



RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
CONSEIL NATIONAL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

NOTE THÉMATIQUE

SANTÉ DES NOURISSEONS ET DES NOUVEAU-NÉS

Enfants de moins de 2 ans



unicef 
pour chaque enfant



RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
CONSEIL NATIONAL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

NOTE THÉMATIQUE SANTÉ DES NOURISSEONS ET DES NOUVEAU-NÉS

Enfants de moins de 2 ans



unicef 
pour chaque enfant

Sommaire

1. État des lieux	6
A. Nutrition	6
i. Émaciation	6
ii. Privations en alimentation adéquate	7
B. Développement physique	10
C. Soins de santé et prise en charge de la santé de l'enfant	11
i. Couverture vaccinale	11
ii. Prise en charge des maladies	13
D. Protection de l'enfant	16
i. Enregistrement des naissances	16
ii. Garde adéquate	16
iii. Accidents graves	17
E. Survie des enfants	18
i. Préparation à une naissance vivante : santé de la mère et de l'enfant	18
ii. Causes de décès	22
2. Revue des politiques publiques	23
A. Nutrition	23
i. Loi de santé 2018	23
ii. Programme National de Nutrition	23
iii. Programme National de lutte contre les Carences Nutritionnelles	25
iv. Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles (MNT) 2015 – 2019	25
B. Développement physique	26
i. Programme National de lutte contre les Carences Nutritionnelles	26
ii. Programme National de Nutrition	26
C. Prise en charge de la santé de l'enfant et soins de santé	26
i. Constitution 2016	26
ii. Le programme élargi de vaccination (PEV)	26
iii. Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques	27
iv. Programme de lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës	27
D. Protection de l'enfant	27
i. Constitution 2016	27
ii. Adoption d'une loi relative à la protection de l'enfant en 2015	27
iii. Organe national de la protection et de la promotion de l'enfance (ONPPE) en 2016	27
iv. Le Plan National d'Action pour les enfants (2008-2015)	27
E. Survie de l'enfant	28
i. Le programme national de périnatalité 2005 – 2008	28
ii. Le programme national de périnatalité 2016 – 2020	28
iii. Plan national de réduction de la mortalité maternelle 2015 – 2019	28
3. Adéquation des politiques aux besoins	28
A. Éléments introductifs	28
B. Grille d'analyse - Adéquation des PSP aux Besoins	29
Bibliographie	42
Liste des participants	43

Introduction

Les deux premières années d'un enfant sont particulièrement importantes pour sa vie entière, notamment en ce qui concerne son alimentation, sa prise en charge médicale et affective, ainsi que sa protection contre tous les risques extérieurs. L'UNICEF considère que les 1000 premiers jours qui vont du début de la grossesse d'une mère au deuxième anniversaire de l'enfant sont déterminants pour le développement moteur, cognitif, physique, social et affectif de l'enfant, représentant la période la plus favorable pour prévenir la malnutrition, les maladies et leurs conséquences en particulier à travers la promotion de l'allaitement maternel, et l'apport d'une alimentation adaptée.

Ces premiers moments de l'enfant, s'ils sont bien pris en charge, seront également un investissement rentable et bénéfique pour le développement de la société. Une fois adulte, cette influence significative acquise dès le jeune âge, se traduira par l'opportunité d'avoir de jeunes potentialités qui construiront l'avenir.

L'amélioration de la santé des enfants est également l'un des moyens les plus efficaces pour lutter contre la pauvreté, car, en cassant la courroie de transmission des vulnérabilités au sein de la famille, elle permet de renforcer et de développer très tôt l'un des piliers du capital humain chez les enfants.

Ces derniers deviennent des adultes en bonne santé, qui pourront améliorer leurs conditions de vie, ainsi que celles de leur pays.

Pour l'Algérie, la protection des enfants a toujours été l'une des priorités majeures. En plus de la ratification de toutes les conventions internationales en faveur des enfants dont celle relative aux droits de l'enfant, et de l'adoption du programme mondial 2030 (ODDs), le pays s'est engagé au niveau de la législation nationale à garantir à tous les enfants sans aucune discrimination le droit à l'identité, l'accès gratuit aux soins de santé, l'épanouissement, et la protection contre tous les risques. Ces engagements sont assurés à travers l'adoption de différents programmes et la promulgation de lois comme celle relative à la protection de l'enfance de 2015, qui ont pour objectifs la protection contre les risques auxquels les enfants sont les plus exposés, la promotion de l'allaitement maternel, l'amélioration de la santé des enfants et la réduction de la mortalité infantile en particulier avec le croît démographique enregistré. L'Algérie compte depuis 2014, plus d'un million de naissances vivantes chaque année. Cette croissance a engendré l'augmentation de la population des enfants âgés entre 0 et 2 ans qui a atteint en 2019, un nombre de 3,1 millions d'enfants, soit 7,1% de la population totale, contre 2,6 millions en 2012.

La première partie de la présente note, qui s'inscrit dans le cadre du programme de coopération entre le Conseil National Economique et Social (CNES) et l'UNICEF Algérie¹, consiste à décrire la situation des enfants de moins de deux ans en Algérie, à partir, en premier lieu, des résultats de l'étude N-MODA Algérie² et d'apprécier les conditions dans lesquelles ils sont nés et pris en charge par les parents et par l'environnement extérieur. La deuxième partie de la présente note passe en revue, les politiques, stratégies et programmes qui sont déjà en place et qui pourraient permettre un meilleur développement de l'enfant. La troisième et dernière partie met en relief les défis identifiés (Section 1) et les politiques mises en œuvre (Section 2) pour ensuite examiner l'adéquation de ces politiques et les actions réalisées pour répondre aux exigences et besoins des nouveau-nés. La note aborde ces questions à travers quatre rubriques : **(i) : Nutrition, (ii) : Développement physique, (iii) : Soins de santé et (iv) : Survie de l'enfant.** Il est à noter que les dimensions retenues dans N-MODA pour l'analyse des privations des enfants de cet âge (0 à 23 mois) sont : la nutrition, la santé, le développement physique, la protection contre la négligence, l'eau, l'assainissement et le logement.

¹ Pour rappel dans le cadre de ce partenariat, le CNES a élaboré un modèle national d'équité sociale désigné par l'acronyme N-MODA, selon l'approche développée par le bureau de recherche UNICEF Florence intitulée « Analyse du chevauchement des privations multiples ».

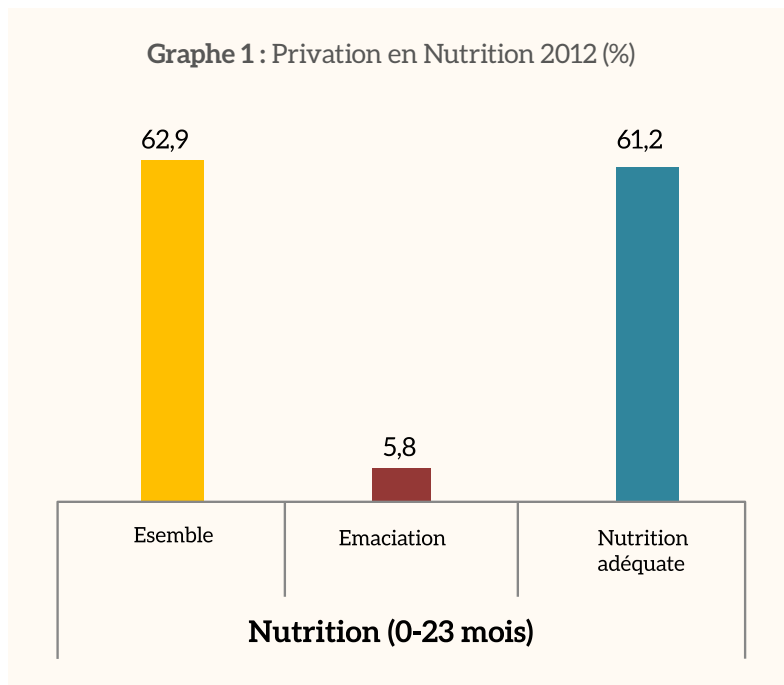
² N-MODA : National Multiple Overlapping Deprivation Analysis, dont les résultats sont émis dans le rapport « Bien-être des enfants et des jeunes en Algérie- CONTRIBUTION POUR UNE DÉFINITION NORMATIVE DE LA PAUVRETÉ ET DES PRIVATIONS CONFORME À L'AGENDA DES ODD POST2015- », CNES, 2019.



1. État des lieux

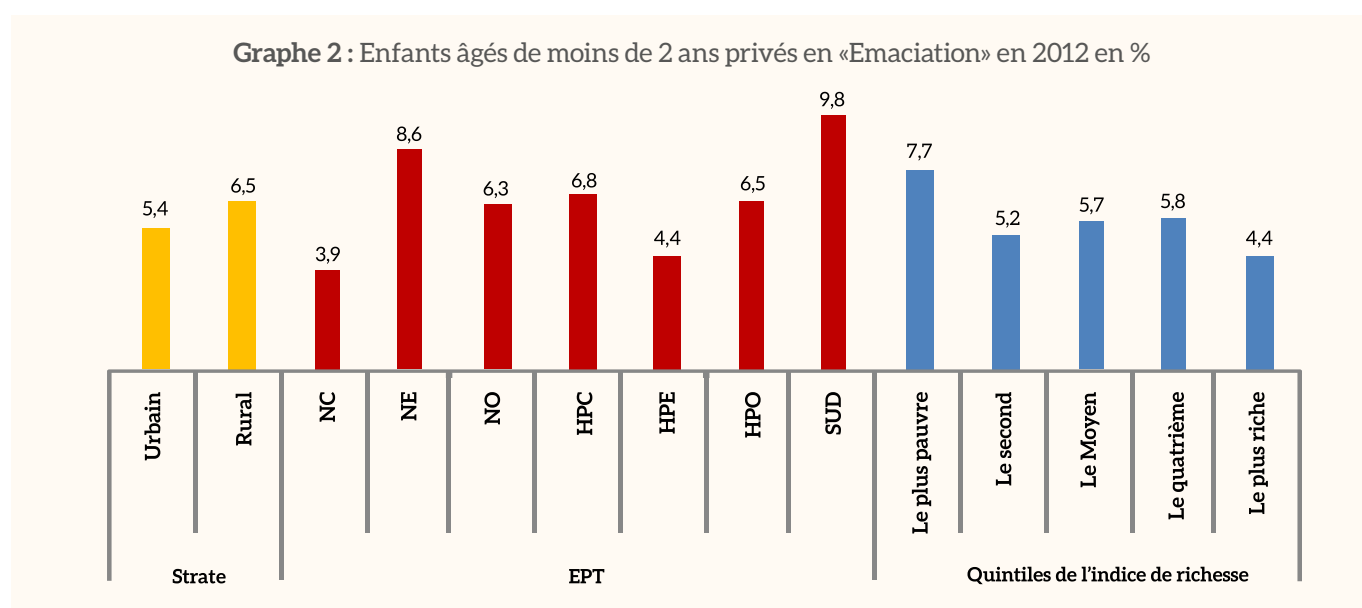
A. Nutrition

L'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant constitue un déterminant essentiel de sa santé et de son éducation. La nutrition optimale ou les besoins nutritionnels du nourrisson exigent un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois avec l'introduction, à cet âge (6 mois), de compléments solides et semi-solides, parallèlement à la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire au-delà. Au niveau mondial, selon l'OMS³, une nutrition adéquate de 0 à 2 ans pourrait sauver chaque année la vie de 820 000 enfants de moins de 5 ans. Au niveau national, le N-MODA Algérie « Modèle national d'équité sociale » a approché la dimension nutrition pour les enfants de moins de 2 ans selon les normes de l'OMS par deux indicateurs : « l'émaciation » qui est un indicateur de résultat mesurant l'impact de la malnutrition récente, et par « l'alimentation adéquate » un indicateur de processus qui renseigne sur les pratiques alimentaires. Le modèle a montré que parmi les enfants de moins de 2 ans, 62,9% sont privés en nutrition en 2012 et 5,8% d'entre eux sont affectés par l'émaciation qui est souvent le signe d'une perte de poids récente et grave.



i. Émaciation

En examinant de plus près le profilage des enfants émaciés, il en ressort que les enfants issus des EPT⁴ du Sud et du Nord Est, du milieu rural ainsi que ceux du quintile de richesse le plus pauvre, sont les plus exposés à la privation en termes d'émaciation.

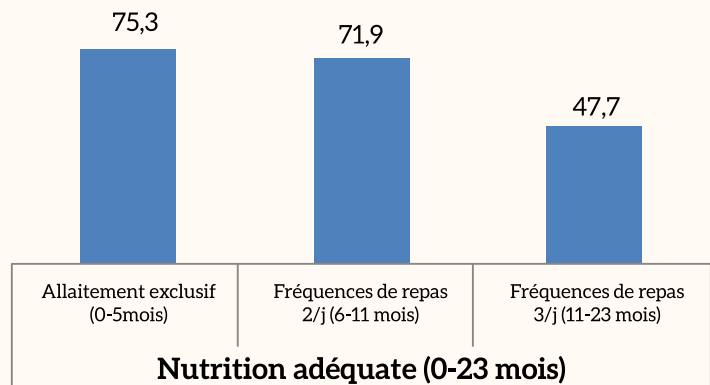


³ Organisation Mondiale de la Santé
⁴ Espace de Programmation Territoriale

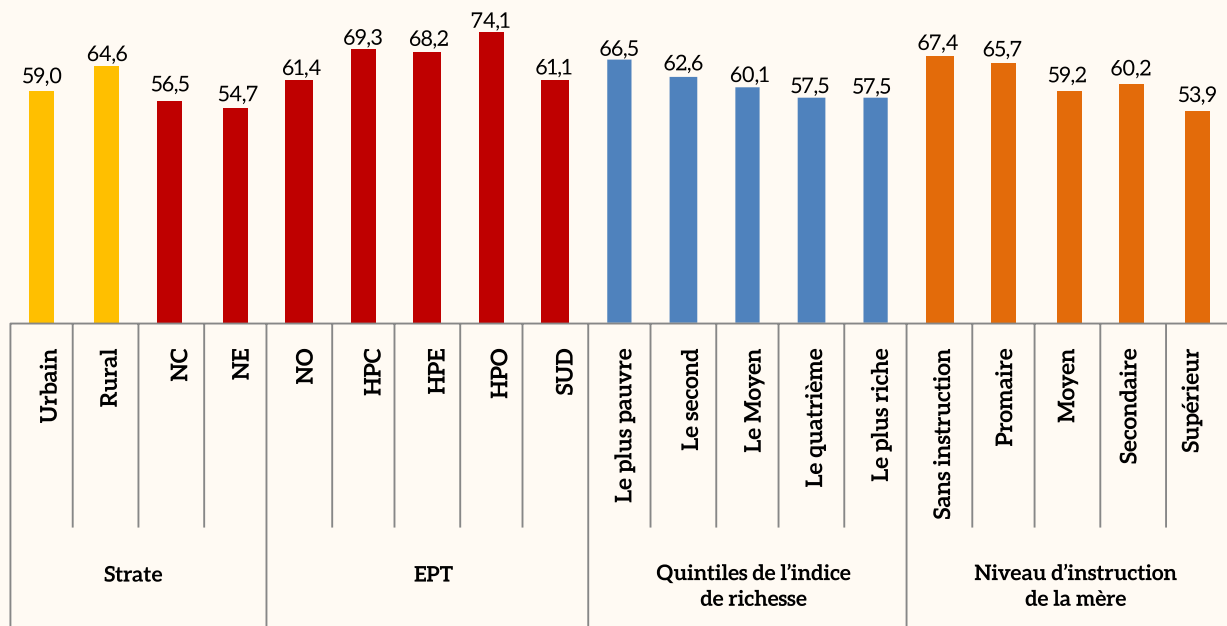
ii. Privations en alimentation adéquate

Le N-MODA évalue l'alimentation adéquate par le biais des pratiques alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant de moins de 2 ans, en se référant aux normes de la nutrition adéquate établies par l'OMS (voir ci-dessus). La nutrition adéquate est subdivisée, selon l'âge de l'enfant, en trois modalités: l'allaitement exclusif au sein pour les moins de 6 mois, l'alimentation complémentaire et les fréquences de repas. La privation en nutrition adéquate est plus prononcée dans le rural, les Hauts Plateaux Ouest en particulier avec une privation de 74%, chez les enfants issus du quintile le plus pauvre et de mère non instruite.

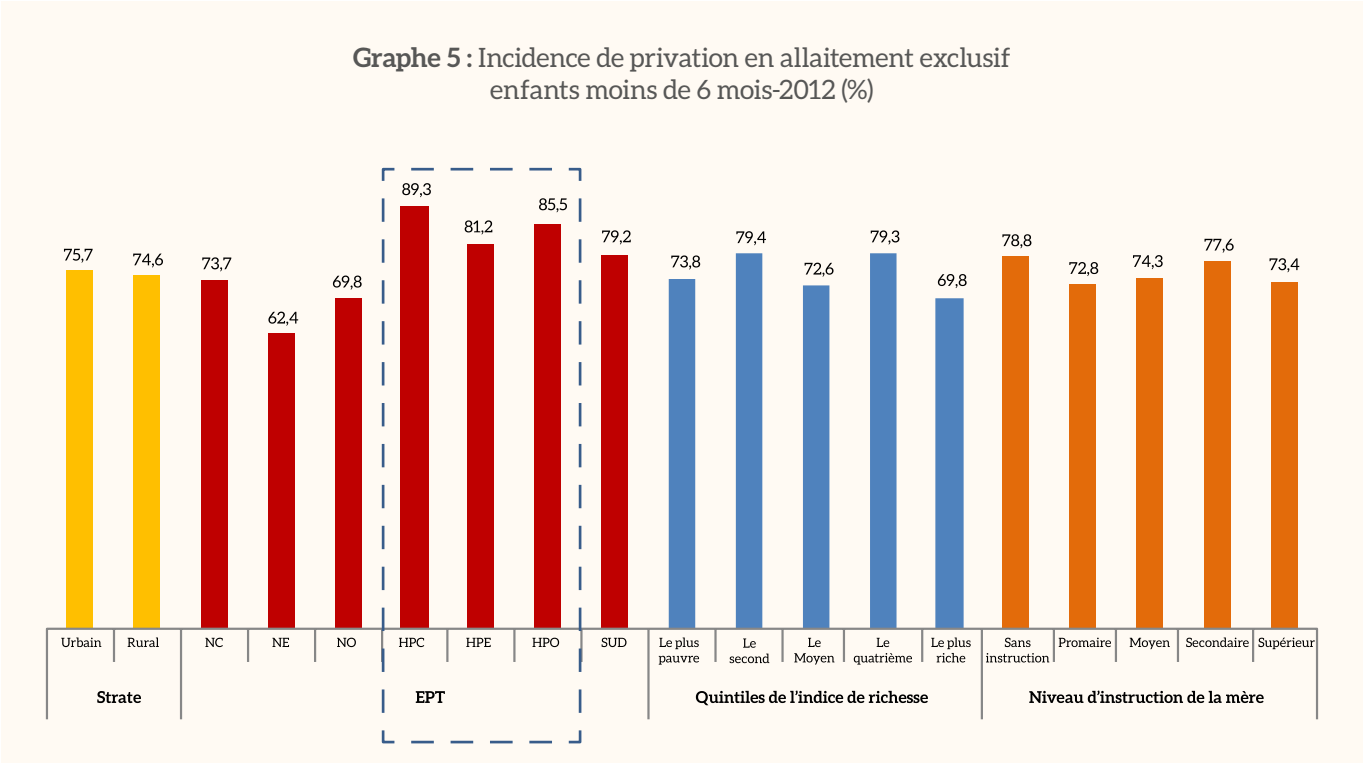
Graphe 3 : Incidence de privation en nutrition adéquate pour les enfants de 0-23 mois en % en 2012



Graphe 4 : Profilage de la privation en «Nutrition adéquate» chez les enfants de moins de 2 ans -2012 (%)



Pour les enfants âgés de moins de 6 mois



La privation en nutrition adéquate, définie par un allaitement maternel exclusif, atteignait 75,3 % en 2012. Cette forte privation s'explique par le fait que les nourrissons, en plus de l'allaitement maternel, reçoivent des suppléments alimentaires. Il est intéressant de noter que ces privations ne sont pas fortement impactées par le quintile de richesse des parents, ni par la strate d'appartenance, et sont presque indépendantes du niveau d'instruction de la mère, (Cf. graphe 5). Par espace de programmation territoriale (EPT), la privation est plus concentrée chez les nourrissons des Hauts Plateaux et du Nord Centre (74%). De même, la privation est également impactée par la situation individuelle de la mère, où il a été relevé une privation de 85 en 2006⁵, chez les enfants issues de mères occupées contre 76,3% chez ceux dont les mères ne travaillent pas. Il est à souligner que la privation en allaitement maternel est notée dès les premières heures suivant la naissance où seulement 35,7% des enfants ont été allaités durant la première heure et 70,6% dans les 24 premières heures.

Pour les enfants âgés de 6-11 mois

Le N-MODA a abouti à une privation en nutrition affectant 71,9% des enfants de cette tranche d'âge en 2012. Cette forte privation est essentiellement due à l'inadéquation du mode alimentaire et non à la sous-alimentation, et ce en plus du non- allaitement de 26% des enfants de cet âge, comme illustré dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Proportion en % d'enfants de 6-11 mois ayant pris des aliments supplémentaires durant 24 heures (repas consistants non inclus) en 2012⁶.

Préparation commerciale pour bébé	Lait en boîte, en poudre ou frais	Jus de fruits ou des boissons à base de jus	Bouillon liquide	Autres liquides	Bouillie légère	Autres aliments au biberon	Au moins un des aliments
22,5	65	31,2	39,5	30,5	41	55,1	92,8

5 Les privations par situation individuelle de la mère n'ont pas été calculées en 2012, par faute de données dans MICS4
6 Calculs CNES établis sur la base des données de MICS4

Pour les enfants âgés de 12-23 mois

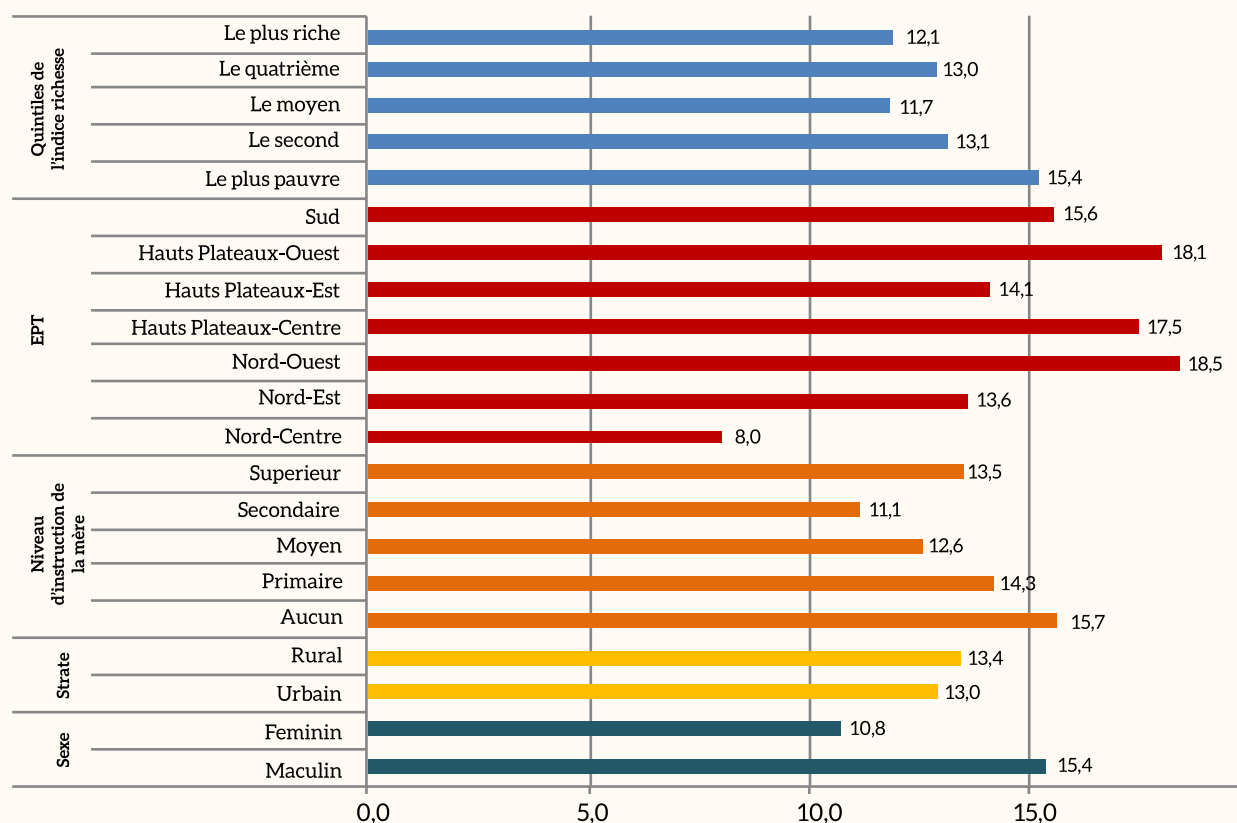
La nutrition adéquate, suivant les normes de l'OMS, consiste en une fréquence minimale de trois repas par jour. La privation obtenue par le modèle pour cet âge est moins élevée par rapport aux enfants de moins d'un an avec 47,7%, et reste toujours liée à l'inadéquation du mode d'alimentation et non à la sous-alimentation.

Principales conclusions

- Près de deux tiers des nouveau-nés souffrent de privations en nutrition (62,9%), perçue comme défaut dans le mode d'alimentation plutôt que d'une sous-alimentation.
- Le taux de privation est particulièrement élevé parmi les enfants de 0-5 mois (75%), car la recommandation de pratiquer l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois n'est pas encore largement appliquée.
- Il convient de noter que la pratique exclusive ou non de l'allaitement n'est pas liée au niveau d'éducation de la mère, mais plutôt à une culture sociétale dominante puisqu'il concerne aussi bien les mères de niveau universitaire que les mères sans instruction.
- Parmi les enfants de 6-23 mois, on relève aussi d'importantes privations en nutrition principalement dues à un manque d'allaitement complémentaire après le sixième mois et à la composition nutritionnelle inadéquate des suppléments alimentaires.

B. Développement physique & malnutrition chronique

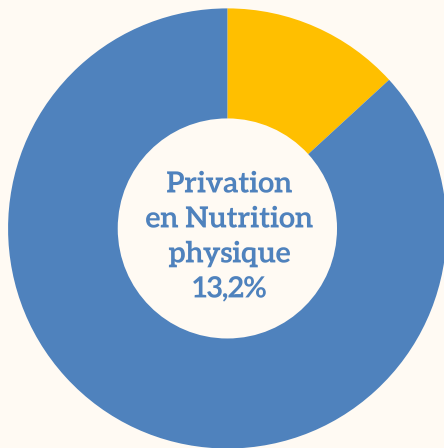
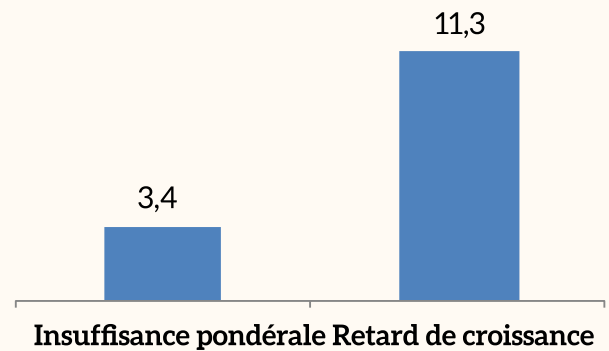
Graph 6 : Enfants âgés de moins de 2ans privés en « développement physique» en 2012 en %



À long terme, les privations en nutrition peuvent avoir des répercussions négatives sur le développement physique et la croissance des enfants. Suivant les normes de croissance physique de l'OMS, cette dimension a été approchée par deux indicateurs : le retard de croissance (taille pour âge) et l'insuffisance pondérale (poids pour âge) pour étudier la façon dont les enfants devraient se développer physiquement par rapport à une croissance physique normale.

La mesure nationale de la privation de cette rubrique révèle que 13,2% des enfants de moins de deux ans sont touchés par un problème de développement physique en 2012. Cette privation provient essentiellement des problèmes de retard de croissance qui touche 11,3% des enfants, indiquant l'existence d'une malnutrition chronique ou récurrente. Quant à l'insuffisance pondérale, elle est faible et ne touche que 3,4 % des enfants.

L'examen des caractéristiques de la privation en développement physique montre que les garçons (15,4%), les enfants issus des ménages pauvres (15,4%), les enfants de mères non instruites (15,7%) et ceux habitant dans les Hauts Plateaux Ouest, Hauts Plateaux Centre et Nord Ouest (avec plus de 17%) sont les plus affectés par ces privations. S'agissant des privations en nutrition mentionnées plus haut, les écarts observés entre les groupes socioéconomiques, les régions, les filles et les garçons sont assez réduits. L'analyse indique que les privations en termes de développement physique constituent un problème transversal qui affecte tous les segments de la population algérienne.

Graph 7 : Privation en Nutrition physique**Graph 8 : Type de privation en développement physique en 2012-(%)**

Principales conclusions

- 13,2% de l'ensemble des enfants algériens appartenant à la tranche de 0-2 ans souffrent de privation en termes de développement physique.
- Les privations affectent les enfants de toutes les catégories socioéconomiques et de toutes les régions du pays. Le taux de privation en nutrition dépasse les 10% dans chaque quintile de population, même parmi les plus aisés.
- On observe toutefois des différences entre les taux de prévalence. Les privations sont encore plus élevées parmi les enfants du quintile le plus pauvre (15,4%) et parmi les enfants vivant dans les Hauts Plateaux Ouest, les Hauts Plateaux Centre et le Nord Ouest.

C. Soins de santé et prise en charge de la santé de l'enfant

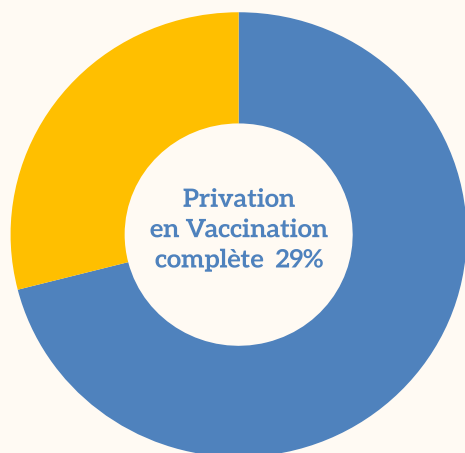
Après la naissance, le bébé doit être pris en charge sur tous les plans, notamment au plan médical. À travers la vaccination, les enfants devraient être immunisés contre toutes les maladies et tous les risques couverts par cette dernière. Si une maladie survient, l'enfant doit être convenablement pris en charge en vue d'un meilleur développement.

i. Couverture vaccinale

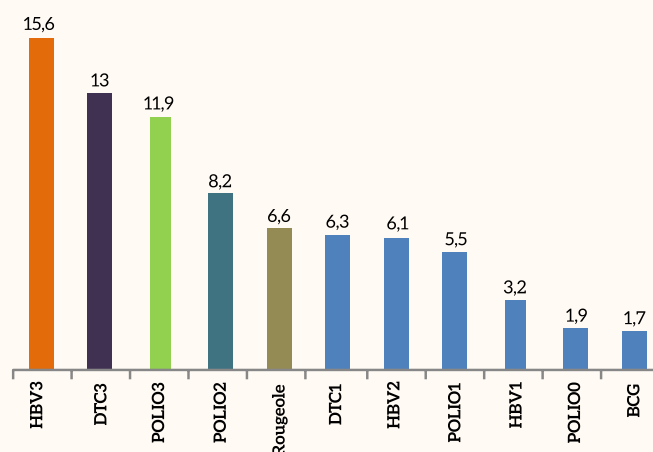
La vaccination représente l'un des principaux moyens de protection des enfants contre les maladies et permet de sauver des millions de vie dans le monde. Les enfants qui n'ont pas été vaccinés sont plus exposés aux risques d'être infectés par des maladies graves. Pour acquérir une immunité de base, plusieurs injections sont souvent nécessaires. Cependant, afin de maintenir une protection suffisante et durable, l'immunité doit ensuite être entretenue par des rappels réguliers définis dans le calendrier vaccinal⁷. Pour cette raison, N-MODA a adopté un seuil de privation strict « vaccination complète obligatoire ». Il considère comme privés, tous les enfants qui n'ont pas reçu la totalité des vaccins prescrits comme obligatoires dans le calendrier national de vaccination.

L'examen de la privation à ce propos, révèle que 29% des enfants de moins de 2 ans n'ont pas reçu la vaccination complète en 2012. Le non-respect du calendrier vaccinal concerne particulièrement les vaccins HBV3, DTC3 et POLIO3 avec des taux de privation respectifs de 15,6%, 13% et 11,9%.

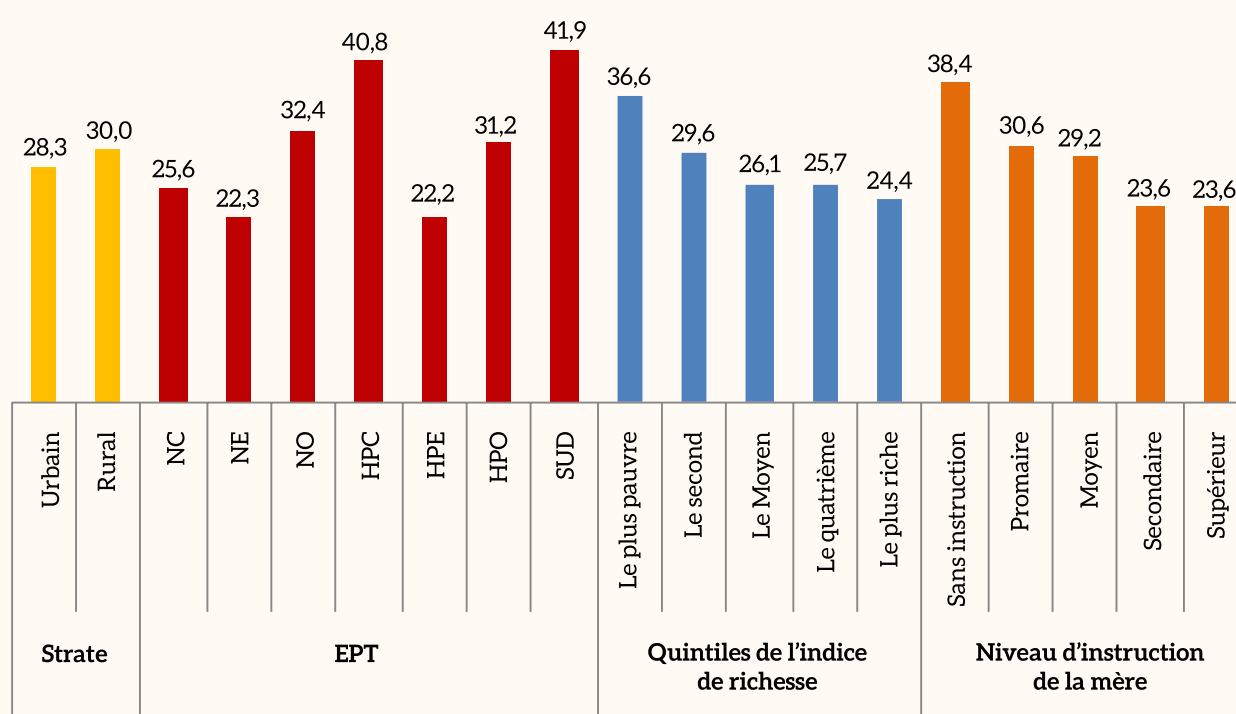
Graphe 9 : Privation en vaccination complète



Graphe 10 : Incidence de privation en vaccination par type de vaccin en 2012 (%)



Graphe 11 : Enfants âgés de moins de 2 ans privés en «vaccination complète» en 2012 en %



En examinant de plus près le profilage des enfants privés de vaccination complète, on trouve que les plus privés :

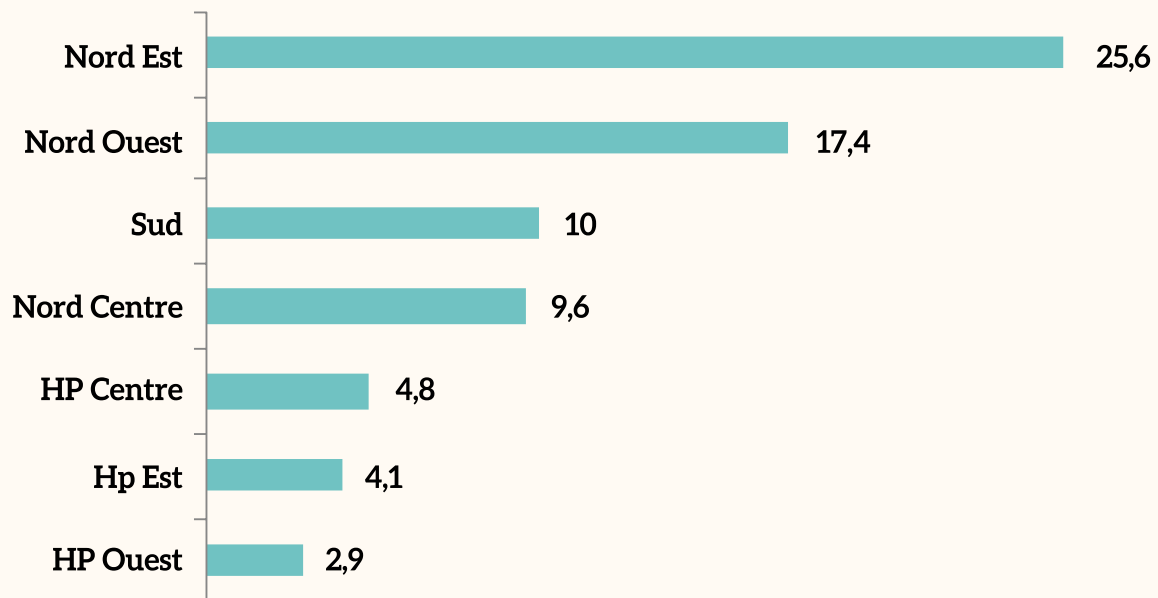
- o Résident dans la région du Sud et des Hauts Plateaux Centre avec respectivement 41,9% et 40,8%.
- o Ont des mères non instruites.
- o Appartiennent aux ménages pauvres (le 1^{er} quintile de richesse le plus pauvre).

ii. Prise en charge des maladies

D'après la déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF sur la prise en charge des cas de maladies des enfants de moins de cinq ans, la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et les problèmes du nouveau-né demeurent à l'origine des trois quarts des décès infantiles. La prévention et le traitement correct de ces maladies représentent les moyens les plus efficaces pour réduire la mortalité infanto juvénile⁸.

a) Prise en charge des enfants souffrant de maladies respiratoires aiguës (IRA)

**Graphe 12 : Pourcentage de mères connaissant les signes de gravité des IRA
(la respiration rapide et difficile) en % - 2012- MICS4**



Les infections respiratoires aiguës représentent l'une des principales causes de décès dans le monde. Les bronchites, les pneumonies ou encore les bronchiolites sont des pathologies fréquentes chez les enfants. La pneumonie est la plus meurtrière, elle est responsable de près de 15% des décès chez les enfants de moins de 5 ans. En Algérie, selon les données de MICS4, 7,25% des enfants de moins de deux ans ont souffert d'une IRA suspectée pendant les deux dernières semaines précédant l'enquête de 2012, contre 6% pour l'ensemble des enfants de moins de 5 ans.

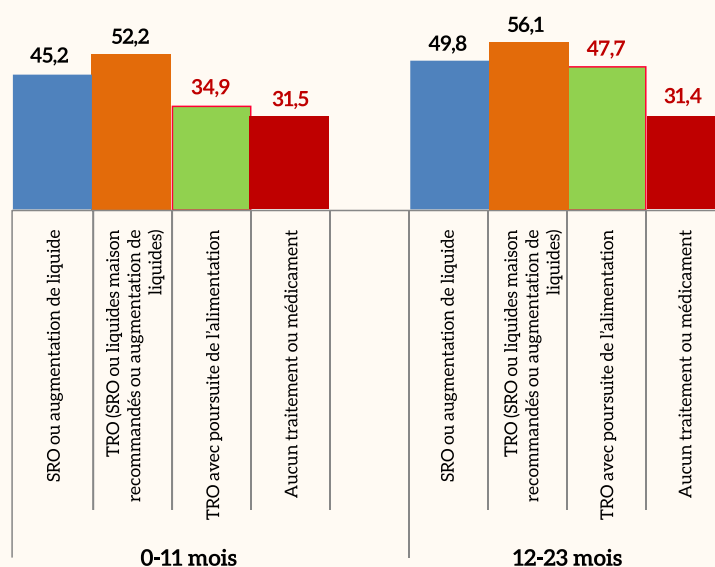
Pour ce qui concerne la prise en charge des enfants suspectés d'avoir eu une IRA, seuls 74,8% ont été emmenés chez un soignant dans la tranche d'âge des 0-1 an (67,4% de la tranche d'âge des 1-2 ans)⁹. En d'autres termes, plus d'un quart de l'ensemble des enfants suspectés de souffrir d'une IRA ne sont ni examinés ni traités par un médecin, peut-être par manque de connaissance des symptômes de ces maladies. Il ressort aussi que seules 11% des mères interrogées connaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie. Le niveau de connaissances varie considérablement entre les régions et ces signes d'alerte sont particulièrement mal connus dans les Hauts Plateaux (voir graphe 12).

⁸ Source : Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF sur la prise en charge des cas de maladies de l'enfant dans la communauté (PEC-C) - Une stratégie d'équité visant à améliorer l'accès aux soins essentiels des enfants de moins de cinq ans- 2012

⁹ Que ce soit dans un établissement public ou privé

b) Prise en charge des enfants atteints de diarrhée

Graph 13 : Thérapie de la réhydratation orale avec poursuite de traitements pour les enfants de 0-23 mois en % -2012- MICS4



La diarrhée, en particulier si elle est sévère, est la deuxième cause de décès dans le monde chez les enfants de moins de 5 ans, parce qu'elle entraîne la déshydratation qui est la perte de grandes quantités d'eau et d'électrolytes de l'organisme dans les selles liquides. Pour la prise en charge de la diarrhée, la réduction de la durée et de la sévérité des épisodes diarrhéiques et la diminution de leur fréquence, l'OMS recommande la formule de sels de réhydratation orale (SRO), combinés à la prévention et au traitement de la déshydratation avec des solutions appropriées, à l'allaitement maternel, au maintien de l'alimentation et à l'utilisation sélective d'antibiotiques¹⁰. En Algérie, selon les données de MICS4, parmi les enfants âgés de moins de deux ans en 2012, 14% ont eu la diarrhée durant les deux dernières semaines précédant l'enquête contre 9,4% pour les enfants de moins de 5 ans.

Parmi les enfants de 0 à 11 mois ayant eu une diarrhée, 30% ont reçu des liquides à partir de sachets de SRO ou des liquides de SRO pré-emballés et 38,5% ont reçu des SRO ou n'importe quelle solution sucrée-salée préparée à la maison, contre respectivement 30% et 26% pour les enfants de 12 à 23 mois qui ont eu la diarrhée, et qui représentent 14,1%. Concernant les pratiques alimentaires pendant l'épisode diarrhéique, parmi les enfants de moins d'un an atteints de diarrhée, seulement 23% ont reçu plus de liquide à boire que d'habitude, contre 31,2% pour les enfants âgés entre 1 à 2 ans. Il importe surtout d'avoir à l'esprit qu'environ 31,5% des enfants de 0-2 ans souffrant de diarrhée ne reçoivent aucune forme de traitement.

Principales conclusions

- Une grande proportion de nouveau-nés en Algérie ne bénéficient pas des soins de santé préventifs et curatifs nécessaires, pourtant essentiels à leur développement. Cette insuffisance concerne la prévention et la protection contre les risques des maladies infectieuses à travers la vaccination et la prise en charge de certaines maladies qui sont parmi les principales causes de décès chez les enfants (diarrhée et IRA) au niveau mondial.
- 29% des enfants de 0 à 2 ans n'ont pas reçu de couverture vaccinale complète. Ce chiffre s'explique principalement par la tendance des parents à manquer la troisième campagne de vaccination anti-polio, HBV3 et DTV3.
- Plus de 25% de tous les enfants suspectés de souffrir d'une IRA ne sont ni examinés ni traités par un médecin.
- 31,5 % des enfants de 0 à 2 ans souffrant de diarrhée ne reçoivent aucune forme de traitement.



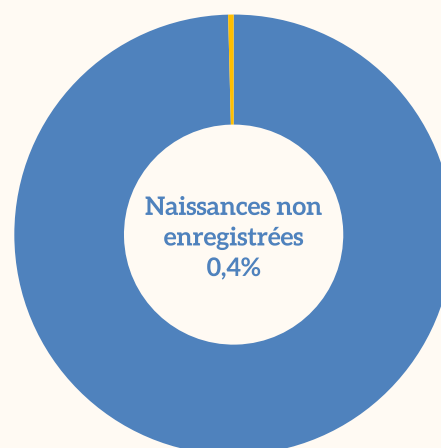
D. Protection de l'enfant

D'après l'UNICEF, la protection de l'enfant se rapporte au droit de l'enfant d'être protégé contre tout acte dommageable. Les enfants non protégés (soumis à la violence, à l'exploitation, à la maltraitance et à l'abandon moral) encourrent plusieurs risques dont notamment (i) : une espérance de vie écourtée (ii) : une médiocre santé physique et mentale et (iii) : des difficultés scolaires (pouvant aller jusqu'à l'abandon des études). L'objet fondamental de la protection de l'enfant est de faire en sorte que tous ceux qui en ont la charge soient conscients de la tâche qui leur incombe et soient en mesure de s'en acquitter¹¹. Dans cette note, la protection des enfants de moins de deux ans, vu l'absence d'information pour cette catégorie d'âge notamment en ce qui concerne la violence, n'est abordée que par l'aspect « négligence » à travers l'enregistrement des naissances, la garde inadéquate et les accidents domestiques.

i. Enregistrement des naissances

Dans son septième article, la déclaration internationale relative aux droits de l'enfant, stipule que tous les enfants, sans discrimination, ont le droit à l'enregistrement de leur naissance, de préserver leurs droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. L'enregistrement des naissances est un facteur important pour la protection des enfants contre tous les risques. En Algérie, l'exercice du droit à l'enregistrement des naissances est déjà pratiquement universel, puisque la naissance de 99,6% de tous les enfants de moins de deux ans a été enregistrée, selon la dernière enquête MICS4.

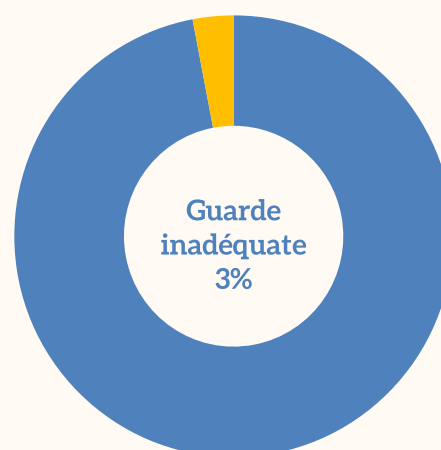
Graph 14 : Naissance non enregistrées



ii. Garde adéquate

La négligence est une forme de maltraitance, à l'instar des problèmes de violence et d'abus sexuel¹². Un enfant est négligé s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique. En Algérie, l'enfant est protégé contre toute forme de négligence par le cadre juridique¹³, y compris contre l'abandon des parents. Selon la définition retenue dans la mesure de la privation des enfants et des jeunes, un enfant est considéré comme soumis à une garde inadéquate s'il est laissé seul ou bien à la garde d'un autre enfant âgé de moins de 10 ans. Seulement 3% des enfants de moins de 2 ans sont exposés à une forme de négligence en 2012 contre une proportion de 7% en 2006¹⁴. Par profilage, les enfants ayant le taux de privation le plus élevé en garde adéquate sont issus des Hauts Plateaux Ouest et de mère non instruite ou ayant le niveau primaire.

Graph 15 : Garde inadéquate



¹¹ Source : La protection de l'enfant Guide à l'usage des parlementaires - UNICEF 2004

¹² Parmi les auteurs francophones aussi bien qu'anglophones, les termes de violence et d'abus sont parfois interchangeables, ou alors l'abus est réservé aux sévices sexuels tandis que la violence caractérise les torts physiques, psychologiques ou émotionnels. De même, la maltraitance émotionnelle est parfois incluse dans la catégorie de la négligence, laquelle peut être également physique ou psychologique, tout comme d'ailleurs la violence. - Source : LA NÉGLIGENCE ENVERS LES ENFANTS - BILAN DE CONNAISSANCES - Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales CLIPP - En collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières AVRIL 2008

¹³ Loi n° 12-15 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant, articles 5 et 6.

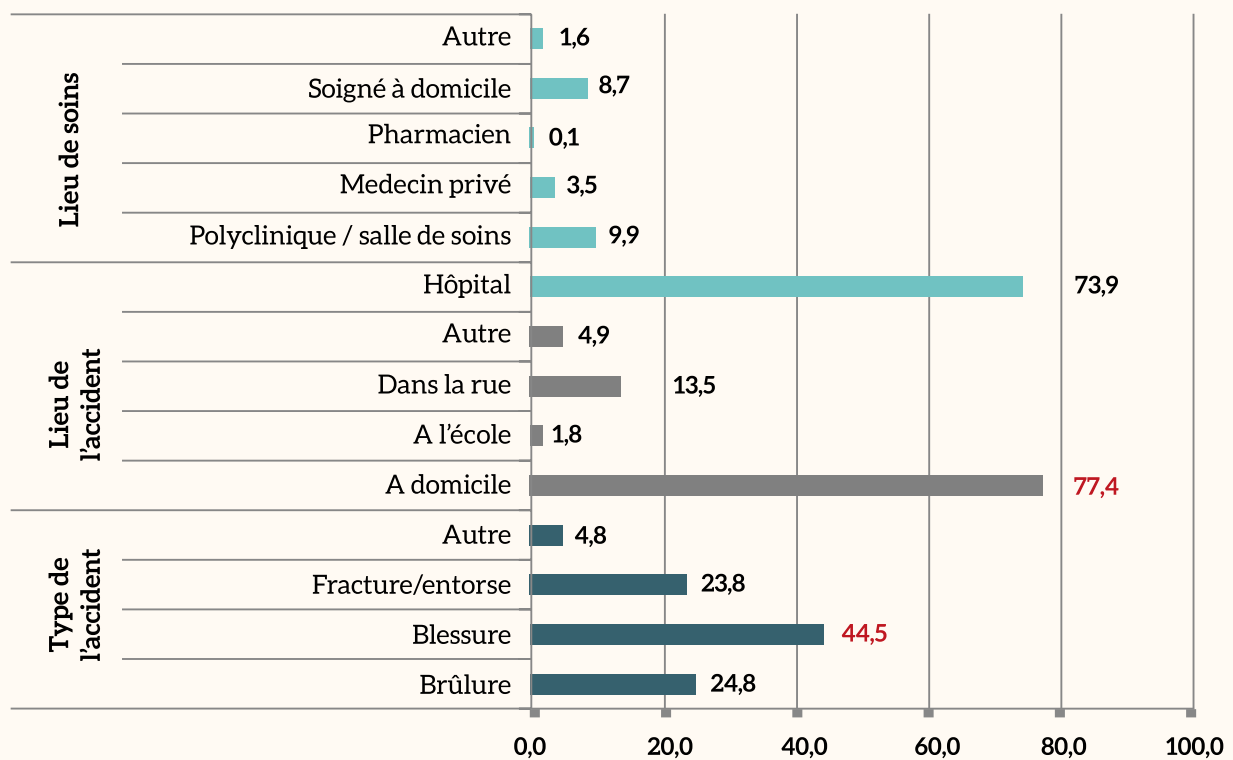
¹⁴ À ce propos, il convient de signaler que la loi sur la protection de l'enfant de 2015 considère l'incapacité des parents ou de toute autre personne responsable de l'enfant à assurer sa sauvegarde comme un danger qui menace son bien-être physique, psychologique et éducatif.

iii. Accidents graves

En ce qui concerne l'exposition à de graves accidents, selon les déclarations des mères en 2012 (MICS4), la répartition des cas d'enfants de moins de 15 ans victimes d'au moins un accident grave dans leur vie, montre que 21,3% des cas d'accidents surviennent chez les enfants de moins de 2 ans. Dans l'ensemble, 3,9% des enfants de moins de 15 ans sont affectés par un accident.

Ces accidents se sont passés à 77,4% à domicile et à 13,5% dans la rue. Concernant la nature des accidents auxquels ces enfants sont le plus exposés, il s'agit dans 44,5% de « blessures », 25% de « brûlures » et 24% d'accidents de type « fracture/entorse ».

Graph 16 : Répartition des accidents graves chez les enfants de moins de 2 ans selon le type et le lieu de l'accident et le lieu de soins en 2012



Principales conclusions

- En Algérie, l'enregistrement des naissances est pratiquement universel (99,6%) et la garde inadéquate a atteint un très faible niveau (3%) chez les enfants de 0 à 2 ans.
- Aucune donnée n'est disponible sur l'exposition des 0-2 ans à la violence. La collecte, l'analyse et la présentation de telles données seraient essentielles pour que l'Algérie puisse garantir le droit des enfants à être protégés contre la violence.

E. Survie des enfants

D'après l'UNICEF, la question des droits de l'enfant en matière de survie, est loin d'être gagnée au niveau mondial, en particulier pour les familles les plus défavorisées. La chance de survivre ou d'être en bonne santé en raison des conditions liées à sa naissance constitue une injustice flagrante et une violation des droits humains¹⁵. A ce propos, les chances de survie et la santé du nouveau-né peuvent s'améliorer : **(i)** : Avant sa naissance, si sa mère fait ses visites prénatales, **(ii)** : Au moment de la naissance, si l'accouchement se fait dans un établissement hospitalier et par un personnel qualifié et **(iii)** : après la naissance, s'il est bien pris en charge sur le plan médical (prévenir les maladies infectieuses, repérer les maladies à temps et les soigner) et s'il reçoit une nutrition saine et adéquate.

i. Préparation à une naissance vivante : santé de la mère et de l'enfant

En 2017, le monde comptait 303 000 décès de femmes pendant la grossesse ou l'accouchement, 2,6 millions de mort-nés et 2,7 millions de nouveau-nés mourant pendant les 28 premiers jours de la vie. Ainsi, est-il établi que la santé du nouveau-né et la santé maternelle sont étroitement liées. Les complications durant la grossesse et à la naissance sont la cause majeure de décès et d'handicaps chez les enfants et les femmes en âge de procréer dans les pays en développement¹⁶.

a. Santé de la mère

Accouchement et consultations prénatales et postnatales

o Le suivi des femmes pour les consultations avant et après l'accouchement s'est amélioré en particulier pour les consultations postnatales dont le taux est passé de 32% en 2000 à 86,5% en 2012. Les visites prénatales ont atteint 93% en 2012. Les différentes catégories socio-économiques et strates rurales/urbaines ne présentent pas de différences considérables en matière de visites médicales prénatales et postnatales.

o Concernant les conditions d'accouchement, la majorité des femmes accouchent dans des hôpitaux en milieu assisté et par du personnel qualifié (soit un taux d'accouchement en milieu assisté de 97,1% en 2012 contre 76 % en 1992 et 92% en 2000).

MICS4 - 2012-2013	
Taux de consultations prénatales	93
Taux d'accouchement en milieu assisté	97
Taux de consultations postnatales	86,5

Mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle est un indicateur de mesure de la qualité des systèmes de santé ; (des taux de mortalité élevés reflètent des insuffisances dans les capacités administratives, techniques et logistiques, d'investissement financier et manque de personnels qualifiés). En Algérie, la mortalité maternelle reste toujours préoccupante, malgré les efforts consentis en matière de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, par la création à travers toutes les régions du pays, de centres de protection maternelle et infantile, de maternités, de centres de santé et d'hôpitaux.

Le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes a certes baissé de 117,4 en 1999 (enquête de mortalité maternelle, INSP) à 57,7 (100 000 NV) en 2016 (estimation MSPRH)¹⁷, passant ainsi sous la moyenne régionale de 110 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes¹⁸, mais il se maintient bien très haut de la moyenne des pays de l'OCDE de 14 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes¹⁹.

¹⁵ Source : Situation des enfants dans le monde - UNICEF 2016-

¹⁶ [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Les20%principales20%complications2%C2%qui20%repr%C3A9sentent,grossesse20%\(pr%C3A9C%3A9clampsie20%et%20C%3A9clampsie\)3%B](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Les20%principales20%complications2%C2%qui20%repr%C3A9sentent,grossesse20%(pr%C3A9C%3A9clampsie20%et%20C%3A9clampsie)3%B)

¹⁷ Ministère des Affaires Etrangères- - Rapport National Volontaire 2019 -Progression de la mise en œuvre des ODD

¹⁸ <https://www.unicef.org/mena/health>

¹⁹ <https://www.indexmundi.com/facts/oecd-members/maternal-mortality-ratio>

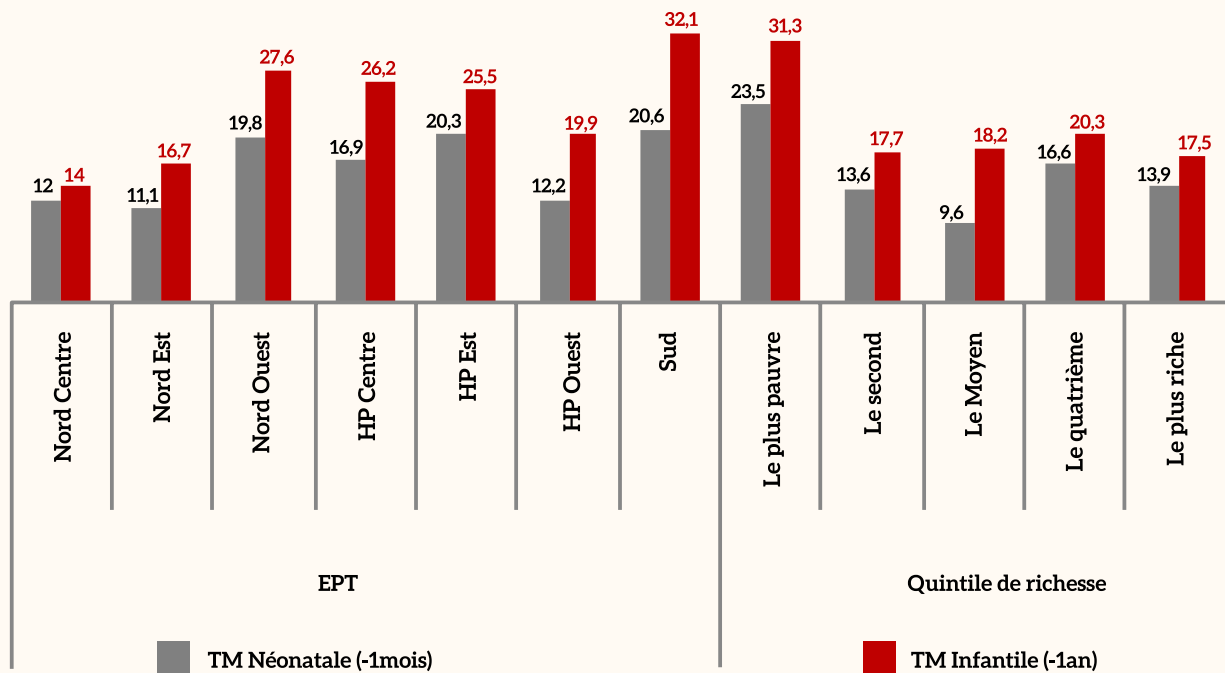
b. Santé de l'enfant

Mortalité des enfants de moins d'un an

La mortalité des enfants²⁰ peut compromettre toutes les perspectives liées à la survie et à la bonne santé des enfants. Vu son importance, cette mesure du nombre des décès des enfants de moins d'un an est considérée par l'OMS, comme un indicateur d'évaluation de l'efficacité des programmes de santé mis en place par l'État. Pour un enfant, le risque de décès est le plus élevé pendant la période néonatale, c'est-à-dire au cours des 28 premiers jours de vie.

À l'échelle mondiale, le taux de mortalité néonatale s'élève à 18‰ (18 décès d'enfants âgés de moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes)²¹, contre 29‰²² pour le taux de mortalité infantile (29 décès d'enfants âgés de moins d'un an). Les premières 48 heures qui suivent la naissance sont cruciales pour la survie du nouveau-né. C'est à ce moment précis que la mère et l'enfant doivent bénéficier d'un suivi attentif pour prévenir et traiter la survenue de maladies potentielles²³.

Graphe 17 : Taux de mortalité infantile et néonatale par EPT et quintile de richesse en 2012-MICS4



En Algérie, le taux de mortalité infantile représentait 21,4‰, en 2012 dont 15,7‰ de taux de mortalité néonatale et 5,7‰ de taux de mortalité post-néonatale. Bien qu'inférieurs à la moyenne mondiale, ces chiffres n'en sont pas moins largement supérieurs aux taux de mortalité des pays de l'OCDE, où le taux de mortalité infantile s'élève par exemple à 3,8‰²⁴.

²⁰ La mortalité infantile affecte plus les enfants de moins d'un an, elle est décomposée de la mortalité néonatale qui survient au cours du premier mois de la vie (27-0 jours), et la mortalité post néonatale qui se présente entre le premier et le douzième mois de la vie de l'enfant.

²¹ <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>

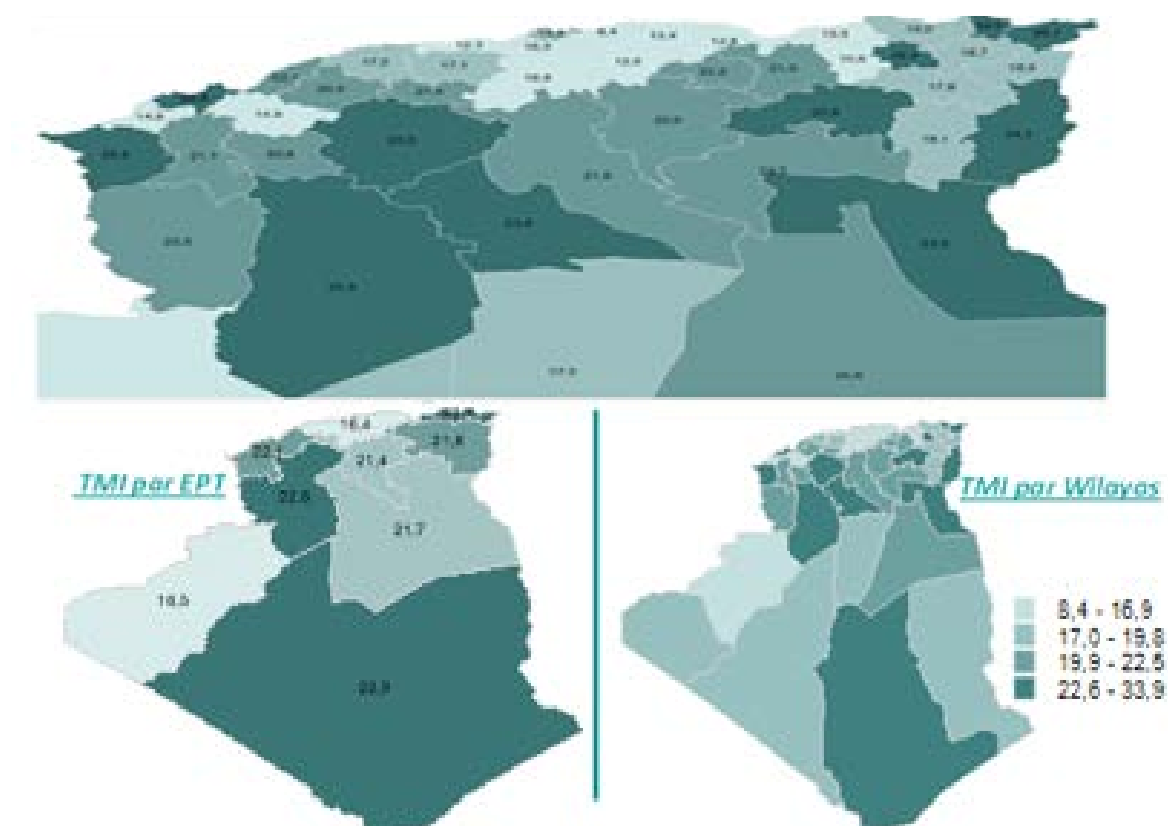
²² https://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/

²³ Source : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

²⁴ https://www.oecd.org/social/family/CO_1_1_Infant_mortality.pdf



Carte 1 : Taux de mortalité infantile par EPT et par Wilaya, 2018



L'examen de la mortalité infantile par profil montre que la vulnérabilité est un grand facteur de la mortalité infantile en particulier chez les enfants de moins d'un mois. En effet, les enfants issus du quintile de richesse le plus pauvre sont les plus exposés à la mortalité infantile avec un TMI²⁵ de 31,3‰ dont 23,5‰ de mortalité néonatale. On observe également de fortes disparités géographiques, le Sud étant particulièrement affecté par la mortalité infantile (32,1‰) et par la mortalité néonatale (20,6‰).

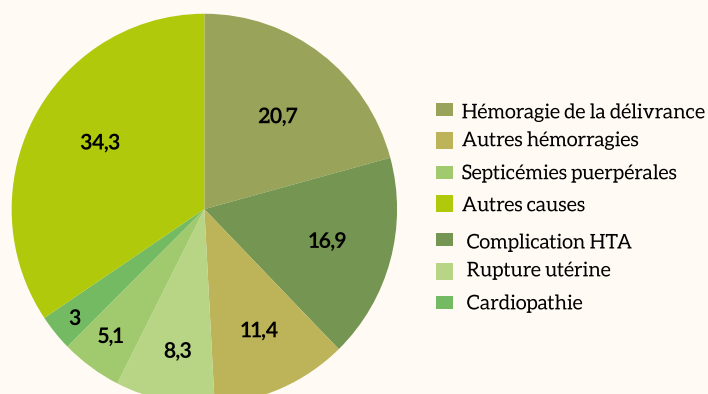
Par EPT, les taux de mortalité infantile les plus élevés se situent dans le Grand Sud, les Hauts Plateaux Ouest et les régions du Nord Est et Nord Ouest avec plus de 22‰. Par contre, le Nord Centre et le Sud Ouest détiennent les taux de mortalité les plus faibles avec un taux de 16,4‰. Il est à noter à ce propos que la région du Sud détient les taux de natalité les plus élevés. En effet, le Grand Sud qui enregistre le taux de mortalité le plus élevé (22,9‰), enregistre un taux de natalité record de 37‰ contre 30,3‰ pour le Sud Est.

ii. Causes de décès

Causes de décès maternels

Parmi les causes de décès maternels durant les trois dernières années, viennent en première position les hémorragies (de la délivrance et autres hémorragies) avec une part en augmentation, passant de 22% en 2015 à 32,1% en 2017 ; et en deuxième position les cas de complication HTA (éclampsie) présentant une part de 16,9% en 2017. Pour la période de survenue de ces décès, la majorité (47,5%) se produisent dans le post-partum immédiat, et 21% des décès se passent dans les 42 jours après l'accouchement.

Graphe 18 : Répartition des causes de décès maternels 2017



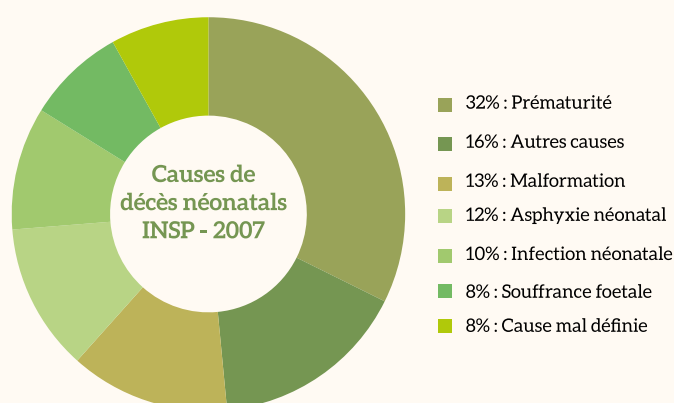
Causes de décès néonataux (moins d'un mois) :

Les informations nationales les plus récentes relatives aux causes de décès néonataux remontent à l'enquête faite par l'INSP en 2007. Ceci pour souligner le retard flagrant dans la gestion de la connaissance sur ce phénomène. Cette enquête montre que plus d'un tiers des nouveau-nés décèdent par cause de prématurité (32,3%), en particulier en période néonatale précoce (34,3%), contre 21,7% en néonatale tardive. La malformation est la deuxième cause de décès avec 13%, suivie par l'asphyxie néonatale (12,2% des cas). Toutefois, la situation de la difficulté/l'incapacité de cerner les causes de décès infantiles de 8% des cas par les praticiens reste frappante.

Le risque d'avoir des malformations « du tube neural » survient le plus chez les enfants dont les mères sont sous traitement antiépileptique et en cas de carence en acide folique, en plus des facteurs génétiques. Les causes provenant des facteurs médicalement peuvent facilement être évitables²⁶. Pour la période néonatale précoce, l'infection, les conséquences de la prématurité et l'asphyxie sont parmi les causes les plus fréquentes²⁷.

Les taux de mortalité infantile élevés sont dus, par contre, à des problèmes d'organisation des soins, d'absence de textes réglementaires, de manque de formation du personnel, de manque d'information et de communication, et surtout de défaillance du système d'information sanitaire qui constitue un problème véritablement urgent.

Graphe 19 : Répartition des causes de décès néonataux 2007



²⁶ Source : Analyse de la situation de la mère et de l'enfant en Algérie -Projet de rapport MSPRH/UNICEF -Pr J.P. Grangaud2011-

²⁷ Source : MSPRH-Programme national de périnatalité -2009-2006 Première Étude des causes de décès périnataux de Blida (zone pilote du premier programme de périnatalité en Algérie1994/1988).

Principales conclusions

- En Algérie, l'universalité a presque été atteinte en termes de visites médicales prénatales (93%), les visites médicales postnatales (86%) et les naissances se déroulant en présence du personnel qualifié (97%). Il importe toutefois de combler les écarts restants, notamment parmi les segments les plus vulnérables de la société.
- Ces dernières années, l'Algérie a certes considérablement réduit son taux de mortalité maternelle (57 décès pour 100 000 naissances vivantes). Inférieur à la moyenne mondiale, ce chiffre se maintient, malgré tout, bien au-dessus du taux moyen de l'OCDE (14 décès pour 100 000 naissances vivantes).
- L'Algérie a considérablement réduit son taux de mortalité infantile, qui s'élevait à 21,40‰ en 2016. Située à 3,80‰, la moyenne de l'OCDE montre toutefois qu'il reste encore une marge de progression importante.
- De criantes inégalités persistent en matière de mortalité infantile entre les régions et les différentes catégories de revenu. Les enfants vivant dans le Sud et appartenant au quintile le plus pauvre encourrent un risque de décès bien plus élevé que les autres.

2. Revue des politiques publiques

Pour améliorer la santé de l'enfant et de la mère, l'Algérie, a établi depuis l'indépendance de multiples programmes nationaux de santé ayant l'enfant comme population cible. Dans les années soixante, des programmes d'éradication du paludisme, du trachome, et de lutte contre la tuberculose ont été lancés. Le programme national de maîtrise de la croissance démographique a été amorcé au début des années 80 et il a été suivi en 1985 du programme national de lutte contre la mortalité infantile et juvénile, qui comportait lui-même six sous-programmes (programme élargi de vaccination, programme de lutte contre les maladies diarrhéiques de l'enfant, programme de lutte contre les IRA, programme de nutrition de la mère et de l'enfant, programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, et programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu). Au début des années quatre-vingt-dix, un programme de prévention des accidents a été élaboré et un programme de périnatalité pour la période 2006-2009 a été lancé en 2005. En 2015, la loi sur la protection de l'enfant a été promulguée. En 2018, la nouvelle loi sur la santé a consacré toute une section à la santé de la mère et de l'enfant. Cette section consiste à survoler les politiques dédiées à l'amélioration de la santé des enfants selon les segmentations retenues.

C'est dire l'investissement important qui a été consenti depuis les années 1970 et qui continue à se densifier autour de la survie des enfants.

A. Nutrition

i. Loi de santé 2018 :

Pour la nutrition des enfants, l'État (i) : promeut et encourage, à travers des actions et mesures adéquates, l'allaitement maternel et l'interdiction de la promotion et la publicité des substituts du lait maternel (art. 79) et (ii) : assure l'éducation pour la santé notamment en matière de nutrition saine et équilibrée (art. 120).

ii. Programme National de Nutrition :

La lutte contre la malnutrition des nourrissons et des nouveau-nés passe en premier lieu par l'amélioration de l'alimentation en particulier par la promotion de l'allaitement maternel et des aliments de sevrage. Ce programme vise principalement à réduire la malnutrition protéino-calorique et les carences en micronutriments, chez la mère et l'enfant.



Objectifs : il s'agit à l'horizon 2004 de (i) : Réduire de 50% la prévalence de la malnutrition protéino-énergétique du nourrisson et du jeune enfant (moins de 5 ans), la prévalence de la carence en fer chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans, ainsi que chez la femme enceinte et allaitante, (ii) : Éradiquer les troubles dus à la carence en iode et le rachitisme chez les enfants de moins de 3 ans.

Ce programme comporte deux volets essentiels (i) : la prévention des carences en micronutriments (fer, acide folique, iode, vitamine D, vitamine A) chez la femme enceinte, la mère allaitante et chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 5 ans, (ii) : La prévention de la malnutrition protéino-énergétique chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans.

iii. Programme National de lutte contre les Carences Nutritionnelles

Le programme de lutte contre les carences nutritionnelles s'inscrit dans le cadre général du renforcement des activités de protection maternelle et infantile et la réhabilitation des soins de santé de base. Il s'articule autour des axes stratégiques suivants : La prévention, le dépistage et la prise en charge, la surveillance, la formation et le recyclage, la communication, la supervision et la recherche.

Objectif institutionnel : Il vise la préservation et l'amélioration de l'état nutritionnel des populations à risque (enfants âgés de 0-35 mois révolus et femmes enceintes et allaitantes) à travers l'axe de la prévention qui renforce la lutte contre la malnutrition protéino-énergétique. Parmi ses activités : (i) **Protection et promotion de l'allaitement maternel** (l'éducation sanitaire des mères, la mise à la disposition du personnel de santé de fiches techniques sur l'allaitement maternel, une réglementation interdisant la publicité sur les substituts au lait maternel, la réorganisation des services de maternité et de pédiatrie afin de permettre la mise au sein dès la naissance, (ii) **Promotion de l'alimentation de l'enfant** (l'éducation sanitaire des mères, l'élaboration et la mise à la disposition du personnel de santé d'un calendrier nutritionnel incluant les recettes traditionnelles, la normalisation des spécifications techniques des substituts au lait maternel, des produits spéciaux et des produits de complément).

iv. Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles (MNT) 2015 – 2019

Ce plan vise à lutter contre les facteurs de risque, leurs déterminants et le renforcement de la prévention des maladies non transmissibles, à travers plusieurs axes stratégiques. Le premier axe qui consiste en « **la Promotion de l'alimentation saine** » se focalise sur le renforcement des capacités et des compétences des professionnels et le développement d'outils qui visent l'amélioration de la communication avec la population. Il se fixe cinq objectifs : le premier concerne l'alimentation de la femme enceinte et du nourrisson dont l'objectif consiste à « Promouvoir l'alimentation appropriée à l'état de grossesse, ainsi que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et maintenu jusqu'à 24 mois ». Il comporte 03 actions (avec 10 mesures) qui consistent à (i) : soutenir et généraliser l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés, (ii) : promouvoir les règles de la diversification correcte de la nutrition des nourrissons et la (iii) : promotion de l'alimentation appropriée à l'état de grossesse eu égard aux macro et micro-nutriments en préconception et pendant la grossesse.

v. Programme national de périnatalité de 2006-2009, relancé pour la période 2016-2020.

Il se fixe comme objectif, la baisse du niveau de mortalité infanto-juvénile sous la barre des 20 ‰ en 2020, à travers deux principes directeurs :

- ° Mettre l'accent sur l'offre de soins en médecine néonatale caractérisée par une inégale répartition sur le territoire régional, notamment en ce qui concerne les structures dont les niveaux de soins correspondent aux soins intensifs et à la réanimation.
- ° Promouvoir d'une manière optimale la croissance et le développement du fœtus et de l'enfant au sein du groupe d'âge de 0 à 5 ans

vi. Programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale

Il a été redynamisé par les travaux du comité national de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale créé par « arrêté ministériel n°11 du 28 avril 2002 ». Son objectif principal consiste à œuvrer pour réduire la mortalité maternelle, la mortalité néonatale, la mortalité et la morbidité néonatale précoce.

vii. Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

Objectifs : réduire la mortalité par diarrhée, chez les enfants de moins de 5 ans (avec une attention particulière pour les nourrissons jusqu'à 23 mois révolus, qui reste la tranche d'âge la plus vulnérable), (ii) : réduire de 50% la

morbidité et la mortalité par déshydratation entre 2000-2004 ; et ce, à travers la promotion de l'allaitement maternel, l'utilisation précoce de sels de réhydratation en cas de diarrhée, la mise au point d'une bonne liaison entre les structures de soins de santé de base et l'hôpital du secteur.

B. Développement physique

Les programmes qui concernent le développement physique de l'enfant touchent tous les aspects qui réduisent la malnutrition et les carences en micronutriments et visent à renforcer l'état nutritionnel des enfants.

i. Programme National de lutte contre les Carences Nutritionnelles²⁸

Ce programme vise à renforcer les activités de protection maternelle et infantile et la réhabilitation des soins de santé de base.

Objectifs généraux : lutte contre les carences nutritionnelles, à travers l'élimination de la malnutrition aiguë, la réduction de la malnutrition chronique, les anémies carencielles et l'éradication du rachitisme et du goitre endémique. Et ce à travers la lutte contre la malnutrition protéino-énergétique et la malnutrition en micro-nutriments, et la promotion de l'allaitement maternel.

ii. Programme National de Nutrition

Ce programme incite à la prévention des carences en micronutriments chez la femme enceinte, la mère allaitante et chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 5 ans et de la malnutrition protéino-énergétique chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans.

C. Prise en charge de la santé de l'enfant et soins de santé

La prise en charge de la santé de l'enfant a toujours été une priorité du Gouvernement algérien, l'arsenal juridique est riche en ce sens. Plusieurs programmes ont été élaborés pour la prévention et la promotion des enfants contre les différents risques et maladies qui puissent nuire à leur santé.

i. Constitution 2016

Le droit à la protection de la santé des citoyens est assuré par l'État à travers la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques tout en réunissant les conditions de soins pour les personnes démunies (art 66).

ii. Le programme élargi de vaccination²⁹ (PEV)

Ce programme a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité des maladies contrôlables par la vaccination. En particulier, faire baisser ou disparaître six maladies infectieuses de l'enfant à savoir : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole³⁰. Il est à signaler que ce programme, pour répondre aux besoins sanitaires des enfants, a fait l'objet de plusieurs actualisations et ajustements: introduction du vaccin antirougeoleux en 1985, le vaccin anti-hépatite B en 2003, le vaccin anti-Haemophilus influenzae en 2008, et trois autres vaccins en 2015 : vaccin anti-Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR), vaccin antipneumococcique et vaccin pentavalent combiné DTC-Hib-HVB₃₁. En 2018, un nouveau calendrier de vaccination obligatoire a été fixé depuis celui de 2016 et officiellement entré en vigueur le 02 septembre 2018 (Journal officiel n°49 correspondant au 08 août 2018), et dont les modifications apportées consistent en : la suppression du vaccin anti polio oral à la naissance, le remplacement du vaccin anti polio oral de 2 mois par l'injectable, la suppression du vaccin anti polio injectable de 3 mois et le rajout du vaccin anti polio injectable dans ceux de 4 mois et 12 mois.

Stratégie du Programme : (i) :organisation du calendrier vaccinal au niveau de l'unité sanitaire de base, (ii)

²⁸ Les programmes de Nutrition et de lutte contre les carences nutritionnelles sont concernés par les deux segmentations de la NUTRITION et celle du DEVELOPPEMENT PHYSIQUE

²⁹ Ce programme a été déclaré par décret, obligatoire et gratuit (Décret N88-69° du 18 juin 1969 rendant la vaccination obligatoire et gratuite

³⁰ Source : Les programmes de Santé Maternelle et Infantile- Evaluation- MSPRH 2001

³¹ Source : Les Vaccins et le Programme Elargi de la Vaccination Pr M TALEB

captation active des naissances, (iii) captation et réduction des taux d'abandon, avec (vi) l'extension de la vaccination en milieu scolaire et universitaire, respect de la chaîne de froid, formation de la ressource humaine, évaluation périodique des taux de couverture par type de vaccin et éducation et sensibilisation de la population³².

iii. Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

Objectifs : ce programme cible les enfants de moins de 5 ans, en focalisant sur les nourrissons de moins de deux ans qui restent la tranche d'âge la plus vulnérable, à travers la diminution de 50% de la morbidité et de la mortalité par déshydratation.

Activités au niveau des salles de consultation : Promotion de l'allaitement maternel, utilisation précoce et systématique des sels de réhydratation par voie orale (SRO) selon un protocole, garantie de la disponibilité des SRO et liquides de réhydratation, et prise en charge des déshydratations graves.

Activités à tous les niveaux : Promotion de l'hygiène de l'eau et de l'environnement en collaboration avec le secteur de l'hydraulique et les APC³³ ; Organisation des activités de communication sociale, organisation des activités de formation et de préparation de la campagne nationale à l'approche de l'été.

iv. Programme de lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës

Objectifs : ce programme cible les enfants de moins de 5 ans, avec une attention particulière aux nouveau-nés afin d'éviter de confondre IRA et syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né. Il vise la diminution de 30% de la mortalité, la mortalité par IRA et la morbidité des IRA graves, ainsi que la réduction de la consommation d'antibiotiques.

D. Protection de l'enfant

La protection de l'enfant est l'un des principaux objectifs de l'État. Récemment, plusieurs mesures ont été prises, en particulier l'adoption de la loi relative à la protection de l'enfant.

i. Constitution 2016

L'État garantit l'inviolabilité de la personne humaine. Toute forme de violence physique ou morale ou d'atteinte à la dignité est proscrite. Les traitements cruels, inhumains ou dégradants sont réprimés par la loi (art 40).

ii. Adoption d'une loi relative à la protection de l'enfant en 2015

La loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 (incluant tous les droits de l'enfant y compris le droit à la protection contre toutes les formes de négligence et la violence).

iii. Organe national de la protection et de la promotion de l'enfance (ONPPE) en 2016

Sa principale mission consiste à veiller à la protection et à la promotion des droits de l'enfant contre tout ce qui peut mettre sa santé et son bien-être physique au danger et ce à travers la protection contre la maltraitance, la violence et l'exploitation des enfants. Parmi les actions mises en place pour la protection de l'enfant nous pouvons citer le signalement des enfants en danger à travers la mise à disposition d'un numéro vert « 11 11 » et d'un courrier électronique pour recevoir les signalements sur les cas d'atteinte aux droits de l'enfant.

iv. Le Plan National d'Action pour les enfants (2008-2015)

Le développement d'une politique nationale intégrée de protection de l'enfant s'appuie sur huit grandes stratégies requises pour assurer un environnement protecteur à l'enfant relatif au renforcement des capacités gouvernementales en matière de protection de l'enfant, au développement et mise à niveau de la législation relative à la protection de l'enfant et développement de mécanismes d'application et de revue, au changement des attitudes et des pratiques vis-à-vis des enfants et l'amélioration des connaissances sur les questions liées à la protection de l'enfant, au dialogue ouvert sur les questions relatives à la protection de l'enfant, à l'amélioration des connaissances, des compétences et de

³² Les Vaccins et le Programme Elargi de la Vaccination - Pr M TALEB
³³ Assemblée Populaire Communale

la participation des enfants dans les questions relatives à leur protection, au renforcement des capacités des familles et des communautés sur la protection de l'enfant, à la protection des enfants émigrés, réfugiés et non accompagnés et au développement d'un système d'information intégré sur la protection de l'enfant.

Cependant, il est à noter que ce plan n'a pas été mis en œuvre pour des raisons inconnues.

E. Survie de l'enfant

i. Le programme national de périnatalité 2006 – 2009

Objectifs : réduire la mortalité maternelle et périnatale à travers le renforcement de la surveillance prénatale pour lutter contre les pathologies prévalentes de la grossesse, la normalisation de la surveillance obstétricale pour réduire les décès maternels liés aux complications de l'hémorragie de la délivrance, et des salles de naissance, la hiérarchisation des niveaux de soins néonataux et la réalisation d'infrastructures dédiées à la santé de la mère/enfant à travers les différentes régions du pays. Ce programme se fixe des axes pendant les trois périodes : (i) : **période prénatale** : prévention de l'iso immunisation rhésus, hypertension et grossesse, diabète et grossesse, (ii) : **période per natale** : amélioration des conditions d'accouchement, lutte contre la mortalité maternelle liée aux complications de l'hémorragie, prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, lutte contre l'asphyxie périnatale liée aux conditions de réanimation à la naissance, et (iii) : **période post natale** : prophylaxie de la maladie hémorragique, prévention de l'hypothermie, lutte contre la mortalité par infection materno-fœtale et lutte contre la mortalité néonatale dans le secteur hospitalier.

ii. Le programme national de périnatalité 2016 – 2020 :

Objectifs : (i) baisse du niveau de mortalité infanto-juvénile sous la barre de 20 pour 1000 naissances vivantes en 2020, (ii) : mise en place d'un comité ministériel chargé de la périnatalité et de la néonatalogie avec une déglobalisation au niveau local.

iii. Plan national de réduction de la mortalité maternelle 2015 – 2019 :

Objectifs stratégiques

1. Renforcer la planification familiale et l'accès à celle-ci.
2. Améliorer la qualité des soins durant la grossesse, l'accouchement, et le post-partum.
3. Atteindre chaque femme pour réduire les inégalités.
4. Renforcer la participation des femmes et des familles et des soignants/ se servir de l'influence de ceux-ci et de leurs communautés.
5. Améliorer de la gouvernance de la lutte contre la mortalité maternelle par l'évaluation des actions, la mobilisation sociale, et le renforcement de la communication.

3. Adéquation des politiques aux besoins

A. Éléments introductifs

Cette section s'attelle à porter quelques éléments sur l'adéquation de la réponse politique aux enjeux relevés pour chaque segment analysé. Pour cela, une grille d'analyse, constituée de quatre composantes, est élaborée comme suit :

- Identification des faiblesses : retrace les principales conclusions tirées de la partie diagnostic. Elles renseignent sur l'écart à combler entre les situations vécues et les besoins individuels ou les objectifs fixés par les PSP (Politiques, Stratégie, Plan)

- Politiques, Stratégies, Plans (PSP) : décrit les mesures politiques qui ont été mises en place par le gouvernement et qui pourraient permettre de relever les défis énumérés dans la première colonne. En d'autres termes, dans quelle mesure les besoins identifiés sont pris en compte dans l'élaboration des divers Politique- Stratégie et Programme (PSP).

- Actions mises en œuvre : indique ce qui est accompli, qu'il s'agisse de réalisations matérielles et/ou de mesures ayant une incidence financière, telles que des avantages fiscaux, des exemptions de frais, des aides financières, etc.

- Éléments conclusifs : résume les principales conclusions tirées de l'examen de l'adéquation des PSP aux enjeux relevés.

Il convient de souligner que cette section est loin d'être exhaustive. Elle fournit quelques indications qui nous semblent les plus pertinents de la réponse politique aux problèmes identifiés par l'analyse. En effet, dans un exercice d'évaluation, dépassant forcément le cadre d'une note, il serait intéressant d'examiner, non seulement la pertinence des PSP aux enjeux relevés, mais également leur efficacité et leur efficience.

B. Grille d'analyse - Adéquation des PSP aux Besoins

1- Segmentation « nutrition »

SEGMENTATION « NUTRITION »		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en œuvre en relation avec les enjeux relevés
- Persistance et augmentation de la situation préoccupante de nutrition. Près de deux tiers de tous les enfants âgés de moins de 2 ans souffrent de privations en nutrition (62,9% en 2012 contre 57,3% en 2006) : - Pratiques d'alimentation inadéquate chez la majorité des enfants. Presque deux nouveau-nés de 0-23 mois sur trois (61,2%) ne bénéficient pas d'une nutrition adéquate. - Pratique non courante de l'allaitement exclusif au sein. Trois quarts des nourrissons de moins de 6 mois ne reçoivent pas l'allaitement maternel exclusif (75,3% en 2012 contre 77% en 2006). - L'instruction de la mère n'a pas favorisé l'allaitement maternel exclusif. La pratique exclusive ou non de l'allaitement ne dépend pas du niveau d'éducation de la mère, puisqu'il concerne aussi bien les mères titulaires d'un diplôme universitaire (73,4%) que les mères sans instruction (78,8%).	1. Programme National de Nutrition Deux volets - La prévention des carences en micronutriments chez la femme enceinte, la mère allaitante et chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 5 ans dont supplémentation en fer des nouveaux nés à risque de 01 à 06 mois. - La prévention de la malnutrition protéino-énergétique chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans dont surveillance de l'état nutritionnel de tout enfant consulté, promotion de l'allaitement maternel et promotion de la diversification alimentaire. 2. Programme National de lutte contre les Carences Nutritionnelles Objectif institutionnel : Il vise la préservation et l'amélioration de l'état nutritionnel des populations à risque (enfants âgés de 0-35 mois révolus et femmes enceintes et allaitantes). Axes stratégiques : La Prévention, le Dépistage et prise en charge, la Surveillance, la Formation et recyclage, la Communication, la Supervision et la Recherche. Parmi les activités de l'axe prévention : - Protection et promotion de l'allaitement maternel, - Promotion de l'alimentation de l'enfant, - Promotion de la production et de la commercialisation des produits de complément. Pour l'allaitement maternel : il s'agit (d') : - Assurer une préparation psychologique à au moins 80 % des femmes qui consultent en prénatal.	- Adoption d'une loi relative à la protection de l'enfant : Loi n°15-12 du 15 juillet 2015 (incluant tous les droits de l'enfant –CDE: art.3, et les conditions de son épanouissement dont la nutrition : art.5). - Adoption de la nouvelle loi sur la santé 2018: Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé (art. n° 79 qui énonce que l'État promeut et encourage, à travers des actions et mesures adéquates, l'allaitement maternel, avec interdiction de la promotion et la publicité des substituts du lait). - Mise en place d'un Comité National de Nutrition créé auprès du Ministère de la Santé en 1994, chargé de la lutte contre les carences nutritionnelles. Il a assuré des formations, mis en place une unité sentinelle par wilaya et a rédigé un guide de la nutrition (MSP, 1996).Un support d'évaluation a été instauré, mais le programme n'a pas vraiment été évalué.³⁴ - Actions de sensibilisation- Ministère de la santé. (1)-Spots publicitaires en collaboration avec l'UNICEF sur l'allaitement maternel et l'alimentation adéquate selon les normes internationales (sur le site officiel du MSPRH, TV,

34 RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE
DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE-
PROFIL NUTRITIONNEL DE PAYS-
ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR
L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE-
Profil Nutritionnel de l'Algérie - Division de
l'Alimentation et de la Nutrition, FAO, 2005

SEGMENTATION « NUTRITION »		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en œuvre en relation avec les enjeux relevés
- Augmentation de la forte privation en nutrition adéquate chez les enfants de 6-23 mois (dont 72% chez les 6-11 mois en 2012 contre 66% en 2006). Ceci est dû à un manque d'allaitement complémentaire après le sixième mois et à la composition nutritionnelle inadéquate des suppléments alimentaires. - Privation élevée quelle que soit la variable de profilage (EPT, strate, niveau d'instruction des parents et quintile de richesse). Pour la plupart des indicateurs mentionnés, c'est la même tendance qui règne entre les différentes couches sociales, les catégories socio-économiques et les régions géographiques, cependant les enfants des EPT hauts plateaux centre et hauts plateaux ouest sont les plus exposés à la privation en nutrition adéquate en particulier l'allaitement maternel exclusif.	- Assurer des séances d'éducation nutritionnelle à 80 % des femmes qui accouchent dans les services de santé publique et Contribuer à la réussite du programme « initiative Hôpitaux Amis des Bébé ». 3. Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles (MNT) 2015 – 2019. Ce plan a plusieurs axes. Le premier consiste en « la Promotion de l'alimentation saine » dont le 1er objectif vise à Promouvoir l'alimentation appropriée à l'état de grossesse, ainsi que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et maintenu jusqu'à 24 mois, et ce à travers 3 actions : 1-Soutenir et généraliser l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, 2-Promouvoir les règles de la diversification correcte de la nutrition des nourrissons et 3-Promouvoir l'alimentation appropriée à l'état de grossesse eu égard aux macro- et micronutriments en préconception et pendant la grossesse. 4. Programme national de périnatalité 2006-2009, relancé pour la période 2016-2020 Objectif : baisse du niveau de mortalité infanto-juvénile sous la barre des 20 % en 2020. Principes directeurs : - Mettre l'accent sur l'offre de soins en médecine néonatale - Promouvoir d'une manière optimale la croissance et le développement du fœtus et de l'enfant au sein du groupe d'âge de 0 à 5 ans. - Adoption d'une loi relative à la protection de l'enfant. Loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 (incluant tous les droits de l'enfant –CDE : art.3, et les conditions de son épanouissement dont la nutrition : art.5).	radio, établissements de santé et autres), (2)- livrets sur l'allaitement maternel (Composition, les bienfaits, les techniques et pratiques de l'allaitement maternel) et (3)-organisation de séminaire sur l'allaitement maternel (ex. semaine nationale de l'allaitement maternel). - Bénéfice du droit légal d'un congé de maternité et aux heures d'allaitement maternel pour les femmes travailleuses. 1-Octroi du Congé maternité d'une durée de 14 semaines consécutives 98 jours (payé à 100%) et 2-Octroi des horaires d'allaitement de deux heures par jour pendant une année sur le temps du travail, et passe à une heure pour six autres mois. - Inclusion de la société civile. Exemple : la création de la société algérienne de nutrition (SAN), association nationale algérienne à but non lucratif créée en 2011 et qui a pour objectif la promotion de « la nutrition et de la santé » et l'Association algérienne de promotion de la nutrition de l'enfant et de la mère (AAP-NEM).

Constats relevés :

- Malgré la mise en place par le Gouvernement algérien de nombreux programmes et initiatives visant à améliorer la nutrition des enfants, les privations en nutrition parmi les 0-2 ans restent préoccupants : près de deux tiers de tous les enfants âgés de moins de 2 ans souffrent de privations en nutrition principalement dues à **des pratiques d'alimentation inadéquate dont l'allaitement maternel non exclusif, ou à un manque d'allaitement complémentaire adéquat et/ou à un manque de diversification de la nutrition des enfants âgés de 6 à 23 mois, malgré la promotion de l'allaitement maternel exclusif et la nutrition diversifiée dans plusieurs programmes nationaux dédiés à l'enfant.**

- Dans ce contexte, il serait souhaitable de conduire de rigoureuses études visant à déterminer les causes du faible impact produit par les nombreux programmes du Gouvernement. Dans l'idéal, il conviendrait de mener à la fois des études quantitatives et qualitatives. Les études quantitatives fondées sur des enquêtes auprès des ménages peuvent renseigner sur la couverture des programmes (nombre de ménages bénéficiaires, situation socio-économique des bénéficiaires) et sur l'impact des programmes sur les personnes inscrites. Si les informations relatives aux principales variables ne sont pas disponibles dans les enquêtes auprès des ménages existantes, il serait recommandé de conduire des enquêtes expressément conçues pour évaluer les programmes de nutrition. Les études qualitatives (menées par exemple en groupes de discussion) peuvent en outre aider à identifier les principaux obstacles à l'allaitement exclusif et à d'autres comportements essentiels en matière de nutrition. Elle peuvent aussi renseigner sur l'expérience des parents vis-à-vis des programmes existants.

- À partir de ces résultats, le relance des programmes de nutrition est nécessaire pour pouvoir remédier à ces insuffisances, dotés d'un système de suivi / évaluation.

2- Segmentation « développement physique » (malnutrition chronique)

SEGMENTATION «DEVELOPPEMENT PHYSIQUE »		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en œuvre en relation avec les enjeux relevés
- Fortes privations en développement physique chez les enfants de moins de deux ans. Plus d'un enfant sur 10 (13,2%) souffre de privations en nutrition. Parmi ces enfants, 11,3% souffrent de retard de croissance et 3,4% d'émaciation. - Impact des facteurs géographiques et socio-économiques dans l'état nutritionnel des enfants : Les privations affectent les enfants de toutes les catégories socioéconomiques et de toutes les régions du pays, avec : ° Pauvreté facteur d'aggravation en carences nutritionnelles. Vulnérabilité accrue chez les enfants issus du quintile le plus pauvre (15,4%).	1. Programme National de Nutrition Deux volets : (1) : La prévention des carences en micronutriments chez la femme enceinte, la mère allaitante et chez le nourrisson à risque, (2) : La prévention de la malnutrition protéino-énergétique chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans 2. Programme National de lutte contre les Carences Nutritionnelles Objectif institutionnel : Il vise la préservation et l'amélioration de l'état nutritionnel des populations à risque (Enfants âgés de 0-35 mois révolus et femmes enceintes et allaitantes). Axes stratégiques : La Prévention, le Dépistage et prise en charge, la Surveillance, la Formation et recyclage, la Communication, la Supervision et la Recherche.	- Renforcement du Cadre de coopération. Avec l'UNICEF, OMS, FNUAP, PNUD, FAO dans les domaines qui puissent améliorer et favoriser un bien-être meilleur pour les enfants. - Actions de sensibilisation- Ministère de la santé. Réalisation par le Ministère de la Santé, avec la participation de la société civile de Spots, télé, radio et séminaires sur les résultats anthropométriques et l'importance de l'alimentation adéquate pour le développement physique et cognitif chez l'enfant. - Évaluation de la situation nutritionnelle des enfants : (1) : Mesure et analyse des indicateurs anthropométriques des enfants de moins de 5ans : à travers les différentes enquêtes nationales (TAHINA, MICS, ...) et (2) : Analyse de situation des enfants sur le plan nutritionnel vis-à-vis des objectifs

SEGMENTATION «DEVELOPPEMENT PHYSIQUE »		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en œuvre en relation avec les enjeux relevés
° Exposition plus prononcée dans les Hauts plateaux ouest et Hauts plateaux centre et le Nord ouest. Les enfants habitant ces régions connaissent les privations les plus élevées balançant entre 17% et 18% avec un taux de retard de croissance de 16% pour ces trois régions.	3. Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles (MNT) 2015 – 2019. Axe1 : la Promotion de l'alimentation saine. 4. Programme national de périnatalité de 2006-2009, relancé pour la période 2016-2020 Principes directeurs : - Mettre l'accent sur l'offre de soins en médecine néonatale - Promouvoir d'une manière optimale la croissance et le développement du fœtus et de l'enfant au sein du groupe d'âge de 0 à 5 ans.	fixés via les rapports nationaux sur (i) : l'atteinte des OMD, ODD établis par le Ministère des affaires Etrangères en association avec les secteurs concernés ; (ii) : rapports développement humain CNES, (iii) : autres rapports établis par le MSPRH en partenariat avec l'UNICEF sur la situation des enfants en Algérie. - Renforcement du secteur de la santé : Dotation des unités de base et des services hospitaliers de pèse-bébés, Utilisation systématique du carnet de santé.

Constats relevés :

- Plus d'un enfant sur 10 souffrent de malnutrition chronique, comme l'illustrent tout particulièrement les taux de retard de croissance élevés. Ces privations peuvent être considérées comme les conséquences à long terme des pratiques nutritionnelles inadéquates décrites dans la section précédente.
- Divers programmes et plans stratégiques sont mis en œuvre pour améliorer l'état nutritionnel des enfants, toutefois les résultats demeurent insatisfaisants. Il importera de développer des programmes qui prennent en compte les inégalités citées précédemment.
- Il importe de noter que l'ensemble des régions géographiques et des groupes socio-économiques du pays sont concernés, avec des taux de retard de croissance supérieurs à 10%, y compris dans le quintile le plus aisé. Ce constat laisse penser que le problème à surmonter réside non seulement dans des obstacles monétaires, mais aussi dans des lacunes de connaissances généralisées ou d'autres obstacles entravant l'adoption de pratiques alimentaires adéquates. Comme décrite dans la section précédente, la première étape de la lutte contre la malnutrition consisterait à mener de rigoureuses recherches sur les obstacles entravant l'alimentation adéquate des enfants en Algérie. Les résultats ainsi obtenus pourraient servir à ajuster les politiques et programmes existants, mais aussi à en élaborer de nouveaux si nécessaire.
- Les carences nutritionnelles sont toutefois plus prononcées chez les enfants pauvres et vivant dans les Hauts Plateaux Ouest, les Hauts Plateaux Ouest et le Nord Ouest, ce qui laisse penser que ces groupes peuvent avoir besoin d'un appui supplémentaire.
- Certains de ces programmes mis en œuvre sont devenus obsolètes (Programme National de Nutrition et Programme National de lutte contre les Carences Nutritionnelles), et même lorsqu'ils sont récents ou redynamisés (Programme de périnatalité 2016-2020), ils sont insuffisants (pas d'actions détaillées, pas de calendrier de mise en œuvre, ...).

3- Segmentation «prise en charge de la santé de l'enfant ou soins de santé »

SEGMENTATION « PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DE L'ENFANT OU SOINS DE SANTÉ »		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en œuvre en relation avec les enjeux relevés
Une grande proportion des nouveau-nés en Algérie ne bénéficie pas des soins de santé préventifs et curatifs nécessaires : ° Evolution baissière de la couverture vaccinale : enfants de moins de 2 ans complètement vaccinés : 88% en 2006 à 83% en 2012. ° Couverture Vaccinale incomplète : presque le tiers des enfants (29%) ne reçoivent pas de vaccination complète. ° Privation en vaccination complète aggravée par la situation socioéconomique des parents. Elle est plus accentuée chez les enfants du Sud (42%) et des Hauts Plateaux Centre (41%), chez ceux dont la mère est sans instruction (38,4%) et chez ceux issus du quintile de richesse le plus pauvre (37%). ° Prise en charge insuffisante des enfants souffrant de maladies respiratoires aiguës. Plus de 25% de tous les enfants suspectés de souffrir d'une IRA ne sont ni examinés ni traités par un médecin. ° Prise en charge insuffisante des enfants atteints de diarrhée. 31,50% des enfants de 0 à 2 ans souffrant de diarrhée ne reçoivent aucune forme de traitement.	1. Le programme élargi de vaccination : Objectifs : (i) : Réduire la morbidité et la mortalité due aux maladies contrôlables par la vaccination, et faire baisser ou faire disparaître en particulier six maladies infectieuses de l'enfant à savoir la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole. (ii) : Maintenir un taux de couverture au-dessus de 80% pour couper la chaîne de transmission. Stratégie du Programme - Organisation du Calendrier vaccinal au niveau de l'unité sanitaire de base ; - Captation active des naissances ; - Réduction des taux d'abandon (non achèvement de la vaccination complète) ; - Extension de la vaccination en milieu scolaire et universitaire - Respect de la chaîne de froid pour garantir un vaccin efficace ; - Formation de la ressource humaine ; - Évaluation périodique des taux de couverture par type de vaccin ; - Éducation et sensibilisation de la population. 2. Programme de lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës Objectifs (i) : Diminution de 30% de la mortalité par IRA et la morbidité des IRA grave, et (ii) : Réduction de la consommation d'antibiotique. Actions : - Intégration du programme de lutte contre les IRA aux soins de santé primaire et ce dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. - Prise en charge standardisée selon protocole des cas d'IRA (guide IRA), S'assurer de la disponibilité de l'oxygène et des médicaments d'urgence pré-transfert et du matériel (stéthoscope otoscope thermomètre abaisses langues nébuliseurs,) au niveau de toutes les	- Garantie de la protection de la santé : Constitution 2016-art. 66 : Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé : L'État assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques et veille à réunir les conditions de soins pour les personnes démunies. - Garantie du droit à la santé : L'État assure et couvre ce droit dans le secteur public sur l'ensemble du territoire national (Loi sanitaire n° 85.05: Art 4 (qui aborde les blessures et accidents) et loi sanitaire n° 18.11 Art 12. - Gratuité des soins : fournir les moyens de diagnostic, de traitement et d'hospitalisation sur l'ensemble du territoire national (art 13 de la loi sanitaire n° 18.11). - Protection de la santé de l'enfant contre les risques comme priorité dans la loi par définition : Un enfant dont la santé est menacée ou dont le bien-être physique, psychologique est exposé par son environnement au danger est considéré comme « enfant en danger (art.2- loi n° - 15-12). - Institution de la vaccination obligatoire par loi avec Garantie et gratuité des vaccins : Les services de santé habilités sont tenus d'assurer les vaccinations obligatoires, à titre gratuit, aux populations concernées (art. 40 et art. 80, loi de santé 2018). - Redynamisation du système de surveillance des maladies liées au PEV avec actualisation régulière du calendrier vaccinal : intégration de 3 nouveaux vaccins en 2015 (vaccin anti-Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR), vaccin anti-pneumococcique et vaccin pentavalent combiné DTC-Hib-HVB).

SEGMENTATION « PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DE L'ENFANT OU SOINS DE SANTÉ »		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en œuvre en relation avec les enjeux relevés
	unités de base, organiser l'information et la sensibilisation des mères sur les signes de gravité. 3. Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques Objectifs : (i) : Diminution de 50% de la morbidité et par déshydratation (ii) : Mortalité par déshydratation. Actions : - Promotion de l'allaitement maternel, - Utilisation précoce et systématique des (SRO) selon protocole, Établissement des Séances de démonstration d'administration des S.R.O, Standardisation de la prise en charge des enfants diarrhéiques selon protocole, Organisation du suivi des enfants qui consultent pour diarrhée (selon le guide P.C.I.M.E) avec convocation des perdus de vue. Garantie de la disponibilité des S.R.O et liquides de réhydratations, Organisation au niveau de chaque unité de base un coin S.R.O. - Organisation des évacuations de l'unité de base vers l'hôpital des déshydratations grave (prévoir transport correspondant à l'hôpital), Promotion de l'hygiène de l'eau et environnement en collaboration avec le secteur de l'hydraulique et les A.P.C., Organisation des activités de communication sociale, de formation et de campagnes nationales.	- Renforcement de la couverture vaccinale : pour la protection des personnes à risque, les autorités sanitaires organisent des campagnes de vaccination et prennent toute mesure appropriée (art. 41 de loi de santé 2018). En actions : (i) : Organisation de campagnes de vaccination dans les différentes régions du pays en particulier le sud et hauts plateaux, (ii) : campagnes de rappel des vaccinations (ex. rougeole-ru-béole). - Élaboration d'un guide pratique de mise en œuvre du nouveau calendrier national de vaccination à l'usage des personnels de santé par le MSPRH en 2015 - Actions de sensibilisation- Ministère de la Santé/UNICEF. Réalisation par le MSPRH, de spots télé, radio et séminaires sur (i) : le droit et la nécessité de la vaccination, (ii) : les mesures à prendre et à éviter en cas d'exposition du nourrisson à la diarrhée (en langues arabe, tamazight et française).

Constats relevés :

- Pour les actions préventives, on enregistre une couverture vaccinale incomplète pour près d'un tiers des enfants avec une évolution baissière de la vaccination. La privation en vaccination complète est plus aggravée par la situation socioéconomique des parents.
- Pourtant, des campagnes de vaccination gratuites sont menées dans les zones reculées et les vaccins sont administrés gratuitement dans les structures de santé. Il pourrait donc s'avérer nécessaire de compléter les interventions existantes, qui agissent du côté de l'offre (campagnes de vaccination), par des interventions agissant du côté de la demande afin de sensibiliser les parents à l'importance de la vaccination.
- Il importe par ailleurs de noter que la plupart des privations en vaccination peuvent s'expliquer par le fait que les parents ont davantage tendance à manquer la troisième campagne de vaccination que les deux précédentes. Ce constat suggère que les parents ont en principe l'intention de vacciner leurs enfants, mais qu'il existe des obstacles entravant leur participation à toutes les campagnes de vaccination. Un examen des mesures d'incitation prises dans d'autres pays pour inciter au respect du calendrier des vaccinations s'avérerait également utile pour l'Algérie, qui n'est pas la seule concernée par cette tendance.
- Pour les actions curatives, on note une prise en charge insuffisante des enfants atteints de diarrhée (plus du tiers) et souffrant d'infections respiratoires aiguës (plus du quart).
- L'examen des politiques et programmes existants a révélé qu'un grand nombre d'interventions a été mis en place du côté de l'offre pour assurer une prise en charge adéquate des enfants dans les structures de santé publique, alors qu'il n'existe qu'un petit nombre d'initiatives agissant du côté de la demande. La priorité pourrait donc consister à déterminer si les lacunes de connaissances ou autres obstacles peuvent empêcher les parents de chercher à faire soigner leurs enfants en cas de besoin. Les chiffres présentés plus haut témoignent par exemple d'un faible pourcentage de parents connaissant les signes de gravité des IRA, mais aussi de faibles taux de prise en charge de la diarrhée. Pour terminer, il est donc conseillé de renforcer les interventions agissant du côté de la demande en informant les parents de l'importance de chercher à faire soigner leurs enfants en cas de besoin et en facilitant leur accès aux soins de santé (par ex. : en participant aux frais de transport jusqu'au poste sanitaire le plus proche, etc.).
- De plus, aucune évaluation des anciens programmes dédiés à cette problématique n'a été élaborée. L'amélioration des conditions de prise en charge de ces enfants en milieu hospitalier plus particulièrement, le renforcement des campagnes de sensibilisation sont nécessaires.

4- Segmentation «protection de l'enfant »

SEGMENTATION «PROTECTION DE L'ENFANT»		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en oeuvre en relation avec les enjeux relevés
Négligence des parents quant à la protection de leurs enfants : un peu plus du cinquième (21,3%) des cas d'accidents chez les enfants victimes au moins d'un accident grave surviennent chez les enfants de moins de 2 ans. Manque de d'information : Aucune donnée sur MICS n'est disponible sur l'exposition des 0-2 ans à la violence. La collecte, l'analyse et la présentation de telles données seraient essentielles pour que l'Algérie puisse garantir le droit des enfants à être protégés de la violence. Manque de suivi et finalisation de projets politiques > plan important élaboré sans mise en œuvre. D'énormes efforts établis par les services de l'État ont conduit à l'élaboration d'un Plan National d'Action pour les enfants 2008-2015 (par le Ministère délégué chargé de la Famille et de la Condition Féminine en collaboration avec l'UNICEF), mais il y'a aucune trace de mise en œuvre.	Manque de programme de prévention des accidents domestiques	- Enregistrement des naissances à niveau presque universel : 99,6% des enfants sont enregistrés à l'état civil. - Protection de la santé de l'enfant contre les risques : priorité dans la loi par définition : Un enfant dont la santé est menacée ou dont le bien-être physique, psychologique est exposé par son environnement au danger est considéré comme « enfant en danger » art.2- loi n° - 15-12. - Garantie de la Protection de l'enfant par loi : (i): L'État fournit l'aide matérielle nécessaire pour garantir à l'enfant le droit à la protection et à la sauvegarde (art 5, loi n° 15-12), (ii) : L'État garantit la protection de l'enfant contre toutes formes de préjudice, de négligence, de violence, de mauvais traitement, d'exploitation ou de toute atteinte physique, morale ou sexuelle (art 6). - Création de l'organe national de la protection et de la promotion de l'enfance : sa principale mission consiste de veiller à la protection et à la promotion des droits de l'enfant et ce à travers notamment : - la mise en place et l'évaluation périodique de programmes nationaux et locaux de protection et de promotion des droits de l'enfant, le suivi des actions entreprises sur le terrain dans le domaine de la protection de l'enfance et la coordination entre les différents intervenants, des actions de sensibilisation, d'information et de communication ; l'encouragement de la recherche et de l'enseignement dans le domaine des droits de l'enfant ; en vue de comprendre les raisons économiques, sociales et/ou culturelles de la négligence, la maltraitance et l'exploitation des enfants et le développement des politiques adéquates pour leur protection, la formulation des avis sur la législation nationale relative aux droits de l'enfant, en vue de son amélioration, de promouvoir la participation de la société civile dans le suivi et la promotion des droits de l'enfant, la mise en place d'un système national d'information sur la situation des enfants en Algérie en coordination avec les administrations et institutions concernées. - Mise en place des mesures de signalement par l'ONPPE : (i) : à travers le numéro vert (11-11) et le courrier électronique pour recevoir les signalements sur les cas d'atteinte aux droits de l'enfant, (ii) : l'installation d'une cellule comportant des experts en psychologie, en sociologie et en droit ainsi que des médecins veillant à l'examen de ces signalements, leur orientation et l'accompagnement de chaque cas afin de la traiter. - Education pour la santé : Elle porte sur l'hygiène, la prévention et les premiers secours, et ce pour contribuer au bien-être de la population en lui permettant l'acquisition des connaissances

SEGMENTATION «PROTECTION DE L'ENFANT»		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en oeuvre en relation avec les enjeux relevés
		nécessaires notamment en matière de prévention des maladies et des accidents (loi sur la santé 2018-art 120-121). - Sensibilisation par les services du MSPRH : séminaires, affiches, numéros à contacter (ex en cas de consommation de produits détergents, ou corps étrangers,...). - Campagnes de communication pour la lutte contre les violences faites aux enfants : engagement de plusieurs secteurs institutionnels, de la société civile en partenariat avec l'UNICEF dans ces campagnes (Ministère de la Solidarité Nationale, Direction General de la Sureté Nationale, réseau NADA, CIDDEF, réseau Wassila et Fédération Algérienne des Personnes Handicapés, FAPH). - Participation active de la société civile : (i) : à l'exemple du fort engagement du réseau NADA, dans la lutte contre la violence à l'égard des enfants et lutte contre l'exploitation économique par le marché parallèle dont l'utilisation des enfants dans la mendicité (qui touche la catégorie des enfants en bas âge) à travers des campagnes de sensibilisation, séminaires, rencontres, numéro vert, prise en charge psychologique et (ii) : Le Centre d'Information et de Documentation sur les Droits de l'Enfant et de la Femme, CIDDEF qui publie des revues périodiques sur la protection des droits des enfants et des femmes en situation de détresse. - Élaboration de Guide pour la prévention des accidents domestiques : mis en place par le MSPRH (pour la première fois en 2000).

Constats relevés :

- L'Algérie affiche un taux d'enregistrement des naissances presque universel (seulement 0,4% des naissances ne sont pas enregistrées) et un niveau très faible d'enfants privés de « garde adéquate » (3%). Des efforts supplémentaires devraient toutefois être déployés pour améliorer la situation de ces enfants marginalisés.
- Négligence des parents envers la protection de leurs enfants : un peu plus du cinquième des cas d'accidents chez les enfants victimes au moins d'un accident grave surviennent chez les enfants de moins de 2 ans. Il y a nécessité de mettre en place d'un cadre visant à prévenir les accidents domestiques.
- Les MICS et les enquêtes auprès des ménages ne fournissent aucune donnée sur l'exposition des 0-2 ans à la violence. Disposer de données sur la violence envers les enfants de 0-2 ans est nécessaire pour les protéger à travers des actions spécifiques.
- Il n'existe pas de plan national pour les enfants. Celui élaboré en 2008-2015 n'a pas été mis en œuvre.

5- Segmentation « survie de l'enfant »

SEGMENTATION « SURVIE DE L'ENFANT »		
Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques vés et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en œuvre en relation avec les enjeux rele-
Non-achèvement de l'OMD 4- TMI : la réduction de la mortalité infantile n'a pas atteint l'objectif ciblé (de 22,3‰ en 2015 contre un objectif de 15,6‰). Persistance des niveaux élevés de mortalité infantile : en 2019 ° Vulnérabilité et exposition au risque de décès plus élevée chez les nouveau-nés : La majorité des décès infantiles se produisent avant le premier mois : 77% des décès de moins d'un an. ° Mortalité néonatale élevée : 16 enfants pour 1000 naissances vivantes décèdent avant d'atteindre leur premier mois (Taux de Mortalité Néonatale de 16‰). ° Mortalité infantile élevée : 21 enfants pour 1000 naissances vivantes décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire, pour la quatrième année consécutive (TMI de 21‰ contre un taux moyen de l'OCDE de 3,80‰). ° Causes de décès : plus d'un tiers des nouveau-nés décèdent par cause de prématurité (32,3% en 2007) ; (i) : les causes provenant des facteurs médicamenteux peuvent facilement être évités ; (ii) : l'impossibilité de cerner les causes de décès infantiles de 8% des cas par les praticiens est frappante, (iii) : manque d'étude de causalité des décès infantiles. ° De criantes inégalités persistent en matière de mortalité infantile entre les régions et les différentes catégories de revenu. Les enfants vivant dans le Sud et appartenant au quintile le plus pauvre courent un risque de décès bien plus élevé. Niveaux élevés de mortalité maternelle pour un accouchement en milieu assisté de 97%. Malgré la tendance baissière des décès maternels, 57 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2016, ils demeurent élevés par rapport au taux moyen de l'OCDE de 14 décès pour 100 000 naissances vivantes. ° Mauvaise prise en charge des cas d'hémorragie : principale cause des décès maternels: dans plus du tiers des cas en 2017 : (32%) : (i) : décès par hémorragie de la délivrance lors de l'accouchement (21% des cas) et (ii) : décès par d'autres hémorragies (11,4% des cas).	1. Le programme national de périnatalité 2006 – 2009 : (adopté en 2005) : Objectifs : réduire la mortalité maternelle et périnatale à travers : (i) : Le renforcement de la surveillance prénatale pour lutter contre les pathologies prévalentes de la grossesse (diabète et hypertension artérielle à travers la mise en fonction de consultations spécialisées de référence) (ii) : La normalisation de la surveillance obstétricale pour réduire les décès maternels liés aux complications de l'hémorragie de la délivrance, (iii) : la normalisation des salles de naissance et la hiérarchisation des niveaux de soins néonataux (soins généraux de base, réanimation néonatale, soins intensifs) : et enfin (vi) : La mise en œuvre d'un vaste plan de réalisation d'infrastructures dédiées à la santé de la mère/enfant à travers les différentes régions du territoire national. 2. Le programme national de périnatalité 2016-2020 : (relance du 1^{er} programme de périnatalité) : Objectifs : (i) : baisse du niveau de mortalité infanto-juvénile sous la barre de 20 pour 1000 naissances vivantes en 2020, (ii) : mise en place d'un comité ministériel chargé de la périnatalité et de la néonatalogie avec une déglobalisation au niveau local.	dans le secteur public 465 chirurgiens pédiatres, 1307 pédiatres et 755 gynécologues avec 8554 sages-femmes. Actions en matière de réduction de la mortalité maternelle - Amélioration des conditions de suivi de la grossesse et de l'accouchement : en 2012 soins prénatals (93%), accouchements en milieu assisté par du personnel de santé qualifié (97%). - Instauration, en 2013, de la déclaration obligatoire décès maternels (arrêté ministériel n°89 du 04 juillet 2013) 1152 décès ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire courant 2018. - Mise en place, en 2014, de l'audit des décès maternels 1417 décès maternels sont audités entre 2014-2018, soit 72,4% des décès survenus. - Mise en place de réseaux de prise en charge de la femme gestante en 2017. - Élaboration d'un guide à l'usage des différents professionnels concernés par ce réseau. Il porte sur les établissements habilités à prendre en charge, en consultation et en hospitalisation, des femmes avant, pendant et après l'accouchement, le post-partum, les urgences obstétricales ainsi que la médecine périnatale durant ses différentes étapes. - Campagne régionale pour l'accélération de la Réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMA).

SEGMENTATION « SURVIE DE L'ENFANT »

Enjeux - Écart par rapport aux objectifs politiques vés et/ou besoins individuels	Descriptif des PSP- (Orientations stratégiques /Objectifs)	Actions mises en œuvre en relation avec les enjeux rele-
° Problème de prise en charge des nouveau-nés : Depuis la grossesse, naissance, jusqu'à la période post-partum, Médicaments réactifs. Pour la mortalité néonatale : Absence de mise à niveau des unités de néonatalogie, Planification de la formation des personnels de santé, Absence de réglementation, Certificat de décès, Travail en réseau, Absence de management basé sur les résultats et Budgétisation insuffisante. ° Problème de suivi : Presque la moitié des décès se produisent dans la période post partum immédiat (48% des cas). ° Inadaptation des services de maternité : Forte pression sur les établissements publics hospitaliers, en particulier services spécialisés des CHU, ce qui impacte la qualité de la prise en charge des accouchements (risque pour les mères et les nouveau-nés). ° Manque de suivi et d'évaluation : les activités/ programmes concernant la santé maternelle et périnatale ne sont presque jamais évalués. ° Manque d'enquêtes sur la mortalité maternelle et Incohérence des statistiques : (i) : dernière enquête sur la mortalité maternelle de l'INSP date de 1999, (ii) : Taux de mortalité maternelle basés sur des estimations du MSPRH depuis 2000, ce qui les rend inacceptables par les bases de données de l'OMS.	3. Plan national de réduction de la mortalité maternelle 2015 – 2019 Objectifs stratégiques 6. Renforcer la planification familiale et l'accès à celle-ci. 7. Améliorer la qualité des soins durant la grossesse, l'accouchement, et le post-partum. 8. Atteindre chaque femme pour réduire les inégalités. 9. Renforcer la participation des femmes et des familles et des soignants/ se servir de l'influence de ceux-ci et de leur communauté. 10. Améliorer la gouvernance de la lutte contre la mortalité maternelle par l'évaluation des actions, la mobilisation sociale, et le renforcement de la communication. - Redynamisation de certains programmes dédiés à la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et périnatale. Programme de périnatalité (instruction ministérielle n° 04 du 21 aou 2016) et celui de la réduction de la mortalité maternelle - Densification du réseau des établissements hospitalier en maternités: En 2017 : (i) : maternités publiques 612 dont 30 établissements hospitaliers spécialisés (EHS) « mère/ enfant » et 409 EPSP avec maternité (intégrée et rurale), (ii) : Cliniques médicales chirurgicales privées avec maternité 127. - Renforcement en personnels praticiens spécialisés dans le secteur public en 2017,	Actions en matière de périnatalité et de néonatalogie - Mise en place d'un circuit de prise en charge du nouveau-né et l'amélioration de la prise en charge ; chaque wilaya dispose d'un comité de périnatalité chargé du suivre et de coordonner la mise en œuvre du programme de périnatalité au niveau local et qui est composé d'un pédiatre, d'un gynécologue obstétricien, d'un épidémiologue et d'une sage-femme activant dans une maternité. Actions en matière d'étude et de recherche dans le domaine : MICS4, enquête nationale sur le suivi des grossesses par l'INSP-2015, et le lancement de la MICS6 qui est en cours de finalisation.

Constats relevés :

- L'Algérie a déjà accompli de considérables progrès pour étendre la couverture des consultations prénatales et postnatales, mais aussi accroître le pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié (toutes deux proches de 90%). Ces progrès ont également contribué à réduire les taux de mortalités maternelle et infantile au cours des dernières décennies. Ces dernières années, la stagnation de ces progrès et le maintien des taux de mortalité au-dessus des moyennes de l'OCDE indiquent toutefois que des améliorations sont encore possibles.
- Dans ce contexte, il importe de noter que l'OMD4 n'a pas été atteint par l'Algérie. Le taux de mortalité néonatale (avant d'atteindre leur premier mois) est de seize enfants pour mille naissances vivantes, et le taux de mortalité infantile de vingt et un enfants pour mille naissances vivantes (en 2019), pour la quatrième année consécutive.
- Si les femmes algériennes ont recours à des soins de santé adéquats pour près de 90% d'entre elles, il conviendrait d'accorder la priorité aux 10% restantes pour leur permettre de passer des visites médicales prénatales, d'accoucher avec du personnel qualifié et de passer des visites médicales postnatales.
- Depuis 2007, l'étude de causalité des décès infantiles n'a pas été réalisée. Il serait souhaitable d'actualiser la méthode de recherche et de relancer l'enquête. À partir de là, il serait possible de mettre en place des mesures spécifiques pour identifier les réelles causes de ces taux élevés en particulier au niveau des décès néonataux.
- Une grande marge de progression reste encore à faire en particulier sur la réduction de la mortalité néonatale, ce qui peut nécessiter la mise en œuvre d'une stratégie de lutte contre la mortalité infantile.

ÉLÉMENTS DE POLITIQUES ET DÉFIS COMMUNS**ACTIONS ET DEFIS COMMUNS POUR TOUTES LES SEGMENTATIONS QUI CONCERNENT LE NOUVEAU-NÉ :****Défis communs de gouvernance soulevés dans toutes les segmentations qui persistent de nos jours****- Défi d'un système statistique, fiable, intégré et actualisé :**

° Absence de cadre de référence en ce qui concerne la répartition des tâches, l'absence de procédures écrites, l'absence d'exhaustivité des données, la faiblesse du contrôle des données, la faiblesse de la rétro information et la faiblesse de la formation des opérateurs³⁵

° Insuffisance de la qualité des données et de leur analyse³⁶.

- **Manque d'enquêtes sanitaires** robustes qui mesurent les indicateurs par catégorie socio-économiques de type TAHINA, PAPFAM³⁷...

- **Défaillance dans les qualifications/formation** : l'absence de réglementation et le manque de suivi dans les formations des praticiens peuvent être une autre source de défaillance qui influe sur la qualité des données ; Incapacité de l'identification des causes de décès de presque trois quarts des cas (23% mal définies)³⁸.

Actions communes à toutes les segmentations**Arsenal juridique riche pour la protection de la santé des enfants :**

- Adoption de la nouvelle loi sur la santé 2018: Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 : relative à la santé qui garantit l'accès aux soins.

- Gratuité des soins.

- Création de l'Organe national de protection et de promotion de l'enfance (ONPPE) en 2016. Chargé de protéger tout enfant de moins de 18 ans de toute situation portant atteinte à ses droits et de promouvoir ses droits incluant tout ce qui peut exposer sa santé et son bien-être physique au danger - art. 3.

- Ratification des conventions internationales. Convention relative aux droits de l'enfant, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et la plateforme des Objectifs du Développement Durable.

- Convention cadre relative à la mise en œuvre d'un système informatisé de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers de santé. Ce projet entamé en 2009 entre le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé vise une meilleure maîtrise des masses budgétaires allouées aux établissements de santé et des coûts des actes produits par ces derniers, comprenant à

³⁵ CINQUANTE ANS DE PÉDIATRIE - Evolution de la pédiatrie algérienne P Grangaud- 2014

³⁶ Evaluation du système national d'information sanitaire (SNIS)- l'INSP avec la collaboration de l'OMS, - 2011

³⁷ Etude de causalité pour les décès infantiles : sur l'analyse de la situation de la mère et de l'enfant en Algérie-Pr Grangaud- 2011

³⁸ INSP: causes de décès médicales 2017-2016

ACTIONS ET DEFIS COMMUNS POUR TOUTES LES SEGMENTATIONS QUI CONCERNENT LE NOUVEAU-NÉ :

Défis communs de gouvernance soulevés dans toutes les segmentations qui persistent de nos jours

- **Problème de gestion des ressources financières** : les résultats du Processus d'Évaluation par la Cour des comptes 2018 sur la mise en œuvre du projet de la comptabilité de gestion «3COH» (qui n'a été achevé que dans le module portefeuille 10ans après) ont abouti à ce qui suit (i) : déficiences se rapportant notamment à l'étude diagnostic du système d'information, aux opérations de collecte et d'exportation des informations, au processus de suivi par les services de tutelle ou hiérarchiques, (ii) : pour le pilotage du projet une gestion peu maîtrisée de la part de la tutelle, des retards considérables dans la prise en charge des problèmes techniques et la mise en exploitation du projet en général.

- **Absence/manque de suivi et évaluation des programmes de santé et de nutrition** : (i) : manque d'action d'évaluation des programmes de santé (manque de documents de référence disponibles sur l'évaluation de la mise en œuvre de ces divers programmes) à l'exemple du plan de nutrition en particulier dans son volet nutrition adéquate/ allaitement exclusif dont les résultats ne cessent de se dégrader. (ii) : Pas de suite ou relance des programmes de nutrition déjà mis en place.

- Gaspillage des ressources/Tentatives inachevées de projets primordiaux pour l'enfance :un plan d'action pour les enfants a été élaboré par le Ministère délégué chargé de la famille et de la condition féminine pour la période 2008-2015 en partenariat avec l'UNICEF, basé sur des axes de priorité pour la promotion d'une existence meilleure et d'une vie plus saine dans les domaines de périnatalité et maladies infantiles.

- Organisation de soins défaillante : (i) politiques de santé (planification, formation, , Insuffisance de Réglementation pour les soins en réseau), (ii) absence de suivi et d'évaluation (des Normes, procédure d'évaluation des secteurs privés et publics), (iii) système d'information : mauvaise qualité de la déclaration. (vi) : Accessibilité aux soins : Insuffisance des structures d'accueil, des moyens de transport médicalisé, absence de prise en charge en réseau³⁹.

- Croissance démographique plus importante que les réalisations en infrastructures. Nombre d'habitants par lits d'hospitalisation : 551 en 2010 à 578 en 2013⁴⁰ à 598 en 2017.

Actions communes à toutes les segmentations

la fois, une comptabilité patrimoniale, une comptabilité budgétaire et une comptabilité analytique) à travers la comptabilité de gestion « 3COH » et a été prolongé jusqu'en 2014. Il assure la prise en charge de tout le système de gestion de l'établissement à savoir : Gestion des achats et de la relation fournisseurs, des stocks, des immobilisations, Système de facturation, des consommations, Suivi budgétaire, de la trésorerie, de la ressource humaine et la paye, Comptabilité générale, Comptabilité analytique, États financiers, Tableaux de bord. Ce projet a été élargi à 287 établissements.

- Renforcement des moyens et capacités : En 2017 :

(i) Formation : Augmentation du nombre de diplômés d'Etat + brevetés 88650.

(ii) Personnel 465 chirurgiens pédiatres et 1307 pédiatres,.

(iii) Etablissements publics de santé En 2019 : 15 CHU, 80 EHS , 215 EPH/EH, 80 EHS et 1 EHU, 273 EPSP. 1716 polycliniques et 6003 salles de soins.

(iv) Budget de fonctionnement : 216.278.700 en 2009 à 484.284.437 (10³DA).

(v) Tentative de modernisation et cohérence du système d'information : Décembre 2014, au transfert du Ministère des Finances au Ministère de la Santé, un ensemble d'outils relatifs au système, en particulier le logiciel « 3COH » dans sa version source et le code source du site Web dédié au système.

- Réduction des disparités et Inégalités en faveur du SUD : en termes de répartition des infrastructures publiques entre 2013 et 2018 :

• Total Hôpitaux publics (EPH/EH) Nord (61% à 57%), Hauts plateaux (27,3% à 28,8%), Sud (11,7% à 14,1%)

• EHS : Nord (69,1% à 61,9%), Hauts plateaux (22,1% à 22,6%), Sud (8,8% à 15,5%)

³⁹ Analyse de la situation de la mère et de l'enfant en Algérie - L'étude de la Causalité sur le niveau élevé de mortalité maternelle et néonatale Projet de rapport- Pr J.P. Grangaud2011-

⁴⁰ CNES-Rapport National sur le développement Humain -2013 2015

Bibliographie

Journal Officiel de la République Algérienne :

Loi n°15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant, 2015 (JO n°39, correspondant au 19 juillet 2015).

Loi sanitaire, 2018 (JO n°46, correspondant au 29 juillet 2018).

Modalités d'organisation et de fonctionnement de l'organe national de la protection et de la promotion de l'enfance, 2016 (Décret exécutif n°16-334, du 19 décembre 2016).

Rapports nationaux :

- CNES, Bien-être des enfants et des jeunes en Algérie, 'Contribution pour une définition normative de la pauvreté et des privations conforme à l'agenda des ODD post-2015', 2019.

- CNES, Rapport National sur le Développement Humain (2013-2015), 2016.

- Cour des Comptes, Rapport annuel, Le budget et les administrations de l'Etat – mise en place du système informatisé de comptabilité de gestion «3COH» au sein des établissements hospitaliers, 2018.

- Ministère des Affaires Etrangères, Rapport National Volontaire, 2019, 'Progression de la mise en œuvre des ODD', 2019.

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière :

- Calendrier vaccinal en Algérie.

- Evaluation des programmes de santé maternelle et infantile, 2001.

- Plan national de réduction de la mortalité maternelle, 2015-2019.

- Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de Risque des maladies non-transmissibles, 2015-2019.

- Politique gouvernementale dans le domaine de la santé, 2015.

- Programme national de lutte contre la morbidité et mortalité maternelle et périnatale, 2003.

- Programme National de Périnatalité, 2005-2008 et 2016-2020.

- Rapport d'étape sur les Objectifs de développement durable 'ODD3', 2018.

- Santé maternelle et périnatale, 2019.

Agences onusiennes :

- FAO, Profil nutritionnel de l'Algérie, Division de l'Alimentation et de la Nutrition, 2005.

- OMS, Prise en charge clinique de la diarrhée aigue, 'Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF', 2004.

- OMS, UNICEF, Déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF sur la prise en charge des cas de maladies de l'enfant dans la communauté (PEC-C), 'Une stratégie d'équité visant à améliorer l'accès aux soins essentiels des enfants de moins de cinq ans, 2012.

- UNICEF, La protection de l'enfant, Guide à l'usage des parlementaires, 2004.

- UNICEF, Situation des enfants dans le monde, 2016.

Autres rapports :

- Pr. J.P. Grangaud, Analyse de la situation de la mère et de l'enfant en Algérie, Projet de rapport, MSPRH-UNICEF, 2011.
- Pr. J.P. Grangaud, Cinquante ans de pédiatrie, 'Evolution de la pédiatrie algérienne - Colloque international sur les politiques de santé, 2014.

Liens internet :

- data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality
- www.indexmundi.com/facts/oecd-members/maternal-mortality-ratio
- www.oecd.org/social/family/CO_1_1_Infant_mortality.pdf
- www.unicef.org/mena/health
- www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality
- www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/
- www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

Liste des participants

- **Mr Amokrane Faouzi** : Chef de division des Etudes Sociales ex. CNES
- **Mme Belghanem Chafika** : Directrice d'Etudes
- **Mme Benali Fatma** : Chef d'Etudes
- **Mme Djouabri Nadia** : Chef d'Etudes
- **Mme Stiti Amel** : Chef d'Etudes
- **Mme Boulahbel Imane** : Ingénieur d'Etat en Statistique
- **Mme Makhlouf Amel** : Ingénieur d'Etat en Statistique





unicef 
pour chaque enfant

Algérie - 2021