

DOI: 10.31696/S086919080034874-8

СВОЕОБРАЗИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ АЛЖИРА

© 2025

И.Г. РЫБАЛКИНА ^а

^а – Институт Африки РАН, Москва, Россия;
ORCID: 0000-0003-2590-4084; i.rybalkina@inafr.ru

Резюме: Алжир – единственное государство Северной Африки, добившееся независимости от колониального гнета с оружием в руках в ходе кровопролитной национально-освободительной борьбы за независимость 1954–1962 гг. Она совпала с антиколониальным движением, развернувшимся после Второй мировой войны и во многом обусловила относительно мирный «парад суверенитетов» на континенте.

После завоевания независимости фиксировался постоянный рост населения до начала 1970-х гг. В тот период правительство, как и большинство освободившихся государств, выступало против политики планирования рождаемости, считая ее «происками империализма», препятствовавшего увеличению населения развивающегося мира. В 1970-е гг. даже при отсутствии стратегии регулирования демографических процессов началось постепенное снижение рождаемости. В результате лишь в 1983 г. была разработана первая национальная программа по контролю численности населения. В течение двух десятилетий функционирования этой программы фертильность сократилась до уровня простого воспроизводства, при котором суммарный коэффициент рождаемости (СКР) составил 2,1. Затем в период реализации программ планирования семьи рождаемость самопроизвольно стала возрастать, достигнув СКР 2,9 в 2009 г. Данные тенденции иницировались образованными женщинами-горожанками, а впоследствии стали отчасти воспроизводиться и сельскими жительницами, либо незарегистрированными.

Демографы объясняют динамику изменений стабилизацией спроса на контрацепцию и фиксированным повышением брачного возраста. В основном матрица демографического поведения чрезвычайно инерционная, поскольку обусловлена вековыми традициями и обычаями народов. Но в результате сбалансированной экономической, социальной, медицинской и культурной политики алжирского правительства, направленной на повышение жизненного и образовательного уровня населения, улучшение медицинского обслуживания, а также реализации стратегии планирования семьи, отмечались снижение рождаемости, повышение брачного возраста, увеличение средней продолжительности жизни до 77 лет, что является ныне наибольшим показателем для континента. Программы планирования семьи способствовали позитивным изменениям демографической ситуации в Алжире.

Ключевые слова: Алжир, демографическая политика, программа планирования семьи, традиционалистские поведенческие стереотипы, контрацептивные средства, снижение рождаемости

Для цитирования: Рыбалкина И.Г. Своеобразие демографической политики Алжира. Восток (Orient). 2025. № 5. С. 68–80. DOI: 10.31696/S086919080034874-8

PECULIARITIES OF ALGERIA'S DEMOGRAPHIC POLICY

© 2025

Inna G. RYBALKINA ^a

^a – Institute for African Studies, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia;
ORCID: 0000-0003-2590-4084; i.rybalkina@inafr.ru

Abstract: *Algeria is the only country in North Africa that achieved independence by force of arms during liberation struggle in 1954–1962. It coincided with the anti-colonialist movement that unfolded after World War II and largely determined the relatively peaceful “parade of sovereignties” on the continent. After the patriotic war, a steady population growth had been recorded until the early 1970s. The government, like in most newly liberated countries, opposed the policy of birth planning, considering it “machinations of imperialism” that prevented the population growth of the developing world. In the late 1970s, even in the absence of a strategy for regulating demographic processes, a gradual decline in the birth rate began. The first national population control program was elaborated as late as 1983. During the two decades of this program, fertility declined to the replacement level of 2.1. Later it spontaneously began to increase, reaching 2.9 in 2009.*

Demographers explain these dynamics by the stabilization of demand for contraception and a fixed increase in the marriage age. Basically, the matrix of demographic behavior is extremely inertial, conditioned by centuries-old traditions and customs. However, as a result of a balanced economic, social and cultural policy, aimed at raising the living and educational standards of the population, improving medical care, implementing a family planning strategy, there has been a decrease in the birth rate, an increase in the marriage age, average life expectancy has grown to 77 years – the highest indicator for the continent. Family planning programs contributed to positive changes in the demographic situation.

Keywords: Algeria, demographic policy, family planning program, traditionalist behavioral stereotypes, contraceptives, declining birth rate

For citation: Rybalkina I.G. Peculiarities of Algeria's Demographic Policy. *Vostok (Oriens)*. 2025. No. 5. Pp. 68–80. DOI: 10.31696/S086919080034874-8

В середине XX в. Алжиру пришлось перенести кровопролитную национально-освободительную войну за независимость против французского колониального владычества, когда французский контингент был доведен до 400 тыс., и погибло около 1,5 млн алжирцев при населении в то время менее 10 млн. Он стал единственной страной Северной Африки, добившейся свободы вооруженным путем. После завоевания независимости его ожидали в демографическом плане парадоксальные явления антиномии. Несмотря на многочисленные потери, преимущественно мужчин, во время военных действий (1954–1962), первая же в независимом Алжире перепись населения зафиксировала устойчивое увеличение его численности. В период между 1954 и 1966 гг., согласно статистическим данным, население возросло с немногим менее 9 млн до 12 млн человек при ежегодном среднем приросте в 2,6% [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 179]. При таких показателях население удваивается в течение 30 лет, и алжирские специалисты были обеспокоены предсказаниями Алжирской ассоциации демографических, экономических и социальных исследований (*Algerian Association for Demographic, Economic, and Social Research – AARDES*), что этот

рост будет увеличиваться и может достигнуть 4% в год к 1985 г. При подобном развитии событий население страны могло бы удваиваться менее чем за 20 лет.

Алжирское руководство, основываясь на концепциях социалистической ориентации, проводило внутривнутриполитический курс, направленный прежде всего на улучшение условий жизни широких масс трудящихся и повышение их жизненного уровня. Он включал создание учреждений и отделов здравоохранения, центров охраны здоровья матери и ребенка, позволивших снизить материнскую и детскую смертность, программы вакцинации от наиболее опасных болезней, субсидирование основных товаров широкого потребления, национализацию добычи углеводородов в 1971 г., введение бесплатного медицинского обслуживания в 1974 г., расширение образовательных возможностей для женщин и девочек, создание новых рабочих мест и пр. [Benzaid, 2024, p. 894, 899]. Благодаря улучшению работы систем здравоохранения, и, в частности, бесплатной вакцинации от пяти основных опасных заболеваний – туберкулеза, столбняка, коклюша, полиомиелита и оспы – постоянно снижались младенческая и материнская смертность, а также смертность детей до 5 лет, что способствовало увеличению продолжительности жизни [Moutassem-Mimouni, 2024].

Хотя перепись 1977 г. подтверждала алармистские выводы ученых, фиксируя рост численности населения в 3,2% в год за период 1966–1977 гг., статистические данные гражданской регистрации свидетельствовали, что в начале 1970-х гг. скорость роста населения стала снижаться [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013]. Политики осознали экономическую и социальную опасность показателей увеличения населения в 3%, но то обстоятельство, что они были ниже предсказанного уровня, отсрочило разработку детализированной демографической стратегии регулирования рождаемости в Алжире.

Лишь в 1983 г. была спроектирована первая официальная программа по контролю роста населения. Через два десятилетия после начала реализации программы, к 2000-м гг. рост численности населения снизился до 1,5%. Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) для женщин детородного возраста, составлявший более 8 в начале 1970-х гг., упал до 2,2 в 2000–2001 гг. [Locoh, Ouadah-Bedidi, 2014, p. 14]. Но правительство все ещё продолжало опасаться последствий волатильного роста населения. Политики действовали как бы вопреки развитию фактических демографических тенденций, поскольку к этому периоду времени рождаемость сократилась до почти заместительного уровня. Перепись 1998 г. свидетельствовала, что фертильность в некоторых алжирских городах упала ниже заместительного уровня в середине 1990-х гг. и *Papfam survey 2002* (опрос Национального комитета статистики) зафиксировал цифру 1,4 ребенка на 1 алжирку детородного возраста в городской среде в 2001 г. [PAPFAM, 2024].

И с тех пор рождаемость стала повышаться, достигнув 2,9 ребенка на 1 женщину в 2011 г. и 2,8 в 2022 г. [The World Bank, 2023].

1962–1975 гг.: ПРАВИТЕЛЬСТВО НЕ ПРЕПЯТСТВУЕТ БЫСТРОМУ РОСТУ НАСЕЛЕНИЯ

Через четыре года после окончания антиколониальной войны за независимость в 1966 г. были зарегистрированы наивысшие цифры рождаемости – более 8 детей на женщину, один из самых высоких показателей в мире в тот период. Эти значения также подтвердились в 1969–71 *multi-round survey*, где фиксировалось 8,1 детей на 1 алжирку в 1970 г. [Locoh, Ouadah-Bedidi, 2014, p. 14.] Всплеск рождаемости можно объяснить воссоединением семей после многолетних военных действий, а также эйфорией от факта освобождения от колониализма и возвращения к мирной жизни. В тот период правительство стремилось компенсировать серьезные потери населения в гражданской войне [Mechraoui, Djafoura,

Dey, 2023]. Поэтому демографическая динамика была ещё и результатом целенаправленного государственного курса. *AARDES* высказывала опасение, что этот взрывной рост в дальнейшем может ускориться.

Несмотря на призывы к активным действиям, правительство ещё не вполне акцентировало внимание на проблемах, вызванных быстрым ростом населения. В 1966 г. лозунг Национального союза алжирских женщин бороться за право планирования семьи был поддержан президентом Х. Бумедьеном, который признавал, что планирование репродуктивного поведения могло бы способствовать эмансипации женщин, как и защите здоровья матери и ребенка. Он одобрил открытие в 1967 г. экспериментального центра планирования интервалов между рождениями при госпитале *Mustapha Bacha* в Алжире, который создавался в качестве базовой организации министерства здравоохранения, использующей передовые методы охраны материнского и детского здоровья.

Обзор *AARDES* за 1967–1968 гг. свидетельствовал, что общественное мнение по вопросам планирования семьи в целом было относительно благоприятным, прежде всего среди молодежи и горожан. Но выявилось и негативное отношение к проектам контроля рождаемости в некоторых слоях общества, преимущественно в сельской местности, в основном вследствие жёсткой оппозиции религиозных деятелей, для которых концепция ограничения рождаемости являлась неприемлемой и противоречащей постулатам ислама. Авторы обзора высказали предположение, что публичное одобрение священнослужителями идеи планирования семьи могло бы оказать значительное влияние на общественное мнение [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 181]. Со своей стороны, Национальный институт здравоохранения Алжира разработал формулировку о жизненно важной необходимости «интервалов между рождениями», призванных сохранять здоровье матери и ребенка [Moutassem-Mimouni, 2024, p. 318]. Она нашла определенный отклик в среде духовенства, вызвавшего впоследствии согласие на разрешение своим прихожанам употребление контрацептивных средств. Признание политики правительства было получено в 1968 г., когда Высший исламский совет Алжира издал фетву, поддержавшую вышеуказанные концепции, что стало радикальным отходом от идеологии 1950–1960-х гг., усугублявшейся и осложнявшейся кровопролитной войной против колониализма.

Ещё в 1967 г. был создан первый экспериментальный центр установления интервалов между родами в столичном госпитале *Mustapha Bacha*, а затем два центра по планированию интервалов между рождениями было открыто в 1969 г. в других крупных городах – Оран на западе и Константина на востоке страны [Remili, 1972]. Но, несмотря на рост общественной заинтересованности демографическими проблемами, президент Х. Бумедьен в конце того же года заявил, что, стремясь обеспечить алжирскому народу достойный жизненный уровень, правительство не признает неверные утверждения и постулаты наподобие концепции контроля рождаемости, которые лишь отодвигают трудности вместо того, чтобы искать адекватные предложения. «Мы выбираем позитивные эффективные решения, в частности, создание больше рабочих мест для взрослых алжирцев, школ для детей и усовершенствованные социальные службы для всех» [Коуаоуси, 1996]. В тот период Алжир выступал на международной арене с отказом от любой демографической политики, подчеркивая, что развитие – это лучшая контрацепция, разделяя точку зрения подавляющего большинства развивающихся стран. На Всемирной демографической конференции в Бухаресте (1974) руководство Алжира объединилось с Китаем в идеологическом противостоянии концепции, что сокращение роста населения – это предпосылка и условие для развития. СССР и Китай выступили с особенно суровой критикой программ планирования семьи как ложного подхода, уводящего от социально-экономических преобразований и истинных реальных целей преодоления отсталости. Конференция не признала программы планирования семьи

фактором ускорения развития, однако и не отрицала ценность демографической политики, дипломатично утверждая полный суверенитет государств в этих вопросах. У стран Запада, по свидетельству экспертов Отдела народонаселения ООН, не было четкой консолидированной позиции: так, Франция, имевшая большое влияние в Африке и части Азии, индифферентно относилась в те годы к проблеме сдерживания роста населения [Иванов, 2011, с. 571–572].

Но в Алжире были и медицинские специалисты, поддерживавшие идею планирования семьи и контроля рождаемости. В трёх крупнейших алжирских городах пропаганда концепции адекватных безопасных интервалов между рождениями осуществлялась в рамках центров охраны здоровья матери и ребенка, и в 1971 г. министерство здравоохранения представило во Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) проект реализации национальной программы интервалов между родами – *Programme national d'espacement des naissances*. Официально программа начала реализовываться в 1974 г. благодаря активным усилиям М. Ладжали, руководителя головного центра охраны здоровья матери и ребенка; в тот период в Алжире функционировало лишь семь профильных центров на всю страну [Ladjali, 1985]. Поскольку спрос на услуги центров увеличивался, число их непрерывно возрастало. Но удовлетворить потребности в национальных масштабах удалось лишь к 1984 г., когда их стало 340. Эта программа, затрагивающая исключительно проблему интервалов между деторождениями, в определенной степени содействовала увеличению использования контрацептивных препаратов.

1975–1983: СНИЖЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОГРАММ ЕЁ ОГРАНИЧЕНИЯ

Под влиянием передовых социально-экономических преобразований правительства фертильность начала постепенно уменьшаться, в частности, с 8,1 в 1970 г. до 5,3 детей на одну женщину в 1981–1985 гг. Не только использование контрацепции значительно стимулировало данную тенденцию больше, чем предполагалось в национальной программе увеличения интервалов между рождениями, но и повышение возраста вступления в брак стало важным фактором снижения фертильности.

С 1970 по 1984–1985 гг. рождаемость в браке снизилась на 19% в результате увеличения употребления контрацепции, но общая фертильность¹ упала более чем на 33%, что может объясняться повышением брачного возраста. Наиболее заметно это явление, если рассматривать фертильность молодых женщин: в то время как повышение брачного возраста уменьшает общую фертильность на 45% для возрастной группы 20–24 года и даже на 78% для возрастной группы от 15 до 19 лет, другие факторы, включая контрацепцию, снижали брачную фертильность в этих возрастных категориях лишь на 21 и 12% соответственно [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 182].

¹ По определению ВОЗ, общий коэффициент фертильности – среднее число детей на одну женщину, которые были бы рождены, если бы все женщины доживали до конца своего детородного периода и рожали бы детей в соответствии с конкретным набором возрастных показателей фертильности. Расчет производится путем суммирования возрастных показателей фертильности по всем возрастным группам и умножения полученной суммы на длину диапазона, которой соответствует та или иная возрастная группа. В качестве источника обычно используются данные Всемирного банка, ПРООН и статистические ежегодники по странам.

Уровень общего коэффициента фертильности критически важен для государственных органов, которым необходимо планировать социальные услуги, прежде всего образование и здравоохранение. Этот показатель помогает прогнозировать демографические изменения и адаптировать политику в соответствии с потребностями населения; он влияет и на экономическое планирование, поскольку определяет будущий трудовой потенциал и потребительский спрос.

Брачный возраст поднялся до 21 года в начале 1960-х гг. и почти до 24 лет в начале 1970-х гг. Тенденция, отражённая в переписях населения, распространялась в период с 1966 по 1987 г., при этом возрастала пропорция и численность незамужних женщин всех возрастов: она увеличилась с 53% до 90% в возрастной группе 15–19, с 11 до 52% среди 20–24-летних и с 4 до 22% в возрастной группе 25–29 лет [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 182]. В 2005 г. брачный возраст устанавливался для всех в 19 лет. Законодательно подтверждалась тенденция, влиявшая на продление образовательного процесса; она увеличивала время учёбы в школе и облегчала доступ женщин на рынок труда – это два тренда, которые препятствуют ранним бракам, либо, иными словами, – ранним деторождениям.

ПРОГРАММА РЕГУЛИРОВАНИЯ РОСТА НАСЕЛЕНИЯ 1983 г.

После многочисленных дискуссий по проблемам народонаселения алжирское правительство в 1983 г. разработало детализированную демографическую программу. Она не оказала большого влияния на показатели фертильности, но способствовала выработке более позитивного взгляда в алжирском обществе на средства контрацепции. К началу 1980-х гг. политические деятели в основном не опасались негативной реакции священнослужителей, поскольку новая фетва Высшего исламского совета от 1982 г. подтвердила законность контрацептивных методов при условии добровольности и обоюдного согласия супругов.

Под влиянием общемировой рецессии, экономического кризиса 1980-х гг., процессов «застоя» и «перестройки» в СССР, падения мировых цен на нефть и множества иных внутренних и внешних факторов произошли изменение политического курса и определённый идеологический сдвиг в руководстве страны. В частности, в алжирском пятилетнем плане развития на 1980–1984 гг. демографическая проблема была названа решающей. Предполагалось, что экономическое и социальное развитие невозможно без соответствующего контроля роста населения [Paulet, 1994]. Как в тот период отмечал государственный секретариат по социальной политике, «действия, направленные на активное сокращение рождаемости, стали абсолютно необходимыми для повышения эффективности функционирования экономики и для удовлетворения социальных потребностей населения достаточным образом и с устойчивым результатом» [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 186]. В феврале 1983 г. правительством была принята Национальная программа по контролю роста населения. В том же году в журнале государственного секретариата по социальной политике *Information et éducation sociales* сообщалось: «Изучение баланса численности рождений и смертности свидетельствует о ежегодном приросте населения в 404 тыс. человек в 1965–1970 гг., около 675 тыс. человек ежегодно в 1980–1985 гг. и 1114 тыс. ежегодно в 2000–2005 гг.» [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, 186].

На Международной конференции по народонаселению в Мехико в 1984 г. алжирская делегация изменила прежнюю точку зрения и даже просила мировое сообщество о поддержке в проведении новой демографической политики, поскольку рост жителей страны стал рассматриваться в качестве «основного препятствия для процессов развития». Новая парадигма, противоположная высказывавшейся в Бухаресте в 1974 г., была сформулирована в ином экономическом и социальном контексте, отличном от ситуации десятилетней давности. После смерти президента Х. Бумедьена (1979) страна испытывала трудности по множеству направлений, среди которых – безработица, нехватка жилья, проблемы в области системы здравоохранения и высокая стоимость образования в вузах. На рост численности жителей указывали как на препятствие при реализации социально-экономического курса на удовлетворение базовых потребностей.

Национальная программа по контролю роста населения основывалась на опыте осуществления программы увеличения интервалов между рождениями 1974 г. Упор был сделан на совершенствование курсов подготовки акушеров и повышения их квалификации. В 1988 г. тематика контрацептивных средств и методов была включена в программу их обучения. В 1990-е гг. были созданы подготовительные курсы для медицинских работников различной специализации. Большое внимание также уделялось развитию сети первичных медицинских пунктов. Число центров по увеличению интервалов между родами и охраны здоровья матери и ребенка возросло с 260 в 1980 г. до 2500 в 1994 г. [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, 186]. Контрацептивные препараты стали предоставляться бесплатно. В 1985 г. программа начала распространяться в масштабах всей страны, когда чётко давалось понять, что государство полностью одобряет политику планирования семьи [Oussedik et al., 1989]. Однако эта рекламная кампания не имела успеха и была быстро свернута.

В конце 1980-х гг. демографическая программа подверглась тщательной проверке, которая выявила, что её реализация оказалась неудовлетворительной. Помимо недостаточного снабжения контрацептивами, сообщалось о сложностях в управлении, предоставлении информации и повышении осведомлённости населения о возможностях регулирования рождаемости. Эффективность программы была поставлена под сомнение [Oussedik et al., 1989; Paulet, 1994]. Меры по её совершенствованию предпринимались в начале 1990-х: так, в 1991 г. акушерки получили разрешение выписывать контрацептивные препараты, советовать и апробировать различные методы контрацепции. По результатам Международной конференции по проблемам народонаселения в Каире в 1994 г. демографическая программа была расширена, в неё включался пункт о репродуктивном здоровье – новая концепция, основанная в том числе и на международных рекомендациях, и в 1995 г. создается национальный комитет по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи. Эти мероприятия оказались малоэффективными. Через несколько лет оценка стала еще более неблагоприятной: программу следовало бы полностью пересмотреть. Специалисты констатировали: «Службы были лучше структурированы в период реализации политики увеличения интервалов между родами. Как только демографическая политика была принята, работа низовых организаций стала менее эффективной» [Kouaoui, 1996].

В 1995 г. предпринималась серьёзная попытка укрепить и расширить демографическую программу. Её значимость для всей страны была подтверждена на государственном уровне: центральное правительство обеспечило её организацию, работу и финансирование. В то время как принцип добровольности в процессах регулирования рождаемости сохранялся, акцент делался на улучшении доступа к услугам планирования семьи, интегрированным со службами репродуктивного здоровья, и сокращении культурных и социальных препятствий при восприятии и реализации концепций планирования семьи.

Бюджет в размере 161 млн динаров (эквивалентный 8 млн долл. США на тот период) выделялся по финансовому закону 1996 г., и оральные таблетированные контрацептивы освобождались от налогов и пошлин для снижения их стоимости. Два года спустя правительство переориентировало программу, и демографическая политика стала частью многопрофильной стратегии всеобъемлющего устойчивого развития. Демографическая составляющая теперь имела три основные функции: развитие программы планирования семьи, интенсификация снабжения, улучшение возможностей для сбора, анализа и обобщения демографических данных.

ПЕРИОД ОГРАНИЧЕННОГО ВЛИЯНИЯ ПРОГРАММ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ НА СНИЖЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ

Несмотря на критику демографической программы, вслед за её введением последовало определённое ускорение темпа снижения фертильности. Суммарный коэффициент рождаемости на одну женщину упал с 6,2 ребенка в 1985 г. до 3,5 в 1995 и 2,2 к 2000–2001 гг., т. е. за 15 лет имело место падение на 60% [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 188]. Но в данный период ни политические деятели, ни ученые-исследователи не усматривали в этом влияния демографической программы. Хотя она действительно содействовала увеличению использования контрацептивных препаратов с 25% среди замужних женщин детородного возраста в 1984 г. до 57% в 1995, этот показатель впоследствии оставался почти постоянным, приблизительно на уровне 60%, в последующие годы [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 188]. Интенсивное снижение фертильности было обусловлено контролем рождаемости в браке; кроме того, продолжал повышаться возраст вступления в брак.

Повышение брачного возраста ускорилося в 1980-х и 1990-х гг., с 23,7 лет в середине 1970-х гг. до 30,5 к концу 1990-х гг. – увеличение почти на семь лет за немногим более двух десятилетий. Помимо этого, численность незамужних алжирок соответствующих возрастных групп особенно резко возросла в период между 1987 и 1998 г. [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 188].

Планомерной социальной политикой правительству удалось повысить средний возраст вступления в брак, в особенности для женщин, что служило важным опосредованным фактором сокращения рождаемости. Это было достигнуто в 1990-е гг., когда брачный возраст стал наиболее заметно возрастать. В 1998 г. он достиг 27,7 лет для девушек, затем 29,8 в 2006 г., 29,1 в 2008, 32 года в 2010, 31,6 в 2018 г. [Mechraoui et al., 2023, p. 44]. Тем самым естественным образом откладывалось рождение первого ребенка в семье.

Ранее, чтобы добиться подобных целей, а также повысить культурный и образовательный уровень населения, правительство ввело указ о бесплатном и обязательном школьном образовании, увеличив посещаемость школ девочками с 32,9% в 1966 г. до 91,67% в 2008 г. [Mechraoui et al., 2023, p. 45]. Государство предпринимало значительные усилия в этом направлении, форсируя строительство школ и подготовку учителей.

Для того чтобы женщины смогли завершить образовательный процесс, выйти на рынок труда, сбалансировать личную/семейную жизнь с обучением и работой, необходимы были широкая популяризация и более активное внедрение контрацептивных методов. В СМИ были развернуты просветительские общеобразовательные кампании, чтобы повысить осведомленность о рисках для здоровья при частых родах и о других многочисленных аспектах женского здоровья. Употребление контрацепции постепенно стало возрастать, увеличившись с 7,6% в 1970 г. до 78,6% в 2019 г., соответственно сократилось число женщин, не доверявших контрацептивным средствам, с 92,4% в 1970 г. до 21,4% в 2019 г. [Mechraoui et al., 2023, p. 46].

По свидетельству алжирских учёных, суммарный коэффициент рождаемости упал с 7,1 в 1966 г. и 7,8 в 1970 г. до 3,023 в 2018 г. Эволюция СКР происходила постепенно, но неуклонно – 6,4 в 1985; 4,9 в 1986; 4,7 в 1992; 3,9 в 2002; 2,27 в 2006; 3,1 в 2017... [Mechraoui et al., 2023, p. 47]².

² Данные Всемирного банка, в основном, совпадают со свидетельствами алжирских демографов: снижение СКР с 7,5–7,7 в 1960–1969 гг., затем с 7,6 в 1970–1971 гг. постепенно до 7 в 1980 г., 6 в 1985 г., 4,6 в 1990 г., 3,1 в 1996 г., 2,6 в 2000 г., 2,5 в 2001–2004 гг. Впоследствии стало фиксироваться возрастание рождаемости: с 2,6 в 2005 г. до 2,9 в 2011, 3,1 в 2016, 3 в 2017–2019 гг., 2,8 в 2022 г. [The World Bank, 2023].

Вероятно, было бы неверным объяснять увеличение использования контрацептивных средств лишь реализацией демографической программы. Хотя она содействовала применению контрацептивов, обеспечивая неограниченный бесплатный доступ к современным методам, в основном, к таблетированным препаратам для всего населения, тем не менее женщины и семейные пары должны были выбирать какие-либо определенные виды контрацепции. Выбор в значительной степени был результатом трансформации алжирского общества под воздействием трёх основных взаимосвязанных факторов: расширения образовательных возможностей, доступа женщин к рынку труда и урбанизации. Это характерные атрибуты демографического перехода [Joshi, David, 2002] и теорий фертильности [de Bruijn, 2002]; они применимы преимущественно к развивающимся странам, включая Алжир [Ouadah-Bedidi, 2004; Ouadah-Bedidi, Vallin, 2006]. Даже при отсутствии программы планирования семьи вышеуказанные мощные факторы модернизации демографического поведения заставили бы алжирок ограничить деторождение, что они и стали делать до её введения. И не менее важно, Алжир, как многие развивающиеся страны, испытал на себе серьёзное влияние экономического и социального кризиса 1980-х гг., которые усугубила гражданская война 1990-х гг. «Кризис мальтузианства» [Reproduction, 1989] объединил свои последствия с воздействиями предыдущего развития [Ouadah-Bedidi, 2004].

НЕКОТОРЫЙ РОСТ РОЖДАЕМОСТИ ЗА ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛИТИЕ В УСЛОВИЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ

Из двух важнейших целей, поставленных, когда государственная политика сокращения рождаемости претерпела изменения в 1995 г., – добиться СКР 2,5 к 2005 г. и 2,1 к 2010 г. – первая была почти достигнута к 1997 г., о котором перепись населения 1998 г. сообщала, что в тот момент фиксировался СКР 2,7. Вторая была реализована почти на десять лет раньше установленного срока, когда обзор *Papfam 2002* зафиксировал 2,2 ребенка на женщину в 2001 г. Вместе с тем правительство продолжало считать, что тенденции рождаемости в Алжире все ещё представляют собой помеху процессам развития. Поэтому в 2000-х гг. предпринимались дальнейшие шаги для совершенствования политики планирования семьи. В 2001 г. пересматривалась организационная структура министерства здравоохранения и народонаселения и Совету министров был представлен отчет о демографической ситуации и перспективах её эволюции до 2010 г. на основе результатов переписи 1998 г. Чтобы учитывать наблюдаемые региональные различия, возникла необходимость в реорганизации и корректировке стратегий и целей. Был инициирован процесс передачи национальных демографических программ на местный уровень. В каждой провинции стали формироваться комитеты по проблемам народонаселения для реализации политики в соответствии с национальными целями и местными условиями [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 191].

В те годы восприятие алжирским правительством тенденций в эволюции рождаемости, вероятно, больше зависело от таких показателей, как уровень рождаемости или уровень естественного прироста, чем от СКР. Напротив, продолжавшееся падение рождаемости ниже уровня воспроизводства и, следовательно, замедление роста населения были бы гораздо более вероятными событиями.

Вопреки всем ожиданиям, произошло обратное. Рождаемость в Алжире не только прекратила снижаться, достигнув заместительного уровня, но с тех пор непрерывно стала возрастать. Она увеличилась до 2,3 ребенка на женщину в 2005 г., 2,8 в 2007–2008 гг. и 2,9 в 2010 г. [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 192]. Ныне Алжир занимает второе место в Северной Африке (48 млн в 2025 г.) по числу жителей после Египта, и фертильность там фиксируется в диапазоне от 2,88% в 2011 г. до 2,94% (2020 г.). Это прогрессирование привело к неза-

медлительному повышению численности населения с 36 млн до 43 млн в течение 10 лет. В соответствии с имеющимися демографическими данными, прогнозируется прибавление населения ещё на 8 млн человек к 2030 г. [Mohammed, 2024, p. 71]. Но чем можно объяснить это неожиданное явление?

Как отмечалось ранее, с 1995 г. использование контрацептивных препаратов, по-видимому, стабилизировалось на уровне 60%, при этом использование современных средств и методов едва превышало 50% [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 192]. Кроме того, расчеты, основанные на исследовании *Papfam* и свидетельствах гражданской регистрации браков, показывают, что средний возраст вступления в брак снизился примерно на один год с 30,5 до 29,4 в период с 1998 по 2002 г.

Примечательно, что рост фертильности произошел сначала в городах и лишь затем в сельской местности, где он был значительно менее выраженным. По аналогичному образцу повышение уровня репродуктивности наблюдалось сначала среди более образованных женщин и лишь затем среди неграмотных. Те же самые социальные слои, которые можно назвать пионерами снижения рождаемости, теперь инициировали тенденцию к его возрастанию [Ouadah-Bedidi, Vallin, Bouchoucha, 2012, p. 3–4].

Рост рождаемости во второй половине 2000-х – начале 2010-х гг. после многолетнего снижения наблюдался не только в Алжире, но и в большинстве стран Северной Африки – например, в Египте, Тунисе, Марокко (в последнем случае в меньшей степени). Экономические трудности, связанные с особенностями динамики развития в данный период: общемировой рецессией, началом глобального финансового кризиса в 2008 г., не только резким сокращением финансирования программ планирования семьи, но и фактическим его прекращением к 2012 г. со стороны международных организаций, постоянными активными попытками исламистов прийти к власти на волне народного недовольства, усилением их влияния, усилением консерватизма в стиле жизни в связи с попытками фундаменталистов воспользоваться социально-экономической нестабильностью и протестным потенциалом молодежи и с рядом других факторов, можно ассоциировать с периодом роста показателей фертильности в этих странах. Ряд демографов отмечает «молодёжный бугор» – резкий рост молодого населения (15–29) – как фактор социально-политической дестабилизации, но не самостоятельный, а в привязке, прежде всего к экономическим потрясениям [Korotaev, Zinkina, 2024]. «Молодёжный бугор» может быть предиктором социополитической дестабилизации при совпадении совокупности нескольких составляющих, таких как ухудшение экономической ситуации, высокая безработица, экономическое неравенство, усиление социального расслоения, ухудшение уровня жизни, коррупция и др. Вместе с тем «молодёжный бугор» не имеет в исламских монархиях той дестабилизирующей силы, которая свойственна ему в других политических мирах, так как у исламистских радикалов почти нет оснований для критики т. н. неисламского, неправильного курса монархического правительства [Хохлова, Коротаев, 2020].

Акцентируя внимание после завоевания независимости на первоочередных задачах базовых социально-экономических преобразований – национализации в промышленности и сельском хозяйстве, ликвидации эксплуатации человека человеком, расширении и укреплении самоуправляемого сектора народного хозяйства, участии трудящихся в контроле над экономической и финансовой деятельностью правительства, повышении жизненного уровня населения, развитие образования и национальной культуры, – которые могли бы, по мысли алжирского руководства, соответствовать главному – социалистической ориентации, фиксировавшейся в Конституции до 2020 г., алжирское правительство стремилось повысить образовательный уровень населения, особенно женщин, совершенствовать систему здравоохранения, учебные и научные учреждения, средства массовой информации и др.

Но под влиянием экономического кризиса 1980-х гг., вызванного в том числе общемировой рецессией, тенденциями «застоя» и «перестройки» в экономике СССР, «рейганомии» в США и падением мировых цен на нефть (нефтегазовая промышленность обеспечивала до 97% экспортных поступлений Алжира), внутривнутриполитическая и социально-экономическая обстановка в стране дестабилизировалась, чем впоследствии в 1990-е гг. стремились воспользоваться оппозиция, и в особенности исламские фундаменталисты.

Программы планирования семьи разрабатывались и реализовывались в сложной экономической и социально-политической обстановке. Когда, начиная с 1986 г., темпы развития народного хозяйства стали отставать от интенсивности прироста населения, государство вынуждено было проводить политику строгой экономии, что в первую очередь ударило по наименее обеспеченным слоям населения, провоцируя социальную нестабильность.

Во внутренней политике, по мнению ряда западноевропейских ученых, программы планирования семьи африканских правительств почти не содействуют снижению рождаемости в странах со значительным её уровнем: «они не способствуют снижению рождаемости в тех странах, где она считается слишком высокой» [Vallin, Locoh, 2001; Vallin 2012]. «Такие программы лишь мотивировали и поддерживали основные изменения во взглядах и в общественном мнении, в лучшем случае предвосхищая их, но в основном обеспечивая моральную поддержку изменениям в демографическом поведении» [Ouadah-Bedidi, Vallin, 2013, p. 193].

Североафриканские исследователи, со своей стороны, называют наиболее значимыми детерминантами процессов снижения рождаемости данные программы и применение контрацептивных средств, но также юридические установления (в частности, законодательное повышение брачного возраста, направленное против ранних/детских браков и др.), что способствует процессу эмансипации женщин, а среди наиболее заметных опосредованных факторов – повышение образованности алжирок и их доступ на рынок труда [Bousnina, 2023].

Поскольку демографическая политика – долгосрочная стратегия, связанная с определенной трансформацией многовековых традиционалистских поведенческих стереотипов, её результаты проявляются в довольно длительной перспективе. Как подчеркивает член-корреспондент РАН И.О. Абрамова, «... модель демографического поведения, по сравнению с моделью экономического развития является гораздо более инерционной, поскольку в значительной степени обусловлена традициями и стереотипами, складывавшимися веками» [Абрамова, 2022, с. 184]. Проведение алжирским правительством неуклонного социально-ориентированного внутривнутриполитического курса в интересах трудящихся стимулировало повышение социально-экономического уровня, способствовало, в частности, всестороннему охвату школьным образованием, что непосредственно приводило к реализации важного фактора снижения рождаемости – увеличению брачного возраста. В результате сбалансированной экономической, социальной, медицинской и культурной политики руководства страны супружеские пары, которые стремились ограничить число детей, получили моральную и материальную поддержку. Заметное влияние оказала и программа планирования семьи, которая либерализовала и облегчила доступ к контрацептивным средствам, пропагандируя концепцию регулирования численности семейного коллектива. В настоящее время применение контрацепции в Алжире одно из самых высоких в Северной Африке – 57%, т. е. фиксируется сразу же после Марокко (71%) и Египта (59%) [Moutassem-Mimouni, 2024, p. 322].

Позитивным изменениям, произошедшим в демографии Алжира в последние десятилетия (в частности, страна возглавляет рейтинг государств континента по ожидаемой продолжительности жизни – 77 лет), способствовали как внутривнутриполитический и эконо-

мический курс правительства, так и государственные программы планирования семьи, направленные на уменьшение её размеров, постепенную эволюцию и модификацию поведенческих стереотипов и взглядов населения, повышение качества человеческого капитала и стимулирование динамики социально-экономического развития общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

Абрамова И.О. Народонаселение Африки в условиях трансформации мирового порядка. Абрамова И.О., Фитуни Л.Л. *Вопросы современной африканистики и проблемы развития*. М.: ИАФР РАН, 2022. С. 183–199 [Abramova I.O. Population of Africa in the Context of Transformation of the World Order. Abramova I.O., Fituni L.L. *Contemporary Issues in African Studies and Socio-Economic Development*. Moscow: IAS RAS, 2022. Pp. 183–199 (in Russian)].

Иванов С.Ф. Снижение рождаемости в странах Юга: политика вокруг политики. *Экономический журнал Высшей школы экономики*. 2011. Т. 15. № 4. С. 565–582 [Ivanov S.F. Decreasing Fertility in the Global South: Policies about Policies. *The HSE Economic Journal*. 2011. Vol. 15. No. 4. Pp. 565–582 (in Russian)].

Хохлова А.А., Коротаев А.В. Исламские монархии, «молодежный бугор» и социально-политическая дестабилизация. Кросс-национальный анализ. *Системный мониторинг глобальных и региональных рисков*. Волгоград: Издательство «Учитель», 2020. Ч. 1. Т. 11. С. 239–264 [Khokhlova A.A., Korotaev A.V. Islamic monarchies, the “youth boom” and socio-political destabilization. Cross-national analysis. *Systemic monitoring of global and regional risks*. Volgograd: Publishing house “Uchitel”, 2020. Part 1. Vol. 11. Pp. 239–264 (in Russian)].

Benzaid R. Demographic transition and family development in Algeria. *MAAREF*. 2024. Vol. 19. No. 1. Pp. 892–911.

Bousnina A. La baisse de la fécondité et le développement en Tunisie. *Dirassat wa Abhath Review. L'Université de Djelfa. Algérie*. 2023. Vol. 15. No. 1. Pp. 70–93.

de Bruijn B. Fécondité: théories, structure, modèles, concepts. *Démographie: Analyse et Synthèse. II. Les déterminants de la fécondité*. G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (eds.). Paris: INED. 2002. Pp. 407–447.

Joshi H., David P. Le contexte économique et social de la fécondité. *Démographie: Analyse et Synthèse. II. Les déterminants de la fécondité*. G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (eds.). Paris: INED, 2002. Pp. 327–374.

Korotaev A.V., Zinkina J. Forthcoming youth bulge in Egypt: possible sociopolitical implications. *Journal of North African Studies*. 2024. Vol. 29. No. 5. Pp. 841–860.

Kouaouci A. Genèse de la politique de population en Algérie (1962–1979). *Congrès régional arabe de population*. Le Caire. 1996. Vol. 2. Pp. 408–441.

Ladjali M. *L'Espace des naissances dans le Tiers-Monde: l'expérience algérienne*. Algiers: OPU, 1985.

Locoh Th., Ouadah-Bedidi Z. *Familles et rapports de genre au Maghreb. Évolutions ou révolutions?* Paris: INED, 2014.

Mechraoui L., Djafoura M., Dey S. Population Policy in Algeria: Between Planning and the Reality of Achieving the Goal of Birth Spacing. *Social Empowerment Journal. University Amar Telidji of Laghouat-Algeria*. 2023. Vol. 05. No. 04. Pp. 39–49.

Mohammed Y.A. Fertility, marriage age, and contraceptive use in Central Asia and North Africa: A Comparative Study. *Женщина в российском обществе*. 2024. №2. С. 55–74 [Mohammed Y.A. Fertility, marriage age, and contraceptive use in Central Asia and North Africa: A Comparative Study. *Woman in Russian Society*. 2024. No. 2. Pp. 55–74 (in Russian)].

Moutassem-Mimouni B. Le soixantième anniversaire de l'indépendance: Esquisse du devenir de la femme algérienne d'hier à aujourd'hui. *Revue recherches et études en sciences humaines*. 2024. Vol. 18. No. 1. Pp. 309–328.

Ouadah-Bedidi Z. *Baisse de la fécondité en Algérie: transition de développement ou transition de crise?* Thèse de doctorat. Démographie économique. Paris: Institut d'études politiques, 2004.

Ouadah-Bedidi Z., Vallin J. Maghreb: la chute irrésistible de la fécondité. *Population et société*. 2000. No. 359. Pp. 1–4.

Ouadah-Bedidi Z., Vallin J. *Étude sur les déterminants de la fécondité en Algérie: Rapport final*. Paris: INED, 2006.

Ouadah-Bedidi Z., Vallin J. Fertility and Population Policy in Algeria: Discrepancies between Planning and Outcomes. *Population and Development Review*. 2013. Vol. 38. Pp. 179–196.

Ouadah-Bedidi Z., Vallin J., Bouchoucha I. La fécondité au Maghreb: nouvelle surprise. *Population et Société*. 2012. No. 486. Pp. 1–4.

Oussedik F., Belhouari-Musette D., Hadjidi C., Khodja S. *Femmes et fécondité en milieu urbain*. Algiers: CREAD, FNUAP, FAO, 1989.

PAPFAM. <http://www.papfam.org/pap/English/engindex.html> (accessed: 11.02.2024).

Paulet C. Politique de population et donateur multilatéral: expériences et leçon du terrain. *L'évaluation des politiques et programmes de population*. F. Gendreau, D. Nzita Kikhela, V. Guérin (eds.) Paris: John Libbey Eurotext, 1994. Pp. 179–189.

Remili A. Planification économique et planification démographique: une équation complexe. *Développement et civilisation*. 1972. No. 47/48. Pp. 34–48.

Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa. R. Lesthaeghe (ed.) Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1989.

Vallin J. Faut-il une politique de population? *Population et Sociétés*. 2012. Mai. No. 489. Pp. 1–4.

Vallin J., Locoh T. Les leçons de l'expérience tunisienne. *Population et Développement en Tunisie. La Métamorphose*. J. Vallin, T. Locoh (eds.) Tunis: Cérès Editions, 2001. Pp. 569–580.

The World Bank. 2023. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN> (accessed: 20.10.2024)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

РЫБАЛКИНА Инна Геннадьевна – кандидат исторических наук, старший научный сотрудник Центра социологических и политологических исследований, Института Африки РАН, Москва, Россия.

Inna G. RYBALKINA, PhD (History), Senior Research Fellow, Center for Sociological and Political Sciences Studies, Institute for African Studies, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.