

Les contraintes socio-économiques et culturelles d'accès aux soins reproductifs chez femmes en Algérie

¹HACHEM Amel Maître de conférences B En Démographie

¹Université Oran 2 Mohamed Ben Ahmed (Algérie)

¹Faculté des sciences sociales

E-mail : hachemamel1@yahoo.fr

Date de réception : 26/11/2018 ; **Date de révision :** 30/01/2019 ; **Date d'acceptation :** 31/01/2019

Résumé :

Cet article propose d'étudier les contraintes d'accès aux soins reproductifs chez les femmes algériennes. Malgré la baisse de la mortalité maternelle et infantile, les taux restent élevés et ne répondent pas aux objectifs auxquels l'Algérie est inscrite. En s'appuyant sur les données d'enquêtes de terrain (quantitatives et qualitatives), il ressort que nonobstant l'offre de soins en santé reproductive, les contraintes sont plurielles principalement : économiques, sociales et culturelles limitant ainsi l'accès des femmes aux structures de soins reproductifs.

Mots clés : Accès aux soins- Femmes - Santé reproductive - Offre de soins –Contraintes socio-économiques et culturelles.

Abstract :

This article aims to study the constraints of access to reproductive care among Algerian women. Despite the decline in maternal and child mortality, rates are high and do not meet the objectives to which Algeria is inscribed. Based on data from field surveys (quantitative and qualitative), it appears that, notwithstanding the provision of reproductive health care, the constraints are mainly plural: economic, social and cultural, thus limiting their access to health care structures reproductive.

Key words: Access to health care - Women - Reproductive health - Care provision – socioeconomic and cultural constraints .

المخلص:

يهدف هذا المقال إلى دراسة القيود المفروضة على الوصول إلى الرعاية الإنجابية بين النساء الجزائريات. على الرغم من الانخفاض في معدل وفيات الأمهات والأطفال ، فإن المعدلات مرتفعة ولا تلبى الأهداف التي تم تسجيلها في الجزائر. واستناداً إلى البيانات المستقاة من الدراسات الاستقصائية الميدانية (الكمية والنوعية) ، يبدو أنه بصرف النظر عن توفير الرعاية الصحية الإنجابية ، فإن المعوقات هي متعددة أهمها : الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، مما يحد من إمكانية الوصول إلى هياكل الرعاية الصحية الإنجابية.

الكلمات المفتاحية: الوصول إلى الرعاية الصحية - المرأة - الصحة الإنجابية - تقديم الرعاية - القيود-السوسيواقتصادية و الثقافية .

Introduction :

Il est important de rappeler que l'Algérie s'est engagée pour réaliser les objectifs Internationaux relatifs au développement (OMD) tels que le droit d'accès à la santé principalement la santé reproductive. Ces objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont fixés par l'organisation des nations Unies (ONU) favorisant l'amélioration de la santé maternelle et infantile en réduisant de $\frac{3}{4}$ le taux de mortalité maternelle, tout en rendant universel l'accès à la santé reproductive⁽¹⁾.

Malgré les efforts déployés par l'Etat algérien pour l'amélioration de la santé reproductive des femmes et leurs enfants, le pays reste pénalisé par rapport à son classement international en matière de développement humain établi par les Nations Unies (PNUD). Ce classement prend en compte la variable de santé à partir de trois indicateurs principaux : l'espérance de vie et le taux de mortalité infantile et maternelle.

En effet, malgré les insuffisances rapportées par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) concernant l'Algérie, des progrès ont été réalisés dans ce domaine qui enregistre une baisse du taux de mortalité maternelle durant la période 1990-2015 passant de 217 à 67 pour 100000 naissances vivantes soit une baisse de 70 %⁽²⁾. La proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié est passée de 75 %⁽³⁾ à 97 %⁽⁴⁾ pendant la même période. La proportion des femmes ayant fait l'objet au moins d'une consultation prénatale est passée de 81 % à 93 % entre 2002 et 2013⁽⁵⁾. La consultation post natale est passée de 30,6 %⁽⁶⁾ à 32 % entre 2006 et 2013⁽⁷⁾.

L'Algérie s'est inscrite aux nouveaux objectifs mondiaux du développement durable (O.D.D.) afin de faire baisser le taux de mortalité maternelle au dessous de 70 pour 100000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale de 12 % d'une part et assurer l'accès de tous à des services de soins de santé reproductive et sexuelle d'autre part⁽⁸⁾.

Cependant, l'inaccessibilité physique et spatiale des femmes aux soins de santé reproductive est nettement observée dans la société. Il est important d'analyser leurs contraintes d'accès aux soins en santé reproductive et de savoir si ces femmes souffrent de la pénurie du personnel soignant, de la faiblesse de leur formation et de leur répartition inégale sur le territoire national. Il est également important de mettre en exergue les freins socio-économiques (pauvreté, faible niveau de vie ...) et culturels (analphabétisme, faible niveau culturel, ...) et leurs conséquences sur le faible recours aux soins.

Pour répondre à ce questionnement, l'étude s'appuie sur les données issues de deux enquêtes : La première est l'enquête 2013 : « Étude sur la qualité des services de santé reproductive en Algérie ». Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée dans six wilayas du pays (Adrar, Constantine, Oran, Sidi Bel Abbes, Tiaret et Tizi Ouzou), par un groupe de chercheurs de l'Unité de recherche en Anthropologie de la santé (GRAS)⁽⁹⁾. La seconde est l'enquête à indicateurs Multiples (MICS) sur le suivi de la situation des enfants et des femmes, réalisée en 2006 (MICS 3) et 2012/2013 (MICS 4), conjointement par le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et l'UNICEF.

Ce travail est structuré comme suit : en premier temps, il est question d'aborder l'incapacité du système de santé d'assurer une offre de soins de qualité en santé reproductive au profit des femmes. En deuxième temps, les déterminants socio-économiques et culturels du recours des femmes aux structures de soins reproductifs seront traités.

1- Des disparités dans l'offre de soins reproductifs :

Le système de soins en matière de santé reproductive repose sur trois secteurs de santé:

1. Le secteur public : les structures publiques de santé de proximité (EPSP), les établissements hospitaliers généraux ou spécialisés (EH, EPH, EHS et EHU) et les Centres hospitaliers universitaires (CHU).
2. Le secteur privé lucratif (cabinets de gynécologie/ obstétrique)
3. Le secteur privé non lucratif.

Ces structures de soins ne répondent pas équitablement à la demande des femmes algériennes, comme l'indique le taux d'accouchement en milieu assisté enregistré dans la région Nord 98% contre 91 % dans la région Sud en 2012-2013 ⁽¹⁰⁾.

De fortes disparités spatiales existent à nos jours en termes d'accès des femmes aux structures de soins reproductifs particulièrement entre la région Nord et le Sud et entre l'urbain et le rural et ce qui se manifeste également en termes de mortalité maternelle qui affiche des taux encore élevés entre l'urbain et le rural et le nord et sud par exemple il est de 30 pour 100000 naissances vivantes à Alger contre 130 à Adrar ⁽¹¹⁾. Ce taux connaît également des disparités entre les régions et au sein d'une même région entre les wilayas comme l'a montré l'étude réalisée en 2013 dans six wilayas du pays (Adrar- Constantine – Oran – Sidi Bel Abbes- Tiaret et Tizi Ouzou) , selon laquelle :

« A Constantine, un déficit actuellement relevé en matière de spécialistes en gynécologie, un exemple le CHU de Constantine, on a un seul professeur...un maître assistant et le reste tous sont des médecins résidents. Il y a aussi un nombre suffisant du personnel paramédical... Alors que dans les cliniques privées, ce déficit ne se pose pas. Il y a suffisamment de spécialistes, allez voir le CHU, il n'y a pas d'encadrement, un déficit monstre dans un grand hôpital tel que le CHU, il y a un assistant ou deux, l'étudiant dès qu'il termine sa formation, il soutient et il part, et presque totalement ils partent vers le privé, vu la pression qu'il existe, vous savez combien le nombre d'accouchement par jour à Constantine est à 89... Nous avons fait une étude, c'est entre 80 à 90 accouchements et 25 à 30 césariennes par jour. A Constantine, Les gens vont vers l'hôpital public (CHU) et l'EHS de Sidi Mabrouk. Certaines parturientes disent qu'elles sont bien encadrées. A Constantine actuellement, ces deux structures représentent deux pôles « d'attraction » où il y a une forte surcharge de parturientes. On est arrivé à enregistrer deux femmes par lit... ».

Le problème de pénurie des structures de soins ne se pose pas. La couverture en structure de soins est satisfaisante puisque l'Etat a investi considérablement dans ce domaine. A contrario, ces structures de soins sont considérées comme des « fantômes », car de très fortes disparités sont observées en termes de ressources humaines particulièrement spécialisées, ce qui entrave l'accès des femmes aux soins reproductifs.

2- Une mauvaise répartition des ressources humaines :

L'enjeu majeur en matière de santé reproductive ne s'arrête pas à la construction des infrastructures en nombre suffisant. Mais il est nécessaire que ces infrastructures soient dotées de ressources humaines qualifiées et réparties équitablement au niveau national, en prenant en considération les besoins de chaque région. Or, un fort déséquilibre est observé en matière de ressources humaines malgré la multiplication du nombre des sages femmes et de médecins spécialistes en gynécologie /obstétrique formés chaque année.

En effet, la couverture sanitaire nationale reste insuffisante particulièrement en ce qui concerne les sages femmes et les médecins spécialistes. Le ratio est d'un médecin généraliste pour 1270 habitants, un médecin spécialiste pour 1413 Habitants, un paramédical pour 325 et d'une sage femme pour 1203 habitants ⁽¹²⁾.

Cette couverture sanitaire a permis un fort accroissement, mais cela n'empêche pas de souligner la présence de fortes disparités qui persistent entre le Nord et le Sud et à l'intérieur de la même région. Cette disparité est marquée par une pénurie en personnel de santé dans la région Sud du pays.

Cette étude a ainsi démontré que les services de gynécologie du CHU de Constantine et de l'Hôpital d'Adrar, auxquels sont orientées les femmes de ces wilayas ou des communes avoisinantes, la présence en moyenne de deux médecins gynécologues. Ceci représente une moyenne de 12 accouchements par jour, ce qui dépasse largement les normes recommandés par l'OMS. Un responsable de la santé à Constantine disait :

« Je pense qu'il y a une mauvaise répartition des moyens humains même à l'échelle nationale, quand je vois un hôpital el Harrach par exemple, a dix sept gynécologues et à Mustapha Bacha qui a quinze gynécologues alors qu'ici on a un seul maître assistant et un seul gynécologue professeur, et moi j'ai cinq spécialistes c'est insuffisant et comme vous avez à 18 km de Khroub un hôpital de 60 lits n'a aucun gynécologue, ça n'a pas de sens, et on prend les accouchements du Khroub alors qu'il y a 60 lits fermés et là on a deux femmes par lit ce n'est pas normal. Donc il faut que ces hôpitaux fonctionnent.... On prend en charge non seulement les femmes de l'ancienne ville de Constantine, la nouvelle ville Ali Mendjeli mais aussi, les femmes venant hors wilaya comme Ain El Beida, om El Bouagui, toutes viennent accouchées ici ».

Dans le Sud Algérien, les conditions climatiques et de vie (climat chaud et aride , manque de commodités...) sont unes des causes principales qui mènent les professionnels de la santé particulièrement les médecins à fuir cette région et cela explique la disparité dans les ressources humaines. Par contre, la région Est du pays est fortement marquée par l'installation de la majorité des médecins gynécologues dans le secteur privé.

Les ressources humaines affectées dans ces établissements s'avèrent donc insuffisantes. Ces structures souffrent d'une surcharge dans le travail et de la présence d'un personnel non qualifié qui rend souvent problématique la prise en charge des femmes arrivées au terme de leur grossesse.

De ce fait, la part des accouchements par un personnel médical qualifié (médecin) reste faible dans ces régions. Ainsi , l'enquête MICS4 réalisée en 2012-2013 a démontré , à partir d'un échantillon de femmes non célibataires âgées de 15-49 ans et ayant eu une naissance vivante pendant les cinq dernières années précédentes , que cette proportion est estimée à 20,9 % en milieu rural contre 30,5 % en milieu urbain et ne dépasse pas 14 % au Sud contre 24,4 % dans le Nord.

Si l'accessibilité physique et géographique des femmes aux soins de santé reproductive reste faible en raison du déficit en ressources humaines ou de leur mauvaise répartition, il n'en demeure pas moins que l'inaccessibilité des femmes à ces soins est également d'ordre socio-économique et culturel.

3-La situation socio-économique et culturelle comme facteur explicatif de l'accès aux soins reproductifs :

Depuis les années 1980 et même avant, après l'instauration de la politique de la gratuité des soins en 1974 au niveau national et la généralisation de la scolarisation particulièrement au sein de la population féminine, une relation entre l'accès aux soins et les facteurs socio-économiques et culturels dans le domaine de la santé reproductive commence à apparaître.

Les études de Lavy et Quigley (1993)⁽¹³⁾, Dor et Van der Gaag (1998)⁽¹⁴⁾, Raghupathy (1996)⁽¹⁵⁾, Mc Caw- Binns et al. (1995)⁽¹⁶⁾ et Wong et al. (1987)⁽¹⁷⁾ ont montré la présence d'une forte corrélation entre le recours aux soins en santé reproductive chez les femmes et les

facteurs socio-économiques (niveau de vie, revenu, statut socio-économique ...) et culturels (analphabétisme, faible niveau d'instruction ...) . Parmi ces études on trouve celles qui expliquent le recours aux soins selon les facteurs socio-économiques et d'autres selon les facteurs culturels. Par contre, il existe des études qui intègrent les deux facteurs tels que par exemple les travaux de Beninguisse en 2001 qui recommande d'intégrer les deux facteurs pour une meilleure explication du recours aux soins ⁽¹⁸⁾.

3.1- Les facteurs socio-économiques :

Selon plusieurs études (Quigley (1993), Dor et Van der Gaag (1998) et Gertler et Van der Gaag (1990)) , l'accès aux soins reproductifs peut être déterminé par la situation socio-économique de la femme ou de sa famille (niveau de vie , revenu, statut social ...) ⁽¹⁹⁾ . La relation étroite qui existe entre le statut socio-économique et l'état de santé des populations a intéressé plusieurs chercheurs à travers le monde depuis des siècles et qui ont souligné l'impact des inégalités socio-économiques sur la santé des individus et des populations. Dans ce contexte, les études de Paul Gerler et Jacques Van Der Gaag, sur le Cote d'Ivoire et le Pérou, ont montré que les individus issus des ménages à revenu relativement élevé ont une probabilité plus élevée de se faire soigner que ceux des ménages pauvres ⁽²⁰⁾. Ainsi la probabilité de recours au médecin et le nombre de consultations médicales ne sont pas distribués de la même manière parmi les différents groupes socio-économiques.

Le taux de pauvreté en Algérie avoisine les 6 % en 2011 ⁽²¹⁾, avec des variations inégales entre les régions et les wilayas de la même région. 70 % de cette population pauvre réside dans les milieux urbains, ce qui accentue les problèmes d'accès des femmes à des soins de santé reproductive de qualité ayant ainsi des répercussions non seulement sur les taux la mortalité maternelle mais aussi sur ceux de la mortalité néonatale.

L'étude réalisée en 2012-2013 au niveau national (MICS 4) a montré que le taux de mortalité néonatale est plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural avec 13,3 ‰ contre 19,2‰ respectivement, avec des variations selon le statut socio-économique de la famille. Il est de 23,5 ‰ chez les enfants dont les parents avaient un niveau très faible, 13,6 ‰ avec un niveau moyennement faible, 9,6 ‰ dont le niveau est moyen et pour ceux dont le niveau des parents est élevé ou très élevé le taux est de 15,25‰.

Malgré la gratuité des soins reproductifs (soins prénataux, soins postnataux, ...), il est important de signaler que la pauvreté représente un obstacle majeur qui entrave le recours des femmes aux soins. Ces femmes sont dans l'incapacité à se déplacer vers le centre de santé ou à l'hôpital le plus proche pour pouvoir bénéficier d'une meilleure prise en charge médicale, en raison des coûts insupportables que peut générer un tel déplacement pour la famille dont la majorité des femmes résident dans des milieux enclavés, ruraux et montagneux.

Les focus groups menés en 2013 lors de l'enquête sur « la santé reproductive » auprès des femmes de six wilayas du pays ont montré qu'en raison de l'insuffisance de moyens financiers , l'éloignement de la structure de santé et l'absence de l'ambulance, les femmes se trouvent obligées d'accoucher en absence d'un personnel qualifié ou dans des conditions épouvantables .

Les données des enquêtes MICS 3 et MICS 4 montrent que le manque d'hygiène et la déficience alimentaire, que connaissaient certaines femmes avant ou après leur accouchement, a un impact sur la mortalité post néonatale, particulièrement dans le Sud Algérien. Ainsi, les résultats de l'enquête MICS 4 montrent bien que le niveau de la mortalité post-néonatale est multiplié par deux lorsqu'on passe de la catégorie de ménages aisés (7,8‰) à celle la moins aisée (3,6‰). Cela explique que la précarité socio-économique représente une contraignante à l'accessibilité des femmes aux soins reproductifs. Parallèlement, d'autres facteurs à caractère culturel et éducatif contribuent d'une manière directe ou indirecte à ces inégalités.

3.2- Les facteurs culturels et éducatifs :

Il est important de rappeler que l'utilisation des services de la santé reproductive dépend de facteurs sociaux tels que l'instruction, les coutumes, les réseaux de solidarité, la perception de la grossesse et de l'accouchement. Le faible niveau d'instruction des femmes, l'absence de leur intérêt et d'information sont autant de freins à leur bonne prise en charge sanitaire.

Les facteurs éducatifs et culturels sont des variables qui renseignent sur le niveau d'accessibilité des individus à l'information relative à la santé reproductive. Le niveau d'instruction permettrait aux femmes d'avoir une connaissance sur les différents enjeux de la santé reproductive d'une part et d'acquérir un statut au sein de la société et de la famille d'une autre part. En effet, il existe un lien entre le niveau d'instruction et d'éducation des femmes et l'accessibilité aux soins. Les travaux de Raghpathy Shobana (1996) sur la Thaïlande ont confirmé l'existence d'un lien entre le niveau d'instruction des femmes et la mortalité infantile et maternelle ainsi que l'accès fréquent des femmes instruites à la santé reproductive⁽²²⁾. Les travaux de Mc Caw-Binns et al. (1995) et Wong et al. (1987) ont montré l'existence d'un effet positif de l'éducation de la mère sur le recours aux soins prénataux⁽²³⁾.

En Algérie, les données de l'enquête à indicateurs multiples réalisée en 2012-2013 (MICS 4) ont démontré que parmi les 5979 femmes enquêtées ayant une naissance vivante au cours des deux années précédentes l'enquête que la proportion de celles qui ont été assistées par un personnel qualifié dans leur accouchement, est plus élevée chez les instruites. Elle est de 87,2 % chez celles sans niveau, de 92,1 % chez celles d'un niveau primaire et à 95,1 % chez les autres femmes qui ont un niveau secondaire et plus.

L'enquête qualitative réalisée en 2013 sur la qualité des services de santé reproductive en Algérie a montré que parmi les facteurs centraux qui affectent la santé reproductive est l'absence des campagnes d'information d'éducation et communication (IEC) dans le domaine de santé. Ceci éprouve nécessairement des répercussions sur la santé des femmes et de leurs enfants. Selon, l'enquête MICS 4 réalisée en 2012-2013, 4/5^{ème} des femmes interrogées ont entendu parler du SIDA (85%), avec un taux plus faible chez les femmes issues du milieu rural (77%) contre 89% en urbain. Cette proportion atteint 99% chez les femmes instruites contre 56% chez les femmes sans éducation. Il est de même 95% des femmes appartenant à des ménages riches déclaraient connaître le SIDA contre 70% issues des ménages pauvres.

Ainsi, les focus groups menés lors de l'enquête qualitative 2013, ont fait ressortir le manque de l'information. Les femmes particulièrement, celles du Sud, ont déploré le faible nombre des campagnes d'IEC en matière de santé reproductive. Le manque d'information autour de l'accès aux soins se heurte en milieu rural en raison des distances à parcourir les structures de soins. L'inaccessibilité physique des femmes découle également aux perceptions culturelles des femmes et de leur entourage familial à l'égard du genre du soignant. Par exemple, les hommes refusent que leur épouse soit soignée par un médecin ou un infirmier homme. Les femmes dans quelques régions, tels que le Sud, n'ont pas l'autonomie de décision de leur droit reproductif. Elles ne peuvent pas aller accoucher ou se soigner qu'après avoir reçu l'accord de leur mari et parfois de leur belle mère. Celle-ci a largement l'habileté à prendre la décision. Même « si la femme algérienne participe au désir d'enfant, celui-ci est l'objet de tractations et d'arbitrages avec le mari et ses proches parents, notamment sa mère »⁽²⁴⁾. Ce rapport hommes femmes vient donc s'ajouter à d'autres facteurs qui freinent l'accès des femmes aux soins reproductifs.

Le recours aux soins de santé reproductive particulièrement la santé maternelle en Algérie reste encore restrictif malgré les grands efforts réalisés relatifs à la construction des

infrastructures, d'équipements et à la formation médicale et paramédicale du personnel soignant. Une forte proportion de femmes n'a pas encore accès aux soins de santé reproductifs.

Conclusion :

Certes la prise en charge de la maternité a beaucoup évolué en Algérie durant les deux dernières décennies. En parallèle nous observons une nette amélioration (ou changements positifs) de la condition féminine et le statut de la femme évoqué souvent dans les débats sur le genre à travers son accès aux postes de responsabilité, à l'emploi et à tous les droits qui leurs sont accordés par la constitution. Mais les efforts restent en dessous des attentes des femmes quelque soit leur place sociale.

La santé est un des domaines dans lequel les femmes souffrent encore particulièrement celui de la santé reproductive et sexuelle qui demeure un champ de contraintes et de différenciations de ces dernières. Ces contraintes relèvent soit de l'ordre de l'insuffisance des ressources humaines ou leur mauvaise répartition devant assurer une offre de soins de qualité, soit de celui immanent de leur situation financière limitée et analphabétisme.

Pour atteindre l'objectif principal inscrit dans les ODD pour 2030 relatif à l'amélioration de la santé maternelle et infantile des femmes algériennes, il est important que tous les acteurs de la société se mobilisent concurremment.

Bibliographie :

- (1) OMS (2015), Rapport Organisation Mondiale de la Santé, les Objectifs du Millénaire pour le développement, [en ligne]. Base de données OMD de l'ONU. Disponible sur : (en ligne) <http://mdgs.un.org> .
- (2) Ministère de La Santé de La Population et de la Réforme Hospitalière (2010), « Plan Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle 2015 - 2019 », Edition MSPRH, p. 12.
- (3) HACHEM Amel (2012), « La santé reproductive chez les femmes en Algérie et au Maghreb » thèse de doctorat, Université Oran, (Algérie) .
- (4) Ministère de La Santé de La Population et de la Réforme Hospitalière (2010), « Plan Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle 2015 - 2019 », références précédente, Edition MSPRH, p. 12.
- (5) Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques (2015), Enquête à Indicateurs Multiples (MICS4), Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale à indicateurs multiples, p393.
- (6) Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques (2008), Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale à indicateurs multiples "MICS3,2006", Algérie.
- (7) Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques (2015), Enquête à Indicateurs Multiples (MICS4), Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale à indicateurs multiples, références précédente.
- (8) BRUSIL Metou, « Des OMD aux ODD : Le nouveau programme des Nations Unies pour éradiquer la pauvreté dans le monde », sentinelle-droit-international.fr, soumis le 10/03/2015. Disponible en ligne sur : <http://www.sentinelle-droit-international.fr>
- (9) MEBTOUL Mohamed (Dir) (2013), Étude sur la qualité des services de santé reproductive en Algérie », Soutenue par CREDES , Juin 2013
- (10) Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques (2015), Enquête à Indicateurs Multiples (MICS4), Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples, référence précédente.
- (11) OUCHTATI Mohamed,(2010), « OMD5 et mortalité maternelle: confluence et sommation croisées de toutes les inégalités », in Economie et Management : Regards croisés sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD),N° 10- AVRIL 2010, Université Abou Bekr Belkaid , Tlemcen, pp 308-312.
- (12) Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs> .

- (13) LAVY, V. and Quigley, J. M. (1993). 'Willingness to Pay for the Quality and Intensity of Medical Care: Low-Income Households in Ghana,' World Bank Living Standards Measurement Study Working Paper N°94, World Bank, Washington, DC.
- (14) GNANDERMAN Sirpe (2011), Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso , in revue « Mondes en développement », 2011/1 n°153, pp 27-40.
- (15) RAGHUPATHY Shobana (1996), «Education and the Use of Maternal Health Care in Thailand». Social science & medicine, n°43, pp 459-71, Septembre 1996
- (16) Mc CAW-BINNS A., LA GRENADE J., ASHLEY D. (1995), «Under-users of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders», Social Science and Medicine, n°40, pp 1003-1012.
- (17) WONG E. L., POPKIN B. M., GUILKEY D. K., AKIN J. S. (1987), «Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Philippines», Social Science and Medicine, n°24, pp 927-944.
- (18) BENINGUISSE Gervais. (2001). Entre tradition et modernité. Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. Louvain-la—Neuve, Février 2001.
- (19) BENINGUISSE G, Béatrice Nikièma, Pierre Fournier, Slim Haddad. (2004). L'accessibilité culturelle, une exigence de la qualité des services et des soins obstétricaux en Afrique in UEPA, Population et les questions de sante en Afrique, supplément B du volume 19, Dakar UEPA.
- (20) Gertler Paul., Van Der Gaag Jacques (1990) the willingness to pay for medical care. Evidence from two developing countries, baltimore johns hopkins university press. Cité in : Gnderman Sirpe, « Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso », Mondes en développement, De Boeck Supérieur, 2011/1, n°153, p. 32. Disponible en ligne sur : file:///C:/Users/pc/Downloads/MED_153_0027%20(1).pdf (dernière consultation le 19/12/2016)
- (21) OUCHTATI Mohamed,(2010), « OMD5 et mortalité maternelle: confluence et sommation croisées de toutes les inégalités », références précédente.
- (22) Raghupathy Shobana (1996), «Education and the Use of Maternal Health Care in Thailand». Social science & medicine, 43. 459-71, Septembre 1996 , références précédente.
- (23) ZAOUAQ Karim (2017), « Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc », L'Année du Maghreb, 17 | 2017, 169-183
- (24) MEBTOUL Mohamed, Hachem Amel et Araoui Karima (2017), « Corps de femmes sous tension en Algérie », P. 97-106 , in CHIMERES : L'orientation sexuelle libérée ?, n° 92, France , Mars 2018.

Comment citer cet article par la méthode APA:

HACHEM Amel (2018) Les contraintes socio-économiques et culturelles d'accès aux soins reproductifs chez femmes en Algérie. Revue EL-Bahith en Sciences Humaines et Sociales , Vol 10 (05) / 2018.Algérie : Université Kasdi Marbah Ouargla ,(p.p 271.278)