

QUELQUES DONNEES ET REFLEXIONS SUR L'EVOLUTION RECENTE DE LA MORTALITE EN ALGERIE

Mohamed SALHI
U.C.L. - Louvain la Neuve

Dans un travail précédent (1) nous avons tenté une estimation de l'évolution de la mortalité en Algérie entre 1965 et 1981 en nous appuyant sur les données de l'état civil et sur l'unique repère fiable dont dispose l'Algérie en matière de mesure de la mortalité : l'enquête démographique à trois passages réalisée en 1969-70. Nous nous limiterons ici à exposer les principaux résultats de cette recherche avant de poser une série d'interrogations que sous-tendent les particularités qui se dégagent de cette évolution.

1 - NIVEAU GENERAL ET TENDANCE DE LA MORTALITE

Sans être exhaustif, grâce à l'ancienneté de son implantation et à sa stabilité, l'état civil fournit une idée nette de la tendance de la mortalité (voir figure 1) : l'évolution relative du volume des événements saisis est, aux fluctuations près, quasi-identique à celle de la population jusqu'en 1976 où elle s'en sépare dans un mouvement à la baisse. En tenant compte du niveau de couverture de l'état civil, l'évolution du taux brut de mortalité peut être caractérisée par trois étapes (voir figure 2) : la première qui va jusqu'en 1972 connaît d'assez fortes fluctuations autour de 17,5 pour mille, la deuxième -entre 1972 et 1976- un amortissement sensible de ces fluctuations autour d'un niveau légèrement plus bas et la troisième -

(1) SALHI, M., "L'évolution récente de la mortalité en Algérie (1965-1981)", Statistiques, ONS Alger, déc. 1984, n° 5, pp. 15-53.

Disponible également dans la série Working Papers du Département de Démographie (Université Catholique de Louvain), Working Paper n° 117, Cabay Editions, Louvain-la-Neuve, mai 1984, 52 p.

Figure 1 : Evolution relative de la population et des décès enregistrés à l'état civil

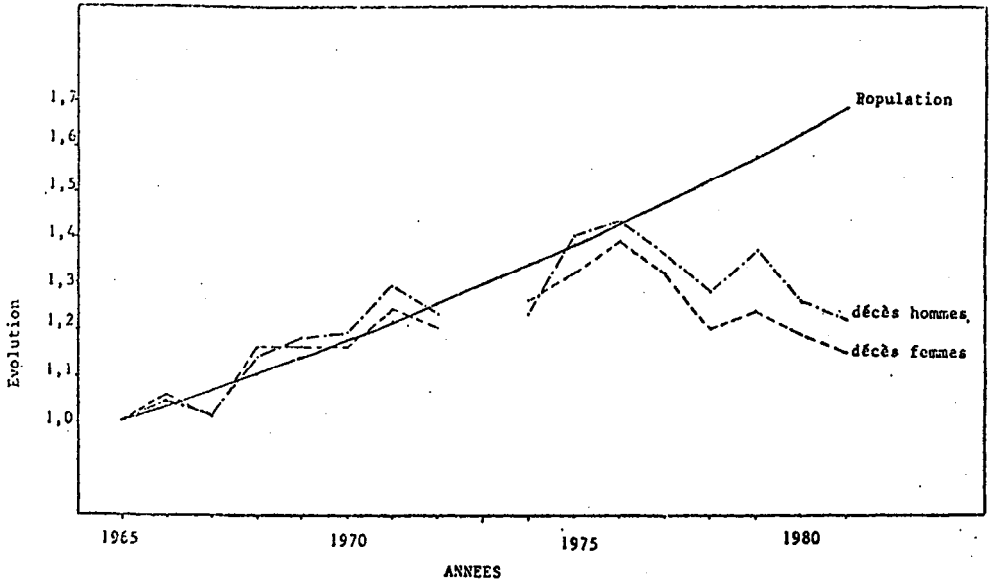
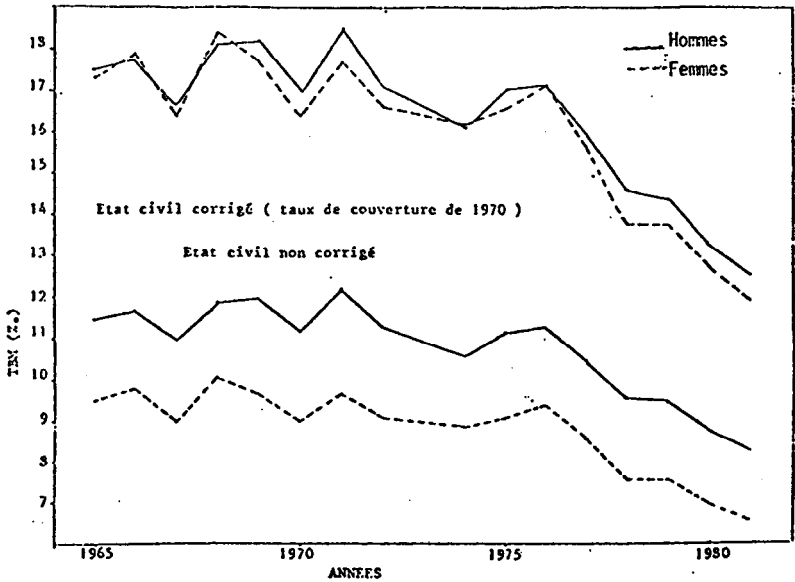


Figure 2: Evolution du taux brut de mortalité par sexe (1965-81)



après 1976- où la baisse nette (2) et rapide mènera le TBM autour de 12 pour mille en 1981. Cependant ces trois phases caractérisant le niveau général de la mortalité cachent des comportements très nettement différenciés au niveau de la mortalité par âge et par sexe.

2 - MORTALITE PAR AGE ET PAR SEXE

En effet comme le montre la figure 3, si après 1976 (début du processus de baisse du TBM) pratiquement tous les âges connaissent une baisse de la mortalité ou dans le pire des cas une stagnation, on peut voir qu'avant cette date le mouvement est beaucoup moins homogène. Pour simplifier la présentation des particularités de ce mouvement nous nous appuyons sur les résultats d'une analyse en composantes principales sur les dix tables de mortalité estimées (3) (1965-1981) auxquelles nous avons ajouté le TBM pour visualiser le comportement de la mortalité par âge en fonction de celui du niveau général.

A partir de la matrice des corrélations (tableau 1) on peut voir que tous les âges ne suivent pas de la même façon l'évolution du niveau général. Pour faciliter la lisibilité les corrélations entre le TBM et les quotients par âge sont représentés en figure 4 où l'on voit que les âges qui s'associent étroitement à l'évolution du niveau de la mortalité générale comptent les intervalles 0 à 5 ans et 25 à 60 ans pour les hommes, et 0 à 5 ans et 15 à 50 ans pour les femmes. Il faut noter également que sur ces âges en question l'association (4) est plus marquée pour le sexe

(2) Avec tout de même une stagnation marquée en 1979 due en fait à une épidémie de rougeole.

(3) Données en annexe.

(4) De la mortalité par âge avec le niveau général.

Figure 3 : Evolution des quotients de mortalité par âge par rapport à ceux de 1965 (Q_x^i / Q_x^{65})

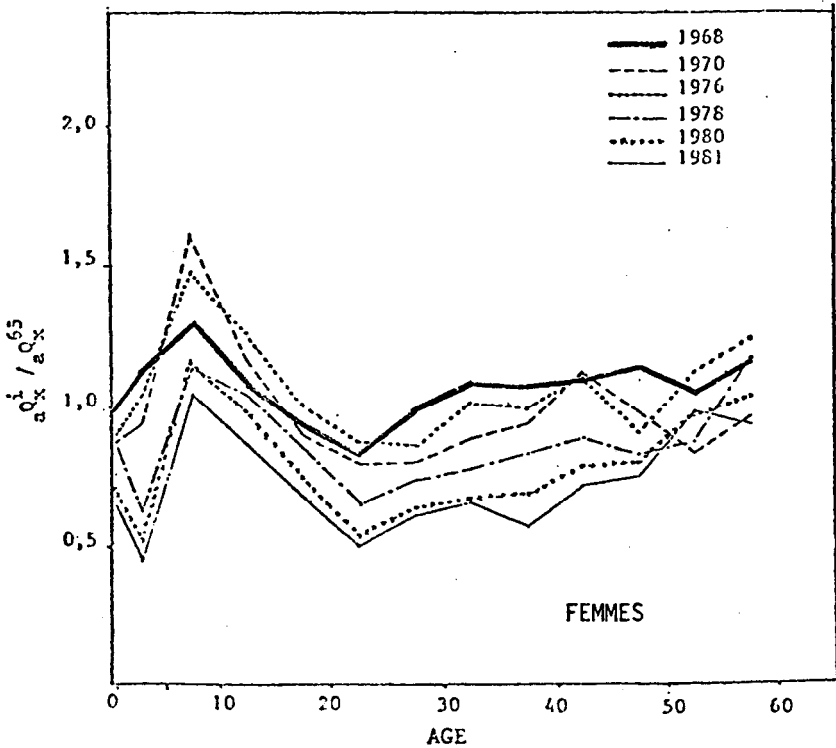
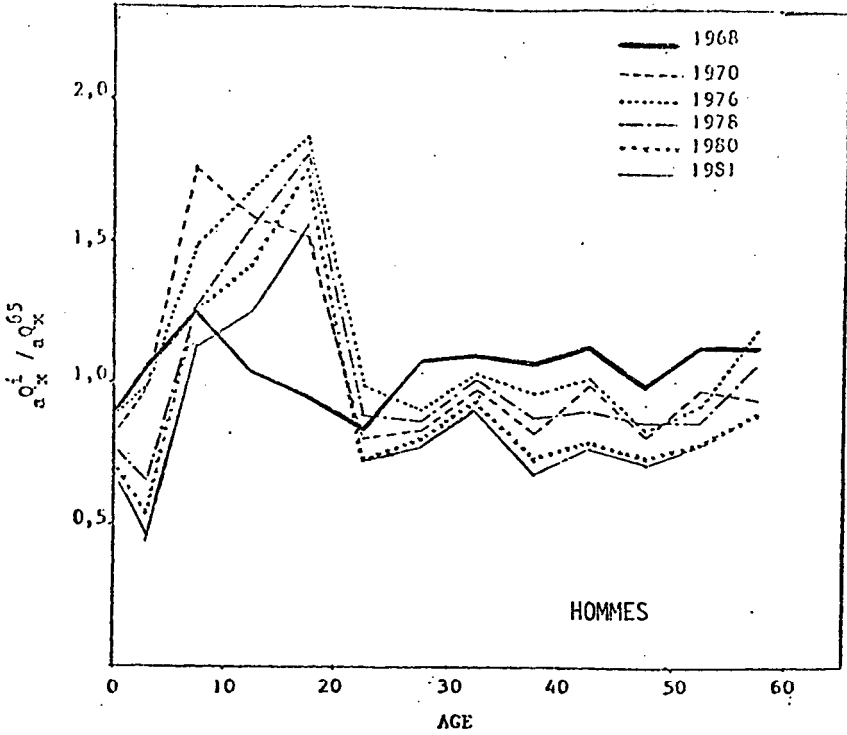


Tableau 1. Matrice de corrélation entre variables

HOMMES														
	1 ⁹⁰	4 ⁹¹	5 ⁹⁵	5 ⁹¹⁰	5 ⁹¹⁵	5 ⁹²⁰	5 ⁹²⁵	5 ⁹³⁰	5 ⁹³⁵	5 ⁹⁴⁰	5 ⁹⁴⁵	5 ⁹⁵⁰	5 ⁹⁵⁵	TBM
9 ⁰	1,00													
4 ⁹¹	0,92	1,00												
5 ⁹⁵	0,01	0,34	1,00											
5 ⁹¹⁰	-0,24	-0,15	0,63	1,00										
5 ⁹¹⁵	-0,53	-0,48	0,34	0,87	1,00									
5 ⁹²⁰	0,79	0,58	-0,15	0,10	0,09	1,00								
5 ⁹²⁵	0,78	0,82	0,00	-0,43	-0,63	0,44	1,00							
5 ⁹³⁰	0,70	0,73	0,16	-0,12	-0,46	0,55	0,81	1,00						
5 ⁹³⁵	0,91	0,87	-0,02	-0,24	-0,46	0,75	0,91	0,82	1,00					
5 ⁹⁴⁰	0,81	0,94	0,34	-0,25	-0,56	0,40	0,90	0,83	0,84	1,00				
5 ⁹⁴⁵	0,83	0,78	-0,14	-0,53	-0,74	0,51	0,89	0,85	0,87	0,85	1,00			
5 ⁹⁵⁰	0,76	0,88	0,18	-0,48	-0,72	0,28	0,92	0,75	0,80	0,97	0,88	1,00		
5 ⁹⁵⁵	0,64	0,67	0,22	0,20	0,03	0,72	0,68	0,73	0,83	0,66	0,54	0,52	1,00	
TBM	0,88	0,98	0,34	-0,15	-0,51	0,57	0,86	0,84	0,88	0,96	0,83	0,90	0,71	1,00

FEMMES														
	1 ⁹⁰	4 ⁹¹	5 ⁹⁵	5 ⁹¹⁰	5 ⁹¹⁵	5 ⁹²⁰	5 ⁹²⁵	5 ⁹³⁰	5 ⁹³⁵	5 ⁹⁴⁰	5 ⁹⁴⁵	5 ⁹⁵⁰	5 ⁹⁵⁵	TBM
9 ⁰	1,00													
4 ⁹¹	0,95	1,00												
5 ⁹⁵	0,40	0,60	1,00											
5 ⁹¹⁰	0,42	0,53	0,74	1,00										
5 ⁹¹⁵	0,91	0,87	0,48	0,71	1,00									
5 ⁹²⁰	0,96	0,91	0,40	0,52	0,96	1,00								
5 ⁹²⁵	0,98	0,93	0,33	0,36	0,89	0,95	1,00							
5 ⁹³⁰	0,96	0,98	0,54	0,54	0,92	0,93	0,96	1,00						
5 ⁹³⁵	0,92	0,97	0,62	0,55	0,87	0,88	0,91	0,96	1,00					
5 ⁹⁴⁰	0,88	0,96	0,73	0,64	0,88	0,86	0,85	0,94	0,93	1,00				
5 ⁹⁴⁵	0,87	0,89	0,40	0,18	0,68	0,77	0,90	0,88	0,87	0,84	1,00			
5 ⁹⁵⁰	0,21	0,24	0,14	0,36	0,36	0,26	0,26	0,30	0,19	0,11	0,04	1,00		
5 ⁹⁵⁵	0,31	0,45	0,43	0,80	0,57	0,39	0,31	0,47	0,49	0,45	0,15	0,74	1,00	
TBM	0,95	0,97	0,59	0,54	0,89	0,91	0,94	0,98	0,99	0,93	0,88	0,25	0,48	1,00

Figure 4 : Coefficients de corrélation entre les quotients par âge et le taux brut de mortalité .

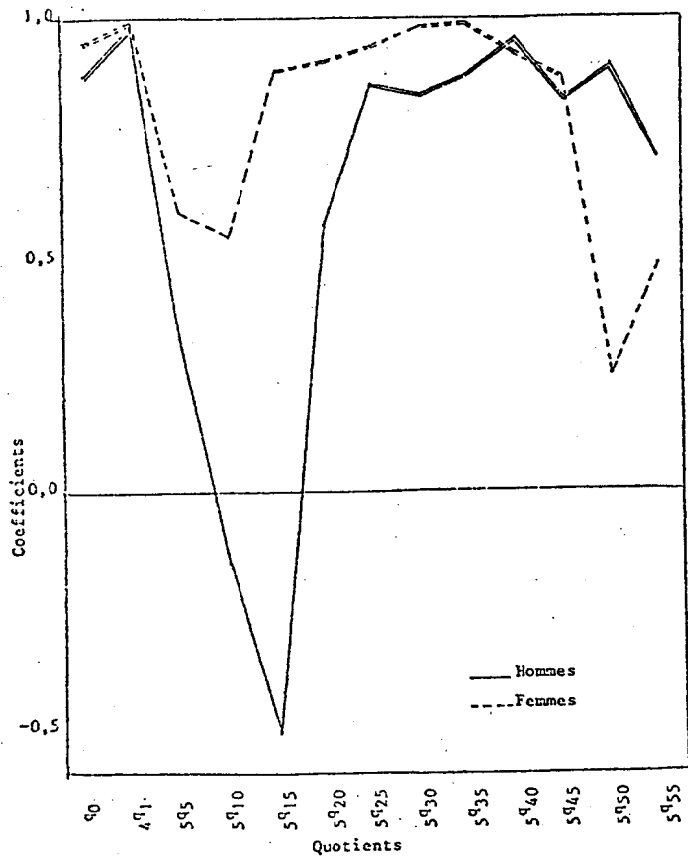
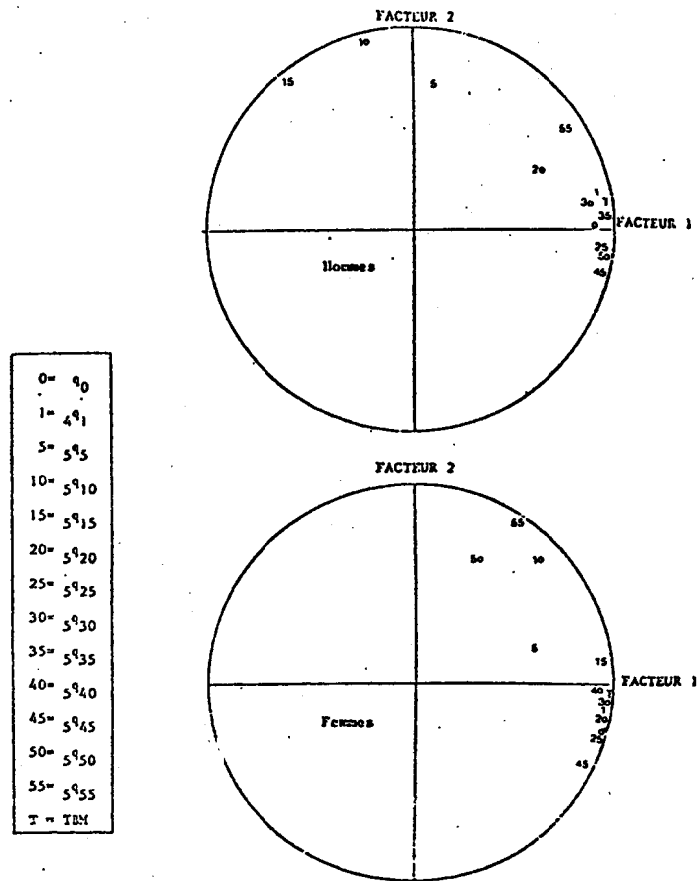


Figure 5 : Projection des points-variables sur le premier plan factoriel



féminin et ce par le fait, bien visible sur la figure 3, que l'amplitude de variation de la mortalité par âge est beaucoup plus large pour les femmes au cours du processus de baisse de la mortalité. Autrement dit, la baisse profite davantage à la femme qu'à l'homme aux âges sus-indiqués et plus visiblement aux âges de la maternité. Dans le premier plan factoriel (figure 5) le regroupement des quotients, représentant les âges dont nous venons de parler, autour du premier facteur montre clairement la forte association de ces âges au niveau et donc leur dépendance de celui-ci.

Pour le reste des âges, il y a d'abord lieu de noter l'importante différence chez les deux sexes entre 5 ans et la fin de l'adolescence. En effet, alors que pour le sexe féminin l'association de la mortalité par âge avec le niveau général est plus faible entre 5 et 15 ans mais restant tout de même assez hautement positive, pour le sexe masculin l'association est encore plus faible entre 5 et 10 ans et nulle à fortement négative entre 10 et 20 ans.

L'origine de la marginalisation de ces âges vient du fait qu'entre 1965 et 1976, alors que pour le reste des âges la mortalité baisse légèrement ou stagne, ces âges connaissent par contre une aggravation de la mortalité d'une ampleur plus marquée chez les hommes. Quant à la différence entre les deux sexes, pour autant qu'on admette que cette aggravation est due à des décès par accident, elle peut s'expliquer dans le contexte algérien par une moindre exposition au risque de mourir par cette cause pour le sexe féminin sur cette tranche d'âge, étant donné la plus grande fixation au domicile de la jeune fille par rapport à son compatriote du même âge. Si on ajoute à cela le fait que la moindre mobilité de la jeune fille est croissante avec l'âge on peut comprendre aisément que la dissociation de la mortalité masculine à ces âges par rapport à l'évolution générale soit encore plus marquée et croissante jusqu'à 20 ans.

Enfin vient le phénomène, moins compréhensible, de

la marginalisation des âges avancés par rapport à l'évolution générale et plus particulièrement pour le sexe féminin (voir figures 4 et 5). Pour ce dernier le moindre profit de la baisse observé à ces âges pourrait laisser penser aux conséquences d'une fécondité élevée sur l'état de santé de la vieille femme.

Voici en bref ce qui caractérise globalement l'évolution de la mortalité par âge en Algérie entre 1965 et 1981 et qui peut encore se résumer dans les quelques points suivants :

i) Après une période d'amortissement sensible des fluctuations de nature probablement épidémiques, la mortalité générale baisse après 1976 suivant un rythme peu commun: l'espérance de vie à la naissance progresse au rythme annuel moyen de 1,2 et 1,5 années respectivement pour les hommes et pour les femmes. Ce rythme mènera la vie moyenne de la femme à 59,6 ans et celle de l'homme à 58,0 ans en 1981 contre environ 53 ans en 1970 pour les deux sexes.

ii) En dépit du caractère assez spectaculaire de cette baisse la mortalité des enfants reste relativement élevée : un taux de mortalité infantile supérieur à 100 pour mille en 1981 et un gain de l'espérance de vie de l'ordre de 6 ans lorsqu'on dépasse le cap de la première année de vie. Le "privilège" qu'occupent les programmes de lutte contre la mortalité infantile semble ainsi mieux profiter aux enfants ayant dépassé l'âge d'un an qui voient leur risque de décéder avant cinq ans diminuer de moitié entre 1970 et 1981.

iii) Mis à part les personnes âgées et en particulier les vieilles femmes, toutes les catégories d'âges sont touchées par la baisse de la mortalité. D'une manière générale la femme profite mieux de cette baisse et notamment aux âges de la procréation, d'où un effacement progressif de la

surmortalité féminine qu'on observait entre 0 et 50 ans (5) (voir figure 6).

iv) Durant la période 1965-1981 le schéma par âge de la mortalité a connu en Algérie des modifications constantes comme en témoigne la projection des années considérées sur le premier plan factoriel (figure 7) où aucun regroupement n'est apparent. Et ce, à cause de la marginalisation de certaines catégories d'âges par rapport à l'évolution générale. Ainsi en est-il par exemple des enfants de plus de 5 ans et des adolescents (des deux sexes) qui ont observés une aggravation de la mortalité avant 1976 due probablement à une poussée des décès par accident de la circulation.

3 - QUELQUES INTERROGATIONS SUR CETTE EVOLUTION

Tous les éléments qui ressortent de cette évolution appellent à des analyses fouillées sur leur "pourquoi", démarche que nous ne pouvons malheureusement pas envisager sérieusement faute de données adéquates et fiables sur les variables ayant une éventuelle part explicative (causes de décès, données nutritionnelles, épidémiologiques, de santé publique, d'hygiène, etc...).

Les quelques remarques que nous nous permettons d'émettre ne sont qu'une extrapolation de notre perception de la réalité. Lorsque nous parlions par exemple d'une éventuelle poussée des accidents de la circulation pour expliquer l'aggravation de la mortalité des enfants de plus de 5 ans et des adolescents avant le début du processus de baisse

(5) Voir à ce propos :
ENSP, Ministère du Plan, Résultats de l'enquête démographique. IV. Mortalité, Alger, janvier 1975, série 2, vol. 7, 142 p.
ou TABUTIN, D., Mortalité infantile et juvénile en Algérie, INED, Travaux et Documents, n° 77, Presses Universitaires de France, Paris, 1976,, 275 p.

Figure 6 : Indice de surmortalité masculine selon l'âge et les années

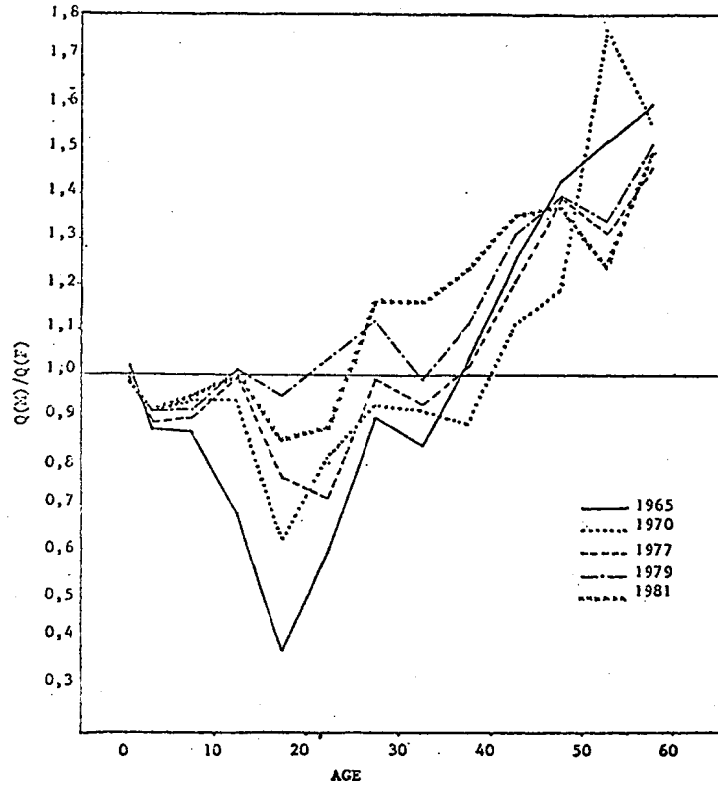
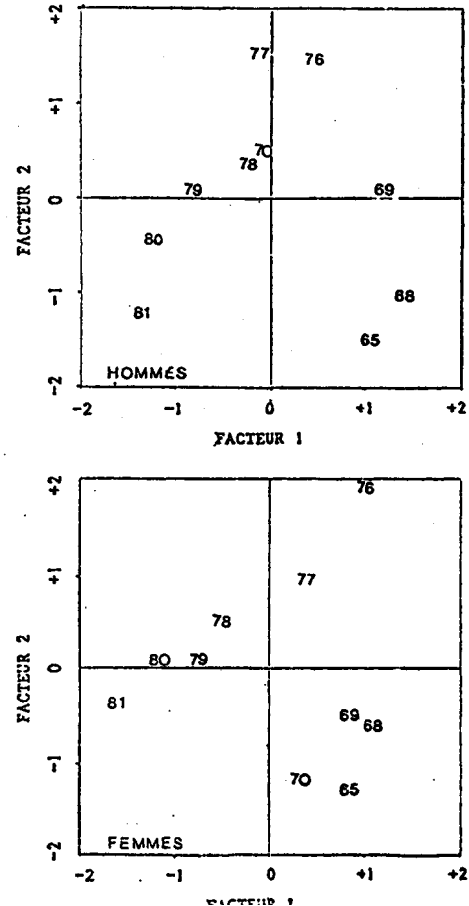


Figure 7 : Projection des points-années sur le premier plan factoriel



(1976), c'est l'absence d'autres facteurs plausibles pouvant concurrencer cette hypothèse qui motive notre réflexion. Il en était de même pour la relation, que nous évoquions, entre la haute parité des vieilles femmes et le moindre profit qu'elles tirent de la baisse de la mortalité. Il est également important de souligner la grande limite d'une étude à l'échelle nationale comme celle-ci : elle ne permet pas de rendre compte de l'évolution des inégalités sociales et régionales qui selon l'enquête de 1969-70 étaient fort élevées (6). Ce sont-elles réduites ou pas avec le déclin général de la mortalité ? Comment se répartit le progrès sur la mortalité entre les couches sociales et les régions ? Ce sont autant de questions auxquelles cette étude ne peut répondre. Leur importance dans la compréhension de ce qui a pu être déterminant dans cette baisse est évidente.

Est-ce que, par exemple, les progrès réalisés ne sont pas dus tout simplement à une meilleure couverture sanitaire des zones rurales qui dénotaient d'un niveau de mortalité fort élevé ? A l'opposé, est-ce que ces progrès ne se sont pas davantage localisés dans les zones urbaines de plus en plus peuplées et de tout temps mieux équipées que les zones rurales en infrastructure sanitaire ?

Cependant une approche au niveau national n'est pas tout-à-fait dénuée d'intérêt dans la recherche globale des associations entre le phénomène de la baisse de la mortalité et les macro-éléments du contexte économique et social caractérisant cette période particulière de la marche algérienne vers le développement.

Parmi ces éléments on ne peut s'empêcher de penser en premier lieu à l'apport certain (ou un certain apport) qu'a dû avoir le développement du secteur de la santé qui a

(6) Voir à ce sujet :
- ENSP, Ministère du Plan, Résultats de l'enquête..., op.cit.
- TABUTIN, D., La mortalité infantile..., op. cit.
- VALLIN, J., "La mortalité en Algérie", Population, 1975, n° 6, pp. 1023-1045.

connu ses véritables bases à travers le premier plan de développement au début des années 1970 et à l'intérêt accru après l'institutionnalisation de la médecine gratuite au 1er janvier 1974.

Quoiqu'on ait pu dire, avec plus ou moins d'objectivité, sur cette initiative, la ruée vers les services de ce secteur qu'on a observée sur cette période témoigne de l'hésitation qu'observaient les couches les plus démunies à se rapprocher du médecin.

Cheval de bataille politique, la "médecine pour tous" a engendré le déclenchement de grands programmes de nature à infléchir à court terme le niveau de la mortalité : campagnes d'immunisation et de prévention, création de nouveaux centres de santé (hôpitaux, polycliniques, PMI,...) plus accessibles aux populations de l'intérieur auparavant contraintes à des déplacements énormes, accélération de la formation d'agents médicaux et para-médicaux, etc....

Ce qui est donc indéniable est qu'une part certainement importante de la baisse de la mortalité trouve son origine dans les nouveaux apports du secteur de la santé. Cette part, qu'on appelle souvent "facile" parce que quasi-mécanique, paraît d'autant plus importante que lorsque l'on se place dans le contexte socio-économique atteint à la veille du processus de baisse de la mortalité, peu d'autres éléments peuvent contribuer à son explication.

L'amélioration substantielle du revenu du ménage algérien (notamment par la politique d'emploi) n'a dû guère changer à la situation nutritionnelle de la population (7)

(7) Sauf peut-être pour les tous jeunes enfants des zones urbaines qui ont pu bénéficier des mesures de prévention de la malnutrition intégrées aux programmes de santé publique. Voir pour cela :

MOKHTARI, L. et BELATHECHE, F., "Devenir nutritionnel de l'enfant algérien de 0 à 36 mois dans un secteur urbain de la région d'Alger (1973-1981)", UIESP, Séminaire sur l'influence des politiques sociales et de santé sur l'évolution future de la mortalité, Paris, 28 fév.-4 mars 1983, 17 p.

étant donné ce que l'on sait sur la situation alimentaire à cette époque et malgré les mesures de protection gouvernementales (soutien permanent des produits de base). La situation du logement et de l'hygiène, déjà fort préoccupante auparavant, a été aggravée par l'exode des ruraux, l'entassement dans les centres urbains et l'accroissement même de la population.

Parmi les éléments caractérisant le niveau du développement social en Algérie à la veille de la récente chute de la mortalité, il nous semble que seul le niveau d'éducation atteint, surtout par les jeunes couples entrant en âge de procréation, a pu être pour quelque chose dans ce processus, notamment par le biais de la mortalité infantile.

Il apparaît donc ainsi que les récents progrès réalisés en matière de mortalité en Algérie sont principalement imputables à l'intervention du secteur de la santé et que la part des autres composantes du développement économique et social font plutôt partie du "menu" d'un proche avenir sous réserve que celui-ci n'engendre pas d'effets contrariant l'attendu....

Annexe : Evolution des quotients de mortalité par âge (‰)

Age x	1965	1968	1969	1970	1976	1977	1978	1979	1980	1981
<u>HOMMES</u>										
0	175,79	159,12	154,55	147,99	159,02	146,88	133,59	133,77	123,92	116,64
1	81,31	85,35	85,35	79,59	79,50	66,96	53,51	57,02	43,51	38,22
5	14,54	18,33	23,57	25,56	21,56	22,01	18,53	18,77	18,62	16,51
10	9,01	9,36	12,08	14,36	15,18	17,25	13,85	13,21	12,67	11,24
15	7,52	7,17	10,00	11,32	14,00	14,54	13,56	15,13	13,26	11,48
20	14,05	11,73	11,28	11,29	13,85	12,97	12,32	11,38	10,20	10,15
25	17,50	18,77	17,69	14,61	15,77	15,87	15,09	14,94	14,00	13,71
30	17,74	19,41	18,53	17,17	18,23	17,50	17,84	14,94	16,41	16,41
35	22,89	24,20	22,40	18,75	21,91	21,27	19,95	18,62	16,66	15,53
40	26,06	29,07	29,51	25,74	26,45	23,62	23,47	22,30	20,63	20,24
45	39,87	39,12	38,98	32,09	32,75	32,13	33,77	29,46	28,83	28,39
50	51,68	57,88	57,88	50,09	47,64	44,11	44,44	44,11	40,51	40,90
55	71,55	80,11	77,75	67,16	85,30	78,17	75,86	70,80	63,38	62,11
<u>FEMMES</u>										
0	172,50	168,48	158,21	150,50	154,48	148,62	130,90	133,83	121,90	114,61
1	92,41	102,94	96,97	86,49	95,90	75,35	57,92	62,15	48,54	41,46
5	16,76	21,66	25,08	27,04	24,84	24,40	18,92	20,39	19,26	17,45
10	13,08	14,05	14,15	15,32	17,84	17,20	13,56	13,06	12,87	11,29
15	19,95	18,58	18,23	17,86	19,90	18,97	16,86	15,87	14,99	13,56
20	22,89	18,82	18,62	18,34	19,85	17,89	14,84	14,20	12,42	11,48
25	19,51	19,12	17,84	15,68	16,86	16,02	14,35	13,31	12,52	11,83
30	21,08	22,49	20,63	18,67	21,22	18,87	16,41	15,13	14,10	14,10
35	22,30	23,67	24,59	20,98	22,10	20,93	18,43	16,76	15,33	12,67
40	20,78	22,74	21,96	23,24	23,13	19,51	18,48	17,00	16,32	15,04
45	27,71	31,35	29,02	27,20	24,89	23,13	22,98	21,16	22,05	20,66
50	34,11	35,22	33,04	28,37	38,30	33,77	33,19	33,04	32,85	33,04
55	44,73	51,39	51,20	43,12	59,62	53,46	52,25	46,92	45,92	41,81