

Transition Démographique Et Politique De Population En Algérie

Abdelkrim Fodil

Département de démographie

Université d'Oran

ملخص :

من المعلوم أن السياسة لا تتأثر بقطاع واحد فقط وإنما بعدة قطاعات لها أثر على متغير السكان وهذا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، من بين القطاعات وأهمها قطاع الصحة الذي يؤثر مباشرة على ظاهرة الولادات والوفيات التي تحدد النمو الطبيعي للسكان، فمن تحسن التغطية الصحية والتكفل بصحة السكان وتشجيع الصحة الوقائية كلها تؤدي إلى تخفيض الإصابات بالأمراض - وتعتبر الصحة الإيجابية المحور الأساسي للسياسات الصحية الحالية. فمن هذا المنطلق يتعرض هذا المقال إلى دراسة تطور السكان وكذا الاستراتيجيات والآفاق بخصوص السكان والتنمية في 2010 .

Résumé

Il est admis que la politique en matière de population au niveau mondial n'est pas l'apanage d'un seul secteur, mais de tous les secteurs qui, directement ou indirectement agissent sur la variable population.

Parmi ces secteurs, celui de la santé demeure le plus important. Car, agissant directement sur les deux principales variables qui font l'essentiel du mouvement de la population (mouvement naturel), en l'occurrence la natalité et la mortalité. En effet, l'amélioration de la couverture sanitaire, la prise en charge de la morbidité et de la promotion de la médecine préventive, visent la baisse substantielle de la létalité. Aussi, de la médecine reproductive ; prise en charge pré et post natales des parturientes, un axe prioritaire dans l'actuelle politique de santé.

C'est dans cette optique que s'insère cet exposé et il s'articulera autour des axes suivants :

- L'évolution démographique et perspective
- Stratégies et priorité en matière de population et de développement à l'horizon 2010

Introduction: Depuis le début des années 80, période qui coïncide avec l'adoption du programme national de la maîtrise de la croissance démographique, d'importants changements ont été observés dans le domaine démographique.

En l'espace de vingt ans, le rythme d'accroissement de la population a été considérablement ralenti ; de même, les attitudes et les comportements en matière de procréation ont connu des modifications importantes, générant de nouveaux modèles de nuptialité et de fécondité.

L'accélération de la transition démographique observée au cours de la décennie 1990 s'inscrit dans un contexte économique social et politique marqué par de profondes mutations.

Aussi, la politique nationale de population demeure-t-elle la priorité dans le cadre de la politique nationale de développement. Le but recherché est de réaliser l'harmonie entre l'évolution démographique la croissance économique et l'environnement tout en tenant compte des changements qui affectent les stratégies de la reproduction familiale.

A cet effet, la politique et les programmes de population à l'horizon 2010 vont-ils s'articuler autour des grands axes suivants :

- * Le renforcement des liens entre la population et le développement
- * Le renforcement de l'accessibilité aux services de santé reproductive et l'amélioration de qualité des prestations
- * Le renforcement des activités d'information d'éducation et de communication
- * L'amélioration de la collecte des informations démographiques et la promotion des études et des recherches en population
- * La mobilisation des ressources

Il est à noter que la définition des stratégies et priorités à retenir dans le cadre de la politique nationale de la population à court et moyen terme sont établis à partir des tendances démographiques récentes et (des perspectives d'évolution en la matière) ainsi que de leurs implications dans divers domaines du développement économique et social en général et des structures familiales en particulier (composition, fonctions, relation familiales..).

1-Evolution démographique

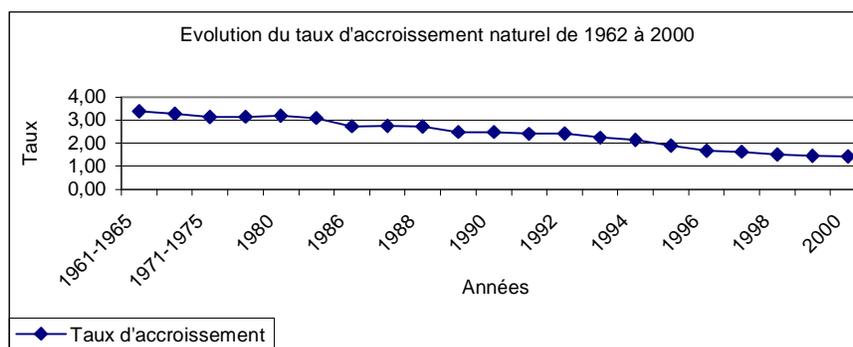
1.1-L'accroissement de la population: La population algérienne est estimée au 01.01.2002 à 31,4 millions habitants.

Pour rappel, les principales caractéristiques de l'Algérie d'un point de vue démographique au cours de la période post-indépendance (1962) était une croissance sans précédent induisant un triplement de la population. Le taux de natalité a atteint le pic de 50‰ en 1966-70 et le taux annuel d'accroissement démographique est resté supérieur à 3 % entre 1962 et 1985.¹(v. tableau 1, annexe).

Les études démographiques montrent la capacité remarquable de la population algérienne à se reproduire. L'absence des pratiques contraceptives

et la nuptialité très précoces vont entraîner une fécondité élevée et quasi naturelle. Le nombre moyen d'enfants par femme sera supérieur à 8 enfants.

Depuis la fin des années 80, sous l'effet conjugué du développement et d'une diffusion élargie de la contraception dans la société algérienne, il est enregistré un ralentissement sensible du rythme d'accroissement de la population. Le taux d'accroissement démographique était de l'ordre de 1,43 % en 2000, soit une réduction de presque la moitié (42,57%) en une décennie (1990-2000).

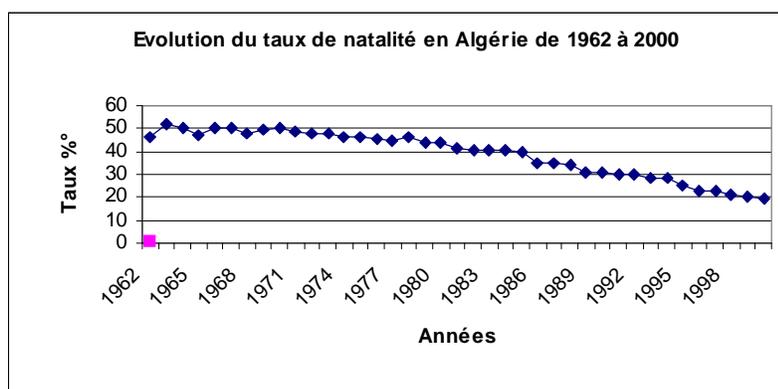


1.2-Evolution de la population selon la structure par âge: Liée au rythme rapide de la croissance démographique enregistrée depuis l'indépendance, la structure par âge de la population algérienne est restée longtemps marquée par le poids très important des catégories les plus jeunes. Les moins de 20 ans ont représenté plus de la moitié de la population totale jusqu'en 1987. Dès la fin des années 80, les effets de la transition démographique apparaissent au niveau de la structure par âge avec notamment une réduction de la part des classes d'âges jeunes.

Les données du RGPH 1998 confirment cette tendance. La part des moins de 20 ans représente ainsi, pour la première fois depuis l'indépendance, moins de la moitié de la population totale, soit 48,27 %. Cette baisse est encore plus visible parmi les jeunes enfants : la part des moins de 5 ans qui est estimée à 19% en 1966 et à 18,8% en 1980, se situe à 10,9% en 1998. Parallèlement, la part des classes d'âges adultes et en âge de travailler, soit les 20-59 ans va en augmentant: estimée à 35,94% en 1966, elle représente 45,14% en 1998. A l'opposé, au sommet de la pyramide des âges, la part des personnes âgées de 60 ans et plus, qui avait diminué entre les années 60 et 80 sous l'effet du rajeunissement de la population lié à la croissance démographique rapide, amorce une hausse, en passant de 5,74 % en 1987 à 6,60 % en 1998. Cette évolution annonce le vieillissement de la population algérienne au cours de ce siècle.

2- La natalité: Après l'indépendance de l'Algérie, le pouvoir en place n'a pas développé de politique propre de population. Par contre une politique de développement économique et social avait été mise en place. L'objectif visé était l'amélioration du niveau de vie de la population. Ce qui devait entraîner selon le pouvoir un changement d'attitude vis-à-vis de la procréation. **Dans la réalité, le modèle familial traditionnel basé sur de solides valeurs sociales, culturelles et religieuses allait empêcher l'émergence d'un changement rapide des mentalités. Bien que la mortalité ait suivi une baisse sensible et continue, le phénomène natalité/fécondité quant à lui est resté à un niveau très élevé (40 pour 1000) jusqu'à une période très récente (1984). Jusqu'en 1985 le nombre annuel des naissances augmentait d'une manière assez régulière. On assistera ensuite à une évolution lente voir même décroissante. Notons que la baisse du nombre annuel des naissances correspond à la période de début de crise (1986) que connaîtra l'Algérie et ce jusqu'à aujourd'hui. Le taux brut de natalité de 50‰ caractérisant la période post-coloniale, évoluera lentement vers la hausse et ce jusqu'en 1970. A partir de 1971 la baisse se fera régulière pour amorcer une réelle chute à partir de 1986 (34,7%) et atteindre un niveau inférieur à 20% en 2000 (19,76%)² (v. tableau 2, Annexe). Par ailleurs, si une baisse réelle de la fécondité a commencé, il faudra attendre plusieurs années pour voir la population fléchir.**

Aujourd'hui il s'agit de prendre en charge cette population importante composée surtout de jeunes à différents niveaux ; scolarisation, santé, emploi, logement etc.



3- La mortalité: La mortalité en Algérie a connu un infléchissement important au cours des trois décennies.

3.1-Le taux brut de mortalité en Algérie 1962 à 2000

Bien que ne reflétant pas correctement la mortalité et l'état sanitaire de la population car très sensible à la répartition par âge de la population, le taux

brut de mortalité reste utile car il nous permet de déterminer, par différence avec le taux de natalité, l'accroissement de la population.

Aujourd'hui, les paramètres démographiques montrent, de manière incontestable, que l'Algérie est entrée dans une nouvelle phase de son histoire démographique caractérisée par un taux d'accroissement naturel très faible comparativement au passé. La baisse de la mortalité en Algérie n'a cessé depuis l'indépendance et surtout avec l'amorce de la transition sanitaire. Ainsi, fluctuant autour de 17 pour 1000 jusqu'en 1971, le taux brut de mortalité amorcera une baisse à partir de 1974 (15,07 ‰) pour atteindre son niveau le plus bas en 1989 (6 ‰). De 1990 à 1997 on remarque que le taux brut évolue plutôt vers la hausse, 6,12 ‰ en 1997.³ (v. tableau 3, annexe). Ce changement au niveau de l'évolution du taux brut de mortalité (hausse) peut s'expliquer non pas parce que le niveau de l'espérance de vie en Algérie a atteint son maximum mais surtout par le poids de la population âgée de plus de 65 ans. Aussi, on peut supposer que le rythme de progrès se ralentit pour plusieurs raisons d'ordre:

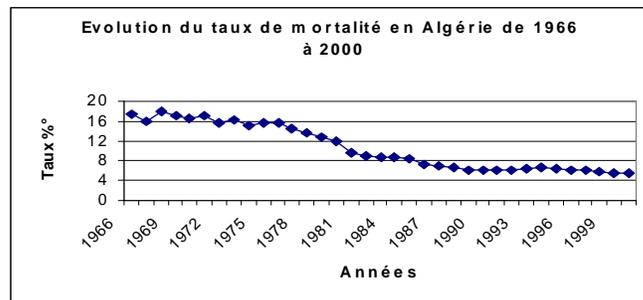
* **économiques:** le pays traversant une crise économique aiguë ne peut plus faire de gros investissements dans le domaine de la santé

* **géostratégiques:** ne restant plus grand chose à gagner dans le domaine des maladies infectieuses, il serait plus judicieux pour continuer à progresser de mettre au point de nouvelles stratégies dans d'autres domaines capables d'assurer le succès (maladie cardio-vasculaire, cancers, diabète, maladies de société.....)

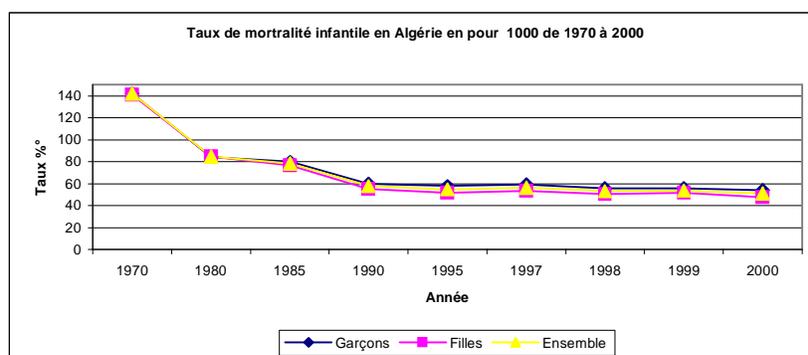
D'une manière générale, la mortalité en Algérie a connu un infléchissement important depuis l'indépendance et l'espérance de vie à la naissance qui constitue un indicateur de santé et de développement, avoisine aujourd'hui les 70 ans, soit 18 ans de plus qu'en 1970 et 12 ans de plus qu'en 1980. Notons que l'espérance de vie à la naissance est plus importante pour les femmes que pour les hommes, conformément à la tendance universelle de longévité féminine.⁴ (v. Tableau 4, annexe)

Il est à noter que l'espérance de vie à la naissance reste fortement liée à la mortalité infantile en raison de l'impact encore important de ce phénomène dans la structure des décès.

3.2- La mortalité infantile: La mortalité infantile a nettement régressé



depuis l'indépendance. De 142‰ en 1970 elle passe à 84,72‰ en 1980 pour atteindre 51,1 ‰ en 2000 (54‰ pour le sexe masculin et 47,8 ‰ pour le sexe féminin). Cette baisse résulte à la fois de l'amélioration des conditions générales d'existence et de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la mortalité infantile dans lequel la vaccination occupe une place de première importance. Toutefois, il est à souligner que la mortalité pendant les premières années de la vie reste toujours un sujet de préoccupation en matière de santé publique. Il est à souligner que la part des décès de moins d'un an dans la structure totale des décès qui représentait 43,3 % en 1970 est réduite à 18,5 % en 2000, soit une diminution de 57,3 % en l'espace de 30 années.⁵ (v. tableau 5, annexe)

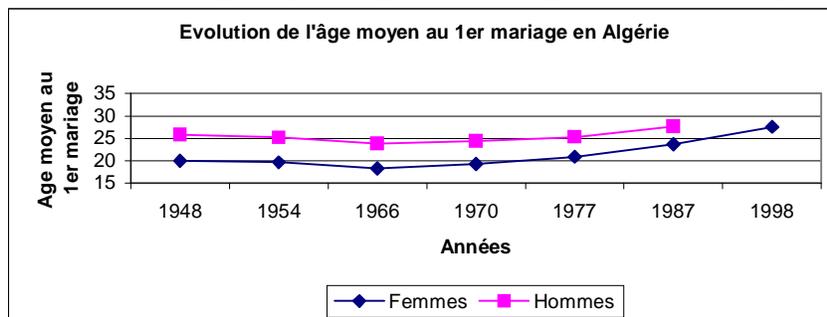


Notons que le taux de mortalité infantile est probablement surestimé en raison des taux de correction utilisés par l'Office National des Statistiques pour pallier le sous enregistrement des décès de l'Etat Civil. Les taux de correction sont en effet restés inchangés depuis 1981. Le taux de mortalité infantile devrait se situer autour de 40% en cette fin de décennie.

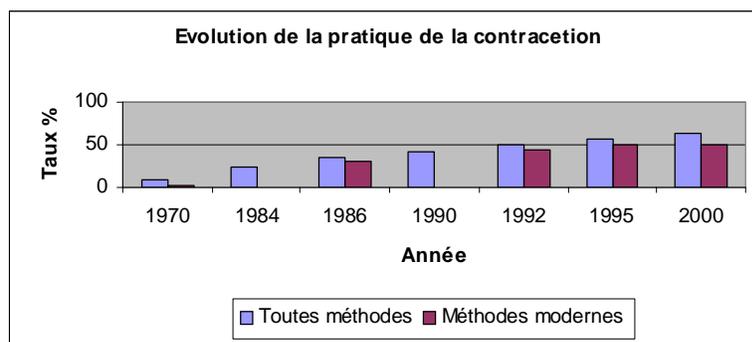
3.3- La mortalité maternelle : La mortalité maternelle due à la grossesse ou à l'accouchement, constitue à son tour un problème de santé publique. Le ratio de mortalité a été estimé à 230 pour 100 000 naissances vivantes en 1989 et à 215 pour 100 000 naissances vivantes en 1992. Par ailleurs, une enquête basée sur le recensement exhaustif de tous les décès des femmes en âge de procréer et notamment ceux relatifs à la maternité a été réalisée durant la période allant du 1er janvier au 31 décembre 1999. Les résultats donnent un ratio de mortalité maternelle de 117 pour 100 000 naissances vivantes en 1999. L'Algérie se situe parmi les pays de niveau intermédiaire ; les ratios de mortalité maternelle oscillent en effet entre 5 et 1500 pour 100 000 naissances vivantes dans le monde. Toutefois, il est à signaler que des disparités régionales très importantes subsistent. A titre d'illustration le taux de mortalité maternelle passe de 73,62 pour 100 000 naissances vivantes dans la wilaya d'Alger à plus de 200 pour 100 000 naissances vivantes dans certaines wilayas du sud du pays.

4- La nuptialité et la fécondité: Le schéma général de la nuptialité a connu au cours des dernières années des modifications profondes. Il est à relever tout particulièrement un recul important de l'âge au mariage estimé en 1998 à 27,6 ans pour les femmes et à 31 ans pour les hommes.

Le recul de l'âge moyen au premier mariage a été très net depuis la fin



des années 80, avec une augmentation de près de 4 ans pour les femmes entre 1987 et 1998, l'évolution a été de 3,6 ans au cours de la même période pour les hommes. Dans les villes, le recul de l'âge au mariage a atteint un seuil encore plus élevé, soit 27,6 pour les femmes en 1998 ; toutefois, même en zone éparse, le recul de l'âge nuptial est spectaculaire avec 26,9 ans en 1998 pour les femmes (soit le niveau observé dans les métropoles en 1987). Ce recul sans précédent de l'âge au mariage a induit une augmentation des célibataires à la fois dans la population totale et aux âges de reproduction. C'est ainsi que la part des célibataires représente 61,8% en 1988 contre 52,6% en 1966. La proportion des femmes célibataires âgées de 15-49 ans, soit aux âges de la reproduction est passée de 27,09 % en 1977 à 38,87 % en 1987 pour atteindre 49,58 % en 1998 (RGPH 1998); une femme sur deux est donc célibataire aux âges de la reproduction à la fin des années 90, contre seulement une sur quatre dans les années 70.



Liée au recul de l'âge au mariage, l'intensité du célibat définitif (soit la proportion des célibataires à 50 ans) a augmenté pour les femmes en passant de 1,4 % en 1987 à 2,53 % en 1998. Ces profondes mutations vont agir directement sur la fécondité qui va connaître une baisse substantielle surtout à partir des années 90. L'indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme toutes catégories matrimoniales confondues) est passé de 7,8 enfants par femme en 1970 à 6,24 enfants par femme en 1985 pour atteindre 2,54 enfants par femme en 2000. Une réduction de près de quatre enfants à été ainsi observée entre 1985 et 2000, contre moins de deux entre 1970 et 1985. L'infléchissement de la fécondité est lié essentiellement au recours des couples à la contraception et au recul de l'âge au mariage. Toutefois si le recul de l'âge au mariage explique 65 % de la baisse de la fécondité observée en 1970 et 1986, il n'intervient plus qu'à 35 % dans le processus entre 1986 et 1998 en raison de l'essor de la pratique contraceptive. L'utilisation des moyens de contraception concerne actuellement plus de la moitié des couples. Le taux de pratique de la contraception des femmes mariées en âge de procréer s'élève à 64 % en 2000 contre 8 % en 1970.

Nous signalerons que l'analyse de la fécondité des mariages à travers les données du RGPH 1998, laisse apparaître un phénomène nouveau lié notamment au recul de l'âge au mariage, à savoir un décalage de la fécondité vers les âges extrêmes, soit 40 ans et plus. Les premiers résultats du RGPH 1998 révèlent en effet que le taux de fécondité légitime est plus faible, comparé à 1987, pour les tranches d'âges situées entre 15-19 ans et 30-34 ans, mais augmente pour les 35 ans et plus. Ce déplacement de calendrier de la fécondité est actuellement observé dans les pays développés. Cette nouvelle tendance, si elle se confirme va impliquer un réajustement de la prise en charge sanitaire de la maternité : les grossesses tardives nécessitent en effet une plus grande surveillance, car elles présentent plus de risques pour la mère et l'enfant à naître.

Conclusion: Il est à retenir en matière de tendances démographiques que : le niveau de la croissance démographique est encore qualifié de rapide (les croissances modérées se situent entre 0,5 et 1 % par an) avec 1,46 % le temps de doublement de la population serait de 48 ans (soit moins d'un demi siècle). Le potentiel de reproduction contenu actuellement dans la structure par âge et résultant des tendances passées de croissance rapide, fait que la variable démographique va rester contraignante au cours des années à venir : pour la décennie 2000-2010, le poids de la démographie va induire notamment une augmentation des classes d'âges adultes (20-59 ans), ce qui va avoir des répercussions sur la demande d'emploi, de logement et autres besoins sociaux. La décline démographique s'inscrit dans un contexte de mutations familiales, marquées notamment par l'évolution des modèles de fécondité et de nuptialité

- recul important de l'âge au mariage

- déplacement du calendrier de la fécondité vers les âges extrêmes, en raison du recul de la nuptialité, ce implique le réajustement des programmes de santé reproductive.

- les changements observés dans les comportements en matière de reproduction doivent être « gérés » dans le cadre d'une politique de la famille renouvelée et consolidée, afin de préserver et renforcer l'intégration sociale. La transition démographique n'est pas homogène au niveau national : la politique de population devra tenir compte des inégalités dans l'accès au développement en général et aux prestations de santé reproductive et de planification en particulier, pour tendre à les réduire et à terme les éliminer. Ainsi, pour la prochaine décennie (2010), la politique de population va rester une priorité des stratégies de développement économique, social et culturel. Elle aura pour finalité de réaliser l'équilibre entre les ressources économiques et l'environnement, en vue d'améliorer la qualité de vie de tous. L'objectif d'équilibre économique escompté, implique la mise en œuvre d'une politique de développement visant la croissance économique soutenue, la création d'emplois productifs, la préservation de l'environnement et la consolidation de l'intégration sociale. La réalisation de la politique de population demeure fondée sur une approche intégrée et holistique dépassant l'intervention du seul secteur de la santé, l'ensemble des départements oeuvrant en faveur du développement humain sont impliqués dans la réalisation de la politique de population. Par ailleurs, la mise en œuvre de la politique de la population concerne tant les secteurs de l'Etat que le mouvement associatif. Surtout dans le cadre des actions d'information et de communication. L'accès à la planification familiale est fondé sur le principe d'adhésion volontaire et de choix personnel. Aucune forme de coercition n'est permise dans la prescription des méthodes de contraception et de limitation de naissances. La famille en tant que cellule de base de la société bénéficie de la protection de l'Etat conformément à la législation nationale. L'action en faveur de la famille doit viser le renforcement des relations et de la solidarité intergénérationnelles ; l'amélioration de l'éducation de l'enfant dans le respect de l'équité entre les

sexes ; la promotion de comportements sains et responsables en matière de procréation ; le soutien au revenu pour les familles démunies en vue de renforcer la lutte contre la pauvreté. Enfin, la promotion de la femme, fondée sur un accès renforcé à l'éducation et à la santé y compris à la santé de reproduction, ainsi que sur une pleine participation à la vie politique, économique, sociale et culturelle, constitue à la fois une fin en soi et une composante essentielle de la politique de population.

Annexe

Tableau 1: Evolution du taux d'accroissement naturel de 1961 à 2000

Années	Taux d'accroissement%	Années	Taux d'accroissement %
1961-1965	3,39	1991	2,41
1966-1969	3,29	1992	2,43
1971-1975	3,14	1993	2,25
1977-1979	3,15	1994	2,16
1980	3,21	1995	1,89
1985	3,11	1996	1,68
1986	2,74	1997	1,63
1987	2,76	1998	1,52
1988	2,73	1999	1,46
1989	2,5	2000	1,43
1990	2,49		

Tableau 2 : Evolution du taux de natalité en Algérie de 1962 à 2000

Année	taux %°	Année	Taux %°	Année	Taux %°
1962	45,9	1975	46,1	1988	33,9
1963	52,1	1976	45,4	1989	30,7
1964	50,1	1977	45,0	1990	31,0
1965	47,0	1978	46,4	1991	30,1
1966	50,5	1979	44,0	1992	30,4
1967	50,1	1980	43,9	1993	28,6
1968	47,7	1981	41,0	1994	28,0
1969	49,8	1982	40,6	1995	25,3
1970	50,2	1983	40,4	1996	22,9
1971	48,4	1984	40,2	1997	22,5
1972	47,7	1985	39,5	1998	21,0
1973	47,6	1986	34,7	1999	20,2
1974	46,5	1987	34,6	2000	19,8

Tableau 3 : Evolution du taux brut de mortalité de 1966 à 2000 (Pour 1000)

Année	Taux brut	Année	Taux brut	Année	Taux brut
1966	17,41	1978	13,48	1990	6,03
1967	15,87	1979	12,72	1991	6,04
1968	17,87	1980	11,77	1992	6,09
1969	17,01	1981	9,44	1993	6,25
1970	16,45	1982	9,1	1994	6,56
1971	17	1983	8,8	1995	6,43
1972	15,68	1984	8,6	1996	6,03
1973	16,25	1985	08,4	1997	6,12
1974	15,07	1986	07,34	1998	5,82
1975	15,54	1987	06,97	1999	5,61
1976	15,64	1988	06,61	2000	5,46
1977	14,36	1989	06		

Tableau 4 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 1979 à 1999

Année	Espérance de vie à la naissance (Source O.N.S)		
	Hommes	Femmes	Ensemble
1979	52,6 ans	52,8 ans	52,6 ans
1980	55,9 ans	58,8 ans	57,4 ans
1985	62,7 ans	64,2 ans	63,6 ans
1991	66,9 ans	67,8 ans	67,3 ans
1996	66,8 ans	68,4 ans	67,7 ans
1999	69,2 ans	71,0 ans	70,1 ans

Tableau 5 : Taux de mortalité infantile en Algérie de 1970 à 2000

Année	Garçons	Filles	Ensemble
1970	142	141	142
1980	84,4	85,06	84,72
1985	80	76,57	78,3
1990	60	55,5	57,8
1995	57,94	51,68	54,87
1997	59,5	53,66	56,64
1998	55,99	50,61	53,35
1999	55,94	51,6	53,81
2000	54,2	47,8	51,1

Tableau 6 : Evolution de l'âge moyen au mariage

Année	1948	1954	1966	1970	1977	1987	1998
Femmes	20,0	19,6	18,3	19,3	20,9	23,7	27,6
Hommes	25,8	25,2	23,8	24,4	25,3	27,7	31,3