



---

**Abdelfatah LEULMI**

---

**TRANSITION**  
**EPIDEMIOLOGIQUE,**  
**TRANSITION**  
**DEMOGRAPHIQUE**  
**ET MODES DE VIES EN**  
**ALGERIE**

L'Algérie connaît depuis quelques années une transition épidémiologique caractérisée par la régression de la part des maladies transmissibles et l'accroissement de celle des maladies non transmissibles comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer. Mais aussi avec un poids toujours élevé des maladies infectieuses. Cette augmentation est en grande partie liée à une évolution marquée des modes de vie, notamment, des changements dans les modes de consommation alimentaire et l'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées.

Ces dernières années les études et enquêtes nous informent régulièrement que la première cause de mortalité en Algérie serait les affections cardio-vasculaires et que le cancer a connu une progression notable suscitant la préoccupation du corps médical et des responsables de santé.

Pourtant le choléra, la typhoïde, la rage, la tuberculose, les maladies à transmission hydrique (MTH), les zoonoses et beaucoup d'autres maladies infectieuses et parasitaires sont toujours signalées à travers le territoire national par les services de santé.

Mais la transition épidémiologique en Algérie qui suit la transition démographique, à savoir une baisse spectaculaire de la mortalité et un indice de fécondité passant de 7.7 en 1970 à 2.3 enfants par femme actuellement, soulève beaucoup d'interrogations quant à ces liens avec les bouleversements démographiques, socioéconomiques, culturels, environnementaux, urbains et alimentaires. De ce point de vue, il est nécessaire de caractériser cette transition épidémiologique et préciser ces principales causes dans les différentes mutations socioéconomiques et environnementales ensuite dans les programmes de maîtrise de la croissance démographiques et les programmes de santé.

### **Introduction**

Les sociétés au cours de leur modernisation passent toutes par des phases d'évolution différentes chacune des autres par le types de maladies et d'épidémies touchant la populations .Abdel Omran en 1971 définissait trois "ages" que les sociétés vivent en majorité , sans omettre de rendre compte de l'immense progrès sanitaire réalisé depuis le 18ème siècle : « l'âge de la peste et de la famine », où la mortalité était forte et fluctuante, l'espérance de vie se situant, en moyenne, au-dessous de 30 ans, « l'âge du recul des pandémies », durant lequel l'espérance de vie augmente fortement, passant de moins de 30 ans à plus de 50 et « l'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société », où le recul de la mortalité se ralentit à mesure que l'effondrement des maladies infectieuses met au premier plan les maladies de dégénérescence tandis que montent les maladies de société. Mais les évolutions épidémiologiques de par le monde ne convergent pas toutes, même si les pays les plus avancés semblent être suivre le même cheminement en matière de mortalité et de fécondité à savoir un allongement continu de la vie et un recul maximal de la fécondité, car d'importantes exceptions ont vu le jour. Non seulement un certain nombre de pays (notamment les pays d'Europe de l'Est) n'ont pas su entrer dans la révolution cardio-vasculaire des années 60 mais d'autres pays (notamment en Afrique) qui n'ont même pas encore achevé la deuxième phase de la transition épidémiologique sont frappés de plein fouet par l'irruption d'épidémies nouvelles, qu'il s'agisse du sida ou de la résurgence de maladies plus anciennes (Prost 1998).

A cet égard, Selon les tendances de la mortalité et de la fécondité et selon leurs déterminants, Omran (1983) définit trois modèles :

- Le modèle classique des pays occidentaux: dans ces pays, la mortalité a commencé à baisser depuis le début du 19<sup>ème</sup> siècle, d'abord sous l'effet du développement socioéconomique et bien plus tard grâce aux progrès de la technologie médicale.

-Le modèle tardif des pays en développement: dans ces pays, la mortalité et la fécondité sont demeurées à des niveaux très élevés jusqu'à la fin de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale. C'est vers les années 1950 que la mortalité a baissé de manière spectaculaire alors que la fécondité est demeurée assez élevée. Enfin, c'est surtout le progrès médical, notamment l'accès aux antibiotiques, qui a été à l'origine de la baisse de la mortalité.

- La variante accélérée du modèle classique: c'est un modèle mitigé où, contrairement à ce qui a été observé dans le modèle classique, la mortalité a commencé à baisser tardivement et la transition s'est effectuée sur une période relativement courte. Enfin, c'est le développement médical qui a joué un rôle important tandis que la fécondité a chuté en raison de l'introduction de l'avortement. Le Japon et les pays de l'Europe de l'Est sont classés dans ce groupe de pays.

- La variante du modèle tardif: selon ce modèle, la baisse de la mortalité a commencé tardivement, après les années 1940, mais la fécondité a commencé à s'infléchir plus rapidement que dans les pays en développement ayant un modèle de transition tardif. C'est la baisse rapide de la mortalité infantile et la mise en place d'une politique de planification familiale qui caractérise ce modèle. La Chine, la Corée, le Sri Lanka et l'île Maurice en sont des exemples ( ben Romdhane,2002).

La transition épidémiologique ne peut être étudiée isolément. Les mutations socio-économiques que connaissent les sociétés et qui s'inscrivent dans une phase de transition tous azimuts, ne sont pas sans conséquences sur la santé. Elles s'insèrent essentiellement dans la triptyque transition épidémiologique, transition démographique et

transition économique. Aussi, elle s'intègre dans le contexte socio-économique et culturel. La transition épidémiologique en tant que concept a été développé par Omran (1983). Celui-ci a repris une théorie développée par les démographes selon laquelle le développement socio-économique entraîne une transition démographique doublée d'une transition épidémiologique. (Ben Romdhane, 2002)

La transition démographique n'est qu'un aspect d'un processus de transformation structurelle, elle n'est qu'une dimension parmi d'autres des évolutions, qui concernent l'humanité toute entière, sociale, économique et épidémiologique. La transition démographique qui désigne le passage, sous l'effet d'un processus de modernisation, d'un régime traditionnel d'équilibre à mortalité et fécondité élevées à un régime d'équilibre à mortalité et à fécondité basses est suivi intimement par la transition épidémiologique (Chesnais, 1986).

A cet effet, on peut voir dans la forte mortalité d'antan un jalonnement des épidémies meurtrières aux origines et causes différentes. Après les périodes sombres des pandémies de pestes et de typhus entraînant une forte mortalité, d'autres maladies transmissibles, certes moins ravageuses que les premières mais suffisamment graves notamment chez les enfants la rougeole est un exemple illustratif sur ces maladies "pedavorax", ont continué à alourdir la mortalité. Cette forte mortalité était compensée par une fécondité élevée.

La révolution agricole et le progrès alimentaire et l'amélioration des conditions socio-économiques, en général, ont eu un effet considérable sur le recul de certaines épidémies et même l'éradication de certaines suite au progrès de la médecine et les conséquences des politiques sanitaires et des progrès de l'hygiène publique, des facteurs qui ont joué dans la maîtrise des maladies infectieuses et la baisse de la mortalité (Bairoch 1992). La baisse de la mortalité était en quelques sortes une condition pour la baisse de la fécondité. La "spectacularité" de cette baisse engendrait par la suite un vieillissement de la population dans la majorité des pays développés.

Après avoir maîtrisé les maladies transmissibles, l'humanité doit faire face à d'autres types de pathologies prenant leurs origines dans les modifications des modèles de consommation, l'urbanisation, la pollution de l'environnement et les changements climatiques qui en résultent et bien d'autres facteurs dont le premier responsable est le comportement humain. Mais les passages d'une situation marquée par une forte mortalité et une fécondité élevée vers une situation de faible mortalité et de faible fécondité ne se sont opérés ni au même moment ni avec la même intensité selon que l'on soit dans un pays riche, intermédiaire ou pauvre.

La transition épidémiologique qui suit la transition démographique est en fait multifactorielle : sanitaire certes, mais aussi économique, sociale et culturelle. En Algérie , on assiste à un passage qui se fait depuis environ 20 ans caractérisé par la réduction de la mortalité générale et de la mortalité infantile en particulier, le recul de la morbidité liée aux maladies infectieuses, la baisse relative du niveau de la fécondité, l'élévation de l'espérance de vie, l'émergence de maladies chroniques non transmissibles liées à l'environnement et au vieillissement et la montée de besoins nouveaux en matière de santé, ce qui constituent les principaux aspects de la transition épidémiologique . Pourtant le choléra, la typhoïde, la rage, la tuberculose, les maladies à transmission hydrique MTH, les zoonoses et beaucoup d'autres maladies infectieuses et parasitaires sont toujours signalées à travers le territoire national par les services de santé. Est-ce là une situation particulière qui singularise le cas de l'Algérie et quelles sont les causes. Comment s'opère la transition épidémiologique en Algérie, quels sont ses déterminants et ses conséquences ? C'est ce que nous essaierons de développer dans cet article.

## **I -Caractéristiques de la transition épidémiologique en Algérie**

L'Algérie est le 2ème pays africain en matière de superficie après le Soudan et compte environ 34 millions .Sur le plan développement humain l'Algérie est ainsi classée à la 103eme position de l'indice mondial du développement humain, un classement de 177 pays, établi par le PNUD qui combine l'espérance de vie, le niveau d'éducation et le revenu par habitant. Notre pays devance le Maroc, classé à la

124<sup>ème</sup> position, mais est loin derrière la Tunisie (89e position). L'Algérie est parmi les pays les plus riches du continent africain. Elle est la deuxième puissance économique en Afrique avec un PIB annuel de 120 milliards USD en 2006, après l'Afrique du Sud avec 255.0 milliards USD. L'Algérie est un important producteur et exportateur de [gaz naturel](#) et de pétrole. En 1999, le PIB par habitant, en référence à la parité du pouvoir d'achat est estimé à 5063 USD alors qu'il est de 31872 pour les Etats-Unis d'Amérique 22897 pour la France, 5957 pour la Tunisie, 3420 pour l'Egypte, ce qui fait appartenir l'Algérie au groupe de pays intermédiaires (PI), entre le groupe des pays moins avancés (PMA) et le groupe des pays les plus avancés (PD).

## **1- Tendances démographiques**

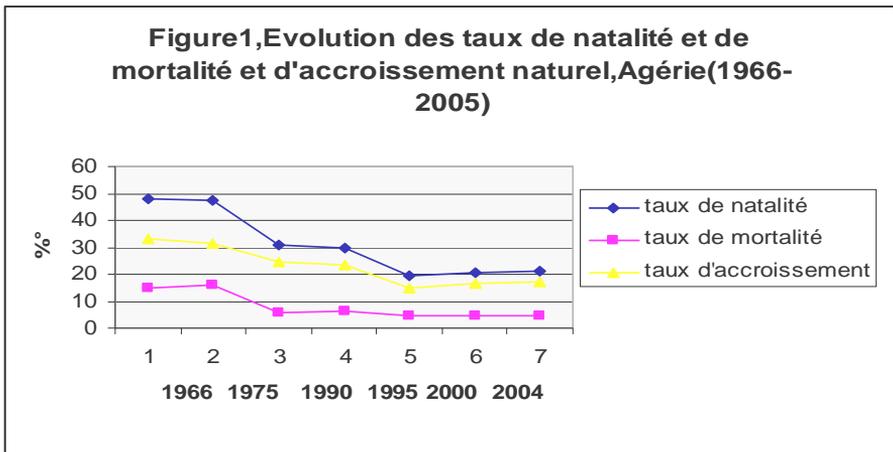
Sur le plan démographique, l'Algérie présente un itinéraire spécial de par ses positions anti-interventionnistes au début, la meilleure pilule c'est le développement, puis le revirement des années 1980, avec l'adoption du premier programme de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD 1983). Coté santé, en dehors la politique de la santé gratuite instaurée 1974, il est difficile de parler de l'existence de politique générale de santé en Algérie. Certes plusieurs programmes de lutte contre les maladies transmissibles et infectieuses ont été lancés par le gouvernement lui-même ou en collaboration avec les ONG tel que le FNUAP et OMS, mais le secteur de la santé nécessite toujours d'importantes décisions, qui concernent tous les acteurs sociaux du moment qu'ils sont tous concernés par la santé, et comme la transition épidémiologique venue apparemment par surprise. Afin de mieux cerner la situation épidémiologique en Algérie on se propose d'abord d'analyser l'évolution de certains indicateurs démographiques.

### **A. transition de mortalité**

Excepté les perturbations dues à la guerre de libération nationale, le niveau de la mortalité n'a cessé de baisser en Algérie depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Le taux brut de mortalité est passé de 32.2 pour 1000 pour la période 1946-50 à 5.80 pour 1000 en 1998. Preuve de cette évolution, l'espérance de vie à la naissance a augmenté au cours des dernières décennies de plus de 20 ans, passant

ainsi de 46.5 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, où la mortalité entamait sa transition, est probablement en rapport avec l'institution de la médecine gratuite en 1974. (Iles2003)

Jusqu'aux années 1960, la mortalité en Algérie est essentiellement féminine pour la tranche d'âge 1-40ans, au delà on retrouve la traditionnelle mortalité masculine.



Source: ONS , Collections statistiques ,statistiques sociales (1966-2000)

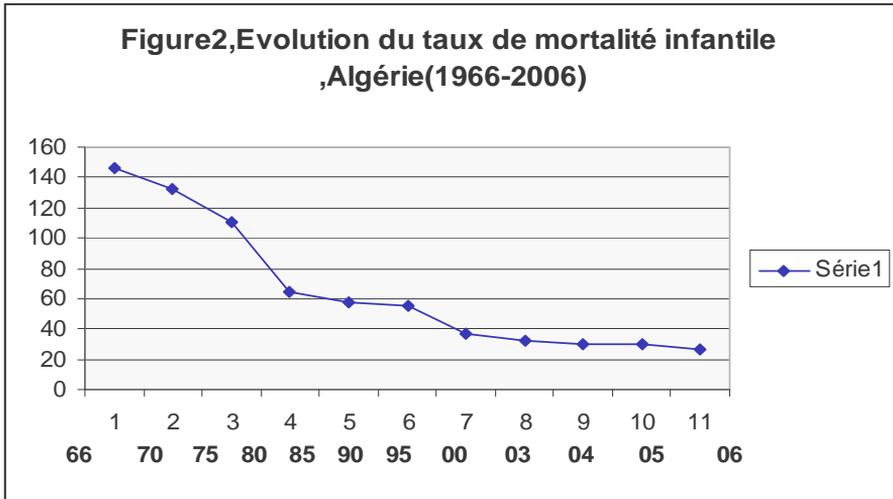
## B. Mortalité des enfants

La mortalité générale s'est beaucoup modifiée ces dernières années suite à l'influence et la baisse considérable de la mortalité infanto-juvenile, cette dernière était de l'ordre d'un décès pour deux dans les années 70, cette proportion s'estimait de un pour cinq en 2005.

La prédominance de la mortalité post-néonatale jusqu' à la fin des années 1970 s'expliquait par une forte prévalence des maladies infectieuses en particulier les maladies à transmission hydrique (MTH). L'enquête nationale de santé menée 1990 a confirmé le recul des maladies transmissibles au profit des maladies non transmissibles qui sont maintenant prépondérantes dans la panoplie épidémiologique, cohabitants avec les maladies transmissibles appelées communément des maladies du sous-développement. Cette

mutation dans l'aspect général de la morbidité est un indice de la transition épidémiologique qui se fait aboutir progressivement, nous analyserons plus bas l'ampleur du phénomène.

Le déclin également important de la mortalité néo-natale est, lui, un indice de la progression du taux couverture sanitaire.



Source: ONS ? Collections statistiques, statistiques sociales (1966-2000)

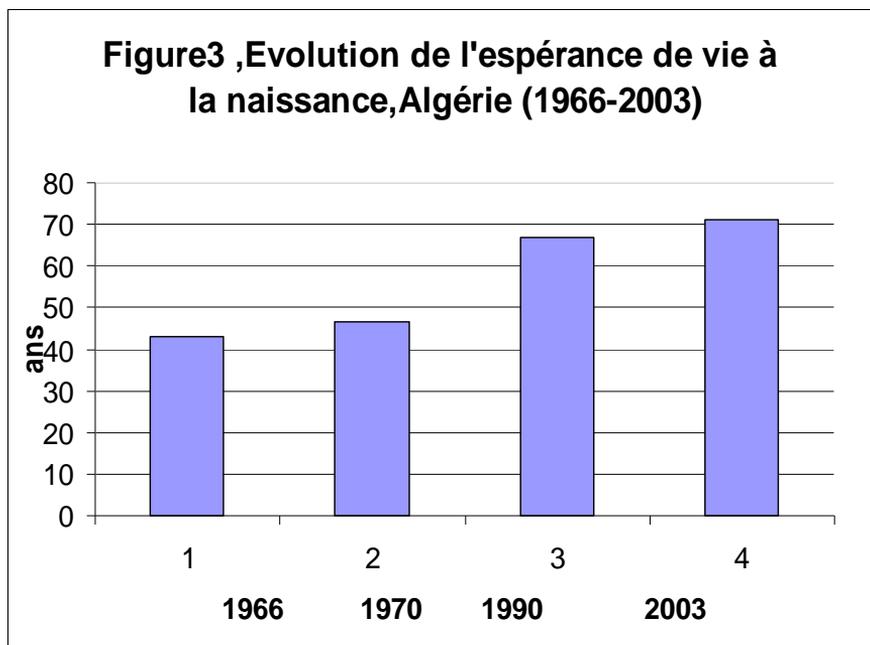
En fait, l'évolution de la mortalité infantile comme l'a montré l'enquête PAPCHILD organisée en 1992, reflète aussi bien les progrès enregistrés dans le domaine de la vaccination, des conditions de logements et de l'alimentation des enfants, que les limites du programme de périnatalité ayant pour objectif le suivi des grossesses et l'amélioration des conditions de l'accouchement. L'Algérie enregistre actuellement un taux de mortalité infantile plus bas que la plupart des pays nord-africains.

### C. Espérance de vie à la naissance

Le recul de la mortalité a pour effet l'évolution de l'espérance de vie à la naissance

Au cours du dernier demi siècle, la baisse de la mortalité infantile a eu pour conséquence un formidable accroissement de l'espérance de

vie à la naissance, celle-ci est passée de 46.5 ans en 1948 -1951 à 70 ans en 2000. Partant d'un niveau légèrement plus faible que celui des hommes, les femmes connaissent maintenant une longévité plus importante que les hommes. L'Algérie se situe ainsi au niveau de l'Europe de l'Est durant les années 1960 mais elle dépasse beaucoup des pays en développement.

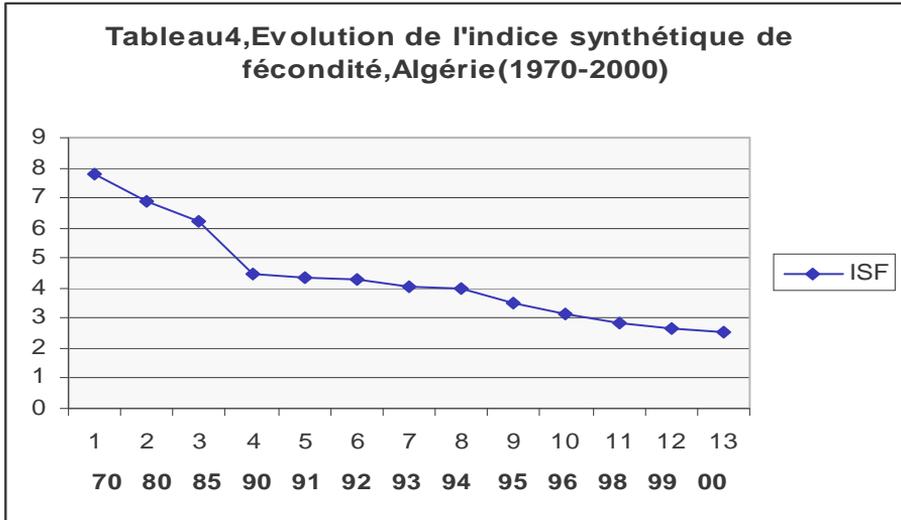


FAO „FAOSTAT, Statistique de sécurité alimentaire- Algérie 2003.

## 2. Transition de la fécondité

La spécificité de la baisse de la fécondité algérienne vient du fait qu'au moment où les pays voisins comme la Tunisie et le Maroc assistaient à une baisse soutenue de leur fécondité en 1970, l'Algérie affichait un indice synthétique de fécondité (ISF) de 7 enfants par femmes, 30 années après l'Algérie rattrapait ces deux pays et dépasse même le Maroc en baisse. Il faut dire que le déclin de la fécondité en Algérie s'est fait sur un temps très court est un des aspects remarquables de la transition de la fécondité. Entre 1966 et 1999, la natalité a affiché une baisse contenue ; le taux de natalité est passé de

47.8 p.1000 en 1966 à 20.2 en 1999, soit une réduction de 58%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 8.2 enfants par femme en 1970 à 2.3 en 2000 (Ouaddah bedidi 2000).



Source: ONS, Collections Statistiques, Statistique Sociales.

Avec cette baisse spectaculaire de l'ISF, l'Algérie comme la Tunisie s'approche de la Chine, qui en 30 ans (1960–1990) a vu son ISF passer de 6 à 2 enfants par femme. La France a mis près de 200 ans (1750 à 1930) pour passer d'un peu plus de 6 enfants par femme à un peu plus de 2 enfants par femme. En 1960, l'Algérie avait, avec la Tunisie et la Libye, un des niveaux les plus élevés. Ainsi, de par le début tardif de la baisse de la mortalité survenue après les années cinquante, de la rapidité de cette baisse et surtout de la spectaculaire baisse de la fécondité, on peut classer l'Algérie parmi les pays ayant suivi la variante du modèle retardé de transition épidémiologique à l'instar de la Corée du sud, de Hong Kong, du Sri Lanka et de la Chine (Omran, 1983 cité par benromdane).

**Tableau 1. Taux de mortalité infantile, espérance de vie à la naissance et indice synthétique de fécondité dans des pays arabes et africains (1998)**

Pays	Taux de mortalité infantile	Espérance de vie à la naissance EO	Indice synthétique de la fécondité ISF
Algérie	44	69	03,8
Tunisie	30	69	02,6
Chypre	9	78	02
Egypte	51	66	03,2
Emirats arabes unis	16	75	03,4
Jordanie	26	70	04,9
Koweït	12	76	02,9
Maroc	51	67	03,1
Syrie	33	69	04
Afrique du nord	59	55	03,3
Cameroun	74	54	05,3
Sénégal	63	52	05,6
Mauritanie	92	53	05,5
Libye	28	70	03,8

Source : OMS 1999

## II - Transition épidémiologique

L'Algérie présente à la fois des caractères spécifiques et des caractères communs avec les pays et les régions qui l'entourent. Son climat méditerranéen au nord et aride ou semi aride dans le sud, est intermédiaire entre celui des pays tropicaux, humide, et celui de l'Europe, généralement humide et froid. Sa pathologie sera aussi intermédiaire. Les grandes maladies tropicales comme l'onchocercose, la trypanosomiase, la lèpre, n'y existent ou sont exceptionnelles. D'autres avaient une incidence très faible comme la bilharziose, l'ankylostome, le paludisme perniciosus à falciparum (Aroua 1985). Il n'en existait pas moins, à l'état endémique, de nombreuses affections parasitaires ou bactériennes (typhoïde, hépatite infectieuses, vers ...etc). mais aussi la variole, diphtérie, typhus, fièvre récurrente et peste.

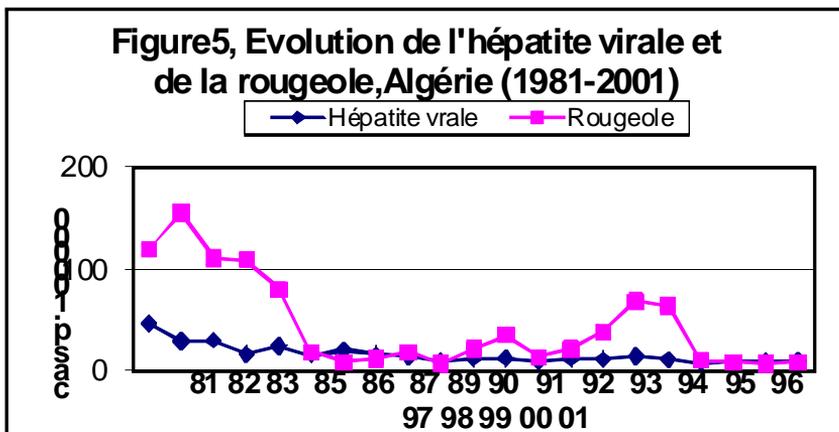
La plupart de ces pathologies qui faisaient la panoplie de l'épidémiologie en Algérie d'antan, sont disparues ou beaucoup régressées aujourd'hui. L'amélioration des conditions de vie et de

l'assainissement ainsi que les progrès enregistrés au niveau de la couverture vaccinale ont eu pour résultats une réduction notable des maladies transmissibles. Nous traiterons dans ces paragraphes l'évolution de certaines de ces maladies, témoins de la transition épidémiologique en Algérie.

Le panorama actuel de l'épidémiologie en Algérie est dominé par de grands groupes de maladies, les maladies transmissibles et maladies non transmissibles.

### 1. les maladies transmissibles

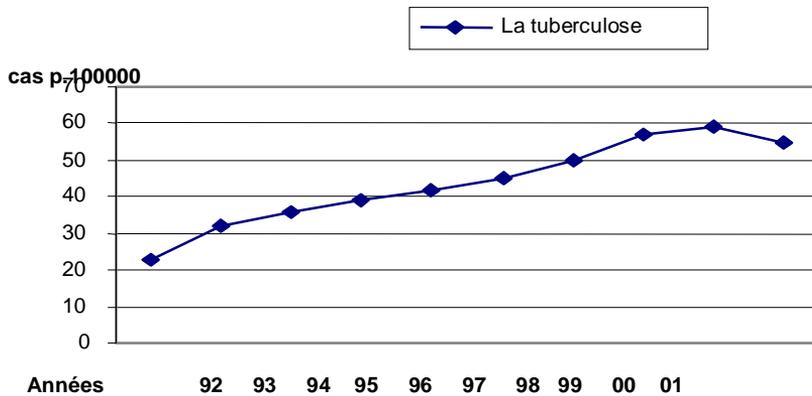
La variole a disparu depuis plus de 40ans. La peste et la lèpre après des réapparitions exceptionnelles dès les années 1980 ont cessé d'exister. Les maladies sensibles à la vaccination comme le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche ne sont plus que des cas isolés à des niveaux très bas de quelques cas par an .Mais la rougeole était responsable d'une morbidité importante et d'une mortalité infantile dans les années 1980 et jusqu'au 1990 ce qui a justifié l'introduction de la vaccination antirougeole et par la même le programme national de lutte contre la rougeole, on a recensé 150cas pour 100000 habitants en 1982 contre 15 en 1986 puis 70 en 1996 et 1997.



Source:INSP Relevé épidémiologique 2000

La tuberculose était une maladie prévalente au lendemain de l'indépendance, elle est actuellement maîtrisée grâce au programme de lutte antituberculeuse mais non vaincue et connaît une légère recrudescence depuis le début des années 1990 où elle passe de 30 cas pour 100000 habitants en 1993 à 60 en 2000. Néanmoins elle reste un problème de santé publique avec un taux d'incidence pour la tuberculose pulmonaire à microscopie positive oscillant autour de 25 cas pour 100000 habitants.

**Figure 6. Evolution de La tuberculose ,Algérie (1992-2001)**



Source: INSP Relevé épidémiologique 1990- 2000

Grâce au BCG et aux anti-biotiques modernes, les formes compliquées ou graves comme la miliaire ou la méningite tuberculeuse ne se voient pratiquement plus.

Les maladies à transmission hydrique ou alimentaire (typhoïde, gastro-entérites, hépatite infectieuse, éventuellement choléra), restent témoins des disparités inter-régionales qui ont tendances à augmenter le rapport entre l'incidence maximale et l'incidence minimale à savoir 05 et 30 cas pour 100000 habitants pour la fièvre typhoïde. ).

L'éradication du paludisme a touché a sa fin, mais la vigilance doit rester de rigueur, car un micro foyer négligé pourrait rallumer l'endémie comme se fut le cas pour la Turquie (1977-78) et pour d'autres pays d'Asie.

Les affections périnatales et les affection respiratoires font parti toujours des premières causes de décès avec des proportions respectives 13.5% et 4.5% (tahina 2005).

## **2. Les maladies non transmissibles**

Beaucoup de maladies non microbiennes appartiennent à l'histoire de l'homme et sont liées aux conditions générales du milieu physique, génétique, social, alimentaire, culturel etc... Si elles dominent aujourd'hui la pathologie moderne, c'est pour plusieurs raisons:

Le recul des maladies infectieuses obtenu grâce à l'amélioration globale des conditions d'hygiène et de vie et qui laisse une plus grande place aux maladies chroniques ou microbiennes. La progression de l'espérance de vie chez les personnes âgées laisse apparaître un grand nombre de maladies qui se développent habituellement à un âge avancé (cancers, athérosclérose...).

Enfin, les conditions nouvelles de vie et de milieu, ont aggravé certaines maladies anciennes et ont fait apparaître de nouvelles. (Maladies liées à la pollution et aux nuisances psychosociales). C'est pourquoi dans notre pays, à coté des maladies transmissibles disparues en majorité et ne représentent que 22.7% de l'ensemble des causes de décès (tahina 2005) , nous assistons à une montée de plus en plus rapide des cancers, d'affections cardio-vasculaires, d'hypertension, de bronchites chroniques ou d'asthme, d'accidents de la route ,d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'accidents domestiques ,de psychoses et de névroses, de drogues et d'alcoolisme .(Aroua 1985)

Les maladies cardiovasculaires, les traumatismes (non intentionnels) et les cancers constituent actuellement des principales causes de décès .Selon l'étude sur la mortalité et la morbidité hospitalière menée dans le cadre du projet tahina 2002, il apparaît des résultats préliminaires de l'enquête ceci :

**Tableau 02 : Répartition proportionnelle des causes de décès selon l'enquête tahina 2002**

<b>Causes de décès</b>	<b>Proportion %</b>
Maladies de l'appareil circulatoire	26.1
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	13.5
Tumeurs	09.5
Maladies respiratoires	08.6
Causes externes	06.8
Maladies endocriniennes	05.8
Maladies infectieuses	03.8
Maladies de l'appareil digestif	03
Maladies génito-urinaires	02.6
Malformation congénitale	02.6

Source: rapport préliminaire de l'enquête tahina 2005

En terme de morbidité, les maladies cardiovasculaires ont connu une progression notable de même pour la tumeur maligne. Ils reste que le poids des maladies transmissibles telles que les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (13.5%) et les maladies de la voie respiratoire (8.6%) est toujours sensible ce qui veut dire tout bonnement que la transition épidémiologique en Algérie n'est pas encore achevée.

Selon les résultats préliminaires de l'enquête tahina toujours, il apparaît que la proportion des décès par maladies cardiovasculaires représente 26.1%. Suivies par les affections périnatales avec 13.5%, les tumeurs malignes, les traumatismes non intentionnels et les affections respiratoires représentent 9.4%, 6.9% et 4.5% respectivement. Le diabète sucré est retrouvé dans 4.4% des cas de décès.

La progression des maladies non transmissibles au détriments des maladies transmissibles (58.6% de l'ensemble des causes de décès d'après tahina2005) est en rapport avec plusieurs facteurs tel que le changement de mode de vie en ce qui concerne la consommation alimentaire, cette dernière tient une place importante dans la montée de ces maladies.

### **III - Changement de modes de vies et transition épidémiologique**

La transition démographique et La transition épidémiologique s'accompagnent généralement d'une modification des modes de vies de la population. Le passage d'une alimentation traditionnelle à base de céréales et de légumineuses à une alimentation qui comprend davantage de produits d'origine animales, et qui tend à devenir excessive par rapport aux besoins énergétiques d'une vie sédentaire. Elle peut aussi déclenché une transition nutritionnelle où, progressivement, on passe d'une diminution de la malnutrition des jeunes enfants, à une plus grande fréquence de surpoids puis l'obésité chez les adultes, surtout en milieu urbanisé ,qui font alors le lit du diabète, des maladies cardio-cérébro-vasculaires ou de certains cancers, concourant au phénomène de transition épidémiologique . Dans les paragraphes qui suivent nous traiterons successivement l'évolution des dépenses et de la consommation alimentaires.

#### **1.Évolution de la consommation globale**

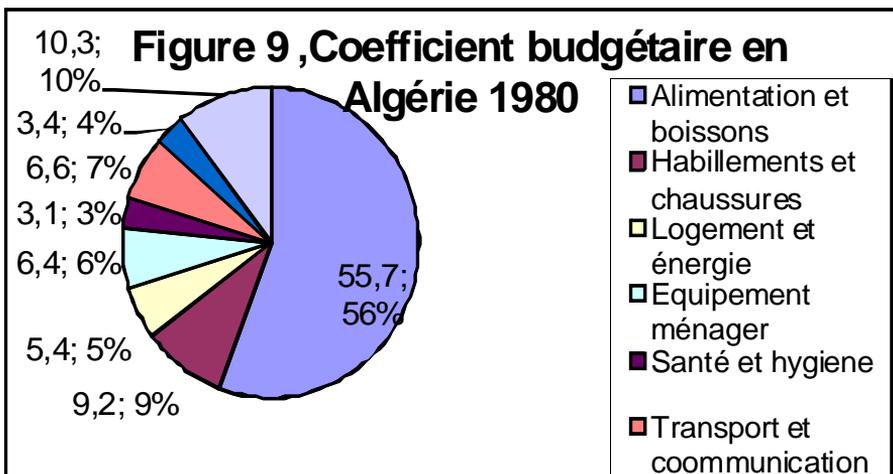
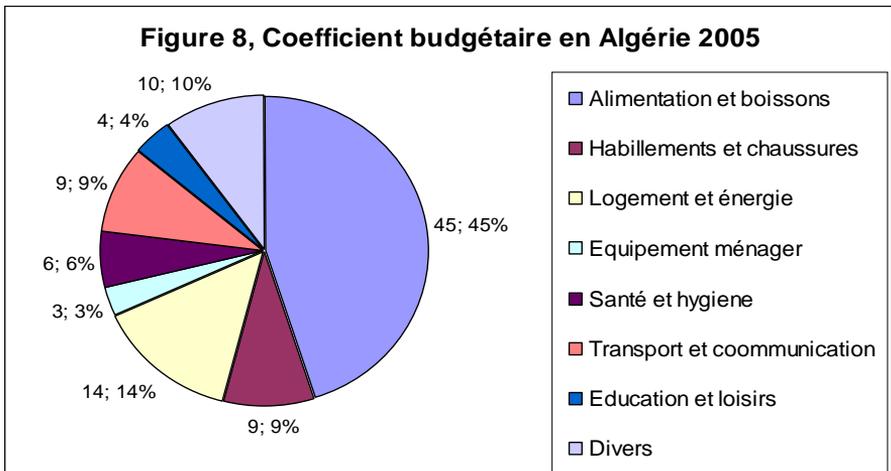
Au cours de l'année 2000, les ménages Algériens ont dépensé 1.531 milliards de DA, soit 331.117 DA par ménage et 49.928 DA par tête. A titre de rappel, les résultats de l'enquête sur les niveaux de vie des ménages, réalisée en 1995 par l'ONS , faisaient état d'une dépense annuelle moyenne par tête de 35. 260 DA.

Comparé à ces données, le niveau de consommation des ménages au cours de l'année 2000 se serait amélioré en terme réel de 4.3% . En 1988, les dépenses des ménages s'élevaient à 270 milliards de DA, soit une dépense par tête de 8.870 DA. En 12 ans, les dépenses moyenne par tête à prix courant ont été multipliées par 5.6 (ONS) . Mais, en termes réels, soit un niveau de consommation évalué à 8.589DA par tête et par an à prix constants (calculs CNES), les résultats de l'enquête consommation de l'année 2000, traduisent un recul de la consommation de l'ordre de 4% par rapport à l'année 1988, soit une baisse moyenne annuelle de 0,27%.

#### **2. Evolution des dépenses alimentaires**

La structure de consommation entre 1988 et 2000 a changé. Cette évolution exprime un changement dans l'ordre de priorité des besoins des ménages. Les facteurs à l'origine de ces changements sont divers:

- l'accroissement du revenu disponible des ménages,
- les changements survenus dans l'offre de biens,
- le mode de vie et les variables sociologiques



Si l'on se réfère à la loi de F. Engel, et donc que l'on considère la réduction du poids relatif du budget affecté à l'alimentation comme l'expression d'une amélioration du revenu, il faut retenir que les ménages algériens consacraient 52,5% de leur budget à l'alimentation en 1988 et 44,6% en l'an 2000.

Cette nouvelle structure montre, par ailleurs, que la part relative des dépenses pour le logement occupe une place plus grande dans les dépenses des ménages.

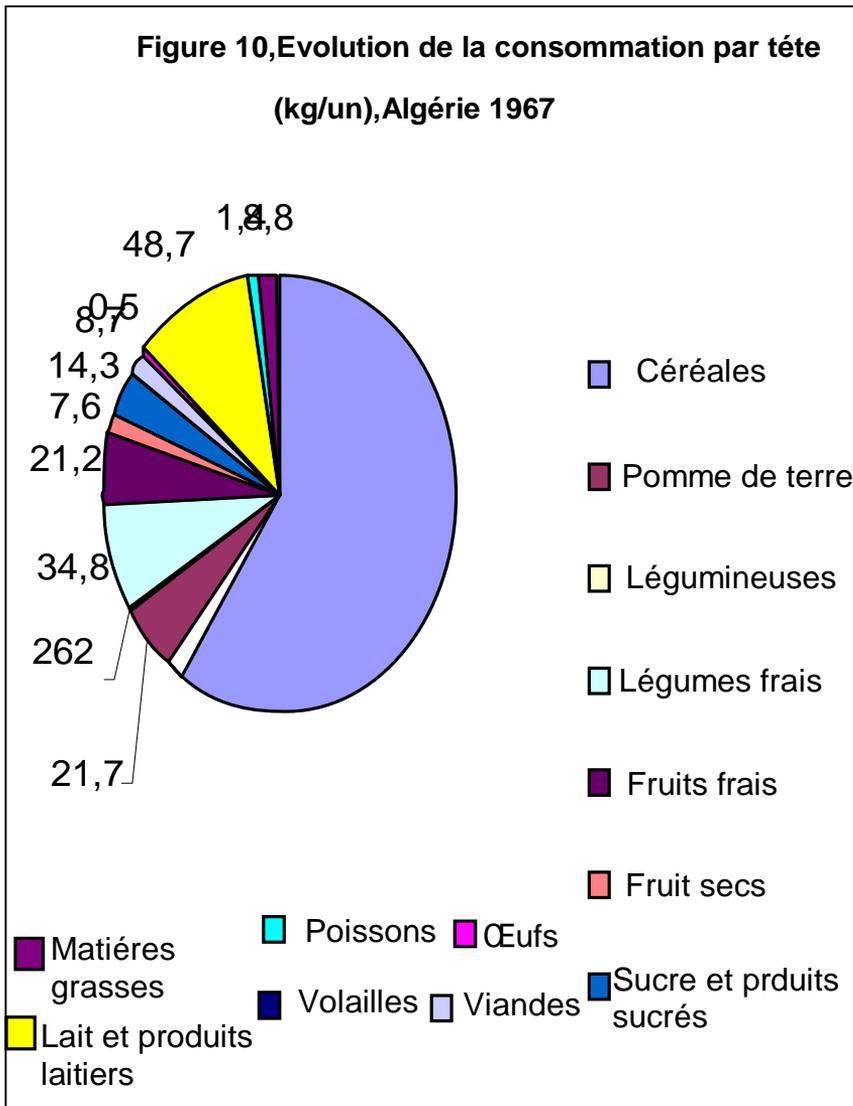
Entre 1988 et 2000, la part des dépenses pour le groupe éducation, culture et loisirs a diminué passant de 4,4% à 3,9%, face à des besoins sensés augmenter au regard de la pyramide des âges de la population. A titre de comparaison, les ménages tunisiens consacraient 8,7% de leurs dépenses à la fonction enseignement culture et loisir au cours de l'année 2000 selon l'Institut National de la Statistique de Tunisie).

La tendance à la baisse du coefficient budgétaire alimentaire au profit du coefficient budgétaire des dépenses non alimentaires est considéré comme un indicateur de l'amélioration du niveau de vie .Cette amélioration est confirmée par la baisse de la part relative des dépenses des céréales dans l'alimentation , produits considérés comme bien inférieur, au profit des produits tels que les produits d'origine animale. A titre indicatif , le coefficient budgétaire de l'alimentation varie de 10 à 20% dans les pays industrialisés et se situe à plus de 50% dans les pays en développement.

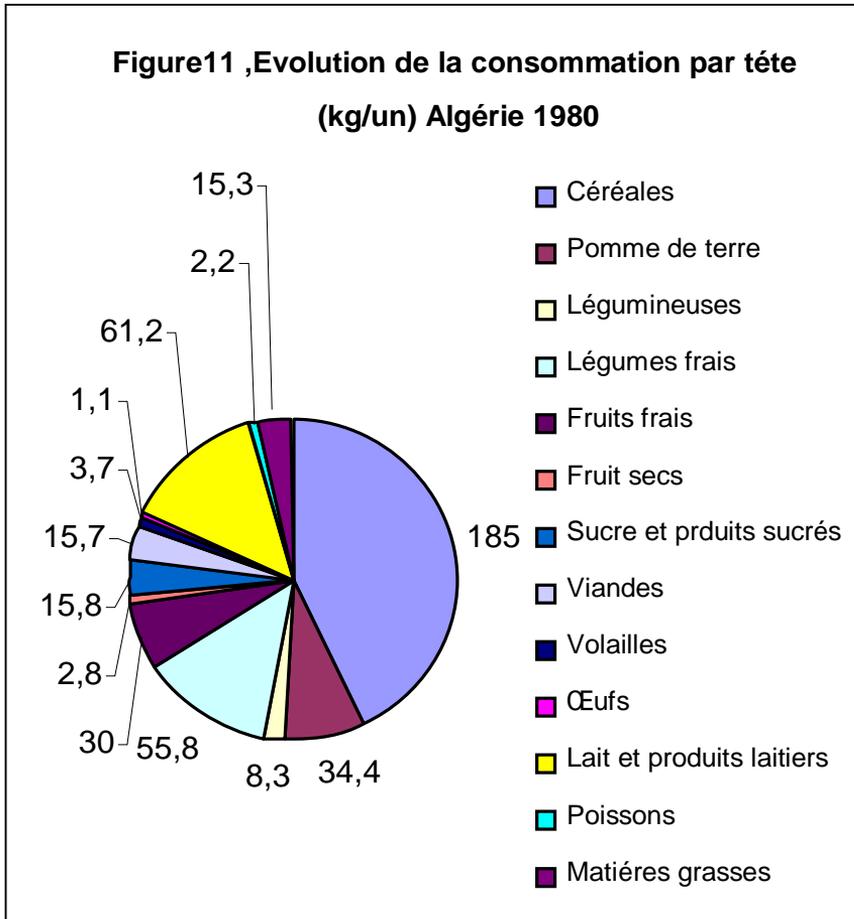
### **3. Evolution de la consommation alimentaire**

La baisse relative du coefficient alimentaire concerne tous milieux,régions et catégories socioprofessionnelles .Elle résulte des tendances d'évolution de comportements alimentaires des algériens bien qu'ils restent contraints par le poids des dépenses alimentaires et celles du logement.Les parts budgétaires réservées à chaque groupe d'aliments ont subi des évolutions conséquentes.

Alors que les coefficients budgétaires des céréales ont connu une diminution en 23 ans et ceux des sucres et produits sucrés , des poissons et des fruits secs sont en stabilité, contrairement à ceux des viandes, des lait et produits laitiers, légumes et les fruits qui ont connu une hausse, En effet, les céréales qui occupaient de loin Une place primordiale dans le budget alimentaire des algériens dans les années 1960 et 1970 avec une moyenne de consommation annuelle par habitant de 262 kg/hab/an a considérablement chuté pour atteindre 185 kg/hab/an.



Source : banque mondiale 1993



Source : banque mondiale 1993

L'analyse de l'évolution des structures et des quantités consommées d'aliments permet de mettre en évidence les changements éventuels au niveau des habitudes alimentaires d'une part, les fluctuations par rapport au régime de la population d'autre part.

En matière de structure des dépenses de consommation, il y a lieu de relever que, succédant à une phase durant laquelle il a baissé de prés

de 6 points, le coefficient budgétaire alimentaire a augmenté de manière significative en 1995 pour s'établir au seuil enregistré en 1966, soit 58.5 % (voir Tableau3). Cette tendance révèle que nous nous situons bel et bien dans une phase de régression sociale et économique, marquée par un coût élevé de l'alimentation et une progression faible des revenus.

<b>Années</b>	<b>Coefficients du budget alimentaire (%)</b>	<b>Sources</b>
1966	58.2	Enquête de consommation AARDES
1980	55.7	Enquête de consommation DCSN-DP
1988	52.5	Enquête de consommation ONS
1995	58,5	Enquête « Niveau de vie » (ONS-Banque mondiale)
	44.6	Enquête de consommation ONS (Non diffusée)

Source : CNES ,2001

Le régime alimentaire est aussi un des facteurs incriminés car, selon l'enquête de consommation ONS, « les Algériens mangent mal ». Ils consomment 0,6 fruit alors que la norme est de 2 fruits minimum, 0,2 légume au lieu de 3 et les produits laitiers 1,3 alors que la norme étant de 2. En revanche, la consommation de légumes secs est de 3,8 alors que la norme est de 3 et les produits gras qui sont de 2,7 alors que la norme est de 1. A ce mauvais équilibre alimentaire s'ajoute la sédentarité. Mais le régime alimentaire des algériens reste essentiellement basé sur les céréales dont la consommation a été forte entre 1968 et 1980 où elle atteint 262 kg/personne/an puis a baissé par la suite à 185.

De façon générale, on constate une tendance vers une plus grande diversification du régime alimentaire algérien avec une consommation plus forte en légumes d'environ 55.8 kg/personne/an en 1967 contre 34.8 kg/personne/an en 1980, en pomme de terre (21.7 contre 34.4kg/personne/an), en produits laitiers (48.57 contre 61.2 kg/personne/an ) , en matière grasse (8.8 contre 15.3

kg/personne/an) et en viandes dont la consommation est passée de 8.7 en 1967 à 15.7 kg/personne/an en 1980.

Connaissant une légère baisse entre 1980 et 1967, les quantités de fruits secs consommées sont passées de 7.6 à 2.8 kg/personne/an.

Le régime alimentaire des algériens est caractérisé par une consommation moindre des poissons et enregistre davantage de baisse entre 1967 et 1980 passant de 2.2 kg/personne/an à 1.4 kg/personne/an.

#### **IV. Synthèse sur les transitions épidémiologique, démographique et alimentaire**

Partout dans le monde, la transition épidémiologique a été impulsée par deux phénomènes majeurs, le développement socioéconomique d'une part et le progrès de la médecine d'autre part. Dans les pays industrialisés le développement socioéconomique a joué un rôle important dans la réduction de la mortalité, en témoigne le déclin, dans ces pays, de certaines maladies infectieuses comme la rougeole et la diphtérie avant même la découverte des antibiotiques et des vaccins.

Dans les pays moins riches, le développement socioéconomique a certainement impulsé la transition mais ce sont surtout les programmes de santé mis en place par les Etats et encouragés par les ONG comme l'OMS et le FNUAP qui ont permis de renforcer cette transition. ( Ben romdhane 2002 ). Nous essaierons dans les paragraphes qui suivent de présenter les différents aspects du développement socioéconomique de l'Algérie depuis son indépendance et nous détaillerons les politiques de santé et de population qui ont été un facteur essentiel de la transition démographique et épidémiologique.

Les bouleversements qu'a connus l'Algérie pendant les deux dernières décennies ont conduit à des modifications profondes au niveau de son alimentation et sa santé. Le cadre macro-économique a fortement pesé sur l'état dans lequel se trouve le marché du travail aujourd'hui. Le plan d'ajustement structurel initié en 1994-95 continue de produire ses effets sur la compression des dépenses sociales et la persistance de la pauvreté alors que l'amélioration des ressources financières à la faveur du bond des prix des hydrocarbures depuis 2000 a permis à l'Algérie de renouer avec la croissance économique.

## 1. La politique démographique

Durant les années qui succèdent à l'indépendance et jusqu'à 1980, la priorité est accordée à la reconstruction du pays ravagé par sept années de guerre meurtrière, et aussi à l'édification économique par la mise en place d'un tissu industriel et à la satisfaction des besoins socioculturels de la population (scolarisation, emploi et santé). La question démographique a été rapidement mise au second plan à partir du plan quadriennal 1970-74, faisant valoir "l'approche développementiste" partant de la thèse que les comportements en matière de procréation sont des comportements culturels et que leur modification passe obligatoirement par l'amélioration des conditions de vie économiques et sociales, le discours politique considère la solution démographique comme une fausse solution. Cette thèse sera défendue par l'Algérie à la conférence sur la population à Bucarest en 1974 affichant le slogan la meilleure pilule, c'est le développement.

La décennie 1980 a été marquée incontestablement par l'émergence de la question démographique dans ces liens avec le développement. Le constat des évaluations opérées au début des années 1980, faisaient ressortir une persistance à des niveaux élevés de tous les paramètres indicateurs de la croissance démographique. La contrainte que constitue la variable démographique apparaît pour la première fois énoncée dans le plan quinquennal 1980-84 qui, et dans le prolongement de ses orientations, est adopté, en février 1983, le programme national de maîtrise de la croissance démographique.

Dans le contexte des années 1990 et 2000, la variable démographique constitue toujours une contrainte, tant les effets de son rythme que de sa structure continueront à s'exercer sur les secteurs économiques et sociaux. La volonté et la nécessité de maîtriser la croissance démographique sont toujours affirmées par le gouvernement.

Malgré le caractère tardif de la politique algérienne de planification familiale, le PNMCD se déclare dans ses principes fondamentalement incitatif. Il prône en effet le libre choix et l'adhésion volontaire des couples à la planification familiale dans le respect des valeurs sociales et l'éthique religieuse.

Après plus de deux décennies de mise en œuvre, les résultats de cette politique sont patents au niveau des changements des attitudes et comportements vis-à-vis de la planification familiale, révélés par la

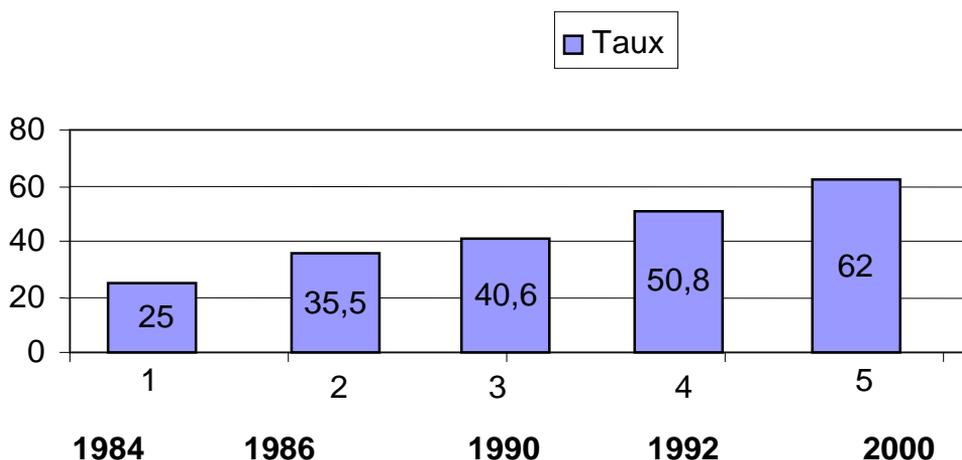
régression des indicateurs de la natalité et de l'accroissement démographique et par l'augmentation de la pratique contraceptive.

Le taux de prévalence contraceptive chez les femmes algériennes est passé de 8% en 1968 à 25 % en 1984 et à 62% en 2000. Les différences régionales s'amointrissent et les femmes rurales ainsi que les femmes analphabètes l'utilisent davantage, la prévalence contraceptive au rural, était 44.1% contre 57.5% lors de l'enquête PAP-CHILD (EASME 1992).

**Tableau N°: 4. Taux de prévalence contraceptive par méthodes (FMAR%)1992**

Méthodes contraceptives	Urbain	Rural	Total
Pilule	43,0	34,4	38,7
DIU	03,5	01,2	02,4
Autres méthodes sûres	01,5	00,9	01,2
Méthodes secondaires	01,0	00,3	00,7
Méthodes naturelles	08,4	07,2	07,8
<b>Total</b>	<b>57,5</b>	<b>44,1</b>	<b>50,8</b>

**Figure 12 , Augmentation de la pratique contraceptive depuis le lancement du PNMCD (1984-1992)**



Source : Enquête main d'œuvre et démographie  
Enquête nationale sur la fécondité 1986  
Enquête santé 1990- Enquête PAP-CHILD 1992  
Ouaddah Bedidi 2004.

## **2. Programmes de santé**

Depuis l'indépendance du pays, la santé de la population a toujours constitué une priorité. La Constitution (1989) en son article 61 énonce en effet que "tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies endémiques et épidémiques".

Les programmes de prévention et d'action sanitaire mis en œuvre ont eu effectivement une incidence appréciable sur l'état de santé de la population perçue notamment à travers les indicateurs de mortalité générale et infantile.

La mortalité générale qui, au début des années 70, évoluait autour de 17% est passée à 10.9% en 1980 pour atteindre 6.1% en 1992.

Il faut dire que l'amélioration des conditions générales d'existence de la population, résultant à la fois des progrès introduits en matière de conditions d'habitat (accès à l'eau potable , électricité...) des conditions d'hygiène et enfin du mode alimentation, ont permis la disparition de maladies transmissibles considérées comme de véritables fléaux il y a deux décennies à peine (paludisme, poliomyélite...), et un recul notable d'autres types d'affections (rougeole, tuberculose, coqueluche...) comme nous l'avons amplement décrit plus haut.

## V- Conclusion

Toutes les enquêtes de santé et de population confirment aujourd'hui l'entrée de l'Algérie dans la transition épidémiologique caractérisée par une part prépondérante de maladies non transmissibles coexistant avec une part relative de maladies transmissibles attribuables au contexte du sous développement. Résultante de la dynamique de développement socioéconomique et sanitaire. Ainsi, les maladies transmissibles représentent 30% des causes de décès à l'échelle mondiale et 70% en Afrique Subsaharienne (BenRomdhane 2002), elles ne représentent plus que 22.7% des causes de décès en Algérie. Les maladies non transmissibles, quant elles représentent 58.6% des causes de décès en Algérie. En amont de ces maladies, apparaissent des facteurs de risque associés au mode de vie, aux comportements alimentaires de la population et à l'environnement.

Il est clair qu'en absence d'une politique sanitaire claire en Algérie et par la même une surveillance alimentaire et nutritionnelle tenant compte de la nouvelle situation épidémiologique rendent difficile une éventuelle coordination avec les autres secteurs telle que l'agriculture et de l'agro-alimentaire, ou sur la place et le rôle accordés à l'individu afin de le responsabiliser dans la prise en main de sa propre santé et de son alimentation. Enfin sachant les nouveautés en matière de charges de morbidité depuis l'entrée en transition épidémiologique, l'élaboration d'une telle politique s'impose avec acuité.

## Bibliographie

- Aroua a 1985 , Santé et environnement , ENAL , Alger .
- Chesnais J.C 1986, La transition démographique: étapes, formes, implications économiques. Etudes de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays .Présentation d'un cahier de l'INED . Cahier n° 113, Travaux et documents, INED, 1986,582 p. Population 6. 1059-1070.
- Bairoch p 1992, Le tiers monde dans l'impasse : le démarrage économique du 18<sup>ème</sup> au 20<sup>ème</sup> siècle. Guillaumard, 3<sup>ème</sup> édition revue et augmentée. Collection folio .Paris.
- BenRomdhane H et autres , Transition épidémiologique et transition alimentaire et nutritionnelle en Tunisie .Options Méditerranéennes, Sér. B /n°41 , 2002- La surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie.
- ONS et MSP 1992 Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, PAP-CHILD.
- Ousseddik F 1986, Femmes et familles en milieu urbain ,CREAD et FNUAP, Alger.
- Kouaouci A 1992, Familles, femmes et contraception: Contribution à une sociologie de la famille . FNUAP et CENEAP , ENAG ALGER.
- Iles A 2003 , Démographie : esquisse d'une transition. Revue d'économie et de statistiques appliquées, Revue trimestrielle par INSP, N°1 2003.
- Ouaddah Bedidi et Vallin Jacques 2000, Maghreb : la chute irrésistible de la fécondité, Population et sociétés, Bulletin mensuel de l'INED, N°359 juillet août 2000.
- Prost A , cité par Caselli G in : Les entorses au schémas de la transition épidémiologique. Communication au congrès international de population, Salvador ,Brésil , Août 2001.
- RADP 1994 ,Rapport national pour la conférence internationale sur la population et le développement , Le Caire du 5-13 septembre 1994.
- Tahina 2005, projet INCO-MED , Synthèse enquête mortalité , janvier 2005.
- Tapinos G 1985 , Eléments de démographie . Armand Colin , Paris.