**SANTE REPRODUCTIVE ET PLANIFICATION FAMILIALE**

**EN ALGERIE :**

**DES CHIFFRES A L’ACTION**

SANTE DES FEMMES ET DES JEUNES- QU’EN EST-IL EN 2016 ?

***Transition sanitaire*** *du pays depuis 02 décennies :*

*\*↘maladies transmissibles*

*\*↘problèmes de santé maternelle et infantile*

*\*↗couverture sanitaire, amélioration condition de vie.*

**AVEC :**

***Baby-Boom :1 040 000 Naissances vivantes en 2015, 1 014 000 en 2014***

***40,4 Millions d’habitants au 1er Janvier 2016***

***41,2 Millions d’habitants au 1er Janvier 2017 ;***

***Population algérienne jeune****:(2015) \*****les jeunes < 30 ans****= 58% de la population globale≈****22 millions : représentent un peu plus que la moitié de la population globale***

*\*****15-24 ans****: 1/5 de la population= 17.5%=>* ***Besoins croissants et spécifiques***

***Recul toujours important de l’âge au mariage : les femmes 29,1 ans ; 33 ans pour les hommes***

***Recul de l’âge au 1er enfant : 31,8 ans***

***↗ du célibat chez les 25-29 ans: 81,2% des hommes ; 44,2% des jeunes femmes ; Baisse du volume des mariages  entre 2013 et 2014 s’est poursuivi en 2015 avec un rythme plus soutenu***

La baisse enregistrée dans le volume des mariages entre 2013 et 2014 s’est poursuivi en 2015 toutefois avec un rythme plus soutenu

*Explosion des naissances : plus d’1 million de naissances* en 2015 avec 2800 naissances vivantes par jour.

*Augmentation de la fécondité: indice conjoncturel de fécondité*:↗↗3,1 enfants/femme.

7% des femmes en âge de procréer se voient leur *besoins non satisfaits*

57% des femmes mariées utilisent *01 méthode contraceptive moderne (61% en 2006)*

Femme en âge de procréer (15-49 ans) qui constitue les *capacités génésiques potentielles* de la population : 10.8 millions de femmes en 2015.

*Baisse* du volume des *mariages*: le taux brut de nuptialité↘↘ 9, 88‰ à 9, 24‰ (2014 et 2015).

*la moitié de la population des femmes 15-49 ans est célibataire:* 47.3%≈> Vie sexuelle ?

la Population algérienne est jeune : les moins de 30 ans= 58% de la population globale≈22 millions (2014) ,15-24 ans : 1/5 de la population= 17.5%.*jeunes 15-34 ans:* 14 million.

*Démographie Algérienne 2015-ONS-*

 

***↗ des Naissances Vivantes; Population importante de Jeunes ; Diminution du volume des Mariages et Recul de l’âge au mariage avec une tranche +++ constituant les capacités génésiques potentielles de la population : 03 éléments démographiques avec des conséquences sociales, sanitaires et développementales à considérer et prendre en charge impérativement. Depuis dix ans la fécondité remonte malgré la poursuite de la politique de limitation des naissances =>Plus d’01 million de naissances en 2014 et 2015 <=> ↗ des besoins non satisfaits=>Amélioration de la gamme SRPF***

Enquête PAPFAM, MICS 2,3 et 4

Enquête PAPFAM, MICS 2,3 et 4 *Source : ONS/Démographie Algérienne- 2014 N°690*



 ***La population des 15-29 ans qui représentait 2,7 millions de personnes en 1966 est passée aujourd’hui à plus de 10 millions : elle a quadruplé en l’espace de 48 ans => le poids potentiel des jeunes dans les années à venir : d’ici 2025, le volume des 15-29 ans est appelé à se stabiliser, voire légèrement baisser; par contre celui des 0-14 connaitra encore une augmentation substantielle de 2 millions supplémentaires, ce qui est de nature à préserver le caractère de jeunesse de la population algérienne pour bien des décennies encore.***

***Depuis 2000, 03 faits marquants de la démographie algérienne:***

**(i) l’importance du volume des mariages enregistrés annuellement, (ii) le recul toujours important de l’âge auquel l’Algérien contracte son premier mariage et (iii) la faiblesse du célibat définitif (moins de 3%).** Ces paramètres traduisent à la fois les acquis sociaux, notamment en matière d’accès de la femme à l’éducation et à la vie active, mais aussi les difficultés d’accès à l’emploi et au logement qui contraignent les jeunes à retarder la constitution de leurs propres noyaux familiaux.

\*l’âge moyen au mariage : chez **les femmes** de 20,9 ans en 1977 à 23,7 ans en 1987 puis à 29,1 ans en 2008, soit une augmentation de +43% sur la période. Cette tendance est plus accentuée chez les jeunes femmes de **20-24 ans où la proportion des célibataires est passée de 31% en 1977 pour se stabiliser à 76,6% en 1998 et 2012.**

\* **81,2% jeunes hommes de 25-29 ans sont célibataires en 2012, contre 44,7% des femmes**. 2% des jeunes femmes de 25-29 ans connaissent déjà une expérience de divorce, contre 0,1% des hommes.

\*Fécondité aux jeunes âges :↘↘très important**=>** ↘ risques de décès maternels à ces âges. **↗ Légère des taux de fécondité** générale chez les 15-29 ans depuis 2008/2010, pour revenir aux niveaux observés dans la période d’avant 2000. +++ ***vigilance du secteur*** ***en charge de la santé reproductive et de la planification familiale sur les tendances que peut cacher cette observation.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Age  | 1990 | 2000 | 2008 | 2010 | 2014 |
| Taux de fécondité par âge (en ‰) |
| 15-19 ans | 23,0 | 10,7 | 8,8 | 10,2 | **13,5** |
| 20-24 ans | 148,0 | 80,2 | 76,1 | 84,1 | **100,9** |
| 25-29 ans | 222,0 | 137,1 | 142,1 | 146,0 | **159,2** |
| Âge Moyenà la Maternité (ans)  | 29,5 | 32,0 | 31,9 |  31,7 |  **31,3** |

*Evolution du Taux de fécondité des jeunes âgées entre 15 et 29 ans et l’âge moyen à la maternité de 1990 à 2014-Source: Démographie Algérienne 2014 (ONS)*

*Source : Rétrospective Statistique 1962-2011 (ONS) :* ***Evolution de l’âge au mariage***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Age | Célibataire | Marié | Divorcé/Séparé/ Veuf | Total |
|  Masculin |
| 15-19 ans | 99,9 | 0,1 | 0,0 | 100 |
| 20-24 ans | 97,8 | 2,1 | 0,1 | 100 |
| 25-29 ans | 81,2 | 18,7 | 0,1 | 100 |
| Féminin |
| 15-19 ans | 97,1 | 2,7 | 0,2 | 100 |
| 20-24 ans | 76,6 | 22,9 | 0,4 | 100 |
| 25-29 ans | 44,2 | 53,9 | 1,9 | 100  |

*Etat matrimonial des 15-29 ans-Source: Enquête emploi du temps 2012 (ENET 2012) ONS.*

*La population algérienne est de plus en plus jeune. La proportion des 0-29 ans représente à elle seule plus de la moitié de la population totale (57%) ; Plus de ¾ des femmes et des hommes âgés entre 20-29 ans sont célibataires. Qu’en est-il des besoins spécifiques de cette frange de la population? Qu’en est-il de la vie sexuelle de cette jeunesse?*

*Les femmes les plus jeunes sont les plus exposées au problème de non satisfaction de leurs besoins en matière de contraception, à savoir: 11% des 15-19 ans et plus de 9% des 20-29 ans.*

**FECONDITE**

***L’Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) : 3,1 enfants par femme*** avec une hausse depuis la période 1998-2003 (2,6) dépassant 3 enfants par femme. Le taux de fécondité des adolescentes : 10 pour 1000 au niveau national.

 *Taux de fécondité des adolescentes et indice conjoncturel de fécondité*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Fécondité des adolescentes (Taux de fécondité des femmes âgées de 15-19 ans, Pour 1000) | Indice Conjoncturel de fécondité |
|  Espaces de Programmation Territoriale (EPT) |  |  |
| EPT 1 : Nord Centre | **8.5** | **2.6** |
| EPT 5 : Hauts Plateaux Est | **12.8** | **2.9** |
| EPT 7 : Sud | **19.6** | **3.5** |
| Milieu de résidence |  |  |
| Urbain | **9.2** | **2.6** |
| Rural | **12.5** | **2.9** |
| Quintiles de l’indice de richesse |  |  |
| Le plus pauvre | **11.6** | **3.1** |
| Le plus riche | **7** | **2.3** |

*Evolution du Taux de fécondité des jeunes âgées entre 15 et 29 ans et*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Age** | **1990** | **2000** | **2008** | **2010** | **2014** |
| Taux de fécondité par âge (en ‰) |
| 15-19 ans | 23,0 | 10,7 | 8,8 | 10,2 | 13,5 |
| 20-24 ans | 148,0 | 80,2 | 76,1 | 84,1 | 100,9 |
| 25-29 ans | 222,0 | 137,1 | 142,1 | 146,0 | 159,2 |
| Âge Moyenà la Maternité (ans)  | 29,5 |  32,0 |  31,9 |  31,7 |  31,3 |

*l’âge moyen à la maternité de 1990 à 2014*

*Source: Démographie Algérienne 2014 (ONS)*

Le milieu rural (2,9 enfants par femme), le Sud (3,5 enfants), les femmes sans instruction (3,4 enfants) et les ménages les plus pauvres (3,1 enfants) se caractérisent à la fois par ***les indices conjoncturels de fécondité les plus élevés*** et de ***forts taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans.***

***Les femmes Algériennes font de plus en plus d’enfants avec une moyenne de 3,1 enfants par femme et a un âge de plus en plus reculé pour le 1er => Baby-boom avec ses conséquences socio-économiques et développementaux et risques sur la sante de la mère et du nouveau-né.***

 *Evolution des taux d’accouchements en milieu assisté et des consultations prénatales et postnatales -* Enquête PAPFAM, MICS 2,3 et 4 (Source : *MICS 4 Algérie, 2012-2013 )*

Mortalité Maternelle : Grandes Disparités entre le Nord (53.6) ; Haut Plateau (214)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2000 | 2002 | 2006 | 2012 |
|  Taux de consultations prénatales | 79 | 81 | 90,3 | 93 |
|  Taux d’accouchement en milieu assisté | 92 | 90,2 | 95,3 | 97 |
|  Taux de consultations postnatales | 32 | 30,1 | 30,6 | 86,5 |

***Mortalité maternelle en baisse mais reste élevée. L’enquête du MSPRH publiée en Janvier 2016 a retrouvé un Taux a 75.9 pour 100 000 Naissances Vivantes MAIS divergence avec les chiffres du SNU : 89 décès maternels pour 100 000 NV en 2012 (WHO)=>Nécessité d’Harmoniser la méthodologie avec le Groupe d’Estimation de la Mortalité Maternelle du SNU.***

*Carte illustrant les disparités pour les accouchements assistés au niveau régional*

**Enquêtes nationales**

****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **81.9-91.0** | **91.1-95.5** | **95.6-97.4** | **97.7-100.0** | **Donnees manquantes** |

 ***Source: 1999: Enquête mortalité maternelle, INSP, 1999 ; 2001 à 2014:***

 ***Estimations de la mortalité maternelle; Enquête MSPRH-INSP 2015 :75,9***

Suivi des Grossesses et Accouchement assisté : De grandes disparités au niveau régional => Concentrer les efforts d’amélioration dans Le Sud et les Hauts plateaux

***Evolution de l’indice d’inégalité du genre ‘IIG’ et de ses composantes*** : En 2014, l’IIG s’est établi à 0,405 en constant recul traduisant les efforts **dans la réduction des écarts entre femmes et hommes.** L’examen des inégalités de genre dans les différentes composantes de cet indice reste influencé par le taux d’activité des femmes :

1. *Santé de la reproduction*: le taux de mortalité maternelle est estimé à 60,3 décès pour 100.000 naissances vivantes pour l’année 2014. Le taux de fécondité des adolescentes reste bas avec 13,5 pour mille en 2014, cependant, il est en constante évolution depuis 2010, ce qui mérite une lecture plus approfondie pour cerner les teneurs de cette tendance.
2. *Autonomisation des femmes*: peu d’inégalités entre hommes et femmes : population féminine ayant le niveau secondaire et plus représente 29%, la population masculine (31%).

*Ref*: Rapport National sur le Développement Humain 2013-2015 Quelle place pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie- CNES FEV 2016

**CONTRACEPTION** *La pratique contraceptive augmente en fonction de l’âge et de la parité des femmes. En effet, les adolescentes sont beaucoup moins susceptibles de recourir à la contraception que leurs ainées. Seules 29% des adolescentes mariées âgées de 15-19 ans utilisent une méthode contraceptive contre 45% des 20-24 ans et 67% des femmes mariées âgées de 35-39 ans.*

|  |  |
| --- | --- |
| Femmes mariées utilisant 01 méthode contraceptive  | 57% |
| Utilisant Méthodes modernes | 48% |
| La Pilule | 43% |
| Dispositif Intra Utérin (DIU) | 2% |
| Adolescentes mariées utilisant 01 méthode contraceptive |
| 15-19 ans | 29% |
| 20-24 ans | 45% |
| 35-39 ans | 67% |

 **BESOINS NON SATISFAITS**

|  |  |
| --- | --- |
| Femmes mariées 15-49 ans | 7% |
| Espacement des naissances | 5% |
| Limitation des naissances | 2% |
| Femmes mariées 15-19 ans | **11%** |
| Femmes mariées 20-29 ans | **9%** |

***Les femmes les plus jeunes sont les plus exposées au problème de non satisfaction de leurs besoins en matière de contraception****.*

 La prévalence de ***la pratique contraceptive*** est la plus élevée au niveau des Hauts Plateaux Est : 61%, au Nord-Ouest et Nord-Centre avec près de 59% des femmes mariées. La plus faible prévalence est enregistrée au Sud avec 49% seulement d’utilisatrices.

La pratique contraceptive augmente en fonction de l’âge et de la parité des femmes. En effet, les adolescentes sont beaucoup moins susceptibles de recourir à la contraception que leurs ainées. Seules ***29% des adolescentes mariées âgées de 15-19 ans utilisent une méthode contraceptive contre 45% des 20-24 ans et 67% des femmes mariées âgées de 35-39 ans***.

 Les autres ***méthodes modernes***: la stérilisation féminine, la contraception injectable, le préservatif féminin et l’implant, pratiquées à de très faibles proportions, *ne semblent pas attirer l’intérêt des femmes algériennes.* De même que pour la pratique contraceptive masculine (préservatif et stérilisation masculine).

 Les ***méthodes traditionnelles*** sont pratiquées par 9% de ces femmes.

Une comparaison entre le MICS3 (2008) et le MICS4 (2012-2013) montre une baisse dans l’indicateur taux de prévalence contraceptive (TPC): le TPC a baissé pour toutes les méthodes (de 61.4% à 57.1%) entre les périodes des études, y compris une baisse dans le taux d’utilisation des méthodes modernes : de 52% à 47.9%, et ce pour toutes les méthodes modernes désagrégées : CO, DIU, préservatifs masculins et autres.

**JEUNES : SANTE DES JEUNES ET PREVENTION DES RISQUES Une *Attention particulière : la santé des jeunes est, comparativement aux adultes, meilleure mais, risque de se dégrader davantage si des mesures de prévention ne sont pas prises contre les facteurs de risques et de déviances répondus parmi les jeunes.***

Aborder la question de la santé des jeunes, relève presque de l’antinomie dans la mesure où cette frange de population est censée respirer la bonne santé.

*Source: Enquête emploi du temps (ENET 2012)*

|  |
| --- |
|  *FEMININ* |
| *Age* | *Bon* | *Satisfaisant* | *Mauvais* |
| *12-14 ans* | *92,7* | *7,1* | *0,1* |
| *15-24 ans* | *92,1* | *7,1* | *0,5* |
|  *MASCULIN* |
| *Age* | *Bon* | *Satisfaisant* | *Mauvais* |
| *12-14 ans* | *93,4* | *5,9* | *0,6* |
| *15-24 ans* | *91,8* | *7,7* | *0,5* |

***La perception des jeunes de leur état de santé*** *En 2012, presque la totalité des jeunes s’estiment être en bonne santé. Ceci est à la fois une indication positive du ressenti des jeunes vis-à-vis de leur santé, mais peut aussi révéler une méconnaissance des conséquences, sur le long terme, des comportements à risque auxquels s’adonneraient ces jeunes (tabac, sédentarité, etc.).*

***Les jeunes connaissent des problématiques de santé spécifiques à leurs âges : Les comportements à risque*** de nature à complexifier les conditions de leur participation à la vie au quotidien (l’accès à l’éducation, au travail et à la participation civique d’une manière générale). Cependant, ces risques encourus pendant l’adolescence (Tabac, activité physique, sédentarité, habitudes alimentaires, VIH/Sida, etc.) se greffe sur le cycle de vie de l’individu depuis sa naissance, pour constituer, In fine, une menace pour ‘un vieillissement en bonne santé’.

≈›***l’analyse de l’état de santé des jeunes doit se faire sous l’angle de prévention,*** notamment des comportements à risque susceptibles d’évoluer vers ces risques de chronicité.

***Activité sexuelle des jeunes***

***IST /VIH /Sida***

37.4% des jeunes ont eu un rapport sexuel avant l’âge de 15 ans, les filles à 17 ans et les garçons à 16 ans

L’épidémie du VIH est peu active (0.1%), concentrée au sein des populations a comportement a risque.

Seulement 23.1% de la population utilisent le condom comme moyen de prévention des IST/VIH

Parmi la population de personnes vivants avec le VIH, 7,5% sont des jeunes âgés de 15-24 ans.

Prévalence du VIH parmi la population 15-24 ans : Garçons 0.1% ; Filles 0.2%

En 2014, 845 infections par le VIH ont été diagnostiquées, dont 435 hommes et 410 femmes. Les groupes d’âges les plus touchés sont les 25-29 et les 30-34 ans avec respectivement 13.2 % et 16.3 % des nouveaux cas. La répartition par sexe et par groupe d’âge pour les personnes diagnostiquées avec le VIH entre 1985 et 2014, montre que les groupes d’âge les plus touchés sont ceux des 25 à 39 ans avec un sex ratio homme/femme de 1.36.Dans le groupe des 20-24 ans, le nombre de femmes diagnostiquées est plus important avec un sex-ratio de 0,77. *(Ref : Global Aids Report 2014 ; Laboratoire National de Référence 2015 ; MICS 4 2012-2013 ; Rapport sur la Riposte nationale au VIH/Sida 2014)*

*Répartition des cas d’infection à VIH par sexe et par groupe d’âge, 1985-2014.Source : Rapport d’activité sur la riposte nationale au VIH/Sida 2014*

 *Evolution du mode probable de transmission de*

 *L’infection à VIH, 1985-2014. Source : Rapport sur la*

 *Riposte Nationale 2014*

***37,7 % des jeunes ont eu un rapport sexuel avant l’âge de 15 ans*** avec une répartition inégale à la fois entre les groupes d’âges, (16,8% dans le groupe d’âges de 15-19 ans et 20,6% dans celui de 20-24 ans) et selon le sexe.

70.36% des personnes vivants avec le VIH sont âgés entre 25-49 ans

74,5% des jeunes femmes âgées de 15-24 ans connaissent au moins un moyen de prévenir la transmission du VIH selon l’enquête MICS 4 2012.

Les nouvelles infections au VIH concernent les jeunes de 20-29 ans et de 30-34 ans dans plus de 34% du nombre global d’infections. Les femmes représentent près de 47 % des nouveaux cas d’infection à VIH en 2014. Plus d’⅓ des jeunes âgés de moins de 15 ans ont eu un rapport sexuel. La transmission sexuelle de l’infection à VIH est la voie de contamination par excellence=> Nécessité de concentrer les efforts sur l’amélioration des connaissances sur les comportements à risque auprès des jeunes âgés de moins 30 ans en focalisant sur les moins de 15 ans Toutes les données statistiques sur le Sida, produites par l’ONUSIDA indiquent que les jeunes sont les plus touchés par cette maladie. La jeunesse, en tant que catégorie sociale, est menacée.

 ***Privations chez les jeunes de 16 à 24 ans***

 ***Les jeunes de 16-24 ans représentent 5,5 millions de personnes et***

 ***ils sont confrontés à deux risques majeurs : l’éjection du système***

 ***éducatif puis le chômage. Un risque non négligeable :***

 ***Le mariage précoce même s’il s’agit là d’un phénomène qui***

 ***toucherait plus les filles et qui est en voie d’extinction.***

 ***La nouvelle dynamique démographique et migratoire***

 ***demande plus de vigilance y compris pour la prise en charge***

 ***des besoins en terme quantitaf et spatial.***

 *C’est chez les plus pauvres qu’on retrouve le plus de privations*

 *mais du fait de leur fort taux de natalité générant un plus fort*

 *taux de mortalité infantile et probablement maternelle les*

 *aides publiques restent insuffisantes.*

 ***LE DISPOSITIF National « SANTE JEUNES » DU MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS***

*Les structures de soins et d'aides sont ouvertes à toute la population comme les services hospitaliers, les structures de santé de base ; d'autres sont réservées spécifiquement aux adolescents et aux jeunes : Les cellules d'écoute et de prévention : sont implantées dans les Centres d'Information et d'Animation de la Jeunesse (CIAJ) et le service d'aide téléphonique "116 Insertion Plus" dépendants du ministère de la jeunesse, des services de santé scolaire dépendant du ministère de la santé. Il existe 48 CIAJ, 01/wilaya. . Ces tâches : l’identification, la prévention et la prise en charge des problèmes de santé des jeunes, ainsi que le renforcement de la mission d'écoute, de communication et d'orientation.*

 POLITIQUE DE SANTE EN ALGERIE : ***Une priorité consacrée et réaffirmée****:*

***Promotion de la jeunesse***

*le Gouvernement place la promotion de la Jeunesse au centre de l’ensemble de sa stratégie et lui consacre, dans le cadre d’une coordination intersectorielle, une dynamique de soutien cohérente et intégrée, englobant les programmes d’éducation et de formation et de protection contre les fléaux sociaux.*

***Promotion de la femme***

*Le Gouvernement œuvrera à mobiliser un surcroît d’efforts et de moyens pour préserver les acquis de la femme en matière de participation à la vie politique, économique et sociale de la Nation et renforcer d’avantage la protection de ses droits.* *Le Gouvernement poursuivra la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre la violence à l’égard des femmes et œuvrera au renforcement des dispositifs de protection juridique et des mécanismes d’accompagnement.*

***ENGAGEMENT DU GOUVERENEMENT ALGERIEN-***

 ***Plan d’action présidentiel 2014***

*CHAPITRE SIXIEME : POURSUITE DES EFFORTS DE DEVELOPPEMENT HUMAIN POUR*

*UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE ET RIGOUREUSE DES BESOINS DES CITOYENS*

***Renforcement qualitatif et quantitatif de la prise en charge sanitaire des citoyens :***

*Fondement de la politique nationale de santé, la prise en charge sanitaire des citoyens continuera de bénéficier de la priorité du Gouvernement qui poursuivra les efforts engagés pour entre- autres:*

*Atteindre les objectifs « Santé » du millénaire portant sur la réduction des mortalités infantiles et maternelle, l’amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/sida et le paludisme notamment. En matière d’organisation des soins, la priorité sera accordée à:*

*L’amélioration de l’accès équitable et solidaire aux soins sur l’ensemble du territoire national et au rapprochement des activités de soins de haut niveau des populations du grand sud et des hauts plateaux, à travers des opérations de jumelage;*

*L’encouragement de l’investissement privé*

*notamment dans les zones défavorisées et au renforcement des mesures assurant une complémentarité entre les établissements sanitaires publics et privés qui doivent assurer une mission d’utilité publique.*

**Constitution : Article 54**  «  Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L’Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques. »

**Politique nationale de santé :** Loi N°85-05 du 16 février 1985 protection et promotion de la santé Organigramme MSPRH décret exécutif 11-379 du 21.11.2011

Organigramme MSPRH décret exécutif 11-379 du 21.11.2011

Octobre 2002 : Installation d’une commission nationale interministérielle des programmes en direction des jeunes, présidée par le Ministre de la Jeunesse et des Sports. Cette commission sera relayée, au niveau local, par une commission intersectorielle des programmes de jeunes, placée auprès du Wali de la wilaya.

***ENGAGEMENT DU GOUVERENEMENT ALGERIEN-Plan d’action présidentiel 2014***

SYSTEME DE SANTE

***F***ondé sur la prédominance du secteur public et la gratuité des soins au plan préventif et curatif, afin de garantir l’équité. Une politique de réforme hospitalière est actuellement en place afin d’améliorer ses performances. Tenant compte de la nécessité de prendre en charge la double transition démographique et épidémiologique, le secteur santé bénéficie d’un vaste programme de développement basé sur les principes de densification et de proximité avec l’effet de rapprocher davantage les soins de base et spécialisés du citoyen. Le système de sécurité sociale complète et renforce l’accès aux soins.

Le secteur de ***santé en Algérie*** a connu une amélioration de tous les paramètres de santé quantifiables. Des progrès ont été réalisés, surtout depuis le début des années [2000](https://fr.wikipedia.org/wiki/2000), grâce à une priorité redonnée à la garantie de l’accès à la santé et une part croissante du [budget](https://fr.wikipedia.org/wiki/Budget) de l’état consacrée à la santé[

]. La dépense courante de santé en [Algérie](https://fr.wikipedia.org/wiki/Alg%C3%A9rie) représente pour 2014, 12,1 % du [produit intérieur brut](https://fr.wikipedia.org/wiki/Produit_int%C3%A9rieur_brut), soit 60 milliards de DA de budget annuel sectoriel. La Santé est ainsi le quatrième poste de dépense avec 366 milliards de DA à dépenser en 2014[.. ]

***Amélioration du système de santé en Algérie depuis 2002=> Nette Amélioration de plusieurs indicateurs notamment de l’Esperance de vie et donc la Mortalité MAIS des Défis demeurent pour réduire les écarts entre les régions pour assurer un accès équitable a toute la population sur tout le territoire national.***

*\*1962-1975 : Baby-boom mais le gouvernement avait des priorités autres que les problèmes de l’explosion démographique*

*\*1974 : Programme National d’Espacement des Naissances (PNEN) sans impact*

*\* 1975-1983 : la fécondité commence à baisser sans politique de limitation des naissances*

*\*1983 : Revirement idéologique : lancement d’un programme ambitieux de limitation des naissances :* ***Programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD).***

***\**** *Fin des années 1980 Evaluation du PNMCD : bilan non satisfaisant.*

*\** *1991, les sages-femmes sont désormais habilitées à prescrire les produits et méthodes contraceptives*

*\* 1994 : Conférence du Caire Nouveau concept : la santé de la reproduction****=>*** *Création du comité national de santé reproductive et de planification familiale*

*\*1994 : Création de la Direction de la population*

*\*1996 : Comité national de population*

*\*1995 : Création de la PCH :Sécuriser les approvisionnements (médicaments et contraceptifs)*

Dates et evenemenets cles

HISTORIQUE ET EVOLUTION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

En 1980***, Information et éducation sociales***, la revue éditée par le Secrétariat d’état aux affaires sociales : « L’explosion démographique en Algérie n’est qu’amorcée. Elle est à venir. En effet, l’examen de la balance naissances moins décès (ou mouvement naturel) donne des chiffres d’augmentation moyenne annuelle de la population résidente de 404 000 personnes/an en 1965-1970, d’environ 675 000 personnes/an en 1980-1985 et celle-ci pourrait atteindre 1 114 000/an en 2000-2005 » (SEAS, 1983).

***2ème conférence mondiale de la population***: Mexico 1984, la délégation algérienne demande un soutien de la communauté internationale à sa nouvelle politique de population, considérant la croissance de la population comme *« le principal obstacle au développement ».* Désormais : *"Les répercussions de l'excessive croissance démographique, au plan individuel et collectif, sur le bien-être et l'épanouissement de la famille, la qualité de vie et l'environnement social, ainsi que sur les capacités de l'appareil économique national de répondre de façon satisfaisante aux besoins sociaux fondamentaux, commandent instamment une action généralisée et concertée de mise en place des conditions de la maîtrise de la croissance démographique"* (SEAS, 1983).

Depuis dix ans la fécondité remonte malgré la poursuite de la politique de limitation des naissances

*Fin des années 1980 :* ***Evaluation du PNMCD****: Bilan non satisfaisant du fait des problèmes d’approvisionnement en produits contraceptifs liés aux ruptures de stock, des difficultés liées à la gestion administrative d'une part et dans l'information et la sensibilisation d'autre part ont été signalées. C’est l'efficacité de la politique mise en place qui se trouve remise en cause (Hadjidj et Khodja, 1988 ; Paulet, 1994 ; Mokkadem et Bouisri, 1998 ; Benkhelil, 1999 ; Boumghar, 1998).*

***Conférence du Caire****, 1994, la politique de population doit se référer à la notion de* ***la santé de la reproduction****, nouveau concept issu des recommandations internationale (Mokadem et Bouisri, 1998) et, en 1995, un* ***comité national de santé reproductive et de planification familiale*** *est créé.*

*Mi-décennie 1990, le jugement est encore plus sévère : tout est à refaire. "Les services étaient mieux structurés sous la politique d'espacement des naissances. Une fois qu'une politique de population a été adoptée, le travail de terrain devint moins performant"(Belkhodja, citée par Kouaouci, 1996).*

Evolution de l’Esperance de vie : Entre 1975 et 1985 l’Algérie réalise une bonne progression de l’espérance de vie de 1,2 année par an pour les hommes et 1,5 pour les femmes

 *Tableau : Evolution de l’espérance de vie de la population âgée de 10 à 25 ans (1980-2014)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Age | 1980 | 1985 | 1990 | 2000 | 2005 | 2010 | 2013 | 2014 |
| 10 ans | 58,1 | 61,1 | 62,2 | 65,9 | 17,5 | 68,6 | 69,2 | 69,3 |
|  15 ans | 53,5 | 56,6 | 57,5 | 61,1 | 62,7 | 63,7 | 64,3 | 64,5 |
|  20 ans | 49,1 | 52,1 | 52,8 | 56,3 | 57,8 | 58,9 | 59,5 | 59,6 |
|  25 ans | 44,8 | 47,5 | 48,1 | 51,6 | 53,1 | 54,1 | 54,7 | 54,8 |

Source: Rétrospective Statistique 1962-2011 (1) MSPRH direction de la population (2) Démographie Algérienne 2013,2014 (ONS)

Transition démographique : Source : **Evolution du système de santé algérien : enjeux et perspectives Pr.** J.-P. Grangaud 2010

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1970 | 1992 | 2009 | 2015 |
| Habitants (10⁶) | 12,0 | 26,4 | 35,1 | 40.4 |
| Naissances (10³) | 600 | 799 | 849 | 1040 |
| Mortalité générale ‰ | 16,7 | 6,1 | 4,4 | 4.57 |
| Mortalité Infantile ‰ | 141,1 | 55,4 | 23,1 | 22.3 |
| Accroissement Naturel (%) | 3,34 | 2,43 | 1,91 | 2.15 |
| I.S.F. | 8,36 | 4,77 | 2,27 | 3.2 |

PROGRES REALISES

*Des progrès visibles vers les OMD MAIS qui cachent des disparités géographiques et socio-économiques*

La décennie 2000 - marquée par une reprise significative du développement économique et social, qui a beaucoup bénéficié au secteur de la santé, et une baisse importante de la tension sécuritaire - a vu un regain de la nuptialité (cela faisant également remonter le taux brut de natalité, amenant le taux d’accroissement naturel de la population à 1,98% en 2009). Selon les tendances démographiques actuelles, la population algérienne se caractérise par les aspects suivants : une population de 0-4 ans en croissance rapide; une proportion de femmes en âge de procréer en nette augmentation; une population d’âge actif en constante progression; un poids plus que jamais prépondérant de la jeunesse ; et un vieillissement de la population de plus en plus marqué.

***Une priorité fondée sur les valeurs
d’équité et de solidarité :* Accès Universel,** **Gratuité : suppression obstacle financier ; Proximité : suppression obstacle géographique ; Secteur public : rôle pivot et non exclusif comme garantie de l’Etat ; Protection sociale : 80% de la population**

***Une politique* fondée sur le recours à *des approches novatrices* en partenariat avec la société civile**

***Un effort d’investissement constant :*** Santé mère –enfant : 409 Polycliniques avec maternités ; 30 Complexes Mère –Enfant ; 6694 PMI ; Sante scolaire et des jeunes : 48 CIAJ ; 1737 UDS et 482 SEMEP

*[Attirez l’attention du lecteur avec une citation du document ou utilisez cet espace pour mettre en valeur un point clé. Pour placer cette zone de texte n’importe où sur la page, faites-la simplement glisser.]*

CONTRAINTES/ DEFIS

**L’effectif des femmes en âge de procréer a progressé de plus de 30 % au cours de la période intercensitaire (1998-2015) et celui des naissances vivantes de plus 40 %.**

* ***DEFIS :*** L’ensemble des mesures a entrainé ***une amélioration significative*** de l’état global de santé de sa population. L’espérance de vie à la naissance est passée de 53,5 ans en 1970 à 76 ans en 2008. De même le taux de mortalité infantile s’est considérablement réduit (141,5% pour 1 000 en 1970 et 24,5 pour 1 000 en 2008). Trois défis majeurs, en particulier, se présentent toutefois au secteur : la réduction des disparités en termes d’accès au système de santé ; l’amélioration de la qualité des prestations et celles de l’efficacité et de l’efficience dans sa gestion.
* ***L’analyse causale*** des défis majeurs soulève surtout, en dehors des causes immédiates, les facteurs liés à l’organisation du système de soins (politique de santé ; suivi et évaluation ; système d’information ; et accessibilité aux soins) et à la prise en charge médicale (suivi standardisé et complet ; prévention et traitement des causes majeures de la morbidité et de la mortalité ; information/éducation/communication ; et surveillance du développement physique et mental de l’enfant). La plupart des responsables des actions à mettre en œuvre appartient au secteur de la santé et mérite un renforcement des capacités. Mais il y a également un rôle indispensable pour les autres secteurs, ce qui demande un effort accru de coordination.
* Depuis 2000, 03 faits marquants de la démographie algérienne: (i) l’importance du volume des mariages enregistrés annuellement, (ii) le recul toujours important de l’âge auquel l’Algérien contracte son premier mariage et (iii) la faiblesse du célibat définitif (moins de 3%). Ces paramètres traduisent à la fois les acquis sociaux, notamment en matière d’accès de la femme à l’éducation et à la vie active, mais aussi les difficultés d’accès à l’emploi et au logement qui contraignent les jeunes à retarder la constitution de leurs propres noyaux familiaux.
* \*Fécondité aux jeunes âges :↘↘très important=> ↘ risques de décès maternels à ces âges. ↗ légère des taux de fécondité générale chez les 15-29 ans depuis 2008/2010, pour revenir aux niveaux observés dans la période d’avant 2000. +++ vigilance du secteur en charge de la santé reproductive et de la planification familiale sur les tendances que peut cacher cette observation.
* Transition demographique et evolution de la population algerienne :

RGPH 1966 RGPH 1998

RGPH 2008

Defis de la PF : Un potentiel reproductif grandissant ;Un contexte économique et social favorable ;

…………

Mais

Un célibat de plus en plus important ; Niveau d’instruction meilleur ; Diffusion lente mais certaine de la PF

Tendons nous vers une augmentation de la fécondité ??

***Quelle que soit la tendance….
Nous ne sommes plus en phase des défis auxquels il faut se préparer Mais en face de réels problèmes qu’il faut gérer/résoudre***

**En matière de santé et de soins de santé génésique tout particulièrement…**

* Santé des jeunes et des adolescent(e)s
* Grossesse à risque (+ 40 ans) et périnatalité
* Infertilité des couples
* Ménopause ;
* VIH/Sida

En réalité l’ISF dans le cas algérien peut être trompeur. En effet, le nombre de naissances est rapporté à l’ensemble des femmes en âge de reproduction (FAR). Lorsque le nombre de naissances est rapporté aux femmes non célibataires, il est beaucoup plus élevé du fait d’un taux de célibat en croissance régulière. Le graphe montrant l’évolution de la proportion de femmes célibataires parmi celles âgées entre 35 et 49 ans entre 1998 et 2008 est instructif à plus d’un titre :

1. L’élévation de cette proportion a concerné toutes les wilayate quelque soit la strate ;
2. L’extrême diversité des situations : pour certaines wilayate du sud et des hauts plateaux et en milieu rural, cette proportion ne dépasse pas 5% alors qu’elle dépasse les 20% toujours en milieu rural, à Skikda (21), Boumerdes (35), Tizi-ouzou (15) et Djijel (18) ;
3. Le comportement singulier des citadines d’Alger avec une proportion élevée aussi bien en 1998 qu’en 2008 ;
4. L’accroissement de la proportion de célibataires est plus important en milieu rural qu’en milieu urbain. Ce qui présage d’un phénomène de rattrapage ;
5. La distinction entre l’urbain et le rural n’est pas systématique en matière de comportements démographiques.

L’effet conjugué du recul de l’âge du mariage et du recours à la contraception (61,4 %) ont été les déterminants majeurs de la transition démographique accélérée.[[1]](#footnote-1) La hausse continue de l’âge du premier mariage pendant les quatre dernières décennies s’inscrit parmi les changements les plus remarquables de la société algérienne.

***Bouleversements démographiques***

La transition démographique en Algérie semble être bouleversée ces dernières années, pour se démarquer des schémas universels de transitions

Par ailleurs, en dépit de la montée spectaculaire de la nuptialité, l’âge moyen au premier mariage de la population algérienne continue à être l’un des plus élevé au monde : il a été estimé en 2008 à 33 ans pour les hommes et 29.3% pour les femmes. L’évolution observée sur la dernière période intercensitaire (entre 1998 et 2008), montre que la proportion du célibat a tendance à augmenter dans tous les groupes d’âges, notamment entre 25 et 39 ans. Aussi paradoxal que cela puisse paraitre, au moment où l’on parle de doublement des mariages, le célibat continue à gagner toutes les franges de la population et notamment les plus jeunes d’entre elles.

Avec une croissance exceptionnelle des effectifs des femmes en âge de procréer sur les 10 dernières années, plus accélérée depuis 2005, cette situation est pour augurer d’une demande sociale, en matière de santé, de scolarisation, d’emplois, d’enseignement supérieur, et de logements, particulièrement aigue, en tout cas beaucoup plus que laissent penser les projections actuelles. Source Grangaud 2011

***Jeunes***

Il est reconnu en Algérie que « *le problème de la jeunesse a atteint un seuil d’intensité tel qu’il s’impose désormais en tant que problème politique. Cela implique de la part des pouvoirs publics aussi bien une transformation radicale de la perception du fait juvénile que des mécanismes concrets qui en déterminent son inscription sur l’agenda des décideurs* ».[[2]](#footnote-2) Du fait - d’un côté - de l’impact de l’histoire qui a laissé  deux générations marquées par le malaise social, le désordre et la violence’, et, de l’autre côté,- des mutations sociales, démographiques et économiques, il est constaté que les principaux indicateurs relatifs aux jeunes sont porteurs de crises potentielles.[[3]](#footnote-3)

*L’amélioration du niveau de vie général occulte cependant l’existence de disparités entre milieux et groupes sociaux*.

***En conclusion, et partant des indicateurs démographiques relatifs à la répartition spatiale des jeunes, il est clair que l’action des pouvoirs publics ne peut répondre aux besoins de l’ensemble de la jeunesse algérienne. C’est pourquoi les cellules d'écoute et de prévention santé-jeunes, au même titre que les centres d’information de jeunes, dont l'action s'inscrit dans la durée, développent d'une manière fréquente, des actions de proximité (campagnes de prévention, expositions, rencontres-débat ...) qui s’appuient sur les associations de jeunes et les autres intervenants des secteurs tels la Santé et la population ainsi que l’Education nationale.***



PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

**Planification familiale**

[Les encadrés permettent de faire ressortir des points importants de votre texte ou d’ajouter des informations pour référence (par exemple, planification).

Ils sont généralement placés à gauche, à droite, en haut ou en bas de la page. Vous pouvez les faire glisser vers n’importe quel emplacement de votre choix.

Lorsque vous êtes prêt à ajouter votre contenu, cliquez ici et commencez à taper.]

[Les encadrés permettent de faire ressortir des points importants de votre texte ou d'ajouter des informations pour référence (comme une planification, par exemple)

Ils sont généralement placés à gauche, à droite, en haut ou en bas de la page. Vous pouvez les faire glisser vers n’importe quel emplacement de votre choix.

Lorsque vous êtes prêt à ajouter votre contenu, cliquez ici et commencez à taper.]

**SANTE REPRODUCTIVE**

***DEVELOPPEMENT DU POTENTIEL DES JEUNES, EQUITE D’ACCES AUX SERVICES ET PREVENTION DES RISQUES***

*Aujourd’hui, l’Algérie se retrouve à un stade de sa transition démographique où la plus grande partie de sa population est composée de jeunes adultes en âge d’activité et elle le sera encore pour plusieurs décennies. Il s’agit d’une période, qualifiée par certains experts de fenêtre démographique, prometteuse avec de grandes opportunités d’accroissement des revenus, de l’épargne et de l’investissement ainsi que d’effets multiplicateurs importants pour le développement humain durable, à condition, cependant, d’investir de façon vigoureuse dans l’éducation et la formation afin de pouvoir assurer à cette force de travail des emplois productifs.*

*[Attirez l’attention du lecteur avec une citation du document ou utilisez cet espace pour mettre en valeur un point clé. Pour placer cette zone de texte n’importe où sur la page, faites-la simplement glisser.]*

1. Rapport OMD 2010 [↑](#footnote-ref-1)
2. MJS (2008) *Politique nationale de la jeunesse* [↑](#footnote-ref-2)
3. MJS (2008) *Politique nationale de la jeunesse* [↑](#footnote-ref-3)