

FATMA-ZOHRA OUFRIHA^[*]

Données démographiques et politique de santé en Algérie^[**]

Une des données de base, sinon la première qu'une politique de santé doit maîtriser est constituée par l'ensemble des paramètres démographiques de sa population. Cette nécessité ne semble pas être perçue pleinement par les responsables de la politique sanitaire qui les prennent très peu en considération en Algérie.

Or, la connaissance des caractéristiques de cette dernière tant au niveau de son volume, de sa localisation (densité), de sa structure mais surtout des facteurs qui les produisent, sont absolument nécessaires et constituent même un préalable obligatoire pour une politique opératoire c'est-à-dire capable de se fixer des objectifs pertinents, et qui se veut efficace au plan des résultats et donc de la nature des moyens de santé à mettre en oeuvre (problème d'adéquation).

La non-prise en considération de cet élément de base que constituent les indicateurs démographiques pouvant alors fortement biaiser l'approche même tant de la politique de la santé que de son segment prépondérant - la politique des soins - (l'une n'étant pas réductible à l'autre malgré l'abus de langage ou de représentation qui tend insidieusement à les confondre) sous la pression de la manifestation de certaines pathologies plus "spectaculaires" et donc plus à même de retenir l'attention des médecins aux niveaux décisionnels, ou tout simplement par suite de la seule demande exprimée.

Il est évident, que ce faisant, nous ne voulons aucunement réduire par là, l'importance des autres données, ou plus exactement des autres déterminants dans lesquelles nous privilégions :

- les conditions de vie (équilibre nutritionnel quantitatif et qualitatif, alimentation régulière en eau potable, milieu assaini des détritiques et déchets et de tous les vecteurs de propagation des maladies, organisation des transports).
- les conditions de travail : élimination des "risques" divers liés aux différents types de travaux industriels, agricoles,...
- les conditions d'habitat : importance, salubrité...

Car en fin de compte ce sont elles qui constituent le substrat et donc déterminent largement tant la mortalité que la morbidité d'une population. Or, il faut bien le souligner, ce sont des facteurs exogènes, sur lesquels des interventions délibérées, visant une amélioration de l'état de santé, par suppression des risques eux-mêmes, dans une démarche préventive globale mais une prévention primaire, c'est-à-dire de type non exclusivement médicale, sont non seulement possibles

mais les plus efficaces du point de vue niveaux de santé de toute la population.

Le budget du Ministère de la Santé ou même le budget "santé" compris de façon plus large, c'est-à-dire en y incluant les autres sources de financement des actions médicales (Sécurité Sociale, Mutuelle etc...) peut alors être faible ou être ramené à des proportions plus faibles sans conséquences dommageables pour l'état de santé de la population, si toutes, ou les plus importantes de ces actions en amont sont entreprises.

Il faut alors bien voir que les fameux indicateurs de moyens sanitaires tels que nombre de médecins ou de lits d'hôpital par habitant, outre qu'ils reflètent une conception uniquement technicisée de la santé, qu'ils débouchent très facilement sur un hospitalo-centrisme aussi onéreux qu'inefficace pour résoudre les problèmes de santé tels qu'ils se posent en Algérie n'ont finalement qu'une signification mineure (dans la mesure où ils ne produisent pas les résultats escomptés) en particulier dans un pays où ne sont pas encore résolus, non pas tous, mais au moins certains des grands problèmes qui conditionnent la santé. A cet égard il serait plus significatif d'établir et de suivre d'autres types d'indicateurs plus pertinents tels que : régularité et qualité de l'alimentation en eau pour toute la population, modalités d'évacuation des déchets etc...

Cette attitude est d'autant plus confortée que même les maladies considérées en général comme endogènes (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète) semblent être en fait finalement, à la lumière des analyses les plus récentes, elles mêmes, de nature largement exogènes et résulter de modes de vie et de comportement pathogènes : tabagisme, manière de se nourrir etc... Les actions en la matière étant cependant beaucoup plus complexes et plus difficiles à mettre en oeuvre ; ce qui ne veut pas dire pour autant que là aussi il n'est pas possible d'entreprendre une série d'actions préventives non médicales en amont : on connaît la vigueur des campagnes anti-tabac aux U.S.A. et en Grande-Bretagne l'ensemble des mesures de sécurité pour réduire le nombre et l'importance des affections traumatiques dues à la circulation automobile (imposition de la ceinture de sécurité, limitation de vitesse) etc... On connaît l'ampleur, la gravité le retentissement des accidents de la route en Algérie^[1] mais les précautions les plus élémentaires ne sont pas adoptées (ex : ceinture), la montée du Cancer chez les hommes n'est-elle pas liée au tabagisme que personne ne semble remettre en cause en Algérie. Est-ce parce que c'est signe de virilité ? L'ensemble des actions en amont ne saurait cependant s'y arrêter et négliger entre autres les conditions de travail.

Ceci dit, et pour ne pas allonger outre mesure ces réflexions sur la nature des moyens et des interventions non médicales en matière de santé, essayons de préciser l'interaction des données ou indicateurs démographiques et effets de la politique de santé. Eh effet cette liaison n'est pas du type univoque, et si les facteurs démographiques influencent les problèmes sanitaires en sens inverse les progrès sanitaires ont des incidences démographiques certaines.

I – Données démographiques et moyens de santé nécessaires

Le volume, la répartition et la densité de la population doivent dicter en premier lieu l'importance et l'agencement des moyens sanitaires, leur localisation spatiale ainsi que le type de structures sanitaires ou d'interventions à privilégier. C'est ainsi par exemple que selon que la population est urbaine ou rurale, qu'elle est densément agglomérée ou au contraire dispersée, au delà même des pathologies observées encore que ces dernières ne se développent pas de la même manière selon la densité, on n'aura pas besoin des mêmes moyens ni des mêmes "instruments". Cela semble évident et pourtant on a vu des planifications se baser uniquement sur un nombre de population par Daïra ou Commune (sans tenir compte de la densité de population) pour implanter un hôpital de 240 lits à partir de "normes" centralement déterminées - dans des régions où la population est si dispersée qu'un ensemble de médecins ou de structures légères aurait été certainement plus opératoire (ceci sans compter le coût..) et plus efficace sur le plan des résultats sanitaires et aurait nécessité moins de personnels et de charges récurrentes en matière de fonctionnement sans compter qu'on n'arrive même pas à faire démarrer parfois ladite structure lourde.

En second lieu interviennent les structures démographiques mais ceci sans qu'il y ait une idée quelconque de hiérarchisation, car elles interviennent concomitamment.

Les deux types de structure, par sexe et âge, classiquement étudiées en démographie, interviennent en la matière, pour modeler le champ des affections possibles, imprimer à la morbidité et à la mortalité ses aspects spécifiques, la nature des problèmes sanitaires soulevés.

1 – La structure par âge : ou la primauté des facteurs biologiques

– Les problèmes de santé, la pathologie dans son expression générale et spécifique, ainsi bien entendu que la mortalité et la natalité sont largement conditionnés par la structure par âge d'une population. Non seulement les problèmes de santé, mais les risques d'exposition à la maladie se posent différemment selon les tranches d'âge, dont l'une est stratégique en matière de morbidité et de mortalité : celle de 0 – 1 an. - suivie de près dans les pays sous-développés par celle de 1 – 5 ans.

Les tranches d'âge jeunes et en particulier les plus jeunes ne sont pas sujettes aux mêmes affections que les tranches d'âge adultes (et bien entendu que les tranches d'âges âgées) ; elles sont soumises aux risques maladie et mortalité avec une plus grande fréquence et une plus grande intensité, elles sont de surcroît plus vulnérables. L'Algérie avec ses tranches d'âges jeunes larges, en croissance rapide avec des conditions de vie et d'habitat médiocres souffre encore trop d'un large spectre de pathologies spécifiques à ces âges où interréagissent maladies parasitaires et infectueuses, carences nutritionnelles...

Nous avons déjà largement développé le type de moyens non sanitaires à promouvoir pour des maladies exogènes – nous n'y

reviendrons plus.

En matière d'actions proprement médicales, mais dont une large partie peut et doit être de type préventif (prévention "secondaire" avec la surveillance des accouchements et des nourrissons ou même "tertiaire" : avec les vaccinations), un bon test de la nature des arbitrages effectués en matière de politique de santé peut être appréhendé à travers l'importance accordée à la P.M.I. dans le système de santé.

Au delà, et au niveau même de la perception des problèmes ou de leur représentation un indice significatif peut être trouvé dans la place qu'occupent ces problèmes dans la formation des médecins en général et si l'on doit former des spécialistes : de la pédiatrie par rapport aux autres spécialités (mais le "prestige" de certaines n'est-il pas aussi largement subordonné à leur cotation dans les actes thérapeutiques ?)

A contrario un pays à population vieillissante et dont les tranches d'âges âgées sont importantes numériquement et en pourcentage a plus de problèmes spécifiques liés au 3ème âge... et c'est normal qu'il développe la gériatrie, la cardiologie au niveau des spécialisations...

On peut prendre l'Algérie et la France comme deux exemples-types, à structures par âge radicalement opposées et donc à morbidité et mortalité potentielles non "superposables", ne serait-ce que de ce simple point de vue. Mais n'est-ce pas la force, la prégnance même du modèle français, qui dans ce cas précis, débouche sur une trop grande importance que l'on donne actuellement [2] de certains problèmes liés au troisième âge, le mimétisme, présenté alors comme forme de progrès social, allant jusqu'à vouloir l'imiter dans des aspects très contestables comme par exemple "les maisons pour vieux" qui outre leur caractère trop onéreux, sont très peu satisfaisantes humainement et socialement. (Et l'offre en l'occurrence crée la demande !). On peut concevoir une utilisation plus judicieuse des fonds de la Sécurité Sociale et faire en sorte que les structures sociales jouent toujours à ce niveau leur rôle traditionnel de "sécurité sociale".

Finalement dans la mesure où les pathologies observées en Algérie (maladies infectieuses et parasitaires sont à prédominance exogène et que même dans les pathologies classées comme endogènes, on a montré que la part de l'exogène était considérable, qu'il soit due, aux facteurs du milieu (là aussi !) ou qu'il soit la conséquence d'un comportement et d'un mode de vie (accidents de la route, du travail, tabagisme, alimentation) cela veut dire que la morbidité ou ce qui explique potentiellement les consommations médicales et pharmaceutiques sont largement conditionnées par des facteurs exogènes : c'est donc à ces niveaux que les moyens de santé doivent être focalisés.

L'analyse des facteurs de la consommation effective de soins effectués dans plusieurs pays le confirme : le sexe mais surtout l'âge sont prépondérants.

Les catégories socio-professionnelles et les facteurs psychosociologiques n'interviennent que comme facteurs au second degré dans la mesure où ils traduisent le taux d'exposition des individus aux agressions du milieu extérieur, compte tenu entre autres de la nature de leur activité.

Allons plus en avant ; les problèmes de mortalité sont eux aussi largement conditionnés par la structure par âge. Le taux de mortalité générale, l'espérance de vie à la naissance, autre façon plus imagée d'exprimer le même phénomène, le taux de mortalité infantile sont parmi "les indicateurs de santé" (quoiqu'ils en sont exactement l'inverse) les plus significatifs et les plus communément recherchés et admis dans tous les pays.

Ainsi donc la "quantité", le "volume de vie" dont peuvent bénéficier les individus dans un pays déterminé sont appréhendés au niveau de ces trois indicateurs, (dont en fait deux sont l'expression d'une même réalité traduite différemment), et que seul le démographe est à même de calculer. Moins "disponibles" en Algérie, quoique aussi précieux pour toute politique de santé, les taux de mortalité par cause qui exprime de quoi on meurt le plus ; – de même encore, les taux de mortalité par tranche d'âge et bien entendu aussi par sexe, qui de façon précise chiffrent la mortalité différentielle et donc l'orientation à imprimer aux services de santé.

Cependant bien qu'il y ait une liaison certaine et très nette entre niveau de développement et niveau de santé, ce type de liaison n'est pas mécanique et n'est pas étroitement corrélé. L'espérance de vie à la naissance ne reflète pas uniquement le revenu national par habitant ni même le "degré d'industrialisation", et ce, même dans les pays développés.

L'efficacité en matière d'organisation des institutions de santé, produit tant de systèmes de santé que de conditions de vie et d'expositions aux risques n'est pas identique à celle déployée dans l'activité productive. Dans le même sens on trouve l'exemple de pays moins développés ayant relativement mieux réussi dans leur politique de santé que d'industrialisation, ou encore ayant amorcé cette dernière sans d'évolutions régressives notables du point de vue de la santé. Ces évolutions régressives pouvant prendre des expressions diverses compte tenu du contexte où elles s'expriment. Au niveau urbain : ce sont les problèmes qui naissent des urbanisations sauvages et accélérées des industrialisations trop peu respectueuses des rythmes humains etc....

Cependant, il semble, et l'unanimité en la matière semble être certaine parmi les spécialistes - que le taux de mortalité infantile constitue actuellement le meilleur indicateur de l'efficacité d'un système de santé, tant dans les pays développés que dans les pays sous-développés. C'est ainsi par exemple que si dans le premier type de pays, taux de mortalité générale et volume de la consommation sanitaire semblent maintenant constituer deux variables autonomes il n'en est pas de même pour les taux de mortalité infantile, qui restent étroitement

dépendants du volume et de l'intensité des efforts de la politique de santé déployés à ce niveau. A fortiori en est-il de même pour le deuxième type de pays, et certains de ceux qui ont entrepris des actions systématiques, médicales et non médicales, correctement appliquées enregistrent à ce niveau des résultats encourageants parfois même spectaculaires, même si les niveaux restent relativement élevés en général (par rapport au pays développés),

En Algérie, on connaît l'importance des actions et des moyens sanitaires déployés, durant cette dernière décennie. On peut noter que le taux de mortalité infantile a amorcé une baisse importante, mais qu'il soit à 110 ou à 98 ‰ en 1984 (selon les sources) et les responsables du secteur le reconnaissent eux-mêmes[3], ce taux reste encore trop élevé et interpelle donc l'agencement des moyens sanitaires mis en place, et de façon plus large la politique de santé pratiquée effectivement.

Cependant il faut bien avoir conscience que la réduction de la mortalité infantile constitue la première des causes de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui peut être obtenue plus ou moins rapidement selon le niveau auquel on se situe, et donc le type de problèmes auxquels on va avoir à faire face : le développement de l'hygiène, et l'amélioration des conditions de vie, l'éducation sanitaire et nutritionnelle (non cantonnée aux centres du P.M.I. mais au contraire diffusée par tous les canaux susceptibles d'être les véhicules des messages) sont un préalable pour que la "médecine" c'est-à-dire les soins puisse être pleinement efficace. Par ailleurs A. Sauvy a bien montré que ce n'est qu'à partir de 45 ans que l'homme commence à produire plus qu'il n'a consommé jusqu'alors. S'il meurt avant sa 45ème année il a coûté de l'argent à la société.

D'où l'importance, du point de vue économique de l'allongement de la vie active. Selon qu'elle se ventile entre 20, 30 ou 40 ans les résultats, c'est-à-dire l'excédent net produit ou au contraire le prélèvement net ne seront pas les mêmes. Cette analyse bien entendu n'incorpore pas le problème du chômage et ne doit pas être poussée à sa "logique" extrême. Elle nous signale cependant un "effet" économique à ne pas négliger.

Mais il ne s'agit donc pas uniquement de diminuer la fréquence de la mortalité de 0-1 an, voire de 0 à 5 ans pour ensuite relâcher les efforts consentis, lesquels néanmoins seront nains intensifs par la suite. Les politiques de soins s'enclenchent alors sur des populations délivrées des problèmes élémentaires mais essentiels.

Soulignons simplement que la vie active réelle pour pratiquement toute la population, se déroule actuellement dans les pays développés, de 25 à 65 ans[4], c'est-à-dire qu'elle dure effectivement 40 ans, soit le triple de ce qu'elle était au 18ème siècle dans ces mêmes pays, le double de ce qu'elle est encore dans les pays les plus sous-développés - et que même si elle n'atteint pas toujours cet écart extrême, elle est en tout état de cause, largement supérieure à celle enregistrée dans les pays sous-développés. Le fait, pour l'économie de pouvoir disposer d'une telle

augmentation de la durée et donc de la quantité de travail, d'un même nombre de personnes n'a pas été sans constituer un atout supplémentaire pour les pays développés sans compter qu'un meilleur état de santé de la population ne se traduit pas uniquement en termes de "volume" de vie mais aussi en termes de "qualité". Cette dernière pouvant elle-même être appréciée à un double point de vue :

– économique ou comme résultat des dépenses de santé analysées comme "investissement" ou comme "consommation de développement", c'est-à-dire au niveau de l'amélioration potentielle de la productivité du travail, ce qui concomitamment améliore l'efficacité des autres dépenses d'investissement et en particulier de celles consenties en matière d'éducation.

– social ou comme résultat des dépenses de santé analysées comme consommation, d'une consommation susceptible d'améliorer le mieux-être, de diminuer les souffrances qui est le niveau le plus immédiatement perçu et qui pour l'individu constitue le résultat le plus tangible de la santé.

2 – La structure par sexe : ou la primauté des facteurs culturels

De la même façon pour l'âge mais de façon plus subtile, on n'est pas malade de la même façon, avec la même fréquence ni la même intensité selon le sexe auquel on appartient, et bien entendu on ne meurt pas forcément des mêmes causes ni avec la même intensité, d'où des espérances de vie tant à la naissance qu'aux différents âges, différentes selon le sexe. "La mort frappe inégalement les êtres humains selon leur sexe", tel semblerait être la "loi" générale qui régit la vie des populations.

La morbidité et la mortalité différentielle des sexes masculin et féminin ne sont donc pas superposables : le phénomène est général à tous les pays et admis depuis longtemps dans les pays à statistiques sûres, mais selon des configurations spécifiques, beaucoup plus accentuées nous semble-t-il qu'en matière d'âge.

Dans les pays développés on enregistre une surmortalité masculine et donc un taux de mortalité plus faible chez les femmes que chez les hommes à tous les âges plus spécialement à certains d'entre eux... La différence en termes d'écart d'espérance de vie à la naissance pouvant atteindre 6-8 ans.

Parmi les déterminants multiples, complexes de la mortalité différentielle par sexe il semble que le facteur culturel soit prépondérant.

Le fait a été mis en évidence sur le plan théorique par les travaux déjà anciens de Lederman et Breas qui tentant "pour la première fois de retrouver les principales composantes qui déterminent le niveau de mortalité dans un pays, inscrivent le comportement culturel vis-à-vis du sexe dans le premier indice (appelé composante de base/calculé par les auteurs et appelé Q1 et qui explicite 77 % de la dispersion totale des quotients de mortalité des 157 tables sur lesquelles ont travaillé les

auteurs" [5]. Cet indice explicite la mortalité masculine de 10 à 34 ans et féminine de 5 à 44 ans à 93 %, tandis que l'indice Q3 explicite de ce point de vue 6 % de la dispersion des quotients.

Ce facteur "culturel" va se traduire différemment selon au moins un grand clivage : pays à statistiques sûres qui sont les pays développés et pays à statistiques peu sûres et incomplètes – qui sont les pays sous-développés – pour notre propos on se cantonnera aux pays Arabes ou à l'Algérie (comme une de ses composants).

– dans le premier groupe de pays : c'est une surmortalité masculine qui a été mise en évidence.

– dans le second groupe de pays : n'y aurait-il pas contrairement aux idées répandues une surmortalité féminine particulière à certains âges [5], c'est en tout cas la thèse avancée par Bchir. Une série de recherches empiriques semblent corroborer la pertinence de cette approche.

On a donc cherché des explications à ce phénomène de surmortalité masculine dans les pays développés. On a tout d'abord avancé l'hypothèse que les femmes souffrent d'affections plus bénignes et plus nombreuses que celles des hommes, qu'elles consulteraient alors plus souvent le médecin, ce qui constituerait une meilleure protection, mais aussi permettrait d'éviter les maladies graves nécessitant l'hospitalisation : d'où une consommation sanitaire élevée au niveau des soins ambulatoires et moindre au niveau de l'hospitalisation : la "loi" de compensation "médecine – pharmacie" d'une part et "hôpital" d'autre part similaire à celle observée entre les différentes catégories socio-professionnelles, les affiliés des différents régimes de sécurité sociale jouant aussi entre hommes et femmes. Un autre type d'explication avancé, a consisté à souligner que "l'attitude devant la maladie et les soins immédiats dépendait aussi du coût de la renonciation à l'activité sociale [6]. S'inscrivant en réaction à cette analyse l'interprétation qui semble la plus pertinente se basant sur l'analyse des causes de cette surmortalité, réfute l'idée que la longévité serait liée à un niveau de consommation de soins mais bien plutôt à un comportement et à un mode de vie de l'homme (risque liés à l'activité + alcoolisme + tabagisme...) qui seraient plus pathogènes et donc entraîneraient une morbidité et une mortalité différentielle par sexe due à "plus de soins" ou à "noirs de risques". En tout état de cause les explications avancées ne sont pas "exclusives" l'une de l'autre.

– cette surmortalité masculine aux différents âges observée dans les pays développés va servir de base pour l'élaboration des modèles de mortalité et surtout pour la construction de tables-type de mortalité utilisées pour les pays à statistiques insuffisantes. Il y a donc eu extrapolation d'un phénomène – qui en fait, et comme nous venons de le souligner plus haut, est plus largement "culturel" que génétique ou biologique, dans la mesure où il met en cause essentiellement des comportements... C'est ainsi que dans un travail important concernant "l'inégalité devant la mort selon le sexe en pays arabes", Mongi Bchir [7] montre que pour la Tunisie et l'Algérie :

- la surmortalité masculine n'est pas systématique,
- que la surmortalité féminine est très fréquente, beaucoup plus fréquente que ne l'indiquent les tables "théoriques" de mortalité,
- que la surmortalité féminine semble toucher essentiellement les âges 1 à 4 ans et ce, pour cette mortalité qui semble élevée par rapport aux tables types de mortalité pendant les 15 premières années de la vie. Mais si l'on compare les courbes par pays on remarquera qu'il s'agit des âges de 1 à 40 ans pour l'Algérie sans interruption, et des âges "1 à 5" puis "15 à 35" pour la Tunisie.

Tabutin[8] quand à lui, à partir de l'enquête démographique 1969-1971 et de l'enquête fécondité, soulignait déjà que "l'égalité entre garçons et filles caractéristique importante de la mortalité infantile en Algérie que l'observation suivie a mise en évidence ne se trouve plus dans l'observation rétrospective : tous les quotients "rétrospectifs" sont supérieurs pour les garçons ; le rapport de masculinité des décès est de 112 dans l'observation rétrospective (même au bout de trois passages) alors qu'il est en fait seulement de 100,6 % : on "oublie" les filles qui décèdent, ce qui sous-estime la mortalité féminine".

Tandis que J. Vallin[9] met en relief la surmortalité des petites filles en Algérie comme fait social et culturel, sans que cela soit spécifique à l'Algérie, mais semble concerner largement les pays Arabes comme tente de le démontrer Bchir dans son étude précitée en s'appuyant précisément sur le fait du comportement préférentiel vis-à-vis du garçon :

- Au niveau de l'alimentation : dans les familles traditionnelles le garçon est mieux nourri en particulier dans la période la plus déterminante, celle à plus haut risque de mortalité ; à savoir la première et la seconde années de vie : le garçon est nourri au sein pendant une période double à celle de la fille (encore qu'il faudrait faire l'évaluation des milieux qui ont systématiquement un tel comportement lequel tend à s'atténuer ou à disparaître dans les milieux urbains "évolués" c'est-à-dire économiquement et culturellement favorisés).

Comportement discriminatoire en fonction du sexe en matière d'alimentation qui se prolonge bien au delà de l'enfance spécialement dans les milieux ruraux et les milieux les plus pauvres et les plus traditionnels : les filles et les femmes ne mangeant qu'après les hommes... ce qui reste.

- Au niveau du comportement vis-à-vis des soins : le jeune garçon, de même que l'adulte de sexe masculin en Tunisie comme en Algérie[10] bénéficient d'un volume et d'une intensité de soins beaucoup plus importants que pour les filles ; de même que la maladie y serait prise à son début pour le garçon, seulement quand elle est fort avancée pour la fille, sans compter que le comportement discriminatoire vis-à-vis de la fille est plus fréquent dans les familles pauvres et nombreuses.

Cet accès différentiel aux soins compte tenu du sexe auquel on appartient ressort très clairement des résultats de l'enquête effectuée en 1981 par le Ministre de la Santé au niveau des structures extra-

hospitalières[11] et où il apparaît que la composition de la "morbidité" infantile (657,2 %) selon le sexe fait apparaître une plus forte fréquence des consultations et donc des maladies enregistrées (soit 54,9 %) au niveau des garçons et donc une "morbidité" qui se situerait à 723,2 ‰ pour les derniers contre 588,4 ‰ pour les filles et une participation non pas à la morbidité en fait, mais aux soins à concurrence de 45,1 %, pour la tranche d'âge 0-1 an. On ne peut conclure au vu de ces résultats statistiques[12] que les garçons sont affectés plus souvent par la maladie que les filles, ce qui traduit une profonde méconnaissance du fait culturel, car à la thèse de la plus forte vulnérabilité du sexe masculin entre 0-1 an, nous pensons au contraire que ces chiffres traduisent surtout un accès privilégié et plus intensif au système de soins de ce dernier par rapport aux filles.

De la même façon et dans le même sens, la morbidité de tous les enfants de 0-14 ans, (dûe pour 28,7 % de cas de maladies jusqu'à l'âge de 2 ans : effet de l'âge) telle que résultant des données des consultations au niveau des structures extra-hospitalières publiques - montre qu'on enregistre 1166,8 cas de maladies pour 1 000 enfants tous sexes confondus, mais 1360,1 cas de maladies pour 1 000 enfants de sexe masculin et 964,3 cas de maladies pour 1 000 enfants de sexe féminin.

On ne retrouve pas le même " phénomène " au niveau des adultes (15 ans et plus) où il semble que les femmes consulteraient plus (avec 856,4 cas pour 1 000 femmes enregistrés – que les hommes (avec 673,7 cas de maladies enregistrés pour 1000 hommes) puisque 57,6 % des consultations leur sont imputables contre 42,4 % des consultations pour les hommes. Existe-t-il effectivement en Algérie comme dans beaucoup de pays un plus fort recours aux soins ambulatoires de la part des femmes que des hommes ? Là aussi s'agit-il d'une meilleure protection, par utilisation plus intensive des soins suite à une plus grande disponibilité en temps, par plus grande écoute du corps – ou au contraire de l'effet des pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement – qui surcompenserait des risques liés au travail propres aux hommes. On ne peut trancher au vu de ces seuls "résultats statistiques". D'autant que pour la tranche d'âge 60 ans et plus, la liaison s'inverse : ce sont les hommes qui auraient une morbidité – ou un plus fort recours aux soins – plus élevé se situant à 954,4 % contre 927,4 % pour les femmes.

Il serait éclairant de pouvoir disposer non seulement des fréquences de consultations par sexe dans le secteur privé (à partir des données de la sécurité sociale), qui semble couvrir des populations beaucoup plus favorisées sur le plan du revenu. Les structures extra-hospitalières publiques étant sollicitées beaucoup plus par les couches les plus défavorisées de la population.

L'explication ou les explications ne pouvant être pertinentes que si elles prennent en considération en plus du recours au système de soins, une analyse de la morbidité objective combinée, ou à défaut une analyse sociologique qui tiennent compte des comportements et des soubassements culturels et sociaux qui les portent.

Ceci est d'autant plus net qu'en matière de morbidité hospitalière - les femmes ont été – aussi – plus hospitalisées (86,8 ‰) que les hommes (27,95 ‰). Ce qui nous incite à exclure l'hypothèse d'une meilleure protection par recours plus fréquent aux soins ambulatoires pour ces dernières, mais bien à affirmer la présomption de risques plus grands en matière de santé encourues par ces dernières. En tout cas supérieurs à ceux que le sexe masculin entourerait du fait du travail à l'extérieur en Algérie.

Néanmoins, on retrouve par ailleurs pour les enfants (1-14 ans) une fréquence d'hospitalisation supérieure pour les garçons (25,75 ‰) que pour les filles (19,04 ‰) : mais on peut se poser légitimement la question de savoir si pour ces derniers le schéma culturel sous-jacent à l'attitude des parents devant la maladie de leurs enfants en fonction du sexe ne continue pas à jouer.

Il y a donc là matière à recherches plus approfondies pour essayer de mieux comprendre la liaison processus morbides – recours à l'institution sanitaire compte tenu du sexe (et de la tranche d'âge auquel on appartient).

En tout état de cause l'enquête en cours de l'Institut National de Santé Publique sur l'Etat de santé de la population et donc devant préciser la morbidité objective nous aidera beaucoup à faire la part de ce qui est "maladie" risque "exposition"... spécifique de ce qui peut être attitude devant la maladie et les soins. D'ores et déjà on peut dire cependant qu'il est extrêmement difficile de le cerner à partir de statistiques seulement, et si aussi on ne se "donne" pas la question à élucider.

Ce genre de "problèmes" interpelle les démographes mais aussi les responsables de la politique sanitaire en Algérie à plus d'un titre, et constitue en tout cas une piste de réflexions et de remises en cause utiles de certaines conclusions basées sur des résultats obtenus par ailleurs...

Mais nous ne terminerons pas ce bref examen de l'importance des indicateurs "démographiques" pour une politique de santé, sans aborder l'impact de la natalité, question bien moins souvent abordée, parce que peut être entièrement "résolue" dans les pays développés comme problème relevant du système de santé et ce, tant pour les femmes que pour les enfants.

Cependant dans la mesure où le comportement démographique d'une population explique l'intensité de sa natalité, à volume de population identique, les problèmes de santé et de soins et donc des moyens nécessaires induits par un taux de natalité qui peut se situer entre 20 et 50 ‰ ne seront pas les mêmes, ne serait-ce que par suite du volume, du nombre de "mères" et d'enfants qui en résulteront et des problèmes récurrents de morbidité périnatale et de mortalité infantile.

Une attention particulière devrait être de ce fait accordée aux problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement – tant du point de

vue santé des mères que des enfants. Une grande partie de la "qualité" physique au substrat reproducteur et donc des éléments reproduits réside dans la qualité, l'efficacité avec lesquelles un système de santé prend en charge ces problèmes. C'est toute la question de l'importance et de la pertinence des politiques de P.M.I., qui se trouve posée à ce niveau, que ces "politiques" soient ou non explicitement formulées. En Algérie malgré une chute amorcée en 1973, le taux de natalité atteint 43 %^[13], mais si l'on examine l'allocation des ressources sanitaires, on se rend compte en fait, que malgré une politique proclamée et affichée de P.M.I., malgré aussi quelques mesures encourageantes, en fait et si l'on examine de plus près on se rend compte du peu de moyens qui y sont affectés : n'est-ce pas parce que les femmes pèsent peu sociologiquement et politiquement ou que ces "problèmes" sont peu prestigieux tant pour le "décideur" que surtout pour les médecins – puisqu'en fin de compte, et ce n'est pas le seul domaine où ce constat peut s'appliquer – le décideur répond en fait plus à la demande sinon à la pression des médecins qu'aux besoins objectifs de la population – ou tout ou moins de ses tranches qui peuvent le moins s'exprimer. Cela est particulièrement net ces dernières années si l'on prend en considération la masse de crédits et moyens financiers, mais aussi humains affectée aux "nouvelles technologies" fort peu maîtrisées de plus, tels que scanners, échographes, appareils à dialyse etc...

II - Politique de santé et indicateurs démographiques

La relation n'étant pas de type linéaire ni univoque, fonctionne aussi dans le sens "santé – démographie". Il s'ensuit donc qu'en sens inverse les progrès en matière sanitaire ont une incidence démographique directe et certaine qui dans les pays sous-développés, en général, et en Algérie s'est traduite en premier lieu par une réduction de la mortalité générale ensuite par celle de la mortalité infantile et juvénile et donc par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance et aux différents âges : c'est-à-dire par un accroissement de "quantité", de "volume" de vie disponible pour un même nombre de naissances. Mais le processus est loin d'être à son terme. L'accroissement de population ainsi induit retentit directement donc sur le volume de la population, mais son effet ne s'arrête pas là et se fait sentir au niveau des structures démographiques mêmes. En effet quand il y a baisse de la mortalité en particulier infantile, ce sont les tranches d'âge adultes qui vont avoir plus de poids, donc représenter des pourcentages croissants de la population.

Ce processus est déjà en cours : l'expansion démographique actuelle de pays comme l'Algérie résulte de la baisse de la mortalité en particulier infantile accompagnée toutefois d'une natalité qui reste trop importante. Le comportement démographique en l'occurrence met beaucoup plus de temps à se modifier, sans compter que quand il change les effets ne sont pas immédiats mais n'apparaissent qu'avec un certain décalage dans le temps.

On peut émettre l'hypothèse qu'en dehors de tous les autres déterminants^[14], la forte natalité actuelle résulte aussi d'une mortalité

infantile élevée et que c'est au niveau des couches pauvres et les plus

défavorisées culturellement que ce "modèle" démographique reste prépondérant.

Le niveau d'instruction de la femme conjugué à l'activité hors du foyer semblent les principaux facteurs de modification du comportement en matière de baisse de la natalité sans compter qu'une nuptialité moins précoce (plus fréquente à ce niveau là) en réduisant la durée de vie féconde de la femme est aussi un puissant facteur de baisse de la natalité.

Cependant, c'est à ce niveau aussi que les taux de mortalité infantile sont les plus bas. Il y a certainement un lien entre la prise de conscience et l'intériorisation de la baisse de la mortalité infantile et de la baisse de natalité.

La diminution de la natalité due à la scolarisation à l'urbanisation et à l'extension du travail féminin est permise par des moyens, relevant du secteur de la santé : pilule anticonceptionnelle, stérilet et avortement. Dans certains pays il semble que la "pilule" soit le médicament le plus vendu en pharmacie, ce sont ceux où la contraception est fortement répandue, ce qui n'est pas le cas en Algérie malgré que le problème suscite des débats passionnés. Il y a cependant une inflexion nette de la politique officielle.

Une politique de contrôle ou d'espacement des naissances dans le cas de forte croissance démographique peut avoir une double justification :

- diminuer les charges "sociales" récurrentes afin de dégager un volume plus important de ressources à affecter aux investissements productifs en termes de capital.
- améliorer l'état de santé des mères et des enfants.

C'est l'inflexion actuelle en Algérie en matière de politique de population. Mais seul le second aspect nous intéresse pour notre propos actuel :

Les enfants des familles nombreuses et pauvres souffrent de malnutrition sinon même de sous-nutrition ce qui les rend plus vulnérables aux maladies en particulier transmissibles (infectieuses et parasitaires) encore que des progrès considérables ont été enregistrés de ce côté. Il est évident aussi que des maternités trop fréquentes, trop rapprochées diminuent la résistance de la mère en premier lieu. Mais même en dehors de toute volonté de contrôle ou d'espacement des naissances, les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement se posent de façon spécifique au sexe féminin, il faut donc leur accorder l'attention qu'ils méritent mais ne point se contenter de la progression du taux d'accouchement en milieu assisté^[15] lorsqu'on connaît les faiblesses de ces services.

La réduction de la mortalité infantile a été amorcée en Algérie, il en est de même de la natalité. Mais toutes les deux se situent encore à des niveaux trop élevés - et ce plus spécialement si l'on se réfère aux moyens affectés aux services de santé ; lesquels néanmoins n'ont pas

été spécialement axés sur ces aspects. Particulièrement la natalité qui ne relevant pas du médecin et des services de santé dans la perception traditionnelle n'a pas fait pression à ce niveau, contrairement aux soins.

Il serait non seulement scandaleux, mais aussi inefficace et surtout en fin de compte très "coûteux" de laisser la mortalité infantile freiner la croissance démographique quand la natalité est estimée être trop élevée... ce qui est en fait le résultat implicite de politiques qui laissent trop d'enfants mourir...

Un des axes d'intervention important du système de santé serait d'agir concomitamment, par une politique intégrée de façon à réduire les deux taux. Il est possible que l'extension des services médicaux, et en particulier de ceux qui permettent la baisse de la mortalité infantile – soit l'étape préalable sinon essentielle dans l'acceptation de l'espacement voire de la limitation des naissances par les femmes ; car c'est dans la mesure où les mères analphabètes, pauvres auront compris et intériorisé le fait que leurs enfants – gage de leur sécurité, de leur "légitimation" sociologique sont maintenant, concrètement, réellement appelés à échapper à la morbidité et à la mortalité infantile, qu'elles seront plus "aptées", plus prêtes à accepter le pendant inverse de la réduction de la natalité – mais bien entendu sans qu'il y ait lien de nature mécanique (et compte tenu des autres déterminants). Ce qui laisse largement place à une politique d'accompagnement, donc d'encouragement d'espacement ou de limitation des naissances où la part de l'éducation est très importante.

Enfin et en dernier lieu, on peut dire que le développement des soins a été une des causes essentielles de la diminution de la fréquence, de la gravité et du coût (économique) de certaines maladies. Les progrès les plus nets ont été obtenus dans la prévention des maladies facilement contrôlables grâce à la banalisation de la vaccination et de l'antibiothérapie comme la diphtérie, le tétanos, la coqueluche... Un décret présidentiel a rendu la vaccination obligatoire depuis 1969 contre un certain nombre de maladies.

Mais aussi grâce à des campagnes nationales parmi lesquelles il faut signaler en particulier celles contre :

- la tuberculose : au cours des années 1967 et 1968. Depuis 1969 la vaccination à la naissance étant obligatoire et gratuite, la prévalence de cette maladie a été fortement réduite.
- la poliomyélite : a connu une campagne de vaccination de masse qui a fait diminuer l'incidence à partir de 1973, depuis elle est obligatoire.
- la rougeole : une campagne de vaccination est en cours et dont il faudrait apprécier l'efficacité[16].

Les résultats n'étant pas cependant similaires pour toutes ces maladies. Il est important de souligner cependant que les disparités, c'est-à-dire que les morbidités et mortalités différentielles ne sont pas uniquement fonction du sexe et de l'âge mais aussi du secteur d'habitat et du statut socio-économique. Ce sont peut-être ces derniers qui sont

les plus importants, du moins les plus étudiés et le plus communément mis en relief. On a pu par exemple montrer [17] qu'en Algérie :

– le taux de mortalité infantile pouvait varier du simple au double selon le degré d'instruction du chef de ménage (analphabète/niveau secondaire ou supérieur...) il est possible que cette liaison soit "accentuée" pour le degré d'instruction de la femme.

– que la branche d'activité tout autant que le secteur d'habitat pouvait fortement influencer sur cette même mortalité infantile (mais ne recoupe-t-elle pas en fait un degré d'instruction, dans certaines branches ?)

– enfin que le niveau de qualification du chef de ménage y interférait aussi, toujours de façon différenciée selon le secteur d'habitat (rural/urbain).

Bien que cette étude ne pousse pas plus loin l'analyse des déterminants de la mortalité infantile on saisit néanmoins l'importance du facteur "culturel" qui semble être prépondérant.

En guise de conclusion sommaire, nous pouvons dire que du point de vue formulation des inflexions et des actions de santé, la prise en compte des taux de mortalité et de morbidité par sexe et âge est aussi importante que celle par catégories socio-professionnelles. Ce type d'informations étant non seulement peu disponible (pour le sexe en particulier) mais peu recherché, un axe de recherche utile peut être tracé de ce fait.

Notes

[*] Chercheur associé au C.R.E.A.D.

[**] Communication présentée au séminaire : "Politiques, pratiques et enseignement de la démographie en Algérie". Institut des Sciences Sociales - Université d'Oran - 5 au 7 Mai 1986.

[1] N. Dekkar - A. Bezzaoucha : "Les accidents de la circulation en Algérie - Approche épidémiologique. " - SNED - Alger.

[2] A travers les émissions de Télévision en particulier.

[3] Ministère de la Santé publique/UNICEF : Projet de lutte contre la mortalité infantile et juvénile - Alger 1984.

[4] E. Barral : L'économie de la Santé - Faits et chiffres... Dunod.

[5] M. Bchir : "L'inégalité devant la mort selon le sexe en pays Arabes" - Revue tunisienne des sciences sociales n°s 76-79 - 1984 - p. 25.

[6] E. Barral : Economie de la Santé - Faits et chiffres - p. 43.

[7] Revue Tunisienne des sciences sociales - Actes du colloque "la question démographique dans le monde arabe". p. 23-81.

[8] Tabutin : mortalité infantile et juvénile en Algérie - Travaux et documents de l'INED - Cahier n° 77, 1976.

[9] J. Vallin : un fait social : la surmortalité des petites filles en Algérie - 3ème colloque de démographie maghrébine. Tunis - Août 1978.

[10] L'examen des registres de consultation de pédiatrie au CHU d'Oran montre qu'en 1978 par exemple 61 % des consultations concernaient les enfants de sexe masculin contre 39 % pour les filles soit un rapport de masculinité des visites de 156 %. (Il faudrait pouvoir systématiser ce type d'observation et en mesurer l'intensité du phénomène au niveau global en tenant compte du rapport de masculinité de cette tranche d'âge).

[11] Ministère de la Santé - Direction de la planification : "Quelques résultats - l'analyse de l'Etat de Santé de la population et de l'activité des services sanitaires de la RADP - Alger 1984.

[12] C'est ce que fait pourtant le groupe d'experts soviétiques auteur de l'exploitation de l'enquête.

[13] Selon l'analyse des données démographique - extraits des annuaires statistiques : ce taux est en 1970 de 49,8 %. Il reste stable jusqu'en 1973, avec un niveau minimale de 49 %. Mais en 1977 cet indice est de 46 % et en 1980 de 43,9 ‰ - En 1981 il s'établit à 43,4 % et en 1982 à 42,9 % : soit une chute de 7 ‰ sur une période de 12 ans (116,1 %).

[14] Nous avons étudié plus spécialement un autre déterminant : F. Z. OUFRIHA "Règles de succession, statut de la femme et comportement démographique en Algérie - Journées d'études sur la famille - USEA - Alger, 1985.

[15] C'est l'attitude qui prédomine actuellement en Algérie.

[16] En effet on aurait pu plus simplement l'intégrer dans le calendrier des vaccinations obligatoires.

[17] "Développement et santé", Naceur, Oudéfoun, Boukhobza. In séminaire sur le développement d'un système national de santé - p. 154.