

## Démographie : esquisse d'une transition

Abderrahmane ILES\*

L'analyse globale de la société algérienne, entreprise sous l'angle démographique laisse apparaître aujourd'hui une situation pour le moins alarmante. En effet, après quatre décennies d'indépendance et d'édification nationale, les indicateurs démographiques essentiels n'ont pas connu le bouleversement attendu. Certes des changements importants ont été enregistrés au niveau des principales caractéristiques démographiques. En particulier l'espérance de vie à la naissance a gagné près de vingt ans au cours des trente dernières années approchant 70 ans en 2001 ; le taux de mortalité infanto-juvénile qui dépassait la valeur inadmissible de 150‰ en 1970 a baissé des 2 / 3 et l'indice de fécondité, lui aussi, mais plus tardivement, a connu une sensible réduction, passant ainsi de 8,3 enfants par femme en 1970 à 2,54 enfants par femme en 2000 sous l'effet conjugué du recul de la nuptialité et de la diffusion de la pratique contraceptive.

En revanche le dynamisme démographique est resté encore très fort pendant trop longtemps, puisque la population a vu son effectif quasiment tripler en moins de trente ans (voir tableau 1 en annexe). Les projections les plus raisonnables tablent déjà sur une population de quarante millions dès 2020. C'est que le potentiel d'accroissement démographique contenu dans la structure exceptionnellement jeune de la population continuera de peser sur l'avenir du pays.

En outre, l'examen de la répartition spatiale de la population révèle aussi des déséquilibres

flagrants : le littoral regroupe de nos jours 39 % de la population alors qu'il ne couvre que 1,7 % du territoire<sup>1</sup>. Cette très forte anthropisation de la bande côtière risque d'engendrer à terme des problèmes écologiques aux solutions très coûteuses et aux conséquences irréversibles parfois. Exode rural, croissance démographique et industrialisation contribuent à une urbanisation rapide — rurbanisation conviendrait mieux — au prix d'une grande dégradation de l'environnement.

Alors que le secteur urbain ne comptait que 12 % de la population algérienne en 1960, il en représente 60 % en 1998. L'augmentation relative se double d'une croissance absolue beaucoup plus importante puisque la population urbaine a été multipliée par onze au cours des quatre dernières décennies seulement.

Les résultats sont en réalité inégaux, souvent médiocres par rapport à ceux d'autres pays voisins dont les conditions économiques et sociales générales étaient pourtant nettement moins favorables. Pour ne citer que l'exemple de la Tunisie, on notera que la mortalité infantile, partie d'un niveau identique à celui de l'Algérie, a connu une baisse moins tardive et plus importante ; il en est de même de la fécondité, ou encore de la mortalité maternelle. On se propose dans ce qui suit d'analyser l'évolution démographique en Algérie au cours de ces dernières décennies en situant les changements opérés dans le cadre d'une transition démographique spécifique par rapport à celle qu'ont connue les pays développés aux XIX<sup>ème</sup> et XX<sup>ème</sup> siècles ou même par rapport à celle que certains pays non développés traversent actuellement.

### 1 – Une transition de mortalité relativement précoce mais longue

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, le niveau de la mortalité n'a cessé de baisser en Algérie, hormis les perturbations dues à la guerre

\* Institut National de Planification et Statistiques, Alger.

<sup>1</sup> La superficie de l'Algérie est de 2 293 190 Km<sup>2</sup>. Sur 12 % seulement de cette superficie, se concentre aujourd'hui plus de 90 % de la population.

de libération. En effet, le taux brut de mortalité<sup>1</sup> est passé de 32,20 ‰ pour la période 1946-50 à 5,80 ‰ en 1998.

Preuve de cette évolution, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus de 20 ans, au cours des dernières décennies, passant ainsi de 46,5 ans en 1948-1951 à 70 ans en 2000. Cette augmentation de la durée de vie moyenne a connu une accélération à partir des années 70, probablement en liaison avec l'institution de la médecine gratuite qui a suscité une libération extraordinaire de la demande sociale en prestations de santé.

Par ailleurs, l'allongement de la durée moyenne a résulté davantage d'une lutte contre la mortalité aux jeunes âges que du recul de la mortalité générale.

#### a – La mortalité selon le sexe

Les tables de mortalité jusqu'à la fin des années 60 mettaient en évidence une assez forte surmortalité féminine, de 1 à 40 ans. Au-delà de 40 ans on retrouvait la classique surmortalité masculine, avec un maximum vers l'âge de 55 ans. Malgré l'existence de cette surmortalité féminine très nette entre 15 et 25 ans et liée aux premières maternités non assistées<sup>2</sup>, la durée moyenne de vie du sexe féminin restait supérieure à celle du sexe masculin.

L'analyse de la mortalité sur les cinq dernières décennies outre cette baisse extraordinaire du taux brut de mortalité, révèle l'atténuation puis la disparition des fluctuations. Même les variations saisonnières y ont quasiment disparu, ce qui n'est pas le cas pour la mortalité aux jeunes âges que nous traiterons, plus en détail. Le déclin de la mortalité devient plus rapide à partir des années quatre-vingt : 6 ‰, soit 2 fois et demi inférieur à ce qu'il était en 71-75 (15,90 ‰).

Le tableau 2, en annexe, donne l'évolution du taux brut de mortalité du début du siècle jusqu'en 1999.

<sup>1</sup> Le taux brut de mortalité est le rapport, une année donnée des décès enregistrés par l'état civil, à la population totale calculée au milieu de l'année.

<sup>2</sup> La proportion d'accouchements non assistés médicalement restait importante jusqu'à la fin des années 60, dépassant 50 %. De nos jours, elle n'atteint guère le seuil des 15 %.

#### b – La mortalité aux jeunes âges

La principale caractéristique de la mortalité jusqu'à la fin des années 70 est d'être très élevée pendant l'enfance, et plus particulièrement durant la première année de vie. Ainsi la probabilité de décéder de 0 à 1 an ne retrouve sa valeur que vers l'âge de 65 ans. Cette très forte mortalité faisait perdre sept années de vie en moyenne, à une femme et près de six ans à un homme.

Traditionnellement, on distingue dans la mortalité aux jeunes âges, deux types de mortalité correspondant à deux périodes de la vie :

- la mortalité infantile ;
- la mortalité juvénile.

La mortalité infantile concerne les décès d'enfants de moins d'un an.

La mortalité juvénile, celle des enfants âgés de plus d'un an et de moins de cinq ans.

De façon générale, on remarque que de 1962 aux années 70, le niveau de la mortalité aux jeunes âges est quasiment stagnant. Les probabilités de décéder avant le premier anniversaire dépassaient depuis 1962 et jusqu'à la fin des années 70 la barre des 100 ‰. C'est quasiment le niveau de la mortalité infantile des pays d'Europe tout au début de leur transition de mortalité !

Si dans les pays aujourd'hui développés les progrès de la médecine et de l'hygiène tout particulièrement aux XIX<sup>ème</sup> et XX<sup>ème</sup> siècles, ont permis une réduction très remarquable de la mortalité aux jeunes âges, dans la plupart des pays insuffisamment développés le niveau de la mortalité aux jeunes âges reste anormalement élevé, en dépit de tous « les raccourcis techniques » (suivant l'expression de Monsieur Léon Tabah) dont ils ont pu bénéficier.

Ainsi en est-il de l'Algérie où le taux de mortalité infantile en 1996 est égal à celui de la population européenne d'Algérie vers 1945-1950.

La stagnation de la mortalité aux jeunes âges sur une quinzaine d'années montre bien qu'il existe un temps de latence au-delà duquel commence le déclin de la mortalité. En effet, l'enquête PAPCHILD organisée en 1992 dans le cadre d'un projet panarabe pour le



développement de l'enfance a montré que depuis le milieu des années soixante-dix la mortalité infantile et la mortalité juvénile ont régressé sensiblement. Ainsi le taux de mortalité infantile qui atteignait jusqu'à la première moitié des années soixante-dix 120 ‰ est tombé à 45 ‰ au début de la décennie quatre-vingt-dix. De même, le taux de mortalité juvénile a baissé fortement passant au cours de la même période de 40 ‰ à 5 ‰. Cette baisse de la mortalité aux jeunes âges a été le fait, en grande partie, de la réduction de la surmortalité différentielle caractérisée par une surmortalité rurale. L'enquête a confirmé le lien entre les caractéristiques du milieu où vit l'enfant et les risques de décès. Ainsi les populations vivant dans des logements salubres, équipés d'eau potable, des toilettes reliées au réseau d'égout bénéficient, comme on pouvait s'y attendre, de probabilités de survie plus élevées. Cette inégalité devant la mort reste une des singularités du modèle algérien de transition démographique, tout comme la surmortalité des filles de 1 an à 5 ans décrite par Tabutin et dont les causes seraient essentiellement culturelles.

### **c – Mortalité générale et mortalité aux jeunes âges**

Le schéma de la mortalité en Algérie s'est modifié au cours des dernières décennies sous l'effet de la baisse appréciable de la part relative des décès infanto-juvéniles dans la mortalité générale. En effet alors qu'environ un décès sur deux dans les années soixante dix concernait un enfant de moins de cinq ans, cette proportion est aujourd'hui d'un sur cinq.

La très forte mortalité liée à l'environnement au sens large a beaucoup diminué.

La prédominance des décès post-néonataux jusqu'à la fin des années soixante-dix s'expliquait par une forte prévalence des maladies infectieuses en particulier les maladies à transmission hydrique.

L'enquête nationale de santé menée en 1990 indique que les maladies non transmissibles sont aujourd'hui prépondérantes dans la panoplie des maladies, coexistant avec les maladies transmissibles, attribuables elles, au contexte général de sous-développement. Cette mutation

dans le profil de morbidité est un révélateur incontournable de la transition démographique.

Le déclin également important de la mortalité néonatale est, lui, très bien corrélé avec la décroissance du taux d'accouchements non assistés médicalement.

Dans cette perspective, il faut signaler le niveau extrêmement élevé de la mortalité maternelle, c'est à dire la mortalité liée à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites<sup>1</sup>. La moyenne nationale de cette mortalité est estimée à 117 pour 100 000 naissances vivantes<sup>2</sup>, soit vingt-cinq fois supérieure à celle des pays développés.

## **2 – La nuptialité dans la transition démographique**

Le modèle de la nuptialité présente aujourd'hui quatre caractéristiques fondamentales :

- a – une très forte intensité, malgré l'essor du célibat ;
- b – la disparition du mariage précoce et le recul très net de l'âge moyen au mariage ;
- c – la quasi-universalité de la monogamie ;
- d – une endogamie assez marquée.

Nous allons développer succinctement ces points.

### **a – Le mariage reste le lieu privilégié de la reproduction sociale en Algérie**

Cependant, le célibat définitif, naguère marginal, révèle aujourd'hui une montée remarquable. Ainsi, la fréquence du célibat à 50 ans chez la femme est passée de 0,8 % en 1966 à 2,5 % en 1998. On peut raisonnablement attendre que ce taux connaisse dans le futur, des niveaux plus élevés, compte tenu du fait que les proportions de célibataires dans les groupes d'âge avancé chez les deux sexes, ne cessent d'augmenter depuis ces trois dernières décennies.. Les énormes difficultés d'insertion sociale en

<sup>1</sup> Il s'agit des décès allant jusqu'au 42<sup>ème</sup> jour après l'accouchement. La mortalité maternelle diffère sensiblement selon qu'on fait intervenir ou non les décès dus aux avortements.

<sup>2</sup> Données d'une enquête nationale réalisée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1999 par le ministère de la Santé.

raison d'un chômage en pleine progression — y compris dans les populations d'universitaires —, l'absence de perspectives d'avenir liée à la lancinante crise politique et le relâchement du contrôle social sur la femme ont fini par induire des comportements nouveaux, déviant des normes traditionnelles qui régissaient le mariage.

#### **b – La disparition du mariage précoce et le recul de l'âge moyen au mariage**

La précocité qui caractérisait naguère le modèle de nuptialité accuse de nos jours une tendance très nette à la baisse ; si en 1966 près de 46 % des filles étaient déjà mariées avant l'âge de 20 ans, en 1998 cette proportion chute à 4 % seulement. De même, alors que 89 % des filles de 25 ans étaient déjà mariées en 1966, il n'y a plus qu'une fille sur deux en 1986 et une fille sur trois en 2000. Pour tous les autres groupes d'âge, la proportion de mariées est beaucoup plus faible en 1998 que trente années auparavant. L'âge moyen au mariage des célibataires est passé, pour le sexe féminin de 18,3 ans en 1966 à 20,9 ans en 1977 et à 27,6 ans en 1998. L'augmentation est plus rapide entre 1977 et 1998 qu'entre 1966 et 1977. Cela est sans doute lié à la crise chronique du logement qui va en s'aggravant.

Au total, de 1966 à 1998, l'âge moyen a augmenté de 50 % de sa valeur, ce qui représente un changement unique dans l'histoire de la nuptialité féminine. Pour le sexe masculin, le recul de l'âge au mariage est sensiblement moins important. Mais dans les deux cas, la généralisation de la scolarisation et sa prolongation à des âges élevés constituent un facteur incontestable pour l'explication de ces changements<sup>1</sup>.

#### **c – La quasi-universalité de la monogamie**

La société algérienne est monogamique dans son ensemble, bien que la polygamie soit permise par la loi coranique et les dispositions du droit positif algérien.

Toutefois, le taux de polygamie qui était très faible et en décroissance régulière depuis le début

<sup>1</sup> Le taux moyen de scolarisation des 6-14 ans, pour les deux sexes, est passé de 47% en 1996 à 83% en 1998, mais pour les filles, de 37% à 81% pour la même période.

du siècle dernier, connaît actuellement une progression certaine. Ainsi, l'intensité de la polygamie estimée à 2,9 % des mariages en 1986 passe dès 1992, à 5,5 %. Ce quasi-doublement de la fréquence en une période de temps aussi courte suscite des questionnements. On peut poser l'hypothèse selon laquelle le recul de l'âge au mariage finit par provoquer pour les femmes les moins jeunes un rétrécissement du marché matrimonial qui conduit in fine à une augmentation de la polygamie. Comme le souligne LOCOH (1984) dans les sociétés où la polygamie est admise, tout mariage est virtuellement polygamique. La concurrence entre femmes est donc plus vive, et si certaines tardent trop à se positionner sur le marché matrimonial, elles risquent de rester célibataires, ou doivent accepter un homme déjà marié.

#### **d – Une endogamie assez marquée**

A l'instar des autres sociétés du Maghreb, l'Algérie connaît une endogamie encore vivace. En effet, malgré les mutations profondes qui ont caractérisé le pays depuis l'Indépendance, à savoir l'industrialisation et son corollaire le déclin du secteur rural et de l'agriculture, l'urbanisation massive et la généralisation de l'enseignement, on note que 25 % des mariages ont lieu encore entre cousins. Cette propension très forte du choix du conjoint dans la famille proche renvoie pourtant à un type de société traditionnelle aujourd'hui largement dépassé.

Mais à côté de cette endogamie relative à la parentèle, on retrouve de plus en plus la tendance à choisir son conjoint en dehors de son groupe social et en particulier il n'est pas rare de voir des femmes de niveau universitaire, exerçant des professions libérales, épouser des hommes de niveau d'instruction primaire ou moyen.

#### **3 – Une transition de fécondité tardive mais courte et rapide**

C'est contre toute attente que la fécondité a entamé un mouvement de baisse en Algérie à partir de la décennie 70 et qui s'accélère dans la décennie suivante.



### a – La baisse de la fécondité

Ce déclin qui présente un caractère différentiel (urbain / rural) et restrictif (niveau d'instruction féminine) est dû en fait à deux phénomènes tout à fait distincts :

- le recul de l'âge au mariage ;
- l'essor de la contraception.

Examinons très succinctement chacun de ces facteurs.

– Les mutations observées dans la nuptialité ont, sur le plan de la fécondité, des conséquences très importantes puisque près de 70 % de la baisse de la fécondité entre 1970 et 1986 s'expliquent par le déclin de la nuptialité. Le reste, environ 30 %, résulte de la pratique contraceptive.

En revanche, de 1986 à 1998, les proportions s'inversent et la contraception devient donc la cause essentielle de la baisse qui, au demeurant, s'accélère. Le tableau n° 3 donne les taux de fécondité générale de 1970 à 2000 et l'indice synthétique de fécondité pour chacune des années<sup>1</sup>.

Cette baisse de fécondité n'est pas homogène des inégalités entre régions subsistent, accusant des niveaux encore élevés de fécondité.

– La pratique contraceptive, quasiment nulle jusqu'au début des années 80, s'est diffusée assez rapidement pour atteindre aujourd'hui un taux de prévalence de 64 %, toutes méthodes confondues, et 50 % en méthodes modernes. Cette diffusion n'a été possible qu'avec l'adoption en 1983 d'un programme national de maîtrise de la croissance démographique. Ce programme a fait passer le réseau public des Centres d'Espacement des Naissances de 364 unités en 1983 à 2 054 en 1990.

Cependant, l'insuffisance numérique de ces centres, leur inégale répartition géographique (une implantation quasi nulle en zone rurale éparse dont les besoins, mêmes non exprimés, sont immenses) et leur fonctionnement bureaucratique et perverti parfois, rendent le programme peu pertinent.

Le secteur privé, lui aussi insuffisant et surtout mal réparti sur le territoire, présente en plus l'inconvénient d'exiger des honoraires extrêmement élevés sans commune mesure avec les seuils de remboursement prévus par les Caisses de Sécurité Sociale. Dans ce cas, la sélection par l'argent évacue une partie non négligeable de la demande de contraception<sup>2</sup>.

Enfin, s'agissant des prestations d'espacement des naissances, on note que le pourcentage de couples déclarant utiliser un moyen contraceptif est passé de 33 % en 1986 à 42 % en 1992 (il était déjà de 25 % en 1976). Cette progression relativement peu rapide eu égard à la dégradation du pouvoir d'achat de larges couches de la population s'explique sans doute par la persistance de pénuries généralisées en moyens contraceptifs, en particulier pendant la mise en sommeil du programme de 1988 à 1992, quand l'instabilité politique a relégué les questions de planification familiale au dernier plan. On notera une stagnation de l'utilisation des méthodes modernes de 1995 à 2000 liées aux ruptures de stocks<sup>3</sup>.

Quoi qu'il en soit, toute velléité d'augmenter l'effectif de la population contraceptive doit nécessairement passer par l'amélioration sensible de l'offre de contraception. Amélioration d'autant plus urgente à apporter que diverses enquêtes ont mis récemment en évidence le déphasage très grand existant entre les moyens contraceptifs connus et ceux effectivement utilisés. En effet, alors que la totalité des femmes en âge de procréer affirme connaître aujourd'hui au moins une méthode, deux sur cinq seulement utilisent effectivement. Il y aurait donc à développer un véritable marketing pour absorber cet écart : traiter la contraceptive non comme une "malade" ou une "patiente" mais comme une cliente, diversifier la gamme des moyens contraceptifs offerts<sup>4</sup> et vaincre les refus de contraception, ainsi que les abandons. L'enquête PAPCHILD (1992) a montré que 39 % des

<sup>1</sup> L'indice synthétique de fécondité représente le nombre d'enfants par femme.

<sup>2</sup> Le secteur privé contribue pour une large part à la demande nationale de contraception (plus de 50 %).

<sup>3</sup> Rapport du Comité National de la Population, juillet 2002.

<sup>4</sup> La part de la contraception orale était encore de 75 % en 2000.



femmes mariées qui déclaraient ne pas vouloir d'enfant supplémentaire, bien que fertiles, n'utilisaient néanmoins aucune méthode contraceptive (qu'elle soit moderne ou traditionnelle). Ce paradoxe pose clairement le problème d'acceptabilité culturelle et révèle une grande incohérence entre l'intention et le comportement.

Il importe de signaler que la fécondité des couples, même après quinze d'années de programme, demeure très élevée : 4,14 enfants / femme en 1998 contre 10,7 enfants / femme en 1970. A ce rythme de baisse, l'Algérie n'atteindra le niveau actuel de la Tunisie que vers 2020. Ces faibles performances illustrent les insuffisances du programme et donnent une idée des efforts qu'il faut accomplir seulement pour atteindre les objectifs assignés.

En fait, le peu de moyens humains matériels et financiers mis à la disposition de ce programme explique, pour une part, la faiblesse des résultats obtenus sur le terrain. Il importe de souligner la grande disparité qui existe depuis près de deux décennies entre l'importance et l'urgence affirmée à résoudre le problème de la croissance démographique, d'une part, et l'extrême modicité des moyens mobilisés à cet effet, d'autre part. La qualité d'un programme dépend du contexte socio-économique aussi bien que de l'importance de l'engagement politique. Le premier détermine, en grande partie la quantité et la qualité des ressources potentiellement disponibles pour la mise en œuvre ; le second détermine les ressources réellement consenties.

## **b – La fécondité différentielle**

Le facteur déterminant dans la disparité urbain-rural se retrouve dans le niveau d'instruction féminin plus élevé en moyenne dans la strate urbaine qu'en strate rurale, du fait d'une scolarisation plus importante.

L'effet différentiel qu'exerce l'instruction sur le niveau de la fécondité ressort parfaitement à partir des données recueillies par les deux enquêtes nationales (1986 et 1992)<sup>1</sup>. Ces deux enquêtes mettent en exergue le poids fort discriminant de

cette variable sur la fécondité des femmes. Il est à remarquer en effet que, d'une part, plus le niveau d'instruction est élevé, plus l'indice synthétique de fécondité est réduit et que, d'autre part, avec l'acquisition du seul niveau d'instruction primaire cet indice se réduit pratiquement de moitié.

Une des conséquences immédiates du progrès enregistré quant au statut de la femme est l'accès de plus en plus diffus de celle-ci à la connaissance et surtout à l'utilisation des procédés modernes de contraception.

La connaissance des méthodes contraceptives modernes s'est rapidement étendue au cours de ces trois dernières décennies pour se généraliser de nos jours. En revanche, la pratique effective et régulière de ces méthodes a progressé moins rapidement et reste plus limitée même si le taux de prévalence contraceptive a plus que triplé au cours de ces vingt dernières années approchant les 50 % pour les méthodes modernes, ce qui constitue un niveau jamais atteint dans aucun pays musulman, si on exclut la Tunisie et vraisemblablement l'Indonésie.

Il reste que le taux de prévalence contraceptive, en dépit de grandes disparités régionales, a connu une forte progression bien que l'offre, en particulier publique, de contraception ait toujours été largement déficitaire tant sur le plan de l'espace que sur le plan des quantités de contraceptifs et de la qualité des prestations de services.

Toutes les données convergent aujourd'hui pour confirmer un accès de plus en plus facile en méthodes contraceptives et une diffusion de plus en plus large de l'utilisation de ces méthodes dont l'efficacité n'est pas toujours démontrée. A leur tour, ces faits montrent que la majorité de la société algérienne prend progressivement les traits d'une société malthusienne où les modes de comportement en faveur d'une descendance réduite ne sont plus l'apanage d'une petite minorité mais bel et bien d'une fraction de plus en plus significative de la population. Si la "ré-islamisation" rampante de l'Etat et de la société à laquelle on assiste depuis une décennie environ peut faire régresser le statut de la femme, elle remettra difficilement en cause la baisse de la fécondité. Ayant acquis une logique propre, indépendante des facteurs qui l'accompagnent,

<sup>1</sup> Il s'agit de l'Enquête algérienne sur la fécondité (ENAF 1986) et de PAPCHILD (1992)



celle-ci semble être aujourd'hui à l'abri des revirements de tendance. Retour de l'Islam et baisse de la fécondité pourraient bien cheminer en parallèle (Y. Courbage, 1998).

### Conclusion

Les très nombreuses difficultés que connaît l'Algérie s'expliquent en grande partie par l'absence prolongée d'une réponse démographique à un problème somme toute, démographique. En particulier, la négation du problème démographique, au niveau du discours politique jusqu'à la fin de la décennie soixante-dix n'est pas sans rapport avec le niveau actuel la fécondité des couples.

La pression démographique qui existe en Algérie a constitué et constituera encore un frein important au progrès et à la dynamique de changement. En effet, les charges engendrées par les investissements devant accompagner la croissance élevée de population représentent autant de ressources en moins pour le financement d'activités contribuant de façon plus directe au développement et à la modernisation de la société.

Un pays qui a cumulé sur près de deux décennies une croissance démographique parmi les plus élevées au monde ne peut faire l'économie d'un interventionnisme vigoureux en matière de population.

En effet, quelles que soient les tendances d'évolution, l'élan démographique engrangé constitue pour au moins trois décennies la plus sérieuse hypothèque non plus au développement ni même à la croissance économique, mais à la survie nationale simplement.

Aujourd'hui, l'inertie opposée à la montée vertigineuse des demandes sociales en matière d'éducation, d'habitat, de santé, etc. pose déjà des problèmes très graves en compromettant sérieusement les équilibres sociétaux, ainsi que les relations intergénérationnelles relativement stables jusque là et en suggérant à une population marginalisée croissante de nouveaux paradigmes d'autant plus intégrateurs que jamais et nulle part encore mis à l'épreuve.

Le contexte socio-économique de l'Algérie se prêtait pourtant à une transition de fécondité plus précoce et sans doute plus rapide : forte croissance du niveau de vie avec un PNB par habitant culminant à 2 500 dollars en 1983, une proportion élevée de population urbaine et une très nette propension à vouloir maîtriser la fécondité. Le facteur politique a joué comme force d'inertie, ce qui n'a pas permis de déclencher la baisse de fécondité attendue. En particulier l'offre de contraception, quasiment nulle jusqu'au début de la décennie quatre-vingt n'a pu répondre à une attente sociale sans cesse plus importante, et dans le même temps, plus exigeante.

Sans nul doute, le devenir de la population et de la famille aurait été différent si l'Etat avait adopté et pratiqué une politique active en matière de maîtrise de la fécondité dès les premières années de son existence.

Entre la voie qui rejette la solution démographique et celle qui fonde toute la stratégie de développement sur la seule politique de limitation des naissances, il semble qu'il existe une voie médiane.

Même tardives et incomplètes les mesures prises depuis dans le cadre du programme de maîtrise de la croissance démographique ont conforté, surtout pour les strates rurales, les nouveaux comportements en matière de fécondité et la part de la population qui déclare contrôler sa descendance a augmenté de manière significative en peu de temps.

Si, à l'instar de toutes les sociétés développées, la modernisation passe en premier lieu par une maîtrise du régime démographique et tout particulièrement une maîtrise de la reproduction, on peut penser que les tendances récentes relevées peuvent constituer des poches de modernité qu'il importe de préserver et surtout, de développer. A cet égard, le mouvement associatif national appuyé par les agences des Nations Unies et diverses ONG internationales, peut jouer un rôle décisif.

Comme dans d'autres pays en développement, le retournement de la conjoncture économique des années quatre-vingt a contribué également à accélérer la transition. Le déclin de la fécondité a

coïncidé en effet avec la chute drastique du prix du pétrole dont les conséquences se sont fait sentir sur les budgets des ménages mais il ne faut pas s'attendre à un renversement de la tendance avec une hausse hypothétique du prix du pétrole car la transformation de la société algérienne semble irréversible.

L'État algérien, pour sa part, et quelle que soit son idéologie ou sa nature politique, sera contraint, ainsi que le note Y. Courbage (1995), de tenir compte de l'adhésion croissante de la population aux valeurs de la famille restreinte.

Tableau 1 : Evolution de l'effectif de la population algérienne au cours du dernier siècle.

Date	Effectif de la population
1901*	4 046 100
1931*	5 470 300
1954	8 470 000
1966	11 821 700
1977	16 948 000
1987	22 714 320
1998	29 272 400
2001*	30 800 000

\* estimation

Tableau 2 : Taux bruts de natalité, de mortalité et taux d'accroissement naturel depuis 1901.

Périodes	T B N ‰	T B M ‰	T A N %	Temps de doublement ( en années)
1901-1905	37,8	32,8	0,50	140
1906-1910	35,5	30,5	0,50	140
1911-1915	35,3	27,4	0,79	88,6
1916-1920	34,9	31,4	0,35	200
1921-1925	37,2	29,4	0,78	87,7
1926-1930	42,3	26,6	1,57	44,6
1931-1935	43,4	25,3	1,81	38,7
1936-1940	42,1	25,1	1,70	41,1
1941-1945	42,9	43,1	-0,02	70
1946-1950	42,2	32,2	1,00	26,1
1951-1955	47,4	20,6	2,68	21,3
1966-1969	47,8	14,9	3,29	22,3
1971-1975	47,3	15,9	3,14	28,0
1989	30,7	6,0	2,50	29,8
1994	30,0	6,5	2,35	48,0
1999	20,2	5,6	1,46	



Tableau 3 : Evolution des taux de fécondité générale par groupes d'âge, de l'indice synthétique de fécondité et du taux global de fécondité (1970-2000)

Année	Groupes d'âge							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	ISF
1970	114	338	388	355	281	152	42	7.8
1980	69	288	331	286	265	126	25	6.9
1985	43	240	298	308	236	101	22	6.24
1990	23	148	222	223	186	86	17	4.5
1991	26	149	210	214	175	82	17	4.36
1992	26	151	208	214	174	81	18	4.26
1993	24	141	194	200	162	76	17	4.06
1994	24	137	189	195	159	74	16	3.97
1995	21	122	167	172	140	65	15	3.51
1996	19	109	150	154	125	58	13	3.14
1998 <sup>(1)</sup>	16	97	137	141	112	49	11	2.82
1999 <sup>(1)</sup>	16	92	130	133	105	46	10	2.66
2000 <sup>(1)</sup>	15	88	125	127	99	45	9	2.54
% 70/80*	- 39.47	- 14.79	- 14.69	- 19.43	- 5.69	- 17.10	- 40.48	- 11.39
% 70/00*	- 86.84	- 73.96	- 67.78	- 64.23	- 64.77	- 70.39	- 78.57	- 67.44
% 80/00*	- 78.26	- 69.44	- 62.24	- 55.59	- 62.64	- 64.29	- 64.00	- 63.19
% 85/00*	- 65.12	- 63.33	- 58.05	- 58.77	- 58.05	- 55.09	- 59.09	- 59.29

(1) : Estimation direction de la Population- Ministère de la Santé et de la Population.

(2) (\* ) Pourcentage de réduction des taux de fécondité par âge, de l'ISF entre les dates mentionnées.

Tableau 4 : Taux global de fécondité selon le niveau d'éducation de la femme, en 1992.

Niveaux d'éducation	Taux global fécondité
Jamais scolarisée	5,6
Primaire incomplet	3,8
Primaire	3,3
Moyen	3,3
Secondaire et plus	2,5