

Besoins sociaux à l'horizon 2025

Bachir Boulahbel

ABSTRACT	2
Introduction.....	3
1. Evolution démographique, situation récente et perspectives de population	7
1.1. Evolution démographique et situation récente	7
1.2. Projections de population.....	12
2 La Santé.....	14
2.1. Les infrastructures	14
2.2. Les ressources humaines.....	15
2.3. L'organisation du système.....	16
2.4. Financement de la santé.....	18
2.5. Evolution de l'état de santé de la population.....	19
2.6. Principaux défis et perspectives en matière de santé.....	23
3. Les besoins en éducation.....	26
3.1. Principaux éléments de développement du système éducatif	27
3.2. Contraintes et défis.....	33
3.3. Les perspectives	35
4. Le logement	36
4.1. Le logement : évolution et situation récente.....	37
4.2. Le financement du logement et ses contraintes.....	43
4.3. Défis et perspectives	41
4.4. Projection de logements.....	44
5. La demande d'emploi ou population active	45
5.1. Les hypothèses.....	46
5.2. Résultat de la projection	46
6. Conclusion générale et principaux défis identifiés	48

ABSTRACT

L'étude ici proposée analyse le système social algérien, en présente les principaux enjeux et défis à l'horizon 2025 et tire quelques conclusions et recommandations quant aux solutions à envisager. Partant du constat que le système algérien est très largement basé sur le rôle de « l'Etat providence », l'auteur en expose les principales limites, à savoir : la durabilité du financement budgétaire, l'efficacité de la gestion du système de protection sociale et l'évaluation des impacts. Ces limites constituent autant de défis que devra relever à l'avenir le système de protection sociale.

Le niveau et la nature des besoins sociaux sont directement liés à **l'évolution démographique**. Actuellement, l'Algérie est bien engagée dans la transition démographique, se plaçant à son avant dernier stade. Cependant, le taux d'accroissement naturel de la population actuel est encore relativement rapide. Avec ce taux, le doublement de la population pourrait se produire en seulement 39 ans. La transition démographique s'effectue également de façon différenciée, selon les régions : la réduction des disparités devrait ainsi constituer un élément permanent de la politique de population.

Le secteur de la santé constitue le premier secteur social de base pour tout pays. A ce titre, l'Etat Algérien lui a toujours consacré une haute priorité. Le financement du système est essentiellement public, mais cette option semble rencontrer certaines limites. Les disparités en termes d'accès et la qualité des prestations sont deux préoccupations majeures. L'évolution de l'état de santé de la population est illustrée par la tendance lourde à l'amélioration observée pour les principaux indicateurs, cependant, le système de santé fait face à beaucoup de problèmes, dont ceux relatifs à la transition épidémiologique, aux disparités dans l'accès aux soins et à la performance de ses structures. A l'horizon 2025, le système de santé devra relever deux catégories de défis: l'évolution des problèmes de santé qui dépendra de l'évolution démographique et les capacités du système de santé à prendre en charge cette évolution.

A l'indépendance, la grande majorité de la population était analphabète, la population scolarisée très réduite et concentrée dans les zones où vivaient les populations européennes. En parallèle, des besoins considérables en personnels qualifiés s'exprimaient. Cela a conféré immédiatement un rôle stratégique au **secteur éducatif**. Dans le but de mieux projeter les besoins en éducation et formation à l'horizon 2025, cette étude fait une analyse de l'évolution de paramètres représentatifs du développement du système, tente d'identifier les principaux défis posés et projette les besoins de scolarisation à l'horizon 2025. Bien qu'ayant enregistré un développement remarquable au cours des décennies passées, le système éducatif reste peu performant, avec un rendement tant interne qu'externe faible et des disparités d'accès aux structures d'éducation encore marquées. De la capacité d'adaptation du système éducatif aux mutations de l'environnement international dépendra grandement l'insertion du pays dans l'économie globalisée. C'est le plus grand des défis.

En Algérie, le **secteur du BTP**, avec sa composante habitat, est depuis une décennie le secteur qui enregistre la plus forte croissance et crée le plus d'emplois. L'habitat est également un instrument privilégié de l'aménagement du territoire avec un impact direct primordial sur le bien-être de la population. Ce secteur du logement, avec l'emploi, est la plus grande préoccupation des Algériens. Malgré les considérables ressources budgétaires régulièrement mobilisées pour réduire de son acuité et les progrès indéniables accomplis dans la satisfaction de ce besoin social, surtout au cours de la dernière décennie, sa situation est toujours considérée en crise. Le dépassement de cette crise nécessite une réforme structurelle globale, cohérente et empreinte de bonne gouvernance.

La question de l'emploi ayant fait l'objet d'un thème à part ce rapport se limite donc à la présentation des projections effectuées.

Une première conclusion tirée est relative au **rôle d'Etat-providence « de l'Etat »**. Dans tous les segments du champ social, l'intervention de l'Etat a toujours été déterminante. Un rôle plus accru des autres agents économiques devrait favoriser plus de solidarité nationale dans la prise en charge des problèmes sociaux.

La deuxième conclusion a trait aux **disparités en matière d'accès à tous les services sociaux de base**. Les réduire, sinon les éliminer est un objectif récurrent. Cela passe par des actions ciblées sur les régions et les catégories de population les plus défavorisées. Une priorité absolue devrait, à ce titre, être accordée aux problèmes de la jeunesse.

Un troisième constat préoccupant concerne la **dépendance des hydrocarbures de plus en plus accentuée de l'économie** (et en corollaire du système de protection sociale). La diversification de l'économie, toujours affichée mais jamais réellement concrétisée, est une voie des plus stratégiques. L'intervention de l'Etat, dont la participation au développement économique et social sera toujours nécessaire et décisive, doit évoluer dans ses modalités et s'adapter aux mutations internes et externes, en favorisant l'émergence ou la consolidation de pratiques de bonne gouvernance.

Introduction¹

Dès l'indépendance, l'Algérie a adopté une stratégie de développement où la demande sociale, notamment la demande d'emploi, tenait une place centrale. Une première période de développement, allant de la fin des années soixante jusqu'au milieu des années quatre-vingt, marquée par le lancement de vastes programmes d'investissements, particulièrement industriels², a permis la mise en place d'une base productive appréciable, le développement significatif du réseau d'infrastructures éducatives et sanitaires, et une création importante d'emplois. Parallèlement, une politique sociale relativement généreuse était mise en œuvre, notamment à travers l'institution de la médecine gratuite, la démocratisation de l'éducation, le subventionnement généralisé des prix et l'édification d'un système de sécurité sociale développé³. Ce contexte global a favorisé la prise en charge d'une partie importante des besoins sociaux et a entraîné progressivement une amélioration sensible de la plupart des indicateurs sociaux.

La crise économique résultant du choc pétrolier de 1986 a révélé le caractère vulnérable de l'économie qui a subi de plein fouet la vague de changements systémiques intervenus dans l'environnement international, avec l'effondrement du bloc socialiste et l'extension de la mondialisation, nécessitant ainsi, à l'instar de la plupart des pays en développement, la mise en œuvre de profondes réformes, orientées vers la mise en place d'une économie de marché.

Sur les quinze années qui ont suivi la crise de 1986, des transformations structurelles ont été effectuées dans l'économie (désengagement progressif de l'Etat de son rôle d'entrepreneur, restructuration économique du secteur public, libération des prix, abandon progressif du système de subventions, restrictions budgétaires ...). Leur impact social a été coûteux et les progrès sociaux précédents ont été fragilisés : le taux chômage a repris une tendance à la hausse, la pauvreté, concept relativement méconnu auparavant, a doublé en taux et en volume, des problèmes sanitaires ont resurgi, et la qualité des services publics s'est détériorée. La contrainte sécuritaire, dont les effets sur la situation économique et sociale, encore perceptibles, sont souvent minimisés, a amplifié cette détérioration des conditions de vie des populations.

Pour contenir cette évolution défavorable du contexte social, une réorientation de la politique sociale de l'Etat s'est imposée. Elle se décline selon trois axes principaux.

Le premier est relatif à la préservation et à l'extension du système de sécurité sociale, qui constitue son pilier central. Cela a concerné en particulier

¹ Une remarque préliminaire : ce travail n'a pas été simple à produire, car il fallait concilier entre une exigence de précision pouvant conduire à un rapport lourd (compte tenu de la complexité naturelle des problèmes sociaux) et nécessitant beaucoup plus de temps que celui accordé, et une autre de concision qui, elle, fait courir le risque d'une analyse sommaire sans grande portée scientifique. Il n'est pas sûr que l'exercice ait réussi.

² A la fin des années soixante dix, une réorientation de la politique d'investissements s'est opérée, obérant l'intégration du tissu industriel.

³ La plupart des risques préconisés par l'OIT, à l'exception notamment de celui relatif aux licenciements pour raisons économiques, sont pris en charge.

l'imputation au budget de l'Etat de certaines dépenses relevant de la solidarité nationale et supportées initialement par le système, ainsi que l'institutionnalisation du régime d'assurance chômage et de celui de la retraite anticipée. Plus de 80% de la population en bénéficient à un degré ou à un autre.

Le deuxième axe est constitué par les programmes mis en œuvre à travers les transferts sociaux de l'Etat, dont les bénéficiaires sont en général des groupes sociaux particuliers. Certaines actions ont cependant un caractère universel, profitant à toute la population. Le champ couvert par cet axe ne cesse de s'étendre sous le double effet de l'augmentation de la demande, induite par celle des populations concernées, et de l'apparition de nouveaux besoins non satisfaits. Selon une nomenclature du Ministère des Finances, les transferts sociaux couvrent des actions en matière d'aides et d'assistance sociale, d'éducation, de santé, d'emploi, d'habitat et de logement, de soutien à l'agriculture, d'électrification rurale et de distribution publique de gaz, et d'exonérations diverses.

La solidarité nationale, stimulée par le mouvement associatif notamment, a contribué significativement à la prise en charge de ce type de besoins.

Le troisième axe s'appuie sur l'idée, admise et toujours vérifiée, que la création d'emplois est la meilleure voie pour aider les personnes à améliorer leur situation. A l'instar d'expériences internationales, une série de dispositifs publics centrés sur des programmes de création d'emplois dans des zones défavorisées (enclavées, au taux de chômage élevé, aux potentialités économiques réduites, à l'accessibilité aux services sociaux de base faible) et ou pour des populations particulières (jeunes et pauvres) ont été conçus et mis en œuvre.

Associée à un rétablissement des équilibres macroéconomiques en fin de période et à un retour de la croissance économique, la politique sociale menée a donné des résultats probants : le taux de chômage a pu être stabilisé et la pauvreté a reculé, tout en restant à des niveaux toujours préoccupants (pour les deux éléments).

A partir de 2001, à la faveur d'une conjoncture internationale en matière d'hydrocarbures très favorable, avec un prix du baril de pétrole qui est passé en prix courants de 24.5 dollars en 2001 à plus de 74 dollars en 2007, une nouvelle dynamique économique a été insufflée. Prenant appui sur une forte expansion des dépenses budgétaires, en particulier d'équipement, elle mobilise, dans le cadre de deux ambitieux programmes (le PSRE pour 2001-2004 et le PCSC pour 2005-2009), des ressources budgétaires sans précédent (plus de 150 milliards de dollars). L'amélioration des conditions de vie des populations est un des principaux objectifs visés par cette démarche, les segments de l'emploi et du logement en étant deux composantes essentielles.

Le système de protection sociale de la période précédente a été globalement reconduit et consolidé. Les premiers effets positifs sont perceptibles dans la baisse des taux de chômage (près de 29% en 2000 et 13.8% en 2007) et de pauvreté (12.2% en 2000 et près de 6% en 2006). L'espérance de vie à la naissance, indicateur synthétique de l'état de santé de la popula-

tion, a atteint près de 76 ans en 2007, en augmentation de 04 ans sur une décennie.

Le large éventail des programmes sociaux mis en œuvre a nécessité des ressources matérielles, financières et institutionnelles considérables (plus de 10% du PIB en fin de période et une organisation administrative de plus en plus complexe) que seul l'Etat pouvait mobiliser. Le rôle d'Etat-providence a ainsi caractérisé l'intervention de l'Etat qui s'est opérée au double plan économique (avec notamment l'utilisation des dépenses d'équipement comme facteur de relance économique) et social (avec le financement d'une partie importante du système de protection sociale).

Les limites de cette intervention se situent à trois niveaux.

Au plan financier, le système devient de plus en plus coûteux, et il n'est pas acquis que les ressources budgétaires soient durables. A un moment donné, la problématique du financement du système sera une préoccupation centrale.

Le deuxième niveau concerne la gestion du système de protection sociale et particulièrement des transferts sociaux de l'Etat qui ont été davantage le résultat d'une accumulation d'actions successives que d'un programme cohérent et intégré. La recherche de plus d'efficacité et d'efficience orientera certainement les politiques sociales à venir.

Le dernier niveau se rapporte à l'évaluation de l'impact de la politique sociale sur la redistribution des revenus qui ne se fait pas correctement en raison de l'absence de mécanismes et d'instruments d'évaluation performants.

Ces limites constituent autant de défis que devra relever à l'avenir le système de protection sociale et ce, d'autant que des évolutions significatives dans la nature de la demande sociale se produiront probablement, liées à la permanence et à la rapidité des progrès techniques et technologiques, et à l'influence de plus en plus vive, maîtrisée ou subie, de l'environnement international, en particulier dans les aspects économiques et sociaux. Le niveau de la demande sociale restera également encore élevé en raison de la persistance sur le long terme d'un rythme de croissance démographique encore relativement rapide (bien qu'en recul). Le rôle de l'Etat devra nécessairement évoluer.

Une projection de certains de ces besoins futurs à l'horizon 2025 constitue précisément l'objet de ce document. Il s'agit de la demande d'emploi, des besoins de scolarisation, de santé et de logement. Pour chacun de ces domaines, il sera procédé à une présentation de tendances lourdes caractérisant son évolution passée, à l'identification des principaux enjeux et défis qui en découlent et aux perspectives attendues à l'horizon de projection.

Une synthèse terminera le document.

Le niveau et la nature de ces besoins sont évidemment directement liés à l'évolution de la situation démographique. C'est l'objet de la partie qui suit.

1. Evolution démographique, situation récente et perspectives de population

1.1. Evolution démographique et situation récente

En Algérie, la question démographique est devenue préoccupante dès le premier recensement général de la population et de l'habitat de 1966 qui avait révélé un taux d'accroissement naturel très élevé de 3.2% par an. Cela avait fait ressortir la nécessité d'une « régulation des naissances par le planning familial ». Pourtant, à la conférence mondiale des Nations Unies sur la population de 1974 à Bucarest, l'Algérie, avec les pays non alignés, considérait que la croissance démographique était plutôt un effet du sous-développement et non une cause. La maîtrise du phénomène devait donc passer par le progrès économique et l'amélioration des conditions de vie des populations. Néanmoins, un premier grand programme national de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances a été lancé à cette date, et était accompagné par l'intégration de la contraception dans les structures sanitaires de base. Il sera suivi en 1983, par l'adoption du programme national de maîtrise de la croissance économique (PNMCD) qui s'articulait sur trois axes prioritaires :

- le développement des infrastructures de base et l'organisation matérielle devant servir de support aux prestations d'espacement des naissances ;
- le développement des activités d'information, de sensibilisation et d'éducation en direction des populations, notamment rurales, en vue d'entraîner leur adhésion à l'objectif de maîtrise de la fécondité ;
- la promotion d'activités d'études et de recherche sur les déterminants de la croissance démographique et leur relation avec le développement économique et social, pour une meilleure intégration de la politique de population au plan national de développement.

Ce programme consacrait ainsi la variable démographique comme une contrainte majeure au développement économique et social. A la fin de la décennie 80, la transition démographique⁴ était amorcée : le taux de mortalité a fortement chuté, passant de 16,5‰ en 1970 à 7,34‰ en 1986 alors que le taux de natalité, bien qu'en recul, restait fort élevé (50 et 34,73‰ aux mêmes périodes). De ce fait, en 1986, pour la première fois depuis l'indépendance du pays, le taux d'accroissement naturel de la population est passé au-dessous de 3%. L'indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants/femme, ISF) atteignait 6,24 enfants, alors qu'il se situait à près de 8 en 1970.

⁴ La transition démographique est définie comme l'évolution d'une population passant d'un régime démographique à natalité et mortalités élevées à un régime nouveau où natalité et mortalité sont faibles. Quatre phases sont généralement identifiées, selon les niveaux de la mortalité et de la natalité : natalité et mortalité élevées (phase initiale), mortalité en baisse et natalité élevée (phase 2), mortalité en baisse et natalité en baisse (phase 3) et mortalité faible et natalité faible (phase 4). Actuellement, l'Algérie est en phase 3.

Ces résultats sont d'abord la traduction de la politique d'extension de l'offre de soins avec le renforcement du réseau d'infrastructures sanitaires et l'augmentation des effectifs du secteur (personnel médical, paramédical et de soutien).

Le recul de l'âge au premier mariage et la diffusion de la contraception moderne, mais aussi l'impact du développement sur l'amélioration du niveau d'instruction des filles, la participation de plus en plus forte de la femme à l'activité économique et l'urbanisation rapide ont agi sur la fécondité dans le sens de la baisse. Ces facteurs socio-économiques ont certainement contribué à rendre irréversible la transition démographique. Les difficultés d'accès à l'emploi et au logement ont dû aussi impacter négativement la nuptialité et influencer sur le croît démographique.

Ce processus de transition s'est poursuivi en s'accéléralant dans les années 90. Le taux d'accroissement de la population a atteint le taux le plus bas jamais enregistré de 14,8‰ en 2000, résultat lié à la baisse importante de la natalité dont le taux a varié de 31‰ en 1989 à moins de 20‰ et, dans une moindre mesure, à celle de la mortalité (respectivement 6 et 4,6‰ pour les deux dates). La fécondité poursuit son infléchissement et se rapproche du seuil de renouvellement des générations (2,54 pour l'ISF).

Aux facteurs récurrents de la période précédente, particulièrement l'important recul moyen de l'âge au premier mariage, s'est ajoutée à l'explication de la baisse de la fécondité la crise multidimensionnelle qui a caractérisé la décennie. Cependant, au cours de cette période, avec leur intégration au sein des maternités et des services de gynécologie obstétrique des établissements hospitaliers, les activités de santé reproductive se sont significativement renforcées. Cela a permis d'améliorer l'accessibilité aux prestations en matière de planification familiale, et aux prestations connexes concernant la prise en charge de la maternité et d'autres affections qui constituent des causes de morbidité et de mortalité des femmes en âge de procréer.

Le début de la décennie 2000 a vu un regain de la nuptialité dont le taux brut est passé de 5,8 mariages pour 1000 habitants en 2000 à 9,3 en 2007, correspondant à une augmentation du nombre de mariages de plus de 10% par an. Cela a fait remonter le taux de natalité à 22,5‰ en 2007 et le taux d'accroissement naturel de la population à 18‰, le taux de mortalité continuant de baisser (même si la baisse n'a pas été régulière sur toute la période). En valeurs absolues, l'accroissement de la population est passé de 449 000 personnes en 2000 à 634 000 en 2007, niveau équivalent à celui de l'année 1992 (pour une population inférieure de 23%). Ces éléments ont fait progresser le volume de la population de 30,4 à 34,1 millions de personnes.

Cette reprise du croît démographique n'a pas affecté la tendance à la baisse de la fécondité dont l'indice est passé de 2,5 enfants/femme en 2000 à 2,27 en 2007. Cette baisse a concerné les groupes d'âge 15-34 ans et 45-49 ans. Si la baisse de fécondité des catégories les plus jeunes peut résulter du recul de l'âge au mariage, celle observée auprès des catégories d'âge les plus avancées pourrait être imputée à l'utilisation plus accrue des moyens contraceptifs. Cependant, les taux de fécondité des femmes âgées entre 35 et 44 ans ont eu

tendance à augmenter. L'explication à cette situation pourrait se trouver dans le caractère tardif des mariages qui a entraîné un phénomène de rattrapage (les couples se mariant tardivement, cherchent à avoir des enfants rapidement). Cela pourrait faire de ce groupe une population à risque en matière de maternité.

Sur cette période 2000-2007, si les déterminants récurrents de la fécondité (relèvement du niveau d'instruction des filles, leur plus grande participation à l'activité économique et sociale, amélioration du niveau de vie général ...) continuent d'impacter à la baisse la fécondité, deux autres facteurs, principaux, ont évolué de façon différenciée : i) l'âge moyen au premier mariage, déjà élevé, a accentué sa progression à la hausse (de plus de 2.2 ans pour les deux sexes entre 1998 et 2007). Globalement, ce recul est indicateur de progrès dans la mesure où il exprime une réduction des grossesses précoces (avant l'âge de 20 ans), induite notamment par une amélioration de la situation des filles en matière d'éducation et d'emploi, mais il est également le reflet de difficultés que rencontre la jeunesse Algérienne au niveau de l'emploi et du logement. L'extension du célibat, en particulier définitif, comme corollaire du recul de l'âge au mariage, n'est pas, probablement, sans certaines conséquences négatives : augmentation des naissances hors mariage, prévalence plus accentuée des maladies sexuellement transmissibles, fragilisation de la famille en tant que cellule de base de la société, possible augmentation de la polygamie, etc. ; ii) le recours aux méthodes contraceptives a été moins intensif, la prévalence de la contraception ayant baissé de 64% en 2000 à 61,4% en 2006. Une meilleure couverture en structures d'espacement des naissances et une amélioration de la qualité de leurs prestations en matière de prise en charge des accouchements et de suivi des grossesses, particulièrement celles à risques, peuvent constituer ainsi un autre défi dans la poursuite de la transition démographique.

Pour ce qui est de la structure de la population, la pyramide des âges, profondément modifiée depuis les années 1970, continue d'enregistrer un rétrécissement de sa base et un élargissement progressif vers le sommet.

Ainsi, les groupes d'âges 0-14 ans ne représentent que 28,4 % en 2006 contre 33,9 % en 2000. Ce recul a bénéficié aux groupes d'âge actif (15-60 ans) et aux personnes âgées de plus de 60 ans qui ont vu leur poids dans la population totale croître respectivement de près de 05 et 0,6 points de pourcentage. Ce dernier groupe représente une population de près de 2,5 millions de personnes, en augmentation de 3,1% en moyenne annuelle, rythme supérieur à celui de la population totale.

De même, la population des femmes en âge de procréer (15-49 ans) continue aussi d'augmenter, enregistrant un accroissement de 2,7% en moyenne annuelle sur la période, et améliorant en conséquence sa proportion dans la population féminine (54,1% en 2000 et 57,7% en 2006).

Cette situation d'ensemble est contrastée selon les régions.

D'abord, la répartition de la population algérienne est fortement déséquilibrée. Les quinze wilayas du nord occupant la bande du littoral abritent à elles seules plus de 38% de la population totale sur une superficie ne dépassant

pas 45 000 km². Au sud, sur plus de 2 millions de km², vivent à peine 7% de la population totale.

L'examen de la situation en matière de santé reproductive selon les régions sanitaires⁵ fait aussi apparaître des disparités⁶. En 2006 :

- la prévalence contraceptive, indicateur essentiel de l'infléchissement de la fécondité, varie de 48.2% dans les wilayas de Laghouat, Biskra et El Oued à 69% dans les wilayas d'Alger, Bejaia, Tizi Ouzou, Boumerdes, Tlemcen et Sidi Bel Abbas ;
- le suivi prénatal, nécessaire au bon déroulement des grossesses et constituant une prévention importante de la mortalité maternelle, est assuré dans plus de 98% des cas dans les wilayas de Bejaia, Tizi Ouzou et Boumerdes. Par contre, il ne s'effectue que pour 74.6% des situations dans la wilaya de Djelfa ;
- l'accouchement en milieu assisté par du personnel qualifié (médecin, sage femme ou infirmière), assuré quasi universellement dans les wilayas d'Alger, Bejaia, Boumerdes et Tizi Ouzou, n'est pratiqué que dans 88% des naissances survenues dans la wilaya de Djelfa.
- Le recours aux consultations post natales reste globalement insuffisant : seuls 30,6% des femmes ont effectué au moins une consultation post natale durant la période post-partum (c'est-à-dire dans les six semaines ayant suivi l'accouchement). Cette proportion varie dans un rapport de 1 à 2,7 entre la wilaya de Djelfa (18,3%) et les wilayas de Blida et Tipaza (49,2%).

Ces quelques données montrent à l'évidence que l'accès à la transition démographique est inégalitaire. Cela résulte de la conjonction de facteurs tant démographiques (écarts en matière de natalité, de mortalité, d'âge moyen au mariage, et de fécondité) qu'économiques et sociaux (développement général déséquilibré, accès aux soins et à l'éducation différenciés...).

De tout ce qui précède, il ressort principalement que :

- L'Algérie est bien engagée dans la transition démographique, se plaçant à son avant dernier stade. Cependant, le taux d'accroissement naturel de la population actuel, qui est près de 2‰ en 2007, est encore relativement rapide⁷. Avec ce taux, le doublement de la population pourrait se produire en seulement 39 ans ;
- En raison de l'inertie qui caractérise les phénomènes démographiques, liée au potentiel de reproduction contenu dans la structure par âge, les effectifs des générations nées il y a une trentaine d'années, pendant la période de forte croissance démographique, auront encore des effets d'une part sur le niveau absolu des naissances, et d'autre part sur la persistance de l'ampleur des besoins sociaux (emploi, logement,...) ;

⁵ Il s'agit du découpage en 17 régions sanitaires arrêté lors de la réalisation de l'enquête MICS3 Algérie de 2006.

⁶ Enquête MICS3 Algérie 2006. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. ONS. Système de coordination des Nations Unies d'Alger. ONUSIDA. FNUAP et UNICEF.

⁷ Ce taux est considéré par l'OMS comme modéré quand il se situe entre 0,5 et 1%.

- La tendance à la baisse du croît démographique est accompagnée de l'évolution des modèles de nuptialité et de fécondité dont les effets sur la famille en général, et sur la composante jeunes en particulier, doivent faire l'objet de plus d'attention afin de préserver et renforcer l'intégration sociale;
- La stagnation de la prévalence contraceptive sur les dernières années traduit un besoin d'amélioration de l'efficacité des structures d'espacement des naissances ;
- La transition démographique s'effectue de façon différenciée, selon les régions. La réduction, à défaut de suppression totale, des disparités devrait constituer un élément permanent de la politique de population.

Les premiers résultats du recensement de la population ont donné une population de 34,8 millions d'habitants en avril 2008, correspondant à un taux d'accroissement intercensitaire de 1,72%, confirmant la tendance à la baisse observée tout au long des quatre recensements de la population réalisés depuis l'indépendance .

L'urbanisation semble se poursuivre, avec un taux qui pourrait atteindre 64%, contre 58,3% dix ans auparavant.

Plus de 1,3 millions de nouveaux ménages se sont constitués entre 1998 et 2008, et le nombre de personnes par ménage s'est relativement réduit, illustrant l'entrée dans la transition démographique.

Evolution de la population selon les RGPH

	1962	1966	1977	1987	1998	2008
Population totale (milliers)	10 500	12 022	16 948	23 038	29 100	34 800
Dont agglomérée (%)	53,2	56,1	61,2	70,8	81,4	87
dont urbaine (%)	28,2	31,4	40	49,7	58,3	63,6*
Ménages (milliers)	1 750	2 031	2 549	3 249	4 422	5776
Variation en %		3,4	3,21	3,1	2,15	1,72

Source : ONS. *= estimation de l'auteur par reconduction du rapport %population urbaine / % population agglomérée observé en 1998.

Ces constats sont autant de défis et enjeux en matière de population. Leur prise en compte nécessitera une politique de population qui devrait être toujours fondée sur l'élargissement de l'accès aux prestations de santé reproductive (celles-ci incluent la planification familiale, la santé pré et postnatale, la prise en charge de l'accouchement, la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles MST, des cancers génitaux et des infertilités). Les mesures à prendre dans ce domaine concerneraient particulièrement :

- l'amélioration de la qualité des services offerts en termes d'accueil, de capacités techniques des personnels et de disponibilité de produits contraceptifs ;

- l'extension aux zones les moins dotées du réseau de structures de santé reproductive et de planification familiale, en vue de réduire les inégalités d'accès aux prestations;
- le renforcement du programme visant la maternité sans risque en développant la surveillance pré et post natale et en améliorant les conditions de l'accouchement ;
- le renforcement du lien entre la planification familiale et les autres soins de santé reproductive (programme de lutte contre les cancers génitaux, prise en charge des infertilités, dépistage et prise en charge des MST notamment) ;
- la poursuite et le développement des activités d'information et de communication, notamment dans la dimension proximité, et en ciblant davantage les catégories de population concernées.

C'est sur la base de ces éléments d'analyse sur l'évolution démographique et sur la situation récente que les projections de population⁸ à l'horizon 2025 sont effectuées.

1.2. Projections de population

L'année 2000 est l'année de base des projections. Les données y afférentes ont été obtenues à partir des résultats du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1998 mis à jour par les données de l'Etat Civil. La table de mortalité et les taux de fécondité par âge ont été établis à partir des statistiques de l'Etat Civil et des résultats issus de l'enquête sur la santé de la famille (PAPFAM) réalisée en 2002.

Les hypothèses d'évolution

- En matière de mortalité, une hypothèse unique d'évolution a été retenue. Elle correspond à l'objectif du gouvernement de réduire la mortalité infantile de moitié d'ici 2013 et au-delà (en relation avec les Objectifs de Développement du Millénaire), il a été émis l'hypothèse d'une réduction de ce taux de 35% en 2020 et de 25% en 2030.
- En matière de migrations internationales, il a été supposé un solde migratoire nul tout le long de la période étudiée.
- Pour ce qui est de la fécondité, l'ONS avait formulé 03 hypothèses pour ses projections à l'horizon 2025: faible (avec un ISF de 1,815), moyenne (ISF égal à 2.10) et haute (ISF égal à 2.263).

Les premiers résultats du recensement de 2008 ont permis de retenir la troisième hypothèse, l'écart avec les projections se situant à moins de 1%. Ce choix d'hypothèse reste cependant assez pessimiste sur la poursuite de la maîtrise démographique, car la situation d'augmentation du taux d'accroissement démographique qui a prévalu entre 2000 et 2007, ainsi que cela a été indiqué plus haut, est davantage due à un effet de rattrapage des mariages durant

⁸ Elles ont été effectuées par l'ONS. Collections statistiques N°106/- décembre 2004

cette période et non à un changement de comportement des couples en matière de fécondité.

La population algérienne en 2025 serait alors de 44,85 millions d'habitants, correspondant à un taux d'accroissement annuel moyen de 1,6% (en année terminale, ce taux serait de 1.24%). Dans l'intervalle, elle devrait atteindre 38,82 millions de personnes en 2015.

L'espérance de vie à la naissance devrait poursuivre son trend haussier, pour atteindre près de 80 ans en 2025 (80,6 ans pour les femmes et 78,7 ans pour les hommes, en progression de plus de six ans sur la période pour les deux sexes).

Structure de la population

A l'horizon 2025, la structure de la population devrait être un peu mieux équilibrée. Les jeunes générations âgées de moins de 20 ans représenteront le tiers de la population totale (contre 40.6% en 2005). Dans cette frange de la population, le poids de la population pédiatrique (0-15 ans) baissera de près de 4 points de pourcentage (25.5 % en 2025, contre 29.1% en 2005) et celui du groupe des 0-4 ans d'un point de pourcentage, pour se situer à 8.4%.

A l'opposé, la population d'âge actif (20-59 ans) verra son poids s'élever à près de 55%, en progression de près de 2 points de pourcentage par rapport à 2005. De même, les personnes de 60 ans et plus seront plus nombreuses en volume et en proportion : elles formeront 11.9% de la population totale, contre 7.2% en 2005. La question du vieillissement de la population se présente comme le nouveau phénomène auquel devra faire face l'Algérie.

Selon le sexe, les femmes seront légèrement plus nombreuses que les hommes (leur proportion dans la population totale sera de 50.6% en 2025).

La population des femmes en âge de procréer (15-49 ans) se situera à 11.9 millions de personnes, en augmentation de 2.34 millions personnes par rapport à 2005. Le rythme annuel correspondant (1.1%) est inférieur à celui de la population féminine totale (1.6%), ce qui conduira à une baisse de la part de ces groupes d'âge (52.4% en 2025, contre 57.4% en 2005).

2- La Santé

Le secteur de la santé constitue le premier secteur social de base pour tout pays. A ce titre, l'Etat Algérien lui a toujours consacré une haute priorité. Cela s'est traduit par l'édification progressive d'un système de santé qui a pris en charge l'essentiel de la demande dans ce domaine.

Des progrès tangibles ont été obtenus dans les trois dimensions du système - infrastructures, ressources humaines et organisation - conduisant à une amélioration des indicateurs de l'état de santé de la population. Le financement du système est essentiellement public, mais cette option semble rencontrer certaines limites. Les disparités en termes d'accès et la qualité des prestations sont deux préoccupations majeures.

2.1. Les infrastructures

Les premières années de l'indépendance ont été marquées principalement par la récupération et le réaménagement du faible parc construit par le pays colonisateur. En 1978, le secteur de la santé disposait de i) 143 hôpitaux offrant près de 37 600 lits ; ii) de 820 unités légères (160 polycliniques et 660 centres de santé, la plupart résultant de reconversions de différentes unités légères ; iii) et de 1344 salles de soins.

A partir des années 80, les investissements en infrastructures se sont fortement étendus⁹, améliorant la couverture sanitaire de la population par des services de santé publique répartis sur tout le territoire national. Malgré le souci toujours affirmé d'assurer une équité dans l'accès au système, des disparités dans leur répartition sont encore persistantes. En 2005, le réseau se compose de :

- 243 hôpitaux auxquels s'ajoutent 54 établissements hospitaliers spécialisés, totalisant près de 60000 lits d'hospitalisation. La progression est de 1,7% en moyenne annuelle en terme de lits, soit un rythme équivalent à celui de la population entre les deux dates, maintenant ainsi le ratio nombre de lits pour 1000 habitants quasiment inchangé (autour de 02). La participation du secteur privé, 2540 lits, reste faible et se concentre dans les cliniques.
- Cette relative stagnation de la couverture hospitalière a justifié la programmation dans le PCSC de près de 14000 lits, équivalant à près du quart du parc de 2005. Le secteur privé devrait également connaître une importante accélération de ses investissements, avec la programmation en réalisation de près de 4 000 lits, dont près de 500 en ophtalmologie sur la période 2005-2009 ;
- 1820 unités légères (520 polycliniques et 1320 centres de santé) et 5117 salles de soins. Ces extensions ont davantage favorisé une proximité de la santé avec les populations.

⁹ Seule la période du PAS (1996-1999) a enregistré un recul des dépenses d'investissements (-7% en valeur courante sur la période)

- Ce développement a mobilisé des ressources financières continuellement à la hausse. Entre 2000 et 2007, les dépenses d'équipement du secteur de la santé ont été multipliées par plus de 10 fois en dinars courants, une accélération s'étant opérée en 2006 et 2007 (avec respectivement un doublement et un triplement des dépenses de 2005). Les dépenses récurrentes (de fonctionnement) ont beaucoup moins haussé (de 160%). Si l'effort budgétaire public reste conséquent en niveau, ramené à la richesse du pays (PIB), il représente moins de 2% du PIB.

D'autres structures de soutien à l'action du Ministère de la Santé ont été créées, dont :

- l'Institut National de la Santé Publique qui a à sa charge, notamment, toute la surveillance épidémiologique sur tout le territoire national ;
- le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP), chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993). Ce laboratoire est aujourd'hui un centre collaborateur de l'OMS et vient d'être habilité en 2004 à accréditer les laboratoires étrangers (vérifier pour le compte de l'OMS que lesdits laboratoires répondent aux bonnes normes de fonctionnement) ;
- la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH), chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques (1994) ;
- l'Agence Nationale du Sang (ANS), qui a la charge de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995) ;
- le Centre National de Pharmacovigilance et de Matéiovigilance (CNPM), qui a la responsabilité de la surveillance des effets consécutifs à la mise à la consommation de médicaments et à l'utilisation de dispositifs médicaux (1998). Ce centre dispense aussi pour le compte de l'OMS un cours sur la prescription rationnelle des médicaments et ce, au profit de praticiens de pays africains ;
- le Centre National de Toxicologie (CNT) chargé de l'étude et de l'évaluation de tout ce qui concerne les risques toxiques (1998) ;
- l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INPFP) qui s'occupe de l'évaluation des enseignements et de la recherche appliquée à la formation paramédicale (1996).

2.2. Les ressources humaines

Il y avait en 1967 un (01) médecin pour plus de 25 000 habitants, un pharmacien pour près de 80 000, un chirurgien dentiste pour 145 000 habitants et un paramédical pour environ 1000 habitants. Quarante ans après, ces ratios se sont considérablement améliorés. Le nombre d'habitants par médecin se situe à 1000, à moins de 4000 par chirurgien-dentiste, aux environs de 6000 habitants par pharmacien, et à moins de 400 habitants par paramédical.

Cependant, si les disparités régionales en matière de densité médicale se sont substantiellement atténuées pour ce qui concerne les médecins généralistes, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes, elles demeurent en revanche, très accentuées pour les spécialistes, pour lesquels l'écart entre wilayas est de un à 36, contre un à quatre pour les généralistes au début des années 2000. Par ailleurs, les wilayas des trois plus grandes villes d'Algérie, en l'occurrence Alger, Oran et Constantine concentrent à elles seules la moitié des médecins spécialistes du secteur public et le tiers de ceux du secteur privé. Les disparités régionales sont évidentes, 52% des spécialistes sont concentrés dans la région Centre, 23% à l'Est, 21% à l'Ouest et 4% dans les 2 régions Sud.

Plus de 60% des praticiens spécialistes exercent dans le secteur privé, alors que plus des deux tiers des généralistes le font dans le secteur public. Ces proportions ont tendance à s'élever. Les pharmaciens, dans leur grande majorité, sont dans le secteur privé, et les chirurgiens dentistes se répartissent de façon à peu près égale entre les deux secteurs. Les paramédicaux exercent essentiellement dans le secteur public.

Ce développement du volume et de la nature de l'offre du secteur privé, notamment dans les spécialités de base, s'accompagne d'une aggravation du déficit en spécialistes dans le secteur public, particulièrement dans les zones défavorisées. Une meilleure insertion du secteur privé dans le système national de santé, avec plus de complémentarité avec le secteur public, se présente comme une voie décisive dans l'optimisation des ressources nationales en matière de santé.

Si la progression en matière d'offre de soins globale est remarquable et place l'Algérie dans une situation favorable en comparaison avec des pays à niveau de développement similaire, il n'est pas tout à fait certain qu'elle traduise des progrès sanitaires incontestables. Elle pourrait être aussi indicatrice d'une médicalisation accrue des problèmes de santé. Les ressources allouées à la prévention dans les budgets, minimales, et les difficultés à assurer une prise en charge intersectorielle de ces problèmes tendent à accréditer cet élément d'analyse.

2.3. L'organisation du système

Le secteur de la santé est quasiment public et est placé sous la responsabilité du ministre de la santé. Certaines structures relèvent cependant d'autres ministères (de la Défense Nationale et de l'intérieur principalement).

Le système sanitaire est articulé sur une hiérarchisation des soins en 05 niveaux.

Le premier niveau est constitué des salles de soins qui assurent des soins de base ambulatoires (pansements, injections, vaccination éventuellement...). Le centre de santé dispense les prestations du deuxième niveau (services de santé élémentaires et planification familiale). Le troisième niveau comporte, outre les soins de base, des activités de soins spécialisés et de services hospitaliers dispensés dans les polycliniques. Au quatrième niveau se situe l'hôpital général qui assure aussi certains soins spécialisés. Le dernier niveau est formé d'activités de soins, de formation et de recherche réalisées par les centres hospitalo-universitaires (CHU) et par des établissements spécialisés.

Cette décomposition des activités entre les différentes structures n'a pu être correctement appliquée. Cela apparaît particulièrement dans la surcharge d'activités des CHU qui supportent beaucoup de prestations relevant théoriquement des structures de niveau inférieur. La répartition inadéquate des personnels spécialisés entre les structures en est une cause importante.

En matière d'organisation administrative, jusqu'en 2007, si les structures de niveau 5 jouissaient d'une autonomie de gestion, celles des autres niveaux ont été organisées en entités appelées secteurs sanitaires (au nombre de 187). Un secteur sanitaire comportait des structures extra hospitalières (polycliniques, centres de santé, salles de soins) qui sont rattachées à un ou deux hôpitaux, et couvrant un bassin de population. Cette organisation répondait au souci d'optimiser les ressources allouées et de favoriser la synergie entre les unités composant chaque secteur.

Le Ministère de la Santé s'appuie également sur 48 structures déconcentrées (les Directions de wilaya de la Santé) et sur 05 régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest), regroupant chacune un ensemble de wilayas, et disposant chacune d'un observatoire régional de la santé rattaché à l'Institut National de la Santé Publique.

Une efficacité réduite, des prestations de qualité médiocre, des capacités de gestion modestes ayant induit un endettement lourd, sont probablement à l'origine de l'instauration, encore en cours, d'une nouvelle configuration du système de santé définie dans un décret de mai 2007. Cette configuration se caractérise principalement par la suppression de l'échelon centre de santé et le transfert de ses activités soit vers la salle de soins, soit vers la polyclinique. Dans cette nouvelle organisation, la polyclinique a des missions de consultation de médecine spécialisée, de médecine générale, de chirurgie dentaire, d'activités de PMI, et de soins généraux. Elle doit disposer d'un plateau technique de radiologie et de biologie. Quant à la salle de soins, elle sera dorénavant appelée à faire des consultations de médecine générale et de soins généraux. Ces deux entités sont désignées sous le générique de structures de santé de proximité. L'hôpital devient établissement public hospitalier et le secteur sanitaire est supprimé.

Ce changement a pour objectif d'«autonomiser les structures de proximité (polycliniques et salles de soins) par rapport à l'hôpital». Ceci devrait réduire les dysfonctionnements rencontrés avec « la formule secteur sanitaire ».

Sans préjuger de l'efficacité de ces mesures, il paraît évident que la mise en place de cette nouvelle architecture nécessite une planification rigoureuse, à même de permettre un passage maîtrisé vers le nouveau système. Il semble que ce ne soit pas toujours le cas, notamment en raison de l'insuffisance de gestionnaires en nombre et en qualité nécessaires pour l'opération.

Un autre changement, de moindre ampleur, mais qui a son importance, est la création d'un centre de wilaya de collecte et de distribution du sang. Il reprendra, dans le cadre d'une autonomie financière, les missions dévolues jusqu'à présent aux centres et postes de transfusions sanguines implantées dans les hôpitaux, et qui sont relatives à la collecte du sang, au maintien de sa qua-

lification et à la préparation des produits sanguins labiles. Il est aussi chargé d'approvisionner toutes les structures hospitalières de la wilaya, publiques et privées, en produits sanguins labiles.

2.4. Financement de la santé

Traduction de l'instauration à partir de janvier 1974 de la gratuité des soins dans les structures publiques, le système de santé a principalement été financé (et continue de l'être) par deux bailleurs de fonds: le budget de l'Etat et la sécurité sociale.

Les dépenses budgétaires de l'Etat regroupent les budgets de fonctionnement et d'équipement destinés à la prise en charge des problèmes sanitaires alloués au ministère de la santé, au ministère de la défense nationale, de l'éducation nationale (dépenses de santé scolaire), du ministère de l'enseignement supérieur et autres organismes (centres médico-sociaux, mutuelles, etc.). Le budget de l'Etat contribue aussi à l'alimentation d'un fonds des urgences médicales qui bénéficie surtout de l'affectation du produit d'une taxe sur le tabac.

Les dépenses de la sécurité sociale sont afférentes à la couverture de la branche assurances relative aux prestations fournies aux assurés sociaux (remboursement des médicaments à hauteur de 80%, et des actes médicaux selon une tarification réglementée, transferts des soins à l'étranger principalement). L'autre poste lourd est celui du forfait hôpitaux dont s'acquittent la CNAS et la CASNOS auprès du secteur de la santé en contrepartie des prestations supposées offertes.

La contribution des ménages est moins importante, et concerne l'acquittement du ticket modérateur par les assurés sociaux (20% des achats de médicaments s'ils ne sont pas mutualistes) et participation non remboursable aux prestations fournies par les structures de santé (consultations et hospitalisation).

Compte tenu de l'augmentation des dépenses de santé, dues à la fois au renchérissement des prix des médicaments, à l'évolution épidémiologique (développement de maladies chroniques à prise en charge coûteuse), à la multiplication des prescripteurs (en particulier privés), au croît démographique, au relèvement du niveau de vie et de l'espérance de vie à la naissance, et aussi à la non maîtrise des dépenses, les deux bailleurs rencontrent des difficultés budgétaires. La situation du système de SS est plus délicate : son équilibre financier est à peine assuré et sa capacité de réaction propre à des chocs externes limitée. D'où la problématique du financement de la santé.

La sécurité sociale estime que sa contribution aux dépenses de santé, qui devient de plus en plus élevée (elle est passée de 10 milliards de DA en 1993 à 35 milliards de DA en 2006, représentant près de 22% du total des dépenses de la CNAS) ne peut concerner que la population des assurés et leurs ayants droits. Cette demande remonte à déjà loin. En 1992, elle avait été jugée justifiée et le principe d'une contractualisation des rapports santé-sécurité sociale avait été adopté. Cela devait être concrétisé par la mise en place d'une gestion rigoureuse et transparente des établissements de santé afin de permettre la

détermination de la contribution de la sécurité sociale. Elle nécessite aussi la gestion des autres bénéficiaires du système de santé (non assurés) en synergie avec le ministère de la solidarité nationale qui a à sa charge les dépenses relatives aux personnes démunies (des difficultés subsistent aussi sur ce segment du dossier). Jusqu'à présent, le dossier n'a pu aboutir, probablement en raison de la difficulté de la tâche pour le ministère de la santé dont le niveau de gestion de ses structures est jugé globalement faible ; la fixation des contributions des deux parties continue donc de se faire annuellement à travers la loi de finances, au gré des situations financières, sans référence à des objectifs de santé clairement définis¹⁰ et sans rapport précis avec les besoins.

S'il peut être admis que l'introduction de règles de gestion rigoureuses et transparentes est une exigence naturelle, il reste que cette problématique renvoie aussi à la tendance observée avec la progression de la mondialisation en matière de « modalités de financement de la protection sociale en général qui dépendent de moins en moins d'une couverture universelle gratuite assurée par des fonds publics et de plus en plus d'une assistance ciblée et fondée sur les revenus ».

La recherche de sources de financement alternatives est toujours possible et souhaitable (comme les sociétés d'assurance pour les accidents de la route et domestiques, le développement de la mutualité et autres assurances complémentaires).

2.5. Evolution de l'état de santé de la population

L'examen de l'évolution des principaux indicateurs de l'état de santé de la population fait ressortir une progression favorable tout au long des périodes de développement.

La mortalité générale

La mortalité en Algérie a connu un infléchissement important au cours des trois dernières décennies. Le taux brut de mortalité qui se situait à 16,5 pour mille en 1970, est estimé à 6,00 pour mille en 1989. Le nombre absolu de décès a également diminué, passant au cours de la même période de 218 000 à 146 500 cas.

Une rupture de cette tendance s'est produite entre 1990 et 1997, le taux variant entre 6,03 et 6,12 pour mille. Depuis, le taux brut de mortalité a repris sa tendance à la baisse pour atteindre 4,59 pour 1000 en 2000 et 4,2 pour mille en 2006 (le ministère de la santé l'estime à 3,85 en 2007).

¹⁰ Cette lacune n'est pas propre au domaine de la santé. Elle concerne l'ensemble des dépenses de l'Etat.

✚ La mortalité infantile

Elle concerne les enfants de moins d'un an. Le taux de mortalité infantile a également enregistré une tendance à la baisse depuis 1970, qui a été cependant continue et spectaculaire. Il est passé de 142 décès pour 1000 naissances vivantes à 24,7‰ en 2007. Le taux de mortalité des petites filles a toujours été légèrement moins élevé que celui des petits garçons. L'impact de la mortalité infantile dans la mortalité générale s'est régulièrement réduit, du fait d'une baisse plus rapide des décès infantiles qui ne représentent plus que 13% du total des décès, contre 43,3% en 1970.

En termes absolus, les effectifs des décès infantiles enregistrés par l'Etat Civil sont passés de 98 000 décès en 1970 à 45 000 décès en 1990 et à 19 000 en 2007.

Les écarts entre les strates urbaine et rurale ont été considérablement réduits. Le taux de mortalité infantile est passé de 53,1 pour mille en 1992 à 38,2 en milieu rural et de 31,8 pour mille à 31,4 en milieu urbain, soit une réduction de l'écart initial de l'ordre de 20 points, à un écart de moins de 7 points en 2002.

Evolution de la mortalité infantile (1992 - 2002)

<i>Strate et sexe</i>	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	
	EASME (1992)	EASF (2002)
Urbain	31,8	31,4
Rural	53,1	38,2
Ensemble	43,7	34,5

La mortalité infantile est toujours dominée par l'impact de la mortalité néonatale (0-28 jours) dont le nombre de décès représentait 36.5% du total des décès infantiles en 2002, alors que cette part était de l'ordre de 50% en 1992. Ces décès sont en grande partie liés aux conditions de la grossesse et de l'accouchement (causes endogènes).

✚ La malnutrition des enfants

L'état nutritionnel des enfants traduit leur état de santé général. Trois indicateurs nutritionnels sont généralement examinés :

- le rapport « poids/âge » qui renseigne sur l'insuffisance pondérale et permet de mesurer la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique. Cet indicateur est retenu parmi les indicateurs des Objectifs sur le Développement du Millénaire;
- le rapport « taille/âge » est une mesure de la croissance linéaire qui renseigne sur la malnutrition chronique due à la conjugaison d'une nutrition appropriée pendant une longue période et d'une maladie chronique ;
- le rapport « taille/ poids » renseigne sur le processus de perte de poids récent, en rapport le plus souvent avec une sous alimentation chronique ou une infection sévère.

L'examen de l'évolution de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans permet de constater que l'insuffisance pondérale modérée et aiguë en 2006 (4,3% des enfants de moins de 5 ans concernés) est moins prononcée qu'en 2002 (12,9%) et en 1992 (10,7%). L'OMS qualifie l'insuffisance pondérale de basse quand elle reste inférieure à 10%. La même tendance est observée pour l'insuffisance pondérale modérée et l'insuffisance pondérale aiguë.

Le retard de croissance (taille/âge) et le retard staturo-pondéral (poids/taille) enregistrent également une même tendance : détérioration entre 1992 et 2002 et amélioration entre 2002 et 2006, suffisamment pour être plus favorables qu'en 1992.

La malnutrition a donc globalement reculé, résultat tout à fait cohérent avec l'amélioration de beaucoup d'autres indicateurs de développement humain. Il n'y a pas d'écart significatif selon les sexes.

Par contre, entre l'urbain et le rural, des différences relativement importantes existent entre les deux strates. Il s'agit particulièrement de l'insuffisance pondérale modérée et du retard de croissance plus élevés en milieu rural alors que la situation est inversée pour le retard staturo-pondéral (2,8% pour l'urbain et seulement 0,7 pour le rural).

Malnutrition en 2006. En %.

		Urbain	Rural
Insuffisance pondérale	Modérée	3,1	4,4
	Sévère	0,5	0,7
Insuffisance staturale	Modérée	10,4	12,4
	Sévère	2,7	3,3
Emaciation	Modérée	3,0	2,8
	Sévère	2,8	0,7

La mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle rend compte du risque de décès maternel pour chaque grossesse. Au niveau national, le taux de mortalité maternelle a connu une baisse régulière depuis 1989 où l'enquête Mortalité et Morbidité Maternelle et Infantile (MMI) en 1989 l'a estimé à 230 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. En 2007, le ministère de la santé l'estime à près de 90/100 000.

Le progrès est conséquent mais le niveau du ratio est encore très élevé, au regard notamment de l'amélioration des conditions de suivi de la grossesse (89,4% des femmes ayant eu une naissance durant les deux dernières années précédant l'enquête MICS 3-Algerie 2006- ont bénéficié des soins prénatals) et de l'accouchement (la part des accouchements en milieu assisté se situant à 95,3% en 2006).

Des indications ont été fournies, en 1999, par l'enquête nationale sur la mortalité maternelle, dont le champ était constitué de l'ensemble des décès des

femmes en âge de reproduction survenus au cours de l'année. Elle a fait ressortir l'ampleur des écarts existant entre les wilayas. Le taux varie de

23,3 /100 000 naissances vivantes pour la wilaya d'Annaba, à 239/100 000 pour la Wilaya d'Adrar. En outre, la part des décès maternels avoisine 10% de l'ensemble des décès des femmes de 15 à 49 ans enregistrés.

Les caractéristiques essentielles suivantes des décès maternels recensés ont été fournies par l'enquête de 1999.

- 80 % des décès maternels sont survenus en milieu assisté ;
- 17,5% des décès sont survenus pendant la grossesse, dont 59.3% durant le troisième trimestre, 10,6% au moment de l'accouchement et 66,4% dans les 42 jours qui suivent l'accouchement ;
- 5,5 % des décès sont survenus pendant et dans les 42 jours qui suivent l'avortement ;
- 20,1% des décès sont survenus au cours de la première grossesse et 23 % au-delà de six grossesses ;
- 25% des femmes sont décédées avant la venue de leur premier enfant et 24,4 % au de là de 05 enfants nés vivants
- 51,6% des décès maternels sont constatés chez les femmes de 30 à 39 ans.

La prise en compte de ces facteurs de risque a aussi contribué à la baisse du taux de mortalité.

L'espérance de vie

Le recul de la mortalité et l'amélioration des conditions de vie ont eu pour résultante l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Celle-ci, qui constitue à la fois un indicateur de santé et de développement, est passée de 52.6 ans en 1970, à 67.3 ans au début des années 90 et à plus de 76 ans en 2007, se rapprochant ainsi de celle des pays développés.

L'augmentation de l'espérance de vie a pour corollaire l'augmentation des chances de survie à des âges avancés et le vieillissement progressif de la population. La part des personnes âgées de 60 ans et plus est de 7,1% de la population générale.

Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe 1970-2007

	Espérance de vie à la naissance (en années)		
	Hommes	Femmes	Ensemble
1970	52,6	52,8	52,6
1980	55,9	58,8	57,4
1985	62,7	64,2	63,6
1991	66,9	67,8	67,3
1995	66.1	68.2	67.2
2000	71,5	73,4	71.5
2007	75.1	77.2	76.2

Globalement, l'état de santé de la population s'est progressivement amélioré. Deux types de facteurs, interdépendants, expliquent cette évolution favorable : les facteurs « d'environnement » du secteur de la santé et les facteurs pouvant être attribués directement aux politiques de santé.

Dans les premiers, le développement général du pays a certainement eu un impact positif sur la situation sanitaire, avec les progrès faits dans l'éducation (notamment des filles), l'emploi (y compris féminin), le niveau de vie, les conditions d'habitat,...

Pour les facteurs endogènes au secteur de la santé, on retrouve notamment:

- l'extension de la couverture sanitaire de la population par des services de santé publique ;
- l'élargissement de l'offre de soins par l'augmentation des personnels de santé, du nombre de cabinets médicaux privés et par la densification du réseau des officines pharmaceutiques ;
- la gratuité des soins médicaux qui a favorisé un accès élevé au système de santé (en particulier pour les prestations de PMI et de vaccination) ;
- les progrès dans la surveillance épidémiologique, notamment dans le contrôle des maladies transmissibles ;
- la mise en place de certains éléments de base d'une politique pharmaceutique nationale : réglementation pharmaceutique, commission de la nomenclature de médicaments admis sur le marché, existence d'un laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques; existence d'une Pharmacie centrale des hôpitaux pouvant servir de centrale d'achats pour les services de santé publique ; promotion des médicaments génériques et de la production locale ;
- l'existence de laboratoires nationaux pour le contrôle des vaccins, pour le contrôle du sang et des produits dérivés ; activités de formation et de recherche du Centre national de pharmacovigilance et de matériel de surveillance
- l'adaptation des programmes de formation, initiale et continue, des personnels de santé (médicaux et paramédicaux) aux besoins, en particulier les programmes de protection maternelle et infantile, d'espacement des naissances, de lutte contre la tuberculose, de lutte contre le VIH/SIDA
- les progrès dans l'éducation sanitaire d'une population devenue plus exigeante parce que mieux formée et mieux informée.

2.6. Principaux défis et perspectives en matière de santé

L'évolution de l'état de santé de la population tout au long des périodes de développement est particulièrement illustrée par la tendance lourde à l'amélioration observée pour les principaux indicateurs : espérance de vie à la naissance (moins de 53 ans en 1970 et 76 ans en 2007), taux de mortalité infantile (142 décès pour 1000 naissances vivantes en 1970 et moins de 25 pour mille en 2007), et taux de mortalité maternelle (230 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1989 et 89 pour 100 000 en 2007). Le système de santé fait face cependant à beaucoup de problèmes, dont ceux relatifs à la transi-

tion épidémiologique, aux disparités dans l'accès aux soins et à la performance de ses structures.

A l'horizon 2025, le système de santé devra relever deux catégories de défis:

- la première se rapporte à l'évolution des problèmes de santé qui dépendra de l'évolution démographique et notamment de la modification de la structure de la population par âge,
- La deuxième catégorie intègre les capacités du système de santé à prendre en charge cette évolution.

De façon plus précise, les principaux défis se présentent comme suit.

- ✚ **Réduire le taux de mortalité infantile**, qui constitue un indicateur essentiel de développement d'une population, est un premier défi à relever. Les moins de cinq ans, qui seront 3.8 millions en 2025 (8.4% de la population totale) devraient continuer à subir trois grandes catégories d'affections : la morbidité et la mortalité périnatales, les affections respiratoires aiguës et maladies diarrhéiques, et enfin, les accidents domestiques.

Cela nécessite la poursuite et l'extension des efforts faits jusqu'à maintenant, notamment en matière de vaccination et d'éducation sanitaire. La lutte contre la mortalité périnatale, avec le développement de structures spécialisées et performantes, est le deuxième axe par lequel s'effectuerait la réduction de la mortalité infantile.

L'expérience acquise et la prolongation de la tendance de baisse observée entre 1990 et 2007, tout en la ralentissant en fin de période, permettraient d'atteindre un taux de mortalité inférieure à 10 décès pour 1000 naissances vivantes en 2025

- ✚ **L'autre défi majeur se rapporte à la mortalité maternelle** dont le taux est extrêmement élevé, malgré une proportion élevée d'accouchements assistés par du personnel qualifié (95.3% en 2006). Une éventuelle baisse significative maintiendrait malgré tout ce taux à un niveau toujours préoccupant (il se situe actuellement à moins de 10 pour 100.000 dans les pays développés). De plus grandes performances des structures de santé en matière de suivi de grossesse, particulièrement celles à risques, de prise en charge des accouchements et des activités de planification familiales sont absolument nécessaires.
- ✚ **La prise en charge des problèmes de santé de la population âgée de plus de 60 ans**, qui formera 12% de la population totale en 2025, et dont l'espérance de vie continuera à s'élever (près de 80 ans en 2025), sera aussi une forte préoccupation. Cette population, avec de meilleurs niveaux d'instruction et de qualification que l'actuelle, sera certainement plus exigeante en matière de services de santé et de soins, dont beaucoup seront nouveaux, ce qui nécessitera des structures de prise en charge adéquates.
- ✚ **Les maladies non transmissibles**, dont les quatre pathologies identifiées comme prévalentes (diabète, hypertension artérielle, cancers et maladies respiratoires) qui sont les plus nombreuses parmi les causes de mortalité, seront probablement encore plus fréquentes à l'avenir, en raison de la généralisation de modes de vie favorisant les facteurs de risques : tabagisme, alimentation riche en graisses et sédentarité. Corrélées avec l'espérance de vie, elles pourraient augmenter leur poids dans la mortalité générale (de 60% actuellement à plus de 75% en 2025 selon le ministère de la santé).

Constituant un véritable problème de santé publique, elles devraient faire l'objet de surveillance renforcée et de programmes de lutte adéquats.

- ✚ **Le réseau de surveillance des maladies transmissibles**, avec sa composante internationale qui aura à faire face aux effets de l'amplification des échanges induits par la mondialisation, devrait continuer de bénéficier d'une attention soutenue pour éviter leurs résurgences. Un renforcement de la coordination avec les autres secteurs, en particulier avec le secteur de l'environnement pour la prise en charge des facteurs de risques liés à la salubrité du milieu, est une action déterminante à mener.
- ✚ De façon générale, **la prévention, au niveau des structures de base**, devrait s'ériger davantage comme mode d'intervention privilégié dans la prise en charge des besoins de santé. Cela nécessite un meilleur encadrement en termes de personnels (au double plan quantitatif et qualitatif) et plus d'efficacité dans la coordination intersectorielle. Le ministère se fixe l'objectif d'une couverture vaccinale totale en 2025 pour tous les antigènes du programme élargi de vaccination, et d'élimination du tétanos néonatal, de la diphtérie et de la coqueluche.
- ✚ **Réduire les disparités en matière d'accès aux prestations** du système de santé **et améliorer la qualité** de ces prestations est un défi qui devra fonder toute la politique sanitaire. Elargir l'offre de soins (au

double plan quantitatif et qualitatif), tout en mieux la répartissant, consolider le réseau des infrastructures sanitaires, en particulier en terme de lits d'hospitalisation, et améliorer l'organisation du système (notamment par une meilleure insertion du secteur privé et en mettant réellement en œuvre une hiérarchisation des soins) constituent des voies stratégiques à suivre.

Doubler le ratio nombre de lits/1000 habitants (en le fixant à 4 par exemple), avec l'hypothèse d'une couverture identique dans toutes les wilayas, nécessiterait la réalisation sur la période de plus de 120 000 lits supplémentaires.

- ✚ **La formation des personnels de santé**, continue et ou initiale, aura un rôle encore plus important à jouer dans la prise en charge des besoins de la population en soins, dont la nature et le volume subiront certainement des évolutions profondes.
- ✚ Les risques réels d'augmentation rapide des coûts dans le secteur de la santé, en raison des changements épidémiologiques observés et attendus, et des progrès technologiques qui affecteront les moyens d'investigation et les traitements, les rendant de plus en plus coûteux (même si leur efficacité s'améliore), posent **le défi de la maîtrise des coûts**. Un effort important devra être fourni dans la modernisation de la gestion des établissements et dans la formation permanente des gestionnaires. L'impact des dépenses de santé sur le système de sécurité sociale devra particulièrement être suivi.
- ✚ En corollaire, la question du **financement de la santé** occupera une place centrale dans le développement du secteur. Si l'intervention de l'Etat continuera d'être décisive, d'autres sources de financement devraient être sollicitées. Il serait intéressant que la solidarité nationale ne soit pas sacrifiée au profit de la recherche systématique et exclusive de l'efficacité financière.

Cette présentation des défis en matière de santé intègre aussi, de manière schématique, des pistes alternatives pouvant favoriser d'autres progrès en matière de santé.

3. Les besoins en éducation

A l'indépendance, la grande majorité de la population (à plus de 85%) était analphabète, la population scolarisée très réduite et concentrée dans les zones où vivaient les populations européennes, les personnels d'encadrement dérisoires suite au départ massif des enseignants européens. Les programmes d'enseignement et les cursus d'études et de formations étaient en totale déconnexion avec l'histoire et les réalités culturelles et géographiques du pays. En parallèle, des besoins considérables et pressants en cadres et personnels qualifiés dans toutes les sphères du pays et pour tous les niveaux, associés à une démographie galopante, s'exprimaient. Cela a conféré immédiatement un rôle stratégique au secteur éducatif.

Tout en instaurant l'obligation scolaire pour tous les enfants de 6 à 14, le système éducatif avait commencé par être organisé en trois paliers : le primaire

avec six années d'enseignement, le moyen avec quatre années et le secondaire avec trois années d'enseignement.

En 1976, l'ordonnance du 16 avril portant organisation de l'éducation et de la formation a consolidé les objectifs visant à donner un caractère national à l'enseignement et à promouvoir l'accès aux sciences et à la technologie. Elle a confirmé aussi la gratuité de l'enseignement et l'obligation scolaire pour tous les citoyens âgés de 06 à 15 ans et la responsabilité exclusive de l'Etat dans l'organisation de l'accès équitable à l'enseignement.

Le système éducatif a été réorganisé en trois paliers de durée égale (3 ans chacun), et les contenus des programmes revus dans le but d'atteindre ces objectifs. Le préscolaire, destiné à la préparation des enfants âgés de 3 à 5 ans à l'école fondamentale, a été institutionnalisé ainsi que l'enseignement post-fondamental qui est composé de l'enseignement secondaire général et technique et de la formation professionnelle. Des dysfonctionnements du système, qui n'a pu s'adapter à l'évolution de la société en général, malgré des tentatives de réformes, ont conduit au début des années 2000 à lancer une grande réforme dont les éléments se mettent progressivement en place. Ses principaux objectifs se rapportent à:

- La réorganisation générale de la structure du système éducatif ;
- La levée du monopole exclusif de l'Etat sur le système éducatif ;
- La refonte de la pédagogie par la révision des programmes et des méthodes d'enseignement ;
- L'amélioration de la qualification des enseignants et des personnels de soutien pédagogique et d'encadrement administratif en termes de formation initiale et de formation en cours d'emploi.

La généralisation de l'éducation préscolaire est reconduite comme axe fondamental, l'objectif étant la prise en charge de l'ensemble des enfants âgés de 5 ans à l'horizon 2010. Dans le but de mieux projeter les besoins en éducation formation à l'horizon 2025, cette partie fait une analyse de l'évolution de certains paramètres représentatifs du développement du système, tente d'identifier les principaux défis posés et projette les besoins de scolarisation à l'horizon 2025.

3.1. Principaux éléments de développement du système éducatif

Le développement du système éducatif dans sa globalité a été assuré presque entièrement par l'Etat qui lui a consacré, au gré des périodes, une partie importante de ses ressources budgétaires. Les allocations au profit de tout le secteur, avec ses trois segments (Education nationale, formation professionnelle et enseignement supérieur), ont toujours représenté une proportion de 16 à 20% du budget total de l'Etat.

Des progrès remarquables ont pu, progressivement, être obtenus, tout en générant différents dysfonctionnements d'importance. En étant conscient que la dimension qualité du système, essentielle dans son évaluation, est peu questionnée, dans ce qui suit, seront analysées les évolutions des effectifs scolarisés

selon les trois segments du système, leur encadrement et les capacités infrastructurelles mises en place.

Les effectifs scolarisés

✚ Les effectifs scolarisés ont augmenté considérablement. En 2006, ils étaient près 9,5 millions d'élèves et d'étudiants dans le système éducatif, tous secteurs confondus, représentant plus de 28% de la population totale. Cette proportion était de 8% à l'indépendance, pour une population plus de 3 fois moins importante.

✚ **Le secteur de la formation** accueille en 2006, dans tous ses modes de formation, un effectif de 482.750 stagiaires, dont 37,8% sont de sexe féminin ; « seulement » 1977 stagiaires sont des handicapés, dont 797 de sexe féminin. La répartition des stagiaires reste très déséquilibrée dans la mesure où il est observé une forte concentration des effectifs dans seulement 6 branches sur les 23 que compte la nomenclature nationale. La distribution des stagiaires par niveau de qualification montre que 80% sont inscrits dans les formations de niveau ouvrier (niveau 2) et ouvrier qualifié (niveau 3) et, seulement 8,8% dans la formation de Technicien Supérieur (niveau 5).

Par rapport à 1999, les effectifs ont quasiment doublé (+93%).

✚ **Au niveau de l'enseignement supérieur**, une véritable explosion des effectifs (de graduation) s'est produite sur la dernière décennie, avec leur quasi triplement (+ 187,4%) entre la rentrée universitaire 1996/1997 et la rentrée 2006/2007.

Deux facteurs essentiels ont joué dans cette évolution : i) l'arrivée de bacheliers de plus en plus nombreux. Le taux de réussite au bac est passé de 21% en 1990 à 33% en 2003 et à plus de 44% en 2006. La tendance s'est accélérée en 2007 et 2008 avec plus de 53% de taux de réussite. L'université a dû ainsi accueillir à la rentrée 2007/2008 plus de 275 000 nouveaux étudiants, ramenant les effectifs de graduation à près d'un million ; ii) et de la forte rétention du système liée à un faible rendement. L'évolution est différenciée selon les filières. Deux ont particulièrement vu leur poids dans l'effectif total baisser : les sciences exactes (-5,3 points de pourcentage et des effectifs qui ont régressé de près de 3%) et surtout Technologie (-12 points, malgré un accroissement de près de 74% des effectifs). Une inquiétude pointe à ce niveau quand on sait le rôle que devraient jouer ces filières dans la société fondée sur la connaissance qui se profile à l'horizon, où l'innovation et la technologie jouent un rôle de plus en plus dominant dans le processus de développement. L'inadéquation de la formation aux besoins de l'économie pourrait se creuser encore.

A l'inverse, les filières Sciences économiques et Sciences commerciales ont enregistré la plus forte progression dans la structure des effectifs (+7,3%), suivie des filières Lettres Arabes et Langues étrangères regroupées (+6,5 points, les effectifs des Lettres Arabes progressant plus rapidement que ceux des Langues Etrangères (+5,9 et +3,9% respectivement) et des Sciences juridiques (+4,4 points).

Les variations des autres filières sont modérées.

	Structure97	structure07	Ecart97/07	variation effectifs
Sciences Exactes	8,1		-5,3	-2,8
Technologie	29,8	18,1	-11,8	73,8
Sciences Médicales	8,7	5,8	-3,0	89,9
Sciences Vétérinaires	1,6	0,8	-0,8	43,1
Sciences de la Nature	6,1	6,1	-0,1	183,6
Sciences de la Terre	3,4	1,6	-1,8	37,6
S.Economiques et S.Commerciales	12,6	20,0	7,3	353,9
Sciences Juridiques	8,5	12,9	4,4	337,5
Sces.Politiques et Sces. Information	1,4	3,9	2,5	705,6
Sciences Sociales	9,6	11,6	2,1	249,6
L.L.Arabe et Et Langues Etrangères	10,1	16,6	6,5	370,8
TOTAL	100,0	100,0	0,0	187,4

Evolution selon les filières des effectifs en structure et en effectifs 1996/2000

Source: Site Ministère Enseignement supérieur.

Près de 48 000 étudiants poursuivent des études de post graduation.

- + Le taux brut de scolarisation des 6-15 ans est de 95,1% en 2006. Le taux des filles (92%) est en retrait de 04 points de pourcentage par rapport à celui des garçons, mais cet écart s'est beaucoup réduit (il était de plus de 13 points de pourcentage en 1979), traduisant une plus rapide progression de la scolarisation des filles. La scolarisation universelle pourrait être approchée à brève échéance, si le rythme de gain d'un point de pourcentage par année observé depuis 2002 se maintenait. Les disparités géographiques, persistantes, dues à une inégale répartition des infrastructures et des différences de niveau de vie sont plus difficiles à supprimer, ce qui retardera probablement la réalisation de cet objectif.
- + Les progrès réalisés dans la scolarisation des filles constituent un des plus grands succès du développement de l'éducation, compte tenu de l'impact important que cela produit au moins dans deux domaines particuliers : la baisse de la fécondité et la participation féminine au marché du travail. En 2006, au niveau de l'enseignement obligatoire (primaire et moyen), les effectifs féminins représentaient 48% du total des effectifs. Dans le secondaire et dans le supérieur, par contre, la participation des filles dépasse largement celle des garçons. Pour 100 garçons, il y avait 136 filles dans le secondaire et 129 dans le supérieur. Le secteur de la formation professionnelle n'est pas encore dans cette situation, l'élément féminin ne représentant que 37% de l'effectif global.
- + Sous l'effet de cette progression dans la scolarisation, conjuguée à un programme de lutte contre l'analphabétisme progressivement efficace, mieux doté en ressources et auquel contribue activement la société ci-

vile, le taux d'analphabétisme (des plus de 10 ans) a remarquablement reculé, atteignant 24% en 2006, mais il reste encore élevé. Les femmes, avec un taux d'analphabétisme deux fois plus élevé, sont plus touchées par ce fléau que les hommes (respectivement (31,6 et 16,5%). L'écart est sur une tendance à la baisse (il était de 24 points en 1997).

L'analphabétisme s'élève avec l'âge. Près d'une personne sur deux (48,2%) âgée de plus de 35 ans est analphabète. Les femmes de ces groupes d'âge, notamment celles de la strate rurale, sont nettement plus défavorisées : elles sont analphabètes dans une proportion de 61,2%, contre 35% pour le sexe masculin. Les groupes d'âge 15-24 ans « ne comportent que 8% » de personnes analphabètes.

L'encadrement

- ✚ L'effort de recrutement et de formation continue des enseignants et des formateurs constitue un autre facteur important du développement du système éducatif. Leur nombre a fortement augmenté dans tous les segments du système, en corrélation avec l'évolution des effectifs des élèves.
- ✚ **Au niveau de l'éducation**, le taux d'encadrement se situe à un enseignant pour 28 élèves au primaire, 21 élèves au moyen et 19 élèves au secondaire. Relativement à l'année 90, ces ratios se sont détériorés. En outre, 214 000 enseignants en exercice en 2007 ont une formation initiale inférieure à la licence d'enseignement universitaire, dorénavant exigée pour tous les enseignants. Leur recyclage total est programmé sur une période de moyen terme. Ces deux éléments, taux d'encadrement et niveau de la formation initiale d'environ la moitié des enseignants constituent des contraintes dans les performances du système.
- ✚ **La formation professionnelle** est encadrée par près de 12000 formateurs, soit un formateur pour 40 stagiaires, ratio nettement en retrait de celui observé en 1998 (un pour 25, qui est la norme généralement admise). La politique volontariste de l'Etat de favoriser l'employabilité des jeunes, essentiellement ceux exclus de l'éducation nationale, par un accès moins sélectif à la formation professionnelle, a probablement entraîné une augmentation des effectifs plus rapide que celle du personnel d'encadrement et, certainement aussi des équipements. Associée à la faible proportion (27%) de Professeurs Spécialisés de l'Enseignement Professionnel (PSEP), cette situation traduit une certaine baisse de la qualité générale des formations dispensées. Le redressement de cette situation, entamé avec les perspectives de développement plus favorables véhiculées par les programmes du PCSC, est de toute urgence, relativement au rôle qu'aura à jouer le secteur dans redynamisation de l'économie et l'amélioration de sa compétitivité.
- ✚ **Le taux d'encadrement de l'enseignement supérieur**, compte tenu de la rapidité du rythme d'accroissement des effectifs étudiants, s'est grandement détérioré au niveau global. A la rentrée de 1996, un ensei-

gnant, tous grades confondus, encadrait 20 étudiants de graduation. Dix après, il en avait 28 en charge.

Le recul est généralisé pour tous les corps, à l'exception du rang professoral pour lequel une réduction du nombre moyen d'étudiants sous son encadrement s'est opérée (de 400 à 372), conséquence d'un triplement du nombre de professeurs.

Encadrement de l'enseignement supérieur

	Effectifs	Effectifs	var	Nombre d'étudiant	
	1996/1997	2006/2007	07/97 en %	2007	1996
Professeur	714	2 192	207	374	400
Maître de Conférence	1147	3013	163	272	249
Chargé de Cours	5565	11304	103	73	51
Maître Assistant	4993	11730	135	70	57
Assistant	2162	691	-68	1188	132
TOTAL	14581	29062	99	28	20

Source : site ministère de l'enseignement supérieur

La répartition géographique du corps enseignant est très déséquilibrée, les centres universitaires de l'intérieur du pays étant particulièrement défavorisés.

Les infrastructures

- ✚ La forte demande en éducation a nécessité le développement d'un réseau d'infrastructures considérable réparties sur tout le territoire national et doté d'équipements adéquats, ainsi qu'une création importante de capacités de formation d'enseignants et d'éducateurs.

Le rythme d'investissement dans le secteur, particulièrement élevé jusqu'au milieu des années 80, s'est ralenti durant la grande crise des années 90, pour reprendre avec plus d'intensité avec le PSRE et le PCSC à partir de 2001, mobilisant 5 à 7% du PIB en moyenne.

En 2006, le **secteur de l'éducation** nationale comptait :

- 17357 écoles, contre 15729 en 1999;
- 4104 collèges, en accroissement de près de 780 unités par rapport à 1999. ;
- 1538 lycées et technicums (1218 en 1999).

Dans le cadre de la réalisation du PCSC, 10 000 salles de classes, 1 100 collèges et 500 établissements du secondaire devraient renforcer à court terme ce parc d'infrastructures. En vue de réduire la contrainte économique induite par les frais de scolarisation pour les familles défavorisées et, partant, la déperdition scolaire, les œuvres sociales scolaires ont été sensiblement renforcées. La capacité d'hébergement en internats (870 internats), notamment au profit des filles résidant au sud et dans les zones rurales, ont été élargies et accueillent près de 59000 pensionnaires. Elles restent insuffisantes.

Des repas (gratuits pour le primaire) sont offerts à plus de 2,5 millions d'élèves dans près de 10 000 cantines, soit une amélioration de 2,2 fois la situation de 1979. Le nombre de cantines devrait s'agrandir rapidement de 1800 nouvelles cantines en cours de réalisation.

- ✚ Le secteur de la formation professionnelle dispose en 2006 d'un réseau public et privé de 1.444 établissements de formation¹¹, pour une capacité de près de 261000 places pédagogiques. La répartition des infrastructures sur le territoire national est relativement inadéquate par rapport à la fois à la demande de travail et à la demande d'emploi, réduisant l'efficacité des capacités qui sont également confrontées à un problème de renouvellement des équipements pédagogiques.
- ✚ Quant au secteur de l'enseignement supérieur, pour répondre à une demande de plus en plus étendue et exigeante, de lourds investissements ont été consentis tout au long du processus de développement du pays. Actuellement, l'université algérienne est articulée autour d'un réseau universitaire composé de soixante (60) établissements dont cinquante huit (58) établissements d'enseignement supérieur et 02 annexes universitaires couvrant quarante une (41) wilayas, et répartis entre 27 Universités (dont celle de la formation continue), 16 centres universitaires, deux Instituts nationaux d'enseignement supérieur, 09 Ecoles et instituts nationaux spécialisés, 04 Ecoles normales supérieures (dont une d'enseignement technique) et deux Annexes universitaires.

Au plan des capacités pédagogiques, les capacités d'accueil globales à la rentrée 2007/2008 sont de l'ordre de 806.000 places physiques, soit près de 970 000 places pédagogiques par l'utilisation d'un coefficient de foisonnement admis de 1,2. En matière de capacités d'œuvres sociales universitaires, l'offre est de 219 résidences universitaires d'une capacité de 373.400 lits et de 343 restaurants universitaires. Courant 2008, une réception de 35 nouvelles résidences universitaires est programmée. Ces investissements permettent à près d'un étudiant sur deux (46,8% des effectifs de graduation en 2007) de bénéficier d'un hébergement en cité universitaire. Ce ratio se situait à plus de 52% en 1999.

Par ailleurs, plus de 80% des étudiants de graduation sont boursiers. Malgré des prestations de services de faible qualité en général, l'effort fait pour fournir les meilleures conditions possibles pour un fonctionnement harmonieux de l'université, au bénéfice en particulier de l'étudiant, est tangible. La question de sa durabilité se pose cependant.

Il ressort de tout ce qui précède une amélioration globale certaine, traduisant en particulier la mise en œuvre de l'option de démocratisation du système Education-Formation. Cette amélioration cache cependant nombre de distorsions et de dysfonctionnements qui sont autant de défis à relever et dont les plus pesants résident dans les éléments suivants.

¹¹ Une opération d'assainissement menée entre 2002 et 2006 a abouti au retrait d'agrément pour 98 établissements privés.

3.2. Contraintes et défis

- ❖ **La demande d'éducation** est toujours vive, marquée par un croît démographique, certes en recul, mais encore rapide et qui se maintiendra sur le moyen et longs termes.
- ❖ **Le rendement interne** du système dans tous ses segments est faible, en raison de forts taux de déperditions (abandons, échecs, exclus) et de redoublements.

Au niveau de l'éducation nationale, une étude du ministère, menée en 1999, avait déjà montré que, sur une cohorte d'élèves de l'enseignement fondamental, seuls 21% parvenaient en 9^{ème} AF sans redoublement, 46% y parvenaient après avoir redoublé une ou plusieurs fois, et le tiers abandonnait l'école avant la 9^{ème} AF.

Le taux de passage au lycée se situe en moyenne aux alentours de 50%, induisant un taux de redoublement élevé à la dernière classe du cycle moyen (fonction des capacités des établissements mais se situant aux environs de 30%). Le reste, soit environ un quart des effectifs de dernière année du moyen, quitte l'école. Une partie accède à la formation professionnelle, et l'autre tentera de s'insérer dans la vie active, en ayant très peu d'atouts.

Au secondaire, les sorties du système concernent surtout les recalés du baccalauréat qui n'ont pu redoubler. Les taux de succès au baccalauréat se sont longtemps situés à moins de 30% des candidats, avant de remonter sensiblement à partir de 2006, jusqu'à atteindre plus de 53% en 2008. Le nombre des ajournés reste encore supérieur aux capacités de redoublement et d'absorption de la formation professionnelle.

Globalement, une moyenne de 500 000 élèves sort de l'éducation en ne disposant d'aucune qualification qui lui permette, dans le cas de non accès à la formation professionnelle, de s'insérer positivement dans la vie active. **La prise en charge de cette catégorie de personnes, jeunes et démunies de savoir-faire et susceptible de tomber rapidement dans l'analphabétisme, est un défi essentiel en matière d'intégration sociale des jeunes.**

Au niveau de la formation professionnelle, les déperditions se situent essentiellement en cours de formation (abandons) et sont estimées à près de 14% des effectifs en 2006, soit une cinquantaine de milliers de stagiaires. Une amélioration dans la production de diplômés est cependant perceptible sur les dernières années.

L'enseignement supérieur rencontre également un problème de rendement interne qui se manifeste dans une forte rétention des effectifs liée, notamment, aux taux de redoublement élevés dans les tronc communs et une proportion de sortants diplômés par rapport aux effectifs inscrits encore insuffisante (12% en 2007, contre 17 à 20% dans les pays développés).

Améliorer le rendement interne de l'ensemble des segments doit être une préoccupation majeure.

- ❖ **Le rendement externe**, apprécié par rapport à l'utilisation du produit de la formation dans la sphère économique et sociale, est également pro-

blématique. L'absence de relations solides entre les secteurs utilisateurs et formateurs est préjudiciable à la fois aux employeurs qui ne trouvent pas toujours les profils dont ils ont besoin, aux diplômés qui peinent à s'employer et aux institutions de formation qui sont handicapées dans les choix des formations et enseignements à dispenser. Les déséquilibres des effectifs selon les filières, défavorables aux disciplines (scientifiques) les plus porteuses au regard de l'extension rapide de l'économie du savoir, illustrent ce dysfonctionnement.

- ❖ **Le taux d'encadrement pédagogique, sa qualité, parfois fort limitée, et sa motivation** ont constitué une forte contrainte dans le niveau de performances du système. Les mesures prises récemment dans ce cadre (amélioration du niveau de qualification des enseignants, recyclage, amélioration des conditions de vie (accès au crédit pour le logement et le véhicule en particulier) et de rémunération) sont un début et se doivent d'être renforcées. **Réduire les déperditions vers l'extérieur du pays** est un objectif des plus prioritaires.
- ❖ **L'accélération de la modernisation des programmes et des méthodes d'enseignement**, en généralisant plus rapidement le recours aux TIC, est une exigence de ce temps.
- ❖ **Des disparités en matière d'accès** à l'éducation, résultant d'une inégale répartition à la fois quantitative et qualitative des ressources, sont une des caractéristiques contraignantes. L'enseignement supérieur fait en plus face à une certaine dispersion des efforts et des moyens, née d'une couverture géographique étendue.
- ❖ **L'éducation préscolaire**, qui aurait pu impacter positivement le rendement interne du système, n'a pratiquement pas été mise en œuvre.
- ❖ **Les activités de soutien et de médiation**, essentiellement menées en direction des élèves des classes d'examen, gagneraient à être significativement étendues à d'autres catégories souffrant de retards scolaires ou en difficultés.
- ❖ **L'action sociale scolaire** en direction de zones et de catégories de population défavorisées,

Multiforme (fourniture de repas, transport scolaire, hébergement en internat, demi-pension, aide en fournitures scolaires et octroi de bourses), bien qu'en extension, reste de couverture assez modeste.
- ❖ **Les activités culturelles, artistiques, sportives et de loisirs, au bienfait admis sur l'épanouissement de la personnalité et sur l'exercice de la fonction citoyenne, sont peu développées dans les établissements d'enseignement et de formation des trois segments.**
- ❖ **Les résultats atteints ne semblent pas refléter l'effort financier consenti par l'Etat depuis l'indépendance.** Un problème de bonne gouvernance de l'ensemble du système se pose. L'évaluation permanente de l'utilisation des ressources budgétaires allouées et de leurs impacts tant économiques et financiers que sociaux serait de nature à favoriser un-

meilleur développement du secteur.

Cet ensemble de contraintes et limites atteintes par le secteur éducatif dans sa globalité préfigure ce que seront les principaux défis attendus dans ce domaine.

En premier lieu, le **défi est démographique**. La demande en éducation, bien qu'en recul, restera pendant longtemps encore vive.

Le deuxième défi concerne **la capacité du secteur à s'adapter** aux changements multiformes (techniques, scientifiques, économiques, sociaux, culturels,...) qui affecteront inéluctablement son environnement général du fait de l'extension de la mondialisation. Cela exigera notamment une amélioration profonde de la qualité de ses prestations.

Réduire les disparités en matière d'accès au système pour plus d'équité est le troisième défi à relever.

Un dernier défi consistera à **relever significativement le rendement** à la fois interne et externe du système et à rationaliser l'utilisation des ressources allouées. Cela nécessitera plus de bonne gouvernance en particulier. Le système éducatif devrait contribuer, avec d'autres secteurs, à la prise en charge des jeunes qui en ont été sortis sans qualification.

Ces défis, non exhaustifs, sont en fait récurrents et beaucoup d'éléments les composant ont commencé à faire l'objet d'une prise en charge dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du système éducatif.

3.3. Les perspectives

Elles consistent simplement à projeter quelques variables à l'horizon 2025 en vue de situer la tendance générale des problèmes posés. Les données de base proviennent des projections de populations effectuées par l'ONS, qui ont fait l'objet d'un document à part. Les besoins en matière de scolarisation concernent les groupes d'âge des 3 à 4 ans et 6-15 ans et supérieurs à 15 ans. Le tableau ci-après récapitule les projections faites.

Projections de populations scolarisables

Age	2005	2025	variation %	variation absolue	variation moyenne/an en milliers	Poids 2005 %	Poids 2025 %
03/04	1192	1521	27,5	328	16,4	3,6	3,4
6 - 15	6634	7568	14,1	934	46,7	20,2	16,9
>15	23320	33428	43,3	10108	505,4	70,9	74,5
Total	32870	44850	36,4	11980	599,0	100,0	100,0

La population âgée de 03 et 04 ans forme la population susceptible d'être prise en charge par la maternelle. Elle serait de l'ordre du million et demi en 2025.

La population à scolarisation obligatoire (6-15 ans)¹², compte tenu de la baisse continue de la natalité, n'augmenterait en moyenne annuelle que de 47 000 personnes. En fait, l'augmentation devrait se produire en début de période et sera suivie par une baisse en fin de période, ce qui réduira significativement la pression sur le système éducatif et facilitera l'atteinte rapide de l'objectif de scolarisation universelle. L'amélioration de la qualité de l'enseignement sera facilitée.

Par contre, les paliers du secondaire et du supérieur seront plus contraints en raison d'une demande au rythme plus rapide, mais aussi d'une exigence plus relevée d'amélioration de leur rendement.

Conclusion

Le système éducatif a enregistré un développement remarquable au cours des décennies passées, nécessitant des ressources considérables, notamment au cours des dernières années. Des progrès tangibles ont été obtenus, notamment en matière de couverture du territoire national et de scolarisation des filles.

Le système reste cependant peu performant, avec un rendement tant interne qu'externe faible et des disparités d'accès aux structures d'éducation et de formation encore marquées. Les processus de développement s'appuient de plus en plus sur le savoir : de la capacité d'adaptation du système éducatif à ces mutations de l'environnement international dépendra grandement l'insertion du pays dans l'économie globalisée. C'est le plus grand des défis.

4. Le logement

L'apport du secteur de l'habitat à la création nationale de richesses et l'effet d'entraînement que ce secteur peut avoir sur l'économie dans son ensemble sont des éléments admis. En Algérie, le secteur du BTP, dont la composante habitat a toujours été dominante, est depuis une décennie le secteur qui enregistre la plus forte croissance et crée le plus d'emplois, dans un contexte de forte demande sociale liée à l'accroissement démographique et au chômage élevés. En 2007, sa contribution était de 10% au PIB, et il occupait pour près de 18% de l'emploi global.

Le rôle de ce secteur (habitat), à travers le logement, est aussi déterminant dans la constitution et la mobilisation de l'épargne des ménages (le logement sert de refuge de l'épargne privée), donc nationale, et en dernier ressort dans la croissance économique.

L'habitat est également un instrument privilégié de l'aménagement du territoire. Il se présente en effet comme une condition structurante de localisation des populations et des activités.

Son impact sur le bien-être de la population ne l'est pas moins, le logement, produit phare de ce secteur constituant à la fois un bien social essentiel mais aussi un bien économique.

¹² En ne considérant pas de changement à ce niveau.

Un examen rétrospectif de l'évolution du logement en Algérie montre qu'il est un des besoins sociaux qui, structurellement, sont restés passablement satisfaits, n'ayant pas toujours bénéficié de la priorité qu'il fallait.

Dans ce qui suit, cette rétrospective sera examinée sous l'angle de l'évolution du parc de logement et sa situation récente (première section), de son financement et des contraintes et dysfonctionnements rencontrés par le secteur (deuxième section). Une projection des besoins en logements à l'horizon 2025 sera faite dans une troisième section, et une conclusion terminera cette partie du rapport.

4.1. Le logement : évolution et situation récente¹³

A l'indépendance, le parc logements hérité comprenait près de 02 millions d'unités, dont 43,6% avaient été construits avant 1945 et 48,8% réalisés entre 1945 et 1954. Près de 35 000 logements étaient en construction. Jusqu'en 1978, conséquence d'une politique d'investissement de l'Etat dans le secteur peu soutenue, les livraisons¹⁴ de nouveaux logements n'avaient pas dépassé 30 000 unités (un peu plus de 11 000 logements par an en moyenne sur la période). Ce rythme d'accroissement du nombre de logements (un demi point de croissance par an en moyenne) était largement inférieur à celui de la population qui était très rapide (supérieure à 3%). Le déficit commençait à se creuser significativement. Une plus grande priorité à l'habitat est alors accordée par les pouvoirs publics, conduisant à une amélioration relativement importante du nombre de livraisons (une moyenne de 70 000 par an) durant la décennie qui a suivi. En cumulé, sur près de trois décennies, près d'un million de logements nouveaux étaient mis à la disposition de la population qui, dans l'intervalle, s'était agrandie de 2,2 millions de personnes.

Les nouveaux logements étaient localisés pour 45,4% en milieu rural, alors que la population urbaine avait augmenté 2,5 fois plus que celle rurale, conséquence aussi d'un exode rural marqué. Cela semble indiquer que le logement n'a pu constituer un élément suffisant pour stabiliser la population rurale, d'autres besoins (comme l'emploi et d'autres conditions de vie) s'avérant plus pressants. En corollaire, en relation avec la vitesse d'urbanisation, le déficit en logements en milieu urbain, s'ajoutant à des déficits dans d'autres domaines sociaux, prenait une dimension de crise.

Evolution des logements 1962-1990

Période	Urbain	Rural	Total	Moyenne
1962/1966	11453	16870	28323	7000
1967/1977	60210	82400	142606	14000
1978/1990	448875	333539	782414	70000
Total	520538	432809	953347	32800

Source : Ministère de l'habitat.

¹³ La problématique du logement est complexe. Ce travail n'a pas la prétention de la traiter en profondeur. L'objectif poursuivi est d'identifier les principaux éléments susceptibles d'avoir une influence sur les projections de logements.

¹⁴ Les éléments d'analyse sur les livraisons de logement ne portent que sur les programmes publics qui ont toujours été prédominants et pour lesquels l'information est disponible (essentiellement à partir des données du ministère de l'habitat).

La décennie 90, malgré un contexte économique et sécuritaire gravement détériorés en début de période, verra la réalisation de plus de 675 000 logements (pour une moyenne annuelle de 85 000 unités livrées), dont moins d'un tiers en milieu rural. La progression est surtout réalisée sur la période post 93 : une moyenne de 112 000 logements a été livrée entre 1994 et 1998, contre 39 000 entre 1990 et 1993. Le milieu rural a particulièrement souffert de la situation sécuritaire au cours de cette dernière, ne bénéficiant que de 10 000 logements en moyenne annuelle. L'accentuation de l'exode rural induite par le contexte sécuritaire a provoqué un développement sans précédent de l'habitat informel et précaire autour des villes.

La décennie 2000, à l'instar des autres segments du champ social, est marquée par une politique de rattrapage des déficits accumulés lors de la décennie précédente, mobilisant des ressources appréciables, notamment avec le programme PCSC 2005-2009 qui a retenu la réalisation d'un million de logements. Globalement, selon les différents recensements de la population, l'évolution du parc logement depuis l'indépendance est résumée dans le tableau suivant.

Evolution du parc logement 1962 - 2008

	1962	1966	1977	1987	1998	2008
Total logements (milliers)	1 948	2 182	2 579	3 451	5 062	6 748
Dont inoccupés (milliers)		200	280	520	920	1 548
dont inoccupés %		9,2	10,8	15	18,1	22,9
Total logts Occupés (milliers)	1 948	1 982	2 299	3 051	4 142	5 244
Urbain (milliers)	756	775	1 000	1 560	2 510	-
Rural (milliers)	1 192	1 207	1 299	1 491	1 632	-
Logts Urbain / total logements (%)	38,8	39,1	43,5	51,1	60,6	-
dont bidonvilles		204	213	196	250	-
% Bidonvilles		10,3	9,3	6,4	6,1	-
Population totale (milliers)	10 500	12 022	16 948	23 038	29 100	34 800
dont agglomérée (%)	53,2	56,1	61,2	70,8	81,4	87
dont urbaine (%)	28,2	31,4	40	49,7	58,3	63,6*
Ménages (milliers)	1 750	2 031	2 549	3 249	4 422	5776
Personnes / ménage (unités)	6	5,9	6,6	7,1	6,6	5,9
Ménages / logt. (unités)	0,90	1,02	1,11	1,06	1,07	1,11
Personnes / ménage (unités)	6	5,9	6,6	7,1	6,6	5,9
Taux d'occupation (pers./logt)	5,4	6,1	7,4	7,6	7,2	6,7
dont Urbain	3,9	4,9	6,8	7,3	6,9	
dont rural	6,3	6,8	7,8	7,7	7,7	

Source : ONS. *= estimation de l'auteur par reconduction du rapport % population urbaine / % population agglomérée observé en 1998.

Il en ressort principalement les éléments suivants :

- ✚ Le nombre de logements, y compris les logements inoccupés, a été multiplié par 3,5 depuis l'indépendance jusqu'à aujourd'hui. En moyenne annuelle, selon les périodes intercensitaires, le nombre de logements nouveaux a enregistré une tendance régulière à la hausse. Sur la dernière décennie, la variation a été de près de 170 000 logements nouveaux par an.

Variation du parc logement selon les périodes intercensitaires

Période	1966/1977	1977/1987	1987/1998	1998/2008
Variation / an (milliers)	36	87	146	169

Dans le même temps, la population a augmenté un peu moins rapidement, avec un coefficient multiplicateur de 3,3.

- ✚ Le taux d'occupation logement (TOL) en 2008 mesuré par rapport aux logements occupés au moment des recensements, même s'il est inférieur aux TOL des périodes 77/98, est plus élevé que celui de 1966 (6,7 et 6,1 respectivement). En prenant en compte les logements inoccupés, le TOL serait de 5,2 personnes par logement (équivalent à celui de la Tunisie au début des années 2000).
- ✚ Le nombre de logements inoccupés (plus de 1,5 million de logements) sont particulièrement élevés en 2008. Il est possible que, du fait de l'importance des programmes lancés à compter de 2005, les logements en voie de finition ou en voie d'affectation (inclus par définition dans cette catégorie) forment une bonne part de ces logements. Il est certain aussi que des logements finis sont inoccupés pour différentes raisons. C'est le cas de programmes de logements promotionnels (EPLF, OPGI, CNEP, APC) qui n'ont pas trouvé acquéreurs, en particulier pour motifs de prix excessifs et de localisation problématique en terme de conditions de vie. Une des autres raisons résiderait dans le faible développement du marché locatif, consécutif à la réticence des propriétaires de logements dormants à les louer¹⁵, malgré la levée du droit législatif au maintien dans les lieux.
- ✚ La stabilité de l'habitat précaire (bidonvilles), en proportion du parc logement, traduit la difficulté à l'éradiquer. Différents programmes de sa résorption avaient en effet été mis en œuvre, mais le renouvellement de cette composante du parc s'est à chaque fois opéré. Le RGPH de 2008 devrait confirmer cette tendance.
- ✚ Le parc logement est localisé en 1998 pour 60% en milieu urbain, pour un taux d'urbanisation de 58,3%, ce qui donne un TOL dans cette strate inférieur d'un point à celui du milieu rural.
- ✚ En 2000, le ministère de l'habitat avait estimé à 1,5 million le nombre de logements atteints d'un degré de vétusté avancé. Ajouté aux logements inoccupés, cela réduirait considérablement le nombre de loge-

¹⁵ Le DGA de la CNEP avait annoncé que 400 000 logements étaient inoccupés à Alger. El Watan du 17 novembre 2007.

ments assez correctement fonctionnels. Cette donnée devra être prise en considération dans la projection des besoins en logements à terme.

- ✚ En matière de commodités d'habitat, les raccordements des logements aux réseaux sociaux de base ont régulièrement évolué à la hausse, bien que des disparités aient été toujours observées.

En 2006¹⁶, en moyenne, la quasi-totalité des ménages étaient raccordés au réseau électrique, 83,3% l'étaient au réseau d'AEP (le taux variant de 63,9% pour les wilayas de Bouira, BBA, Médéa et Ain Defla, à 96,2% pour BECHAR, Ghardaïa, Naama et Ouargla), et 78,4% bénéficiaient du réseau d'assainissement (le taux le plus faible est de 46,4% à Illizi et Tamanrasset, et le plus élevé est à Alger avec 90,3% de raccordement)

La nature des programmes publics de logement

Après plusieurs expériences menées tout au long des quatre décennies d'indépendances, avec à chaque fois le souci d'adapter l'offre de logements à la demande, actuellement, hors auto-construction, quatre principaux types de programmes publics sont mis en œuvre.

- ✚ **Le logement social locatif** : il est destiné aux ménages à faibles revenus et est de dimension réduite (moins de 53m², de type F2 ou F3). Financé sur ressources budgétaires, la maîtrise d'ouvrage est assurée par les OPGI et la gestion financière par la Caisse Nationale du Logement (CNL). Les coûts de construction, incluant les VRD, sont fixés par les pouvoirs publics. Sa cessibilité est possible.
- ✚ **Le logement en location-vente** : Deux formules sont pratiquées.
 - la formule AADL¹⁷: le programme est assuré par des prêts du Trésor à long terme, sans intérêt. Il bénéficie aussi de la gratuité du foncier et du financement total des VRD sur ressources budgétaires. De type F3 ou F4, les logements ont une surface moyenne respective de 70 et 85 m². Le coût de construction est aussi fixé par l'Administration.
 - La formule CNEP-Banque : de même nature que le précédent (surface et coût), le financement de ce programme est assuré par la CNEP qui le pilote. Il bénéficie également i) de la mise à disposition par l'Etat du foncier, avec un abattement sur les prix pouvant atteindre 80%, ii) du financement total des VRD sur ressources budgétaires, et iii) d'une bonification des taux d'intérêt, se traduisant par une charge sur les acquéreurs de 1 et 2% selon les types de logement (F3 ou F4).
 - La contribution de l'Etat s'effectue à travers le fonds « Location-vente » dont l'ordonnateur est le ministère des Finances.
- ✚ **Le logement social participatif (LSP)** : cette formule repose sur le principe d'une aide frontale et directe de l'Etat qui varie de 400 000 à

¹⁶ MICS3 Algérie 2006. Enquête nationale à indicateurs multiples. Ministère de la Santé et ONS. Système des Nations Unies. Résultats préliminaires.

¹⁷ Du nom de l'Agence qui le gère, l'Agence pour l'Amélioration et le Développement du Logement.

500 000 DA selon le revenu du ménage qui ne doit pas dépasser 5 fois le SNMG. Elle est destinée aux ménages dits à revenus intermédiaires qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de logements sociaux locatifs, mais qui, en même temps, ne disposent pas de suffisamment de ressources pour acquérir un logement, y compris à travers un crédit bancaire. Le complément de financement est apporté par le bénéficiaire soit sous forme d'apport personnel, soit sous forme de crédit bancaire. Le coût du logement est plafonné à 04 fois le plafond de l'aide de l'Etat. Le promoteur choisi par le bénéficiaire peut solliciter l'acquisition d'un terrain du domaine privé de l'Etat, avec un abattement de 80% sur son prix. Les fonds de soutien sont versés dans un fonds spécial – le FONAL – et gérés par la CNL.

- ✚ **Le logement rural** : La formule est similaire à celle du LSP et concerne le monde rural. La possibilité de financer des travaux d'aménagement et d'extension, pour un montant forfaitaire unique de 250 000 DA, est également permise par cette formule.

4.2. Le financement du logement et ses contraintes

Globalement, le financement du logement a toujours fait l'objet d'une prise en charge majoritaire par l'Etat, même si cela s'est fait selon différentes modalités définies et mises en œuvre en fonction des conjonctures. En général, trois types d'interventions sont opérées : par la construction de logements (sociaux), par la bonification de taux d'intérêt et par des subventions sur le foncier (y compris sa viabilisation).

L'Etat finance également un certain nombre de programmes relatifs à l'aménagement urbain. Il s'agit i) des études concernant les instruments d'urbanisme, ainsi que d'opérations d'intervention sur le tissu urbain, ii) du financement des réseaux d'électrification et de distribution de gaz par canalisations, iii) de la réalisation, l'extension, la réhabilitation et la rénovation des réseaux d'alimentation en eau potable et d'assainissement, et iv) de la protection de l'environnement (collecte et élimination des déchets solides urbains).

La prédominance de l'Etat est également étendue à la propriété publique des assiettes foncières susceptibles de recevoir les programmes de construction des logements et à l'aménagement foncier.

Ces interventions mobilisent des sommes importantes, et en augmentation avec la demande sociale. A titre d'illustration, selon la CNL, le volume des ressources dégagées par l'Etat a été multiplié par trois entre 2002 et 2007 (50 milliards DA en 2002 et 150 milliards en 2007).

La contribution de l'Etat à la production de logements et à l'amélioration des conditions d'habitat est aussi tangible. Malgré l'obtention de résultats relativement positifs, comme l'a montré la tendance à la hausse du nombre de logements construits annuellement signalée ci-dessus, cette politique publique présente quelques limites dont, en particulier :

- La concentration de l'essentiel des efforts financiers publics sur un seul segment de l'offre de logements (le logement social) ;
- Des engagements financiers de l'Etat de plus en plus lourds, ce qui peut poser la question de leur pérennité ;
- L'inefficacité du ciblage dans les catégories sociales éligibles au logement social. De même, les modalités d'attribution des logements construits, malgré l'expérimentation de plusieurs formules, ont toujours fait l'objet de contestation sociale et constitué un motif de délégitimation de l'action de l'Etat ;
- La faible prise en charge de la question de l'habitat en tant que cadre de vie. Le cadre bâti suit une tendance de dégradation marquée, liée à l'âge avancé d'une partie importante du parc et à une quasi-démision des institutions et organismes publics et privés (propriétaires ou locataires) en matière de maintenance, en particulier depuis la cession des biens de l'Etat ;
- L'inadéquation des résultats par rapport aux efforts consentis.

Mais fondamentalement, c'est le retour de l'Etat dans le rôle de producteur de logements et de bailleur de fonds principal qui semble le facteur aggravant des dysfonctionnements observés. Le quasi-monopole sur le foncier, dans un contexte de forte demande et d'offre limitée, mais aussi de faiblesse des instruments d'urbanisation, à l'instar de l'expérience vécue lors de la période de gestion administrée de l'économie, ne peut que générer de l'inefficacité et des surcoûts, en ne favorisant pas une utilisation optimale des ressources publiques.

Certes, le rôle de l'Etat dans la prise en charge des problèmes sociaux de la population est une pratique courante, y compris dans les économies les plus libérales, et nécessaire aussi en Algérie. Il reste néanmoins que, en cohérence avec toutes les réformes déjà engagées dans le sens d'accorder plus de place au marché dans l'économie, une plus grande association du secteur privé, dans un cadre transparent, pourrait permettre de mieux répondre aux besoins en logements par le développement de plus de concurrence et une plus grande mobilisation de l'énorme épargne nationale non utilisée¹⁸.

La problématique du logement intègre à la fois une dimension offre et une dimension demande. L'offre de logements est contrainte par la disponibilité limitée du foncier urbanisable, par l'implication très timide du système bancaire dans le financement (en dépit de dispositions prises pour le faire participer davantage (comme la création de sociétés spécialisées, la Société de Refinancement Hypothécaire – SRH- et la Caisse de garantie du crédit hypothécaire – CGCH), ainsi que par la faiblesse de l'outil de réalisation¹⁹ qui ne s'est pas avantageusement redéployé depuis la restructuration des entreprises publiques, laquelle avait aussi érodé le potentiel technique de la main d'oeuvre ; ce qui a justifié le recours plus accru aux entreprises étrangères dans la réalisation des grands chantiers de logement du PCSC. La faiblesse de l'offre par

¹⁸ En 2007, alors que le taux d'investissement était estimé à 25% du PIB, le taux d'épargne nationale s'élevait à plus du double. Un quart du PIB en terme d'épargne n'est ainsi pas mobilisé en apparence.

¹⁹ Selon une déclaration qu'aurait faite le ministre de l'habitat, « sur 26 000 entreprises du secteur, seules 309 seraient hautement qualifiées (à peine 1%), 16 000 auraient des capacités juste pour réaliser un F+4 ».

rapport à un déficit structurel en logements, aggravé par une croissance encore vive de la population, a conduit ces dernières années à une explosion du prix des logements en milieu urbain.

Du côté de la demande de logements, en dépit d'une amélioration du niveau de vie général, la capacité financière des ménages autres que les plus aisés d'entre eux reste insuffisante devant le niveau du prix du logement atteint (en acquisition ou en location). Les dispositions prises pour faciliter l'accès au crédit, dont le coût élevé est aussi une variable contraignante, en sont devenues inopérantes. Le niveau de solvabilité des ménages, facteur stimulant de l'investissement, semble ne pas jouer ce rôle, influant plutôt négativement sur l'offre : le problème du logement est aussi un problème d'accessibilité.

Un cercle vicieux semble se mettre ainsi en place. Une porte de sortie est la baisse significative du prix du logement à un niveau qui favorise la solvabilité d'un volant plus large de la demande, avec ce que cela implique dans toute la chaîne de production du logement, en amont et en aval. Cela signifie simplement, in fine, une véritable réforme en profondeur du secteur de l'habitat qui, plus est, devrait s'inscrire dans une stratégie de développement national tout aussi nécessaire à définir.

C'est le grand défi à venir.

4.3. Défis et perspectives

Le secteur du logement est en crise structurelle qui se manifeste aussi bien du côté de l'offre que du côté de la demande.

- La stimulation de l'offre de logements nécessite d'abord **l'amélioration de l'efficacité des instruments de planification et de gestion urbaine** (PDAU et POS), dont le rôle est, notamment, de donner i) une visibilité sur les secteurs urbanisés, à urbaniser, d'urbanisation future et non urbanisables, ii) de définir l'extension urbaine, la localisation des services et des activités, la nature et l'implantation des grands équipements et infrastructures, iii) de déterminer les zones d'intervention urbaine et les zones à protéger (sites historiques, forêts, terres agricoles, littoral). La question du foncier, considéré comme le premier facteur inhibant de la production de logements, y trouvera sa solution C'est un premier grand défi.
- **Le développement des marchés immobilier, foncier et locatif**, associé à une maîtrise des coûts de la construction, agira positivement sur l'offre de logements et en facilitera l'accessibilité. C'est une autre grande préoccupation à prendre en charge prioritairement.
- **Le financement du logement par le crédit immobilier** devrait occuper une plus grande place et pourrait contribuer davantage à la mobilisation de l'épargne nationale.
- Les programmes publics de logement resteront encore importants. **La question de la transparence et de l'efficacité des modalités de leur at-**

tribution, notamment au profit des couches les plus démunies, est cruciale, et devrait faire l'objet de la plus grande attention. **L'enjeu est de crédibiliser davantage l'action de l'Etat** dans ce domaine et, partant, dans toutes ses interventions.

- **L'amélioration du cadre de vie**, qui avait déjà mobilisé des ressources importantes, reste une finalité à renforcer.

Cet ensemble de défis, non exhaustifs, constitue une composante essentielle d'une réforme structurelle du secteur du logement.

4.4. Projection de logements

Les données de la projection

- Année de base: 2008.
- Parc logement année de base : 6 748 milliers de logements.
- Population en 2025 ; 44 850 milliers de personnes

Les hypothèses :

- Les logements inoccupés en 2008 sont intégrés au parc de base. L'exercice s'effectuant sur le long terme, les aspects de politique et de gestion du logement, comme cette question des logements inoccupés, peuvent ne pas être pris en compte²⁰ à ce niveau. Le TOL pris en considération est donc celui mesuré par rapport au parc logement dans sa **totalité**. Il était de 5,7 et 5,2 personnes/logement respectivement en 1998 et 2008, en diminution de 1,08% par an.
- Deux variantes sont proposées. i) La première fait recours au TOL pour projeter les besoins en logements par prolongement de la tendance observée sur la décennie 1998/2008. L'hypothèse n'est pas forte car l'amélioration significative des performances actuelles est une exigence ; ii) la seconde tient compte de la projection du nombre de ménages réalisée par l'ONS²¹ en faisant l'hypothèse d'un ménage dans chaque logement.

Les résultats de la projection :

1^{ère} variante

Besoins en logements à l'horizon 2025

	2008	2025	Variation absolue	Variation relative %
Population en milliers	34800	44850	10050	28,9
Logements en milliers	6748	10460	3712	55,0
TOL (unité)	5,2	4,3		

En 2025, pour un taux d'occupation logement qui se situerait à 4,3 personnes par logement, le parc logement devrait être composé de 10,46 millions unités,

²⁰ Il est possible de faire deux variantes selon que les logements inoccupés soient considérés ou non. L'utilité de multiplier les hypothèses n'est pas forte.

²¹ Pour plus de détails, voir Projection des ménages à l'horizon 2030. Collections Statistiques N° 118. ONS. Janvier 2005.

nécessitant la construction de 3,712 millions d'unités supplémentaires par rapport à 2008, soit un accroissement du nombre de logements de 55%.

Ce parc additionnel devrait comprendre les logements induits par l'augmentation de la population estimée à 10,05 millions de personnes. Avec un TOL de 4,3, leur nombre serait de 2 237 000 unités (60% de la demande. Le reste regrouperait les autres catégories de logements à renouveler (précaires et vétustes) et le déficit initial.

L'hypothèse d'intégrer les logements inoccupés dans la mesure du TOL peut paraître optimiste parce que cela suppose que les conditions qui ont créé cette situation sont levées (par exemple le développement d'un marché locatif dynamique). Sur une période de 17 ans, si la volonté y est, l'hypothèse pourra se vérifier. Le rythme de construction induit par cette variante (218 000 logements par an, soit une production supérieure de 30% à celle observée entre 1998 et 2008) semble soutenable à terme.

2^{ème} variante

L'ONS reste quatre variantes dans ses projections, liées à la période de référence dans l'extrapolation du nombre de ménages: i) reconduction de la situation de base (année 2000) ; ii) tendance 66/77 privilégiée ; iii) tendance 77/87 et iv) tendance 1066/1998. Nous ne retenons ici que celle qui se rapporte à la tendance observée sur la période 1987/1998 (les données y sont les plus récentes).

L'ONS évalue en 2025 le nombre de ménages à 10,8 millions d'unités, équivalent par hypothèse (un ménage = un logement) au nombre de logements.

L'écart entre les résultats des deux variantes (3,2%) est probablement un peu plus prononcé l'ONS a travaillé sur une autre hypothèse d'évolution de la population (hypothèse probable).

Conclusion

Le secteur du logement, avec l'emploi, est la plus grande préoccupation des Algériens. Malgré les considérables ressources budgétaires régulièrement mobilisées pour réduire de son acuité et les progrès indéniables accomplis dans la satisfaction de ce besoin social, surtout au cours de la dernière décennie, sa situation est toujours considérée en crise. Le dépassement de cette crise nécessite des actions multiformes et interdépendantes. Une réforme structurelle globale, cohérente et empreinte de bonne gouvernance pourrait être la voie stratégique pour réaliser ce dépassement.

5. La demande d'emploi ou population active

La question de l'emploi (et du chômage) a fait l'objet d'un thème à part. Cette partie du rapport se limitera à la présentation des projections effectuées.

Les données de la projection : elles concernent la population active et les taux d'activité, par sexe et total, en année de base 2005, ainsi que la projection de la population totale à l'horizon 2025, par sexe. Les taux d'activité de l'année

de base sont trop bas comparativement à ceux de pays à développement similaire. Les taux projetés le seront également²².

	Population active 2005	Taux d'activité 2005
Masculin	8027	48,34
Féminin	1435	8,82
Ensemble	9461	28,78

5.1. Les hypothèses

La projection de la population active est effectuée par projection des taux d'activité²³ selon le sexe. Les hypothèses prises sont les suivantes :

- ✚ les taux d'activité masculins pour les moins de 24 ans baisseraient selon les tendances constatées durant les années antérieures sous l'effet de la progression de la scolarité et seraient constants pour les plus de 25 ans.
- ✚ En ce qui concerne les femmes, il a été supposé, comme pour les jeunes hommes, que les taux d'activité pour les moins de 24 ans allaient baisser selon la tendance constatée durant les années antérieures ; cependant, pour les plus de 25 ans, les tendances passées seraient reconduites. Cela tient à leur faible activité actuelle qui certainement s'amplifiera à l'avenir.

5.2. Résultat de la projection

A l'horizon 2025, les taux d'activité évolueraient de la façon suivante.

Evolution du taux d'activité globale selon le sexe

	2005	2010	2015	2020	2025
SM	48,3	50,7	51,1	50,4	49,6
SF	8,8	11,1	13,5	16,1	18,9
Ensemble	28,8	31,1	32,5	33,4	34,5

Le taux d'activité d'ensemble progresserait lentement (de moins de 6 points de pourcentage). Cette progression est l'effet de l'évolution différenciée des taux d'activité masculin et féminin. Pour les hommes, le taux d'activité augmenterait légèrement (de moins de trois points au plus sur la période par rapport à la situation initiale) en raison d'un effet structure de la population (sans cet effet, il baisserait certainement par hypothèse). Par contre, le taux d'activité féminin devrait sensiblement s'accroître (de 10 points de pourcentage sur toute la période). En valeur absolue, la population active devrait atteindre en 2025 près de 15,5 millions de personnes actives, en augmentation de près de 6 millions de personnes par rapport à 2005. Cela correspondrait à une arrivée sur cette période de près de 300 000 nouveaux demandeurs d'emploi sur le marché du travail (ou à un taux d'accroissement de 2,5% par an), dont 46% seraient de sexe féminin. La participation des femmes à l'activité devrait ainsi

²² Cette situation, telle qu'analysée dans le rapport relatif au thème sur l'emploi, serait surtout d'ordre statistique.

²³ Les taux d'activité analysés dans ce travail sont rapportés à la population totale et non à la population âgée de 16 ans et plus.

se renforcer : leur poids dans la population active s'élèverait de 12 points de pourcentage, pour se situer en 2025 à 27%.

	Popula- tion active 2005	Popula- tion active 2025	variation/ an%	Structure 2025	Structure 2005	variation absolue/ an 10 ³	Struc- ture des varia- tions absolues %
M	8027	11261	1,7	73	84,8	161,7	54,0
F	1435	4188	5,5	27	15,2	137,65	46,0
Ensemble	9461	15449	2,5	100	100	299,4	100

En reprenant le rapport sur l'emploi cité plus haut, une réduction de moitié du taux de chômage de 2007²⁴ à l'horizon 2025, il faudra créer 320 000 emplois en moyenne annuelle ou 5,8 millions sur toute la période (soit un rythme annuel de 2,9%). Avec une hypothèse d'amélioration de la productivité du travail de 0,5 % par an, le PIB devrait croître de 3.4% par an sur la période.

Cet ordre de grandeur, sous les hypothèses faites, relativise fortement l'objectif d'une croissance à 2 chiffres que l'on avance souvent comme nécessaire pour arriver à faire baisser significativement le chômage. Cet exercice ne prend pas en compte évidemment la qualité des emplois à créer, et qui devrait nécessairement s'améliorer.

²⁴ Il est de 13,8% selon l'enquête emploi 2007 de l'ONS.

6. Conclusion générale et principaux défis identifiés

Avec plus de quatre décennies de développement, la situation économique et sociale des Algériens a fait des progrès indéniables au niveau d'ensemble. La quasi-totalité des indicateurs de développement humain ont significativement progressé et il n'est pas utile à ce niveau de reprendre tous les éléments d'analyse développés dans ce document pour le montrer. Par contre, reprendre sous forme de synthèse les principaux défis identifiés et conclusions tirées peut s'avérer plus utile.

Une première conclusion tirée est relative **au rôle d'Etat-providence** « de l'Etat ». Dans tous les segments du champ social (démographie, santé, éducation, logement et emploi), l'intervention de l'Etat a toujours été déterminante dans la prise en charge des besoins. Les limites de cette intervention se situent à trois niveaux : la durabilité du financement budgétaire (non assurée, alors que les besoins sont en constante augmentation), l'efficacité de la gestion du système de protection sociale (de plus en plus complexe) et de l'évaluation des impacts (absence d'instruments performants). Ces limites constituent autant de défis que devra relever à l'avenir le système de protection sociale et ce, d'autant que le niveau de la demande sociale restera élevé en raison de la persistance sur le long terme d'un rythme de croissance démographique encore relativement rapide (bien qu'en recul). **Un rôle plus accru des autres agents économiques devrait favoriser plus de solidarité nationale dans la prise en charge des problèmes sociaux.**

La deuxième conclusion a trait aux **disparités en matière d'accès à tous les services sociaux de base**. Les réduire, sinon les éliminer est un objectif récurrent. Cela passe par des actions ciblées sur les régions et les catégories de population les plus défavorisées. Une priorité absolue devrait, à ce titre, être accordée aux problèmes de la jeunesse.

Un troisième constat préoccupant est d'ordre davantage économique. Il concerne la **dépendance des hydrocarbures de plus en plus accentuée de l'économie** (et en corollaire du système de protection sociale). La diversification de l'économie, toujours affichée mais jamais réellement concrétisée, est une voie des plus stratégiques. De nouveaux paradigmes comme **l'économie fondée sur la connaissance** s'imposent de plus en plus comme vecteur de développement et les retards pris dans l'intégration à ce processus seront de plus en plus difficiles à résorber. **Le rôle que devra jouer le système éducatif** à ce niveau est capital. L'intervention de l'Etat, dont la participation au développement économique et social sera toujours nécessaire et décisive, doit évoluer dans ses modalités et s'adapter aux mutations internes et externes, en favorisant **l'émergence ou la consolidation de pratiques de bonne gouvernance**.

Ce sont là quelques défis essentiels à prendre en compte dans l'évolution du système de protection sociale.