جامـــــعة وهـــران 2

كلية العلـــوم الاجتماعية

أطروحـــة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم

في الديموغرافيا

مكانيـــــة انتقاليـــــة الخصوبـــــــة فـــي الجزائـــــر

مقدمة و مناقشة علنا من طرف

السيد(ة): بولفضاوي فاطمة الزهراء

أمام لجنـــة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبـــــة	المؤسسة الأصلـــية	الصـــفة
صالحي محمد	أستاذ	جامعة وهران 2	رئيـــسا
لوادي الطيب	أستـــاذ	جامعة وهران 2	مقـــررا، ومشرفا
حمزة شريف علي	أستاذ	جامعة تلمسان	مناقشا
حفاظ الطاهر	أستاذ	جامعة باتنة	مناقشا
مهدي العربي	أستاذ	جامعة تيارت	مناقشا
بن عبد الله فتيحة	أستاذ محاضر –أ–	جامعة وهران 2	مناقشة

السنة: 2017/2016

إهـــــــــــــــــــــــداء

إلى روح أخي الغالية،

إلى والدي أطال الله في عمريهما،

إلى زوجي اعترافا منّي بفضله عليّ،

إلى عائلتي التّي كانت و لازالت عونا لي،

إلى كل من يزال بجانبي ، يترقب نجاحي و تقدّمي،

لكم جميعا أهدي ثمرة جهدي مع فائق المحبّة و الاحترام و العرفان.

شكـــــــــــــر و عرفـــــــــــــان

بعد الحمد لله الواحد الأحد و الصّلاة و السّلام على نبيّه الحبيب المصطفى، لا يسعني إلاّ أن أتقدّم بجزيل شكري و امتناني لأستاذي و مشرفي الدكتور لوادي الطيب، لتفضله بالإشراف على رسالتي هذه ، و لما أبداه من الجهد و التوجيه الدائم لي طيلة عملي في الرسالة، كما أتقدّم بالشكر الجزيل للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة بقبولهم مناقشة رسالتي المتواضعة.

كما لا يسعني إلاّ أن أتقدّم بعظيم الامتنان و العرفان إلى الأستاذ القدير الدكتور صالحي محمد ، و جميع أساتذة معهد الديموغرافيا دون استثناء لما قدّموه لي و لغيري من التكوين الأوّلي في علم الديموغرافيا.

و الشكر الموصول أيضا لكل الزملاء و الزميلات ، الباحثين و الباحثات في المركز الوطني للبحث في الانثروبولوجيا الاجتماعية و الثقافية لكل ما أبدوه من ملاحظات و توجيهات أثناء عملي في هذه الرسالة.

قائمة الأشكال

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
01	المحددات الوسطية للخصوبة	36
02	مخطط المتغيرات المباشرة و غير المباشرة و كيفية تداخلها مع المتغير التابع	48
03	الشكل العام لنموذج الانتقال الديموغرافي	76
04	معدلات الخصوبة في البلدان العربية من 1980 إلى 2025.	83
05	تطور معدل النمو الطبيعي في الجزائر	84
06	تطور المعدل النوعي لسكان الجزائر بين الفترات التعدادية 1966-2008.	87
07	تطور تركيبة سكان الجزائر من 1966 إلى 2008.	90
08	تطور نسبة سكان الجزائر حسب الجنس و فئات السن من 1966 إلى 2008.	91
09	تطور معدلات الوفيات الخامة من 1970 إلى 2001.	93
10	تطور أمل الحياة عند الولادة من 1970 إلى 2008.	94
11	نهاية التحول الديموغرافي في الجزائر؟	99
12	تطور معدل الخصوبة العامة من 1970 إلى 2008.	104
13	تطور معدل الخصوبة العامة حسب فئات السن من 1977 إلى 2014.	105
14	تطور الخلف النهائي من 1966 إلى 2014.	107
15	تطور معدل الخصوبة العام حسب الفئة العمرية و حسب مكان الإقامة.	110
16	تطور متوسط السن عند الزواج الأول من 1966 إلى 2008.	111
17	نسبة النساء في سن الإنجاب حسب المستوى التعليمي و مكان الإقامة، 2006.	113
18	توزيع معدل الخصوبة الكلي حسب المستوى التعليمي.	114
19	تطور معدل وفيات الأطفال الرضع و الأقل من خمسة سنوات حسب مكان الإقامة، 1992، 2002	115
20	شمولية تلقيح الأطفال (12-23 شهرا) حسب مكان الإقامة، 1992، 2002.	115

21	تطور شمولية وسائل منع الحمل (حديثة و تقليدية) حسب مكان الإقامة من 1970 إلى 2002.	117
22	تطور شمولية وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي ، 1992 ، 2002	118
23	تطور معدل عمل المرأة حسب مكان الإقامة من 1970 إلى 2011.	120
24	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مكان الإقامة من 1998 إلى 2012.	121
25	تطور معدل الخصوبة الكلية حسب فئات العمر و مكان الإقامة (2001-2013).	122
26	مخطط يمثل التنظيم المؤسساتي للسياسة السكانية في الجزائر.	131
27	مخطط التحليل العاملي.	147
28	رسم بياني يمثل قيم الجذور الكامنة لكل عامل (ACP).	152
29	منحنى المكونات الرئيسية في الفضاء بعد الدوران.	153
30	التوزيع المكاني لمستويات الخصوبة حسب المحاور العاملية الرئيسية.	156
31	التوزيع المكاني لمعدلات الخصوبة حسب فئات السن لسنة 2008.	157
32	التغيرات المكانية و الزمنية للمؤشر التركيبي للخصوبة بين 1998 و 2008.	158
33	توزيع المعدل الخام للمواليد حسب الولايات لسنة 2008.	161
34	توزيع متوسط السن عند الزواج الأول حسب الولايات لسنة 2008.	162
35	تطور التركيبة العمرية للولادات الحية حسب مدّة الزواج في الفترة ما بين 1998 و 2008.	164
36	نسب النساء المتزوجات قبل بلوغهن سن 18 سنة حسب المناطق الجغرافية للجزائر (2012-2013).	164
37	نسب النساء المتزوجات قبل بلوغهن سن 18 سنة حسب المستوى التعليمي (2012-2013).	165
38	التوزيع المكاني لنسب تعدد الزواج ما بين (2012-2013).	166
39	التوزيع المكاني لنسب تعدد الزواج حسب الفئات العمرية للنساء في سن الإنجاب (2012-2013).	167

40	نسب استعمال وساءل منع الحمل (حديثة و تقليدية) حسب الفئات العمرية (2012-2013).	168
41	نسب استعمال وسائل منع الحمل (حديثة و تقليدية) حسب عدد الأطفال (2012-2013).	169
42	تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع و الأقل من خمسة سنوات (1998-2012).	170
43	التوزيع المكاني لمعدلات وفيات الأطفال الرضع و الأقل من خمسة سنوات (2012-2013).	171
44	التوزيع المكاني لنسب النساء البالغات 15 سنة فما فوق و المتحصلات على مستوى جامعي بين مختلف مناطق الجزائر (2008).	172
45	التوزيع المكاني لنسب النساء الناشطات و الماكثات في البيت ، البالغات 15 سنة فما فوق بين مختلف مناطق الجزائر (2008).	174
46	التوزيع المكاني لنسب النساء الناشطات و الماكثات في البيت ، البالغات 15 سنة فما فوق حسب مستوى الخصوبة، (2008).	175
47	التوزيع المكاني لاتجاه الخصوبة ما بين 1987-2008.	179
48	النموذج الأول لانتقالية الخصوبة في الجزائر.	180
49	النموذج الثاني لانتقالية الخصوبة في الجزائر.	180
50	النموذج الثالث لانتقالية الخصوبة في الجزائر.	181

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	معدل الخصوبة في البلدان العربية من 1980 إلى 2025.	192
02	تطور المعدل النوعي لسكان الجزائر بين الفترات التعدادية 1966-2008.	193
03	تطور نمو سكان الجزائر بين الفترات التعدادية 1966-2008.	193
04	تطور سكان الجزائر حسب السن و النوع بين الفترات التعدادية 1966-2008.	193
05	نسب سكان الجزائريين حسب اكبر فئات السن بين الفترات التعدادية 1966-2008.	194
06	تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر ما بين 1970 و 2008.	195
07	تطور المعدلات الخامة للمواليد و الوفيات بين الفترات التعدادية 1966-2008.	195
08	تطور معدل الخصوبة العام من 1970 إلى 2008.	197
09	تطور معدل الخصوبة العام حسب فئات السن في الجزائر من 1977 إلى 2014.	199
10	تطور الخلف النهائي في الجزائر ما بين 1977-2014.	200
11	تطور متوسط السن عند الزواج الأول بين 1966-2008.	201
12	تطور متوسط السن عند الزواج الأول حسب مكان الإقامة من 1977إلى 2008.	201
13	نسب النساء في سن الإنجاب حسب المستوى التعليمي و مكان الإقامة لسنة 2006.	202
14	توزيع معدل الخصوبة الكلي حسب المستوى التعليمي لسنة 2008.	202
15	تطور معدل وفيات الأطفال الرضع و الأقل من خمسة سنوات حسب مكان الإقامة و النوع من 1992 إلى 2002.	203

16	تطور شمولية التلقيح حسب مكان الإقامة لسنتي 1992 و 2012.	203
17	تطور شمولية وسائل منع الحمل (الحديثة و التقليدية) حسب مكان الإقامة من 1970 إلى 2002.	204
18	تطور شمولية وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لسنتي 1992-2002.	204
19	تطور معدل العمل لدى النساء (15-60 سنة) حسب مكان الإقامة من 1966 إلى 2011.	205
20	دراسة التشتت للمتغيرات الأولية ببرنامج .SPSS	206
21	مؤشرKMO و اختبار Bartlett	207
22	نوعية التمثيل للمتغيرات الأولية.	207
23	التباين التفسيري أو العطالة الكلية.	208
24	مصفوفة المكونات الرئيسية قبل التدوير.	209
25	مصفوفة المكونات الرئيسية بعد التدوير.	210
26	التوزيع المكاني لولايات الجزائر حسب المحاور الرئيسية الثلاثة.	211
27	التوزيع المكاني لمستويات الخصوبة ما بين 1987 و 2008.	213
أ	التغيرات المكانية و الزمنية لمعدلات الخصوبة حسب فئات السن وبعض الولايات ما بين 1998-2008.	159
ب	التغيرات المكانية و الزمنية لمعدلات الخصوبة حسب فئات السن وبعض الولايات ما بين 1998-2008.	160

الفهـــــــرس

العنوان	الصفحة
إهداء	02
شكر و عرفان	03
قائمة الاشكال	04
قائمة الجداول	07
تقديـــــــم عـــــــام	13
الفصـــــل الأول: الخلفية النظرية و الاطار المنهجي للدراسة	33
مقدمـــة الفصل	34
1. الخلفية النظرية	34
أ. المتغيرات الوسطية للخصوبة	35
ب.المتغيرات المستقلة للخصوبة	41
2. الجانب المنهجي	49
3. المجال المكاني و الزمني للدراسة	57
4. تحديد مفاهيم الدراسة	57
5. المؤشرات الخاصة بقياس الخصوبة	61
خاتمة الفصل	64
الفصـــــل الثاني: ملامح التحول الديموغرافي	66
مقدمـــة الفصل	67
1. تطور الفكر السكاني	68
2. مفهوم نظرية التحول الديموغرافي	72
3. مراحل التحول الديموغرافي	75
4. التحول الديموغرافي في اوروبا	76

5. التحول الديموغرافي في الدول العربية 79
6. التحول الديموغرافي في الجزائر 84
1.6. تطور سكان الجزائر 84
1.1.6. التركيب السكاني في الجزائر 85
أ. التركيب النوعي 85
ب. التركيب العمري 88
2.1.6. العوامل المؤثرة في تغيير ملمح التركيب السكاني في الجزائر 92
أ. انخفاض معدلات الوفاة 92
ب. تقليص الفارق لأمل الحياة عند الولادة لدى الجنسين 93
ت. آلية التحول الديموغرافي في الجزائر 95
خاتمـــة الفصل 100
الفصل الثالـــث: الخصوبة في الجزائر من الانخفاض إلى الارتفاع 102
مقدمـــة الفصل 103
1. تطور الخصوبة في الجزائر 104
1.1.معدل الخصوبة العام 104
2.1. معدل الخصوبة العام حسب فئات السن 105
3.1. المؤشر التركيبي للخصوبة 107
4.1. المدن و الأرياف الجزائرية: من خصوبة متفاوتة إلى خصوبة متقاربة 109
5.1.تطور محددات الخصوبة : سلوك إنجابي يؤول إلى التقارب بين نساء الريف ونساء المدينة 111
أ. السن عند الزواج الأول 111
ب. المستوى التعليمي 113
ت. وفيات الاطفال الرضع و الأمهات 114
ث. استعمال موانع الحمل 117
ج. التباين الجغرافي لعمل المرأة ليس هاجسا أمام تغير السلوك الانجابي 120

2. الخصوبة و الأسرة: تحولات الانماط الاسرية و الادوار الاجتماعية 123
3. أثر السياسة السكانية في اتجاه الخصوبة في الجزائر 126
1.3. مفهوم السياسة السكانية 127
2.3. التنظيم المؤسساتي للسياسة السكانية في الجزائر 128
3.3. السياسة السكانية في الجزائر من الاحتشام على العلنية النسبية 132
خاتمـــة الفصل 136
الفصل الرابع: التحليل المكاني لانتقالية الخصوبة في الجزائر 137
مقدمة الفصل 138
1. منهجية التحليل 139
أ. مصادر المعطيات الاحصائية 139
ب. اختيار المتغيرات السوسيو-اقتصادية و الثقافية حسب كل ولاية لسنة 2008 141
ت. مجتمع الدراسة 144
ث. تطبيق تحليل المكونات الرئيسية بنظام SPSS. 146
2. النتائج و تحليل المعلومات 149
3. التحليل المكاني للعوامل الرئيسية في تفسير تباين الخصوبة 153
أ. التمايز المكاني للتركيبة العمرية لمعدلات الخصوبة 155
ب.التمايز المكاني لظاهرة الولادة 159
ت.التمايز المكاني لولوج سوق الزواج 160
ث.التمايز المكاني لاستعمال وسائل تنظيم الاسرة 166
ج. التمايز المكاني لوفيات الأطفال الرضع و القل من خمسة سنوات 168
ح. الفوارق المكانية للمستوى التعليمي 170
خ. الفوارق المكانية لوضعية المرأة 171
د. الفوارق المكانية لانتقالية الخصوبة في الجزائر 175
خاتمـــــة الفصل 180
الخاتمـــــــــة العامـــــة 182

الملاحق 189
المراجع 214

تقديـــــــــــــم عـــــــــــــام:

قبل التعرض لدراسة ظاهرة الخصوبة الأكثر شيوعا بين جل الباحثين في علم الاجتماع والديموغرافية ، يجب علينا التنويه إلى إبراز الفرق بين كل من مصطلحي الخصوبة الفعلية (fécondité/fertility)، و الخصوبة الطبيعية أو الكامنة (fertilité/fecundity)، فالاختلاف هنا يكمن في ترجمة المصطلح إلى كل من اللغة الفرنسية و اللغة الانجليزية ، بحيث يتعاكس مفهوم كليهما .

فالمفهوم الأول يعني الإنجاب "بالفعل"، بينما الثاني فيشير إلى الإنجاب "بالقوّة"، كما يفسّره عبد العاطي السيد في كتابه علم اجتماع السكان" ...، ***يتعين علينا أن نفرق بين الخصوبة كعملية تشير إلى قدرة الإنسان ذكرا أو أنثى على الإنجاب الفعلي و الواقعي للأطفال، و التي يسهل قياسها وتحديد معدلاتها من خلال الإحصائيات و السجلات الحيوية الخاصة بتسجيل المواليد، وبين القدرة البيولوجية على التناسل أو التوالد ، أي كقدرة بيولوجية على الحمل و الإنجاب***"[1].

في هذا الإطار يذكر خالد زهيدي خواجة[2] بأن الخصوبة هي " ***مقياس للمستوى الفعلي للإنجاب في مجتمع سكاني و يعبر عنه بعدد المواليد الأحياء التي أنجبت أي محسوبا من إحصاءات المواليد الأحياء***". و في نفس السياق يؤكد هاشم نعمة فياض[3] على أن المقصود بالخصوبة السكانية

---

[1] السيد عبد العاطي السيد (2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر،ص220.

[2] مدير عام المعهد العربي للتدريب و البحوث الإحصائية،

[3] هاشم نعمة فياض (2012)،" العلاقة بين الخصوبة السكانية و المتغيرات الاجتماعية ، الاقتصادية ، دراسة حالة العراق"، سلسلة دراسات ، المركز العربي للأبحاث و دراسة السياسات، قطر يوليو، موجود في الموقع التالي:
http://www.dohainstitute.org/F30DC040-65E2-436D-949E-B6247B8E21C5/FinalDownload/DownloadId-DA4AF48DBDCD74B042BF95769C627111/F30DC040-65E2-436D-949E-B6247B8E21C5/file/get/9d037e29-334a-4769-ad3d-abf807ee23c7.pdf

هو "***عدد مواليد الأحياء في أي مجتمع سكاني ، و هي إحدى المكونات الرئيسية الثلاثة التي تقرر معدل النمو السكاني إلى جانب الوفيات و الهجرة و من ثّم، فهي تؤثر في مجمل البينة الديموغرافية والاقتصادية و الاجتماعية للسكان، مثلما تؤثر في هجرتهم و توزيعهم الجغرافي***".

و بالتالي، يصبح مفهوم الخصوبة الفعلية و المراد دراسته في هذه الأطروحة، هو ذلك العدد الفعلي للمواليد الأحياء الذّين تنجبهم المرأة خلال فترتها الإنجابية أي ما بين (15-49 سنة) و التي سنشير إليها مع باقي المصطلحات لاحقا.

تعتبر دراسة الخصوبة أيضا أحد أكثر التّغيرات الاجتماعية إثارة للاهتمام في تاريخ دول العالم، فهي تؤثر في مجمل البنية الديموغرافية و الاقتصادية و الاجتماعية للسكان و في هجرتهم و في توزيعهم الجغرافي[4] .

و عليه، تصبح الخصوبة من أكثر الظواهر تعقيدا من حيث التحليل ، فهي لا تؤثر في بينية المجتمع ديموغرافيا و اقتصاديا فقط و إنما هي أيضا تتأثر بتلك المتغيرات السوسيو–اقتصادية والديموغرافية. وبمعنى أوسع فهي تتأثر بمحدّدات جماعية تخصّ المجتمع ككل و بمحدّدات أخرى فردية تخصّ الزوجان فقط،"***...إنّ الخصوبة و إنجاب الأطفال سلوك اجتماعي يتشكّل في إطار السّياق الاجتماعي الّذي يعيش فيه الأفراد. وقد يّتسع هذا السّياق ليشمل الخصائص و الظروف***

[4] هاشم نعمة (2006)، "العلاقة بين الخصوبة السكانية و مكانة المرأة في المجتمع"، الحوار المتمدن، العدد 1686، 2006/09/27، موجود في الموقع التالي: http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=76694

السياسية والاقتصادية المحيطة بالمجتمع، و قد يضيق ليتمثل في الخصائص الفردية التي يتميز بها الزوجان اللّذان يتّخذان قرار الحمل و الإنجاب" [5].

هذه المتغيرات[6] الديموغرافية، الاقتصادية و الاجتماعية تلعب دورا مهمّا في إبراز التباين والفوارق في معدلات الخصوبة سواء أكان ذلك في فترات مختلفة من المجتمع نفسه، أو بين مجموعة من البلدان أو في المناطق الجغرافية المختلفة للبلد الواحد.

الأمر الذي أكّدته الأمم المتحدة من خلال رصد أهم بياناتها الإحصائية حول الخصوبة لمختلف الدول النامية في الفترة الممتدة ما بين 1995-2000، و التي وصل المؤشر التركيبي للخصوبة فيها إلى 3.1 طفل لكل امرأة، أي نصف المؤشر المسجّل سنة 1950 (الأمّم المتّحدة، 2001). في حين أنّه لا يمكن تجاهل الفوارق المهمّة في نفس الفترة بين مختلف هذه الدول بحيث لا تزال النيجر بمعدل خصوبة كلية مرتفع مقدر ب 8 أطفال لكل امرأة مقابل 1.2 طفل لكل امرأة في مدينة ماكو (بإيران)[7]، وقد تشمل هذه الفوارق المناطق الجغرافية داخل البلد الواحد كما سبق الذّكر، بحيث أشار "جون بوقارتس" في هذا الشأن على وجود تباينات في السلوك الإنجابي بين مختلف الجماعات ذات المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة في إطار البلد الواحد، بحيث تكون أكبر في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية، و أعلى بين النساء غير المتعلمات عنها بين اللّواتي حصلن على مستويات تعليمية أعلى، وأعلى أيضا في الأسر ذات الدّخل المنخفض (الأمّم المتّحدة 1987،ميريك 2001).

---

[5] السيد عبد العاطي السيد (2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر،ص235.

[6] ستجدون شرح أوسع لهذه المتغيرات في الفصل الخاص بالإطار المنهجي و الخلفية النظرية للدراسة.

[7] جون بوقارتس،"استكمال تحول الخصوبة في البلدان النامية: دور الفروق التعليمية و أفضليات الخصوبة" موجودة في الموقع التالي: http://www.arabicdocs-popcouncil.org/CMS/pdfs/CompletingFertTrans.pdf

و بالتّالي، تهتم هذه الرسالة بدراسة مستويات الخصوبة في الجزائر (مجال الدراسة) مع تبيان الفوارق المكانية لمستوياتها من خلال استعراض مؤشر أساسي لها و هو: المؤشّر التركيبي للخصوبة (ISF)، بحيث تتمحور المقاربة الجديدة في هذه الأطروحة حول الفوارق المكانية للخصوبة المتواجدة عبر مختلف مناطق الجزائر، مع شرحها و تفسيرها داخل سياق اقتصادي و اجتماعي و ثقافي (المجال المفترض للزوجين أن يأخذا فيه قرار الإنجاب من عدمه).

اختيارنا لهذا الموضوع، كان نتيجة قراءات عرضية لمعطيات انتقالية الخصوبة في بلدان المغرب العربي عامّة و الجزائر خاصّة ، و التي كانت على وشك بلوغها المرحلة الأخيرة من مراحل الانتقالية الديموغرافية (وصول معدل الخصوبة التركيبي إلى 2.1 طفل لكل امرأة).

ففي سنوات الثمانينات (1980)، فوجئ الكثير من المفكّرين في علم الاجتماع والديموغرافيا والمختصين على وجه الخصوص بالانخفاض "الاستعراضي" لمعدلات الخصوبة في المغرب العربي، فبينما كان معدل الخصوبة الكلّي يسجّل أعلى مستوياته في بداية السبعينات (1970)، في كل من الجزائر(8.1 طفل لكل امرأة)[8] ، تونس و المغرب (6.5 طفل لكل امرأة)، أصبح يوازي 5.3 طفل لكل امرأة في الفترة ما بين 1981-1985[9]. ثم يواصل تراجعه ليصبح يجاور بقليل معدل الإحلال-التعويض-الديموغرافي (2.1 طفل لكل امرأة) و ذلك مع أواخر التسعينات: 2.08 بتونس، 2.2

[8]Negadi GOURARI . (1975), *La fécondité en Algérie : niveaux, tendances, facteurs*, paris, EPHE, 436p.
[9]Ali KOUAOUCI.(1992), *Familles, femmes et contraception. Contribution à un sociologie de la famille algérienne*, Alger, CENEAP-FNUAP, 279p.

بالجزائر و 2.5 بالمغرب بينما بقيت ليبيا متأخرة على قريناتها لتصل إلى 3.1 طفل لكل امرأة في نفس الفترة.

الأمر الذّي كان متوقّعا و مسطّرا من طرف السّياسات السكّانية المتّخذة في هذه المنطقة (المغرب العربي)، سواء كانت علنية أو ضمنية كما هو الحال في الجزائر و على غرار الدول الأوروبية والتي مرّت بهذه المرحلة في نهاية القرن الثامن عشر و بداية القرن التاسع عشر هو استمرارية انخفاض هذا المؤشر ليصل إلى مرحلة ما دون عتبة التعويض أو الإحلال، أي ما دون (2.1 طفل لكل امرأة)، أو ما يسمّى في نظرية التحول الديموغرافي "بالنضج السكاني"، و الذي في حقيقة الأمر قد سُجّل في بعض من المدن المغاربية سنة 1998 : كالجزائر العاصمة ب1.9 طفل لكل امرأة، و عنابة و تيزي وزو ب1.5 طفل لكل امرأة، أما مدينة تونس فقد عرفت خصوبتها –ما دون عتبة التعويض- سنة 1999 بمعدل 1.5 طفل لكل امرأة[10].

الأمر الذّي شدّ اهتمامنا في هذه الدراسة ، تجسّد في الارتفاع النسبي لمستوى الخصوبة (على المستوى الوطني) بعد هذه الفترة أي "ما قبل مرحلة النضج السكاني"، فبينما واصلت خصوبة كل من تونس، المغرب و ليبيا في اتجاه الانخفاض – مع تسجيل ثبات في المؤشر- سجّلت الجزائر ارتفاع "نسبي" للخصوبة الكلية بحيث أصبح يجاور 3.03 طفل لكل امرأة سنة 2014 بينما كان 2.2 سنة 2000،أي بفارق 0.7 طفل لكل امرأة.

[10]Zahia OUADAH BEDIDI, Jaque VALLIN et Iman. BOUCHOUCHA.(2012), « fécondité en Algérie 1970-2010 : que s'est-il donc passé ? », From www.ined.fr - July 9, 2012 10:57 AM Paris, INED.

هذا الاتجاه المعاكس لمستوى الخصوبة في الجزائر يقودنا إلى بلورة إشكالية بحثنا من خلال طرح سؤال أولي: **ما الذّي يحدث في الجزائر، و هل يمكن لخصوبة الجزائريين أن تعاود الارتفاع من جديد في وقت أنها كانت على وشك وصولها إلى ما دون معدل الإحلال (2.1 طفل لكل امرأة) في سنة 2002؟**

لهذا الغرض تأتي أهمية هذه الدراسة كونها سابقة عن غيرها من طرف البحوث الأكاديمية التي ستدرس ظاهرة عودة ارتفاع مستوى الخصوبة في الجزائر و ذلك بتحديد الفضاء الجغرافي المسؤول عن عودة ارتفاعها، بمعنى آخر توضيح الاختلافات في مستوى الخصوبة عبر مختلف ولايات الجزائر مع تحديد المناطق التي دخلت مرحلة النضج السكاني و أخرى المفترض أن تكون هي المسؤولة عن عودة ارتفاع مستوى الخصوبة في الجزائر، و من تمّ إمكانية وضع خطط تنموية لرفع مستوى اقتصادي واجتماعي متكافئ عبر مختلف التراب الوطني.

اعتمدنا في هذا البحث على ثلاثة أنواع من المصادر الإحصائية تتجسّد في كل من التعدادات العامّة للسكّان لسنة 1966-1977-1987-1989-2008 و ذلك من أجل استخراج عدد الولادات الحية، نسبة النساء في سن الإنجاب (15-45 سنة)، و الخصائص السوسيو-ديموغرافية للنساء. المصدر الثاني و الذّي لا يقل أهمية على الأول يتبلور في المعطيات السنوية للحالة المدنية من خلال منشورات الديوان الوطني للإحصائيات و الذي يمكّننا من تحديد العدد الخام للمواليد الأحياء حسب الولايات والبلديات و الذّي يساهم بدوره في حساب المؤشّر التّلخيصي للخصوبة (ISF). المصدر الثالث والأخير المعتمد في دراستنا هو تلك المسوح الميدانية التي تثري بحثنا بمختلف المتغيرات المحدّدة للخصوبة

كسن الزواج الأول، الرضاعة، استعمال وسائل منع الحمل، عمل المرأة، المستوى التعليمي،...(ENSP1970 –ENAF1986-EASM1992-MDG1995-EDG2000-EASF2002-$MICS_1$95- $MICS_2$ 2000- $MICS_3$2006- $MICS_4$ 2012-2013).

و في هذا الإطار، لا يمكننا تجاوز الكم الهائل و الثري لمختلف الدراسات و البحوث العلمية التي خصّها الكثير من الباحثين في علم الديموغرافيا و علم الاجتماع و غيرهم من أجل تناول الموضوع سواء في كلياته أو جزئياته و التي سنذكر أهمها و أحدثها ، بداية حول آلية الانخفاض ثم آلية الارتفاع باعتبارها الظاهرة المراد تفسيرها في أطروحتنا:

طيب لوادي (2012)[11] ، في دراسة له حول محدّدات انخفاض الخصوبة في الجزائر، فسّر انخفاض الخصوبة بتداخل عوامل أساسية حصرها في تراجع سن الزواج لدى الإناث بسبب تمديد فترة دراستهم وانتشار ممارسة تباعد الولادات التي كانت نتيجة حتمية لارتفاع المستوى الثقافي لدى الأمهات.

محمد بدروني (2009)[12] في دراسة له حول الفوارق المكانية و الزمنية للخصوبة العامّة في الجزائر من الفترة الممتدة من السنوات الستينات إلى غاية 2002 حاول الإجابة على ثلاثة أسئلة رئيسية تصبّ كلّها حول كيفية انخفاض الخصوبة في الجزائر، مع تحديد الآليات و العوامل المفسّرة لها، ثمّ معرفة العوامل المحتمل أن تبقي على هذه الفوارق، فاستخلص أنّ الانخفاض الاستعراضي لمستوى

[11]Tayeb LOUADI. (2012) «Les déterminants de la baisse de la fécondité en Algérie »,in revue des sciences humaines, université Mohamed Kheider, Biskra, n°24, p.43-61.
[12] Mohamed BADROUNI.(2009) « Les disparités spatio-temporelles de la fécondité générale en Algérie », XXVIème congrès international de la population de l'UIESP, Maroc.

الخصوبة في الفترة المدروسة راجع أساسا إلى التغيرات السويسو–ديموغرافية و المتمثلة في التغيّر الحادث على "السلوك الزواجي" في الجزائر و الذي يرجع إلى ارتفاع العمر عند الزواج الأول ممّا أدّى إلى ارتفاع كبير في نسبة النساء غير العازبات في الفئة العمرية (15-29 سنة).الأمر الثاني يرجع إلى الاستعمال المستمر لوسائل منع الحمل لدى السيدات اللّواتي تجاوزن سن الثلاثين.

و يضيف نفس الباحث محمد بدروني (2008)[13]حول مسألة تغيرات السلوكات الديموغرافية والصحّية حسب الانتماءات الجغرافية و الثقافية للأفراد ، بتمسّك الفرد الجزائري من جهة، بقيمه وعاداته الأكثر تمييزا لهويته و ثقافته، و من جهة ثانية ، تقرّبه من النموذج الأوروبي و بالتّالي من القّيم الغربية المتقدّمة و الأكثر "براقماتية"، بحيث هذه التطورات تستدعي منه تحولات عميقة تخصّ سلوكاته و ممارساته بحيث تتغير ديناميكياته حسب تغير انتماءاته الجغرافية و الاجتماعية و الثقافية.

فاعتبر، أنّ الاختلافات الجغرافية و الخصائص الفيزو–طبيعية لمختلف الفضاءات التي يعيش بها الفرد، جنا إلى جنب، مع أنماط التنمية لهذه المناطق تؤثر حتما و دائما على سلوكاته و ثقافاته ، فاستخلص ثلاثة نتائج رئيسية:

*تأكيد ثبات الفوارق و ترسيخ اللاّ–مساواة: من خلال وجود فوارق ما بين المناطق الجغرافية الثلاثة (التل، الهضاب العليا و الجنوب)، فلاحظ تمايز في كل من طبيعة المسكن، الدخل ، المصاريف و العلاج (فمثلا، متوسط الدخل في الهضاب العليا أقل ب 17% مما هو عليه في التّل و 15% مما هو

[13] Mohamed BADROUNI. (2008), « Variabilité des comportements démographiques et sanitaires selon l'appartenance géographique et culturelle », in https://www.erudit.org/livre/aidelf/2008/001501co.pdf

عليه في منطقة الجنوب)، أما متغير المصاريف أو الاستهلاك فتبقى منطقة الهضاب العليا أقل استهلاكا لمادة اللحوم مقارنة مع المنطقتين السابق ذكرهما على الرغم من طبيعة نشاطها الاقتصادي و الذّي يتميّز بالزراعة الرعوية، لكن بالنسبة لاستهلاك الأسماك تبقى المنطقة الجنوبية أكثر حرمانا و ذلك لطبيعتها الجغرافية البعيدة عن مصادر توزيع هذه المادّة المستهلكة.

*استمرارية و تفضيل البنية الاجتماعية التقليدية في المناطق الجنوبية للجزائر بحيث يسجّل متغير العلاج فوارق مهمة تظهر في قلّة العلاج لدى الأطباء المختصّين بنسبة (0.8%)، بينما الخضوع للعلاج التقليدي فهو بكثرة و الغالب في هذه المنطقة.

*إرساء بديهية الفوارق المكانية لبعض السلوكات الديموغرافية و الصحّية عبر مناطق الجزائر.

ثمّ في دراسة أخرى له معنونة "الزواجية في الجزائر: تغيرات في الفضاء و الزمان"[14]، أشار بدروني لأهمية الارتفاع المستمر لمتوسط السن عند الزواج الأول منذ الاستقلال في انخفاض مؤشرات الخصوبة ، فحاول إبراز أهمية كل من متغير متوسط السن عند الزواج الأول ، اختيار الزوج، طبيعة العلاقة بين الزوجين و إعادة الزواج في تحديد أنماط الزواجية في الجزائر و ذلك من خلال معرفة اتجاهات هذه المؤشرات من جهة، ومن جهة ثانية، التحليل المكاني لها لإبراز الفوارق المكانية و تحديد العوامل المفسرة لها.فاستخلص أنّ النموذج الزواجي الجزائري قد عرف تحولات عميقة كانت نتاج عوامل أساسية تجمع بين تحسن الظروف المعيشية من جهة، و من جهة ثانية، تحسن المستوى التعليمي

[14] Mohamed BADROUNI. (2005), « La nuptialité algérienne : variation dans le temps et dans l'espace », XXV congrès international de la population (poster n°1405) cité au : http://iussp2005.princeton.edu/papers/51709.

و لاسيما لدى الإناث، لكن و مع هذا يوجد تباينات و فوارق في حدوث هذه التحولات سواء كانت حسب مكان الإقامة (الريف/المدينة) أو حسب الولايات .

في دراسة أخرى لزهية واضح بديدي و جاك فالان (2012)[15]" Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie :une histoire paradoxale" يصبح سن الزواج وحده العامل الأساسي و الميكانيكي في خفض الخصوبة في الجزائر ، بيد أن السّياسة السكّانية و استعمال وسائل منع الحمل ليست بالضرورة عوامل أساسية أو مباشرة في خفض الخصوبة، مؤكّدين على أنّ الخصوبة بدأت في وثيرة الانخفاض قبل شروع الجزائر في وضع سياسة سكانية رسمية (1983).

كمال كاتب (2010)[16] في دراسة حول الانتقالية الديموغرافية و سوق العمل في الجزائر يجزم هو الآخر على أنّ التغيرات الحادثة على مستوى ظاهرة "الزواجية" ،جنبا إلى جنب، مع تنظيم النسل كانتا سببا كافيا في خفض مستوى الخصوبة في الجزائر.

ربط كل من علي قواوسي و سعدي رابح (2013) في دراسة لهما و الموسومة "استعادة التحركات الديموغرافية المحلية في الجزائر خلال عشرين سنة الأخيرة، عبر تقنيات التقدير غير المباشرة ما بين 1987-2008"[17]، متغير أثر العنف السياسي بالمتغيرات الديموغرافية عبر مختلف ولايات

[15] Zahia OUADAH BEDIDI et Jacques VALLIN. (2012) , « Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie :une histoire paradoxale »,in documents de travail n°186, 29 pages.
[16] Kamel Kateb. (2010), « Transition démographique en Algérie et marché du travail « , in Confluences Méditerranée, Le Harmattan, n°72,184 pages, p155-172.
[17] Ali Kouaouci, Rabah Saadi. (2013), «La reconstruction des dynamiques démographiques locales en Algérie (1987-2008), par les techniques d'estimation indirecte », in cahiers québécois de démographie, vol.42, n001, printemps, p.101-132.

الوطن ، بحيث استكشفا العلاقة بين العنف السياسي و التّطور الديموغرافي بالتركيز على السلوك الديموغرافي للسكان أثناء "العشرية السوداء"[18] من تاريخ الجزائر.

هذين الباحثين استخلصا علاقتين متعاكستين ، الأولى تحدّد نوع التركيبات الديموغرافية التي دفعت الشباب (في هذه الفترة) في تكوين جماعات إرهابية و الثانية تخص الآثار الناجمة على العنف فيما يخص الديموغرافية المحلّية. فاعتبرا أن شباب هذه الحقبة الزمنية كان من جهة ضحية تغيّر اجتماعي ، و من جهة ثانية، المحرك الرئيسي في هذا التغيير.

خلال هذه الفترة، اتّضح عدم الاستقرار على سكان الجزائر عبر انخفاض الزيجات و الولادات واتساع حركة الهجرة الداخلية و الخارجية، فقد سجّل تعداد 1998 قاعدة هرمية ضيّقة ما يدل على انخفاض مستويات المواليد و الزيجات و بالتّالي التقدّم في الانتقال الديموغرافي ، بيد أنّ تعداد 2008 غيّر نسبيا من شكل الهرم السكاني دلالة على استعادة المواليد و الزيجات على حد سواء ، فشبّه الباحثين مرحلة ما بعد "العشرية السوداء" بما كان يطلق علية بظاهرة "البابيي- بوم" بعد الحرب التحريرية الجزائرية.

فوزي أمقران (2002)[19] من خلال تحليله لمعطيات المسح الوطني الجزائري حول صحة الأسرة والطفل (PAPFAM 2002) ، استنتج هو الآخر تراجع متوسط السن عند الزواج الأول نتيجة التقدّم الاقتصادي و الاجتماعي الذّي تزامن طول فترة التمدرس، و التغيرات الثقافية التي مرّ بها المجتمع.

[18] الإرهاب الذي عايشته الجزائر في سنوات التسعينات

[19] Faouzi AMOKRAN, Amel LAKHAL BOUMGHAR (2007),"Les schémas de nuptialité en Algérie, enquête Algérienne à travers les résultats de l'enquête EASF 2002 » in enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, études approfondies » Alger, pp35-95.

بحيث انخفضت نسبة النساء المتزوجات دون السن العشرين و بالتالي انخفاض في مستوى خصوبة النساء ما بين 15-19 سنة و 20-24 سنة.

و استخلص عزيز أجبيلو (1998)[20] في دراسة له حول تغيّر سن الزواج في دول المغرب العربي ما بين 1970 و 1980، على أنّ الزواج المبكر في انخفاض مستمر بَيْدَ أنّه يوجد تمايزات في هذا المؤشر بين الجزائر، تونس و المغرب بسبب تمسّك بعض المناطق الجنوبية للجزائر و المغرب على وجه الخصوص بالنمط التقليدي للزواج (سن مبكر و زواج داخل العائلة الواحدة).

أمّا كهينة فروخي و نصر الدّين حمودة[21] فأشارا إلى إشكالية ارتفاع معدلات العزوبة خاصّة عند النساء بنسبة تتراوح (من 10 % سنة 1998 إلى 12% سنة 2008)، و تداخلها مع انخفاض مستويات الخصوبة.

في دراسة أخرى معنونة "الانتقال الديموغرافي في الجزائر: رؤية مستقبلية" (1998) ، لمّح بويسري عبد العزيز[22] إلى دور السّياسات العمومية في إشكالية النمو السكاني و لاسيما في الجزائر، فمن شعار "أحسن قرص هو التنمية "في سنوات السبعينات و عدم دمج المشاكل السكانية في برامج السياسات العمومية و لاسيما التنموية إلى مرحلة الاعتراف بها كإحدى العوائق الرئيسية في عملية التنمية و ذلك في إطار احترام القّيم الاجتماعية و الضوابط الدينية التي تحكم الفرد الجزائري.

[20] Aziz AJBILOU,(1998),« Analyse de la variabilité spatio-temporelle de la primo-nuptialité au Maghreb de 1970-1980», Louvain La Neuve, Academia Bruylant.343p.

[21] Nacer Eddine HAMMOUDA et Kahina CHERFI FEROUKHI, (2009), » la nuptialité en Algérie : quelle transition ? » http://iussp2009.princeton.edu/papers/93174

[22] Abd Al Aziz BOUISRI (2001), « la transition démographique en Algérie : Réflexion sur l'avenir » in actualités scientifiques : Transitions démographiques des pays du sud, ESTEM, PP.441-454.

و في ضل السّياسات السكّانية و أثرها على الخصوبة ، ألّمت دراسة(فوزي أمقران، 2012) حول خصوبة الجزائريين و التونسيين أنّ انخفاض الخصوبة في الجزائر لم يكن نتيجة سياسة عمومية محكمة و رسمية بفعل بداية التراجع المبكر لمعدلات الخصوبة الذي كان مع بداية السبعينات (أول برنامج جزائري حول مسألة تنظيم الأسرة لم يعرف بوادره إلاّ مع سنة 1983 ، بَيْدَ أنّ تونس كانت السبّاقة في هذا الميدان).

أمّا الباحثين علي همّال و طاهر حفّاض (1999)[23] فقد أشارا من خلال مقالهما إلى تحليل الانتقال الديموغرافي في الجزائر و علاقته بالسياسة السكانية ،جنبا إلى جنب، مع أثر الأزمة الاقتصادية في ذلك، فأكّدا على أنّ التنمية الاقتصادية و الاجتماعية التي عايشتهما الجزائر كانتا سببا كافيا في التغيرات الديموغرافية بدءا من انتشار نموذج العائلة النووية أو "المصغّرة" كما أسمياها. و بالتالي يصبح انخفاض الخصوبة مفسّرا بتأخّر السن في الزواج الأول، انتشار وسائل منع الحمل، عواقب الأزمة الاقتصادية والممثلة بأزمة السكن، البطالة،...،ثمّ ارتفاع تكلفة الأطفال التي أصبحت تمثل عبئا على الوالدين .

في حين أنّ الكتابات الخاصّة بارتفاع الخصوبة ، فيمكن تلخيصها أولا في دراسة كل من "أونجيلا لوسي" و "أوليفي تيفينون" [24](Angela Luci,Olivier Thévénon,2011) حول ارتفاع الخصوبة في الدول الخاضعة للمنظمة العالمية الخاصّة بالتعاون و التنمية الاقتصادية (OCDE)[25]، بحيث تساءلا

[23] Ali HEMAL, Tahar HAFFAD, (1999) « La transition de la fécondité et politique de population en Algérie », sciences humaines, université Mentouri, Constantine, Algérie, n°12, p63-73.
[24] Angela LUCY et Olivier THEVENON. (2011), « La fécondité remonte dans les pays de l'OCDE : est-ce dû au progrès économique ? » in Population et Sociétés, INED, Paris, n°481 pp. 1-4
[25]OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques.

هذين الأخيرين حول مسألة التنمية الاقتصادية و الازدهار المعيشي لأفراد المجتمع الذّين كانا و لزمن طويل من تاريخ الدول المتطورة اقتصاديا سببا في انخفاض متوسط عدد الأطفال لكل امرأة أو المؤشّر التركيبي للخصوبة كما يحدّده الديموغرافيون. ففي ظرف قرنين من الزمن شهدت هذه الدول انخفاضا سريعا واستعراضيا لمستوى خصوبتها مع ارتفاع بارز لمعدلات نموها الاقتصادي ، لكن سرعان ما انتقلت هذه الوثيرة (أي انخفاض الخصوبة) إلى وثيرة الارتفاع و ذلك في العشرية الأخيرة.فلاحظا أنّه و في بداية الأمر كانت العلاقة بين الخصوبة و النمو الاقتصادي علاقة عكسية أي كلّما ارتفع النمو الاقتصادي ، انخفض مستوى الخصوبة ، ثم تصبح علاقة إيجابية عند مستوى معيّن من ارتفاع النمو الاقتصادي. هذا التحوّل الفجائي، أصبح محل تساؤل للباحثين حول الأسباب المؤدّية لحدوث هذه العلاقة الايجابية بين المتغيرين؟ ثم في أي مستوى معين للنمو الاقتصادي تصبح فيه الخصوبة إيجابية التّفاعل معه؟

ألزمت الباحثين الإجابة على هذه التساؤلات دراسة شملت 100 بلد حسب خصوبتهم من خلال المؤشر التركيبي للخصوبة هذا من جهة، و من جهة ثانية ، حسب مستوى التنمية البشرية من خلال مؤشر التنمية البشرية (IDH)[26]، فتحصّلوا من خلال تبويب و تمثيل بياناتهم بمنحنى على شكل حرف "**جي** " منعكس باللغة اللاتينية (j inversé)، هذا الأخير يشير إلى أنّ البلدان ذات مؤشر تنمية بشرية ضعيف جدّا تتميّز بخصوبة مرتفعة ، أمّا البلدان متوسطة المؤشر فلها خصوبة منخفضة، بينما ذات المؤشر المرتفع فخصوبتها مرتفعة على الأخرى، و بالتالي يوجد علاقة متغيرة بين المؤشرين ، تكون سلبية في البادية لتصبح إيجابية بعد ذلك.

[26] IDH : Indice de développement humain.

الأمر الذّي شدّ انتباه الباحثين هو تلك الدول المتقدّمة ذات مؤشّر التنمية البشرية المرتفعة والتي سجّلت ارتفاعا ملاحظا في مستويات خصوبتها، بحيث ذهبا أبعد من ذلك من خلال تحليل متغير أساسي كان سببا في كل من انخفاض الخصوبة و التحولات الحاصلة على الأسرة و هو "عمل المرأة". فاستنتجا أن السبب الرئيسي لهذه العلاقة هو ذلك "التوافق بين عمل المرأة و أفراد الأسرة"، فإمكانية توافق المرأة العاملة بين عملها و أسرتها يعتبر عاملا كافيا لعودة ارتفاع الخصوبة ، من خلال تنمية السياسات العمومية في شأن الأسرة ، كسياسة دعم الأولياء التي تسمح لهم بالوصول إلى هذا التوافق بين العمل والأسرة و بالتالي المساهمة في تطوير و تنمية اقتصاد البلاد، ثمّ العلاقة التوافقية أيضا بين الرجل و المرأة من خلال تقسيم أدوارهما :

(…***Le développement d'une politique d'aide et de soutien aux parents, pour leur permettre de mieux concilier travail et famille, peut d'ailleurs être lui-même facilité par le développement économique du pays. Jouent aussi les normes et les attitudes concernant les enfants, la famille et les relations entre hommes et femmes qui évoluent en même temps que l'économie et l'Etat se transforment***)[27] .

الدراسة الثانية ، و التي تخص المناطق المغاربية بشكل عام و الجزائر بشكل خاص، فهي معنونة" الخصوبة في المغرب العربي: مفاجأة جديدة" لكل من "زهية واضح بديدي"، "جاك فالان "و"ابتهال بوشوشة" سنة 2012[28].

[27] Ron LESTHAEGHE. (2010), "The unfolding story of the second demographic transition », in Population and Development Reviews, n°36, pp.211-251.

[28] Zahia OUADAH BEDIDI, Jacques VALLIN et Ibtihel BOUCHOUCHA. (2012), « La fécondité au Maghreb : nouvelle surprise », in Population et Sociétés, n°486, INED, Paris, pp.1-4.

أشار هؤلاء الباحثين إلى أنّ العوامل الأساسية في تغيير السلوك الإنجابي سواء على الارتفاع أو الانخفاض لم تعد تقتصر فقط على تلك المتعلقة بمتوسط السن عند الزواج أو شمولية استعمال وسائل منع الحمل و إنّما يجب النظر إلى التحولات الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية داخل المجتمع كالتمدّن والمستوى التعليمي دون العزوف على ما أسموه "بالحوادث السياسية "، بحيث وضّح الباحثين على أنّ عشية خروج الجزائريين من العشرية السوداء أو الإرهاب أصبحوا يبحثون على ما أسموه ب"حاجة التأكيد على أهمية العلاقات العائلية بين الأزواج من خلال الزواج أولا، ثمّ من خلال الإنجاب المبكر للأطفال":

(…***La fin du terrorisme en Algérie a très bien pu créer le besoin de réaffirmer l'importance du lien familial avec la formation de couples et la venue d'enfants plus précoces***.)[29].

أما الفرضية التي استخلصها الباحثين الثلاثة هي إمكانية عدم استحباب نموذج الطفلين داخل الأسرة الجزائرية؟ (…***Il se peut aussi que dans ce pays, le model de deux enfants ne soit plus aussi attractif***.)[30]

و بالتالي، الأمر الذّي يجب استخلاصه من هذه الدراسات الامبريقية لتحديد محدّدات انتقالية الخصوبة في الجزائر (باعتبارها منطقة الدراسة) ، يقودنا إلى طرح جمع من الأسئلة الجوهرية يمكن من خلالها الإجابة على السؤال المحوري المطروح سابقا و ربطه مع موضوع دراستنا " مكانية انتقالية الخصوبة في الجزائر":

[29] Ibid.p4.
[30] Ibid. p4.

- ما هو اتجاه الخصوبة في الجزائر؟
- هل هناك فوارق مكانية في اتجاه الخصوبة في الجزائر؟
- كيف يمكن للمتغيرات الديموغرافية ،السوسيو-اقتصادية و الثقافية المفسرّة لاتجاه الخصوبة أن تتغيّر بين مختلف المناطق الجغرافية للجزائر؟
- هل هناك مناطق شهدت مرحلة انتقالية الخصوبة في الجزائر، و ما هي وثيرة المناطق الأخرى؟
- ما هي المحدّدات المفسّرة لمستوى الخصوبة في هذه المناطق؟

هذا الطرح من التساؤل يقودنا إلى بلورة حوصلة أولية من الفرضيات المز عمة اختبارها والتحقق منها في هذه الدراسة كما يلي:

- هناك انخفاض مستمر لخصوبة الجزائريين.
- هناك فوارق متباينة في مستويات الخصوبة بين مختلق مناطق الجزائر:

* تمايز السلوك الإنجابي بين القاطنين في الريف و المدينة.

*تمايز السلوك الإنجابي بين مختلف ولايات الجزائر.

- هناك متغيرات ديموغرافية، سوسيو اقتصادية و ثقافية تؤثر بشكل إيجابي وأخرى بشكل سلبي في مستوى الخصوبة.

*ارتفاع متوسط السن عند الزواج الأول يؤثر في انخفاض الخصوبة، و العكس صحيح.

*ارتفاع استعمال وسائل منع الحمل يؤثر في انخفاض الخصوبة ، و العكس صحيح.

*ارتفاع المستوى التعليمي لدى النساء يؤثر في انخفاض الخصوبة، و العكس صحيح.

*ارتفاع نسبة الإلمام بالقراءة و الكتابة عند النساء يؤثر في انخفاض الخصوبة، والعكس صحيح.

*ارتفاع نسبة النساء النشطات يؤثر في انخفاض الخصوبة، و العكس صحيح.

*ارتفاع نسبة التمدن يؤثر في انخفاض الخصوبة، و العكس صحيح.

*تبني سياسة سكانية محكمة تؤثر في انخفاض الخصوبة.

*ارتفاع نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) يؤثر في ارتفاع الخصوبة والعكس صحيح.

*ارتفاع وفيات الأطفال الرضع يؤثر في ارتفاع الخصوبة و العكس صحيح.

*ارتفاع معدلات المواليد يؤثر في ارتفاع الخصوبة و العكس صحيح.

- هناك تمايز في وثير انتقالية الخصوبة بين مختلف مناطق الجزائر.

*مناطق اكتملت فيها مرحلة الانتقالية.

*مناطق في طريقها لاكتمال الانتقالية، و بشكل سريع نسبيا.

*مناطق في طريقها لاكتمال الانتقالية ، لكن بوثيرة بطيئة.

- هنالك محددات رئيسية في تفسير تباين الخصوبة في الجزائر:

*ارتفاع المؤشرات السوسيو-اقتصادية و الثقافية (التنمية المحلية) أدّت إلى انخفاض مستويات الخصوبة في بعض من المناطق الجزائرية.

* هشاشة بعض المؤشرات الديموغرافية أدّت إلى ارتفاع مستويات الخصوبة في بعض من المناطق الجزائرية.

يبقى هذا البحث كغيره من البحوث الأكاديمية في مجال الديموغرافيا يشكو ندرة المعطيات الإحصائية الخامّة عبر مختلف الفترات التاريخية للبلاد ككل، و حسب مختلف مناطقها الجغرافية (ولايات، بلديات) و اللازمة في تحليل و تفسير الظواهر الديموغرافية و لاسيما الخصوبة ، هذا ما يجعل من التحليل المكاني للمتغيرات السوسيو-اقتصادية و الثقافية حسب مختلف الولايات أكثر صعوبة في تفسير اتجاهات الخصوبة في الجزائر.

و بناء على ما تقدّم، تمّ تقسيم هذه الرسالة إلى ستة أطوار بحثية ، قد استهلّت **بتقديم عـــــام** حمل في طياته بناء إشكالية الدراسة، ابتداء من التعريف بالموضوع ، معرفة أهميته ، مبرراته و الغرض منه، إلى تحديد مصادره البيانية و الإحصائية، و سرد لأهم الدراسات المتمحورة حوله، لنتمكّن في الأخير من طرح الأسئلة و الفرضيات المزعمة اختبارها.

ثمّ أربعة فصول، بداية من **الفصل الأول** و المعنون "الخلفية النظرية و الإطار المنهجي للدراسة"، من أجل تبيان أهم النظريات و المقاربات الملمّة بإشكالية الدراسة و ربطها مع النموذج التحليلي

المفترض تطبيقه لاختبار فرضياتها مع إبراز المجال المكاني و الزمني و أهم المفاهيم و المؤشرات اللازمة في تطبيقه.

أمّا **الفصل الثاني**، فيهتمّ بالتعريف لأهم النظريات السكانية و المتمثلة في" التحول الديموغرافي"، من خلال توضيح أهم مراحلها، و عرض أهم ملامحها بداية من أوروبا موطنها الأصلي ، مرورا إلى الدول العربية و وصولا إلى الجزائر محلّ دراستنا.

ثمّ اهتمّ **الفصل الثالث** برسم مسار مستويات الخصوبة في الجزائر منذ أوّل تعداد سكني لها بعد الاستقلال إلى يومنا الحالي، لينتهي بسرد أهم المحدّدات المباشرة و غير المباشرة في تفسير اتجاهاتها.

و يأتي **الفصل الرابع**، و هو الأخير، من أجل عرض التّحليل المكاني لانتقالية الخصوبة في الجزائر من خلال دراسة تطبيقية المسمّاة "طريقة المكونات الرئيسية" (ACP).

ثمّ **خاتمـــــــة** تشمل، من جهة، جميع النتائج المتوصل إليها، من خلال تأكيد أو نفي صحة الفرضيات، ومن جهة ثانية، الخروج ببعض من التساؤلات لفتح آفاق بحثية مستقبلية.

الفصـــــــــــــل الأول

الخلفيـــة النظريـــــة و الإطـــــــار المنهجـــي للدراســـــة

مقدمة الفصل:

اتّضح من خلال سردنا لأهم الدّراسات و الأبحاث الميدانية الخاصّة باتجاه الخصوبة وجود مجموعة من العوامل أو المتغيرات السوسيو-اقتصادية و الثقافية و حتّى الديموغرافية التي تؤثّر بشكل مباشر أو غير مباشر في تحديد مستوياتها.

هذا التحصيل العلمي، لم يكن إلاّ امتداد لذخيرة كبيرة من الأعمال الكلاسيكية خلال العقود الأخيرة من القرن الماضي ، ففي هذا الصدد لا يمكننا تجاوز أعمال (Freedman, 1979) الذّي وضع فرضية : "***أنه بحدوث مجموعة من التغيرات التنموية، تتوفر الحوافز و الدوافع اللاّزمة لانخفاض الخصوبة، و أنّ أفكار و ظروف الحياة الحديثة تعد أيضا حافزا هاما ، و ما أنْ تتوافر تلك الحوافز ، يصبح لمفهوم وسائل تنظيم الأسرة أثر إضافي مستقل***"[31]، ثمّ مسألة تدفّق الثروة مع (Kaldwell,1978) ، و علاقة التنمية مع الخصوبة من خلال نظرية (Easterlin,1979) إلى جانب اجتهادات أخرى لعلماء السكان أمثال(David,Black,1956) و (Potter,Bongaarts,1983) في تحديد المتغيرات الوسطية و التي سنقوم بشرحها في بداية هذا الفصل من الأطروحة ، مرورا إلى عرض المنهجية المتبعة في دراستنا و تحديد أهم المفاهيم و المؤشرات المتعلقة بها.

[31] مصطفى خلف عبد الجواد (2009)، *علم اجتماع السكان*، دار المسيرة،عمان، الاردن،ص35، 419 ص.

1. الخلفية النظرية للدراسة:

كثيرة هي تلك الأبحاث و الدراسات التي تمحورت مواضيعها حول محدّدات انخفاض الخصوبة والتي تبلورت من خلال كم هائل من المعطيات الميدانية كأعمال (David ، Blake، 1956)، و(Bongaarts، 1983) و التي تجسدت بدورها في تحديد متغيرات وسطية أو محدّدات قريبة بحيث تؤثر بشكل مباشر على مستويات الخصوبة مثل (السن عند الزواج الأول، الرضاعة الطبيعية، وسائل منع الحمل و الإجهاض). ثم أخرى نظرية حَمِلَتْ في طيّاتها عددا كبيرا من المتغيرات السوسيو–اقتصادية والثقافية يكون تأثيرها غير مباشرا على مستويات الخصوبة ، بل تحتاج حتما إلى تدخل تلك المتغيرات الوسطية المذكورة سابقا .

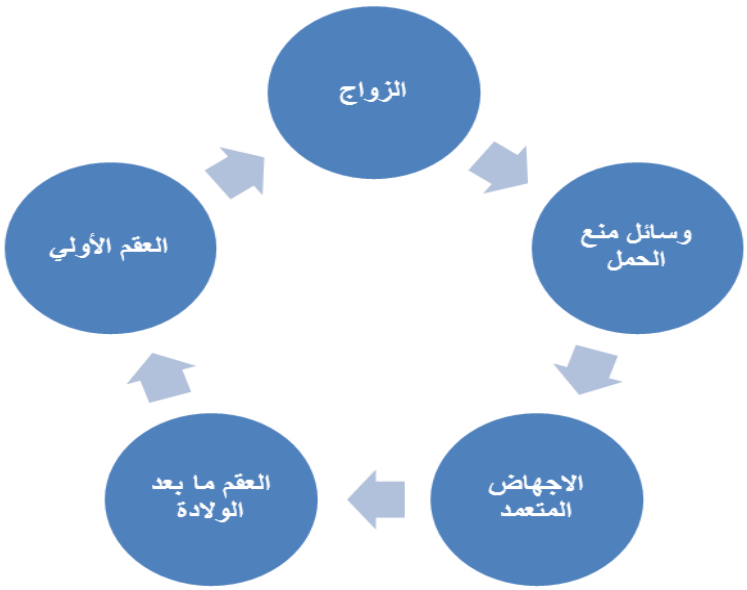
أ. المتغيرات الوسطية للخصوبة:

من بين الباحثين الأوائل الذين اقترحوا المخططات التطبيقية لتفسير و تحليل الخصوبة من خلال وضع مجموعة من المحدّدات القريبة " الوسطية" نذكر (Judith Blake, Kugsley David, 1956) ، هذين الأخيرين حدّدا و صنّفا إحدى عشرة متغيرا وسطيا يمكنه التأثير مباشرة على الخصوبة و ذلك من خلال تصنيف ثلاثة فئات تصبّ كلها في :السن عند الزواج الأول، تكرارات العلاقات الجنسية، العزل ما بعد الولادة، انقطاع الطمث في فترة الرضاعة، وسائل منع الحمل أو تباعد الولادات، الإجهاض المتعمّد، وفاة الجنين قبل الولادة (داخل الرحم)،العقم الطبيعي و العقم الأولي أو المرضي...

استأنف تفكير كل من (Freedman,1967) و (Cantrelle,Ferry,1979) في هذه المقاربة محافظين على هذا التصنيف للمتغيرات، مع التّمييز بين المتغيرات البيولوجية منها ، و المتغيرات الأخرى التي تعتمد على السلوك الفردي، إضافة لمتغير جديد آخر وهو "الرضاعة".

تواصلت الأبحاث في هذا الميدان، حيث تمكّنا كل من (Bongaarts وPotter، 1983) ، من تجسيد نموذج جديد و ابسط من نموذج (David, Blake،1956)، ملخّصين محدّدات الخصوبة في خمسة متغيرات الأكثر قربا و تأثيرا عليها و المتمثلة في كل من الزواج، وسائل منع الحمل، الإجهاض المتعمد، العقم ما بعد الولادة، و العقم الأولي أنظر الشكل رقم (1):

الشكل رقم (1) : المحددات الوسطية للخصوبة



عـــــــــرض نمـــــوذج بوقـــــارتس (Bongaarts):

اقترح "بوقارتس" نموذجا مبسطا يتعلّق بتجزئة متعدّدة للمؤشر التركيبي للخصوبة لبلد ما من خلال محدّدات تمثل المتغيرات الوسطية للخصوبة. يفترض "بوقارتس" من خلال هذا النموذج أنّ جميع الولادات يجب أنْ تكون داخل حيّز الزواج بينما الأخرى (خارج نطاق الزواج)[32] فتعتبر غير معنية في حساباته.

في بداية أعمال" بوقارتس" و كما سبق الذّكر ، استخلص تسعة متغيرات وسطية تؤثر بشكل مباشر على اتجاه الخصوبة و هي :

1- السلوك فيما يتعلّق بالزواج.

2- وثيرة أو تكرار عملية الجماع.

3- الامتناع عن الجماع بعد الولادة.

4- انقطاع الطمث عند الرضاعة.

5- منع الحمل.

6- الإجهاض المتعمد.

7- وفيات الأجنة التلقائية داخل الرحم.

8- العقم الطبيعي.

9- العقم الأولي أو المرضي.

[32] أدخل كل من "جولي و "غريبل" (Jolly et Grible,...) الولادات خارج الزواج في نموذجهما و المعدل لنموذج "بوقارتس".

تواصلت أعمال "بوقارتس" و "بوتر" سنة 1983، من خلال تعديل و تبسيط النموذج المقترح سابقا و ذلك بوضع خمسة متغيرات وسطية فقط و هي كما يلي:

1- الزواج.

2- منع الحمل.

3- الاجهاض المتعمد.

4- العقم بعد الولادة.

5- العقم الأولي.

هذه المتغيرات الخمسة ممثلة بمؤشرات لها أثر كبير و مباشر على الخصوبة و هي محددة رياضيا ب قيمتي (0 و 1) بحيث تمنع الخصوبة من وصولها إلى مستوياتها الطبيعية و تقدّم في صيغتها الرياضية كما يلي: $ISF = FBM \times C_m \times C_c \times C_a \times IP$

المؤشر	دلالاته
FBM	يمثل الخصوبة البيولوجية القصوى و هي محددة بين 13 و 17 طفل لكل امرأة. اقترح "بوقارتس" في نموذجه هذا قيمة وسطية تقدر ب 15.3 طفل لكل امرأة.
Cm	يمثل مؤشر الزواج، و هو يساوي قيمة (1) إذا كانت كل النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) متزوجات، و يساوي قيمة (0) في حالة

	غياب الزواج لنف الفئة النسائية.
Ci	يمثل مؤشر العقم بعد الولادة، و هو يساوي قيمة (1) في غياب الرضاعة آو العزل و يساوي قيمة (0) إذا كان العقم كلي و دائم.
Cc	يمثل مؤشر منع الحمل، و هو يساوي قيمة(1) في حالة عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة، و يساوي قيمة (0) إذا كانت كل النساء في سن الإنجاب يستعملن وسيلة مانعة للحمل ناجعة بنسبة 100 %
Ca	يمثل مؤشر الإجهاض المتعمد و هو يساوي قيمة (1) في غياب الإجهاض و يساوي قيمة (0) إذا حذت توقف لأي حمل[33].
IP	يمثل مؤشر العقم الأولي و هو يساوي قيمة (1) في غياب العقم الأولي، و يساوي قيمة(0) في حالة كل النساء عقيمات.

تحسب هذه المؤشرات الخاصة بنموذج "بوقارتس" بالطريقة الأتية ذكرها:

المؤشر	دلالاته
Cm = ISF/ISFM	ISF : المؤشر التركيبي للخصوبة

[33] في اغلب الحالات و كما هو معمول في الجزائر، هناك عدم توفر لمعطيات الاجهاض، و بالتالي يصبح مؤشره (Ca) غير موجود ، ليصبح ضمنيا مع مؤشر منع الحمل (Cc) و عليه تصبح الصيغة الرياضية لنموذج" بوغارتس" كما يلي: ISF= FBM X Cm X Cc X IP

	ISFM : المؤشر التركيبي للخصوبة داخل الزواج.
$Cc = 1-1.08*e*u$	1.08: عامل التصحيح للعقم. e : متوسط كفاءة استخدام وسائل منع الحمل. u : انتشار استعمال وسائل منع الحمل لدى النساء في سن الإنجاب
$Ci = 20/(18.5+i)$	18.5 : متوسط الوقت الذي يحدث بدون رضاعة للوقوع في حمل جديد. i : المدة المتوسطة للعقم بعد الولادة.
$IP = (7.63-0.11) * s/7.3$	S : نسبة النساء غير متزوجات ما بين 40 و 49 سنة و اللاتي لم ينجبن أبدا.

ب. المتغيرات المستقلة للخصوبة:

و هي تتلخّص في مختلف المتغيرات السوسيو-اقتصادية و الثقافية التي سنذكرها من خلال سرد وجيز لمختلف الأفكار النظرية، نذكر في بادئ الأمر تلك المتعلّقة بالتّيار الاقتصادي و التي سنلخّصها في الأعمال الأولى لبيكر (Becker,1973) و أستيرلين (Easterlin,1979).

في هذا الصدد ، ربط "بيكر" قرار إنجاب الأطفال داخل الأسرة بقرار اقتصادي محْضْ، بحيث مثّل الأطفال بالسلعة التي قد تتنافس مع باقي السلع المستهلكة من طرف الأسرة و التي ترتبط بإمكانياته المادية ،جنبا إلى جنب، مع ذوقه الذّي يتحدّد بالدّين و العرق، و أعطى أهمية قصوى لنوعية الأطفال بحيث قسمها إلى قسمين : نوعية متوقعة (الطاعة، التعليم، القدرة على اتخاذ القرار)، وأخرى غير متوقعة (الجنس و الصفات الجسمية المورثة).و بالتالي، اعتمد "بيكر" في نموذجه هذا على أنّ الخصوبة تتحدد بمتغير الدخل و تكاليف الأطفال، زيادة على الذوق و النوعية غير المتوقعة للأطفال داخل الأسرة[34].

واصل "أستيرلين" أعماله وفق نموذج "بيكر" الاقتصادي، غير أنّه رأى ضرورة إدماج متغير الدخل المتوقع عبر الزمن ، و متغير الدخل الفعلي الحالي و آخر يتعلق بأهمية التكاليف غير المباشرة للأطفال مثل الدخل المتوقع لمن يقوم بعناية الطفل. لتصبح القيمة الإضافية لنموذج "أستيرلين" مقارنة مع نموذج "بيكر" تلك العلاقة المتواجدة بين كل من التنمية و التحضر و الخصوبة ، موضحا بأنّ

[34]محمد عبد المجيد حسين يعقوب (2004)، *العوامل الاجتماعية و الاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله*، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين ، ص 26.

تحسن صحة الأم سيؤدي بالتأكيد إلى خفض معدلات الوفيات عند الأطفال[35].و بالتالي انتقال الأسرة من وضعية التفكير في زيادات الأطفال أو الطلب على الأطفال، إلى وضعية التفكير في الإنتاج المحتمل ،ومنه يصبح سلوك الأسرة يحذو حذو الخفض من حجمها (تحديد النسل باستعمال أنسب لوسائل تنظيم الأسرة).

و من هذا المنطلق لا يمكن تجاوز أعمال رواد مدرسة "شيكاغو" و المعتمدين على الاقتصاد الكلاسيكي في تحليلاتهم "للأسرة" بأنها نوع من أنواع المؤسسات الإنتاجية في الاقتصاد ، بحيث تمّ استخدام مفهوم "رأس المال البشري" و مفهوم "وظيفة الإنتاج العائلي" أي أنّ "الأسرة " و المتكونة من الزوج، و الزوجة تمّ اعتبارهما مؤسسة مهمّة في اتخاذ قرارات حيوية من حيث كيفية استثمار هذه الموارد واستغلالها في إنجاب الأطفال[36].

البعد الاجتماعي و الثقافي في تحليل و تفسير اتجاهات الخصوبة، لا يقل أهمية على ذلك البعد الاقتصادي. فكلمة "تحضّر" و التي استعملت في المنهج الاقتصادي، ما هي إلا اختصارا للتغيير الاجتماعي[37]. هذا و يصبح ظهور مفهوم "الثقافة" لفهم و تفسير الفوارق الديموغرافية في المجتمعات المحلية (بصفتها تعيش في ظل نفس الظروف الاقتصادية و نفس العادات و التقاليد) كمحاولة لرفض النظريات الدموغرافية الاقتصادية (Hammel,1990) ، بحيث يرى هذا الأخير ضرورة دمج البعد الثقافي في تفسير السلوك الديموغرافي لأفراد نفس الأقاليم الجغرافية و عبر فترات تاريخية مختلفة.

[35]نفس المرجع ، ص27.
[36] نفس المرجع ص 29.
[37]Ch WESTOFF. (March1983), "Fertility Decline in the West: Causes and Prospects», in Population and Development Review, Vol. 9, N°. 1, p. 101.

و قد لخّص "مصطفى خلف عبد الجواد "في كتابه الموسوم 'علم اجتماع السكان" أهم أفكار نظرية "هاميل" (Hammel,1990) من خلال المحاور التالية[38]:

*عند فهم و تفسير السلوك الاجتماعي الديموغرافي و على المستوى الفردي لابد أن نأخذ في الاعتبار ليس فقط الظروف الاقتصادية و الايكولوجية و التنظيمات الاجتماعية و لكن هوية الأفراد القائمين بالأدوار المتداخلة في الشبكة الاجتماعية.

* تعدّ الثقافة بناء اتصال دائم التقييم من جانب القائمين بالأدوار في إطار التقاليد والتجارب الإنسانية. و يتم دائما تعديله من خلال عمليات التفاعل الاجتماعي، و يقوم هذا التقييم الثقافي بتوجيه سلوك الأفراد.

* يعتمد استنتاج و إظهار المضمون الثقافي على الإطار المرجعي الفطري و يجب أنْ يعقد باللغة المحلية و أن يستفيد من الأدوات" الأثنوغرافية" و من التجارب النظرية و المنهجية "للأنثروبولوجية" المعرفية و اللغوية.

[38]مصطفى خلف عبد الجواد (2009)، *علم اجتماع السكان*، دار المسيرة، عمان، الأردن، 419 صفحة، ص42.

في نفس السيّاق، و ما قد جاءت به نظرية التغيّر الاجتماعي ، لا يمكن تجاهل نظرية الانتقال الديموغرافي أو التحول الديموغرافي (فرانك نوكشتاين، 1945) كما يحلو للبعض تسميتها، والتي ارتكزت في مضمونها على مبدأ "الحداثة" كمتغير مباشر لهذا التحول. افترضت بأنّ ارتفاع معدلات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية داخل مجتمع سكاني معيّن سيؤدّي حتما إلى انخفاض معدل النمو السكاني وبالتالي العمل على إيجاد معادلة توازن بين السكان و الموارد على حد سواء. لكن في المقابل يتّفق علماء الديموغرافيا و علم اجتماع السكّان بأنّه من الصعب جدّا تطبيق هذه النظرية على كافة شعوب العالم ، بل هناك بعض التغيرات التي يصعب تفسيرها شأنها شأن النظريات الاجتماعية الأخرى، لهذا أصبح من الضروري استخدام مصطلح "التحوّل الديموغرافي" بدلا من "نظرية التحوّل الديموغرافي" و التي سنشير إليها بالتفصيل في الفصل الموالي من الأطروحة.

المقاربة الأكثر حداثة في تفسير اتجاهات الخصوبة حاليا تستدعي إدماج بعد "النوع الاجتماعي "من خلال تقسيم الأدوار داخل الأسرة ، جنبا إلى جنب، مع عنصر أخذ القرار بين الزوجين، و في هذا الإطار نذكر ما جاءت به ماريا أوجينا كوزيوزافالا[39]، في دراسة لها موسومة "النوع الاجتماعي والإنجاب"، تنصّ على أن السّياق الديموغرافي الجديد يدعو إلى تحوّلات بارزة في العلاقات الاجتماعية بين الجنسين و ذلك من خلال ظهور سلوكيات جديدة داخل الأسرة تقضي على الفوارق النوعية وتستدعي تقسيم الأدوار بين الرجل و المرأة. و بالتالي يجب إشراك مقاربة النوع الاجتماعي في تفسير محدّدات الخصوبة.

[39] Maria Eugenia COSIO-ZAVALA. (2006), « Genre et procréation, l'exemple de l'Amérique latine », Tumultes, n°26, p.99-113.

و في نفس السّياق، لمّحت كل من الباحثتين "لوكوه و واضح بديدي"،(thérèse Locoh, Zahia Ouadah Bedidi,2010)[40] في دراسة لهما حول الأسر و علاقات النوع الاجتماعي في بلدان المغرب العربي ، على أنّ كل من التحولات الاقتصادية و الاجتماعية ،جنبا إلى جنب، مع عامل الهجرة والتطوّر الحاصل على المستوى الصحي و التعليمي، تمثّل ،من جهة ، الأسباب و من جهة ثانية ،نتاجا للتحوّلات العميقة لقيم الحياة داخل الأسرة. و بالتالي، إعادة النظر في الأدوار الرئيسية المخوّلة للرجال والنساء، ثمّ الصغار و الكبار على حدّ سواء و التي كانت مرسخّة لزمن طويل من تاريخ هذه المجتمعات (أي دول المغرب العربي):

(…***aujourd'hui, l'image que donne la famille maghrébine est en rupture presque totale avec le cliché traditionnel d'une société patriarcale, rigide, polygame, mariant les femmes dès la puberté et composée de familles nombreuses***.)[41]

هذا التصوّر ليس بالبعيد أيضا على ما استخلصه "فوزي عادل"[42] من خلال نموذجه الثالث من الأسر الجزائرية ، و يخصّ فيه الجيل الجديد الذّي يصبح فيه مساره مختلفا على ما كان عليه الأسلاف من الجيل القديم، بحيث يرتكز على الثقافة الغربية و "الفرونكوفونية" على وجه الخصوص، و المتشبعة بمبدأ "المساواة بين الجنسين":

(…***Ce modèle se caractérise par un certain nombre de ruptures avec les deux modèles précédents. Il s'agit, d'une génération nouvelle, dont la trajectoire est différente de celle des parents. Imprégnée d'une culture francophone, essentiellement véhiculée par l'école où le principe de l'égalité des sexes est un fait acquis, elle aspire à un épanouissement affectif et***

[40] Thérèse LOCOH, Zahia OUADAH BEDIDI.(2010), « Familles et rapports de genre au Maghreb, Evolution ou révolution ? », in Documents de travail , n°213,INED , Paris,29 pages.
[41] Idem, page3.
[42] Faouzi ADEL. (1995), « Formation du lien conjugal et nouveaux modèles familiaux en Algérie », colloque sur Femmes, Etat et développement, Tanger.10-13 octobre 1991, CRASC, Oran, 20 pages.

sexuel contradictoire avec les valeurs de pudeur et de dissimulation des sentiments propres à notre culture familiale,…)[43]

من هذا المنطلق، يمكننا تلخيص ما سبق ذكره من خلال خمسة مقاربات نظرية قد تمّ تصنيفها من طرف أعمال كل من "بيشي" و" بواتيي" سنة 1995:[44]

تشير **المقاربـــــة الأولـــــى** لأهمية انتشار و استعمال وسائل منع الحمل داخل أوساط المجتمع وذلك من خلال تجنيد برامج تنظيم الأسرة أي وضع سياسة سكانية محكمة من شئنها تغيير مستوى الخصوبة من نظام مرتفع المعدلات إلى نظام منخفض. و عليه فتصور هذه المقاربة يعطي بعدا اقتصاديا من خلال تجسيدها لفرضية أن النمو الديموغرافي يشكل لوحده هاجسا أمام تحقيق التنمية الاقتصادية.

ثم ترتكز **المقاربـــــة الثانيـــــة** على ما جاءت به أعمال "كالدويل " (Caldwell,1976,1978) من خلال ما أسماه بتدفق الثروة بين الأجيال[45] ، ركز هذا الأخير على مفهوم" تحول قيمة الطفل " من خلال تحول تواتر الثروة التي كانت محفزة بشكل أكبر للطفل الأكبر داخل الأسرة (نظام خصوبة مرتفعة) إلى الطفل بصفة عامة (نظام خصوبة منخفضة).إذن ، يصبح مفهوم الانتقال الديموغرافي لدى "كالدويل" مرتبطا بعكس و تغيير تدفق الثروات الممتدة من طرف ما أسماه "بنووية الاقتصاد" و "نووية العاطفة داخل الأسرة" بحيث يتشكل أصل هذا الانتقال من خلال انتشار القيم الحديثة و الذّي حصرها في كل من التمدرس و وسائل الإعلام، أما "نووية

[43] Idem, page16.
[44] V PICHÉ et J POITIER. (1995), « Divergences et convergences dans les discours et théories de la transition démographique », transitions démographiques et sociétés, Chaire Quételet ; Louvai la neuve, Acadimia /l'Harmattan, p.p. 111-132.
[45] La théorie des flux intergénérationnelles.

العاطفة داخل الأسرة"، فتتلخّص من خلال تقليل اهتمام الأولياء بأطفالهم الكبار (les aînés) وأفراد الأسرة الممتدة الآخرين، و إعطاء الأولوية والاهتمام الأكثر لمستقبل أطفالهم، و بالتالي يصبح محرّك الانتقالية هنا ، تلك التّحولات الحاصلة على القّيم الاقتصادية و الثقافية و لاسيما المتعلّقة بمكانة الطفل الجديدة داخل الأسرة على وجه الخصوص.

أمّا **المقاربـــــة الثالثـــــة**، فتستدعي استنباط أفكار النظرية الماركسية من خلال وضع رابط متين بين الخصوبة و نظام الإنتاج، في هذا السياق ، يصنف "ماركس" أشكالا متعددة للانتقالية حسب المكانة المشغولة في نظام الإنتاج، بحيث يصبح كل من الأطفال و الشباب قيمة إنتاجية مهمّة في تحقيق معيشة وحداتهم الأسرية.

و تتحدث **المقاربـــــة الرابعـــــة**، على ما أجمع عليه مجموعة من الباحثين أمثال "بوسروب" (Bosrup.P, 85) ، "نيكول " (Nicol. MC,86)، "كاين" (Cain,81) و كل من "ليستايج وسوركين " ، (Lesthaege et Surkin,88).

ركّز هؤلاء الباحثين على دور المؤسّسات في تفسير اتجاه الخصوبة أو بما يسمّى بانتقالية الخصوبة، بحيث ترتكز دراسة و تحليل محددات الخصوبة من جهة، على نظام الإنتاج كمؤسسة إنتاجية اقتصادية ، و من جهة ثانية، دور المجموعات الاجتماعية كمؤسسات ضامنة لتواتر الأجيال أي "الإنجاب:"

(***Contextualiser les mécanismes de prises de décisions en matière de fécondité par une analyse de l'interaction entre structures de la production matérielle et celle de la reproduction démographique*** » (Lesthaege et Surkin,1988)[46].

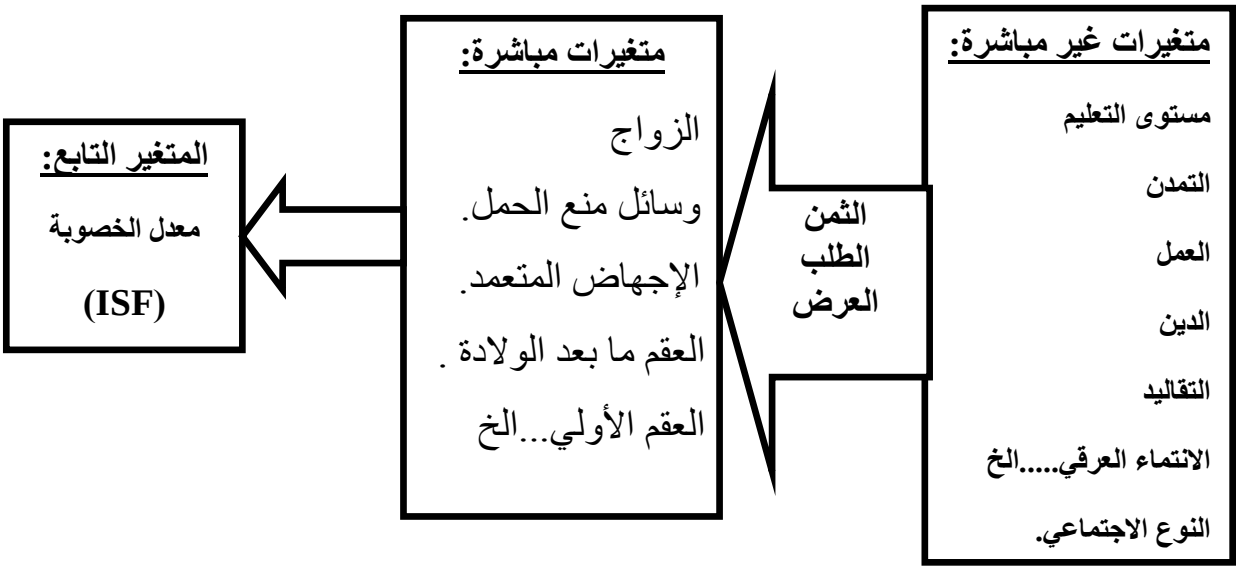
أخيرا ، توحي **المقاربـــــة الخامســـــة**، إلى ولوج نظرة جديدة في تحليل محددات انتقالية الخصوبة بشكل خاص و الانتقالية الديموغرافية بشكل عام، هذه الأخيرة تتضمّن "التيّار النسوي" من خلال تلاشي و تراجع هيمنة "النظام الأبوي" السائد، أي وضع تفسير اتجاه انخفاض الخصوبة في سياق "التقسيم الجنسي" للأدوار داخل الأسرة أو كما يحلو للبعض تسميته "بالجندر". و بالتالي ، تصبح هذه المقاربة تجديدا للمقاربة المؤسساتية و التي سبق لنا شرحها، بتسليط الضوء على أهمية تقسيم الأدوار داخل الأسرة في تحديد سلوكا تهم الإنجابية.

إذن يمكننا تلخيص جل هذه المتغيرات المباشرة و غير المباشرة مع المتغير التابع و المتمثل لدينا في معدل الخصوبة الكلي أو كما يسمى المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF) من خلال المخطط الأكثر استعمالا في علم الديموغرافيا و علم الاجتماع و الذي يعتمد على فكرة الحداثة كمحرك أساسي في عملية خفض الخصوبة :

« Le passage d'un niveau élevé à un niveau de fécondité faible s'est opéré dans le monde à travers le mouvement de modernisation »[47]

[46] Christine OUEDRAOGO (2001), *Fécondité en milieu rural Africain :quelques repères pour l'analyse des changements, étude de cas eu milieu Mossi au Burkina Faso* , UERD, Ouagadougou, Burkina Faso,p3.
[47] Fécondité en dessous du niveau de renouvellement », Bulletin démographique des Nations Unies,

الشكل رقم (2): مخطط المتغيرات المباشرة (الوسطية) و غير المباشرة (السوسيو-اقتصادية و الثقافية) وكيفية تداخلها مع المتغير التابع(ISF)



2. الجانب المنهجي للدراسة:

يتفق جل الباحثين في العلوم الإنسانية على أنّ لكل موضوع أو دراسة بحثية طريقة أو أكثر يجب إتباعها للوصول إلى الأهداف المرجوة، هذه الطرائق يطلق عليه مصطلح "المنهج" فما المقصود منه؟

عبد الرزاق جلبي[48] في كتابه الموسوم "علم اجتماع السكان" أعطى لهذا المصطلح تفسيرا مبسطا وشاملا :***"الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة في اكتشاف الحقيقة"*** ، و هو

[48] عبد الرزاق جبلي (1984)، *علم اجتماع السكان*، القاهرة، دار النهضة العربية، ص 24.

أيضا "***التنظيم أو الإستراتيجية أو الخطة العامة التي تعتمد على مجموعة من الأسس و القواعد والخطوات التي تساعد على تحقيق أهداف البحث أو العمل العلمي***"[49].

دراستنا و المتعلقة "بمكانية انتقالية الخصوبة في الجزائر" هي الأخرى تستدعي اعتماد منهجا علميا يؤول بنا إلى فهم و تحليل كل ما ورد في إشكاليتنا و من تمّ جزم أو نفي فرضياتنا المتوقعة.

فالقراءة الأولية لعنوان الأطروحة تقودنا إلى دراسة الخصوبة كظاهرة ديموغرافية اجتماعية بحثه، من خلال بعدين أساسيين، الأول جغرافي (الفضاء) و الثاني زمني.

يتدخل البعد الجغرافي في دراستنا من خلال علم جغرافية السكّان الذّي يعرّفه "منير طلعت الرشيدي" بأنه: "***ذلك الفرع من الجغرافيا البشرية الذي يتناول بالبحث الاختلافات المكانية والأنماط و العوامل المختلفة المتعلقة بتوزيع السكان و خصائصهم و حركتهم وحجمهم في إقليم ما، و أثر ظروف المكان الطبيعية و الاقتصادية و الاجتماعية في تفاوت سماتهم***"[50].

أمّا البعد الزمني، فيتدخّل من خلال نفس العلم باعتباره أكثر الفروع الجغرافية البشرية حساسية للبعد الزمني[51].

و عليه دراستنا تتطلب إتباع:

أولا: المنهج التحليلي: بوصف و تقدير كمي لمختلف البّيانات المتوفّرة للسكان والاتجاهات الحديثة للخصوبة في الجزائر عامّة، مع عرض مختلف المؤشرات أو المحدّدات المتعلقة باتجاهها، ثم بعد

[49] عبد الرزاق جبلي، محمد بيومي، و نادية عمر (1992)، *مناهج البحث الاجتماعي*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
[50] منير طلعت الرشيدي (2009)، *السكان و التباين الجغرافي: أسس التنمية المستدامة و دوافع الهجرة*، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 435 صفحة ،ص15.
[51] المرجع السابق، ص15.

ذلك عرض هذه البيانات حسب المكان المعاش من أجل تبيان حقيقة أنّنا انتقلنا من مرحلة الفوارق المكانية بين الحضر و الريف إلى مرحلة التقارب فيما يخص الخصوبة .

ثانيا: المنهج الكلاسيكي لتحليل محدّدات الخصوبة السوسيو–اقتصادية، الديموغرافية والثقافية بالاعتماد على تحليل إحصائي متعدّد المتغيرات حسب الولايات، هذا الأخير يسمى بالتحليل العاملي، بحيث سنقتصر في دراستنا هذه على طريقة المكونات الرئيسة (ACP/analyse des composantes principales) و هي إحدى الطرائق الخاصّة بالتحليل العاملي و التي سنشرحها كما يلي:

أ. مفهوم التحليـــل العاملي:

يعتبر التحليل العاملي أسلوبا إحصائيا يستهدف تفسير معاملات الارتباطات الموجبة و التي لها دلالة إحصائية بين مختلف المتغيرات ،أو هي عملية رياضية تستهدف تبسيط الارتباطات بين مختلف المتغيرات الداخلة في التحليل وصولا إلى العوامل المشتركة التّي تصف العلاقة بين هذه المتغيرات وتفسيرها، فهو منهج إحصائي لتحليل بيانات متعددة ارتبطت فيما بينها بدرجات مختلفة من الارتباط في صورة تصنيفات مستقلة قائمة على أسس نوعية التصنيف[52].

فهو من أحسن الأمثلة لتطبيق الدراسات متعدّدة المتغيرات بحيث يقوم على تقليص العدد الأكبر لهذه المتغيرات أو المعطيات الإحصائية إلى عدد أصغر ، و أكثر تفسيرا للظاهرة المراد دراستها وهو نوعين: التحليل العاملي و تحليل المكونات الرئيسية، الأول يستخدم للتأكد من فرضية أو أكثر

[52]ثائر داود سلمان (2012)، "درس التحليل العاملي: مفهومه، طرق تحليله، كيفية استخراجه بنظام SPSS"، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد

وبالتالي فهو مقاربة تأكيدية (Approche confirmatoire)[53] و يمكن لها أيضا قياس بعض درجات استطلاع الآراء أو المواقف[54] .

أمّا الطريقة الثانية و هي تحليل المكونات الرئيسية فهي في حقيقة الأمر تحليل عاملي استكشافي، تمثل نتائجه فرضيات جديدة يمكن من خلالها توسيع و فهم أحسن للإشكالية المدروسة.

ب. أهداف تحليل المكونات الرئيسية:

لهذه الطريقة من التحليل الإحصائي ثلاثة أهداف رئيسية و هي:

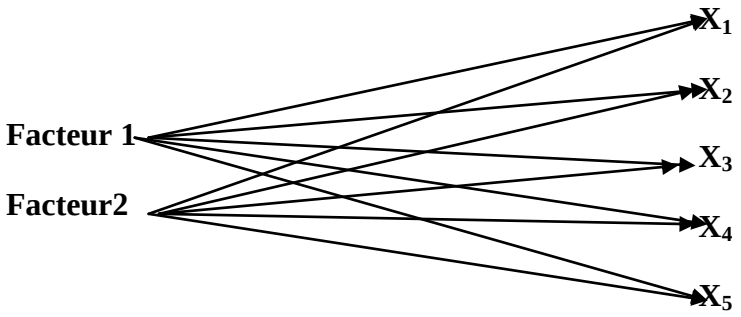
1) دراسة التداخلات ما بين عدد كبير من المتغيرات.
2) تجميع هذه المتغيرات العديدة في مجموعات مختصرة تسمى مكونات أو عوامل (Facteurs).
3) وضع ضمن هذه المجموعات المختصرة تراتبيّات أو متغيرات تفسيرية (variable explicative) لكل متغير أولي.

و عليه، تعتمد هذه الطريقة من التحليل على أربعة أنماط من العلاقات:

1) العلاقة بين المتغيرات نفسها.
2) علاقة المتغيرات مع العوامل.
3) العلاقة ما بين المتغيرات داخل العامل الواحد.
4) العلاقة ما بين العوامل المختلفة.

[53] R. BERTRAND. (1986),*L'analyse statistique des données* ,Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec.p.18.
[54] J.j. BERNIER .(1985),*Théories des tests*, Chicoutimi, Gaetam Morin.p.255.

إذن ، عمليا يحاول تحليل المكونات الرئيسية الإجابة على أسئلة مباشرة و بسيطة: فمثلا لدراسة تأثير عدد كبير من المتغيرات : $X_1,X_2,X_2,....X_n$ على مؤشر أو ظاهرة معينة نحصل على العلاقات التالية:



ت. مراحـــــــل تحليل المكونات الرئيسية:

يمكننا اختصار مراحل تحليل المكونات الرئيسية كما يلي:

1)البحث عن المتغيرات المتشابهة، يجب أن تكون من نفس المجموعة.

2)إيجاد مصفوفة الارتباطات بين المتغيرات المدروسة.

3)قطرية المصفوفة: $\lambda_1,\lambda_2 , \lambda_3 ,\lambda_4 , ...,\lambda_n$.

4)المصفوفة

5)الدوران، الذي بدوره يعين العوامل الأكثر أهمية حسب درجات عطالتهم (degré d'inertie) أي التباين المفسر.

6)مصفوفة التشبع و التي تسمح باستخراج العوامل.

7)قراءة الاختبارات الأكثر أهمية.

8)قراءة النتائج لا خد القرارات و الإجراءات (اللازمة للظاهرة المدروسة).

ث. الصيغة الرياضية لطريقة تحليل المكونات الرئيسية:

1)صياغة المصفوفة الأولية:

$$R = [r_{ij}] ,i = 1…n \text{ (individus) } j =1….p\text{(variables)}$$

2)حساب المصفوفة:

$X =[x_{ij}]$ ، مصفوفة المعطيات المحولة عن طريق التمركز، التقليص و المضاعفة من طرف العدد الثابت $1/\sqrt{n}$

$$xij = (ri,j - rj)/ \sigma j \; . \; 1/\sqrt{n}$$

يسمح هذا التحول تجنب انحرافات في التمثيل، هذا ما يحصل عادة عندما تختلف الانحراف المعياري بين المتغيرات، خاصة في حالة وجود متغيرات في وحدات مختلفة مثلا (السن، الدخل،...،الخ).هذا التحول يقوم بتقليص و الحد من أثر المتغيرات الأكثر تشتتا بين أفراد العينة ، وعليه نقوم بتحليل مكونات رئيسية معيارية أو قياسية.

3) حساب المصفوفة :

$$C = X^t \; . \; X$$

و هي مصفوفة الارتباطات الخطية ما بين المتغيرات مثنى مثنى. هذه المصفوفة متناظرة ببعد (p,p)، قطرها مشكل ب**(1)**، و مجموع عناصر القطر يساوي المستقيم **(C)**عدد المتغيرات الاولية.

4) تحديد المحاور العاملية: من أجل هذا يجب علينا حساب القيم الصحيحة **(values eigen)** والأشعة الصحيحة الخاصة بمصفوفة الارتباطات **C**.

نجد القيم الصحيحة λ من خلال تمحور مصفوفة الارتباطات.

تمحور المصفوفة **C** يعني حساب الشعاع λ بحيث:

$$| C - \lambda . I | = 0$$

I : مصفوفة وحدوية **(unitaire)** تأخذ القيمة **1** على القطر و القيمة **0** خارجه.

-إذا كان لدينا **(p)** متغيرات أولية، تصبح المصفوفة **| C - λ. I |** بحجم **(p,p)**، و نحصل إذن على:

p قيمة صحيحة **: λi مع i = 1,...p**

- تمثل القيمة الصحيحة الأكبر في المحور الأول، تليها القيمة الثانية في المحور الثاني إلى آخر قيمة.

-تحسب الأشعة الصحيحة من خلال نظام المعادلات بالشكل الموالي:

$$(C - \lambda . I) . U = 0$$

و بالتالي يأخذ كل شعاع صحيح قيمة صحية مناسبة له.

5) نسبة العطالة **(Inertie)**: تمثل العطالة الكلية بمسار مصفوفة الارتباطات، بحيث يمثل هذا الأخير عدد المتغيرات الأولية.

العطالة الكلية : $tr\ C = p$ **(1)**

مثلا ، إذا أردنا القيام بتحليل عاملي على اساس **05** متغيرات اولية، ستكون لدينا عطالة كلية تساوي **05**،

$$tr\ C = \sum \lambda j \quad (2)$$

من خلال المعادلتين **(1)** و **(2)** نستخلص العطالة الكلية :

$$\text{Inertie totale} = \sum \lambda j = p$$

ومن هنا، يمكننا حساب النسب المئوية للعطالة الخاصة لكل محور. هذه النسب تمثل حصة العطالة الكلية لسحابة النقط التي تعود إلى كل محور عاملي، بمعنى إسهام كل محور عاملي في العطالة الكلية و هي مُعرّفة كما يلي:

المحور j : $j = 1....p, pj = \lambda j / tr\ C = \lambda j / p$

حسب التعريف السابق، معدل العطالة الأكبر متعلق بالمحور الأول، ثم يليه الثاني إلى غاية آخر محور.

6)اختيار المحاور، في هذا الصدد يوجد عدة معايير يجب أخدها بعين الاعتبار و هي:

- **معيار كيسر (Kaiser)**: يجب أخد القيم الصحيحة الأكبر من الواحد الصحيح .
- نربط بكل محور، أقل نسبة لتفسير التباين الكلي (العطالة).
- نربط اكبر نسبة متجمعة محققة للتباين الكلي حتى لا نفقد الكثير من المعلومات (أي العتبة التي نأخذها بعين الاعتبار)، غالبا ما نأخذ نسبة **75 %** للتباين الكلي و هي غير ثابتة أي (حسب الدراسة المدروسة).

7) في هذه المرحلة يمكننا حساب إحداثيات العاملي للمتغيرات على المحاور من اجل التمكن من تحديد الإسهام النسبي لكل متغير أولي من اجل تحديد كل محور .

-إحداثيات[55] المتغير الأولي j على المحورi معطى بالصيغة الرياضية التالية:

$$\mathbf{Coord\ (j,i) = (\lambda i)1/2.Uj,i}$$

من أجل كل محور عاملي، مجموع مربعات إحداثيات المتغيرات الأولية تساوي القيمة الصحيحة للمحور،

فإذا كان المتغير الأولي p، سنجد بالنسبة للمحور الأول الصيغة الرياضية التالية:

$$\mathbf{\sum Coord2\ (j,1) = (\lambda 1)\ \ j = 1 \ldots p}$$

[55]هذه الإحداثيات يمكن قراءتها مباشرة من خلال جدول النتائج (Component Matrix) بواسطة نظام SPSS المعتمد في دراستنا.

$\lambda 1$: قيمة صحيحة للمحور الأول.

8)بنفس الطريقة يمكننا حساب الإحداثيات العاملية للأفراد على المحور، بحيث يصبح إسقاط هذه الإحداثيات في مستوى ثنائي الأبعاد مبسطا لجميع الأفراد ذوي السلوكات المماثلة وبالتالي تقليص المسافات.

3.المجال المكاني و الزمني للدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على البيانات الإحصائية في بعديها الكلّي "الخاصّة بالجزائر"، و الجزئي الخاصّة بكل" ولاية " و ذلك من أجل إبراز الفوارق المكانية لمستويات الخصوبة.

في بداية الأمر، قمنا بسرد أهم التّطورات الحاصلة على سكان الجزائر منذ التعداد الأول للسكان لسنة 1966 إلى غاية 2008 و لاسيما تطورات اتجاه الخصوبة، ثم قمنا بتحليل إحصائي لمعطيات آخر تعداد وطني للسكان و السكن لسنة 2008 و آخر مسح وطني عنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012-2013 ($MICS_4$)، مرورا بأهم المسوح الميدانية و المذكورة أعلاه.

4. تحديد مفاهيم الدراسة:

اعتمدنا أيضا في هذه الرسالة على مجموعة من المفاهيم و التصورات في تحليل ظاهرة الخصوبة والتّي بدورها تمثل الحجر الزاوية في كل الدراسات الاجتماعية عامّة و السكّانية على وجه الخصوص، وسنحاول في بداية الأمر التعريف بمصطلحات عنوان الأطروحة من خلال تحديد مفهوم الانتقالية

الديموغرافية و انتقالية الخصوبة مرورا إلى أهم المفاهيم المرتبطة بها بهدف تعريفها للقارئ على النحو التالي[56]:

- **الخصوبة**[57]: يفرّق دارسوا السكان عند تناولهم لموضوع المواليد بين الإنجاب أو النسل أو الخصوبة و بين القدرة البيولوجية على الحمل أو الولادة أو الخصوبة الحيوية على أساس أنّ العملية الأولى هي عملية أنجاب الأطفال فعلا، و نسبة الإنجاب هي نسبة المواليد للنساء في سن الحمل، أمّا الخصوبة الحيوية سواء تزوجت المرأة أم لم تتزوج أو لأنها تمنع الحمل (ضبط النسل) أو لأنها تجهض نفسها و هي غير المرأة العقيم.
- **الانتقالية الديموغرافية**: يعرف المعهد الوطني للدراسات الديموغرافية بفرنسا[58] الانتقالية الديموغرافية على أنّها المرور من نظام ديموغرافي "تقليدي" يسوده ارتفاع في كل من معدلات المواليد و معدلات الوفيات إلى نظام ديموغرافي "متطوّر" تصبح فيه معدلات المواليد جنبا إلى جنب مع معدلات الوفيات منخفضة .
- **انتقالية الخصوبة**: هي المرور من الخصوبة غير المحكمة من طرف الأزواج و المسماة بالخصوبة "الطبيعية"[59] إلى خصوبة محكمة من طرف الأزواج (تدخل وسائل منع الحمل).

[56] السيد عبد العاطي السيد (2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000،ص63.

[57] علي عبد الرزاق جبلي (2008)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعي، الإسكندرية، مصر، 481 صفحة، ص223.

[58] www.ined.fr

[59] www.ined.fr

- **المكانية:** و هو مصطلح يتطابق مفهومه في دراستنا مع مفهوم التوزيع المكاني أو الجغرافي لظاهرة ما بحيث يشمل الوطن ككل أو مناطق معينة باختلاف أحجامها (مناطق جغرافية، دوائر ، ولايات، بلديات، مكان إقامة،...).
- **الهبة الديموغرافية:** تحول ديموغرافي بين سكان المجتمع نتيجة انخفاض معدلات الخصوبة، بحيث يتحول المجتمع الذي غالبيته من الأطفال و صغار السن و المعالين إلى مجتمع يشكل فيه السكان في سن العمل و الإنتاج المجموعة الأكبر. أي معدل نمو السكان النشطين اقتصاديا في الفئات العمرية (15–64 سنة) يتجاوز معدل النمو للفئات السكانية المعالة و هم صغار السن (دون سن 15 سنة) و كبار السن (أكبر من 65 سنة).
- **التوزيع المكاني للسكان:** يتناول كيفية توزيع السكان في المساحة الكلية داخل مجتمع ما وعادة ما يقسم إلى أقاليم، ولايات، ...الخ.
- **التركيب العمري للسكان:** يقاس التوزيع العمري للسكان إما بالسنوات العمر المفردة، أو بفئات الأعمار خماسية أو فئات أعمار واسعة (0-14 سنة، 15-59 سنة و 60 سنة فما فوق).
- **التركيب النوعي للسكان:** يقاس بنسبة العدد الكلي لأحد الجنسين (ذكور/إناث) إلى المجموع الكلي للسكان.
- **الخصوبة المتباينة:** مقارنة السلوك الإنجابي بين فئات أو جماعات سكانية مختلفة السلالة أو الجنسية أو المستوى الاقتصادي،...الخ.

- **الزيادة الطبيعية**: تعبّر عن نمو سكاني ينجم عن تفوق عدد المواليد على عدد الوفيات في سنة معينة.
- **السكّان النشطون**: مجموعة السكان الذين يندرجون تحت الفئة العمرية 15-59 سنة ويدخلون ضمن قوة العمالة في المجتمع.
- **الخصوبة أو القدرة البيولوجية على الإنجاب**: مقياس لاحتمال الإنجاب لدى الذكور والإناث (حسب القدرة البيولوجية التي تحدد سن البلوغ عند الذكور و فئة العمر 15-49 سنة عند الإناث) قد تم شرحها بالتفصيل في التقديم العام للأطروحة.
- **كثافة السكان**: مؤشر يفسّر العلاقة بين حجم السكان و المساحة التي يعيشون فيها.
- **المتغير**: حادثة أو واقعة يمكن أن تتغير بقيم مختلفة.
- **المتغير التابع**: هو المتغير الناتج أي الذّي يتأثر أو يتغير بغيره من المتغيرات المستقلة.
- **المتغير المستقل**: هو المتغير السبب أي الذي له القدرة على إحداث تغيرات في غيره من المتغيرات التابعة.
- **المعدل النوعي**: عدد الذكور في السكان لكل 100 أنثى.
- **المكانة الزواجية**: و هي الحالة الاجتماعية للفرد (أعزب–متزوج–أرمل أو مطلق).
- **الهجرة**: حركة انتقال الأفراد أو الجماعات من مكان إقامة إلى آخر
- **الهرم السكاني**: رسم بياني يوضح التركيب العمري و النوعي للسكان.

- **مؤشر التنمية البشرية**[60]:يعتبر مقياسا هامّا و ضعته منظمة الأمم المتحدة لقياس رفاهية الشعوب في العالم بحيث تخصص له تقريرا سنويا بهدف قياس مستوى تنمية البلدان و تحسين أوضاع شعوبهم، و هو يشمل كل من الناتج القومي الإجمالي للفرد (PIB)، العمر المتوقع عند الولادة (e_0) و مستوى التعليم .
- **متوسط النسل/نسبة التكافؤ** (Descendance moyenne/Parité moyenne): متوسط عدد الولادات الحية لكل امرأة.

5. المؤشرات الخاصة بقياس الخصوبة:

- **معدل المواليد الخـــام (TBN):**

هو عدد المواليد الأحياء خلال السنة لكل ألف ساكن في منتصف السنة و يحسب كما يلي:

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء في السنة}}{\text{متوسط عدد السكان}} \times 1000$$

- **معدل الخصوبة العام** (TFG) : نسبة المواليد الأحياء في السنة على عدد النساء في سن الإنجاب(15-49 سنة). و يحسب كما يلي:

$$\text{معدل الخصوبة العام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء في السنة}}{\text{عدد النساء (15-49 سنة)}} \times 1000$$

[60] حسب تعريف معهد تطوير الذات و التنمية البشرية (2015)

- **معدل الخصوبة العام حسب العمر (TFG_X):**

يمثل معدل الخصوبة العام: عدد المواليد الأحياءللنساء في السن(x ,x+5) في السنة لكل 1000 امرأة في سن (x, x+5)، و يحسب كما يلي:

$$\text{معدل الخصوبة العام حسب العمر} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء للنساء في السن (x ,x+5)}}{\text{عدد النساء في السن (x ,x+5)}} \times 1000$$

- **معدل الخصوبة الكلي أوالمؤشر التركيبي للخصوبة (ISF):**

في الواقع ، يعتبر هذا المعدل تقديرا لمتوسط عدد الأطفال الذين يمكن أن تنجبهم المرأة الواحدة خلال فترتها الإنجابية (15-49 سنة)، يسمى أحيانا بالمؤشر التلخيصي للخصوبة (ISF)[61]، ويحسب بجمع معدلات الخصوبة للفئات العمرية الخمسة مضروب في خمسة (05 و هي طول كل فئة عمرية)، ثم قسمته على 1000.

$$\text{معدل الخصوبة الكلي} = \frac{\text{مجموع معدل الخصوبة العمرية}}{1000} \times 05X$$

لهذا ، يعتبر أيضا تلخيصا لمستوى الخصوبة في دولة معينة مثله مثل معدل الخصوبة العام (قد سبق شرحه)، بحيث يتميز بأنه معدل معاير (Standardisé)، لكونه لا يتأثر بشكل التكوين العمري لأن المرأة تمر بجميع سنوات الإنجاب أو لأنه لا يوجد وفيات بين الألف امرأة.

[61] Indice synthétique de fécondité.

- **متوسط العمر عند الإنجاب ($\bar{m}$):**

متوسط العمر الذي تضع فيه النساء مواليدهن مع وضع فرضية عدم الوفاة و غياب أثر التركيب العمري لدى هذه الفئة المفترضة (1000 امرأة) و يحسب كما يلي:

$$\bar{M} = \sum_{i=1}^{7} a_i f_i \Big/ \sum_{i=1}^{7} f_i$$

بحيث: a_i مركز الفئة العمرية **i**

fi معدل المواليد للفئة **i**

خاتمـــــــة الفصل:

على ضوء ما ذُكِر في طيّات هذا الفصل ، توصّلنا في بداية الأمر، و لو بجزء بسيط ، من تحصيل أهم النّظريات العلمية الملمّة بأهم الخصائص أو العوامل السوسيو–اقتصادية و الثقافية المؤثّرة بشكل مباشر أو غير مباشر في تغيير مستويات الخصوبة داخل أي مجتمع ما، فمن التيّار الاقتصادي المدعّم من طرف (Becker,1973) و (Eaesterlin,1979) ، جنبا إلى جنب، مع روّاد مدرسة شيكاغو المعتمدين على مبدأ الأسرة كمؤسسة إنتاجية في الاقتصاد، إلى التيّار الاجتماعي الذي يدعوا إلى إعادة الثّقة في الإنسان من خلال قدرته على تحقيق التوازن بين عدد أفراده و الموارد الطبيعية المتاحة إليه ، و بالتّالي يجعل من المحدّدات الاجتماعية أهم العوامل التي تفرض عليه الحّد من عدد أطفاله و التقليص من حجم أسرته، و ذلك من خلال استعماله لوسائل تنظيم الأسرة.

و في نفس السياق، لا يمكننا تجاهل نظرية التّحول الاجتماعي التّي ارتكزت على مفهوم "التّنمية" كمحرّك رئيسي في هذا التحول، ثمّ اتّجهنا إلى المقاربة الأكثر حداثة في تفسير اتجاهات الخصوبة والتّي تدعوا إلى إدماج "النوع الاجتماعي" من خلال تقسيم الأدوار داخل الأسرة.لكن مع هذا و ذاك، لا يمكننا أيضا اجتناب أعمال أمثال (Blake,David,1956) ، (Freedman,1967)، (Cantrelle,1979) و(Bongaarts,1983) المعتمدة على إدماج المتغيّرات الوسطية في تفسير اتجاه الخصوبة و المتمثلة في كل من الزّواج، وسائل منع الحمل، الإجهاض المتعمّد، العقم الأولي والعقم ما بعد الولادة. و في الأخير، قمنا بشرح أهم المفاهيم المتعلقة بالدراسة، مرورا بأهم المؤشرات المتعلقة

بقياسها، وصولا إلى المنهجية العلمية المتّبعة في تحليل الإشكالية و التّحقيق من الفرضيات المز عمة اختبارها.

الفصـــــــــــل الثانـــــــــــي:

ملامـــــــــح التحـــــــول الديموغـــرافـــــــي

مقدمة الفصل:

لا يمكننا دراسة انتقالية الخصوبة في أي مجتمع ما ، دون التعرّف أو دراسة أهم الملامح للانتقالية الديموغرافية ، هذه الأخيرة تتضمّن تحولات داخل المجتمع نفسه، بحيث يصبح أفراده يتحكّمون في خصوبتهم (من خلال خفض معدلات المواليد ،جنبا إلى جنب، مع معدلات الوفيات) بعدما كان يسوده مستويات مرتفعة من المواليد و الوفيات على حد سواء.

و على هذا المنوال، يقول (Chesnais,1986) ***"أنّ الانتقالية الديموغرافية الكلاسيكية تمرّ بثلاثة مراحل رئيسية، يستهلّها انخفاض ملموس في نسبة الوفيات، يليه تأخر في ولوج سوق الزواج لتكتمل بمرحلة أخيرة تتميز بمعدلات خصوبة منخفضة"*** .

في هذا الجزء من الرسالة ، سنقوم بشرح تفصيلي لهذه الظاهرة من خلال سرد تاريخي للفكر السّكاني ، مرورا إلى أهم ملامح التّحول الديموغرافي بداية بأوروبا، البلدان العربية و المغرب العربي على وجه الخصوص وصولا إلى الجزائر محل دراستنا.

1. تطـــــور الفكـــــر السكانـــي:

شهد الفكر السكاني تطوّرات عديدة من خلال كتابات الفكر الفلسفي و الاجتماعي على مدى التاريخ ، فالأصول الأولى لهذا الفكر تعود إلى الحضارة الصّينية القديمة من خلال أوّل المخطوطات الفلسفية للمفكّر الصيني "كونفيشيوس (القرن السادس قبل الميلاد)" و الذي أشار إلى فكرة "الحجم الأمثل للسكان". فعلى الرغم من أنّ الكتابات التاريخية في تلك الفترة أنّها لم تكن بتلك المعتمدة على المنهج التجريبي و العلمي المعروف حاليا (أفكار ذات طابع تأمّلي أكثر منها علمي) ، إلاّ أنها وسيلة تاريخية تجزم على أن الفكر الصيني القديم كان سبّاقا في الإشارة إلى فكرة "التناسب بين السكان والموارد"، فهو بذلك قد أعطى تصورا نموذجيا للعلاقة بين السكان و الموارد و أنّ الزيادة السكانية الهائلة في مجتمع ما ستؤدي إلى تناقص الإنتاجية الاقتصادية و بالتالي ستؤدي حتما لتدنّي المستوى المعيشي وبالتّالي خلق أزمات و صراعات اقتصادية و أمنية داخل المجتمع.

في نفس السياق، لم يبتعد كل من أفلاطون (427ق م- 347 ق م) و أرسطو (384ق م – 322 ق م) في الحضارة اليونانية الكلاسيكية عن هذا الفكر السائد، بل كانا أكثر الفلاسفة اهتماما بقضايا السكان لتلك الفترة التاريخية، منشغلين إذن بمشكلة حجم السكان الأمثل بحيث "***يقرّران أنّ المجتمع يجب أن يبلغ حجمه من الكبر بالدرجة التي تجعله مكتفي بذاته اقتصاديا و قادرا على الدفاع عن نفسه، و لكن لا يجب أن يبلغ حجما يجعل مهمة الحكومة صعبة***"[62]

[62] السيد عبد العاطي السيد(2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، جامعة الإسكندرية، مصر ، ص83.

مفهوم الحجم الأمثل لدى هذين الفيلسوفين، يستدعي تحقيق رفاهية و أمن المواطنين على أفضل نحو ممكن، فالنّاحية العددية أو الكمية للسكان ليست لوحدها سببا كافيا للتأثير على المجتمع وإنّما يجب الأخذ بعين الاعتبار الناحية النوعية أو الكيفية كسبب لا يقل أهمية على الأوّل من خلال تحديد طابع السكّان و خصائصهم (السيد عبد العاطي السيد، 2000) ، و هنا أرسى أفلاطون مبدأه القائل :"***إن نوعية الإنسان أكثر أهمية من عدد الأفراد و كميتهم***"[63].

تُصبِح ميزة الحروب المتواصلة و اللاّ-منتهية لدى الحضارة الرومانية القديمة سببا كافيا في ضرورة زيادة عدد السكان، و ذلك من أجل الدفاع و حماية الدولة من جهة، و من جهة ثانية، امتداد رقعة الإمبراطورية من خلال توسيع مستعمراتها في كل من بريطانيا و أفريقا . لهذا الغرض ، كان الرومان أكثر تطلعا لتحقيق نمو سكاني سريع و مرتفع من خلال تحفيز الزيجات و نسبة الولادات بحيث كان التشريع الروماني يحث دائما على زيادة الإقبال على الزواج و لاسيما الزواج المبكر والرفع من معدل الولادات(السيد عبد العاطي السيد، 2000).

تشير كتابات الفكر الفلسفي الغربي في العصور الوسطى لوجود ميولات كبيرة للفكر المتّسم بالطابع الدّيني و الأخلاقي ، بعيدا كل البعد عن الطابع العلمي في اتجاهيه السياسي والاجتماعي، بحيث لوحظ تعارضا للديانة المسيحية مع مفكرين هذا العصر في مسألة وسائل ضبط السكان (الإجهاض، الوأد، الطلاق و الزواج المتعدد)، و اتجهوا بقوة إلى اتجاه العفّة أو "العذرية"

[63] ميثاء سالم الشامسي(2004) ، "السياسات السكانية و التحول الديموغرافي في الوطن العربي مع إشارة خاصة إلى دول مجلس التعاون"، جامعة الدول العربية، أكتوبر. مصدر موجود في الموقع الموالي:
https://www.gulfpolicies.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2014:2015-01-22-11-31-06&catid=145:2011-04-09-07-47-04

باعتبارها أرقى شكل للوجود الإنساني. أمّا الفكر الفلسفي العربي فقد سُجِّلَ في سِجِّل من ذهب، من طرف رائد الفكر العربي و مؤسس علم الاجتماع العربي عبد الرحمن ابن خلدون (1332-1404) .

رأى هذا المفكر، أن المجتمعات تمرّ بمراحل مختلفة شأنها شأن الإنسان في مراحل حياته، أي أنّ المجتمع يتغير كما يتغير الإنسان من مرحلة شبابه إلى مرحلة شيخوخته. فهو يمتاز في مراحله الأولى بمعدلات أكثر ارتفاعا للخصوبة و الإنجاب و معدلات أكثر انخفاضا في الوفيات (بحيث يرتفع معدل النمو السكاني)، إلى آخر مراحل تطوره أين تصبح فيه معدلات الخصوبة أكثر انخفاضا مع ارتفاع ملحوظ في معدلات الوفيات. يفسّر ابن خلدون المرحلة الأولى من تطور المجتمع بالثّقة المفرطة لسكان المجتمع في أنفسهم و نشاطهم المفرط في إقبالهم للعمل، أما المرحلة الأخيرة فيفسرها بانتشار المجاعات والأوبئة و الفوضى و التمرد الأمر الذي يؤدّي حتما لزيادة معدلات الوفيات، بحيث تتدنّ الآمال والطموحات و تنخفض معدلات النسل[64].

تواصل الفكر السكاني إلى غاية القرن السابع عشر ميلادي مع ظهور العصر "المركنتيلي" الدّاعي إلى المذهب التجاري من خلال النظر إلى أن النّمو السكاني كعامل ضروري لزيادة دخل وثروة الأمة، ثم القرن الثامن عشر مع المدرسة الطبيعية التي دعت إلى تناغم بين النمو الاقتصادي والنمو السكاني وتداخلهما مع بعض على يد كل من "أدام سميث" (1723-1790) و "ويليام كولدوين"(1782-1833)، ثمّ بعد ذلك إسهامات "توماس مالتوس" (1766-1834) في بداية القرن التاسع عشر من خلال نشر مقالاته – حسب بعض المفكرين-"التشاؤمية" و التي تربط بين النمو

[64] نفس المرجع ، ص88-89.

السكاني ونتائجه الاجتماعية. وجّهت بعد ذلك انتقادات كبيرة "لمالتوس" من طرف رجال الدّين لكونه –حسب اعتقادهم– دنّس المقدسات بافتقاره كثيرا "لرحمة الإله".

من بين هؤلاء المنتقدين و الأكثر انتقادا نذكر "كارل ماركس" (1818-1883)، هذا الأخير طوّر نظرية عن المجتمع مفادها أن الاقتصاد الرأسمالي هو أصل المشكلات السكانية على عكس "مالتوس" الذي طوّر نظريته على فكرته القائلة بأن النمو السكاني المتزايد هو سبب كل المشكلات الإنسانية والمجتمعية. هذا الفكر لا يزال سائدا إلى يومنا الحالي مع الباحثين و المفكرين المعاصرين والمؤيدين لفكرة "مالتوس" و الذّين يطلق عليهم باسم" المالتوسيون الجدد".

مع أواخر القرن التاسع عشر و بداية القرن العشرين ، اعتمد "المالتوسيون الجدد" على مناهج علمية و تجريبية بعيدة عن الفكر الفلسفي السائد قبل ذلك، من خلال رصد بيانات النمو السكاني في بلدان و مجتمعات مختلفة في العالم، استخلصت هذه الدراسات بأن النمو السكاني كان سببا رئيسيا في الكثير من المشكلات الاجتماعية و أن الحّد من هذا النمو يستدعي خلق وسائل عديدة للحّد من عملية الإنجاب و التقليل من النمو السكاني (على الرغم من أنّ "مالتوس" –في زمانه–عارض فكرة ضبط معدلات الإنجاب عن طريق استخدام وسائل منع الحمل)، و بالتّالي يصبح "المالتوسيون الجدد" من المؤيّدين و الدّاعمين لبرامج تنظيم الأسرة و بالتالي تدعيمهم للسياسات السامحة بالعقم الإرادي والإجهاض[65].

[65]السيد عبد العاطي السيد(2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، جامعة الإسكندرية، مصر ، ص119

استمر الجدل القائم حول نظرية "مالتوس" المبنية على فكرة علاقة السكان بالتنمية من مؤيّد ومعارض إلى أنْ ظهرت نظرية جديدة تسمّى بنظرية التحول الديموغرافي، فما المقصود بها، ما هي مراحلها و ما هي أشكالها ، وهل يمكن تطابق مراحل تطورها مع ما حدث في الجزائر؟.

2.مفهوم نظرية التحول الديموغرافي:

انطلاقا من نظرية "مالتوس" و التّي أظهرت اتجاهات متناقضة بين الموالاة و عدم الاتفاق ، جاءت نظرية التحول الديموغرافي كحل لتفسير الاتجاهات الديموغرافية السائدة أنداك، ففي سنة 1929 اعتمد "وارين تامسون" "WARREN THOMPSON" على جمع و تبويب معطيات ديموغرافية مختلفة لبعض من الدول الأوروبية ، استنتج من خلالها على وجود ثلاث أنواع من أنماط النمو الديموغرافي قُسِّمت من خلالها تلك الدول إلى ثلاث مجموعات أساسية:

- **المجموعـــــــة الأولـــــــــى**: فقد خصّت بلدان شمال و غرب أوروبا و التي مرّت في الفترة الممتدة ما بين الجزء الأخير من القرن التاسع عشر إلى غاية سنة 1927 من معدلات مرتفعة لكل من المواليد و الوفيات إلى معدلات منخفضة، بحيث انخفضت معدلات الوفيات من 35 في الألف إلى 5.14 في الألف، كما انخفض متوسط عدد الأطفال لكل امرأة من أربعة أطفال إلى طفلين فقط. هذين المؤشرين كانا سببا حتميا في توقّف معدلات الزيادة في السكان مما أدّى إلى انخفاض ملموس في أعداد سكان بعض هذه المجتمعات أي نمو سكاني سالب كما فسّره "تامسون".

- **المجموعـــــــــــة الثانيـــــــة:** فقد شملت كل من إيطاليا، إسبانيا، سلوفاكيا ووسط أوروبا ، حيث استخلص "وارين " على أن هذه الدول ستواجه نفس مصير المجموعة الأولى نظرا للانخفاض السريع لكل من معدلات وفياتها و مواليدها، و بالتالي سينخفض أعداد سكانها كباقي دول المجموعة الأولى و التي عايشت هذه المرحلة من التاريخ في ظرف 30 إلى 50 سنة مضت.
- **المجموعـــــــــــة الثالثـــــــة** : فقد جسّدها "تامسون" في باقي الدول الأوروبية الأخرى و التي امتازت بعدم التحكم في معدلات مواليدها و وفياتها ، فاعتمدت رؤيته إذن على أنّ هذه الدّول سيستمر حجم سكانها إلى غاية ما أسماه بمستوى "حد الكفاف"[66].

تواصلت الأعمال و الأبحاث المختلف في معرفة أشكال النمو الديموغرافي في البلدان الأوروبية على وجه الخصوص، نذكر من بينها تلك المتعلقة "بفرانك نوتشتاين" FRANK" NOTESTEIN " سنة 1945. هذا الأخير أعاد النظر في دراسة "تامسون" من خلال تشخيصه للمتغيرات السّببية لظاهرة الانتقال الديموغرافي من جهة، و من جهة ثانية أعاد تسمية المجموعات الثلاثة المصنفة من طرف "تامسون" نذكرها كما يلـــــــــي:

- **المجموعـــــــــــة الأولـــــــــى:** وصفها بالانخفاض الملموس.
- **المجموعـــــــــــة الثانيـــــــــــة:** سميت بالنمو التحولي .
- **المجموعـــــــــــة الثالثـــــــــــة:** رشحها بالنمو المرتفع.

[66] George TAPINOS. (1985), *Éléments démographiques*, Armand Collection, Paris, PP243- 245

و بالتالي أصبح مصطلح الانتقال الديموغرافي أو التحول الديموغرافي كما يحلو للبعض تسميته متداولا و لأول مرة بفضل هذا الباحث سنة 1945[67].

استدعى الفكر السائد حول صيرورة عملية التحول الديموغرافي وجود متغيرين أساسيين متجسدين في كل من عنصر "التحديث" و عنصر "التطور الاقتصادي" ، فقد تحدّث كل من "بيرازيل" (Perazel,1974) و "كيون"(Mc Keown,1972) على أنّ التّطورات الطبيّة ، جنبا إلى جنب، مع التنمية الاقتصادية كعاملين خارجيين ،كانا سببا كافيا في انخفاض مستويات الوفيات و لاسيما وفيات الأطفال الرضع ، و ما دون الخمس سنوات ، و بالتالي تنخفض الخصوبة بفعل انخفاض الوفيات . بينما يرى آخرون كويلسون "C .wilson" بأنّ سبب انخفاض الخصوبة راجع أساسا إلى عوامل اقتصادية واجتماعية على حد سواء[68]، هذا ، و ناهيك على أعمال أخرى حول محدّدات الخصوبة قد تّم الإشارة إليها سابقا.

و بالتّالي يصبح المفهوم العام للانتقالية الديموغرافية مرتبط بتلك التغيرات و التطوّرات الحاصلة لسكان العالم و التي سنذكرها فيما يلي.

[67] Daniel NOIN .(1983), *La transition démographique dans le monde*, Paris PUF, P18
[68] George TAPINOS. (1985), *Éléments démographiques*, Armand collection, PP243 245

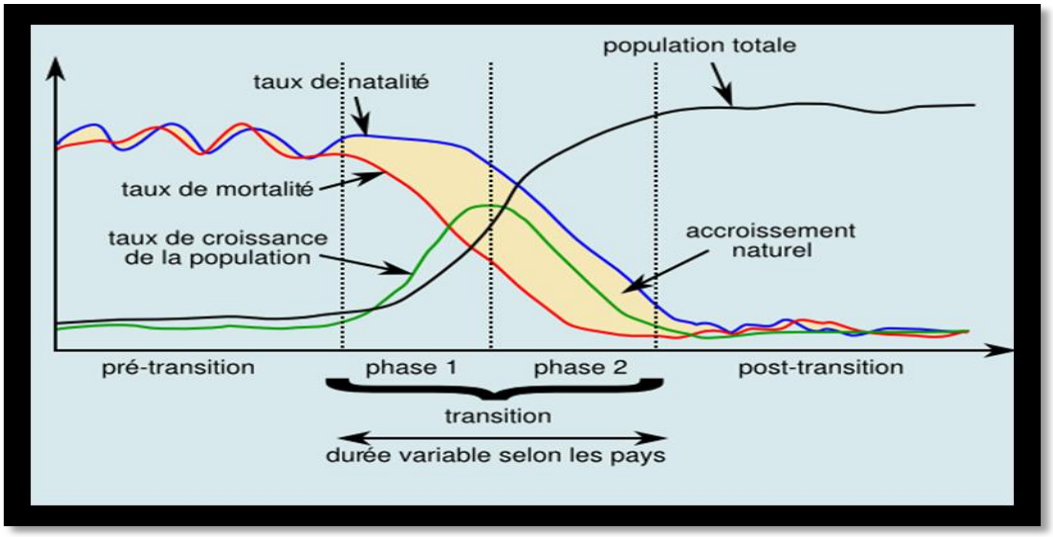
3.مراحـــــــــــــل التحـــــــول الديموغرافـــــــي:

لمعرفة مراحل الانتقالية الديموغرافية يجب علينا ذكر ما قد ورد على كل من "هوفات" "E.Hoovet" و كول "A.Coole" سنة 1985[69]، بحيث قسّما صيرورة الانتقال الديموغرافي حسب ثلاث مراحل أساسية نلخّصها كما يلي:

- **المرحلـــــــــــة الأولـــــــــــى**: تمتاز هذه المرحلة بارتفاع مزدوج بين المواليد و الوفيات على حد سواء، بَيْد أنّه، تبقى معدلات المواليد ثابتة الارتفاع و معدلات الوفيات في تدبدب و تغيرات نسبية بين الحين و الآخر.
- **المرحلـــــــــــة الثانيـــــــــــة**: ما يميز هذه المرحلة هو بداية التراجع النسبي والتدريجي لمعدلات الوفيات ، بينما معدلات المواليد فتؤول نحو الانخفاض السريع، هذه الآلية تؤدي بعد ذلك إلى تقارب المعدلين في مستوى معين .
- **المرحلـــــــــــة الثالثـــــــــــة**: تتواصل معدلات الوفيات في الانخفاض إلى غاية مرحلة الثبات بينما تستمر معدلات الولادات في التراجع مع تسجيل بعض التذبذبات النسبية.

[69] ابراهيم عطاري (2011) ، الانتقال الديموغرافي و تطور بنية الأسرة في الجزائر، دراسات اجتماعية ، مركز البصيرة البحوث و الاستشارات والخدمات التعليمية، الجزائر ، العدد 7 ، ص 47.

الشكل رقم (3) : الشكل العام لنموذج الانتقال الديموغرافي



المصدر: https://fr.wikipedia.org/wiki/Transition_d%C3%A9mographique

4. التحـــــــول الديموغرافـــــــــي فـــي أوروبـــــــا:

من أجل توضيح أوسع لمراحل صيرورة الانتقال الديموغرافي، لابد من عرض هذه الظاهرة في موطنها الأصلي ، و مع بدايات حدوثها أي المنتصف الأخير من القرن الثامن عشر إلى غاية القرن التاسع عشر.

نعلم جيّدا أن أبوية هذه النظرية ترجع إلى الأعمال الأولى لكل من لوندري (A.Landry,1934) من خلال كتابه الشهير " الثورة الديموغرافية" و "نوتيشتاين" (F.W.Notesstein,1953) ، هذا الأخير أبدى بنظرة تلخيصية أو تركيبية لمفهوم هذه النظرية ، فكليهما توحّدا في فكرة أن شعوب العالم تمرّ بنظام ديموغرافي يسوده ارتفاع لكلى معدلات الوفيات و المواليد

، إلى نظام آخر، يَعُمُّهُ معدلات منخفضة لكل من المواليد و الوفيات ، و بالتالي أعطيا شكلا موحدا لصيرورة هذه الظاهرة .

آخرون "كنوان" (Noin,1983) الذّي يركز على الجانب الوصفي لمفهوم الانتقالية الديموغرافية ، و"شيسني"(Chesnais,1986) هو الآخر يتمحور فكره حول القّيمة التفسيرية للظاهرة ، لكن و في حقيقة الأمر لا يمكننا تجاوز فكرة أنّ نموذج هذه الظاهرة ليس موحدا كما ادّعى "لوندري" و"نوتيشتاين "و غيرهم من الديموغرافيين، و إنما هناك أشكال متعدّدة للانتقالية الديموغرافية في الدول الأوروبية ، بحيث نعتمد في هذا التّصوّر على أعمال كل من "شيسني" (Chesnais,1986) و " رولي" (C.Rollet,2011)[70]:

« ***Depuis les travaux de Landry, on s'est aperçu aussi que « la transition » était un model commode pour désigner un processus général, mais qu'il existait dans la réalité autant de « transitions » particulières que de pays : chaque pays a son style, son rythme propre, d'où la préférence aujourd'hui pour le terme de transitions au pluriel***. »

إنّ ما ميّز هذه المنطقة من العالم ، هو ذلك الاختلاف في وثيرة الانتقال الديموغرافي ،جنبا إلى جنب، مع اختلاف تواريخ حدوثه، فهنالك بلدان عرفت هذه الظاهرة بوثيرة منتظمة و أخرى تداركت الوضع بوثيرة سريعة نسبيا.

هذه الاختلافات كانت نتيجة أبحاث و دراسات ديموغرافية متعدّدة تمحورت كلّها في دراسة الوفيات و المواليد لدى مختلف دول أوروبا بحيث استنتجوا من خلالها ثلاثة مجموعات من الدول

[70]C ROLLET.(2011), *Introduction à la démographie*,, A. Colin, Coll. Domaines et Approches , Paris 128p . Page 31

صُنِّفَتْ حسب ثلاثة وثيرات مختلفة لانخفاض معدلات الوفيات و أربعة مجموعات أخرى حسب انخفاض معدلات المواليد نذكرها كما يلي:

1) حسب انخفاض معدلات الوفيات:

المجموعة الأولى: شملت كل من فرنسا و البلدان الشمالية في الفترة الممتدة من نهاية القرن الثامن عشر و بداية القرن التاسع عشر.

المجموعة الثانية: خصّت هذه المجموعة معظم الدول الأوروبية في الفترة الممتدة من 1870 إلى 1880، بحيث عرفت معدلات وفياتها انخفاضا بعد الذّي حصل للمجموعة الثانية و هي كل من انجلترا، بلجيكا، هولندا و سويسرا في المنطقة الغربية من أوروبا، وكل من روسيا و بولونيا في المنطقة الشرقية، إلى أن تصل إلى المنطقة الجنوبية مع تسجيل بعض من التأخر لبضعة سنوات[71].

المجموعة الثالثة: تزامنت هذه المرحلة بداية القرن العشرين مع كل من اسبانيا، البرتغال و رومانيا، لكن بتراجع معدلات الوفيات بوثيرة أسرع من سابقاتها[72].

2) حسب انخفاض معدلات المواليد:

المجموعة الأولى: تبقى فرنسا على رأس الدول الأوروبية في معرفة التحول الديموغرافي على غرار مثيلاتها من الدول الأخرى كفنلندا، و تشيكوسلوفاكيا، و ذلك لكونها السبّاقة أيضا في

[71] حميد التوزاني(2013)، "الانتقال الديموغرافي بين التطابق، التقارب و الاختلاف، قراءة في التجربة الأورومتوسطية"، الحوار المتمدن، العدد 4250،

[72] نفس المرجع.

استعمالها الأوسع لوسائل منع الحمل بحيث وصلت معدلات مواليدها إلى 26 في الألف سنة 1850 على الرغم من تسجيل نسب كبيرة في الزواج المبكر نسبيا[73].

المجموعة الثانية: انضمّت كل من النرويج، انجلترا، سويسرا، النمسا، هولندا، بلجيكا، ألمانيا، إضافة إلى كل من اسبانيا ، إيطاليا ثم أخيرا الدانمرك في الفترة الممتدة ما بين 1860 و 1890، في هذه الدول بدأت معدلات المواليد في التراجع بعد تراجع معدلات الوفيات بفارق زمني قدر بين 05 إلى 10 سنوات.

المجموعة الثالثة: خصّت هذه المجموعة كل من بولونيا، روسيا، أستراليا و زيلا ندا الجديدة في سنة 1900 تقريبا.

المجموعة الرابعة: تزامنت هذه الأخيرة الفترة الممتدة ما بين 1920 و 1925، و شملت كل من بلغاريا، رومانيا و البرتغال لتصنيفها كبلدان ذات نمط زراعي.

5.التحـــــــــوّل الديموغرافـــــــــــي فـــي الدول العربية:

يتّفق جل الباحثين في علم الاجتماع و الديموغرافيا ، أنّ ما حدث في أوروبا من تحول ديموغرافي هو نتيجة حتمية لثورة ثقافية و اقتصادية ،جنبا إلى جنب، مع عنصر الحداثة، هذا ما أكّده حميد التوزاني(2013) من خلال مقاله الموسوم " الانتقال الديموغرافي بين التطابق ، التقار

[73] نفس المرجع.

ب والاختلاف، قراءة في التجربة الأورومتوسيطية": ***"يمّثل التحول الديموغرافي العقلاني الذي عرفته أوروبا في ظرف قرنين من الزمن، ثمرة ثورة ثقافية بدأت في القرن الثامن عشر مع عصر التنوير نتيجة لانتشار القراءة و الكتابة بين الرجال و النساء، ثم بفضل تعميم وسائل منع الحمل والإجهاض والسياسات الصحية"*** .

هذا التصوّر يستدعي طرح سؤال جوهري :هل كانت للدول العربية نفس خصوصية الدول الأوروبية في اجتياز هذه المراحل من التحول الديموغرافي أو لا؟

إنّ استيعاب مفهوم الانتقالية الديموغرافية في المنطقة العربية يتطلّب منّا استعراض أهم المؤشرات الديموغرافية و المحرّكة لهذه الظاهرة كالخصوبة من خلال المواليد و الوفيات . فقد اجتازت هذه الدول المرحلة الأولى من الانتقالية في منتصف الثلاثينات من القرن العشرين، أين كانت كلّ من معدلات الولادات أو الخصوبة بشكل خاص جنبا إلى جنب مع معدلات الوفيات مرتفعة، ممّا أدّى إلى عدم ارتفاع معدل النمو السكاني و الذّي لم يزد عن 1% في تلك الفترة[74].

مع بداية الأربعينات ، بدأت معدلات الوفاة في التراجع النسبي بينما بقيت معدلات الولادات مرتفعة نوعا ما ، هذا التفاعل بين المؤشرين جعل من معدلات النمو الطبيعي لسكان المنطقة العربية تحدو حدو الارتفاع إلى غاية سنوات الثمانينات (4.5 %).

[74] احمد قطيطات (13 نوفمبر2007)، الهبة الديموغرافية في الوطن العربي، المؤتمر الاحصائي العربي الأول، عمان، الأردن.

لكن و مع بداية التسعينات من نفس القرن[75]، تواصل تراجع معدلات المواليد مع الانخفاض المستمر لمعدلات الوفيات مؤدّيان بدورهما إلى الانخفاض الاستعراضي لمعدلات النمو السكاني و بالتّالي سُجِّلَت بداية دخول سكان الدول العربية المرحلة الثالثة من الانتقالية الديموغرافية.

يؤكّد كل من يوسف كورباج و تود (Courbage et Todd ,2007,p.65) على أنّ مستوى الخصوبة قد انخفض إلى النصف في ظرف جيل واحد فقط ، أي من 7.5 طفل لكل امرأة سنة 1975 إلى 6.3 طفل لكل امرأة سنة 2005[76] .

تباين المسار الإنجابي في أقطار الدول العربية، بحيث سجلت كل من لبنان و تونس سنة 2010 مستوى خصوبة يقدر ترتيبيا ب 1.86 و 2.04 طفل لكل امرأة و ذلك خلال الفترة الممتدّة ما بين 2005-2010، و هو مستوى مقارب جدا لذلك المسجل لدى الدول الأوروبية و لاسيما فرنسا.

في الجزائر و المغرب و في نفس الفترة، أصبح مستوى الخصوبة أقل من 2.5 طفل لكل امرأة (2.38 طفل لكل امرأة)، الكويت (2.32طفل لكل امرأة)، قطر (2.4 طفل لكل امرأة)، عمان (2.52طفل لكل امرأة)، ليبيا (2.72 طفل لكل امرأة)، مصر (2.85طفل لكل امرأة) و الصحراء الغربية (2.7طفل لكل امرأة).

أمّا كل من المملكة العربية السعودية (3.03 طفل لكل امرأة)، سوريا (3.1 طفل لكل امرأة) والأردن (3.27 طفل لكل امرأة) فيبقى معدل الخصوبة التركيبية أعلى مما هو مسطّر من طرف

[75] نفس المرجع.

[76] Courbage Y.et Todd E.(2007), *Le rendez-vous des civilisations*, Paris, Seuil, Coll. « La république des idées »,159p.

السياسات السكانية و المنتظر نتائجها في الفترة ما بين 2005–2010 بمعدلات افتراضية مقدرة على الترتيب ب 2.64، 2.77 و 2.89 طفل لكل امرأة.

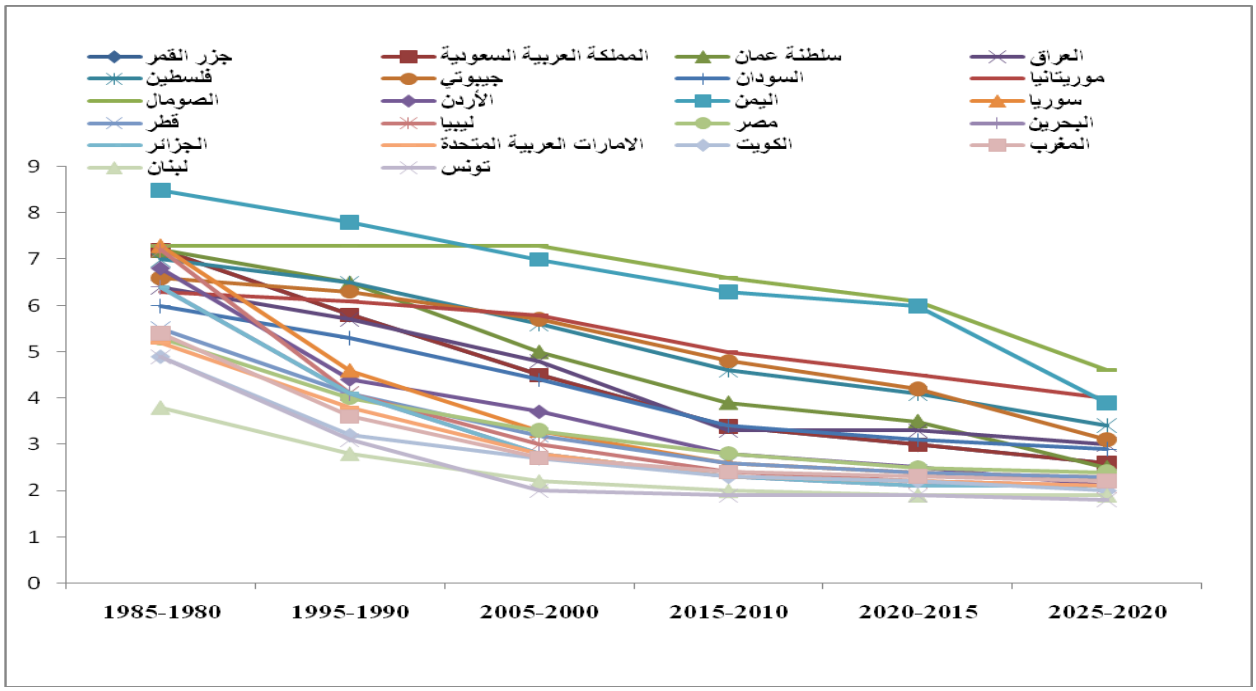
بينما تبقى كل من العراق، الأراضي الفلسطينية و موريتانيا تسجّل لوحدها معدلات مرتفعة وتزيد على 4.5 طفل لكل امرأة، أمّا اليمن، بمعدل 5.48 فتشكّل لوحدها "الخصوصية" أمام مجموع الدول العربية، وهنا نستدعي قول "فليب فارق"[77] الذي يؤكّد على مقاومة التمثّلات الخاصّة بالخصوبة في الدول العربية و لفترة طويلة الحقائق الخاصّة بها:

" les représentations relatives à la fécondité dans les pays arabes ont pendant longtemps résisté aux faits "

ما يمكن استخلاصه من الأرقام الإحصائية داخل المنطقة العربية و التي جاءت متأخرة على قريناتها الأوروبية، تجعل منها منطقة مختلفة باختلاف خصوصياتها السوسيو–اقتصادية و الثقافية، فعلى الرغم من "وحدنة" الشكل العام لنموذج الانتقالية الديموغرافية في العالم إلاّ أنّ حتمية وجود أنماط مختلفة و متباينة للانتقال الديموغرافي في معدلات الخصوبة أمر واقعي لا يمكن تجاوزه و لاسيما في بلدان العالم العربي (انظر الشكل الموالي).

[77] Fargues P.(2000), *Générations Arabes. L'alchimie du nombre*, Paris, Fayard, 349p.

الشكل رقم (4): معدلات الخصوبة في البلدان العربية من 1980-2025



المصدر: قسم السكان /الأمم المتحدة (أنظر الملحق رقم 01)

6.التحول الديموغرافـــــــــــي في الجزائـــــر:

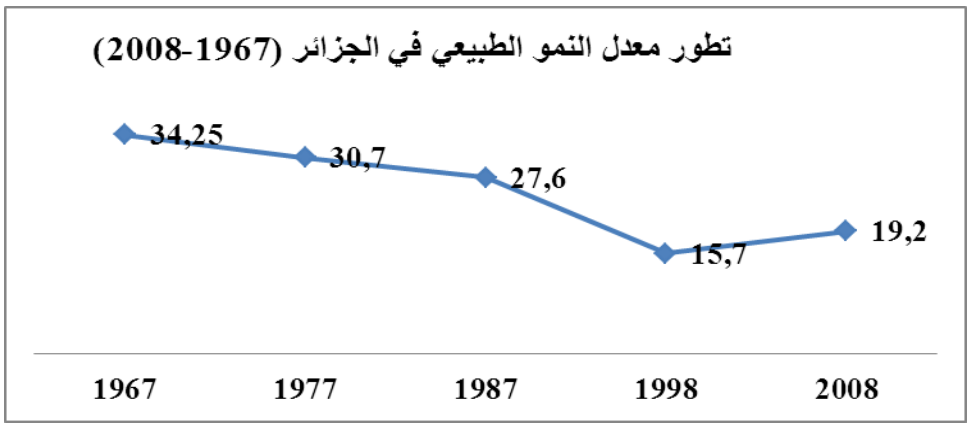
يستدعي فهم صيرورة التحول الديموغرافي في الجزائر دراسة دقيقة لمراحل تطور سكانها من خلال :

6. 1. تطور سكـــــــان الجزائر:

عرف سكان الجزائر نموا متزايدا طيلة فترات تعداداتها في الفترة مابين 1966–2008، بحيث كان عددهم يجاور 12 مليون نسمة سنة 1966 ليصل أكثر من 34 مليون نسمة في آخر تعداد سكاني لها، أي تضاعف ثلاثة مرات في فترة 40 سنة.

هذا التزايد المرئي على مستوى حجم السكان، سجل بدوره وثيرتين متباينتين، الأولى في الفترة ما بين 1966 إلى 1998 و قد امتازت بتناقص في مستوى النمو الطبيعي، من 34.25 بالألف سنة 1967 إلى 15.7 بالألف سنة 1998 ، ثم وثيرة أخرى تؤول إلى الارتفاع النسبي في الفترة ما بعد 1998 (19.2 بالألف سنة 2008) .

الشكل رقم (5) : تطور معدل النمو الطبيعي في الجزائر



المصدر: الجدول رقم 01 من الملحق

تفسير هاتين الوثيرتين يستدعي وصفا عاما لتركيبة السكان الجزائريين :

6. 1. 1 .التركيب السكاني في الجزائر:

يشير مصطلح التركيب السكاني[78] إلى مختلف الفئات الاجتماعية و البيولوجية التي يصنّف إليها سكان المجتمع. فهو من جهة ، انعكاس لمستويات الخصوبة و مختلف الظواهر الديموغرافية الأخرى كالولادات، الوفيات و الهجرة، و من جهة أخرى نتاج لعدة عوامل اقتصادية و اجتماعية. هذا المفهوم المنوط لمصطلح التركيب السكاني يكسبه خاصية لا يستهان بها لدى أصحاب القرار في أي مجتمع ما وذلك من خلال معرفة معدلات الإعالة ، كبار السن و نسبة الصغار، ثم الجنس و نسبه داخل هذا المجتمع.

أ. التركيب النوعي:

تعتمد جل الدراسات السوسيو-ديموغرافية أو الاقتصادية و الثقافية على تصنيف سكان المجتمع على أساس النوع (الجندر). الجزائر و على غرار هذه الدول تعتمد هي الأخرى في تحليل مختلف ظواهرها الاجتماعية، الاقتصادية و الثقافية على استخدام هذا المؤشر كوسيلة مهمّة في تحليلاتها.

[78] السيد عبد العاطي السيد (2000)، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر،ص173.

يمتاز هذا المؤشر (النوع) على اختلاف المجتمعات المدروسة على كونه غير متساوي من خلال تدخل بعض العوامل كما صنفها السيد عبد العاطي السيد نذكرها كما يلي[79]:

1- تمايز المعدل النوعي بين المواليد، فالمعروف أن معدل المواليد لدى الذكور يفوق بوجه عام معدل المواليد الإناث كظاهرة طبيعية.

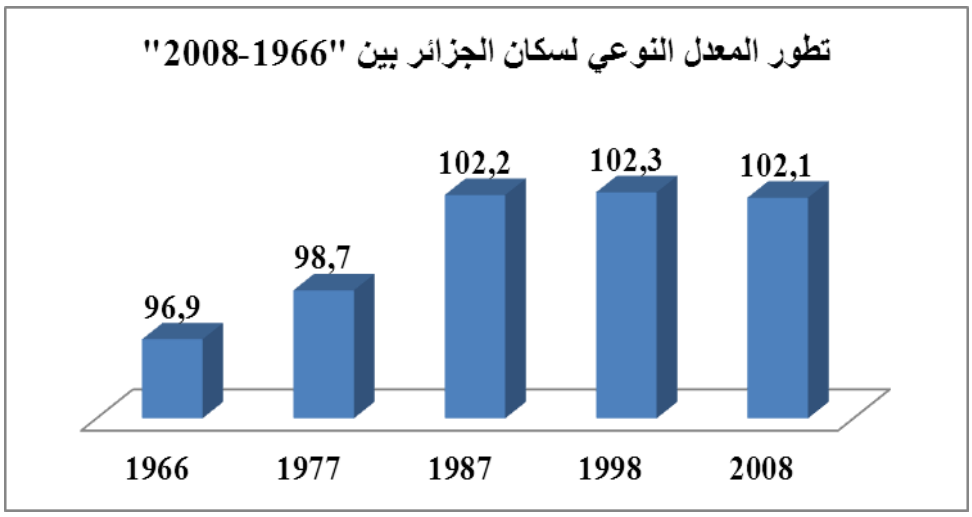
2- تمايز المعدل النوعي بين الوفيات، ذلك أنّ معدل الوفيات بين الذكور و بالنسبة لكل فئات السّن المختلفة و خاصة لدى الرضّع و المواليد الموتى يفوق معدل الوفيات بين الإناث.

3- تمايز معدلات الهجرة بين الجنسين أو ما يعرف باسم الهجرة الانتقائية، فالمعروف أنّ معدلات الهجرة بين الذكور تفوق عادة معدلاتها بين الإناث.

يمكن لهذه الخصائص المنوطة للتباين النوعي داخل المجتمع قياسها ديموغرافيا من خلال مقياس ديموغرافي و هو" المعدل النوعي " . فهو عدد الذكور بالنسبة لكل 100 أنثى و يعبر عنه تقنيا كما يلي: (عدد الذكور قسمة عدد الإناث) x 100.

[79] نفس المرجع، ص 176،177

الشكل رقم (6) : تطور المعدل النوعي لسكان الجزائر بين الفترات التعدادية "1966-2008"



المصدر: الجدول رقم 02 من الملحق

يتّضح لنا، تزايد المعدّل النوعي في الجزائر من أول تعداد سكاني لها عام 1966 بما يقارب 70 ذكر لكل 100 أنثى إلى آخر تعداد سنة 2008 بحيث يصبح يجاور 102 ذكر لكل 100 أنثى. هذا التزايد يشكل قفزة نوعية في التركيبة النوعية للسكان و التّي تعود حتما إلى عوامل ديموغرافية واجتماعية نذكر من بينها:

1- التحكّم في معدل الولادات ،جنبا إلى جنب، مع معدل الوفيات و لاسيما وفيات الأطفال الرضع، ففي العادة و عالميا يولد بمعدل 105 ذكر لكل 100 أنثى.

2- الابتعاد على الفكر الشائع في فترات معينة من تاريخ الجزائر و التي كانت ولادات الذكور الأكثر تفضيلا بين أفراد المجتمع.

3- تكافئ الفرص بين الرجل و المرأة في مختلف المجالات كانت هي الأخرى عاملا أساسيا في تغير السلوك الإنجابي لدى أفراد المجتمع.

4- الانخفاض المستمر لمستويات الخصوبة في الجزائر كان العامل الرئيسي في توازي و تضييق التباين لهذا المؤشر.

5- في نفس السياق ، لا يمكننا تجاوز أيضا مساهمة نسبة الجزائريين المولودين قبل سنة 1958 أي الأجيال الذّين ولدوا قبل هذه السنة في خفض هذا المؤشر "المعدل النوعي " إلى ما دون 100 ذكر لكل 100 أنثى ،و ذلك بسبب :

* تعايش هذه الفئة في الفترة الأكثر إبادة للجزائريين 'ما قبل الاستقلال" و التي سجّلت عدد كبير من وفيات الذكور في مختلف فئات العمر، جنبا إلى جنب مع التجنيد الإجباري و القمع الجماعي.

*ارتفاع نسبة الوفيات و الولادات جرّاء عدم الرقابة و العناية الصحية في تلك الفترة من التاريخ.

ب. التركيـــب العمـــري:

على غرار التركيب النوعي للسكان، يعتبر التركيب العمري الحجر الزاوية في فهم المجتمع وبالتالي إمكانية تقسيم الأدوار المنوطة لكل فرد من أفراده: ***"تتحدّد الأدوار الاجتماعية والمسؤوليات الاجتماعية وفقا للمرحلة العمرية التي يصل إليه الفرد، ومن ثّم فإنّ التركيب العمري لأي مجتمع يحدّد بالتّالي أعداد السكان الذين يندرجون تحت فئات اجتماعية لها دلالتها ومغزاها الاجتماعي"***[80].

[80] السيد عبد العاطي السيد(2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر،ص186.

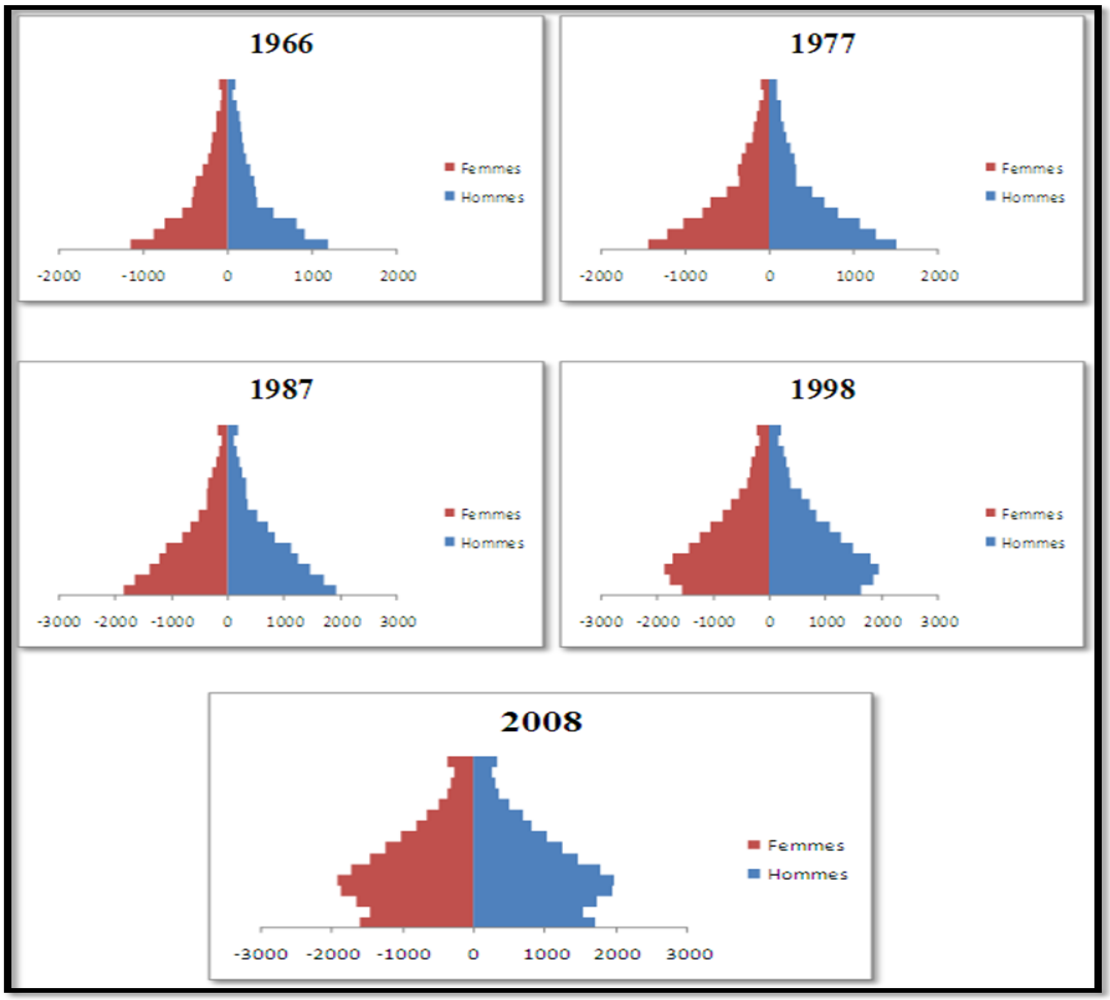
إذن، يصبح التركيب العمري عاملا أساسيا في فهم الظواهر مختلفة الأبعاد، نذكر أولها البعد الاقتصادي للمجتمع من خلال تحديد الفئة الأكثر نشاطا ، الأكبر سنا و الأصغر سنا، بحيث نحدّد القوى العاملة و أثر المسنين و الصغار عليها (معرفة نسبة الإعالة).ثانيا البعد الاجتماعي و الديموغرافي من خلال تحديد الفئة الأكثر إنجابا (مستوى الخصوبة) و الأكثر ولوجا في سوق الزواج (تحيد السن الأول عند الزواج)، ثم الفئة الأقل سنا من خلال معرفة نسبة المتمدرسين و الأطفال في سن التمدرس.

على هذا النحو، يمكننا معرفة التركيب العمري لسكان الجزائر من خلال تحديد ملمحه العام مرورا إلى أكبر فئات العمر ثم وسيط العمر لدى الجزائريين في الفترة الممتدة ما بين 1966 إلى 2008:

و عليه، يشير الشكل العام للهرم السكاني في مختلف فتراته التعدادية أي من 1966 إلى 2008 إلى تغير مرئي و ضمني في تركيبة السكان العمرية فبينما كان يمتاز بقاعدة عريضة تبدأ بالتقلص مع ارتفاع الأعمار أصبح التركيب العمري الرّاهن يؤول إلى الملمح الأوروبي نسبيا و الذّي يطلق عليه بمصطلح "شيخوخة السكّان" أو " الشيخوخة الديموغرافية" و الذي هو نتاج لتغيّر مؤشرات ديموغرافية هامّة كالخصوبة ، الوفيات و الهجرة: ***"البلاد التي تتميّز الآن بمعدلات أكثر انخفاضا للخصوبة سيكشف تركيبها السكاني في المستقبل القريب عن تزايد مستمر في نسبة كبار السن فيها و من ابرز الأمثلة على ذلك اليابان و بعض بلاد أوروبا الغربية***"[81].

[81] السيد عبد العاطي السيد(2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر،ص189.

الشكل رقم (7) : تطور تركيبة سكان الجزائر من 1966 إلى 2008

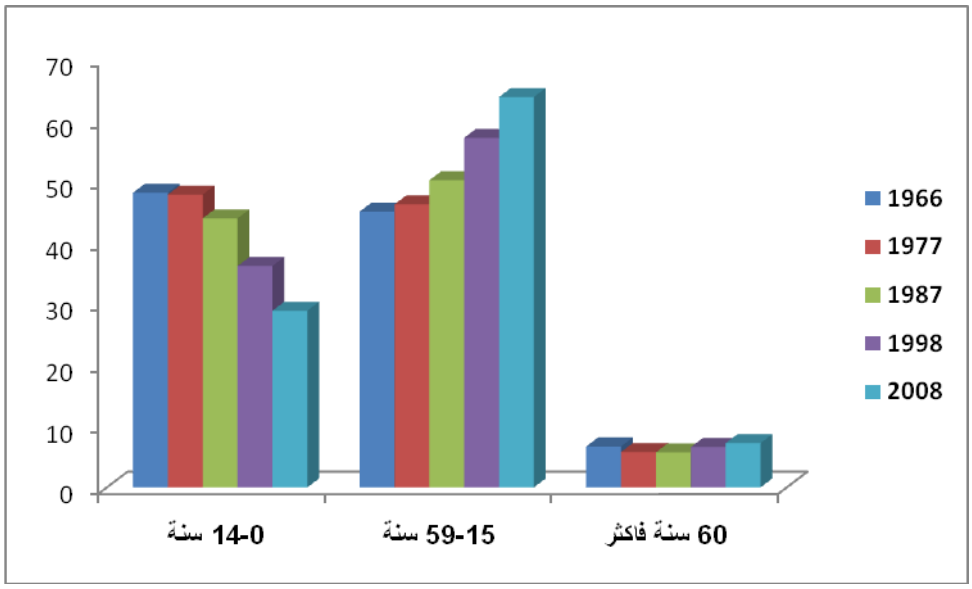


المصدر: الجدول رقم 03 من الملحق

تغيّر الملمح العام للهرم السكاني مع نهاية سنوات السبعينات أي تزامنا مع بداية الانتقالية الديموغرافية في الجزائر. فالانخفاض السريع و الاستعراضي لمستويات الخصوبة كان بدوره العامل المحوري في تغير التركيب العمري للسكّان. فبينما كانت نسبة السكان الأقل من 15 سنة تجاور 50% سنة 1987 أصبحت و في آخر تعداد سكاني سنة 2008 تجاور 29 % أي بفارق 21 نقطة. و على العكس ازدادت حصة الفئة العمرية (15-60 سنة) في التوسع على حساب الفئة (0-15 سنة) بحيث

نسجل فارق 14 نقطة مقارنة مع سنة 1987 ، أي 64% سنة 2008 مقابل 50% سنة 1987 ،أمّا الفئة الأكبر من 60 سنة تبقى في استقرار مع مستوى منخفض مقارنة مع الفئتين السابقتين .

الشكل رقم (8) : تطور نسبة سكان الجزائر حسب الجنس و فئات السن (1966 -2008)



المصدر: الجدول رقم 04 من الملحق

و عليه يمكننا قول أنّ الجزائر قد وصلت إلى مرحلة "**الهبة الديموغرافية** "[82] على غرار الدول العربية الأخرى[83] كلبنان، تونس، البحرين، الكويت، قطر و الإمارات المتحدة العربية ، وذلك بفعل ارتفاع نسبة السكان النشيطين اقتصاديا (15–59 سنة) على نسبة الفئات السكانية المعالة (ما دون 15 سنة) و كبار السن (أكثر من 60 سنة).

[82] تمّ شرحها سابقا (انظر مفاهيم الدراسة).
[83] أحمد قطيطات (2007)،" الهبة الديموغرافية في الوطن العربي"، المؤتمر العربي الإحصائي الأول، 12-13 نوفمبر 2007عمان، الأردن،ص 414.

هذه الفرصة الاقتصادية و الاجتماعية كما يصفها الباحثون في علم الديموغرافيا يجب استثمارها في تحسين الظروف المعيشية لأفراد المجتمع ، من خلال زيادة فرص العمل، العمل على خفض مستويات البطالة و بشكل عام الرفع من مؤشر التنمية البشرية[84].

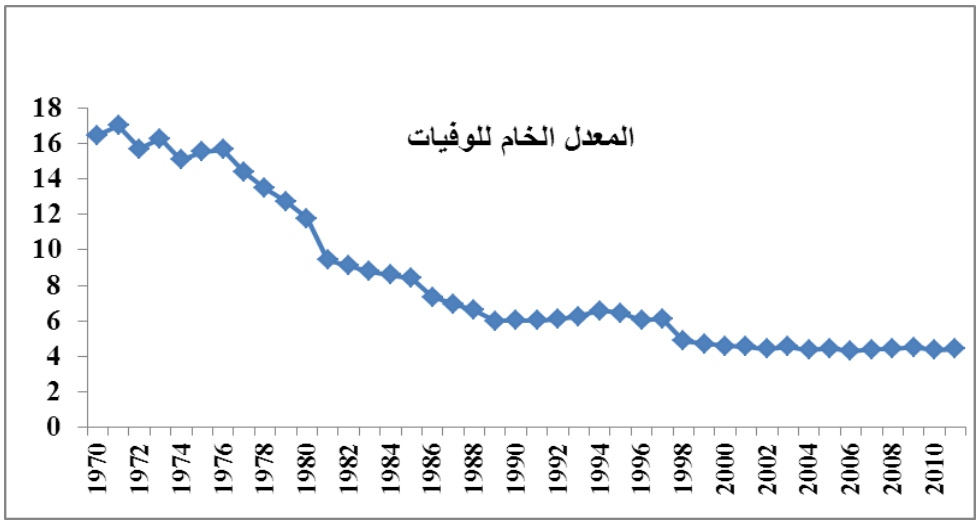
6. 1. 2 .العوامل المؤثرة في تغيير ملمح التركيب السكاني(العمري و النوعي) في الجزائر:

أ. انخفاض معدلات الوفاة:

يشكّل المعدّل الخّام للوفيات عاملا أساسيا في تغيير الصّورة العامّة لتركيبة السكان، الأمر الذّي يبرهنه الشكل الموالي من خلال الانخفاض الاستعراضي لمعدلات الوفاة الخامّة. فبعد سنة 1976 نلاحظ تراجع مستمر وواضح لهذا المعدّل إلى غاية سنة 1989 (من 15.64‰ إلى 6 ‰) و الذي كان نتاجا ملموسا لأهداف السياسات الصحية المسطرة في تلك الفترة و التي كانت تخص بالدرجة الأولى الخفض من مستويات الوفيات و بالأخص الوفيات لدى الأطفال الرضع و الأمهات أيضا.

[84] تمّ شرحه سابقا (انظر مفاهيم الدراسة).

الشكل رقم (9): تطور معدلات الوفيات الخامة (‰) من 1970 إلى 2011



المصدر: الجدول رقم 06 من الملحق

المرحلة الأكثر استطلاعا كانت ما بين 1990 و1998 ،أين نلاحظ تدبدب نسبي يؤول إلى نوع من الارتفاع النسبي أيضا داخل نفس الفترة و الذّي يرجع و كما سبق الذكر إلى العشرية السوداء (سنوات التسعينات)التي مرّت بها الجزائر. لكن و بعد مرور هذه المرحلة نلاحظ استقرار في معدل الوفاة الخام (بجوار 4 ‰).

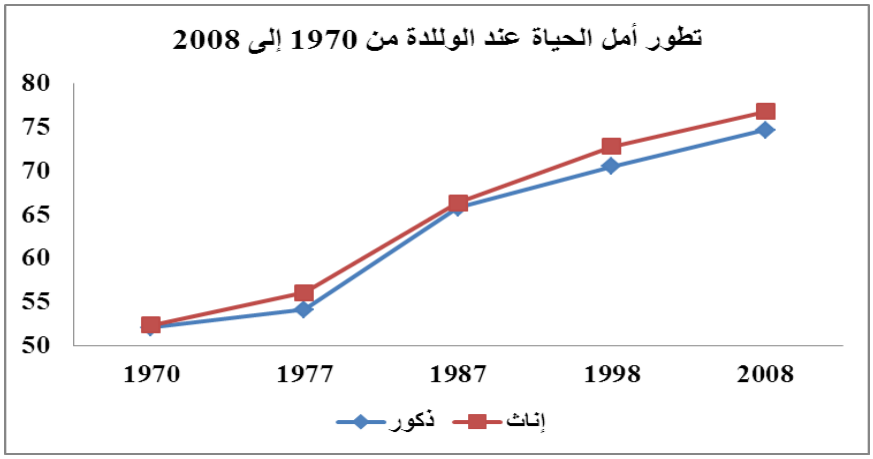
ب. تقليص الفارق لأمل الحياة عند الولادة لدى الجنسين:

من المعروف علميّا أنّ أمل الحياة عند الولادة أو توقع الحياة عند الولادة يعكس حقيقة المستوى الصحي و الاجتماعي داخل المجتمع، لكنّه يمتاز بعيب وحيد لكونه يحسب من جداول الحياة التي تعتمد بياناتها على التعدادات السكانية و التّي غالبا ما تؤخذ كل عشر سنوات كما هو معمول

به في الجزائر، بيد أنّه يمكن تقدير هذا المؤشّر باستعمال طرائق رياضية و إحصائية لفترات مختلفة من الزمن.

أعتبرت الجزائر من بين الدول التي استفادت من الجهود المبذولة في قطاع الصحّة العمومية والرفاهية لأفرادها من خلال برامج ، و سياسات سكانية (حتى و لم تكن رسمية في بداية الأمر)، جنبا إلى جنب، مع انتعاش و ازدهار اقتصادي و اجتماعي على حد سواء. هذه الخطط التنموية المرسومة من طرف الدولة خلال مسيرة من الزمن (منذ بداية السبعينات) أدّت إلى ربح في توقع الحياة عند الولادة كما هو مبيّن في الشّكل الموالي.

الشكل رقم (10) : تطور أمل الحياة عند الولادة من 1970 إلى 2008



المصدر: الجدول رقم 05 من الملحق

فبينما كان ربح توقع الحياة عند الذكور ما بين (1970 -1977) ب2.1 سنة، ازداد ليصل 11.6 سنة ما بين (1977-1987) و 10.22 سنة في نفس الفترة لدى الإناث، أي بمعدل في 1.16 في كل سنة عند الذكور و 1.02 سنويا لدى الإناث.

لكن سرعان ما تقلّص هذا المؤشر ليصبح يجاور 4.8 سنة عند الذكور و 4.46 سنة عند الإناث ما بين (1987-1998) و 4.2 سنة عند الذكور و 4 سنوات عند الإناث في الفترة الممتدّة ما بين (1998-2008).

هذا التراجع راجع إلى الفترة "الكارثية"[85] التي عايشتها الجزائر ما بين 1994 إلى غاية 1998 ، " في ضِل سنتين انخفض أمل الحياة عند الولادة بسنتين بالنسبة للإناث و قرابة السنة بالنسبة للذكور .هذه الوضعية "غير المحمودة" عند الإناث كانت سببا كافيا في تقليص الفارق بين الجنسين. مع بداية سنة 1996 تحسنت الوضعية بشكل واضح بحيث سجّلنا ارتفاع لهذا المؤشر من 66.74 سنة إلى 74.7سنة بالنسبة للذكور، و من 68.39 سنة إلى 76.80 سنة بالنسبة للإناث ، أي" بمعدل ربح "يساوي 0.7 سنة سنويا لكل الجنسين"[86]، و هو يفوق المتوسط العالمي لتوقع الحياة عند الميلاد والمقدّر بحوالي 67 سنة عام 2000[87].

ت. آلية التحول الديموغرافي في الجزائر:

إنّ من أهم النظريات السكانية الحديثة، و أكثرها رواجا و قبولا بين علماء السكّان هي النظرية الانتقالية- الديموغرافية ، ففي ضوء هذه النظرية يمكن تفسير اتّجاهات النمو السكّاني في أي بلد من بلدان هذه المعمورة.

[85] العشرية السوداء

[86] Hamza Cherif A.Salhi.M. Vieillissement démographique en Algérie : réalité et perspectives, academia. in http://www.academia.edu/6840254/Vieillissement_d%C3%A9mographique_en_Alg%C3%A9rie

[87] أحمد قطيطات (2007)، "الهبة الديموغرافية في الوطن العربي"، المؤتمر الاحصائي العربي الأول ، من 12-13 نوفمبر، عمان الأردن.

هذه النظرية –كما سبق شرحها- تتلخّص في أنّ شعوب العالم تمر بثلاثة مراحل كبرى في تاريخها السكاني: المرحلة الابتدائية،المرحلة الانتقالية و مرحلة النضج السكاني، **فما مدى تطابقها على سكان الجزائر؟**

- **المرحلة الابتدائية:**

هذه المرحلة تتميّز على عكس المراحل الأخرى بارتفاع معدّل المواليد، حيث يتراوح ما بين 40 و50 بالألف، و ارتفاع آخر لمعدل الوفيات يتراوح بدوره ما بين 25 و 35 بالألف. بحيث يتعرض السكان في هذه المرحلة للأوبئة و المجاعات التي تعمل على رفع معدلات الوفيات في سنوات حدوثها إلى أرقام خيالية، كما يرتفع أيضا معدل وفيات الأطفال الرضّع ارتفاعا واضحا فقد يصل إلى 300 بالألف، ويترتب على هذا و ذاك انخفاضا واضحا في معدلات النمو الطبيعي للسكان.

الجزائر على وجه الخصوص، و التي هي محلّ دراستنا، عايشت هذه المرحلة في أوائل القرن العشرين، أين كان كل من معدلي المواليد و الوفيات على حد سواء يسجّلان أرقاما مرتفعة، فمعدل المواليد سجل ارتفاعات مستمرة ابتداء من العشرينيات ليصل إلى أعلى معدل له في الستينيات ب 50 بالألف، على عكس الوفيات فقد كانت مرتفعة جدّا في البداية(أكثر من 30 بالألف) ثم بدأت في الانخفاض التدريجي مزامنة مع بوادر الحرب العالمية الثانية، هذا الانخفاض زادت حدّته في بداية سنوات الخمسينيات ليعود إلى حالة البداية مع نهاية هذه الحرب.

سجّل أعلى معدل للوفيات في الفترة ما بين "1941–1945" بنسبة 43.1 بالألف ليتراجع بعد ذلك و إلى يومنا هذا، ماعدا ذلك المسجّل في الفترة ما بين "1969-1970" أين ارتفع ارتفاعا نسبيا (16.7 بالألف).

هذين المؤشرين (معدل المواليد و معدل الوفيات)، يعكسان في هذه المرحلة من تاريخ سكان الجزائر، أثر تدهور الحالة الصحية ، و المعيشية للسكان أنداك مع افتقاد كلّي لممارسة وسائل تنظيم النسل.

معدل النمو بدوره امتاز بوثيرة بطيئة في بداية هذه المرحلة (0.5%) إلى غاية 1925 (0.8 %) نتيجة معدلات الوفيات المرتفعة بالموازاة مع معدلات المواليد المسجلة في تلك الفترة.

- **المرحلة الانتقالية:**

تأتي هذه المرحلة مباشرة بعد المرحلة الابتدائية ، و التّي يحلو للبعض تسميتها "بالانفجار السكّاني" أو "الثورة الديموغرافية". تتميّز بنمو مميّز للسكّان يرجع لانخفاض مطرد في معدل الوفيات مع بقاء معدل المواليد على ارتفاعه، لتتسع الفجوة بين المواليد و الوفيات و بالتالي يرتفع معدل الزيادة الطبيعية بحيث تزيد على 20 بالألف بل تصل إلى 30 بالألف، و يبدأ الشعوب في دخول المرحلة الانتقالية ، حيث يستقر نظام الحكم و ينتشر الأمن و يطمئن الأفراد على مورد ثابت للرزق، و يبدأ التعليم في الانتشار وتتقدّم الرعاية الصحية فيترتّب عن كل هذا الانخفاض المطرد في معدلات الوفيات بينما لا يتأثّر معدل المواليد تأثّرا مذكورا.

في الجزائر، وإذا ما تمعّنا النظر في معدلات المواليد، بقيت مرتفعة أكثر ما كانت عليه في المرحلة البدائية أين سُجّل أعلى معدل للمواليد في سنة 1970 ب 51.1 بالألف، و على الرغم من تراجعها بعد ذلك فهي تبقى مرتفعة نسبيا إذا ما قارناها مع الدول المتقدّمة. لكن بالنسبة لمعدلات الوفيات فقد أخدت مسار الانخفاض المطرد ابتداء من 1975[88] لتصل إلى مستوى أقل من 10 وفيات بالنسبة لكل 1000 ساكن ابتداء من سنة 1980.

الاتجاه المعاكس لكل من معدل المواليد(الارتفاع) ، و معدل الوفيات(الانخفاض)، جعل من الهوّة بينهما ترتفع أيضا، و بالتّالي ارتفاع على مستوى معدل النّمو الطّبيعي ، و الذّي هو في حقيقة الأمر الفارق بينهما، فالمؤكد أنّ هذا المعدل قد سجل أعلى مستوياته في الجزائر في الفترة ما بين "1961–1965" ب(3.93%) ثم الفترة ما بين "1966-1969" ب(3.29%) إلى غاية الفترة ما بين "1980-1985" ب (3.10%) ليبدأ في الانخفاض المطرد بعد ذلك.

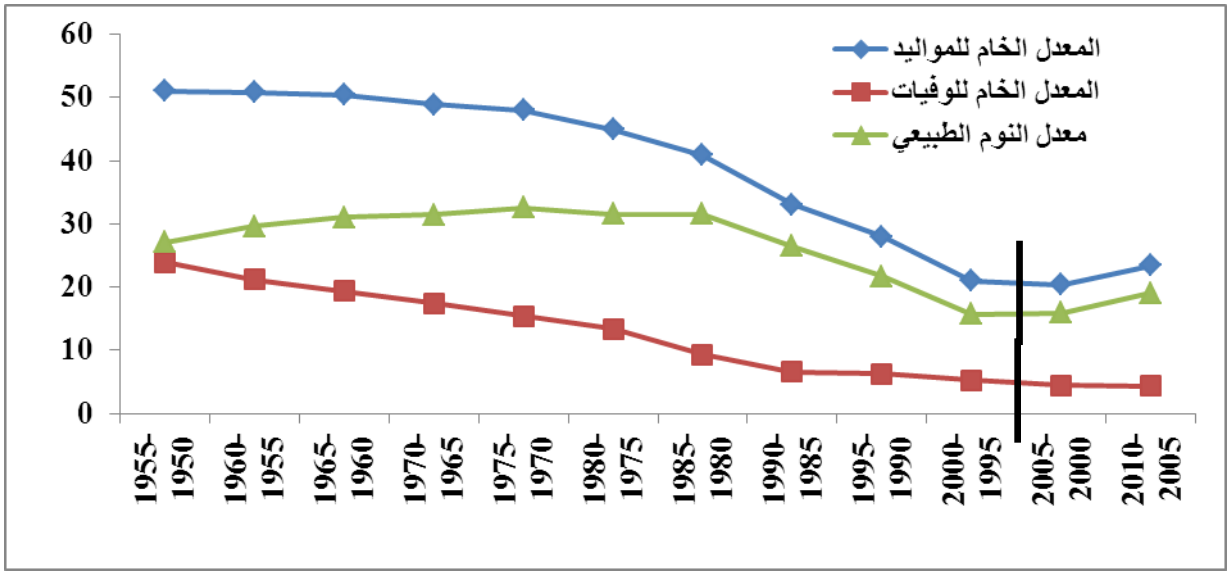
- **مرحلة النضج السكاني:**

تتميز هذه الأخيرة بالنّمو المعتدل أو البطيء للسكّان و تنتقل الشعوب إلى هذه المرحلة بعد أن تسود وسائل الإصلاح في شتّ نواحي المجتمع و يطرد مستوى المعيشة لدى تلك الشعوب. فيترتّب على هذا اتجاه الانخفاض لمعدل المواليد بعد أن يكون معدّل الوفيات قد انخفض من قبل ووصل إلى أدنى حدّ له، و هو يتراوح ما بين 07 و 10 بالألف، وبذلك تضيق الهوّة بالتدرّج بين معدل المواليد ومعدل الوفيات و ينخفض معدل الزيادة الطبيعية.

[88]Mohamed SALHI. (1987), *L'évaluation de l'enregistrement des décès par les méthodes pouvant reposer sur le modèle des populations stables*, CIRCO, Louvain-la-Neuve, Belgique, 244p.

تتميز هذه المرحلة أيضا بارتفاع وسيط العمر إذ يبلغ 70 سنة أو أكثر، و بارتفاع نسبة الشيوخ وانخفاض نسبة الأطفال على مجموع السكان. هذه المرحلة قد وصل إليها كل من دول القارة الأوروبية وأمريكا الشمالية فضلا عن اليابان التي لم تصل إلى هذه المرحلة إلاّ في أوائل الخمسينيات من القرن الحالي، فماذا عن الجزائر؟

الشكل رقم (11) :نهاية التحول الديموغرافي في الجزائر؟



المصدر: الملحق رقم 06 من الملحق

خاتمـــــــة الفصل:

مكّنت دراسة التغيّر الاجتماعي و لاسيما الديموغرافي في القارة الأوروبية من بروز ما أسموه علماء الاجتماع و الديموغرافيا بالتحوّل أو الانتقالية الديموغرافية، هذه الأخيرة ، و كما جاء في مضمون هذا الفصل من الرسالة، قد اتضّحت معالمها مع أوائل كتابات (Warren Thompson,1929) ، ثمّ (Frank Notestein,1945) من خلال إبراز أهم مراحلها.

فعلى غرار الدّول الأوروبية و التي عرفت هذه الظاهرة مع أواخر القرن الثامن عشر و بداية القرن التاسع عشر، بداية مع فرنسا و البلدان الشمالية، ثمّ انجلترا، بلجيكا، هولندا، و سويسرا في المنطقة الغربية من أوروبا، و كل من روسيا و بولونيا في المنطقة الشرقية من نفس القّارة في الفترة الممتدّة ما بين 1870 و 1880، ثمّ اسبانيا ، البرتغال و رومانيا بداية مع القرن العشرين، عايشت الدول العربية أيضا هذه الظاهرة في إحدى مراحلها على الأقل لكن في فترات مختلفة من الزمن، ووثيرات مختلفة أيضا.

يعتبر اختلاف نماذج الانتقالية بين مختلف دول العالم و لاسيما الدول العربية كنتيجة لتعدّد الخصوصيات السوسيو–اقتصادية و الثقافية داخل مجتمعاتها ، فبينما وصلت كل من لبنان و تونس ، الجزائر و المغرب سنة 2010 إلى مستويات ضعيفة في خصوبتها على الترتيب :

(1,81 – 2,04 – 2,38- 2,38) طفل لكل امرأة ، لا تزال دول أخرى تعيش مستويات مرتفعة في خصوبتها كالعراق، الأراضي الفلسطينية وموريتانيا ب(4,5) طفل لكل امرأة و اليمن ب (5,48) طفل لكل امرأة من نفس الفترة.

لكن الأمر الأكثر جدلا، هو عودة ارتفاع مستوى الخصوبة في بعض من المناطق العالمية ولاسيما الجزائر محلّ دراستنا (3,03 طفل لكل امرأة سنة 2014)، مع ارتفاع نسبي أيضا لكل من معدّلات المواليد و معدّلات النمو الطبيعي بفعل انخفاض معدّلات الوفيات.

و بالتّالي، يضعنا الملمح العام لمخطط التحول الديموغرافي في الجزائر أمام تساؤل كان محوريا في أطروحتنا وسنجيب عليه في الأجزاء اللاحقة منه: هل هو نهاية التحول الديموغرافي في الجزائر؟ أو توقف آني لمراحل صيرورته؟ ثم ما هي الآليات الرئيسية في عملية توقفه؟

الإجابة على هذه التساؤلات تقودنا أولا إلى معرفة اتجاه الخصوبة في الجزائر مع تحديد أهم مؤشراتها و محدّداتها من خلال عرض الفصل الموالي.

الفصل الثالث:

الخصوبة في الجزائر من الانخفاض إلى الارتفاع

مقدمة الفصل:

رشّحت تقارير الأمم المتّحدة حول قضايا السكان أنّ الجزائر من بين الدول العربية التي عرفت مستويات خصوبتها انخفاضا سريعا يعادل 03 أطفال لكل امرأة ،جنبا إلى جنب ، مع سوريا وليبيا (الأمم المتّحدة، 2005)، الأمر الذّي سمح لها من بلوغ مرحلة "الهبة الديموغرافية" ، أي ارتفاع نسبة الفئة النشطة و انخفاض فئة الصغار (أقل من 15 سنة) و فئة الكبار (أكثر من 60 سنة).

هذه الأخيرة دفعت من صانعي القّرار في الجزائر تطبيق سياسات عمومية للاستفادة منها ، وذلك من خلال دعم الأنشطة الاقتصادية الصغيرة و المتوسطة (PMI/PME)، تمويل القروض الصغيرة والاهتمام بتمويل الفئات الاجتماعية المهمّشة لتحفيزها في المشاركة الاجتماعية و الاقتصادية والسياسية (ENSEJ/CNAC/...)،...الخ.

لكن و مع بداية سنوات الألفين، أصبحت خصوبة الجزائريين تؤول إلى الارتفاع النسبي وغير المتوقّع من طرف تقديرات قسم السكّان للأمم المتّحدة (2.3 ما بين 2010-2015 و 2.1 ما بين 2015-2020 ثم نفس المعدل ما بين 2020-2050)، بحيث أصبحت تفوق 03 أطفال لكل امرأة سنة 2014، و هو المستوى الذي كانت علية في أواخر سنوات التسعينات.

من أجل هذا، سنقوم من خلال هذا الفصل، بتحديد مسار الخصوبة منذ استقلال الجزائر إلى يومنا الحالي (آخر الإحصائيات المنشورة)، مع محاولة تفسيرية لأهم الأسباب و العوامل المحدّدة لها سواء في انخفاضها أو في ارتفاعها.

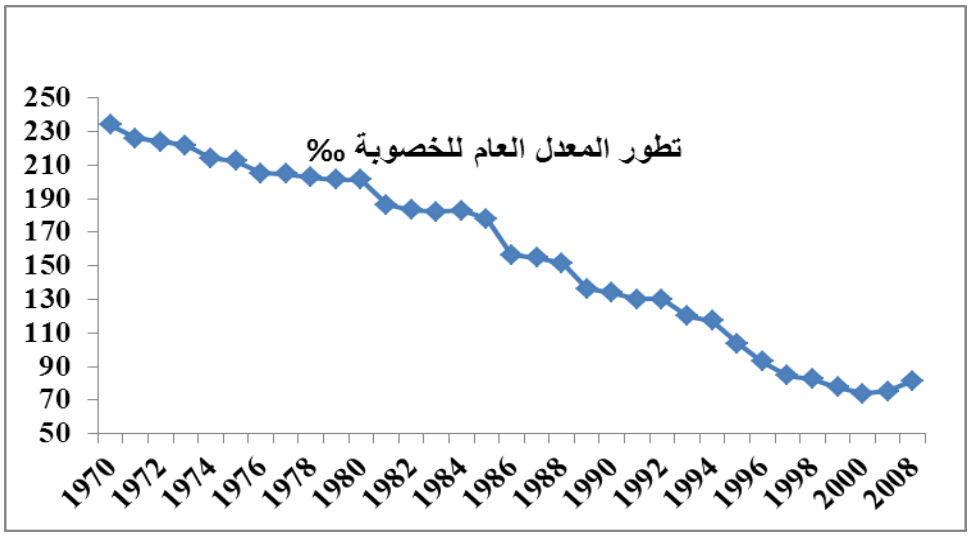
1. تطـــــــــور الخصوبة في الجزائر:

إنّ ما ميّز الخصوبة في الجزائر بعد الاستقلال ، هو الانخفاض المطلق لجميع مستوياتها، و الذّي تزامن بداية 1970[89] ، الأمر الذي أكّده جمع من المؤشرات الديموغرافية المتعلّقة بتحليل الخصوبة.

1. 1. معدل الخصوبة العام:

و هو يمثل عدد الولادات الحية في السنة لكل 1000 امرأة في سن الإنجاب (15-49 سنة) . كان يقدّر ب 234.1 بالألف في سنة 1970 ليصل إلى 201.20 بالألف في سنة 1980 ، 134.0 بالألف في سنة 1990 ثم إلى حد أدنى من ذلك في سنة 2001 ب 75.3 بالألف ثم 81.5 بالألف سنة 2008.

الشكل رقم (12) : تطور معدل الخصوبة العام من 1970 إلى 2008



المصدر: الجدول رقم 07 من الملحق

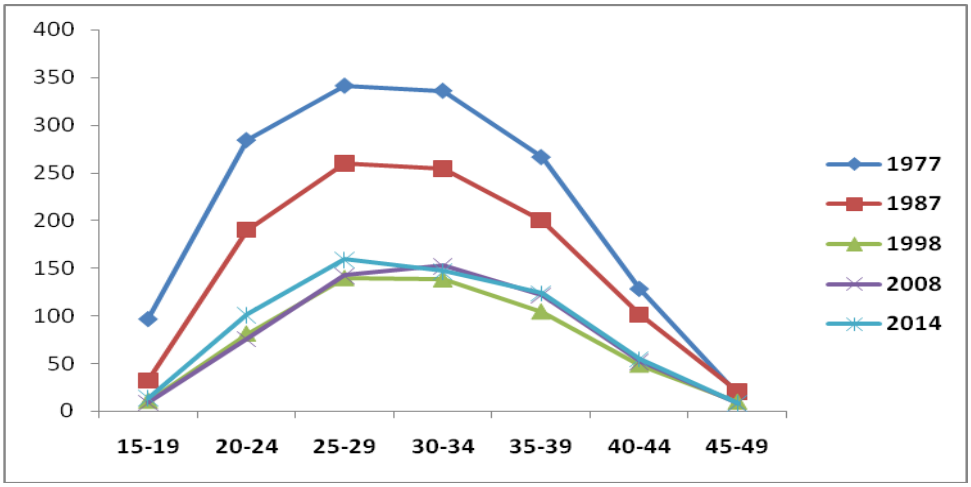
[89] لم يكن هناك دراسات محددة للخصوبة في الجزائر قبل الاستقلال، و ذلك لعدم توفر البيانات الأساسية لها.أول عمل كان في هذا الميدان أجزته كل من مديرية الإحصائيات و سكرتارية الدولة للتخطيط في الفترة ما بين "1969-1971" و دلك بالمسح الوطني الذي تضمن في طياته جزء بسيط لدراسة الخصوبة.

باعتبار أنّ هذا المعدل يحسب على أساس كل النساء في سن الإنجاب (ما بين 15 و 49 سنة)، لا يمكن اعتباره مؤشرا فعّالا في تفسير السلوك الإنجابي، بحيث ألّمت الدراسات السكانية والبيولوجية على وجود تباينات واختلافات من حيث القدرة على الإنجاب باختلاف أعمار النساء ، فكلّما زاد عمر المرأة نقصت القدرة الإنجابية لها ، و عليه يصبح حُرِّي بنا استخدام مؤشرا آخرا وهو معدل الخصوبة العام حسب فئات العمر.

1. 2. معدل الخصوبة العام حسب فئات السن :

المؤشر الثاني يتمثل في معدل الخصوبة العامّة حسب فئات السن، و الذي يتّبع نفس اتجاه المعدل العام للخصوبة العامة طيلة فترة الدراسة و يحسب بقسمة عدد الأطفال المولودين أحياء من النساء في فئة عمرية معيّنة على العدد الإجمالي للنساء في تلك الفئة العمرية .

الشكل رقم (13) : تطور معدل الخصوبة العامة حسب فئات السن من 1977 إلى 2014



المصدر: الجدول رقم 08 من الملحق

تحليل منحنى الخصوبة العامّة حسب فئات العمر لدى النساء الجزائريات يوحي لنا بتغير السلوك الإنجابي لدى النساء من جيل السبعينات على وجه الخصوص خاصّة في الفترة ما بعد 1998 (محاولة استدراك ما فاتهم من سوق الزواج من جهة، و من جهة ثانية، محاولة استدراك الولادات في سن متأخرة من الإنجاب).

و بالتّالي، إذا ما قارنا تطور هذا المؤشر ما بين 1998 و 2008، نلاحظ ثلاثة نقاط رئيسية:

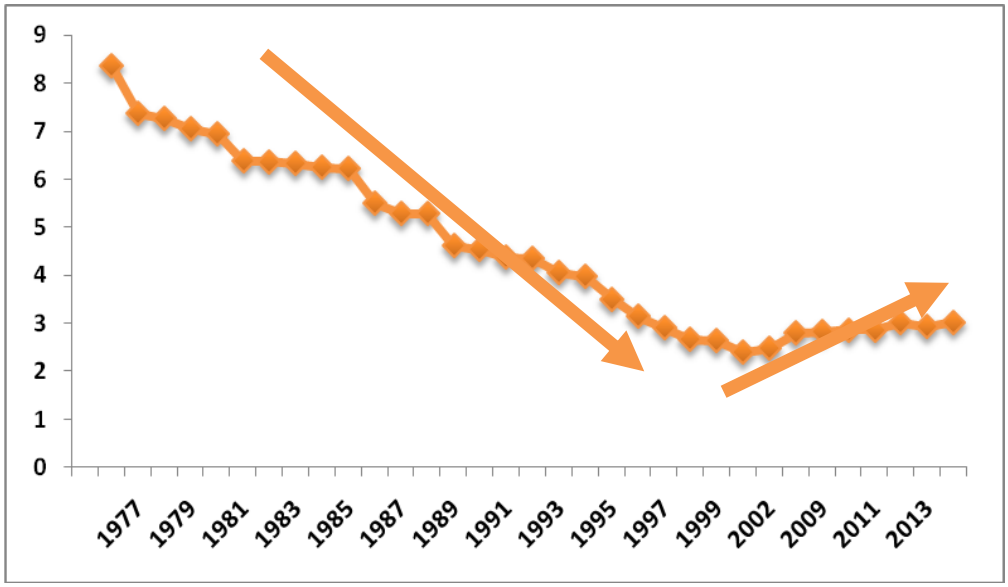
- خصوبة ضعيفة نوعا ما لدى النساء دون العشرين سنة.
- ارتفاع نسبي لمستوى الخصوبة في الفئة ما بين 20-24 سنة لكنها تبقى منخفضة نسبيا مقارنة مع سنة 2008.
- عودة الارتفاع لمستوى الخصوبة في الشريحة العمرية 30-34 سنة و 35-39 سنة و حتى ما بين 40-44 سنة ، إلى أن تستقر في نسبها الضعيفة ما بين 45-49 سنة.

أمّا بالنسبة للفترة ما بين 2008 و 2014، فنلاحظ زيادة أخرى لمعدلات الخصوبة العامّة في الفئات العمرية (15-19 سنة)، (20-24 سنة) و (25-29 سنة) ،ثمّ تبدأ في التراجع النسبي لكن أكثر ممّا كانت عليه في سنة 1998 و ذلك بداية من الشريحة العمرية(30-35 سنة).

1. 3. المؤشر التركيبي للخصوبة:

إنّ الانخفاض المطلق في معدلات الخصوبة و لاسيما في الخلف النهائي لكل امرأة، راجع لتجمّع عدة عوامل اقتصادية و اجتماعية على حد سواء، ميّزت مراحل تطور المجتمع الجزائري، كانتشار وسائل تنظيم النسل، ارتفاع المستوى التعليمي خاصة لدى النساء، تأخر معدل سن الزواج لدى الجنسين والأهم من ذلك ممارسة سياسة سكانية –بالرغم من كونها غير رسمية و معلمة بصفة مباشرة- كل هذه العوامل جعلت من الفرد الجزائري على اختلاف جنسه أو مستواه العلمي والاجتماعي يكتسب شيئا فشيئا ثقافة جديدة في مفهوم تنظيم أسرته و ذلك من خلال تنظيم نسله.

الشكل رقم (14) : تطور الخلف النهائي(ISF) في الجزائر من 1966 إلى 2014



المصدر: الجدول رقم 08 من الملحق

يمكننا تقسيم منحنى المؤشر التركيبي للخصوبة لكل امرأة إلى ثلاثة أقسام رئيسية و هي:

- **انخفاض استعراضي و سريع** يجاور 50 % (في ظرف 25 سنة) لمستوى الخصوبة أي من 8.36 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 3.14 طفل لكل امرأة سنة 1996. في هذه الفترة عرفت الجزائر تحولات اقتصادية و اجتماعية أدّت إلى ارتفاع المستوى المعيشي و نسبة التمدرس و الوعي إلى جانب تحسن المستوى الصحي.

- **استمرار المؤشر في الانخفاض مع نوع من الاستقرار** في مستوى الخصوبة أي معدل طفلين لكل امرأة حتى سنة 2006، هذه المرحلة ميّزت الجزائر بدخولها المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي (انخفاض أسرع لمعدلات الولادات مع انخفاض معدلات الوفيات).

- **حدوث توقف (بتحفظ) لوثيرة انخفاض الخصوبة**، ارتفاع نسبي لمستوى الخصوبة بعد سنة 2002 (3.03 طفل لكل امرأة سنة 2014)، فهل يمكننا اعتبار هذا الاتجاه المعاكس لمنحنى الخصوبة مرحلة ظرفية في تاريخ الجزائر ؟ و ما هي أسبابها؟

يؤكّد السّياق العام لمؤشرات الخصوبة الجزائرية على تمسك الجزائريين بكل ما هو "مواكبة العصر والحداثة" ، من جهة ، ومن جهة ثانية، تمسّكهم بالقّيم الأساسية لثقافتهم و مجتمعهم (العربي-الإسلامي)، أي محاولة الحفاظ على ما اسماه (Camilleri,1999) بالقّيم الأكثر أمانا "valeurs refuges " و الأكثر ترسيخا في ثقافتهم ، دون الامتناع على القّيم الحديثة "الغربية" و الأكثر "براقماتية" (محمد بدروني ، 2006).

و عليه لا يمكننا فقط الاعتماد في تفسير اتجاهات الخصوبة في الجزائر على مختلف المتغيرات المباشرة وغير المباشرة المحدّدة لها في الشكل العّام أو الكّلي، و إنما يجب البحث بشكل أعمق و أوسع يطول إلى التحليل المكاني و الزمني لكل هذه المتغيرات.

1. 4. المدن و الأرياف الجزائرية: من خصوبة متفاوتة إلى خصوبة متقاربة:

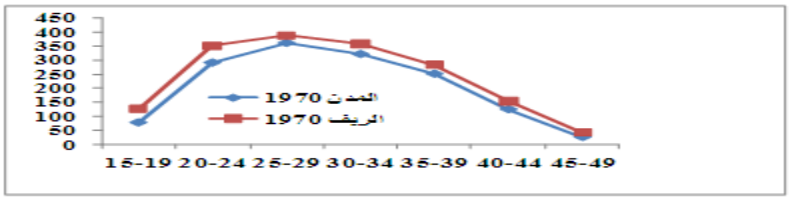
من المسلمّات الشائعة الذكر في علم السكان عامّة و دراسة الخصوبة خاصّة أنّه يوجد تباين في معدلاتها بين الريف و الحضر و هي في الأصل "ظاهرة ديموغرافية في الدول النامية"[90].

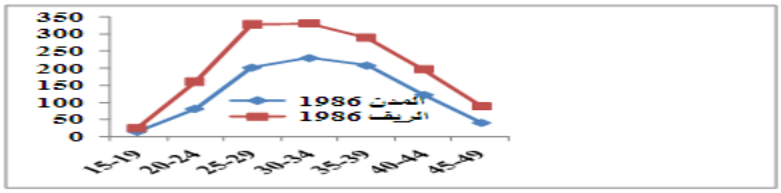
يفسّر هذا التباين عادة إلى ظاهرة التمدن أو التحديث[91] الذّي ظهر في المدن. الجزائر وعلى غرار هذه الدول، لم تسلم من هذه المسلمّة في سنوات السبعينات فبينما كانت خصوبة المرأة الريفية تعادل 8.5 طفل لكل امرأة، سجّلت المرأة الحضرية في نفس السنة معدل 7.3 طفل لكل امرأة أي بفارق 1.2 طفل لكل امرأة. لكن و في الفترة الأخيرة لوحظت ظاهرة جديدة في سلوك الإنجاب لدى الجزائريين يصبح فيها مستوى الخصوبة في المناطق الريفية أقرب مما هو عليه في المناطق الحضرية، ففي سنة 2002 سجّلت الخصوبة الجزائرية قفزة نوعية من خلال معدّلاتها أين تقلّص الفارق بين الريفيات و الحضريات ليصبح يمثّل إحصائيا نصف طفل لكل امرأة ثم في سنة 2008 أصبحت هذه الفجوة شبه منعدمة، بيد أنّه في آخر مسح عنقودي لمختلف المؤشرات حول صحة الأمم و الطفل (2012-2013) اتضح تغير طفيف للسلوك الإنجابي للريفيات مع تسجيل ارتفاع نسبي مقارنة مع نساء المدينة

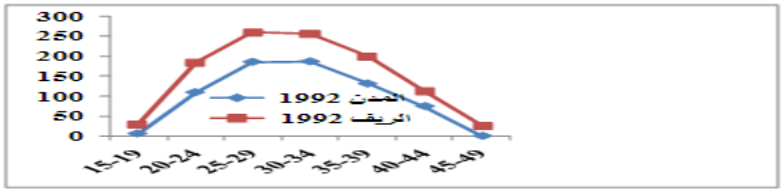
[90] عبد الرحيم عمران(1988)، "سكان العالم العربي حاضرا و مستقبلا"، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، ص196.
[91] نفس المرجع، ص196

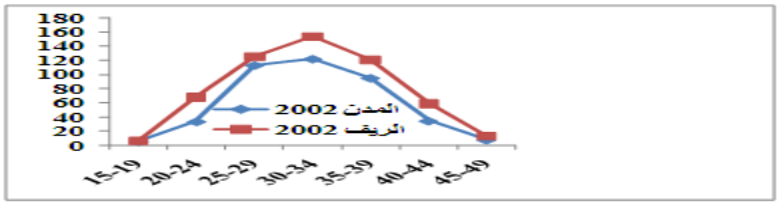
و في مختلف الشرائح العمرية إلاّ الفئة ما بين (30–34 سنة) فالسلوك متشابه تماما ، كما هو مبين في الرسم البياني الموالي.

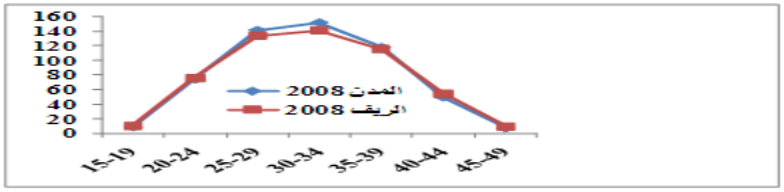
الشكل رقم (15) : تطور معدل الخصوبة العام حسب الفئة العمرية و حسب المناطق (الحضر/الريف)

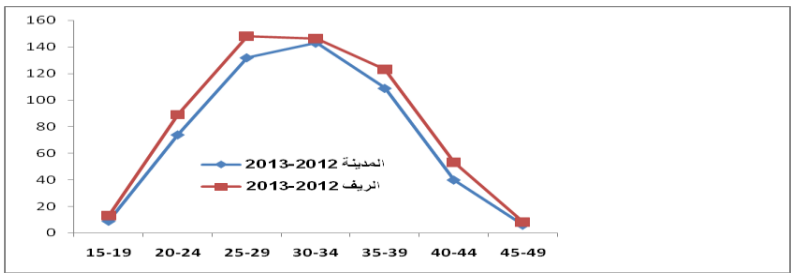












المصدر: ENSP1970 / ENAF1986 /EASM1992 / EASF2002 / RGPH 2008 /$MICS_4$

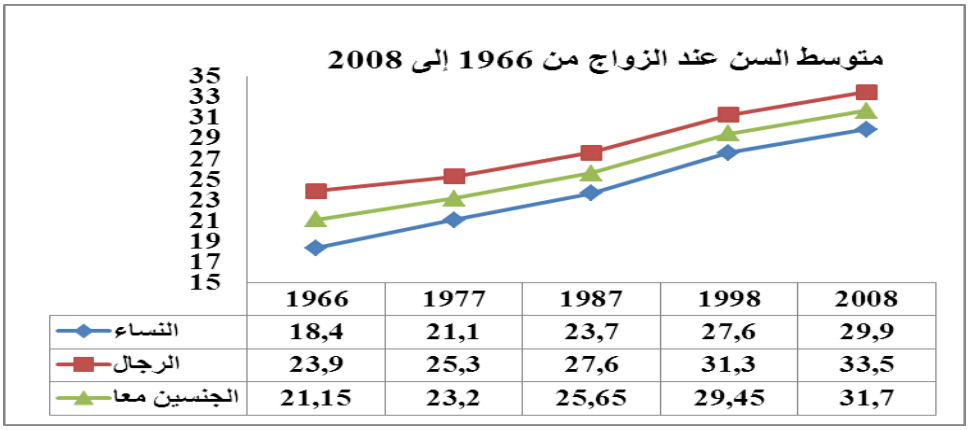
1. 5. تطوّر محدّدات الخصوبة: سلوك إنجابي يؤول إلى التقارب بين نساء الريف والمدينة.

على الرّغم من تقلّص الفارق المتواجد بين خصوبة النساء في المناطق الريفية و قريناتها في المناطق الحضرية إلا أنّنا لا نستطيع نفي وجود التباين في مستويات الخصوبة من منطقة إلى أخرى، هذا التباين راجع و كما سبق لنا ذكره من خلال تداخل عوامل و محدّدات مباشرة و غير مباشرة كالعوامل السوسيو-اقتصادية و الثقافية و أخرى كالسن عند الزواج الأول، درجة التعليم، استعمال وسائل الحمل، ...الخ.

جلّ هذه المحدّدات يمكننا عرضها كما يلي:

أ. السن عند الزواج الأول:

الشكل رقم (16) : تطور متوسط السن عند الزواج من 1966 إلى 2008



	1966	1977	1987	1998	2008
النساء	18,4	21,1	23,7	27,6	29,9
الرجال	23,9	25,3	27,6	31,3	33,5
الجنسين معا	21,15	23,2	25,65	29,45	31,7

المصدر: الجدول رقم 09 من الملحق

تشير إحصائيات أول تعداد سكاني في الجزائر إلى أن الزّواج كان يحدث في بداية الفترة الإنجابية (15-49 سنة) بمتوسط 18.4 سنة عند النساء و 23.9 سنة عند الرجال، هذا الزواج المبكر لكلى الجنسين أصبح متأخرا بكثير في ظرف 42 سنة ،أي في سنة 2008 ، بحيث أصبحت المرأة الجزائرية تنتظر أكثر من 11 سنة لولوجها في سوق الزواجية لأول مرّة.

آلية الارتفاع هذه ، و كما سبق و ذكرنا ، هي نتاج عوامل سيوسيو-اقتصادية و ثقافية كارتفاع المستوى الدراسي و مدّة الدراسة لدى الإناث ، و ولوجها في سوق العمل.

هذا على المستوى الكلّي، لكن دراسة هذا المؤشر في جزئياته و على وجه الخصوص بتوزيعه الجغرافي حسب مناطق الإقامة (الريف و المدينة) نلاحظ وجود تباين في ظاهرة الزواج بين الريفيات والحضريات من سنة 1977 إلى غاية سنة 1992 أي بفارق 3.3 سنة (1977)، ثم 2.5 سنة (1987) وأخيرا 2.3 سنة (1992).

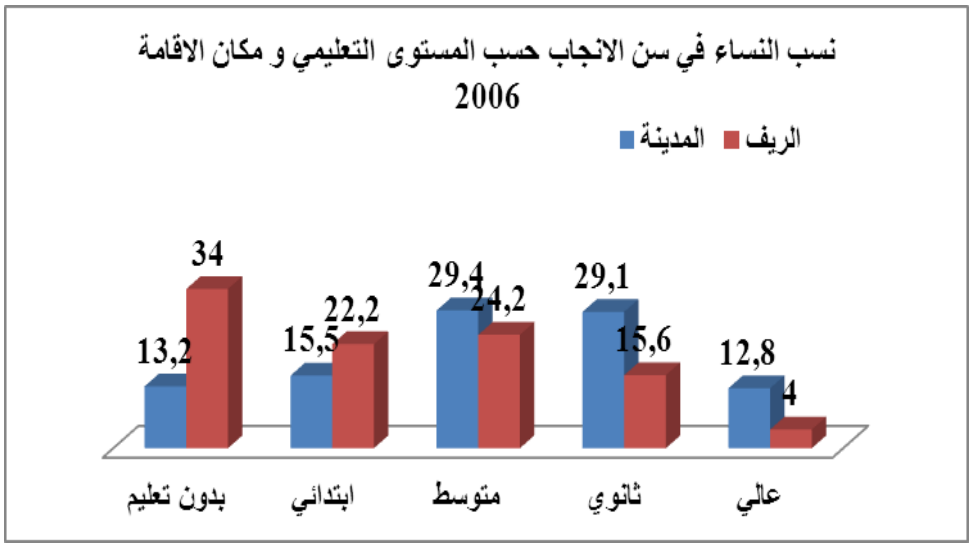
هذا التباين بدأ في التقلّص مع سنة 1998 بحيث يصبح شبه منعدم في سنة 2006 (0.3 سنة) والأكثر من ذلك هو ارتفاع متوسط السن عند الزواج الأول في منطقة الريف مما كان عليه قبيل 40 سنة مضت.

إذن ، تغيّر السلوك الزواجي لدى النساء الجزائريات بشكل عام ، بحيث أصبحت القاطنات في الريف تحبّذ الزواج المتأخر مثل قريناتها في المدينة ، بل و قد تجاوزتها بقليل أيضا (29.5 سنة في المناطق الريفية مقابل 28.9 في المناطق الحضرية سنة 2008).

ب. المستوى التعليمي:

لندرة المعطيات الإحصائية المتعلقة بمتغيري المستوى التعليمي و مكان الإقامة في مختلف السنوات السابقة ذكرها، سنكتفي في هذا العنصر بمسح 2006 و المتعلّق بالمسح الوطني متعدّد المؤشرات، والتعداد الوطني للسكان و السكن لسنة 2008.

الشكل رقم (17) : نسب النساء في سن الإنجاب حسب المستوى التعليمي و مكان الإقامة 2006



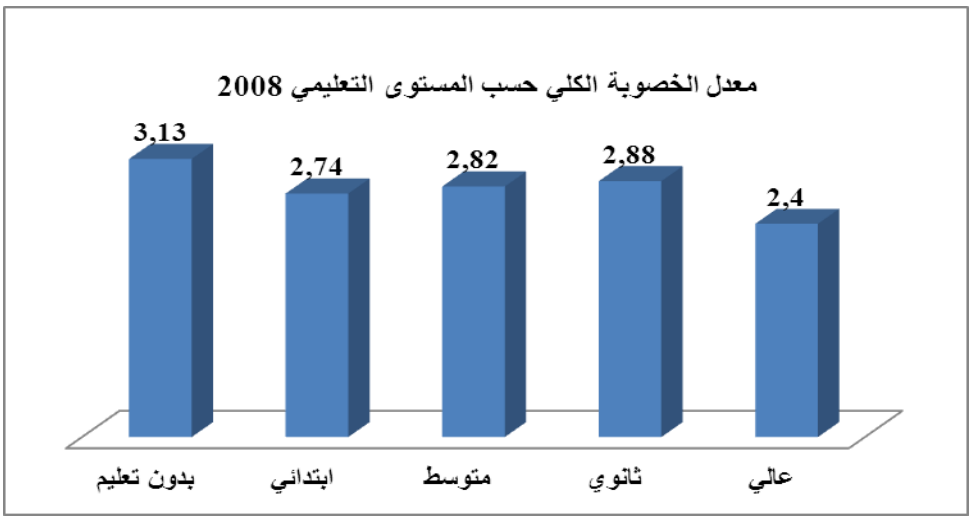
المصدر: الجدول رقم 11 من الملحق

الملاحظ من هذا الرسم البياني أنّ ميزة عدم التعلّم تبقى حكرا على النساء القاطنات في الريف، فكلّما توجّهنا إلى المدينة تصبح المرأة أكثر تعلّما (12.8% لهنّ مستوى تعليمي عالي في المدينة مقابل 4 % فقط عند المرأة الريفية) .

لكن عندما نحلّل هذه الظاهرة على المستوى الكلّي، نرى أن معدل الخصوبة الكلي (ISF) لسنة 2008 يأخذ موقع التجانس النسبي بين مختلف مستويات التعليم لدى المرأة الجزائرية.

الرسم البياني الموالي يشير إلى نوع من التقارب في السلوك الإنجابي لدى النساء باختلاف المستويات التعليمية ما عدا غير المتعلّمات منهنّ، باعتبار ضعف الفارق بين مختلف المستويات التعليمية و الذي لا يتجاوز الطفل الواحد ، فهل يبقى الأمر كذلك إذا ما قارنا هذا السلوك على المستوى المحلي أو بمعنى آخر باختلاف المناطق ؟

الشكل رقم (18) : توزيع معدل الخصوبة الكلي حسب المستوى التعليمي

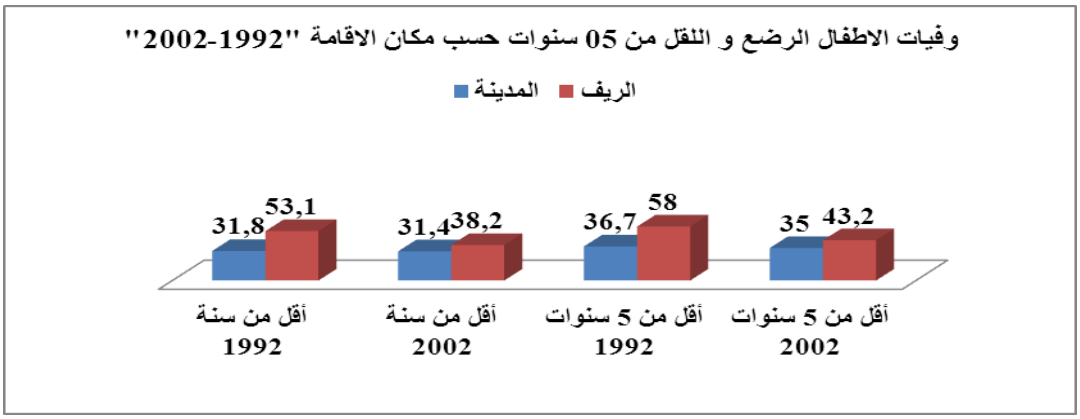


المصدر: الجدول رقم 12 من الملحق

ت. وفيات الأطفال الرضّع و الأمهات:

إنّ لارتفاع المستوى المعيشي ، جنبا إلى جنب ، مع تكثيف البرامج الوطنية لحماية الأمومة والطفولة (خاصة في المناطق المعزولة و الصعبة) أثرا كبيرا في تغيير مؤشّر الوفاة لاسيما لدى الأمهات و الأطفال الرضع و ما دون الخمسة سنوات على حد سواء.

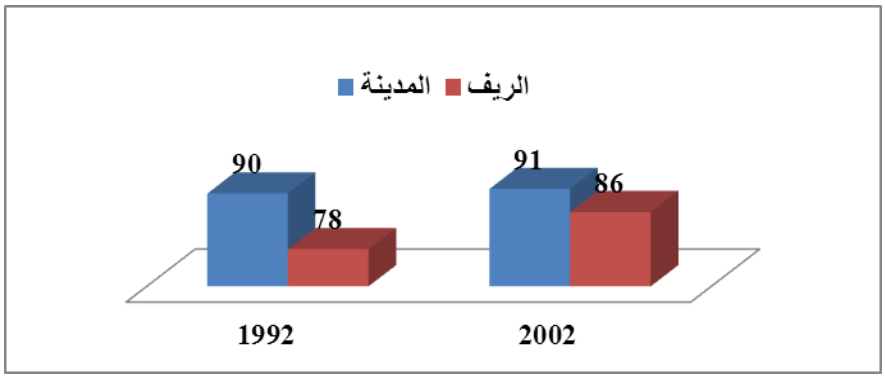
الشكل رقم (19) : تطور معدل وفيات الأطفال الرضع و الأقل من 05 سنوات حسب مكان الإقامة (92-2002)



المصدر: الجدول رقم 13 من الملحق.

يسجل مسحي 1992 و 2002 الانخفاض الهّام لكل من معدلي الوفاة عند الرضع أو الأقل من خمسة سنوات عند المناطق الريفية بوجه الخصوص، هذا الأخير راجع لمختلف البرامج الوقائية التي خصّت كل من المدينة و الريف بشكل أكبر (تلقيح أغلبية الأطفال ما بين 12-23 شهر).

الشكل رقم (20) : شمولية التلقيح للأطفال (12-23 شهر) حسب مكان الإقامة،"92-2002"



المصدر: الجدول رقم 14 من الملحق

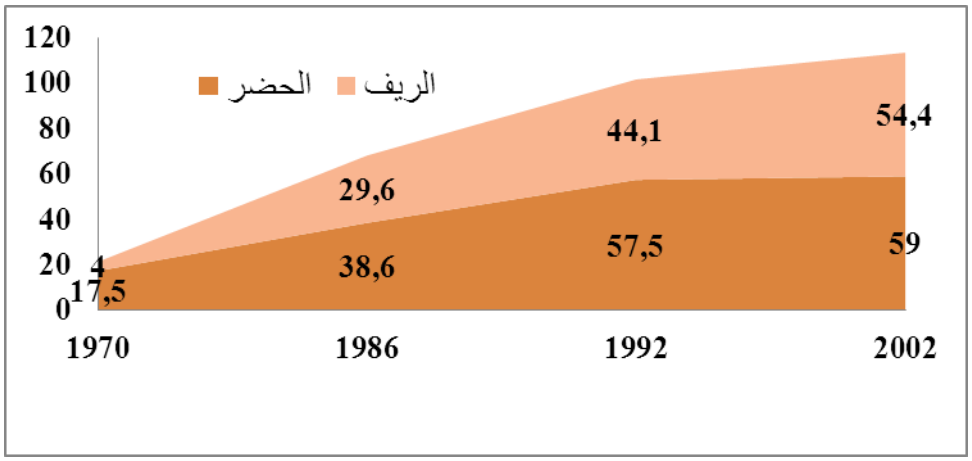
بالنسبة لوفيات الأمّهات، سجّل المسح الوطني لوفيات الأمهات و الأطفال الرضّع لسنة 1989(MMI)، 230 حالة وفاة أمومة لكل 100.000 ولادة حية، أمّا في المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة 2002 (EASM) فقد سجّلت 215 حالة لكل 100.000 ولادة حية. ثم 117 حالة لكل 100 ألف ولادة حية في المسح الوطني حول وفاة الأمّهات و الذّي جرى بالشراكة مع المعهد الوطني للإحصائيات و التخطيط (INSP) .تغير هذا المؤشر ما بين 23.37 حالة في أدنى مستوى له بولاية عنابة ، و 239 حالة في أقصى مستوى له بولاية أدرار[92].

يرجع هذا الانخفاض الاستعراضي و المقدّر ب 50% على المستوى الوطني خلال 10 سنوات لانخفاض مستويات الخصوبة في تلك الفترة مع التطوّر الحاصل على مستوى التكفّل بالمرأة طيلة مدة حملها إلى يوم الولادة ثم برامج التلقيح و الوقاية من الأمراض.

[92]Population et développement en Algérie, Rapport national CIPD +10, décembre 2003.

ث. استعمال موانع الحمل:

الشكل رقم (21) : تطور شمولية وسائل منع الحمل (كل الوسائل الحديثة و القديمة) حسب مكان الإقامة "1970-2002"



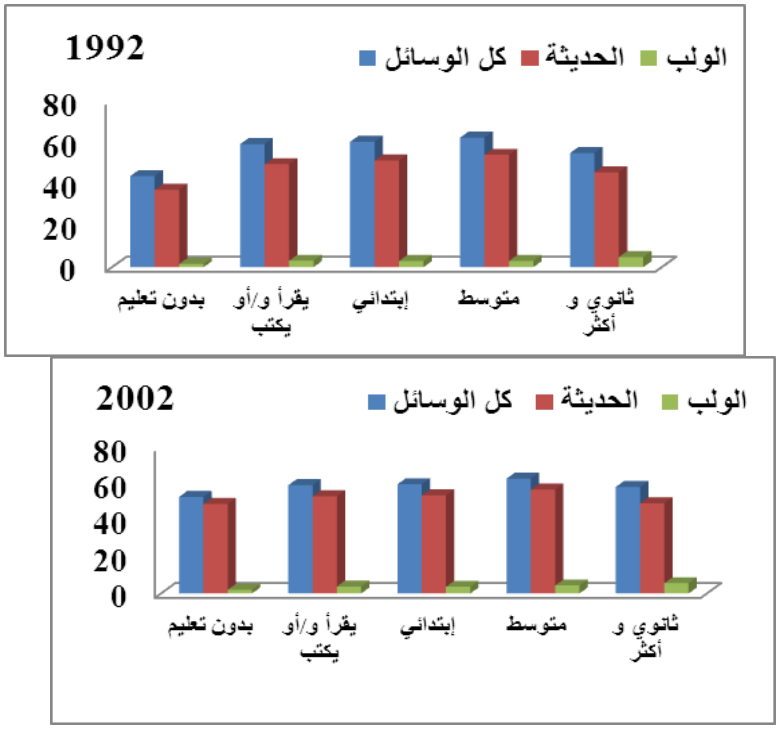
المصدر: الجدول رقم 15 من الملحق

من خلال مختلف الدراسات الخاصة بظاهرة الخصوبة، لا يمكننا نفي حقيقة أن انخفاض مستوى الخصوبة في الجزائر و على غرار الدول الأخرى كان راجعا إلى عاملين أساسيين و هما تأخر متوسط السن عند الزواج في الدرجة الأولى، ثمّ شمولية استعمال وسائل منع الحمل في الدرجة الثانية.

بحيث كشف مسحي 1992 و 2002 على أنّ شمولية استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر (كل الوسائل) جاورت 43% سنة 1992 لتصبح 51.8 % سنة 2002،ثمّ 57.1% ما بين 2012-2013[93] مع وثيرة انخفاض لاستعمال الوسائل التقليدية[94].

هذه النتيجة عمّت كل المناطق الحضرية و الريفية على حد سواء، بحيث أصبحت متساوية تقريبا وبعيدة كل البعد عن التباين، أصبحت تمثل (59% في الوسط الحضري و 54.4 % في الوسط الريفي سنة 2002) و(57.7% في الوسط الحضري و 56.1 % في الوسط الريفي سنة 2012 - 2013) بينما كانت (57.5 %و 44.1 %على الترتيب سنة 1992)[95].

الشكل رقم (22) : تطور شمولية وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي "1992-2002"



[93] MICS$_4$
[94] Population et développement en Algérie, Rapport national CIPD +10, décembre 2003
[95] Ibid.

المصدر: الجدول رقم 16 من الملحق

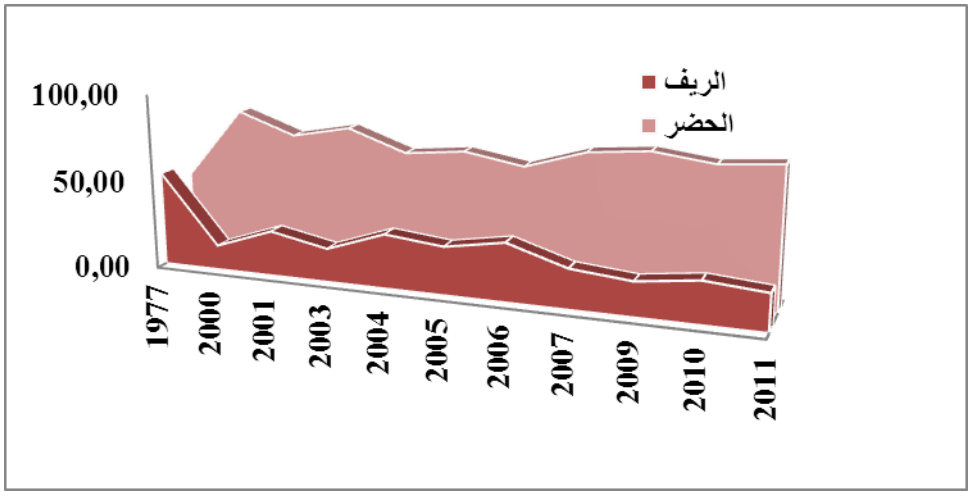
من الواضح أنّ العلاقة بين استعمال وسائل منع الحمل و المستوى التعليمي للنساء أصبحت تشكل فوارق ضعيفة مقارنة على ما كانت عليه سابقا (52.4% بدون تعليم، 57.1 %ابتدائي، 58.7 %متوسط، 60.6% ثانوي و 54.7% عالي)[96]، فمهما اختلف المستوى التعليمي يبقى السلوك الفردي للنساء متقاربا نسبيا في مسألة استعمال هذه الوسائل على اختلاف انواعها، بينما نجدها مهمّة جدّا إذا ما درسنا ارتباط نوع الوسيلة المستعملة (حديثة أو تقليدية) و المستوى التعليمي للمرأة :

- الفارق ضعيف على مستوى استعمال وسائل منع الحمل بين مختلف مستويات التعليم.
- ابتعاد المرأة الجزائرية شيئا فشيئا عن الوسائل التقليدية و توجهها للوسائل الحديثة على اختلاف مستوياتها التعليمية.
- هناك فوارق بارزة بين نوع الوسيلة المستعملة و المستوى التعليمي للمرأة، فالنساء الأكثر تعليما لهنّ ميول أكبر لاستعمال الوسائل الحديثة و لاسيما اللولب (2.9% مستوى متوسط، 3% مستوى ثاوي و 2.5% عالي بينما 0.9% بدون تعليم و 1.4% مستوى ابتدائي ما بين 2012 و 2013).

[96] $MICS_4$

ج. التباين الجغرافي لعمل المرأة ليس هاجسا أمام تغير السلوك الإنجابي:

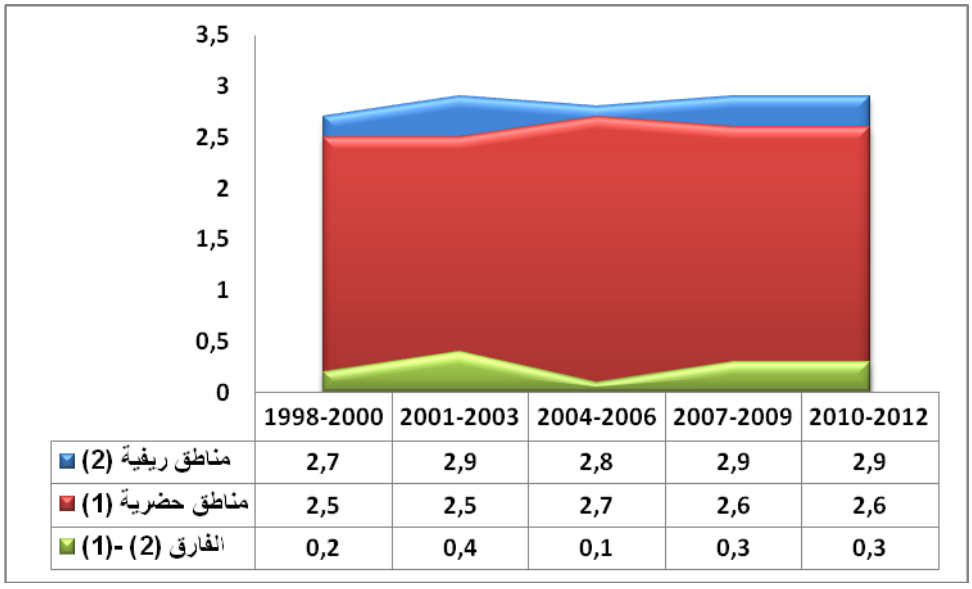
الشكل رقم (23) : تطور معدل عمل المرأة في الجزائر حسب مكان الإقامة من 1977 إلى 2011



المصدر: الجدول رقم 17 من الملحق

القراءة الأولية لتطوّر معدّل الشغل لدى المرأة الجزائرية ما بين 1977 و 2011، تجزم على تواجد تباين جغرافي مهم على مستوى هذا المتغير، فعلى الرغم من ولوج المرأة سوق العمل بصورة متزايدة، إلاّ أنّ العامل الجغرافي يلعب دورا مهمّا في تقسيم فرص التكافؤ لعملها، و بالتّالي هل يمكن لهذا التباين أن يكون نفسه على مستوى الخصوبة؟

الشكل رقم (24) : تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب مكان الإقامة من 1998 إلى 2012

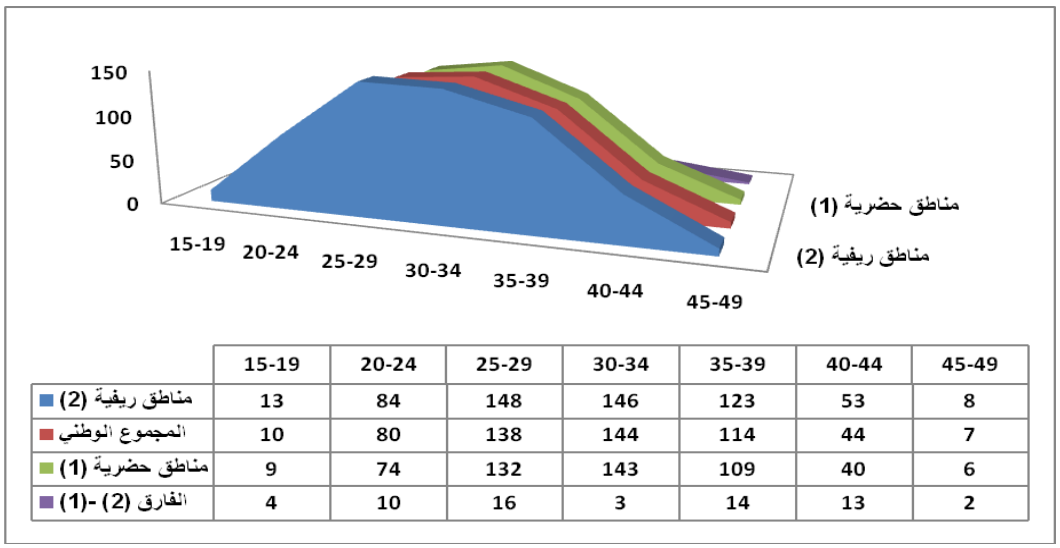


	1998-2000	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
مناطق ريفية (2)	2,7	2,9	2,8	2,9	2,9
مناطق حضرية (1)	2,5	2,5	2,7	2,6	2,6
الفارق (2) -(1)	0,2	0,4	0,1	0,3	0,3

المصدر: $MICS_4$

ما تشير إليه بيانات المسح العنقودي لمختلف المؤشرات ($MICS_4$) حول تطوّر المؤشر التركيبي للخصوبة في العشرية الأخيرة لا يختلف كثيرا على ما سبق لنا ذكره، فمن جهة، وجود تباينات طفيفة وشبه منعدمة (أقل من 0.5 نقاط) ما بين المناطق الحضرية و الريفية للفترات المبيّنة في الشكل السابق، ومن جهة ثانية، تقارب كلتيهما من المؤشر الوطني (2.6 طفل لكل امرأة ما بين 1998–2000 و 2.7 طفل لكل امرأة ما بين 2010–2012).

الشكل رقم (25) : تطور معدل الخصوبة الكلية حسب فئات العمر و مكان الإقامة (2012-2013)



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
مناطق ريفية (2)	13	84	148	146	123	53	8
المجموع الوطني	10	80	138	144	114	44	7
مناطق حضرية (1)	9	74	132	143	109	40	6
الفارق (2) -(1)	4	10	16	3	14	13	2

المصدر: $MICS_4$

و في نفس السياق، تؤكّد المعدلات العامّة للخصوبة حسب الشرائح العمرية تقلّص الفوارق بين المنطقتين (الحضرية و الريفية) و تقاربها من المستوى الوطني.

و بالتّالي يبقى التّباين أو عدم التكافؤ للولوج في سوق العمل بين النساء الريفيات والحضريات عاملا غير كافيا لتفسير تغيّر السلوك الإنجابي لكليهما (كما هو مذكور سابقا).

2. الخصوبة و الأسرة: تحوّلات الأنماط الأسرية و الأدوار الاجتماعية.

في سياق ما ورد سابقا، أصبح السلوك الإنجابي لدى الجزائريين بصفة عامّة و النساء بصفة خاصّة، يمتاز مؤخرا بتصرفات شبه مشتركة بين القاطنين في المناطق الحضرية و حتى المناطق الريفية.

فبينما كانت للفوارق المكانية لمختلف المتغيرات كمتوسط السن عند الزواج و استعمال وسائل منع الحمل و المستوى التعليمي عند الإناث بالإضافة إلى المتغير الاقتصادي كولوج المرأة في عالم الشغل أثرا كبيرا و مباشرا في تباين اتجاه الخصوبة الجزائرية ما بين المستوى المرتفع في المناطق الرّيفية و المستوى المنخفض نسبيا في المناطق الحضرية للمجتمع الجزائري، أصبحت هذه المحدّدات مؤخّرا تحذو حَذْوَ التقارب.

هذا التغيّر في السلوك الإنجابي داخل المجتمع الجزائري يمكن ربطه مع مصدره الأصلي والمتمثّل في " الأسرة " باعتبارها منظّمة دائمة نسبيا تتكون من الزوج و الزوجة، مع الأطفال أو

بدونهم ، بل تمتد أيضا لتشمل الأجداد، الأقارب و الأصهار و الأحفاد الذين يُكوِّنون وحدة تسمى في بعض الأحيان "العائلة"[97].

في هذا الإطار، يشير "فوزي عادل" [98]من خلال دراسة ميدانية لمناطق مختلفة من الوطن حول الأسر الجزائرية (باعتبارها جماعة مكونة من عدد من الأفراد تقوم بينهم تفاعلات معيّنة أو على أنّها نظام اجتماعي)[99] على وجود ثلاثة مراحل للتحولات الأسرية:

أ. **نموذج "الشيوع أو عدم الانقسام"** (Le modèle de l''indivision): يرتكز هذا النموذج على اختيار الزوج أو الزوجة، بحيث يكون مقترح (أو مفروض) من طرف الوالدين، و تكون الأولوية لأفراد العائلة الكبيرة و لاسيما من ناحية الأب، من اجل الاحتفاظ على ممتلكاتها من جهة، و من جهة ثانية، الاحتفاظ على اسم العائلة. و بالتالي يصبح نمط الزواج محكما كليا من طرف الأولياء، و تصبح النساء فيه مصدرا أساسيا لشرف الرجال (لا تملك أي سلطة أو استقلالية في اتخاذ قراراتها) و يصبح البحث عن الإنجاب (عدد كبير من الأطفال) ملاذها الأوّل من أجل اندماجها داخل الأسرة.

ب.**نموذج الانتقالية أو التحول** (Le modèle de la transition): هذا النمط من الأسر الجزائرية لا يستدعي الانقطاع على القّيم و العادات القديمة، بل يجمع بينهما، في حين يمكن اختيار الزوج شريطة قبول الأولياء. و تصبح إمكانية العيش في بيت مستقل عن

[97] علي عبد الرزاق جبلي، (2008)، *علم اجتماع السكان*، الإسكندرية، مصر، 481 صفحة، ص229.
[98] Fouzi ADEL (1995), « Formation du lien conjugal et nouveau modèles familiaux en Algérie », colloque sur « femmes, Etat et développement » ; Tanger, 10-13 octobre 1991, édition CRASC, Oran, Algérie, p 1-20..
[99] نفس المرجع ، ص229.

الأولياء رهينة وجوده من جهة، و من جهة أخرى، رهينة استقلاليتهم المادية.لهذا تصبح المرأة من خلال استقلاليتها المادية (على الرغم من بساطتها)، و عيشها مع زوجها بعيدا عن العائلة الكبيرة (أحيانا) حافزا كبيرا أمام مسألة تنظيم أسرتها و بالتالي إنجاب عدد أقل من الأطفال.

ت. **النموذج الزوجي** (le modèle conjugal): من خلال هذا النموذج يوضّح "فوزي عادل" مسألة ظهور الجيل الجديد و الذّي يختلف مساره تماما عن الجيل القديم من أسلافه، فهو بذلك يدعوا إلى الابتعاد عن كل ما هو تقليدي و الاتجاه نحو أفكار مستوردة من الغرب تدعوا إلى مبدأ المساواة بين الرجل و المرأة ، فشبّه الزوجين "بالمخبر" لإنتاج أفكار جديدة حول الأدوار الجديدة للرجل و المرأة.

و في الأخير لا يمكننا نفي حقيقة أنّ مع مرور الزمن، عرفت الأسرة الجزائرية نوع من العزوف عن العادات و التقاليد و هو يختلف أيضا باختلاف المناطق التي تعيش بها، لكن قدسية بعض القّيم ولاسيما المتعلقة "بالأبوة" كالاحترام، الشرف و الحكم الأبوي فقد تغيّرت و لكن قليلا فقط (محمد بدروني، 2006).

هذه الفوارق في اختلاف نمطية الأسر الجزائرية، يمكن أن تكون سببا أيضا في اختلاف مستويات خصوبتها ناهيك عن المتغيرات السيوسيو-اقتصادية و الثقافية الأخرى و لاسيما السياسات العمومية المتّخذة من طرف الجهات المعنية في توجيه نمو سكانها.

3. أثر السياسة السكانية في اتجاه الخصوبة في الجزائر:

كانت لنشأة منظّمة الأمم المتّحدة بعد الحرب العالمية الثانية أهدافا عديدة تبنّت في طيّاتها العديد من القضايا السكانية و إشكالاتها في العالم، حيث توّجت بعقد جملة من المؤتمرات العالمية تدعوا بدورها إلى توحيد حلول تصبّ مجملها في الخروج من مرحلة الانفجار السكاني الحادّ – ولاسيما في المناطق النامية–إلى مرحلة النمو البطيء أو مرحلة الاستقرار للنمو السكاني العالمي[100].

و بالتّالي تستدعي غاية تحقيق تنمية شاملة على المدى القصير، المتوسط و البعيد لأي بلد ما، تبني سياسات قومية موحّدة عالميا سواء كان ذلك في البعد الاقتصادي، السياسي، الإداري، الاجتماعي، البيئي و الثقافي...الخ. هذه السياسات العمومية تدعوا إلى وضع خطط و رؤى مستقبلية يتحقق من خلالها رفاهية المجتمع ككل، و من بين هذه السياسات سنذكر "السياسات السكانية" بصفتها عنصرا أساسيا في بحثنا، فما المقصود بها ؟ و ما هي اهتماماتها؟ و ما مدى معالمها في تغيير ملمح اتجاه الخصوبة في الجزائر؟

[100] نظام عبد الكريم الشافعي(2008)، "مفهوم السياسات السكانية"، دراسات سكانية، اللجنة الدائمة للسكان، الدوحة، قطر.

1.3. مفهوم السياســـــــة السكانيـــــــة:

يعرّف قاموس الجغرافيا البشرية السّياسة السكّانية على أنّها مجموعة من المقاييس و المبادئ يتأثّر من خلالها تركيبة السكان"[101]. فهي "***تلك المقاييس أو البرامج التشريعية أو الإدارية أو أيّة إجراءات حكومية من أجل تعديل الاتجاهات السكانية التي تخدم بدورها مصالح و رفاهية المجتمع***"[102].

أمّا المفهوم الآخر للسّياسات السكانية فيكمن في "***أنّها ترمز إلى جملة من التصوّرات والمواقف المبدئية و الفكرية اتجاه المشكلات السكانية ذات المردودات المحورية أو أنّها سياسات أو برامج تستهدف إحداث الحلول للمشكلة السكانية أو الحّد من تبعاتها و مؤثراتها و استنباط الوسائل لمنع حدوثها***"[103].

و على الرغم من وجود سياسات سكّانية صريحة و مباشرة و أخرى غير صريحة و ضمنية أي غير مباشرة ، تبقى العوامل الأكثر تأثيرا في سرعة أو بطئ تحقيق أهدافها و في كلى الحالتين

[101]Définition de la politique de la population selon le dictionnaire de la géographie humaine: " Government measures and the principles on which they are based, to influence population change .Thus an expansionist policy may seek to increase the rate of population growth or check actual or incipient population decline, while a restrictions policy checks population growth and reduces the rate of population increase. Measures favoring fertility include family allowances, marriage loans, restriction of availability of birth control appliances, declaring abortion illegal and the provision of ante- and post- natal care. Anti- natal measures usually comprise the legalization of abortion, birth control propaganda and sterillization

[102] السيد عبد العاطي السيد (2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، مصر، ص 364.

[103]احمد محمد شجاع الدين و آخرون (2003)، "السكان و التنمية"، مركز التدريب و الدراسات السكانية.جامعة صنعاء.

تلك المتعلقة بالمستوى التعليمي في المجتمع، الوضع الاقتصادي لأفراده، و ضع المرأة و مكانتها التعليمية والمهنية، الإدارة و التسيير العقلاني لهذه السياسة .

من خلال هذه التعاريف و المفاهيم أين تكمن السياسة السكّانية في الجزائر، هل هي صريحة أو ضمنية و هل حقّقت أهدافها المرجوّة؟

2.3. التنظيم المؤسساتي للسياسة السكانية في الجزائر:

أ. على المستوى الوطني:

شهدت سنوات التسعينات قفزة نوعية في مجال الاهتمام بقضايا السكان في الجزائر و ذلك من خلال نشأة العديد من اللّجان و المديريات الوطنية و المحلية (ولائية) تعمل تحت إطار منظّم يحوي في طياته تسيير و تقييم المشاكل السكّانية و الديموغرافية داخل الوطن.

أوّل ما يلفت الانتباه في هذه الفترة هو تعديل اسم وزارة الصحة إلى وزارة الصحة والسّكان سنة 1992، بحيث يصبح دمج متغيّر السكّان من أولويات الوزارة الوصية كقيمة إضافية في تحديد معالم السياسة السكانية ، هذه الأخيرة أنشأت مديرية عامّة للسكان الغرض منها وضع و تطبيق البرامج الديموغرافية و السكّانية و ذلك في سنة 1994. ثمّ أوّلت هذه المديرية مهاما جديدة و في نفس السياق إلى لجان وطنية للسكان (CNP) سنة 1998، ثم و في سنة 1999، أعيدت هيكلت هذه المديرية من أجل ضم مديرية فرعية تديرها و تقوم بتقييمها تسمّى اللجان الوطنية للصحّة الإنجابية

وتنظيم الأسرة. و في سنة 2001 تم إنشاء مديريات فرعية أخرى من أجل مختلف الدراسات الديموغرافية و تحليل القضايا السكانية.

أ. اللّجان الوطنية للسكان(CNP):

أنشأت هذه اللّجان بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 98-157 المؤرخ بتاريخ 16 ماي 1998 وذلك بإرادة من السلطات العمومية من أجل تدعيم المقاربة الخاصة بإشكالية السكان في بعدها العام والأوسع.

ضمّت هذه اللّجان عدّة قطاعات إنعاشية للتنمية الوطنية كالعمل، الفلاحة و التنمية الريفية بفعل المرسوم التنفيذي رقم 02-312 المؤرخ بتاريخ 02 أكتوبر 2002 و الذي يحمل في طياته إنشاء وتنظيم اللّجان الوطنية للسكان (CNP)و اللّجان الولائية للسكان(CPW).

ثمّ ساهمت هذه الأخيرة في وضع و تطبيق السياسة الوطنية للسكّان، صياغة الأهداف الإستراتيجية في مجال الديموغرافيا، المساهمة في الأنشطة التكوينية، التربوية و الإعلامية و الدراسات الخاصة بقضايا السكان لغرض الوصول للأهداف المرجوة في مجال التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، ثمّ وضع و بشكل منظّم التقارير السنوية حول السياسة الوطنية إلى جانب اقتراح المقاييس و البرامج التي تهدف إلى التحكم في النمو الديموغرافي داخل الوطن.

ب. اللّجان الوطنية للصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة(CNSRPF):

كانت نشأة هذه اللّجان سنة 1995 من طرف مجموعة من الأطباء في مختلف التخصّصات، بالإضافة إلى قابلات و ممثلين عن جمعيات ناشطة في نفس المجال، هذه اللّجان مكلّفة بوجه الخصوص باستقبال كل الأدوات الخاصّة ببرنامج الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة ثم مسح و إحصاء كل الصعوبات و المشاكل ، ثمّ اقتراح الحلول المناسبة لها من اجل تطوير و تحسين عملية التكفل بكل الأهداف المرجوة من هذا البرنامج و ذلك من أجل اقتراح نظام للتقييم و حركية تطبيق برنامج الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة.

تساهم اللّجان الوطنية للصّحة الإنجابية في توحيد و تطوير نوعي لخدمات الصحة الإنجابية ، ثم تكثيف المجهودات التقنية للخدمات الصحية من خلال التكوين المتواصل و تطبيق البرامج الفرعية المتعلقة بالصحة الإنجابية.

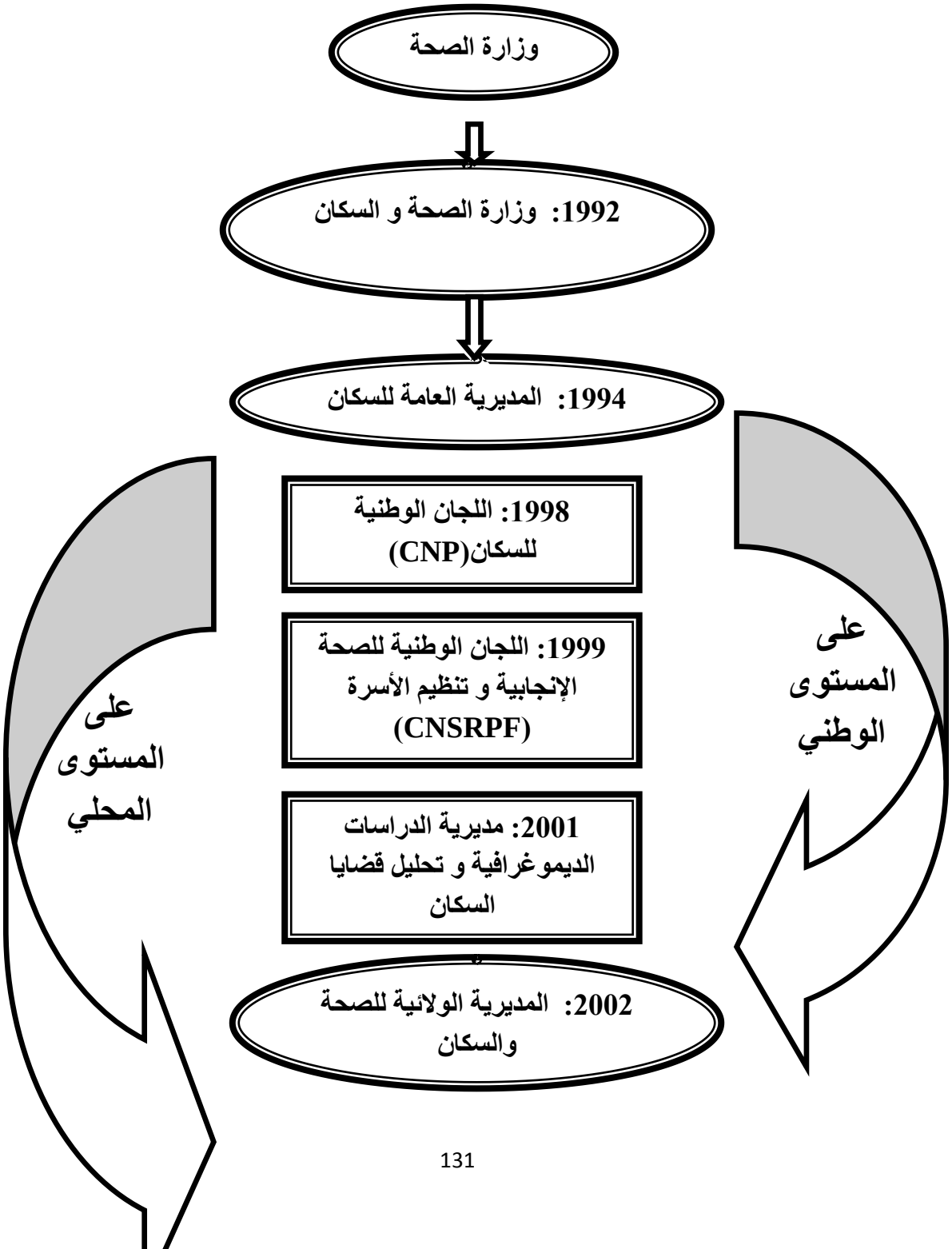
2. 2. على المستوى المحلي (الولايات):

أمّا على المستوى المحلي (الولايات)، فقد أنشأت لجان ولائية للسكان (CPW) .بمضمون المرسوم التنفيذي رقم 02-213 المؤرخ يوم 02 أكتوبر 2002، و هي جهاز متعدد القطاعات باعتباره امتدادا لأعمال اللجان الوطنية للسكان، بحيث كان إحدى أهم التوصيات لآخر تقرير للجان الوطنية والمدروسة في المجلس الوزاري لديسمبر سنة 2001.

و بالتّالي تصبح مهمة اللجان الولائية تطبيق و تقييم البرامج السكانية حسب مستلزمات وخصوصيات كل ولاية تماشيا مع الأهداف المرجوة وطنيا و مشاركتها أيضا في إنشاء قاعدة

إحصائية محلية .هذه المهمة أبرمت إلى مديرية الصحة و السكان للولاية بدلا من المديرية التنفيذية للصحة حسب المرسوم التنفيذي رقم 97-267 المؤرخ بتاريخ 14 جويلية 1997 ، و التي تحثّ مهامه إلى التحكّم في ثلاثة عناصر و هي: النمو الديموغرافي ، الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة.

الشكل رقم (26) : مخطط يمثل التنظيم المؤسساتي للسياسة السكانية في الجزائر



اللجان الولائية للسكان(CPW)

3.3. السياسة السكانية في الجزائر من الاحتشام إلى العلنية النسبية :

سجّل أول تعداد سكاني في الجزائر المستقلة (1966) قرابة أثنتا عشرة مليون نسمة بينما كان لا يفوق التسعة ملايين نسمة سنة 1954، أي بوثيرة نمو سنوية تعادل 2.6% .

هذه الوثيرة كانت محل انتباه العديد من الباحثين و الديموغرافيين و لاسيما الجزائريين منهم من خلال المسح الوطني لسنة 1968 (AARDS)، و الذّين أكّدوا من خلاله على أنّ الحجم السكّاني سيتزايد بنسبة 4% في سنة 1985 ، و بالتّالي سيتضاعف حجم سكان الجزائر خلال فترة وجيزة تقدر ب 20 سنة فقط[104].

لكن و في خِضم هذه المشكلة السكّانية التي دقّ جرسها الكثير من الباحثين و المفكرين الاجتماعيين و السياسيين، أظهرت الحكومة الجزائرية آنذاك نيتها في الابتعاد الكّلي عن الفكر السائد والذي يدعو إلى تولّي سياسة سكانية محكمة تدعوا إلى تنظيم الحجم الأسري و تنظيم النسل، فأولت اتجاهها إلى فكرة التنمية كوسيلة مثلى لتنظيم النسل:[105] " ***La meilleure pilule, c'est le développement"***

[104]AARDES.(1968), Association Algérienne pour la recherche démographique économique et sociale
[105] Président de la république Algérienne, Bucarest, 1974

هذا الموقف لم يستمر طويلا خاصّة بعد نتائج التعداد الوطني للسكان الثاني لسنة 1977 والذّي أثمرت نتائجه بمعدل نمو سنوي يعادل 3.2%[106] ،أي ما يقارب المعدل المتوقع سابقا (4%) وذلك في الفترة ما بين 1966-1977.

أيقض هذا المؤشر روح المسؤولية لدى الكثير من المفكرين و الإطارات الاقتصاديين، الاجتماعيين و السياسيين في تلك الفترة بحيث أدّى إلى ميلاد فكر جديد يدعوا إلى إيقاف فكرة "أنّ التنمية هي الوسيلة الأنجع في الحّد من النمو الديموغرافي" و إنما ضرورة وضع مسودّة سياسة سكانية محكمة كانت بوادرها في سنة 1983 من خلال وضع البرنامج الوطني للتّحكم في النمو الديموغرافي[107] . هذا التصوّر الانتقالي يمكن تلخيصه فيما يلي:

إنّ البّحث عن مؤشرات وجود سياسة سكانية في الجزائر ما بعد الاستقلال تقودنا إلى بلورة جمع من المعطيات تصبّ جلّها في حصر الفكر السكاني داخل حيّز ضيق جدا بسبب اعتبارات مختلفة كالمشاكل المالية، الدينية، التقاليد و العرف الاجتماعي، و أكثرها الغياب التّام للإرادة السياسية[108].

لكن و في نفس الفترة ، ناهضت العديد من دول العالم المشاكل الديموغرافية من خلال انعقاد أول مؤتمر دولي للسكان سنة 1974 ، و الذّي امتاز بتضارب في وجهات النظر بين مؤيد كدول العالم المتقدم مدعّمة فكرة تنظيم النسل من أجل خفض مستويات النمو الديموغرافي ،

[106] Zahia Ouadah Bedidi et Jacques Vallin, fécondité et politique de limitation de naissances en Algérie : Une histoire paradoxale, document n° 186, INED,
[107] PNMCD : Programme national de maîtrise de la croissance démographique.
[108] Ali LAKROUF. (2014), « la politique Algérienne de population : discours et situation », in revue des sciences sociales et humaines, université de Ouargla, Algérie, n°17,p1-8.

ومعارض كدول العالم الثالث و أخرى نامية كالجزائر باعتبار أن النمو الديموغرافي المتزايد هو نتاج لعدم نمو اقتصادي.

من هذا المنطلق، صرّحت الجزائر رفضها التّام لاعتماد هذه السياسية السكانية باعتبار "أنّ أنجع وسيلة لتنظيم النسل هي التنمية"[109].

الأمر الذّي لا يمكن تجاوزه في هذه الفترة أيضا هو على الرغم من عدم وجود سياسة سكانية صريحة و مباشرة ضمن الخطابات السياسية أو لدى الفاعلين السياسيين، يبقى المفكّر والباحث الجزائري في قضايا السكان و التنمية في نشاط مستمر من أجل تحريك الرأي العام ،من جهة، و من جهة ثانية، إقناع أصحاب القرار للنظر في خطر النمو الديموغرافي بأنه :"كسيارة سباق بدون فرامل"[110].

و بالتالي اعتمدت مجموعة من الإجراءات التي يمكن تصنيفها في إطار سياسة سكانية ضمنية أو غير مباشرة، تتعلق بتأسيس مراكز لحماية الأمومة و الطفولة في سنة 1965، ثم ثلاثة مراكز لتباعد الولادات و ليس الحد منه ما بين 1967 و 1969 في كل من الجزائر العاصمة، وهران و قسنطينة تحت رعاية المنظمة العالمية للصحة، ثم توسع مجال هذه المراكز عبر العديد من مناطق البلاد ضمن عيادات

[109]Houari BOUMEDIENE, Président de la république Algérienne, Bucarest, 1974.
[110] AARDES, 1968, impératifs de la planification familiale en Algérie, Alger, AARDES , p54.

متعدّدة الخدمات (PMI) تهدف بالدرجة الأولى إلى معالجة الصحة العمومية ولاسيما منها صحة الأم والطفل[111].

تزايد عدد هذه المراكز من جهة ،ومن جهة ثانية ، تَغيُّر طاقم السلطة مع بداية الثمانينات أدّى إلى تغيير في الخطاب السياسي في المؤتمر الدولي للسكان بمكسيكو سنة 1984 ، معتبرا أنّ مشكل السكان هو السبب الرئيسي للتخلّف و عليه يجب إيجاد الحلول الناجعة لتحقيق التوازن في معادلة السكان والتنمية من خلال تبنّي سياسة سكانية تسمح بالتدخل في مستوى الخصوبة مما يدل على اندماجها في أهداف التحكّم في النمو الديموغرافي[112].

في حين، يعتبر انهيار عائدات النفط الجزائري سنة 1986 المحرك الأساسي في تغيير الفكر السكّاني لدى السلطات الجزائرية مدركة أنّ تلبية الاحتياجات الاجتماعية للسكّان مشكلة في حد ذاتها باعتبار أنّ النمو السكاني عَقَبَة أمام التنمية: "***إنّ معدل النمو السكاني الحالي يعيق كل إمكانيات التحسين الكمي التي تطمح التنمية في تحسينها [...] يشكل حاجزا أمام التحسينات الكمية أي تعد مفتاح التقدم الاقتصادي و الاجتماعي***"[113].

على ضوء ما ذُكِر، لا يمكن اعتبار السياسة السكانية "الضّمنية" و المجسّدة في وضع برامج تنظيم الأسرة عبر التراب الوطني عاملا أساسيا في انخفاض مستويات الخصوبة في الجزائر باعتبار أنّ معدلاتها بدأت في الانخفاض قبل اعتمادها أي مع بداية الثمانينات،الأمر الذي يؤكّده (Vallin et

[111] Malika Ladjali.(1985), *L'Espacement des naissances dans le tiers monde : l'expérience Algérienne*, OPU, Alger, , p16.
[112] Ali Hemal. Tahar Hafad, (1999), "la transition de la fécondité et politique de population en Algérie ", sciences humaines, université Mentouri, Constantine, Algérie n°12, p.64 pp 63-73.
[113] Algérie, charte nationale, 1986, édition du FLN, Alger, 1986, p162.

(Locoh,2001 ; vallin,2011) من خلال مقولتهم أنّ البلدان التي تمتاز بخصوبة مرتفعة لا يمكن للسياسات السكانية أن تكون عاملا أساسيا في خفضها، بل هناك أسباب أخرى حقيقية ممثلة في التحولات الاقتصادية والاجتماعية. الجزائر و على غرار هذه الدول، لم تعرف خصوبتها مستويات منخفضة إلاّ بعد تضافر وتداخل كل من هذه العوامل ،جنبا إلى جنب، مع التّطبيق العقلاني لبرامج تنظيم الأسرة، و بالتالي تصبح مرافقة لها و مساهمة بشكل غير مباشر إنْ لم نقل "عاملا وسطيا".

خاتمـــــــــــــــــــة الفصل:

في سياق ما ورد في هذا الجزء من البحث، يمكننا الاشارة إلى أنّ السّلوك الإنجابي لدى الأفراد الجزائريين أصبح يؤول مؤخرا إلى التطابق و يبتعد عن التباين و لاسيما على مستوى مكان الإقامة (الريفي، الحضري) ، ففي حين كانت للعوامل السوسيوـ اقتصادية و الثقافية كمتوسط السن عند الزواج الأول، المستوى التعليمي لدى الإناث، استعمال وسائل منع الحمل و عمل المرأة على سبيل المثال أثرا متباينا بين هاتين المنطقتين في تغيير اتجاه الخصوبة من الارتفاع إلى الانخفاض في الفترة الممتدة ما بين 1966 و2002، ثمّ من الانخفاض إلى الارتفاع في الفترة الممتدّة ما بين 2002 و 2014 ، و بالتّالي أصبحت النساء الرّيفيات و الحضريات تتّفقان مع بعضيهما في تحديد عدد أفراد أسرتيهما مع وجود بعض من التفاوت ولكن بشكل نسبي جدّا.

فالأمر هنا و حسب استنتاجاتنا الأولية، لم يعد يتعلّق فقط بتلك المحدّدات المباشرة أو غير المباشرة في تفسير انتقالية الخصوبة خاصّة إذا ما تعلّق الأمر بمكان الإقامة ، و إنّما هو سلوك فردي يخص كل فرد جزائري على حدا ، و في هذا الإطار يحضرنا قول (السيد عبد العاطي السيد، 2000): " ***إنّ الخصوبة وإنجاب الأطفال سلوك اجتماعي يتشكّل في إطار السّياق الاجتماعي الّذي يعيش فيه الأفراد، وقد يتّسع هذا السّياق ليشمل الخصائص و الظروف السياسية و الاقتصادية المحيطة بالمجتمع، و قد يضيق ليتمثّل في الخصائص الفردية التي يتميّز بها الزوجان اللّذان يتخذان قرار الحمل والإنجاب*** ".

الفصـــــــــــل الرابع:

التحليل المكاني لانتقالية الخصوبة في الجزائر

مقدمة الفصل:

من أجل فهم السلوك الإنجابي على المستوى المحلي، سنقوم بتنبؤ السلوك الجماعي من خلال الخصائص الفردية للجماعة[114]. و عليه سنحاول من خلال هذا الفصل تفسير الفوارق على مستوى السلوك الإنجابي ما بين ولايات الجزائر (48 ولاية) كوحدة جغرافية، أي إعطائها مقاربة فضائية أو مكانية و ذلك باعتبار عدّة خصائص أو متغيرات سوسيو-اقتصادية، ثقافية و ديموغرافية، مع الأخذ بعين الاعتبار فرضية وجود سلوك نموذجي يجعل من الفرد الواحد يتأثر بنفس خصائص المنطقة أو الفضاء الجغرافي الذي يقطن فيه،(Courgeau,1994) .

[114] D.Courgeau. (1994),” du groupe à l’individu : exemple des comportements migratoires », population, 49, n°1, pp.7-26

1. منهجية التحليل:

استلزمت دراستنا استخدام التحليل الكمّي لمجموعة من المتغيّرات الديموغرافية و السوسيو-اقتصادية و الثقافية الخاصّة بمختلف ولايات الجزائر، الأمر الذّي دفعنا إلى استخدام التّحليل العاملي ولاسيما تحليل المكونات الرئيسية كما سبق شرحه في الفصل الأول، من أجل اختزال و اختصار العدد الكبير لهذه المتغيرات إلى عدد محدود من العوامل أو المحدّدات التي تساعد بدورها في تفسير التباين المكاني لمستويات الخصوبة في الجزائر.

أ. مصادر المعطيات الإحصائية الخاصّة بالتحليل:

من أجل تلخيص المتغيرات الأكثر تأثيرا على السلوك الإنجابي في الجزائر و إعطائها بعدا مكانيا، كان من الضروري في بداية الأمر من استطلاع و تبويب البيانات الخاصّة بالمحدّدات[115] الأكثر ولوجا في مسألة الإنجاب مع إمكانية وجودها و توفرها بالنسبة لكل الولايات . في هذا الإطار، و نظرا لعدم توفّر كل المعطيات الإحصائية لاسيما من الناحية الجغرافية أو عبر مختلف التواريخ الزمنية ، قمنا بتجميع بيانات المتغيرات السوسيو-اقتصادية و الثقافية لسنة 2008 باعتبارها سنة آخر تعداد وطني للسكن والسكان في الجزائر.

[115] انظر الفصل الأول من الأطروحة.

اختيارنا لهذه السنة أيضا، كان لسببين رئيسيين: الأول يتمثل في توفر البيانات حسب عدد الولايات الجزائرية، و الثاني، لكونها سنة وسطية لعملية انعكاس وثيرة نمو الخصوبة في الجزائر(الارتفاع بعد الانخفاض المطلق).

لهذا، سنقوم في بداية الأمر بتحليل استطلاعي للمعطيات المتوفّرة و ذلك للتعرّف على بنيتهم الأساسية باستعمال طريقة تحليل المكونات الرئيسة (ACP) و التي ستساعدنا على تحديد المتغيرات الأكثر تمايزا في الخصوبة.

ثم في مرحلة موالية، سنقوم باختيار المتغيرات الأكثر علاقة و ارتباطا مع ارتفاع الخصوبة من جهة و مع انخفاضها من جهة ثانية.

و في هذا الإطار، لا باس من أن نذكّر أهم ما اجتمعت به النّظريات و الأبحاث المتعلّقة محاورها حول آليات انخفاض الخصوبة لمجتمع ما ، و التّي تؤكّد ، كما سبق الذكر، على وجود نوعين رئيسيين من المتغيرات: بحيث تؤثر إحداها بشكل مباشر و الأخرى بشكل غير مباشر على الخصوبة، مع تدخّل نوع آخر يسمى بالمتغيرات الوسطية[116] .

إنّ آلية تحول وثيرة الخصوبة في مجتمع ما ليست بالضرورة ظاهرة عالمية ، و إنّما هي متعلّقة باختيارات فردية لأفراد المجتمع ذاته، فتصبح تلك المتغيرات تشكّل تمايزا في عملية تفسير اتجاه الخصوبة، و في هذا الصدد يقول "علي اليوبي"[117]: "***...ما يفسّر هذه الوضعية هو غياب نظرية***

[116] A .El Youbi.(2009), « Les raisons d'une fécondité élevée au niveau local au Maroc », in http://iussp2009.princeton.edu/papers/92227
[117] Idem

موحدة تشمل كلّ ما يحدّد مستويات الخصوبة، و هذا راجع إلى تعقيد الآليات السوسيو-اقتصادية و الثقافية التي تظّم الخصوبة و محدّداتها القريبة" .

و عليه ، يمكننا تمييز نوعين من المحدّدات ، فمنها ما تؤثّر في ارتفاع الخصوبة كالزواج المبكر، العزوف عن استعمال وسائل منع الحمل، قلّة التّمدرس و ضعف المستوى التعليمي، عدم عمل المرأة،... و أخرى في انخفاضها كارتفاع متوسط السن عند الزواج الأول، الاستعمال العقلاني لوسائل منع الحمل، ارتفاع المستوى التعليمي و لاسيما لدى الإناث، التمدّن و عمل المرأة،ثمّ عوامل أخرى تعتبر تفسيرية لظاهرتنا و تخص مستوى التنمية البشرية، الفقر، الهشاشة، انخفاض وفيات الأطفال الرضع و الأقل من خمسة سنوات، ارتفاع تكلفة الطفل، التنمية الاجتماعية و المؤسسات الاجتماعية، تطور وسائل الإعلام و الاتصال، البنية السكانية و الهجرة الخارجية...إلخ.

ب. اختيار المتغيرات الديموغرافية، السوسيو-اقتصادية و الثقافية حسب كل ولاية لسنة 2008:

يتطلّب اتّخاذ القرار من طرف الزوجين في تحديد عدد أطفالهما تداخل عدّة عوامل فردية تخصّهما كشخصين، و عوامل أخرى ضمنية تخصّ المحيط الذي يعيشان به، لهذا ، و من أجل تحديد هذه العوامل المفسرة، قمنا باختيار نمطين من المتغيرات ، تتعلق **الأولى بالمتغير التابع للخصوبة** و تضم : المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF) و معدلات الخصوبة حسب الشرائح العمرية التالية (15-19 سنة)،

(20–24 سنة)، (25–29 سنة)، (30–34 سنة) ، (35–39 سنة)، (40–44 سنة)، (45–49 سنة).ثمّ قمنا باختيار المؤشر التركيبي كمتغير تابع و المرجو تفسيره.

النمط الثاني ، يضم **المتغيرات المستقلة أو التفسيرية** للمتغير التابع و تخصّ أولا التركيبة العمرية للنساء، الزواج و الخصوبة: نسبة النساء العازبات، نسبة النساء في سن الإنجاب (15–49 سنة)، متوسط السن عند الزواج الأول، متوسط السن عند الولادة الأولى، نسبة استعمال وسائل منع الحمل، المعدل الخام للمواليد، معدل وفيات الأطفال الرضع، ثم نسب التكافؤ حسب الفئات العمرية (Parité moyenne ou descendance moyenne) و هي P(15-19)، P(20-24)، P(25–29)، P(30-34) ، P(35-39)، P(40-44)، P(45-49) أي متوسط عدد الأطفال الأحياء لكل امرأة في الشريحة العمرية X. ثمّ، متغيرات سوسيو–ثقافية تخصّ المستوى التعليمي للمرأة: ابتدائي، متوسط، ثانوي و جامعي ، نسبة النساء بدون تعليم، و نسبة الالفبائية. النوع الثالث من المتغيرات المستقلة، فهي تلك المتغيرات الاقتصادية و تضمّ: نسبة نشاط النساء[118]، نسبة النساء الماكثات في البيت[119]. أمّا المتغيرات الضمنية أو المتعلقة بالمحيط المعاش فتضمّ: معدل التمدّن.

[118] تظم النساء العاملات، و النساء اللاتي تبحثن عن عمل (بطّالات).

[119] عدم توفر بيانات إحصائية تخص نسبة العاملات لكل ولاية ، جعلنا نختار نسبة النساء الماكثات في البيت من أجل تقييم نسبي لعمل المرأة.

بعد جمع و تبويب مختلف البيانات (31 متغير)، تحصّلنا على النتائج الأولية والملخّصة في الجدول التلخيصي الموالي:

ترتيب المتغير	الرمز	المتغير	مج الولايات	القيمة الصغرى (1)	القيمة الكبرى (2)	الفارق (2)-(1)	الانحراف المعياري
01	**isf**	المؤشر التركيبي للخصوبة	48	1,71	4,65	2,94	,6015
02	**amp mfem**	متوسط السن عند الزواج (1)	48	26,60	31,10	4,5	1,1100
03	**pc**	استعمال منع الحمل	48	48,20	69,10	20,9	5,8054
04	**amm**	متوسط السن عند الولادة(1)	48	30,60	33,10	2,5	,5522
05	**tmi**	معدل وفيات الأطفال الرضع	48	17,10	43,50	26,4	6,6094
06	**tbn**	المعدل الخام للولادة	48	15,70	35,50	19,8	3,7581
07	**tur**	معدل التمدن	48	36,49	96,20	59,71	14,2393
08	**ac**	معدل نشاط النساء	48	8,70	27,70	19	4,3422
09	**alp**	معدل الالفبائية	48	51,70	82,00	30,3	7,5886
10	**cel**	نسبة النساء العازبات	48	34,60	49,86	15,26	2,9647
11	**rp**	نسبة النساء في سن الإنجاب	48	24,77	30,10	5,33	1,0868
12	**g1**	معدل الخصوبة ما بين **15–19** سنة)	48	3,00	37,00	34	6,9404
13	**g2**	معدل الخصوبة ما بين **20–24** سنة)	48	31,00	138,00	107	24,3463
14	**g3**	معدل الخصوبة ما بين**25–29** سنة)	48	86,00	224,00	138	24,8739
15	**g4**	معدل الخصوبة ما بين **30–34** سنة)	48	111,00	233,00	122	24,7711
16	**g5**	معدل الخصوبة ما بين**35–39** سنة)	48	82,00	181,00	99	24,6369
17	**g6**	معدل الخصوبة ما بين **40–44** سنة)	48	28,00	107,00	79	18,2627
18	**g7**	معدل الخصوبة ما بين**45–49** سنة)	48	3,00	46,00	43	7,7952
19	**p1**	متوسط النسل ما بين **15–19**سنة)	48	,30	1,10	0,8	,1405
20	**p2**	متوسط النسل ما بين **20–24** سنة)	48	,70	1,50	0,8	,1645

21	**p3**	متوسط النسل ما بين(**25–29** سنة)	48	1,10	2,20	1,1	,2695
22	**p4**	متوسط النسل ما بين (**30–34** سنة)	48	1,70	3,40	1,7	,4065
23	**p5**	متوسط النسل ما بين(**35–39** سنة)	48	2,50	4,80	2,3	,5466
24	**p6**	متوسط النسل ما بين **40–44** سنة)	48	3,10	5,90	2,8	,6837
25	**p7**	متوسط النسل ما بين(**45–49** سنة)	48	3,70	6,50	2,8	,6886
26	**si**	نسبة النساء بدون تعليم	48	16,50	41,30	24,8	6,4463
27	**pri**	نسبة النساء مستوى ابتدائي	48	20,60	29,90	9,3	2,3524
28	**my**	نسبة النساء مستوى متوسط	48	18,40	29,00	10,6	2,6927
29	**sc**	نسبة النساء مستوى ثانوي	48	10,30	22,50	12,2	2,6686
30	**sup**	نسبة النساء مستوى عالي	48	3,80	13,10	9,3	2,0863
31	**ff**	نسبة النساء الماكثات في البيت	48	50,54	74,18	23,64	5,0872

ت. مجتمع الدراســــــة:

غالبا ما يظهر تحليل الخصوبة في مستوياتها الكلّية أرقاما يصعب تفسيرها، كما هو الحال في الجزائر، و كما سبق شرحه، بحيث ينعكس شكل المنحنى البياني من وثيرة الانخفاض إلى وثيرة الارتفاع، الأمر الذّي يدفع بنا للبحث في تفسير هذا الاتجاه من خلال الخصوبة المحلّية أو خصوبة الجزائريين حسب كل ولاية[120] أو منطقة جغرافية. ثمّ تحديد المنطقة الأكثر و الأقل خصوبة في الجزائر.

[120] Selon la loi n° 84-09 du 4 février 1984 relative à l'organisation territoriale du pays modifiée et complétée (JO n° 6 du 7 février 1984).

لهذا الغرض، قمنا بتقسيم ولايات الجزائر إلى ثلاثة مناطق جغرافية حسب مستوى الخصوبة كما هو مبين في الجدول التلخيصي التالي:

المنطقة الأقل خصوبة	المنطقة ذات الخصوبة المعتدلة	المنطقة الأكثر خصوبة
خصوبة ضعيفة	**خصوبة متوسطة**	**خصوبة مرتفعة**
تيزي وزو،بجاية ،عنابة.	الجزائر،البليدة،بومرداس، تيبازة، البويرة،المدية،الشلف،عين الدفلة. قسنطينة،سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف، قالمة. وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت،غليزان، سيدي بلعباس، معسكر. سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريريج، أم البواقي،تبسة، تيارت،سعيدة، تيسمسيلت، لنعامة، البيض، بشار.	بسكرة،مسيلة،لغواط،أدرار،غرداية،تيندوف ورقلة،الجلفة،الواد،تمنراست،إيليزي.

تُظهِر النتائج الأولية للتوزيع المكاني لمستويات الخصوبة في الجزائر، حسب آخر تعداد سكاني لها سنة 2008، إلى بلوغ ثلاثة ولايات فقط المرحلة الأخيرة من انتقالية الخصوبة من خلال تسجيل مستوى أقل أو يساوي عتبة تجديد الأجيال أي 2.1 طفل لكل امرأة ، و هي على التوالي كل من تيزي وزو، بجاية و عنابة (1.71، 1.91 و 2.13 طفل لكل امرأة).

أمّا المناطق الأكثر خصوبة في الجزائر فتتمركز بمنطقة الجنوب الكبير و هي كل من بسكرة، مسيلة،لغواط،أدرار،غرداية،تيندوف،ورقلة،الجلفة،الواد،تمنراست،إيليزي. بمؤشر تركيبي للخصوبة مقدّر على التوالي ب (3.29 ، 3.33 ، 4.43 ، 3.52 ، 3.59 ، 3.69 ، 3.72 ، 3.97 ، 4.16 ، 4.35 ، 4.65 طفل لكل امرأة)، أما المنطقة الثالثة و التي تمتاز بخصوبة معتدلة متفاوتة نسبيا مع بعضها البعض، وتخصّ ما يعادل 70.83% من مجموع ولايات الجزائر.

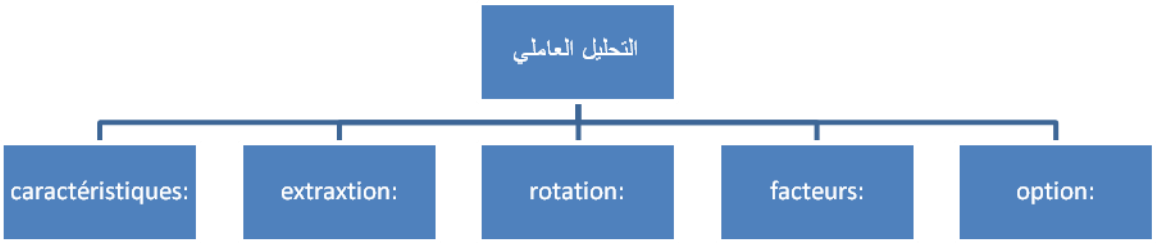
ث. تطبيق تحليل المكونات الرئيسية بنظام SPSS[121]:

1) إدخال المعطيات الإحصائية الخاصة بالمتغيرات المختارة في دراستنا ل 48 ولاية .

2) من القائمة الرئيسية لنظام SPSS، نقوم باختيار المفتاح analyse، ثم factorisation، ثمّ analyse factorielle.

3) نقوم بإدخال كل المتغيرات الأولية (31) في العمود الخاص بالمتغيرات، و نلاحظ خمسة مفاتيح رئيسية كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم(27): مخطط التحليل العاملي



✓ **المفتاح "caractéristiques":**

* يقوم المفتاح"caractéristiques univariées" بحساب كل من المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري و عدد الحالات المدروسة.

*يقوم المفتاح "structure initiale" على تحصيل الحل المبدئي من خلال عرض الاشتراكيات، الجذور الكامنة و النسب المئوية الفردية و المتجمّعة (المتراكمة) للتباين المفسّر.

[121] Statistical package for the social sciences : un logiciel utilisé pour l'analyse statistique.

*يقوم المفتاح" Indice KMO et test de Bartler " على تحصيل مدى كفاية عدد أفراد العينة ويجب أن تكون قيمته اكبر من (0.5) حتى تكون العينة كافية و هذا شرط أساسي، أمّا فيما يخص اختبار Bartler فهو مؤشر للعلاقة بين المتغيرات ، إذ يجب أن يكون مستوى الدلالة لهذه العلاقة أقل من (0.05) و ذلك حتى نستطيع التأكيد على أن لهذه العلاقة دلالة إحصائيا.

✓ **المفتاح" Extraction":**

*المفتاح يمثل طريقة استخلاص العوامل و هي سبعة طرائق، بحيث يمكن لنا اختيار الطريقة الأنسب للدراسة، في حالة دراستنا سنختار طريقة المكونات الرئيسية كما هو موضح في الصندوق.

*المفتاح" analyser" يخص المصفوفة المراد تحليلها، و في حالتنا قمنا باختيار مصفوفة الارتباطات "matrice de corrélation".

*المفتاح "Extraire " يعمل على استخلاص العوامل و يتضمّن القّيم الصحيحة الأكبر من الواحد وعدد العوامل بعد تحديدها من طرف الباحث، في حالتنا سنكتفي بالقيم الصحيحة الأكبر من الواحد.

*المفتاح " analyser" يخص عرض نتائج التحليل و يتضمّن حل العوامل قبل التدوير structure factorielle sans rotation و التمثيل البياني للقيم الصحيحةgraphique des valeurs propres .

✓ **المفتاح "Rotation":**

*ستة خيارات لطرق التدوير من المفتاح Méthode:

- Aucune : تعني عدم إجراء عملية التدوير.
- Varimax : تعني طريقة للتدوير المتعامد و التي تؤدي إلى زيادة تباين مربع تشبّعات العوامل على كافة المتغيرات.
- Direct Oblimin : تعني طريقة التدوير المائل و التي تؤدي إلى قيم أعلى للجذور الكامنة.
- Quartimax : تعني طريقة أخرى للتدوير المتعامد و التي تؤدي إلى تخفيض عدد العوامل التي تحتاجها لتفسير كل متغير.
- Equamax : تعني طريقة أخرى للتدوير و هي تقع في الوسط بين طريقتي Varimax، Quartimax.

- Promax: تعني طريقة أخرى للتدوير المائل و هي أسرع في العمليات الحسابية من طريقة Direct Oblimin لذلك فهي تستخدم في بعض الأحيان في العينات الكبيرة العدد.

و في حالة دراستنا ، قمنا باختيار طريقة التدوير المتعامد Varimax.

في نفس الصندوق الخاص بالدوران نجد مفتاح آخر يسمى Afficher ، يحتوي بدوره على العوامل بعد التدوير structure après rotation و هو حقل محدد سلفا من طرف البرنامج و آخر للرسوم البيانية للتشبّعات carte(s) factorielle(s) بحيث يمكننا إضافته في دراستنا.

✓ **المفتاح "Facteurs" :**

من خلال هذه الشاشة نلاحظ مفتاح خاص بتسجيل العوامل كمتغيرات جديدة enregistrer dans des variables، و منه يمكن تفعيل طرق حساب الدرجات و التي يمكن استخدامها في إجراء عمليات إحصائية إضافية وفقا لاحتياجات الدراسة. في حالتنا سنقوم بتفعيل مفتاح الانحدار régression.

المفتاح" Options":

يتعلّق هذا الصندوق من جهة، بالقيم المفقودة exclure toute observation incomplète ، ومن جهة ثانية، بالقيم المطلقة للتشبّعات التي تقل عن قيمة معينة absolues Supprimer les valeurs inferieures à نقوم بنقر المفتاح "poursuivre" ، ثم نقوم بنقر موافق لتظهر لنا نافذة جديدة خاصة بالنتائج.

2. النتائج و تحليـــــــــــــــل المعلومـــــــــات:

✓ **تمايز المتغيرات بين مختلف ولايات الجزائر:** من خلال عرض الجدول الأول للبرنامج الإحصائي، نلاحظ وجود تشتت كبير لبعض المتغيرات الأولية المعتمدة في دراستنا من خلال القيمة الأكثر استخداما بين مقاييس التشتت للبيانات الإحصائية و المتمثّلة في الانحراف المعياري. هذه الأخيرة تتمثّل في كل من معدلات الخصوبة للفئات العمرية (20-24 سنة)، (25-29 سنة)، (30-34 سنة)، (35-39 سنة) ، ثمّ متغيّر التمدّن بانحراف معياري يساوي 14.23 ، لتأتي المتغيرات

الأخرى بعد ذلك، ما عدا نسب التكافؤ لجميع الفئات العمرية و المستوى الابتدائي، المتوسط والثانوي فقد تمّ حذفهم لضعف دلالتهم الإحصائية في تفسير التّباين .

✓ **وجود تناسق و تلاحم كبيرين بين المتغيرات:** بحيث سمح لنا من كل مؤشّر "كيسر، ماير و أولكين" واختبار كروية "بارتلت" [122] من تقييم مجموعة المتغيرات الأولية المختارة لدراستنا كمجموعة متجانسة و متناسقة مع بعضها البعض، و بالتالي إمكانية إيجاد حل مناسب من خلال تحديد مصطلحية العوامل الأكثر تأثيرا في دراستنا. تقاربت قيمة هذا المؤشر في دراستنا من 0.79 وهي قيمة كبيرة تسمح لنا من إيجاد حل عاملي ذو دلالة كبيرة (انظر الجدول رقم 19 في الملاحق).

✓ **نوعية تمثيل المتغيرات:** من الملاحظ جدّا من الجدول رقم (20) من الملاحق و المتعلّق بنوعية تمثيل المتغيرات في دراستنا بأنّ الأغلبية ستأخذ بعين الاعتبار لكونها تمثل أكثر من 70%.هذا يعني أنّ أكثر من 70 بالمائة من تباين كل متغير أولي ستؤخذ بعين الاعتبار من طرف المتغيرات المؤثرة (العوامل) أو المشتقّة.

✓ **التباين التفسيري الكلي أو العطالة الكلية قبل التدوير:** يتضح من الجدول رقم(21) في الملاحق بأنّنا توصلنا إلى ثلاثة محدّدات رئيسية ، نظرا لكون قيمها العينية (الجدر الكامن) أكبر من الواحد الصحيح، كما تمّ التوصل إلى نسب تفسير التباينات من التباين الكلّي لكل عامل كما هو موضح في الجدول التلخيصي الموالي (ترجمة للجدول رقم 22 من الملاحق) و الشكل الموالي:

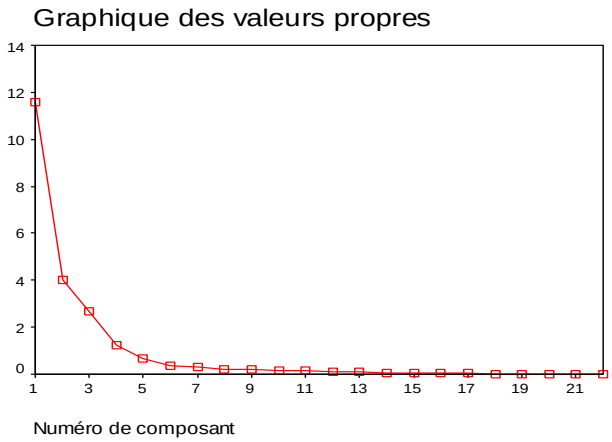
[122] Indice de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) et le teste de sphéricité de Bartlett calculés par SPSS.

✓

	الجذور الكامنة	% التفسير	% التراكم
العامل الأول	11.581	52.656	52.656
العامل الثاني	4.001	18.189	70.844
العامل الثالث	2.668	12.128	82.972

المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

الشكل رقم (28): رسم بياني يمثل قيم الجذور الكامنة لكل عامل .



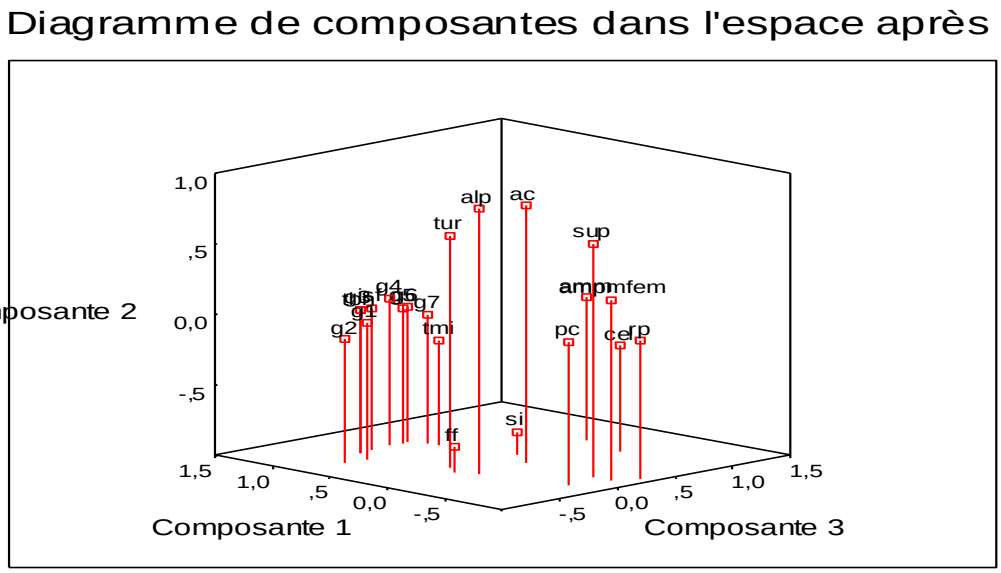
المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

يتضّح لنا من خلال هذا الرسم البّياني قيم الجذور الكامنة لكل عامل على المحور العمودي ورقم المكوّن (المتغير الأصلي) على المحور الأفقي.و عليه فالقّيم المأخوذة بعين الاعتبار هي القّيم الأكبر عن الواحد الصحيح.

✓ **مصفوفة العوامل الرئيسية قبل و بعد التدوير**: ألّمت نتائج التحليل العاملي باستعمال طريقة المكونات الرئيسية قبل مرحلة التدوير (باستعمال نموذج Varimax) على وجود ثلاثة عوامل رئيسية (أنظر الجدول رقم 23 في الملاحق). تضمّن العامل الأول 13 متغيرا، العامل الثاني 05 متغيرات و الثالث 04 متغيرات.

بعد عملية التدوير تمّ اختزال بعض المتغيرات، بحيث جمع العامل الأول 12 متغيرا، ثمّ 06 متغيرات في العمود الثاني و متغيرين في الثالث كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم (29): منحنى المكونات الرئيسية في الفضاء بعد الدوران



المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

إذن، يمكن لكل المتغيرات الأولية أن تكون ضمن نموذجنا الرياضي و الخاص بتحليل المكونات الرئيسية، بحيث يمكننا تسمية كل من:

المحور الأول ب" **محور الإمكانات الديموغرافية**"، و الذي يفسّر لوحده نسبة 52.65% من التباين الكلي : و هو يحمل 13 متغيرا: معدلات الخصوبة للفئات العمرية ، المؤشر التركيبي للخصوبة، متوسط السن عند الزواج الأول، المعدل الخام للمواليد، معدل وفيات الأطفال الرضع، شمولية استعمال موانع الحمل و نسبة النساء في سن الانجاب. نلاحظ أيضا وجود ارتباطات إيجابية و قوية مع بعض هذه المتغيرات ، بينما أخرى سلبية ونخصّ في الذّكر كل من المتغيرات الثلاثة: شمولية استعمال وسائل منع الحمل، متوسط السن عند الزواج الأول و وفيات الأطفال الرضع و نسبة النساء في سن الإنجاب.

أمّا المحور الثاني فيمكن وصفه ب" **محور الامكانات السوسيو ثقافية**": هذا الأخير مثّل التباين الكلي بنسبة 18.18% و هو يضّم كل من متغير التمدّن، النساء النشيطات، و مؤشر الإلمام بالقراءة والكتابة لدى النساء و نسبة النساء ذات المستوى العالي مع وجود علاقة ارتباط قويّة وإيجابية، بينما علاقة عكسية مع نسبة النساء الماكثات بالبيت و نسبة النساء بدون تعليم .

ثمّ المحور الثالث فيشمل كل من متغيري " متوسط السن عند الولادة الأولى و نسبة النساء العازبات"، بنسبة 12.12 %من التباين الكلي، والذي يمكننا تسميته ب "**محور إمكانات الأمومة**".

3. التحليل المكاني للعوامل الرئيسة في تفسير تباين الخصوبة:

من أجل تفسير التوزيع المكاني لمختلف المتغيرات السيوسيو-اقتصادية و التقافية حسب الولايات الجزائرية، سنقوم بربط كل ولاية مع المحاور الثلاثة المستخرجة بطريقة تحليل المكونات الرئيسية كما هو موضّح في الجدول رقم (24) من الملاحق.

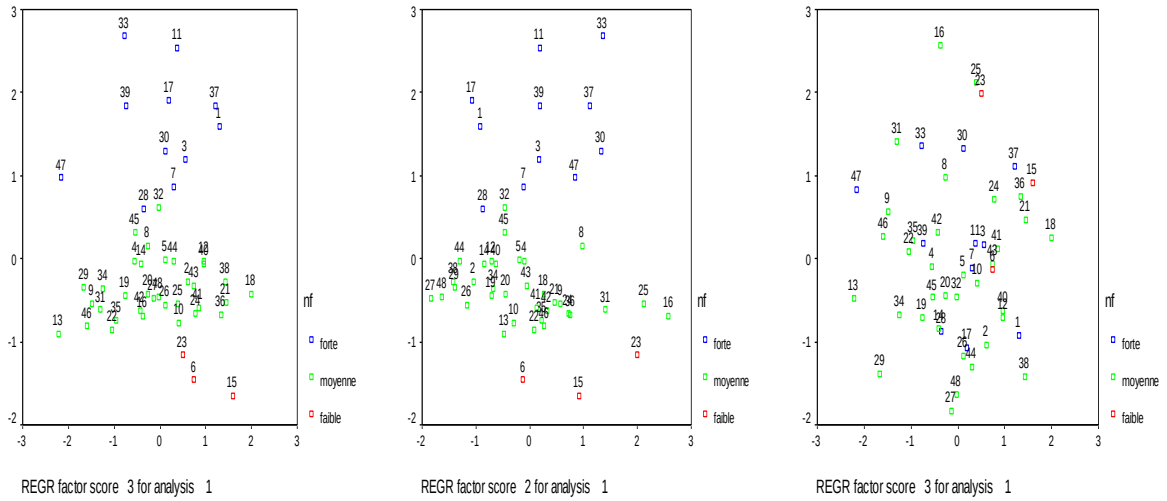
تشير استنتاجاتنا الأولية إلى أنّ **الولايات الأكثر خصوبة** في الجزائر و هي كل من بسكرة، مسيلة، لغواط ، أدرار،غرداية، تيندوف، ورقلة، الجلفة ، الواد، تمراست و إيليزي ،تنتمي إلى المحور الأول و الذّي يخص الإمكانات الديموغرافية، هذه الأخيرة تمتاز، من جهة، بارتفاع المؤشرات الديموغرافية المسبّبة بشكل مباشر في ارتفاع مستوى الخصوبة كالمعدل الخام للمواليد، و معدل وفيات الأطفال الرضع، إلى جانب ارتفاع معدلات الخصوبة في الفئات العمرية و لاسيما ما بين (25-29 سنة)، (30-34 سنة) و (35-39 سنة)، ومن جهة ثانية، بانخفاض مؤشرات أخرى تسبّب بدورها في ارتفاع الخصوبة لأنها ترتبط سلبيا بها، و هي متوسط السن عند الزواج الأول ، شمولية استعمال وسائل منع الحمل.

لكن، و في نفس الوقت ، تشترك هذه الولايات مع قريناتها في المحور الثاني و الذي يخصّ الإمكانات السوسيو-ثقافية من خلال ارتباطها الايجابي مع كل من معدل التمدّن، نشاط النساء البالغات أكثر من 15 سنة، نسبة الالفبائية و المستوى التعليمي العالي للإناث ، ثمّ تنعكس سلبا مع

نسبة النساء الماكثات في البيت و اللاّتي لم تتعلّم إطلاقا، بحيث كلّما ارتفعت نسبتيهما ، يرتفع مستوى الخصوبة أيضا.

أمّا **الولايات الأقل خصوبة** ، أو التّي وصلت إلى مرحلة ما دون عتبة التجديد (نهاية انتقالية الخصوبة) فهي كل من تيزيوزو، بجاية و عنابة بمؤشر تركيبي للخصوبة مقدر على التوالي ب(1.95،1.71 و2.13 طفل لكل امرأة)، فهي الأخرى تنتمي إلى المحور الثاني و الثالث ، بفعل النّسب المنخفضة لمتوسط السن عند الزواج الأول، ارتفاع في استعمال وسائل منع الحمل، ارتفاع المستوى التعليمي العالي لدى الإناث،و تشترك أيضا في المحور الأول الخّاص بالمؤشّرات الديموغرافية من خلال انخفاض مؤشّري المواليد و وفيات الأطفال الرضع جنبا إلى جنب مع التركيبة العمرية لمعدلات الخصوبة (انظر الشكل الموالي).

الشكل رقم (30): التوزيع المكاني لمستويات الخصوبة حسب المحاور العاملية الرئيسية.

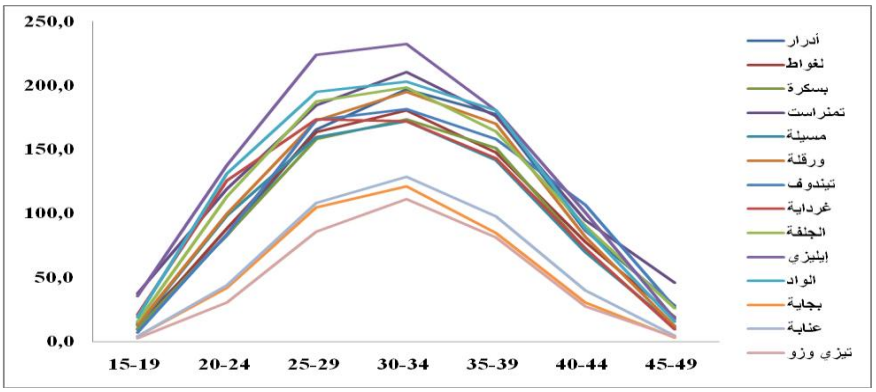


المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية.

أ. التمايز المكاني للتركيبة العمرية لمعدلات الخصوبة:

تعتبر نسبة النساء في سن الإنجاب ما بين (15-49 سنة)، إحدى المكوّنات الرئيسية في حساب مستويات الخصوبة، بحيث تؤثر إيجابيا في مستوياتها، فكلّما ارتفعت إحدى نسبها في منطقة جغرافية معينة ، يرتفع حتما مستوى خصوبة تلك المنطقة. التوزيع المكاني لمعدلات الخصوبة حسب ولايات الجزائر هو الآخر أبدى هذه الفوارق، بحيث سجّلت المنطقة الثالثة (حسب التحليل العاملي السابق) ، و التي تضمّ الولايات التالية (بسكرة ، مسيلة، لغواط، أدرار، غرداية، تيندوف، ورقلة، الجلفة، الواد، تمنراست و إيليزي) أعلى مستويات في معدلات الخصوبة للشرائح العمرية الأكثر احتمالا للإنجاب وهي (20-24 سنة)، (25-29 سنة)، (30-34 سنة)، ثمّ تبدأ في الانخفاض نسبيا للفئتين (35-39 سنة) و(40-44 سنة)، و بالتالي إمكانية و احتمال أكبر لارتفاع خصوبة الجزائريين، كما هو مبين في الشكل الموالي:

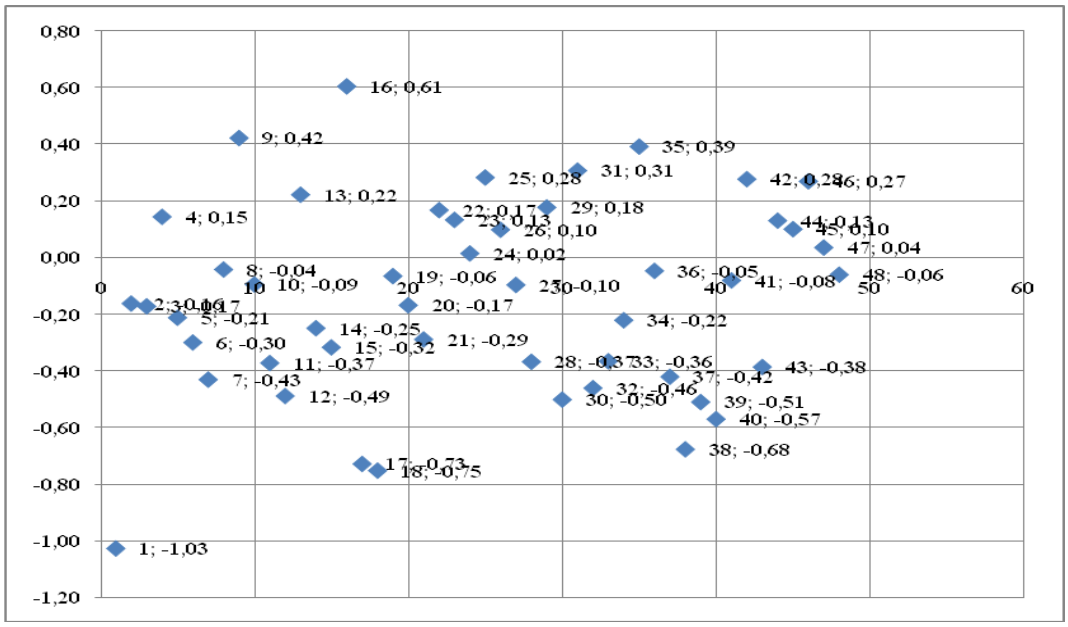
الشكل رقم (31): التوزيع المكاني لمعدلات الخصوبة حسب فئات السن لسنة 2008.



المصدر: معطيات التعداد العام للسكن و السكان في الجزائر 2008.

لكن ، إذا ما قارنا هذه الأخيرة مع معدلات الخصوبة لتعداد 1998، نلاحظ ارتفاع نسبي لمستويات الخصوبة أيضا في الولايات التي عرفت خصوبتها مستويات أقل من المستوى الوطني في سنة 1998[123]، و هي في الوسط الجزائري ،الجزائر العاصمة مع الولايات المجاورة بها (تيبازة، بومرداس، المدية) ، في الغرب ولاية وهران مع الولايات المجاورة لها (عين تموشنت، تلمسان، سيدي بلعباس)، في الشرق الجزائري ولاية قسنطينة مع (عنابة، قالمة).

الشكل رقم(32): التغيرات المكانية و الزمنية للمؤشر التركيبي للخصوبة بين 1998 و 2008[124]



المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

إذن، لا يمكن نفي حقيقة أنّ للولايات المذكورة سابقا ، جنبا إلى جنب، مع ولايات المنطقة الثالثة (الجنوبية)، ثقلا و دورا كبيرا في ارتفاع مستوى الخصوبة الكليّة، فإذا ما قارنّا معدلات خصوبتها في الفترة ما بين 1998 و 2008 نستخلص وجود ارتفاع مهم لمعدلات الخصوبة

[123] المؤشر التركيبي للخصوبة الوطنية سنة 1998= 2.75 طفل لكل امرأة.
[124] تمثل كل نقطة في المنحنى : رقم الولاية على يسار النقطة وقيمة التغير على اليمين.

في جميع الشرائح العمرية ولاسيما ما بين (25-29 سنة)، (30-34 سنة) و (35-39 سنة).أمّا الولايات (الجزائر، سيدي بلعباس، قسنطينة، وهران و عين تموشنت) فقد امتازت بقوّة خصوبة أفرادها في كل الشرائح العمرية ما عدا الشريحة (45-49 سنة) كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول (أ): التغيرات المكانية و الزمنية لمعدلات الخصوبة حسب فئات السن و بعض الولايات ذات الخصوبة المعتدلة[125] ما بين 1998-2008.

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
أم البواقي	3,3	5,2	8,8	6,5	9,8	-2,0	-3,0
البليدة	1,3	14,6	30,9	23,8	15,3	2,3	-3,4
تلمسان	2,4	16,0	17,1	5,2	7,3	-1,8	-2,2
الجزائر	1,5	16,1	36,7	34,3	25,7	7,3	-0,6
سيدي بلعباس	1,2	8,0	11,4	4,7	10,3	1,5	-2,6
عنابة	-0,3	0,2	8,1	10,2	8,0	3,1	-1,7
قالمة	-1,0	-6,2	3,9	3,9	5,7	0,1	-2,7
قسنطينة	0,0	0,8	16,4	25,4	13,7	2,9	-1,7
المدية	-0,8	1,6	10,0	5,4	9,3	0,4	-5,3
وهران	2,0	12,6	19,3	16,2	11,0	1,9	-1,6
بومرداس	2,9	31,0	35,7	15,9	0,6	-3,7	-3,2
تيبازة	-0,7	5,6	22,5	13,6	13,2	2,0	-1,7
عين تموشنت	4,3	16,4	19,7	14,1	1,3	0,7	-1,8

المصدر: معطيات التعداد العام للسكن و السكان 1998-2008.

بينما، الولايات التي سجّلت انخفاضا من خلال المؤشر التركيبي للخصوبة، في الفترة الممتدة ما بين 1998-2008، فقد ازدادت معدلات خصوبتها حسب مختلف الشرائح العمرية في الانخفاض المطلق،كما هو مبين في الجدول الموالي:

[125] فقط الولايات التي كانت خصوبتها أقل من مستوى الخصوبة الوطنية (2.7 طفل لكل امرأة سنة 1998) ،ثمّ ارتفعت ما بين 1998 و 2008.

الجدول رقم (ب):التغيرات المكانية و الزمنية لمعدلات الخصوبة حسب فئات السن وبعض الولايات ذات الخصوبة المنخفضة[126] ما بين 1998-2008.

معدلات الخصوبة حسب ا لسن		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
بجاية	(1)2008	4,0	41,8	104,8	121,1	84,8	30,5	3,2
	(2)1998	7,2	70,0	123,5	123,5	85,3	34,0	6,4
	الفارق (1) - (2)	-3,2	-28,2	-18,7	-2,4	-0,5	-3,5	-3,2
تيزي وزو	(1)2008	2,7	30,5	85,7	111,3	81,5	27,7	3,5
	(2)1998	4,5	48,3	105,7	118,8	88,8	34,2	6,4
	الفارق (1) - (2)	-1,8	-17,8	-20,0	-7,5	-7,3	-6,5	-2,9

المصدر: معطيات التعداد العام للسكن و السكان 1998-2008.

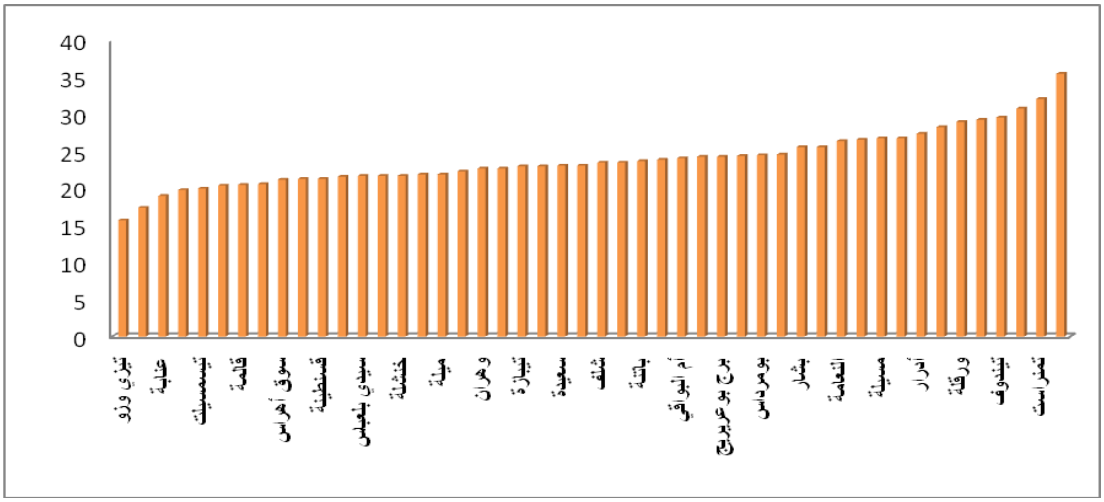
ب. التمايز المكاني لظاهرة الولادة:

على غرار نسبة النساء في سن الإنجاب، تعتبر ظاهرة المواليد عنصرا أساسيا في حساب الخصوبة، فبينما كان المعدل الخام للمواليد على المستوى الوطني يجاور 20.2 بالألف سنة 1998 أصبح يجاور 23.2 بالألف سنة 2008 ، أي بفارق 6.9 خطوات.

تزامن هذا الارتفاع على المستوى الكلي، ارتفاعا آخرا على المستوى المحلّي من خلال تمايز معدلاته بين المناطق الأكثر و الأقل خصوبة في الجزائر (35.5 بإيليزي، 32.1 بتمنراست ثمّ 15.7 بتيزي وزو و 17.4 ببجاية) كما هو موضح في الشكل الموالي:

[126] فقط الولايات التي كانت خصوبتها اقل من مستوى الخصوبة الوطنية (2.7 طفل لكل امرأة سنة 1998)، ثمّ استمر انخفاضا ما بين 1998 و 2008

الشكل رقم (33): توزيع المعدل الخام للمواليد حسب الولايات لسنة 2008.



المصدر: التعداد العام للسكن و السكان لسنة 2008.

لم تقتصر الفوارق المكانية لمعدلات الولادة على مستوى الولايات ، بل ازداد حجمها داخل الولاية في حدّ ذاتها، فمثلا ولاية أدرار سجّلت هي الأخرى أقوى المعدلات وطنيا في (بلدية طلمين59.8 ولادة حية لكل ألف امرأة، بلدية أقروت46.4 ولادة حية لكل امرأة) و ولاية تمنراست في (بلدية تين زواتين49.4 ولادة حية لكل امرأة)[127].

ت. التمايز المكاني لولوج سوق الزواج:

تعدّ دراسة ظاهرة الزواج في تفسير مستويات الخصوبة أمرا مهمّا خاصّة بعد الارتفاع المسجّل في معدلاتها حسب الفئات العمرية (25-29 سنة)، (30-34 سنة) و (35-39 سنة)، هذه الأخيرة تتأثر أيضا بنسبة النساء المتزوجات (اعتبارا أنّ الإنجاب لا يكون إلا بوجود الزواج في المجتمعات العربية -الإسلامية). و بما أنّنا لا نملك أي بيانات إحصائية محلية حول نسبة المتزوجات ،

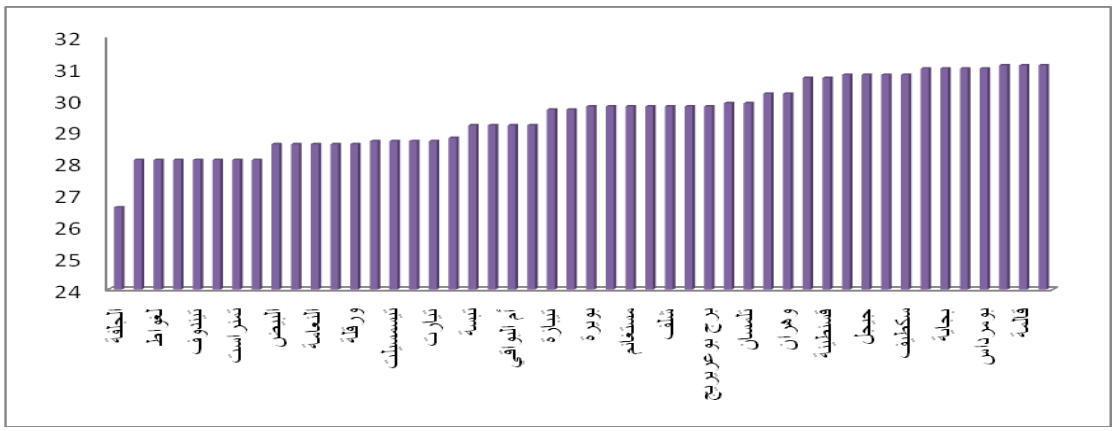
[127] Natalité, Fécondité et Reproduction en Algérie, RGPH 2008, collections statistiques, n°160, ONS,

أكتفينا بمتغير بديل عنها و هي "نسبة النساء العازبات" حسب كل ولاية، و هو مؤشر لا يكفي لوحده لتفسير التباين لهذا يصبح متغير متوسط السّن عند الزواج الأول عاملا أساسيا في تفسيره[128].

تلمّ القراءة الأولية، لبيانات التعداد العام للسّكن و السكان لسنة 2008، حول متوسط السّن عند الزواج الأول للنساء إلى فوارق مكانية تخصّ المناطق الأكثر خصوبة (بمعدل 28 سنة) و الأقل خصوبة (بمعدل 31 سنة)، أي بفارق ثلاثة سنوات (انظر الشكل رقم 34).

هذا الفارق، الذّي يعدّ مؤشر تأخر في الولوج إلى سوق الزواج بالنسبة للنساء يؤثر سلبيا على مستوى الخصوبة لهذه المناطق، بحيث يقلّص من المدّة الطبيعية للإنجاب لدى المرأة (15-49 سنة)، وبالتالي ينقص من الحظوظ في الحصول على حمل، من جهة ، ومن جهة أخرى، تقليص عدد الأطفال الذي يمثل المكون الرئيسي في حساب معدلات الخصوبة.

الشكل رقم (34): توزيع متوسط السن عند الزواج الأول حسب الولايات لسنة 2008.



المصدر: التعداد العام للسكن و السكان لسنة 2008

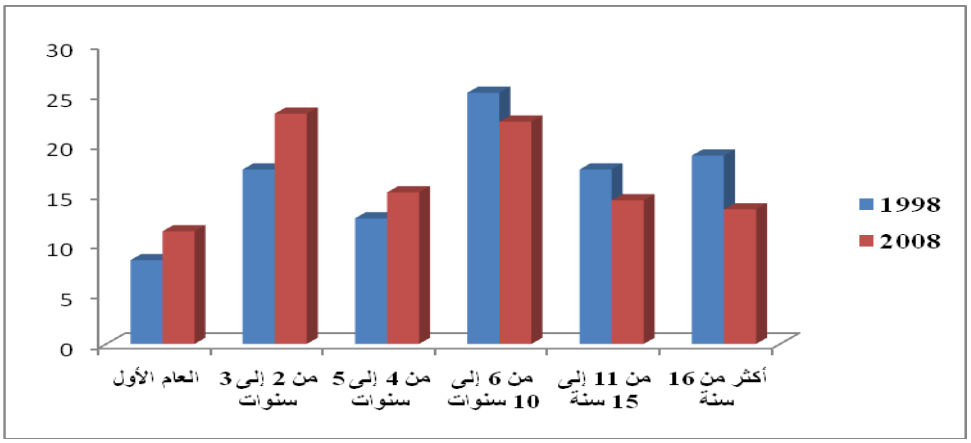
[128] Zahia OUADAH BEDIDI,Jacques VALLIN, Iman BOUCHOUCHA,(2012), « a fécondité au Maghreb, nouvelles surprises », in population et société, n° 486, INED,PARIS.

فعلى غرار الدول النامية، يعتبر ارتفاع متوسط السن عند الزواج الأول في الجزائر عند الجنسين معا (من 21.15 سنة 1966 إلى 29.45 سنة 2008)، نتاج تفاعل عدّة عوامل سوسيو-اقتصادية وثقافية متعددة كالتمدّن، التمدرس لاسيما عند الإناث، نشاط و عمل المرأة، بينما عند الرجل فإشكالية "الإمكانيات الماديّة" (البطالة و أزمة السكن) تشكّل لوحدها عاملا أساسيا في تغيير هذا المؤشر[129].

يؤكّد تطور التركيبة العمرية للولادات الحيّة في الفترة ما بين 1998 و 2008 حسب مدّة الزواج، آلية تحول السلوك الإنجابي لدى الجزائريات، فبينما كانت نسبة الولادات الحية في السنتين الأوليتين للزواج تعادل 8.4% سنة 1998 ، أصبحت تجاور 11.3 %سنة 2008 ، بمعنى آخر، محاولة استدراك التأخر في الزّواج لأجيال أواخر السبعينات و أوائل الثمانينات في الخمسة سنوات الأولى للزواج، الأمر الذي أشرنا إليه في دراسة سابقة ل (قواوسي، رابح، 2013).

[129] Graziella, CASELLI, Jacques Vallin et Guillaume WUNSH, (2002), « Les déterminants de la fécondité .II. Démographie : Analyse et synthèse », INED, Paris.

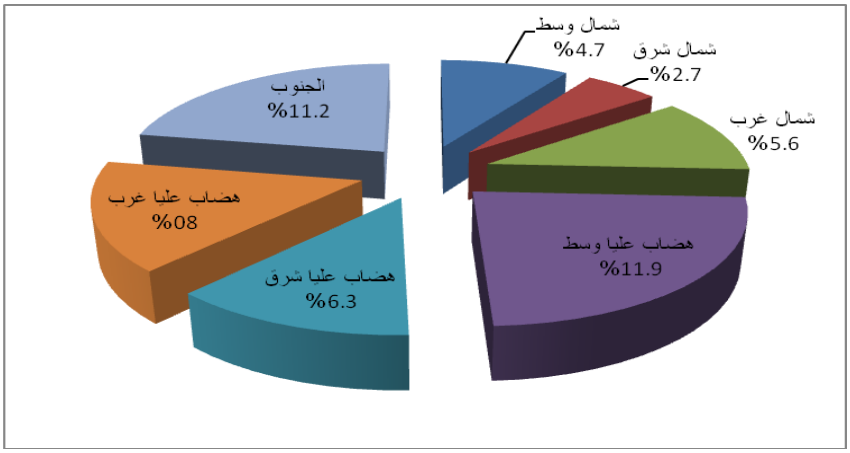
الشكل رقم (35): تطور التركيبة العمرية للولادات الحية في الفترة ما بين 1998 و 2008 حسب مدّة الزواج



المصدر: التعداد العام للسكن و السكان لسنة 2008 و 1998.

يعتبر الزواج المبكّر أيضا سببا أساسيا في ارتفاع مستوى الخصوبة، بحيث سجّل المسح الأخير لصحّة الأم و الطفل ($MICS_4$) تباينا في نسبة النساء المتزوجات قبل بلوغهنّ 18 سنة ما بين مختلف المناطق الجزائرية كما هو مبين في الشكل الموالي:

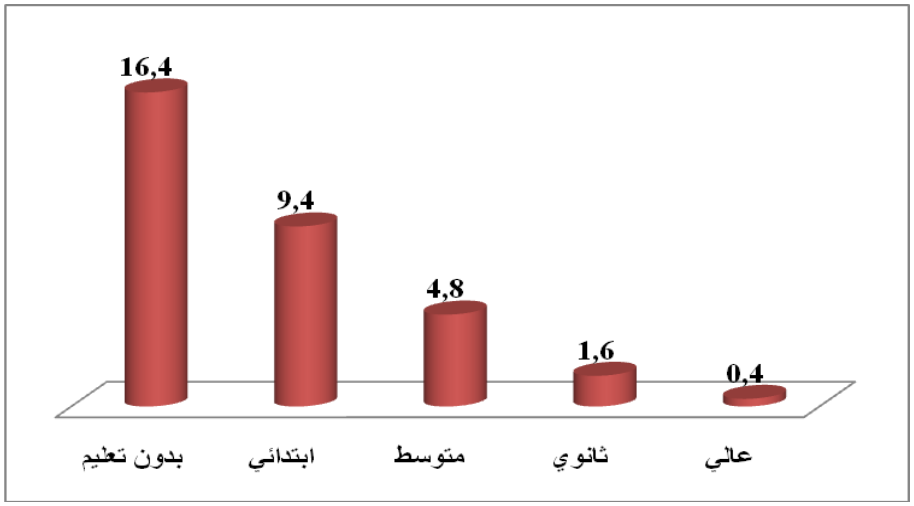
الشكل رقم (36): نسب النساء المتزوجات قبل بلوغ سن 18 سنة حسب المناطق الجغرافية للجزائر (2012-2013)



المصدر: $MICS_4$

يفسّر هذا التمايز المكاني للزواج المبكّر لدى النساء القاطنات في المناطق الجنوبية و الهضاب العليا و لاسيما الوسطى منها من خلال الشرائح العمرية (35-39 سن) ، (40-44 سنة) و (45-49 سنة) أي النساء المولودات من جيل (73-77 بنسبة 6%)، (68-72 بنسبة 11.1%) و (63-67 بنسبة 17.1%) و اللّواتي ينتمين بنسبة 16.4 %إلى فئة النساء بدون تعليم ، كما هو مبين في الشكل الموالي:

الشكل رقم (37): نسب النساء المتزوجات قبل بلوغهنّ سن 18 سنة حسب المستوى التعليمي ما بين (2012-2013)



المصدر: $MICS_4$

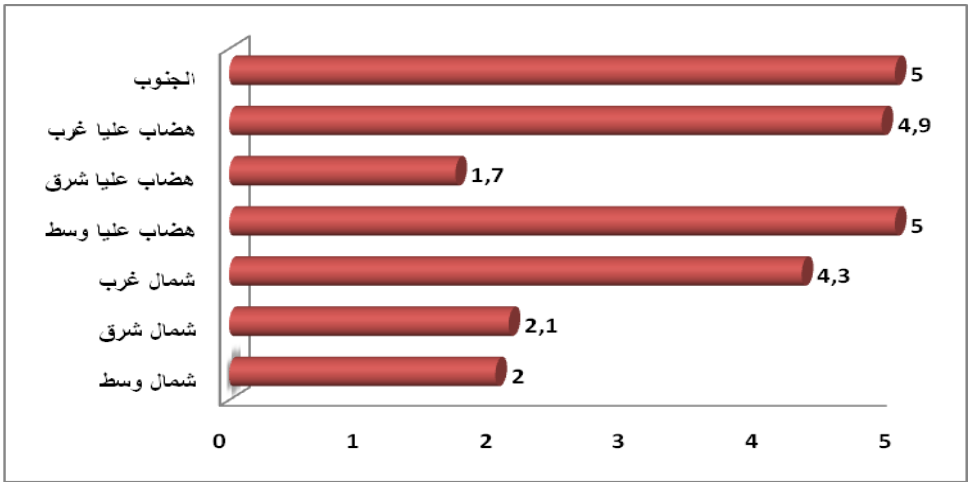
و يصبح تراجع نسب تعدّد الزواجات (la polygamie) في الجزائر سببا آخرا في خفض مستويات الخصوبة . فعلى الرغم من هشاشة نسبها (فقط 3 %من مجموع الزيجات)[130]، و عدم كبر

[130] EASF2002.

تباينها بين المناطق الحضرية (2.9%) و المناطق الريفية (3.1%) أي بفارق 0.2 فقط، فهي الآن[131]، تمثّل نسبة 5 % في المناطق الجنوبية و مناطق الهضاب العليا وسط (و هي الأكثر خصوبة في الجزائر) انظر الشكل رقم (38)، و هي أيضا أكثر ما عليه لدى النساء غير المتعلمات (5 %) مقابل النساء ذات المستوى التعليمي العالي (1.5%).

أمّا الشريحتين العمريتين 40-44 سنة و 45-49 سنة فهما الأكثر تعرضا لهذه الظاهرة بنسبة (4.8% و 5.5 %على الترتيب) ، أي النساء من جيل 1963 إلى 1972 ،انظر الشكل رقم (39).

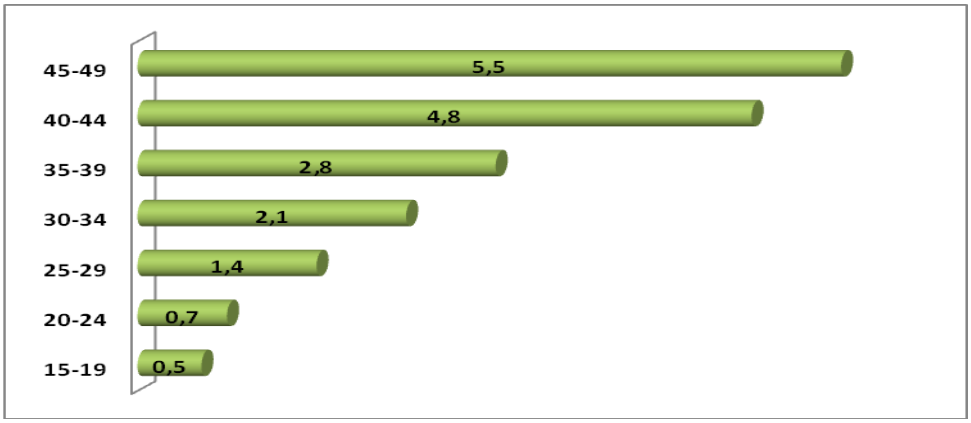
الشكل رقم (38): التوزيع المكاني لنسب تعدد الزواج ما بين 2012-2013



المصدر: $MICS_4$

[131] $MICS_4$.

الشكل رقم (39): التوزيع المكاني لنسب تعدد الزواج حسب الفئات العمرية للنساء في سن الإنجاب (2013-2012)



المصدر: $MICS_4$

ث. التمايز المكاني لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة:

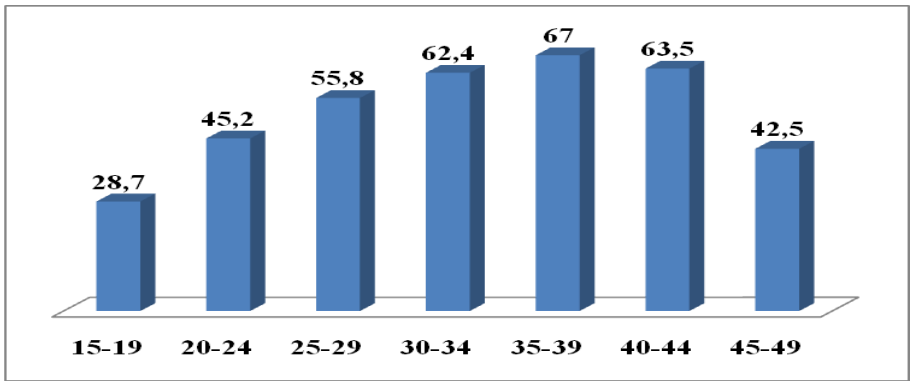
على الرّغم من تعميم برامج تنظيم الأسرة في مختلف مناطق الجزائر، لا يزال معدل شمولية استعمال وسائل منع الحمل محتشما بين أقارنه في البلدان المغاربية المجاورة (تونس74% سنة 2006 ، المغرب63 %سنة 2004)[132]، بحيث سجّل هذا الأخير معدل 57.1 % ما بين (2012-2013) موزّعا بين المناطق الجغرافية السّبعة كما يلي:58.7 %بالمناطق الشمالية الوسطى، 55.6 %بالمناطق الشمالية الشرقية ، 58.6% بالمناطق الشمالية الغربية، 51.6% بالهضاب العليا الوسطى، 60.9 %بالهضاب العليا الشرقية ، 60.9 %بالهضاب العليا الغربية و 49.2 % فقط بالمنطقة الجنوبية، لكن إذا ما قُمنا بتوزيع محلّي أي بين الولايات الأكثر و الأقل خصوبة كما سبق الذكر، فسنلاحظ فوارق كبيرة (69.1 %بتيزي وزو و بجاية مقابل 55.6 %بتمنراست و إيليزي) .

[132] Thérèse LOCOH, Zahia OUADAH BEDIDI. (2010),"Familles et rapports de genre au Maghreb, Evolution ou révolution?", in documents de travail n°213, INED, Paris, p16.

يمكن تفسير الفوارق المكانية لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة عبر مختلف مناطق الجزائر بالتركيبة العمرية للنساء المتزوجات في سن الإنجاب (15-49 سنة) ، من جهة ، و من جهة ثانية ، في مدى رغبتهنّ في إنجاب الأطفال. في حين أنّه، يبقى المستوى التعليمي مؤشرا نسبيا في تفسير هذا التباين (على المستوى الوطني)، بفعل التقارب النّسبي لنسب الاستعمال بين مختلف المستويات التعليمية (52.4 %لدى النساء بدون تعليم و 54.7% لدى النساء ذات التعليم العالي)[133].

لهذا، يبقى هاجس البحث عن الإنجاب ، متعلقا بعاملين أساسيين ، يتمثل الأوّل في سن المرأة المتزوجة بحيث كلّما كان أصغر ، يصبح العزوف عن استعمال إحدى وسائل منع الحمل أكبر (انظر الشكل رقم 40)، أمّا الثاني، فهو رغبة المرأة المتزوجة حديثا في الإنجاب دون اللجوء لإحدى هذه الوسائل لضمان أمومة مبكرة (أنظر الشكل رقم 41).

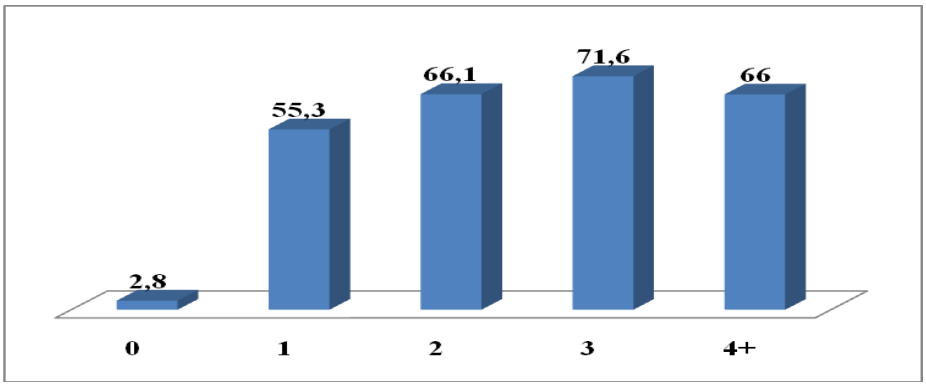
الشكل رقم (40): نسب استعمال وسائل منع الحمل (حديثة و تقليدية) حسب الفئات العمرية ما بين (2012-2013)



المصدر: $MICS_4$

[133] $MICS_4$

الشكل رقم (41): نسب استعمال وسائل منع الحمل (حديثة و تقليدية) حسب عدد الأطفال ما بين (2012-2013)



المصدر: $MICS_4$

ج. التمايز المكاني لوفيات الأطفال الرضع و الأقل من خمسة سنوات:

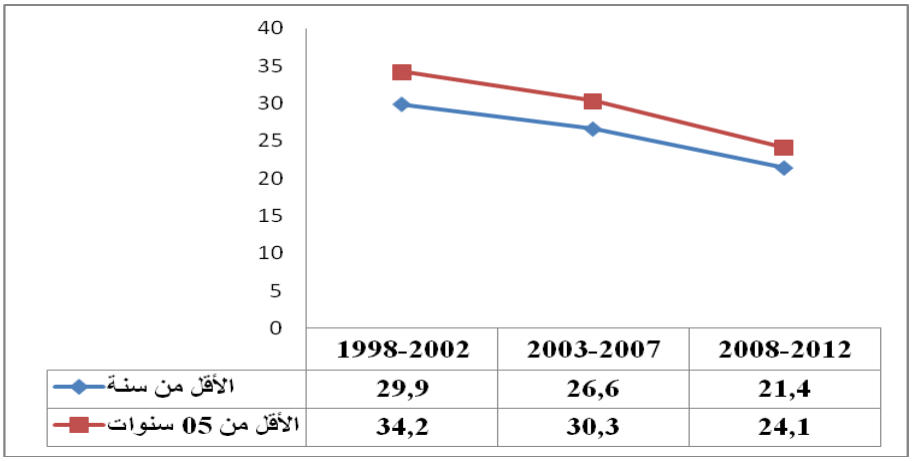
يعتبر معدل الوفيات و لاسيما عند الأطفال عنصرا مهمّا في آلية الانتقالية الديموغرافية بصفة عامّة و الخصوبة بصفة خاصّة (voir Chesnais,1986)، بحيث ترتبط ارتباطا كبيرا بشروط حياة السكان داخل المجتمع و ذلك من الناحية الاقتصادية و الاجتماعية[134].

الجزائر كسائر الدول الأخرى عملت جاهدا في تخفيض هذا المؤشر من 16.45 بالألف سنة 1970 إلى 4.41 بالألف سنة 2011 ، و الذي كان سببا أيضا في ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة من 51.30 سنة 1966 إلى 76.30سنة 2010.

التراجع المرئي الآخر، كان أيضا على مستوى وفيات الأطفال الرضع (الأقل من سنة واحدة) والأطفال الأقل من خمسة سنوات كما هو موضح في الشكل الموالي:

[134] World Population Prospects (2011), the 2010 Revisions United Nations.

الشكل رقم (42): تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع و الأقل من خمسة سنوات ما بين (1998-2012)

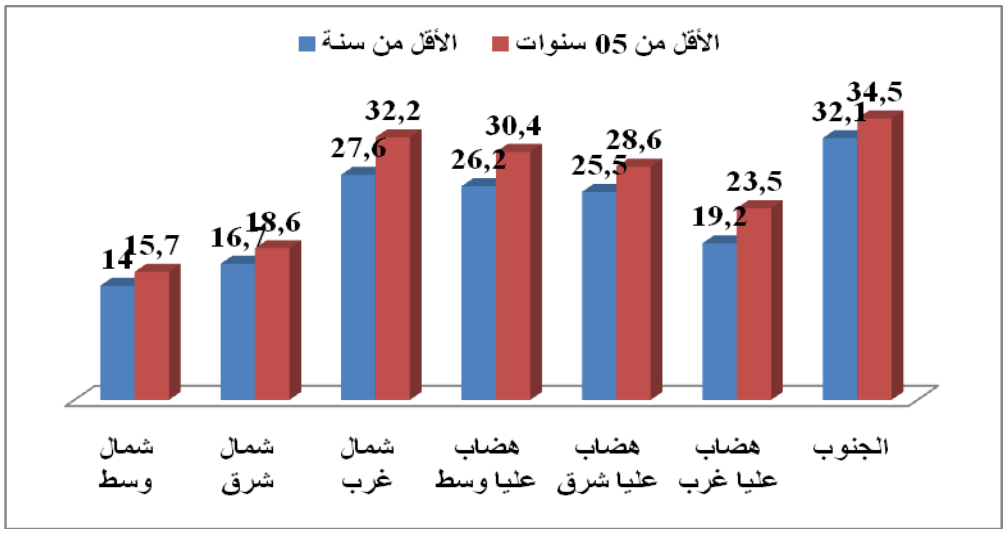


	1998-2002	2003-2007	2008-2012
الأقل من سنة	29,9	26,6	21,4
الأقل من 05 سنوات	34,2	30,3	24,1

المصدر: $MICS_4$

لكن يبقى هذا التراجع متغيرا حسب تغير المناطق الجغرافية و الظروف السوسيو-اقتصادية والديموغرافية للطفل المتوفى، بحيث تسجل منطقة الجنوب الجزائري أكبر المعدلات للوفاة سواء لدى الأطفال الأقل من سنة أو الأقل من خمسة سنوات، ثمّ المنطقة الغربية من الشمال الجزائري كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم (43): التوزيع المكاني لمعدلات وفيات الأطفال الرضع و الأقل من خمسة سنوات ما بين (2013-2012)



المصدر: $MICS_4$

يمكن تفسير التمايز في مستوى وفيات الأطفال بين مناطق الجزائر إلى احتمالية وجدود "هشاشة في الظروف المعيشية "بين هذه المناطق، بحيث سجل المسح الوطني متعدد المؤشرات ($MICS_4$) إلى أن 34.9 %من وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات تنتمي إلى المناطق الأكثر فقرا في الجزائر مقابل 20.5 % في المناطق الأكثر غناء.في حين 31.3% من وفيات الأطفال الأقل من سنة واحدة تنتمي إلى المناطق الأكثر فقرا و 17.5 % في المناطق الأكثر غناء.

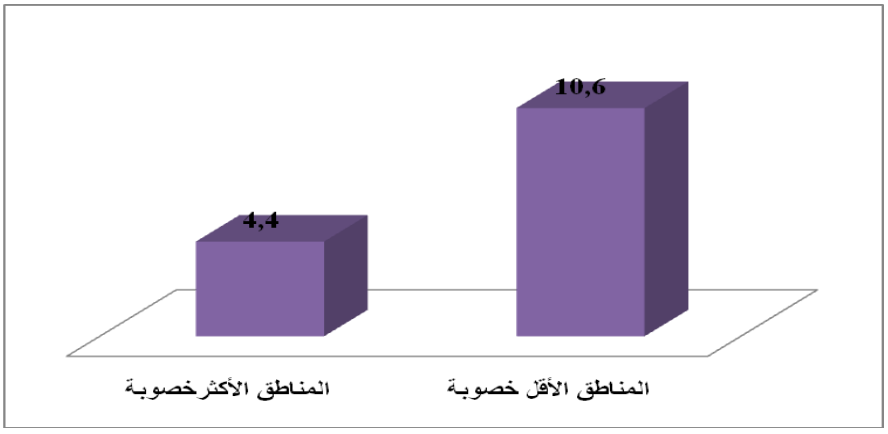
ح. الفوارق المكانية للمستوى التعليمي:

يعتبر تمديد مدّة الدراسة عاملا أساسيا في تأخر النساء للولوج في سوق الزواج و بالتّالي تأجيل الدخول في مرحلة الأمومة و التقليص من فترة الإنجاب ، فكلّما ارتفعت مدّة الدراسة ولاسيما

عند الإناث ازدادت معها مدّة العزوبية، باعتبارها عائقا أمام سوق الزواجية[135]. فوصفها كل من (يوسف كورباج و أمانويل تود،2007) "بأنّها سبيل الإنسان لمستوى عالي من الوعي و التنمية"[136].

و في نفس السياق، سجّل آخر تعداد عام للسكان مستوى متقارب للخصوبة في الجزائر(2.71 طفل لكل امرأة) على الرغم من اختلاف المستويات الدراسية للنساء من الابتدائي للجامعي ، ماعدا فئة غير المتمدرسين التي أظهرت معدلا مرتفعا (3.13 طفل لكل امرأة) . لكن الأمر يختلف تماما، عند مقارنتنا لهذا المؤشر حسب المناطق الأكثر و الأقل خصوبة لنفس السنة، كما هو مبين في الشكل رقم (44) ، أين تصبح العلاقة عكسية و مباشرة بين المتغيرين ($r = -0.649$)[137] .

الشكل رقم (44): التوزيع المكاني لنسب النساء البالغات 15 سنة فما فوق و المتحصلات على مستوى جامعي بين مختلف مناطق الجزائر لسنة 2008.



المصدر: التعداد العام للسكن و السكان 2008.

[135] Kamel KATEB. (2015*), L'Emergence des femmes au Maghreb, une révolution inachevée*, édition APIC, Alger, p47.pp.279.
[136] Youssef COURBAGE et Emmanuel TODD. (2007), *le rendez-vous des civilisations*, Le Seuil et La République des Idées, France, p14, pp.157.
[137] Coefficient de corrélation.

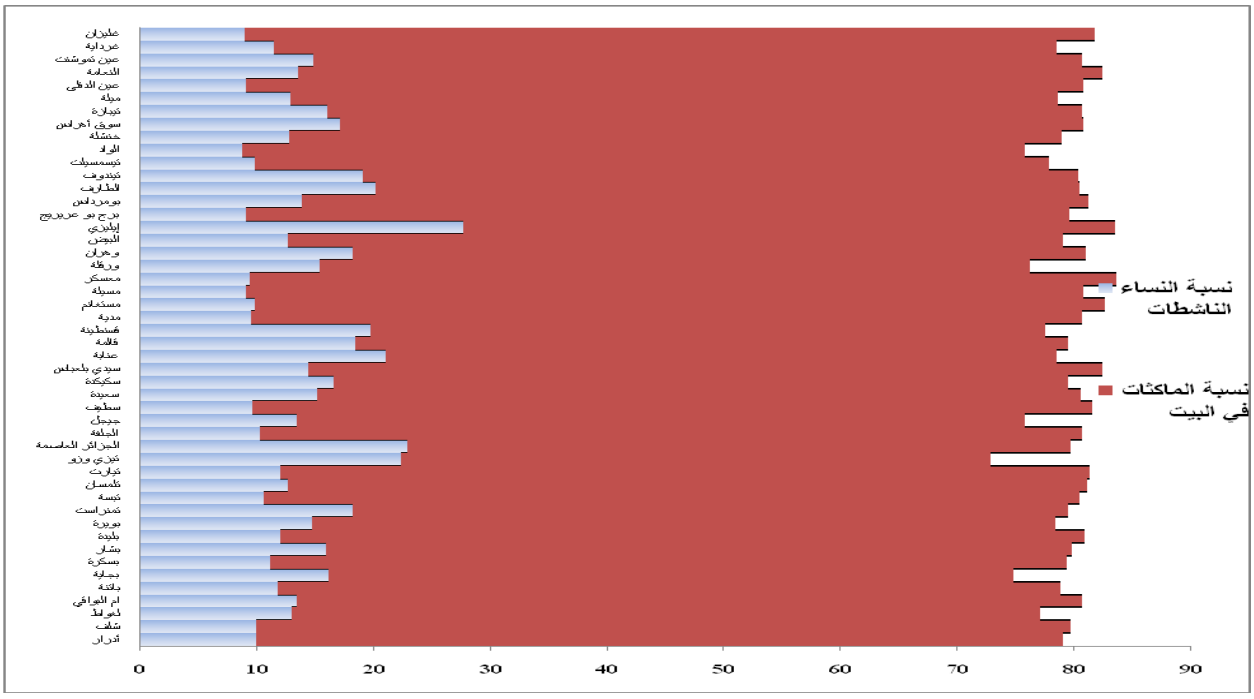
و بالتالي، يصبح احتكاك المرأة بالمؤسسات التعليمية و لفترات أطول حافزا كبيرا في تغيير الوضع الاجتماعي و نمط حياة أفراد أسرتها من خلال فهم أوسع لوسائل تأجيل أو منع الحمل وبالتّالي اتخاذ القرارات المناسبة في تسيير الأمور المتعلّقة بتكلفة تنشئة أطفالها.

خ. الفوارق المكانية لوضعية المرأة:

اتّضح لنا من خلال تطبيقنا لتحليل المكونات الرئيسية، أنّ متغير نسبة نشاط النساء البالغات15 سنة فما فوق، يشكّل هو الآخر فوارق مكانية بين مختلف ولايات الجزائر (انحراف معياري يساوي 4.34). في حين أنّه لا يمكننا إدماجه في تفسير مستويات الخصوبة بسبب احتوائه، من جهة، على نسبة النساء العاملات بالفعل، و نسبة النساء الباحثات على العمل، و من جهة ثانية، شموله لجميع النساء البالغات 15 سنة فما فوق (أي ليس فقط ما بين 15-49 سنة). الأمر الذّي يجعله أكثر تعقيدا في تفسير اتّجاه الخصوبة.

لهذا، قمنا بإدماج متغير آخر و هو "**نسبة النساء الماكثات في البيت**" و الذّي يمكن من خلاله توضيح و لو بشكل بسيط هذه الفوارق المكانية و ربطها مع تباين مستويات الخصوبة على المستوى المحلي في الجزائر (انظر الشكل رقم 45).

الشكل رقم (45): التوزيع المكاني لنسب النساء الناشطات و الماكثات في البيت ، البالغات 15 سنة فما فوق بين مختلف مناطق الجزائر لسنة 2008.



المصدر: التعداد العام للسكن و السكان 2008.

تشير بيانات الشكل السابق إلى وجود تمايزات لكلى المتغيرين فعلى الرغم من تطوّر نسبة النساء النشيطات و لاسيما العاملات في الجزائر ، إلاّ أنّها لا تزال ضعيفة و محتشمة مقارنة مع دول أخرى[138] . لكن ما يجب الوقوف عليه، هو قوة الفئة النسوية الماكثة بالبيت على مستوى جميع الولايات (65% على المستوى الوطني ، مقابل فئة نشطة تقدر ب 14.3 % فقط)[139].

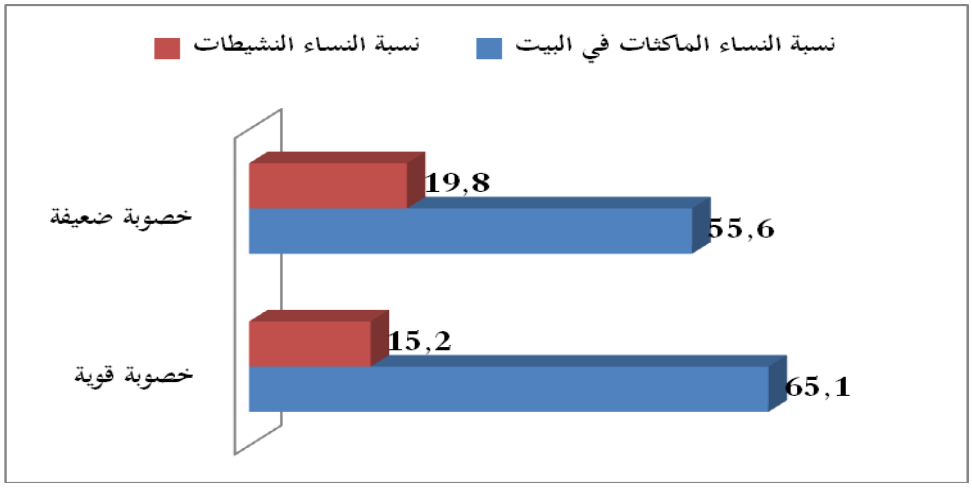
في حين، تحليل مكانية هذين المكونين يقودنا إلى استنتاج قوّة المرأة الماكثة (65.1%) في تفسير مستويات الخصوبة المرتفعة في الجزائر و التي نجدها في الولايات التالية (أدرار، لغواط، بسكرة ،

[138] Kamel KATEB. (2015), *L'Emergence des femmes au Maghreb, une révolution inachevée*, APIC, Alger, p53.
[139] التعداد العام للسكن و السكان 2008.

تمنراست، الجلفة، مسيلة، ورقلة، إيليزي، تيندوف، الواد و غرداية) ، بينما تسجل الولايات الأقل خصوبة والمتمثلة في كل من (بجاية، عنابة و تيزي وزو) نسبة 55.6% أي بفارق 10 نقاط تقريبا.

أمّا بالنسبة للفئة النشطة، فنلاحظ قوّة وجودها في المناطق الأقل خصوبة (بنسبة 19.8% مقارنة مع المناطق الأكثر خصوبة (الجنوب الجزائري) بنسبة 15.2% أي بفارق 4.6 نقاط.

الشكل رقم (46): التوزيع المكاني لنسب النساء الناشطات و الماكثات في البيت ، حسب مستوى الخصوبة .



المصدر: التعداد العام للسكن و السكان 2008.

و بالتّالي، يبرز لنا هذا الواقع الإحصائي مدى أهمّية العلاقة بين نشاط المرأة والسلوك الإنجابي، باعتبار أنّ المرأة العاملة لا تملك من الوقت ما يجعلها توفّق بين أفراد أسرتها و عملها سواء خارج البيت باختلاف قطاعه (عمومي أو خاص) أو داخله (خياطة، حلاقة،...). فمسألة الإنجاب أصبحت تعني تغير قيمة الطفل داخل الأسرة من خلال ما أسماه (Caldwell,76,78) بتواتر الثروة بين الأجيال، بحيث أصبح من الضروري توفير كل الظروف الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية للطفل من

طرف الأولياء ، ولأنّ السياسات العمومية الممارسة في الجزائر هي الأخرى لا تحبّذ الأسرة متعدّدة الأطفال ، من خلال هشاشة النصوص القانونية التي تخص المرأة العاملة كقصر مدّة عطلة الأمومة (90 يوما فقط)، عدم مرافقة الأم العاملة من طرف السلطات العمومية في التكفل بالأطفال الأقل من 05 سنوات (مؤسسات عمومية للتكفل بالصغار) وأخيرا صدور قرار خفض قيمة المنح العائلية من 600 دج للطفل إلى 300دج سنة 2015[140].

كل هذه العوامل الاقتصادية ،جنبا إلى جنب، مع تغيّر نمط الأسرة الجزائرية (الأسرة النووية) بسبب تقدّم و ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة (فوزي عادل، 1990)،أصبحت في يومنا الحالي أهم الأسباب المعيقة أمام رغبة المرأة العاملة في الإنجاب و لاسيما في المناطق الشمالية من البلاد (الأقل خصوبة) ، بينما المرأة في الجنوب الجزائري و بعض المناطق في الهضاب العليا و لاسيما الوسطى لا تزال ضمن نموذج الأسرة متعددة الأطفال بسبب تمسّكها بما أسماه (Camilleri,1999) بالقيم الآمنة (les valeurs refuges) ،هذا من جهة، و من جهة ثانية، قدرتها على التكفل بأطفالها لعدم ممارستها لأعمال مأجورة (داخل أو خارج البيت).

[140] وفقا للتعليمة رقم 135 المؤرخة في 07 أفريل 2015، حسب المادّة 07 مكرر من المرسوم التنفيذي رقم 330-97 المؤرخ في 10 سبتمبر 1997، و التي تنصّ على تخفيض قيمة المنحة العائلية من 600 دج إلى 300 دج للعمال الموظفين الذين يتجاوز أجرهم الشهري 15000 دج.

د. الفوارق المكانية لانتقالية الخصوبة في الجزائر:

تضاربت الأبحاث و الأفكار حول وضع النموذج الموحّد للانتقالية الديموغرافية، فعلى ضوء التغيّرات و التحولات الحاصلة على سكّان أوروبا في أواخر القرن الثامن عشر و بداية القرن التاسع عشر ، صنّف بعض الباحثون في علم الديموغرافيا أمثال (Chesnais,86) مراحل النمو السكاني إلى ثلاثة مراحل أساسية : مرحلة انخفاض معدلات الوفيات، ثمّ مرحلة ثانية تمتاز بتأخر سن الزواج، وثالثة تتوّج بانخفاض مستويات الخصوبة و المسمّاة ديموغرافيا ب"انتقالية الخصوبة".

*« **La transition démographique s'ouvre en Europe par une baisse de la mortalité….l'allongement de l'espérance de vie, qui de 1840 à 1970, soit en un peu plus d'un siècle, passe de 41 ans à plus de 70 ans…confirme l'extraordinaire transformation des conditions de mortalité** »*[141].

في حين ،أكّد آخرون على أن شعوب العالم و لاسيما النامية منها[142] لا يمكنها تتبع هذه المراحل ، بل تختلف تماما معها سواء في ترتيب مراحلها أو في وثيرة و توقيت ملامح التحوّلات الحاصلة أثناءها.

و على غرار هذه الشعوب ، يعتبر سكان الجزائر من بين الشعوب التي عرفت تحولات اجتماعية ،اقتصادية و ثقافية أدّت بها إلى دخول مراحل هذه الانتقالية في وقت وجيز مقارنة مع الدول الأوروبية.

[141] George TAPINOS. (1985), *Eléments de démographie, Analyses, déterminants socio-économiques et histoire des populations,* Armand Colin, Collection U, 367 pages, p.243.
[142] Maria EUGENIA COSIO ZAVALA.(2013), « les transitions démographiques de XX_e siècle dans les pays en développement, des contre-exemples théoriques », les cahiers d'EMAM, Paris, pp 13-31,p2.

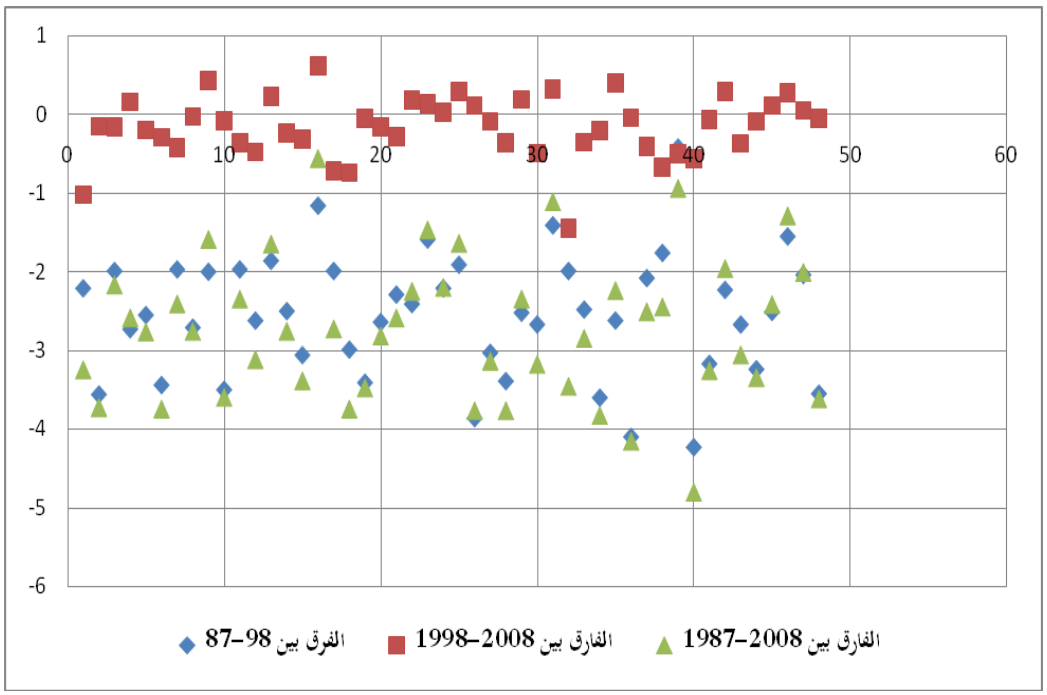
لكن المفارقة، تكمن في تباين وثيرة الانخفاض لمستويات الخصوبة على المستوى المحلي (حسب مختلف المناطق الجغرافية للوطن). ففي ظرف 40 سنة فقط، انخفض مستوى الخصوبة الجزائرية بما يقارب 05 أطفال للمرأة الواحدة (8 أطفال لكل امرأة مع أواخر الستينات، 2.75 سنة 1998).

هذا الانخفاض مسّ جميع ولايات الجزائر دون استثناء في الفترة ما بين 1987 و 1998 (انخفاض يجاور خمسة أطفال لكل امرأة كأعلى حد في ولاية خنشلة، 04 أطفال في كل من غليزان، الطارف، برج بوعريريج، الشلف ، البويرةو المدية، و كأدنى حد يقارب الطفل الواحد لكل امرأة في كل من الجزائر العاصمة و وهران و الواد).

أمّا الفترة ما بين 1998 و 2008 ، و على الرغم من ثبات مستوى الخصوبة على المستوى الوطني (2.75 سنة 1998، 2.74 سنة 2008)، إلاّ أننا سجّلنا ارتفاع نسبي لمستوى الخصوبة في 17 ولاية أي بنسبة 35.4 % ، و انخفاض في باقي الولايات (64.6%)من مجمل الوطن.

وبالتالي ، يشير التّحليل المكاني و الزمني لمستويات خصوبة الجزائريين في الفترة الممتدّة ما بين 1987و 2008 إلى تمركز جميع الولايات تحت محور السينات في الفترة ما بين (1987-1998) و(1987-2008)، بينما تعلو بعض الولايات نفس المحور في الفترة ما بين (1998-2008)، و هي أم البواقي، البليدة، تلمسان، الجزائر، سيدي بلعباس، عنابة، قالمة، قسنطينة، مدية، معسكر، وهران، بومرداس، خنشلة، تيبازة، النعامة، عين تموشنت، غرداية كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم (47): التوزيع المكاني لاتجاه الخصوبة ما بين 1987 و 2008.

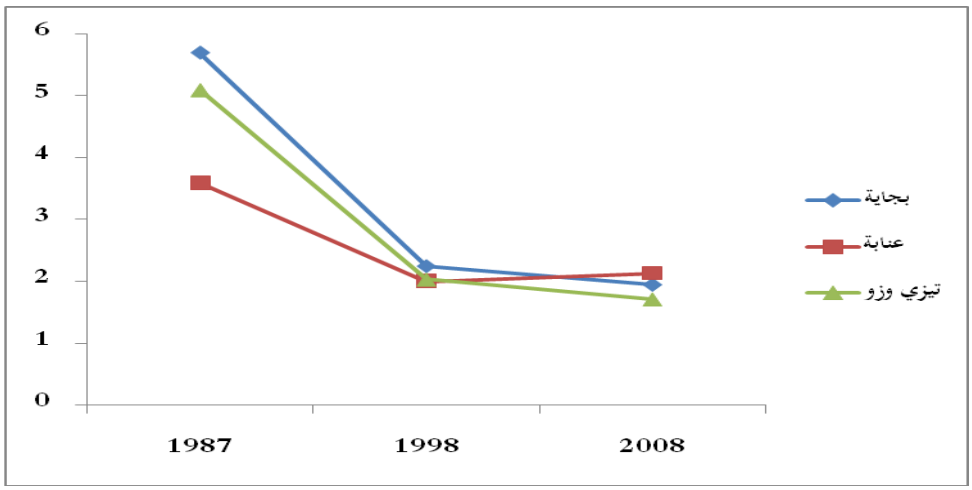


المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

و عليه يمكننا تصنيف انتقالية الخصوبة في الجزائر إلى ثلاثة نماذج:

1) **نموذج الانتقالية المتقدّمة و المُكتملة**: في كل من عنابة، بجاية و تيزي وزو ، باعتبارهم وصلوا إلى ما دون معدّل الإحلال أي 2.1 طفل لكل امرأة .

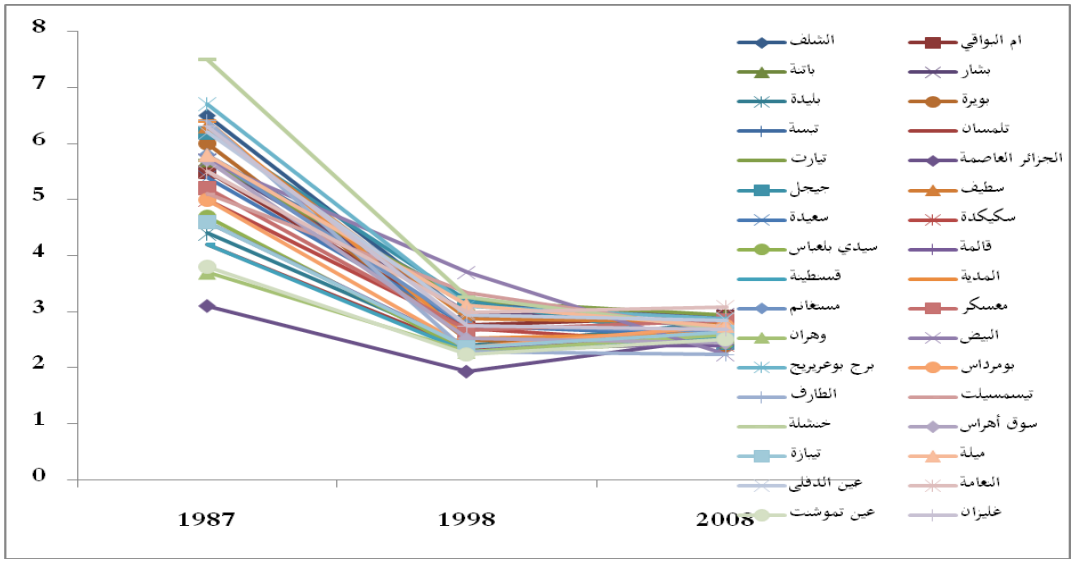
الشكل رقم (48): النموذج الأول لانتقالية الخصوبة في الجزائر



المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

2) **نموذج الانتقالية المعتدلة، لكن في طريق الاكتمال**: في 31 ولاية من الوطن، ما بين 2.24 كحد أدنى إلى 3.04 طفل لكل امرأة كحد أقصى.

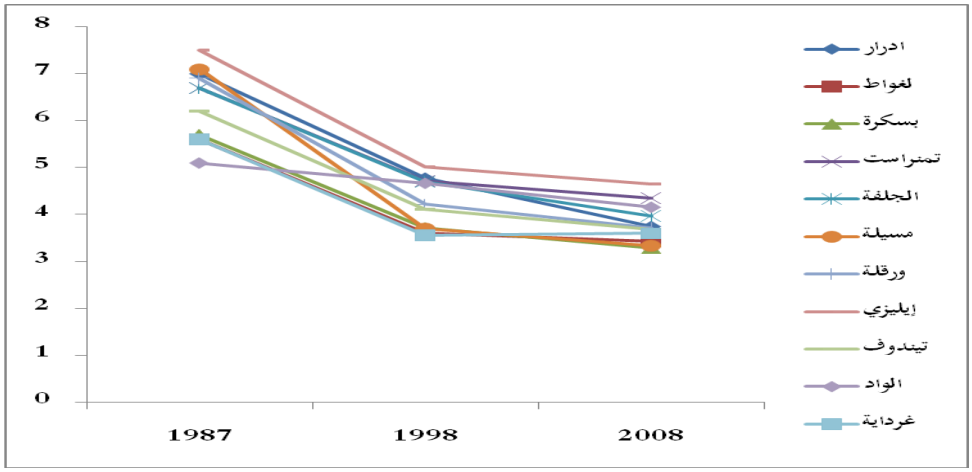
الشكل رقم (49): النموذج الثاني لانتقالية الخصوبة في الجزائر



المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

3) **نموذج الانتقالية المبتدئة:** و تخص 14 ولاية أغلبها من الجنوب الجزائري و الهضاب العليا الوسطى، بحيث يتغير مؤشر الخصوبة التركيبي بها من 3.29 كحدّ أدنى في بسكرة إلى 4.65 طفل لكل امرأة كحد أقصى بإيليزي.

الشكل رقم (50): النموذج الثالث لانتقالية الخصوبة في الجزائر



المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

خاتمة الفصل:

ألّمت نتائج التّحليل المكاني لبيانات التّعداد العّام للسّكن و السكّان لسنة 2008، من خلال تطبيق طريقة تحليل المكوّنات الرئيسية (ACP) لمختلف المتغيرات السوسيو-اقتصادية والثقافية المفسّرة لاتّجاه الخصوبة على وجود فوارق مهمّة بين مختلف ولايات الجزائر.

هذه الفوارق ميّزت بعض من **الولايات ذات الخصوبة المرتفعة** و هي كل من بسكرة، مسيلة، لغواط ، أدرار، غرداية، تيندوف، ورقلة، الجلفة ، الواد، تمراست و إيليزي ، بفعل انتمائها لمحور الإمكانات الديموغرافية المسبّبة بشكل مباشر في ارتفاع مستوى الخصوبة كالمعدّل الخام للمواليد، ومعدل وفيات الأطفال الرضع، إلى جانب ارتفاع معدلات الخصوبة في الفئات العمرية ولاسيما ما بين (25-29 سنة)، (30-34 سنة) و (35-39 سنة)، ومن جهة ثانية، بانخفاض مؤشرات أخرى تسبّب بدورها في ارتفاع الخصوبة لأنّها ترتبط سلبيا بها، و هي متوسط السن عند الزواج الأول و شمولية استعمال وسائل منع الحمل. في حين أنّها تشترك أيضا مع قريناتها في المحور الثاني والذي يخصّ الإمكانات السوسيو-ثقافية من خلال ارتباطها الايجابي مع كل من معدل التمدّن، نشاط النساء البالغات أكثر من 15 سنة، نسبة الالفبائية و المستوى التعليمي العالي للإناث ، ثمّ تنعكس سلبا مع نسبة النساء الماكثات في البيت و اللاّتي لم تتعلّم إطلاقا، بحيث كلّما ارتفعت نسبتيهما ، يرتفع مستوى الخصوبة أيضا.

بينما **الولايات الأقل خصوبة** ، و المتمثلة في كل من تيزيوزو، بجاية و عنابة بمؤشر تركيبي للخصوبة مقدر على التوالي ب (1.95،1.71 و2.13 طفل لكل امرأة)، فهي الأخرى تنتمي إلى المحور الثاني و الثالث الخاص بما أسميناه بإمكانات الأمومة ، بفعل النّسب المنخفضة لمتوسط السن عند الزواج الأول، ارتفاع في استعمال وسائل منع الحمل، ارتفاع المستوى التعليمي العالي لدى الإناث،وتشترك أيضا في المحور الأول الخّاص بالمؤشّرات الديموغرافية من خلال انخفاض مؤشّري المواليد و وفيات الأطفال الرضع ،جنبا إلى جنب ، مع التركيبة العمرية لمعدلات الخصوبة.

و في الأخير، مكّننا التحليل المكاني لانتقالية الخصوبة في الجزائر للخروج بثلاثة نماذج يخصّ الأوّل بعض من الولايات الجنوبية و أخرى من الهضاب العليا الوسطى (14 ولاية)، بحيث يتغيّر مؤشّرها التركيبي للخصوبة ما بين 3.29 و 4.64 طفل لكل امرأة، هذا الأخير أسميناه **بنموذج الانتقالية المبتدئة**، ثمّ **نموذج الانتقالية المعتدلة** ، لكن في طريق الاكتمال و يخصّ 31 ولاية موزّعة عبر مختلف المناطق الجزائرية ، تتراوح خصوبتها ما بين 2.24 و 3.04 طفل لكل امرأة، ثمّ النموذج الأخير و الذّي أسميناه **بنموذج الانتقالية المتقدّمة و المكتملة**، فهو بدوره يخصّ ثلاثة ولايات فقط باعتبارهم وصلوا إلى ما دون معدّل الإحلال أي أقل من 2.1 طفل لكل امرأة.

الخاتمـــــــة العامّـــــــــــــــة

على ضوء ما انتهت إليه هذه الدراسة، اتّضح لنا الملمح العّام لاتجاه الخصوبة في الجزائر، فبينما كان يسوده اتّجاه الانخفاض المطلق في معدّلاته و لاسيما في الخلف النهائي لكل امرأة[143] (من 8.36 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 2.4 طفل لكل امرأة سنة 2002)، بسبب تضافر عدّة عوامل اقتصادية و اجتماعية و ثقافية كانتشار وسائل تنظيم النسل، ارتفاع المستوى التعليمي خاصّة لدى النساء، تأخّر معدل سن الزّواج لدى الجنسين و الأهم من ذلك ممارسة سياسة سكانية –بالرغم من كونها غير رسمية ومعلمة بصفة مباشرة- ، أصبح في العشرية الأخيرة يحذو حذو الارتفاع النسبي (2.8 سنة 2008، 3.02 سنة 2012 و 3.03 طفل لكل امرأة سنة 2014).

و على الرّغم من أنّ السّلوك الإنجابي لدى الجزائريين بصفة عامّة و الجزائريات بصفة خاصّة، أصبح يمتاز مؤخّرا بتصرّفات شبه مشتركة بين القاطنين في المناطق الحضرية و المناطق الرّيفية ، بفعل مختلف العوامل التي جعلت من الفرد الجزائري على اختلاف جنسه أو مستواه العلمي و الاجتماعي يكتسب شيئا فشيئا ثقافة جديدة في مفهوم تنظيم أسرته و ذلك من خلال تنظيم نسله و بالتّالي اختيار حجم أسرته ، سجّلت إحصائيات الجزائر أرقاما تشير إلى تباينات واسعة بين مختلف مناطقها الجغرافية ، أردنا من خلالها إبراز أهم العوامل و المحدّدات المفسّرة لمستويات خصوبتها، ثمّ الوصول إلى وضع نماذج انتقالية الخصوبة من خلال تحديد المناطق الأكثر و الأقل خصوبة في الجزائر.

[143] هو نفسه المؤشر التركيبي للخصوبة

و لأنّ إشكالية أيّ بحث علمي تتطلّب من الباحث التّحقيق في مجمل الفرضيات المز عمة اختبارها، ارتأينا من خلال دراستنا هذه الإجابة على مختلف التساؤلات المطروحة من خلال نفي أو جزم فرضياتنا و استنباط النتائج المتحصّل عليها كما يلي:

- عدم استمرارية انخفاض الخصوبة في الجزائر، بفعل ارتفاع مؤشرها التركّيبي إلى 3.03 طفل لكل امرأة سنة 2014 بينما كان 2.4 سنة 2002.
- تقارب في السلوك الإنجابي حسب مكان الإقامة (الحضري والرّيفي): إنّ الفوارق البارزة التي ميّزت خصوبة الريفيات مقارنة مع قريناتها الحضريات في سنوات السبعينات (8.5 طفل لكل امرأة مقابل 7.3 طفل لكل امرأة على الترتيب)، أصبحت تتقلّص شيئا فشيئا في سنة 2008 أين أصبح الفرق بينهما لا يمثل سوى 0.5 طفل لكل امرأة، ثمّ تباين طفيف أيضا في آخر مسح عنقودي لمختلف المؤشرات حول صحة الأم و الطفل ما بين (2012 و 2013). هذا التقارب أو التّطابق النسبي في السلوك الإنجابي كان نتيجة حتمية لميل المرأة الرّيفية إلى تأخير سن زواجها على غرار المرأة القاطنة في المناطق الحضرية، فبينما كان يجاور 19.8 سنة في المناطق الريفية و 23.1 سنة في المناطق الحضرية سنة 1977، أصبح و في آخر تعداد للسكن والسكان بالجزائر سنة 2008 يعادل 29.5 سنة في المناطق الريفية و 28.9 سنة في المناطق الحضرية، وعلى الرغم من عدم تقارب بعض من المؤشرات السوسيو-اقتصادية والثقافية كمستوى تعليم المرأة ، استعمال و سائل منع الحمل، عمل المرأة، ...بين المناطق

الحضرية و الرّيفية إلاّ أنّ السّلوك الإنجابي أصبح سلوكا فرديا يخص الزّوجان فقط، وبالتّالي يمكن إرجاعه إلى موطنه الأصلي و المتمثّل في الأسرة باعتبارها منظمة دائمة نسبيا.

- وجود تمايز في السلوك الإنجابي بين مختلف ولايات الجزائر: بحيث سجّل آخر تعداد للسكن و السكان أعلى مستويات للخصوبة في الولايات الجنوبية بمؤشر تركيبي للخصوبة يعادل 3.29 طفل لكل امرأة بولاية بسكرة كأقل تقدير و 4.65 طفل لكل امرأة كأعلى تقدير في ولاية إيليزي.أمّا الولايات الأقل خصوبة و التي بلغت مرحلة عتبة التجديد فتمثلت في كل من تيزي وزو، بجاية و عنابة بمؤشر تركيبي مقدّر على التّرتيب ب 1.71، 1.91 و 2.13 طفل لكل امرأة. بينما الولايات الأخرى و التي تمثل نسبة 70.83 % من المجموع الوطني فقد امتازت بخصوبة معتدلة تتراوح ما بين 2.24 و2.9 طفل لكل امرأة.
- كما استخلصنا من التوزيع المكاني لمختلف المتغيرات السوسيو-اقتصادية و الثقافية المفسّرة لاتّجاه الخصوبة حسب مختلف الولايات الجزائرية على وجود نوعين من المتغيرات ، بحيث تؤثر الأولى بشكل إيجابي على مستويات الخصوبة ، فتصبح هنالك علاقة ارتباطيه موجبة بينهما (أي كلما ارتفع مستوى المتغير يرتفع مستوى الخصوبة و كلما انخفض مستوى المتغير ينخفض مستوى الخصوبة)، في حين النوع الثاني من هذه المتغيرات فهي ترتبط بشكل سلبي مع مستوى الخصوبة (كلما ارتفع مستوى

المتغير انخفض مستوى الخصوبة و كلما انخفض مستوى المتغير ارتفع مستوى الخصوبة). وعليه يمكننا تصنيف هذه المتغيرات حسب الولايات كما يلي:

أ. بالنسبة **للمنطقة ذات الخصوبة العالية** و التي تشمل كل من ولاية بسكرة، مسيلة، لغواط ، أدرار، غرداية، تيندوف، ورقلة، الجلفة ، الواد، تمنراست و إيليزي، فتتأثر خصوبتها بالدرجة الأولى بالمتغيرات الديموغرافية (محور الإمكانات الديموغرافية[144]) ثمّ المحور الثاني في الدرجة الثانية (محور الإمكانات السوسيو-ثقافية)، ففي حين ترتبط إيجابيا مع كل من المعدل الخام للمواليد، معدل وفيات الأطفال الرضع و معدل الخصوبة العام حسب الشريحة العمرية، فهي ترتبط سلبيا مع كل من متوسط السن عند الزواج الأول، استعمال وسائل تنظيم الأسرة و نسبة النساء الماكثات في البيت.

ب. بالنسبة **للمنطقة ذات الخصوبة المنخفضة** و التي تشمل كل من ولاية تيزي وزو، بجاية و عنابة، فهي تنتمي إلى المحور الثاني و الثالث الخاص بما أسميناه "بإمكانات الأمومة" ، و ذلك بسبب النّسب المنخفضة لمتوسط السن عند الزواج الأول، ارتفاع في استعمال وسائل منع الحمل، ارتفاع المستوى التعليمي العالي لدى الإناث،بينما تشترك أيضا في المحور الأول الخّاص بالمؤشّرات الديموغرافية من خلال انخفاض مؤشّري المواليد و وفيات الأطفال الرضع جنبا إلى جنب مع التركيبة العمرية لمعدلات الخصوبة.

[144] من خلال تطبيق المكونات الرئيسة (ACP).

ت. بالنسبة **للمنطقة ذات الخصوبة المعتدلة**، و التي تشمل كل من ولاية الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، الشلف، عين الدفلة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف، قالمة، وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، غليزان، سيدي بلعباس، معسكر، سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريريج، أم البواقي، تبسّة، تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض و بشار. فهي تشترك في المحاور الثلاثة بفعل اعتدال نسب مختلف المتغيرات بين المنطقة و الأخرى.

و بالتالي استنبطنا من خلال هذا البحث إلى وجود ثلاثة نماذج لانتقالية الخصوبة في الجزائر ، يخصّ الأوّل المنطقة الأولى ذات الخصوبة المرتفعة و قد أسميناه **بنموذج الانتقالية المبتدئة**، ثمّ نموذج الانتقالية المتقدمة و المكتملة و يخص المنطقة الثانية ذات الخصوبة المنخفضة و في الأخير نموذج الانتقالية المعتدلة و في طريق الاكتمال ، ويخص المنطقة الثالثة ذات الخصوبة المعتدلة.

أخيرا و ليس آخرا، فإنّ الفوارق المسجلة في مستوى الخصوبة عبر مختلف مناطق الجزائر، لا يمكن تفسيرها فقط بتلك المتغيرات السوسيو-اقتصادية و الثقافية، أو المحدّدات الكلاسيكية كما سبق ذكره، و إنما هو سلوك فردي يخصّ الزوجان بصفتهما المقرّران الرئيسيان في تحديد حجم اسرتهما.

و عليه، يمكننا ومن خلال هذه الدراسة النظر مستقبلا في تصوّر جديد يستدعي إدراج فكرة "**التوافق بين الأسرة، و عمل المرأة**" من خلال طرح جديد يفتح لنا آفاقا جديدة للبحث عبر

التساؤل التالي: ألا يمكن القول أنّ ارتفاع نسبة الخصوبة في المناطق الجنوبية يعود إلى سبب رئيسي متمثل في ارتفاع نسبة النساء الماكثات في البيت ما يضمن فرصة للتكفل بأطفالهنّ عكس ما يبدو في المناطق الشمالية التي تشهد ولوجا كبيرا للمرأة في سوق العمل مع غياب سياسة عمومية تضمن لهنّ التكفل التام بأطفالهن؟

الملاحـــــــــــــــــق

الجدول رقم(01): معدلات الخصوبة في البلدان العربية ما بين 1980-2025

البلدان	1985-1980	1995-1990	2005-2000	2015-2010	2020-2015	2025-2020
جزر القمر	7,1	5,8	4,9	3,8	3,3	3
المملكة العربية السعودية	7,2	5,8	4,5	3,4	3	2,6
سلطنة عمان	7,2	6,5	5	3,9	3,5	2,5
العراق	6,4	5,7	4,8	3,3	3,3	3
فلسطين	7	6,5	5,6	4,6	4,1	3,4
جيبوتي	6,6	6,3	5,7	4,8	4,2	3,1
السودان	6	5,3	4,4	3,4	3,1	2,9
موريتانيا	6,3	6,1	5,8	5	4,5	4
الصومال	7,3	7,3	7,3	6,6	6,1	4,6
الأردن	6,8	4,4	3,7	2,8	2,5	2,1
اليمن	8,5	7,8	7	6,3	6	3,9
سوريا	7,3	4,6	3,3	2,6	2,4	2,3
قطر	5,5	4,1	3,2	2,6	2,4	2,3
ليبيا	7,2	4,1	3	2,4	2,2	2,1
مصر	5,3	4	3,3	2,8	2,5	2,4
البحرين	4,6	3,4	2,7	2,2	2	1,9
الجزائر	6,4	4,1	2,8	2,3	2,1	2,1
الإمارات المتحدة العربية	5,2	3,8	2,8	2,3	2,2	2,1
الكويت	4,9	3,2	2,7	2,3	2,2	2
المغرب	5,4	3,6	2,7	2,4	2,3	2,2
لبنان	3,8	2,8	2,2	2	1,9	1,9
تونس	4,9	3,1	2	1,9	1,9	1,8

المصدر: قسم السكان/الأمم المتحدة.

الجدول رقم(02):تطور المعدل النوعي لسكان الجزائر بين الفترات التعدادية "1966-2008"

السنة	المعدل النوعي
1966	96,9
1977	98,7
1987	102,2
1998	102,3
2008	102,1

المصدر: التعدادات العامة للسكن و السكان 1966-1977-1987-1998-2008

الجدول رقم(03):تطور معدل نمو سكان الجزائر بين الفترات التعدادية "1966-2008"

السنة	معدل النمو الطبيعي (‰)
1967	34.25
1977	30.7
1987	27.6
1998	15.7
2008	19.2

المصدر: التعدادات العامة للسكن و السكان 1966-1977-1987-1998-2008

الجدول رقم(04):تطور سكان الجزائر (بالألف) حسب السن و النوع بين الفترات التعدادية "1966-2008"

فئات العمر	تعداد 1966		تعداد 1977		تعداد 1987		تعداد 1998		تعداد 2008	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
4-0	1185	1153	1496	1435	1910	1832	1632	1554	1688	1611
9-5	906	879	1262	1211	1710	1643	1839	1762	1521	1455
14-10	818	747	1069	1019	1467	1384	1942	1868	1730	1660
19-15	541	541	814	802	1248	1225	1798	1729	1928	1858

24-20	344	420	647	693	1110	1092	1482	1443	1970	1904
29-25	326	411	498	513	838	810	1265	1248	1764	1716
34-30	310	378	315	364	715	666	1062	1047	1465	1448
39-35	269	303	310	371	524	510	842	828	1242	1235
44-40	215	237	296	337	355	373	700	696	1027	1016
49-45	190	194	247	278	337	363	573	551	818	814
54-50	172	178	196	208	314	343	373	394	679	665
59-55	152	142	170	184	258	272	350	352	505	501
64-60	130	134	140	146	196	210	302	324	358	376
69-65	100	96	129	126	154	165	255	262	303	324
74-70	63	77	87	80	113	113	165	170	254	278
75 +	86	104	96	104	175	174	216	236	327	362
غ.م	09	10	03	01	02	01	06	07	/	/
المجموع	**5817**	**6004**	**7773**	**7872**	**11425**	**11175**	**14801**	**14471**	**17577**	**17223**

المصدر: التعدادات العامة للسكن و السكان 1966-1977-1987-1998-2008

الجدول رقم (05): نسب السكان الجزائريين(%) حسب أكبر فئات السن بين الفترات التعدادية "1966-2008"

فئة العمر	تعـــداد 1966		تعداد 1977		تعـــداد 1987		تعـــداد 1998		تعداد 2008	
00- 14 سنة	**ذكور**	50.09	**ذكور**	49.25	**ذكور**	44.54	**ذكور**	36.58	**ذكور**	29.21
	إناث	46.36	**إناث**	46.57	**إناث**	43.48	**إناث**	35.84	**إناث**	28.58
	مج	48.2	**مج**	47.9	**مج**	44.01	**مج**	36.21	**مج**	28.9
15- 59 سنة	**ذكور**	43.37	**ذكور**	44.94	**ذكور**	49.88	**ذكور**	57.08	**ذكور**	63.86
	إناث	46.79	**إناث**	47.65	**إناث**	50.6	**إناث**	57.3	**إناث**	63.86
	مج	45.11	**مج**	46.3	**مج**	50.24	**مج**	57.19	**مج**	63.86
60 سنة و أكثر	**ذكور**	6.53	**ذكور**	5.81	**ذكور**	5.58	**ذكور**	6.34	**ذكور**	6.93
	إناث	6.85	**إناث**	5.79	**إناث**	5.92	**إناث**	6.86	**إناث**	7.56
	مج	**6.7**	**مج**	**5.8**	**مج**	**5.75**	**مج**	**6.6**	**مج**	**7.24**

المصدر: التعدادات العامة للسكن و السكان 1966-1977-1987-1998-2008

الجدول رقم (06):تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر ما بين "1970-2008"

فئات العمر	1970		1977		1987		1998		2008	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
0	52.09	52.37	54.15	56.06	65.75	66.34	70.50	72.80	74.70	76.80
1	59.66	59.93	61.03	63.11	69.44	69.71	72.30	74.50	75.80	77.70
5	60.55	61.41	60.61	62.81	65.11	66.57	68.80	71.00	72.20	74.00
10	56.98	57.98	56.64	58.88	60.60	62.12	64.10	66.30	67.40	69.20
15	52.74	53.79	52.31	54.51	56.02	57.53	59.40	61.40	62.60	64.30
20	48.29	49.68	47.94	50.20	51.47	52.92	54.70	56.60	57.80	59.50
25	43.81	45.52	43.68	45.99	46.88	48.30	50.10	51.90	53.10	54.60
30	39.61	41.06	39.42	41.93	42.26	43.71	45.60	47.10	48.40	49.80
35	35.30	36.86	35.17	37.68	37.72	39.12	41.00	42.40	43.60	45.00
40	30.77	32.55	30.94	33.33	33.37	34.67	36.40	37.80	39.00	40.30
45	26.48	28.18	26.75	29.00	28.86	30.20	31.90	33.30	34.30	35.60
50	22.37	23.89	22.79	24.73	24.41	25.73	27.50	28.80	29.80	31.10
55	18.15	19.56	19.01	20.57	20.20	21.44	23.30	24.40	25.50	26.60
60	14.32	15.14	15.43	16.63	16.26	17.46	19.20	20.20	21.40	22.30
65	10.91	11.42	12.16	13.04	12.70	13.69	15.50	16.20	17.50	18.20
70	7.51	7.84	9.26	9.82	9.29	10.06	11.80	12.50	13.90	14.30
75	4.21	4.30	6.81	7.23	/	/	8.70	9.10	10.70	10.80

المصدر: rétrospective statistique 1970-2002,

الجدول رقم (07):تطور المعدلات الخامة للمواليد و الوفيات بين الفترات التعدادية "1966-2008"

السنة	المعدل الخام للمواليد	المعدل الخام للوفيات
1970	50.16	16.45
1971	48.44	17.00
1972	47.73	15.68
1973	47.62	16.25
1974	46.50	15.07

15.54	46.05	1975
15.64	45.44	1976
14.36	45.07	1977
13.48	46.63	1978
12.72	44.02	1979
11.77	43.86	1980
9.44	41.04	1981
9.10	40.60	1982
8.80	40.40	1983
8.60	40.18	1984
8.40	39.50	1985
7.34	34.73	1986
6.97	34.6	1987
6.61	33.91	1988
6	31	1989
6.03	30.94	1990
6.04	30.14	1991
6.09	30.11	1992
6.25	28.23	1993
6.56	28.24	1994
6.43	23.33	1995
6.03	22.91	1996
6.12	22.47	1997
4.87	20.58	1998
4.72	19.82	1999
4.59	19.36	2000
4.56	20.03	2001
4.41	19.68	2002

2003	20.36	4.55
2004	20.67	4.36
2005	21.36	4.47
2006	22.07	4.3
2007	22.98	4.38
2008	23.62	4.42
2009	24.07	4.52
2010	24.68	4.37
2011	24.78	4.41

المصدر: التعدادات العامة للسكن و السكان 1966-1977-1987-1998-2008

الجدول رقم(08): تطور معدل الخصوبة العام من 1970 إلى 2008

السنة	المعدل العام للخصوبة
1970	234,1
1971	225,8
1972	224
1973	221,9
1974	214,2
1975	212,5
1976	205
1977	204,8
1978	202,8
1979	201,2
1980	201,2
1981	186,3
1982	183,1
1983	182,2

182,9	1984
178,1	1985
156,5	1986
154,8	1987
151,7	1988
136,4	1989
134	1990
130	1991
130	1992
120	1993
117,15	1994
103,89	1995
92,98	1996
84,53	1997
82,5	1998
77,8	1999
73,9	2000
75,3	2001
81,5	2008

المصدر: rétrospective statistique 1970-2002,RGPH 2008

الجدول رقم(09): تطور معدل الخصوبة العام حسب فئات السن في الجزائر "1977-2014"

السنة	فئات العمر						
	19-15	**24-20**	**29-25**	**34-30**	**39-35**	**44-40**	**49-45**
1977	97.02	284.60	341.60	336.30	266.80	128.70	17.30
1978	83.95	289.10	321.53	301.02	244.77	188.89	23.92
1979	58.98	286.44	348.92	306.43	255.25	125.05	28.15
1980	69.19	288.43	330.78	286.01	264.76	125.91	25.08
1981	67.54	289.09	325.70	279.80	266.50	128.46	25.89
1982	51.18	247.44	324.47	287.48	219.79	118.84	22.91
1983	47.83	241.62	325.53	296.57	230.08	104.85	20.39
1984	47.29	238.98	321.98	293.38	227.44	103.70	20.17
1985	42.98	239.62	297.68	308.28	236.38	100.50	21.50
1986	34.55	212.28	263.20	272.47	211.52	86.17	17.34
1987	32	190	260	254	200	101	20
1988	33	175	260	250	202	104	18
1989	29	154	228	221	184	89	17
1990	27.62	144.45	218.30	208.03	183.01	88.63	14.58
1991	26	149	210	214	174	82	17
1992	26	151	208	214	174	81	18
1993	24	141	194	200	162	76	17
1994	24	137	189	195	159	74	16
1995	21	122	167	172	140	65	14
1996	16	109	150	154	125	58	13
1997	13.45	95.2	144.85	146.15	114.75	53.3	11.4
1998	10.9	81.4	139.7	138.3	104.5	48.6	9.8
1999	10.7	80.5	138.10	136.70	103.3	48	9.7
2000	11.2	80.2	137.1	136.1	102.6	47.7	10.2
2001	11.0	78.6	134.4	133.3	100.5	46.7	9.9
2008	8.8	76.1	142.1	152.6	121,7	52,1	8,2
2009	9,6	77,9	144,3	154,3	122,1	53,2	8,3
2010	10,2	84,1	146	150,8	123,9	51,4	7,3

7,2	51,2	123,7	147,4	146,7	87	10,7	**2011**
7,4	53,6	129,1	151,9	155,7	94,9	11,8	**2012**
7,8	53,2	122,6	144	151,05	94,1	12,4	**2013**
7,9	54,6	123,7	146,9	159,2	100,9	13,5	**2014**

المصدر: De 1970 -1999 : /de 2002-2014 : ONS, Démographie Algérienne 2014, n°690

الجدول رقم(10): تطور الخلف النهائي في الجزائر ما بين "1977-2014"

السنة	ISF	السنة	ISF
1966*	7,4	1992****	4,36
1970**	8,36	1993	4,07
1977*	7,36	1994	3,97
1978	7,27	1995	3,51
1979	7,05	1996	3,14
1980	6,95	1997	2,9
1981	6,39	1998*	2,67
1982	6,37	1999	2,63
1983	6,33	2000	2,4
1984	6,26	2002	2,48
1985	6,23	2008*	2,81
1986***	5,49	2009	2,84
1987*	5,29	2010	2,87
1988	5,29	2011	2,87
1989	4,61	2012	3,02
1990	4,53	2013	2,93
1991	4,37	2014	3,03

المصدر: * التعدادات العامة للسكن و السكان لسنة 1966-1977-1987-1998-2008

**Collection statistique ,démographie Algérienne 1985, Etude nationale statistique de la population ,Algérie du nord 1970
***Enquête nationale sur la fécondité réalisée par le CENEAP en 1986.
****Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (PAPCHILD).
De 1990 à 2014 : http://www.ons.dz/-demographie-.html

الجدول رقم (11): تطور متوسط السن عند الزواج الأول بين فترات تعداداتها "1966-2008"

سنة التعداد	متوسط السن عند الزواج الأول		
	النساء	الرجال	الجنسين معا
1966	18.40	23.90	21.15
1977	21.00	25.30	23.20
1987	23.70	27.60	25.65
1998	27.60	31.30	29.45
2008	29.90	33.50	31.70

المصدر: التعدادات العامة للسكن و السكان 1966-1977-1987-1998-2008

الجدول رقم (12): تطور متوسط السن عند الزواج حسب مكان الإقامة من 1977 إلى 2008

السنة	مكان الإقامة	الرجال	النساء	الفرق بين المنطقتين
1977	**الحضر**	27.3	23.1	
	الريف	/	/	
	الريف	24.3	19.8	
1987	**الحضر**	28.8	24.8	
	الريف	26.4	22.3	
1992	**الحضر**	31.2	26.9	
	الريف	28.9	24.6	
1998	**الحضر**	31.9	27.9	
	الريف	30.3	26.9	
2006	**الحضر**	34.2	30	

	الريف	32.6	29.7	
2008	الحضر	33.1	28.9	
	الريف	32.4	29.5	

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: Rétrospective statistique 1970-2002

الجدول رقم(13): نسب النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) حسب المستوى التعليمي و مكان الإقامة(2006)

المستوى الدراسي	مكان الإقامة	
	المدينة	الريف
بدون تعليم	13.2	34.0
ابتدائي	15.5	22.2
متوسط	29.4	24.2
ثانوي	29.1	15.6
عالي	12.8	4.0

المصدر: المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006.

الجدول رقم(14):توزيع معدل الخصوبة الكلي حسب المستوى التعليمي لسنة 2008

المستوى التعليمي	ISF
بدون تعليم	3.13
ابتدائي	2.74
متوسط	2.82
ثانوي	2.88
عالي	2.40

المصدر: Collection statistique N°56, ONS

الجدول رقم(15):تطور معدل وفيات الأطفال الرضع و الأقل من 05 سنوات حسب مكان الإقامة و النوع من 1992 إلى 2002

مكان الإقامة و النوع	وفيات الأطفال الرضع		وفيات الأطفال الأقل من 05 سنوات	
	1992	**2002**	**1992**	**2002**
المدينة	31.8	31.4	36.7	35
الريف	53.1	38.2	58	43.2
إناث	36.7	33.3	42.5	38
ذكور	50.8	35.6	45.8	39.5
المجموع	**43.7**	**34.5**	**48.6**	**38.8**

المصدر: EASF 2002 , EASM 92

الجدول رقم(16):تطور شمولية التلقيح (%) حسب مكان الإقامة، سنتي 1992 و 2002

مكان الإقامة	**1992**	**2002**
المدينة	90	91
الريف	78	86
المجموع	**83**	**89**

المصدر: EASF 2002 , EASM 92

الجدول رقم(17): تطور شمولية وسائل منع الحمل (كل الوسائل الحديثة و القديمة) حسب مكان الإقامة "1970-2002"

السنة	مكان الإقامة	
	المدينة	الريف
1970	17.5	4.0
1986	38.6	29.6
1992	57.5	44.1
2002	59.0	54.4

المصدر: ENSP 1970-ENAF1986-EASM1992-EASF2002

الجدول رقم(18): تطور شمولية وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي "1992-2002"

المستوى التعليمي	كل الوسائل		الوسائل الحديثة		اللولب	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002
بدون تعليم	43.9	52.9	37.3	49.0	1.6	2.0
يقرأ و/أو يكتب	59.3	59.3	49.6	53.2	3.1	3.8
إبتدائي	60.4	59.8	51.4	53.7	3.0	3.7
متوسط	62.4	62.9	54.1	56.9	3.0	4.4
ثانوي و أكثر	55.0	58.3	45.7	49.4	4.9	5.6

المصدر:EASM1992-EASF2002

الجدول رقم(19):تطور معدل (%)العمل لدى النساء (15-60 سنة) حسب مكان الاقامة من 1966 إلى 2011

السنة	مكان الاقامة		
	الحضر (1)	الريف (2)	الفرق (1)-(2)
1977	46,45	53,56	-7,12
2000	85,95	14,05	71,89
2001	74,29	25,71	48,57
2003	80,90	19,10	61,81
2004	69,23	30,77	38,47
2005	72,74	27,26	45,47
2006	67,00	33,00	34,00
2007	77,54	22,46	55,08
2009	80,65	19,35	61,30
2010	76,39	23,61	52,78
2011	79,12	20,88	58,23

المصدر: ONS, Rétrospective statistique, 1962-2001, emploi

الجدول رقم(20): دراسة التشتت للمتغيرات الأولية ببرنامج .SPSS

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	n analyse
isf	2,8698	,6015	48
ampmfem	29,5167	1,1100	48
pc	60,1062	5,8054	48
amm	31,9750	,5522	48
tmi	28,0667	6,6094	48
tbn	23,9208	3,7581	48
tur	64,8125	14,2393	48
ac	14,0458	4,3422	48
alp	65,9542	7,5886	48
cel	41,5298	2,9647	48
sup	7,2792	2,0863	48
rp	28,3129	1,0868	48
g1	10,5208	6,9404	48
g2	78,6458	24,3463	48
g3	143,6042	24,8739	48
g4	154,6042	24,7711	48
g5	125,1458	24,6369	48
g6	57,4375	18,2627	48
g7	10,1458	7,7952	48
p1	,4937	,1405	48
p2	,8625	,1645	48
p3	1,4813	,2695	48
p4	2,3938	,4065	48
p5	3,4521	,5466	48
p6	4,3875	,6837	48
p7	5,0771	,6886	48
si	29,5625	6,4463	48
pri	24,3208	2,3524	48
my	23,0708	2,6927	48
sc	14,9708	2,6686	48
ff	65,6294	5,0872	48

المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

الجدول رقم(21): مؤشر KMO و اختبار Bartlett

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,797
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approché	1826,933
	ddl	231
	Signification	,000

المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

الجدول رقم(22): نوعية التمثيل للمتغيرات الأولية

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
isf	1,000	,937
ampmfem	1,000	,762
pc	1,000	,592
amm	1,000	,947
tmi	1,000	,727
tbn	1,000	,957
tur	1,000	,529
ac	1,000	,685
alp	1,000	,880
cel	1,000	,792
sup	1,000	,865
rp	1,000	,890
g1	1,000	,727
g2	1,000	,956
g3	1,000	,937
g4	1,000	,949
g5	1,000	,952
g6	1,000	,965
g7	1,000	,760
si	1,000	,840
ff	1,000	,795
niveau de fécondité	1,000	,811

Méthode d'extraction : Analyse des principaux composants.

المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

الجدول رقم(23): التباين التفسيري أو العطالة الكلية

Variance expliquée totale

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes des carrés chargées			Somme des carrés pour la rotation		
	Total	% de la variance ==	% cumulés	Total	% de la variance ==	% cumulés	Total	% de la variance ==	% cumulés
1	11,584	52,656	52,656	11,584	52,656	52,656	11,196	50,892	50,892
2	4,001	18,189	70,844	4,001	18,189	70,844	3,929	17,857	68,750
3	2,668	12,128	82,972	2,668	12,128	82,972	3,129	14,222	82,972
4	1,212	5,509	88,481						
5	,680	3,089	91,570						
6	,379	1,722	93,293						
7	,331	1,507	94,799						
8	,228	1,037	95,836						
9	,197	,898	96,734						
10	,175	,796	97,530						
11	,142	,646	98,177						
12	,119	,539	98,716						
13	8,247E-02	,375	99,091						
14	5,562E-02	,253	99,344						
15	4,995E-02	,227	99,571						
16	2,915E-02	,132	99,703						
17	2,601E-02	,118	99,821						
18	1,324E-02	6,017E-02	99,882						
19	1,106E-02	5,027E-02	99,932						
20	8,585E-03	3,902E-02	99,971						
21	3,744E-03	1,702E-02	99,988						
22	2,658E-03	1,208E-02	100,000						

Méthode d'extraction : Analyse des principaux composants.

المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

الجدول رقم(24): مصفوفة المكونات الرئيسية قبل التدوير

Matrice des composantes[a]

	Composante		
	1	2	3
isf	,958		
ampmfem	-,858		
pc	-,711		
amm			,886
tmi	,765		
tbn	,956		
tur		,710	
ac		,643	,490
alp		,918	
cel		-,602	,596
sup	-,746		
rp	-,915		
g1	,775		
g2	,834		
g3	,937		
g4	,948		
g5	,939		
g6	,935		
g7	,809		
si		-,879	
ff		-,567	-,648

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 3 composantes extraites.

المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

الجدول رقم(25): مصفوفة المكونات الرئيسية بعد التدوير

Matrice des composantes après rotation[a]

	Composante		
	1	2	3
isf	,951		
ampmfem	-,815		
pc	-,750		
amm			,947
tmi	,774		
tbn	,933		
tur		,647	
ac		,808	
alp		,887	
cel			,834
sup	-,642	,657	
rp	-,891		
g1	,716		
g2	,738		-,629
g3	,910		
g4	,974		
g5	,969		
g6	,971		
g7	,843		
si		-,846	
ff		-,815	
	,		

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.

a. La rotation a convergé en 5 itérations.

المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

الجدول رقم(26): التوزيع المكاني لولايات الجزائر حسب المحاور الثلاثة الرئيسية

الولاية	المحور 1	المحور 2	المحور 3
أدرار	1,52722	-0,93019	1,32785
شلف	-0,2657	-1,03957	0,60041
لغواط	1,12592	0,15397	0,56776
ام البواقي	0,00712	-0,08721	-0,55438
باتنة	0,02131	-0,18897	0,10858
بجاية	-1,39003	-0,10458	0,72845
بسكرة	0,77274	-0,14047	0,30723
بشار	0,18717	0,98129	-0,26703
بليدة	-0,50782	0,56737	-1,50443
بويرة	-0,8125	-0,29813	0,39914
تمنراست	2,59842	0,20995	0,42189
تبسة	-0,04307	-0,71435	0,96452
تلمسان	-0,89698	-0,48113	-2,22673
تيارت	-0,01651	-0,8339	-0,40555
تيزي وزو	-1,61786	0,93725	1,57706
الجزائر	-0,7036	2,57087	-0,39155
جلفة	1,91232	-1,07793	0,22507
جيجل	-0,47666	0,25479	1,98106
سطيف	-0,40963	-0,70845	-0,76911
سعيدة	-0,4351	-0,44466	-0,25717
سكيكدة	-0,58045	0,46357	1,43781
سيدي بلعباس	-0,87524	0,07961	-1,05814

عنابة	-1,07603	2,01903	0,48108
قالمة	-0,69934	0,71221	0,7698
قسنطينة	-0,56307	2,11541	0,38417
مدية	-0,56713	-1,16717	0,10469
مستغانم	-0,47025	-1,83577	-0,14668
مسيلة	0,53257	-0,89259	-0,351
معسكر	-0,29492	-1,38736	-1,66738
ورقلة	1,26099	1,31823	0,12042
وهران	-0,6187	1,40414	-1,30863
البيض	0,54799	-0,48845	0,01947
إيليزي	2,7971	1,38844	-0,73232
برج بوعريريج	-0,31949	-0,66778	-1,25059
بومرداس	-0,71461	0,23039	-0,97557
الطارف	-0,74998	0,74592	1,3281
تيندوف	1,80157	1,10482	1,23946
تيسمسيلت	-0,28664	-1,41005	1,41963
الواد	1,88421	0,18864	-0,72046
خنشلة	-0,06366	-0,6286	0,96617
سوق أهراس	-0,62329	0,12274	0,83745
تيبازة	-0,62769	0,31787	-0,44516
ميلة	-0,32419	-0,05146	0,73306
عين الدفلى	-0,00862	-1,29114	0,29644
النعامة	0,38701	-0,45596	-0,53502
عين تموشنت	-0,82195	0,25762	-1,5985

غرداية	0,94241	0,81312	-2,14526
غليزان	-0,44537	-1,63138	-0,0361

المصدر: عمل شخصي من خلال تطبيق تحليل المكونات الرئيسية

الجدول رقم(27): التوزيع المكاني لمستويات الخصوبة ما بين 1987 و 2008.

الولاية	الفارق1	الفارق2	الفارق3
	-2,22	-1,03	-3,25
	-3,57	-0,16	-3,73
	-2,00	-0,17	-2,17
	-2,74	0,15	-2,59
	-2,56	-0,21	-2,77
	-3,45	-0,30	-3,75
	-1,98	-0,43	-2,41
	-2,72	-0,04	-2,76
	-2,01	0,42	-1,59
	-3,51	-0,09	-3,60
	-1,98	-0,37	-2,35
	-2,63	-0,49	-3,12
	-1,87	0,22	-1,65
	-2,51	-0,25	-2,76
	-3,07	-0,32	-3,39
	-1,17	0,61	-0,56
	-2,00	-0,73	-2,73
	-3,00	-0,75	-3,75
	-3,42	-0,06	-3,48
	-2,65	-0,17	-2,82

-2,59	-0,31	-2,28	
-2,25	0,17	-2,42	
-1,47	0,13	-1,60	
-2,20	0,02	-2,22	
-1,64	0,28	-1,92	
-3,77	0,10	-3,87	
-3,14	-0,07	-3,07	
-3,77	-0,37	-3,40	
-2,35	0,18	-2,53	
-3,18	-0,50	-2,68	
-1,11	0,31	-1,42	
-3,46	-1,46	-2,00	
-2,85	-0,36	-2,49	
-3,83	-0,22	-3,61	
-2,24	0,39	-2,63	
-4,16	-0,05	-4,11	
-2,51	-0,42	-2,09	
-2,45	-0,68	-1,77	
-0,94	-0,51	-0,43	
-4,81	0,43	-5,24	
-3,26	-0,08	-3,18	
-1,96	0,28	-2,24	
-3,06	-0,38	-2,68	
-3,35	-0,10	-3,25	
-2,42	0,10	-2,52	
-1,29	0,27	-1,56	

	-2,05	0,04	-2,01
	-3,56	-0,06	-3,62

المصدر: التعداد العام للسكن و السكان لسنة 1987-1998-2008

ملاحظة: الفارق 1: الفرق بين مؤشر الخصوبة التركيبي لسنة 1998 و 1978.

الفارق2: الفرق بين مؤشر الخصوبة التركيبي لسنة 2008 و 1998.

الفارق 3: الفرق بين مؤشر الخصوبة التركيبي لسنة 2008 و 1987.

المراجـــــــع

المراجـــــــع

المراجـــــــع باللغـــــة العربية:

- عطاري، إبراهيم (2011) ، "الانتقال الديموغرافي و تطور بنية الأسرة في الجزائر، دراسات اجتماعية" ، مركز البصيرة البحوث و الاستشارات و الخدمات التعليمية، الجزائر ، العدد 7 ، ص 47.

- قطيطات، أحمد (2007)، "الهبة الديموغرافية في الوطن العربي"، المؤتمر الإحصائي العربي الأول في 12-13 نوفمبر، عمان، الأردن.

- شجاع الدين ،احمد محمد و آخرون (2003)، "السكان و التنمية"، مركز التدريب و الدراسات السكانية.جامعة صنعاء.

- داود سلمان، ثائر (2012)، "درس التحليل العاملي: مفهومه، طرق تحليله، كيفية استخراجه بنظام SPSS"، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد.

- التوزاني ،حميد (2013)، "الانتقال الديموغرافي بين التطابق، التقارب و الاختلاف، قراءة في التجربة الأوروميتوسطية"، الحوار المتمدن، العدد4250

- عبد العاطي السيد، السيد (2000)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر،ص220.

- عمران ،عبد الرحيم (1988)، "سكان العالم العربي حاضرا و مستقبلا"، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، ص196.

- جبلي، عبد الرزاق (1984)، *علم اجتماع السكان*، القاهرة، دار النهضة العربية، ص 24.

- جبلي ، عبد الرزاق و آخرون (1992)، *مناهج البحث الاجتماعي*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

- جبلي ، عبد الرزاق (2008)، *علم اجتماع السكان*، دار المعرفة الجامعي، الإسكندرية، مصر،481 صفحة.

- عبد المجيد حسين يعقوب، محمد (2004)، *العوامل الاجتماعية و الاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله*، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين ، ص 26.

- خلف عبد الجواد، مصطفى (2009)، *علم اجتماع السكان*،" دار المسيرة، عمان، الأردن، 419 صفحة.

- الرشيدي ، منير طلعت (2009)، *السكان و التباين الجغرافي: أسس التنمية المستدامة و دوافع الهجرة*، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 435 صفحة ،ص15.

- الشامسي ، ميثاء سالم (2004) ، "السياسات السكانية و التحول الديموغرافي في الوطن العربي مع إشارة خاصة إلى دول مجلس التعاون"، جامعة الدول العربية.

- الشافعي ، نظام عبد الكريم (2008)، "مفهوم السياسات السكانية"، في دراسات سكانية، اللجنة الدائمة للسكان، الدوحة، قطر.

- نعمة فياض، هاشم (2006)، "العلاقة بين الخصوبة السكانية و مكانة المرأة في المجتمع"، الحوار المتمدن، 27 سبتمبر،العدد 1686.

- نعمة فياض، هاشم (2012)، « العلاقة بين الخصوبة السكانية و المتغيرات الاجتماعية، الاقتصادية، دراسة حالة العراق"، سلسلة دراسات، المركز العربي للأبحاث و دراسة السياسات، قطر.

نصوص قانونية:

- التعليمة رقم 135 المؤرخة في 07 أبريل 2015، حسب المادّة 07 مكرر من المرسوم التنفيذي رقم 97-330 المؤرخ في 10 سبتمبر 1997.

المراجـــــع باللغـــــــة الأجنبيـــــــة:

Ouvrages et articles :

- Addi, L. (1999), *les mutations de la société algérienne*, édition La Découvertes, Paris, 225pages.

- Adel ,F. (1995), « Formation du lien conjugal et nouveaux modèles familiaux en Algérie », colloque sur Femmes, Etat et développement, Tanger.10-13 octobre 1991, CRASC, Oran, 20 pages.

- Adel,F. (1998), « la crise du mariage en Algérie » , in Insaniyat n°04, CRASC,Algérie,pp.59-77.

- Adel,F.(1990), Formation du lien conjugal et nouveaux modèles familiaux en Algérie, thèse de doctorat d'Etat en sociologie, Université Paris V ,René Descartes,803 pages..

- Ajbilou, A. (1998), *Analyse de la variabilité spatio-temporelle de la primo-nuptialité au Maghreb de 1970-1980*, Louvain La Neuve, L'Harmattan/Academia, Bruylant.344pages.

- Amokran, F et Boumghar, A. (2007),"Les schémas de nuptialité en Algérie, enquête Algérienne à travers les résultats de l'enquête EASF 2002 » in enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, études approfondies » Alger, pp35-95.

- Badrouni, M. (2005), « La nuptialité algérienne : variation dans le temps et dans l'espace », XXV congrès international de la population (poster n°1405) cité au : http://iussp2005.princeton.edu/papers/51709.

- Badrouni, M. (2008), « Variabilité des comportements démographiques et sanitaires selon l'appartenance géographique et culturelle »,in https://www.erudit.org/livre/aidelf/2008/001501co.pdf

- Badrouni, M.(2009) « Les disparités spatio-temporelles de la fécondité générale en Algérie », XXVIème congrès international de la population de l'UIESP, Maroc.

- Becker, G. (1981), "Altruism in the family and selfishness in the market place", in Economica, New Series, VOL. 48, n° 189,pp. 1-15.

- Bernier, J.(1985),*Théories des tests*, Chicoutimi, Gaetam Morin, 275 pages.

- Bertrand, R. (1986), *L'analyse statistique des données*, Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec. P.18.

- Bongaarts, J. (1978), "A Framework for analyzing the proximate determinants of fertility", in population and development review, n°4, pp. 105-131.

- Bongaarts. J et Potter, G.R. (1983), « Fertility, Biology and Behavior: An Analysis of the Proximate determinants », in Academic press, New York.

- Bosrup, E. (1985), "Economic and demographic interrelationships in sub-Saharan Africa", in population and development review, Vol. 11, n° 3, pp. 21-36.

- Bouisri ,A . (1998), « La transition démographique en Algérie : Réflexion sur l'avenir » in Transitions démographiques des pays du sud, ESTEMPANS, PP.441-456.

- Bourdieu, P. (1985), *sociologie de l'Algérie*, (2e éd), presses universitaires de Frances, Paris, 128pages.

- Boutefnouchent, M. (1982), *la famille Algérienne, évolution et caractéristiques récentes*, édition SNED, (2e éd), Alger, 316pages.

- Boutefnouchent, M.(2004),*la société algérienne en transition*,OPU,Alger,159 pages.

- Cain,M.(1982), « Perspectives on family and frtility in developping countries » in Population studies, 36 :2.july

- Caldwell, J C. (1978), "A theory of fertility from high plateau to destabilization", in population and development review, Vol.4, n°4, pp. 553-577.

- Caselli, G et Vallin, J et WUNSH, G. (2002), « Les déterminants de la fécondité .II. Démographie : Analyse et synthèse », in collection : Manuels, INED, Paris, 478 pages.

- Courbage ,Y et Todd, E. (2007), *le rendez-vous des civilisations*, Le Seuil et La République des Idées, France, p14, pp.157.

- Courgeau, D. (1994), « Du groupe à l'individu : exemple des comportements migratoires », in population, 49, n°1, pp.7-26

- Easterlin, R. (1975), "An Economic Framework for fertility analysis", studies in family planning, Vol. 6, n° 03, pp. 54-63.

- El Youbi. A,(2009), « Les raisons d'une fécondité élevée au niveau local au Maroc », in http://iussp2009.princeton.edu/papers/92227.

- Eugenia Cosio -Zavala , M. (2013), « Les transitions démographiques de XX_e siècle dans les pays en développement, des contre-exemples théoriques », in les cahiers d'EMAM, Paris, p2,pp. 13-31.

- Eugenia Cosio-Zavala, M. (2006), « Genre et procréation, l'exemple de l'Amérique latine », in Tumultes, n°26, pp.99-113.

- Fargues, P. (1988), « La baisse de la fécondité arabe » in Population, INED, n°06, pp.975-1004

- Fargues, P. (2000*), Générations Arabes. L'alchimie du nombre*, Paris, Fayard, 349p.

- Fargues, PH. (1987), « la démographie du mariage arabo-musulman : tradition et changement », in Maghreb-Machrek, n°116, pp.59-73.

- Garenne, M. (1979), « Analyse de la fécondité en Algérie par la méthode des correspondances », in Population, 34e année, n°01, pp.196-203.

- Haffad, T et Doudou, N.(2013), « la montée du célibat chez les jeunes algériens», In revue des lettres et des sciences sociales, pp19-34.

- Hammouda, N et Cherfi Feroukhi, K. (2009), « La nuptialité en Algérie : quelle transition ? » in http://iussp2009.princeton.edu/papers/93174

- Hemal, A et Haffad ,T. (1999) « La transition de la fécondité et politique de population en Algérie »,in sciences humaines, université Mentouri, Constantine, Algérie, n°12, pp.63-73.

- Henry, L. (1953), « Fécondité des mariages, nouvelle méthode de mesure », in collection : cahiers n°16,180 pages.

- Kateb , K. (2015), *L'Emergence des femmes au Maghreb, une révolution inachevée* , édition APIC, Alger, p47. 279 pages.

- Kateb, K. (2010), « Transition démographique en Algérie et marché du travail », in Confluences Méditerranée, Le Harmattan, n°72,184 pages, pp.155-172.

- Kingsley, D and Blake , J. (1956), "social studies and fertility: An analytic framework", in Economic Development and cultural change, University of Chicago, VOL.4, n° 3, pp. 211-235.

- Kingsley, D. (1963), "the theory of change and response in modern demographic history", in population index, Vol. 29,n° 4,pp.345-366.

- Kouaouci ,A.(1992), *Familles, femmes et contraception. Contribution à un sociologie de la famille algérienne*, Alger, CENEAP-FNUAP, 279 pages.

- Kouaouci, A et Rabah ,S. (2013), «La reconstruction des dynamiques démographiques locales en Algérie (1987-2008), par les techniques d'estimation indirecte », in cahiers québécois de démographie, vol.42, n001, printemps, pp.101-132.

- Kouaouci, A. (1992), « migrations des femmes et fécondité en Algérie », in revues du monde musulman et de la méditerranée, l'Algérie incertaine, sous la direction de Pierre Robert Baduel, n°65, pp.165-173.

- Ladjali, M, *l'espacement des naissances dans le tiers monde : l'expérience Algérienne*, OPU, Alger, 1985, 61 pages.

- Lakrouf ,A. (2014), « La politique Algérienne de population : discours et situation », in revue des sciences sociales et humaines, université de Ouargla, Algérie, n°17, pp.1-8.

- Lesthaeghe, R et Surkyn, J.(1988), "Cultural dynamics and economic theories of fertility change", in Population and development reviews, pp.1-45.

- Lesthaeghe, R. (2010), "The unfolding story of the second demographic transition », in Population and Development Reviews, n°36, pp.211-251.

- Lesthaeghe, R.(1980),"on the social control of human reproduction", in population and development review, Vol. VI,n°4,pp. 527-548.

- Locoh, T, Ouadah Bedidi, Z. (2010),"Familles et rapports de genre au Maghreb, Evolution ou révolution?", in documents de travail n°213, INED, Paris, p16.

- Louadi, T. (2012) «Les déterminants de la baisse de la fécondité en Algérie », in revue des sciences humaines, université Mohamed Kheider, Biskra, n°24, pp.43-61.

- Lucy ,A et Thevenon, O. (2011), « La fécondité remonte dans les pays de l'OCDE : est-ce dû au progrès économique ? » in Population et Sociétés, INED, Paris, n°481 pp. 1-4.

- Mcniccoll, G.(1980),institutional determinants of fertility changes" , in HOHNC et MACHENSEN,R, eds,pp.147-168.

- Mcniccoll, G.(1985), "consequences of rapid population growth: An overview and Assessment", in population and development revieuw,Vol10,n°02,pp.177-240.

- Negadi, G . (1975), *La fécondité en Algérie : niveaux, tendances, facteurs*, paris, EPHE, 436pages.

- Noin ,D. (1983), *La transition démographique dans le monde*, Paris PUF, 214 pages .

- Notestein , F. (1953), "the economic of population and food supplies. Economic problems of population change", in proceeding of the 8th international conference of agricultural Economists, Oxford University press, Londre, pp.13-31.

- Notestein, F. (1945) ," population, the long view", in the food for the world. Edited by E. Scgultz, University of Chicago press,pp. 36-57

- Ouadah Bedidi, Z et Vallin, J. (2012), « Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie : une histoire paradoxale », in documents de travail n°186, 29 pages.

- Ouadah Bedidi, Z et Vallin, J et Bouchoucha, I. (2012), « La fécondité au Maghreb : nouvelle surprise », in Population et Sociétés, n°486, INED, Paris, pp.1-4.

- Ouadah Bedidi, Z et Vallin, J. (2000), « Maghreb :la chute irrésistible de la fécondité », in population et sociétés, INED, n°359,pp.1-4.

- Ouadah Bedidi, Z et Vallin, J et Bouchoucha, I.(2012), « Fécondité en Algérie 1970-2010 : que s'est-il donc passé ? », in www.ined.fr.

- Ouadah Bedidi, Z. (2012), »Fécondité et nuptialité différentielle en Algérie ; l'apport du recensement de 1998 », document de travail n°185, INED, Paris, 53pages.

- Ouedraogo ,C. (2001), *Fécondité en milieu rural Africain : quelques repères pour l'analyse des changements, étude de cas eu milieu Mossi au Burkina Faso* , UERD, Ouagadougou, Burkina Faso : in http://docplayer.fr/14615712-Fecondite-en-milieu-rural-africain-quelques-reperes-pour-l-analyse-des-changements-christine-ouedraogo.html.

- Piche, V et Poirier, J. (1995),"Divergences et Convergences des discours et théories de la transition démographique », in transition démographique et société, Chaire Quételet, Institut de démographie, Université Catholique de Louvain, Louvain –la-Neuve, Academia /L'Harmattan, pp. 111-132.

- Rollet,C. (2011), *Introduction à la démographie*, A. Colin, Coll. Domaines et Approches , Paris 128pages .

- Salhi, M et Hamza Cherif, A. (2011) , « Vieillissement démographique en Algérie : réalité et perspectives », colloque de l4ème association Maghrébine pour les études de population, AMEP, Alger .

- Salhi, M. (1987), *L'évaluation de l'enregistrement des décès par les méthodes pouvant reposer sur le modèle des populations stables*, CIRCO, Louvain-la-Neuve, Belgique, 244 pages.

- Tapinos, G. (1985), *Eléments de démographie, Analyses, déterminants socio-économiques et histoire des populations*, Armand Colin, Collection U, 367 pages.

- Thompson, W. (1929), « population », in American journal of sociology , V°34, n° 06, pp.959-975.

- Vallin, J. (1973), « influences de divers facteurs économiques et sociaux sur la fécondité de l'Algérie », in Population, 28e année, n°4-5, pp.817-842

- Westoff, C. (March1983**)**, "Fertility Decline in the West: Causes and Prospects**»**, in Population and Development Review, Vol. 9, N°. 1.

Rapports et documents statistiques :

-ENSP (1970), Enquête nationale sur la santé de la population.

-ENAF (1986), Enquête nationale sur la fécondité.

-EASME (1992), Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant.

-MDG (1995), Enquête nationale sur les objectifs de la mi- décennie.

-EDG (2000), Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, santé mère et enfant.

-EASF (2002), Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002

-$MICS_1$ (1995), Enquête nationale à indicateurs multiples: suivie de la situation des enfants et des femmes.

-$MICS_2$ (2000), Enquête nationale à indicateurs multiples : suivie de la situation des enfants et des femmes

-$MICS_3$ (2006), Enquête nationale à indicateurs multiples : suivie de la situation des enfants et des femmes

-$MICS_4$ (2012-2013), Enquête nationale à indicateurs multiples : suivie de la situation des enfants et des femmes

-Recensement général de la population et de l'habitat de 1966.

-Recensement général de la population et de l'habitat de 1977.

-Recensement général de la population et de l'habitat de 1987.

-Recensement général de la population et de l'habitat de 1998.

-Recensement général de la population et de l'habitat de 2008.

-Rapport CNES 2007.

- Rapport national CIPD +10 (2003), « Population et développement en Algérie ».

-Charte nationale (1986), édition du FLN, Algérie.

-World Population Prospects (2011), the 2010 Revisions United Nations.

-AARDES (1968), « impératifs de la planification familiale en Algérie », Alger.

-ONS (2001), « Natalité, Fécondité et Reproduction en Algérie à travers les résultats du RGPH 2008», in collections statistiques, ONS, Alger, n°160.

- ONS (2001), « Natalité, Fécondité et Reproduction en Algérie à travers les résultats par wilayas, du RGPH 2008», in collections statistiques, ONS, Alger, n°156.

- www.ined.fr

- http://www.ons.dz

http://www.arabicdocs-popcouncil.org/CMS/pdfs/CompletingFertTrans.pdf

- Boumediene, H. (1974), Président de la république Algérienne, Bucarest.