

## Politique de population et pratique contraceptive en Algérie

LOUADI Tayeb

Mohamed Ben Ahmed. Oran2( Algérie)

### ملخص:

حتى بداية الثمانينات لم تنتهج الجزائر أي سياسة سكانية واضحة، بالرغم من تصنيف معدل نموها الديمغرافي من بين أعلى المعدلات في العالم. إن الوعي بالمشكلة و بنتائج استمرار نمو سكان الجزائر بهذا المستوى فرض ضرورة إعداد سياسة حكومية فيما يخص السكان ووضعها حيز التطبيق، ترجمت هذه السياسة في تبني برنامج التباعد بين ( الذي يهدف إلى التحكم الفعلي في النمو السكاني. (PNMCD)الولادات سجل معدل النمو السكاني في الجزائر خلال عشرينين تراجعا مذهلا بفضل ارتفاع معدل استعمال موانع الحمل الذي يعتبر عامل فعال في تراجع الخصوبة. **كلمات مفتاحيه:** ديمغرافيا، سياسة سكانية، خصوبة، استعمال موانع الحمل، طرق منع الحمل، معدل نمو السكان.

### Résumé

Jusqu'aux années 1980, l'Algérie ne disposait pas d'une politique de population explicite malgré un taux d'accroissement démographique des plus élevés au monde.

La prise de conscience de la problématique et des conséquences du maintien d'un tel niveau de croissance de la population algérienne a rendu plus qu'impératif l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique gouvernementale en matière de population qui s'est traduite par l'adoption de mesures et l'engagement d'actions dans le cadre du PNMCD (programme national de maîtrise de la croissance démographique) en vue d'agir sur l'accroissement démographique. Effectivement, le taux de croissance de la population algérienne a enregistré en l'espace de deux décennies une baisse spectaculaire effective, grâce, notamment à l'augmentation du taux de prévalence contraceptive qui représente un facteur décisif dans la baisse de la fécondité.

**Mots clés :** démographie, politique de population, fécondité, pratique contraceptive, méthodes de contraception, taux de croissance de la population.

### Abstract

Until the years 1980, Algeria did not have an explicit policy of population in spite of a demographic rate of increase in highest with the world.

The awakening of the problems and the consequences of the maintenance of such a level of growth of the Algerian population has made more than imperative the development and the implementation of a government policy as regards population which resulted in the adoption of measurements and actions within the framework of the PNMCD (national plan of control of the population growth) in order to act on the increase demographic.

Indeed, the growth rate of the Algerian population recorded in the two decades space an effective spectacular fall, grace, in particular with the increase in the rate of contraceptive prevalence which represents a deciding factor in the fall of the fertility.

**Keywords:** demography, policy of population, fertility, practical contraceptive, methods of contraception, growth rate of the population.

## 1. Quelques orientations de la politique démographique en Algérie

Par politique de population, on entend tout ensemble de mesures d'ordre législatif ou administratif pouvant avoir dans le temps ou dans l'espace, un effet à la hausse ou à la baisse sur la fécondité, et dès lors sur le taux de croissance de la population.

La décision d'opter pour telle ou telle politique de population est largement tributaire de la définition de la problématique retenue par les pouvoirs publics. Il est tout à fait possible de saisir à partir des déclarations, discours et documents officiels, la manière dont est perçue et appréhendée la problématique de population en Algérie et l'attitude adoptée à son égard.

D'un point de vue chronologique ou historique, la politique algérienne en matière de population a connu globalement trois grands moments.

### **Première période : 1962 -1969**

Les risques engendrés par une croissance effrénée de la population furent soulevés juste après l'indépendance. Déjà en 1964, la charte d'Alger incriminait la « forte démographie » dans l'aggravation du chômage (1).

La hausse du taux d'accroissement de la population est le résultat non seulement de la baisse de la mortalité, grâce, évidemment aux progrès de la médecine et à l'extension des structures sanitaires (la mortalité a baissé de moitié en vingt ans, passant de 31‰ à environ 15‰ entre 1946 et 1966), mais aussi à la croissance spectaculaire de la natalité qui passe de 41‰ à environ 50‰ entre 1954 et 1966 (rattrapage des mariages et des naissances au lendemain de l'indépendance). C'est de cet écart que provient l'accélération prodigieuse du taux d'accroissement de la population algérienne.

(1) Charte d'Alger, commission centrale d'orientation, Alger 1964, p.75

La baisse de l'âge moyen au mariage des femmes passant de 20 ans à 18,3 ans entre 1954 et 1966, de même que l'infime proportion des célibataires de sexe féminin, laquelle ne dépassait guère 1% de la population adulte selon les données du recensement de 1966 ont fait prendre conscience que la population algérienne a accumulé un potentiel d'accroissement extrêmement élevé pour les années suivantes.

Les problèmes inhérents à une croissance rapide de la population n'ont cependant été réellement abordés qu'après le recensement de 1966. En effet, la première référence officielle est celle du ministère de l'éducation de l'époque qui déclarait que « faute d'une action sur la natalité, non seulement la scolarisation deviendrait problématique, mais le nombre absolu d'analphabètes augmenterait tant le nombre d'enfants à scolariser croîtrait vite » (1).

En 1954, l'Algérie comptait un déficit en logements d'un peu plus de 700000 unités. Celui-ci est passé à plus d'un million en 1963 et s'est même aggravé encore depuis. Entre 1963 et 1966, il n'a été construit en moyenne qu'un peu plus de 5000 logements/an au lieu des 100000 nécessaires.

Le rapport de la direction générale du plan et des études économiques préconisait en 1968 la mise en place d'une politique de planning familial qui contribuerait à la solution du problème posé par le secteur du logement dont le déficit était imputé aux effets de l'explosion démographique (2).

Les travaux préparatoires à l'élaboration du plan triennal (1967-69) avaient souligné les impératifs de la planification familiale en Algérie.

L'ouverture de plusieurs centaines de centres de régulation des naissances représenterait le seul moyen à même d'enrayer la démographie galopante (3). Du point de vue religieux, le

conseil supérieur islamique déclarait en 1968 que l'espacement des naissances était considéré comme étant une pratique licite, laissant tout de même les couples libres de décider de la taille de leur famille.

(1) MARCOUX.A, PAULET.C: politiques et programmes démographiques au Maghreb, 3<sup>e</sup> colloque de démographie maghrébine, Tunis 1978.

(2) Direction générale du plan et des études économiques : incidence de l'explosion démographique sur les problèmes de construction et de logements, Alger, septembre 1968, pp 2-6.

(3) AARDES : impératifs de la planification familiale en Algérie, 1968

Une commission nationale pour l'élaboration d'une politique de natalité est mise en place au courant de l'année 1968. Elle fut chargée de définir une politique de population avec comme perspective de l'inclure dans le premier plan quadriennal (1970-1973) (1).

Cette phase qualifiée plutôt de « malthusienne » et marquée par une volonté politique favorable au contrôle de la natalité prit fin en 1969 lors du discours du président du conseil de la révolution.

### **Deuxième période : 1970-1980**

Dans son discours le président du conseil de la révolution considérait la limitation des naissances comme étant une fausse solution, et préconisait la création d'emplois comme moyen de développement social et économique.

Aux yeux des dirigeants, le contrôle des naissances ne saurait constituer la réponse au problème du sous développement. Ainsi, il a été mis un terme aux travaux entrepris sous l'égide de la Commission Nationale pour l'Elaboration d'une Politique de Natalité (CNEPN).

L'attitude en matière de limitation des naissances paraît être la prudence. Il fallait à tout prix éviter d'aller à l'encontre des préjugés et des valeurs de la majorité de la population.

En 1971, le gouvernement adopte une position selon laquelle la solution de tout problème de population repose sur le développement socio-économique.

Cette position a été fortement affirmée par le représentant de l'Algérie à la conférence mondiale de la population à Bucarest en 1974.

Néanmoins, et pour des raisons autres que démographiques, les autorités politiques de l'époque soutenaient le planning familial. Ainsi, avec l'aide des institutions internationales, le programme national d'espacement des naissances est lancé officiellement en 1974, même si le premier centre d'espacement des naissances fut inauguré en 1967 à Alger.

Ce programme fonctionnait dans le cadre du système de protection maternelle et infantile, et tout effet antinataliste était considéré comme un résultat indirect et explicitement non voulu, puisque le 01/06/1970, le président déclarait « ... je crois qu'il ya place en Algérie non pas pour 15 millions d'habitants, mais pour beaucoup plus. »

La population algérienne passe de près de 12 à 18 millions d'habitants entre 1966 et 1977, soit un taux d'accroissement annuel de plus de 3%.

(1) MARCOUX.A, PAULET.C: politiques et programmes démographiques au Maghreb, 3<sup>e</sup> colloque de démographie maghrébine, Tunis 1978.

Il est apparu tout à fait clairement que le maintien d'un pareil niveau de croissance démographique était trop élevé par rapport aux capacités du pays et constituerait un obstacle aux efforts de développement.

La « fièvre » démographique qui frappe l'Algérie durant les années post indépendance est à n'en pas douter pour beaucoup dans l'effondrement de plusieurs secteurs d'activité. Ceux directement touchés sont l'emploi, l'habitat, la santé et l'éducation. Des secteurs stratégiques qui ressortent comme à leur habitude par leur caractère d'urgence et le coté prioritaire qu'ils présentent. Aucune économie, même avancée ne pourrait, semble t-il soutenir un tel rythme de progression numérique de la population.

Les espoirs fondés sur le décollage de l'appareil économique en vue de l'amélioration du niveau de vie de la population n'ont pu être concrétisés, et par conséquent la politique du laisser faire en matière démographique qui consistait à attendre une baisse de la natalité comme conséquence de l'amélioration du niveau de vie n'était plus de mise.

Lors d'un message sur l'état de la nation en date du 31/03/1977, le président de la république déclarait devant le parlement « ...chez nous, les problèmes de la croissance démographique sont loin d'être une fiction...»

Ce changement dans le discours tranche catégoriquement avec la position algérienne à la conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974. Les décideurs politiques sont passés d'une attitude nataliste ou de laisser faire à une position favorable à la réduction de la natalité, en dépit des réticences de certains détracteurs d'une limitation ou d'un espacement des naissances.

### **Troisième période : à partir de 1980**

La nécessité d'une politique d'intervention pour réduire la natalité fut adoptée par le comité central du FLN (front de libération nationale) qui a réuni les dirigeants du pays lors de sa session de décembre 1979.

Au terme d'une décennie de développement, la position de l'Algérie en matière démographique a radicalement changé.

Le plan quinquennal(1980-84) adopté en juin 1980 insistait sur « ...l'action de réduction du taux de natalité qui est devenue une condition indispensable pour améliorer l'efficacité dans la construction de l'économie algérienne » (1).

(1) MPAT : rapport général du plan quinquennal 1980-84, p 68.

Le rapport général de ce plan assigne comme premier volet à la politique démographique, la maîtrise de l'évolution des naissances à moyen et long terme.

Les perceptions négatives à l'égard du taux de croissance de la population algérienne n'ont pas entraîné systématiquement une intervention des autorités. Ce n'est qu'en février 1983 que les instances gouvernementales franchissent un nouveau palier dans la concrétisation de cette politique en adoptant en conseil des ministres du 20/02/1983 un programme d'actions intersectoriel en vue de la maîtrise de la croissance démographique , et dont la coordination est assurée par le ministère de la protection sociale.

Ce programme se traduira par l'application d'un ensemble d'actions orientées principalement vers :

- Le développement des infrastructures d'accueil devant servir de support aux prestations en matière d'espacement des naissances. L'horizon 1989 prévoyait un centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile) en zone urbaine, et par commune en zone rurale.
- L'accent est mis sur l'importance de l'approvisionnement régulier et permanent de toutes les unités de soins et de distribution des produits contraceptifs.

- L'information, l'éducation et la sensibilisation de la population sur les avantages d'un planning familial. Ce rôle est dévolu au ministère de l'information.
- La formation de cadres en démographie, l'impulsion de la recherche ainsi que la sensibilisation des élèves sur les implications d'une croissance démographique dans le cadre des programmes scolaires.
- Encourager une scolarisation féminine prolongée particulièrement en milieu rural.

La nécessité d'instaurer et de développer un programme de contrôle des naissances fut soulignée par le représentant de l'Algérie à la conférence mondiale de la population à Mexico en 1984. L'approche défendue par la délégation algérienne et qui contraste entièrement avec celle prônée dix ans plus tôt, fut réaffirmée dans la charte nationale de 1986 où on peut lire en substance « ...le taux de croissance démographique actuel compromet toutes les possibilités d'amélioration quantitative. Ce taux a rendu la problématique de la satisfaction des besoins sociaux et collectifs actuels et futurs encore plus complexe et s'est érigé en obstacle devant les améliorations qualitatives qui constituent la clé du progrès économique et social » (1)

(1) Charte nationale, 1986, paragraphe V.

Ce sont assurément les arguments économiques qui justifient le retournement de la position officielle et par conséquent de la politique préconisée en matière de population, d'autant plus que l'Algérie est confrontée en 1986 à son premier déficit commercial depuis une dizaine d'années.

La politique démographique adoptée par les autorités s'intègre visiblement dans une stratégie globale de développement et, vise à obtenir un changement des valeurs natalistes ancrées dans les mentalités et incompatibles avec les exigences de la vie moderne.

C'est ainsi que fut créée en 1987 l'association algérienne pour la planification familiale qui a pour mission de contribuer à la maîtrise de la croissance démographique par l'information et la sensibilisation de la population. Par ailleurs, elle contribue à l'amélioration des prestations des services des centres d'espacement des naissances et à la formation des personnels de santé.

Cette association d'initiative privée, affiliée à la fédération internationale du planning familial est implantée dans la majorité des wilayas du pays.

Il est apparu clairement que l'adéquation entre les capacités de l'appareil productif national et un niveau de population acceptable est une nécessité impérieuse.

Le rappel des implications socio économiques d'une fécondité élevée ainsi que l'urgence d'une action efficace et pérenne sur le rythme de croissance démographique, n'ont pas cessé d'être mises en avant et rappelées par les autorités politiques à chaque fois que l'occasion se présentait.

Le programme de travail du gouvernement publié le 20/12/1992 soulignait clairement que « la croissance démographique constitue pour le pays une contrainte structurelle majeure. » Il est stipulé également dans ce programme que « la croissance démographique, par son impact direct sur le processus de développement économique et social du pays, devra faire l'objet d'une politique élaborée à travers des programmes susceptibles de permettre une maîtrise rationnelle de la croissance démographique dans le respect des traditions inhérentes à la société algérienne. »

L'objectif du PNMCD (programme national de maîtrise de la croissance démographique) adopté en 1983 et révisé en 1991 est une baisse du taux d'accroissement, notamment par une augmentation du taux de prévalence contraceptive.

D'autre part, la création en juillet 1992 d'un Ministère de la santé et de la population témoigne du degré de préoccupation des autorités concernant la question de la croissance de la population en Algérie.

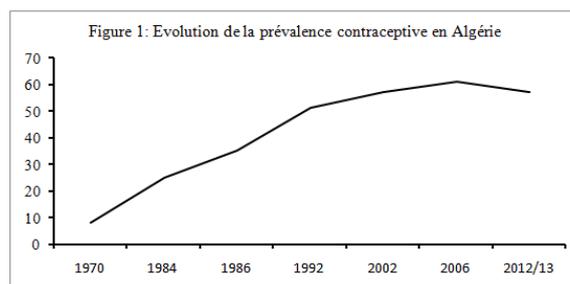
## 2. Quelques traits de la pratique contraceptive en Algérie

La contraception, définie comme étant l'utilisation de méthodes dites modernes ou traditionnelles pour espacer ou limiter les naissances est une pratique largement admise, et intégrée dans le comportement procréateur du couple algérien. Elle représente un facteur déterminant et le moteur de la baisse de la fécondité en Algérie.

### 2.1 Evolution de la pratique contraceptive

Initiée à la fin des années 1960 dans le cadre de la santé maternelle et infantile la planification familiale a connu une diffusion inattendue durant les décennies suivantes.

Évaluée à 8% à la fin des années 1960, la prévalence de la pratique contraceptive parmi les femmes mariées en âge de procréer passe à 25 % en 1984 pour l'ensemble du pays. L'enquête nationale sur la fécondité réalisée en 1986 avance un taux de 35 %. En 1992, la part des femmes mariées en âge de reproduction atteint 51 % (une femme sur deux y avait recours).



Source : Tableau A1

Selon les données de l'EASF (enquête algérienne sur la santé de la famille, le taux de prévalence contraceptive fut estimé à 57% en 2002.

Les données fournies par l'enquête nationale à indicateurs multiples MICS3 réalisée en 2006 avance une proportion de 61,4% d'utilisatrices d'un moyen de contraception parmi les femmes en âge de procréer.

L'enquête MICS4 (2012-2013), indique pour la première fois une baisse de la prévalence contraceptive (57%) en Algérie qui tranche avec la tendance haussière de la pratique de la contraception observée au fil des années. L'essor de la pratique de la contraception est la conséquence d'un certain nombre de mesures et d'actions, notamment le Programme National de Maîtrise de la Croissance Démographique (PNMCD) adopté en février 1983, et qui visait, entre autres, la généralisation de l'accès à la planification familiale, le développement des activités d'information, d'éducation et de communication en vue de la promotion et l'incitation des couples à adhérer au programme.

La multiplication et la dissémination des centres de PMI / EN (Protection Maternelle et Infantile / Espacement des Naissances), a grandement favorisé l'adhésion et le recours de la

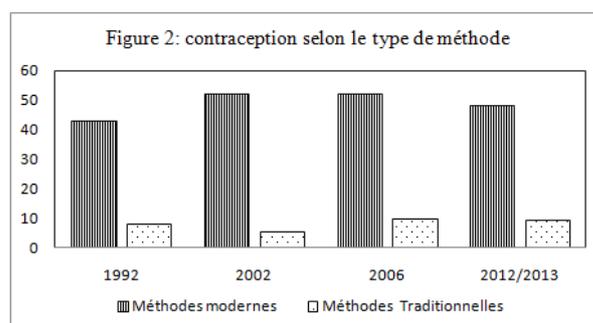
population féminine à la planification familiale. Ces structures dont la vocation est la consultation ainsi que la promotion et la diffusion des moyens contraceptifs par le biais du personnel ont vu leur nombre passer de 7 centres en 1974 à environ 2000 au début des années 1990.

## 2.2 Contraception et type de méthode utilisée

Les méthodes de contraception modernes ont connu une progression notable entre 1992 et 2006, passant de 42,9% à 52%. En 2012/2013, ce type de méthodes accuse une baisse substantielle. Seulement 48% des femmes y ont recours. La pilule, qui reste la méthode préférée des femmes a vu son emploi augmenter très sensiblement jusqu'en 2006, puis diminuer en 2012/2013.

Le dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet, bien que son efficacité ait été prouvée et provoquant moins d'effets secondaires que la contraception orale, n'est utilisé que par très peu de femmes (2%), alors qu'il est largement répandu dans des pays voisins tels que le Maroc (14%), la Tunisie (35%) et la France (27%).

A l'inverse, les méthodes dites traditionnelles, après avoir enregistré une légère baisse entre 1992 et 2002, marquent une augmentation assez sensible, de l'ordre du double, durant les décennies suivantes. L'abstinence périodique et le retrait restent privilégiés puisque 4% des femmes interrogées déclarent avoir recours à chacune des deux méthodes, selon les résultats de l'enquête MICS 4.



Source : Tableau A2

Cet engouement pour les méthodes dites traditionnelles au détriment des méthodes modernes et notamment de la contraception orale dont l'usage a reculé peut être expliqué par différentes raisons, tel que le prix d'achat parfois élevé et dissuasif de la boîte de pilules pour les plus démunies. Les contraintes et les contre-indications à l'usage de la contraception orale pour certaines catégories de femmes, notamment celles souffrant de pathologies chroniques, peuvent représenter aussi un motif de l'abandon de la pilule contraceptive au profit de méthodes mieux tolérées et sans effets secondaires.

## 2.3 Contraception et profil socioéconomique de la femme

### 2.3.1 Contraception et milieu d'habitat

Les disparités prononcées observées par le passé entre les milieux urbain et rural en termes de prévalence de la contraception ne cessent de s'estomper à mesure que le temps passe. Les proportions des femmes mariées qui y ont recours sont respectivement de 57,7% et

56,1% en 2012/2013, soit un écart beaucoup plus réduit que celui observé dans les enquêtes précédentes.

En 2002, le taux de prévalence était estimé à 59% et 54% au niveau des milieux urbain et rural, soit un écart de 5 points. Une décennie auparavant, la différence était évaluée à 13 points selon l'enquête de 1992.

Tableau 1 : Evolution de la pratique contraceptive selon le type de méthodes modernes et le milieu d'habitat

Méthodes modernes	Strate					
	Urbain			Rural		
	2002	2006	2012 2013	2002	2006	2012 2013
Pilule	46,6	44,6	41,9	47,1	47,5	44,9
stérilet	4,0	2,9	2,9	1,9	1,6	1,1
Autres	2,3	4,5	3,3	1,3	2,8	1,5
Ensemble	52,9	52	48,1	50,3	51,9	47,5

Source : EASF &MICS 3 et 4.

La même tendance est relevée lorsqu'on croise les données sur la pratique contraceptive en fonction du type de méthode et du milieu d'habitat. Le fossé qui existait par le passé entre les milieux urbain et rural en termes d'utilisation des méthodes modernes de contraception semble avoir été comblé. Les taux avancés par l'enquête MICS 4 pour l'urbain (48,1%) et le rural (47,5%) sont pratiquement identiques.

Le tableau précédent montre une diminution de la prévalence des méthodes modernes quelle que soit la strate d'habitat. Cette baisse est plus marquée en milieu urbain qu'en milieu rural. En l'espace d'une décennie (2002 - 2012/2013), la part des femmes utilisant une méthode moderne passe de 52,9% à 48,1% et 50,3% à 47,5%, respectivement en milieux urbain et rural.

L'emploi de la pilule, méthode moderne par excellence, accuse un recul notable en l'espace d'une décennie. Elle est plus répandue en milieu rural qu'en milieu urbain. Les taux sont respectivement de 44,9% et 41,9% en 2012/2013.

Quant au stérilet dont la prévalence est insignifiante, son emploi tend à diminuer autant dans l'urbain que dans le rural, même s'il est plus adopté par les femmes résidant en milieu urbain.

Tableau 2 : Evolution de la pratique contraceptive selon le type de méthodes traditionnelles et le milieu d'habitat.

Méthodes traditionnelles	Strate					
	Urbain			Rural		
	2002	2006	2012 2013	2002	2006	2012 2013
Allaitement	0,9	1,6	---	1,0	2,3	---
Calendrier	3,0	5,0	4,2	1,1	2,9	3,3
Retrait	1,9	3,8	3,8	1,5	2,7	3,5
Autres	0,1	0,1	1,6	0,2	0,1	1,9
Ensemble	5,9	10,5	9,6	3,8	08	8,7

Source : EASF &MICS 3 et 4.

Alors que la prévalence des méthodes modernes a clairement diminué entre 2002 et 2012/2013, les méthodes de contraception dite traditionnelle ont connu dans l'ensemble une

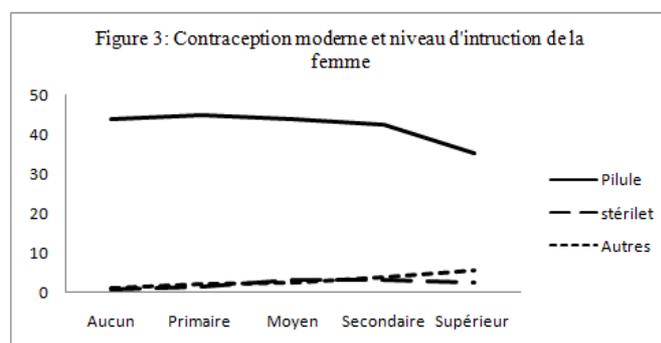
progression assez remarquable. Leur emploi a pratiquement doublé entre 2002 et 2006 aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Les méthodes de calendrier et de retrait semblent avoir la préférence des couples au niveau des deux strates d'habitat, avec un léger avantage pour le milieu urbain.

### 2.3.2 Contraception et niveau d'instruction de la femme

La pilule ou contraception orale est la méthode la moins utilisée parmi les femmes de niveau supérieur. Sa prévalence a même diminué, passant de 39,5% à 35,2% durant l'intervalle de temps séparant les deux enquêtes MICS 3 et 4 (Tableau A3&A4).

Une baisse du même ordre est relevée parmi les utilisatrices de la pilule qui ont le niveau secondaire même si son emploi est plus répandu chez cette catégorie comparativement aux universitaires.

Concernant le stérilet ou dispositif intra utérin, il est très peu utilisé en 2006, chez les femmes sans instruction, probablement en raison des allégations et des idées erronées véhiculées autour de la dangerosité de ce moyen de contraception, alors que l'usage de cette méthode est légèrement plus courant parmi les universitaires (4,5%). Les autres niveaux d'instruction ne semblent pas influencer sur le degré de prévalence du stérilet.

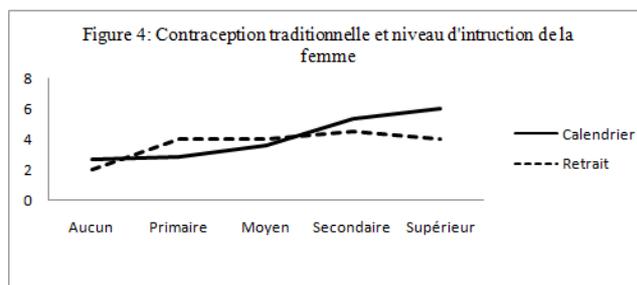


Source : Tableau A 3

'autre part, l'enquête MICS 4 met en évidence une légère baisse de l'usage du DIU, tous niveaux d'instruction confondus. L'emploi des autres méthodes modernes semble augmenter à mesure que le niveau d'instruction s'élève.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les méthodes traditionnelles, et notamment l'abstinence périodique (méthode du calendrier) sont plus adoptées par les femmes instruites, surtout celles de niveau universitaire.

En effet, le fait de s'abstenir de relations sexuelles pendant des phases déterminées du cycle suppose une connaissance et une observation minutieuse du corps de la femme pour éviter tout risque de conception. Cette vigilance et toutes ces dispositions restent davantage l'apanage de la femme instruite.



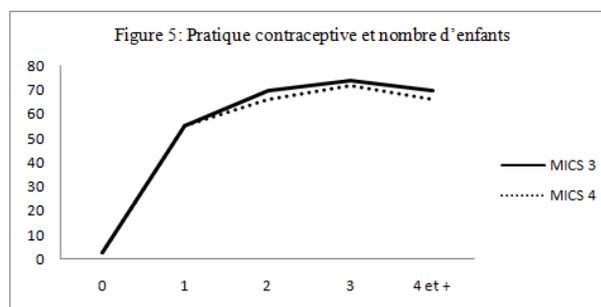
Source : Tableau A 4

L'abandon progressif de la contraception dite chimique par les femmes instruites trouve peut-être son explication au moins en partie dans leur adhésion de plus en plus large aux méthodes dites traditionnelles.

### 2.3.3 Pratique contraceptive et nombre d'enfants

Excepté les couples sans enfant, parmi lesquels seule une part négligeable s'adonne à la contraception, Les enquêtes MICS 3 et 4 réalisées à environ six ans d'intervalle aboutissent au même constat, celui d'une hausse de la prévalence contraceptive à mesure que le nombre d'enfants augmente. Elle atteint son maximum à 3 enfants.

A partir du 4<sup>e</sup> enfant, la tendance s'inverse et la part des contraceptantes parmi les femmes qui ont 4 enfants et plus accuse une baisse de l'ordre de 5 points par rapport à celles qui ont 3 enfants.

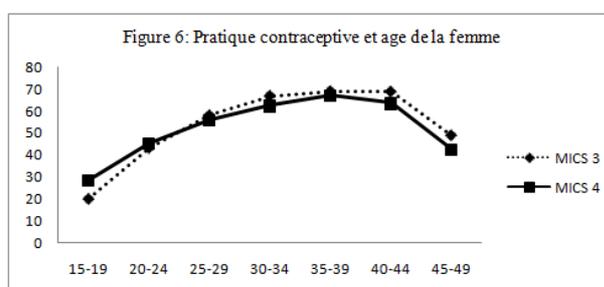


Source : Tableau A 5

Ce retournement de situation observé à partir du 4<sup>e</sup> enfant peut être attribué au fait que la femme multipare (4 enfants et plus) a un âge qui avoisinerait ou dépasserait même la quarantaine. Au-delà de cet âge, la probabilité de concevoir devient minimale (Pré ménopause ou ménopause synonymes d'hypofertilité) et le recours à la contraception devient généralement inutile, dans bien des cas, d'où une réduction notable de sa prévalence au sein du groupe d'âge en question.

Par ailleurs, la contraception chimique qui reste la méthode dominante, serait contre indiquée chez les femmes souffrant de pathologies chroniques, lesquelles se déclarent généralement aux alentours de la quarantaine. Le renoncement à la prise de la pilule en raison des risques encourus, combiné au sentiment selon lequel la probabilité de tomber enceinte est faible à cet âge, peut expliquer aussi cette baisse de la pratique contraceptive parmi les multipares.

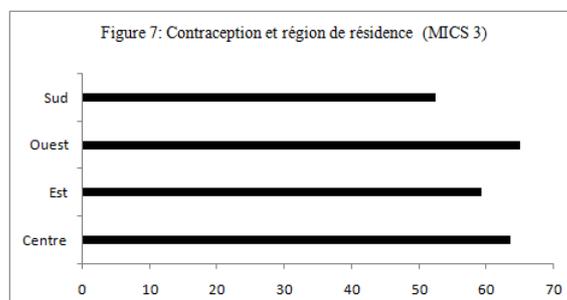
Les données sur l'évolution de la prévalence contraceptive en fonction de l'âge de la femme produites par les deux enquêtes MICS 3 et 4 et illustrées par la figure 6 corroborent quelque peu l'idée formulée précédemment. En effet, la prévalence contraceptive augmente de manière continue et rapide jusqu'à l'âge de 40 ans. C'est parmi les femmes du groupe d'âge 35 et 40 ans que l'on enregistre le plus d'utilisatrices de la contraception. A partir de 40 ans, la courbe amorce un fléchissement qui s'accélère pour atteindre son plus bas niveau parmi le groupe d'âge 45 et 50 ans exactement.



Source : Tableau A 6

### 2.3.4 Contraception et région de résidence

Selon les données de MICS 3 (tableau A7), les régions où la prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) est la plus élevée se situent à l'ouest (64,9%) et au centre (63,6%) du pays, alors que le sud enregistre le taux le plus faible (52,5%), même si un peu plus de la moitié de l'effectif des femmes concernées utilisent une méthode de contraception.



Source : Tableau A 7

L'examen de la pratique contraceptive selon la région et le type de méthode montre clairement que c'est au niveau de la région ouest que l'utilisation de la contraception dite traditionnelle ou naturelle est la plus faible (4,3%), tandis que les autres régions affichent une prévalence quasiment identique de l'ordre de 11% (tableau A7).

Les données de MICS 4(1) issues du nouveau découpage des zones de résidence en espaces de programmation territoriale identifiées par le schéma national d'aménagement du territoire aboutissent, à peu de nuances près, au même constat. Les zones à forte prévalence sont le Nord centre et le Nord-ouest auxquels s'ajoute la zone haut plateaux Est où la prévalence est établie à 61%, soit le niveau maximal.

Le sud qui est la seule région à n'avoir pas connu d'opération de zonage s'illustre par le taux le plus bas (49,2 %). Celui-ci semble même avoir reculé par rapport à l'enquête précédente MICS 3.

### 3. Raisons de non utilisation de la contraception

Le rapprochement des données des enquêtes EASME (enquête sur la santé de la mère et de l'enfant) effectuée en 1992 et MICS 3 (2006) peut donner des indications intéressantes sur les principales raisons de non utilisation de la contraception et leur évolution dans le temps. L'indisponibilité de données plus récentes relatives à cette question nous empêche de pousser davantage notre analyse.

Selon les résultats de l'enquête EASME, et, hormis les raisons évidentes suivantes (désir d'enfant, ménopause, hypofertilité et la rubrique autres causes), la crainte des effets secondaires est avancée comme étant le principal motif empêchant les femmes de contracepter. Environ 15,6% des non utilisatrices y renoncent à cause des risques qu'elles associent souvent à tort à l'emploi de la contraception. Le second motif avancé par environ 11% des femmes est l'opposition du mari à l'emploi d'une méthode moderne de contraception.

Le manque d'information, les difficultés d'accès aux services PMI/EN, le coût élevé des moyens de contraception, notamment hormonale, représentent un motif non moins important puisque pas loin de 10% des femmes l'avaient avancé comme étant un obstacle à la pratique de la contraception.

Il convient de préciser que plus de la moitié des couples contracepteurs sollicitaient le secteur privé pour leur approvisionnement en produits contraceptifs, alors que seulement 40% environ la recevaient gratuitement, (le reste consistant en méthodes non concernées par le coût : allaitement, retrait, calendrier...)

Quant au facteur religieux, souvent cité comme étant un obstacle à l'utilisation de la contraception, il n'est avancé que par 7% des femmes non contraceptantes en 1992.

(1) Excepté le sud, les 3 régions cardinales (ouest, centre et est) furent découpées chacune en deux zones (nord et hauts plateaux) appelées espaces de programmation territoriales (EPT).

En 2006, près d'une quinzaine d'années plus tard, et mis à part les motifs compréhensibles et « naturels » comme précisé précédemment, les raisons évoquées sont de même nature, sauf qu'elles agissent avec moins d'intensité qu'en 1992.

La peur des effets secondaires tenue pour principale raison en 1992 ne concerne que 4,7% des femmes en 2006. Quant à la rubrique -opposition ou désaccord- du conjoint, elles ne sont que 1,6% seulement à l'avoir avancé comme motif de non contraception contre 11,7% en 1992. La part des femmes n'utilisant pas la contraception en raison de convictions religieuses n'a guère évolué, car estimée à environ 7% comme en 1992.

## CONCLUSION

Considérée comme un sujet tabou il n'y a pas si longtemps, la pratique contraceptive est actuellement l'apanage de plus de la moitié des couples mariés en âge de procréer. Dans certaines grandes agglomérations à l'instar de la ville d'Oran, près des  $\frac{3}{4}$  des couples auraient recours à un moyen de contraception. Cet essor sans précédent de la pratique contraceptive ne pouvait être effectif sans un ensemble d'actions aussi bien de la part des pouvoirs publics que de la société civile.

En effet, la multiplication des centres de PMI à travers l'ensemble du pays, l'appui médiatique, ainsi que les campagnes d'information et de sensibilisation de la part des associations activant dans ce créneau, de même que la prise de conscience de la part de la population de l'importance et des bénéfices d'un planning et d'une réduction de la descendance sur la santé de la mère et de l'enfant grâce à l'élévation du niveau d'instruction, particulièrement des femmes représentent des facteurs déterminants ayant permis d'arriver à ces niveaux inattendus en matière d'utilisation de la contraception.

Les conditions sociales et économiques, les difficultés et les contraintes quotidiennes liées au pouvoir d'achat peuvent expliquer aussi cet engouement et cette adoption massive de la contraception.

L'analyse et la confrontation des données issues des enquêtes auxquelles nous avons eu recours pour la réalisation de cette contribution permettent de tracer et de visualiser le profil de la contraceptive.

Pendant longtemps, le milieu d'habitat était considéré comme un facteur clivant en termes de prévalence contraceptive (l'emploi de la contraception était beaucoup plus répandu en milieu urbain qu'en milieu rural). Actuellement, la prévalence de la contraception est quasiment identique au niveau des deux strates d'habitat. La contraception moderne représentée majoritairement par la pilule serait plus répandue en zone rurale et affiche même au niveau des deux strates un recul au profit de celle dite traditionnelle, laquelle enregistre une hausse notable, bien que sa prévalence soit extrêmement faible.

La contraception orale ou pilule qui est de loin la méthode dominante est moins utilisée parmi les femmes de niveau universitaire, alors que l'emploi du stérilet est plus répandu parmi cette même catégorie de femmes.

La hausse de la prévalence contraceptive est fonction du nombre d'enfants au sein du couple. Autrement dit, plus le nombre d'enfants s'accroît, plus le recours à la contraception augmente, du moins jusqu'au 3<sup>e</sup> enfant.

Sur un autre plan, l'emploi de la contraception augmente jusqu'à l'âge de 40 ans, à la suite duquel, il accuse une diminution soutenue. La prévalence contraceptive atteint son maximum parmi le groupe de femmes âgées entre 35 et 40 ans.

Les régions ouest et centre représentent les zones à forte prévalence contraceptive (près des 2/3 des femmes y ont recours selon MICS 3). Le sud reste la région la moins lotie bien que la moitié des femmes concernées utilisent une méthode de contraception.

## ANNEXES

Tableau A1: Prévalence contraceptive en Algérie

Année	1970	1984	1986	1992	2002	2006	2012 2013
Taux (%)	8	25	35	51	57	61,4	57,1

Source : AARDES, ENAF, EASME, EASF & MICS 3 et 4.

Tableau A2 : Prévalence contraceptive selon le type de méthode utilisée

	1992	2002	2006	2012 2013
Méthodes modernes	42,9	51,8	52	48
Pilule	38,7	46,8	45,9	43
stérilet	2,4	3,1	2,3	02
Méthodes traditionnelles	7,8	5,2	9,4	09

Source : EASME, EASF MICS3 & MICS4.

Tableau A3: Pratique contraceptive selon la méthode et le niveau d'instruction de la femme

Niveau d'instruction	Méthodes modernes			Méthodes traditionnelles			
	Pilule	stérilet	Autres	Allaitement	Calendrier	retrait	Autres
Aucun	45,3	1,7	2,7	2,3	2,4	2,7	0,1
Primaire	46,2	2,4	3,8	2,0	3,9	3,9	0,1
Moyen	46,7	2,6	3,3	1,6	4,4	3,5	0,0
Secondaire	47,4	2,7	5,2	1,8	6,0	3,7	0,1
Supérieur	39,5	4,5	7,2	1,2	7,5	3,0	0,0

Source : MICS3 2006, données statistiques, rapport principal, décembre 2008.

Tableau A4: Pratique contraceptive selon la méthode et le niveau d'instruction de la femme

Niveau d'instruction	Méthodes modernes			Méthodes traditionnelles	
	Pilule	stérilet	Autres	Calendrier	retrait
Aucun	44,0	0,9	1,0	2,7	2,0
Primaire	45,0	1,4	1,9	2,9	4,0
Moyen	43,9	2,9	2,5	3,6	4,0
Secondaire	42,4	3,0	4,0	5,3	4,5
Supérieur	35,2	2,5	5,6	6,0	4,0

Source : MICS 4 2012/13

Tableau A5 : Pratique contraceptive et nombre d'enfants

Nombre d'enfants vivants	Toutes méthodes	
	MICS 3	MICS 4
0	2,9	2,8
1	55,2	55,3
2	69,8	66,1
3	73,9	71,6
4 et +	69,6	66

Source : MICS3 &amp;MICS4

Tableau A6: Contraception (Ensemble des méthodes) et âge de la femme

Age	MICS 3	MICS 4
15-19	20	28,7
20-24	43,2	45,2
25-29	58,1	55,8
30-34	67,0	62,4
35-39	69,1	67,00
40-44	68,9	63,5
45-49	49	

Source : MICS3 &amp;MICS4

Tableau A7 : Contraception selon la région de résidence et le type de méthodes

Région	Type de méthodes		
	Modernes	Traditionnelles	Ensemble
Centre	52,3	11,3	63,6
Est	48,6	10,6	59,2
Ouest	60,6	4,3	64,9
Sud	41,9	10,6	52,5
Ensemble	52	9,4	61,4

Source : MICS 3

## BIBLIOGRAPHIE

- ONS (1990) statistiques courantes, Alger
- ONS(1993), démographie et santé, EASME, données statistiques, Alger.
- LOUADI.T (1997), Politique de population et planning familial en Algérie, document de recherche, projet CNEPRU V3101/02/1997, université d'Oran.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, ONS (2008) Enquête nationale à indicateurs multiples (MICS3, 2006), rapport principal.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, ONS (2015) Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012 - 2013, rapport principal.