

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de la Santé et de la Population
Institut National de Santé Publique

**Enquête nationale sur les
objectifs de la fin décennie
santé mère et enfant
EDG Algérie 2000
MICS2**

Rapport de synthèse



Alger 2001

1	Cadre de l'enquête	3
2	Caractéristiques de la population enquêtée	4
3	Eau et assainissement	5
3.1	Eau	
3.2	Assainissement	
4	Accessibilité aux soins maternels et infantiles	6
4.1	Accessibilité aux soins prénataux	
4.2	Accessibilité aux structures d'accouchement	
4.3	Accessibilité aux soins du post-partum	
4.4	Accessibilité aux soins pour les enfants âgés de 0 à 3 mois	
4.5	Accessibilité aux soins pour les enfants âgés de moins de 15 ans	
5	Nutrition	11
5.1	Statut nutritionnel des enfants	
5.2	Consommation de sel iodé	
5.3	Allaitement maternel	
6	Education	15
7	Vaccination	19
7.1	Vaccination des enfants	
7.2	Vaccination antitétanique des mères	
8	Diarrhées aiguës de l'enfant	24
9	Infections respiratoires aiguës	27
10	Contraception	29
11	Mortalité des enfants	33
12	Traumatisme	35
12.1	Traumatisme de l'enfant	
12.2	Traumatisme de la femme	
	Résumé des principaux indicateurs de l'enquête nationale	
	EDG Algérie 2000 / MICS 2	42

Lors du sommet mondial pour les enfants de septembre 1990, les Nations Unies ont accueilli le plus grand rassemblement de dirigeants du monde qui ont adopté une déclaration en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfance. Ils ont formulé un programme d'actions dont les principaux objectifs sont les suivants :

- réduire d'un tiers les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans enregistrés en 1990 ou les ramener au niveau de 70 pour 1000 naissances vivantes;
- réduire de moitié le taux de mortalité maternelle enregistré en 1990;
- réduire de moitié par rapport aux taux enregistrés en 1990 la malnutrition grave ou modérée dont sont victimes les enfants de moins de 5 ans;
- assurer à tous l'alimentation en eau potable et des systèmes sanitaires d'évacuation des excréments;
- universaliser l'éducation de base et faire en sorte qu'au moins 80 % des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire;
- réduire le taux d'analphabétisme des adultes de moitié au moins par rapport à ce qu'il était en 1970, l'accent étant mis sur l'alphabétisation des femmes;
- protection des enfants dans des circonstances particulièrement difficiles, en particulier dans les situations de conflits armés.

Chaque objectif devra être adapté aux réalités particulières de chaque pays en matière de calendrier, de priorités, de mesures et de ressources disponibles. Le gouvernement algérien, qui a souscrit à ces objectifs, a adopté un plan d'actions pour la survie, la protection et le développement de l'enfant. Il a entrepris d'évaluer les programmes concernés en utilisant un instrument créé lors de ce sommet, l'enquête de type MICS («Multiples Indicator Cluster Surveys»), afin d'uniformiser les résultats et d'assurer la comparabilité internationale. Ainsi, après l'enquête auprès des ménages, MDG Algérie 1995 / MICS 1, l'expérience a été répétée sur les mêmes bases et avec les mêmes critères, afin d'évaluer les progrès accomplis au niveau des programmes de santé publique orientés vers la mère et l'enfant à la fin de la décennie et de cerner les nouveaux défis auxquels doit encore faire face le Ministère de la santé et de la population dans les années à venir.

1 Cadre de l'enquête

L'enquête EDG Algérie 2000/ MICS2, mise en œuvre par l'Institut National de Santé Publique avec l'appui de l'UNICEF et de l'OMS fournit des informations détaillées sur la réalisation des principaux programmes nationaux de santé de la mère et de l'enfant.

- Informations sur le ménage
 - Ménages résidents, enfants orphelins vivants dans ces ménages;
 - Scolarisation des enfants : niveau atteint par les enfants âgés de 6 à 14 ans et fréquentation scolaire de ces enfants;
 - Accès à l'eau potable et évacuation des excréta au niveau des ménages enquêtés;
 - Utilisation du sel iodé par les ménages.
- Informations sur les femmes mariées en âge de procréer (15 à 49 ans)
 - Informations démographiques (toutes les femmes mariées éligibles âgées de 15 à 49 ans);
 - Prévention du tétanos néo-natal par vaccination de la mère;
 - Planification familiale;
 - Accessibilité aux soins pour les mères;
 - Traumatisme chez les femmes.

- Informations sur les enfants de moins de 15 ans
 - Caractéristiques de l'allaitement maternel;
 - Malnutrition protéino-énergétique;
 - Maladies diarrhéiques;
 - Vaccinations systématiques de l'enfant dans le cadre du programme élargi de vaccination;
 - Infections respiratoires aiguës;
 - Mortalité infantile et mortalité infanto-juvénile.
 - Accessibilité aux soins pour les enfants et en particulier pour les nouveaux-nés;
 - Traumatisme chez les enfants.

Le recueil des informations auprès des ménages a débuté le 3 mai 2 000. La durée moyenne du recueil a été de 19 jours. Il s'est déroulé dans les 5 régions sanitaires, au niveau de 18 secteurs sanitaires. Un échantillon représentatif de 5 250 ménages issu de 150 grappes pondérées de 35 ménages chacune a été prévu. La collecte des informations a porté sur 5 247 ménages entièrement documentés, représentative des populations cibles envisagées et l'intervalle de confiance est suffisamment précis pour les résultats obtenus au niveau national et selon le milieu de résidence.

2 Caractéristiques de la population enquêtée

L'effectif de la population générale de l'échantillon enquêté s'élève à 36 652 personnes. Un tiers de cette population (33 %) se trouve dans la région sanitaire centre, 16 % dans la région sanitaire sud, 21 % dans la région sanitaire ouest et 30 % dans la région sanitaire est. L'échantillon pondéré de 5 247 ménages compte 60,4 % en milieu urbain et 39,6 % en milieu rural. La taille moyenne du ménage, en milieu urbain, est de $6,9 \pm 3,0$ personnes. En milieu rural, elle est de $7,1 \pm 3,1$ personnes. Près de la moitié des ménages (47,6 %), habitent des maisons individuelles ou villas, 14,9 % des appartements, 27,5 % des maisons traditionnelles et haouchs, 9,5 % des baraques et gourbis et 0,5 % d'autres types. L'échantillon est composé de 13 142 pièces. La moyenne par logement est de $2,5 \pm 1,4$ pièces. Le taux moyen d'occupation par pièce est de $3,4 \pm 1,9$ personnes.

L'échantillon est constitué par 5 510 femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, parmi lesquelles 5 228 femmes sont mères (95 %) et 274 sont nullipares (5 %). L'âge moyen des femmes mariées est de $35,1 \pm 7,5$ ans. Les femmes mariées résidant en milieu urbain représentent 47 % et celles résidant en milieu rural 53 %.

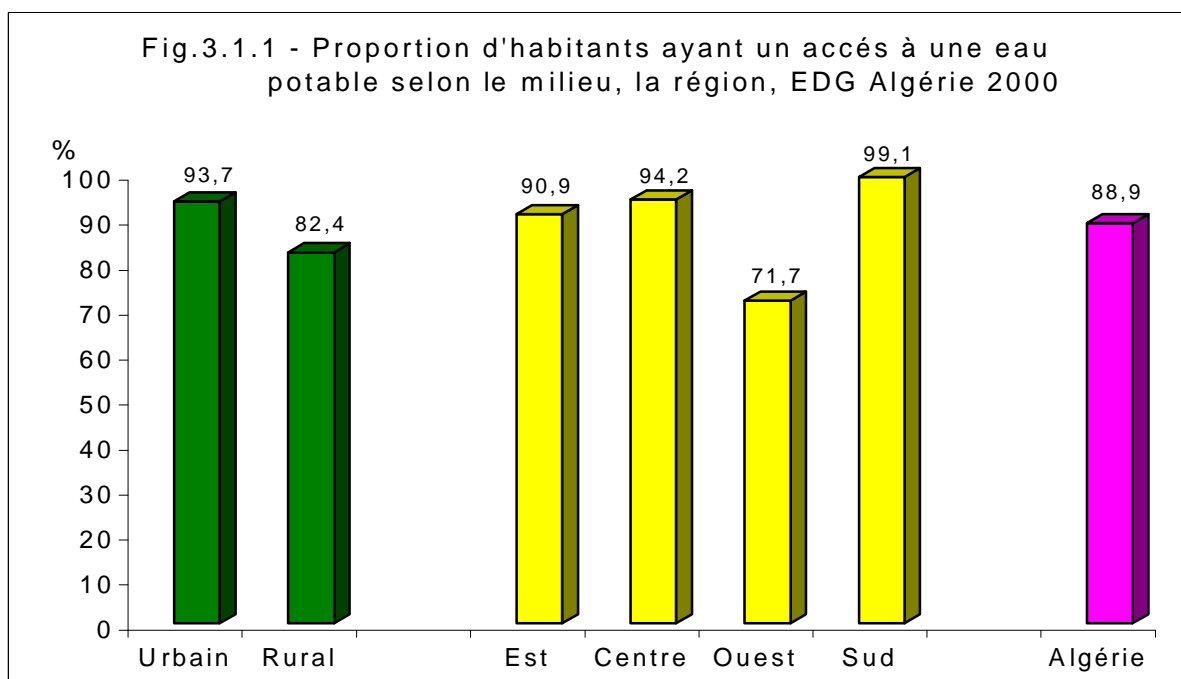
L'échantillon est composé de 14 543 enfants âgés de 0 à 14 ans. La moitié des enfants (50,6 %) est de sexe masculin. L'âge moyen des enfants est de $7,1 \pm 4,1$ ans. Les résidants en milieu urbain représentent 44 % et ceux du milieu rural représentent 56 %. La proportion des enfants enquêtés, âgés de 0 à 4 ans, est de 31 %, celle des enfants âgés de 5 à 9 ans est de 35 % et celle des enfants de 10 à 14 ans est de 34 %. Parmi eux, 51,5 % sont de sexe masculin et 48,5 %. L'échantillon d'enfants de moins de 5 ans se distribue en 44,7 % en milieu urbain et 55,3 % en milieu rural. L'effectif des enfants âgés de 5 à 14 ans se distribue pour 43,6 % en milieu urbain et 56,4 % en milieu rural.

3 Eau et assainissement

3.1 Eau

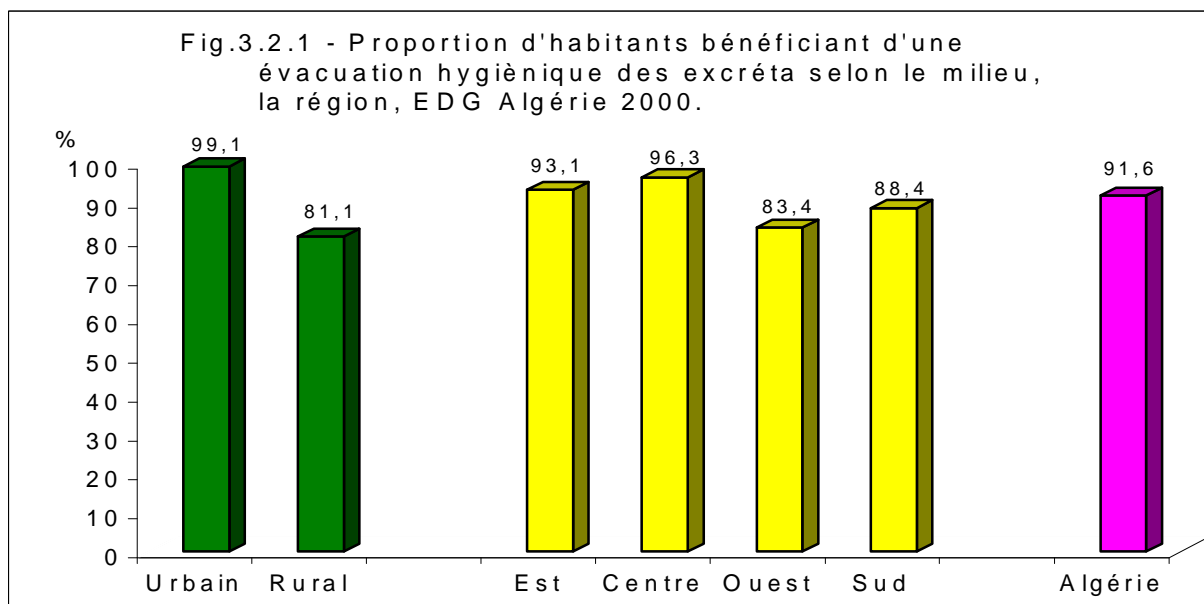
Une source d'eau potable est définie par l'une au moins des sources suivantes : réseau d'adduction en eau potable (AEP), fontaines publiques, puits de sondage, puits ou sources protégés. L'accessibilité géographique correcte à une source d'eau est définie par une distance inférieure à 100 mètres entre le ménage et la source d'eau. L'accessibilité à une eau contrôlée est caractérisée par l'existence d'une des sources d'eau sus - définies, éloignée au plus, de 100 mètres du ménage ou bien exigeant, au plus, 15 minutes de temps pour la rejoindre, y puiser l'eau et revenir au foyer.

Neuf personnes sur 10 (88,9 %) ont accès à une eau potable et cet accès est plus important en milieu urbain qu'en milieu rural (93,7 % vs 82,4 %). L'accès à une eau potable dans la région ouest est moins important que celui des autres régions (fig.3.1.1). Sur 100 personnes enquêtées, 74 personnes s'alimentent en eau à partir du réseau AEP, 6 personnes utilisent la fontaine publique, 2 personnes utilisent un puits de sondage, 7 personnes utilisent des puits ou sources protégées, 3 personnes utilisent des puits ou des sources non protégées et ou de l'eau de pluie, 7 personnes utilisent le tracteur avec citerne ou vendeur d'eau et une personne utilise le cours d'eau ou l'oued. Le taux d'adduction au réseau AEP est différent selon le milieu, 86,6 % en milieu urbain et 56,6 % en milieu rural. Il est de 98,2 % dans la région sud, de 78,5 % dans la région centre, de 76,7 % à l'est et de 48,9 % dans la région ouest. La source d'eau est située à l'intérieur de la maison dans 71,2 % des cas. A l'extérieur de l'habitation, elle est située à une distance de moins de 100 mètres de la maison dans 14,1 % des cas, à une distance comprise entre 100 mètres et 500 mètres dans 5 % des cas, à une distance comprise entre 500 mètres et 1 kilomètre dans 3,4 % des cas et à une distance de plus de 1 km dans 4,4 % des cas. En milieu urbain, 10 % des sources d'eau sont situées à une distance de moins de 100 mètres de l'habitation alors qu'en milieu rural, un habitant sur dix parcourt plus de un kilomètre pour s'approvisionner en eau.



3.2 Assainissement

Une évacuation hygiénique des excréta inclue des toilettes liées à un réseau d'évacuation des eaux usées, des cuvettes liées à des fosses septiques, des cuvettes avec chasse liées à des latrines et des latrines couvertes sans cuvettes. Dans ces conditions, $91,6 \pm 0,2$ % de la population dispose d'une évacuation hygiénique des excréta. Ce taux est de 99,1 % en milieu urbain et de 81,1 % en milieu rural (fig.3.2.1). Les toilettes sont situées à l'intérieur du logement pour 88,8 % de la population. En milieu rural, les habitants ne disposent pas de toilettes à l'intérieur du logement dans 10 % des cas, en milieu urbain dans 2,4 % des cas.



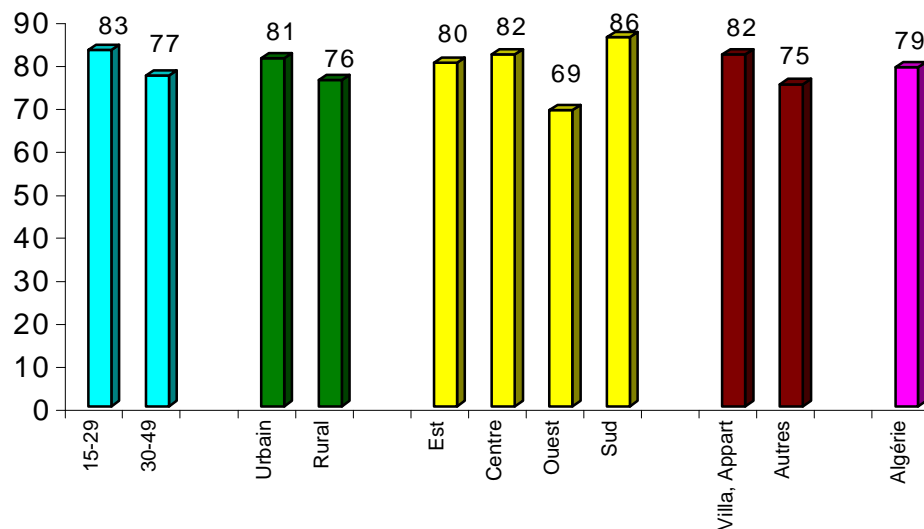
4 Accessibilité aux soins maternels et infantiles

L'accessibilité aux soins maternels et infantiles concerne 3 373 femmes âgées entre 15-49 ans enceintes ou ayant eu au moins un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête. Les données rapportées par les mères, relatives aux consultations des enfants de moins de 15 ans malades durant la période des 15 jours précédant l'enquête, concernent 5 130 femmes ayant au moins un enfant de moins de 15 ans.

4.1 Accessibilité aux soins prénataux

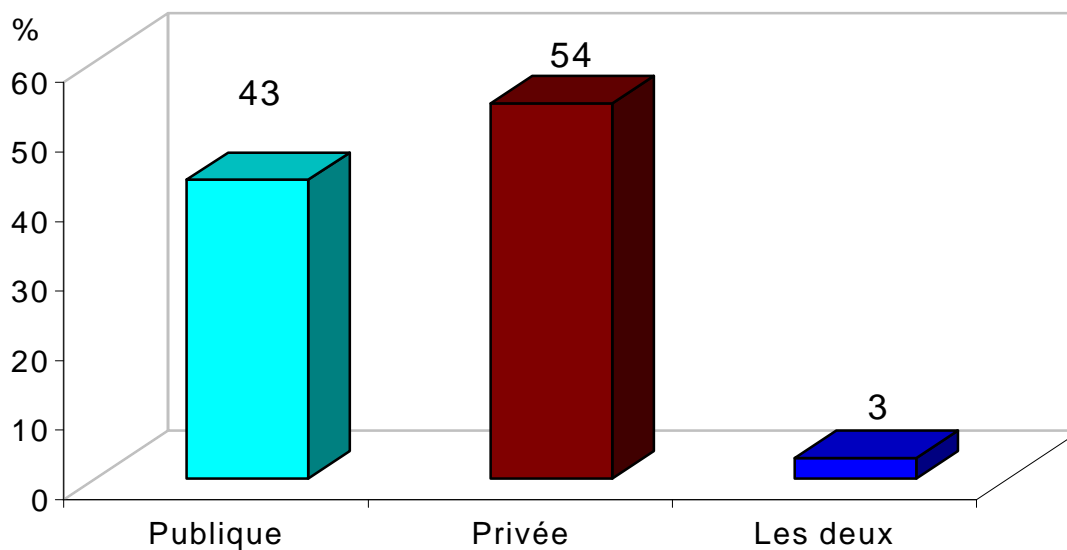
Parmi les femmes enceintes et celles ayant eu un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête, $79 \pm 1,4$ % ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale (fig.4.1). La proportion la plus élevée d'utilisation des soins est retrouvée chez les femmes jeunes de moins de 30 ans (83 %), parmi celles résidant en milieu urbain (81 %) et chez les femmes de la région sanitaire sud (86 %).

Fig.4.1- Proportion des femmes mariées ayant bénéficié d'au moins une consultation prénatale au cours de la dernière grossesse dans les 5 dernières années selon l'âge, le milieu, la région et l'habitat, EDG Algérie 2000



Plus de la moitié des femmes enceintes et celles ayant eu un dernier enfant au cours des cinq années précédant l'enquête (54 %) ont bénéficié d'une consultation prénatale dans une structure privée (cabinet ou clinique), 43 % dans une structure publique ou parapublique, 3 % dans les deux structures (fig.4.2).

Fig.4.2 - Proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse, dans les cinq dernières années selon la structure consultée, EDG Algérie 2000

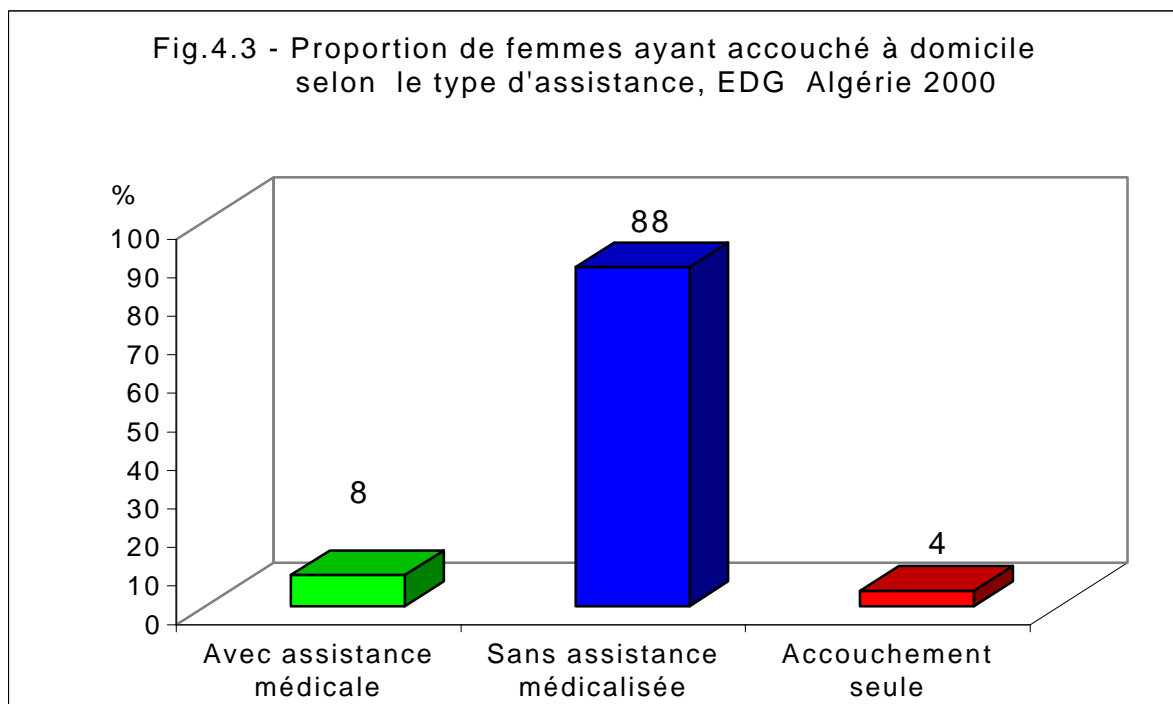


Pour 43 % de femmes qui ont bénéficié d'une consultation prénatale, la structure consultée est à moins de 2 km, entre 2 et 5 km dans 25 % des cas et à plus de 5 km dans 32 % des cas.

4.2 Accessibilité aux structures d'accouchement

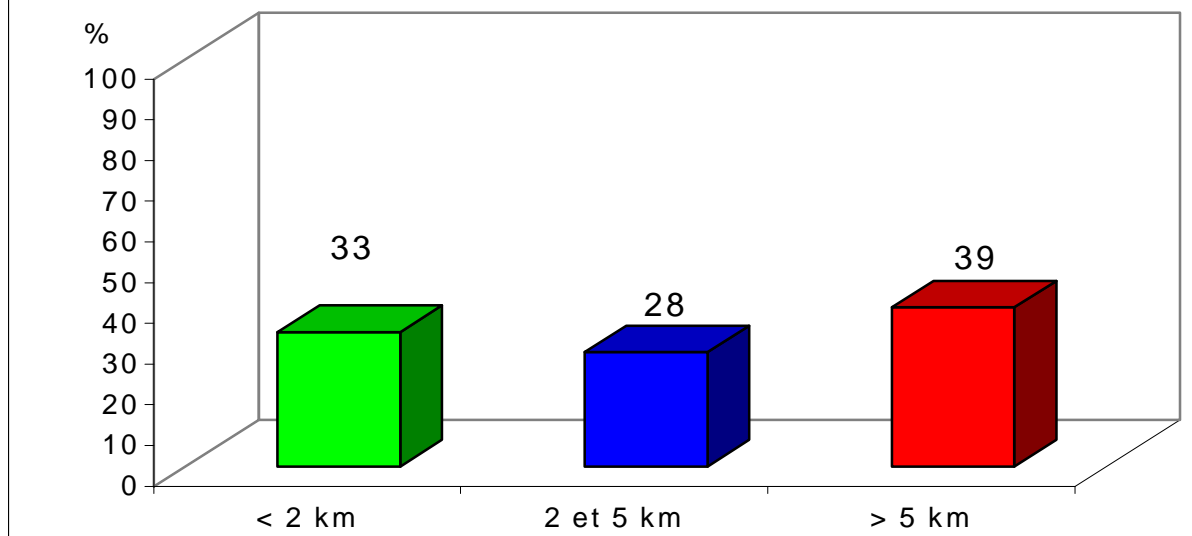
Parmi les 3 361 femmes ayant accouché de leur dernier enfant au cours des cinq années précédant l'enquête, 92 % d'entre elles ont bénéficié d'un accouchement médicalement assisté. Dans 87 % des cas, l'accouchement s'est déroulé dans une structure publique ou parapublique et dans 5 % des cas dans une structure privée. L'accouchement s'est déroulé à domicile pour 8 % des femmes. Parmi les femmes qui accouchent à domicile, neuf femmes sur dix ont utilisé l'assistance d'une matrone ou d'une autre personne. Une femme sur 10 a bénéficié d'une assistance médicalisée (médecin ou sage femme). Sur 100 femmes qui accouchent à domicile, 4 femmes accouchent seules, sans assistance (fig.4.3).

En rapportant ces données aux effectifs du RGPH de 1998, et au nombre annuel de naissances vivantes et de morts nés recensés en 1998, on peut estimer la population de femmes qui accouchent à domicile, chaque année, à 50 000 femmes. Parmi elles, 44 000 femmes accouchent sans aucune assistance médicalisée, 4 000 femmes sont assistées médicalement et 2 000 femmes accouchent seules, sans aucune forme d'assistance. les risques sanitaires encourus sont maximum pour ces 2 000 femmes et leur nouveau-né.



Plus d'une femme sur trois (39 %) ayant accouché en milieu assisté, parcourt une distance supérieure à 5 km pour se rendre dans une structure d'accouchement. Cette distance est de moins de 2 km pour 33 % d'entre elles et entre 2 et 5 km dans 28 % des cas (fig.4.4).

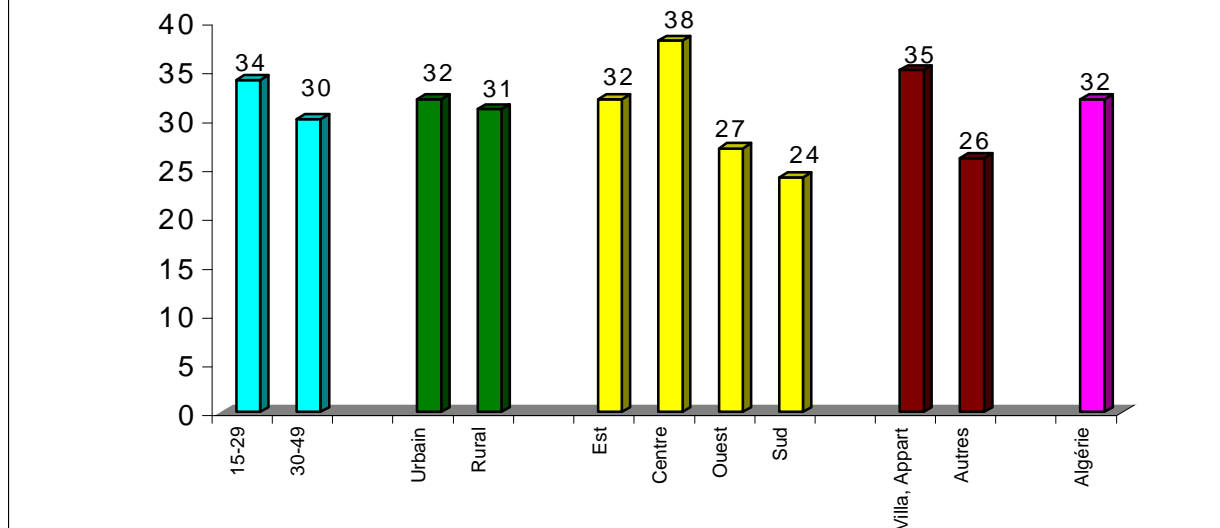
Fig.4.4 - Proportion de femmes ayant accouché en milieu assisté selon la distance parcourue, EDG Algérie 2000



4.3 Accessibilité aux soins du post-partum

Parmi les femmes ayant accouché de leur dernier nouveau-né au cours des cinq années précédant l'enquête, une femme sur trois (32 %) a bénéficié d'au moins une consultation dans les 3 mois qui ont suivi son accouchement. Les consultations du post-partum sont plus fréquentes chez les femmes résidant, dans la région centre (38 %) et habitant dans des villas ou appartements (35 %, fig.4.5).

Fig.4.5 -Proportion de mères ayant bénéficié d'au moins une consultation durant les 3 mois qui ont suivi leur accouchement, dans les 5 dernières années selon l'âge, le milieu, la région et l'habitat, EDG Algérie 2000

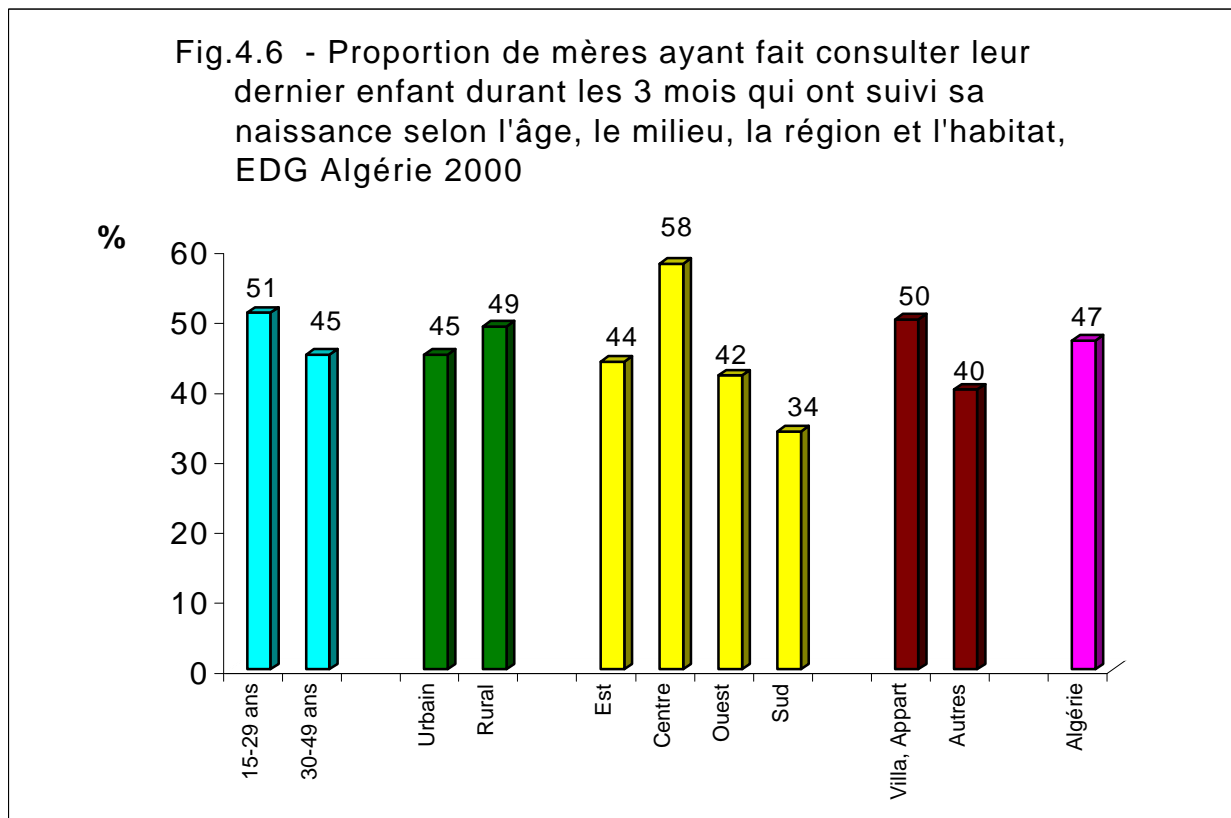


Parmi les femmes ayant bénéficié d'une consultation dans les trois mois qui ont suivi leur dernier accouchement, plus que la moitié (55 %) ont consulté dans des structures privées et 43 % dans des structures publiques ou parapubliques. Les consultations dans les structures privées sont plus fréquentes parmi les femmes résidant en milieu rural que parmi celles résidant en milieu urbain (60 % vs 52 %). La différence est significative.

La structure consultée est à une distance inférieure à 2 km pour 41 % des femmes, elle est comprise entre 2 et 5 km dans 26 % des cas et dans 33 % des cas, elle est supérieure à 5 km. La structure est située dans plus de la moitié des cas (59 %) à moins de 2 km pour les femmes résidant en milieu urbain et à plus de 5 km (64 %) pour les femmes résidant en milieu rural.

4.4 Accessibilité aux soins des enfants âgés de moins de 3 mois

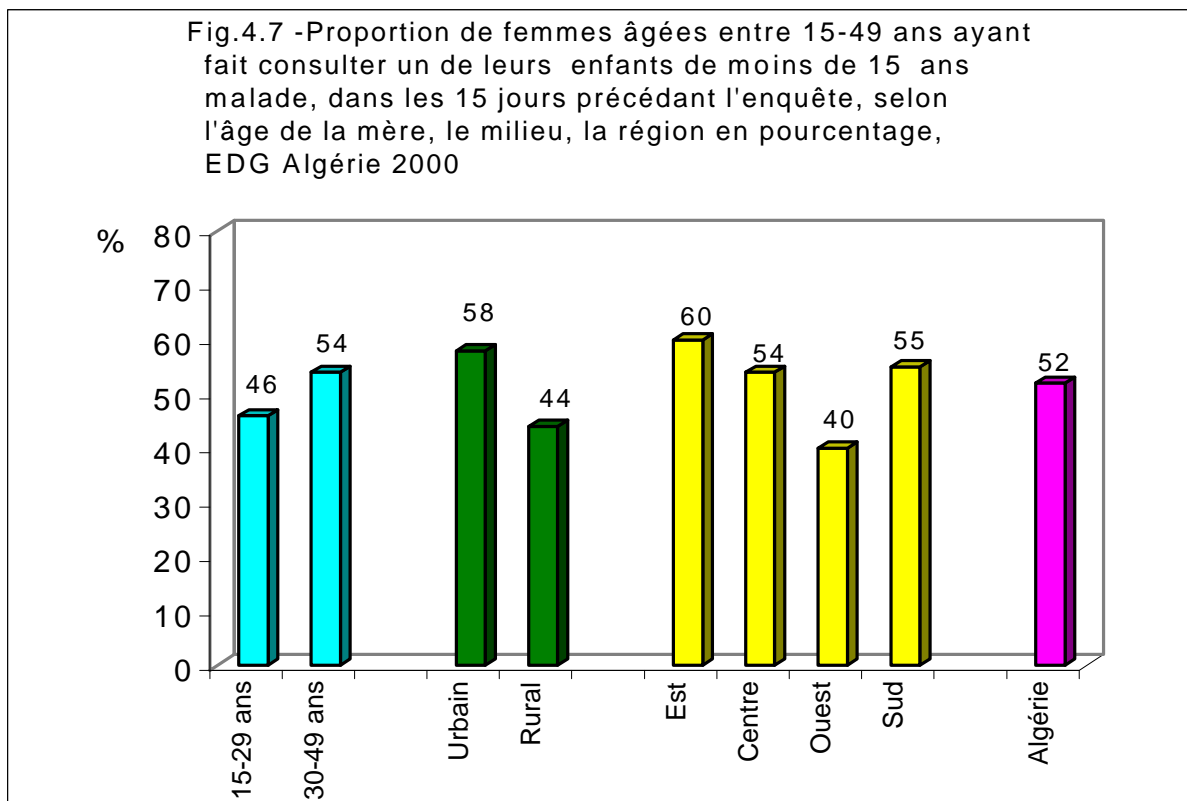
Parmi les femmes qui ont accouché de leur dernier enfant durant les cinq années précédant l'enquête, 47 % ont déclaré l'avoir fait consulter au moins une fois, avant qu'il n'atteigne l'âge de trois mois (fig.4.6).



La proportion de femmes qui emmènent en consultation leur enfant avant l'âge de trois mois varie selon l'âge du nouveau-né. Elle est de 45 % durant la première semaine de vie du nouveau-né, de 31 % entre une et 4 semaines et de 27 % entre un mois et trois mois. Pour 100 femmes ayant fait consulter leur enfant avant l'âge de 3 mois, 51 femmes ont emmené leur enfant en consultation dans une structure privée de santé et 48 dans une structure publique de santé. Les consultations dans les structures privées sont prédominantes, indépendamment de l'âge de la mère, de son milieu de résidence et du type d'habitat. La structure de consultation est située à moins de 2 km dans 39 % des cas, entre 2 et 5 km dans 28 % des cas et à plus de 5 km dans 33 % des cas.

4.5 Accessibilité aux soins pour les enfants âgés de moins de 15 ans

Une femme sur trois ayant des enfants de moins de 15 ans (35 %) déclare avoir eu un enfant malade dans les 15 jours précédant l'enquête. Parmi les femmes ayant des enfants malades, une femme sur deux (52 %) déclare avoir fait consulter son enfant. Les consultations d'enfants sont plus fréquentes parmi les femmes âgées de plus de 30 ans (54 %), résidant en milieu urbain (58 %), de la région sanitaire est (60 %) et habitant les villas et les appartements (55 %). Les femmes de la région ouest sont celles qui déclarent le plus d'enfants malades et sont celles qui font consulter le moins leurs enfants malades (fig.4.7)



Parmi les femmes qui font consulter leurs enfants malades, 51 % ont sollicité une structure publique ou parapublique et 48 % une structure privée. Les consultations d'enfants dans les structures privées sont plus fréquentes chez les femmes de moins de 30 ans (53 %), chez celles résidant en milieu rural (51 %) et chez les femmes de la région sanitaire est (59 %).

5 Nutrition

5.1 Statut nutritionnel des enfants

Le module anthropométrie a mesuré le poids et la stature des enfants de moins de 5 ans afin d'apprécier le retard de poids pour l'âge(WAZ) dans sa forme modérée et dans sa forme sévère et qui mesure une malnutrition aiguë ou chronique, le retard de stature pour l'âge (HAZ) dans sa forme modérée et sévère qui apprécie le retard de croissance par rapport à l'âge, le retard de poids pour la taille (WHZ) dans sa forme modérée et sévère et dont le déficit ou émaciation

apprécie le retard pondéral par rapport à la stature. Sont considérés comme forme modérée, les valeurs se situant en dessous de deux écarts-types par rapport à la médiane et comme forme sévère, les valeurs se situant en dessous de trois écarts-types. Ces indicateurs signent diverses formes de malnutrition protéino-énergétique.

L'échantillon est constitué de 4 427 enfants de moins de cinq ans pour lesquels le poids et la taille sont mesurés. Les garçons représentent 51,5 % de cette population. La répartition par âge montre que parmi ces enfants, 19,9 % ont moins de 12 mois, 18,8 % entre 12 et 23 mois et que 61,2 % ont entre 24 et 59 mois.

5.1.1 Prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge z-score)

La prévalence de l'insuffisance pondérale de type modérée et sévère est de 6 %, dont 1,3 % est une insuffisance pondérale sévère. La prévalence la plus élevée est observée dans la tranche d'âge 48 à 59 mois (8 %). Un retard sévère est observé dans la tranche d'âge 12-23 mois où la prévalence est de 1,8 % (fig.5.1.1).

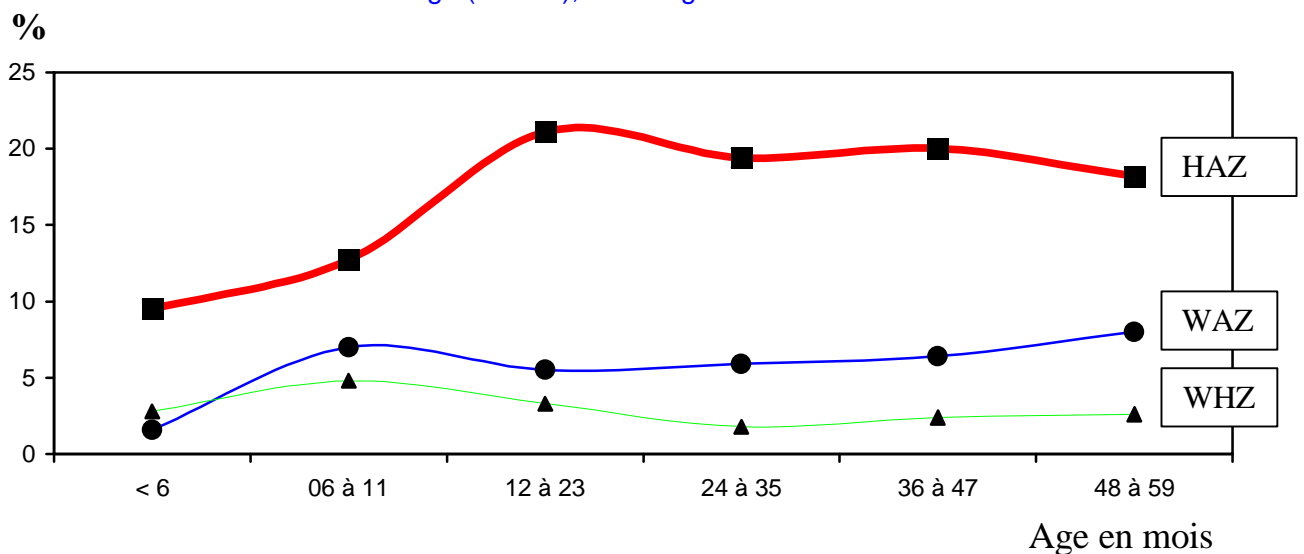
5.1.2 Prévalence du retard de croissance (taille/âge z-score)

La prévalence du retard de croissance de type modéré et sévère est retrouvée chez 18 % des enfants et un déficit sévère de la taille par rapport à l'âge est retrouvé chez 5,1 % d'entre eux. La répartition par âge montre une prévalence de 21,1 % chez les enfants âgés de 12 à 23 mois (fig.5.1.1). La prévalence la plus élevée est retrouvée dans la région sanitaire sud (31,7 %).

5.1.3 Prévalence de l'émaciation (poids/taille z-score)

La prévalence du retard modéré et sévère du poids par rapport à la taille est de 2,8 % dont une proportion de 0,6 % pour la forme sévère. Ce retard est plus fréquent chez les enfants âgés de 6 à 23 mois. La forme sévère est plus fréquente chez les enfants âgés de 6 à 11 (0,8 %) mois (fig.5.1.1). La prévalence de l'émaciation, quelque soit la forme, est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. La région sud enregistre la prévalence la plus élevée pour les deux formes.

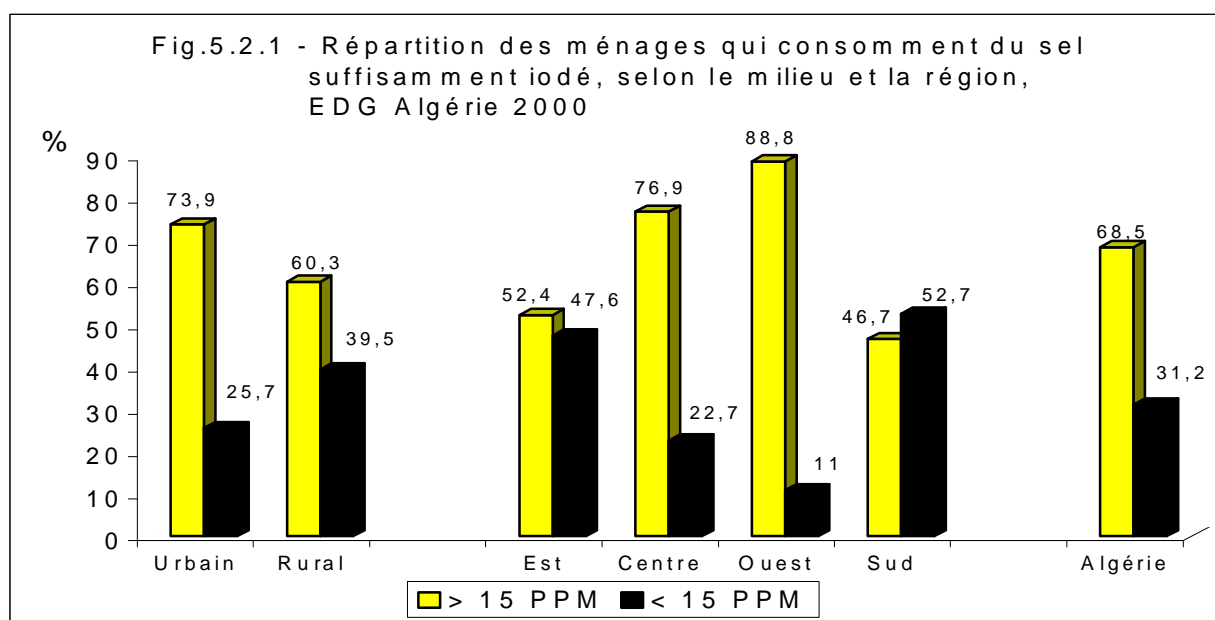
Fig.5.1.1- Prévalence de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans selon l'âge (< -2 sd), EDG Algérie 2000



5.2 Consommation de sel iodé

La présence de l'iode dans le sel est recherchée à l'aide du spot testing Kit qui détecte l'iode existant dans le sel sous forme d'iodates de potassium. La présence de l'iode dans le sel est mesurée par le nombre de parties par million (ppm). Si la mesure est supérieure à 15 ppm, le sel est suffisamment iodé, le test est dit positif. Si le test donne une mesure inférieure à 15 ppm, le sel n'est pas suffisamment iodé et le test est dit négatif.

Un test à l'iode du sel consommé quotidiennement a été effectué chez 5 238 ménages soit 99,8 % des ménages enquêtés. La prévalence de la consommation de sel suffisamment iodé est de 68,5 %. Cette prévalence est de 73,9 % en milieu urbain et de 60,3 % en milieu rural avec une différence statistiquement significative (fig.5.2.1). La prévalence est plus élevée pour les régions sanitaires ouest et centre (88,8 % vs 76,9 %) que pour les régions sanitaires est et sud (52,4 % vs 46,7 %).



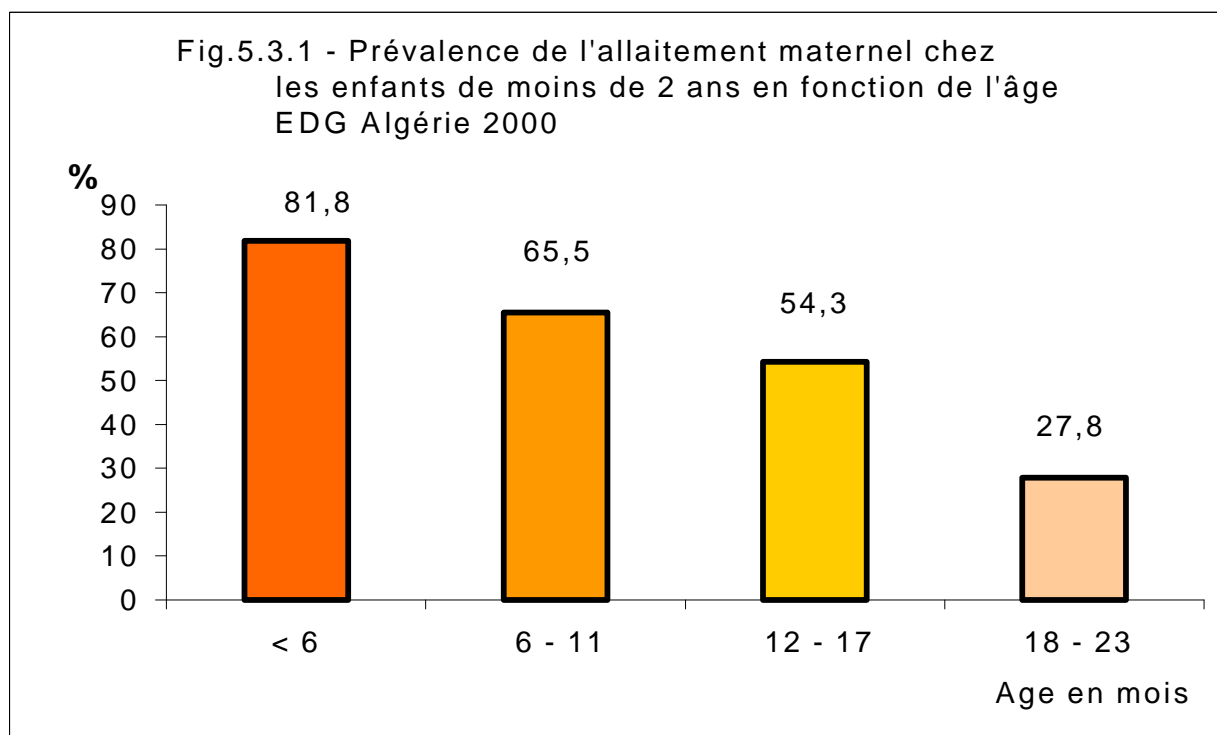
5.3 Allaitement maternel

L'échantillon issu de 1 644 mères est constituée de 1 711 enfants âgées de moins de 2 ans. La répartition par sexe est de 52 % pour les garçons, 48 % pour les filles. Les nourrissons du milieu urbain représentent 44,2 % et ceux du milieu rural 55,8 %. Les nourrissons enquêtés âgés de moins de 4 mois représentent 15,5 %, les moins de 12 mois 51,5 % et les plus de 12 mois 48,5 %.

5.3.1 Prévalence de l'allaitement maternel

La prévalence actuelle de l'allaitement maternel diminue avec l'âge. Elle est de $74,2 \pm 3$ % pendant la première année de vie et de $40,8 \pm 3,4$ % durant la deuxième année de vie. La prévalence de l'allaitement maternel est de 94,5 % avant l'âge de 3 mois et de 70,4 % pour les nourrissons âgés de 3 à 5 mois. Si pour les nourrissons de moins de 6 mois, la prévalence est de 81,8 %, pour les 6 à 11 mois elle est de 65,5 %, pour les 12 à 17 mois de

54,3 % et pour les 18 à 23 mois de 27,8 %. La différence est statistiquement significative



($p < 1 \times 10^{-6}$, fig.5.3.1).

5.3.2 Proportion des nourrissons de moins de 4 mois nourris exclusivement au sein

Le taux d'allaitement des nourrissons nourris exclusivement au sein avant l'âge de 4 mois est de 15,9 %. Le taux d'allaitement des garçons est de 13,6 % et celui des filles de 19,2 %. En milieu urbain, ce taux est de 18,8 %, en milieu rural, il est de 11,5 %. Le taux d'allaitement est différent selon les régions. Il est de 4,8 % dans la région sanitaire est, de 15,1 % dans la région centre, de 20,7 % dans la région ouest et de 21,3 % dans la région sud. La différence est significative (fig. 5.3.2)

5.3.3 Proportion d'enfants âgés de 6 à 9 mois nourris au sein et recevant une alimentation solide ou semi-solide complémentaire

Le taux d'allaitement des nourrissons âgés de 6 à 9 mois, encore nourris au sein, et recevant une alimentation solide ou semi - solide complémentaire, est de 38 % (fig.5.3.2). Il existe une différence significative selon les régions. Dans la région sanitaire ouest, le taux d'allaitement au sein avec complément alimentaire est le plus bas (29 %).

5.3.4 Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois et des enfants de 20 à 23 mois qui poursuivent l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est encore poursuivi par 55 % des enfants âgés de 12 à 15 mois. Le taux d'allaitement de cette tranche d'âge est de 52,3 % en milieu urbain et de 59,2 % en

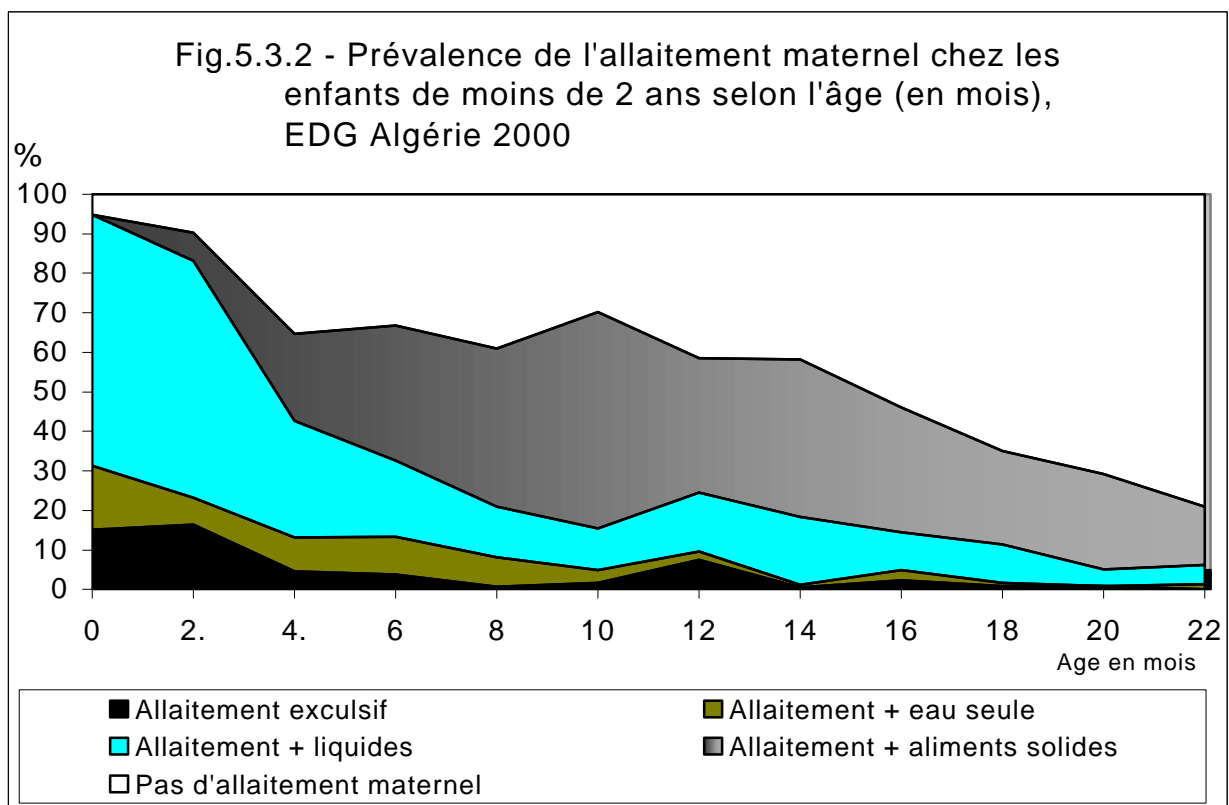
milieu rural. Parmi les enfants âgés de 20 mois à 23 mois, une proportion de 22,3 % poursuit l'allaitement maternel. En milieu urbain le taux est de 17,9 % et en milieu rural, il est de 29,6 %.

5.3.5 Fréquence d'utilisation des biberons chez les moins d'un an

Chez les enfants de moins de un an, l'utilisation d'un biberon de lait industriel ou autres aliments est de 62,8 % ± 3,2 %. En milieu urbain, la fréquence d'utilisation est de 66,9 %. En milieu rural, elle est de 59,6 %. La différence est significative.

5.3.6 Allaitement maternel chez les enfants de moins de deux ans

L'allaitement maternel, avec ou sans complément alimentaire, est fortement lié à l'âge de l'enfant. La diminution annuelle moyenne du taux d'allaitement maternel est de 3 %. Ce taux est maximum avant l'âge de 3 mois (89,8 %). Il est à son minimum à l'âge de 2 ans (13,9 %).



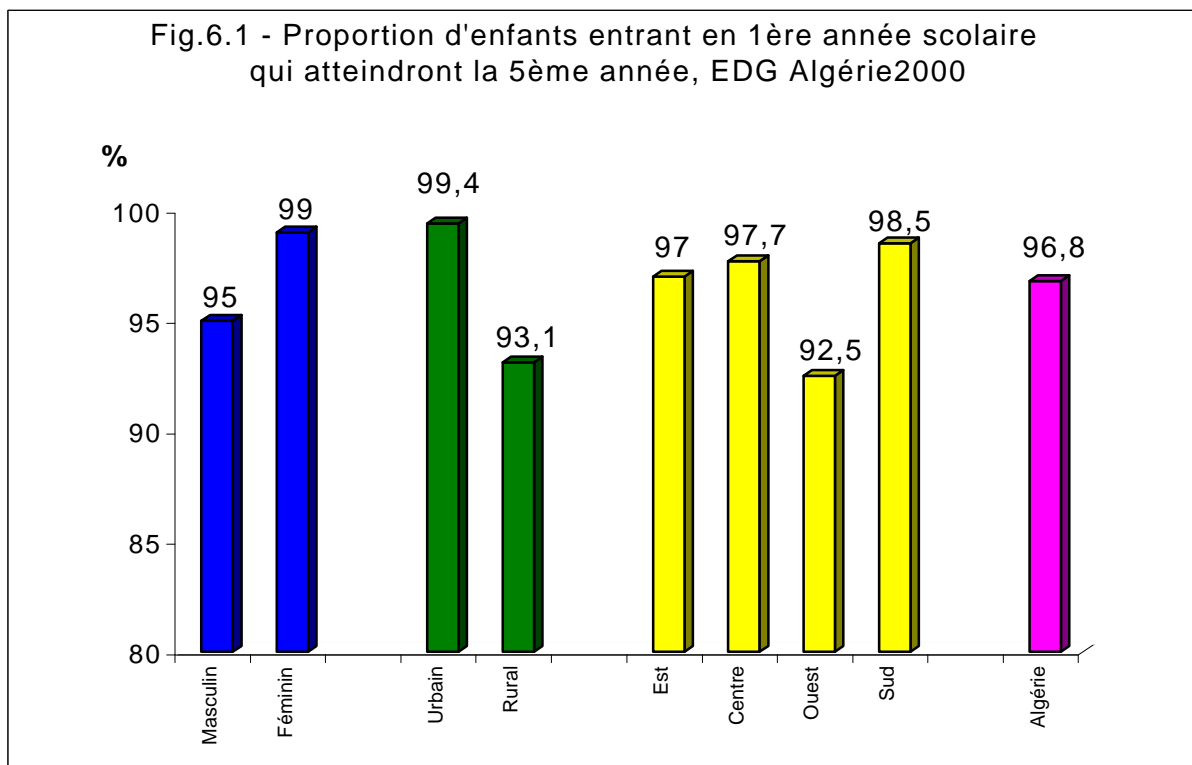
6 Education

L'éducation nationale est organisée en un enseignement fondamental de neuf années et un enseignement secondaire de trois années. L'enseignement fondamental, obligatoire, est structuré en trois paliers de trois années chacun, les deux premiers correspondant à l'école primaire, le dernier au collège. L'âge réglementaire de la scolarité est de 6 ans révolus avant la fin de l'année civile. La rentrée scolaire a lieu au mois de septembre. L'enquête nationale réalisée au mois de mai 2000, a retrouvé 241 enfants nés entre janvier 1994 et mai 1994 qui n'avaient pas l'âge requis de la scolarité lors de la rentrée scolaire 1999-2000.

La population d'étude est représentée par 9 002 enfants âgés de 6 à 14 ans. Les enfants non scolarisés (260) représentent 2,9 % de la population d'étude. Parmi ces enfants de 6 à 14 ans, 50,4 % sont de sexe masculin et 49,6 % de sexe féminin.

6.1 Probabilité d'atteindre la cinquième année pour les enfants entrant en première année scolaire

La probabilité d'atteindre la cinquième année pour les enfants entrant en première année scolaire est de 96,8 %. Cette probabilité est de 95 % chez les garçons et de 99 % chez les filles. Elle est de 93,1 % en milieu rural et de 99,4 % en milieu urbain. La probabilité la plus faible est retrouvée dans la région ouest (92,5 %, fig.6.1).



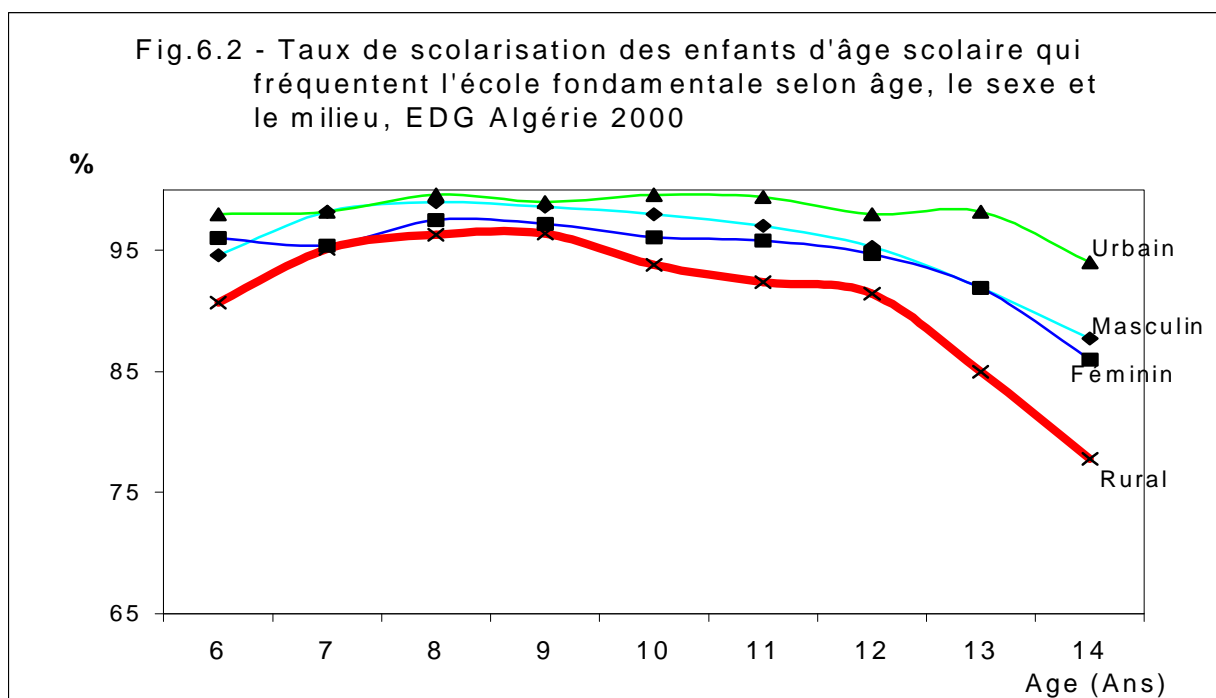
6.2 Taux de scolarisation à l'école primaire (TSP)

Le taux de scolarisation à l'école primaire pour les enfants âgés 6 à 11 ans est de $97 \pm 0,7$ %. Ce taux est plus élevé chez les garçons (97,6 %) que chez les filles (96,3 %). Le taux de scolarisation des enfants d'âge scolaire qui fréquentent l'école primaire est de 99 % en milieu urbain et de 94,3 % en milieu rural. Le taux de scolarisation des filles est de 96,3 %, celui des garçons de 97,6 %. La région ouest présente le taux de scolarisation le plus faible 92,7 %, la région sud le plus élevé avec 98,8 %.

6.3 Taux de scolarisation à l'école fondamentale (TSF)

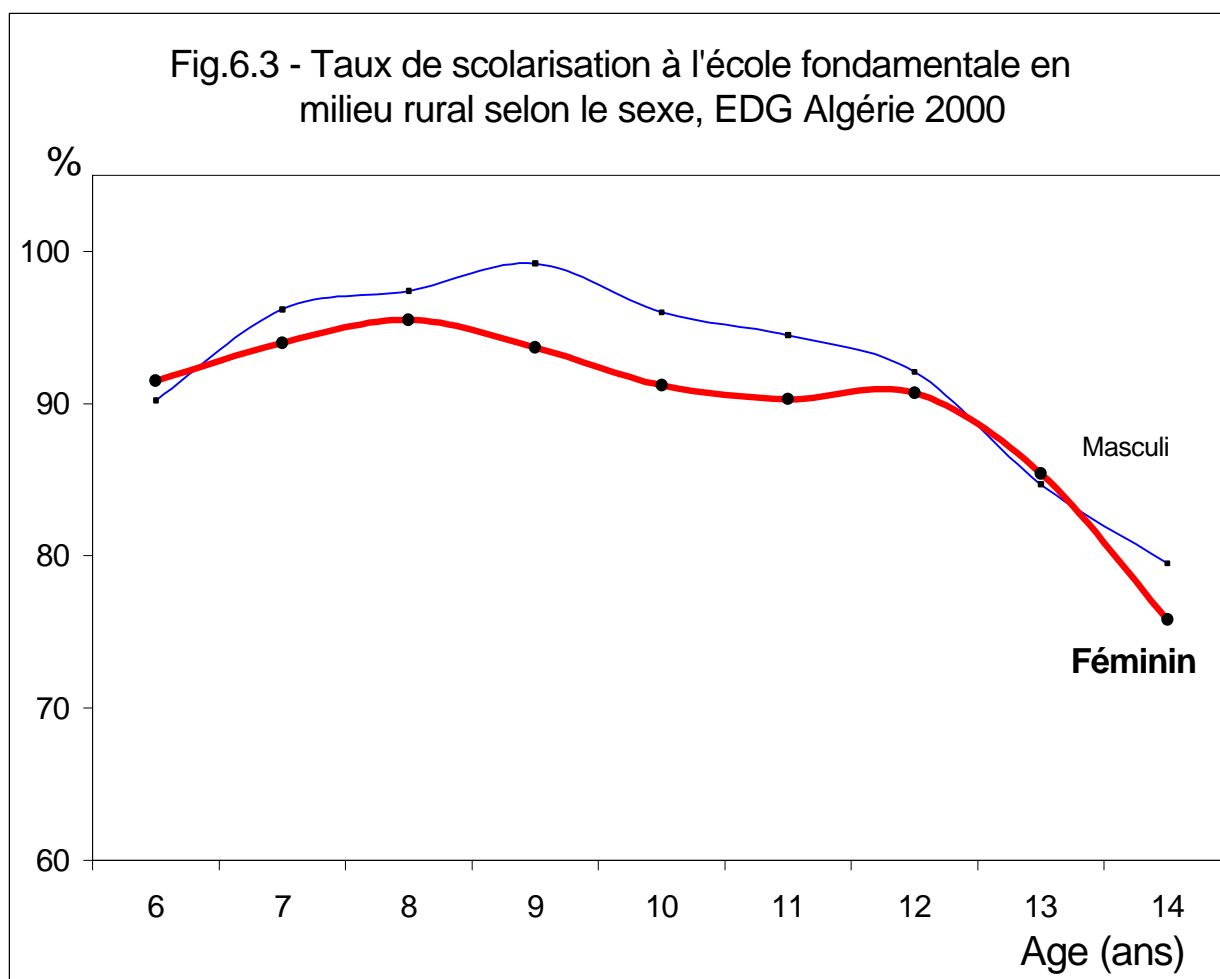
Le taux de scolarisation à l'école fondamentale (TSF), des enfants âgés de 6 à 14 ans est de $95,2 \pm 0,5$ %. Il n'y a pas de différence significative entre le taux de scolarisation des garçons (95,7 %) et celui des filles (94,7 %). Le TSF est différent selon le milieu. En milieu rural, il est de 91,1 %, en milieu urbain de 98,4 %. La fréquentation de l'école fondamentale diminue

avec l'âge. A 6 ans, le taux de scolarisation est de 95,3 %, à 7 ans de 96,9 %, à l'âge de 8 ans



de 98,2 % et à 14 ans de 86,9 % (fig.6.2).

Les taux de scolarisation par année d'âge sont stables en milieu urbain et en milieu rural. Le taux de scolarisation en milieu urbain à 6 ans est de 97,7 % chez les garçons et de 98,3 % chez les filles, il augmente progressivement aussi bien chez les filles que chez les garçons pour atteindre 99 % à 11 ans. Une baisse est observée à l'âge de 14 ans (94,2 % chez les garçons et 95,1 % chez les filles). En milieu rural la diminution du taux de scolarisation des garçons s'amorce à l'âge de 12 ans où il est de 92,1 % pour atteindre 79,5 % à 14 ans. Chez les filles, la diminution du taux de scolarisation est beaucoup plus précoce. La diminution commence dès l'âge de 10 ans (91,2 %) pour atteindre 75,8 % à l'âge de 14 ans (fig.6.3).



6.4 Proportion des enfants scolarisés à 6 ans (TS6)

Le taux des enfants scolarisés à l'âge réglementaire de la scolarisation (TS6), est de 95,3 %. Il est de 96 % pour les filles, de 94,6 % pour les garçons. En milieu urbain le taux est de 98 % et en milieu rural de 90,7 %.

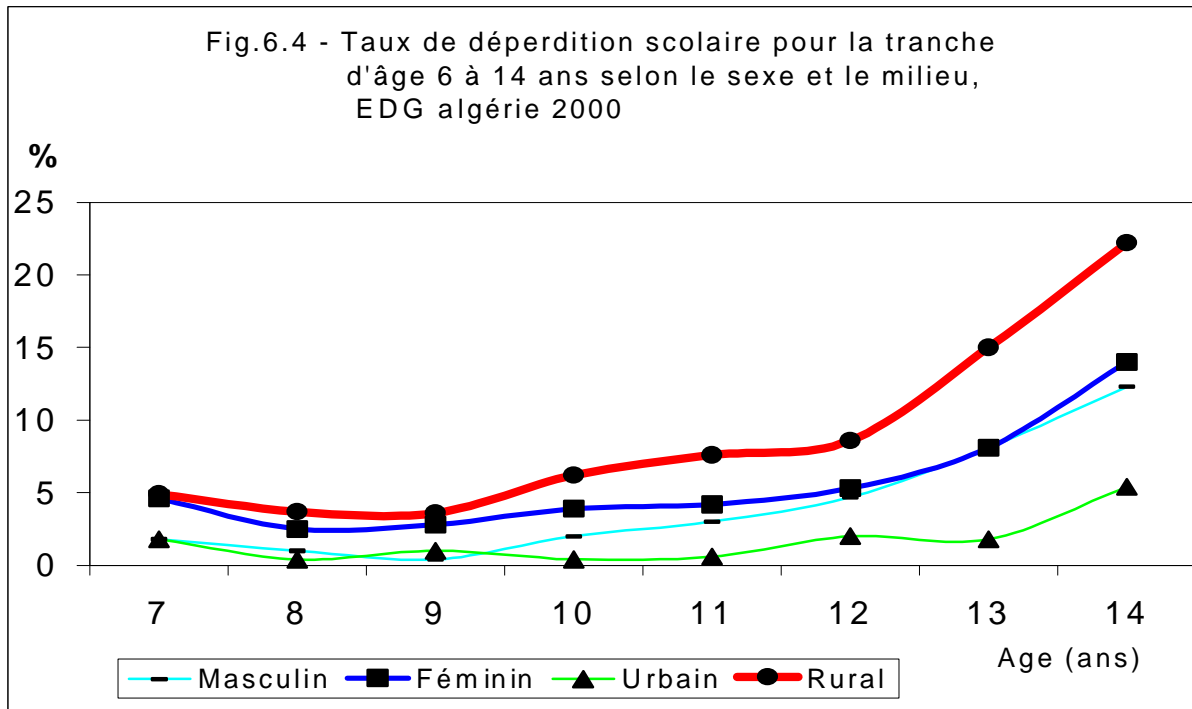
6.5 Proportion des enfants âgés de 6 ans et plus incorporés à l'école primaire (taux brut de scolarisation)

Le taux brut de scolarisation à l'école primaire (TBS) est de 114,1 %. Il est 116,7 % chez les garçons et de 111,5 % chez les filles. Il est plus élevé en milieu rural (116,4 %) qu'en milieu urbain (112,4 %). En milieu rural, le taux brut de scolarisation est plus élevé chez les garçons (119,7 %) que chez les filles (113 %).

6.6 Taux de déperdition scolaire par âge

Le taux de déperdition scolaire s'élève à 4,8 % pour la tranche d'âge de 6 à 14 ans. Ce taux est de 5 % à l'âge de 12 ans, de 8,1 % à 13 ans et de 13,1 % à 14 ans. Le taux de déperdition est de 4,3 % pour les garçons et de 5,3 % chez les filles. Le taux de déperdition est plus important en milieu rural (8,9 %) par rapport au milieu urbain (1,6 %). Chez les filles, le

taux de déperdition commence à être perceptible à partir de 11 ans (4,2 %), il passe à 5,3 % à 12 ans, à 8,1 % à 13 ans et à 14 % à l'âge de 14 ans (fig.6.4).



7 Vaccination

7.1 Vaccination des enfants

Le calendrier national de vaccinations, en vigueur depuis l'arrêté ministériel du 14 janvier 1997 comporte : BCG associé au vaccin polio (VPO) à la naissance, à 3 mois, 4 mois et 5 mois, le DTC administré simultanément avec le VPO et le vaccin antirougeoleux (VAR) à 9 mois. L'enquête sur les objectifs de la fin décennie apprécie le taux de couverture vaccinale pour les six antigènes pour les enfants âgés de moins de 5 ans en fonction de certaines variables. L'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF recommandent dans leurs programmes que tous les enfants soient vaccinés, avant l'âge d'un an. L'enfant est considéré comme correctement vacciné s'il a reçu le BCG, trois doses du triple vaccin DTC, trois doses de vaccin anti-poliomyélitique oral (VPO) ainsi que le vaccin anti-rougeoleux (VAR) avant qu'il n'ait atteint l'âge d'un an. L'enfant est considéré comme complètement vacciné, ou vacciné quelque soit l'âge, s'il a reçu les mêmes doses vaccinales avant l'âge de 2 ans. Les informations sur la vaccination des enfants ont été collectées, auprès des femmes ayant des enfants de moins de 5 ans, sur la base du carnet de vaccination de l'enfant qui mentionne les types de vaccins reçus et les dates des vaccinations, ou, en l'absence de carnet de vaccinations, en référence aux dires des mères.

Les enfants âgés de moins de 5 ans éligibles sont au nombre de 4 480 dont 51,5 % sont de sexe masculin. La présence d'un carnet de vaccination, document exigé pour l'inscription de l'enfant à l'école, a été retrouvée chez $91,6 \pm 1$ % des enfants de moins de 5 ans. La proportion d'enfants possédant un carnet de vaccination en milieu urbain est de 89,8 % et en milieu rural de 94,2 %. Les enfants n'ayant pas de carnet de vaccination et pour lesquels les informations ont été obtenus selon les dires de la mère représentent 8 % des cas.

Parmi les 3 820 enfants de moins de 5 ans vaccinés par le BCG, 26,6 % d'entre eux ne possèdent pas de cicatrice vaccinale, beaucoup plus en milieu rural (33,4 %) qu'en milieu urbain (21,6 %).

7.1.2 Etat vaccinal des enfants âgés de 12 – 59 mois

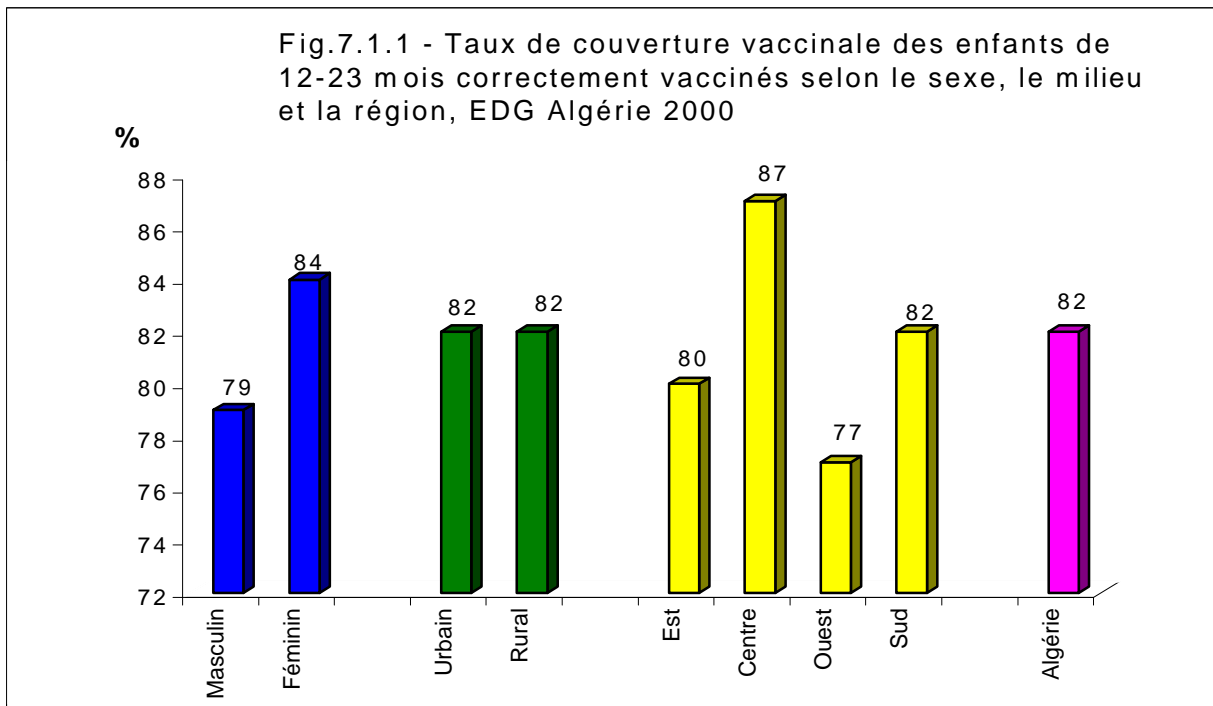
Parmi les enfants âgés de 12 – 59 mois, 76 ± 1 % ont été correctement vaccinés. Ils ont reçu tous leurs vaccins durant la première année de vie. Le taux de vaccination des garçons est identique au taux de vaccination des filles (76 %). Le taux d'enfants correctement vaccinés en milieu urbain est de 76 %, en milieu rural de 78 %. L'étude de la couverture vaccinale par antigène pour les enfants âgés de 12 – 59 mois correctement vaccinés, montre que 90 % des enfants sont vaccinés par le BCG, que 85 % des enfants ont reçu 3 doses de vaccin DTC, que 85 % d'enfants vaccinés par trois doses de VPO et que 78 % des enfants sont vaccinés contre la rougeole. Le taux de couverture vaccinale pour chaque antigène est équivalent en milieu urbain et en milieu rural.

Parmi les enfants âgés de 12 – 59 mois, 86 ± 1 % sont considérés complètement vaccinés ou vaccinés quelque soit l'âge. Le taux de vaccination des garçons est le même que celui des filles (86 %). Il y a une différence significative entre le taux d'enfants complètement vaccinés en milieu urbain (84 %) et en milieu rural (89 %). La couverture vaccinale par antigènes pour les enfants complètement vaccinés montre que 89 % des enfants sont vaccinés par le BCG, 89 % sont vaccinés par trois doses de vaccin DTC, 89 % sont vaccinés par trois doses de VPO et 88 % sont vaccinés contre la rougeole.

Si l'on tient compte des vaccinations portés sur le carnet auxquels ont ajouté les dires des mères, le taux d'enfants de 12 – 59 mois complètement vaccinés est de 88 ± 1 % . L'étude de la couverture vaccinale par antigènes montre que 99 % des enfants âgés de 12 à 59 mois sont vaccinés par le BCG, 91 % sont vaccinés par trois doses de vaccin DTC, 91 % sont vaccinés par trois doses de VPO et 96 % sont vaccinés contre la rougeole.

7.1.3 Etat vaccinal des enfants âgés de 12 à 23 mois

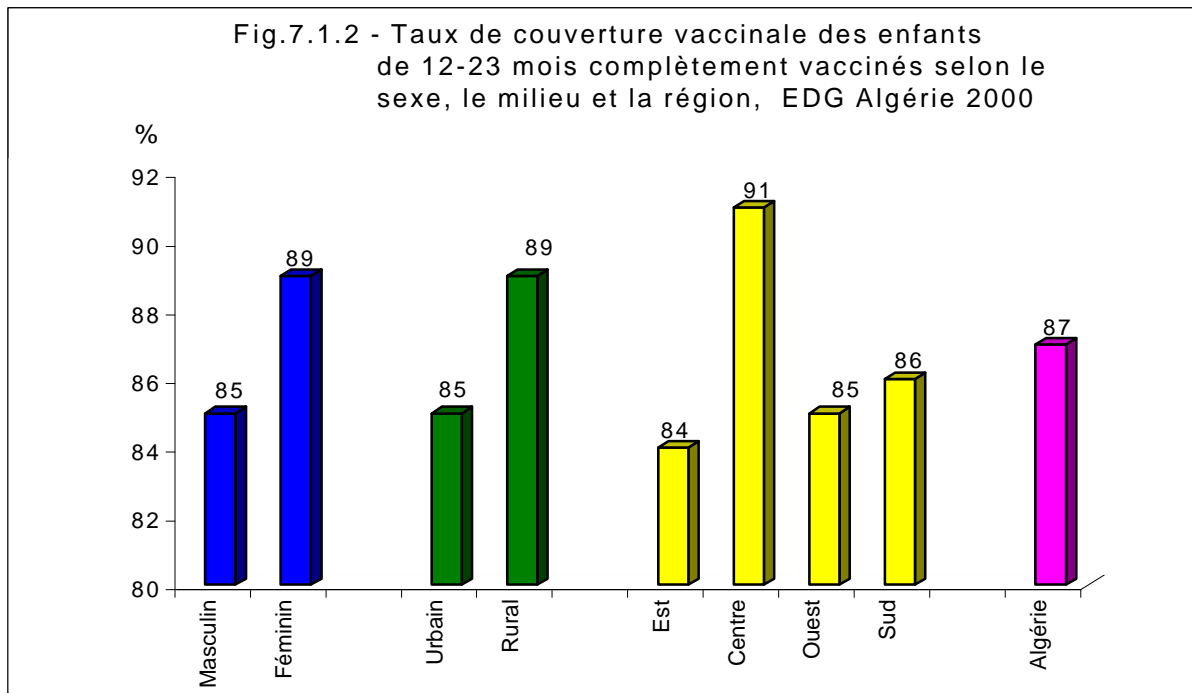
Le taux d'enfants, âgés d'une année révolue à la date de l'enquête, correctement vaccinés est de 82 ± 3 %. La différence entre le taux de couverture vaccinale correcte des garçons (79 %) et celui des filles (84 %) n'est pas statistiquement significative. Le taux des enfants correctement vaccinés est équivalent en milieu rural et urbain (82 %). La couverture vaccinale est la plus basse dans la région sanitaire ouest (77 %) par rapport aux autres régions sanitaires (fig.7.1.1). Les enfants qui habitent les villas et appartements sont mieux vaccinés (86 %) que ceux habitant les autres types d'habitations (73 %); la différence est statistiquement significative ($p < 2 \times 10^{-5}$).



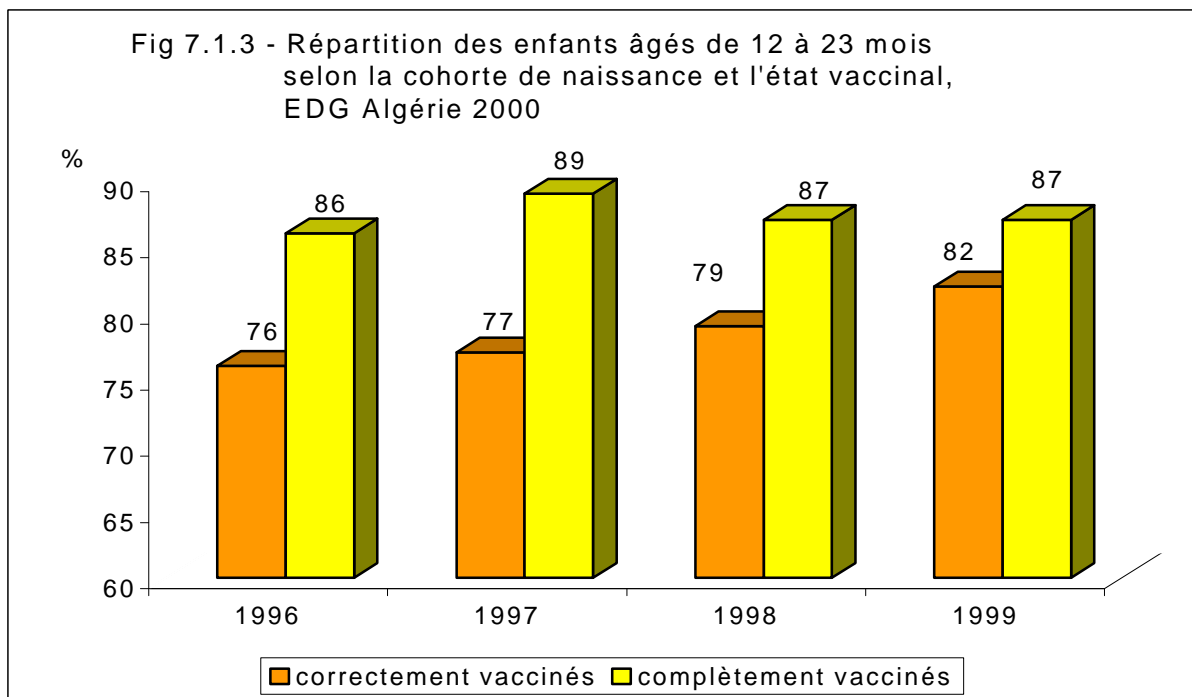
Le taux de vaccination par antigènes est de 93 % pour le BCG, de 89 % pour le DTC3, de 89 % pour le VPO3, de 83 % pour la vaccination anti-rougeoleuse. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe et le milieu pour tous les vaccins.

Le taux d'enfants complètement vaccinés avant leur second anniversaire est de 87 ± 2 %. La différence entre le taux de couverture vaccinale complète des garçons (85 %) et celui des filles (89 %) n'est pas significative. Le taux des enfants complètement vaccinés, résidant en milieu rural (89 %) ne diffère pas de celui des enfants du milieu urbain (85 %). La couverture vaccinale est particulièrement élevée dans les régions centre (91 %). Dans la région sud, elle est de 86 %, dans la région ouest 85 % et dans la région est 84 % (fig.7.1.2). Les enfants qui habitent les villas et appartements (90 %) sont mieux vaccinés que ceux logeant dans les autres types d'habitations (82 %); la différence est significative.

Le taux de vaccination par le BCG (93 %) est le plus élevé. Le taux de vaccination par trois doses de DTC et par trois doses de VPO est de 90 %. Le taux de vaccination contre la rougeole est de 88 %. La couverture vaccinale par antigènes ne diffère pas selon le sexe et le milieu.



Le taux de couverture vaccinale correct des enfants de 12 à 23 mois est de 76 % pour la cohorte d'enfants nés en 1996. Il est de 82 % pour celle de 1999 (fig.7.1.3). Le taux de couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés qui était de 86 % pour la cohorte de 1996 est resté stable en 1997, 1998 et 1999.

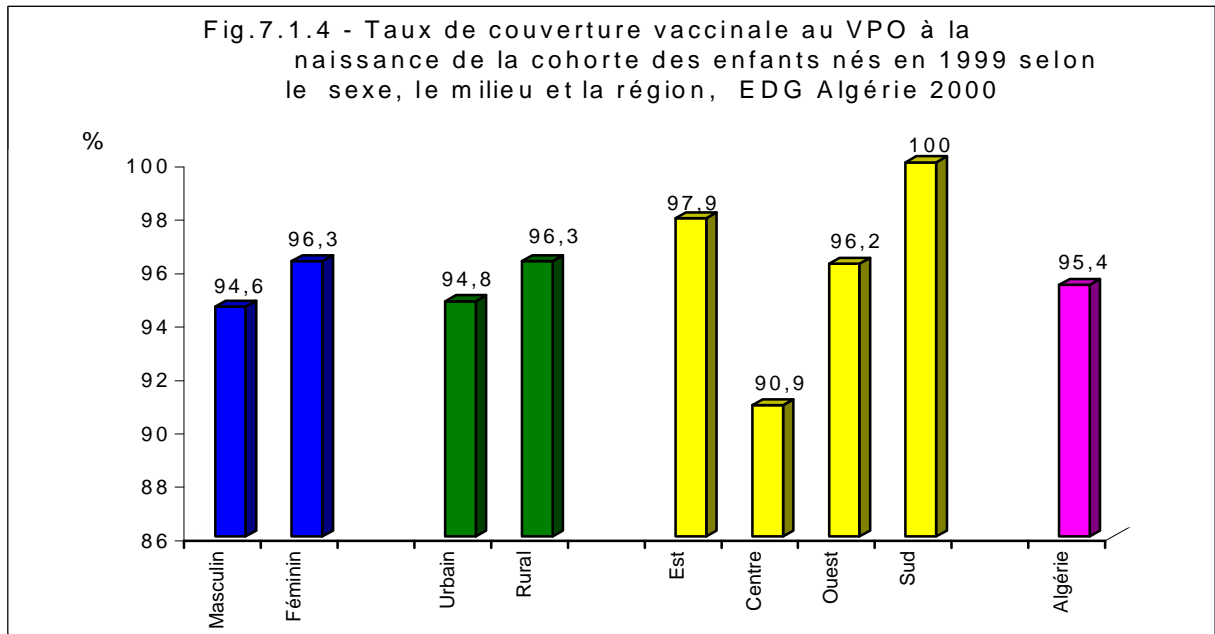


7.1.4 Vaccination antipoliomyélitique orale (VPO) à la naissance

La mise en œuvre de la vaccination antipoliomyélitique orale a connue en 1997 certaines difficultés, notamment le retard dans l'application et la disponibilité du VPO au niveau des

maternités. Chez les enfants nés en 1998, $95,4 \pm 2 \%$ ont reçu le VPO à la naissance. Les enfants résidant en milieu rural (94 %) sont autant vaccinés à la naissance que ceux du milieu urbain (96,5 %). La couverture vaccinale des nouveau-nés est élevée dans la région sanitaire ouest (99 %).

Chez les enfants nés en 1999, $95,4 \pm 1 \%$ ont reçu le VPO à la naissance. Les enfants résidant en milieu rural (96,3 %) sont aussi bien vaccinés à la naissance que ceux du milieu urbain (94,8 %). La couverture vaccinale des nouveau-nés est élevée dans les régions sud (100 %) en rapport probablement avec les campagnes de vaccination entreprises depuis 1994 dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite et qui ont ciblées la région sud (fig.7.1.4).



7.1.5 Vaccination de rappel DTC + vaccin polio oral

Le calendrier vaccinal de l'enfant impose un premier rappel de DTC et VPO à l'âge de 18 mois. Parmi les enfants âgés de 12 à 23 mois, $79,1 \pm 4 \%$ ont reçu leur premier rappel. La différence n'est pas statistiquement significative entre le taux de couverture vaccinale des garçons (75,3 %) et celui des filles (82,8 %). Les enfants résidant en milieu rural (76,1 %) sont aussi bien vaccinés que ceux du milieu urbain (81 %). Parmi les enfants âgés de 24 à 35 mois, $89,9 \pm 2 \%$ ont reçu leur premier rappel. Il n'y a pas de différence significative entre le taux de couverture vaccinale des garçons (90,7 %) et celui des filles (89,1 %). Les enfants résidant en milieu rural (89,2 %) sont aussi bien vaccinés que ceux du milieu urbain (90,5 %). Trois enfants sur quatre (79,1 %) reçoivent leur premier rappel DTC et VPO avant l'âge de deux ans. Si on considère les enfants de la tranche d'âge 24 à 35 mois, une proportion de 10,8 % a été vaccinée après l'âge de deux ans.

7.2 Vaccination antitétanique des mères

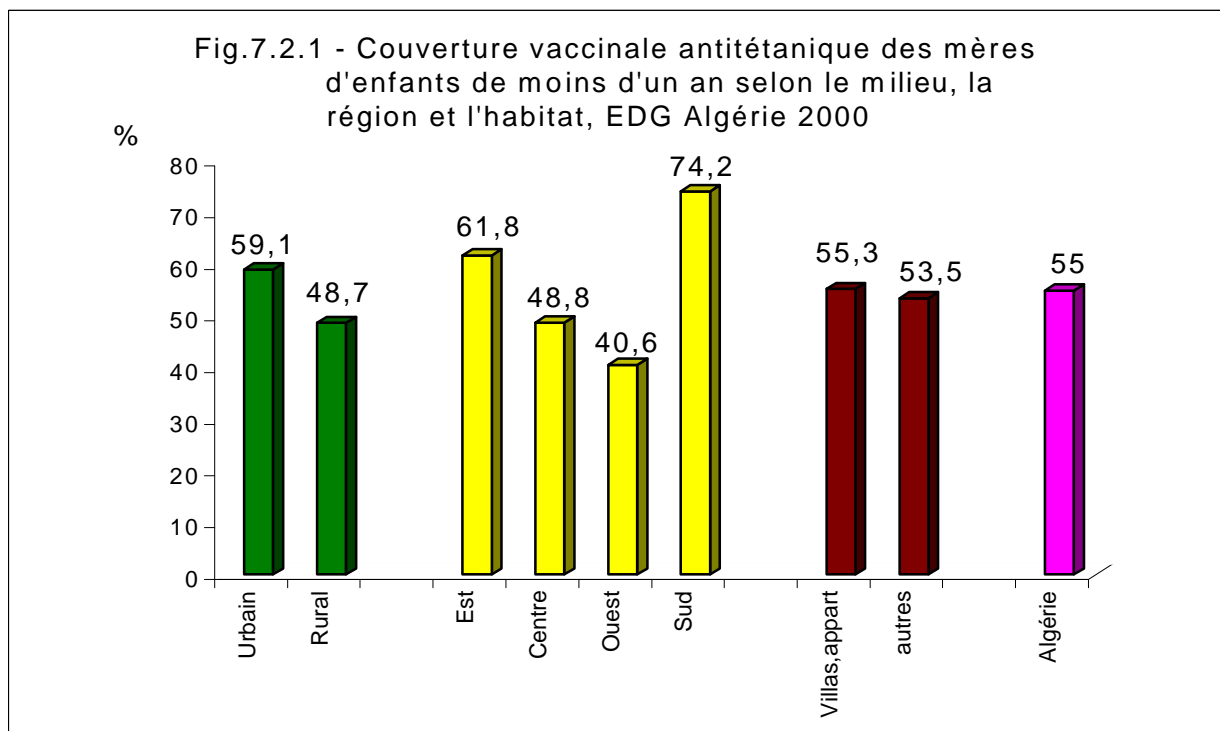
La vaccination antitétanique (VAT), indispensable pour atteindre l'objectif d'élimination du tétanos néonatal (TNN), est recommandée pour les femmes en âge de procréer et notamment

pour les femmes enceintes. L'indicateur permettant d'apprécier cet objectif est la proportion d'enfants de moins d'un an protégés contre le TNN à travers la vaccination de leur mère (au moins deux doses de vaccin antitétanique ou VAT sont requises durant la grossesse).

La vaccination antitétanique des femmes concerne 902 mères biologiques d'enfants de moins d'un an. Elle permet d'estimer la protection des nouveaux nés contre le tétanos néonatal à travers la vaccination antitétanique de leur mère. Les femmes disposent d'un document de vaccination contre le tétanos dans $51,5 \pm 3$ % des cas. La possession d'un document attestant une vaccination antitétanique est plus fréquente chez les femmes qui résident en milieu urbain (54,4 %) que chez celles résidant en milieu rural (47,9 %). Les femmes qui disposent d'un document de vaccination antitétanique sont plus nombreuses dans la région sanitaire sud (71 %) par rapport à la région sanitaire est (51,3 %), à la région centre (32 %) et la région ouest (25 %).

7.2.1 Proportion d'enfants protégés contre le TNN

La proportion d'enfants de moins d'un an, protégés contre le TNN à travers la vaccination de leur mère (2 doses et plus) est de $54,7 \pm 3$ %. La proportion des enfants protégés contre le TNN est de 59,1 % en milieu urbain et de 48,7 % en milieu rural (fig.7.2.1). La proportion d'enfants protégés contre le TNN à travers la vaccination de leur mère (2 doses et plus) diffère selon la région. La région sud présente un taux de protection de 74,2 %, la région est 61,8 %, la région centre 48,8 % et la région ouest 40,6 %.



7.2.2 Moment de la vaccination antitétanique des femmes enceintes

Près d'une femme sur deux ($48,5 \pm 3 \%$) déclare avoir été vaccinée contre le tétanos au cours de sa dernière grossesse. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain ($54,1 \%$) par rapport au milieu rural (41%). La proportion de femmes qui déclare avoir reçu le VAT au cours de la dernière grossesse est plus élevée dans la région sanitaire sud ($66,9 \%$). Elle est basse dans la région ouest 32% . Deux femmes sur cinq ($43,2 \%$) ont été vaccinées au cours de la dernière grossesse par 2 doses et plus de VAT et $5,5 \%$ ont reçu une dose. Plus de la moitié des femmes ($51,4 \%$) n'ont pas été vaccinées au cours de la dernière grossesse. La proportion de femmes ayant reçu deux doses et plus de VAT lors de leur dernière grossesse est de $48,1 \%$ en milieu urbain et de $36,2 \%$ en milieu rural. La proportion de femmes qui a été vaccinée contre le tétanos au cours des grossesses antérieures est de $23,7 \pm 3 \%$. Elle est de $23,6 \%$ en milieu urbain et de $23,7 \%$ en milieu rural. Plus de trois femmes enquêtées sur cinq ($61,8 \pm 3 \%$) déclarent avoir reçu au moins une dose de VAT au cours de leur grossesse. Les femmes de la région du sud présentent la plus grande proportion de vaccinées ($86,7 \%$),

8 Diarrhées aiguës de l'enfant

La diarrhée aiguë est définie par une émission d'au moins 3 selles liquides ou molles, sanguinolentes ou non, par 24 h. La thérapie de réhydratation orale (TRO) a été définie de deux manières :

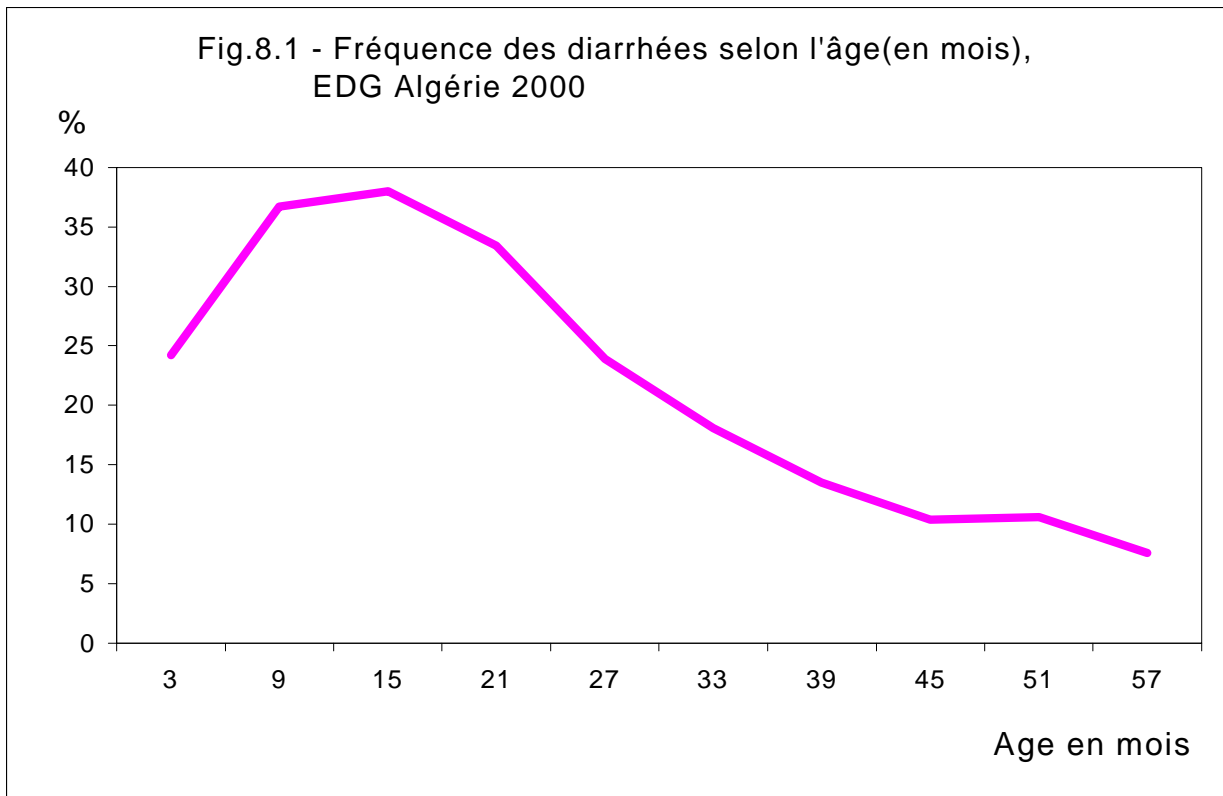
- selon l'ancienne définition (avant 1993) qui sont les cas de diarrhées qui ont reçu des solutions de réhydratation orale (SRO) ou des solutions sucre/sel (SSS) et/ou d'autres solutions domestiques recommandées.

- selon la nouvelle définition (après 1993), qui sont les cas de diarrhées qui ont reçu plus de liquides (quel que soit la nature du liquide) et qui ont poursuivi l'alimentation.

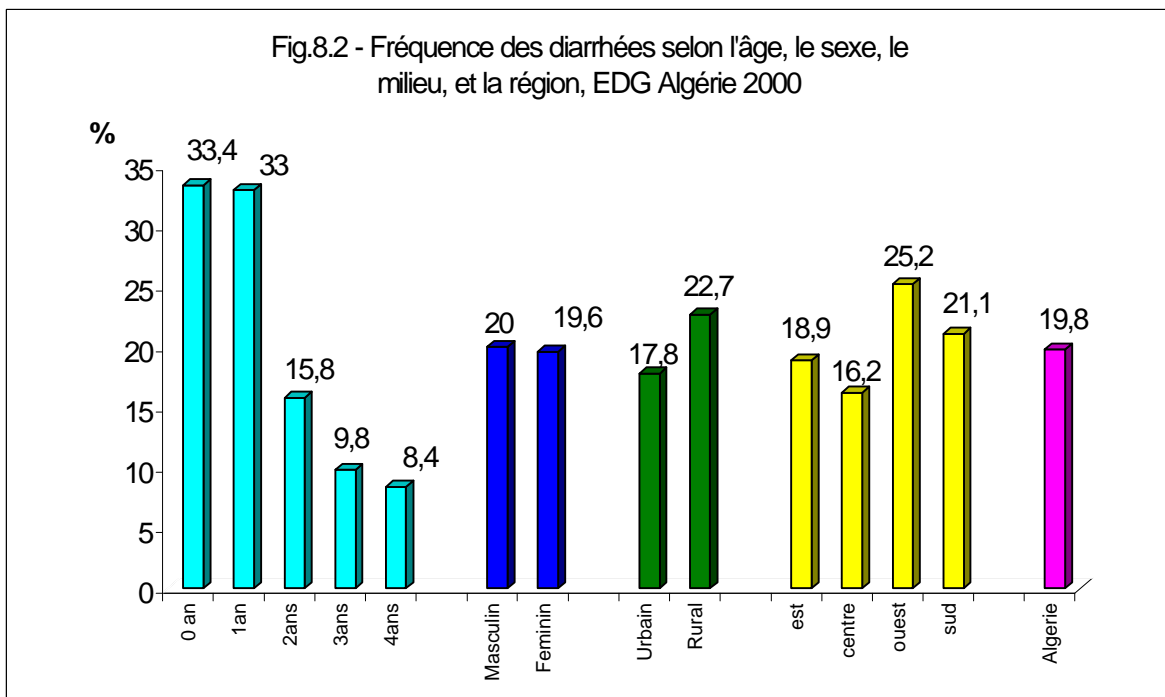
Les mères et les tutrices ont été interrogées sur l'existence éventuelle d'une diarrhée chez leurs enfants de moins de 5 ans durant les deux dernières semaines qui ont précédé le jour de l'enquête et sur la nature du traitement entrepris (boissons et aliments administrés). L'échantillon est constituée de 4 476 enfants de moins de 5 ans. La répartition par sexe se distribue en $51,5 \%$ pour le sexe masculin et $48,5 \%$ pour le sexe féminin. Les enfants de moins de 1 an représentent $19,7 \%$ de l'effectif total, les enfants âgés de 1 à 2 ans, $38,3 \%$, les enfants de 3 à 4 ans, 42% .

8.1 Fréquence des diarrhées aiguës

La prévalence de la diarrhée aiguë chez l'enfant de moins de 5 ans durant les deux semaines (p14) précédant l'enquête est de $19,8 \pm 1,2 \%$. L'incidence annuelle calculée est de 2,5 épisodes diarrhéiques par enfant. La p14 est de 20% chez les garçons et de $19,6 \%$ chez les filles. Chez les enfants de moins d'un an, on enregistre la fréquence la plus élevée ($33,4 \%$), suivie de celle des enfants âgés d'un an (33%). La P14 est de $15,8 \%$ chez l'enfant de 2 ans, de $9,8 \%$ à 3 ans et de $8,4 \%$ à l'âge de 4 ans(fig.8.1).

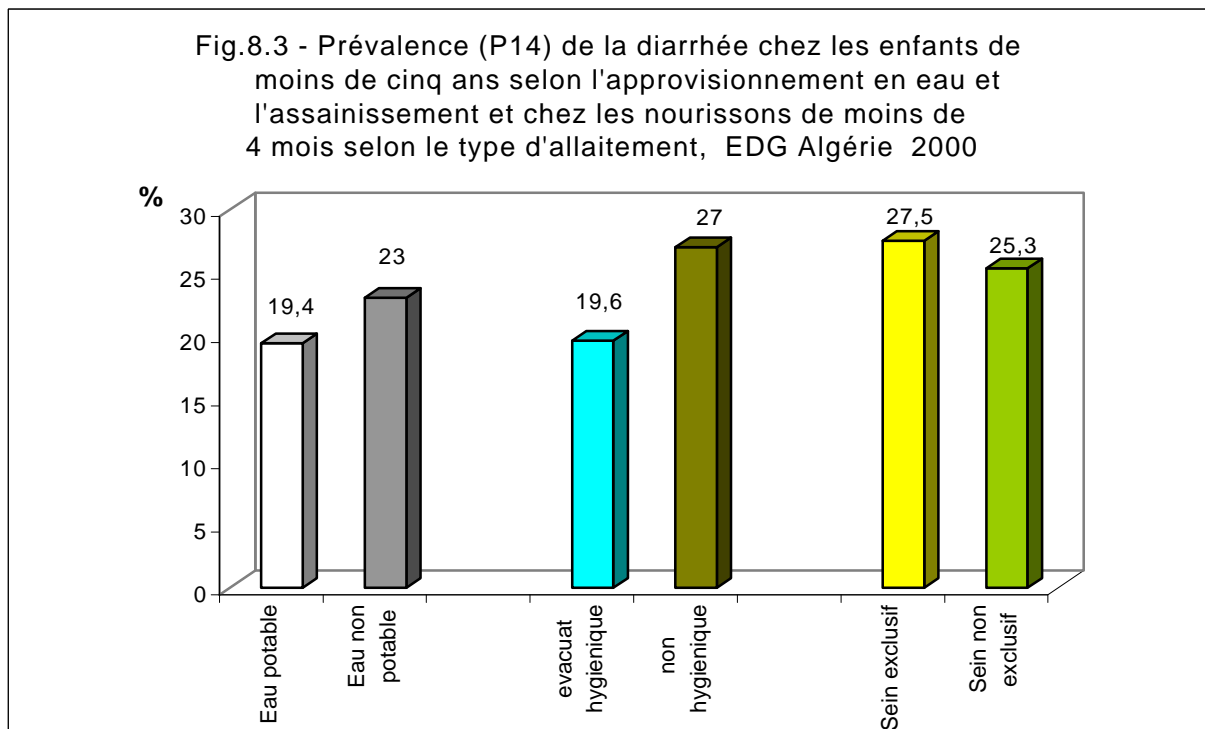


Les diarrhées aiguës sont plus fréquemment retrouvées en milieu rural qu'en milieu urbain (22,7 % vs 17,8 %). La prévalence de la diarrhée (p14) est la plus élevée dans la région sanitaire ouest (25,2 %). C'est dans le milieu rural que la prévalence est la plus élevée, la différence est significative (fig. 8.2).



La prévalence de la diarrhée chez l'enfant de moins de 5 ans est différente selon la source d'approvisionnement en eau. Elle est plus élevée chez les enfants n'ayant pas accès à une eau potable (23 % vs 19,4 %). Elle est plus élevée chez les enfants qui ne bénéficient pas d'une

évacuation hygiénique des excréta (27 % vs 19,6 %). La prévalence de la diarrhée (p14) chez les enfants de moins de 4 mois est de 27,5 % chez les enfants recevant un allaitement maternel exclusif et de 25,3 % pour les autres (fig. 8.3).



8.2 Traitement des diarrhées aiguës

8.2.1 TRO selon définition antérieure à 1993

La proportion d'enfants de moins de 5 ans recevant une TRO au cours de leur diarrhée est élevée $98 \pm 0,5$ %. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, le milieu, la région et le type d'habitat.

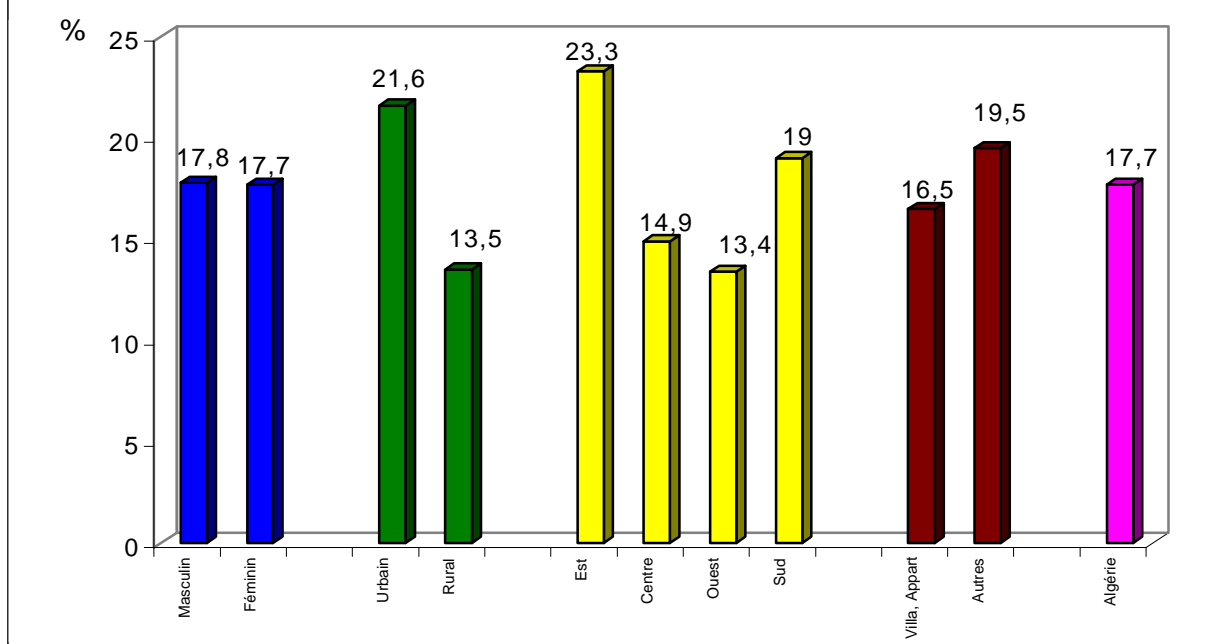
8.2.2 TRO selon définition après 1993

La fréquence d'utilisation de la TRO est de $24 \pm 1,2$ %. Il n'y a pas de différence statistiquement significative selon le sexe, le milieu, la région, et le type d'habitat.

8.3 Utilisation des SRO seuls

Le taux global d'utilisation des SRO seuls durant une diarrhée, chez les enfants de moins de 5 ans, est de $17,7 \pm 1,2$ %. Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe, du milieu et du type d'habitat (fig.8.4). Le taux d'utilisation le plus faible est retrouvé au niveau de la région sanitaire ouest (13,4 %).

Fig.8.4 - Fréquence d'utilisation des SRO seuls selon le sexe, le milieu, la région et l'habitat, EDG Algérie 2000



8.4 Connaissances, attitudes et pratiques des mères vis à vis de leurs enfants diarrhéiques

Plus d'une mère sur trois ($38,7 \pm 1,5$ %) augmente la quantité de liquide durant la diarrhée de son enfant. La proportion est de $44,2 \pm 1,5$ % pour les mères qui donnent les mêmes quantités qu'auparavant et $17,1 \pm 1,2$ % des mères suppriment ou diminuent nettement ces quantités de liquides. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, le milieu, la région et le type d'habitat. Le pourcentage des mères qui suppriment toute alimentation à leur enfant durant la diarrhée est de $15,7 \pm 1,1$ %. La proportion de mères qui diminuent nettement cette ration est de $22,9 \pm 1,3$ %. Les mères qui gardent la même ou sensiblement la même quantité d'aliments à leur enfant diarrhéique représentent $58,8 \pm 1,5$ %. Seules $2,6 \pm 0,4$ % des mères ont tendance à augmenter les quantités d'aliments durant l'épisode diarrhéique de leur enfant. Les attitudes des mères ne sont pas différentes selon le milieu et le type d'habitat. C'est dans la région sanitaire sud que l'alimentation est le plus souvent supprimée durant la diarrhée de l'enfant.

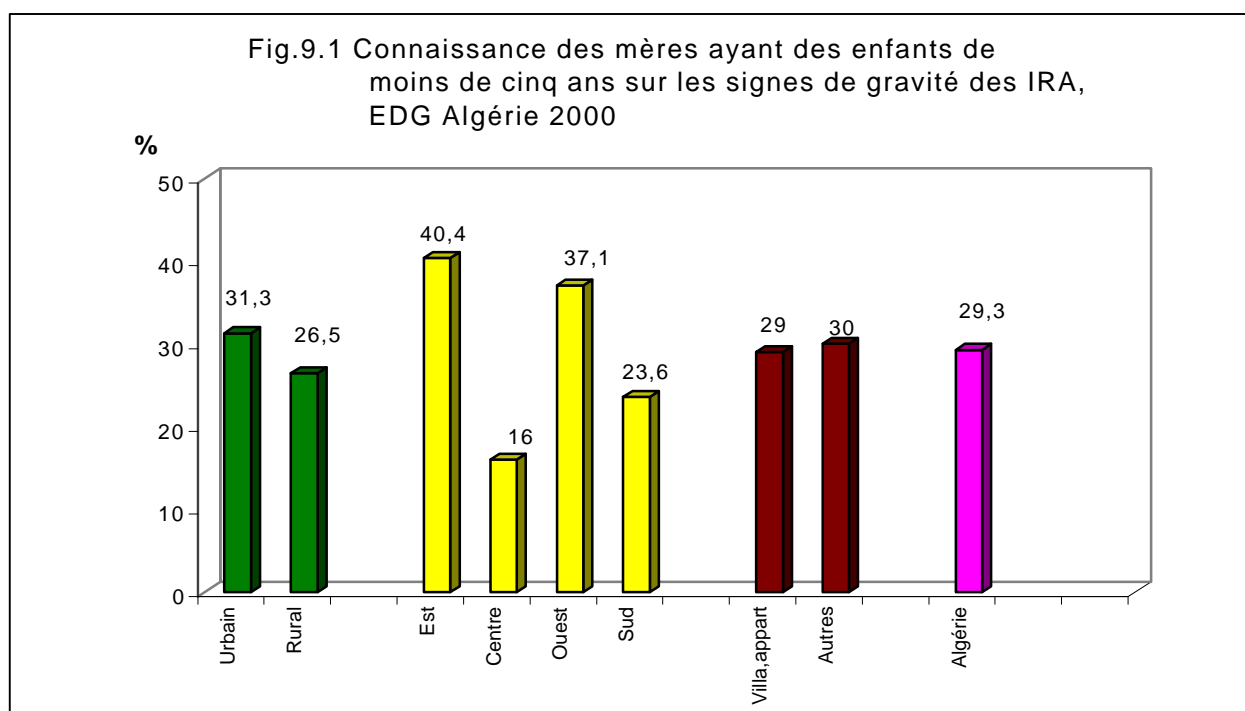
9 Connaissance des mères vis-à-vis des infections respiratoires aiguës (IRA)

En 1996, l'évaluation du programme de lutte contre les IRA, effectuée par le Ministère de la Santé et de la Population, a montré que les IRA constituent le premier motif d'hospitalisation et de mortalité hospitalière pour les enfants de moins de cinq ans ; elles représentent 24,5 % de l'ensemble des hospitalisations. Les décès liés aux IRA représentent 16,4 %. En 1999, la même évaluation a montré que le taux d'hospitalisation lié aux infections respiratoires aiguës est de 27,9 %, les décès liés aux IRA, 12,7 % et la létalité des IRA 2,9 %. C'est la tranche d'âge des 0-28 jours qui est la plus touchée. La proportion des décès par IRA dans cette

tranche d'âge est de 45 % et la létalité est de 23 %. Les objectifs du programme national visent à réduire de 25 % la mortalité due aux IRA chez les enfants âgés de moins de cinq ans, à réduire l'incidence et la gravité des IRA, à prévenir les complications dues à ces maladies, à réduire la prescription inappropriée des antibiotiques et des autres médicaments utilisés dans le traitement des IRA, à apprendre à 80 % des mères à reconnaître les signes de gravité des IRA et à prendre les mesures préventives salvatrices. Les stratégies adoptées s'intéressent d'abord à la standardisation du diagnostic et à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. L'objectif de l'enquête est de déterminer la proportion des mères ayant des enfants de moins de cinq ans qui connaissent les signes de gravité des IRA et de définir leur attitude quand leur enfant présente un ou plusieurs de ces signes. L'enquête a inclus 3 369 mères d'enfants de moins de cinq ans. Elles ont été interrogées sur les signes de gravité des infections respiratoires aiguës qui les amèneraient à consulter leur enfant dans une structure de santé.

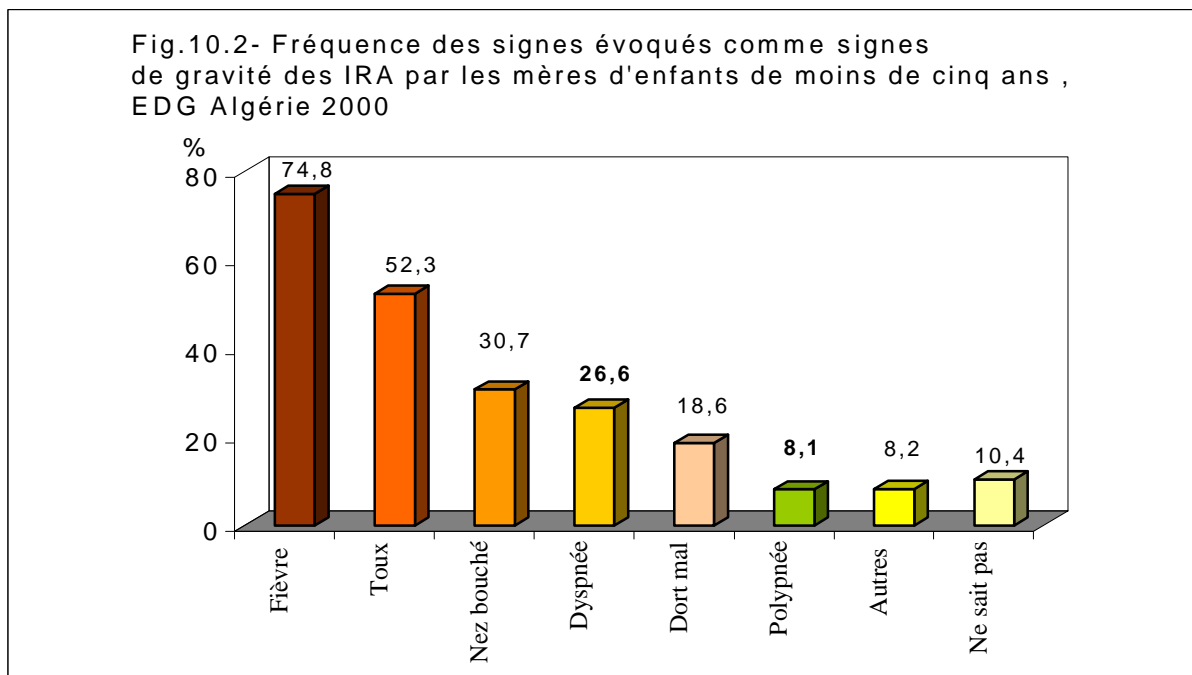
9.1 Proportion des mères d'enfants de moins de cinq qui connaissent les signes de gravité des IRA

La polypnée et la dyspnée constituent les signes de gravité des IRA. La proportion de mères qui connaissent au moins l'un de ces signes est de $29,3 \pm 1,6$ %. La connaissance des signes de gravité des IRA ne diffère pas significativement selon l'âge de la mère. La connaissance des femmes qui résident en milieu urbain est de 31,3 % et celles qui résident en milieu rural de 26,5 %. Cette connaissance est différente selon les régions (fig.9.1).



9.2 Les signes de gravité évoqués par les mères

En plus des deux importants signes de gravité des IRA cités, les mères d'enfants de moins de cinq ans évoquent également, comme autres signes aggravants des IRA, la fièvre, la toux, le nez bouché, l'enfant qui dort mal et d'autres signes. Les femmes ayant un enfant de moins de cinq ans qui déclarent ne pas connaître ces signes représentent 10,4 %. la dyspnée est citée par 26,6 % des mères et la polypnée par 8,1 % (fig.9.2).



10 Contraception

Le programme national de maîtrise de la croissance démographique est étudié afin de déterminer le degré d'atteinte des objectifs fixés par le Ministère de la santé et de la Population dans le cadre de la politique nationale de population pour l'an 2000. Toutes les enquêtes antérieures ayant montré que la contraception était exclusivement féminine, le module contraception utilise un questionnaire destiné aux femmes mariées, L'utilisation actuelle est définie comme l'utilisation d'une méthode contraceptive dans le mois précédant l'enquête. Pour les méthodes contraceptives utilisées, on distingue les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles. Parmi les méthodes modernes, on classe la contraception orale ou pilule, le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet, les condoms, les injectables et les autres méthodes contraceptives locales (spermicides à type de crème, gels, ovules). Parmi les méthodes traditionnelles figurent l'allaitement maternel, la méthode du calendrier, le retrait et autres méthodes. L'étude de la contraception orale concerne toutes les catégories de pilules utilisées actuellement par les femmes contraceptantes, et la durée moyenne d'utilisation des méthodes contraceptives est définie en mois. Elle concerne la pilule et le dispositif intra utérin. Les raisons de non - contraception le plus souvent évoquées par les femmes ont été identifiées à partir d'études antérieures et l'intention d'utilisation future de la contraception est définie comme l'intention d'utilisation d'au moins une méthode contraceptive par les femmes actuellement non contraceptantes dans les 12 mois à venir.

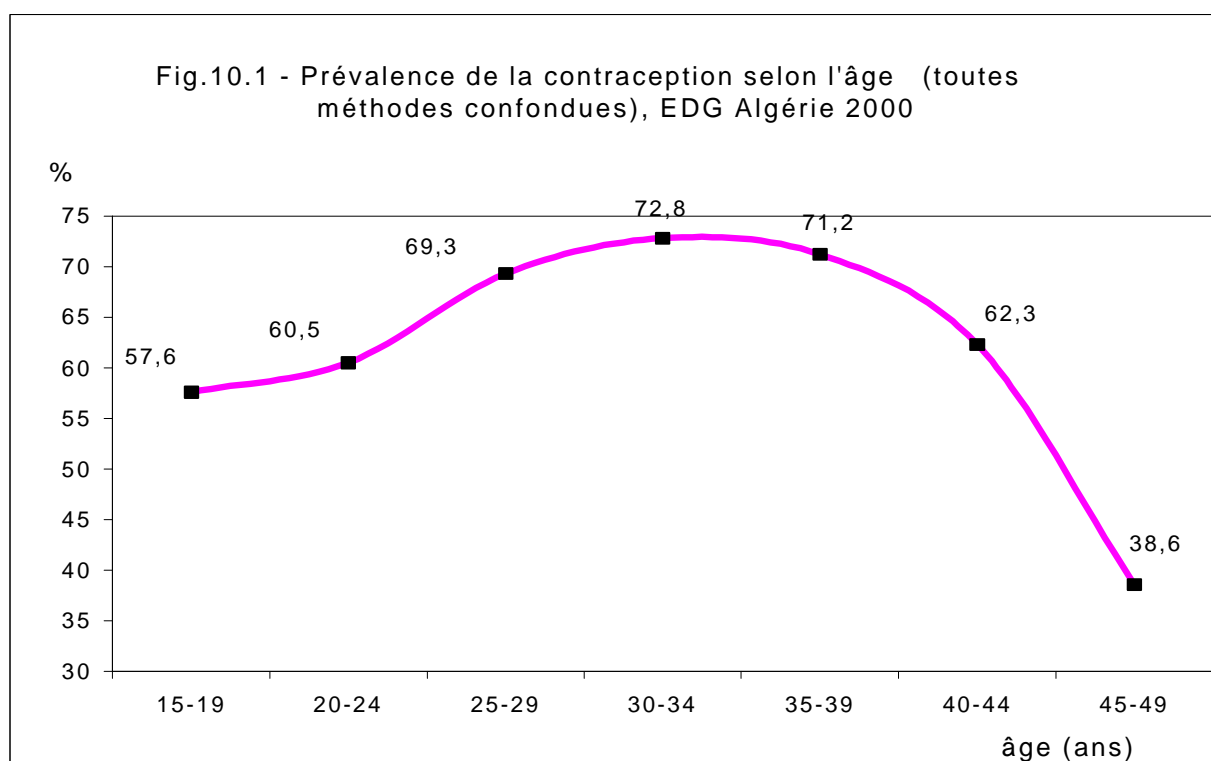
Les femmes réfractaires à la contraception sont définies comme étant celles qui déclarent n'avoir jamais utilisé dans le passé une méthode contraceptive pour éviter de tomber enceinte, n'en utilisent pas actuellement et n'ont pas l'intention d'en utiliser dans les 12 mois à venir.

L'échantillon est constitué de 5 499 femmes mariées, âgées de 15 à 49 ans, quelque soit le nombre de leurs enfants. L'âge moyen des femmes enquêtées est de $35,1 \pm 7,5$ ans. Les femmes du milieu urbain représentent 47 %, celles du milieu rural 53 %. La distribution de l'échantillon, en fonction de l'âge, montre que les femmes âgées de moins de 20 ans représentent 0,7 %, les 20–24 ans 7,8 %, les 25–29 ans 17,4 %, les 30–34 ans 21,5 %, les 35–39 ans 21,2 %, les 40–44 ans 17,2 %, et les femmes de la tranche d'âge 45–49 ans 14,2 %.

10.1 Utilisation actuelle de la contraception

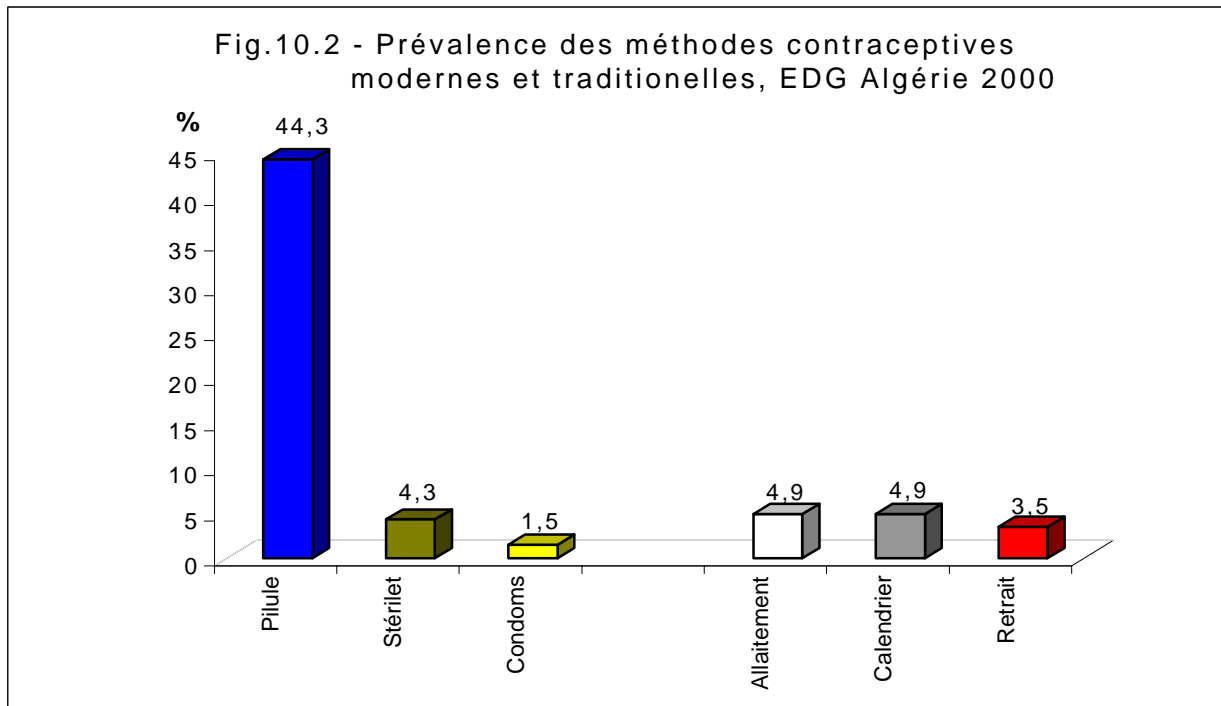
10.1.1 Prévalence des méthodes contraceptives

La prévalence actuelle de la contraception, toutes méthodes confondues est de $64 \pm 1,3$ %. La prévalence des méthodes contraceptives modernes est de 50,1 %, celle des méthodes contraceptives traditionnelles de 13,9 %. La prévalence de la contraception selon l'âge, toutes méthodes confondues, est de 57,6 % chez les 15-19 ans, de 60,5 % chez les 20-24 ans, de 69,3 % pour les 25-29 ans, de 72,8 % chez les 30-34 ans, de 71,2 % à 35-39 ans, de 62,3 % à 40-44 ans et 38,6 % à 45-49 ans. La contraception est moins fréquente aux âges extrêmes de la vie féconde de la femme. La différence est significative (fig.10.1).



Les méthodes contraceptives modernes sont plus utilisées en milieu urbain (53,3 %) qu'en milieu rural (48,3 %). Les méthodes contraceptives traditionnelles sont plus utilisées en milieu rural (14,5 %) qu'en milieu urbain (13,4 %).

Parmi les méthodes contraceptives modernes, la prévalence de la pilule est de 44,3 %, celle du stérilet de 4,3 % et celle du condom de 1,5 %. Parmi les traditionnelles, La prévalence de l'allaitement maternel comme méthode de contraception est équivalente à celle de la méthode du calendrier (4,9 %). La prévalence du retrait est de 3,5 % (fig.10.2).



En milieu urbain, la prévalence de la contraception orale est de 44,2 %, celle du stérilet de 5,5 % et celle de l'allaitement maternel de 6,3 %. En milieu rural, la pilule est la méthode la plus utilisée (44,5 %) suivie de l'allaitement maternel (6,8 %), du retrait (3,8 %), de la méthode du calendrier (2,8 %) et du stérilet (2,6 %). La prise de pilule et la pose du DIU diffèrent de façon très significative quel que soit le milieu. La prévalence de la contraception, toutes méthodes confondues, est plus élevée au nord du pays qu'au sud. Elle est de 66,4 % dans la région centre, de 65,5 % dans la région ouest, de 64,8 % dans la région est, de 51,5 % dans la région sud. Les méthodes contraceptives modernes (pilule, stérilet, condoms) sont les plus utilisées dans les régions nord du pays. Leur prévalence est de 56,1 % dans la région ouest, de 55,5 % dans la région est. Elle est de 48,5 % dans la région centre. Leur prévalence est de 28,9 % dans la région sud.

10.1.2 Durée moyenne d'utilisation des méthodes contraceptives

La durée moyenne d'utilisation actuelle d'au moins une méthode contraceptive est de $34,4 \pm 33,4$ mois. La variabilité est très grande. La médiane est de 24 mois. La durée moyenne d'utilisation de la contraception orale est de $36,3 \pm 33,3$ mois avec une variabilité très grande (un mois à 202 mois). La médiane est de 24 mois. La durée médiane d'utilisation du stérilet est de 30 mois.

10.2 Motifs de non contraception

Au moment de l'enquête, une femme sur trois n'utilisait pas de contraception. Parmi elles, 46,7 % résidaient en milieu urbain et 53,3 % en milieu rural. Les raisons déclarées comme motif de non contraception étaient le désir d'enfants (31 %), les problèmes de santé (18,6 %), la ménopause (12,4 %), les rapports peu fréquents ou la séparation (11,2 %), la stérilité du couple (3,9 %), la crainte des effets secondaires (3,6 %), l'opposition du mari (1,3 %), l'interdit religieux (0,9 %), et d'autres motifs comme le fatalisme (16,5 %). En milieu urbain, le motif le plus fréquemment évoqué est le désir d'enfant (30,3 %) suivi par les problèmes de santé (18,5 %). Il en est de même en milieu rural où 33,2 % des femmes non contraceptantes désirent des enfants. Quels que soit les indicateurs envisagés, la différence n'est pas significative.

10.3 Intention d'utilisation future de la contraception

Les femmes non contraceptantes et non désireuses d'utiliser une contraception dans les 12 mois à venir sont nombreuses (72 %). Une femme sur quatre (24,2 %) désire utiliser une méthode contraceptive dans le futur. Très peu de femmes (3,7 %) sont hésitantes.. L'intention de non contraception, dans les 12 mois à venir augmente avec l'âge. Elle passe de 61,9 % chez les femmes de moins de 30 ans à 87,1 % chez celles âgées de 40 ans et plus. La différence est significative. Les femmes résidentes en milieu urbain ne comptent pas contracepter dans 74,4 % des cas et celles résidentes en milieu rural dans 66,7 % des cas. La différence est significative. Les femmes du sud du pays sont les plus nombreuses à ne pas vouloir utiliser une méthode contraceptive les 12 mois à venir (77,1 %). Elles sont suivies par celles de l'est (72,8 %), du centre (72,6 %) et celles de l'ouest (65,2 %). La différence est significative.

10.4 Femmes réfractaires à la contraception

La prévalence des femmes réfractaires à la contraception est de $11 \pm 0,3$ %. Cette prévalence est de 28,6 % chez les femmes de moins de 20 ans, de 7,7 % chez les femmes âgées de 30 à 34 ans et de 18,6 % pour celles âgées de 45 à 49 ans. En milieu urbain, la fréquence des femmes réfractaires à la contraception est équivalente à celles des femmes du milieu rural (11,6 % vs 10,1 %). La résistance à la contraception est plus élevée chez les femmes de la région sud du pays (17,1 %) par rapport à celles des autres régions. La différence est significative.

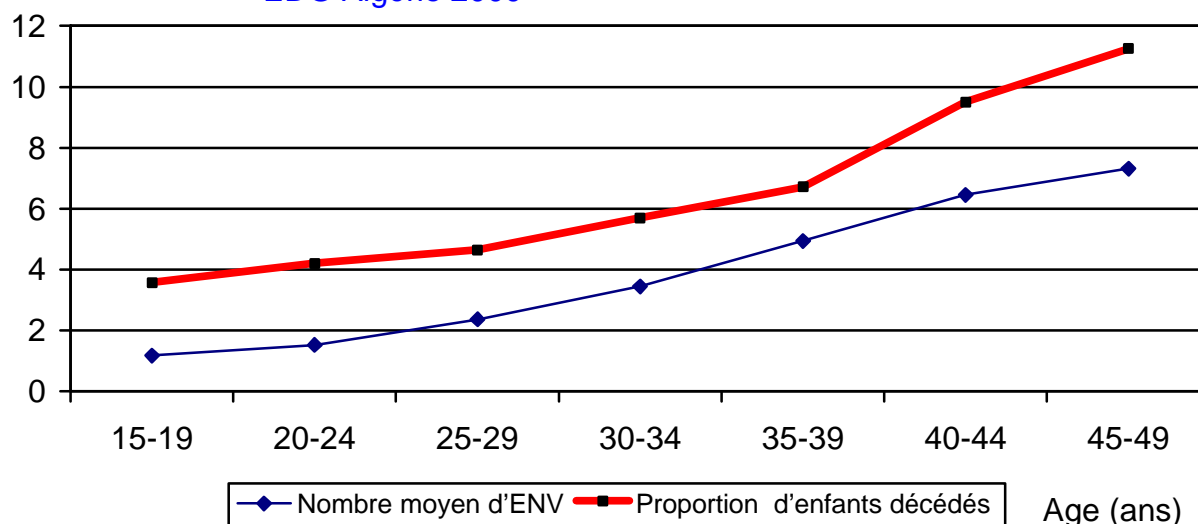
11 Mortalité des enfants

La mortalité infantile et juvénile est un indicateur sensible révélateur du niveau de santé, du niveau socio-économique et de la situation nutritionnelle. Selon les données de l'Office national des statistiques, le taux de mortalité infantile a connu, après une réduction lente entre 1981 (84,7 pour mille) et 1984 (81,4 pour mille), une chute brutale entre 1985 (78,3 pour mille) et 1989 (57,1 pour mille). Cette baisse était concomitante de la période de lancement du premier programme national de lutte contre la mortalité infantile initié en 1983. La courbe de la mortalité infantile a connu une baisse lente, de 1991 à 1994 (56,6 pour mille vs 54,2 pour mille), puis une stabilité entre 1994 et 1996 à 54 pour mille avant d'afficher une tendance à la hausse en 1997, qui sera suivie rapidement à un retour au niveau initial. Cette tendance devrait générer le schéma d'une transition démographique caractérisée par une fécondité du moment basse (indice synthétique de fécondité à moins de 3 enfants par femme en 1998) et une mortalité infantile importante.

11.1 Variations différentielles de la mortalité des enfants

Parmi les 23 555 naissances vivantes déclarées, 1 898 (8 %) étaient décédées au moment de l'enquête. Les proportions des décès et celles des naissances, issues des âges inférieurs à 25 ans, sont affectées par des biais de sélection plus complexes dus à l'action combinée de la structure par âge et de la parité, dans la mesure où la proportion des naissances de rang faible est plus importante parmi les 6 % de femmes jeunes. Les courbes des parités moyennes et des proportions des décès selon l'âge des femmes traduisent une évolution parallèle, qui constitue une condition acceptable pour l'application de la méthode indirecte d'estimation de la mortalité des enfants (fig.11.1).

Fig.11.1- Evolution du nombre moyen de naissances vivantes et proportion des enfants décédés selon l'âge des mères, EDG Algérie 2000



Le niveau de mortalité infantile estimé par la méthode indirecte de Brass, à la date de référence de juillet 1993, est de 39 pour mille et le quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 48 pour mille (tab.11.1).

11.2 Mortalité selon le sexe

Le rapport entre les naissances masculines et féminines (sex-ratio) est de 1,03. L'enquête a révélé une surmortalité masculine. Le quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 51 pour mille chez les garçons et de 45 pour mille chez les filles. Un même résultat dans la première année de vie est retrouvé (42 pour mille vs 35 pour mille). Le quotient de la mortalité juvénile (entre l'âge de 1 an et 4 ans révolus) pour les deux sexes est de 10 pour mille (tab.11.1).

11.3 Mortalité selon le milieu urbain et rural

Pour la mortalité infanto-juvénile, le milieu rural engendre un quotient de 56 pour mille vs 40 pour mille en milieu urbain. L'écart est retrouvé pour la mortalité infantile (44 pour mille vs 33 pour mille). Le quotient de mortalité en milieu rural est supérieur au quotient correspondant en milieu urbain, quel que soit l'âge au décès. Pour la mortalité juvénile, le milieu rural présente un quotient de 13 pour mille vs 7 pour mille en milieu urbain (tab.11.1).

11.4 Mortalité selon les régions

La région sanitaire centre présente un quotient de mortalité infanto-juvénile de 36 pour mille et les régions sanitaires est et sud un quotient respectif de 46 et 48 pour mille. Les risques de mortalité infanto-juvénile et infantile de la région ouest sont respectivement de 67 et 51 pour mille (tab.11.1).

11.5 Mortalité selon le type d'habitat

La mesure de la mortalité des enfants selon le type d'habitat (tab.11.1) traduit un résultat favorisant les enfants issus des ménages logés dans des maisons individuelles, villas ou appartements par rapport aux autres types d'habitat (41 pour mille vs 58 pour mille).

Tab.11.1 - Estimation indirecte des quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile, en pourcentage, EDG Algérie 2000

	Equations de Trussell (Modèle Coal-Démeny)			
	Date de référence	5q0	1q0	4q1
Sexe				
Masculin	1993,5	0,051	0,042	0,010
Féminin	1993,8	0,045	0,035	0,010
Région				
Est	1993,5	0,046	0,037	0,009
Centre	1993,2	0,036	0,030	0,006
Ouest	1994,2	0,067	0,051	0,017
Sud	1994,5	0,048	0,038	0,010
Milieu				
Urbain	1994,0	0,040	0,033	0,007
Rural	1993,6	0,056	0,044	0,013
Type d'habitat				
Villa et appart.	1993,6	0,041	0,033	0,008
Autres	1993,9	0,058	0,045	0,013
Algérie	1993,7	0,048	0,039	0,010

12 Traumatisme

La sécurité est un besoin fondamental de l'être humain. Elle représente un préalable à l'amélioration et au maintien du bien-être et de la santé. La cinquantième assemblée mondiale de l'OMS de 1998 a déclaré la prévention de la violence comme une priorité pour la santé publique du fait que dans le monde, les lésions traumatiques constituent les principales causes de décès et représentent 10 à 20 % des hospitalisations. Les femmes enceintes ne sont pas épargnées ; une femme sur 10 rapporte avoir subi des violences physiques au cours de sa grossesse. Si les statistiques de mortalité sont établies de façon routinière en Algérie, la fréquence du traumatisme non mortel accidentel et intentionnel est mal connue du fait des difficultés rencontrées dans le recueil des données sanitaires de base. A chaque décès accidentel est associé des centaines de blessures. Les accidents de la circulation sont responsables en moyenne de 30 000 blessés et 3 000 décès chaque année. L'estimation des accidents domestiques, chez l'enfant âgé de 0-14 ans, situe leur incidence entre 80 et 120 pour mille selon les enquêtes. Ces accidents sont plus fréquents dans la tranche d'âge 0-4 ans avec une prédominance masculine. Le taux de prévalence des différents handicaps est de 1.2% selon les résultats de l'enquête nationale réalisée par l'ONS en 1993.

Le but de l'enquête auprès des ménages est d'obtenir des données sur la fréquence du traumatisme et sur sa nature. Le module traite du traumatisme de l'enfant, du traumatisme de la femme et de la mortalité générale parmi des enfants âgés de moins de 15 ans et parmi les hommes et femmes âgés de plus de 15 ans. Les objectifs de cette étude sont les mêmes pour l'enfant de moins de 15 ans et pour les femmes âgées de 15 - 49 ans. Il s'agit de déterminer :

- La prévalence du traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans et chez les femmes de 15 - 49 ans durant les deux derniers mois qui précèdent le jour de l'enquête,
- La prévalence du traumatisme accidentel et intentionnel chez les enfants de moins de 15 ans et les femmes de 15 - 49 ans durant cette même période,
- la proportion d'enfants et de femmes victime de traumatisme grave,
- la proportion d'enfants et de femmes ayant présentés des séquelles permanentes

Les questions sont les mêmes pour le traumatisme de l'enfant et de la femme. Les items portent sur l'existence d'éventuel traumatisme, sa nature (accidentel ou intentionnel), le lieu (intérieur de la maison ou domestique, accident de la circulation, accident à l'extérieur et accident à l'école pour l'enfant), la nature du traumatisme intentionnel (auto infligé, interpersonnel, organisé), la sévérité (bénin c'est à dire sans ou avec hospitalisation de moins de deux jours ou grave c'est à dire hospitalisation de deux jours et plus), l'évolution (rétablissement ou séquelle permanente) et le type de séquelle occasionnée par ce traumatisme (motrice ou sensorielle). La mortalité générale est déterminée sur une période de deux mois précédant l'enquête en enregistrant les décès chez les enfants de moins de 15 ans d'une part et chez les hommes et femmes âgés de 15 ans et plus d'autre part en spécifiant les décès dus au traumatisme dans ces deux groupes.

Le questionnaire comporte des items qui portent sur le nombre d'enfants de moins de 15 ans ou le nombre d'hommes et femmes de plus de 15 ans vivants dans le ménage deux mois avant le jour de l'enquête (58 jours), le nombre d'enfants de moins de 15 ans ou le nombre d'hommes et femmes de plus de 15 ans vivants dans le ménage le jour de l'enquête, le nombre de décès enregistrés durant cette période, le sexe, l'âge, les causes de décès, la nature du traumatisme qui a causé le décès. L'enquête n'a porté sur une période de deux mois qui ont précédé le jour de l'enquête afin de réduire le biais de mémorisation. Cette notion de temps a été choisi après avoir fixé un jour de référence le 16 mars 2000 (jour de l'Aid el Kebir). La durée est calculée à la date médiane de l'enquête, et la prévalence du traumatisme sera

calculée sur la base de 58 jours (p 58) exprimée pour mille. Pour le traumatisme de l'enfant, la population d'étude est constituée par 14 543 enfants âgés de 0 à 14 ans révolus, identifiés auprès de 5 247 ménages. Les femmes ayant des enfants de cet âge ont été interrogées sur l'existence éventuel d'un traumatisme chez leurs enfants durant les deux derniers mois qui précèdent le jour de l'enquête. Cette population est scindée en deux groupes d'âge afin d'étudier la fréquence du traumatisme chez les enfants d'âge préscolaire (0-5 ans) qui représentent 38,1 % de la population et chez les enfants d'âge scolaire (6-14 ans) représentent 61,9 % des enfants enquêtés. La répartition par sexe montre que 50,7 % sont de sexe masculin. Pour le traumatisme de la femme, la population d'étude concerne 5 508 femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées sur la survenue d'un traumatisme durant cette même période. Deux groupes d'âges ont été retenues, les femmes de moins de 30 ans et de plus de 30 ans.

12.1 Traumatisme de l'enfant

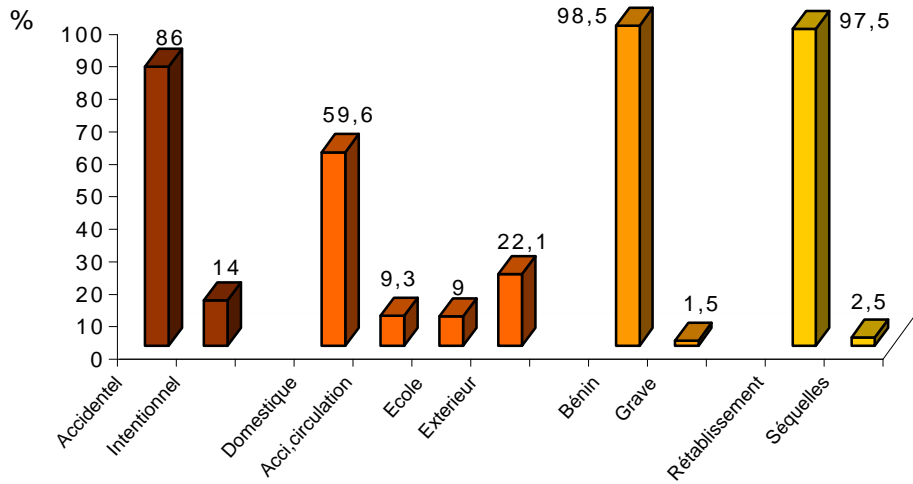
12.1.1 Prévalence du traumatisme

Parmi les 14 543 enfants enquêtés, 443 enfants ont été victimes d'un traumatisme. La prévalence du traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans, dans les deux derniers mois qui précèdent le jour de l'enquête (p58) est de $(31,6 \pm 3$ pour mille). Cette prévalence est de 41,1 pour mille chez les enfants de moins de 6 ans et 23,9 pour mille chez les 6 - 14 ans, avec une différence significative. Elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles (42,3 pour mille vs 18,3 pour mille). Les enfants qui résident en milieu urbain sont plus touchés que ceux qui résident en milieu rural (33,3 pour mille vs 24,7 pour mille). La région centre enregistre la prévalence la plus élevée (38,3 pour mille) suivie de la région ouest (34,1 pour mille), de l'est (28,1 pour mille) et du sud (17 pour mille). La prévalence du traumatisme chez les enfants qui habitent villas, appartements et maisons individuelles est plus élevée par rapport à ceux qui habitent maisons collectives, baraques et gourbis, (36 pour mille vs 22,4 pour mille).

12.1.2 Type et gravité du traumatisme

Parmi les enfants victimes d'un traumatisme, 86 % ont eu un traumatisme accidentel et 14 % un traumatisme intentionnel. Parmi le traumatisme accidentel 59,6 % sont survenus à l'intérieur de la maison (accidents domestiques), 9,3 % sont des accidents de circulation, 9 % sont des accidents à l'école et 22,1 % à l'extérieur. Le traumatisme intentionnel est interpersonnel pour tous les cas. Pour 100 traumatismes, 98 sont bénins et 2 sont graves. Parmi 100 enfants victimes d'un traumatisme 97 enfants se sont rétablis et 3 enfants ont présenté de séquelles durables de type motrices ou sensorielles (fig.12.1.1).

Fig.12.1.1 - Proportion d'enfants de moins de 15 ans victimes de traumatisme dans les 2 derniers mois qui précèdent l'enquête selon la nature, le lieu, la sévérité et l'évolution du traumatisme, EDG Algérie 2000



12.1.3 Traumatisme accidentel

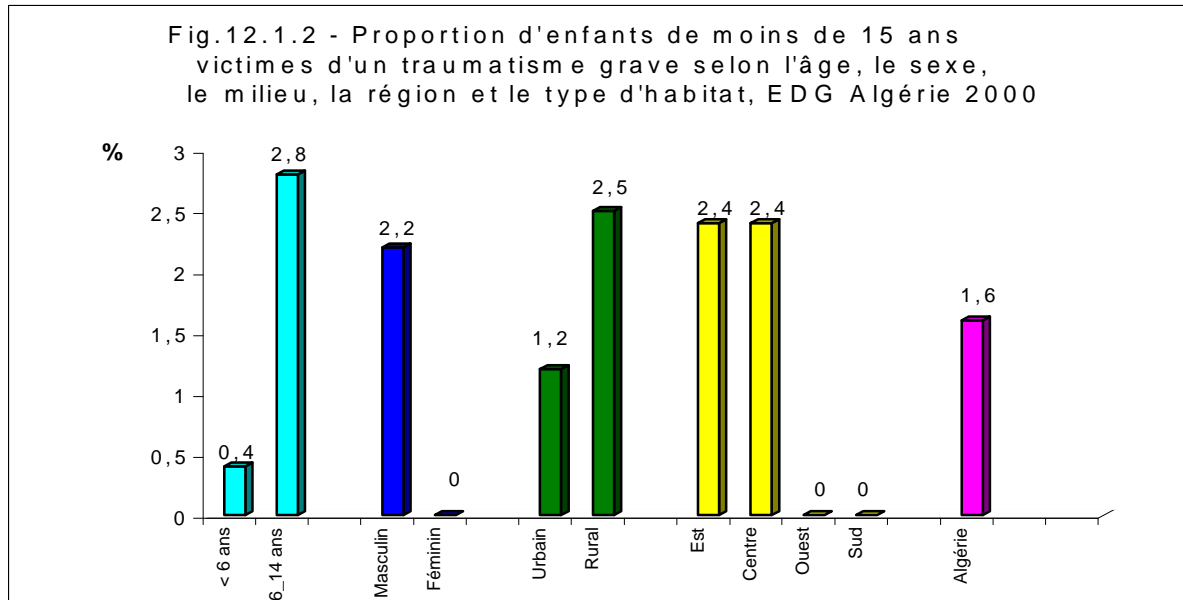
La prévalence du traumatisme accidentel est de 27,1 pour mille chez les moins de 15 ans. Elle est deux fois plus élevée chez les enfants d'âge préscolaire de moins de 6 ans (37,9 pour mille) que chez les enfants d'âge scolaire âgés de 6 à 14 ans (19 pour mille) avec une différence statistiquement significative. Elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles (35,3 pour mille vs 16,9 pour mille), plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (28,6 pour mille vs 21,3 pour mille). La région ouest occupe la première place (32,1 pour mille), suivie par la région centre (31,3 pour mille), l'est (23,8 pour mille) et le sud (14,6 pour mille). La répartition du traumatisme accidentel en fonction du lieu de survenue de l'accident montre que la prévalence (P 58) des accidents domestiques est de 15,8 pour mille. Si nous excluons les variations saisonnières de ce type d'accident, l'incidence annuelle est de 99 pour mille. Cette prévalence est plus élevée chez les enfants d'âge préscolaire par rapport à ceux d'âge scolaire (29,8 pour mille vs 6,5 pour mille). La même prévalence a été enregistrée pour les accidents de la circulation et les accidents à l'école (2,4 pour mille). La répartition par sexe montre que les enfants de sexe masculin sont plus touchés que ceux du sexe féminin, quel que soit le lieu de survenue de l'accident. On n'observe aucune différence entre le milieu urbain et rural pour les accidents domestiques, les accidents de circulation, les accidents à l'extérieur et les accidents à l'école.

12.1.4 Traumatisme intentionnel

La prévalence du traumatisme intentionnel est de 4,4 pour mille. Ce traumatisme est interpersonnel dans tous les cas quel que soit l'âge, le sexe, le milieu, la région et le type d'habitat. Il est cinq fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (7,1 pour mille vs 1,4 pour mille). Ce type de traumatisme est plus fréquent dans la région centre (7,1 pour mille) que dans la région est (4,2 pour mille), sud (2,3 pour mille) et ouest (2 pour mille). Il n'existe pas de différence selon le milieu ou le type d'habitat.

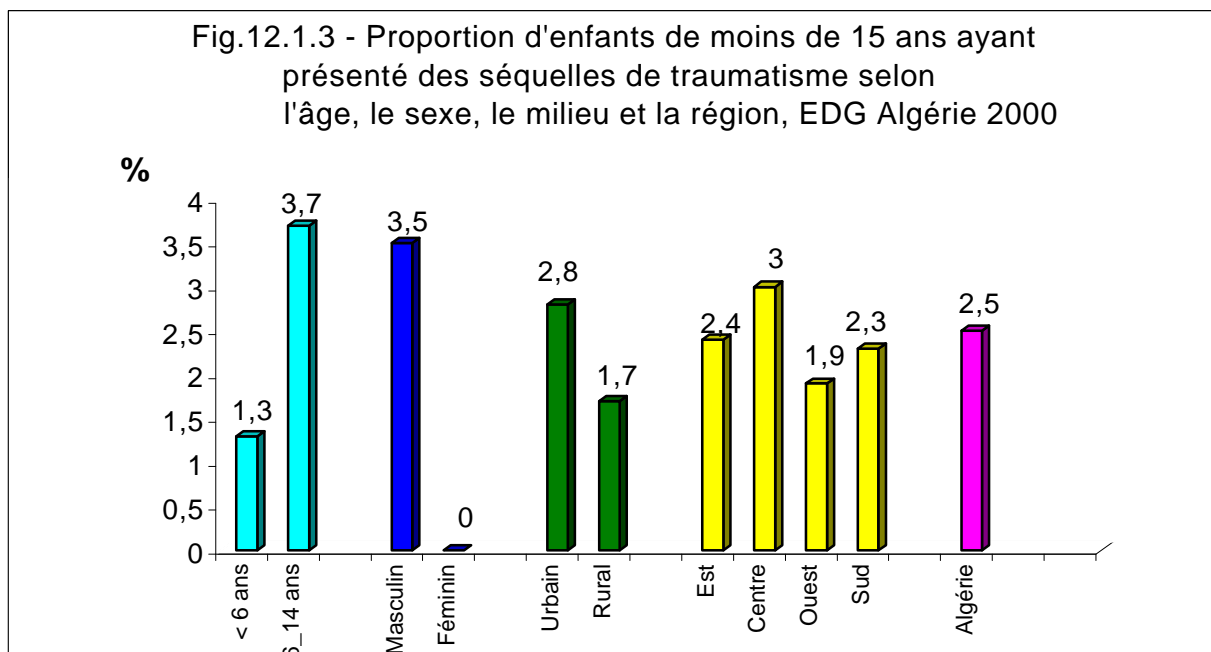
12.1.5 Sévérité du traumatisme

La proportion d'enfants de moins de 15 ans victimes d'un traumatisme grave dans les deux mois qui précèdent l'enquête est de 1,6 %, de 0,4 % chez les moins de 6 ans et de 2,8 % chez les 6-14 ans. Elle est de 2,2 % chez les garçons et aucun traumatisme grave n'a été enregistré chez les filles. Il n'y a pas de différence selon l'âge, le milieu, la région et le type d'habitat (fig.12.1.2).



12.1.6 Evolution du traumatisme

La proportion d'enfants de moins de 15 ans ayant présenté des séquelles durables est de 2,5 %. Ces séquelles sont motrices dans 63,6 % des cas et sensorielles dans 26,4 % des cas. Cette proportion est de 1,3 % chez les moins de 6 ans et de 3,7 % chez les 6-14 ans. Ces séquelles ne sont observées que chez les garçons (3,5 %). Il n'existe pas de différence selon l'âge, le milieu, la région et le type d'habitat (fig.12.1.3).



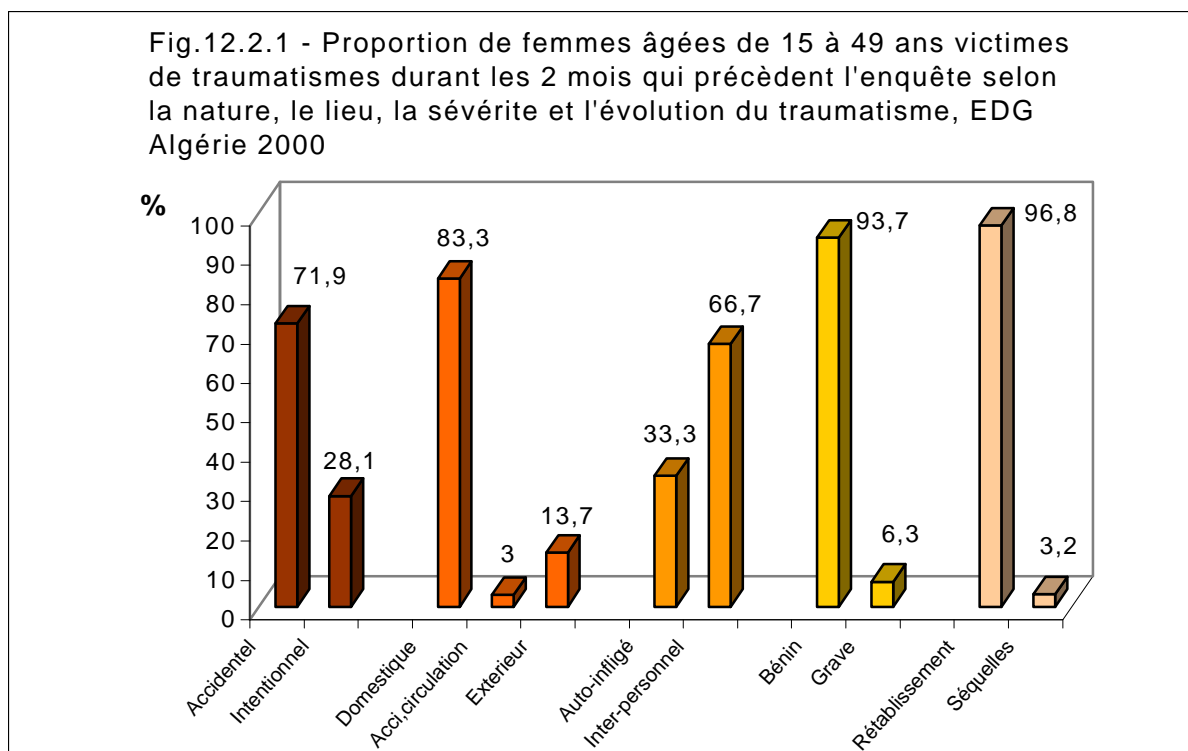
12.2 Traumatisme de la femme

12.2.1 Prévalence du traumatisme

Parmi les 5508 femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans, 96 femmes ont été victimes d'un traumatisme. La prévalence des deux mois qui précèdent l'enquête (p58) est de $17,9 \pm 3,5$ pour mille. Elle est de 11,8 pour mille chez les moins de 30 ans, de 19,4 pour mille chez les plus de 30 ans, de 18,8 pour mille en milieu urbain et de 14,4 pour mille en milieu rural, sans différence significative. La région sanitaire centre occupe la première place (23,5 pour mille) suivie par la région est (18,1 pour mille), la région ouest (12,4 pour mille) et le sud (9,9 pour mille). La différence est significative ($p < 3 \times 10^{-2}$). La p58 chez les femmes qui habitent les appartements, villas et maisons individuelles est de 17,8 pour mille et elle est de 16,6 pour mille chez celles qui habitent les maisons collectives, baraques et gourbis, sans différence significative.

12.2.2 Type et gravité du traumatisme

Parmi les femmes victimes d'un traumatisme, 71,9 % ont subi un traumatisme accidentel et 28,1 % un traumatisme intentionnel. Parmi les traumatismes accidentels 83,3 % sont survenue à l'intérieur de la maison (accidents domestiques), 3 % sont des accidents de circulation et 13,7 % sont survenus à l'extérieur. Le traumatisme intentionnel est interpersonnel dans 66,7 % des cas et auto-infligé dans 33,3 % des cas. Pour 100 femmes atteintes d'un traumatisme, 93 femmes ont présenté un traumatisme bénin et 7 femmes un traumatisme grave, 96 femmes se sont rétablies et 4 ont présenté des séquelles motrices ou sensorielles durables (fig.12.2.1).



12.2.3 Traumatisme accidentel

La prévalence (p58) du traumatisme accidentel chez les femmes est de 13 pour mille. Elle est de 8,3 pour mille chez les moins de 30 ans et 14 pour mille chez les plus de 30 ans, de 13,8 pour mille en milieu urbain et de 9,8 pour mille en milieu rural. Il n'existe aucune différence significative selon l'âge, le milieu, la région et le type d'habitat.

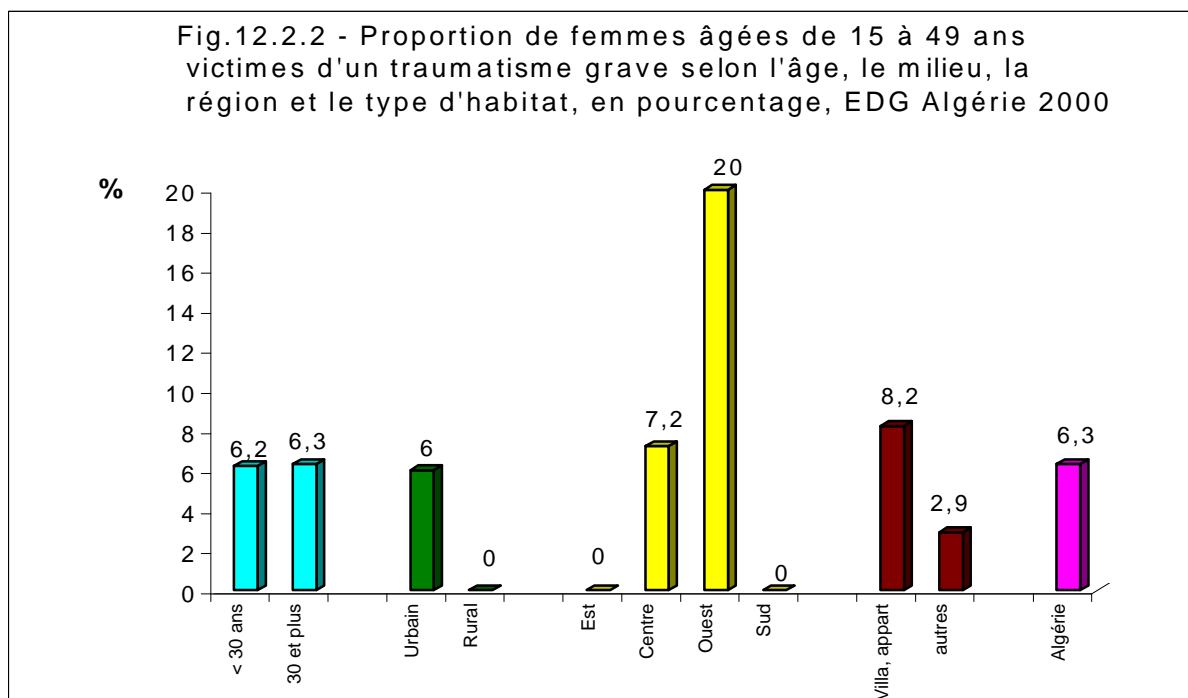
La répartition du traumatisme accidentel en fonction du lieu de survenue des accidents, montre que la prévalence des accidents domestiques est de 7,6 pour mille chez les femmes de moins de 30 ans et 10,8 pour mille chez les femmes âgées de plus de 30 ans. Les accidents de la circulation et à l'extérieur ne sont observés que chez les femmes de plus de 30 ans. Il n'y a aucune différence pour les accidents domestiques, les accidents de circulation et les accidents à l'extérieur selon l'âge, le milieu, la région et le type d'habitat.

12.2.4 Traumatisme intentionnel

La prévalence (p58) du traumatisme intentionnel chez les femmes est de 4,9 pour mille. Il n'y a pas de différence selon l'âge, le milieu, la région et le type d'habitat. Deux femmes sur trois (67 %) ont subi un traumatisme interpersonnel et 33 % un traumatisme auto-infligé, sans différence significative selon le milieu, la région et le type d'habitat.

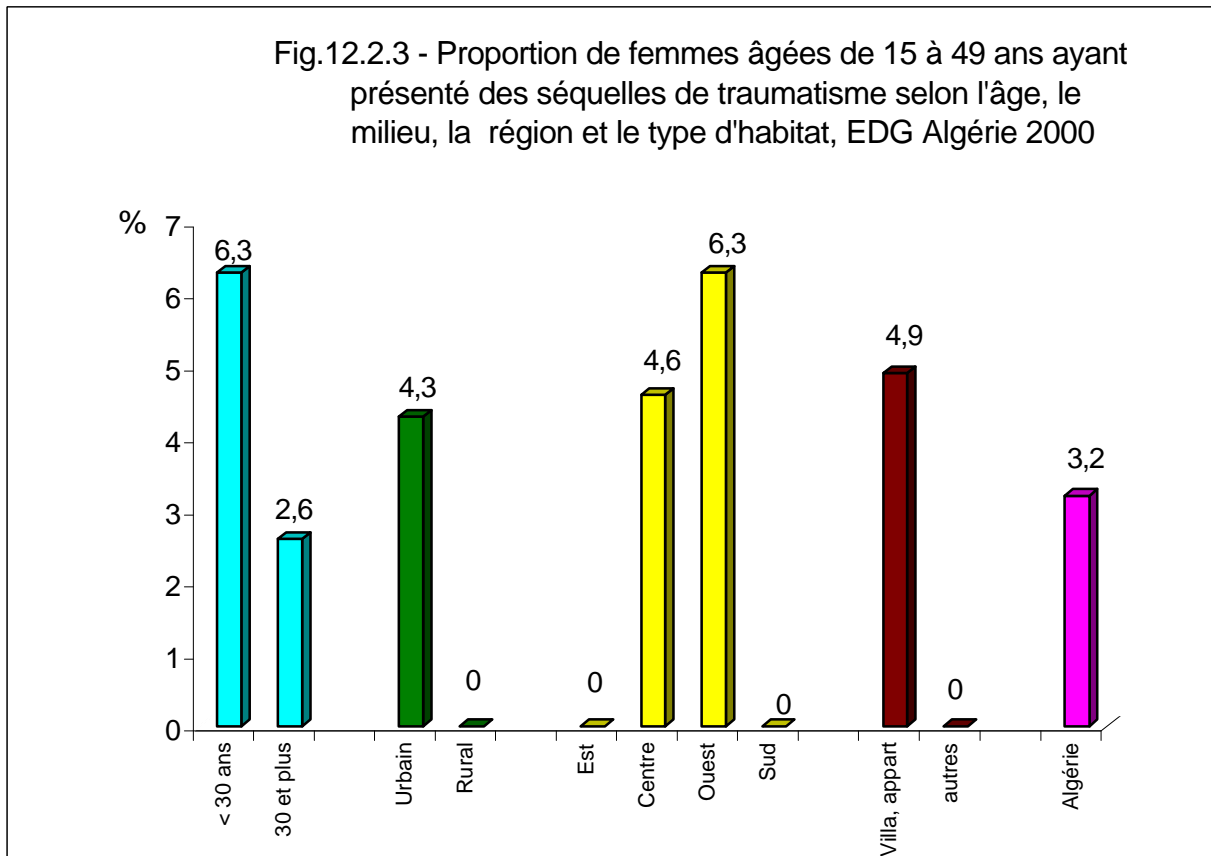
12.2.5 Sévérité du traumatisme

La proportion des femmes de 15 à 49 ans victimes d'un traumatisme grave est de 6,3 % sans différence significative selon l'âge. Ces traumatismes ne sont observés que dans le milieu urbain (6 %). La région sanitaire ouest enregistre une fréquence de 20 % suivie par la région centre (7,2 %) et aucun traumatisme grave n'a été observé dans les régions sanitaire est et sud. La fréquence enregistrée chez les femmes qui habitent villas, maisons individuelles et appartements est de 8,2%, elle est de 2,9 % chez celles qui habitent les maisons collectives, baraques et gourbis, sans différence statistiquement significative (fig.12.2.2).



12.2.6 Evolution du traumatisme

La proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant présenté des séquelles durables est de 3,2 %. Elle est de 6,3% chez les femmes de moins de 30 ans, de 2,6 % chez les plus de 30 ans. Ces séquelles sont motrices dans 33,3 % des cas et sensibles dans 66,7 % des cas. Il n'y a pas de différence selon l'âge, le milieu, la région et le type d'habitat (fig.12.2.3).



12.3 Létalité

12.3.1 Décès d'enfants de moins de 15 ans

Le taux de mortalité des enfants de moins de 15 ans dans les deux mois qui précèdent l'enquête est de 0,5 pour mille. La maladie est cause du décès dans 83,3 % des cas et la mort violente par traumatisme accidentel dans 16,7 % des cas. La létalité due au traumatisme chez l'enfant de moins de 15 ans est de 2,3 pour mille.

12.3.2 Décès d'adultes

Le taux de mortalité des hommes et femmes adultes, durant les deux mois qui précèdent l'enquête est de 0,3 pour mille. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 58 % de l'ensemble des décès. La cause du décès est la maladie dans 85,7 % des cas et la mort violente par traumatisme accidentel dans 14,3 % des cas. Le taux de létalité par traumatisme chez l'adulte est de 10,4 pour mille.

**RESUME DES PRINCIPAUX INDICATEURS
DE L'ENQUETE NATIONALE SUR LES OBJECTIFS DE LA FIN-DECENNIE
EDG ALGERIE 2000/ MICS 2**

	Algérie	Masculin	Féminin	Urbain	Rural	Est	Centre	Ouest	Sud
Eau et assainissement									
Accès eau potable	88,9	-	-	93,7	82,4	90,9	94,2	71,7	99,1
Evacuation correcte eaux usées	91,6	-	-	99,1	81,1	93,1	96,3	83,4	88,4
Accessibilité aux soins (mères - enfants)									
Consultations prénatales	79	-	-	81	76	80	82	69	86
Consultations postnatales	32	-	-	32	31	32	38	27	24
Consultations enfants < 3 mois	47	-	-	45	49	44	58	42	34
Consultations enfants < 15ans	49	-	-	58	44	60	54	40	55
Nutrition									
Retard modéré poids/âge	6,0	5,6	6,5	4,8	7,8	4,6	3,8	4,7	15,2
Retard sévère poids/âge	1,3	1,3	1,3	1,0	1,7	1,1	0,9	0,7	3,2
Retard modéré taille/âge	18,0	18,3	17,7	17,4	18,9	18,1	10,0	19,2	31,7
Retard sévère taille/âge	5,1	4,8	5,4	5,7	4,2	3,8	3,6	3,3	12,8
Retard modéré poids/taille	2,8	3,1	2,4	2,4	3,2	2,9	2,6	1,3	4,7
Retard sévère poids/taille	0,6	0,6	0,5	0,3	0,9	0,7	0,2	0,4	1,2
Consommation du sel iodé	68,5	-	-	73,9	60,3	52,4	76,9	88,8	46,7
Allaitement sein exclusif (0- 3 mois)	15,9	13,6	19,2	18,8	11,5	4,8	15,1	20,7	21,3
Allaitement sein – alimentation (6- 9mois)	38	41	33	34	41	44	38	29	35
Education									
Probabilité d'atteindre la 5 ^{ème} année	96,8	95	99	99,4	93,1	97	97,7	92,5	98,5
Taux de Scolarité école primaire	97,0	97,6	96,3	99,0	94,3	98	97,9	92,7	98,8

Taux de Scolarité école fondamentale	95,2	95,7	94,7	98,4	91,1	96,2	96,8	89,3	98,1
Taux Brut de Scolarité	114,1	116,7	111,5	112,4	116,4	111,8	118	110,5	115
Taux de Scolarité à 6 ans	95,3	94,6	96,0	90,7	90,7	97,7	95,7	88	98

	Algérie	Masculin	Féminin	Urbain	Rural	Est	Centre	Ouest	Sud
Vaccination enfants (12 - 23 mois)									
Correctement vaccinés avant 1 an	82	79	84	82	82	80	87	77	82
BCG	93	92	94	91	96	88	94	96	95
DTC 3	89	88	90	87	91	85	93	87	90
VPO 3	89	88	90	87	91	85	93	87	91
VAR	83	81	86	84	83	82	87	79	85
Complètement vaccinés avant 2 ans	87	85	89	85	89	84	91	85	86
BCG	93	92	94	91	96	88	94	96	95
DTC 3	90	89	92	88	93	87	93	90	90
VPO 3	90	89	92	88	93	87	93	90	92
VAR	88	87	90	87	90	85	92	88	90
TT2 (mère)	54,7	-	-	59,1	48,7	61,8	48,8	40,6	74,2
Diarrhées									
P14 enfants < 5ans	19,8	20	19,6	17,8	22,7	18,9	16,2	25,2	21,1
Incidence annuelle (enfants < de 5 ans)	2,5 épisodes diarrhéiques par enfant et par an								
TRO selon définition après 1993	24	23	26	23	26	23	25	24	25
Sels de réhydratation orale	17,7	17,8	17,8	21,6	13,5	23,3	14,9	13,4	19
Infections Respiratoires Aiguës									
Connaissance de la mère sur les IRA	29	-	-	31	27	40	16	37	24
Contraception 2 000									
Prévalence actuelle	64,0	-	-	64,8	62,9	64,8	66,4	65,5	51,5
Mortalité infanto – juvénile (réf. 1993)									
Mortalité infantile (taux pour 1000)	39	42	35	33	44	37	30	51	38

Mortalité moins de 5 ans (taux pour 1000)	48	51	45	40	56	46	36	67	48
Traumatisme (p 58)									
Traumatisme enfants < 15 ans (pour 1000)	32	42	18	33	25	28	38	34	17
Traumatisme femmes 15-49 ans (pour 1000)	18	-	-	19	14	18	24	12	10