

# ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar  
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



*Numéro 11*

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE  
**AIDELF**

# Crise - P.A.S.<sup>1</sup> et santé des enfants en Algérie

---

**Fatima-Zohra OUFRIHA**

CREAD, Alger, Algérie

## Introduction.

La force et la vigueur de l'accroissement démographique observé en Algérie durant plusieurs décennies font que les proportions d'enfants et de jeunes restent extrêmement importants, et ce malgré l'inflexion profonde enregistrée depuis 1986 : les moins de 5 ans représentent 16,5% de la population au recensement de 1987 et 11,8% à celui de 1998. Or, ces enfants sont les plus vulnérables et les plus sensibles à l'action du milieu. La santé de la catégorie « enfant » a-t-elle pour autant, et dès le départ, constitué un objectif majeur de santé publique ? Des politiques appropriées ont-elles été mises en place, et avec quels résultats ? Il ne le semble pas. En effet le taux de mortalité infantile (et juvénile) qui constitue l'un des principaux indicateurs des résultats d'une politique de santé est resté pendant longtemps à un niveau particulièrement élevé, malgré l'instauration de la gratuité des soins en 1974, l'extension de plus en plus accentuée de l'offre et la mobilisation de ressources importantes. La mortalité infantile semblait donc rétive aux mesures de politique sanitaire édictées par les pouvoirs publics. Or, et de façon très paradoxale, malgré la crise et le recul du niveau de vie et de consommation ainsi que la dégradation des conditions d'habitat de larges franges de la population, on enregistre durant la décennie 90 une amélioration sensible, quoique irrégulière, de cet indicateur global de l'état de santé. Au-delà de cet indicateur et de son évolution, on peut se poser la question de savoir de quelle façon a évolué la santé des enfants en Algérie à travers d'autres indicateurs plus fragmentaires mais tout aussi significatifs.

Tenter de répondre à cette interrogation n'est pas chose aisée car les informations disponibles sont souvent contradictoires. Elle renvoie à un double questionnement. Le premier se réfère à la structuration et au fonctionnement du système de soins et donc à la place, implicite ou explicite, « attribuée » à la santé des enfants. Cela renvoie en fait aux programmes spécifiques visant à réduire leur morbidité et leur mortalité. Le second, beaucoup plus large, amène à s'interroger sur l'évolution des conditions de vie et d'habitat de la population, et en particulier de certains déterminants globaux auxquels l'état de santé des enfants est particulièrement sensible.

Cette démarche est d'autant plus nécessaire que la décennie qui vient de s'écouler a été marquée par une crise économique (et politique) d'une violence extrême. Cette dernière a fortement détérioré le niveau de vie et de consommation de larges franges de la population, paupérisées et exclues des processus économiques et sociaux.

Dans cet article, nous tenterons de cerner cette évolution pour essayer de détecter ce qui a évolué favorablement et qui serait à la base de la baisse ou de la stagnation du taux de mortalité infantile. Nous opterons pour une double démarche visant à décrypter d'une part l'évolution du contexte global, avec une attention particulière aux conditions d'alimentation (et donc de statut nutritionnel), d'habitat (et donc de « milieu » de vie) et de niveau de scolarisation des mères, d'autre part l'évolution du contexte sanitaire et en particulier des politiques et programmes spécifiques visant à améliorer l'état de santé des enfants. Nous présenterons alors l'évolution de la mortalité infantile et juvénile, résultat d'influences et de politiques contradictoires.

---

<sup>1</sup> Programme d'ajustement structurel.

## 1. Les paradoxes de l'évolution de la situation économique et sociale des ménages algériens au cours de la décennie 90

Alors que la situation économique et sociale se dégrade fortement (en particulier au début de la décennie 90) et que les conséquences en sont souvent très fortement négatives sur le plan du niveau de vie et de consommation des catégories pauvres ou appauvries de la population, on enregistre, de façon très paradoxale, une amélioration substantielle des conditions dites de « confort » de l'habitat et du niveau d'instruction des femmes, des éléments qui jouent fortement sur le niveau de morbidité et de mortalité infanto-juvénile.

### 1.1 Une situation économique qui se détériore fortement au début de la décennie.

#### 1.1.1 De la crise à un programme d'ajustement structurel (P.A.S.)

Dû initialement à une crise des paiements extérieurs suite à un retournement spectaculaire des termes de l'échange, en situation de très fort endettement externe, le choc brutal d'origine exogène est « négatif » en 1986 après avoir été « positif » en 1974 et 1980. C'est le déclenchement d'une crise, jusque là latente, de l'économie. Les ajustements tardifs et donc plus douloureux, sous la houlette du FMI, prennent la forme d'un P.A.S à partir de 1994 et donc classiquement d'une politique de restriction de la demande globale, avec la libération des prix jusque là bloqués, ainsi que de fortes dévaluations et une politique drastique de stabilisation budgétaire et monétaire. Le PIB par tête d'habitant s'effondre brutalement suite à la récession qui s'ensuit. Les conséquences immédiates et à plus long terme pouvant avoir un impact sur la santé peuvent être appréhendées à un triple niveau.

#### 1.1.2 Une baisse drastique du PIB par habitant doublée d'une très forte inflation et d'une polarisation des revenus

L'inflation érode la valeur de la monnaie et donc son pouvoir d'achat. Dévaluations, libération des prix, arrêt des subventions budgétaires aux produits alimentaires jugés de première nécessité (juin 1992) libèrent et accélèrent l'inflation de façon brusque. Elle connaît alors deux périodes de très fortes progressions en 1990 et 1991 (plus de 25% et 32% de taux de croissance annuelle) puis en 1994 et 1995 (29% et 32%). En termes constants, le PIB se détériore fortement (ONS, 2002 ; Nashabi et al. 1998) (tableau 1).

TABLEAU 1: ÉVOLUTION DU TAUX DE CROISSANCE DU PIB EN PRIX CONSTANTS

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Croissance du PIB	-0,2	-0,7	-1,9	4,9	-1,3	0,2	2,3	-1,7	-1,1	4,3	3,8	1,1	5,1	3,2	2,4
<i>Source</i> : ONS, 2002 ; Nashabi et al., 1998															

- La répartition du revenu national subit durant cette période une profonde polarisation. Le degré de concentration s'accroît considérablement au profit des catégories à revenus variables, branchées sur le marché et plus spécialement sur le marché extérieur (les importateurs : nouvelle catégorie à enrichissement rapide...), au détriment des catégories salariales à revenus fixes.
- À partir des comptes nationaux et pour les revenus déclarés, la part des indépendants dans la structure des revenus des ménages passe de 33% en 1993 à 39% en 1997 contre une régression de 45,5% à 43% pour les salariés.
- L'augmentation de la masse salariale des personnels d'exécution est plus forte que celle des cadres et agents de maîtrise (CNES, 1999). La forte divergence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation (globale et alimentaire) et celle des revenus traduit une chute

sensible et régulière du pouvoir d'achat de ces catégories, qui en 1995 ont perdu en moyenne près du tiers du pouvoir d'achat qu'elles détenaient auparavant. Il y a un tassement des couches moyennes salariales sous l'effet de l'inflation et de la chute des revenus réels. Les dépenses moyennes de consommation par habitant régressent de 5,3% en termes réels entre 1989 et 1997. Cela ne dit rien sur le type de dépenses qui a le plus baissé et donc des implications pour la santé que cela peut signifier.

En toute hypothèse, ces chiffres sont des moyennes et masquent des disparités énormes entre les catégories sociales pour lesquelles il y a eu amélioration et celles pour lesquelles les détériorations sont nettement plus importantes. En effet le chômage affecte plus spécialement les jeunes, et surtout la pauvreté constitue le lot des catégories qui n'ont pas pu ou pas su se redéployer dans « la nouvelle économie de marché », mise en place par le PAS, de libéralisme extrême et d'ouverture brutale du commerce extérieur en situation de rigidité de l'offre d'origine interne.

### ***1.1.3 Le développement d'un chômage massif tout au long de la période***

Ce sont alors les entreprises de l'industrie et du bâtiment et des travaux publics (BTP) qui, après des dégraissages massifs d'effectifs et malgré des assainissements financiers réussis, sont à la base de la plus grande partie du chômage. L'État, jusque là le plus gros pourvoyeur d'emplois dans trois directions - administration, services publics non marchands, activités industrielles et de BTP -, ne recrute plus, suite à la politique de stabilisation budgétaire pour les premiers, à son retrait de son rôle d'entrepreneur général du développement pour les derniers. Ce sont donc les jeunes, les plus nombreux, qui en pâtissent le plus.

En termes de volume et surtout de taux, le chômage atteint des niveaux exceptionnels qui le font paraître atypique, même par rapport aux pays voisins de la région qui affrontent les mêmes types de problèmes : il atteint 29% ou 30% et même 44% selon les sources. Cependant des études plus récentes et surtout mieux assises du point de vue de la démarche méthodologique (OIT, 2001<sup>2</sup>, Oufriha, 2002b) le ramènent à des taux similaires à ceux des pays voisins en prenant en compte le travail informel dans ses différentes modalités, tant pour les hommes que pour les femmes : soit globalement 17,3% en 1997 (17,6% pour les hommes et 15,8% pour les femmes).

### ***1.1.4. L'apparition et le développement de la pauvreté***

L'étude de la pauvreté se heurte à deux problèmes au moins : l'identification de la population pauvre (en deçà de quel seuil un ménage est-il considéré comme pauvre ?), l'agrégation de l'information disponible sous forme d'indicateurs pertinents. En Algérie, le rapport officiel établi pour la Conférence Nationale sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion organisée à Alger en Octobre 2000, en distingue trois formes :

- un seuil de pauvreté extrême et absolue, auquel correspond la somme d'argent (10 943 DA/an/pers. en 1995) nécessaire pour satisfaire les besoins alimentaires minimaux ;
- un seuil de pauvreté de niveau inférieur (14 285 DA/an/pers.) prenant en compte des dépenses non alimentaires à des niveaux modestes ;
- un seuil de niveau supérieur (18 191 DA/an/pers.).

Au cours de la décennie 90, la pauvreté absolue a d'abord fortement augmenté en Algérie passant de 12,2% en 1988 (soit 2,85 millions de personnes) à 22,6% en 1993 (soit 6,36 millions de personnes) selon l'étude de la Banque Mondiale (1997). Mais elle ne serait plus que de 10 à 15% en l'an 2000, en prenant les mêmes bornes, selon les travaux effectués pour la Conférence

<sup>2</sup> L'étude OIT s'appuie sur les recommandations du BIT en la matière.

Nationale, suite à une situation économique nettement améliorée. Elle atteindrait cependant 53% à 93% dans certaines communes. La plupart des pauvres vivent dans les régions rurales, mais la pauvreté a aussi fortement augmenté dans les régions urbaines et semble associée au chômage. Ce dernier concerne aussi bien ceux qui ont perdu leur emploi pour cause de licenciement que les primo-demandeurs dont la plus grande partie est cependant plus ou moins bien prise en charge par les parents. Dans tous les cas de figure, la prise en charge par des ascendants ou des collatéraux reste importante.

## 1.2 Mais une amélioration de certains déterminants décisifs de l'état de santé

Le PNUD, dans une perspective de développement humain, privilégie comme indicateur pertinent d'une bonne politique de santé (et non de soins) l'accès à un certain nombre de biens essentiels : l'eau potable, l'assainissement du milieu et une nutrition correcte (qui renvoie à la politique agricole et à ses résultats tangibles en matière alimentaire, de même qu'à la répartition du revenu national) nous semblent être les plus fondamentaux.

Les indicateurs de moyens sanitaires (ratios lits, ratios médecins) trop souvent mis en avant, traduisent au mieux le degré de médicalisation des problèmes de santé et en aucune manière des progrès sanitaires incontestables.

Nous tenterons tout d'abord d'apporter quelques éléments d'appréciation concernant l'évolution du statut nutritionnel des enfants pour lesquels on dispose de données d'enquêtes effectuées régulièrement, puis de cerner ce qui semble avoir évolué positivement dans les conditions socio-économiques des ménages algériens en matière d'habitat, de scolarisation et d'urbanisation.

### 1.2.1 Une évolution du statut nutritionnel des enfants qui, après régression passagère, s'améliore

On sait que le statut nutritionnel des enfants constitue un reflet et en même temps un des déterminants principaux de leur santé. Les enfants ayant accès à une alimentation adéquate et équilibrée et non exposés à des infections répétées, dont une large partie est due aux conditions de milieu, augmentent leur potentiel de croissance et leur capacité de survie. Qu'en a-t-il été au cours de la dernière décennie ? Nous disposons, fort heureusement, d'enquêtes nombreuses et ciblées sur le statut nutritionnel des enfants qui nous renseignent de façon régulière sur ce dernier aspect :

- l'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME<sup>3</sup>), dite aussi PAPCHILD, réalisée en 1992 dans le cadre d'un projet pan-arabe pour le développement de l'enfance, financée et pilotée par la Ligue Arabe ;
- les deux enquêtes nationales sur les objectifs de la mi-décennie : l'une sur la santé de la mère et de l'enfant (MDG -1995) et l'autre sur les objectifs de la fin de la décennie (EDG - 2000) réalisées avec l'appui de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP.

Ces trois enquêtes sont à indicateurs multiples de type MICS « multiples indicator cluster survey » afin d'uniformiser les résultats et d'assurer une certaine comparabilité internationale. Elles pallient la déficience du système d'information et fournissent des informations fiables sur un certain nombre d'indicateurs concernant la santé des enfants.

Concernant l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de cinq ans observé dans ces trois enquêtes, on peut dire qu'il reste marqué par une persistance de la sous- et de la malnutrition qui, compte tenu des éléments de paupérisation exposés plus haut, ne semblent

---

<sup>3</sup> Cette enquête couvre la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 1992, jusqu'à la date de l'enquête, en plus des cinq années complètes précédents le 1<sup>er</sup> janvier 1992.

pas avoir pris une dimension extrême et avoir même été atténuées rapidement par les dispositifs de protection sociale et de lutte contre la pauvreté mis en place.

TABLEAU 2 : ÉVOLUTION DU STATUT NUTRITIONNEL DES ENFANTS À TRAVERS LES 3 ENQUÊTES

		% retard de croissance (Taille/Âge)		% émaciation (retard pondéral) (Poids/Taille)		% insuffisance pondérale (Poids/Âge)	
		Sévère	Modéré	Sévère	Modérée	Sévère	Modérée
EASME 1992	Masculin	5,5	17,8	1,5	5,5	1,9	9,3
	Féminin	5,2	18,5	1,4	5,5	1,5	9,1
	Urbain	4,2	13,1	1,3	5,0	1,2	6,8
	Rural	6,2	22,2	1,6	5,9	1,7	11,2
	Algérie	5,3	18,1	1,4	5,5	1,5	9,2
MDG 1995	Masculin	7	11	--	6	3	10
	Féminin	6	12	--	6	4	8
	Urbain	7	11	--	7	4	8
	Rural	6	12	--	6	3	10
	Algérie	7	11	--	6	3	10
EDG 2000	Masculin	4,8	18,3	0,6	3,1	1,3	5,6
	Féminin	5,4	17,7	0,5	2,4	1,3	6,5
	Urbain	5,7	17,4	0,3	2,4	1,0	4,8
	Rural	4,2	18,9	0,9	3,2	1,7	7,8
	Algérie	5,1	18,0	0,6	2,8	1,3	6,0
État nutritionnel normal		76,9 % (EASME)		73, 4 % ( MDG )		75,4 % ( EDG )	

La prévalence de *l'insuffisance pondérale* des enfants de moins de cinq ans est d'abord fortement décroissante, partant d'un niveau élevé de 28% en 1975 pour atteindre 8% en 1987. Elle monte à 10% en 1995 (MDG) sous sa forme modérée (sévère 3%). Cependant en 2000, elle n'est plus qu'à 6%, dont 1,3% seulement de formes sévères (EDG). La prévalence par sexe est légèrement en faveur des garçons (5,6%) par rapport aux filles (6,5%), mais est la même sous sa forme sévère (1,3%). Elle est plus élevée chez les enfants ruraux (7,8%) que chez les enfants urbains (4,8%). Par contre la prévalence d'un *retard de croissance* modéré atteint 18% des enfants, 5,1% d'entre eux souffrant d'un déficit sévère (EDG, 2000). La prévalence de l'émaciation dans sa forme modérée n'est plus que de 2,8% en l'an 2000, contre 5,5% en 1992 et 6% en 1995. En l'an 2000, les carences en macro-nutriments, en particulier fer, iode et vitamines, semblent, elles aussi, avoir suivi la même évolution générale : baisse profonde d'abord jusqu'en 1992 puis remontée progressive et enfin amélioration nette entre 1995 et 2000.

### 1.2.2 Crise, logement, conditions d'habitat des ménages et mortalité infantile

Des facteurs environnementaux sont importants dans l'explication de la mortalité infantile et juvénile et dans celle des écarts entre espace rural et urbain, entre différentes régions et catégories sociales de l'Algérie. Ces facteurs environnementaux renvoient à trois types d'actions autres que sanitaires mais qui ont des retombées très fortes en matière de santé :

- équipement et contrôle de *l'alimentation en eau* : sources d'eau potable, raccordements, système de drainage.
- collecte des ordures et *assainissement* du milieu qui relèvent des collectivités locales.

– hygiène individuelle et collective et *éducation* des individus, des familles et surtout *des femmes*.

Le lien qui existe entre le niveau de mortalité infantile et juvénile et les facteurs environnementaux selon le milieu est très net et très éclairant. Il confirme le fait que l'Algérie n'a pas eu, pendant longtemps, de véritable politique de santé mais une politique d'extension d'un appareil de soins qui constitue, dans beaucoup de cas, une coûteuse médicalisation. On ne peut se contenter de parler « d'inter-sectorialisation » sans la mettre en œuvre. Les différents dirigeants du Ministère de la Santé ont, eux aussi, une lourde responsabilité dans cette situation, dans la mesure où la plupart des moyens matériels et humains sont peu, mal ou pas du tout utilisés à leur niveau alors que les communes en manquent cruellement pour remplir les fonctions sanitaires qui leur sont conférées.

Cela explique que les principales causes des décès infantiles telles que saisies par les symptômes déclarés par la mère (vomissements, fièvres, diarrhées) restent encore, au début des années 90, liées à la mortalité infectieuse et donc exogène. L'EASME, qui constitue l'enquête la plus sérieuse et la plus fouillée en matière de morbidité et de mortalité infantile et de leurs relations avec les conditions socio-économiques, permet d'en préciser quelques aspects. Les conditions d'habitat influent très fortement sur la morbidité et la mortalité infanto-juvénile. C'est ce qui apparaît très clairement au tableau 3 pour le milieu urbain.

Plus récemment des chiffres extrêmement inquiétants quant à l'extension rapide des taudis et des bidonvilles ont été observés, mais par ailleurs on constate des formes d'amélioration des conditions de logements. Ainsi, le chiffre de 400 000 logements insalubres et de 2 millions de personnes vivant dans des taudis est avancé, et le pourcentage d'occupation serait passé de 5,5 à 7,5% entre 1980 et 1997 (Mokaddem, 1999). Au contraire la proportion de logements occupés par des ménages de 11 personnes, après avoir fortement augmenté (de 8,3% au recensement de 1966 à 18,5% à celui de 1987), revient quasiment à sa position initiale en 1995 (8,5%). Ceci constitue un progrès relatif dans une période de très forte tension sur ce bien. Cette évolution relativement favorable a aussi été le fait de certains éléments de « confort » qui constituent des déterminants fondamentaux de l'état de santé des enfants. Selon l'enquête MDG, le raccordement à l'eau potable atteindrait 78% en 1995 (91% urbain et 64% rural) traduisant un gain de neuf à dix points sur 10 ans (68,2% en 1985). Cependant le recensement de 1998 donne une proportion de 70,8% seulement, alors qu'elle était de 57,3% à celui de 1987, soit un niveau plus faible mais une progression plus rapide. Celle-ci serait même encore plus rapide si l'on considère les résultats de l'EDG-2000 où l'accès à l'eau potable aurait atteint 88,9% (93,7% pour l'urbain et 82,4% pour le rural). Il en est de même pour l'assainissement qui passerait de 51,7% à 66,3% entre les deux recensements et atteindrait 91,6% (99,1% pour le milieu urbain et 81,1% pour le milieu rural) dans l'enquête EDG 2000. La dotation quotidienne en eau serait passée de 122 litres à 155 litres/jour/habitant pour la même période et ce, en dépit des coupures fréquentes. Le raccordement aux réseaux d'assainissement enregistre lui aussi un progrès quoique plus modeste (65% en 1995) (Mokaddem, 1999). Les disparités régionales, et entre milieux d'habitat, de même que les écarts entre valeurs maximales et moyennes restent très importantes. Ces améliorations relatives des conditions d'habitat, fortement différenciées en fonction des régions et des types d'habitat, ont certainement contribué à la baisse de la morbidité et de la mortalité infantile dues à des causes infectieuses auxquelles elles semblent corrélées.

TABLEAU 3 : LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE MORTALITÉ INFANTILE SELON LES CONDITIONS D'HABITAT

Facteurs d'environnement	Mortalité infantile ( $iq_0$ )		Mortalité juvénile ( $jq_1$ )		Mortalité de moins de 5 ans ( $sq_0$ )	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
<u>Source d'eau potable</u>						
Eau courante	41,4	65,3	5,2	8,0	46,4	72,8
Puits	--	64,2	--	9,8	--	7,4
Autre	34,8	60,9	32,7	12,0	66,4	72,2
<u>Type de toilettes</u>						
Avec cuvettes	40,5	63,3	6,4	8,1	46,7	70,8
En plein air	--	66,0	--	11,1	--	76,4
Autre	48,5	61,2	8,9	10,1	65,9	70,6
<u>Zone entourant le logement</u>						
Zone sèche	40,2	65,0	5,9	9,5	45,8	73,9
Zone sale	69,1	43,4	25,4	4,3	92,8	47,4
<u>Matériau du sol</u>						
Ciment/carrelage/vinyl/gerflex	40,9	65,3	6,7	8,9	47,1	73,6
Terre battue ou autre	47,4	58,3	4,5	11,0	51,6	68,7
Sous total	41,1	64,1	6,5	9,2	47,4	72,8
<u>Source d'eau potable</u>						
Eau courante	51,6		6,4		57,6	
autre	60,2		12,9		73,3	
<u>Type de toilettes</u>						
Avec cuvettes	50,5		7,1		57,2	
Autre	63,3		10,7		73,3	
<u>Zone entourant le logement</u>						
Zone sèche	53,8		7,8		61,2	
Zone sale	54,1		13,1		66,5	
<u>Matériau du sol</u>						
Ciment/carrelage/vinyl/gerflex	53,5		7,8		60,8	
Terre battue ou autre	56,2		9,7		65,3	
TOTAL GÉNÉRAL	53,8		8,0		61,3	

*Source* : EASME (Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant) - 1992.

### 1.2.3 Crise, niveau de scolarisation, taux d'activité des femmes et mortalité infantile

Le niveau d'instruction des mères et donc des femmes en général influe très fortement sur celui de la mortalité infantile. Ce résultat, mis en relief dès 1988 (Enquête ENAF), est plus net dans les deux autres enquêtes, celle de l'EASME qui a concerné l'ensemble du Monde Arabe et dont les résultats figurent au tableau 4, et celle plus locale et légèrement antérieure (1991) de Dekkar et Bendib, qui s'intéresse aux causes médicales des décès infanto-juvéniles. Cette dernière étude établissait clairement que les décès infantiles diminuent au fur et à mesure que le niveau d'instruction des mères augmente, et que la mortalité infantile la plus élevée concerne les mères analphabètes.

Le tableau 4 montre le lien positif existant entre la baisse de la mortalité infanto-juvénile et l'amélioration du niveau d'instruction de la mère. L'insertion de la mère dans une activité productive rémunérée est également présentée. Or, s'il y a un domaine où l'Algérie a fait des progrès incontestables c'est bien en matière d'instruction des femmes, dont le taux global d'analphabétisme recule et passe selon les différents recensements de 58% en 1977 à 43% en 1987 puis à 32% en 1998. Le niveau d'instruction s'élève fortement pour les tranches d'âges



jeunes (Oufriha, 1998). Entre 1966 et 1998, les taux d'accroissement du nombre de filles dans les différents niveaux de scolarisation atteignent 25% pour le primaire, 62% pour le moyen, 115% pour le secondaire et 80% pour le supérieur (Attout et al., 2001). La crise a, paradoxalement, non seulement renforcé la présence des filles à l'école en pourcentage et en durée de scolarisation, mais aussi la présence des femmes sur le marché du travail. En effet l'activité féminine enregistre une croissance sensible : de 18,7% en 1995, la proportion serait passée de 20 à 30% entre 1990 et 2000 selon l'étude OIT. Toujours est-il qu'un certain nombre d'études commencent à porter de « nouveaux regards sur l'activité féminine en Algérie » et à considérer les activités agricoles et informelles féminines qui, précisément, posaient problème. La prise en compte des activités économiques non marchandes fait doubler la population active (OIT, 2001). Cela traduit un bouleversement complet du comportement des femmes face à l'activité, dont malheureusement une trop forte proportion se traduit en chômage (Oufriha, 2002b). Néanmoins, compte tenu du type d'emploi occupé, les femmes ont moins souffert que les hommes du P.A.S. On peut présumer que cette évolution « surprenante », compte tenu du contexte politique (instabilité) et idéologique (intégrisme) qui sévit alors, constitue une des causes explicatives, certainement la plus importante nous semble-t-il, de résultats sanitaires somme toute satisfaisants.

TABLEAU 4: ESTIMATION DES COMPOSANTES DE LA MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE DANS LA DÉCENNIE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE SELON LE SEXE, L'INSTRUCTION ET L'ACTIVITÉ DE LA MÈRE, EASME 1992

Variables socio-économiques	Mortalité néo-natale		Mortalité infantile		Mortalité de 1 à 2 ans		Mortalité de moins de cinq ans	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
<u>Sexe de L'enfant</u>								
Masculin	28,1	32,1	47,2	73,7	4,6	7,7	51,6	80,9
Féminin	14,6	22,2	34,9	54,2	8,6	10,8	43,2	64,4
<u>Instruction de la mère</u>								
Jamais scolarisée	16,6	27,6	42,6	66,1	8,6	8,4	50,8	73,9
Primaire incomplet	27,0	26,4	42,6	55,6	6,0	15,1	48,3	69,9
Primaire ou plus	23,6	24,0	36,7	63,7	2,6	2,7	39,2	66,3
<u>Activité de la mère</u>								
Travail rémunéré	28,4	10,4	56,9	36,2	0,0	0,0	56,9	36,2
Travail non-rémunéré	20,9	27,5	39,9	64,6	7,0	9,4	46,6	73,3
<i>Sous Total</i>	<i>21,4</i>	<i>27,2</i>	<i>41,1</i>	<i>64,1</i>	<i>6,5</i>	<i>9,2</i>	<i>47,4</i>	<i>72,8</i>
<u>Sexe Enfant</u>								
Masculin	30,3		61,8		6,3		67,7	
Féminin	18,3		45,5		9,8		54,8	
<u>Éducation de la mère</u>								
Jamais scolarisée	24,0		58,3		8,5		66,3	
Primaire incomplet	26,8		48,2		9,8		57,5	
Primaire ou plus	23,7		43,6		2,7		46,2	
<u>Activité de la mère</u>								
Travail rémunéré	24,5		52,4		0,0		52,4	
Travail non-rémunéré	24,6		53,8		8,3		61,7	
Total Général	24,6		53,8		8,0		61,3	

Les enfants algériens ont tous bénéficié de la baisse de la mortalité infantilo-juvénile. Cependant, ceux qui vivent dans le milieu rural et ceux dont la mère est sans instruction ou n'a qu'une instruction sommaire ont des probabilités de survie inférieures aux autres. On peut présumer alors que les meilleurs résultats obtenus en terme de baisse de mortalité infantile

découlent largement de la « révolution silencieuse » opérée par les algériennes (Oufriha, 1998), résultant de l'amélioration spectaculaire de leur niveau de scolarisation et de leur plus grande insertion dans l'activité économique rémunérée.

#### ***1.2.4 Urbanisation et mortalité infanto-juvénile par sexe et âge au décès***

Au delà du niveau et des tendances que l'on peut dégager sur le plan global, il est important de suivre l'évolution des mortalités différentielles tant sur le plan économique, social que démographique, les différences repérées étant le signe d'inégalités sociales devant la mort, auxquelles il faut opposer des politiques visant à les corriger. Les études effectuées prennent en considération la mortalité infantile selon l'âge au décès : tel est le cas de l'E.A.S.M.E, qui les distingue selon le milieu de résidence. Les enquêtes MDG et EDG se limitent aux seules mortalités infantile et juvénile, mais en les distinguant selon les régions.

Le tableau 5 met en évidence un certain nombre de résultats intéressants. Globalement le taux de mortalité infantile serait passé de 141,4‰ pour la période 1967-1971 à 43,7‰ pour la période 1987-1992 du fait surtout de la forte baisse de la mortalité post-néonatale. Il en est de même de la mortalité juvénile dont la baisse est remarquable, d'où une mortalité infanto-juvénile (0-5 ans) en très forte décélération. La mortalité néonatale pose encore problème. C'est cette dernière qui par son importance (près de la moitié du total des décès infantiles, les 2/3 se situant au cours de la première semaine de vie) pose le problème de l'efficacité de la prise en charge correcte de l'accouchement. Si l'on considère la mortalité par milieu de résidence et par sexe :

- Le niveau des différentes composantes de la mortalité infantile a baissé tant en milieu urbain que rural. Il reste néanmoins plus élevé dans ce dernier, la baisse relative ayant été beaucoup plus forte dans le milieu urbain plus médicalisé. Or, l'urbanisation a fait des progrès considérables au cours de la dernière décennie : elle atteint 60,5% au recensement de 1998, contre 49,6% en 1987, 40% en 1977 et 31,4% en 1966. Cela influe largement sur les résultats globaux. Les efforts d'éducation et d'hygiène à consentir pour le milieu rural doivent être encore plus soutenus qu'ils ne l'ont été jusque là.
- La baisse relative des niveaux de mortalité infantile et juvénile chez les garçons a été inférieure à leur baisse relative chez les filles. L'Algérie semble avoir éliminé la surmortalité juvénile féminine observée jusque là. Or celle-ci est un phénomène social et non biologique, contrairement à la surmortalité infantile des garçons.

Dans les années 50, on décrivait une surmortalité féminine aux âges jeunes comme un « fait social » (Vallin, 1972), et les indicateurs de mortalité par sexe ont longtemps fait ressortir une inégalité aux âges jeunes. Si en termes de mortalité infantile, le sexe féminin n'était pas défavorisé, il n'en était pas de même pour la mortalité juvénile (1-5 ans), longtemps marquée par une surmortalité des petites filles. Au cours de la période 1967-71, dans l'enquête EASME on observait une mortalité de 35,3‰ pour les garçons et de 46,3‰ pour les filles. Les chiffres ultérieurs, tant de l'ONS que des enquêtes précitées, ne font plus apparaître ce phénomène. Il semblerait au contraire que l'on soit dans le cas de figure inverse et où la « supériorité » biologique féminine tend à l'emporter. Ainsi la mortalité chez les nouveaux nés de sexe masculin est désormais plus importante. C'est un résultat montrant une plus grande égalité entre sexes qu'il est important de mettre en relief. Il est certes à mettre à l'actif des services de santé mais aussi et surtout des parents. Il traduit leur changement d'attitude vis à vis des problèmes de santé des petites filles, et de la femme en général. Maintenant s'agit-il d'une surmortalité masculine aux premiers âges ou est-ce l'effet d'un sous-enregistrement des décès du sexe féminin, qui malgré tout persisterait ?

TABLEAU 5 : ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE ET JUVÉNILE SELON L'ÂGE AU DÉCÈS ET LE MILIEU D'HABITAT (EASME) EN %

Mortalité	Période de calendrier									
	1987/92		1982/86		1977/81		1972/76		1967/71	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Néonatale (N N)	19,0	24,6	23,4	29,6	27,1	36,8	37,9	41,0	48,7	59,4
Post néonatale (P N )	12,8	28,5	25,7	44,5	41,6	63,1	66,7	97,9	78,6	98,3
Mortalité (1q0)	31,8	53,1	49,1	74,2	68,7	99,9	104,6	138,9	127,3	157,8
Juvénile (4q1)	5,0	5,2	8,0	13,4	17,1	24,0	33,0	38,4	35,3	43,7
Infanto-juvénile (5q0)	36,0	58,0	56,7	86,6	84,6	121,5	134,1	171,9	158,1	194,6
	Masc.	Fém.	Masc.	Fém.	Masc.	Fém.	Masc.	Fém.	Masc.	Fém.
Néonatale (N N)	25,9	18,4	34,0	19,1	38,7	25,5	42,8	36,0	54,0	53,4
Post néonatale (P N )	24,9	18,3	37,3	34,5	52,4	53,7	79,1	86,4	91,1	85,0
Mortalité (1q0)	50,8	36,7	71,3	53,6	91,1	79,2	122,0	122,3	144,2	138,4
Juvénile (4q1)	4,2	6,1	8,3	13,6	19,7	21,6	35,4	35,7	32,2	46,3
Infanto-juvénile (5q0)	54,8	42,5	79,0	66,5	108,9	99,1	153,0	153,7	172,1	178,2
	Ensemble									
Néonatale (N N)	22,1		26,8		32,3		39,5		53,7	
Post néonatale (P N )	21,6		36,0		53,0		82,6		87,7	
Mortalité (1 q 0)	43,7		62,8		85,3		122,1		141,4	
Juvénile (4q1)	5,1		10,9		20,6		35,6		39,0	
Infanto-juvénile (5q0)	48,6		73,0		104,2		153,3		174,9	

## 2. Crise, P.A.S., politique sanitaire et état de santé.

### 2.1 Un système planifié en fonction d'objectifs globaux.

La mise en place d'un système de soins de santé moderne a constitué un des objectifs majeurs de l'Algérie, constamment réitéré et plus ou moins bien réalisé selon les périodes. Il est plus sous-tendu par un objectif d'équité que d'efficacité (Oufriha, 2000). De plus, l'équité dont il s'agit se réfère beaucoup plus aux prestations qu'au financement. Elle est alors conçue comme équité d'accès de tous aux soins, abstraction faite de toute participation au financement, et surtout de toute hiérarchisation des priorités, des objectifs et donc d'affectation des moyens. Elle se traduit essentiellement par une politique d'extension de l'offre, doublée d'une politique d'équilibre régional. Mais il n'y a pas alors de politique ferme en direction des catégories vulnérables de la population et en particulier des enfants.

L'offre de moyens dans sa double dimension, matérielle (infrastructures médicales) et humaine (démographie médicale, paramédicale et personnels de soutien), reçoit alors une impulsion décisive et soutenue à long terme. Les chiffres disponibles montrent que non seulement les moyens sanitaires ont accompagné une très forte croissance démographique mais qu'ils l'ont même devancée (Oufriha, 2000).

En effet, il y a amélioration constante sur le long terme des indices de couverture sanitaire (en particulier médicale) doublée d'une forte atténuation des déséquilibres régionaux. L'équité en termes d'accès concret aux structures publiques, beaucoup plus difficile à saisir, à défaut d'études précises et ciblées, semble elle aussi atteindre un certain équilibre régional. Cette politique d'extension et d'harmonisation de la couverture n'a pu avoir lieu que parce que dominant depuis longtemps :

- *Une planification des moyens c'est-à-dire des investissements à travers une carte sanitaire.* Ce type de politique sanitaire est celui préconisé par les organisations internationales (cf. Alma-Ata et sa fameuse recommandation de santé pour tous en l'an 2000). Si au tournant des années 80, cette politique aboutit à une extension massive des hôpitaux, on finit par comprendre que ce sont les unités légères plus proches de la population qui sont les plus appropriées. Le manque de ressources financières y a contribué aussi. D'où une inflexion très sensible en faveur de ces petites unités à partir de la fin de la décennie 80, et un rythme de croissance des unités légères qui devient alors beaucoup plus rapide que celui du nombre de lits durant la décennie 90. L'accroissement de ces unités et de celles du secteur privé constitue un des éléments explicatifs de la meilleure accessibilité aux soins des mères et des enfants enregistrée ces dernières années, en particulier pour les consultations prénatales (79% des femmes enceintes) et pour les consultations des enfants (47% pour les moins de 3 mois et 49% pour les moins de 15 ans).
- *Une planification des activités ou programmation sanitaire.* Cette dernière ne concerne pas véritablement toutes les activités sanitaires. Il serait injuste toutefois de lui dénier toute espèce d'efficacité en matière de politique de santé, en particulier concernant la santé des enfants. En effet, s'il a été possible de mettre en évidence *une forte inefficacité productive* résultant essentiellement du fonctionnement des hôpitaux, on peut de la même façon faire ressortir *une meilleure efficacité allocative* (Oufriha, 2000) grâce précisément aux unités de base qui ont pris une importance plus ou moins élevée, selon les périodes. Du côté de la promotion de la santé des enfants, on peut noter les repères suivants qui constituent les lignes d'évolution de la politique sanitaire suivie en la matière :
  - Le plan d'action en santé publique de 1984 est le premier document officiel qui met en avant la nécessité de s'attaquer à la mortalité infantile dont le niveau reste trop élevé. L'extension et le renforcement du programme national de vaccination sont organisés.
  - À partir de 1990, il y a une instabilité chronique des Ministres et surtout des politiques menées à ce niveau. On peut noter toutefois qu'en 1994, on insiste sur le rôle des unités de base en préconisant des programmes locaux d'action sanitaire.
  - Le système de soins stagne au début de la décennie 90 par « asphyxie » financière, compte-tenu de son caractère fortement budgétivore. Le manque de vaccins provoque des épidémies de rougeoles et des flambées de diphtérie et de poliomyélite. Contrairement aux pays de la première génération des P.A.S. et du fait que la Banque Mondiale, elle-même, a changé de position doctrinale et recommande maintenant « d'investir dans la santé », en Algérie c'est le P.A.S et le rééchelonnement qui vont permettre de débloquer des crédits budgétaires plus importants aux services de santé.

## 2.2 P.A.S. – Nouvelle aisance financière et meilleure prise en compte de la santé des enfants.

Une nouvelle aisance financière du Trésor, suite à l'amélioration des rentrées fiscales pétrolières, permet le maintien à plus long terme d'une action publique mieux orientée. Les dépenses consacrées aux soins préventifs ont plus que triplé à partir de cette date, tandis que le chapitre des dépenses pharmaceutiques, brusquement insuffisant suite aux dévaluations, reçoit alors des dotations en très forte augmentation et peut faire face aux nécessités de fonctionnement des services et programmes publics. Une impulsion de l'action sanitaire et de certains programmes verticaux va se faire sentir à partir de 1994-95, et de façon plus décisive à partir de 1998. Elle est articulée essentiellement autour des programmes de lutte contre la mortalité infantile, eux mêmes couplés à ceux de baisse de la fécondité et de façon beaucoup plus large à ceux de planification familiale.

Sur les dix sept programmes en matière de soins préventifs qui existent en Algérie, six sont consacrés exclusivement à la santé maternelle et infantile. Ce sont les plus importants et

ils ont connu récemment des développements considérables. La lutte contre la mortalité infantile prend alors essentiellement la forme d'un « programme élargi de vaccination » (P.E.V.) qui reçoit une attention spéciale à partir de 1995. Entièrement gratuit, il tente, à travers l'élaboration d'un nouveau calendrier vaccinal, de mettre fin aux principales causes de décès et de morbidité *par une vaccination plus globale* contre un certain nombre de maladies transmissibles qui affectent particulièrement les enfants (diphtérie, rougeole, tétanos néonatal, poliomyélite etc.), par un renforcement des *vaccinations de routine*, par des campagnes nationales contre telle ou telle affection, par une disponibilité continue de tous les vaccins du P.E.V, par une fiabilité accrue de la chaîne du froid, etc...

Les tableaux suivants précisent l'évolution du degré de couverture vaccinale globale ainsi que les progrès, les reculs et les disparités régionales enregistrés en la matière entre 1981 et 2000. L'écart entre urbain et rural tend à s'atténuer tandis que le Centre, l'Est et même le Sud obtiennent toujours de meilleures performances que l'Ouest.

TABLEAU 6 : ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE (EN %)

Vaccin	1981	1989	1993	1995	2000
BCG	55	96	87	93	93
DTC P3*	33	81	73	83	89 – 90 **
V.A.R***	97	73	69	77	83 – 88 **

Source : Évaluation nationale des programmes de vaccination - MSP

\* Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, 3 injections

\*\* le 1er chiffre correspond aux enfants correctement vaccinés, le second aux enfants complètement vaccinés

\*\*\* Vaccin anti- rougeoleux

TABLEAU 7 : PROPORTION DES ENFANTS VACCINÉS SELON LA RÉGION

État vaccination		Urbain	Rural	Ouest	Est	Centre	Sud	Algérie	Masc	Fémin
EDG 2000	Correctement vaccinés	82	82	77	80	87	82	82	79	84
	Complètement vaccinés	85	89	85	84	91	86	87	85	89
MDG 1995	Valid. global	80	67	59	83	79	65	73	74	72
	Valid. par antigène	95	92	90	93	96	94	93	94	92

Source : Tableau construit à partir des données EDG et MDG

Il est intéressant de noter que les maladies qui relèvent du PEV et qui affectent plus spécialement les enfants semblent bien maîtrisées pour la première génération de vaccination, malgré la résurgence passagère de la diphtérie. Il n'en est pas de même de la seconde génération qui, néanmoins, enregistre des progrès sensibles suite au nouveau calendrier vaccinal qui incorpore la rougeole.

TABLEAU 8 : ÉVOLUTION DES DÉCLARATIONS DES MALADIES DU PEV

Maladie	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Rougeole	5 969	8 823	3 141	5 913	9 787	19 001	18 536	3 132
Diphtérie	09	23	296	972	991	170	62	57
Tétanos	42	14	57	51	34	26	33	28
Poliomyélite	0	1	1	4	5	7	0	0
Coqueluche	16	25	44	4	12	9	32	13

Source : MSP, 2001

Deux autres programmes verticaux sont cruciaux à cet égard. Ils ont été plus ou moins mis en veilleuse entre 1990 et 1994, mais réactivés ensuite. C'est tout d'abord le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques du jeune enfant. Mis en place en 1986, il a été relancé à partir de 1994. L'accent est alors mis sur l'utilisation des sels de réhydratation orale qui se traduit par une baisse significative de la déshydratation aiguë observée en milieu hospitalier en 1997. C'est ensuite le programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës, implanté à partir de 1995, qui s'attaque à une autre cause importante de morbidité et de mortalité infantile.

Les programmes de nutrition (lutte contre le rachitisme, les anémies carencielles...) s'inscrivent dans la même veine, même s'ils n'ont plus l'importance qu'ils ont pu avoir dans les années 70. En prolongation avec cette action, le programme de santé scolaire reçoit une attention soutenue et des moyens plus importants. Il est réorganisé dès 1994 et bénéficie de moyens humains considérables. C'est le seul programme pour lequel on précise les moyens affectés (en 1995, 824 médecins +100 chirurgiens dentistes +1245 unités de dépistage et de suivi). On prévoit la mise en place de nouveaux programmes et surtout l'extension et le renforcement de la budgétisation, c'est à dire des moyens affectés (au préalable) en leur faveur.

Les activités de protection de la santé maternelle et infantile (PMI) qui englobent celles consacrées à la planification familiale ont été intégrées aux soins de santé de base, dès la fin des années 70. Elles ont connu un développement particulier dans le cadre d'un programme national de protection maternelle et infantile qui, de façon renouvelée et plus ferme, traduit ces dernières années un des axes prioritaires d'intervention sanitaire de l'État. La nécessité d'organiser la protection maternelle et infantile a été en fait affirmée dès 1985, et renforcée en 1988 et 1990. Mais la PMI ne semble avoir reçu une impulsion décisive que lorsque son action a été reliée à la maîtrise de la croissance démographique. Enfin et surtout, on note une amélioration de l'accès aux soins et des différences relativement peu importantes entre le rural et l'urbain et les différentes régions du pays. Le sud paraît cependant plus favorisé qu'on ne l'imagine à cet égard (EDG, 2000).

### 2.3 Une évolution favorable de la mortalité infantile

Les niveaux et les tendances de la mortalité infantile, les écarts entre ces niveaux, constituent d'excellents indicateurs de l'état de santé des enfants d'une population à un moment donné et précisent son évolution. Ils permettent de mesurer le degré de réussite et donc d'adéquation des politiques de santé et des programmes sanitaires mis en place dans un pays. De plus, la mortalité infantile et son évolution sont fortement liées à la politique de planification familiale et à ses résultats. Un niveau élevé de la première a, pendant longtemps, empêché l'adoption de la contraception par des femmes (des couples, des familles) qui veulent un certain nombre d'enfants et qui doutent des chances de survie de ceux qui sont nés.

Dans les années 70, le niveau de la mortalité infantile dépassait largement les 100‰ ; cette proportion est réduite de plus de moitié à la fin des années 80. Le programme spécifique de lutte contre la mortalité infantile élaboré en 1984 a fortement « aidé » à cette chute qui ne se révèle pas complètement décisive puisque les décès infantiles représenteront encore pendant un certain temps près du tiers du total des décès.

Il reste que la réduction de la mortalité infantile au cours de ces trois dernières décennies a été importante : de 153‰ dans les années 60, ce taux est passé à 57‰ en 1997 et à 51‰ en 2000. Les chiffres du tableau 9 sont établis à partir des données de l'état civil, corrigées par l'ONS. Les corrections opérées par ce dernier, basées sur un facteur de redressement observé en 1981, font que les chiffres obtenus par ce calcul s'éloignent de plus en plus de ceux résultant des enquêtes. En effet, les niveaux de mortalité infantile estimés à partir des enquêtes sont de 42‰ en 1992 (EASME), de 40‰ en 1995 (MDG) et de 33‰ en 2000 (EDG). On considère cependant que ces estimations ne peuvent servir de base à la correction des données de l'état civil car elles n'étaient pas orientées essentiellement sur la mortalité infantile. Ceci a poussé la

direction de la population à utiliser les techniques de correction des données imparfaites de Brass et à proposer alors un taux de mortalité infantile de 39‰ en 1993 et de 38‰ en 1999. En toute hypothèse, les taux réels semblent être compris dans une fourchette dont la borne inférieure serait celle des déclarations à l'état civil, plus faibles certainement du fait des bouleversements enregistrés durant cette décennie, et ceux des redressements opérés par l'ONS.

TABLEAU 9 : ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PAR SEXE EN ‰  
(TAUX CORRIGÉS PAR L'ONS)

Années	Masculin	Féminin	Ensemble	Années	Masculin	Féminin	Ensemble	Taux non rectifiés
1970	142,0	141,0	141,5	1990	60,0	55,5	57,8	---
1981	84,4	85,1	84,7	1991	59,4	54,2	56,9	---
1982	83,9	83,6	83,7	1992	57,7	53,0	55,4	---
1983	85,2	80,3	82,7	1993	57,6	53,3	55,5	---
1984	83,6	79,0	81,4	1994	56,8	51,5	54,2	---
1985	80,0	76,6	78,3	1996	57,9	51,7	54,9	---
1986	73,1	68,3	70,7	1997	59,5	53,7	56,6	---
1987	66,8	62,0	64,4	1998	56,0	50,6	53,3	37,7
1988	62,6	58,0	60,4	1999	55,9	51,6	53,8	36,5
1989	61,9	55,4	58,8	2000	54,2	47,8	51,1	34,5

Source : Reconstitué à partir des données ONS

En termes de participation à la mortalité générale, la proportion des décès de moins de un an qui représentait 29,7% des décès globaux en 1990 est passée à 23,3% en 1994, puis à 19,2% en 1998 (EDG, 2000).

Sur l'ensemble de la période, le mouvement de baisse de la mortalité infantile est finalement presque aussi important que celui de la mortalité générale. Mais il s'est produit plus irrégulièrement, et surtout en décalage par rapport à la précédente. La chute s'accélère à partir de 1985, date à partir de laquelle s'opère le retournement de comportement fécond et à laquelle l'I.S.F. enregistre une forte décélération (Oufriha, 2002a). Il semble que des enfants moins nombreux commencent à être plus « précieux » car aussi plus « coûteux » pour leurs familles et qu'un calcul micro-économique commence à se faire jour. Mais soulignons qu'une baisse sensible de la mortalité est observée entre 1970 et 1975, période où la vaccination a été rendue obligatoire et gratuite (dés 1969) et où le vaccin oral anti-poliomyélite est introduit (1973).

Paradoxalement la mise en place de la gratuité se traduit par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs (Dekkar et Bendid, 1997), d'où une phase de remontée de la mortalité infantile (1976 - 1979) qui va longtemps poser problème par son niveau trop élevé. La régression rapide enregistrée entre 1986 et 1989 semble être directement reliée à la mise en place d'un programme national de lutte contre la mortalité infantile, et en particulier à l'introduction de la vaccination contre la rougeole (jusque là, principale cause de décès infantile) dans le cadre d'un programme élargi de vaccination (P.E.V), ainsi que la mise en place d'un programme de lutte contre la diarrhée infantile (autre cause importante de la mortalité). Cette baisse ne résulte pas donc d'une gratuité indiscriminée des soins, mais d'actions spécifiques et ciblées. Cependant, là aussi, on semble enregistrer un nouveau palier et une phase de stagnation et/ou de très faible baisse de ce taux. Cela semble lié tant au relâchement de certaines activités (1990-1993) qu'aux bouleversements sociaux, économiques et sanitaires de cette décennie tragique vécue par l'Algérie. À partir de 1998, il y a de nouveau une baisse nette de la mortalité infantile que l'on peut mettre en relation avec la reprise en main des services publics de santé, en particulier de ceux liés à la prévention médicale.

## Conclusion

Si l'on examine les résultats de la politique de santé à la lumière de la seule croissance de l'offre globale des moyens sanitaires, réels et financiers, on aboutit en général en Algérie à des conclusions pessimistes mettant en relief la forte inefficacité productive des moyens les plus onéreux qui y sont affectés. La prise en compte d'éléments plus larges et de déterminants plus décisifs incline à présenter une image plus équilibrée de l'évolution enregistrée réellement et des facteurs permissifs et/ou contributifs.

On peut souligner à cet égard que, malgré les très violents soubresauts économiques et politiques, les progrès enregistrés en matière d'instruction des femmes, l'amélioration des conditions d'habitat et des politiques sanitaires mieux ciblées établissant une plus grande efficacité allocative, expliquent très largement ce qui de prime abord semblait assez surprenant : le maintien et l'amélioration des conditions de santé des enfants saisies au travers de quelques indicateurs, malgré les immenses difficultés et problèmes qu'affronte l'Algérie.

## BIBLIOGRAPHIE

- ATTOUT, BENKHELI, SAADI, 2001. *Éducation, fécondité et nuptialité*, Alger - CENEAP/FNUAP
- ATTOUT, CHEBAB, KHELKOU, 1999. *Femmes, Emploi et Fécondité en Algérie* - Alger, CENEAP/FNUAP
- BANQUE MONDIALE, 1997 : *Croissance, emploi et réduction de la pauvreté*.
- CNES, 1997. *Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant, IX<sup>e</sup> session plénière*, Alger.
- CNES, 1999. *Projet de rapport national sur le développement humain*, Alger.
- CENEAP/FNUAP 2000. *Les effets du programme d'ajustement structurel sur les ménages en Algérie*, Alger.
- DEKKAR N., BENBIB A., 1991. « Les causes médicales des décès infanto-juvénile, résultats d'une enquête auprès des ménages », *Les cahiers du CREAD n°27/28* - Alger.
- M.S.P/O.N.S./L.E.A., 1992. *Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant. Rapport principal*. Alger.
- M.S.P., 1996. *Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : santé de la mère et de l'enfant*, MDG Algérie, 1995 - OMS/UNICEF/FNUAP.
- M.S.P., 2001. *Enquête nationale sur les objectifs de la fin de la décennie. EDG Algérie 2000*, INSP/OMS/FNUAP/UNICEF
- M.S.P., 1997. *Politique de la population, de l'environnement et de la prévention*. Alger
- M.S.P., 1997. *Troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous*. Alger
- M.S.P., 1998. *Population et développement en Algérie*. Rapport national CIPD+5, Alger
- M.S.P., 2001. *Évaluation nationale des programmes de population*. Alger
- M S N, 2000. *Première conférence nationale sur la lutte contre la pauvreté*. Alger
- MOKADDEMA. 1999. *Les effets du P.A.S sur les ménages en Algérie*, in *Revue du CENEAP n°15*
- NASHABI K et aii, 1998. *Stabilisation et transition à l'économie de marché - Algérie*. FMI, Washington



- OIT. 2001. *Marché du Travail et emploi en Algérie : éléments pour une politique nationale de l'emploi en Algérie*. Alger
- ONS, 2000, 2001, 2002. *Rapport sur la situation économique et sociale - Alger*.
- OUFRIHA .F.Z, 2002a. *Système de santé et population en Algérie*, Alger ANEP.
- OUFRIHA .F.Z. 2002b. *Genre et accès aux ressources économiques : emploi et entrepreneuriat*. MSP-PNUD
- OUFRIHA .F.Z., 2000. « *PAS, Maîtrise des dépenses et équité au sein du secteur de soins* ». In : *Efficacité versus équité dans les politiques sociales*, Paris L'Harmattan.
- OUFRIHA .F.Z, 1998. « *Femme algériennes : la révolution silencieuse* » ? In *Maghreb - Machrek*, Paris. La documentation française.
- OUFRIHA .F.Z., 1992. *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*. Alger. O.P.U.
- VALLIN J., 1972. *La surmortalité des petites filles en Algérie: un fait social*. in Colloque AMEP UNICEF, 1990 à 2001. *Situation des enfants dans le Monde – Rapports annuels*.