage, le divorce et les dispositions testamentaires. Mais parallèlement, on observe paradoxalement une présence féminine de plus en plus importante dans la vie active (professions de l'enseignement, santé, administration, usines), des fratries de moins en moins nombreuses, un recul considérable de l'âge au premier mariage et un phénomène de polygamie qui semble de plus en plus minoritaire. Les mêmes paradoxes existent également dans l'éducation des jeunes filles qui se sont traduits par l'élévation de leur niveau d'éducation et l'accueil équivalent à celui des garçons.

Il serait certes prétentieux de pouvoir cerner l'ensemble des points évoqués plus haut à travers la présente communication. On tentera cependant, d'aborder un certain nombre d'aspects relatifs aux maladies sexuellement transmissibles, aux soins en maternité, à l'allaitement maternel et à l'état nutritionnel des enfants. Quant à l'approche adoptée pour traiter ces éléments, on a opté pour une analyse des évolutions temporelles et spatiales.

1. Sources de données et méthodologie

Il faut cependant préciser de prime à bord, que s'il est plus facile aujourd'hui de décrire les évolutions temporelles des aspects sus-évoqués, grâce à la disponibilité de plusieurs séries temporelles d'indicateurs, suite aux différentes opérations de collecte qui ont eu lieu en Algérie, il s'avère toujours difficile, dans ce même contexte, de procéder à une analyse spatiale par aires culturelles. Les informations relatives à l'appartenance culturelle ou ethnique ne figurent pas dans la quasi-totalité des sources d'informations, et même lorsqu'une information existe, telle que la langue maternelle ou la langue parlée, cette dernière n'est pas accessible aux chercheurs. Les différentes enquêtes qui se sont intéressées à l'examen des disparités se sont contentées à mettre en exergue les différences entre les deux milieux de résidence (urbain et rural) et les grandes régions géographiques. Ces dernières couvrent des espaces très étendus et sont très hétérogènes sur le plan physique, démographique, économique et culturel.

TABLEAU 1 : COMPOSITION DES 17 SOUS-RÉGIONS RETENUES DANS LES RÉCENTES ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET DE SANTÉ

Région sanitaire	Sous région	Wilayas	Région sanitaire	Sous région	Wilayas
1. Centre	11*	Alger	3. Ouest	31*	Tlemcen, Sidi Bel Abbes
	12*	Bejaia, Tizi Ouzou Boumerdes.		32	Oran et Ain Temouchent
	13	Bouira, Médéa, Ain Defla Bordj Bou Arriredj		33	Tiaret, Saida, Mascara et Tissemsilt
	14*	Blida et Tipaza		34*	Chlef, Mostaganem et Relizane
	15	Djelfa	4. Sud	41*	Bechar, Ouargla, El Bayadh, Naama Ghardaia
21	Constantine, Annaba	42		Laghouat, Biskra et El Oued	
22*	Jijel, Setif, Skikda et Mila	43*		Adrar, Tamanrasset, Illizi et Tindouf	
23	Guelma, El Tarf et Souk Ahras				
24*	Oum El Bouaghi, Batna, Tébessa et Khenchela				
25	M'Sila				

Ainsi on se rend compte que dans certaines enquêtes le territoire algérien se trouve stratifié en trois grandes régions qui sont le Tell, les Hauts plateaux et le Sahara, alors que d'autres enquêtes ont préféré un partage en six sous régions¹. Malgré cette tentative de désagrégation, la vaste superficie du pays qui induit une diversité des réalités physiques (relief, climat...etc.), économiques et culturelles ne permet pas de saisir convenablement les disparités. Pour pallier à cela les plus récentes enquêtes réalisées en 2002 et 2006 ont essayé de fournir pour plusieurs indicateurs des données aussi bien, au niveau des quatre grandes régions sanitaires (Algérie centrale, occidentale, orientale et saharienne) que pour les 17 Sous-régions qui les composent, lorsque les contraintes de signification le permettent.

Pour ce qui concerne la présente contribution, on a essayé de profiter de cette dernière désagrégation et de la connaissance du territoire pour choisir neuf sous régions parmi les dix-sept. La détermination de ces dernières a été effectuée en fonction des positions géographiques et des scores relatifs à certains indicateurs pertinents de notre étude, enregistrés par les dix-sept sous-régions. On a procédé en effet pour chacune des quatre grandes régions, au choix des deux sous régions qui détiennent les scores extrêmes². Le résultat de notre initiative se résume dans les classes mentionnées en gras contenues dans le tableau précédent.

2. Caractéristiques générales du contexte de l'étude

La configuration géographique et les caractéristiques physiques et naturelles du territoire ont fortement conditionné les aptitudes au développement des différentes régions et façonné les

¹ Le littoral Ouest, Centre et Est. Hauts plateaux Est et Ouest et enfin le Sud.

² Pour la région centrale on a opté au choix de trois sous-régions compte tenu de la diversité des sous-régions qui la composent.

comportements et les cultures de leurs populations. À première vue, trois grands espaces complètement différents peuvent être distingués. Le Nord présentant les meilleures conditions naturelles s'étend sur 4,3% du territoire. Il recouvre les plaines littorales et les bassins intérieurs insérés entre deux chaînes telliennes internes (Dahra-Zaccar, Atlas blidéen) et externes (Beni Chougrane, Ouarsenis, Titteri et les Bibans). Les 3/5 des 1541 communes algériennes font partie d'ailleurs de cet espace et près de 44% de sa population est concentrée dans le littoral. Le second grand espace est composé des hauts plateaux. Il se situe entre deux grandes chaînes montagneuses, l'Atlas tellien au nord et l'Atlas saharien au sud. Cette partie du territoire est caractérisée par un climat aride et une faible pluviométrie annuelle (200 à 300 mm de pluie en moyenne). Sa population qui représente environ 27% de la population nationale vit principalement de l'activité agropastorale. Enfin, le Sud qui s'étend sur une très vaste superficie de 1 975 744 km², est composé de bas plateaux, d'ergs et de reliefs montagneux. Il se distingue par un climat aride avec de très faibles précipitations (10 à 100 mm par an). Ces contraintes physiques ont entravé considérablement le développement des activités et l'implantation des établissements humains au sein de cet espace. On retrouve à peine 9% de la population sur près de 83% de la superficie du territoire.

2.1. Des traits culturels regimbant aux vicissitudes du temps

En dépit des profonds changements subits, d'importantes franges de la société algérienne demeurent profondément attachées à ses mœurs, ses coutumes et ses structures traditionnelles. Mais c'est en dehors des grandes villes et des agglomérations les plus urbanisées que les signes de ces usages et pratiques traditionnelles se manifestent de manière beaucoup plus visible.

2.1.1. *Permanence d'une structure sociale traditionnelle*

Il est très facile d'observer lors de certaines circonstances des comportements identiques adoptés par les membres d'un même clan. Il peut s'agir entre autres, soit d'une collecte de fonds pour la constitution d'une dîme visant la réparation d'un préjudice ou bien d'un soutien indéfectible aux candidats issus du même clan lors des périodes électorales. Plus souvent d'ailleurs, des personnes d'horizons divers (même instruits) n'hésitent pas à mettre en exergue leur identité en se référant à leurs communautés. La communauté en tant que cellule fondamentale continue toujours d'exercer son rôle prépondérant au sein de la société algérienne malgré la présence de l'État-nation. L'appartenance communautaire est régie plus souvent par des liens transmissibles par le sang (lien tribal) ou consolidé par un mysticisme religieux à l'instar de ce qui est constaté dans le cas des confréries religieuses telles que les zaouïas. Il est donc plus fréquent d'observer des fronts de solidarité et des actes d'entraide aussi bien entre les membres d'un même clan que parmi les adeptes d'une même zaouïa. Néanmoins, il convient de préciser que la structure traditionnelle prédominante demeure la tribu. L'ancrage des zaouïas est beaucoup plus perceptible dans l'extrême Sud du pays (au Sahara).

Il y a lieu de signaler d'autre part que si certaines communautés (Arch³) n'ont pas pu résister aux différentes guerres et aux divers mouvements migratoires, certaines ont réussi par contre à franchir tous les obstacles et continuent toujours d'exister. Au début de la période coloniale, les auteurs ont dénombré près de 600 tribus uniquement au Nord du pays. Celles qui occupaient les massifs montagneux avaient des petits effectifs (entre 2000 et 3000 habitants), alors que celles qui se répartissaient à travers le vaste espace steppique des hauts plateaux avaient des effectifs assez importants dépassant les 30 000 personnes.

³ Une collectivité sociale composée d'individus se réclamant d'un même ancêtre commun, généralement mythique.

Selon E. Msqueray, la constitution de la société s'est effectuée à partir du groupement des familles en fraction⁴. L'association de diverses fractions a permis l'édification de la tribu, et l'alliance des différentes tribus permet de constituer une confédération pour répondre à des préoccupations politico-militaires. Parallèlement à cette structure pyramidale, des auteurs comme M. Côte, ont révélé aussi l'existence d'une organisation de type horizontale appelée saff. Elle a été observée en Kabylie, au Aurès, au Gourara et dans le Mزاب. Il s'agit en fait d'alliances entre certaines communautés en vue de défendre les intérêts de l'un de ses éléments. Les adversaires d'une même communauté peuvent s'associer et constituer un saff. Il convient de signaler néanmoins que suite aux grands bouleversements politiques et sociaux les saffs ont actuellement disparu des mémoires tandis que certains éléments de la structure sociale tribale subsistent toujours notamment en milieu rural.

Le fait communautaire demeure donc très significatif au sein de la société algérienne. La force du groupe demeure un élément fondamental qui oblige les pouvoirs publics à prendre en compte lors des prises de décisions. Les multiples séances de dialogue entre l'État et les archs de la Kabylie lors de la dernière crise qui a secoué cette région constituent la preuve tangible de la perpétuité des structures sociales traditionnelles.

2.1.2. Les transformations du modèle familial et des rôles sociaux

Au début du 19^{ème} siècle, la société algérienne était essentiellement paysanne. Elle était fondée sur le patriarcat. Les premiers bouleversements qui l'ont affectée peuvent être liés à l'irruption de l'ordre colonial. Ce dernier a été à l'origine de l'introduction du capitalisme et de la paupérisation de la population suite notamment à l'instauration des lois foncières d'expropriation, au déplacement des populations sans oublier toutefois les conséquences de la politique de cantonnement. Les premières études sur la famille réalisées au cours des années trente avaient révélé déjà les premiers grands changements qui se sont traduits par un exode rural massif des paysans sans terres provoquant l'amorce du phénomène d'urbanisation. Le déclenchement de la guerre de libération a contribué lui aussi aux changements engagés. Ainsi, les femmes qui étaient pendant longtemps mises à l'écart de toute participation économique, culturelle ou politique, n'ont pas hésité à saisir cette occasion en rejoignant les maquis pour participer activement à la libération du pays.

Au lendemain de l'indépendance les mutations se sont poursuivies. Les enquêtes sociologiques menées pendant les années 60 ont confirmé la perpétuité des transformations engendrées par le déracinement et les mutations sociologiques et culturelles. Ces dernières se sont exprimées à travers l'éclatement des structures sociales et familiales traditionnelles et la nucléarisation de la famille patriarcale élargie appelée « ayla »⁵, suite notamment à l'accélération de l'urbanisation, amplifiée par l'explosion démographique et l'augmentation des emplois salariaux qui ont généré d'importants flux migratoires amenant les familles qui occupaient les grandes maisons à s'installer dans des appartements et à abandonner leur fonction d'agent de production économique (kharoufi, 1994).

Il y a lieu de signaler toutefois, que la nouvelle acculturation de l'urbanité a eu dans certains cas des conséquences importantes sur les relations de genres et les rapports intergénérationnels. Trois types de structures familiales ont été ainsi observés. D'une part on retrouve toujours la famille traditionnelle basée sur l'endogamie avec une cohabitation intergénérationnelle et une surveillance accrue des femmes. Parallèlement, on peut rencontrer aussi la famille dite semi-moderne, qui correspond au modèle transitionnel caractérisé par le choix du conjoint, une limitation du nombre de naissances et l'acceptation du salaire de la

⁴ Ensemble de ménages occupant un groupement d'habitat (ou plusieurs groupes de tentes au Sud), portant également le nom de Mechta, village kabyle ou Dechra Auréssienne.

⁵ Communauté parentale fondée sur les liens de sang, hiérarchisée et en lignée parentale.

conjointe. Ce modèle est présent dans les villes, il ne présente pas de rupture saillante avec le modèle traditionnel puisque les liens intra-familiaux ne sont pas rompus. Le troisième modèle quant à lui se distingue par la prééminence de valeurs modernes avec l'autonomisation du couple conjugal, l'existence du sentiment amoureux, des expériences sexuelles pré-conjugales, le désir de planifier les naissances et un refus de cohabiter avec la belle famille (Adel, 1996).

Ainsi et tout en essayant de composer en même temps avec la culture moderne, la famille algérienne patrilinéaire continue toujours à s'appuyer le plus souvent sur des ressources multiples propres à la culture traditionnelle qui puise ses règles dans les préceptes religieux, les croyances et coutumes ancestrales. Certes la société a connu avec le temps un certain relâchement des mœurs, dont le degré de rigorisme varie aussi bien selon les régions que selon les familles, mais la sacralité de certains aspects relatifs au système de parenté et de valeurs, basé sur les principes du respect, de l'honneur et de l'autorité paternelle n'a que peu évolué. Parallèlement, on peut constater quelques changements ayant trait aux rôles sociaux. Les femmes ont pris conscience de leur statut et de leur rôle dans le développement économique, socioculturel et politique, suite à leur scolarisation et leur accession au travail salarié. Ceci leur a permis de contribuer activement à la modification des configurations familiales traditionnelles, de modifier et d'élargir leurs prérogatives traditionnelles (Y. Bettahar 2003).

2.2. Disparités du mode de vie et des comportements des ménages selon les grandes régions géographiques (Tell, Hauts Plateaux, Sud)

Les informations contenues dans cette partie sont issues du rapport de l'Enquête Nationale Santé, intitulée « Transition épidémiologique et système de santé », réalisée en 2005 par Institut National de Santé Publique (l'INSP) dans le cadre du Projet TAHINA. On s'est contenté ici de reproduire quelques résultats qui répondent aux objectifs du présent travail. On s'est également limité à l'examen d'un nombre restreint d'aspects, considérés forts importants pour la compréhension du contexte transitionnel des conditions sanitaires. Il s'agit en fait des éléments suivants :

Le mode d'habitat :

L'enquête a donc révélé que le mode d'habitat diffère selon les régions. Au niveau du Tell, 41% de la population vit dans des maisons individuelles ou des villas, 36% dans des immeubles et près de 20% dans des maisons traditionnelles type haouch.⁶ Pour les Hauts plateaux, l'enquête a montré que 47% vivent dans les haouchs caractéristiques des activités agricoles, 38% dans des maisons individuelles ou villa. Tandis qu'au Sud on remarque que plus de 60% de la population vivent dans des maisons individuelles ou des villas, sachant que le concept de maison individuelle se distingue de celui du Tell, et environ un tiers de la population vivent dans les haouchs adossées aux activités des palmeraies. En termes de répartition de l'habitat précaire, 43% est situé dans le Tell, 27,1% dans les Hauts Plateaux et 27,9% dans le sud. Ces résultats sont à rapprocher de la densité de la population par région qui ne bénéficie pas des commodités élémentaires telles que l'eau, l'électricité,

Les Revenus et Dépenses :

Selon la même source, on constate des disparités géographiques en termes de catégories socioprofessionnelles. Ainsi, on remarque que 47% de la population vivant dans le Tell sont soit des retraités, soit sans profession contre 36% dans le Sud. Les ouvriers agricoles sont plus importants dans les Hauts Plateaux alors que les ouvriers non agricoles sont très représentés dans le sud en raison de l'importance du secteur des hydrocarbures (zones pétrolières).

⁶ Grande cour collective entourée par des habitations.

En ce qui concerne les revenus, l'enquête indique un taux élevé des faibles revenus dans les trois régions. Les classes de niveau élevé se situent principalement dans la région du Tell. Le revenu moyen dans les Hauts Plateaux est inférieur d'environ 17% à celui du Tell et de 15% par rapport au Sud. Dans le sud, le revenu moyen est très proche de celui du Tell, mais c'est la région qui accuse la plus forte disparité.

S'agissant des dépenses, on remarque que les disparités affectent les mêmes régions, notamment les Hauts Plateaux avec un niveau de dépense moyen, le plus faible par rapport à la moyenne nationale et par rapport à celui du Tell et du Sud. En somme, c'est les Hauts plateaux qui sont moins lotis en matière de revenu. Pour ce qui est des différences géographiques selon la nature des dépenses alimentaires, l'enquête indique que c'est dans la région du Tell que les achats de fruits et légumes sont les plus élevés. Ils sont les plus faibles dans la région du Sud. Quant aux achats de viande, les Hauts Plateaux semblent très défavorisés également par rapport aux autres régions. Les dépenses sont deux fois inférieures à celles des deux autres régions, alors que c'est dans les Hauts Plateaux que l'activité agropastorale est la plus développée. Pour les achats de poisson, la région du Sud paraît comme étant la région la plus défavorisée en raison de l'éloignement des zones d'approvisionnement et probablement aussi par le mode de vie de la population. Par contre les dépenses relatives au Pain et semoule – riz – pâtes qui représentent des denrées élémentaires de base, les disparités régionales sont très faibles.

Le recours aux soins :

Pour saisir cette variable l'enquête a utilisé 3 items. Il s'agit de la structure de santé habituellement fréquentée, du personnel de santé sollicité et de la distance qui sépare cette structure du domicile. Pour la première composante, l'enquête a montré que 52% des chefs de ménages ont déclaré avoir eu recours à une structure sanitaire de base (USB), 39% à un cabinet privé et 7% à une structure hospitalière (publique et privée). Les unités sanitaires de base sont les structures les plus fréquentées quelle que soit la région géographique. Les populations du Sud ont eu recours aux soins au niveau des hôpitaux dans 31% des cas.

En ce qui concerne le personnel de santé sollicité, l'enquête montre que c'est le médecin généraliste qui est sollicité en premier dans 84% des cas. Ce pourcentage s'élève à 87,73% en milieu rural (82% en milieu urbain). Le recours au spécialiste concerne beaucoup plus les citadins (16% contre 11% en milieu rural), soit une moyenne de 14% des cas pour les deux milieux confondus. Selon les régions géographiques, le médecin spécialiste est moins sollicité dans la région Sud (0,8% des cas) en raison du déficit de ce type de personnel au niveau de cette région. Le thérapeute traditionnel est plus sollicité au niveau du sud (2,9% vs 0,4% au niveau du tell et des hautes plaines).

S'agissant de la distance moyenne parcourue, l'enquête a révélé que 72% des ménages enquêtés couvrent moins de 5 kilomètres (moins d'une heure de marche) pour se rendre à une structure de santé alors que dans 27,9% des cas, la structure est à une distance de plus de 5 kilomètres. Dans la région du tell les ménages traversent une distance moyenne inférieure à 5 kilomètres dans 74% des cas. Cette distance est de 65% dans la région des hautes plaines et de 82% dans le sud. La distance est supérieure à 5 kilomètres pour 26% des ménages de la région du tell, 35% pour ceux de la région des hautes plaines et de 18% pour la région du sud.

La morbidité ressentie dans le ménage au cours des 15 derniers jours :

Concernant cet aspect l'enquête a conclu que près de 17% des personnes enquêtées ont présenté un épisode aigu avec une prédominance chez le sexe féminin (16%) et l'adulte (18%). La morbidité ressentie est plus fréquente en milieu urbain (17% vs 16%) et dans le tell (19%). Les maladies de l'appareil respiratoire sont la première cause de la morbidité ressentie avec 25% suivies des symptômes/signes (21%) et les maladies digestives (14%). Les maladies respiratoires occupent la première place dans les deux milieux urbain et rural (26% et 24%).

Elles se retrouvent en première position (26% et 24%) dans les régions du tell et des hautes plaines, alors que les symptômes/signes (32%), représenté essentiellement par les douleurs abdominales, la fatigue et la fièvre, prédominent dans le sud.

Les consultations médicales dans le ménage au cours des trois derniers mois :

Selon la même source, les personnes qui se sont présentées au moins une fois à une consultation médicale ou dentaire au cours des trois derniers mois précédant l'enquête représentent 26% avec une prédominance féminine (31% vs 22%) quel que soit le milieu ou la région géographique. Les consultations sont plus fréquentes en milieu urbain (27,44% v.s 24,77%) et dans la région du tell (27% contre 26% en hautes plaines et 21% au sud).

Pour ce qui est des causes des consultations, on remarque que les affections de l'appareil respiratoire sont les premiers motifs de consultation déclarés (25%). Il s'agit le plus souvent d'angine, de grippe et d'asthme. Le second motif correspond au chapitre des « symptômes et signes » (15%) représenté essentiellement par les douleurs abdominales, la fatigue et la fièvre. En troisième position, on retrouve respectivement les affections de l'appareil digestif dominées par les colopathies et les caries dentaires ainsi que ceux de l'appareil circulatoire (l'hypertension artérielle). Les maladies endocriniennes occupent la quatrième position, elles ont été notées dans 3,73% des consultations, la plus fréquente étant le diabète.

L'analyse des causes de consultation selon le milieu de résidence indique qu'une prédominance des pathologies respiratoires (26% vs 25%) à type d'angine et de grippe. Les consultations pour pathologies cardiaques (en particulier l'hypertension artérielle) et endocriniennes (diabètes et affections thyroïdiennes) sont plus fréquentes en milieu urbain qu'en milieu rural. Pour ce qui est des motifs de consultation en fonction des régions géographiques, l'enquête montre que la pathologie respiratoire occupe la première position pour toutes les régions avec 27% pour la région du tell, 23% pour les hautes plaines et 22% pour le sud. Les maladies infectieuses et parasitaires ont concerné 8% des consultations au niveau de la région Sud, 6% au niveau de la région des hautes plaines et près de 4% au niveau du tell.

Les hospitalisations dans le ménage au cours de l'année précédente :

D'après la même enquête, 4,6% de la population enquêtée ont été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année précédente avec une prédominance féminine (5,5%). Tandis que selon l'âge, l'hospitalisation a concerné plus souvent l'adulte 5% (2,6% pour l'enfant). Les hospitalisations selon le milieu urbain et rural ont représenté respectivement 4,8% et 4,4%. Les hospitalisations selon les régions géographiques (tell, hautes plaines et sud) ont représenté respectivement 4,5%, 4,7% et 5,1%. S'agissant des causes de la dernière hospitalisation, l'enquête indique que le premier motif concerne les grossesses et pathologies obstétricales avec 18,6% des hospitalisations. Arrivent en 2ème position, les maladies respiratoires avec 11,7%, suivies par les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies digestives avec respectivement 10,9% et 10,7%. Les traumatismes sont retrouvés dans 7,2% des cas. Les maladies respiratoires occupent la 1^{ère} place chez l'homme avec 13,6%, tandis que pour les femmes c'est plutôt les hospitalisations pour accouchements et les pathologies obstétricales qui constituent le premier motif avec 31,4% des cas. Les accouchements normaux et les pathologies obstétricales occupent la 1^{ère} place des hospitalisations dans les deux milieux (16,8% et 21,8%). Dans les 3 régions géographiques, les accouchements normaux et les pathologies obstétricales sont prédominantes (17,4%, 18,8% et 25,5% respectivement). La seconde place est occupée différemment selon la région géographique. Ainsi, on retrouve les maladies respiratoires (11,9%) au Tell, les maladies de l'appareil digestif (11,5%) au niveau des hauts plateaux et en fin les maladies de l'appareil circulatoire (24,9%) au Sud.

3. Analyse socio-économique des ménages et de la population des sous régions retenues

Comme annoncé précédemment, le choix des sous régions retenues dans ce travail répond au souci de représenter le plus fidèlement possible, le maximum d'aires géographiques et culturelles plus au moins homogènes. Les neuf sous régions abritent 60% de la population totale et près de 58% de cet effectif résident en milieu urbain, soit une fraction quasi identique à celle observée à l'échelle nationale lors du recensement de 1998.

TABLEAU 2 : QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DES SOUS-RÉGIONS RETENUES

Code	Wilaya	Proportion de la population Urbaine RGPH 1998	Part dans la population totale en %
11*	Alger	90,7	8,8
12*	Bejaia, Tizi Ouzou et Boumerdes.	39,6	9,0
14*	Blida et Tipaza	65,3	4,4
22*	Jijel, Setif, Skikda et Mila	44,0	11,5
24*	Oum El Bouaghi, Batna, Tébessa et Khenchela	61,1	8,1
31*	Tlemcen, Sidi Bel Abbas	62,3	4,7
34*	Chlef, Mostaganem et Relizane	62,3	7,3
41*	Bechar, Ouargla, El Bayadh, Naama et Ghardaia	76,4	4,4
43*	Adrar, Tamanrasset, Illizi et Tindouf	40,2	1,8
Ensemble des 9 sous-régions		57,4 (national 58,3)	60,0

Quant aux parts relatives de chaque sous région, on constate que celles-ci sont très disparates. Leurs poids oscillent entre 1,8% au Sud et 11,5% dans la première strate de la région sanitaire Est. Pour ce qui concerne les poids respectifs de la population urbaine dans chacune des sous-régions, on remarque également une énorme diversité. On passe ainsi d'un maximum de 90,7% à Alger à environ 40% au niveau de la strate située au nord-est d'Alger (Bejaia, Tizi Ouzou et Boumerdes) ainsi que celle localisée à l'extrême sud du pays.

3.1. Caractéristiques des ménages

Les informations relatives à la composition des ménages et au degré du confort des logements où résident ces derniers constituent des indicateurs très pertinents pour apprécier leur situation socioéconomique. Qu'il s'agisse de recensement ou d'enquête ce genre d'informations occupe une place de choix et permettent des analyses différentielles très pertinentes puisque les indicateurs tirés de ces informations constituent des facteurs très importants qui déterminent l'état économique, sanitaire et culturel de la population. Dans notre cas et compte tenu de la disponibilité de ce genre d'informations aussi bien dans les recensements (dont l'avant dernier remonte à 1998) que dans les enquêtes, on a privilégié la source la plus récente qui est l'enquête nationale à indicateurs multiples (MICS3 2006).

Six indicateurs ont été donc retenus comme on peut le voir à travers le tableau 3 qui montre qu'en dehors de la proportion des ménages raccordés au réseau électrique qui ne présente pas de disparités substantielles, certains parmi les autres indicateurs traduisent au contraire des inégalités très impressionnantes. Ainsi pour le premier indicateur par exemple, on remarque que la part des ménages vivant en constructions précaires varie de 1,4% à l'extrême sud du pays à plus de 7% dans les strates les plus peuplées des régions Centre et Est

TABLEAU 3 : QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ENQUÊTÉS SELON LA SOUS-RÉGION DE RÉSIDENCE

Caractéristiques	National	Sous régions								
		1(11*)	2(12*)	3(14*)	4(22*)	5(24*)	6(31*)	7(34*)	8(41*)	9(44*)
		Centre			EST		Ouest		Sud	
% des ménages vivant en constructions précaires	4,6	2,6	8,5	3,6	7,1	0,5	0,2	1,0	4,5	1,4
% des ménages raccordés au réseau électrique	98,6	99,5	99,4	99,3	98,8	96,7	98,9	99,3	97,7	96,2
% des ménages rattachés au réseau d'eau potable	83,3	88,3	91,3	92,4	73,0	85,3	93,0	73,6	96,2	86,6
% des ménages raccordés au réseau d'assainissement	78,4	90,3	78,6	85,6	53,2	73,5	87,4	60,2	86,1	46,4
Taille moyenne des ménages	5,9	5,1	5,8	5,4	6,4	5,9	5,4	6,6	6,4	5,8
Taux d'occupation par pièce	2,4	2,2	2,0	2,2	2,7	2,3	2,0	2,4	2,3	2,1

La première strate de la région Ouest s'accapare les plus mauvais scores, suivie de la deuxième strate de la région Est. On constate d'autre part que la strate située à l'extrême Sud se distingue uniquement par son très faible taux de rattachement au réseau d'assainissement, sachant que l'évacuation non hygiénique constitue un risque majeur pour la santé de la population. Une précédente enquête (MICS2-2000) a révélé que la prévalence de la diarrhée aiguë chez l'enfant de moins de 5 ans durant les deux semaines précédant l'enquête est la plus élevée dans les deux régions sanitaires qui accusent du retard en matière de rattachement aux réseaux d'AEP et d'assainissement. Il s'agit de la région sanitaire ouest⁷ (25,2%) et celle du sud (21,1%). Les deux autres régions sanitaires (Est et centre) ont enregistré respectivement 18,9% et 16,2%.

3.2. Éducation et analphabétisme

Parmi les dimensions utilisées pour saisir le développement culturel d'un pays ou d'une région les chercheurs optent le plus souvent pour les indicateurs liés à l'analphabétisme et à la scolarisation. Pour notre cas, nous avons retenu 4 indicateurs dont les valeurs pour chaque sexe et chaque région se trouvent consignées dans le tableau 4.

Le taux d'analphabétisme décrit une situation assez contrastée. Les taux extrêmes oscillent entre 11,7% au centre et 30% à l'Ouest du pays. Pour l'analphabétisme féminin, les taux extrêmes sont détenus par les mêmes sous régions et varient entre 16,7% et 40,5%. Pour la scolarisation des 6-14 ans, les écarts semblent moins importants entre les sous régions et également entre les deux sexes. Les nouvelles générations nées après l'indépendance ont été

⁷ La même enquête a révélé que cette région sanitaire enregistre le taux le plus élevé de ménages alimentés en eau par tracteur avec citerne (14,6%) en raison de la mauvaise qualité de l'eau du robinet.

donc plus chanceuses que les vieilles. Elles ont eu la possibilité de profiter des progrès en matière d'éducation réalisés au lendemain de l'indépendance. L'écart maximal entre les taux bruts de scolarisation des deux sexes (au profit des garçons) est de l'ordre de 4 points, enregistré aussi bien à l'Est qu'à l'Ouest. Néanmoins, on observe une situation inverse au niveau du centre où l'on peut observer que l'enrôlement des filles dépasse celui des garçons.

TABLEAU 4 : QUELQUES INDICATEURS ÉDUCATIFS SELON LA SOUS-RÉGION DE RÉSIDENCE (MICS3 2006)

Indicateurs	National	Sous-régions								
		1(11*)	2(12*)	3(14*)	4(22*)	5(24*)	6(31*)	7(34*)	8(41*)	9(44*)
		Centre			Est		Ouest		Sud	
Masculin	16,5	06,7	12,7	16,2	17,3	17,1	16,8	19,2	18,1	13,8
Taux d'analphabétisme										
Féminin	31,6	16,7	30,1	25,7	33,3	34,6	29,4	40,5	28,6	31,6
Ensemble	24,0	11,7	21,3	20,9	25,4	25,9	23,0	30,0	23,3	22,6
Taux de scolarisation										
Masculin	95,4	97,1	97,0	96,2	95,4	95,2	95,9	95,4	96,6	97,2
(6-14 ans) Féminin	93,6	98,4	97,6	97,4	92,2	90,8	93,1	91,4	95,2	93,6
Ensemble	94,5	97,7	97,3	96,8	93,7	93,0	94,5	93,5	95,9	95,4
Taux net de scolarisation moyen /secondaire 12-17 ans (%)										
Masculin	59,4	66,6	61,6	59,3	55,3	60,3	60,4	61,8	59,6	69,7
Féminin	66,4	81,0	78,8	72,2	64,3	63,9	68,2	58,2	66,5	70,3
Ensemble	62,8	73,5	69,9	65,5	60,0	62,1	64,2	60,0	63,0	70,0
Indice de parité (fille/garçon)	1,12	1,22	1,28	1,22	1,16	1,06	1,13	0,94	1,12	1,01

Les taux de scolarisation dans les cycles moyen et secondaire sont inférieurs aux précédents ce qui implique la grande sélectivité du système éducatif et son mauvais rendement. Par contre, on remarque que les écarts entre sexes profitent beaucoup plus aux filles à une exception près (la seconde strate de la région sanitaire Ouest). Quant aux disparités spatiales, on constate quelles sont assez importantes notamment pour les filles puisque pour ces dernières l'étendue atteint près de 23 points. Mais malgré la persistance de ces inégalités, les progrès réalisés dans ce domaine sont tout de même éloquents. Leur impact sur les changements des mentalités impliquant des transformations socioculturelles profondes au niveau de l'ensemble des régions du pays a été confirmé par plusieurs études.

3.3. Nuptialité fécondité et contraception

Afin de pouvoir donner un aperçu sur les éventuels différentiels de comportements démographiques on s'est servi de trois indicateurs dont les valeurs ont été fournies par deux enquêtes (MICS3 2006 et EASF 2002).

TABLEAU 5 : QUELQUES INDICATEURS REFLÉTANT LES COMPORTEMENTS MATRIMONIAUX ET REPRODUCTIFS

Indicateurs	National	Sous-régions								
		1(11*)	2(12*)	3(14*)	4(22*)	5(24*)	6(31*)	7(34*)	8(41*)	9(44*)
		Centre			Est		Ouest		Sud	
Age moyen au premier mariage (MICS3)										
Masculin	33,5	35,5	35,2	33,7	33,0	32,5	34,4	32,3	32,3	32,2
Féminin	29,9	31,0	31,0	29,7	30,8	29,2	29,9	29,8	28,6	28,1
ISF (EASF 2002)	2,4	1,4	2,1	2,1	2,5	2,5	1,9	2,3	3,3	4,2
Prévalence contraceptive (%) (MICS3)										
Méthodes modernes	52,0	51,0	50,4	57,0	45,6	44,9	63,9	59,0	47,9	41,5
Méthodes traditionnelles	09,4	13,3	18,7	08,1	14,4	09,8	05,1	02,5	07,5	14,1
Ensemble	61,4	64,3	69,1	65,1	59,9	54,7	69,0	61,5	55,5	55,6

Le tableau reflète une situation qui n'est pas tout à fait conforme à ce qui a été observé lors de l'examen des indicateurs précédents, notamment en ce qui concerne l'éducation. Qu'il s'agisse d'âge moyen au premier mariage, de l'ISF ou de la pratique contraceptive, les deux sous régions du Sud affichent les scores les plus désavantageux, alors que pour ces mêmes indicateurs les sous régions ouest enregistrent de meilleurs scores qui les placent pratiquement au même niveau des sous régions du centre réputées comme étant les plus avancées en général, quelque soit le critère retenu. Par ailleurs l'examen des trois indicateurs nous permet de classer nos sous-régions dans quatre paliers. Le premier est composé uniquement de la capitale qui se distingue par l'ISF le plus bas (1,4 enfants par femme) et un recul plus important de l'âge au premier mariage (35,5 ans pour les hommes et 31 ans pour les femmes). Le deuxième palier rassemble les sous régions dont l'ISF se situe au tour de 2 enfants par femmes en l'occurrence les sous-régions du centre (excepté la capitale) et de l'Ouest. Les sous-régions Est occupent le troisième palier avec un ISF de 2,5 enfants par femme et une prévalence contraceptive qui varie entre 54,7% et 59,9%. Le dernier palier est occupé exclusivement par les sous régions du Sud avec un ISF relativement important qui dépasse les 3 enfants par femme, un âge moyen au premier mariage des femmes qui se situe aux environ de 28 ans et une prévalence contraceptive inférieure à 56%, composée d'une proportion non négligeable d'utilisatrices de méthodes traditionnelles ce qui permet à la dernière sous région de s'accaparer la plus faible prévalence en méthodes modernes (41,5% contre 52,0% au niveau national).

4. Santé de la mère et de l'enfant

Le meilleur indicateur qui peut résumer la situation sanitaire des mères par rapport à la grossesse et à l'accouchement correspond au taux de mortalité maternelle. Ce dernier a certes régressé avec le temps, mais il demeure toutefois un sujet de préoccupation (117 pour 100 000 naissances vivantes en 1999), avec d'importantes disparités régionales (50 pour 100 000 naissances vivantes au Nord contre 200 pour 100 000 naissances vivantes au Sud du pays)⁸. En 2006, il a été estimé par le Ministère chargé de la Santé à 92,6 pour 100 000 naissances au niveau national. Bien que ce taux soit inférieur aux estimations précédentes, il reste tout de même très élevé si l'on tient compte du taux affiché

⁸ Les écarts s'amplifient davantage en descendant à l'échelle des wilayas (23 pour la wilaya d'Annaba ; 239 pour la wilaya d'Adrar).

d'accouchements en milieu assisté (estimé à 92% en 1999, et à 95,3% en 2006, d'après le Ministère de la Santé), ce qui pose le double problème de la surveillance des grossesses et de la qualité de l'assistance à l'accouchement.

Les disparités observées concernant ces deux derniers éléments peuvent être rattachées à deux types de contraintes d'accessibilité. Le premier regroupe les déterminants d'accessibilité matérielle dont les deux composantes correspondent respectivement à la distance à parcourir pour regagner une maternité et aux coûts occasionnés par le déplacement, qui peut englober à la fois les frais de transports (qui revêt le plus souvent un caractère urgent) et les frais d'hospitalisation, notamment pour les personnes non couvertes par la sécurité sociale. Quant au second type, il correspond à ce qu'on pourrait qualifier de contraintes d'accessibilité socioculturelle, exercées par la société traditionnelle. J. Des FORETS dans son article intitulé « Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne » a cité entre autres, la crainte du mauvais œil⁹ et la peur de l'hôpital en raison notamment de la qualité de l'accueil (un personnel pas toujours aimable), l'absence familiale sécurisante parce que familiale et féminine, alors qu'à l'hôpital il peut y avoir des hommes comme il fréquent de mettre la femme dans une position indécente, exposée à tous les regards, alors qu'à la maison l'intimité corporelle est respectée.

4.1. Soins prénatals et accouchement

Il est tout à fait évident que les risques liés à l'accouchement diminuent considérablement si les femmes enceintes effectuent aux cours de leurs grossesses, des visites auprès de personnel compétent. Ils convient néanmoins de préciser que les soins prénatals, pour être efficaces, devraient avoir lieu à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre de façon régulière jusqu'à l'accouchement. En se référant à l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille réalisée en 2002 (Tableau 6) on se rend compte que près de 80% des femmes enceintes ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale pour la dernière naissance vivante durant les 5 dernières années précédant l'enquête.

TABLEAU 6 : QUELQUES INDICATEURS REFLÉTANT LE SUIVI DES GROSSESSES

Indicateurs	National	Sous-régions								
		1(11*)	2(12*)	3(14*)	4(22*)	5(24*)	6(31*)	7(34*)	8(41*)	9(43*)
		Centre			Est		Ouest		Sud	
Proportion de grossesses suivies selon le milieu de résidence. (EASF 2002)										
Urbain	86,9	96,7	91,5	95,4	86,6	74,2	85,7	84,2	88,0	85,6
Rural	71,2	100	84,3	89,1	46,7	60,5	79,8	68,6	61,2	67,5
Ensemble	79,9	97,2	86,7	92,6	65,5	70,0	83,4	74,9	80,1	74,1
Proportion d'accouchements en milieu assisté selon le milieu de résidence (EASF 2002)										
Urbain	95,5	99,4	93,7	98,7	100	95,3	97,9	94,4	93,1	71,4
Rural	85,1	100	97,6	96,6	89,1	85,9	75,6	91,0	76,6	45,3
Ensemble	90,9	99,5	96,3	97,8	94,2	92,5	89,3	92,3	88,2	54,9

Le taux de consultation prénatale est plus élevé en milieu urbain (86,9%). Il est positivement corrélé à l'augmentation du niveau d'éducation (69,4% chez les analphabètes contre 99,1% chez les femmes de niveau secondaire et plus) et révèle une association négative

⁹ La grande mère mettaient du KHÖL et farder le garçon nouveau né comme si c'était une fille pour tromper le mauvais œil.

avec l'âge de la mère et le rang de naissance¹⁰. Quant aux disparités spatiales, le tableau précédent indique que près de la moitié des sous régions retenues se situent en dessous de la moyenne nationale. La région centre se distingue par les taux les plus élevés, tandis que la région Est s'accapare les taux les plus faibles.

Il convient de préciser par ailleurs qu'en vu de mener une comparaison beaucoup plus stricte, il nous a semblé plus approprié de procéder à une comparaison plutôt entre les strates rurales des différentes sous régions, puisque c'est au niveau de ces dernières qu'il est fort probable de rencontrer les populations autochtones, plus homogènes sur le plan culturel. On peut ainsi remarquer en ce référant toujours au tableau 6 que les plus faibles scores sont détenus par les sous-régions situées à l'Est et au Sud du pays. En mettant en relation les taux de consultation prénatale des sous-régions avec les taux correspondants d'analphabétisme féminin on retrouve une forte corrélation négative qui se traduit par un coefficient de l'ordre de -80,4%, ce qui nous permet d'affirmer que les sous-régions les moins alphabétisées –les moins développées culturellement- sont celles dont les femmes enceintes consultent le moins pendant la grossesse.

En ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, la même source (EASF 2002) fournit des informations relatives aux naissances vivantes survenues pendant les 5 dernières années précédant l'enquête. Elle indique qu'à l'échelle nationale la proportion des accouchements qui surviennent en milieu assisté s'élève à près de 91%. Néanmoins on relève de très importantes disparités spatiales et selon le milieu de résidence. L'écart entre strate urbaine et rurale se situe au environ de 10 points, avec une proportion de l'ordre de 95,5% pour la première et 85,1% pour la seconde. La comparaison entre les strates rurales des différentes sous-régions indique que les proportions d'accouchements assistés oscillent entre 100% au niveau de la capitale et 45,3 à l'extrême Sud du pays, soit un écart de l'ordre de 54,7 points¹¹.

Par ailleurs, on note encore une association entre le niveau d'instruction de la mère et l'assistance à l'accouchement par du personnel de santé : près de 83% de femmes analphabètes ont été assistées par du personnel de santé contre 96,3% des femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 97,9% des femmes de niveau secondaire et plus. L'EASF a révélé également une association négative de la part des accouchements assistés avec le rang de naissance de l'enfant. Ainsi en passe d'une proportion de l'ordre de 97,6% pour le premier rang à 79,1% pour le 6^{ème} rang et plus.

Quant aux inégalités spatiales en matière d'assistance à l'accouchement, on constate que les écarts semblent beaucoup plus importants comparativement à l'indicateur précédent. Les sous-régions du centre conservent leur primauté avec des proportions d'accouchement en milieu assisté qui avoisinent les 100%, alors qu'au niveau des sous-régions situées au Sud du pays, le taux tombe en dessous du seuil de 50%. L'importance des accouchements non assistés par un personnel compétent, observée au niveau des sous-régions Sud (et dans une moindre mesure chez celles de l'Ouest), peut s'expliquer entre autres par l'indisponibilité ou éloignement des services, plus particulièrement en milieu rural, sans toutefois oublier le cas des accouchements soudain ou prématurés. Un autre argument peut également expliquer cette attitude. Il s'agit du fait que dans certaines régions dépourvues des services de maternités (publics ou privés) on continue toujours de faire appel à des accoucheuses traditionnelles, des amies ou des proches.

¹⁰ Le taux atteint 91,3% pour les femmes de moins de 20 ans (75% pour les 35-49 ans) et 93,7% pour les primipares (67,3% à partir du 6^{ème} rang).

¹¹ Sachant que pour les deux strates confondues les valeurs correspondantes varient entre 99,5% et 54,3%, soit un écart de 44,6 points.

4.2. Soins postnatals

En se référant au tableau 7, on peut se rendre compte de la prévalence relativement faible du recours aux consultations post natales. La part des femmes ayant fait un examen post natal se situe à peine au environ de 30%. Cette part atteint 33 dans l'urbain contre 24,7% dans le rural, et passe de 22% auprès des femmes analphabètes pour atteindre 56% auprès de celles de niveau secondaire et plus.

TABLEAU 7 : STRUCTURE DES FEMMES SELON LE RECOURS AUX SOINS POSTNATAUX POUR LA DERNIÈRE NAISSANCE SURVENUE DURANT LES 5 DERNIÈRES ANNÉES

Indicateurs	National	Sous-régions								
		1(11*)	2(12*)	3(14*)	4(22*)	5(24*)	6(31*)	7(34*)	8(41*)	9(43*)
		Centre			Est		Ouest		Sud	
Proportion de femmes n'ayant pas fait d'examen postnatal selon le milieu de résidence. (EASF 2002)										
Urbain	66,8	45,4	66,2	57,2	61,8	74,7	61,5	73,3	77,5	74,3
Rural	75,3	50,8	67,8	69,5	82,6	66,3	77,0	80,1	87,5	86,5
Ensemble	70,6	46,3	67,2	62,5	72,8	72,1	67,5	77,4	80,5	82,0

Sur le plan spatial, on constate que les femmes qui résident dans les sous-régions du centre recourent beaucoup plus que leurs homologues des autres sous-régions aux soins postnataux. Les plus faibles niveaux de recours à ce type de soins sont observés dans les deux strates de la région Sud avec des proportions qui n'atteignent même pas les 20%. L'EASF nous renseigne aussi que la part des femmes qui ont bénéficié des consultations postnatales est moins élevée en milieu rural. Elle diminue à mesure que le rang de naissance de l'enfant augmente. Ainsi, on passe de 48% auprès des primipares, à près de 20% pour celles dont le rang de naissance est de 6 enfants e plus.

5. Les maladies sexuellement transmissibles

À l'instar de la plupart des autres pays, les IST sont largement sous-déclarées en Algérie. Toutefois, il semble que depuis une dizaine d'années ces dernières (y-compris l'infection à VIH) seraient en pleine recrudescence, notamment dans le Sud du pays¹², et que la population a déjà un comportement à risque malgré les faibles taux (de prévalence ou d'incidence) déclarés qui ne reflètent pas la réalité. Les IST continuent d'être sous déclarées en raison d'une part, de l'insuffisance des capacités diagnostiques et de prise en charge, et d'autre part du fait que les patients atteints par ces infections se soignent préférentiellement dans le secteur privé sachant que ce dernier n'est pas suffisamment intégré au système de surveillance basé sur la notification.

5.1. La représentation sociale des MST

L'examen de cet aspect est rendu possible grâce aux résultats de l'étude ethnographique exploratoire, provenant de l'analyse d'entretiens semi-directifs menés en face à face au niveau de l'Algérie et également en France pendant la période allant du 15 juillet au 15 novembre 2002. L'étude a été menée dans le cadre d'un projet de partenariat entre l'Algérie et l'Organisation internationale pour les migrations. L'étude a révélé que les personnes interviewées possèdent une connaissance basique du VIH/Sida, et la plupart d'entre eux se déclare peu concernée par la maladie. Pour ces derniers le VIH/Sida n'est pas considéré

¹² Entre 1990 et 1995, 22% des IST notifiées au niveau national proviennent des 12 wilayas du sud du pays (7% de syphilis et 30% des gonococcies).

comme une maladie «neutre». Elle est plutôt perçue comme le résultat d'un comportement déviant et immoral. Les personnes infectées subissent une forte pression. Elles se trouvent confrontées constamment au jugement de la société, ce qui a pour effet de produire chez elles des réactions de peur, de déni, de honte et de culpabilisation.

5.2. Connaissances des maladies sexuellement transmissibles

L'enquête algérienne sur la santé de la famille de 2002 a tenté de mesurer les IST auto déclarées. Elle a indiqué que 1,3% de femmes non célibataires de 15-49 ans interrogées se disaient avoir souffert de mycoses, 0,4% de gonorrhées et 0,1% d'autres types de maladies sexuellement transmissibles, mais la syphilis n'a pas été rapportée. Quant à la connaissance des MST, l'enquête a montré (Tableau 8) que près de 7 femmes parmi 10 ont entendu parler de ces dernières. Les femmes urbaines ont déclaré être mieux informées que les rurales (77,6 % contre 56,3%). Sur le plan régional, on constate que ce sont les femmes des sous régions situées à l'Est et à l'extrême Sud du pays qui ont fourni les plus faibles taux de connaissance des MST. Ceci est dû probablement aux taux d'analphabétisme relativement élevé enregistrés au niveau de ces territoires, sachant que l'analphabétisme constitue une des entraves qui limite considérablement l'impact des campagnes de sensibilisation utilisant le plus souvent des mass-média qui nécessitent un niveau minimum d'éducation.

5.3. Connaissances des modes de prévention

Pour pouvoir lutter efficacement contre le fléau du VIH et des autres infections sexuelles, la connaissance par les citoyens des modes de transmission constitue un des moyens indispensables pour pouvoir asseoir des stratégies appropriées de prévention. La plus récente enquête nationale représentative réalisée en 2006 (MICS3) a montré que près de la moitié (49,6%) des femmes âgées entre 15 et 49 ans, connaissant au moins 2 moyens de prévention contre le VIH/Sida. Les femmes urbaines semblent mieux informées que les rurales sur les modes de contamination par cette infection. Pour les premières la part relative de celles qui ont une parfaite connaissance des modes de transmission s'élève à 57,5% alors que pour les femmes rurales cette proportion se situe à 39,6%.

TABLEAU 8 : QUELQUES INDICATEURS REFLÉTANT LA CONNAISSANCE DES MST OU LES MODES DE PRÉVENTION

Indicateurs	National	Sous-régions								
		1(11*)	2(12*)	3(14*)	4(22*)	5(24*)	6(31*)	7(34*)	8(41*)	9(43*)
		Centre			Est		Ouest		Sud	
Proportion de femmes ayant entendu parler de MST selon le milieu de résidence. (EASF 2002)										
Urbain	77,6	88,5	76,9	79,3	76,2	63,5	93,4	71,3	75,1	63,7
Rural	56,3	79,6	61,4	73,2	34,5	42,7	88,2	54,6	48,0	34,9
Ensemble	68,7	87,6	67,4	77,0	54,1	56,6	91,6	62,2	68,0	46,2
Proportion de femmes (%) connaissant au moins 2 moyens de prévention contre le VIH/sida (MICS3 2006)										
	49,6	65,0	61,8	53,1	31,5	40,0	57,5	46,0	46,8	51,7

Quant aux disparités spatiales de cette connaissance, le tableau précédent montre que c'est au niveau des sous régions situées à l'Est du pays qu'on recense les plus faibles taux de parfaite connaissance des modes de contamination, alors que les sous régions Ouest et Sud, qui détiennent les taux de prévalence les plus élevés, occupent une position intermédiaire entre l'Est et le Centre.

5.4. Prévalence de l'infection à VIH :

Avec une très faible prévalence du VIH dans la population générale qui n'a pas encore atteint le seuil de 1% dans les différents sites de séro-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis, l'Algérie a été classée pendant longtemps parmi les pays caractérisés par une épidémie de sida de type peu active. Toutefois, les nouvelles données épidémiologiques issues aussi bien du système de séro-surveillance sentinelle du VIH que des enquêtes spécifiques, militent en faveur d'une révision de cette classification. L'épidémie du VIH en Algérie est devenue donc une épidémie concentrée tant en ce qui concerne les groupes les plus exposés que certains sites et Wilayas.

Ainsi, si l'on se réfère au nombre cumulé de personnes séropositives ou de cas de Sida, confirmés par le Laboratoire National de Référence (LNR), on s'aperçoit que l'épidémie du VIH prend de plus en plus de l'ampleur. Depuis 1985, date de dépistage du premier cas, les deux effectifs n'ont pas cessé de s'accroître en passant respectivement à 2175 séropositifs et 746 cas de Sida jusqu'en 2006. Deux cents soixante-sept (267) nouveaux séropositifs et 46 nouveaux cas de VIH ont été enregistrés au cours de l'année 2006, soit une moyenne annuelle d'un peu plus de 200 nouveaux cas de séropositifs et une cinquantaine de nouveaux cas de sida au cours de ses dernières années.

Il faut préciser toutefois que le nombre de séropositifs reste largement sous-évalué (dépistage passif, le plus souvent chez les donneurs de sang et résultats de quelques enquêtes ponctuelles sur certains groupes à comportement à risque au début de l'épidémie).

TABLEAU 9 : RÉPARTITION DES CAS DE SIDA CUMULÉS DE 1985 AU 31 DÉCEMBRE 2006 SELON LE MODE DE CONTAMINATION. (SOURCE: LNR –IPA -SIDI-FREDJ)

Modes de contamination	Masculin	Féminin	Non précisé	Total	%
Relations hétérosexuelles	203	139	2	344	46,11
Relations Homo et bisexuelles	35	0	0	35	4,69
Usage de drogues injectables	89	5	0	94	12,60
Sang et produits sanguins dérivés	27	22	1	50	6,70
Mère enfant	7	8	0	15	2,14
Autres modes connus	1	3	0	4	0,27
Non précisé	138	63	3	204	27,48
Total	500	240	6	746	100

La majorité des personnes infectés par le VIH est jeune (30,4% ont moins de 35 ans). La voie sexuelle constitue le premier mode de transmission avec une proportion de l'ordre de 46,11%. L'analyse des cas de sida selon le lieu et le mode de contamination montre que contrairement à ce qui était observé pendant les années (1985-1999) où les personnes étaient contaminées surtout à l'étranger par voie sanguine (usage de drogues injectables ou transfusion sanguine), les années 2000 sont caractérisées plutôt par une transmission hétérosexuelle locale et que les femmes sont plus infectés par voie sexuelle comparativement aux hommes (57,92% contre 40,60%).

5.5. Disparités spatiales de la prévalence de l'infection à VIH

La distribution géographique de la prévalence des IST semble être confirmée par les enquêtes séro-surveillance sentinelles réalisées en 2000, 2004 et 2007, qui ont concerné les consultantes prénatales, les professionnelles du sexe et les patients consultant pour des IST. Il faut cependant préciser que les effectifs réduits des cas et la localisation des sites de surveillance sentinelle qui ne coïncident pas exactement avec les sous régions retenues dans les

analyses précédentes nous ont contraints d'abandonner notre stratification et se contenter des grandes régions qui englobent toutes au moins un site de séro-surveillance.

Bien que les comparaisons d'ensemble ne soient pas tout à fait simples à établir, dans la mesure où l'enquête de 2004 et surtout celle de 2007 ont une couverture plus large, qu'elles sont espacées dans le temps et que les tranches d'âge doivent être comparables, certaines tendances se dessinent. L'analyse de l'évolution de la prévalence du VIH chez les consultants IST semble indiquer une tendance concomitante à la hausse, à la fois pour les IST et le VIH puisqu'elle passe de 0,3% en 2000, 1,2% en 2004 et à 2,4% en 2007. La même tendance est observée également chez les professionnelles du sexe dont la prévalence passe de 2,9% en 2000, 3,8% en 2004 à près de 4% en 2007. Notant au passage que les différentes enquêtes menées ont permis d'identifier plusieurs types de commerce du sexe dans les grandes villes, y compris un travail du sexe clandestin en milieu étudiant et dans les couches moyennes.

Dans la wilaya de Tamanrasset, le travail du sexe des femmes originaires de l'Afrique subsaharienne et celui des algériennes se côtoient. De même, la situation sécuritaire qui a prévalu pendant les années 90 dans les villes du Nord, a contraint les travailleuses du sexe professionnelles de se déplacer vers les wilayas du Sud favorisant ainsi l'essaimage du virus. L'interaction entre le groupe des professionnelles du sexe et la population générale, notamment par l'intermédiaire des « populations passerelles » (routiers, hommes en uniforme, etc.), a joué bien évidemment un rôle déterminant dans la propagation de l'infection à VIH.

TABLEAU 10 : TAUX DE PRÉVALENCE DE L'INFECTION À VIH PAR ANNÉE,
PAR SITE ET PAR GROUPE D'ÉTUDE.
ENQUÊTE NATIONALE DE SÉRO-SURVEILLANCE SENTINELLE DE 2000-2004-2007.

Région	Wilaya/Sites	Consultantes prénatales Prévalence en %			IST Prévalence en %			Professionnelles du sexe Prévalence en %		
		2000	2004	2007	2000	2004	2007	2000	2004	2007
Centre	Alger	0	0	0	-	-	-	-	-	-
	TiziOuzou	0	0	0	-	6,25*	0,92	-	-	-
	Bejaia	-	-	0	-	-	0	-	-	0
Est	Setif	-	0	0	-	-	-	-	-	-
	Skikda	-	0	0	-	-	-	-	0	0
Ouest	Oran	0	0,25	0	0,4	0,8	0	1,7	0	0
	Saida	-	0	0,13	-	-	-	0	10	0
	Sidi Bel Abbes	-	0,2	0,11	-	-	6,09	-	0	2,35
	Tiaret	-	-	0,23	-	-	20	-	-	10,71
	Frenda	-	-	0,21	-	-	-	-	-	12,9
	Sougueur	-	-	0,31	-	-	-	-	-	-
Sud Est	Tamanrasset	0,88	0,7	0,48	1,26	1,24	1,94	9,09	8,57	6,98
Sud Ouest	Reganne	-	0	0	-	0,6	0	-	-	-
	Adrar	-	0	0	-	-	-	-	-	0
Total	Ensemble des Sites	0,2	0,14	0,09	0,25	1,19	2,42	2,87	3,78	3,95

Les enquêtes transversales de séro-surveillance du VIH et de la syphilis qui se sont déroulées successivement en 2000, 2004 et 2007 ont tenté par ailleurs de couvrir les cinq régions sanitaires et ont porté sur 14 sites répartis à travers 11 wilayas (tableau 10). Elles ont révélé entre autres que la séropositivité chez les consultants IST n'est pas distribuée de manière

égale d'un site à l'autre. Elle varie de 0,4% à Oran à 1,3% à Tamanrasset en 2000. En 2007 elle varie de 6,3% à Sidi Bel Abbes à 20% à Tiaret.

Une autre enquête portant sur les connaissances des usagers problématiques de drogues, réalisée en 2004 au Nord du pays¹³, a révélé que 5 personnes parmi les 45 interrogées à Alger (11%) et ayant accès au dépistage ont confirmé qu'elles sont infectées par le VIH. Cette enquête a montré le lien entre l'usage problématique de drogues (UPD), les rapports sexuels rémunérés (44% des UPD enquêtés) et les rapports sexuels non protégés (61%). La même enquête a également mis en évidence la problématique en matière d'usage de drogue dure alors que pendant longtemps, les spécialistes de la question pensaient qu'elle n'existait pratiquement pas en raison de son coût élevé.

Il y a lieu de préciser enfin que même si l'on considère toujours l'Algérie comme un pays relativement à faible prévalence au sein de la population générale, certains groupes de population dépassent le taux de prévalence de 5% pour l'infection à VIH, notamment les professionnelles du sexe. Il s'agit globalement certes d'un contexte d'épidémie de VIH peu active et plus au moins concentrée au sein des groupes les plus à risque et des populations vulnérables (professionnels (les) du sexe, usagers de drogue injectable, migrants, consultants IST, militaires, femmes enceintes, jeunes de 15 à 24 ans). Néanmoins, l'épidémie pourrait bien se généraliser, compte tenu des taux élevés de syphilis dans tous les groupes enquêtés.

6. État nutritionnel des enfants

6.1. Allaitement maternel

Il y a lieu de rappeler que l'allaitement maternel notamment aux cours des premiers mois de la vie de l'enfant protège ce dernier des infections et lui procure des éléments nutritifs très indispensables à sa croissance. Les résultats des différentes enquêtes algériennes ont montré que l'allaitement maternel est très répandu en Algérie. En effet, près de 92% des enfants nés au cours des deux dernières années précédant l'enquête Algérienne sur la santé de la famille (EASF2002) ont été allaités au sein. De même l'enquête MICS3 réalisée en 2006 a révélé pour sa part que près de la moitié (49,5%) des enfants nés au cours des deux dernières années ayant précédé l'enquête, étaient allaités au sein immédiatement après la naissance. Cette proportion est plus importante en milieu rural où elle atteint 53,4% contre 46,1% en milieu urbain. Concernant sa distribution spatiale, la même source a dévoilé des inégalités importantes selon les grandes régions géographiques. Elle passe ainsi, de 64,1% au sud, à 54,2% à l'Ouest puis à 51,0% à l'Est pour atteindre 39,4% au centre. L'enquête a révélé également que l'allaitement dans la première heure après la naissance est inversement proportionnel à l'instruction de la mère. Les proportions correspondantes aux différents niveaux passent ainsi de 35,8% chez les mères de niveau supérieur à 53,3% chez celles de niveau primaire pour atteindre 55,9% chez les femmes analphabètes. Pour ce concerne l'allaitement durant le premier jour de la vie de l'enfant (24h), la proportion correspondante, à l'échelle nationale, a atteint 80,4% des enfants nés dans les deux dernières années précédant l'enquête MICS3, avec une variation allant de 82,7% chez les enfants ruraux à 78,3 % chez les citadins.

¹³ Mimouni, Remaoun, Abdalla, Warner-Smith. Etude du lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA en Algérie. Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle (CRAS), Ministère de l'enseignement Supérieur et de la recherche Scientifique (MESRS), Octobre 2005.

TABLEAU 11 : QUELQUES INDICATEURS RELATIFS À L'ALLAITEMENT MATERNEL EN ALGÉRIE

Indicateurs	National	Sous-régions								
		1(11*)	2(12*)	3(14*)	4(22*)	5(24*)	6(31*)	7(34*)	8(41*)	9(43*)
		Centre			Est		Ouest		Sud	
Proportion de femmes ayant allaité au sein selon le milieu de résidence. (EASF 2002)										
Urbain	91,7	84,0	93,3	93,3	94,5	93,7	89,5	91,3	95,3	93,3
Rural	92,0	78,4	94,5	95,0	95,2	96,3	90,7	82,6	95,9	91,8
Ensemble	91,8	83,1	94,1	94,0	94,9	94,5	90,0	86,1	95,5	92,4
Durée moyenne de l'allaitement selon le milieu de résidence. (EASF 2002)										
Urbain	11,6	10,7	10,9	10,2	12,2	12,1	7,3	8,5	14,5	17,0
Rural	13,2	10,8	11,5	10,2	11,3	14,5	8,5	9,2	17,6	17,3
Ensemble	12,3	10,7	11,3	10,2	11,7	12,9	7,7	8,9	15,3	17,2
Proportion d'enfants allaités moins d'une heure après la naissance. (%). (MICS3 2006)										
	49,5	26,0	25,5	41,0	49,3	58,5	52,9	41,9	67,1	65,8
Proportion d'enfants allaités moins de 24 heures après la naissance. (%). (MICS3 2006)										
	80,4	78,2	72,9	84,3	79,0	80,6	70,2	77,9	89,2	91,1

Les inégalités susmentionnées peuvent se creuser d'avantages si l'on opte pour une analyse à une échelle géographique plus fine, comme on peut le constater à travers l'examen des disparités selon les sous régions retenues dans le présent travail. Les disparités apparaissent au sein d'une même grande région géographique. L'écart en ce qui concerne la proportion d'enfants allaités moins d'une heure après la naissance, passe de 15,5 points dans la région sanitaire centre, à 11 points à l'Ouest, 9 points à l'Est et descend à 1 point seulement au Sud. De même, l'écart concernant la même proportion paraît beaucoup plus important, lorsqu'on examine la différence entre les sous régions. Ce dernier atteint en effet, près de 42 points entre les sous régions qui détiennent les scores extrêmes. Toutefois il y a lieu de préciser que ces inégalités tendent à s'atténuer considérablement lorsqu'on retient la proportion des enfants allaités pendant les 24 mois après la naissance.

Cela dit, on peut conclure que les sous régions du centre qui englobent les wilayas les plus proches de la capitale et qui sont également les plus nanties sur le plan économique, social et culturel enregistrent les plus faibles proportions d'allaitement maternel alors que les sous régions du Sud et dans une moindre mesure celles situées à l'Est du pays s'accaparent les prévalences les plus élevés. D'ailleurs c'est au niveau de ces mêmes sous régions que nous avons rencontré les niveaux de fécondité les plus élevés avec les taux de prévalence contraceptive les plus basses, ce qui implique que se sont les sous régions qui accusent le plus de retard en matière de transition démographique. Ce constat peut être confirmé également par la durée moyenne d'allaitement (Tableau 11). L'enquête Algérienne sur la santé de la famille de 2002 a révélé que dans les sous régions situées au Sud du pays et à l'Est qu'on rencontre les durées moyennes d'allaitement les plus longues qui peuvent atteindre 17 mois au Sud. Les durées les plus courtes caractérisent par contre les sous régions situées à l'Ouest du pays.

6.2. Indices de l'état nutritionnel des enfants

Étant donné que l'état nutritionnel des enfants constitue le reflet de leur état de santé général qui résulte, à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies et des infections qu'il a pu avoir, les enquêtes démographiques et de santé se sont habituées à l'évaluer à l'aide d'un certain nombre de mesures anthropométriques.

C'est ainsi que l'enquête algérienne de santé de la famille de 2002 s'est intéressée à cet aspect en utilisant trois mesures conventionnelles : la taille par rapport à l'âge, le poids par rapport à la taille et le poids par rapport à l'âge. Le premier indice tente de déterminer l'état nutritionnel dans le passé. Le retard de croissance indique dans ce cas une carence chronique. Par contre, le second indicateur, qui compare le poids par rapport à la taille, peut révéler une carence présente qui peut être le résultat d'une nutrition insuffisante ou non appropriée ou encore de la récurrence de maladies infectieuses. Quant au troisième indicateur qui met en relation le poids et l'âge, il y a lieu de préciser que ce dernier reflète à la fois l'état nutritionnel passé et présent.

TABLEAU 12 : QUELQUES INDICES DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS.

Indicateurs	National	Sous-régions								
		1(11*)	2(12*)	3(14*)	4(22*)	5(24*)	6(31*)	7(34*)	8(41*)	9(43*)
		Centre			Est		Ouest		Sud	
Proportion des enfants qui souffrent d'un retard statural (manque de taille) selon le genre. (EASF 2002)										
Masculin	20,8	23,4	18,8	25,7	25,7	15,5	13,8	11,1	33,0	20,5
Féminin	17,5	9,1	12,7	21,6	20,9	8,3	19,6	14,3	23,9	19,6
Ensemble	19,1	15,7	15,8	23,7	23,3	11,5	16,6	12,7	28,4	20,1
Proportion d'enfants chétifs selon le genre. (EASF 2002)										
Masculin	8,0	1,4	2,1	2,2	11,6	10,6	8,3	22,4	2,8	16,3
Féminin	7,0	5,9	3,6	3,9	5,2	10,8	4,9	15,1	6,4	15,9
Ensemble	7,5	3,8	2,8	3,0	8,4	10,7	6,6	18,7	4,6	16,1
Proportion d'enfants maigres selon le genre. (EASF 2002)										
Masculin	11,9	2,5	5,3	7,9	18,3	15,8	4,9	19,4	13,1	21,2
Féminin	8,9	1,3	4,4	4,6	5,7	11,8	3,7	14,1	10,0	23,2
Ensemble	10,4	1,9	4,8	6,3	12,0	13,6	4,4	16,7	11,5	22,2

La taille par rapport à l'âge :

En se référant aux données du tableau précédant, on s'aperçoit que la proportion des enfants qui souffrent de manque de taille atteint 19,1%¹⁴ à l'échelle nationale, avec des variations selon le sexe (20,8% chez les garçons et 17,5% chez les filles) et le milieu de résidence (18,2% pour l'urbain et 20,2% pour le rural). Pour ce qui concerne le niveau régional, on constate que la proportion la plus élevée, d'enfants souffrant de manque de taille, est enregistrée dans la partie sud du pays, tandis que cette proportion diminue considérablement dans la partie Ouest du pays. Quant à la différence selon le genre on remarque qu'à l'exception des sous régions de l'Ouest les autres sous régions enregistrent plus de manque de poids chez les garçons et l'écart le plus important se situe dans la partie Centre du pays où l'on enregistre une différence d'environ 14 points.

Le poids par rapport à la taille :

La lecture du même tableau nous renseigne également que la proportion des enfants chétifs est égale à 7,5% à l'échelle nationale avec quelques différences selon le sexe (7,9% pour le sexe masculin et 7,0% pour le sexe féminin) et le milieu de résidence (7,6% pour l'urbain contre 4,7% pour le rural). Ce dernier écart peut s'expliquer probablement de promiscuité liée aux conditions d'habitat en milieu urbain (Habitat précaire, Taux d'occupation

¹⁴ Cette proportion descend à 6,8% si l'on considère le retard statural sévère et atteint 12,3% si l'on se contente du retard statural moyen.

par logement et par pièce trop élevés). Notant au passage que les pourcentages correspondants aux statuts d'enfants sévèrement et modérément chétifs valent respectivement 4,6% et 2,9%. Quant à la distribution spatiale de l'indicateur examiné on s'aperçoit qu'il existe deux sous régions où l'on rencontre plus d'enfants chétifs, l'une se situe à l'extrême Sud alors que l'autre est située dans la partie Ouest non loin d'ailleurs de la capitale et qui englobe les wilayas de Chlef, Mostaganem et Relizane.

Le poids par rapport à l'âge :

C'est une mesure utilisée plus souvent par les pédiatres. Elle leur permet de suivre la croissance des enfants et évaluer la malnutrition passée et récente. Toutefois il y'a lieu de préciser que cette mesure doit être interprétée avec prudence en raison du fait qu'elle est conditionnée par les mouvements saisonniers. Le tableau 12 indique qu'environ un enfant sur dix est maigre. On ne relève pas de différence significative selon le milieu de résidence (10,3% pour l'urbain contre 10,6% en milieu rural), tandis que l'écart selon le sexe s'élève à 3 points (11,9% pour les garçons et 8,9% pour les filles. Selon les territoires on remarque que la sous région située à l'extrême Sud du pays qui détienne le pourcentage le plus élevé d'enfants maigres, suivie de la même sous région, citée au point précédant, située au nord ouest du pays et qui regroupe les wilayas de Chlef, Mostaganem et Relizane. Parallèlement la capitale et les sous-régions qui lui sont proches se démarquent par un faible pourcentage d'enfants maigres qui peut s'expliquer par le niveau de développement socioéconomique et culturel, sans toutefois oublier que ce sont ces mêmes sous-régions qu'on retrouve plus de disponibilité alimentaire.

Conclusion

Tirillés simultanément par des forces politiques et sociales, modernes et traditionnelles, les Algériens affichent aujourd'hui à la fois leur envie « d'être et de paraître modernes » et leur attachement à des valeurs traditionnelles jugées fondamentales. Ils essaient ainsi de préserver des « valeurs-refuges », les plus sûres de leur culture (Camilleri, 1999), tout en se rapprochant des valeurs modernes-occidentales, les plus pragmatiques. Ces progrès d'adaptation exigent d'eux des mutations profondes de leurs comportements et de leurs pratiques dont la dynamique varie considérablement selon l'appartenance géographique, sociale et culturelle. La configuration géographique, les caractéristiques physiques et naturelles du territoire ainsi que les aptitudes au développement des différentes régions exercent toujours leur influence sur les comportements et les cultures de leurs populations. L'examen des différents points abordés précédemment a confirmé la persistance des disparités bien que les inégalités tendent tout de même à s'estomper. Ainsi, on a réussi d'une part à confirmer la perpétuité et la prédominance de la structure sociale traditionnelle qui correspond à la tribu, l'ancrage des zaouïas n'étant perceptible que dans l'extrême Sud du pays (au Sahara), et d'autres part à mettre en évidence les disparités spatiales de certains comportements démographiques et sanitaires.

On a donc réussi à montrer clairement les inégalités à la fois entre les trois grands espaces géographiques (Tell, Hauts plateaux et Sud) et également entre les 9 sous-régions identifiées. Pour la première stratification du territoire, on a pu constater des disparités en ce qui concerne le mode d'habitat, les revenus et dépenses ainsi que les recours aux soins. Ainsi pour le second item par exemple, on a pu remarquer que les Hauts plateaux semblent les moins lotis aussi bien en matière de revenus que de dépenses. Le revenu moyen dans les Hauts Plateaux est inférieur d'environ 17% à celui du Tell et de 15% par rapport au Sud. De même pour l'achat de la viande, les Hauts Plateaux semblent très défavorisés. Leurs dépenses sont deux fois inférieures à celles des deux autres régions, alors que c'est dans cette région que l'activité agropastorale est la plus développée. Pour les achats de poisson, la région du Sud est la plus défavorisée en

raison de l'éloignement des zones d'approvisionnement et probablement aussi par le mode de vie de la population.

En ce qui concerne le recours aux soins, on pu relever entre autre que le médecin spécialiste est moins sollicité dans la région Sud (0,8% des cas) en raison du déficit de ce type de personnel au niveau de cette région. Parallèlement, on a pu remarquer que le thérapeute traditionnel est plus sollicité au niveau de cette région (2,9% vs 0,4% au niveau du tell et des hautes plaines). Quant à la distance moyenne parcourue pour rejoindre un service sanitaire on remarque que cette dernière est supérieure à 5 kilomètres pour 26% des ménages de la région du tell, 35% pour ceux de la région des hautes plaines et de 18% pour la région du sud. Pour ce qui est des motifs de consultation, on a pu constater que la pathologie respiratoire occupe la première position pour toutes les régions avec 27% pour la région du tell, 23% pour les hautes plaines et 22% pour le sud. Les maladies infectieuses et parasitaires ont concerné 8% des consultations au niveau de la région Sud, 6% au niveau de la région des hautes plaines et près de 4% au niveau du tell. Pour ce qui est des hospitalisations selon les régions géographiques (tell, hautes plaines et sud) ont représenté respectivement 4,5%, 4,7% et 5,1%.

S'agissant des inégalités entre les sous-régions, les deux sources utilisées (MICS3 et EASF) ont montré l'existence d'une grande diversité en termes d'urbanisation. On passe ainsi d'une proportion maximale de la population urbaine de 90,7% à Alger à environ 40% au niveau de la strate située au Nord-Est d'Alger (Bejaia, Tizi-Ouzou et Boumerdes) ainsi que celle localisée à l'extrême sud du pays. Les disparités concernent également la proportion des ménages vivant en constructions précaires, les raccordements aux différents réseaux (Électricité, eau et assainissement), l'analphabétisme ainsi que les comportements démographiques tels que la nuptialité et la fécondité.

Quant à l'aspect sanitaire, on a tenté d'examiner les inégalités spatiales relatives au suivi des grossesses, aux accouchements assistés par un personnel qualifié et en fin au recours aux consultations post natales. Ainsi, on a pu remarquer des faibles taux de consultations prénatales au niveau des sous-régions situées à l'Est et au Sud du pays, qui enregistrent également les forts taux d'analphabétisme féminin. En ce qui concerne l'importance des accouchements non assistés par un personnel compétent, observée au niveau des sous-régions Sud (et dans une moindre mesure chez celles de l'Ouest), on peut l'expliquer entre autres par l'indisponibilité ou éloignement des services, plus particulièrement en milieu rural.

On a tenté aussi d'aborder d'autres questions relatives aux maladies sexuellement transmissibles, et à l'État nutritionnel des enfants mesuré à travers la prévalence de l'allaitement maternel en plus de quelques mesures anthropométriques. Tous ces éléments ont donc confirmé pour leur part l'existence d'importantes disparités quelle que soit l'échelle de désagrégation retenue.

BIBLIOGRAPHIE

- ADEL F., 1996, Formation du lien conjugal et nouveaux modèles familiaux en Algérie, in Bourquia R., Charrad M., Gallaguer N., Femmes, cultures et société au Maghreb, Paris, éd. Afrique-Orient, pp 139-146.
- AREZKI D., 2000, Conséquences psychologiques de l'éducation sous l'emprise du phénomène d'acculturation dans la famille algérienne, Études psychanalytiques n° 2, Alger.
- BOUKHOBZA M, 1976, VON ALLMEN M., VON ALLMEN-JORAY F., Le mariage, lieu d'un rapport entre famille et société, Alger, AARDES.
- BOUAMAMA S., SAOUD H., 1996, Familles maghrébines de France, Paris, Desclées de Brower.
- FARES, MOKHTARI, GOURARI, CHERIET, SEDJAL, MAKHLOUF, AOUREG, CERBAH, ALIOUA, HARZAOU, KHODJA, MOHAMMEDI. Rapport de l'enquête de séro-surveillance du VIH et de la Syphilis de 2004. Direction de la Prévention. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.
- FARES, MOKHTARI, GOURARI, CHERIET, SEDJAL, MAKHLOUF, AOUREG, AGOULMINE, ALIOUA, HARZAOU, KHODJA, BELLATAF, NEZREG, MOHAMMEDI, BOUZEGHOUB. Rapport de l'enquête de séro-surveillance du VIH et de la Syphilis de 2007. Direction de la Prévention. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, Enquête mortalité maternelle 1999, Alger 2001.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, OMS, UNICEF. Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie (Algérie 2000), Algérie 2000.
- INSTITUT PASTEUR D'ALGÉRIE, Laboratoire National de Référence de l'infection VIH/sida. Rapport 1985-2006.
- MINISTÈRE DE LA PLANIFICATION ET DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. Direction de la statistique. Enquête Démographique et de Santé. Togo, Lomé, 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE & OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES & LIGUE DES ÉTATS ARABES. Enquête algérienne sur la santé de la famille, Juillet 2004.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE. Enquête Algérienne sur la Santé de la famille, 2002. Quelques indicateurs régionaux. Alger 2004.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE. Direction de la population. Office National des Statistiques. Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête nationale à indicateurs multiples. Enquête MICS3 2006. (Rapport préliminaire).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE. Institut National de Santé Publique. Enquête Nationale Santé 2005. Transition épidémiologique et système de santé. Projet TAHINA. Nov 2007.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE, La santé des Algériennes et des Algériens en 2002, Rapport Annuel, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger 2003
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE, Processus de Planification Stratégique 2002-2006, *ONUSIDA*. <http://www.ands.dz>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE. Rapport National de l'Algérie sur le suivi en décembre 2005 de la Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS 2001) - Janvier 2006.

- NAMANE, 2002, Essai de Psychologie Anthropologique Interculturelle. Psychogenèse des processus d'acculturations en situation d'immigration. Doctorat de Psychologie, Université Paris VIII.
- OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES, Recensement général de la population et de l'habitat Collection statistiques N° 80, juin 1999.
- ONUSIDA, Rapport annuel du Groupe thématique. Algérie 2000.
- TOUALBI R., 1984, Les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille Algérienne, Alger, ENAL.