



sommaire

edito

P2 > 3 EVÉNEMENT

P. 2 > 3 Vers la création d'un centre régional avec la fondation turque des études sociales et économiques Tesev L'ALGÉRIE PARTIE PRENANTE



P4 > 43 DOSSIER

P. 4 > 5 CONSULTATION RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES FEMMES EN AFRIQUE QUI S'EST TENU À BRAZZAVILLE DU 28-31 MAI 2007 VISION ET RÉALITÉ

P. 6 > 13 INTÉGRATION DES HANDICAPÉS DANS LES PAYS DU MAGHREB : ENTRE PROTECTION ET AUTONOMIE
LEILA BOUSSAÏD

P. 14 > 15 LES VIOLENCES À L'ENCONTRE DES FEMMES : PARITÉ DES SEXES À L'ACCÈS AUX SOINS
PROFESSEUR M. ACHIR

JOURNÉE D'ÉTUDE SUR LES DROITS HUMAINS DE LA FEMME EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS.

MARDI 25 JUILLET 2006
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

P. 16 > 21 PARITÉ DES SEXES EN MATIÈRE DE SANTÉ, MÈRE CÉLIBATAIRE: UNE FORME DE VIOLENCE CERTAINE MAIS INCONNUE
AMOKRANE FAOUZI

P. 22 > 25 PARITÉ DES SEXES À L'ACCÈS AUX SOINS
DR. FAÏKA MEDJAHED

P. 26 > 27 PATHOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE DE LA PETITE FILLE ET DE L'AD - LESCENTE
MADAME SADI ZAHRA

P. 28 > 43 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE À INDICATEURS MULT - PLES : MICS3 - RAPPORT PRÉLIMINAIRE - JUILLET 2007

SITUATION DE LA FEMME
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE
OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES

P44 > 47 FLASH INFOS

P. 44 > 46 ATELIER SOUS RÉGIONAL POUR L'AFRIQUE DU NORD SUR L'ÉD - CATION AUX DROITS DE L'HOMME : ALGER, HÔTEL AURASSI DU 17 AU 20 MARS 2007

P. 46 > 47 NAFISSA SID CARA : 1910-2003

P. 47 PROFIL DES MIGRANTS SUBSAHARIENS EN SITUATION IRRÉG - LIÈRE EN ALGÉRIE

CE N'EST QU'UN AU REVOIR NANCY

Les droits économiques, sociaux et culturels ont une importance cruciale pour les femmes parce que celles-ci sont affectées de manière disproportionnée par la pauvreté et la marginalisation sociale et culturelle.

Le concept de l'égalité doit référer à l'égalité de fait et non pas seulement à l'égalité formelle, ce qui exige une interprétation qui prenne en compte la subordination, les stéréotypes, les discriminations et les différents désavantages dont les femmes sont victimes.

Les garanties juridiques internationales relatives à l'interdiction de la discrimination fondée sur le sexe et au droit à l'égalité constituent deux aspects d'une même obligation. La seule interdiction de la discrimination, n'a pas permis que soient éradiquées les inégalités dont les femmes sont victimes. C'est pourquoi le droit à l'égalité et le respect de l'interdiction de la discrimination, requièrent, au-delà de la prohibition de conduites préjudiciables, des interventions positives destinées à rétablir les déséquilibres subis par les femmes.

il est nécessaire de prendre en compte les particularités, les priorités et les valeurs des femmes dans toutes les principales institutions sociales■

Nadia Ait-Zai
Directrice du CIDDEF



ISSN 1112-6108

Revue du Centre de l'Association
M'Barek Aït Menguellat
Agrément n°841 du 04/07/1990
délivré par la wilaya de Tizi-Ouzou

N°14 - Trimestre 3 -
Juillet-Septembre 2007

La revue du CIDDEF rejoint plus
de 5 000 lecteurs chaque trimestre.

Publié par le Centre d'Information et de
Documentation sur les Droits de l'Enfant
et de la Femme

1, rue Alfred Letelier - Sacré coeur - Alger
Tél. / Fax : (213) 21 74 34 47
contact@ciddef-dz.com
ciddefenfant@yahoo.fr
Site web: www.ciddef-dz.com

PRODUCTION

Conception :
Nasser Benhebouche
Impression :
Imprimerie Ed-Diwan
Flashage :
Espace Numérique

Vers la création d'un centre régional avec la fondation turque des études sociales et économiques Tesev

L'Algérie partie prenante



La Fondation turque des études sociales et économiques «TESEV» est le partenaire officiel du gouvernement turc avec lequel elle collabore pour le programme de Dialogue pour l'assistance à la démocratie (DAD), la Fondation est en Algérie après avoir fait escale au Yémen, en Jordanie et au Pakistan.

Les membres de la Fondation ont organisé, hier, en collaboration avec le CIDDEF, une journée séminaire portant sur «l'émancipation de la femme en Algérie» à l'Institut national de la santé publique (INSP). Les membres de la Fondation ont animé une conférence de presse sur le mode de travail de la «TESEV.» A l'ouverture, Mme Nadia Ait Zai, directrice du Centre d'Information sur les droits de l'Enfant et de la femme (CIDDEF), a souligné que l'objectif attendu de la rencontre est de faire un état des lieux de la situation de la femme algérienne. Dans ce sens et du côté algérien, une étude sur l'état des lieux a été présentée par le CIDDEF qui a accompagné la «TESEV» dans sa mission en Algérie. Du côté turc, Mme Sanem Güner, coordinatrice de projets au Moyen-Orient et son collègue Aybars Görgülü, assistant de projets au Moyen-Orient, ont présenté un résumé sur les activités précédentes de la «TESEV».

Mme Sanem Güner indiquera dans ce contexte que si «on s'intéresse à l'Algérie, c'est parce qu'on a estimé que la société civile est très active.

L'objectif est de poursuivre le dialogue avec les sociétés civiles sur les droits de la femme, discuter de plusieurs perspectives à même de lutter contre la discrimination sous toutes ses formes

à l'égard de la femme. Le travail de la «TESEV» dans ce sens a été entamé il y a deux années. Il s'agit de s'accorder à créer un institut du genre pour avoir des discussions plus approfondies sur la question de la femme». De son côté, M. Aybars Görgülü notera que «lors de toutes les réunions que nous avons organisées, on focalise notre travail sur des points très importants par rapport à l'objectif des déplacements des membres de la «TESEV» à l'étranger». Les sujets ciblés sont relatifs, soulignera ce même responsable, «à la situation du pouvoir des femmes et au mouvement de la société civile à l'échelle nationale, autrement dit au sein de leur même pays. Ce sont là des points pris en considération.

En 2005, la Fondation a institué des plates-formes internationales qu'elle transmettra aux autres pays qui se sont alignés sur la concrétisation de l'objectif attendu lié directement à l'émancipation de la femme». Pour sa part, Mme Nadia Ait Zait, professeur de droit et directrice du CIDDEF, a exposé le rapport sur l'état des lieux en Algérie. A la lumière de l'étude présentée par la représentante du CIDDEF, la «TESEV» va contribuer à les mettre en pratique dans le cadre du travail aux fins de la création de l'Institut de genre régional chargé de collecter, de surveiller et de centraliser les informations et de favoriser le développement de programmes régionaux. En définitive, l'idée de la création de l'Institut régional du genre est née suite à un consensus. Cet Institut servira de banques de données pour les besoins des associations et des organismes non gouvernementaux■

La Nouvelle République 21/06/2007
S.GRINE

THE EMPOWERMENT OF WOMEN IN THE BROADER MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA: THE CASE OF ALGERIA

WORKSHOP, ALGIERS, 20 JUNE 2007

THIS WORKSHOP WAS ORGANIZED UNDER THE DEMOCRACY ASSISTANCE DIALOGUE (DAD) INITIATIVE

CO-SPONSORS OF THE DAD ARE: TURKISH ECONOMIC AND SOCIAL STUDIES FOUNDATION (TESEV), NO PEACE WITHOUT JUSTICE, HUMAN RIGHTS INFORMATION AND TRAINING CENTER, THE GOVERNMENTS OF TURKEY, ITALY, AND YEMEN.

As part of TESEV's work on contributing to the dialogue on democratization in Middle Eastern and North African countries, a workshop was organized in Algiers in cooperation with CIDDEF (Centre d'Information et de Documentation sur les Droits de l'Enfant et de la Femme). The workshop was the second of a series of events that aim to tackle how the enhancement of women's rights contributes to the development of democracy in the Middle East and North Africa. In this instance, the workshop concentrated on the opportunities and obstacles in women's empowerment with a specific focus on women's legal status as well as participation in both public life and the labour force.

During the one day event, TESEV representatives initially drew a framework for discussions and spoke about the context in which the workshop was taking place. The Algeria study and workshop represent part of the second phase of TESEV's Democracy Assistance Dialogue programme. The first phase was dedicated to information exchange, experience-sharing and determining priorities among civil society participants from the region at a number of symposia. The conclusions and recommendations from these meetings were then presented to

government representatives on different platforms such as the intergovernmental conferences in Ankara, Rabat, and Sana'a, as well as at the Forum for the Future ministerial meetings in Bahrain and Jordan. The most significant of these recommendations included pledges to ensure the better and more effective implementation of CEDAW, empower civil society both financially and legally, and to create mechanisms that would function as hubs for information exchange, data collection, monitoring and region wide women's empowerment programmes.

Algerian civil society have often set best practices for the region in terms of democratic reform and more specifically in the area of women's rights reforms and their cooperative relations with government. Indeed, Algerian civil society is very much action oriented and determined to take concrete steps to solve their problems. It was thus timely for CIDDEF and TESEV to collaborate on such a project, with the intention to achieve specific results on how to further positive developments with regard to the legal status of women as well as identifying other areas that need reform and developing programmes to address these.



In the first panel, Nadia Ait Zai, local coordinator, presented her study, which summarized women's rights and status in Algeria. Her main focus was on the Family Code as a significant determinant of women's legal status and on the amendments made to it in 2005. Ait Zai stated that the Code has been a major barrier to women's rights, and has even contributed to persistent violence especially within the family. By reproducing and thus legitimizing patriarchal mentalities, the Code can even be blamed for women's continued submissiveness. The amendments to the Code, brought about by decree in 2005, changed the legal architecture of the family; similar to Civil Code reforms in Turkey, the amendments removed the legal notion of the husband as the head of the family. The amendments also meant that women were a step closer to achieving equality – although there are numerous areas that still need reform, many of which Nadia Ait Zai outlined in her paper.

Comments raised after the presentation concurred with Nadia's study, suggesting that the amendments were not sufficient as such. The implementation of these amendments, be it by judges, public officials or others, needs to be monitored closely. Further, women need to be made aware of their new rights brought about with these amendments. Despite the Ministry of Justice as well as the Delegate Ministry of Women's and Family Affairs working in close relationship with civil society organizations in order to support awareness-raising and training campaigns, political parties and other civil society organisations need to take up the issue and public debate on the Family Code must be sustained.

Regardless of the positive and democratic developments in the legal realm, structural obstacles and traditional mentalities still remain. The nexus of economic and social relations in modern societies, whether predominantly Muslim Christian, strictly secular or other, is capitalism. In capitalism, the nuclear family is the building block of society, where the woman is responsible for the care of children and the elderly as well as the maintenance of the household. Participants felt that it is thus not fair to blame stereotypical gender roles only on religion or tradition – the mentality that women and men need to play different in life is also rooted in capitalism.

Still, women can be empowered as individuals in modern society. Improving women's access to education, the labour force and legal mechanisms are central to achieving a more democratic society where both genders participate in the public realm. In order to counter deep-rooted mentalities that are exaggerated by economic relations as well as tradition, there need to be training programmes, changes in school curricula as well as ongoing awareness-raising.

One very important method of changing existing structures and mentalities is engaging in politics. The more women are represented in politics and the more they participate as political actors, the more women are empowered in society. Participants argued that special temporary measures are needed; there needs to be a mandatory quota for political parties and posts. In the case of Algeria, all three major political parties claim that quotas are not needed and support the status quo. Put another way, political support for one of the most important tools for women's political empowerment is lacking.

In the discussion on quotas, it was stipulated that reform is needed at three levels: political parties, election law and, most importantly, the constitution. Civil society groups working on promoting quotas for women candidates felt it was important that the issue is placed as high up as possible in the hierarchy of norms. Quotas for women and other such reforms are, and should be, supported by international conventions and international public opinion. An independent authority – for instance a "follow-up committee" - needs to be established obliging parties be it coercively or financially to implement a quota at all levels. Besides implementing quotas, political parties should be encouraged, if not obliged, to draw up action plans to establish gender equality both in their party programmes and bylaws.

Following the panel on political representation, women's participation in economic life was discussed. It was stated that women are more adaptable than men and are statistically proven to be more effective in terms of reciprocity, consensus-building, understanding and communication. Yet, Algeria is still far away from benefiting from its female population's potential in high skilled jobs. 75% of working women in Algeria are employed in rural areas, because priority is given to finding jobs for men – who are considered the traditional 'breadwinners'. Thus women's empowerment in this area is directly linked to the country's economic situation. Still, there are steps that can be taken to improve the status quo. Development programmes that reinforce women's presence in economic life and improve their wages should be introduced. International financing and grant-making mechanisms should also be made aware that this is a priority.

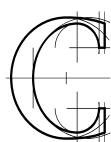
The value of international support in these endeavours was also discussed. It was stated that there is a need for an international dialogue and an in-depth analysis of what kind of political society is desired, and what a 'feminist society' would look like. More information needs to be generated about the situation of women in each country of the region and data needs to be evaluated and shared. It was also mentioned that there is PhD level research being undertaken at the University of Algiers that specifically addresses the question of women's statistics in North Africa and the Arab world. There are also singular efforts around the region to provide international bodies, such as the World Bank and UNDP, with the necessary input for the reports drafted regularly on the Middle East and North Africa. These and similar efforts actually support the idea for region-wide work on women's empowerment.

During the final session, Nadia Ait Zai underlined the necessity of establishing equality in the public space. She stated that public institutions' effort is a sine qua non to obtain this equality. Due to the multi-layered character of the problem, a specific look from different levels such as local, national as well as regional is a must. In this regard the concept of a region-wide gender institute which will be charged with collecting and disseminating impartial gender disaggregated data in these three levels was welcomed by the participants. It was generally recommended that the results of this and other workshops be disseminated strategically in this regard. Nadia Ait Zai will update the baseline study with the recommendations and circulate it as soon as possible ■

Consultation régionale sur la santé des femmes en Afrique qui s'est tenu à Brazzaville du 28-31 Mai 2007

Vision et réalité

La Consultation régionale sur «la santé des femmes en Afrique: Vision et réalité», qui s'est tenu à l'Office Régional d'Afrique (AFRO), Brazzaville du 28-31 Mai 2007, a regroupé 37 participantes et participants venus de 16 pays: Algérie, Congo, Ethiopie, Ghana, Lesotho, Liberia, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, République Démocratique du Congo, Seychelles, Tanzanie, Zimbabwe ainsi que les responsables des programmes du Gender et de la santé des femmes à l'OMS en Afrique(WHO/HQ, WHO/Congo, WHO/Ghana et des bailleurs de fonds USAID/ Africa's santé en 2010 et de Genève.



C'est le Dr Lusamba, DPM, représentant du directeur régional, qui a ouvert le lundi 28 mai 2007 la journée, en souhaitant la bienvenue aux participantes et participants. Il a souligné l'importance de cette consultation pour l'OMS en vue de l'élaboration d'une stratégie pour la promotion de la santé des femmes en Afrique.

Le Dr Ketsela, a présenté:

L'objectif de la consultation: définir les étapes indispensables pour l'établissement d'une effective équité et égalité d'accès aux soins selon le genre entre les femmes et les hommes.

Objectifs spécifiques:

- Analyser la relation entre le statut de la femme en Afrique et le droit à la santé.
- Identifier les contraintes socio-économiques pour l'accès des femmes aux soins
- Proposer des pistes de travail et des recommandations pour rendre la santé des femmes une réalité.

Après l'adoption du programme de travail de la consultation, Mme le prof. Omanyongo a présenté les résultats d'une enquête qu'elle a mené dans 16 pays africains.

La carte des pays qui ont participé à l'étude:



- Mozambique
- Namibia
- Niger
- Nigeria
- Seychelles
- South Africa
- Tanzania

- Burkina Faso
- Cape Verde
- DR-Congo
- Ethiopia
- Ghana
- Lesotho
- Mali

Figure 1: Mapping APT/WMH Countries, AFRO/WHO 2006

Cette étude a porté sur l'analyse des conditions socio-économiques et du statut de la femme en Afrique. D'emblée elle avertit que tous les clignotants

sont au rouge, ce qui explique que la femme africaine est reléguée à la dernière position du classement mondial.

Santé, Travail et statuts de la femme
In spite of all the challenges and degradation, she marches on....



Ainsi, la pauvreté, la sous alimentation, l'anémie, l'illettrisme, le mariage précoce, la surcharge de travail domestique, la faible représentation dans les postes de décisions et les problèmes liés à l'accès et à la qualité des services de soins, expliquent avec la pratique persistante de l'excision, le taux élevé de la mortalité (1 sur 16 naissances vivantes alors que dans

les pays développés il est de 1 sur 4.000 naissances vivantes).

Cette analyse a suscité des débats qui ont porté sur l'urgence de collecter et d'analyser des données sexuées, ainsi que le suivi et l'évaluation des besoins socio-économiques et l'amélioration du statut de la femme en Afrique.

LEILA BOUSSAÏD

Chargée de cours
Faculté de droit - Université d'Alger

INTÉGRATION DES HANDICAPÉS DANS LES PAYS DU MAGHREB ENTRE PROTECTION ET AUTONOMIE



La situation des personnes handicapées a toujours fait l'objet de préoccupations particulières. En Algérie, le handicap a été longtemps (et c'est souvent le cas dans les sociétés traditionnelles), considéré comme une malédiction, une punition divine. Ceci peut s'expliquer par le poids que représentait la prise en charge des personnes handicapées pour des communautés démunies.

Ce regard sur le handicap a changé depuis, et sous l'impulsion d'une société en constante évolution, sous la pression des familles et des associations concernées par les handicapés et aussi à la demande même des personnes vivant le handicap, des programmes ont été mis en oeuvre pour une prise en compte des personnes handicapées comme membres à part de la société et à qui l'on doit reconnaître des droits.

La loi N°02-09 du 08 mai 2002 constitue une étape importante dans le processus d'intégration de la personne handicapée. Elle permet dans un premier temps d'accorder la place qui leur revient dans la société algérienne qui en compte selon les chiffres officiels 1.600.000.

La loi dans un premier temps définit ce qu'est une personne handicapée précisant ainsi les catégories de personnes concernées. Elle énonce dans son art. 2:

«La protection et la promotion des personnes handicapées s'étendent, au sens de la présente loi, à toute personne quel qu'en soit l'âge et le sexe souffrant d'un ou de plusieurs handicaps d'origine héréditaire, congénitale ou acquis, et limitée dans l'exercice d'une ou de plusieurs activités de base de la vie courante, personnelle et sociale, consécutivement à une atteinte de ses fonctions mentales et /ou motrices et /ou organiques sensorielles. Ces handicaps seront définis suivant leur nature et leur degré par voie réglementaire.»

Jusque là, les pouvoirs publics avaient opté pour des actions visant à protéger cette catégorie de la population qui présentait une certaine vulnérabilité. Le législateur avait prévu dans l'arsenal législatif, relatif à l'éduca-

tion, à l'apprentissage, à la santé, des dispositions particulières accordant aux personnes souffrant de maladies invalidantes ou d'un handicap, les possibilités de pouvoir bénéficier d'un égal accès à l'instruction, aux soins et au travail.

La nouvelle loi a le mérite de s'intéresser principalement à la condition des personnes handicapées et de fixer avec plus de clarté les orientations choisies pour répondre à la question cruciale: quelle prise en charge des personnes handicapées à l'aube du troisième millénaire?

L'analyse des dispositions de cette loi laisse apparaître deux axes essentiels:

- protection des personnes handicapées notamment en recourant à la discrimination positive
- insertion et autonomie de ces dernières par une adaptation optimale de l'environnement sociétal.

C'est sur ces deux points que se focalisera notre analyse quant à l'insertion professionnelle des handicapés. Nous étudierons tour à tour les dispositions relatives à la formation professionnelle, celles portant sur l'emploi des personnes handicapées. Une autre partie sera consacrée à l'accessibilité des personnes handicapées tant aux espaces publics qu'aux moyens

de télécommunication. Ces différents thèmes ont un lien direct avec le sujet qui nous intéresse fondamentalement à savoir l'intégration socioprofessionnelle des personnes handicapées. L'analyse des dispositions de la loi algérienne sera complétée par un rappel des lois marocaines et tunisiennes, ce qui permettra une comparaison sur la manière qu'ont les législateurs des trois pays d'appréhender ces différents points.

I - Protection des droits des handicapés et insertion socio professionnelle

Le législateur algérien (les législateurs marocain et tunisien, nous le verrons, adopteront la même démarche) a, dans ses instruments législatifs et réglementaires, prévu des dispositions qui:

- assure un égal accès à l'éducation et à la formation professionnelle pour les personnes handicapées en donnant ainsi un contenu effectif au principe de non discrimination, maintes fois affirmé dans d'autres textes et notamment la constitution;

- préconise l'application du principe de discrimination positive en matière d'emploi notamment pour tenir compte des difficultés que rencontrent les personnes handicapées dans le monde économique.



1-1. Egalité des chances des handicapés et non discrimination

La vie des personnes handicapées, leur intégration dans la société, leur participation à la vie économique, sociale et politique s'inscrivent dans un cadre législatif qui leur permet d'accéder à tous les domaines de la vie publique au même titre que n'importe quel autre citoyen. Le respect du principe d'égalité et de justice sociale sont très présents dans l'esprit des algériens; l'histoire d'une colonisation porteuse d'inégalité et d'exclusion, la mémoire d'une guerre d'indépendance longue et meurtrière ont contribué à forger chez les algériens ce désir incessant d'accéder à une vie d'où serait bannie toute forme de discrimination et à combattre ou du moins à dénoncer toute manifestation de l'injustice.

Le préambule de la Constitution algérienne du 28 novembre 1996 affirme:

«... Ayant toujours milité pour la liberté et la démocratie, le peuple entend par cette constitution se doter d'institutions fondées sur la participation des citoyens à la gestion des affaires publiques et qui réalisent la justice sociale, l'égalité et la liberté de chacun et de tous.». Ces aspirations à une certaine forme de démocratie ont été réaffirmées à maintes reprises par le législateur. Certaines dispositions de la constitution réaffirment ces principes en leur donnant force de loi. On peut ainsi citer l'article 29 qui dispose:

«Les citoyens sont égaux devant la loi, sans que puisse prévaloir aucune discrimination pour cause de naissance, de race, de sexe, d'opinion ou de tout autre condition ou circonstance personnelle ou sociale.»

Cet article à une portée fondamentale dans tout l'arsenal juridique élaboré pour protéger et promouvoir la personne handicapée. La formulation de cet article étend son application à une variété de situations et à des catégories diverses de personnes qui ne seraient pas visées par les éléments mentionnés dans la première partie

de l'article à savoir la discrimination fondée sur la race, la langue, la religion, les convictions politiques ou encore le sexe.

Les personnes souffrant d'un handicap sont concernées par cet article si l'on s'attache au cadre plus large défini par l'élocution «conditions personnelles».

Cette idée est corroborée par l'art 31 qui énonce:

«Les institutions ont pour finalité d'assurer l'égalité en droits et devoirs de tous les citoyens et citoyennes en supprimant les obstacles qui entravent l'épanouissement de la personne humaine et empêchent la participation effective de tous à la vie politique, économique sociale et culturelle.»

Les articles 54 et 59 complètent les précédents:

Le premier souligne que tous les citoyens algériens ont le droit à la protection de leur santé et que l'Etat assure la prévention et la lutte contre les différentes maladies susceptibles de toucher la population.

Le second précise que les personnes qui ne peuvent ou ne pourront plus avoir une activité professionnelle seront protégées et leurs conditions de vie garanties par l'Etat.

Il faut noter ici, qu'outre l'égalité des droits accordés aux citoyens algériens, ces derniers pourront bénéficier d'une protection de l'Etat dans les situations de vulnérabilité.

... Pour ce qui est du principe d'égalité, il convient de citer les principaux textes qui présentent un intérêt pour l'insertion professionnelle des handicapés. On citera à cet effet, l'ordonnance n°76-35 du 16 avril 1976 portant organisation de l'éducation et de la formation.

Ce texte en conformité avec l'article 53 de la constitution qui préconise l'égal accès de tous les algériens à l'éducation et à la formation, dispose que le système éducatif a pour mission entre autres, d'inculquer aux jeunes les principes de justice et

d'égalité et de combattre toute forme de discrimination (art 3a al.1)

Il précise dans son article 4 que tous les algériens ont le droit à l'instruction et à la formation, tandis que l'article 45 affirme que l'enseignement est obligatoire pour tous les enfants âgés de 6 ans à 16 ans révolus.

Les dispositions contenues dans l'art 65 renvoient à l'engagement de l'Etat d'assurer un égal accès à tous les algériens à l'enseignement post fondamental sans autre limitation que les aptitudes individuelles et en tenant compte des moyens existant et des besoins exprimés.

Enfin, l'art 64 prévoit que les structures chargées de l'orientation scolaire et professionnelle participent à l'insertion des jeunes dans la vie professionnelle. L'art 65 accorde une attention particulière aux enfants handicapés. En effet, il précise que, l'orientation scolaire et professionnelle des élèves est intégrée dans les centres spécialisés.

Ce rappel de ces différents textes revêt une certaine importance dans la mesure où l'éducation et l'instruction sont les portes qui s'ouvrent sur le monde du travail. Aujourd'hui plus que jamais, disposer d'un niveau d'instruction élevé, de qualifications et de compétences constituent un atout pour toutes les personnes désireuses de s'insérer dans de bonnes conditions dans le monde du travail; peut-être plus encore que pour tous les autres, les personnes handicapées seront mieux armées pour relever les défis d'une insertion professionnelle réussie lorsqu'ils ont acquis des diplômes leur permettant d'occuper des emplois correspondant à leurs aptitudes intellectuelles alors que leurs capacités physiques ou sensorielles sont limitées.

L'accès au monde du travail est considéré comme un droit si l'on se réfère à la constitution dans son article 55 qui énonce:

«Tous les citoyens ont le droit au travail. Le droit à la protection, à la sécurité et à l'hygiène dans le travail est garanti par la loi».

Ce principe qui a longtemps trouvé une place de choix dans les textes législatifs promulgués durant la période où l'Algérie s'était engagée dans une orientation socialiste, a subi quelques aménagements importants après les mutations économiques et politiques que cette dernière a connu depuis la fin des années 1980.

L'accès au monde du travail est aussi caractérisé par la non-discrimination, seule la compétence sert de critère de différenciation.

La loi n°90-11 du 20 avril 1990 relative aux relations de travail affirme dans son article 17 que la discrimination fondée sur l'origine sociale, l'affiliation, le sexe ou l'appartenance syndicale a un effet nul.

Ce principe de non discrimination est, il faut le constater, présent dans l'ensemble de la législation algérienne.

La loi n°02-09 du 8 mai 2002 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées, s'inscrit dans ce cadre juridique. Cette loi réaffirme, elle aussi, à maints égards le principe de non discrimination.

1.1.1. Egal accès à l'éducation

La loi n°02-09 reprend les droits déjà cités plus haut à savoir ceux relatifs à l'accès à l'éducation et à la formation. L'article 3 s'inscrit parmi les buts poursuivis par la protection et la promotion des handicapés l'accès à un enseignement obligatoire ainsi qu'à une formation professionnelle aux enfants et adolescents souffrant d'un handicap. L'insertion professionnelle et sociale constitue le but ultime de toutes les actions menées par les différents agents concernés.

Les articles 14 et suivants précisent, par ailleurs, l'obligation de scolariser tous les enfants handicapés. Ils prévoient, ensuite que des classes et des sections spéciales seront aménagées à cet effet au sein des écoles, ou des instituts de formation lorsque le besoin s'en fait ressentir. Certains enfants seront scolarisés dans des structures spécialisées eu égard à la nature ou au degré du handicap.

Il faut remarquer que l'Etat s'engage à prendre en charge l'enfant et l'adolescent handicapé tant à l'intérieur de l'école qu'à l'extérieur: outre l'enseignement, l'hébergement et le transport sont assurés par ce dernier.

L'analyse de ces dispositions révèle la volonté affirmée par les pouvoirs publics d'accorder aux handicapés toutes les chances de pouvoir s'insérer dans le milieu socioprofessionnel grâce à une prise en charge étendue.

En effet, il n'est plus à démontrer que l'intégration des handicapés ne peut se concevoir sans une politique éducative appropriée qui tienne compte des difficultés particulières inhérentes à l'handicap.

Ainsi, la possibilité pour les personnes handicapées de bénéficier des conditions de scolarisation spécifiques, soit dans les écoles et centres de formation soit dans des établissements spécialisés - où un personnel dûment formé peut assurer les tâches d'enseignement - constitue la voie la plus sûre pour leur insertion.

A ces conditions favorables s'ajoutent les facilités offertes aux handicapés de pouvoir passer des examens qui tiennent compte de leurs limites sensorielles. Cette première étape d'intégration des enfants handicapés se réalise en principe dans de bonnes conditions. Les enfants handicapés jouissent des mêmes droits que les autres et le cas échéant peuvent bénéficier d'une protection de nature à les encourager à atteindre les étapes supérieures de la scolarité. Les adolescents et adolescentes qui ne pourraient suivre une scolarité normale peuvent trouver une alternative dans la formation professionnelle.

1.1.2. Egal accès à la formation professionnelle

La formation est un préalable nécessaire pour mieux s'insérer dans le milieu socioprofessionnel, suivre un parcours scolaire classique débouchant après l'école, l'enseignement secondaire, à des études universitaires, est considéré à l'heure actuelle comme le modèle favorisant l'acquisition des compétences. Néanmoins le recours à la formation professionnelle est une alternative qui présente aussi un certain intérêt et qui ouvre des opportunités d'emploi non négligeables. Aussi une attention particulière est-elle accordée à la formation professionnelle dans la loi algérienne qui consacre un certain nombre de dispositions à ce sujet.

La formation professionnelle est une étape importante pour la recherche d'un emploi. Aussi la loi algérienne n°02-09 consacre-t-elle l'égal accès des personnes handicapées à la formation professionnelle. Ces dernières pourront suivre un enseignement dans les Centres de formation ordinaires où une formation adaptée à l'handicap leur sera octroyée. Les personnes dont le handicap est plus grave seront placées dans des centres de formation spécialisés.

Une commission d'orientation pédagogique et professionnelle au niveau de la Wilaya (préfecture) est mise en place pour suivre et évaluer les parcours des personnes handicapées inscrites dans ces centres de formation.

«l'article 19 précise que la Commission de Wilaya est chargée de l'admission des personnes handicapées dans les centres professionnels spécialisés en fonction d'une part des capacités et des aptitudes des personnes handicapées en considération des besoins exprimés.»

Elle est chargée par ailleurs de procéder à la recherche et à la proposition des postes de travail susceptibles d'être occupés par les handicapés.

Il faut souligner ici que la personne handicapée dispose d'un recours quant aux décisions prises par la Commission de Wilaya relatives à l'affectation des personnes handicapées à certaines formations.

L'art 20 affirme que les décisions prises par cette commission s'imposent aux établissements et organismes employeurs.

Ces derniers devront tenir compte de la nomenclature des postes de travail réservés aux personnes handicapées, nomenclature élaborée par la dite commission.

La formation professionnelle, au même titre que l'éducation des enfants et des adolescents, est une priorité pour les handicapés et c'est l'Etat qui en a la charge.

La législation algérienne, fidèle à son orientation politique et à ses objectifs sociaux consacre le droit des personnes handicapées au même titre que toutes les autres personnes à bénéficier d'une formation professionnelle.



Il faut noter par ailleurs, que l'Etat algérien a mis en place de nombreuses structures spécialisées pour former les personnes handicapées qui ne seraient pas aptes à suivre une formation professionnelle dans les structures classiques. Il faut considérer ici que la discrimination positive est appliquée puisqu'elle prend en considération la situation particulière des personnes handicapées.

La loi marocaine n°07-92 offre un accès à la formation professionnelle des personnes handicapées.

L'article 12 qui y est afférent met cependant quelques limites à ce droit. Une formulation large «les handicapés suivent, chaque fois qu'il est possible, l'enseignement et la formation professionnelle...» ne donne pas un droit effectif à ces personnes puisque les possibilités ne sont pas déterminées ni définies. Par ailleurs, l'Etat marocain ne s'engage que de façon relative à octroyer une formation professionnelle aux personnes handicapées dans la mesure où la création de structures adaptées est conditionnée: l'Etat, lorsqu'il le peut; cela suppose que la création de centres de formation professionnelle est conditionnée par les moyens susceptibles d'être mis en oeuvre par l'Etat. Il ne s'agit pas là d'une obligation de former les handicapés qui sont mis en avant. Néanmoins, l'article 13 vient tempérer la formulation imprécise de l'article précédent. Il prévoit que des mesures seront prises par l'Etat pour faciliter l'insertion de la personne handicapée dans les établissements de formation professionnelle. Ici non plus aucune obligation tangible n'est à la charge de l'Etat.

Pour la loi tunisienne d'orientation n°2005-83 du 15 août 2005 en revanche, la formation professionnelle est accessible aux personnes handicapées qui bénéficient de postes réservés puisque l'article 23 déclare que 3% des postes de formation professionnelle devront être octroyés à ces derniers.

Ici encore, le caractère progressiste de la législation tunisienne est marqué alors que la loi marocaine fait

preuve de prudence et de frilosité dans la mesure où les engagements étatiques restent quelque peu limités. Concernant l'emploi et l'insertion professionnelle des handicapés la loi algérienne ainsi que les lois marocaines et tunisiennes optent pour une politique de quotas qui met en lumière le principe de discrimination positive.

1.2. Insertion professionnelle et discrimination positive

La question de l'emploi est d'une importance majeure pour les personnes handicapées puisque c'est par le travail que l'insertion sociale se réalise essentiellement.

L'obtention d'un emploi est un défi que toute personne handicapée doit relever. Les législateurs algériens, marocains et tunisiens non seulement affirment la non discrimination en matière de recherche et d'obtention d'un emploi pour les personnes handicapées, mais ils accordent certaines facilités ou priorités pour que ces dernières puissent être recrutées confirmant ainsi l'application effective de la «discrimination positive»

1.2.1. De la non discrimination à la «discrimination positive»

L'égalité de traitement des personnes handicapées en matière de recherche et d'obtention d'un emploi sont affirmées par les principales dispositions des lois étudiées ici qui refusent toute exclusion au motif du handicap.

En Algérie le droit pour les personnes handicapées d'accéder à un emploi est énoncé dans l'article 23; celui-ci dispose notamment que l'exercice d'une activité professionnelle adéquate permet l'insertion des personnes handicapées dans la société.

Abondant dans le même sens, l'article 24 précise qu'aucune discrimination ne peut affecter la candidature des personnes handicapées à des concours ou examens destinés à un emploi public ou autre.

L'article 25 complète la disposition précédente en soulignant que le plan de carrière des handicapés ne peut déroger aux conditions géné-

rales applicables à tous travailleurs. Cela au regard de la législation en vigueur. La non discrimination est donc garantie aux personnes handicapées. La non discrimination entre les femmes et les hommes handicapés est aussi clairement énoncée par la loi.

Toutefois, une inégalité de traitement est prévue au profit des personnes handicapées en matière d'insertion professionnelle.

Ainsi certaines catégories de personnes handicapées pourront bénéficier d'un emploi protégé eu égard à leur handicap et au degré d'invalidité qu'il entraîne.

Rappelons qu'une commission d'orientation pédagogique et professionnelle de Wilaya a été prévue par l'article 18 dont l'une des missions est:

«... de procéder à la recherche et à la proposition des postes de travail et emplois susceptibles d'être occupés par les personnes handicapées...» (article 19)

En outre, les employeurs sont tenus d'attribuer 1% des postes de travail aux personnes handicapées. S'ils ne remplissent pas cette obligation, ils devront s'acquitter d'une contribution financière.

La loi marocaine et la loi tunisienne elles aussi prévoient le même type de mesures.

La loi marocaine relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées précise que 1% des postes devront être occupés par des personnes handicapées.

Son article 17 affirme le principe de non discrimination en soulignant qu'aucune exclusion ne peut toucher un citoyen dans la recherche et l'obtention d'un travail.

Toutefois si l'égal accès à l'emploi est clairement posé il faut souligner que la formulation de cet article peut donner matière à discussion, en effet, les conditions auxquelles est soumise l'obtention de l'emploi touche non seulement les aptitudes nécessaires pour assurer l'activité professionnelle mais elles ont trait aussi aux entraves qui peuvent troubler le fonctionnement «normal» du service.

Cette dernière précision peut laisser la porte ouverte à certains dérapages. L'employeur désireux d'exclure un travailleur handicapé peut invoquer à tout moment ce motif.

Il eut été souhaitable de définir le type de dysfonctionnement de nature à remettre en cause le bon fonctionnement du service et de soumettre l'exclusion de la personne handicapée pour un tel motif, à une obligation de moyens qui devrait peser sur l'employeur. Celui-ci devrait prendre toutes les mesures nécessaires pour permettre l'adaptation de la personne handicapée à son environnement professionnel. Ce ne serait donc que dans les cas ultimes que l'employeur serait en droit de refuser cet emploi à un handicapé. Ce dernier devrait, le cas échéant disposer d'un recours pour faire valoir ses droits.

La loi tunisienne relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées affirme aussi le principe de non discrimination; le handicap ne peut constituer un motif d'exclusion pour l'obtention d'un emploi correspondant aux aptitudes, qualifications et compétences requises (article 26). Cet article concerne tous les secteurs d'emplois public et privé. L'originalité de cet article est qu'il précise dans son alinéa premier qu'outre le principe de non discrimination, celui de discrimination en faveur des handicapés est clairement posé.

Abondant dans le même sens l'article 29 précise que 1% de personnes handicapées devront être employées dans la Fonction Publique.

Un nombre égal à 1% des recrutements dans les entreprises publiques et privées est réservé aux personnes handicapées. C'est une obligation qui pèse sur les employeurs sous peine de sanctions. L'employeur qui n'est pas en mesure d'appliquer cette disposition a l'opportunité de tisser des liens économique-commerciaux avec des coopératives ou des entreprises faisant travailler des personnes handicapées.

L'ensemble de ces législations impose aux employeurs du secteur public (Etat ou entreprises publiques) et du secteur privé de recruter un certain pourcentage de personnes handicapées. Cette obligation qui pèse sur les employeurs

est assortie de sanctions en cas de non-respect de ces dispositions. Il faut aussi souligner qu'alors qu'un taux de 1% est prévu par la loi algérienne, un taux de 2% tous secteurs confondus est préconisé par le législateur tunisien qui fait preuve encore ici d'avant-gardisme.

Toutes les lois algérienne, marocaine, tunisienne s'intéressent au recrutement des personnes handicapées, elles s'arrêtent aussi sur le cas des personnes ayant déjà un emploi et qui sont victimes d'un handicap à la suite d'un accident du travail ou pour toute autre cause.

Les lois algérienne, tunisienne et marocaine dans leur ensemble accordent une attention aux personnes souffrant d'un handicap héréditaire ou acquis qui auraient perdu la possibilité de continuer à exercer leur fonction ou leur activité professionnelle.

La loi algérienne prévoit dans son art. 22 que toute personne handicapée a le droit de bénéficier d'une réadaptation et d'une rééducation fonctionnelle. Cet article est précisé par l'article 26 qui souligne que toute personne handicapée qui a perdu son emploi suite à un accident ou pour toute autre cause a le droit d'obtenir une reclassification et une réaffectation à un autre poste dans la même entreprise ou la même administration.

La loi marocaine dans son article 18 prévoit une reclassification et une réadaptation à un autre poste sans que ces dernières puissent porter atteinte aux droits inhérents à sa situation professionnelle précédente.

Enfin, la loi tunisienne dans son article 28 dispose qu'un agent devenu handicapé devra bénéficier d'une réhabilitation de nature à lui permettre de se maintenir dans le même poste ou d'occuper un poste vacant en correspondance avec ses aptitudes et avec les spécificités de son handicap.

Ces différents articles assez brefs dans leur formulation renvoient à la législation du travail qui prévoit des dispositions particulières pour les accidentés du travail ou pour toute personne victime d'une maladie invalidante. Si l'obtention d'un emploi pour un handicapé est soumis à l'obligation pour les employeurs dans les secteurs public et privé, de recruter un nombre défini par la loi, elle peut être

aussi le résultat de la mise en œuvre de mécanismes incitatifs.

1-2-2 Insertion professionnelle et mesure incitatives

La loi algérienne prévoit certains mécanismes propres à faciliter l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Tout d'abord la création d'un fonds spécial de financement de l'activité de protection et de promotion des personnes handicapées. Ce fonds est alimenté par les contributions financières des employeurs qui n'auraient pas assumé l'obligation d'employer 1% de personnes handicapées (article 27). Il ne semble pas que ce fonds soit fonctionnel dans la mesure où le taux des contributions devait être fixé par voie réglementaire et qu'aucun décret d'application y afférant n'a été publié au Journal Officiel.

Des incitations fiscales et para fiscales sont prévues pour les employeurs qui procèdent à des aménagements de postes visant à pallier le handicap et à permettre du même coup l'intégration professionnelle des handicapés.

Des avantages financiers sont octroyés pour favoriser l'emploi des handicapés: des subventions sont versées aux employeurs qui passent des conventions avec l'Etat, les collectivités locales ou les organismes de sécurité sociale.

Enfin, la création d'ateliers protégés, de centres de distribution de travail à domicile ou les centres d'aide par le travail sont envisagés à l'article 29.

Toutes ces mesures destinées à favoriser l'occupation d'un emploi par les travailleurs handicapés (article 27 et suivants) constituent assurément une avancée pour la protection et la promotion sociale des handicapés.

Ceux-ci bénéficient d'un traitement préférentiel justifié par les limites physiques sensorielles ou mentales qu'il est nécessaire de pallier pour rendre effectif le droit à un égal accès au monde de l'emploi.

Toutefois il est à noter que les mécanismes prévus ne sont pas effectifs et qu'en outre des programmes de soutien aux emplois des jeunes mis sur pied par le Ministère de la Protection Sociale et de la Solidarité (Agence Nationale de Soutien à



L'Emploi des Jeunes et Agence pour le Développement de l'Emploi et de la Main d'œuvre) n'accordent aucun traitement particulier aux personnes handicapées. De même que les projets mis sur pied par la Caisse Nationale d'Allocation Chômage (CNAC) ne prennent pas en compte la condition particulière de ces dernières. Tous ces organismes visent grâce au soutien financier de l'Etat à permettre aux jeunes et aux moins jeunes primo demandeurs d'emploi et chômeurs de créer leur propre entreprise sur la base du micro-crédit.

Quand on connaît les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes valides (accès à l'information, procédures administratives lourdes etc..) il y a lieu de penser que les personnes handicapées sont de fait exclues de ces programmes.

La loi marocaine quant à elle encourage, dans ses articles 9 et suivants, les initiatives privées visant à la création de coopératives et de petites entreprises faisant travailler les personnes handicapées. Elle leur apporte aide et soutien, elle favorise la création par des moyens financiers d'une petite industrie ayant comme but de produire du matériel et des appareillages utilisés par les personnes handicapées.

La loi tunisienne prévoit la création d'un fonds national de solidarité sociale dont les recettes proviendraient des contributions financières versées par l'employeur qui n'aurait pas souscrit à l'obligation d'emploi de personnes handicapées ou n'ayant pas fait travailler indirectement des personnes handicapées. Le montant de ces versements est égal aux 2/3 du salaire minimum interprofessionnel garanti ou du salaire agricole minimum garanti. Les sommes ainsi collectées sont affectées à la promotion de la politique d'emploi pour les personnes handicapées.

Des mesures fiscales et parafiscales (articles 34 et suivants) sont prévues pour encourager les employeurs à recruter des personnes handicapées en l'occurrence par l'exonération des charges sociales et d'autres taxes

(celles liées à la promotion de la formation professionnelle et du logement social).

Enfin l'Etat encourage la création d'entreprises privées par la personne handicapée elle-même par l'exonération de charges devant être assumées par l'employeur (renouvelable une fois).

La création de centres d'adaptation par le travail, de coopératives ou encore le travail à domicile sont autant d'opportunités pour l'emploi des personnes handicapées. Ces projets sont encouragés et soutenus financièrement par l'Etat.

L'analyse de l'ensemble de ces législations montre le caractère progressiste de la loi tunisienne qui s'inspire largement des résolutions adoptées par les Nations Unies.

Par une stratégie clairement définie par des objectifs précis, par des moyens mis en œuvre, la Tunisie affirme par là même sa volonté politique de faire de l'emploi du handicapé une question d'importance nationale devant être prise en charge par l'ensemble des acteurs sociaux et par les handicapés eux-mêmes.

L'Algérie pour sa part si elle se maintient dans le cadre des objectifs nationaux qu'elle s'est fixée en matière d'égalité de traitement et d'égalité de chances pour l'ensemble des citoyens algériens, n'a accordé jusqu'ici qu'une place de second plan à l'insertion socioéconomique des personnes handicapées. En effet l'importance du rôle joué par l'Agence du Développement Social qui accorde des allocations financières au titre du handicap montre le type de politique choisi jusqu'ici: la préférence pour la subvention

L'insertion professionnelle de toute personne est liée tout d'abord à la formation qu'elle aura acquise avant d'arriver sur le marché du travail. Elle est conditionnée ensuite à la nature de l'environnement dans lequel elle évolue. La question de l'accessibilité peut à ce titre revêtir un certain intérêt.

II- Adaptation de l'environnement social et intégration sociale des personnes handicapées

L'adaptation de l'environnement dans lequel évolue la personne handicapée garantira à celle-ci une plus grande autonomie, la prise d'initiative, ceci favorisera évidemment son intégration dans la société. La question d'accessibilité revêt une importance cruciale dans ce cadre. Celle-ci sera d'autant plus large que l'ensemble des acteurs de la société se sentira concerné et participera chacun à son niveau en prenant les mesures adéquates et adoptera les comportements appropriés.

2.1. Accessibilités

La question de l'accessibilité des personnes handicapées aux édifices publics et autres bâtiments ainsi qu'aux nouvelles technologies de communication est intimement liée à l'insertion professionnelle de ces dernières. En effet pouvoir se déplacer sans difficulté entre domicile et lieu de travail est un avantage indéniable: les personnes handicapées ne devraient pas subir un stress supplémentaire susceptible d'engendrer à long terme des dysfonctionnements dans le cadre de son travail. Par ailleurs les aménagements opérés pour permettre une circulation aisée des personnes handicapées à l'intérieur des locaux où se déroulent les activités professionnelles est une condition évidente de confort favorisant une meilleure capacité à assumer les tâches qui incombent à la personne handicapée. Par ailleurs l'accès aux nouvelles technologies de communication permet aux personnes handicapées:

- d'accéder à l'information sans avoir à se déplacer.
- de communiquer avec le monde extérieur.
- de pouvoir réaliser des opérations ou des tâches indispensables à l'activité professionnelle.

Ce dernier point revêt une importance de premier ordre à une époque où les techniques de communication ont connu un essor sans précédent à

un moment où l'usage de l'outil informatique est devenu incontournable ouvrant des opportunités d'emploi aux personnes handicapées. La loi algérienne consacre des dispositions (articles 30 et suivants) d'accessibilité des personnes handicapées notamment en énumérant tous les aménagements que l'Etat s'engage à mettre en œuvre pour faciliter l'accès des personnes handicapées à tous les édifices. Elle prévoit notamment des mesures visant à faciliter l'accès des personnes handicapées à l'information.

Les personnes handicapées feront l'objet d'une attention particulière au sein des administrations. Le transport terrestre sera gratuit pour les personnes handicapées détenteurs d'une carte d'invalidité à 100% ainsi qu'à leur accompagnateur. La même disposition concerne le transport aérien que ce soit sur le réseau national ou international. Des moyens techniques et matériels seront mis à la disposition des personnes handicapées notamment pour maîtriser les nouvelles techniques de télécommunication. La formulation de ces dispositions, tout en précisant les axes et les orientations des actions à mener, demeure large: l'importance du travail à effectuer laisse supposer des moyens financiers considérables.

Tout cela laisse à penser que la concrétisation de ces objectifs sera renvoyé à un avenir lointain. Ou du moins que seules quelques mesures pourront être mises en place. Les décrets qui doivent préciser l'application de l'ensemble de ces dispositions n'ont pas été encore publiés au Journal Officiel. L'accès aux nouvelles technologies de télécommunication est aussi un objectif ambitieux et qui nécessitera des investissements importants. Et l'on peut s'interroger sur les capacités des autorités publiques à mener à bien ces projets.

La loi marocaine sur ce point, tout en consacrant quelques dispositions à l'accessibilité des personnes handicapées (article 27) ne prend pas d'engagement ferme. Elle se contente de poser le principe de la nécessité de favoriser l'accessibilité des personnes handicapées à tous les édifices publics, administrations, de quelque nature que ce soit et mentionne par

ailleurs l'intérêt de favoriser un accès aux télécommunications pour une meilleure intégration économique des personnes handicapées.

Enfin la loi tunisienne (articles 10 et suivants) fait preuve de leader en la matière car elle met l'accent sur l'accessibilité des personnes handicapées à différents espaces en soulignant qu'une discrimination positive jouera en faveur de ces derniers. Ceux-ci disposeront par exemple de places réservées pour leur voiture. L'accès aux nouvelles technologies est considéré comme une priorité et des objectifs chiffrés sont posés, ce qui donne la mesure de l'engagement des autorités tunisiennes à concrétiser la politique de promotion des handicapés.

Tous ces programmes liés à l'accessibilité et à l'intégration des personnes handicapées dans la société dépendront de l'activité et du dynamisme des organes intéressés.

2.2.2. Intégration sociale des handicapés et participation des différents acteurs sociaux

La mise en œuvre de politiques visant une meilleure prise en charge du handicap et la protection des droits des personnes handicapées s'appuie sur la création d'organe et d'institutions spécifiques ainsi que sur la participation des différents acteurs sociaux tels que les associations.

Ainsi, dans la loi algérienne, il est prévu un Conseil National auprès du Ministre de la Protection Sociale; ce Conseil est composé des représentants du mouvement associatif, des parents d'enfants et d'adolescents handicapés.

Il est chargé de donner des avis sur toutes les questions ayant trait à l'intégration et à la promotion des personnes handicapées dans tous les secteurs de la vie sociale et économique (art 33). Une commission nationale de recours est prévue en outre au niveau du même ministère. Cette commission est chargée d'étudier et de statuer sur les décisions de la commission d'orientation scolaire et professionnelle de wilaya évoquée plus haut.

On notera que cette commission ne compte parmi ses membres que des médecins spécialisés et des représen-

tants du ministère. Les représentants des principaux concernés à savoir les parents d'enfants handicapés et ceux des associations de personnes handicapées sont elles aussi présentes mais à titre simplement d'observateurs. On peut s'interroger ici sur la volonté réelle d'accorder une plus large autonomie aux personnes handicapées. Les réminiscences d'une politique allant dans le sens de la protection de ces derniers continuent de stigmatiser la vision traditionnelle des personnes handicapées (art 34).

Pourtant l'art 4 de cette même loi prévoit que la concrétisation des objectifs de promotion et d'intégration des personnes handicapées est de la responsabilité de l'ensemble des acteurs de la société, de la famille, des pouvoirs publics en passant par les associations.

Quant à l'article 17, il accorde une attention particulière et un soutien aux actions menées par les associations de personnes handicapées et aux organismes humanitaires à caractère social. On peut noter ici la présence de l'ONG handicap international qui joue un rôle actif dans ce domaine.

La loi marocaine se rapproche de la loi algérienne sur ce point, en effet, elle aussi accorde un intérêt soutenu aux associations (art 3) en vue de promouvoir la condition des personnes handicapées et leur intégration dans la société et dans le monde de l'emploi. Cet article souligne de plus l'importance accordée aux organisations internationales susceptibles d'aider les structures marocaines dans la concrétisation de cet objectif. Il convient de remarquer ici la lucidité dont fait preuve le législateur marocain en donnant à la coopération internationale une place de choix: les moyens financiers et techniques que nécessite la prise en charge et l'intégration des personnes handicapées requièrent une intervention des autorités publiques mais ils sous tendent aussi un appui extérieur susceptible de renforcer la capacité d'action et de réalisation des programmes mis sur pied. La loi tunisienne dans ses articles 41 et suivants insiste sur les nécessaires actions que doivent mener les organismes nationaux et les associations pour aider l'Etat dans la réalisation des buts poursuivis par la politique



d'insertion des personnes handicapées notamment pour ce qui est du dépistage et l'intégration socioprofessionnelle.

Il est à noter que la loi tunisienne fait preuve d'originalité en inscrivant parmi ses actions un vaste programme d'information et de sensibilisation. Elle préconise en outre, que la question du handicap et des personnes handicapées fasse l'objet d'une réflexion universitaire et qu'une discipline lui soit consacrée. Il faut souligner cette initiative dans la mesure où c'est par la réflexion et par une meilleure connaissance du handicap et des problèmes rencontrés par les handicapés dans la société qu'une politique cohérente et appropriée pourra être conçue et menée.

La politique envisagée par le législateur algérien, marocain et tunisien pour la prise en charge des personnes handicapées oscille entre la protection de ces dernières et l'autonomie que celles-ci devraient peu à peu acquérir pour une insertion sociale optimale.

La loi algérienne largement marquée par l'orientation précédemment choisie qui consistait à une prise en charge quasi-totale par les pouvoirs publics tend à opter pour une autre direction, celle d'accorder aux personnes souffrant d'un handicap ou d'une maladie invalidante une plus grande initiative. Cette conception nouvelle, mais qui il faut le faire remarquer était déjà amorcée s'inspire semble-t-il des législations étrangères et surtout des différentes résolutions adoptées par les Nations Unies en la matière.

Ce changement se traduira par des mesures volontaristes audacieuses telles que celles concernant l'adaptation de l'environnement et l'accessibilité des personnes handicapées aux moyens de transport, de communication, aux édifices de toute nature (etc...), d'une part. Il se caractérisera d'autre part par des hésitations perceptibles à l'analyse de certaines dispositions de la loi qui continuent de donner la primauté à la protection médicale et à l'éducation spécialisée. Cette position intermédiaire s'explique sans doute par le souci du législateur

de tenir compte de l'intérêt premier des personnes handicapées et de la difficulté qu'ils auraient à s'intégrer par eux-mêmes sans l'appui des pouvoirs publics ou des associations au regard d'un environnement qui est loin d'être adapté aux problèmes induits par le handicap.

Il faudra peut-être attendre que les actions envisagées pour permettre une meilleure accessibilité des personnes handicapées à tous les secteurs de la vie sociale et économique soient concrétisées pour évaluer la portée réelle de ce texte et de la politique qu'il préconise.

Il reste à souligner que toute la stratégie mise en œuvre par les pouvoirs publics qui n'intègre pas les actions relatives à la sensibilisation et à l'information. Or, celle-ci ne sera efficace que si elle est accompagnée d'un vaste programme de sensibilisation devant toucher toutes les franges de la population y compris et surtout, les enfants.

Les lois marocaine et tunisienne ne diffèrent pas fondamentalement de la loi algérienne. La loi marocaine se caractérisera cependant par un son pragmatisme: elle se fixe certes des objectifs visant une meilleure prise en charge et une insertion optimale des personnes handicapées; toutefois, elle demeure prudente quant aux moyens à mettre en œuvre et aux résultats qu'elle se fixe dans ce cadre. Le législateur marocain fait preuve de prudence peut être en considérant que tâche n'est pas si simple et qu'elle nécessitera des coûts et des investissements que l'Etat n'est pas en mesure d'assumer. L'appel à une aide des O N G internationales en serait une explication.

La loi tunisienne, quant à elle, semble aborder la question avec hardiesse les objectifs que se fixe la loi quant aux mesures adoptées en matière d'insertion professionnelle, d'accessibilité donnent à penser que les autorités tunisiennes sont largement acquies à une politique favorisant l'autonomie des personnes handicapées.

Les premiers résultats de cette politique grâce aux actions menées par l'association Basma laissent présager

que la situation des personnes handicapées dans ce pays connaîtra des changements favorables.

L'autonomie des personnes handicapées est certes un objectif qui mérite toute l'attention dans la mesure où elle permet une participation pleine et entière de ces derniers à la vie sociale, économique et politique. Pourtant cette autonomie ne sera effective que par le changement des mentalités dans des sociétés qui trop souvent ont un regard négatif et misérabiliste sur handicap. Par ailleurs elle implique un appui financier des pouvoirs publics qui devront assurer les transformations d'un environnement dans le but de permettre l'accessibilité la meilleure des handicapés aux différents domaines évoqués plus haut.

La lourde tâche que représentent de telles actions mérite de souligner l'importance qui doit être accordée à une coopération régionale et internationale, cette coopération pouvant prendre différentes formes notamment celle du jumelage entre associations de personnes handicapées que ce soit entre les différents pays du Maghreb ou encore entre ces derniers et les pays européens. Cette coopération pourra s'étendre à d'autres pays et prendre ainsi une dimension beaucoup plus vaste.

Communication présentée au colloque organisé par ATAREPH relative à la protection des droits des handicapés. Etude comparée au (Algérie, Maroc, Tunisie) tenu le 15 Mars 2007 à Paris.



LES VIOLENCES À L'ENCONTRE DES FEMMES

La violence à l'égard des femmes couvre tout le cycle de vie des femmes à chaque étape de leur existence et constitue un problème majeur de la santé et des droits humains.

L'Organisation Mondiale de la Santé affirme que la violence à l'encontre des femmes engendre plus de morts et d'infirmités parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans que le cancer, le paludisme, les accidents de la circulation ou même les guerres.

L'enquête algérienne sur les violences à l'encontre des femmes, menée par l'INSP en 2002/2003 avec l'appui de l'OMS, dévoile l'existence effective de cette violence, déniée pourtant par la société algérienne jusqu'alors.

Au vue des retombées de la violence sur la santé de la population et de la femme en particulier, l'OMS l'a adopté et inscrit depuis 1995 dans ses programmes, comme un problème de santé publique. Il est désormais, un défi planétaire que les Etats doivent relever.

Ce rapport retrace l'historique de la prise en compte de ce phénomène en Algérie. Il constitue une véritable contribution non seulement à la politique et à la promotion de la santé de la femme, mais également au bien être de toute la société.

**Professeur M. ACHIR,
Directeur Général de l'INSP**

TRAITEMENT DE LA VIOLENCE EN ALGERIE

Introduction

En Algérie, depuis quelques années, la question de la violence ciblant les femmes, fait l'objet d'étude, de recherches et une plus grande implication des décideurs, des institutions publiques, des centres de recherches, des universitaires, des organisations gouvernementales, non gouvernementales et des Nations Unies.

Ainsi, les données statistiques sur cette question, qui étaient très rares et parcellaires dans les années 80 et qui provenaient presque exclusivement des services de sécurité, devenaient l'objet d'études et de recherche dans la décennie 1990.

Décennie marquée par une violence extrême qui a frappé toute la société (assassinats sommaires, saccage systématique des biens publics et privés, des établissements scolaires, des lieux de travail, violences et viol des femmes...).

Afin de mieux appréhender cette explosion de souffrance, des intervenants de terrain se sont organisés en petits groupes au sein de leurs institutions respectives. le but de ce regroupement est de travailler, de réfléchir ensemble sur l'ampleur du problème et de développer des stratégies de traitement et de prévention.

Dés le milieu des années 1995, des travaux, des pratiques cliniques issus des institutions et du mouvement associatif, combinés aux statistiques des services de sécurité ont permis de mettre en exergue le fait que c'est à «l'abri», dans la famille que les femmes sont le plus exposées aux diverses formes de violence.

Malgré l'intérêt grandissant pour traiter ce problème, très peu de données statistiques sur cette question étaient disponibles et collationnées. Pour contribuer à cerner la violence à l'encontre des femmes, l'OMS a soutenu en ces années là, des initiatives permettant de traiter et prévenir ce problème de manière scientifique et pluridisciplinaire, ainsi, outre le soutien des activités du service «santé femmes» de l'INSP, l'OMS a entre autre:

- Organiser conjointement avec le Ministère de la Santé en 1998, un séminaire-atelier sur «La Santé Publique et la Prise en Charge des Victimes de Violence» à Constantine. La question de la violence à l'encontre des femmes y a été abordée. Le but recherché est de contribuer au développement et faire face à la violence par la mise en œuvre de stratégies adaptées. Ont participé à ce séminaire: des experts de l'OMS, des directeurs centraux du MSP, des représentants de différents secteurs de développement et du monde associatif. Ce séminaire a été soutenu par le Gouvernement Italien.
- L'intégration d'un module sur le traumatisme de la femme en 2000, lors de la réalisation de l'enquête d'évaluation auprès des ménages «EDG Algérie/MICS2». Ce module, n'existait pas, lors de la réalisation de l'enquête MDG Algérie 1995 / MICS 1, enquête préconisée par l'Unicef, menée par l'INSP et appuyée par trois agences des Nations Unies (UNICEF, OMS, FNUAP). Cette étude a été adoptée par tous les pays, en septembre 1990 à New York, lors de la réunion des chefs

d'Etats, de gouvernements et des Institutions Internationales, pour atteindre en l'an 2000 des objectifs minimaux et des programmes d'actions pour la survie et le développement de l'enfant. En 2006, lors de la réalisation de l'enquête d'évaluation auprès des ménages «EDG Algérie/MICS3», il a été intégré un module, adressé aux femmes sur «la représentation de la violence conjugale». Cette étude, a été menée par l'ONS et la Direction de la Population du MSPRH et appuyée par les trois agences des Nations Unies (UNICEF, OMS, FNUAP).

Par ailleurs, d'autres agences des Nations Unies et des bailleurs de fonds ont soutenu, des études et des travaux, sur cette problématique, nous pouvons citer à titre d'exemple:

- L'élaboration, la conception et l'édition d'un guide et d'un dépliant à l'intention des femmes survivantes aux violences sexuelles «Que faire, après un viol?», par l'INSP et l'association SOS «Femmes en détresse», soutenu par l'UNFPA.

But: briser l'isolement et la culpabilisation des femmes survivantes aux violences sexuelles.

- L'enquête sur «La violence à l'égard des femmes» réalisée par le CENEAP et l'association «SOS Femmes en détresse», soutenu par le PNUD.

But : contribuer à circonscrire le thème de la violence ciblant les femmes en restituant le phénomène dans sa complexité individuelle, sociale et culturelle qui le caractérise.

- L'élaboration en 2000 de trois volumes, par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec le PNUD, sur «la stratégie visant à renforcer le statut social, économique et politique des femmes dans le processus de développement»;

- L'édition d'une étude sur le «Viol des femmes» par l'association RACHDA en 2004.

But: prévenir cette violence sexuelle, par la révision de la loi pénale.

- L'introduction d'un module sur la violence à l'égard des femmes dans la troisième enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS3), réalisée par le MSPRH en 2006, en collaboration avec l'UNICEF;

- L'installation de la commission nationale de lutte contre la violence à l'encontre des femmes/approche genre selon le cycle de vie, présidée par le Ministère Chargé, auprès du Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, de la Femme et de la Condition Féminine

- L'élaboration et l'adoption en 2006 d'une «Planification Stratégique Nationale de Lutte contre les Violences Fondées sur le Genre» avec le soutien de l'UNFPA et de l'UNIFEM.

Ces enquêtes ont fourni des informations sur le type de violence que subissaient les femmes, et ont contribué à la reconnaissance de la notion des droits humains de la femme et l'instauration de nouvelles pratiques en Algérie, tel que:

- Le Ministère de la Solidarité et l'Emploi, a renforcé et a créé des centres d'accueil et des centres d'écoute psychologique et juridique pour les femmes survivantes aux violences.

- La création d'un Ministre Délégué, chargé de la Famille et de la Condition Féminine.

- Le Ministère de la Justice a procédé à la révision de certains articles de lois discriminatoires à l'endroit des femmes: code pénal et code de la nationalité.

- L'Union Général des Travailleurs Algériens (syndicat), a installé une commission de femmes travailleuses avec un centre d'écoute psychologique et juridique pour lutter contre le harcèlement sexuel.

Aussi, dans ce rapport, nous n'allons pas analyser les facteurs qui ont favorisé la coopération entre l'OMS et l'Algérie pour traiter de cette question, mais revisiter la collaboration entre l'OMS et l'Algérie pour l'appréhension de ce fléau mondial que constitue la violence à l'encontre des femmes et dont les résultats ont contribué à briser le silence autour de ce problème et à la mise en œuvre de stratégies adaptées au contexte national, régional et mondial.

Activités actuelles de l'INSP

Dés juin 2006, le service santé femme de l'INSP, avec l'appui de la Direction de la Santé du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière et le soutien de l'UNFPA, a lancé une formation en direction du personnel de la santé de l'ensemble du territoire algérien.

Activités futures

Les différents membres de cette commission se sont engagés de mettre tout en œuvre pour appliquer cette stratégie chacun dans son secteur respectif.

Ainsi pour le secteurs de la santé, le service «santé femmes» de l'INSP, avec le soutien de la Direction de la Population du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière et l'appui de l'OMS et l'UNFPA, compte collationner régulièrement les statistiques émanant des différents services de santé pour analyser

les données relatives à l'ampleur de la violence à l'encontre des femmes. Le but est de pouvoir fixer des priorités pour élaborer un programme et suivre le traitement de ce problème.

Révision de la législation

Certains articles discriminatoires à l'endroit des femmes ont été amendé, tel que :

1. Le code de la famille: la tutelle, le divorce, la tutelle des enfants et le droit au logement,
2. Le code pénal : l'article relatif au harcèlement sexuel sur les lieux de travail,
3. Le code de la nationalité, une algérienne peut transmettre sa nationalité à ses descendants.

Renforcement de l'action du mouvement associatif

Les associations de lutte contre les violences à l'encontre des femmes, sont de plus en plus associées et consultées pour l'élaboration d'une planification stratégique de lutte et de prévention des violences à l'encontre des femmes.

La collaboration entre les différents services, institutions

L'installation d'un comité national de lutte contre les violences à l'encontre des femmes en 2006 présidées par le Ministère Délégué chargé auprès du Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, de la Famille et de la Condition Féminine. Ce comité composé des représentant de différentes institutions, organisations, centres de recherche, universitaires et du mouvement associatif avec l'appui de l'organisation des Nations Unies. Il s'est attelé une année durant à s'entendre, élaborer et adopter une «Planification Stratégique de Lutte Contre les Violences à l'Égard des Femmes/ Genre et Perspective Selon le Cycle de Vie»■

Propositions de modifications du code pénal:

- a. Compléter les articles concernant les violences sexuelles par des définitions et qualifications précises relatives au viol (sous ses différentes formes) et aux attentats à la pudeur. Le cas de la sodomie est à définir afin d'en tirer une qualification et une sanction adéquates. Il serait souhaitable que la sodomie soit classée comme une forme de viol ;
- b. Considérer, d'une manière générale, que la violence conjugale est une infraction qui doit être sévèrement punie par la loi;
- c. Considérer que les coups et blessures du conjoint (ou du concubin), constituent une circonstance aggravante ;
- e. Réduire la durée de l'incapacité totale de travail de 15 à 8 jours.

Journée d'étude sur les droits humains de la femme en matière d'accès aux soins.

Mardi 25 juillet 2006
Institut National de Santé Publique

PARITÉ DES SEXES EN MATIÈRE DE SANTÉ, MÈRE CÉLIBATAIRE: UNE FORME DE VIOLENCE CERTAINE MAIS INCONNUE

PLAN

Que sait-on sur ce sujet en Algérie ?

Quelques caractéristiques tirées de EMP/OMS 2005

Que peut-on/doit-on faire ?

Que sait-on sur ce sujet en Algérie ?

Que sait-on sur ce sujet en Algérie ?

Phénomène marginal (touchant des groupes spécifiques)

Statistiquement insignifiant (près de 1% des Nces)

Aucune source exhaustive et permanente....

Facteurs encourageants ou aggravants mal connus...



**Un phénomène qui prend de l'ampleur,
tout en progressant dans l'ombre**

Sources existantes ou connues

Sondage Etat Civil !!

Société civile

Enquête !!

Quelques caractéristiques tirées de EMP/OMS

		Etat matrimonial			
		Mariée		Célibataire + autre état	
		Effectif	% ligne	Effectif	% ligne
Province	Alger	8.866	98,5	118	1,3
	Skikda	3.541	99,4	21	0,6
	Mascara	3.294	98,5	49	1,5
	Total	15.701	98,8	188	1,2

Situation Matrimoniale

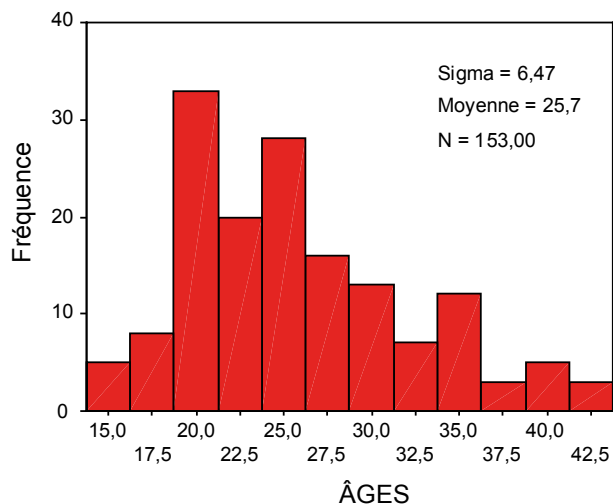
	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide célibataire	153	1,0	1,0	0,1
Divorcée	17	0,1	0,1	1,1
Mariée	15.701	98,8	98,9	100,0
Veuve	7	0	0	100,0
Total	15.878	99,9	100	
Manquante 9	11	0,1		
Total	15.889	100		

**52% des mères célibataires sont âgées de < 25 ans
Contre 17% chez les non célibataires**

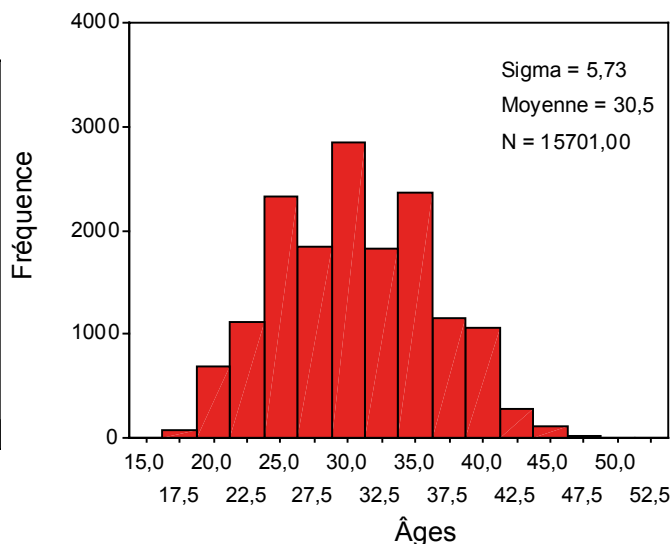
Groupe	Situation Matrimoniale				Total Groupe	
	Célibataires		Non célibataires		% Colonne	Effectif
	%Colonne	Effectif	% Colonne	Effectif		
15-19	16,3	25	1,3	198	1,4	223
20-24	35,3	54	15,8	2.489	16,0	2543
25-29	23,5	36	27,5	4.327	27,5	4363
30-34	12,4	19	29,8	4.692	29,6	4711
35-39	7,8	12	19,1	3.000	19,0	3012
40-44	4,6	7	6,1	965	6,1	972
45-49			0,4	65	0,4	65
Total du groupe	100,0	153	100,0	15.736	100,0	15.889

Âge moyen des mères célibataires

Histogramme
Pour V6= célibataire



Histogramme
Pour V6= Mariée



40% des mères célibataires sont sans instruction ou niveau primaire contre 29% chez les non célibataires

Années de Scolarisation	Situation Matrimoniale				Total Groupe	
	Célibataires		Non célibataires		%Colonne	Effectif
	%Colonne	Effectif	%Colonne	Effectif		
0 année	12,0	18	12,2	1.902	12,2	1.920
1-6 années	27,3	41	17,1	2.676	17,2	2.717
7-10 années	38,7	58	35,9	5.611	36,0	5.669
11 années et plus	22,0	33	34,7	5.426	34,6	5.459
Total du groupe	100,0	150	100,0	15.615	100,0	15.765

Le phénomène de la mère célibataire n'est pas une simple «histoire d'accident»,
puisqu'il y a le tiers (1/3) à plus d'un (01) enfant

Statut Matrimonial	1 Grossesse		2-3		4 et plus		Total du groupe	
	Effectif	% Ligne	Effectif	% Ligne	Effectif	% Ligne	Effectif	% Ligne
Célibataire	101	66,0	40	26,1	12	7,8	153	100,0
Divorcée	4	23,5	7	41,2	6	35,3	17	100,0
Mariée	4.653	29,6	6.742	42,9	4.306	27,4	15.701	100,0
Veuve	1	14,3	3	42,9	3	42,9	7	100,0
Total du groupe	4.759	30,0	6.792	42,8	4.327	27,3	15.878	100,0

**42% des mères célibataires ont fait entre 0-2 visites
Contre 15% chez les non célibataires**

Nombre de Visites	Situation Matrimoniale				Total Groupe	
	Célibataires		Non célibataires			
	%Colonne	Effectif	%Colonne	Effectif	%Colonne	Effectif
0 visite	2,3	353	12,8	24	12,8	377
1-2 visites	12,8	2.011	29,9	56	29,9	2.067
3-5 visites	42,6	6.673	35,8	67	35,8	6.740
6 visites et plus	42,5	6.645	21,4	40	21,4	6.685
Total du groupe	100,0	15.682	100,0	187	100,0	15.869

**Toutes les femmes semblent bénéficier
d'un même type de prise en charge**

Mode de prise en charge	Situation Matrimoniale				Total Groupe	
	Mariée		Célibataire + Autre			
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Spontané	80,0	12.564	84,0	158	80,1	12.722
Extraction au forceps	5,0	790	4,3	8	5,0	798
Extraction par aspiration (ventouse)	0,0	5	11,7	22	0,0	5
Césarienne	13,8	2.172			13,8	2.194
Siège assisté (extraction de siège)	1,0	154			1,0	154
Révision intra-utérine	0,1	9			0,1	9
Autre	0,0	5			0	5
Total du groupe	100,0	15.682	100,0	188	100,0	15.887

L'aboutissement à un mort-né est 2 fois plus élevé chez les mères célibataires (5.3% VS 2.5%)

Statut à la naissance	Etat Matrimonial		Total
	Mariée	Célibataire + Autre	
	%	%	%
Vivant	97,5	94,7	97,5
Mort-né	2,5	5,3	2,5
Total	100,0	100,0	100,0

30% des mères célibataires n'ont pas allaité leur enfant contre 7% chez les mariées

Mode de prise en charge	Situation Matrimoniale				Total Groupe	
	Mariée		Célibataire + Autres		%	Effectif
	%	Effectif	%	Effectif		
Immédiatement après la Naissance	38,2	5.829	26,0	46	38,1	5.875
Entre 01-24 heures	45,8	6.978	32,8	58	45,6	7.036
Après le 1er jour	9,0	1.368	11,3	20	9,0	1.388
N'a pas été allaité	7,0	1.072	29,9	53	7,3	1.125
Total du groupe	100,0	15.247	100,0	177	100,0	15.424

Que peut-on/doit-on faire face à cet état ?

Appréhender le phénomène
Mettre une stratégie de lutte



Comment ?

Traiter le phénomène dans un cadre global de prise en charge de toutes les formes d'inégalité des chances entre les hommes et les femmes en matière de santé
 Etablir un cadre logique approprié

Exemple pratique à enrichir...

	Domaine d'intervention	IOV	Source
OBJECTIF GLOBAL	Tendre vers la Parité des sexes en santé	Rapport périodique	
OBJECTIFS SP	1.1 réduire les cas de femmes célibataires 1.2 améliorer la santé de femme en période post procréation 1.3 réduire l'incidence des maladies liés à l'appareil reproductif chez la petite fille	Taux de fécondité illégitime % de mères célibataires % de femmes souffrant de prob ostéo % de femmes traitées Incidence des maladies affectant la petite fille	Enquêtes hospitalières Supports Enquêtes auprès des ménages
RESULTATS	1,1,1 1.1.2	Financement	
ACTIVITES	1.1.1.1 1.1.1.2	Institutions de l'Etat Coopération	



DR. FAIKA MEDJAHED
Service Santé Femmes
INSP

PARITÉ DES SEXES À L'ACCÈS AUX SOINS

Depuis bientôt une dizaine d'années, le service «santé femmes» de l'INSP avec le soutien de l'OMS, œuvre à une prise de conscience collective des conséquences désastreuses de la violence à l'encontre des femmes et surtout la prévention de ce fléau social.

Ainsi, l'OMS, après avoir appuyée la réalisation de la première enquête algérienne sur «Les violences à l'encontre des femmes», appui aujourd'hui le travail de réflexion/action, visant à la prévention de cette violence.

Pourquoi la violence?

❑ Parce que la violence à l'encontre des femmes engendre plus **de morts et d'infirmités** parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans **que le cancer, le paludisme, les accidents de la circulation ou même les guerres**, elle constitue un problème récurrent de la santé et des droits humains.

Quelles sont les raisons qui freinent l'accès des femmes aux soins?

- ❑ La violence ciblant les femmes, est enracinée dans des comportements prescrits, dans des normes et des attitudes discriminatoires.
- ❑ Elle est enracinée dans les discours sexospécifiques concernant la masculinité et la féminité.
- ❑ Cette violence particulière frappe toutes les sociétés dans toutes les régions du monde.
- ❑ Aucun groupe, quel que soit sa culture, sa classe sociale ou l'endroit où il se trouve est à l'abri de ses ravages.

La violence envahie la vie des femmes et des jeunes filles tout au long de leur vie

Avant la naissance	Avortement sélectif: 100 millions de femmes manquantes dans le monde
Petite enfance	Moins bien traitée que le garçon, moins bien nourrie, ne recevra ni la même éducation, ni les mêmes soins
Enfance	Rachitisme des filles sous-alimentées
Age reproductif	Contrôle de la sexualité et des grossesses
Âge avancé	Souffrent du manque de soins liés à leurs âges

- ❑ **Bien avant la naissance d'une fille**, considérée comme une malédiction, certains pays comme la Chine, la Corée, l'Inde, le Bangladesh et le Pakistan, se sont singularisés par l'expansion fulgurante d'un marché très particulier : l'échographie.
- ❑ Ce commerce, a engendré **100 millions de femmes manquantes dans le monde**.
- ❑ **Dés la naissance la fille parce que «fille»** sera de ce fait moins bien traitée que le garçon. Elle sera moins bien nourrie et ne recevra ni la même éducation, ni les mêmes soins que ce dernier.



Résultats de cette discrimination sexuelle

- Les conditions d'une bonne santé en matière de procréation ne seront pas réunies dès le début de sa vie, et **le rachitisme des filles** sous-alimentées va augmenter les risques de l'arrêt de la grossesse plus tard.
- Des mères souffriront de **malnutrition** et leurs bébés seront exposés à un décès prématuré ou à une infirmité chronique.
- L'anémie**, peut conduire à une hémorragie durant le post-partum, l'OMS souligne qu'elle touche 50 à 70 % des femmes enceintes dans les pays en développement.
- Aujourd'hui les problèmes de santé en matière de procréation constituent la principale **cause de la mauvaise santé et de la mortalité féminine dans le monde entier**. Si l'on considère les deux sexes simultanément, les diverses affections de la santé en matière de procréation sont la deuxième cause de mauvaise santé au niveau mondial, après les maladies contagieuses.
- Chaque minute, une femme meurt des causes liées à la grossesse. Cela représente plus d'un **demi million de mères** ainsi perdues chaque année, chiffre qui a à peine diminué au cours des dernières décennies.
- Un autre groupe de **huit millions de femmes au moins souffrent** des conséquences des complications de la grossesse qui durent toute la vie.
- En Afrique subsaharienne, où la fécondité élevée multiplie les dangers que les mères affrontent au cours de leur vie, **une femme sur 16 risque de mourir du fait de la grossesse**; dans certaines des zones les plus pauvres, une femme sur six affronte ce risque.
- Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des décès maternels** surviennent dans les pays en développement et presque tous - **95% - en Afrique et en Asie**.
- «Les différences entre riches et pauvres dans le domaine de la santé en matière de procréation - tant entre les pays qu'à l'intérieur d'un même pays - sont plus grandes que dans tout autre domaine des soins de santé.» - Rapport du Projet objectifs du Millénaire
- Les femmes en âge avancées souffrent du peu d'attention qu'on leur accorde.
- A tous les stades de la vie des femmes elles courent le risque, parce que «femmes», d'être victimes de harcèlements, de violences psychologiques, physiques et sexuelles.
- Ainsi, la violence à l'encontre des femmes répand la peur et l'aversion de soi-même comme un virus - un virus qui dévore les droits fondamentaux des adultes et des enfants
- Elle empêche les familles de fonctionner normalement et fait perdre à beaucoup la capacité d'entretenir entre eux-mêmes ou avec d'autres personnes des relations d'affection, de compassion ou de respect.
- Elle constitue un frein qui arrête la mise en œuvre du développement, de la paix et de la liberté.**

Que fait-on actuellement pour mettre fin à la violence à l'encontre des femmes?

- Pour prévenir cette épidémie que constitue la violence à l'encontre des femmes:
 - une profusion d'initiatives,
 - des programmes et des politiques sont mis en œuvre ces dernières années par:
 - les Nations Unies,
 - le gouvernement,
 - les chercheurs et
 - les ONG's en Algérie,

Le but: contribuer à éradiquer la violence.

- Ministère Délégué, Auprès du Ministre de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Chargé de la Famille et de la Condition Féminine en partenariat avec les représentants des différentes institutions et organismes algériens avec l'appui du: UNFPA, UNIFEM, UNICEF:
- Elabore une stratégie nationale de lutte contre la violence
- Une plus grande implication des:
 - Institutions et
 - ONG's

dans l'accompagnement psycho-juridico-social des femmes victimes, par la création de centres d'écoutes et/ou d'accueil.

- La multiplication des activités de plaidoyer et des actions menées par les médias.
- Le travail de lobbying des chercheurs et des ONG's engagées en faveur de la prévention de la violence faites aux femmes.
- La formation des professionnels de la santé au dépistage et l'écoute des femmes victimes de violences.
- Le développement de la recherche et les études traitant cette question, parmi elles:

Groupe de recherche «Parité des sexes à l'accès aux soins»

Composition du groupe:

Dr Moufida Benkkadour: CHU Beni Messous

Mr Fouzi Amokrane: Direction Population MSPRH

Dr Faïka Medjahed: Service santé femmes INSP

Objectifs du groupe:

Intégrer la dimension «parité des sexes à l'accès aux soins» dans les programmes et politiques techniques de santé.

Programme de travail du groupe

- Concevoir et élaborer un manuel contenant:
 - Résumés de:
 - L'enquête algérienne violences à l'encontre des femmes,
 - Etude du Rapport Mondial Violence de l'OMS,
 - Etude des droits de l'Homme.
- Cerner les raisons empêchant l'accès des femmes aux soins,
- Proposer un programme d'action pour réduire la fréquence, les causes et les conséquences de la violence à l'encontre des femmes.

«Une Vie Libre de Violence C'est un Droit de Tout le Monde !» Sexospécificité, Genre et santé

- Les études, enquêtes et recherches indiquent, un recours différent entre les femmes et les hommes en matière de santé du fait:
 - De la violence familiale ou sexuelle,
 - Des problèmes liés à la procréation et au VIH/SIDA,
 - De la maladie mentale,
 - Du vieillissement,
 - Des traumatismes.
- Les différences biologiques et sociales entre les sexes (genre) ne répondent pas aux besoins sanitaires différenciés des hommes et des femmes.
- Les soins et services médicaux ne prennent pas toujours bien en compte les besoins et préoccupations spécifiques des femmes et des hommes.
- Les services de santé destinés aux femmes sont généralement axés sur leurs fonctions procréatrices et négligent d'autres besoins, en particulier ceux des fillettes et des femmes âgées.

- ❑ Les hommes ne sont jamais associés par les politiques et services en matière de santé génésique.
- ❑ La grossesse ne doit plus être définie comme un «problème de femme», la participation des hommes aux décisions et responsabilités ne doit plus être limitée.
- ❑ C'est en aidant les hommes et toute la famille à apprécier les risques de la grossesse, qu'on peut accroître les chances qu'a une femme de recevoir des soins susceptibles de lui sauver la vie.
- ❑ Les femmes et les hommes du reste ne comprennent pas ou peu les risques liés à la grossesse et d'autres questions touchant à la santé génésique.
- ❑ La discrimination sexuelle empêche des millions de personnes dans le monde entier de préserver leur santé et d'exercer leurs droits en matière de procréation.
- ❑ Les femmes et les adolescentes en supportent les coûts les plus élevés.
- ❑ Le plus souvent, les travaux sur les maladies qui touchent à la fois les femmes et les hommes ont été faits par des hommes, de ce fait ils prennent plus en considération leurs propres besoins de santé uniquement.
- ❑ C'est en cela que la formation des professionnels de santé est mal adaptée, d'où leur incapacité à bien diagnostiquer certaines pathologies, telles que les violences à l'encontre des femmes.
- ❑ De nombreux problèmes et leurs conséquences coûteuses pourraient être contournés si l'on abordait de manière scientifique la santé en matière de procréation dans le contexte des soins de santé primaires, conçus comme première ligne de défense. Ceci par:
 - un renforcement des systèmes de santé de base,
 - l'édification de rapports de confiance parmi les professionnels de la santé et les consultantes,
 - l'élargissement de l'accès à des programmes de santé en matière de procréation qui tiennent compte des facteurs sociaux, culturels, économiques et sexospécifiques

Formation des professionnels

- ❑ Il faut une formation spécifique pour permettre aux professionnels de la santé de bien comprendre ce qu'est la dimension sexospécifique et de la prendre en compte dans leur action.
- ❑ Pour contribuer à améliorer la santé des femmes et des hommes, il faut diffuser largement parmi le personnel de santé publique des informations sur les bonnes pratiques.

Recherches

- ❑ Il faut approfondir les recherches sur la dimension sexospécifique de la santé, afin de fournir les bases factuelles qui permettront aux professionnels de la santé de trouver les réponses appropriées.
- ❑ Tout comme il faut recueillir des données ventilées par sexe, afin d'analyser les besoins sexospécifique et de les notifier dans le cadre des systèmes d'information sanitaire.

Avenir

- ❑ La sensibilisation à ce problème est une occasion de renforcer la prise en compte de la dimension spécifique dans son activité. De plus, les engagements pris par les Etats Membres dans divers accords internationaux comme le Programme d'action de Beijing, la Déclaration du Millénaire et les résolutions des Nations Unies doivent se traduire par des mesures concrètes dans le secteur de la santé et un mandat très clair en faveur de la prise en compte de la sexospécificité dans l'action de l'OMS.

Sexospécificité, femmes et santé: prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et les programmes, cent seizième session OMS, 12 mai 2005

- ❑ Pour assurer l'équité en matière de santé, il est indispensable que le secteur de la santé reconnaisse les différences entre femmes et hommes du point de vue du sexe biologique et du sexe social, ce dernier se rapportant aux rôles et responsabilités socio-économiques conférés par la société et la famille.■

PATHOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE DE LA PETITE FILLE ET DE L'ADOLESCENTE

Place de la gynécologie de l'enfance et de l'adolescence

- ❑ Les problèmes de santé de la femme en ce qui la caractérise c'est-à-dire l'appareil génital peuvent débuter dès la naissance, et se poursuivre tout au long de la vie.
- ❑ Les problèmes gynécologiques de la petite fille et de l'adolescente sont spécifiques et méritent une prise en charge sérieuse.

Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence. Historique 1

- ❑ Les pathologies gynécologiques de la petite fille et de l'adolescente ne sont vraiment pris spécifiquement en compte que depuis une soixantaine d'années:
- ❑ Le premier livre de gynécologie pédiatrique est paru en 1939 publié par un médecin hongrois.
- ❑ En 1940 à Prague est fondé le 1er service hospitalier de gynécologie pour l'enfant et l'adolescente.

Historique 2

- ❑ Les pays d'Europe de l'Est ont été les premiers à ouvrir des consultations spécialisées pour l'enfant et l'adolescente.
- ❑ Depuis une trentaine d'années, dans les pays d'Europe de l'Ouest et les USA, on voit se créer ces mêmes consultations particulières pour la petite fille et l'adolescente.

Historique 3

- ❑ En 1971 se tient à Lausanne le 1er Symposium international traitant de la gynécologie de l'enfant et de l'adolescente de même que fut créée la Fédération Internationale de Gynécologie Infantile et Juvénile.

Fréquence de la pathologie gynécologique infantile et juvénile

- ❑ En Europe occidentale, 1 à 3% des patientes fréquentant une consultation ont moins de 16 ans.
- ❑ 2,7 % des fillettes ou adolescentes sont atteintes d'une maladie gynécologique.
- ❑ **Chez nous**, au niveau d'une consultation de gynécologie du CHU Mustapha, le taux de fréquentation des petites filles et des adolescentes est de 2%, et celle des petites filles impubères est de 0,7%.
- ❑ Les pathologies sont différentes selon l'âge: à la naissance, chez la petite fille avant la puberté, chez l'adolescente.

Problèmes génitaux à la naissance

- ❑ Ce sont essentiellement les ambiguïtés sexuelles. Elles sont considérées comme une urgence néo-natale pour 2 raisons:

*le pronostic vital peut être mis en jeu (dans l'hyperplasie congénitale des surrénales)

*le choix du sexe d'élevage doit être le plus rapide possible.

➔ **Nécessité de laboratoires disponibles: endocrinologie, cytogénétique...**



Pathologie gynécologique chez la petite fille avant la puberté

Une petite fille peut être amenée à consulter pour:

*une anomalie des organes génitaux externes: morphologiques ou tumorales (tumeurs bénignes ou malignes),

*leucorrhée: pertes généralement d'origine infectieuse.

Un saignement dû à: un traumatisme, une infection, une tumeur,

Une douleur pelvienne qui peut être d'origine gynécologique,

Une puberté précoce.

Problèmes gynécologiques de l'adolescente

Troubles des règles: douleur, hémorragie, absence de règles, cycles longs,

Prise en charge des grossesses chez l'adolescente,

Chez l'adolescente, l'accent doit être mis avant tout sur la prévention:

○ L'éducation sexuelle pour la prévention des grossesses et des infections (qui peuvent être à l'origine de stérilité ou de cancer du col de l'utérus),

○ Tout récemment, la prévention du cancer du col par le vaccin.

Prise en charge des problèmes gynécologiques de la petite fille

Nécessité de consultations spécialisées pour l'enfant avec un personnel médical multidisciplinaire:

○ gynécologues formés pour exercer cette sous-spécialité,

○ endocrinologues pédiatriques,

○ pédiatres.

En parallèle au personnel médical spécialisé, il y a nécessité à disposer de laboratoires adéquats et de centre d'imagerie médicale.

Problèmes particuliers à l'adolescente

Les pathologies sont prises en charge par les spécialistes,

La prévention (des infections, des grossesses non désirées) fait appel à:

○ l'éducation sexuelle qui concerne différents secteurs: éducation nationale, associations, santé.

○ tout récemment le vaccin anti papilloma virus humain contre l'apparition du cancer du col utérin ■

RESULTATS DE L'ENQUETE NATIONALE A INDICATEURS MULTIPLES SITUATION DE LA FEMME

Préface

Le suivi de la situation des enfants et des femmes constitue une préoccupation majeure du Gouvernement Algérien. La mise en place des politiques efficaces dans le domaine de la santé, de l'éducation, ainsi que leur suivi, sont tributaires de la disponibilité de données fiables et actualisées.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le projet de coopération entre le Gouvernement Algérien et l'UNICEF à travers la réalisation de l'enquête MICS3 Algérie 2006. Il s'agit d'une enquête par sondage effectuée auprès de 29.476 ménages, qui constitue la troisième du genre, les enquêtes MICS1 et MICS2 ayant été réalisées en 1995 et 2000.

A l'occasion de la publication du rapport préliminaire, nous remercions particulièrement le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), pour sa contribution efficace et son entière disponibilité dans la conduite de ce projet.

Nous tenons à remercier également toutes les agences onusiennes qui ont contribué financièrement à la réalisation de cette enquête, en l'occurrence le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Système de Coordination des Nations Unies et l'ONU/SIDA.

Il nous est agréable d'adresser nos remerciements à la Direction du projet Pan Arabe pour la santé de la famille pour ses efforts soutenus lors des ateliers régionaux de coordination au niveau de la région MENA.

Nous remercions enfin, l'ensemble des membres du comité consultatif de l'enquête MICS3, ainsi que le corps des enquêtrices, des contrôleurs et les personnels d'appui technique qui ont contribué à la réalisation de ce projet.

Mohamed Boumati, Directeur National de l'Enquête
Directeur Général de l'ONS



TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS INDICATEURS MICS ET OMD, ALGERIE, 2006

RUBRIQUE	Numéro d'indicateur MICS3	Numéro d'indicateur OMD	INDICATEURS	VALEUR
Nutrition	6	4	Prévalence de l'insuffisance pondérale (-2ET)	3.7%
			Prévalence de l'insuffisance pondérale (-3ET)	0.6%
	7		Prévalence des retards de croissance (-2ET)	11.3%
			Prévalence des retards de croissance (-3ET)	3.0%
	8		Prévalence de l'insuffisance statur pondérale (-2ET)	2.9%
			Prévalence de l'insuffisance statur pondérale (-3ET)	0.6%
	45		Première mise au sein (-01 heure)	49.5%
	15		Taux d'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois	6.9%
	16		Taux d'allaitement continu au sein	46.5%
	17		Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	39%
41		Consommation du sel iodé	60.7%	
Santé de l'enfant	25		Couverture vaccinale contre la tuberculose	99.0%
	26		Couverture vaccinale contre la polio	93.9%
	27		Couverture vaccinale contre la DTC	94.8%
	28	15	Couverture vaccinale contre la rougeole	90.5%
	31		Enfants complètement vaccinés	88.0%
	29		Couverture vaccinale contre l'hépatite	79.8%
	22		Traitement antibiotique des enfants présentant une IRA	59%
	23		Soins médicaux à l'égard des enfants présentant une IRA	52.6 %
	33		Taux d'utilisation des TRO	26.6 %
	24	29	Combustibles solides	1.2%
Environnement	11	30	Utilisation de sources d'eau potables améliorées	85.1%
	12	31	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	92.7%
Santé de la reproduction	21	19c	Prévalence contraceptive	61.4%
	4	17	Assistance par un personnel qualifié	95.2%
	5		Accouchements dans un établissement spécialisé	95.3%
	20		Soins prénatals	89.4 %
Education	55	6	Taux net de scolarisation au primaire	96.5%
	61	9	Indice de parité par genre au cycle primaire	0.99%
Protection de l'enfant	62		Enregistrement des naissances	99.3%
	67		Mariage avant 15 ans	0.8%
			Mariage avant 18 ans	7.8%
	68		Jeunes femmes de 15-19 ans mariées	1.8%
		Polygamie (15-19 ans)	4.4%	
VIH/SIDA	82	19b	Parfaite connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA	15.4%

Indicateurs		Urbain	Rural	Total
CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION				
Structure par âge	Enfants de moins de 5 ans	8.3	8.8	8.5
	Enfants âgés entre 5 et 14 ans	18.7	20.9	19.7
		65.1	63.1	64.2
	Population du troisième âge	8.0	7.2	7.6
Instruction	Proportion de personnes âgées de 6 et plus qui fréquentent ou ont fréquenté l'école	83.3	72.1	78.6
	Masculin	88.7	81.0	84.9
	Féminin	78.8	64.0	72.3
Analphabétisme	Taux d'analphabétisme de la population de 10 ans et plus	18.2	31.6	24.0
	Masculin	12.4	21.8	16.5
	Féminin	24.1	41.3	31.6
CONDITIONS DE VIE				
Type d'habitat	Maison individuelle/villa	50.0	46.9	48.7
	Appartement	31.7	4.5	20.3
	Maison traditionnelle	14.5	40.8	25.6
	Habitat précaire	3.0	6.7	4.6
Nombre de pièces	1 Pièce	11.6	18.1	14.0
	2 Pièces	20.5	26.3	22.9
	3 Pièces	37.3	25.3	32.3
	4 Pièces et plus	30.6	30.2	30.3
Accès aux réseaux publics	Proportion des logements rattachés au réseau de gaz naturel	60.7	7.7	38.4
	Proportion des ménages utilisant le gaz en bouteille	38.7	89.1	59.8
	Proportion des logements disposant de l'électricité	99.4	97.6	98.6
Assainissement	Proportion des logements rattachés au réseau d'assainissement	92.7	56.6	78.4
SANTÉ GÉNÉRALE				
Maladies chroniques	Prévalence des maladies chroniques	11.5	9.3	10.5
	Masculin	9.2	7.5	8.4
	Féminin	13.9	11.1	12.6
	Prévalence des maladies chroniques selon le type			
	Hypertension artérielle	4.9	3.7	4.4
	Diabète	2.6	1.5	2.1
	Maladies cardiovasculaires	1.3	0.9	1.1
	Asthme	1.4	1.0	1.2
	Maladies articulaires	1.7	1.7	1.7
	Autres	2.5	2.3	2.2

Indicateurs		Urbain	Rural	Total
Handicaps	Prévalence des handicaps	2.4	2.7	2.5
	Part de l'handicap sévère	41.4	37.3	39.5
	Répartition des handicapés selon le type			
	La vue	21.4	25.2	23.2
	L'ouïe	14.7	17.2	15.9
	Compréhension et de communication	32.4	28.2	30.4
	Mouvement	43.9	44.7	44.2
	Soins personnels	17.8	15.3	16.7
Interaction avec les gens	20.0	16.9	18.6	
SITUATION DES ENFANTS				
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois				
Vaccination	BCG	99.2	98.7	99.0
	Polio1	98.6	97.7	98.2
	Polio2	98.1	95.3	96.8
	Polio3	95.7	91.8	93.9
	DTCoq1	98.6	98.0	98.3
	DTCoq2	98.1	95.6	97.0
	DTCoq3	96.6	92.8	94.8
	Rougeole	92.5	88.1	90.5
	HBV1	88.8	91.2	89.9
	HBV2	86.4	89.4	87.8
	HBV3	80.2	79.4	79.8
SITUATION DE LA FEMME				
Situation matrimoniale	Proportion des femmes célibataires	52.1	53.1	52.6
	Proportion des femmes mariées	44.2	44.6	44.3
	Proportion des femmes veuves	2.3	1.2	1.8
	Proportion des femmes divorcées	1.4	1.2	1.3
Niveau d'instruction	Proportion des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction	13.2	34.0	22.4
	Proportion des femmes ayant le niveau primaire	15.5	22.2	18.4
	Proportion des femmes ayant le niveau moyen	29.4	24.2	27.1
	Proportion des femmes ayant le niveau secondaire	29.1	15.6	23.1
	proportion des femmes ayant le niveau supérieur	12.8	4.1	8.9
Situation individuelle	Proportion des femmes occupées	14.4	8.9	12.2
	Proportion des femmes au foyer	57.6	72.6	63.6
	Proportion des femmes actives	21.0	12.5	17.6
Nuptialité	Age Moyen au premier mariage	30.0	29.7	29.9

AUTRES PRINCIPAUX INDICATEURS

Indicateurs		Urbain	Rural	Total
Connaissance des méthodes contraceptives	Pilule	99.2	99	99.1
	Stérilet	92.9	83.0	88.6
	Injectables	64.5	59.3	62.3
	Condom	77.7	59.5	69.6
	Crèmes ou gelées	23.6	15.1	19.9
	Ligature des trompes	63.3	58.2	61.1
	Stérilisation masculine	11.4	6.1	9.1
	Allaitement prolongé	85.2	80.1	83.0
	Méthode du calendrier	79.9	64.4	73.1
	Retrait	66.8	50.8	59.8
	Méthodes modernes	52.0	51.9	52.0
Prévalence contraceptive	Pilule	44.6	47.5	45.9
	DIU	2.9	1.6	2.3
	Condom	3.0	1.6	2.3
	Méthodes traditionnelles	10.5	8.0	9.4
	Allaitement prolongé	1.6	2.3	1.9
	Méthode du calendrier	5.0	2.9	4.1

CONTEXTE ET OBJECTIFS

INTRODUCTION

Le présent rapport préliminaire reprend les principaux résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples de l'Algérie, réalisée en 2006 par l'Office National des Statistiques en collaboration avec le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. L'UNICEF, la coordination des Nations Unies, l'UNFPA et l'ONU/SIDA ont appuyé techniquement et financièrement la réalisation de cette enquête. Celle-ci a pour principal objet, le suivi de la réalisation des objectifs définis par les récentes conventions internationales : la déclaration du millénaire, adoptée en septembre 2000 à l'unanimité par les 191 états membres de l'ONU et le plan d'action de la campagne «un monde digne des enfants», adopté par

189 états membres lors de la session spéciale de Nations Unies sur l'enfance en mai 2002. Ces deux engagements s'appuient sur les promesses faites par la communauté internationale lors du sommet mondial de l'enfance en 1990. Par la signature de ces conventions internationales, les gouvernements s'étaient engagés à améliorer les conditions de vie des enfants et à assurer le suivi et la mise en œuvre de ces engagements. L'UNICEF joue un rôle d'appui dans ce processus (voir encadré).

L'enquête MICS3 fournit pour plusieurs indicateurs, des données au niveau sous-régionales, ce qui permettra au gouvernement et à ses partenaires, d'analyser les disparités régionales lorsqu'elles existent et de mettre en place les programmes nécessaires pour les réduire et les éliminer.

OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES

1- CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES:

Les femmes âgées de 15 à 49 ans représentent 56,3 % de l'ensemble de la population féminine. 55,9% d'entre elles résident en milieu urbain et 44,1% en zone rurale.

La population féminine âgée de 15 à 49 ans se compose de 44,3% de mariées, de 52,6% de célibataires, de 1,8% de veuves et de 1,3% de divorcées.

■ Plus d'une femme sur 2 (59,1%) a un niveau moyen ou plus: 71,3% urbain et 43,8% dans le rural.

■ Une femme sur 3 (32%) a un niveau secondaire ou plus: 41,9% en milieu urbain et 19,6% en zone rurale.

■ Près d'une femme sur 10 (8,9%) a atteint le niveau d'études supérieures: 12,8% dans l'urbain et 4% dans le rural.

En termes d'activité économique, sur l'ensemble des femmes de 15-49 ans, 12,2% seulement se sont déclarées occupées; 14,4% en milieu urbain et 8,9% en zone rurale. La plus grande majorité (63,6%) des femmes sont des femmes au foyer ou femme qui s'occupent exclusivement des tâches inhérentes à leur foyer (57,6% des citadines et 72,6% des rurales). La population féminine active ne représente que 17,6% du total des femmes en âge de procréer; 21,0% pour les urbaines et 12,5% pour les rurales.

Tableau HH6: Caractéristiques générales des femmes âgées de 15-49 ans
MICS3 ALGERIE 2006

		URBAIN	RURAL	TOTAL
Age de la femme	15-19 ans	18.3	20.3	19.2
	20-24 ans	19.1	20.3	19.6
	25-29 ans	15.7	17.3	16.4
	30-34 ans	14.1	14.0	14.0
	35-39 ans	12.6	11.4	12.1
	40-44 ans	11.4	9.5	10.5
	45-49 ans	8.9	7.3	8.2
	Total	100	100	100
Etat matrimonial	Célibataires	52.1	53.1	52.6
	Mariées	44.2	44.6	44.3
	Veuves	2.3	1.2	1.8
	Divorcées	1.4	1.2	1.3
	Total	100	100	100
Niveau d'instruction	Aucun	13.2	34.0	22.4
	Primaire	15.5	22.2	18.4
	Moyen	29.4	24.2	27.1
	Secondaire	29.1	15.6	23.1
	Supérieur	12.8	4.0	8.9
Total		100	100	100

2- Nuptialité:

La nuptialité est un des facteurs qui affecte le comportement procréateur des femmes et joue un rôle déterminant sur le niveau de la fécondité.

L'âge moyen au premier mariage calculé par la méthode indirecte de Hadjnal, est estimé à 33.5 ans pour les hommes et 29.9 ans chez les femmes.

Le calendrier de la nuptialité varie selon le niveau d'instruction, plus la personne est instruite, plus l'âge de l'union est retardé, quel que soit le sexe. Les femmes instruites se marient plus tard que les femmes sans instruction. (28.7 ans pour les femmes sans instruction et 33.1 ans pour les femmes ayant le niveau supérieur).

Tableau MA1: Age au premier mariage (ans)

Age moyen au premier mariage (SMAM) selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence, MICS3 ALGERIE 2006

		HOMMES	FEMMES
Niveau d'instruction	Aucun	30.4	28.7
	Primaire	33.0	29.6
	Moyen	33.9	29.0
	Secondaire	33.8	29.6
	Supérieur	34.8	33.1
Milieu de résidence	Urbain	34.2	30.0
	Rural	32.6	29.7
	Total	33.5	29.9

Le mariage à un âge précoce a de néfastes effets sur le plan physique, intellectuel, psychologique et émotionnel. En outre, il ne permet pas aux femmes de bénéficier d'une scolarité normale et d'avoir par conséquent des perspectives d'avenir sur le plan économique et social.

Le risque d'abandonner les études, d'avoir un niveau de fécondité élevé et d'être exposé à la violence domestique et à la mortalité maternelle, est plus important chez les femmes mariées très jeunes.

Le mariage des moins de 15 ans concerne 0,8% du total des femmes de 15 à 49 ans alors que la proportion des femmes mariées avant d'atteindre 18 ans (Age légal pour se marier) concerne 7,8% des femmes de 15-49 ans.

Cependant, la précocité du mariage semble affecter particulièrement les anciennes générations: la proportion augmente avec l'âge de la femme, passant de moins de 2 % auprès du groupe d'âge 20-24 ans pour atteindre plus du cinquième (21.1%) des femmes âgées entre 45 et 49 ans.

Aussi, 4.4 % des femmes en union, âgées de 15 à 49 ans, sont mariées à des conjoints polygames.

Cette proportion augmente régulièrement avec l'âge: elle passe de 1.9% chez les jeunes femmes âgées entre 20-24 ans à 6.1% auprès des femmes âgées de 45-49 ans.

3- La fécondité

La fécondité constitue le moteur principal de la transition démographique en Algérie devant la mortalité, notamment des enfants. Elle est également une composante essentielle de la santé reproductive et infantile. Le niveau de la fécondité a été obtenu par mesure indirecte du modèle Brass, fondée sur la comparaison des taux de fécondité déclarés par période et des parités moyennes déclarées. Trois indicateurs ont été ainsi estimés, à savoir les taux de fécondité générale par âge, l'indice conjoncturel de fécondité ou la somme des naissances réduites et l'âge moyen à la maternité. Les résultats de l'enquête révèlent un indice conjoncturel de fécondité de 2,27 enfants par femme et un âge moyen de maternité de 31,02 ans.

La répartition des taux de fécondité par âge traduit une courbe en cloche, conforme à la tendance universelle avec un pic au niveau du groupe d'âge de 30-34 ans (129,2 pour 1000).

Tableau CP.5: Mariage précoce et polygamie

Part relative des femmes âgées de 15-49 ans mariées avant d'atteindre 15 ans, 18 ans, part relative des femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées, et part relative des femmes mariées à des conjoints polygames, MICS3 ALGERIE 2006

Régions		% mariées avant l'âge de 15 ans*	Nombre de femmes 15-49 ans	% mariées avant d'atteindre 18 ans	Nombre des femmes âgées de 20-49 ans	% des femmes âgées de 15-19 ans mariées**	Nombre des femmes âgées de 15-49 ans	% des femmes âgées de 15-49 ans mariées à des conjoints polygames***	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées
Région	Centre	1,1	15.311	8,5	12.600	1,8	2.711	3,3	6.867
	Est	0,5	13.745	5,1	10.914	1,1	2.831	4,2	5.856
	Ouest	0,6	10.198	8,2	8.336	2,0	1.862	5,3	4.505
	Sud	1,3	4.389	12,9	3.428	3,3	961	7,3	2.091
Age	15-19	0,0	8.365	0,0	0	1,8	8.365	1,8	148
	20-24	0,1	8.571	1,8	8.571	,	0	1,9	1.523
	25-29	0,4	7.147	3,2	7.147	,	0	2,4	3.057
	30-34	1,0	6.130	5,9	6.130	,	0	4,0	3.843
	35-39	1,7	5.259	10,5	5.259	,	0	5,2	3.956
	40-44	1,4	4.604	15,4	4.604	,	0	5,6	3.788
	45-49	2,8	3.567	21,1	3.567	,	0	6,1	3.003
Education	Aucun	2,6	9.776	17,5	9.279	6,2	497	6,5	6.639
	Primaire	0,7	8.046	9,2	7.005	3,1	1.041	4,0	4.035
	Moyen	0,3	11.836	4,4	8.417	1,9	3.419	3,1	4.311
	Secondaire	0,1	10.091	1,7	6.981	0,7	3.110	3,2	3.425
	Supérieur	0,0	3.892	0,1	3.595	0,0	297	2,3	910
	Total	0,8	43.642	7,8	35.277	1,8	8.365	4,4	19.319

*Indicateur MICS n.67 **Indicateur MICS n.68 ***Indicateur MICS n.70

Tableau FC1: Indicateurs de fécondité

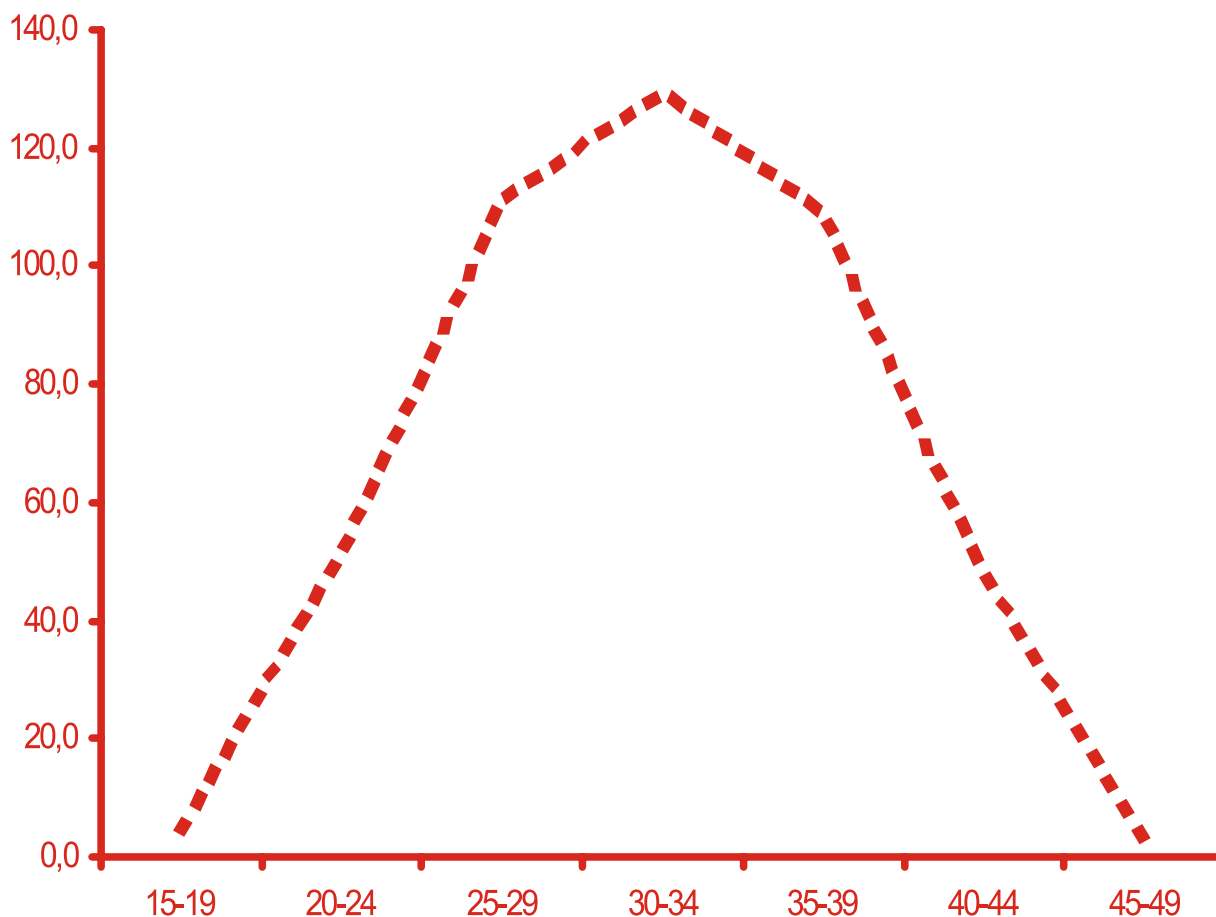
Taux de fécondité générale par âge, Indice conjoncturel de fécondité et âge moyen à la maternité des femmes 15-49 ans MICS3-Algérie-2006

Groupe d'âge des femmes	Taux de fécondité par âge	Effectif des femmes 15-49 ans
15 - 19	0.0044	8365
25 - 29	0.1111	7.147
35 - 39	0.1089	5.259
45 - 49	0.0023	3.567
Total		43.642
Indice Conjoncturel de la fécondité	2,2700	
Age moyen à la maternité (ans)	31,0200	

Des disparités sont observées selon le milieu de résidence. L'ISF chute à 2.19 enfants par femme en urbain, mais passe à 2.38 en zone rurale. Les zones rurales se

démarquent essentiellement par un niveau de fécondité nettement plus élevé auprès des tranches d'âges 30-34 ans et 35-39 ans.

Graphe 4: Taux de fécondité par âge (pour 1000 femmes 15-49 ans)



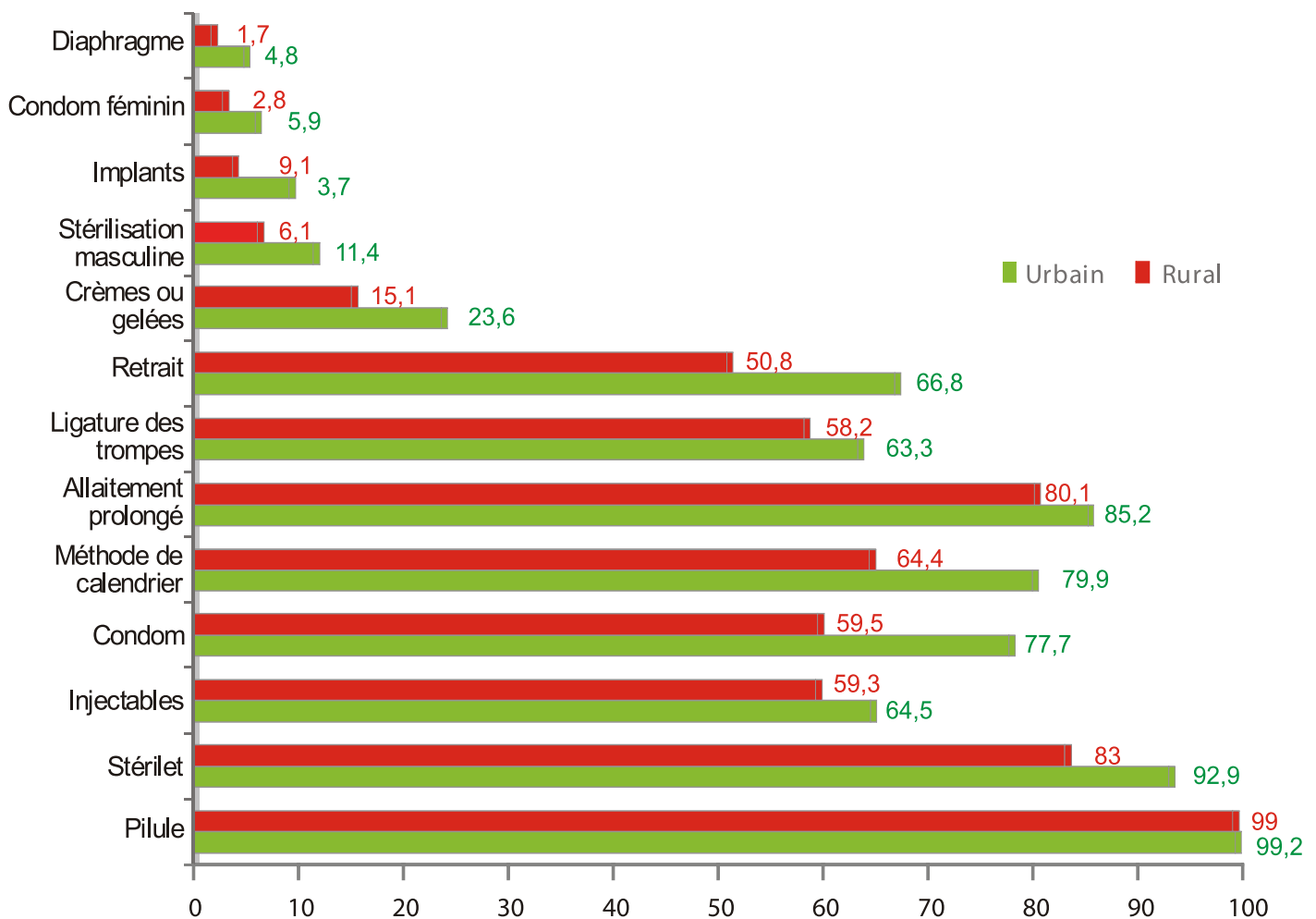
4- Planification familiale

La planification familiale a été l'un des principaux facteurs de l'infléchissement de la fécondité en Algérie. Bien que le premier programme de maîtrise de la croissance démographique remonte à février 1983, dans les faits, les prestations d'espacement des naissances ont été intégrées précocement dans les soins de santé de base, à la fin des années 60.

La majorité des femmes Algériennes âgées de 15 à 49 ans connaissent les méthodes contraceptives les plus

usitées, la pilule est la méthode la plus connue (99,1% des femmes enquêtées). Déclaré par près de 9 femmes sur 10 (88,6%), le stérilet arrive en seconde position, par ordre d'importance, les autres méthodes les plus connues sont l'allaitement maternel, la méthode du calendrier, le condom et les injectables. Les méthodes contraceptives les moins connues sont le diaphragme, le condom féminin, les implants et la stérilisation masculine.

Grphe 5: Part des femmes de 15 à 49 ans selon leur connaissance des méthodes contraceptives MICS3 ALGERIE 2006



La prévalence contraceptive chez les femmes mariées âgées entre 15 et 49 ans est estimée à 61,4%; 62,5% chez les femmes urbaines et 59,9 % chez les rurales. 52,0% des femmes utilisent une méthode contraceptive moderne et 9,4% une méthode traditionnelle.

Qu'elles soient modernes ou traditionnelles, les méthodes contraceptives sont utilisées dans des proportions presque équivalentes en milieu urbain et en zone rurale. La proportion des femmes urbaines qui utilisent les méthodes traditionnelles est paradoxalement supérieure à celles des femmes rurales (10,5% vs 8,0%).

Des différences significatives selon le nombre d'enfants en vie sont observées en ce sens que, la prévalence contraceptive est de l'ordre de 2,9% chez les femmes sans enfants en vie, de 55,2% chez les primipares et de 73,9% chez les femmes ayant eu 3 enfants.

La pilule est la méthode contraceptive la plus usitée, sa prévalence est de 45,9% de l'ensemble des femmes mariées en âge de procréer; la prévalence des femmes mariées qui utilisent le DIU comme méthode contraceptive est de 2,3%.

Tableau RH.1: Utilisation de la contraception - Taux de prévalence contraceptive des femmes mariées âgées entre 15-49 ans, MICS3 ALGERIE 2006*

		% des femmes actuellement mariées utilisant										Méthode moderne	Méthode traditionnelle	N'importe quelle méthode*	Nombre de femmes actuellement mariées
		Méthodes Modernes						Méthodes traditionnelles							
		Aucune méthode	Ligature des trompes	Pilule	DIU	Condom	Autres méthodes modernes	Allaitement prolongé	Méthode du calendrier	Retrait	Autre				
Région	Centre	36,4	1,3	44,2	3,0	3,4	,3	1,5	5,2	4,5	,1	52,3	11,3	63,6	6.867
	Est	40,8	,7	42,8	2,2	2,4	,4	2,0	4,6	3,9	,1	48,6	10,6	59,2	5.856
	Ouest	35,1	1,5	56,7	1,2	1,1	,1	1,4	2,1	0,7	,1	60,6	4,3	64,9	4.05
	Sud	47,5	,4	37,0	2,8	1,3	,4	4,0	3,1	3,3	0,1	41,9	10,6	52,5	2.091
Strate	Urbain	37,5	1,1	44,6	2,9	3,0	,4	1,6	5,0	3,8	,1	52,0	10,5	62,5	10.757
	Rural	40,1	1,0	47,5	1,6	1,6	,2	2,3	2,9	2,7	0,1	51,9	8,0	59,9	8.562
Age	15-19	80,0	,0	16,7	,0	,4	,0	,3	2,1	0,6	,0	17,0	3,0	20,0	148
	20-24	56,8	,0	36,7	,5	,6	,1	2,1	1,7	1,4	,0	38,0	5,2	43,2	15.323
	25-29	41,9	,0	48,7	,6	2,1	,1	2,3	2,2	2,0	,0	51,6	6,5	58,1	3.057
	30-34	33,0	,3	52,5	2,1	2,8	,1	2,5	3,7	3,0	,0	57,9	9,2	67,0	3.843
	35-39	30,9	,8	51,6	2,9	2,5	,3	2,7	4,6	3,6	,1	58,1	11,0	69,1	3.956
	40-44	31,1	1,9	47,6	3,9	3,0	,6	1,6	5,8	4,3	,2	57,0	11,9	68,9	3.788
	45-49	51,0	2,9	31,1	2,7	2,0	,5	,2	4,8	4,5	,2	39,2	9,8	49,0	3.003
Nombre d'Enfants	0	97,1	,0	2,4	,0	,0	,0	0,	0,2	0,2	0,0	2,5	,4	2,9	2.029
	1	44,8	,1	45,5	,5	2,1	,1	2,0	3,1	1,8	0,0	48,2	6,9	55,2	2.657
	2	30,2	,6	54,2	2,2	3,2	,2	1,8	4,3	3,4	0,0	60,4	9,5	69,8	3.253
	3	26,1	1,2	54,7	3,4	2,9	,1	1,8	5,0	4,6	0,2	62,3	11,5	73,9	3.238
	4 et +	30,4	1,8	50,1	3,1	2,4	,6	2,5	4,9	4,0	0,1	58,1	11,5	69,6	8.141
Education	Aucun	42,8	1,4	45,3	1,7	,9	,4	2,3	2,4	2,7	,1	49,8	7,5	57,2	6.639
	Primaire	37,9	1,5	46,2	2,4	1,9	,3	2,0	3,9	3,9	,1	52,2	9,9	62,1	4.035
	Moyen	37,8	,7	46,7	2,6	2,4	,2	1,6	4,4	3,5	,0	52,7	9,6	62,2	4.311
	Secondaire	33,1	,4	47,4	2,7	4,6	,2	1,8	6,0	3,7	,1	55,3	11,6	66,9	3.425
	Supérieur	37,1	,9	39,5	4,5	6,0	,3	1,2	7,5	3,0	,0	51,2	11,7	62,9	910
Total		38,6	1,1	45,9	2,3	2,3	,3	1,9	4,1	3,3	,1	52,0	9,4	61,4	19.319

* Indicateur MICS n 21; Indicateur MDG n 19C

5- Soins maternels

Durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, la mère et le nouveau-né sont exposés à des risques sanitaires. La prévention des risques et des complications de la grossesse par une prise en charge sanitaire de la grossesse, de l'accouchement et du suivi post-natal sont des facteurs essentiels pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Le suivi prénatal est nécessaire au bon déroulement des grossesses; de même il constitue la meilleure prévention contre la mortalité maternelle

Aussi, 89.4% des naissances ont fait l'objet d'un suivi auprès d'un personnel qualifié, contre 9.7% qui n'ont pas bénéficié d'aucune consultation prénatale. Il est également à relever que la majorité des consultations (76.4%) a été faite par les médecins.

Tableau RH.3: Soins prénatals

Structure des femmes âgées entre 15-49 ans ayant une naissance vivante durant les deux dernières années avant l'enquête selon le type de personnel ayant prodigué les soins prénatals, MICS3 ALGERIE 2006

		Personnel assurant les soins prénatals					Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante durant les deux dernières années
		Médecin	Sage -emme Infirmière	Autre ND	Pas de soins prénatals	Personnel qualifié	
Région	Centre	80,2	11,5	1,3	7,0	91,7	1.861
	Est	78,1	10,6	0,8	10,4	88,7	1.713
	Ouest	78,6	10,2	0,6	10,6	88,8	1.273
	Sud	58,7	27,8	0,3	13,2	86,5	714
Strate	Urbain	80,4	13,3	0,7	5,6	93,7	2.953
	Rural	71,9	12,7	1,1	14,3	84,6	2.608
Age	15-19	69,5	12,2	0,0	18,3	81,7	30
	20-24	80,4	12,7	0,7	6,2	93,1	689
	25-29	81,1	10,9	0,8	7,2	91,9	1.552
	30-34	77,5	13,0	0,6	8,9	90,5	1.531
	35-39	72,0	14,7	0,7	12,7	86,7	1.176
	40-44	67,4	15,5	2,1	15,0	82,9	537
	45-49	51,0	18,5	5,6	25,0	69,4	47
Education	Aucun	63,3	13,8	1,3	21,6	77,0	1.542
	Primaire	76,2	14,2	0,7	8,9	90,4	1.067
	Moyen	79,9	14,4	0,8	4,9	94,3	1.406
	Secondaire	85,3	11,1	0,4	3,1	96,4	1.230
	Supérieur	91,3	6,3	1,2	1,2	97,5	326
Total		76,4	3,0	0,9	9,7	89,4	5.561

* Indicateur MICS n.20

L'assistance pendant l'accouchement qui consiste à suivre le déroulement de l'accouchement par un personnel qualifié (médecin, sage femme ou infirmière) est à même d'assurer la survie de la mère et de l'enfant, en établissant un diagnostic précis des éventuelles complications qui peuvent survenir et en procédant à un traitement approprié et rapide de ces complications.

Selon les données de l'enquête, 95,2% des naissances

survenues au cours des deux dernières années précédant l'enquête ont été assistées par un personnel médical; 98,1% en milieu urbain et 92% en zone rurale.

Plus de 3 accouchements sur 4, ont été assistés par une sage femme ou une infirmière. Les médecins arrivent en seconde position, avec 17,2%.

Par ailleurs, l'accouchement en milieu assisté estimé à 95,3%.

Tableau RH.5: Assistance à l'accouchement Structure des femmes âgées entre 15-49 ans ayant une naissance vivante durant les deux dernières années Selon le type de personnel ayant assisté à l'accouchement. MICS3 ALGERIE 2006

		Personnel ayant assisté à l'accouchement									Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante durant les deux dernières années
		Medecin	Sage -emme Infirmière	Accoucheuse traditionnelle	Parent/Amie	Autre ND	Personne	Total	Personnel Qualifié*	Accouchement en milieu assisté**	
Région	Centre	23,8	71,4	2,4	1,0	1,1	0,1	100	95,2	95,3	1.861
	Est	15,2	81,4	1,3	0,4	1,3	,3	100	96,6	97,1	1.713
	Ouest	16,0	80,6	1,5	1,1	0,8	0,0	100	96,6	96,0	1.273
	Sud	6,9	82,8	6,8	2,2	1,3	0,1	100	89,6	89,7	714
Strate	Urbain	20,7	77,4	0,6	0,2	1,0	0,0	100	98,1	98,3	2.953
	Rural	13,2	78,7	4,5	2,0	1,4	0,2	100	92,	91,8	2.608
Age	15-19	14,9	69,2	12,5	3,3	0,0	0,0	100	84,1	84,6	30
	20-24	15,9	81,1	1,1	0,9	0,8	0,1	100	97,0	96,9	689
	25-29	19,2	77,1	1,5	1,0	1,2	0,0	100	96,3	96,4	1.552
	30-34	17,2	77,8	2,9	1,1	1,0	0,0	100	95,0	95,2	1.531
	35-39	15,7	79,4	2,8	0,8	1,1	0,2	100	95,1	95,0	1.176
	40-44	17,2	74,9	4,0	1,4	2,2	0,3	100	92,1	91,7	537
	45-49	7,9	83,8	2,1	0,8	5,6	0,0	100	91,5	91,5	47
Education	Aucun	9,3	789,9	6,8	3,0	1,8	0,2	100	88,3	88,0	1.542
	Primaire	15,1	81,4	1,7	0,6	1,2	0,0	100	96,5	96,5	1.057
	Moyen	17,8	80,5	0,6	0,3	0,8	0,0	100	98,3	96,3	1.406
	Secondaire	24,8	73,9	0,3	0,1	0,8	0,1	100	98,7	99,1	1.230
	Supérieur	29,9	68,0	0,0	0,2	1,6	0,3	100	97,9	98,5	326
Total		17,2	78,1	2,4	1,0	1,2	0,1	100	95,2	95,3	5.561

* indicateur MICS n. 4; indicateur MDG n. 17 ** indicateur MICS n. 5
 Les données de l'enquête relèvent que 30,6 % des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années ont effectué au moins une consultation postnatale durant la période post-partum (les six semai-

nes suivant l'accouchement).

Cette part atteint 36,5% dans l'urbain contre 23,9% dans le rural, et passe de 18% auprès des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction pour atteindre 50% auprès de celles ayant un niveau universitaire.

Tableau RH.6: Soins postnatals
Structure des femmes âgées entre 15-49 ans ayant une naissance vivante durant les deux dernières années selon le type de personnel ayant prodigué les soins postnatals, MICS3 ALGERIE 2006

		Personnel Consulté					Nombre de femmes
		Médecin	Sage -femme Infirmière	Autre ND	Personne	Personnel qualifié	
Région	Centre	26,7	6,3	2,4	64,2	33,0	1.861
	Est	23,9	6,4	0,9	68,7	30,4	1.713
	Ouest	24,6	6,7	0,9	67,8	31,2	1.273
	Sud	10,9	13,1	0,7	75,3	24,0	714
Strate	Urbain	27,5	9,0	1,3	61,9	36,5	2.963
	Rural	18,5	5,4	1,4	74,5	23,9	2.608
Age	15-19	25,4	10,6	8,7	55,3	36,0	30
	20-24	25,6	9,2	1,2	64,0	34,8	689
	25-29	25,0	8,1	1,2	66,5	33,2	1.552
	30-34	24,1	8,5	0,8	66,4	32,5	1.531
	35-39	20,4	5,1	1,3	73,2	26,5	1.176
	40-44	19,9	3,7	3,1	72,7	23,7	537
	45-49	20,3	7,9	5,6	66,2	28,2	47
Education	Aucun	14,9	3,6	1,9	79,2	18,5	1.542
	Primaire	20,1	7,2	1,6	71,1	27,3	1.067
	Moyen	23,2	8,3	1,4	66,9	31,5	1.406
	Secondaire	31,7	10,8	0,5	57,0	42,5	1.230
	Supérieur	42,5	7,5	1,7	48,3	50,0	326
Total		23,3	7,3	1,4	67,8	30,6	5.561

6- Connaissance sur la transmission du VIH/SIDA

La connaissance du mode de transmission du VIH est indispensable pour lutter contre ce fléau et établir des stratégies de prévention appropriées. L'information constitue une des priorités pour sensibiliser les jeunes et les femmes, qui constituent la population la plus vulnérable, avec

la mise à disposition des moyens et mesures de protection nécessaires.

Les résultats de l'enquête révèlent que 49,6% des femmes âgées de 15 à 49 ans connaissent au moins deux moyens de transmission du VIH/SIDA. Les femmes urbaines sont mieux informées que les rurales sur les moyens d'être contaminées par cette infection (57,5% vs 39,6%).

Tableau HA.3: Parfaite connaissance des voies de transmission du VIH/SIDA
Part relative des femmes âgées de 15-49 ans ayant une parfaite connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA, MICS3 ALGERIE 2006

		Connaît au moins 2 moyens de prévention du SIDA	Identifie correctement 2 préjugés sur la transmission du SIDA	Ont une parfaite connaissance (identifie 2 moyens de prévention et 2 préjugés) *	Nombre de femmes
Région	Centre	49,9	25,5	18,0	15.311
	Est	43,2	22,2	14,4	13.745
	Ouest	58,9	19,2	14,9	10.198
	Sud	47,1	19,9	10,3	4.389
Strate	Urbain	57,5	27,4	19,5	24.394
	Rural	39,6	16,1	10,1	19.248
Age	15-19	41,5	24,5	14,3	8.365
	20-24	51,1	26,0	17,5	8.571
	25-29	46,4	25,3	15,9	16.936
	30-34	55,2	22,1	16,2	6.130
	35-39	51,2	20,9	15,1	5.259
	40-44	48,5	16,5	12,7	4.604
	45-49	46,4	15,9	12,1	3.567
Education	Aucun	28,1	7,3	4,2	9.776
	Primaire	44,3	14,4	9,4	8.046
	Moyen	52,8	23,2	14,9	11.836
	Secondaire	71,7	51,3	40,1	3.892
	Supérieur	0,0	0,0	0,0	1
Total		49,8	22,4	15,4	43.642

* Indicateur MICS n. 82; Indicateur MDG 19

Conclusion

Les résultats de la troisième enquête par grappe à indicateurs multiples, réalisée en 2006, ont permis de mesurer les progrès réalisés par l'Algérie en matière de la situation de la femme et de l'enfant depuis la première enquête du même type, réalisée en 1995. Le terme situation tente de prendre en compte les aspects socio-éducatifs, sanitaires et démographiques.

Les indicateurs susceptibles d'être comparatifs avec d'autres pays ayant réalisé ce projet, sont restitués dans le présent rapport. Ces indicateurs font état d'une avancée remarquable dans les domaines liés aux objectifs du millénaire et d'un monde digne des enfants. **A ce titre, on retiendra particulièrement:**

L'amélioration générale des conditions de vie (électricité, gaz, assainissement);

L'amélioration de l'accès aux soins maternels, notamment l'accouchement assisté;

L'augmentation très significative tant de la connaissance que de la pratique contraceptive;

L'amélioration importante de l'état nutritionnel de l'enfant, marquée par une forte réduction de l'indice de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans;

L'augmentation du taux de scolarisation des enfants dans les cycles primaire et secondaire.

S'agissant des points faibles, qui nécessairement appellent à des stratégies mieux ciblées, il est à signaler:

La persistance d'un niveau insuffisant en iodation du sel de table des ménages;

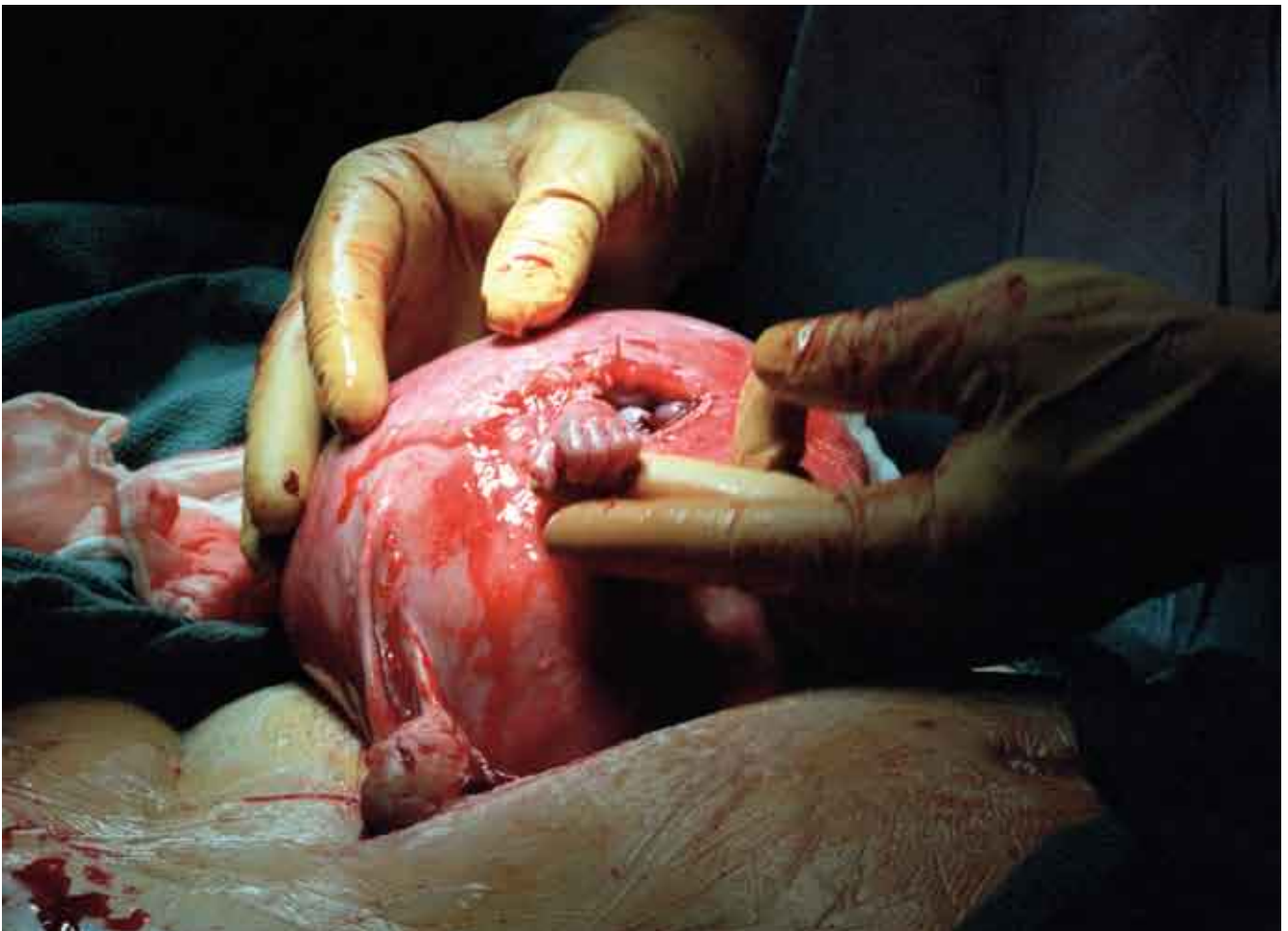
La persistance d'un niveau insuffisant de recours aux consultations postnatales;

La faiblesse de la pratique de l'allaitement exclusif au sein dans les trois (03) premiers mois qui suivent la naissance;

L'utilisation insuffisante des Sels de Réhydratation Orale (SRO) pour la prévention et le traitement des cas de diarrhées;

Le manque à gagner en matière de l'immunisation des enfants de 12-23 mois pour certains antigènes (VAR, DTCP3).

En outre, la publication d'une liste d'indicateurs sous régionaux permettra de situer les écarts enregistrés dans les zones dites défavorisées. Ceci amènera à fixer des objectifs sous régionaux et par la même, à réorienter les politiques et programmes nationaux à l'échelon ciblé des wilayas ■



► Atelier sous Régional pour l'Afrique du Nord sur L'Education aux Droits de L'Homme Alger, Hôtel Aurassi du 17 au 20 Mars 2007

Les principaux axes abordés dans ces journées d'études sont:

- expériences des pays dans la promotion des droits des femmes et dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes grâce à l'éducation aux niveaux primaires et secondaires suivi de débats.
- rôle de la Commission Africaine dans la promotion de l'éducation aux droits de l'homme: charte africaine des droits de l'homme et des peuples ainsi que le protocole additionnel des droits des femmes.

Ce protocole s'inscrit dans le cadre des principes d'égalité et de non discrimination énoncés dans son préambule par la Charte de San Francisco de 1945 constitutive des Nations Unies. En tant qu'instrument régional, il découle de la Charte Africaine des droits et des peuples adoptée en 1981 et qu'il a le mérite

de compléter conformément aux dispositions de l'article 66 de la Charte Africaine tels qu'ils sont reconnus et garantis à tous les êtres humains et notamment aux femmes par les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.

- à la déclaration universelle des droits de l'homme.
- aux pactes internationaux relatifs aux droits civils, politiques, économiques et sociaux.
- à la convention CEDAW et à son protocole facultatif.....
- et à la charte Africaine du bien être de l'enfant.

Les motivations majeurs de ce protocole résident dans la prise de conscience des Etats Africains d'un hiatus existant entre leurs engagements aux conventions internationales et régionales relatives aux droits de l'homme et d'un autre côté la précarité de la situation des femmes faisant

encore l'objet de discriminations et des pratiques néfastes.

Ce protocole pose un jalon supplémentaire à la protection des droits des femmes et à leur pleine jouissance a tous leurs droits humains.

Les droits protégés par ce protocole sont très diversifiés et recouvrent des domaines variés, mais sans vouloir établir toute la liste, il est impératif d'insister uniquement sur le principe d'égalité qui constitue le fondement de tous ces droits reconnus. Ce principe d'égalité et de non discriminations sont quasiment reconnus dans toutes les Constitutions Africaines. L'intérêt de ce protocole, c'est qu'il offre des dispositions qui aident les Etats dans les mesures et actions à prendre pour une protection réelle des droits des femmes.

RECOMMANDATIONS ATELIER 1

► ATELIER 1 - La mise en œuvre du plan d'action international pour l'intégration de la perspective du genre et des droits de l'homme et de la femme :

- élaborer des politiques complètes,
- encourager la ratification du protocole africain,
- intégrer la dimension du genre dans la planification,
- harmonisation des lois nationales,
- adopter des plans d'action nationaux,
- réaliser la complémentarité entre les différents secteurs et administrations et la société civile concernés par les droits de l'homme, et éduquer dans le secteur des droits de l'homme,
- encourager les recherches sur le terrain et l'évaluation des pratiques discriminatoires basées sur

- le sexe, la participation, ...etc,
- expériences de tous les pays pour l'intégration des personnes handicapées et des besoins spécifiques,
- renforcer les capacités des enseignants et du personnel administratif,
- développer les campagnes de sensibilisation,
- utiliser les TIC comme les sites Web et les «News Letters» sur les droits de l'homme,
- intégrer les droits de l'homme dans tous les curriculum vitae des enseignants et directeurs,
- programme de formation continue,
- manuels spécifiques pour tou-

- tes les parties prenantes par groupes, y compris les parents et les enfants,
- créer des mécanismes de surveillance et d'évaluation :
- commissions nationales spécialisées.
- études périodiques.
- système de reporting.
- surveillance de l'impact à travers les visites, les questionnaires, les ateliers,...
- intégrer la question avec les inspecteurs pour surveiller la mise en application,
- manuels pour les inspecteurs et enseignants,
- évaluation sous régionale dans les ateliers spécialisés,

ATELIER SOUS RÉGIONAL POUR L'AFRIQUE DU NORD SUR L'ÉDUCATION AUX DROITS DE L'HOMME.

Qui s'est tenu à Alger du 17 Mars au 20 Mars 2007 à l'Hôtel Aurassi.

La cérémonie d'ouverture est assurée par

Mesdames
Nouara Saâdia Djaffer
et Julia Dolly JOINER
Commissaire aux
Affaires Politiques de
l'Union Africaine,

en présence de
Messieurs :

Tahar BERCHICHE de
l'UNESCO,

Aboubaker KHALDI
Secrétaire Général
du Ministère de
l'Education Nationale

Mme Souad Abdennebi
Abderrahim de
la Commission
Economique des
Nations Unies.

RECOMMANDATIONS ATELIER 2

▶ ATELIER 2 - Stratégie de la sécurité et de la paix à travers l'éducation et l'enseignement.

Résumé:

- Les violations des droits de l'homme, sont un facteur principal dans la menace qui pèse sur la violation des droits des peuples à disposer d'eux-mêmes.

- La politique de l'éducation dans l'exercice des droits humains à l'enseignement.

Approches recommandées:

- lier les valeurs des droits humains à la culture de la société en prenant en compte les spécificités de notre société,

- ancrer les valeurs communes tels que le droit à la paix et à la sécurité en le liant au développement durable,

- respect des droits humains dans les relations familiales et dans les relations des institutions de l'enseignement et les institutions religieuses concernant l'enfant,

- exhorter les institutions sécuritaires et judiciaires à la réhabilitation des autres institutions étatiques concernées par la protection de l'enfance à adopter un curriculum qui respecte les droits humains.

Défis:

- inadéquation des conditions sociales, culturelles, professionnelles et autres,
- jeune expérience de l'état dans la promotion des sociétés.

Perspectives:

- approfondir la pratique des droits de l'homme, au niveau des différentes institutions de l'enseignement,

- sensibilisation de la société sur les pratiques des droits humains.

- oeuvrer au respect de l'autre et de ses droits,

- oeuvrer à éduquer sur les valeurs de la paix et du rejet de la violence,

- coopération étroite de la société civile avec les différentes instances et institutions internationales dans le domaine des droits de l'homme en ce qui concerne l'assimilation de la paix et de la sécurité,

- prendre en compte l'avis de l'enfant et des ONG concernées par la mise en place de toute stratégie d'enseignement en vue d'ancrer les valeurs de paix et de sécurité.

RECOMMANDATIONS ATELIER 3

▶ ATELIER 3 - Mise en place de partenariats (gouvernements, institutions nationales, les Nations Unies, organisations de la société civile) au niveau local pour la promotion des droits des femmes grâce à l'éducation

Les discussions ont porté sur les expériences des pays en matière d'éducation des droits de l'homme. Il est apparu que les pays présents à cet atelier ont introduit dans les programmes scolaires, l'éducation aux droits de l'homme mais, n'ont pas assez de recul pour apprécier l'impact des actions entreprises dans ce domaine.

Il n'en demeure pas moins que la mise en œuvre de ces actions se heurte encore à un certain nombre d'obstacles et contraintes parmi lesquels:

- les mentalités bien que celles-ci aient quelque peu évolué l'image dévalorisante de la femme véhiculée à travers les manuels scolaires, d'alphabetisation et les médias persiste toujours,

- l'existence de disparités régionales ainsi que l'enclavement et l'isolement contraignent les petites filles à la non scolarisation ou à l'abandon scolaire,

- absence ou insuffisance de dialogue à l'intérieur de la famille, entre famille et école et dans la société en général

- difficultés d'accès à l'information des populations isolées notamment des femmes en milieu rural

- insuffisance de coordination inter association au niveau national et international

- manque de formation des éducateurs à l'éducation aux droits de l'homme.

S
O
L
E
N

► Atelier sous Régional pour l'Afrique du Nord sur L'Education aux Droits de L'Homme

Recommandations

- l'éducation aux droits de l'homme ne doit pas se limiter au milieu scolaire mais doit se pratiquer à tous les niveaux (car c'est l'affaire de tous) et pour toutes les catégories de populations notamment en faveur des femmes au foyer,

- pour ce faire, il faut encourager et promouvoir le rôle du mouvement associatif qui oeuvre dans ce sens ainsi que les radios locales outils d'information précieux dans les zones semi-rurales et rurales,

- il est recommandé d'influer sur les décideurs des pays de la région en leur suggérant d'inscrire dans le programme du NEPAD la préoccupation de l'éducation aux droits de l'homme,

- s'agissant de partenariat proprement dit, il est recommandé de multiplier et de renforcer le rôle et les actions des partenaires relais tels que:

- les ministères concernés,
- les organisations des Nations Unies,
- les ONG,

Par ailleurs, il est proposé:

- que les Conseils Nationaux Economiques et Sociaux d'Afrique réunis au sein de l'UCESA intègrent dans leurs activités d'évaluations périodiques la situation des femmes des pays d'Afrique du Nord par rapport à la question des droits de l'homme et à l'application du protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes.

- que l'institut africain pour le développement humain dont nous saluons la création intègre également la question de l'éducation des droits de l'homme en particulier des femmes dans son programme.

- que ces institutions régionales procèdent aux évaluations des progrès réalisés en matière des droits des femmes en collaboration avec

les institutions nationales concernées, ministères de la famille et de la condition féminine, conseils nationaux de la famille et de la femme, commissions nationales des droits de l'homme etc..

- l'éducation aux droits de l'homme doit envisager dans nos pays une étroite collaboration avec les institutions religieuses qui sont influentes auprès des populations et peuvent aider au changement de mentalités.

- l'élaboration d'un annuaire pour la sous région contenant les informations sur les institutions et les ONG qui oeuvrent pour la promotion des droits de l'homme et en particulier des femmes et ce, pour favoriser la constitution d'un réseau.

- encourager des rencontres régionales de ce type avec l'union Africaine, la commission économique pour l'Afrique et les nations unies pour encourager des plaidoyers en faveur des droits des femmes.

Ce protocole à le mérite de ramener le droits des femmes de la sphère théorique de l'universel à la pratique de tout à chacun dans sa vie quotidien de citoyen responsable.

Ce protocole dans son obligation conventionnelle invite les Etats à traduire en actes et mesures concrets les principes et droits énoncés. Les Etats sont dans l'obligation d'incorporer dans les rapports périodiques les indications concernant toutes les mesures prises pour la réalisation effective des droits reconnus dans ce protocole. Les Etats sont tenus d'allouer des budgets adéquats pour la mise en œuvre des droits reconnus.

En Afrique du nord il n'y a que la Libye qui a ratifié ce protocole, d'ailleurs au 22 janvier 2007 il n'est ratifié que par 20 pays sur 43 signataires■



Elle est née le 10 avril 1910 à El-Euma Sétif en Algérie. Elle fut la première femme membre d'un gouvernement Français de 1959-1962

Après des études de lettres, elle devient Professeur de lettres à Alger et vice présidente du Comité Central d'Actions Sociales et de la Solidarité Féminine. Le 30 novembre 1958, elle fut élue députée d'Alger à l'Assemblée Algérienne. Le 8 janvier 1959 elle devient Secrétaire d'Etat chargée des questions sociales en Algérie et de l'évolution du statut personnel du droit musulman dans le gouvernement de Michel Debré.

Elle demeurera jusqu'au 14 avril 1962. Après cette fonction ministérielle elle devient inspectrice général des affaires sociales jusqu'en 1975. En 1979, elle devient membre de la Commission nationale chargée de l'étude des problèmes des Français musulmans et le 2 janvier 2001 elle reçoit la légion d'honneur. Elle est décédée le 1er janvier 2002.

Le 8 janvier 2002 le RPR lui a rendu un vibrant hommage à cet ancien ministre du général de Gaulle, qui avait symbolisé la volonté de l'Etat Français de promouvoir les musulmans d'Algérie et notamment les femmes. Elle restera la première musulmane membre d'un gouvernement Français. Elle restera aussi un exemple d'adhésion aux valeurs républicaine par son engagement et ses efforts.

Lorsqu'elle fut élue le 30 novembre 1958 comme député d'Alger à l'Assemblée Nationale, elle a su mettre ses convictions

1910-2002

...au service de la promotion des droits de la Femme.

En tant que Secrétaire d'état, elle a contribué à la confection de deux textes législatifs qui ont régi le statut personnel des algériens depuis 1959 jusqu'à l'avènement du code de la famille en 1984. Notamment, l'Ordonnance du 04 février 1959 n°59-274 relative au mariage contracté dans les départements d'Algérie, l'Oasis et de la Saoura par les personnes de statut civil local. Elle a été suivie du décret d'application n°59-1082 du 17 septembre 1959.

Les principales mesures bénéfiques de ces deux textes sont:

- le consentement est exprimé verbalement, publiquement et en personne en présence de leurs témoins majeurs, soit devant l'officier d'état civil, soit devant un cadî.

- l'inscription en marge de l'acte de naissance de chacun des deux époux de la notion marié(e).

- la fixation d'un âge révolu au mariage c'est-à-dire 18 ans révolus pour l'homme et 15 ans révolus pour la femme.

- les modalités de dissolution du mariage, qui consacrent que ce dernier n'est dissous que par une décision de justice. Le divorce judiciaire implique des tentatives de réconciliation et des mesures provisoires d'accompagnement comme la pension alimentaire et la garde des enfants.

Homages:

Le journal L'Humanité du 09-01-2002.

Le Monde du 15-01-2002.

Un vœu a été déposé par l'UMP auprès de la mairie de Paris pour que soit attribué le nom de Nafissa SID CARA à une voie parisienne, ce vœu est adopté et inscrit au registre des délibérations municipales sous le numéro 181 ■

Migrants Subsahariens

► Profil des Migrants Subsahariens en Situation Irrégulière en Algérie

Ce document est réalisé par le CISP/SARP en avril 2007. Cette enquête a touché 2048 personnes. Cet exode migratoire que subi l'Algérie des populations subsahariennes notamment des communautés touaregs est composé essentiellement de jeunes.

Il est dû en partie à la situation instable dans l'Afrique de l'Ouest : Côte d'Ivoire, Congo, Nigeria, Niger, Mali. Pour ces jeunes, l'Algérie n'est qu'un tremplin pour l'occident, cette situation d'instabilité est engendrée par les guerres civiles : Le SIERRA LEONE en 1991-2001, Le LIBERIA 1989-1996-1999-2003.

L'Algérie est devenue un pays de transit à cause de sa situation géographique, mais surtout à cause du grand relâchement aux frontières du Sud : ADRAR, EL-OUED, et TAMANSASSET. Cette dernière est devenue le premier poste d'accès des migrants. En 2005, la wilaya de TAMANRASSET a enregistré un flux de 40 nationalités africaines suivi de la wilaya de GHARDAIA et de OUARGLA.

Quelques caractéristiques apparentes de cette migration:

- L'origine sociale du migrant est urbaine à 66%, rurale à 34%.

- **Parité Hommes/femmes** : 86% sont des Hommes et 14% sont des femmes.

- La tranche d'âge : Elle se situe entre 20 et 51 ans.

- **Activité Salariale** : le migrant est actif dans son pays d'origine à 84,6% pour les hommes et 82,5% pour les femmes.

En Algérie, ils exercent dans l'informel.

- **Statut Social** : Les hommes sont généralement célibataires, les femmes sont veuves ou divorcées.

- **Instruction scolaire** : les femmes sont plus instruites que les hommes.

- **Habitat**: Toujours précaire.

- **Santé**: seulement 22% ont accès aux soins.

- **Motifs de migration**: 57% désirent s'établir en Algérie, 47% caressent l'idée d'aller en Europe.

- **Souffrance du migrant**: La grande fatigue, la faim et la soif, l'insécurité et les escales.

- **Situation juridique** : la création au Maghreb des camps d'accueil des migrants notamment des demandeurs d'Asile politique pour le compte des pays européens qui veulent externaliser le traitement des migrants clandestins.

- La Tunisie est le premier pays qui a adopté une loi répressive en Février 2004. La Libye a une étroite collaboration avec l'Italie. Par contre l'Algérie a adopté une certaine neutralité, c'est toujours l'Ordonnance 66/211 qui est toujours en vigueur.

Dans les villes du sud Algérien la caractéristique commune c'est l'exploitation des enfants mineurs originaires du Niger et du Mali ■

CE N'EST QU'UN AU REVOIR CHERE NANCY

► Notre précieuse collaboratrice soeur Nancy après plus de trois ans de loyaux services au sein de la famille du CIDDEF, nous laisse orphelins et nous quitte pour de nouveaux horizons, souhaitons lui bonne chance.



Nous t'aimons...

Avec Nancy nous avons vécu une expérience très enrichissante à plusieurs égards, grâce à sa vive intelligence, à sa disponibilité et aussi à la qualité de ses relations humaines. Elle a su dès son arrivée au CIDDEF s'adapter à notre rythme de travail et lui insuffler une dynamique constante qui nous a permis, malgré l'insuffisance de nos

moyens matériels, de réaliser plusieurs projets au bénéfice des Enfants et des Femmes. Son engagement reste pour nous un exemple de sérieux et d'abnégation à suivre. Que notre admiration lui soit renouvelée, nous lui souhaitons beaucoup de succès dans ses nouveaux engagements ■