

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA

Femmes, environnement et santé

INTRODUCTION

Le thème "femme et environnement" a acquis récemment une certaine place en tant que domaine de recherche et de préoccupation. La reconnaissance de son opportunité semble être liée à la mise en relation de ces deux "oubliés" voire ces deux victimes de certaines stratégies de développement. En effet l'environnement subit une détérioration croissante et les femmes sont toujours l'objet de discriminations de toutes sortes.

La production d'analyses universitaires dans le domaine est très récente. On commence à peine à saisir la complexité des questions y relatives.

Mais tout d'abord on peut se poser des questions :

- Peut-on ou faut-il examiner la question des femmes par rapport à l'environnement ? Existe-t-il une relation entre les deux ?
- Les femmes apportent-elles ou peuvent-elles apporter une certaine perspective à la régénération de l'environnement ? Faut-il les considérer comme des intervenantes actives ? Les femmes peuvent-elles apporter une élévation significative du niveau de santé dans un pays ? Dans cette intervention centrée sur l'Algérie, nous tenterons de poser quelques liens entre environnement et santé d'abord. Ensuite, nous nous attacherons à préciser le rôle de la femme dans la production d'un niveau de santé.

I. DEVELOPPEMENT-ENVIRONNEMENT-SANTE

La politique est masculine voire masculiniste en Algérie, les politiques de développement aussi... - et plus particulièrement certains de leurs aspects. Cela a fonctionné... et fonctionne toujours au détriment des femmes qui ne sont nullement associées à la décision.

En effet, les décideurs politiques, les décideurs publics sont essentiellement, pour ne pas dire totalement, du genre masculin. Ce sont eux qui allouent les ressources collectives. Les besoins des femmes sont rarement pris en considération.

Ils ont longtemps perçu le développement - ne le perçoivent-ils pas encore en termes d'accumulation de choses, de marchandises à produire - en plus grand nombre possible - même s'il y a échec à ce

niveau. Ils se situent dans la mouvance de ceux qui, sur le plan international, planifient leur obsolescence rapide - particulièrement de celles qui constituent des "signes" sociaux (voiture, produits électroniques, etc.). D'où une accélération des consommations de matières premières et conséquemment une dégradation des ressources naturelles à l'échelle mondiale, mais avec des aspects différenciés pour chaque pays ou catégorie de pays. En effet, cette volonté de multiplier -à n'importe quel prix- ces marchandises, jointe à la non prise en compte du caractère non renouvelable de certaines matières premières constitue une cause majeure de la dégradation et de la destruction de l'environnement. Ce dernier étant soumis à l'action prédatrice de l'homme. Par les prélèvements qu'il opère, mais aussi par les évacuations et les déchets qu'il rejette dans le milieu. Ceci est, à vrai dire, une attitude assez généralisée de par le monde.

Certaines actions "de développement" se traduisent alors par des régressions sensibles du point de vue de la santé de la population. Les femmes - la plupart du temps elles aussi les oubliées des aspects positifs du développement - supportent de façon particulière cette liaison Environnement-Santé. Elles en sont souvent aussi les plus grandes victimes, même si de façon générale, elles jouent un rôle prépondérant dans la production du niveau de santé d'une population. Rôle qui n'est pas (encore) reconnu.

En effet, certaines actions de "développement" contribuent d'abord à la dégradation du milieu et du cadre de vie. L'Algérie connaît aujourd'hui de sérieux problèmes d'environnement résultant en grande partie d'actions anthropiques se greffant sur des conditions écologiques et climatiques difficiles. En particulier, l'irrégularité et la violence des précipitations, coupées d'épisodes de sécheresse intense, favorisent le déséquilibre d'écosystèmes fragiles. C'est sur ce contexte que, soit dans le cadre d'activités "normales" ou de "développement" industriels ou agricoles que l'on note une altération et une dégradation de l'écosystème. Il en résulte une superposition parfois dramatique de problèmes d'environnement qui ont tous un grand retentissement sur la santé.

- Propres aux pays en voie de développement et en particulier aux régions semi-arides avec pression sur les ressources naturelles et spécialement l'eau. D'où des pathologies induites spécifiques à ce contexte.

- Propres aux pays développés avec la pollution des villes, des plages et des côtes et donc des pathologies résultant de ces nouvelles formes de dégradation. En fait il ne s'agit là que d'un élargissement de la prise en considération des déterminants sociaux et économiques de la santé appréhendés sous le prisme particulier de l'environnement. En effet, au delà des problèmes strictement économiques que cela pose et que nous n'aborderons pas ici, cette situation a des répercussions manifestes sur les problèmes de santé : multiplication des maladies respiratoires, cardio-vasculaires, accidents du travail et de la circulation qui se superposent aux problèmes anciens de santé non parfaitement maîtrisés.

La dégradation des ressources naturelles, se traduit en particulier par la régression du couvert végétal et la progression ou l'apparition des paysages désertiques. Ceci résulte en particulier de l'action éolienne, de la surexploitation des parcours au niveau de la steppe, du surpâturage et des coupes sauvages d'arbres dans le Tell auxquels s'ajoutent incendies et érosion hydrique. D'où un rétrécissement de la base naturelle de production, du facteur de production support de l'activité humaine - qui se trouve être rare en Algérie. La faiblesse de la SAU par personne est automatiquement faible et ne cesse de s'affaiblir. Cela se traduit aussi par des baisses de production et de productivité de la terre - et donc des problèmes de nutrition de la population qui, avec le "P.A.S" et donc l'inflation ouverte, sont considérablement accentués.

Les ressources en eau : qu'elles soient souterraines ou de surface ont été aussi fortement surexploitées ces dernières années suite à une longue sécheresse.

Cela agit dans le même sens que précédemment.

- Les industries : Elles ont été implantées dans le cadre de l'action de développement. Elles utilisent le plus souvent des processus de production par voie humide (plus disponibles et moins onéreux sur le marché mondial) qui ne recyclent pas leurs eaux - et qui rejettent des effluents liquides et gazeux directement dans le milieu.

D'où une pollution chimique des eaux (superficielles ou souterraines) et de l'atmosphère. De plus elles sont grosses consommatrices d'eau, le facteur le plus rare, le plus limitant de toutes les activités... le plus gaspillé aussi suite à une gestion technique et économique désastreuse.

- La dégradation du cadre urbain :

Les plus grandes villes en Algérie n'étaient pas prévues pour accueillir des flots de population aussi importants. Il n'y eut pas par la suite une véritable politique de développement urbain d'où une forte dégradation du cadre de vie en particulier des plus grandes villes qui ont constitué le déversoir des migrations rurales. D'où des taux d'occupation des logements fort élevés.

Parallèlement le développement des bidonvilles tant dans les espaces internes qu'externes aux villes est observé malgré des opérations de dé-bidonvilisation. Il y a insuffisance en matière d'approvisionnement en eau potable. La gestion de la distribution de cette eau ainsi que celle qui est usée est déficiente avec des répercussions négatives sur la santé.

Le raccordement de la population au réseau d'eau potable n'est pas intégral malgré les efforts considérables (75 %). De plus les eaux destinées à la consommation humaines ne sont pas rigoureusement traitées ni contrôlées. Les réseaux de distribution d'eau sont dans un état de vétusté avancée et manquent des nécessaires travaux

d'entretien. Les eaux usées ne subissent aucun traitement préalablement à leur rejet dans les oueds ou à la mer. Le développement des maladies à transmission hydrique s'explique largement par ces facteurs.

La gestion des déchets solides urbains n'est pas meilleure : Ils sont mis en décharge soit en site sauvage, soit désigné. Cela explique la détérioration d'abord lente puis rapide de l'hygiène publique et le développement des maladies transmissibles.

La pollution atmosphérique devient de plus en plus préoccupante dans les grands centres urbains où le phénomène est particulièrement élevé. Il est observable en particulier lors des inversions de température que connaît l'atmosphère. Il est dû à la circulation automobile. Il est d'autant plus dense que les transports en commun sont mal organisés. De plus beaucoup d'unités industrielles sont insérées dans le tissu urbain ou à proximité. Il est amplifié par une trame urbaine dense, peu propice à la dilution des gaz et autres vapeurs. Les études épidémiologiques permettent d'établir une forte corrélation entre niveaux de pollution et maladies respiratoires et cardio-vasculaires. Les concentrations dans l'air de certains polluants peuvent atteindre des niveaux dangereux pour les personnes fragiles du coeur et des poumons, particulièrement celles qui vivent dans les espaces confinés. Ce qui semble être le lot de la plupart des femmes dans les nouveaux types d'habitat : appartements en hauteur sans la courette traditionnelle, espace de prédilection des femmes au foyer.

La non prise en considération systématique de la santé, qui dans beaucoup de cas équivaut à une protection de la nature et de l'environnement, du cadre de vie - dans les actions dites de développement - s'avère très coûteux pour la collectivité. Mais c'est un coût qui n'est pas relié à l'action, ni supporté par ceux qui le produisent. C'est la collectivité qui paye à travers la gratuité - en fait ses producteurs seulement du fait de la forte socialisation de la dépense de santé.

II. SANTE-DEVELOPPEMENT ET FEMMES

On a trop tendance à oublier, surtout dans nos pays, que la femme constitue un des principaux "gestionnaires" de la santé sans qu'elle soit un décideur public, sans qu'elle puisse réellement infléchir le sens des décisions prises et c'est là le plus grand des paradoxes de cette situation. Mais par ailleurs les femmes sont aussi les plus grandes victimes d'un système de soins trop centré sur les pathologies "lourdes" plus masculines. En effet le problème de la santé n'est pas un problème uniquement technique qui relèverait de façon neutre des "professionnels" de la santé. Le fait commence à être reconnu ailleurs, même si les systèmes de santé restent sous le contrôle quasi-exclusif de ces derniers. Le problème est aussi de nature politique, dans la mesure où il implique des décisions d'affectation de ressources collectives et de choix de priorités qu'ils soient implicites ou explicites. Or beaucoup de ces choix sociaux sont implicites et jouent en défaveur

des femmes. Cela est particulièrement net en matière de santé en Algérie.

A - La femme en tant que productrice du niveau de santé dans les milieux sous-développés : cela prend deux aspects.

* Explicite : Cela concerne la femme en tant que professionnelle des soins : Le degré élevé de féminisation des professions de santé montre que sa participation au fonctionnement de l'appareil officiel des soins est importante à tous les niveaux. Mais les postes les plus élevés, les postes de décision restent masculins. Le corps des infirmiers - et de façon générale, le paramédical est largement féminisé. Il en est de même pour les corps des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes... (plus de 55 % pour ces derniers en 1991 selon les derniers chiffres publiés.

Qu'en est-il de celui de professeurs de médecine ? Qu'en est-il surtout de celui de Directeur de secteur sanitaire ou de Directeur d'hôpital ? Aucune femme n'a encore accédé à ces postes. Bien que ce soit là l'aspect le plus visible, le plus mis en avant, ce ne sont pas ces femmes là qui jouent le plus grand rôle dans la production du niveau de santé à l'échelle de la nation parce qu'elles n'interviennent qu'en tant que techniciennes des soins, à l'instar de leurs collègues masculins. Dans un système qui laisse les hommes se détériorer :

- par suite de la "dégradation" du milieu, et donc de l'environnement dans lequel ils vivent ;
- dégradation de sous-développement : eau, milieu de vie, et d'habitat ;
- dégradation de "développement" : pollution, accidents et maladies professionnelles du travail.

* Implicite : C'est en tant qu'agent implicite de gestion de la santé de la famille, qu'elle contribue le plus à la formation du niveau de santé de la population - Sans qu'elle soit elle-même le plus souvent consciente de ce rôle qui découle des rôles qu'elle assume en tant que femme seulement. Dont les capacités d'expression et/ou de modification de la décision publique sont très restreintes. Ce qui explique que finalement elle se retrouve la plus grande victime d'un système de santé - qui autorise une mortalité maternelle élevée. De l'ordre de celle qui prévalait au XVIIème siècle en Europe - mais avec des moyens financiers, techniques et humains que l'Algérie a mis généreusement à la disposition des structures sanitaire : plus de 6 % du PIB en 1989. D'une PIB qui a été très fortement croissante de 1970 à 1985.

En tant que femme seulement : c'est-à-dire à partir des multiples rôles et fonctions qu'elle assume au sein de la famille, en tant que mère, épouse, responsable de la gestion domestique dans des pays où cette dernière occupe encore une large place. Cet angle d'analyse est particulièrement fécond dans les pays non industrialisés où le travail salarié féminin est marginal et où les structures sociales et familiales traditionnelles dénotent en l'occurrence une efficacité certaine et se révèlent même offensive dans la gestion y compris du malade hospitalisé qu'elles disputent à l'administration hospitalière.

Aussi il nous semble que toute politique de promotion véritable de la santé par une politique de promotion active de la femme, et la valorisation de son rôle dans la société.

En effet une politique de soins n'est pas une politique de promotion de la santé. On en a l'amère expérience en Algérie et ce, en dépit, ou plutôt grâce à la gratuité. Car ce sont les unités de soins lourdes (hôpitaux) qui ont reçu l'essentiel des crédits et qui ont tourné le dos à une vraie promotion de la santé. Les malades sont à l'extérieur, sont ailleurs que dans des unités de soins y compris lourdes qui se sont organisées pour fonctionner de façon très extensive.

On recherche dans les pays développés des alternatives à l'hospitalisation et on se tourne vers la famille en fait vers les femmes. Or ce rôle là nos femmes l'assument pleinement. Il faut en prendre conscience et organiser le fonctionnement du système de santé en conséquence.

L'action des femmes est donc essentielle en matière d'obtention et de préservation de l'état de santé - mais c'est une action non reconnue, non mise en évidence, non prise en charge explicitement par les décideurs politiques de nos pays, non intégrée dans les décisions publiques de multiplication de lits d'hôpitaux qui restent vides, tout en coûtant fort chers à la collectivité.

Le point de départ de cette affirmation réside tout d'abord dans un constat. Or ce constat établit une forte corrélation entre un certain nombre de paramètres : statut nutritionnel, non dépendance alimentaire etc... et où le niveau d'instruction des femmes semble être le plus décisif - et mortalité infantile - Par contre, il n'y a pas de lien sinon très lâche avec les ressources financières, le nombre de médecins, de lits d'hôpital et cette dernière. Un second point de départ de cette affirmation peut être trouvé dans la faiblesse des performances et/ou des résultats sanitaires (et en particulier du taux élevé de la mortalité infantile) appréciés en termes de niveaux de santé. Ceci se double de la persistance d'une forte natalité malgré des débuts d'inversion de comportements que l'on décèle. Cette situation semble une caractéristique générale dans les pays Arabes. Or, les moyens mobilisés à cet égard en particulier suite à un afflux de recettes extérieures provenant de la vente des hydrocarbures ont été importants. Les sommes importantes consacrées à la mise en place, au développement et à l'entretien d'un appareil de soins surdimensionné n'a pas eu toujours l'impact désiré.

- Par rapport à leur capacité d'absorption des nouvelles techniques de soins : entendu lato-sensu.
- Par rapport à leur capacité d'organisation et de maîtrise d'organisations complexes. Au delà des différences par pays, des moyens et des résultats, le constat est irréfutable. Surtout si on le met en parallèle avec certain pays en voie de développement : ceux qui semblent avoir réussi le test de passage par l'industrialisation.

L'observation initiale de la faible présence féminine au niveau des Centres de décision - valable en général - prend une singulière acuité dans le monde arabe (et musulman).

La présence des femmes Arabes sur la scène politique et sociale est particulièrement faible suite à un statut de "mineure", d'Être à part. Cela découle directement de la place qu'on leur accorde dans la Société et donc du statut personnel qu'elles subissent. Cet aspect juridique étant largement sinon exclusivement ordonnancé à partir d'une lecture étroite et littéraliste de la chariâa - d'une lecture misogyne bien sûr qui ne retient que les aspects défavorables à la femme.

A. Femmes-consommation et santé :

1. Femmes et nutrition : La gestion de l'alimentation familiale

On ne dira jamais assez la place centrale qu'occupe l'équilibre nutritionnel - au double plan quantitatif et qualitatif - dans la production de la bonne santé, dans la résistance aux infections et aux maladies de façon plus générale. Ceci étant particulièrement valable pour les enfants et les mères enceintes et allaitantes.

Il est bien entendu que le statut nutritionnel d'une population dépend d'abord et avant tout de ce qu'elle produit sur place, modifié éventuellement par ce que le pays importe ou peut importer.

Il n'en demeure pas moins que ce que chaque famille particulière consomme est largement conditionné par l'attitude des femmes vis-à-vis des différents nutriments, de la manière dont elles les préparent. Gestionnaires d'une large partie du budget familial, responsables de la préparation des repas : ce sont elles qui de façon implicite, décident de ce que les uns et les autres vont manger - de ce que la famille va manger. Beaucoup de modifications nutritionnelles résultent des modifications de leur attitude vis-à-vis de tel ou tel légume, de tel ou tel plat traditionnel remplacé par tel autre jugé plus "moderne", plus "facile" à préparer plus économe en fait de temps (éventuellement d'argent). On peut à cet égard par exemple citer le "reflux" du couscous, plat complet s'il en est, mais fortement consommateur du temps de travail féminin. Corrélativement, la montée des frites et du sandwich aux frites (sans le steak pour les familles pauvres) - "plat" déséquilibré s'il en est. Ces exemples de pseudo "modernité" et de modifications du comportement et du modèle alimentaire qui deviennent : plus pauvres, moins sains traduisent des évolutions régressives sur la santé. On peut donc dire que leurs connaissances en la matière sont importantes : quantité, qualité, diversité des produits et manière de les préparer influent largement sur la santé de tous les membres de la famille. Elles sont donc quelque peu responsables (la plupart du temps sans le savoir) du statut nutritionnel dans le cadre d'une économie qui leur échappe de plus en plus - où de moins en moins elles interviennent dans le travail agricole, dans l'agriculture vivrière et où elles se retrouveront fraîchement urbaines. Aucune éducation nutritionnelle n'est dispensée à l'école ni de façon générale. L'optique "soins", "médicaments" et technologies avancées de soins a fini par largement submerger les

approches initiales, plus intégrées, plus soucieuses de véritable promotion de la santé, mais surtout les savoir-faire traditionnels patents dans certains domaines.

2. La consommation de l'eau domestique :

L'eau de consommation des ménages dépend aussi largement d'une "gestion" implicite de sa part : or nous savons que cette dernière est la source de transmission d'un très grand nombre d'infections dangereuses. Il est évident, que ce sont les collectivités locales qui constituent les premiers responsables. Devant leur incurie et les conséquences fâcheuses qui en découlent, on note que les femmes instruites, éduquées et conscientes des problèmes adoptent spontanément les attitudes préventives. La revendication d'une eau pure et de conditions d'hygiène publique minimales peut avantageusement remplacer celle des médicaments à n'importe quel prix.

Cependant l'eau est une ressource rare, c'est la ressource la plus rare en Algérie. Mais un système de tarification complètement inopérant, fait qu'elle est cédée y compris aux ménages à un prix dérisoire d'où de larges gaspillages à tous les niveaux (et, où les femmes participent largement) auxquels font pendant de criantes pénuries.

Ceci ne permet pas aux sociétés responsables de la distribution des eaux de dégager les ressources nécessaires à l'entretien des canalisations. Ceci aussi explique le peu d'intérêt et de moyens pour fournir une eau pure et saine... On préfère construire des hôpitaux et acheter des médicaments le tout en devises. Tel est le résultat paradoxal de politiques de santé basées sur des indices-lits populations - Indices-médecins-population. La médicalisation du sous-développement a produit aussi la dépendance sanitaire, sans que les causes du mal soient extirpées par ce type de politiques...

De la même façon que pour tous les biens économiques mis en tutelle étroite par l'Etat ou "goods mérités", des mécanismes d'allocation inefficace des ressources sont provoqués par des systèmes de tarification et/ou de prix relatifs - à l'opposé de ce que commande la rationalité économique.

3. La gestion de l'hygiène du domicile et des abords immédiats de ce dernier qu'il soit en individuel ou en collectif est aussi largement le fait de ces dernières, de leurs connaissances en la matière et de leurs attitudes vis-à-vis de l'hygiène et de la propreté collective et de leur aptitude à les imposer.

En matière d'hygiène, précisons que certains principes découlant d'une éthique musulmane en la matière (ablutions, bains maures par exemple) sont mieux suivis et mieux intériorisés que certains principes (universels) découlant des impératifs de santé publique de la vie dans les grandes collectivités modernes (ramassage des ordures ménagères, entretien des cages d'escalier.) Peut-on plaider pour un élargissement, un approfondissement de la morale traditionnelle en la

matière. Le type de coercition qu'elle exerçait étant plus efficace et plus appropriée parce que mieux intériorisée.

C. Femmes, connaissance et santé :

Ici il s'agit de rôles plus "actifs", mais plus épisodiques, plus ponctuels.

1- Femmes et malades familiaux :

Dans les sociétés où les femmes ne sont pas encore très largement salariées, où elles ne travaillent pas à l'extérieur de façon massive, où les services de santé même quand ils existent fonctionnent mal, les femmes s'occupent largement de tous les autres membres de la famille qui doivent consulter. De plus ce sont elles qui sont les infirmières et les gardes malades à domicile. Ce sont elles qui s'occupent des vieux parents - qui lorsque la solidité des structures familiales anciennes persiste - ne sont pas refoulés dans des établissements conçus à cet effet. Cela reste encore vivace. Mieux cela prend des formes nouvelles. Elles "disputent" même à l'hôpital la gestion du malade en prenant en charge sa nourriture, sa literie et son confort psychologique.

2. Femmes et mortalité infantile :

La nourriture, l'allaitement, les soins aux enfants sont du ressort des femmes, c'est une évidence et une banalité de le dire. Ce faisant c'est la manière dont elles s'acquittent de ces tâches qui conditionne largement la mortalité infantile (à conditions économiques données). Ce n'est ni leur tendresse, ni leur dévouement qui sont en cause mais leur niveau d'instruction, leur niveau d'éducation, leur degré d'information, de perception et d'intégration des principes d'hygiène individuelle et collective... dans leur action quotidienne.

3. Femmes et savoirs empiriques traditionnels

Certaines formes de "modernité" peuvent être ravageuses de savoirs et de savoir-faire traditionnels efficaces et adaptés. Il en est ainsi en matière de connaissances en médecine empirique et en pharmacopée. Les femmes tenaient une très large place soit en tant que "professionnelles", soit en tant que "profanes". Toute une série de médicaments et de thérapeutiques alliaient efficacité, rationalité, disponibilité sur place - et coût modique. Sous la poussée de mimétismes outranciers, de "modernisations" tronquées on aboutit à l'accentuation de la dépendance sanitaire laquelle est particulièrement cruciale en matière de médicaments."

En effet, l'Algérie était devenue suite à des conditions financières permissives et à l'effet d'un fort effet-volume résultant de trop faibles prix appliqués aux médicaments, un des plus gros importateurs net de médicaments sur le plan mondial. Après une politique d'ajustement structurel très drastique (avec dévaluation brutale du Dinar et libération totale des prix) on aboutit à une situation de pénurie extrême en matière de médicaments. Pénurie accentuée par des procédures de gestion - peu efficaces -(CHAULET 1991) puisque semble-t-il on aurait oublié pour cette année de faire passer la commande des hôpitaux. On

semble être revenu quelque peu sur cette attitude en privilégiant de nouveau l'approvisionnement du marché en médicaments.

Cette dépendance en termes de médicaments s'étend à celle des soins lourds qui se soldaient par des envois pour soins à l'étranger. Les hôpitaux y compris les CHU engorgés par le flux de malades bénins - suite à la gratuité, ne semblaient point pouvoir s'occuper de façon correcte des nouvelles pathologies. Ce qu'on tente de corriger. Est-il irréaliste, est-il utopique de plaider pour une nouvelle redistribution des rôles et des formes des différentes manières de se soigner qui ferait sa place, une plus large place à la pharmacopée traditionnelle, aux médecines empiriques traditionnelles qui ont la vertu d'être douces, naturalistes, peu onéreuses et non porteuses de dépendance ? Peut-on espérer qu'elles soient ré-appréciées et non plus rejetées en bloc sous l'accusation d'obscurantisme ? Bref qu'elles soient réhabilitées dans leurs contenus positifs ? Cela peut être aussi une des formes de desserrer le ghetto, le monopole pharmaceutique et/ou médical, tout en revalorisant l'action féminine qui ne resterait plus aussi passive en matière de soins qu'elle l'est devenue au cours du processus de modernisation.

Mais si les femmes jouent des rôles quasi importants dans la production des niveaux de santé, elles ne sont pas pour autant celles qui bénéficient le plus ou le mieux de notre système de santé. D'où :

- une mortalité différentielle en leur défaveur, c'est-à-dire une surmortalité aux âges de plus haute fécondité : ce que mettent en relief un certain nombre d'études (BCHIR 1984 - OUFRIHA 1986).

- mais surtout une mortalité maternelle (DESFORT 1985) excessive et qui figure comme la première cause de décès des femmes. Ce dont décèdent le plus les femmes dans notre pays, c'est d'être femme tout simplement. C'est-à-dire en donnant la vie. Ni le système de santé, ni les professionnels, ni les décideurs politiques, ni la presse (laquelle s'enflamme épisodiquement pour les pénuries de certains médicaments : mais pour qui parle-t-elle ?), ne semblent s'émouvoir d'une telle situation. Comme si mourir de ses couches pour une femme semble quelque chose de naturel - à l'orée du XXIème et pour un pays qui envoie des flux de malades dont certains incurables ou pour de longues années - "se faire soigner" ou "se reposer" à l'étranger : Est-ce parce que les femmes ont peu de capacités d'expression de leurs vrais besoins et de leurs vrais problèmes en matière de santé. Est-ce parce qu'elles sont quantités négligeables ! Les Associations Feministes qui ont fait de l'abrogation de l'article permettant le vote par le conjoint semblent s'être trompées d'objectif politique : les femmes analphabètes qui ont voté, ont voté "pour l'Islam" parce qu'elles sont et de beaucoup les plus aliénées et donc le plus ferme support, le meilleur, en fait de l'ordre masculiniste. Il faut donc travailler en profondeur ces questions.

Or voilà un problème qui nous semble digne de toutes les mobilisations, en particulier des mobilisations des femmes pour que les femmes ne payent pas de leur propre vie, le renouvellement et la perpétuation de la vie.

BIBLIOGRAPHIE

- F. Z. OUFRIHA : Principaux aspects de l'Economie de la Santé en Algérie - Thèse d'Etat Sciences Economiques - 1972.
- F. Z. OUFRIHA : Données démographiques et politiques de santé en Algérie - Cahiers du CREAD - 1er Trimestre 1986.
- N. DEKKAR BAZZAOUCHA : Les accidents de la circulation en Algérie - Approche épidémiologique - SNED Alger.
- M. BACHIR : L'inégalité devant la mort selon le sexe en pays arabes - Revue Tunisienne des Sciences Sociales - 1984 + Actes du Colloque "la question démographique dans le Monde Arabe" - Tunis.
- TABUTIN : Mortalité infantile et juvénile en Algérie, Travaux et documents de l'INED - Cahier n° 77 - 1976.
- J. VALLIN : Un fait social : la surmortalité des petites filles en Algérie - 3ème Colloque de démographie maghrébine - Tunis 1978.
- M. DESFORT : Tous les travaux sur la mortalité maternelle - Ministère de la Santé : Quelques résultats de l'analyse de l'état de santé de la population et de l'activité des services sanitaires de la RADP - Alger 1984.