

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **Liste des abréviations**

**CDSS** : Centre Départemental de Soutien Scolaire

**CMS** : Centre Médical de Santé

**CHU**: Centre Hospitalo-universitaire

**DSPRH**: Direction de la Santé et de la Population et de Reforme Hospitalière

**DPAT** : Direction de la Planification et de l'aménagement du Territoire

**EHS**: Etablissements Hospitaliers Spécialisés

**EPH**: Etablissements Public Hospitaliers

**EPSP** : Etablissements Publics de Santé de Proximité

**HBT** : Habitants

**MSPRH**: Ministère de la Santé et de la Population et de la Reforme Hospitalière

**MSP**: Médecins Spécialistes Privés

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**ONS** : Office National des Statistiques

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**SIDA** : Syndrome Immunodéficitaire Acquis

**SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences

**VIH** : Virus d'Immunodéficience Humains

# SOMMAIRE

# **SOMMAIRE**

<b><i>Plan</i></b>	<b><i>Pages</i></b>
Remerciements .....	I
Dédicaces .....	II
Liste des abréviations .....	III
<b><i>INTRODUCTION GÉNÉRALE</i></b>	<b><i>1</i></b>

## **CHAPITRE I :**

### **ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS DE SANTE MATERNELS : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL**

Introduction .....	5
I. Cadre conceptuel d'accès aux soins .....	5
II. Cadre conceptuel et théoriques des inégalités de sante .....	11
III. les soins maternels.....	21
Conclusion.....	25

## **CHAPITRE II :**

### ***LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SOINS DE SANTE EN ALGERIE***

Introduction .....	26
I. Analyse de la répartition de l'offre de soins en Algérie .....	26
II. L'offre de soins des maternités.....	48
Conclusion.....	53

## **CHAPITRE III :**

### ***LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA***

Introduction .....	55
I. La répartition de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaïa .....	55
II. La répartition géographique des maternités dans la wilaya de Bejaïa.....	67
Conclusion.....	72

## **CHAPITRE IV :**

### ***ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA***

Introduction .....	73
I. Présentation et déroulement de l'enquête .....	74
II. Analyse et interprétation des résultats .....	76
Conclusion.....	98
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	100
Références bibliographiques .....	104
Annexes .....	109
Liste des tableaux .....	119
Liste des figures .....	122
Table des matières .....	124

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

## **INTRODUCTION GENERALE**

La santé est une composante du développement durable. Elle doit être comprise et étudiée comme un système au sein duquel se combinent différents déterminants (ou facteurs) de la santé des populations. Elle dépend des conditions environnementales (la qualité du milieu, de l'air, de l'eau), de la situation économique et sociale (la pauvreté, le niveau de vie et d'éducation,...), de l'offre de soins et des politiques publiques, mais également de déterminants culturels traduits par des comportements (habitudes alimentaires, et les facteurs biologiques et héréditaire, conduites à risques).

L'offre de soins correspond à l'ensemble des infrastructures, ressources humaines et matérielles qui contribuent à la production de services de santé au profit de la population. En Algérie, l'offre de soins est assurée par des établissements de santé publique (établissements hospitaliers et extrahospitaliers) et des structures de soins privées (cliniques médico-chirurgicale, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques etc.), qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature curatives ou préventives. L'offre de soins est largement étendue, surtout à partir des années 80, grâce d'une part, à de nouvelles réalisations et investissements dans le secteur public ; et d'autre part, grâce à l'ouverture des structures de santé privées à partir des années 90.

L'identification des besoins futurs des citoyens en matière de santé et l'élaboration d'une stratégie de prise en charge optimale de ces besoins constituent, pour la décennie qui vient, un impératif auquel le secteur doit répondre afin de continuer à assurer ce principe de santé universelle confirmé par la constitution algérienne. Une telle stratégie ne peut que s'inscrire dans le cadre des réformes annoncées et engagées par l'Etat au cours de ces dernières années.

L'Algérie a inscrit, dans ses Constitutions successives, le droit des citoyens à la protection de leur santé. La concrétisation de ce droit s'est traduite, dès janvier 1974, par le développement du système national de santé basé sur la gratuité des soins pour tous les citoyens. Cette politique a eu pour conséquence un effort se traduisant par le développement de programmes nationaux de prévention ayant pour but de maîtriser les épidémies (programme d'éradication du paludisme, programme de lutte contre la tuberculose, programme élargi de vaccinations), par une formation massive dans le domaine médical et paramédical, par la construction et l'équipement de nombreuses infrastructures pour les soins,

ainsi que par la mise à la disposition du citoyen des produits pharmaceutiques nécessaires aux soins de santé de base.

Selon le rapport sur la santé dans le monde publié par l'OMS en 2006<sup>1</sup>, les problèmes actuels de ressources humaines se sont aggravés par les déséquilibres qui existent entre les formations académiques et les besoins réels des populations. Ces besoins vont augmenter dans les pays en pleine transition démographique, à l'instar de l'Algérie avec des cohortes de jeunes auxquels vont s'ajouter des classes de plus en plus vieillissantes, et en transition épidémiologique, avec des affections tant aiguës que chroniques ou dégénératives au coût social et financier important.

L'accessibilité aux soins est la capacité de recourir aux ressources sanitaires et aux services de santé. Elle est surtout fonction du couple distance/temps, donc de la proximité du cabinet médical, de l'établissement de soins, de sa desserte et de la longueur du trajet à parcourir<sup>2</sup>.

Cependant, ces conditions matérielles d'accès aux soins ne déterminent pas à elles seules le recours aux soins effectifs, qui dépend aussi des possibilités financières, ainsi que culturelles et éducatives, de l'individu ou du groupe. L'accessibilité aux soins est donc considérée comme un déterminant de santé et un possible facteur de vulnérabilité.

### **L'intérêt du sujet**

Certains patients renoncent à une consultation chez un médecin ou dans un établissement hospitalier pour des raisons financières et/ou d'éloignement géographique. De même, les usagers sont aujourd'hui régulièrement confrontés à des délais de rendez-vous qui peuvent atteindre à des long périodes pour certaines spécialités ou dans certains territoires. Ceci n'est pas acceptable dans un système de santé qui se veut moderne, efficace et accessible à tous.

### **L'objet de recherche**

Dans cette étude, nous cherchons à étudier l'influence que peut avoir la répartition de l'offre de soins maternels et l'appartenance à une catégorie sociale sur le renoncement aux soins des parturientes, et ce à travers une étude de cas dans la Wilaya de Bejaia.

---

<sup>1</sup> OMS : rapport, 'La santé dans le monde', 2010, in [www.who.int](http://www.who.int).

<sup>2</sup> Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS , Atelier Géographie de la santé, ed. 2001



Ainsi, un certains nombre de questions mérite réflexion à savoir :

- ❖ Dans quelles mesures les disparités géographiques en termes d'offre de soins maternels ont une influence sur le renoncement aux soins des parturientes ?
- ❖ Les parturientes renoncent-elles aux soins pour des raisons d'éloignement géographique ?
- ❖ L'appartenance à une catégorie sociale a-t-elle une influence sur le renoncement aux soins des parturientes ?
- ❖ Les parturientes renoncent-elles aux soins pour des raisons financières ?

**Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons construit notre réflexion en se basant sur les hypothèses suivantes :**

- ❖ Les établissements de santé 'installent toujours dans les régions urbaines là où il ya déjà d'autres établissements, ce qui amplifie les inégalités en termes d'accès aux soins des maternités.
- ❖ La répartition de l'offre de soins peut influencer l'accessibilité aux soins de santé maternels.
- ❖ Les parturientes renoncent aux soins de santé maternels pour des raisons financières.

Notre travail est mené en deux étapes. D'abord, une recherche documentaire basée sur la consultation des mémoires, thèses, revues, documents, articles ainsi que des sites internet.etc... Ensuite, nous avons procédé à une collecte de données primaires au niveau de direction de santé publique et réformes hospitalière de Bejaïa (DSPHR), et au niveau de la direction de la planification et d'aménagement des territoires de Bejaia (DPAT). Pour ce faire, nous allons effectuer une enquête de terrain. Ainsi, cette dernière sera réalisée à base d'un questionnaire destiné aux ménages de la wilaya de Bejaïa.

Dans le but de mener à bien notre travail notre recherche, et en fonction des données disponibles, nous avons organisé notre travail en quatre chapitres, présenté comme suit:

- Le premier chapitre est consacré aux fondements théoriques d'accès aux soins de santé. Ce chapitre a pour but de trouver la relation entre l'accès aux soins et les inégalités spatiales et sociales de santé, ainsi que les différents déterminants de ces inégalités.
- Le deuxième chapitre fera l'objet d'analyse de la répartition géographique de l'offre de soins de santé maternels en Algérie.
- Le troisième chapitre est consacré à l'analyse de la répartition géographique de l'offre de soins de santé maternels au niveau de la wilaya de Bejaia.
- Le quatrième chapitre est consacré à l'interprétation et l'analyse des résultats de notre enquête.

# **CHAPITRE I :**

## **FONDEMENTS THEORIQUES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE**

## **CHAPITRE I :**

### **ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS DE SANTE MATERNELS : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL**

#### **INTRODUCTION**

La santé est un état complet d'un bien être physique, mentale et sociale<sup>1</sup>, le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins de santé, quelque soit ses revenus , ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale fondé sur la solidarité. Tous les acteurs de santé - les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes de prévention ou de soins, les autorités sanitaires doivent employer tous les moyens à leur disposition pour le mettre en œuvre au bénéfice de toutes personnes.

L'objectif de ce chapitre est de faire une étude descriptive. En premier lieu, on essaie de faire une petite analyse sur l'accès aux soins. En deuxième lieu, il conviendrait tous d'abord de faire un aperçu général sur les différents concepts liés aux inégalités de santé et en troisième lieu, il est indispensable de faire un aperçu général sur les soins maternelles.

#### **I.CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUX SOINS**

L'accès de tous à des soins de qualité constitue l'un des objectifs majeurs des politiques de santé publique. Or, les disparités dans la répartition territoriale des professionnels de santé compromettent l'égal accès aux soins.

A cet effet, l'objectif de cette section est de cerner la notion d'accès et d'accessibilités aux soins avec toutes ses dimensions.

##### **1.Définition de l'accès aux soins**

Depuis les années 60, plusieurs géographes anglo-saxons se sont appliqués à définir ce concept clé pour améliorer la performance de tout système de santé<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> OMS : rapport, 'Système de santé', 2010, in [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>2</sup> Ricketts T. C., Goldsmith I. J. (2005): "Access in health services research: The battle of the frameworks", *Nursing Outlook*, Vol. 53, n°6, p. 274-280.

Pour L. A. Aday et R. M. Andersen<sup>3</sup>, le concept d'accès se définit comme le rapport entre les besoins en soins d'une population (caractéristiques sociodémographiques) et l'utilisation du système de soins (prise en charge effective des patients).

Pour R. Penchansky et J. W. Thomas<sup>4</sup>, l'accès correspond à l'adéquation entre les caractéristiques des professionnels de santé et les attentes des patients évaluées à travers leur satisfaction. Ainsi, il ne s'agit plus seulement d'accès géographique ou financier mais d'un accès multidimensionnel.

L'institut de médecine des Etats Unis définit l'accès aux soins comme suit : *« l'utilisation en temps utile des services de santé par des individus de façon à attendre le meilleur résultat possible en terme de santé »*<sup>5</sup>.

Cette définition comporte deux composantes portant respectivement sur les besoins de services et la capacité de les obtenir.

Pour Paker : *« l'accès aux soins est la capacité d'atteindre un service et d'y être admis »*

Selon le Bureau of Heath planning : *« l'accès aux soins est la capacité de la population ou d'un segment de la population d'obtenir les services de santé disponibles. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, temporels, de localisations, architecturaux, culturels, organisationnels et informationnels, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services »*<sup>6</sup>.

Le Bureau of Heath planning insiste à la fois sur la disponibilité préalable des services que suppose leur accès et sur les déterminants de l'accès, vus comme des barrières ou des facilitateurs. Les barrières sont liées tant à la production des services (nombre de fournisseurs, distribution géographique, type et spécialisation....) qu'à leur consommation (disponibilité financière, comportement de recherche de soins à chaque individu ou groupe...).

---

<sup>3</sup> Aday I.A., Andersen R.M. (1974): "A framework for the study of access to medical care", *Health Services Research*, vol. 9, p. 208-220.

<sup>4</sup> Penchansky R., Thomas J. W. (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", *Medical Care*, Vol. 22, n°6, p. 127-140.

<sup>5</sup>L'institut de médecine des Etats Unis

<sup>6</sup>Bureau of Heath planning

Les différences en termes d'accès aux soins contribuent à l'explication des inégalités devant la maladie et la mort. Ainsi, l'utilisation du système de santé varie avec la position socio-économique des patients. D'ailleurs, « à âge et sexe comparables, un cadre ou assimilé consulte deux fois plus souvent un spécialiste et consomme en moyenne 1,9 fois plus de médicaments prescrits qu'un ouvrier non qualifié »<sup>7</sup>.

## **2. Dimension d'accès aux soins**

Nous avons les dimensions d'accès aux soins selon Picheral et selon l'OMS à savoir :

**2.1. Selon la définition de Picheral** « *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale* ». <sup>8</sup>

❖ **Matérielle** : L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple (distance / temps) donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer.

❖ **sociale** : Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion).

## **2.2. Les dimensions de l'accès aux soins selon l'OMS**

L'OMS ne définit pas à proprement parler l'accès aux soins, mais traite des problématiques relatives à l'accessibilité à travers des notions de « couverture médicale » « le

---

<sup>7</sup>Bihr A., Feffberkorn R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales..., op.cit. P73.

<sup>8</sup> Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS , Atelier Géographie de la santé, ed. 2001

pourcentage de personnes bénéficiant d'une intervention spécifique parmi celles qui en ont besoin » et de « droit à la santé »<sup>9</sup>

Ainsi, d'après le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la santé se compose de quatre dimensions:

❖ **Disponibilité:** il doit exister suffisamment d'installations, de biens et de services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé.

❖ **Accessibilité :** les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à toutes personnes relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement:

- non-discrimination
- accessibilité physique
- accessibilité économique (abordabilité)
- accessibilité de l'information.

❖ **Acceptabilité:** les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale, appropriés sur le plan culturel et réceptif aux exigences spécifiques liées au sexe et aux différents stades de la vie.

❖ **Qualité :** les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

### **3. Les facteurs d'utilisation des services de santé**

Le modèle de recours d'Andersen et Adey conçu pour l'étude de l'accessibilité des soins peut être affilié au modèle antérieur d'Andersen et Newman qui décrit des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire. Les facteurs y sont groupés en trois catégories : facteurs prédisposant, facteurs de capacité et facteurs déclenchant.

---

<sup>9</sup> OMS, Aide-mémoire N°323, Août 2007 [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)

### **3.1. Facteurs prédisposant**

Les facteurs prédisposant sont les variables démographiques (âge, sexe, statut marital, morbidités passées), Les indicateurs de la structure sociale (race, niveau d'éducation, occupation, ethnie, mobilité résidentielle, taille de la famille), ainsi que les indicateurs de valeurs et croyances (santé et perception des maladies, attitudes face au risque maladie, connaissance des maladies et de leurs impacts).

### **3.2. Facteurs de capacité**

Les facteurs de capacité sont les indicateurs familiaux (revenus, assurances, sources régulières de soins, accès aux sources), indicateurs communautaires (densité et disponibilité des ressources sanitaires dans le lieu de vie, prix des services, région géographique, habitat rural, versus urbain),

### **3.3. Facteurs déclenchant**

Les facteurs déclenchant sont les besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçu de besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu, état général concomitant ou niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, symptômes et diagnostic établi par les experts).

Ainsi, l'accès aux soins peut être déterminé par des choix et des contraintes, qui dépendent aussi bien des croyances, des arbitrages individuels et collectifs, et d'autres facteurs tels que l'environnement géographique, social, économique et médical. Mais ces choix sont toujours fortement influencés par la situation du pays et les décisions posées en terme d'infrastructures de santé.

## **4. Caractéristiques d'accès aux soins**

L'accès aux soins est l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Institute Of Medicine



#### **4.1.Les inégalités d'accès primaire**

Selon la Déclaration d'Alma-Ata: «Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.» Le rapport sur la santé dans le monde de 2008 approfondira cette définition.

Depuis sa définition lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978, le concept de soins primaires est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Dans son acception opérationnelle, le concept de soins primaires renvoie aux notions de premiers recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins en lien avec les autres secteurs, c'est-à-dire aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires. Les médecins généralistes en sont en général des acteurs essentiels bien que la notion d'équipe associant d'autres professions soignantes et sociales, apparaisse plus à même de répondre à la complexité des situations présentes aujourd'hui dans le secteur ambulatoire (OMS 2008).

➤ **Les inégalités d'accès primaire : S'expliquent du fait de :**

**Méconnaissance du besoin** (par la personne), **Renoncement aux soins** (par la personne) du fait d'obstacles multiples : économiques (paiement/avance de frais), géographiques (éloignement des services), administratifs (avoir des droits sociaux et les faire valoir), psycho-sociaux (attention à soi, regard de l'autre), culturels (intelligibilité du système), personnels (choix de priorité), discrimination **Refus** (du professionnel) : pour des motifs économiques mais aussi du fait d'une acceptation limitée des dispositifs de solidarité redistributive et d'une méfiance irréductible vis-à-vis du social.

#### **4.2. Les inégalité d'accès secondaire**

Manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact<sup>11</sup>. Les soins secondaires se produisent après la phase de contact avec le système de soins (professionnel / institution) de l'identification du besoin de soins reconnu jusqu'à la délivrance des soins nécessaire c'est-à-dire la provision<sup>12</sup>

##### **➤ Inégalités d'accès secondaire**

- ✓ Par construction du système de soins Primauté du soin curatif, Cloisonnements multiples, Variations spatiales des taux d'équipement et des densités de professionnels de santé, Absence de responsabilité populationnelle des acteurs, Systèmes d'information aveugles sur la question sociale (migration, etc.) Par construction des références de pratique qui prennent pas ou peu en compte les facteurs de risque psycho-sociaux (ex : Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle ».
- ✓ Par omission de besoins de **soins curatifs**.
- ✓ Par omission de besoins de **soins préventifs** (Pascal J, et al. Eur J Pub Health 2009).
- ✓ L'attention aux soins préventifs est globalement insuffisante.
- ✓ Une prise en charge indiscriminée laisse perdurer des inégalités de soins.
- ✓ Elle peut même les produire ou les aggraver si elle est le fait de la source de soins dominante.

## **II. FONDEMENTS THEORIQUE DES INEGALITES DE SANTE**

Dans un nombre croissant de nos territoires, qu'il s'agisse d'espaces ruraux ou de zones urbaines sensibles, l'accès à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une infirmière devient de plus en plus difficile, notamment aux horaires de la permanence des soins. De plus, dans ces territoires comme dans certaines villes, il est tout aussi difficile d'obtenir une consultation spécialisée dans un délai raisonnable.

À l'inverse, dans les zones sur-dotées en offre de soins, les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels sont parfois tels, que les patients rencontrent de véritables

---

<sup>11</sup> Lurie, Health Services Research, 1997.

<sup>12</sup> Nutting et al. Medical Care, 1981

difficultés financières d'accès aux soins. Ainsi, force est de constater que les populations n'ont pas un accès égal aux soins.

Dans cette section, nous allons présenter et analyser les inégalités de santé dans ces deux aspects : sociales et territoriales.

### **1.Définition des inégalités de santé**

Les définitions données aux inégalités distinguent entre plusieurs formes d'inégalités, à savoir : les inégalités économiques, sociales, culturelles, politiques, etc.

En général, l'inégalité est le caractère de ce qui n'est pas égal. Elle peut être définie comme « *le résultat d'une distribution inégale au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette société* »<sup>13</sup>.

Les inégalités de santé, évoquées précédemment, représentent des écarts entre des individus ou des groupes pour certains indicateurs de santé. Elles font essentiellement référence à l'observation de différences quantitatives au regard d'un indicateur spécifique de santé entre des groupes dans une population. L'équité en matière de santé renvoie à des aspects normatifs, à un jugement de valeur concernant le caractère juste ou injuste de ces écarts<sup>14</sup>.

Dans le domaine de la santé, l'OMS définit l'équité en matière de santé comme « *l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiable, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement* »<sup>15</sup>.

En d'autres termes, l'équité en santé explique un jugement fondé sur la valeur de justice sociale. Elle se réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution d'une ressource qui permet la santé, soit dans un état de santé.

### **2.Les inégalités sociales de santé**

Les inégalités sociales de santé relèvent pour beaucoup des conditions d'existence et renvoient donc aux disparités en termes de revenus, d'emploi, d'éducation, de logement, de

---

<sup>13</sup>Les définitions de l'OMS

<sup>14</sup>L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la direction.) : « *Réduire les inégalités...* Op.cit.P39.

<sup>15</sup>Rochaix L., Tubeauf S. (2009) : « mesure de l'équité en santé : fondements éthiques et implications ».Revue Economique, Vol 60, N°2, P327.

loisirs, etc. Ces inégalités agissent à leur tour sur les modes de vie comme les comportements alimentaires, les pratiques à risque, etc<sup>16</sup>.

On peut ainsi parler de production et de reproduction des inégalités qui sont beaucoup plus marquées encore chez certains groupes de population en situation de précarité (chômeurs de longue durée, étrangers non communautaires, etc.).

## **2.1.Les causes des inégalités sociales de santé**

Les origines des inégalités sociales de santé sont multifactorielles et complexes.

De nombreux facteurs, situés en amont du système de santé et liés aux conditions socio-économiques des personnes, à leur parcours de vie (personnel et professionnel), sont à l'origine des inégalités sociales de santé<sup>17</sup>.

Elles sont le produit des inégalités de conditions d'existence construites dès l'enfance et qui concernent l'éducation, l'emploi, le logement, le lien social, etc.

❖ **Les conditions de vie et de travail:** Les personnes ayant un faible statut socio-économique sont confrontées à des conditions, matérielles et non matérielles, d'une vie moins saine, qui peuvent avoir des conséquences directes et néfastes sur leur santé. Les conditions matérielles de travail sont, de même, moins favorables aux groupes de faible statut socio-économique. Ces conditions constituent une des principales causes expliquant les inégalités sociales de santé. Ainsi, pour « *toutes pathologies et catégories sociales confondues, le travail est tenu pour responsable de près d'un problème de santé sur cinq; mais la proportion peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories* »<sup>18</sup>. Il peut s'agir également d'éléments non matériels, comme le stress, le réseau social et le soutien social, répartis inégalement selon les groupes socio-économiques.

---

<sup>16</sup> Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P8.

<sup>17</sup> Yahiaoui, F, Essai sur les inégalités sociales de santé : problématique de l'accessibilité financière aux soins : Cas de la wilaya de Bejaïa, Mémoire de mastre en science économiques, Option économie de la santé. Université de Bejaia.

<sup>18</sup>Bihr A., Feffberkorn R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales de santé », ¿Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société, N°6, La santé au prisme des sciences sociales, Juin 2008, P64. <http://www.revue-interrogations.org>

❖ **Le comportements individuel** : les inégalités de santé sont, également, une conséquence des comportements individuels de santé. L'ensemble des comportements choisis et acceptés par chaque individu, qui sont dépendant de sa situation socio-économique, affectent négativement la santé publique, et favorisent l'apparition de plusieurs maladies. Exemples : les habitudes alimentaires ou de diverses addictions (tels que le tabagisme ou l'alcoolisme), qui varient significativement avec la catégorie socioprofessionnelle<sup>19</sup> ; les activités physiques et de loisirs sont plus importantes chez les personnes ayant un statut socio-économique favorable ; l'activité liée au travail étant plus intense dans les milieux défavorisés.

❖ **Accès et recours aux soins** : Les différences en termes d'accès aux soins contribuent à l'explication des inégalités devant la maladie et la mort. Ainsi, l'utilisation du système de santé varie avec la position socio-économique des patients. D'ailleurs, « à âge et sexe comparables, un cadre ou assimilé consulte deux fois plus souvent un spécialiste et consomme en moyenne 1,9 fois plus de médicaments prescrits qu'un ouvrier non qualifié »<sup>20</sup>. L'accès et le recours aux soins est déterminé par plusieurs facteurs. Le renoncement aux soins s'explique dans la majorité des cas pour des raisons financières (le recours aux soins est fortement corrélé au revenu et au milieu social)<sup>21</sup>. Le renoncement aux soins s'explique aussi par des raisons non financières : l'offre de soins. Ainsi, la probabilité de décès augmente lorsque la densité médicale de la zone d'habitation diminue ; ce rapport est plus important pour les pays et les catégories sociales les plus pauvres<sup>22</sup>.

❖ **La qualité des soins** : les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées à des différences de qualité de prise en charge. Plusieurs études internationales ont pu montrer que « les médecins prescrivaient moins d'examens de dépistage aux patients issus de classes sociales défavorisées »<sup>23</sup>. Ainsi, en plus de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

---

<sup>19</sup>Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P9.

<sup>20</sup>Bihl A., Feffberkorn R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales..., op.cit. P73.

<sup>21</sup>Besnier M. (2008), Op. Cit. P10.

<sup>22</sup>Idem., P 12.

<sup>23</sup>Ibid., P 13.

La commission des déterminants sociaux de la santé a fondé ses travaux sur l'idée que les inégalités de santé résultent d'interactions complexes entre ces différents facteurs. Elle soutient, donc, que le manque de soins de santé n'est pas la cause de l'énorme fardeau mondial imposé par les maladies. Par exemple : *«les maladies d'origine hydrique sont causées non pas par le manque d'antibiotiques, mais par l'eau sale et par les forces politiques, sociales et économiques qui ne mettent pas d'eau potable à la disposition de tous; les maladies cardiovasculaires sont causées non pas par le manque d'unités de soins coronariens, mais plutôt par les habitudes de vie, façonnées par les environnements; l'obésité est causée non pas par une défaillance morale des personnes, mais plutôt par la disponibilité excessive d'aliments à forte teneur en gras et en sucre »*<sup>24</sup>. La principale intervention portant sur les déterminants sociaux de la santé doit donc provenir de l'extérieur du secteur de la santé,

La CDSS a procédé à une analyse détaillée des données et a recommandé, dans son rapport final, trois principes d'action<sup>25</sup> :

- ❖ Améliorer les conditions de vie quotidienne.
- ❖ Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources.
- ❖ Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action.

### **3.Les inégalités spatiale de santé**

La Justice Environnementale (JE)<sup>26</sup>, qui émergea aux Etats-Unis, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, est une notion qui identifia d'abord un mouvement social luttant au niveau local pour la prise en compte des inégalités environnementales dans les décisions d'aménagement et notamment dans les choix d'implantation d'équipements polluants, avant de devenir un courant novateur au sein de la recherche en sciences sociales. Ce mouvement a eu peu d'échos dans notre contexte national<sup>27</sup>, un constat s'expliquant probablement en raison de ses spécificités américaines.

---

<sup>24</sup> Association des Infirmiers et Infirmières du Canada,: « les déterminants de la santé », Edition AIIC, Novembre 2009, P3.

<sup>25</sup> Idem

<sup>26</sup> Traduction de *environmental justice*

<sup>27</sup> La JE telle qu'elle s'est développée aux Etats-Unis se distingue d'un autre mouvement plus récent

Aujourd'hui, le territoire est une notion connue, mais il n'est pas certain que son sens, et plus encore son utilité, soient clairement perçus.

En santé publique, si on sait que le territoire va permettre d'organiser l'offre de soins et de santé à différents niveaux, en instaurant une offre de soins graduée, on envisage plutôt, car la chose n'est pas systématique, de concevoir de nouveaux territoires, partant du postulat qu'aucune des délimitations préexistantes ne peut convenir. Aussi, un certain nombre d'approches techniques se sont développées, afin de mettre en évidence ce que l'on serait tenté de nommer la territorialité latente des phénomènes de santé, comme si ces territoires avaient leur propre logique que l'expert, tel une sage-femme par son savoir.

### **3.1. Géographie de la santé**

Les études relatives à la santé se sont progressivement imposées aux sciences sociales, dont la géographie, qui ont investi ce champ des connaissances et de la recherche. Théorisée, en France, par Max Sorre, la "géographie médicale" couvrait un champ d'étude aux limites et à la cohérence encore incertaines.

Aujourd'hui, la géographie de la santé, à la croisée de la géographie des maladies et de la géographie des soins, a pour objet l'analyse sociale et spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins, des inégalités de santé des populations, des déterminants de santé susceptibles de contribuer à la promotion ou à la dégradation de leur santé, de la distribution des maladies. Elle situe la pathologie et le malade dans son espace global en analysant le rôle et l'impact des faits de santé sur l'activité humaine.

Ses objectifs et ses applications peuvent être : la définition des territoires de la santé ; la mesure de l'encadrement sanitaire de la population ; la recherche de l'équité pour évaluer l'ajustement du système de soins aux besoins de santé. Pratiquée depuis l'échelle internationale ou nationale jusqu'aux échelles locales (région, communauté), la géographie de la santé contribue à la réflexion sur la planification et sur l'aménagement sanitaire du territoire. En situant, localisant, mesurant, répartissant des faits de santé, le géographe dispose d'outils cartographiques (non exclusifs) pour exprimer, à différentes échelles les gradients de ces disparités et de ces inégalités socio-spatiales.

❖ **Picheral dans le dictionnaire raisonné de 2001 a défini la géographie de la santé comme :** « *L'analyse spatiale des disparités des niveaux de santé des populations et des facteurs environnementaux (physiques, biologiques, sociaux, économiques et culturels) qui concourent à expliquer ces inégalités* »<sup>28</sup>.

❖ **Définition de Salem dans Espace, populations et sociétés n°1 1995 a défini la géographie de la santé comme :** « *La géographie de la santé vise à mettre en perspective les déterminants naturels et sociaux des états de santé en des lieux donnés* »<sup>29</sup>

À l'origine, la géographie de la santé s'est développée dans deux directions. D'une part la géographie des maladies qui étudie les inégalités géographiques de répartition, d'incidence et de prévalence des maladies ainsi que les facteurs de risque associés. Cette branche est très proche par ses méthodes de l'épidémiologie et s'est longtemps attachée à l'étude de la mortalité en raison des données disponibles avec les registres d'état-civil.

D'autre part, la géographie des soins médicaux qui est l'étude de la répartition dans l'espace des équipements et personnels médicaux, des inégalités spatiales d'accès aux soins et de consommation médicale. La synthèse de ces deux courants forme la géographie de la santé, qui cherche les spécificités de l'espace en rapprochant les indicateurs de santé, l'utilisation et la disponibilité des soins, le contexte social et économique, l'environnement physique et climatique afin de caractériser ou de comparer des espaces ou zones géographiques.

### **3.1.1. La géographie des maladies**

La géographie des maladies a étudié leur distribution sociale et spatiale. Bien qu'elle procède d'une filiation ancienne, depuis l'Antiquité jusqu'à l'époque contemporaine, en passant par l'école hippocratique, la médecine arabe, les géographes ne s'y sont vraiment intéressés qu'au lendemain de la Première guerre mondiale, en France avec Maximilien Sorre par ex. Cette géographie procède de deux démarches principales :

---

<sup>28</sup> Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS , Atelier Géographie de la santé, ed. 2001

<sup>29</sup> Salem dans Espace, populations et sociétés n°1 1995



- générale et monographique à propos de la répartition de n'importe quelle maladie à différentes échelles ; elle se prête bien en particulier à l'analyse spatiale des épidémies et de leur diffusion dont elles constituent de véritables modèles.
- régionale ou locale afin de mesurer l'état de santé d'une population dans un espace, sur un territoire ou un lieu donné, à travers son profil pathologique.

### **3.1.2.Géographie des soins**

Selon picheral (1984) : « la géographie des soins est l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins. Elle comporte la répartition dans l'espace et dans le temps du système de soins et de l'appareil de distribution de biens et de services médicaux a différentes echelle, L' étude géographique et sociale de la fréquentation des services. Recherche une meilleure satisfaction des besoins de santé et une orientation plus efficace des invistissements publics et privé »<sup>30</sup>.

D' où l'objectif principal de la géographie des soins est l'ajustement du système de soins aux besoins de santé.

Dés lors, son objectif est bien l'étude globale et spaciale de la qualité de la santé des populations, de leur comportement et des facteurs de leur environnement (physique, social, économique, culturel) qui concurent à la promotion ou a la dégradation de leur santé.

### **3.2.La carte sanitaire**

En Algérie, une carte sanitaire a été mise en place en 1982 comme principal outil de régulation et de modulation de l'offre publique<sup>31</sup>.

Elle avait pour visée de réduire les inégalités quant à l'accès aux soins de santé et de corriger les disparités régionales existantes, résultant de la concentration des moyens, héritée de l'ère du colonialisme, surtout dans les grandes villes (Alger, Oran et Constantine).

Une politique de décentralisation et déconcentration de l'offre de soins par la carte sanitaire s'est appuyée sur une délimitation de treize (13) régions sanitaires, englobant chacune un certain nombre de wilayas et couvrant l'ensemble du territoire, tenant compte de la

---

<sup>30</sup> picheral (1984) p14

<sup>31</sup> L'article 9 du journal officiel du 17 février 1985 stipule : « la création des différentes types de structures sanitaires se fait selon les besoins de santé de la population et les caractères socio-économique des différents régions du territoire national, et les normes définies dans le cadre de la carte sanitaire »

répartition des habitants ainsi que des spécificités d'ordre épidémiologique du milieu environnant.

La carte sanitaire a consacré une hiérarchie des soins à quatre (04) niveaux :

- Niveau A : soins hautement spécialisés ;
- Niveau B : soins spécialisés ;
- Niveau C : soins généraux ;
- Niveau D : soins de premier recours.

A partir de 1996, la carte sanitaire ne retient que cinq (05) régions sanitaires : (Centre « Alger », Est « Constantine », Ouest « Oran », Sud-est « Bechar », Sud-ouest «Ouargla»).

Paradoxalement aux objectifs censés être atteints à travers la carte sanitaire, en Algérie, son efficacité demeure contestée, « *si l'on examine les résultats de la politique de santé à la lumière de la seule croissance de l'offre globale des moyens sanitaires, réel et financiers, on aboutit en général à des conclusions pessimistes et la forte inefficacité productive des moyens les plus onéreux, qui y sont affectés* »<sup>32</sup>. En effet, et suivent des considérations souvent autres qu'économiques, la carte sanitaire que l'on met en place la multiplication anarchique voire démesurée de l'offre des moyens matériels des hôpitaux et autres structures de santé<sup>33</sup>.

### **3.3.La démographie médicale**

La démographie médicale est l'étude des caractéristiques, actuelles ou prévues, des professions médicales et para-médicales afin de moduler les flux d'étudiants (numerus clausus), les autorisations d'exercice (pharmacies, laboratoires), etc. : âge, genre, modes d'exercice, activités et revenus. Dans la pratique (institutions internationales, ministères et autres administrations), le terme désigne aussi ce qui est relatif à la localisation des praticiens, à leur répartition dans l'espace et donc aux notions de densité, desserte, voire de désert médical.

---

<sup>32</sup> Oufriha F. Z : « Les reformes du système de santé en Algérie » de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins CREAD page 97.

<sup>33</sup> Oufriha F. Z : « Système de santé et population en Algérie». Edition CREAD 2008. Page 57

### **3.3.1. La densité médicale**

La densité médicale est un taux (nombre de praticiens pour N habitants) et non un rapport d'individus à une unité de surface comme c'est l'usage en géographie. Les Anglo-saxons utilisent d'ailleurs le terme de ratio médecin/population ("physician-to-population ratio"). On peut aussi utiliser le terme de desserte médicale pour exprimer le niveau de médicalisation d'une population dans un espace donné.

### **3.3.2. Le désert médical**

Le désert médical est une expression imagée pour qualifier une population et un espace peu ou mal médicalisés. Cependant, dans les sociétés développées, rares sont les territoires dépourvus de tout encadrement médical. Le désert médical désigne alors des zones mal desservies par le corps médical faute d'aménités, de pouvoir d'attraction et/ou d'accessibilité. Il s'agit le plus souvent de campagnes isolées ("rural profond") mais aussi de certaines banlieues défavorisées. La lutte contre les déserts médicaux fait l'objet de débats entre les partisans du libre-choix et ceux de la planification sanitaire.

Les relations entre inégalités sociales et territoriales de santé sont multiples. L'environnement géographique constitue un des déterminants de santé. Les disparités sociales d'occupation du territoire sont clairement identifiées.

Et au-delà de l'expression de l'inégal capital économique et culturel de ses habitants, le territoire peut jouer un effet propre sur la santé.

Les deux types de réflexion, disparités territoriales de santé et inégalités sociales de santé se rejoignent.

La caractérisation des territoires devient un enjeu primordial pour identifier et comprendre les inégalités sociales de santé et leurs déterminants.

## **III. LES SOINS MATERNELS**

Les soins médicaux prodigués à la mère durant la phase de la grossesse, pendant et après l'accouchement ont un effet considérable sur la santé de la mère et de l'enfant.

Les soins prénataux permettent en effet de dépister et de soigner les problèmes de santé dus ou antérieurs à la grossesse mais aggravés par celle-ci. Ils aident également à déterminer les

femmes enceintes ayant besoins de soins et d'un contrôle particuliers durant cette période ou au moment de l'accouchement.

Quant aux soins post-partum : ils comprennent les soins médicaux, préventifs et curatifs, nécessaires à la protection de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi des soins non médicaux : régime alimentaire à observer durant les phases de la grossesse et de l'allaitement et la durée d'allaitement maternel. Cependant, nous limitons notre étude aux soins médicaux uniquement. Les soins non médicaux ne sont donc pas pris en compte.

Les soins prodigués au moment de l'accouchement dépendent de :<sup>34</sup>

- la nature et du niveau des soins disponibles,
- l'existence de ces services et leur accessibilité,
- du niveau d'entraînement et de l'expérience de ceux qui assistent la femme au moment de l'accouchement,
- Et enfin, du niveau des services d'urgence qui peuvent éventuellement être utilisés surtout dans les cas d'accouchement difficiles.

Afin de sécuriser la prise en charge de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement, l'offre de soins en maternité n'a cessé de se concentrer depuis longtemps. Elle a été repensée en un réseau moins dense, mais d'un meilleur niveau d'équipement.

Une plus grande sécurité des soins a été recherchée, notamment en adaptant la prise en charge au niveau de risque évalué pour chaque grossesse.

## **1. Définition de la mortalité maternelle**

Un décès maternel est le décès d'une femme enceinte ou un décès survenu dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse<sup>35</sup>.

Par définition, le rapport de mortalité est le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pendant une période donnée, généralement un an. Le taux de mortalité maternelle est le nombre de décès maternels par an pour 100 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans). Dans le langage courant, on utilise le terme «taux de mortalité maternelle» pour désigner ce qui est en réalité le rapport de mortalité maternelle.

---

<sup>34</sup> Kaid, Tlilane, N, Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, thèse de doctorat d'état en science économique. Université de Bejaïa.

<sup>35</sup> L'organisation mondiale de santé.

## **2. Les Soins obstétricaux**

De manière générale, selon l'OMS<sup>36</sup> qui constitue la référence en matière de définition des concepts relatifs à la santé maternelle et infantile, les soins obstétricaux comprennent généralement les soins dispensés à la femme ou à la future mère (les adolescentes) avant la conception, les soins dispensés pendant la grossesse (soins prénatals) et les soins dispensés pendant et après l'accouchement (soins post-partum). On y ajoute les soins aux nouveau-nés (soins postnatals), la planification familiale, les soins en cas d'avortement et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection au VIH/SIDA.

Par soins obstétricaux, nous entendons les soins prénatals et à l'accouchement. Il s'agit des soins que l'OMS (1991) appelle « les soins obstétricaux essentiels de base et les soins obstétricaux complets ».

## **3. La santé maternelle et infantile**

Les avantages sociaux dont bénéficient les habitants des villes ont une tendance toujours plus grande à s'étendre aux campagnes, c'est le cas de la protection de la mère et de l'enfant dont les régions rurales, parmi les plus éloignées des grandes villes, ont un besoin si pressants.

On trouvera, dans un récent numéro de la revue internationale de l'enfant<sup>37</sup> les résultats des expériences faites, dans cette voie, par une quinzaine de pays et, plus particulièrement, par ceux qui bénéficient de taux de mortalité infantile particulièrement faibles : nouvelle-zélande, suède, pays-bas.

Tous les pays insistent sur la nécessité d'une protection maternelle et infantile commençant au stade prénatal, donc sur la très grande importance des consultations prénatales et pour nourissons, que celles-ci soient fixes a ambulantes.

On souligne également tout l'intérêt des visites à domicile, les seules permettant de joindre l'éducation indispensable .

Quand aux infirmières-visiteuses, chargées de ce travail, si leur formation technique en milieu rural, il est nettement préférable, dans l'état actuel des choses, que leur activité soit polyvalente, c'est-à-dire qu'elle ne se limite pas obligatoirement à la surveillance des mères et des enfants.

---

<sup>36</sup> OMS, Aide-mémoire N°324, Août 2007 / [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr).

<sup>37</sup> Revue Internationale de l'enfant, Union internationale de protection de l'enfant N 1, 1951.

### **3.1. Les enfants**

Chez les enfants, la constitution des systèmes nerveux, immunitaire, reproductif se déroule selon des phases limitées dans le temps et les effets des expositions ambiantes peuvent modifier ou endommager de façon irréversible les organes en développement, alors que ces mêmes expositions peuvent très bien ne pas avoir d'incidence sur un adulte qui y serait soumis. Les enfants, proportionnellement à leur poids corporel, boivent plus d'eau, ingèrent davantage d'aliments et respirent plus d'air que les adultes. Qui plus est, leurs comportements accroissent encore le degré d'exposition (jeux et déplacements tout près du sol, tendance à mettre à la bouche divers objets et substances). Leur capacité d'élimination des toxiques, surtout dans le plus jeune âge, est moindre que celle des adultes. En outre, les enfants ne choisissent pas les facteurs auxquels ils sont exposés. Pour toutes ces raisons, ils sont probablement les « indicateurs » les plus sensibles de l'incidence de l'environnement sur la santé des populations.

### **3.2. Les femmes enceintes**

L'exposition des femmes enceintes à des substances toxiques peut avoir des conséquences néfastes à court terme pour le fœtus et à long terme pour l'enfant à naître. Le plomb et le méthyle mercure sont bien connus pour entraîner une augmentation des avortements spontanés, des naissances prématurées et des troubles du neuro-développement de l'enfant après la naissance. Les dérivés de la chloration de l'eau (les trihalométhanes) peuvent entraîner une augmentation des avortements spontanés. Le tabagisme passif et certains pesticides pourraient être à l'origine de naissances prématurées ou de retards de croissance des fœtus. Les polychlorobiphényles (PCB) sont suspectés d'être à l'origine de troubles du neuro-développement de l'enfant lorsqu'il a été exposé avant sa naissance.

## **4. Caractéristiques fondamentales du système de soins de santé maternels**

Les principales caractéristiques distinctives d'un système de soins de santé maternelle sont les suivantes :

- des soins anténatals efficaces doivent être assurés dans les centres de premier niveau et dans la communauté de façon à couvrir toute la population;

- les femmes qui présentent des complications (notamment des complications puerpérales) doivent être dirigées sans délai vers un centre de deuxième niveau (hôpital de district ou l'équivalent) pour recevoir le traitement qui les sauvera;
- des moyens de transport efficaces sont essentiels;
- des directives précises doivent être formulées pour déterminer la qualité des soins et des mesures prises en vue de leur amélioration.

## **5. Stratégie de réduction de la mortalité maternelle**

Pour rendre la grossesse plus sûre, il faut impérativement :

- développer la collaboration intersectorielle pour améliorer les conditions de vie et favoriser l'acceptation des formes modernes de soins maternels par la population;
- renforcer le système de santé pour qu'il soit en mesure d'offrir des soins anténatals de qualité à l'ensemble de la population;
- proposer un éventail approprié d'interventions pour faire face aux urgences non programmées, qui constituent le groupe le plus vulnérable, avec la plus forte proportion de décès maternels
- promouvoir des conditions socio-économiques, éducationnelles, culturelles, infrastructurelles, politiques et sanitaires de nature à éviter les urgences non programmées.

Le terme «urgence non programmée» s'applique aux femmes qui n'ont pas bénéficié des soins anténatals appropriés et qui arrivent à l'hôpital dans un état critique à la suite de complications de la grossesse menaçant le pronostic vital. Souvent le cas est si avancé que la femme présente non pas une mais deux complications ou parfois plus. Par exemple, un travail dystocique est compliqué par une rupture d'utérus, une hémorragie importante, une infection généralisée et un état de choc. Ou bien, une anémie grave et une tuberculose, survenues pendant la grossesse, ont été négligées jusqu'à ce qu'une complication puerpérale, comme la rétention du placenta, force la femme à se rendre dans un centre de soins pour la première

fois. Une visite en temps voulu dans un centre anténatal aurait permis de détecter et de traiter les deux problèmes préexistants avant le déclenchement du travail.

### **Cocnlusion**

Les inégalités sociales et spatiales de santé font référence à un objectif de justice qui n'est pas atteint, cependant, les inégalités spatiales de santé se présentent partout dans le monde, même dans les systèmes de santé des pays les plus développés. Elles représentent un problème majeur de santé publique. En effet, ces dernières sont dues en partie à l'environnement géographique et social.

la géographie des soins, est l'analyse spatiale de l'offre de soins et du au recours aux soins. Elle comporte la répartition dans l'espace et dans le temps du système de soins et de l'appareil de distribution de biens et de services médicaux à différentes echelles.

Par consequent, les inegalités sociales sont retrouvées partout et elle sont plus flagrantes à l'échelle mondiale, entre pays pauvres et pays riches, ces derniere sont persistants et difficiles à reduire et ont, d'une façon générale tendance a s'accroître.

En revanche, la mortalité maternels dans le monde et sourtous dans les pays en voie de développement demure un veritable problème de santé publique, malgré les diggicultés inhérentes à la mesure de la mortalité maternels, les interventions visants à réduire cette mortalité doivent être suivies et évaluées pour déterminer les stratigies les plus efficaces dans différentes situations.

D'où l'objectif principale de la geographie de la santé,est l'ajustement du système de soins.



## **CHAPITRE II :**

### **LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELS EN ALGERIE**

**CHAPITRE II :**

**LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELS EN ALGERIE**

**Introduction**

Dans un nombre croissant de territoires, qu'il s'agisse d'espaces ruraux ou de zones urbaines sensibles, l'accès à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une infirmière devient de plus en plus difficile, notamment aux horaires de la permanence des soins. De plus, dans ces territoires comme dans certaines villes, il est tout aussi difficile d'obtenir une consultation spécialisée dans un délai raisonnable.

À l'inverse, dans les zones sur-dotées en offre de soins, les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels sont parfois tels, que les patients rencontrent de véritables difficultés financières d'accès aux soins.

L'Algérie a consenti de grands efforts dans la formation des personnels de santé, tous corps confondus. La couverture en personnel médical est jugée satisfaisante comparativement à certains pays présentant un niveau de développement similaire. Cependant, de grandes disparités régionales sont relevées surtout pour le corps des spécialistes.

L'objectif de ce chapitre est d'analyser la répartition de l'offre de soins maternels en Algérie. A cet effet, nous allons d'abord analyser la répartition de l'offre de soins en Algérie (section1). Ensuite, nous allons analyser l'accès géographique aux soins maternels par l'analyse de la répartition de l'offre de soins de santé maternels (section 2).

**I. ANALYSE DE LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS EN ALGERIE**

Avant d'analyser la répartition de l'offre de soins en Algérie, nous allons d'abord comparer l'offre de soins en Algérie par rapport à d'autres pays maghrébins.

**1. L'offre de soins dans les pays du Maghreb**

Nous allons voir dans ce point l'offre de soins en Algérie par rapport aux à certains pays maghrébins notamment la Tunisie et le Maroc.

## **CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie**

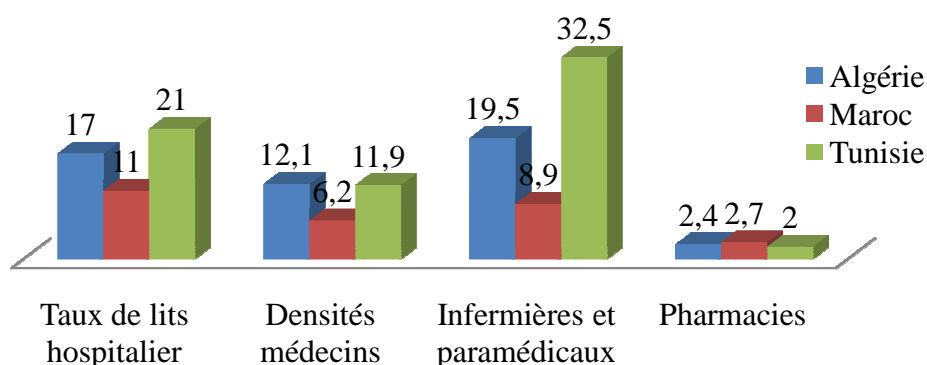
**Tableau 01:** L'offre de soins dans les pays du Maghreb par 10000 habitants en 2011.

Pays	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de Médecins	Nombre d'Infirmières et paramédicaux	Nombre des Pharmacies/
Algérie	17	12,1	19,5	2,4
Maroc	11	6,2	8,9	2,7
Tunisie	21	11,9	32,5	2

**Source:** L'ONS 2011 In: [http://www.ons.dz/IMG/pdf/Personnel\\_medicale.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/Personnel_medicale.pdf).

Le tableau 01 et la figure n°01 montre quelques indicateurs de l'offre de soins dans les pays du Maghreb. Ainsi, en 2011, la Tunisie est en tête des pays du Maghreb avec 21% du nombre de lits d'hospitalisation par 10000 habitants, 11,9% du nombre de médecins, 32,5% du nombre d'infirmières et paramédicaux par 10000 habitants et 2,0% du nombre de pharmacies pour 10000 habitants, suivi par l'Algérie avec 17% du nombre de lits d'hospitalisation par 10000 habitants, 12,1% du nombre de médecins par 10000 habitants, 19,5% du nombre d'infirmières et paramédicaux par 10000 habitants et 2,4% du nombre de pharmacies par 10000 habitants, et enfin, le Maroc avec 11% du nombre de lits d'hospitalisation par 10000 habitants, 2,2% du nombre de médecins par 10000 habitants, 19,5% du nombre d'infirmières et paramédicaux et 2,4% du nombre de pharmacies par 10000 habitants.

**Figure 01 : L'offre de soins dans les pays du Maghreb en 2011.**



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données du tableau 01.

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

---

La Tunisie occupe la première place que ce soit en lits d'hospitalisation, en nombre de médecins, en nombre d'infirmiers et paramédicaux ou en pharmacies et cela est dû aux efforts fournis pour promouvoir et préserver la santé de la population. (Cf. figure 01 et tableau 01).

### **2. Cadre géographique**

La population algérienne a été estimée au 31 décembre 2009 à 35.3 millions d'habitants. Elle est essentiellement concentrée dans les plaines côtières et les hauts plateaux. La densité de la population était de 5,25 en 1966 est passée à 12 habitants/Km<sup>2</sup> en 1998, toutefois les écarts restent très marqués entre le sud et le nord<sup>1</sup>.

L'Algérie s'étend sur une superficie de 2.381.741 km<sup>2</sup> et disposant de 1 200 Km de côtes sur la méditerranée. Géographiquement, trois régions se succèdent du nord au sud :

- Les plaines côtières situées entre le littoral méditerranéen et la chaîne montagneuse de l'Atlas Tellien. Cette région a un climat méditerranéen.
- Les hauts plateaux, situés entre l'Atlas Tellien au Nord et l'Atlas saharien et les Aurès au sud, représentent les hautes plaines semi-arides, ponctuées de dépressions, les Chotts avec une végétation steppique et un peuplement clairsemé.

Ces deux parties constituent l'Algérie du Nord et représentent 255.000 km<sup>2</sup>, dont une bande littorale de 45.000 km<sup>2</sup>.

- Le Sahara (2.080.000 km<sup>2</sup>) est une région désertique où le peuplement est concentré dans les oasis.

Ce vaste espace a donné lieu à une diversité géographique engendrant une diversité culturelle et sociale de sa population. Le nord humide regroupe 90% de la population sur 10% de la superficie globale, le sud aride et sec s'étale sur 90% de l'espace et n'abrite que le dixième restant de la population.

Le nord est considéré comme surpeuplé et saturé en matière d'exploitation industrielle et agricole. Le sud quant à lui reste ce vaste espace, riche en hydrocarbures, en réserve d'eau souterraine et en espace cultivables.

---

<sup>1</sup> Population résidente des ménages ordinaires (1998-2009) données du recensement général de la population et de l'habitat de 2009 sur le site ONS.

### **3. Nature de l'offre de soins**

L'offre de service de santé est assurée à la fois par des producteurs individuels (médecins ambulatoires : généralistes et spécialistes) et par entreprises multi-produits (hôpitaux) au sein desquelles des prestations différenciées sont réalisées par des producteurs de différentes catégories (médecins, personnel paramédical, personnel non médical).

Ces deux activités sont partiellement substituables (certains cas traités en milieu hospitalier pouvant l'être par la médecine ambulatoire) et principalement complémentaire (le médecin ambulatoire traitant les malades les moins gravement atteints et adressant les plus gravement atteints à l'hôpital).

La structure de cette offre est influencée fortement par des considérations géographiques. Compte tenu de la nature du bien et de la transférabilité limitée des consommateurs notamment en cas d'urgence, on est en présence d'une économie de marchés spatialement séparés. Cette structure est liée à la répartition de la population sur le territoire et possède deux propriétés essentielles :

➤ elle est hiérarchisée au sens de la théorie des places centrales. Dans les petites communes, les seuls offreurs présents sont les généralistes en position de monopole. Dans les communes de taille plus importantes, une certaine concurrence apparaît au niveau des généralistes, des spécialistes en position de monopole commençant à s'implanter.

Au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie urbaine, les hôpitaux de taille et de capacités techniques de plus en plus élevés apparaissent selon le même schéma : l'hôpital le plus élevé dans la hiérarchie fonctionnelle est un monopole, les établissements de rang inférieurs ou les spécialistes étant en situation d'oligopole<sup>2</sup>.

Compte tenu de cette hiérarchie, la structure dominante est celle du monopole spatial ou de l'oligopole spatial.

---

<sup>2</sup> Article L6142-3 du code de la santé publique.

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

### **4. L'évolution de l'offre de soins en Algérie**

En Algérie, l'offre de soins est assurée par des établissements de santé publics (les établissements hospitaliers et extrahospitaliers) et des structures de soins privés (les cliniques médicales et médicaux chirurgicaux, cabinets médicaux, officines pharmaceutique, etc...) qui ont pour mission de fournir des prestations de soins. Dans cette partie nous allons faire une évolution de l'offre de soins en Algérie.

Ce point traitera d'une part des ressources matérielles, c'est-à-dire des infrastructures existantes et des personnels médicaux d'autre part.

#### **4.1. Les infrastructures**

Compte tenu des restructurations qui ont touchés les infrastructures sanitaires, au cours de l'année 1998, à savoir la création de nouveaux secteur sanitaires et EHS ainsi que l'éclatement de certains CHU (décret exécutifs n° 97-467, n°97-665, n° 97-466 du 2 décembre 1997, portant les règles de création des CHU ,des EHS et des secteurs sanitaires respectivement)<sup>3</sup> le secteur de la santé se compose : des infrastructures publiques hospitalières, des infrastructures extra hospitalières et des infrastructures privées, en effet l'infrastructure hospitalière publique compte au 31/12/2009, 463 hôpitaux relevant des secteurs sanitaires , 13 centres hospitalo-universitaires (CHU) et 50 EHS.

**Tableau 02:** Evolution des Infrastructures hospitalières et nombres de lits en Algérie entre 1997 et 2009.

	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2009	
	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits
<b>CHU</b>	13	15368	13	045	13	12881	13	13087	13	13465	13	13236	13	13465	13	13042
<b>EHS</b>	31	5 996	31	6 203	31	6 519	31	6416	32	2661	32	5960	32	6 046	50	10454

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009.

<sup>3</sup> MSPRH, statistiques sanitaires, édition 1999.

## CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie

Le nombre de lits en CHU est passé de 15368 en 1997 à 13042 en 2009 soit une diminution de 15%, le nombre des CHU est resté constant en dix ans, par contre le nombre des EHS à augmenté au fil des années il est passé de 31 EHS en 1997 à 50 EHS en 2009 soit une augmentation de 38%.

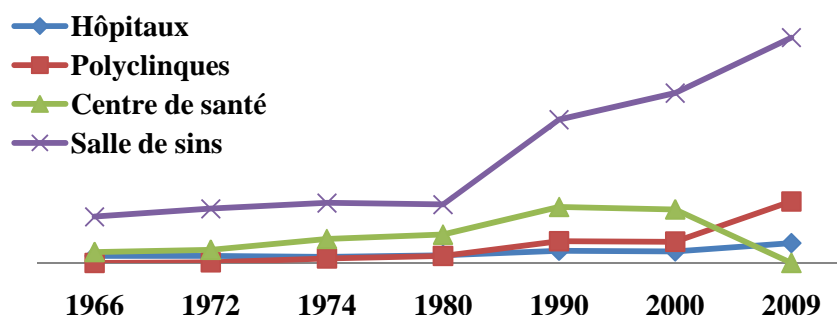
**Tableau 03:** Evolution des infrastructures en Algérie entre 1966 et 2009.

Infrastructures	1966	1972	1974	1980	1990	2000	2009
Hôpitaux	163	163	143	183	284	268	463
Polycliniques	/	16	106	161	510	497	1436
Centre de santé	256	307	558	662	1309	1252	/
Salles de soins	1081	1266	1402	1364	3344	3964	5258

Source: réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009.

Le nombre des infrastructures en Algérie ne cesse d'accroître. En effet, le nombre d'hôpitaux est passé de 163 hôpitaux en 1966 à 463 hôpitaux en 2009 soit une augmentation de 35,20%, le nombre des polycliniques est passé de 16 polycliniques en 1972 à 1436 polycliniques en 2009 soit une augmentation de 99,5%, le nombre des centres de soins est passé de 256 centres de soins en 1966 à 1252 centres de soins en 2000 soit une augmentation de 20,44%, et enfin le nombre des salles de soins est passé de 1081 salles de soins en 1966 à 5258 salles de soins en 2009 soit une augmentation de 20,55%. (Cf. Tableau 03).

**Figure 02:** Evolution des infrastructures en Algérie entre 1966 et 2009.



Source : réalisé par nos soins à partir des données de tableau 03

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

---

### **4.2. Les personnels médicaux**

Les personnels médicaux comprennent les médecins (médecins généralistes et spécialistes qui travaillent dans le secteur privé ou public), les chirurgiens dentistes et les pharmaciens (qu'ils soient privés ou publics).

**Tableau 04 :** Le nombre des personnels médicaux en Algérie en 2006.

Année	2003	2004	2006
Médecins	24883	25738	25970
Chir.dentistes	4847	4855	4956
Pharmaciens	203	222	258
TOTAL	29933	30815	32184

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH, annuaire 2009

La couverture en personnel médical a connu une évolution appréciable. En effet, le nombre des médecins est passé de 24883 médecins en 2003 à 25970 médecins en 2006, soit une augmentation de 4,18%. Quant aux chirurgiens dentistes leur nombre a augmenté de 2,19% entre 2003 et 2006 passant de 4847 à 4956 chirurgiens dentistes, et en parallèle le nombre des pharmaciens ne cesse d'augmenter pour atteindre 258 pharmaciens en 2006 contre 203 pharmaciens en 2003, soit un incrément de 21,31% en trois ans.

### **5. La répartition de l'offre de soins en Algérie**

Dans ce point nous allons présenter la répartition de l'offre de soins en Algérie dans les différentes régions à savoir le Centre, Est, Ouest et le Sud.

#### **5.1. La répartition de l'offre de soins dans la région centre**

Nous allons présenter la répartition de l'offre de soins dans les régions de Centre en 2009.



## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

**Tableau 05:** Les praticiens de la santé à titre privé dans la région centre en 2009.

WILAYAS	Nombre de spécialistes	Nombre Généralistes	Nombre dentistes	population	Nombre Spécialistes/ 10000HAB	nombre généralistes / 10000 HBT	nombre dentistes / 10000 HBT
AIN DEFLA	66	96	50	785277	0.84	1.21	0.66
ALGER	1608	897	1050	3026294	5.31	2.96	3.46
B.B ARRERRIDJ	71	130	114	642178	1.10	0.2	1.77
BEJAIA	161	147	188	924280	1.74	1.59	2.03
BLIDA	231	221	238	1029432	2.24	2.14	2.31
BOUIRA	84	101	80	717140	1.17	1.4	1.11
BOUMERDES	110	129	130	786662	1.39	1.63	1.65
DJELFA	62	116	49	1204134	0.5	0.96	0.4
MEDEA	63	77	62	832763	0.75	0.92	0.74
TIPAZA	91	91	83	651447	1.39	1.39	1.27
TIZI_OUZOU	226	224	270	1133348	1.99	1.97	2.38
	2773	2229	2314	11732955	2.36	1.89	1.97

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

La région centre est dotée de médecins spécialistes, médecins généralistes et chirurgiens dentistes. Ainsi, nous constatons D'après le tableau 05 que la wilaya d'Alger bat le record avec 1608 spécialistes, 897 généralistes, 1050 dentistes pour une population de 3026294 habitants, ensuite vient la wilaya de Tizi-Ouzou, avec 226 spécialistes, 224 généralistes et 270 dentistes, la wilaya Blida avec 231 spécialistes, 221 généralistes et 238 dentistes et en troisième position on trouve la wilaya de Bejaia avec 161 spécialistes, 147 généralistes et 188 dentistes.

En ce qui concerne la densité médicale pour 10000 habitants, la wilaya d'Alger se trouve en première position avec 5.31 pour les spécialistes, 2.96 pour les généralistes et 3.46 pour les dentistes. (Cf. tableau 05).

Nous constatons que le Centre est une classe à part car elle concentre beaucoup de personnels médicaux quelque soit le type (médecins spécialistes, médecins généralistes, dentistes), une densité de population très élevée, un nombre de praticiens très important qui sont installés. Elle est un pôle sanitaire très important.

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

**Tableau 06:** Les structures extra hospitalières de la santé à titre publiques dans les régions de centre en 2009.

WILAYAS	CMS	Agence pharma.	Labo hygiène	population	CMS/ 10000HBT	agence pharma/ 10000hbts	labo d'hygiène/ 10000hbts
AIN DEFLA	5	18	1	785277	0.06	0.22	0.01
ALGER	139	6	1	3026294	0.45	0.01	0.003
B.B ARRERRIDJ	4	26	1	642178	0.06	0.40	0.01
BEJAIA	20	26	1	924280	0.21	0.28	0.01
BLIDA	33	9	1	1029432	0.32	0.08	0.009
BOUIRA	4	15	1	717140	0.05	0.2	0.01
BOUMERDES	15	4	1	786662	0.19	0.05	0.01
DJELFA	4	16	1	1204134	0.03	0.13	0.008
MEDEA	4	28	1	832763	0.04	0.33	0.01
TIPAZA	5	7	1	651447	0.07	0.1	0.01
TIZI-OUZOU	13	26	1	1133348	0.11	0.22	0.008
Total général	246	181	11	11732955	0.2	0.15	0.009

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

D'après le tableau 06 nous remarquons que la wilaya d'Alger détient 139 CMS est se classe en première position avec une densité de 0.45 CMS pour 10000 habitants, par contre pour la wilaya de Djelfa elle se place en dernière position avec 4 CMS et aussi une densité faible qui est de 0.03 CMS pour 10000 habitants, En ce qui concerne tout la région centre nous constatons qu'il ya 0.15 agences pharmaceutiques pour 10000 habitants, et 0.009 labo d'hygiène pour 10000 habitants.

## **CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie**

**Tableau 07:** Le nombre des EPH et des EPSP dans les wilayas du centre en 2009.

WILAYAS	EPH	EPSP	population	EPH/10000 HBT	EPSP/10000 HBT
AIN DEFLA	4	4	785277	0.05	0.05
ALGER	8	10	3026294	0.02	0.03
B.B ARRERRIDJ	3	6	642178	0.04	0.09
BEJAIA	7	8	924280	0.07	0.08
BLIDA	4	4	1029432	0.03	0.03
BOUIRA	5	5	717140	0.06	0.06
BOUMERDES	3	4	786662	0.03	0.05
DJELFA	4	5	1204134	0.03	0.04
MEDEA	6	7	832763	0.07	0.08
TIPAZA	4	4	651447	0.06	0.06
TIZI- OUZOU	7	8	1133348	0.06	0.07
Total général	55	65	11732955	0.04	0.05

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009.

Concernant les établissements publics hospitaliers (EPH) et les établissements de santé de proximité (EPSP), le tableau 07 nous montre leurs répartitions en 2009. Ainsi, nous remarquons que la wilaya d'Alger détient 8 EPH avec une densité de 0.02 EPH pour 10000 habitants, par contre pour la wilaya de Boumerdes se place en dernière position avec 3 EPH et aussi une densité faible qui est de 0.03 EPH pour 10000 habitants, La wilaya d'Alger détient 10 EPSP avec une densité de 0,03 EPSP pour 10000 habitants,

En se qui concerne les EPSP c'est toujours la wilaya d'Alger qui détient le plus elle à 10 EPSP avec une densité de 0,03 EPSP pour 10000 habitants, Par contre la wilaya de Blida se place en dernière position avec 4 EPSP avec une densité de 0,03 EPSP pour 10000 habitants.

## **CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie**

### **5.2. La répartition de l'offre de soins dans l'Est**

Nous allons présenter la répartition de l'offre de soins dans les régions de l'Est en 2009.

**Tableau 08:** Les praticiens de la santé à titre privé dans les régions de l'Est en 2009.

WILAYAS	Nombre spécialistes	Nombre Généralistes	Nombre dentaires	population	Spécialistes/ 10000 HBT	Généraliste/ 10000	Dentaires/ 10000
CONSTANTINE	284	160	157	956317	2.96	1.67	1.64
ANNABA	180	117	122	615224	2.92	1.90	1.98
JIJEL	83	96	113	652272	1.27	1.47	1.73
SETIF	231	296	237	1489980	1.42	1.98	1.59
SKIKDA	124	163	123	922072	1.34	1.76	1.33
MILA	83	169	77	784363	1.05	2.15	0.98
EL TAREF	44	65	41	450364	0.97	1.44	0.91
GUELMA	66	84	53	494079	1.33	1.70	1.07
SOUK AHRAS	34	66	29	433195	0.78	1.52	0.66
TEBESSA	53	107	56	670286	0.79	1.59	0.83
O.E BOUAGHI	89	144	64	655687	1.35	2.19	0.97
BATNA	164	279	211	1149623	1.42	2.42	1.83
KHENCHLA	29	63	42	399200	0.72	1.57	1.05
M'SILA	93	202	93	1086690	0.85	1.85	0.85
Total général	1557	2011	1418	10759352	1.44	1.86	1.31

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

La région Est dotée de médecins spécialistes, médecins généralistes et chirurgiens dentistes. Ainsi, nous constatons d'après le tableau 08 que la wilaya Constantine se place en première position avec 284 médecins spécialistes avec une densité de 2,96 pour 10000 habitants, suivre par la wilaya de Sétif avec 296 médecins généralistes avec une densité de 1,98 médecins généralistes pour 10000 habitants et 237 dentistes avec une densité de 1,59 de ce dernier pour 10000 habitants. (Cf. tableau 08).

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

**Tableau 09:** Les structures extra hospitalières de la santé à titre publiques dans les régions de l'Est en 2009.

WILAYAS	CMS	Agence pharma	Labo hygiène	population	CMS/ 10000 HBT	agence pharma/ 10000 HBT	labo hygiène/ 10000 HBT
CONSTANTINE	16	16	1	956317	0.16	0.16	0.01
ANNABA	10	11	1	615224	0.16	0.17	0.01
JIJEL	9	16	1	652272	0.13	0.24	0.01
SETIF	14	51	1	1489980	0.09	0.34	0.006
SKIKDA	28	30	1	922072	0.3	0.32	0.01
MILA	2	25	0	784363	0.02	0.31	0
EL TAREF	1	18	1	450364	0.02	0.39	0.02
GUELMA	13	21	2	494079	0.26	0.42	0.04
SOUK AHRAS	5	18	2	433195	0.11	0.41	0.04
TEBESSA	6	37	1	670286	0.08	0.55	0.01
O.E BOUAGHI	6	30	1	655687	0.09	0.45	0.01
BATNA	14	47	1	1149623	0.12	0.4	0.008
KHENCHLA	4	22	0	399200	0.1	0.55	0
M'SILA	5	27	1	1086690	0.04	0.24	0.009
Total général	133	369	14	10759352	0.12	0.34	0.01

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009.

D'après le tableau 09 nous remarquons que la wilaya de Skikda détient 28 CMS est avec une densité de 0.3 CMS pour 10000 habitants, suivie par la wilaya de Sétif par 51 agences pharmaceutiques avec une densité de 0,34 agences pharmaceutiques pour 10000 habitants, et en fin les deux wilayas Guelma et Souk Ahras qui détiennent 2 labos d'hygiène avec une densité de 0,4 labo d'hygiène pour 10000 habitants (Cf. tableau 09).

## **CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie**

**Tableau 10:** Le nombre des EPH et des EPSP dans les wilayas de l'Est en 2009.

WILAYAS	EPH	EPSP	population	EPH/ 10000 HBT	EPSP/ 10000 HBT
CONSTANTINE	4	6	956317	0.04	0.06
ANNABA	2	3	615224	0.03	0.04
JIJEL	3	6	652272	0.04	0.09
SETIF	5	9	1489980	0.03	0.06
SIKIKDA	5	5	922072	0.05	0.05
MILA	5	5	784363	0.06	0.06
EL TAREF	3	4	450364	0.06	0.08
GUELMA	5	4	494079	0.1	0.08
SOUK AHRAS	3	4	433195	0.06	0.09
TEBESSA	7	6	670286	0.1	0.08
O.E BOUAGHI	5	3	655687	0.07	0.04
BATNA	9	10	1149623	0.07	0.08
KHENCHLA	4	6	399200	0.1	0.15
M'SILA	4	6	1086690	0.03	0.05
Total général	64	77	10759352	0.59	0.07

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

Pour les établissements publics hospitaliers (EPH) et les établissements de santé de proximité (EPSP), le tableau 10 nous montre leurs répartitions en 2009. Ainsi, nous remarquons que la wilaya de Guelma détient 5 EPH avec une densité de 0.1 EPH pour 10000 habitants, par contre pour la wilaya de Annaba qui se place en dernière position avec 2 EPH et aussi une densité faible qui est de 0.03 EPH pour 10000 habitants, La wilaya de Batna détient 10 EPSP avec une densité de 0,08 EPSP pour 10000 habitants, par contre les wilayas de Blida et O.E.Bouaghi se place en dernière position par 3 EPSP et avec une densité de 0,04 EPSP pour 10000 habitants (Cf. tableau 10).

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

### **5.3.La répartition de l'offre de soins dans l'ouest**

Nous allons présenter la répartition de l'offre de soins dans les régions l'ouest en 2009.

**Tableau 11:** Les praticiens de la santé à titre privé dans les régions de l'Ouest en 2009.

WILAYAS	Nombre de spécialistes	Nombre de Généralistes	Nombre de dentistes	population	Spécialistes/ 10000 HBT	Généralistes /10000 HBT	Dentistes/ 10000 HBT
AIN TEMOUCHENT	58	74	36	379592	1.52	1.94	0.94
CHLEF	85	164	105	1033815	0.82	1.58	1.01
MASCARA	93	111	61	805534	1.15	1.37	0.75
MOSTAGANEM	101	120	74	751006	1.34	1.59	0.98
ORAN	389	339	257	1584607	2.45	2.13	1.62
RELIZANE	69	120	67	761953	0.90	1.57	0.87
SAIDA	36	44	18	338856	1.06	1.29	0.53
SIDI BEL ABBES	94	128	62	611213	1.53	2.09	1.01
TIARET	63	116	57	852303	0.73	1.36	0.66
TISSEMSILT	12	28	16	301180	0.39	0.92	0.53
TLEMCEN	229	253	136	1001332	2.28	2.52	1.35
Total général	1229	1497	889	8421391	1.45	1.77	1.05

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

Nous constatons d'après le tableau 11 que la wilaya d'Oran toujours se place en première position par 389 médecins spécialistes avec une densité de 2,45 spécialistes pour 10000 habitants, 339 médecins généralistes avec une densité avec une densité de 1,62 dentistes pour 10000 habitants, par contre la wilaya de Tissemsilt vient en dernière position soit dans le nombre de médecins spécialistes (12 avec une densité de 0,39 pour 10000 habitants), médecins généralistes (28 avec une densité de 0,92 pour 10000 habitants) où encore les dentistes (16 avec une densité de 0,53 pour 10000 habitants). (Cf. tableau 11).

## **CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie**

**Tableau 12 :** Les structures extra hospitalières de la santé à titre publiques dans les régions de l'Ouest en 2009.

WILAYAS	CMS	Agence pharma	Labo d'hygiène	population	CMS/ 10000 HBT	Agence pharma/ 10000 HBT	d'hygiène/ 10000 HBT
AIN TEMOUCHENT	3	8	1	379592	0.07	0.21	0.02
CHLEF	7	24	1	1033815	0.06	0.23	0.009
MASCARA	12	13	1	805534	0.14	0.16	0.12
MOSTAGANEM	8	34	1	751006	0.1	0.45	0.01
ORAN	67	31	1	1584607	0.42	0.19	0.006
RELIZANE	5	26	1	761953	0.06	0.34	0.01
SAIDA	6	9	1	338856	0.17	0.26	0.02
SIDI BEL ABBES	14	22	1	611213	0.22	0.35	0.01
TIARET	7	29	1	852303	0.08	0.34	0.011
TISSEMSILT	2	13	1	301180	0.06	0.43	0.03
TLEMCEN	12	31	1	1001332	0.11	0.3	0.009
Total général	143	240	11	8421391	0.16	0.28	0.01

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

D'après le tableau 12 nous remarquons que la wilaya d'Oran détient 67 CMS elle se place en première position, avec une densité de 0,42 CMS pour 10000 habitants, par contre la wilaya de Tissemsilt se place en dernière position avec 2 CMS et une densité de 0,06 CMS pour 10000 habitants. La wilaya de Mostaganem détient 34 agence pharmaceutique avec une densité de 0,45 agence pharmaceutique pour 10000 habitants, et détient la première place par conséquent, la wilaya de Ain Temouchent détient 8 agences pharmaceutiques avec une densité de 0,21 agence pharmaceutique pur 10000 habitants, et en fin tous les wilayas de l'Ouest détiennent un seul labo d'hygiène, et on trouve la wilaya de Mascara en première position avec une densité de 0,21 labo d'hygiène pour 10000 habitants. (Cf. tableau 12).



## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

**Tableau 13:** Le nombre des EPH et des EPSP dans les wilayas de l'Ouest en 2009.

WILAYAS	EPH	EPSP	population	EPH/10000 HBT	EPSP/10000 HBT
AIN TEMOUCHENT	3	4	379592	0.07	0.1
CHLEF	5	6	1033815	0.04	0.05
MASCARA	6	5	805534	0.07	0.06
MOSTAGANEM	3	6	751006	0.03	0.07
ORAN	2	9	1584607	0.01	0.05
RELIZANE	3	5	761953	0.03	0.06
SAIDA	1	4	338856	0.02	0.11
SIDI BEL ABBES	3	7	611213	0.04	0.11
TIARET	5	7	852303	0.05	0.08
TISSEMSILT	3	3	301180	0.09	0.09
TLEMCEN	4	7	1001332	0.03	0.06
Total général	38	63	8421391	0.04	0.07

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

Le tableau 13 nous montre la répartition des établissements publics hospitaliers (EPH) et les établissements de santé de proximité (EPSP), en 2009. Ainsi, nous remarquons que ya pas une déference significative de la répartition de ces derniers en terme des densités, la wilaya de Mascara détient 6 EPH avec une densité de 0,07 EPH pour 10000 habitants, la wilaya de Saida détient 1 seul EPH avec une densité de 0,02 EPH pour 10000 habitants, La wilaya d'Oran détient 9 EPSP avec une densité de 0,05 EPSP pour 10000 habitants, par contre la wilaya de Tissemsilt détient 3 EPSP avec une densité de 0,09 EPSP pour 10000 habitants (Cf. tableau 13).

## **CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie**

### **5.4. La répartition de l'offre de soins dans le sud**

Nous allons voir la répartition de l'offre de soins dans le sud d'Algérie.

**Tableau 14:** Les praticiens de la santé à titre privé dans les régions de sud en 2009.

WILAYAS	Nombre de spécialistes	Nombre de Généralistes	Nombre de dentistes	population	Spécialistes / 10000 HBT	Généralistes / 10000 HBT	Dentistes / 10000 HBT
ADRAR	9	15	8	410 563	0.21	0.36	0.19
TAMANRASSET	7	11	4	200802	0.34	0.54	0.19
BECHAR	29	19	18	282972	1.02	0.67	0.63
EL BAYADH	18	22	10	271140	0.66	0.81	0.36
EL OUED	41	60	35	676720	0.60	0.88	0.51
GHARDAIA	37	49	34	396452	0.93	1.23	0.85
ILLIZI	0	1	1	55671	0	0.17	0.17
LAGHOUAT	38	62	37	501145	0.75	1.23	0.78
NAAMA	24	27	15	219412	1.09	1.23	0.68
OUARGLA	66	75	51	577764	1.14	1.29	0.88
TINDOUF	0	4	2	58193	0	0.68	0.34
BISKRA	76	124	73	729287	1.04	1.70	1
Total général	345	469	288	4380121	0.78	1.07	0.65

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

D'après ce tableau 14 nous constatons que la région Sud est dotée des médecins spécialistes, médecins généralistes et dentistes hormis quelques wilayas, nous remarquons que la wilaya de Biskra bat le record avec 75 spécialistes et une densité de 0,01 médecins spécialistes pour 10000 habitants, suivi de la wilaya de Ouargla avec 66 médecins spécialistes avec une densité de 1,14 médecins spécialistes pour 10000 habitants, la wilaya de El Oued avec 41 médecins spécialistes et une densité de 0,60 médecins spécialistes pour 10000 habitants, pour les médecins généralistes c'est la wilaya de Biskra qui est classée en premier position avec 124 cabinets suivi par la wilaya de Nâama et la wilaya de Laghouat avec 75 et 62 respectivement, et en ce qui concerne les dentistes c'est la wilaya de Biskra qui se place en première position avec 73 dentistes avec une proportion de 1 dentiste pour 10000 habitants.

Nous remarquons que dans la région sud, les wilayas : Oran, Tlemcen et Chlef sont le plus dotées en médecins soit spécialistes soit généralistes et soit dentistes par rapport aux autres wilayas de l'ouest.

## **CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie**

Ainsi, que les deux wilayas Illizi et Tindouf n'ont aucun médecin spécialiste d'après ces données. Et cette inégalité nous pouvons la constater aussi pour les médecins généralistes, spécialistes et dentistes (Cf. tableau 14).

**Tableau 15** : Les structures extra hospitalières de la santé à titre public dans les régions du sud en 2009.

WILAYAS	CMS	Agence pharma	Labo hygiène	population	CMS/ 10000 HBT	agence pharma/ 10000 HBT	labo d'hygiène/ 10000 HBT
ADRAR	1	13	1	410 563	0 .02	0.31	0.02
TAMANRASSET	5	3	2	200802	0 .24	0.14	0.09
BECHAR	9	16	1	282972	0.31	0.56	0.03
EL BAYADH	3	10	1	271140	0.11	0.36	0.03
EL OUED	4	27	1	676720	0.05	0.39	0.014
GHARDAIA	3	16	1	396452	0 .07	0.4	0.02
ILLIZI	9	2	1	55671	1.61	0.35	0.17
LAGHOuat	10	22	1	501145	0.19	0.43	0.01
NAAMA	3	7	1	219412	0.13	0.31	0.04
OUARGLA	37	18	2	577764	0.64	0.31	0.03
TINDOUF	1	3	1	58193	0.17	0.51	0.17
BISKRA	7	34	1	729287	0.09	0.46	0.01
Total général	92	171	14	4380121	0.21	0.39	0.1

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

Nous remarquons que la wilaya de Ouargla détient 37 CMS elle se place en première position, avec une densité de 0,64 CMS pour 10000 habitants, par contre la wilaya de Adrar se place en dernière position par 1 CMS avec une densité de 0,02. La wilaya de Biskra détient 34 agence pharmaceutique avec une densité de 0,46 agence pharmaceutique pour 10000 habitants, la wilaya de Illizi détient 2 agences pharmaceutique avec une densité de 0,35 agence pharmaceutique pur 10000 habitants, et en fin nous constatons qu'il ya pas une grande différence dans le nombre de labo d'hygiène dans les wilayas de Sud. (Cf. tableau 15).

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

**Tableau 16:** Le nombre des EPH et des EPSP dans les wilayas de Sud en 2009.

WILAYAS	EPH	EPSP	population	EPH/ 10000 HBT	EPSP/ 10000 HBT
ADRAR	3	6	410 563	0.07	0.14
TAMANRASSET	2	7	200802	0.09	0.34
BECHAR	4	7	282972	0.14	0.24
EL BAYADH	3	4	271140	0.11	0.14
EL OUED	3	6	676720	0.04	0.08
GHARDAIA	4	5	396452	0.1	0.12
ILLIZI	2	4	55671	0.35	0.71
LAGHOUAT	2	7	501145	0.09	0.13
NAAMA	3	4	219412	0.13	0.18
OUARGLA	4	4	577764	0.06	0.06
TINDOUF	1	2	58193	0.17	0.34
BISKRA	4	9	729287	0.05	0.12
Total général	37	65	4380121	0.08	0.14

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

Le tableau 16 nous montre la répartition des établissements publics hospitaliers (EPH) et les établissements de santé de proximité (EPSP) en 2009, Ainsi, nous constatons que la wilaya de Bechar détient 4 EPH avec une densité de 0.12 EPH pour 10000 habitants, par contre la wilaya de El oued détient 3 EPH avec une densité faible qui est de 0.08 EPH pour 10000 habitants, La wilaya de Illizi détient 4 EPSP avec une densité de 0,71 EPSP pour 10000 habitants, par contre les wilayas de Ouargla détient 4 EPSP avec une densité de 0,06 EPSP pour 10000 habitants (Cf. tableau 16).

De cette section nous pouvons conclure qu'il y'a vraiment une inégalité dans la repartitions de l'offre de soins de santé dans les quatre régions a savoir le Centre , Est, Ouest et Sud , et nous remarquons cette inégalité même entre les wilayas d'une même régions.

## CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie

### 5.5. Les disparités de la répartition de l'offre de soins en Algérie

Dans ce point, nous allons comparer l'offre de soins dans les quatre régions d'Algérie à savoir le centre, l'est, l'ouest et le sud afin de montrer les disparités qu'il y a entre ces régions.

**Tableau 17 :** Le nombre de personnels médicaux selon les régions en 2009.

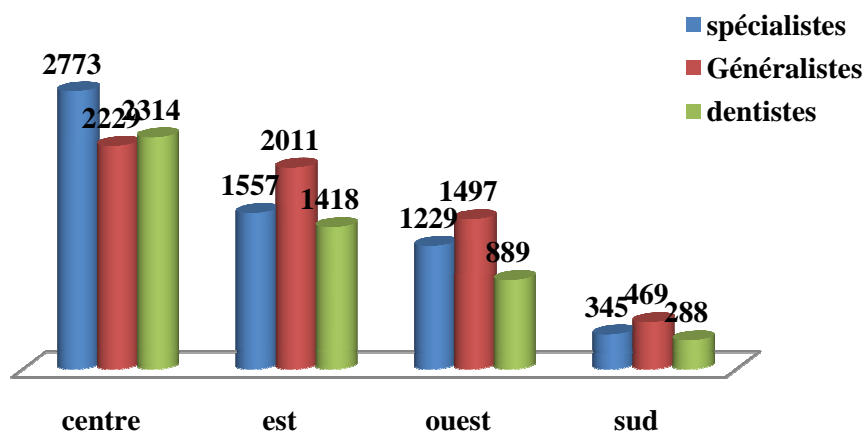
régions	spécialistes		Généralistes		Dentistes	
	Nombre	Densité*	Nombre	Densité*	Nombre	Densité*
centre	2773	2.36	2229	1.89	2314	1.97
est	1557	1.44	2011	1.86	1418	1.31
ouest	1229	1.45	1497	1.77	889	1.05
sud	345	0.78	469	1.07	288	0.65

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

\* nombre de médecins pour 10000 habitants.

Nous pouvons constater d'après le tableau 17 et la figure 03 qu'il ya une répartition inégale des personnels médicaux selon les régions en 2009, ya un manque d'effectif dans la région sud. Cette dernière ne dispose que 345 médecins spécialistes, 469 médecins généralistes et 288 dentistes, cependant nous remarquons cette inégalité même en terme de densité, (Cf. tableau 17 et figure 03).

**Figure 03:** Le nombre de personnels médicaux selon les régions en 2009.



**Source :** réalisé par nos soins à partir des données de tableau 17

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

**Tableau 18 :** Les structures extra hospitalières de la santé en Algérie en 2009.

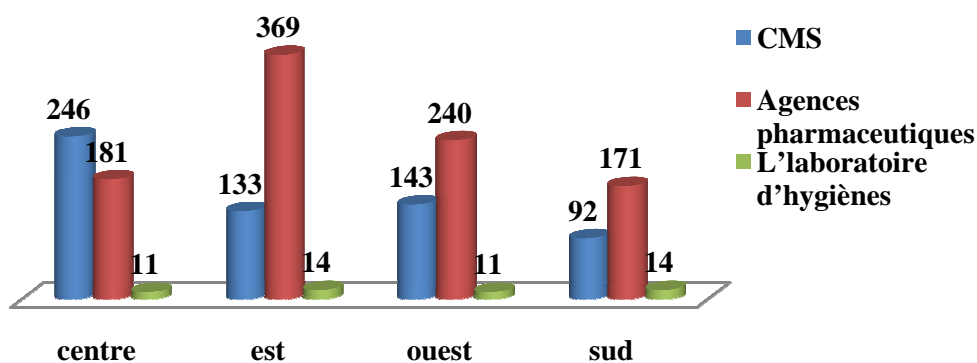
	CMS		Agences pharmaceutiques		L'laboratoire d'hygiènes	
	Nombre	Densité*	Nombre	Densité*	Nombre	Densité*
Centre	246	0.2	181	0.15	11	0.009
Est	133	0.12	369	0.34	14	0.001
Ouest	143	0.16	240	0.28	11	0.01
Sud	92	0.21	171	0.39	14	0.1

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

\* nombre de médecins pour 10000 habitants.

Nous pouvons constater d'après le tableau 18 et la figure 04 qu'il ya une répartition inégale des structures extra hospitalières de la santé entre les différentes régions du pays, notamment un grand manque d'effectif dans la région sud. Cette dernière ne dispose que 92 CMS, ce qui correspond à deux fois moins que les régions Ouest et Est, et trois fois plus que le Centre.

**Figure 04:** Les structures extra hospitalières de la santé en Algérie en 2009.



**Source :** réalisé par nos soins à partir des données de tableau 18.

## CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie

**Tableau19 :** Le nombre des EPH et des EPSP selon les régions en Algérie en 2009.

	EPH		ESPS	
	Nombre	Densité*	Nombre	Densité*
centre	55	0.04	65	0.05
est	64	0.59	77	0.07
ouest	38	0.04	63	0.07
sud	37	0.08	65	0.14

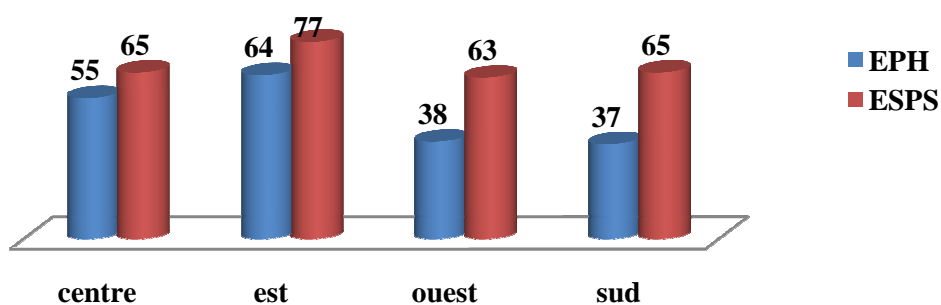
**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

\* nombre de médecins pour 10000 habitants.

Nous remarquons d'après le tableau 19 et la figure 05 qu'il y a une disparité dans la répartition des EPH entre les différentes régions du pays, le Sud détient que 37, en effet ya pas une disparité dans la répartition des EPSP entre les différentes régions du pays.

Par contre en ce qui concerne la densité pour 10000habitants pour les EPH nous remarquons que la région EST dispose d'une plus grande densité cela est du au nombre d'EPH le plus élevé dans cette dernière (Cf. Tableau 19 et figure 05).

**Figure 05:** répartition des établissements de santé en Algérie en 2009.



**Source :** réalisé par nos soins à partir des données de tableau 19

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

---

D'après cette analyse, nous concluons qu'il y a une inégalité de la répartition de l'offre de soins dans tout le territoire algérien. De ce fait, il y a une inégalité géographique d'accès aux soins de santé en Algérie.

### **II. L'OFFRE DE SOINS DES MATERNITES**

Avant d'analyser l'accès géographique aux soins de santé maternels en Algérie, nous allons d'abord présenter en premier lieu le programme de protection maternelle et infantile (PMI).

Dans cette section nous allons voir la présentation du programme PMI en premier lieu, et nous allons aussi analyser l'offre de soins des maternités au niveau national en deuxième lieu.

#### **1. Présentation de programme de protection maternelle et infantile (PMI)**

La protection du jeune enfant est indissociable de celle de la femme enceinte. La loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, protège la santé de la mère en lui assurant les meilleures conditions médicales et sociales aussi bien avant, pendant et après la grossesse<sup>4</sup>.

##### **1.1. Définition**

Le terme de Protection Maternelle et infantile (PMI) recouvre en France l'ensemble des mesures réglementaires et des moyens adaptant le système de santé aux objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile et de promotion de la santé<sup>5</sup>.

En Algérie la protection maternelle et infantile est l'ensemble des mesures médicales, sociales, administratives, ayant pour but, notamment : de protéger la santé de la mère en lui assurant les meilleures conditions médicales et sociales aussi avant, pendant, qu'après la grossesse<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> YAHIAOUI, L, Essai d'évaluation du rôle de la protection maternelle et infantile dans la wilaya de Bejaia : cas de l'EPSP d'THADDADDEN, Mémoire de magister en science économiques, Option économie de la santé. Université de Bejaia.

<sup>5</sup> Pr Dominique PLANTAZ : Protection maternelle et infantile santé scolaire, septembre 2004.

<sup>6</sup> Article de la loi n 85-25 du 16 février 1985 modifiée et complétée relative à la loi sur la protection et la promotion de la santé.



### **1.2. Historique**

Dès l'indépendance, la protection de la santé maternelle et infantile a constitué l'un des objectifs de la politique de santé publique dont la mise en œuvre passait nécessairement par une politique de prévention. Les seules vaccinations répondues étaient le B.C.G et l'antivaricelleux laissés à la décision des familles, mais aussi pratiqués lors de campagnes de masse.

C'est en 1969, qu'elles deviennent obligatoires en même temps que la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche.

En 1974, un réseau de centre de protection maternelle et infantile (PMI) a été mis en place à travers le territoire, pour atteindre un peu plus de 250. Leur mission était, comme partout dans le monde, le suivi des grossesses (mère et nourrisson) et cette prestation était gratuite.

Le 28 décembre 1973, l'ordonnance N 73-65 décidant la gratuité de la médecine était promulguée, bientôt suivi d'une série de textes (décrets et arrêtés) qui en fixaient les modalités d'application, durant le mois de janvier 1974.

De 1974 à 1978, un programme réalisé par le Bureau Central de PMI (institut national de santé publique) avec l'aide du FNUAP permettait le recyclage de sages-femmes en PMI. Espacement des naissances, afin d'étendre les activités de contraception à l'ensemble du territoire et de mettre à jour leurs connaissances en obstétrique et soins infantile.

Durant la même période, le code de la santé promulgué en 1976, rappelait le rôle de la PMI. En 1983, la coordination du programme national de maîtrise de la croissance démographique était confiée au secrétariat d'état aux affaires sociales. En 1984, le programme national de lutte contre la mortalité infantile démarrait. En 1985, la vaccination anti-rougeoleuse était rendue obligatoire.

Auparavant l'éradication de la variole dans le monde avait entraîné la suppression de cette vaccination (1980) par l'OMS.

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

---

La loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé comme l'ordonnance du 28 décembre 1973 tout en réaffirmant la gratuité des soins, les dispositions concernant la PMI ainsi que la protection des enfants handicapés et l'avortement thérapeutique.

### **1.3. Le rôle et l'objectif des PMI**

D'après l'article 68 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, les rôles des PMI sont :

- Protéger la santé de la mère en lui assurant les meilleures conditions médicales, sociales pendant et après la grossesse.
- Encadrement de la mère et de l'enfant, dans un but de prévention et d'orientation précoce.
- Réaliser les meilleures conditions de santé et de développement physique et mentale de l'enfant de sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans.
- Sauvegarder et promouvoir les meilleures conditions de santé et d'équilibre social et psychologique de la famille.

Parmi les objectifs de protections maternelle et infantile on distingue :

- Abaisser le taux de mortalité maternelle et infantile.
- Diminuer la morbidité infantile et maternelle.

Le service PMI a pour objectif d'améliorer l'état de santé des femmes et des enfants et d'abaisser le taux de mortalité maternelle et infantile. Elle contribue à la prévention avant d'être malade. La méthode de prévention peut être faite soit par la vaccination des femmes et des enfants, ou par des consultations et par d'autres moyens de prévention.

## **2. La répartition de l'offre de soins des maternités en Algérie**

Nous allons voir dans ce point la répartition de l'offre de soins des maternités entre les différentes régions à savoir le CENTRE, EST, OUEST et SUD, afin, de pouvoir analyser l'offre de soins des maternités et de montrer qu'il y a une répartition inégale de ces dernières.

## **CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie**

### **2.1. Evolution de l'offre de soins des maternités**

Le nombre de maternités publiques est en baisse continue. Il est passé de 412 en 1997 à 409 en 2009 soit une diminution de trois maternités en douze ans. Ainsi, le nombre de lits de maternité est passé de 3517 lits en 1997 à 2914 lits en 2009 soit une diminution de 603 lits. (Cf. tableau 20)

**Tableau 20 : évolution de l'offre de soins des maternités en Algérie de 1997 à 2009**

	1997		1999		2000		2001		2002		2003		2009	
	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr lit
<b>Maternité publiques</b>	412	3517	392	3132	392	3393	395	3180	372	3316	396	3205	409	2914
<b>Maternité privé</b>	35	439	38	494	38	450	31	535	31	247	49	/	94	/

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

Toutefois, le nombre de maternités privé est en augmentation continue, passant ainsi de 35 à 94 maternités entre 1997 et 2009, soit une hausse de 68,57%. Et cela à cause du secteur privé qui est en hausse ces dernières années.

### **2.2. Disparités de la répartition de l'offre de soins des maternités en Algérie**

Dans cette partie nous allons présenter l'offre de soins des maternités publiques et privés dans les différentes régions d'Algérie.

**Tableau 21 : La répartition de l'offre de soins des maternités en Algérie en 2009.**

	Maternité publique	Maternité privée	population	1 Maternité pub pour	1 maternité Privé pour	Maternité Pub/ 10000hab	Maternité Privée/ 10000hab
centre	119	38	11732955	98596.26	308761.97	0,1	0,03
est	108	31	10759352	99623.62	336229.75	0,1	0,02
ouest	100	24	8421391	84213.91	350891,292	0,11	0,02
sud	73	1	4380121	600001.65	4380121	0,16	0,002

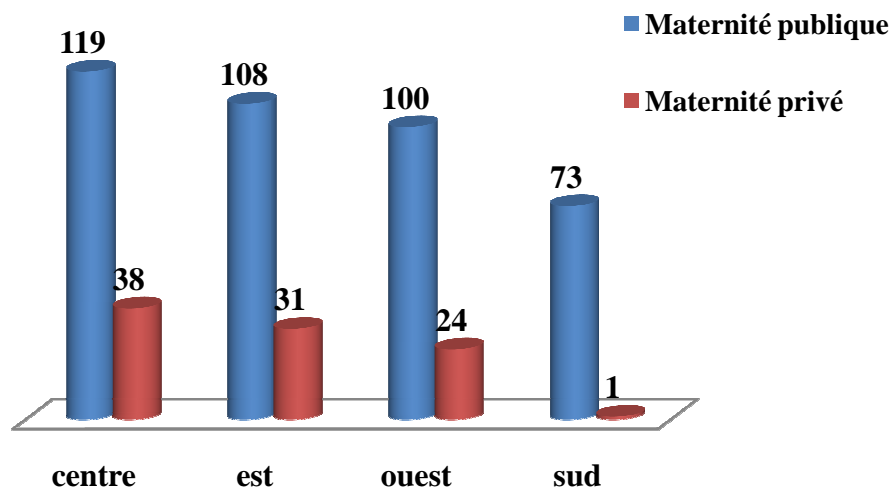
**Source:** réalisé par nos soins à partir des données de MSPRH 2009

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

---

Comme ce tableau nous le montre on peut remarquer le grand manque de cliniques privés avec maternités dans la région sud, où il y'a qu'une seule clinique privés avec maternité, dans toute la région sud et une densité de 0.002 cliniques privés pour 10000 habitants. Et en la comparant aux autres régions on peut voir qu'il y'a une clinique privé avec maternité pour 4380121 habitants contre une clinique privé pour 308761.974 habitants au Centre, et une densité de 0.03 cliniques privé pour 10000 habitants ,336229.75 habitants à l'Est et 350891.292 habitants à l'Ouest avec une densité de 0.2 cliniques privés pour 10000 habitants.

**Figure 06:** la répartition de l'offre de soins des maternités en Algérie en 2009.



**Source :** réalisé par nos soins à partir des données de tableau 21

### **3. Situation des maternités publiques en Algérie**

De nos jours, les soins de santé maternelle se fondent sur des principes biomédicaux scientifiques. Le niveau de base, celui des soins de santé primaires, assure les soins anténatals, les accouchements normaux et le cas échéant.

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

---

**Tableau 22 :** activité des maternités publiques en Algérie en 2009.

<b>Activité des maternités publiques</b>	<b>nombre</b>
Nombre de lits de maternités	3131
Nombre d'accouchements	124987
Nombre de naissances vivantes	124056
Nombre de morts nés	1023
Nombre de décès après naissance	152
Nombre de décès maternels	8

**Source :** réalisé par nos soins à partir des données du MSRH 2009.

D'après le tableau suivant nous remarquons que pour l'année 2009 l'Algérie a enregistré un nombre de 124987 accouchements avec un nombre de 124056 pour les naissances vivantes, et nous remarquons le nombre de morts nés qui est estimé à 1023 morts, le nombre de décès après naissance est de 152 morts et on a aussi des décès maternel au nombre de 8, nous remarquons qu'il-y-a un grand nombre de décès.

La plupart des décès maternels ne sont pas dus à l'ignorance de leurs causes médicales ou obstétricales, mais à un traitement inadapté, trop tardif ou inexistant. Le retard peut concerner la décision de demander de l'aide, le transport vers un centre de soins compétent ou l'administration du traitement nécessaire par le centre de soins. L'idéal serait d'intervenir précocement, sans attendre que la mère soit dans un état grave, mais souvent le traitement n'est entrepris que lorsque la situation s'est considérablement aggravée. De ce fait, le nombre de décès chez les mères et les bébés est plus élevé, les survivants mettent plus de temps à se rétablir et le coût du traitement augmente, ce qui renforce le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé. La mortalité périnatale et celle associée à l'avortement sévissent également.

### **Conclusion**

Malgré, les améliorations apportées par l'Etat au secteur de la santé pour une meilleure prise en charge de la demande de soins en général et des soins prénataux en particuliers, l'insuffisance enregistrée se situe au niveau de la mauvaise répartition des établissements sanitaires, personnels médicaux, notamment spécialisés, et paramédicaux dans les structures sanitaires publiques ainsi que le manque d'équipements.

## ***CHAPITRE II : La répartition géographique des soins de santé maternels en Algérie***

---

Ces écarts s'expliquent par le fait que les médecins ne souhaitent pas s'implanter dans les régions rurales et/ou enclavées et se concentrent dans les grandes villes. Cela est vrai évidemment pour les médecins exerçant dans le privé, mais également pour les médecins du secteur public qui ne souhaitent pas être affectés dans les zones enclavées.

## **CHAPITRE III :**

### **LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**CHAPITRE III :**

**LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELS DANS  
LA WILAYA DE BEJAIA**

**INTRODUCTION**

La disponibilité du personnel de santé en quantité satisfaisante jouera un rôle primordial dans le secteur de la santé. La mauvaise répartition des professionnels de santé ainsi que la mauvaise répartition des maternités entraînent sans doute des conséquences inévitables.

Ce chapitre a pour objectif d'analyser l'accès géographique aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia. A cet effet, il sera subdivisé en deux sections. La première a pour but de présenter la répartition de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaia. La deuxième section est consacré pour analyser la repartitions de l'offre de soins des maternités dans la wilaya de Bejaia.

**I. LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

Avant d'analyser la répartition de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaia, il est nécessaire de la présenter géographiquement.

**1. présentation de la wilaya de Bejaia**

La présentation de la wilaya se limitera par une présentation de son territoire et de sa Population. Le territoire de la wilaya de Bejaia se présentera par la situation géographique de la wilaya de Bejaia ainsi l'organisation administrative de la wilaya de Bejaia.

**1.1 Situation géographique**

La wilaya de Bejaia est une wilaya côtière du Centre Est du pays. S'ouvrant sur la mer Méditerranée avec une façade maritime de plus de 100 Km, son territoire s'étend sur une superficie de 322 348 ha, marqué par la prépondérance des reliefs montagneux (60%) coupé par la vallée de la Soummam et les plaines situées près du littoral.



## **1.2 Organisation Administrative**

La wilaya de Bejaia est créée lors du découpage administratif de 1974. Elle était organisée en 5 daïras et 28 communes ; son organisation a été modifiée en 1984 instituant 19 Daïras et 52 communes. Elle a des limites administratives avec Cinq (05) Wilayas :

- Tizi-Ouzou et Bouira à l'Ouest ;
- Jijel à l'Est ;
- Sétif et Bordj Bou Arreridj au Sud.

## **1.3. Population**

A la fin de l'année 2011, la population totale de la wilaya de Bejaïa a atteint **935 200**. La distribution de la population fait ressortir que 61% des habitants vit dans les chefs-lieux, dont 26% dans les agglomérations secondaires et le reste dans des hameaux et les zones éparses.

## **2. Evaluation de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaia**

Nous allons voir dans cette section une évaluation de l'offre de soins de santé au niveau de la wilaya de Bejaia pour l'année 2012.

### **2.1. Etat des lieux des personnels médicaux**

Le personnel médical comprend les médecins généralistes, les spécialistes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens. La wilaya de Bejaïa compte 1351, 1459 et 1445 personnels médicaux (publics et privés) respectivement pour 2009, 2010 et 2012, soit un taux de régression de 0,95% sur une année (Cf. tableau 23). Le manque de données statistiques (pour d'autres années qui précèdent ou bien qui suit les deux années présentées) concernant chaque catégorie de personnel médical ne laisse pas le choix d'étudier leur évolution.

### ***CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia***

**Tableau 23:** Effectif du personnel médical de la wilaya de Bejaia en 2012.

Personnel médical	Effectifs	%
Médecins généralistes	673	40.81%
Médecins spécialistes	409	24.8%
Chirurgiens dentistes	354	21.46%
pharmaciens	213	12.91%
total	1649	100%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir les données recueillis auprès de la DSPRH et la DPAT de Bejaia.

Nous remarquons d'après ce tableau que Bejaia a un grand nombre de médecins généralistes par rapport aux médecins spécialistes avec une différence de 20%, suivi des chirurgiens dentistes et enfin les pharmaciens en troisième position.

#### **❖ Médecins généralistes**

Les médecins généralistes (MG) occupent presque la moitié des personnels médicaux avec un effectif de 673 MG en 2012, soit 46,57% du personnel médical, alors que leur nombre en 2004 ne dépasse pas 453 Médecins Généralistes entre le privé et le public, avec une progression de seulement 32,62% sur 9 ans. Ce qui est très faible (Cf. tableau 23).

#### **❖ Médecins spécialistes**

Les médecins spécialistes occupent la deuxième place, avec un taux de 28,30 % du personnel médical, soit un effectif de 409 médecins spécialistes en 2012.

#### **❖ Chirurgiens-dentistes**

Le nombre des chirurgiens-dentistes s'élève à 354 en 2012 et 244 en 2004. Une évolution de -68. 92% de personnel médical de 2012, sachant que ce personnel n'existe pas au niveau des EHP est des EHS.

#### **❖ Pharmaciens**

En 2012, le nombre des pharmaciens est de 213 soit 14,74% du total du corps médical. Alors que le personnel médical n'a que 146 pharmaciens en 2004. Le nombre de pharmaciens n'est représenté que par le privé.

**❖ Cabinets de gynécologies**

La wilaya de Bejaïa ne dispose en 2012 que 29 cabinets de gynécologies<sup>1</sup> pour une population de 935200 habitants, ce qui nous donne un ratio de un cabinet de gynécologie pour 32248 habitants. Notamment, la wilaya de Bejaïa souffre de manque de cabinets de gynécologies dans le territoire, la population de cette wilaya doit parcourir une distance assez importante, mais elle souffre aussi devant de grande files d'attente vraiment importante ,cependant la wilaya de Bejaia dispose d'une insuffisance en terme de densité de cabinets de gynécologies.

**3. Répartition de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaïa.**

Dans ce point nous allons présenter la répartition de l'offre de soins de santé dans la wilaya de Bejaïa.

**3.1. Répartition du personnel de santé par secteur**

La répartition du personnel de santé par secteur comprendra le secteur privé et le secteur public.

**Tableau 24:** répartition du personnel de santé par secteur en 2012.

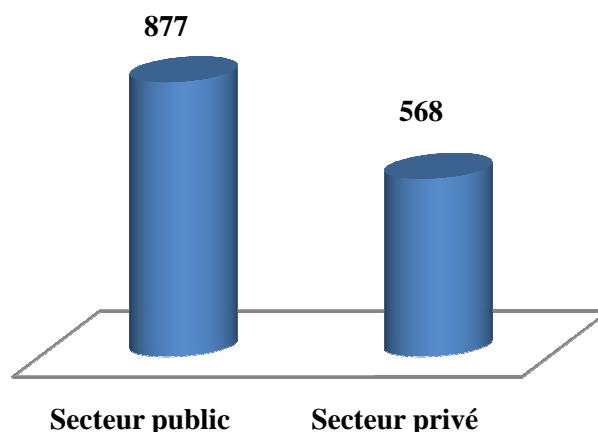
Secteurs	Effectif	%
Secteur public	877	60.69
Secteur privé	568	39.31
total	1455	100

**Source :** Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de la DSPRH et la DPAT de Bejaia.

---

<sup>1</sup> D'après les données de la DSPRH

**Figure 07:** la répartition de personnel de santé par secteur en Algérie en 2012.



**Source :** réalisé par nos soins à partir des données du tableau 24

D'après le tableau 24 nous constatons que l'effectif du personnel médical du secteur public est de 877, soit 60,69% du personnel médical. Représente un effectif de 568, soit 39,31% d'effectif total de personnel médical (secteur privé et public). Il y a une large répartition inégale d'effectif de personnel médical entre les deux secteurs (21,38%).

### **3.2. Répartition des professionnels de santé par structure de santé**

La répartition du personnel de santé par structures touchera les établissements publics hospitaliers (EPH), établissements publics spécialisés (EHS) et établissement public de santé de proximité (EPHP).

#### **3.2.1. La répartition des professionnels de santé par établissement public hospitalier (EPH).**

Le tableau 25 montre que l'augmentation des personnels de santé est assez faible d'une année à l'autre pour l'ensemble du personnel, sauf pour les pharmaciens qui ont connu une stagnation.

### CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia

Pour l'année 2012, les paramédicaux représentent plus de la moitié (1/2) de l'ensemble de l'effectif du personnel de santé (1543 professionnels) avec une proportion de 70,05 % pour l'ensemble des EPH. La proportion du personnel médicale dans l'ensemble s'élève à près de 22,93% (10,88 % des médecins spécialistes, 11,70% des médecins généralistes et 0,45 % pharmaciens).

**Tableau 25:** Répartition des professionnels de santé par établissement public hospitalier (EPH).

		Personnel de santé							
		Médecins Spécialistes		Médecins Généralistes		Pharmaciens		paramédicaux	
		2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
EPH	Khelil Amran	35	48	18	42	1	1	190	246
	Frantz Fanon	25	38	18	20	1	1	122	137
	Amizour	26	22	25	27	1		178	210
	Kherrata	09	12	19	22	1	1	119	158
	Sidi Aich	22	19	24	26	1	1	218	187
	Akbou	24	18	27	30	1	1	214	148
	Aokas	06	11	18	13	1	1	76	103
	total	149	168	149	179	7	7	1117	1189

Source : Réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de Bejaia.

L'analyse du tableau 25 nous montre qu'il y a une inégalité dans la répartition des professionnels de santé entre les EHP de la wilaya de Bejaïa, une concentration des professionnels de santé en majorité au niveau des EPH dans les trois grandes Daiaras avec 53.73 % à savoir Bejaia (21.82%), Amizour (16.83%) et Sidi-Aich (15.09%), du personnel de santé. Le reste des Diaras se partagent seulement 46.26 % des professionnels de santé.

#### 3.2.2. Répartition des professionnels de santé par établissement public spécialisé

La wilaya de Bejaïa dispose seulement d'un seul établissement public spécialisé, qui est celui de « Targ Ouzemour ». Ce type de structure ainsi que les CHU sont destinés pour des soins de « niveau A » qui sont des soins hautement spécialisées. Elles jouent un rôle soit

### **CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

régional, soit national. Le tableau suivant montre la répartition des professionnels de santé (2010-2012) pour cet EHS.

**Tableau 26:** Répartition du personnel de santé par EHS (2010-2012).

	Le personnel de santé								
EHS	Targa ouzemour	Médecins Spécialistes		Médecins Généralistes		Pharmaciens		Paramédicaux	
		2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
		12	09	17	20	1	1	82	113

**Source :** réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de Bejaia.

Les paramédicaux représentent la majorité de l'effectif global des professionnels. Ainsi, entre 2010 et 2012, le personnel de santé a connu une augmentation, due essentiellement à l'augmentation de (37.80%) de l'effectif des paramédicaux. Néanmoins, il y a eu une augmentation de l'effectif des Médecins généralistes de 15% et une baisse de celui des spécialistes de 25%. Quant à l'effectif des pharmaciens restent stable. Signalons ici l'insuffisance flagrante des EHS dans la Wilaya de Bejaia ; un seul EHS pour une population de 935 200 habitants pour l'année 2012.

#### **3.2.3. Les professionnels de santé par établissement public de santé de proximité**

C'est au « niveau D » de la hiérarchisation des structures de soins que se trouvent les établissements publics de santé de proximité. Les EPSP comprennent l'ensemble des unités extrahospitalier : Polycliniques, Salles de soins et de consultation, Centre de santé, Services de PMI et Cliniques d'accouchement.

En 2012, en termes d'Établissement Public de Santé de Proximité, la wilaya de Bejaïa est dotée de 8 EPSP répartis sur le territoire de la wilaya, ce qui veut dire 1 EPSP pour 116250 habitants.

### **CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

**Tableau 27:** Répartition des professionnels de santé par établissement public de santé de proximité en 2010 et 2011

E P S P		Personnel de santé									
		Médecins spécialistes		Médecins généralistes		Pharmaciens		Pharmaciens		Chirurgiens Dentistes	
		2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
	Bejaia	03	07	44	61	01	01	95	134	30	32
	Aokas	-	03	33	41	-	-	128	166	14	15
	El kenseur	-	03	36	49	-	-	92	128	18	22
	Sidi aich	-	02	34	34	-	-	87	119	15	16
	adekar	-		23	26	-	-	36	77	10	11
	sedouk			34	23	-	01	74	102	14	12
	tazmalt	03	03	40	44	-	-	101	102	23	22
	Kherrata	03	01	30	37	-	-	117	167	12	15

**Source :** réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de Bejaia.

Le tableau 27 montre la répartition des professionnels de santé pour les huit (08) EPSP existant au niveau du territoire de la wilaya Bejaia. D'une manière globale, on remarque une augmentation des effectifs de chacun des corps professionnel, et cela au niveau de presque tous les EPSP. Les EPSP situées au niveau des daïras de Bejaia, et de sedouk sont les seuls qui disposent de toutes les catégories de professionnels.

Les paramédicaux représentent comme toujours la majorité des praticiens dans l'ensemble des EPSP. Les EPSP d'Aokas et de Kherrara présentent l'effectif le plus élevé des paramédicaux ; cela revient peut être à l'existence d'instituts de formation paramédical au niveau de ces deux Daïra.

La wilaya de Bejaia compte 161 et 153 médecins généralistes pour les années 2007 et 2012 respectivement. Ainsi, il y a une baisse de 4,96% de l'effectif des médecins généralistes. Les 153 médecins généralistes sont répartis à travers 19 daïra, alors le ratio de couverture sera

8 médecins généralistes par daïra. La population de la wilaya est de 935200 habitants alors le ratio de couverture sera 8 médecins généralistes par daïra qui sont répartie par 19 daïra alors la population moyenne par daïra est environ de 49221 habitants. En final on constate le ratio d'un médecin généralistes par 6094 habitants ce qui est vraiment insuffisant.

En 2010, la daïra de Bejaïa (sachant qu'elle se compose de deux communes seulement : Bejaïa et Oued-Ghir) concentre près d'un quart ( $\frac{1}{4}$ ) des médecins généralistes, soit 24,83% de l'ensemble des médecins généralistes établis dans la Wilaya. Pour cette Daïra, le ratio de la couverture est d'un médecin généraliste pour 5321 habitants. Ce ratio est plus élevé que la moyenne de la wilaya, qui est d'un médecin généraliste pour 6094 habitants.

Les Daïra d' Amizour , Akbou et El kenseur viennent en deuxième position. Elles concentrent 7,83% des médecins généralistes de la Wilaya. Le ratio de couverture en médecins généralistes est un médecin généraliste pour 6785 habitants. Ce dernier est important de celui de la wilaya, mais moins important que celui de la Daïra de Bejaia. Signalons ici que la Daïra d'Amizour se compose de 4 communes : AMIZOUR : 38279 habitants ; FERAOUN : 15 865 habitants ; SEMAOUN : 13 952 habitants ; B. DJELLIL 7 989 habitants.

En conclusion, nous constatons qu'il y a une répartition géographique inégale des médecins généralistes privés établis dans la Wilaya.

### **3.3. La répartition des médecins spécialistes privés par Daïra**

Le nombre de médecins spécialistes privés de la wilaya de Bejaia est de 206 en 2012. Cet effectif est réparti sur l'ensemble du territoire de la wilaya. Nous nous intéressons dans ce qui suit à leur répartition par Daïra. Le ratio de couverture en médecins spécialistes privé.



### **CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

**Tableau 28:** Répartition des médecins spécialistes privés par Daïra dans la wilaya de Bejaia.

	Année			
	2008	2009	2010	2012
BEJAIA	88	84	85	109
AOKAS	02	02	02	3
TICHY	01	01	01	2
AKBOU	39	42	40	51
BENI MAOUCHE	00	00	00	00
SEDDOUK	0	0	0	00
TAZMALT	0	0	0	1
IGHIL ALI	0	0	0	0
OUZELLAGUEN	2	1	1	1
SIDI -AICH	8	9	10	15
CHEMINI	00	00	00	00
TIMEZRIT	00	00	00	00
ADEKAR	00	00	00	00
AMIZOUR	3	3	4	4
BARBACHA	00	00	00	00
KHERRATA	5	4	4	5
SOUK EL TENINE	3	3	3	4
DARGUINA	00	00	00	00
EL KSEUR	9	9	10	11
TOTAL	160	158	160	206

**Source :** réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPHR de Bejaia.

Le tableau 28 montre la répartition des médecins spécialistes privé sur les 19 daïras de la wilaya de Bejaïa. Il y a une baisse d'effectif des médecins spécialistes privé, en passant de 2008 à 2009 puis reprend son seuil en 2010 et pour atteindre le nombre de 206 en 2012. Nous remarquons qu'il y a une inégalité très importante en termes de répartition géographique par daïra des médecins spécialistes privé, ou nous identifions une concentration dans les villes les plus importantes de la wilaya. La daïra de Bejaïa concentre plus de la moitié des médecins spécialistes privé, soit un taux de 52,91 %. La Daïra d'Akbou vient en deuxième position avec un quart (¼) de l'effectif total des médecins spécialistes privé. Les deux Daïras Sidi-Aich occupent la troisième position avec 7.28% du total des médecins spécialistes privé de la wilaya. Presque la moitié (½) des Daïras de la wilaya sont privées de Médecins Spécialistes Privé, à savoir Beni maouche, Seddouk, Tazmalt, Ighil ali, Chemini, Timezrit, Adekar, Barbacha et Darguina.

Pour la densité des médecins spécialistes privé, le classement des Daïras change, le ratio le plus important revient à la daïra d'Akbou avec un médecin spécialiste privé pour 1596

habitants, le deuxième est celui de la daïra de Bejaia avec un médecin spécialiste privé pour 1673 habitants, Sidi Aich avec un médecin spécialiste privé pour 2721 habitants, et après El-kseur avec un médecin spécialiste privé pour 4797 habitants. Pour ces daïras, leurs ratios sont plus importants que celui de la wilaya. Mais une concentration importante est que ces ratios montrent vraiment qu'il y beaucoup de daïras qui souffrent de manque des médecins spécialistes privés dans leurs territoires. La population de ces daïras non seulement quelle a parcourir une distance importante, mais elle se retrouve aussi généralement devant un fil d'attente (des files d'attente) importantes. Cependant, la wilaya de Bejaïa souffre d'insuffisance en termes de médecin spécialistes et la plupart d'entre eux s'installent autour des principaux EPH.

### **3.4. La répartition des chirurgiens-dentistes privés par Daïra**

Le chirurgien-dentiste joue un rôle important dans la réalisation des programmes de santé, à côté d'autres professionnels de santé. Leur présence en quantité et en qualité suffisante est nécessaire.

En 2007, la wilaya de Bejaïa compte 177 chirurgiens-dentistes privés (CHDP). Ce nombre a augmenté avec un taux de 15,31%, soit 209 chirurgiens-dentistes privés, en 2010.

### **CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

**Tableau 29:** Répartition des chirurgiens-dentistes par daïra (2007-2010).

	Année				
	2007	2008	2009	2010	2012
BEJAIA	76	80	82	86	89
AOKAS	07	07	07	07	06
TICHY	04	04	04	04	03
AKBOU	16	15	14	15	16
BENI MAOUCHE	01	01	01	01	01
SEDDOUK	02	02	03	02	04
TAZMALT	06	05	06	07	09
IGHIL ALI	04	04	05	03	03
OUZELLAGUEN	04	04	04	04	05
SIDI AICH	09	09	08	08	07
CHEMINI	08	08	08	08	05
TIMEZRIT	02	02	02	02	02
ADEKAR	01	01	02	02	03
AMIZOUR	08	08	10	10	12
BARBACHA	02	02	01	01	03
KHERRATA	06	08	08	08	12
SOUK EL TENINE	06	07	06	06	07
DARGUINA	05	05	06	06	06
EL KSEUR	10	10	11	09	14
TOTAL	177	182	188	189	209

**Source:** réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de Bejaia.

Le tableau 29 montre l'évolution et la répartition des chirurgiens-dentistes privés de la wilaya de Bejaïa par daïra pour la période de 2007-2012. En 2012, la wilaya compte 209 chirurgiens-dentistes privés pour les 19 daïras, le ratio est de 9 chirurgiens-dentistes privés par daïra et un chirurgien-dentiste privé pour 4474 habitants au niveau de la wilaya.

La répartition des chirurgiens-dentistes privés est inégale sur le territoire de la wilaya de Bejaïa. La daïra de Bejaïa détient presque la moitié des pharmaciens, avec un taux de 42.58%, le ratio pour cette daïra est d'un pharmacien pour 967 habitants qui sont très intéressant par rapport à celui de la wilaya.

En comparant le ratio de couverture du chef-lieu de la wilaya avec celui des autres Daïra, il apparait évident qu'un certain nombre de localité sont très mal desservie en termes de PHP, à savoir :

- BENI MAOUCHE : cette Daïra détient 0,47% de total des pharmaciens de la wilaya, avec un ratio de un chirurgien-dentiste privé pour **13743** habitants qui est un écart anormal.
- ADEKAR : ne compte que 0,96% des pharmaciens de la wilaya. Son ratio de couverture est cependant : un pharmacien pour 12354 habitants.

### **3.5. La répartition des pharmaciens privés par Daïra**

Les pharmaciens eux aussi jouent un rôle important, à côté des autres professionnels de santé, dans l'amélioration de l'état de santé de la population, ainsi que dans la concrétisation des objectifs mis en avant par la politique de santé.

En 2012, la wilaya de Bejaïa compte 213 pharmaciens privés. Signalons qu'ils n'ont été que 193 en 2007. Il y a eu donc une progression de 9,38% sur les 5 ans.

Les 213 pharmaciens sont répartis sur l'ensemble du territoire de la wilaya. Leur répartition par daïra nous donne le ratio de 11 pharmaciens par daïra. Au niveau de la wilaya, le ratio moyen de couverture est d'un pharmacien pour 4390 habitants.

### CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia

**Tableau 30:** Répartition des pharmaciens privés par daïra (2007-2010).

	Années				
	2007	2008	2009	2010	2012
BEJAIA	60	60	61	61	55
AOKAS	06	06	06	07	6
TICHY	05	05	06	06	6
AKBOU	14	15	17	17	20
BENI MAOUCHE	02	02	02	02	3
SEDDOUK	06	05	06	06	9
TAZMALT	10	11	11	11	9
IGHIL ALI	05	06	06	06	4
OUZELLAGUEN	06	06	06	06	6
SIDI AICH	10	11	13	13	12
CHEMINI	06	08	08	08	7
TIMEZRIT	05	06	06	06	5
ADEKAR	02	03	03	02	4
AMIZOUR	13	14	15	16	15
BARBACHA	04	03	04	04	4
KHERRATA	11	13	13	13	13
SOUK EL TENINE	07	07	08	08	9
DARGUINA	08	08	08	09	7
EL KSEUR	13	13	13	12	15
TOTAL	193	202	209	213	213

**Source :** réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSP de Bejaia.

Le tableau 30 montre l'évolution et la répartition des pharmaciens privés de la wilaya de Bejaïa par daïra pour la période de 2007-2012. En 2012, la wilaya compte 213 chirurgiens dentistes pour les 19 daïras, le ratio est 11 pharmaciens par Daïra et un pharmacien pour 4390 habitants au niveau de la wilaya.

La répartition des pharmaciens privés est inégale sur le territoire de la wilaya de Bejaïa. La Daïra de Bejaïa détient 25,82% des pharmaciens de la wilaya, le ratio pour cette Daïra est d'un pharmacien pour 3676 habitants qui sont très intéressants par rapport à celui de la wilaya.

En comparant le ratio de couverture du chef-lieu de la Wilaya avec celui des autres Daïra, il apparaît évident qu'un certain nombre de localité sont très mal desservie en termes de pharmacien, à savoir :

- BENI MAOUCHE : cette Daïra détient 1.4% du total des pharmaciens de la wilaya, avec un ratio d'un pharmacien pour 4581 habitants qui est un écart anormal.
- ADEKAR BARBACHA et IGHIL ALI détiennent 1,87% du total des pharmaciens de la wilaya. Son ratio de couverture est cependant pire : un pharmacien pour 6177 habitants pour ADEKAR hab. un pharmacien pour 5703habitants BARBACHA, un pharmacien pour 6150habitants pour IGHIL ALI ; ces ratio sont inférieur à celui de la Daïra de B-Maouche et au chef-lieu de la Wilaya.

Par ailleurs nous signalons aussi que même les communes souffrent de la mauvaise répartition de l'offre de soins<sup>2</sup>

## **II. LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MATERNITES DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

Dans cette section nous allons analyser l'accès géographique aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaïa à travers l'analyse de la répartition géographiques des maternités.

### **1. Maternités publiques**

En 2012, la wilaya de Bejaïa compte 17 maternités publiques réparties sur l'ensemble des daïras. Leur répartition par daïra nous donne un ratio inferieur à une maternité par daïra. Le ratio moyen de couverture est une maternité pour 55011 habitants.

Signalons que le nombre de maternités publiques n'a pas évolué depuis 2008<sup>3</sup> alors que la population augmente d'années en années donc nous pouvons constater qu'il ni a pas d'efforts fournis pour les soins de santé maternels durant ces dernières quatre années.

---

<sup>2</sup> Voir l'annexe : « recensement d'encadrement sanitaire du secteur privé »

<sup>3</sup> D'après un entretien avec un agent de la DSPRH de Bejaia

### CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia

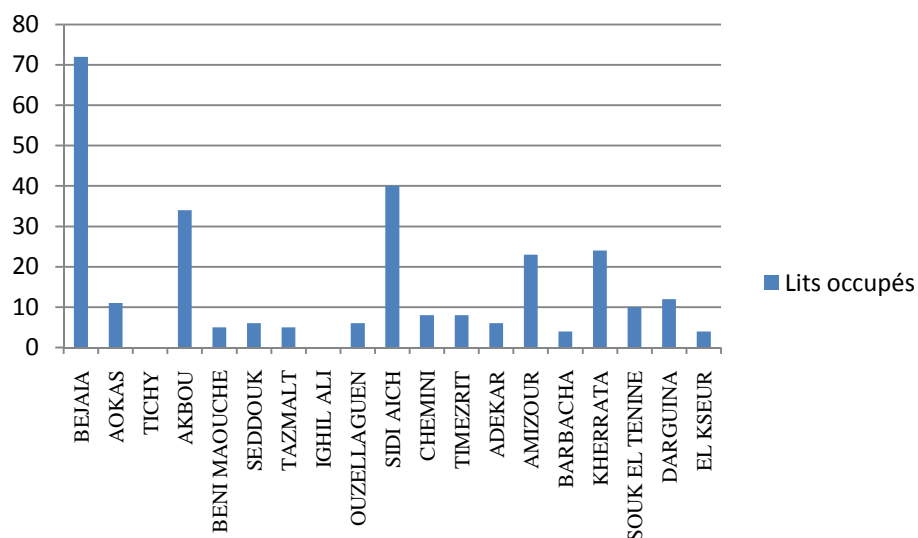
**Tableau 31:** Répartition des maternités publiques au niveau de la wilaya de Bejaia par daïras en 2012.

	nombre de maternité s	Lits occupés	Habitants /lits occupés
BEJAIA	01	72	2808
AOKAS	01	11	2665
TICHY	00	00	00
AKBOU	01	34	2394
BENI MAOUCHE	01	05	3435
SEDDOUK	01	06	7896
TAZMALT	01	05	10017
IGHIL ALI	00	00	00
OUZELLAGUEN	01	06	3881
SIDI AICH	01	40	1020
CHEMINI	01	08	4691
TIMEZRIT	01	08	3311
ADEKAR	01	06	4118
AMIZOUR	01	23	3317
BARBACHA	01	04	5703
KHERRATA	01	24	2745
SOUK EL TENINE	01	10	3469
DARGUINA	01	12	3592
EL KSEUR	01	04	13191
TOTAL	17	278	3364

**Source :** réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de Bejaia.

Nous remarquons qu'il y'a presque une maternité pour chaque daïras à part 2dairas qui ne disposent pas de maternités à savoir les daïras de Tichy et Ighil Ali alors qu'elles disposent d'une population qui est estimé pour l'année 2012 a 37 908 habitants pour la daïra de tichy et de 24 683 habitants pour la daïra de ighil ali.

**Figure 08:** Capacité en lits pour les maternités publiques de Bejaia en 2012.



**Source :** réalisé par nos soins à partir des données du tableau 31

D'après la figure 08 précédente nous pouvons constater que la daïra de Bejaïa dispose d'un plus grand nombre de maternités publiques, suivie par les daïras Sidi aich, Akbou et Kherrata avec 40,34,et 24 respectivement .ce sont les daïras qui détiennent la majorité des lits de maternité soit 61% du total de lits de maternité et le reste est répartie sur les autre daïras.

Par contre on ce qui concerne les ratios de couverture nous remarquons que c'est la daïra de Sidi aiche qui se place en première position avec un lit de maternité pour 1020habitants, suivie par la daïra d'Akbou avec un lit de maternité pour 2394 habitants, la daïra de Kherrata avec un lit de maternité pour 2745 habitants et ensuite vient la daïra de Bejaïa avec un lit de maternité pour 2808 habitants.

En comparant le ratio de couverture en lits de maternité au daïras les plus sur dotée wilaya avec celui des autres Daïra, il apparait évident qu'un certain nombre de localité sont très mal desservies en termes de lits maternité, à savoir :

- **BENI MAOUCHE :** cette Daïra détient 1,12% du total des lits de maternité de la wilaya, avec un ratio de un lit de maternité pour 3435 habitants.



➤ BARBACHA et EL KSEUR détiennent elles aussi 1,12% du total des lits de maternités de la wilaya. leur ratios de couverture est cependant pire : un lit de maternité pour 5703habitants et un lit de maternité pour 13191habitants, pour la daïra de BARBACHA, ces ratios sont inférieurs à celui de la Daïra de B-Maouche et aux quatre daïras cité précédemment.

Par ailleurs, nous signalons que plusieurs communes ne disposent d'aucune maternités à savoir : Beni Djellil, Smaoun, Faroun, etc ...<sup>4</sup>, et donc pour cela les parturientes doivent parcourir une distance et déboursier des moyens financiers assez importante afin d'accéder a une maternité, en effet ceci engendre des renoncements aux soins maternels pour certaines.

## **2. Maternités privées**

En 2012, la wilaya de Bejaïa compte trois maternités privées. Les trois maternités sont réparties seulement sur deux daïras à savoir :

- Clinique « Le rameau d'olivier » à Bejaia
- Clinique « Les lilas » à Bejaia
- Clinique « Hameni » à Akbou

La répartition de ces maternités par daïra nous donne un ratio inférieur à une maternité par daïra. Le ratio moyen de couverture est d'une maternité privé pour 311733 habitants.

## **CONCLUSION**

Au terme de ce chapitre, un constat s'impose: la répartition du personnel de santé (secteur privé et publique) sur le territoire est assez inégale. Nous observons ainsi des disparités dans la répartition géographique du personnel médical privé et publique, qui se traduisent par des inégalités en termes de densité médical, avec des Daïras sur-dotées et d'autres sous-dotées par rapport à la densité moyenne de la wilaya ou bien au chef-lieu de la wilaya (ville de Bejaia).

Par ailleurs, nous constatons des inégalités dans la répartition géographique de l'offre de soins de santé maternels notamment en termes du nombre de maternités. En effet, la Diara de Bejaïa dispose d'un grand nombre important de lits de maternité publique et une couverture en cette dernière assez importante aussi par apport au autres daïras, et on ce qui concerne les

---

<sup>4</sup> Voir l'annexe: "parametres et indicateurs par commune"

### ***CHAPITRE III : La Répartition géographique des soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia***

---

maternités privés, la daïra de Bejaïa dispose de (2/3) du total, et qui s'installe autour du chef lieu.

Par conséquent, il y a des inégalités d'accès aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaïa.

## **CHAPITRE IV :**

# **ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTÉ MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

## **CHAPITRE IV :**

### **ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

#### **INTRODUCTION**

L'un des objectifs déclaré de la politique de santé est d'équilibrer la répartition géographique de l'offre de soins afin d'assurer un minimum d'équité dans l'accès aux soins. Et d'après la partie théorique que nous avons effectué au cours des chapitres précédents, nous a permis de constater l'existence des inégalités géographique de l'offre de soins en générale et de l'offre de soins maternels en particulier. Ainsi, les écarts de santé entre les différentes catégories sociales et catégorie géographique ont fait l'objet de plusieurs études empiriques qui ont démontré la persistance de ce fléau. Ce constat est remarqué partout dans le monde, même dans les pays développés.

L'analyse de ces inégalités se fonde sur l'étude de leurs déterminants (revenu, catégorie socioprofessionnel, lieu de résidence, l'éloignement géographique, niveau d'instruction, ...). Ainsi, l'accessibilité financière et géographique aux soins de santé sont les facteurs les plus importants de ces inégalités. De ce fait, l'objectif général de notre travail est d'essayer de caractériser l'ampleur des inégalités d'accès aux soins, à travers principalement l'accessibilité financière et l'accessibilité géographique aux soins de santé maternels.

Ce chapitre sera consacré exclusivement à notre étude empirique. Il est composé de deux sections. La première a pour objet de présenter la wilaya de Bejaia ainsi la méthodologie et le déroulement de l'enquête. La deuxième section sera consacrée à la présentation et à l'analyse des résultats de notre enquête.

#### **I. Présentation et déroulement de l'enquête**

Nous avons réalisé notre enquête par l'entremise d'un questionnaire administré par des enquêteurs. La conception du questionnaire a été réalisée après une étude de la littérature et la consultation de plusieurs questionnaires d'enquêtes nationales et internationales.

Néanmoins, des difficultés n'ont pas manqué à se manifester lors de la réalisation de l'enquête.

### **2.1. L'objectif du questionnaire**

L'objectif de ce questionnaire consiste à identifier les déterminants influençant l'accès aux soins de santé maternel. Les questionnaires sont traités de façon confidentielle et anonyme.

### **2.2. L'échantillon et la méthode de l'enquête**

Notre questionnaire d'enquête a été adressé aux ménages de la wilaya de Bejaia. Le temps et les moyens disponibles nous ont obligés à restreindre la taille de notre échantillon à 260 personnes. Les individus sont sélectionnés au hasard parmi les habitants de toute la wilaya.

Une partie de l'enquête a été réalisé par nous-mêmes. Ainsi, certains questionnaires sont administrés en « face-à-face » et d'autres non administrés (à cause du nombre important de questions, certaines interrogées ont demandé de garder le questionnaire quelques jours). L'enquête a été réalisée par des enquêtrices choisies en fonction de leurs aptitudes (toutes des femmes) et de leur lieu de résidence.

### **2.3. Le déroulement de l'enquête**

Le temps consacré à l'enquête était d'environ deux mois, qui s'est étalé entre le mois d'avril jusqu'au mois de juin. Notre questionnaire d'enquête comprend en tout 28 questions. En fonction du besoin, certaines questions sont fermées, d'autres sont à choix multiple. En outre, le questionnaire est décomposé en 3 grands axes, à savoir :

- **Caractéristiques générales** : l'objectif est de dégager le profil personnel de chaque interrogée (âge, sexe ....). Ces informations vont nous servir comme des facteurs explicatifs et exogènes affectant les variables que nous souhaitons analyser.

- **Emploi et revenu :** Le revenu étant l'un des déterminants des inégalités d'accès aux soins maternels, on tentera donc ici d'identifier la situation économique de chaque enquêtée de notre échantillon, afin de la comparer à son niveau d'accès aux soins.
- **Accès aux soins maternels :** qui nous permettra de déterminer le niveau d'accès des enquêtées aux soins de santé maternels et les facteurs influençant leurs choix (public vers ou privé). Le but est de caractériser le rôle des facteurs financiers et des facteurs d'éloignement dans la demande de soins maternels.

#### **2.4. Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête**

Pendant la réalisation de notre enquête, les difficultés suivantes ont été rencontrées :

- La maîtrise du temps a constitué la principale difficulté. En effet, le manque de temps a rendu difficile le traitement des données.
- La majorité des enquêtées ont répondu à notre questionnaire. Mais d'autre non. Pour les questionnaires que nous avons dû récupérer plus tard, le temps d'y aller pour le récupérer, certains enquêtées nous ont informés qu'elles ont perdu leur questionnaire. De plus, certaines enquêtées ont complètement refusé de coopérer à notre étude au motif qu'elles sont occupées et à défaut de volonté de participer à la réalisation de tels travaux, ou encore le manque d'informations et connaissances sur les travaux de recherches.
- Prendre beaucoup de temps pour maîtriser le logiciel SPSS.
- Manque de données et de littérature concernant notre thème en Algérie.
- L'absence d'enquêtes similaires antérieures que l'on aurait utilisées comme base comparaison et de référence.

## **II. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

Dans cette section, nous avons pour ambition de tenter d'étudier les différents résultats de l'enquête. Ceci va nous permettre en définitif d'porter quelques réponses aux questions soulevées dans notre problématique. Nous avons ainsi procédé à l'analyse des données obtenues après traitement du questionnaire d'enquête à l'aide du logiciel SPSS 19.0. De ce fait, nous allons d'abord présenter l'échantillon final analysé.

### **1. Caractéristiques générales de l'échantillon**

L'objectif ici se limite à la présentation des informations sur les principales variables caractérisant notre échantillon d'enquête.

Le tableau 32 est un récapitulatif des résultats obtenus sur la distribution des enquêtées selon l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction de l'enquêtée et de leurs conjoints, l'état matrimonial et le nombre d'enfants. Nous rappelons que notre échantillon a été choisi aléatoirement. Par rapport à l'âge, la tranche la plus représentées est celle des [30-40ans] avec une proportion de 30,8 %.

La répartition de nos enquêtées par lieu de résidence entre rural (village), rural (montagne) et urbain (ville) est respectivement de 39,6, 30% et 30,4%. En ce qui concerne le niveau d'instruction des enquêtées, les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 30%. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Primaire : 18%, Moyen : 15,8%, Lycée : 18,1%, Sans instruction : 18,1%.

Pour le niveau d'instruction des conjoints, c'est pratiquement la même chose les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 26,9%. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Primaire : 11,5%, Moyen : 18,8%, Lycée : 24,2%, Sans instruction : 7,3%.

Notre échantillon est bien sur loin d'être représentatif on a essayé toute fois de toucher toutes les tranches d'âge, aussi bien tous les niveaux d'instruction, les milieux aussi bien ruraux village et ruraux montagne qu'urbains.

**Tableau 32 : Profil personnel des interrogés**

Caractéristiques		effectifs	Pourcentages
Age	[20-30[	53	20,4%
	[30-40[	80	30,8%
	[40-50[	70	26,8%
	[50-60[	44	16,9%
	=>60	13	5%
Lieu de résidence	Rural (village)	103	39,6%
	Rural (montagne)	78	30%
	Urbain (ville)	79	30,4%
Niveau d'instruction des l'enquêtées	Primaire	47	18%
	Moyen	41	15,8%
	Lycée	47	18,1%
	Universitaire	78	30%
	Sans instruction	47	18,1%
État matrimonial	Marié	229	88,1%
	Divorcé	7	2,7%
	Veuve	24	9,2%
Disposition d'enfants	Oui	241	92,7%
	Non	19	7,3%
Niveau d'instruction des conjoints	Primaire	30	11,5%
	Moyen	49	18,8%
	Lycée	63	24,2%
	Universitaire	70	26,9%
	Sans instruction	19	7,3%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

### ➤ Le classement des besoins selon la priorité

Le tableau suivant, illustré par la figure 09, montre le classement que les enquêtées ont donné aux besoins ; il nous semble fondamental pour appréhender l'importance qu'elles donnent à chacun d'eux dans leur pyramide des besoins.

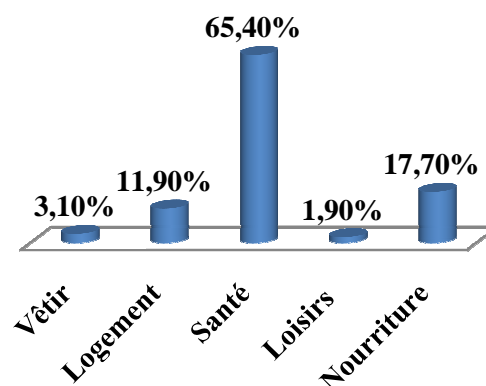


**Tableau 33 :** Classement des besoins selon la priorité

Besoins	Effectif	%
Vêtir	8	3,1%
Logement	31	11,9%
Santé	170	65,4%
Loisirs	5	1,9%
Nourriture	46	17,7%
Total	260	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 09 :** Classement des besoins



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 33

Pour 65,4% des enquêtées, la santé occupe la première place par rapport aux autres besoins. Les autres besoins sont classés respectivement du premier au dernier comme suit : nourriture 17,7%, logement 11,9%, se vêtir 3,1% et enfin le loisir avec seulement 1,9% (qui sont, à partir des réponses, généralement des besoins de confort comme la voiture, les voyage, et aussi la paix). Ce classement nous semble logique. Le fait que la santé est classée au premier rang des besoins, ceci démontre la prise de conscience des individus du rôle que peut jouer la santé dans leur vie. De plus, il ne faut pas oublier que la santé est indispensable à la satisfaction des autres besoins.

## 2. Présentation et analyse des résultats

Nous tenterons ici de croiser un certain nombre de questions dans le but d'identifier l'existence de corrélations.

### 2.1. Emploi et revenu

Comme premier axe d'analyse, nous avons choisis le statut d'emploi des enquêtées et leurs conjoints. Ceci dans le but d'essayer de vérifier le degré de corrélation qui peut exister entre la catégorie de l'emploi des interrogées et leurs conjoints, d'un côté, et le degré d'accès aux services de soins santé maternels d'un autre côté.

## **CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

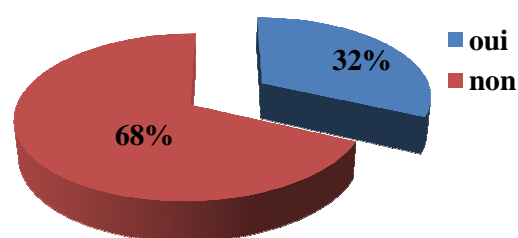
Dans un premier lieu, nous allons présenter la distribution de l'ensemble des personnes interrogées et leurs conjoints selon l'exercice ou non d'une activité rémunérée. Les deux tableaux qui suivent illustrent cette distribution.

**Tableau 34 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité.

Exercice d'un emploi	Effectifs	%
oui	83	31,9%
non	177	68,1%
Total	260	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 10 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 34

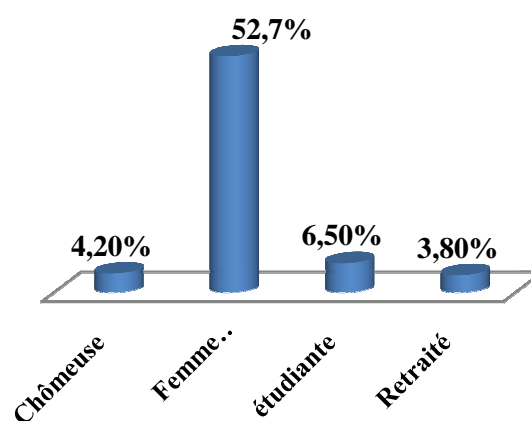
Le tableau nous montre que 32% des enquêtées sont inactifs et 68% exerce une activité.

**Tableau 35:** Catégorie des enquêtées qui ne travaillent pas.

Caractéristique	Effectifs	%
Chômeuse	11	4,2%
Femme au foyer	137	52,7%
étudiante	17	6,5%
Retraité	10	3,8%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 11 :** Catégorie des enquêtées qui ne travaillent pas.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 35

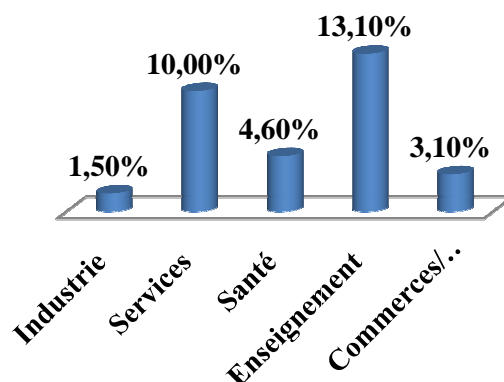
En ce qui concerne la tranche qui n'exerce pas une profession, elle est répartie comme suit : les femmes au foyer occupent la première place avec une proportion de 52,7%, les étudiantes avec 6,50%, les chômeuses avec 4,2% et en dernier lieu les retraitées avec seulement 3,8 %.

**Tableau 36 :** Branche d'activité des enquêtées.

Branche d'activité	Effectifs	%
Industrie	4	1,5%
Services	26	10,0%
Santé	12	4,6%
Enseignement	34	13,1%
Commerces/artisanat	8	3,1%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 12 :** Branche d'activité des enquêtées.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 36

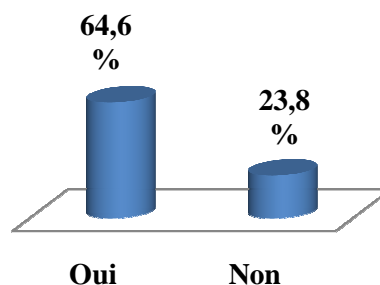
La catégorie des actifs sont distribuée respectivement comme suite: sur les 67,2 % des enquêtées exerçant une activité, l'enseignement se situe en première position avec une proportion de 13,1%, le service avec 10,0%, le secteur de la santé avec 4,60%, le commerce/artisanat avec 3,10% et en dernier lieu l'industrie qui ne représente que 1,5%.

**Tableau 37 :** Distribution des conjoints selon l'exercice ou non d'une activité.

Exercice d'un emploi de conjoint	Effectifs	%
Oui	168	64,6%
Non	62	23,8%
Total	230	88,4%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 13 :** Distribution des conjoints selon l'exercice ou non d'une activité.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 37

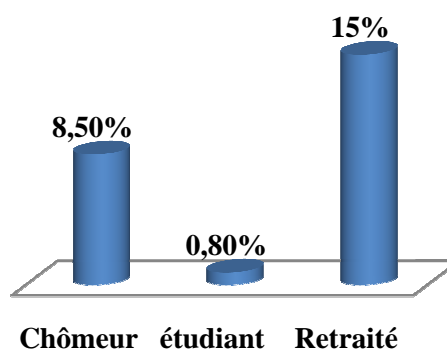
D'après le tableau, on remarque que la majorité des conjoints de nos enquêtées (64,6%) exerce une activité rémunérée ; seul 23,8 % des conjoints représentent des inactifs.

**Tableau 38 :** Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas.

Caractéristique	Effectifs	%
Chômeur	22	8,5%
étudiant	2	0,8%
Retraité	39	15%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 14 :** Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 38

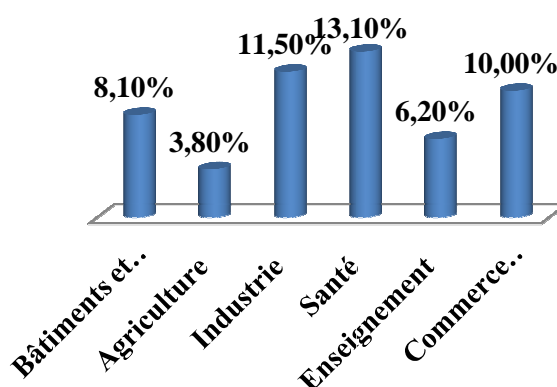
En ce qui concerne la tranche des conjoints qui n'exerce pas une profession, ils sont répartis comme suit : les retraités occupent la première place avec une proportion de 15% ; les chômeurs avec 8,50%, et en dernier lieu les étudiants avec seulement 0,8%

**Tableau 39 :** Branche d'activité des conjoints.

	Effectifs	%
Bâtiments et travaux publics	21	8,1%
Agriculture	10	3,8%
Industrie	30	11,5%
Santé	34	13,1%
Enseignement	16	6,2%
Commerce artisanat	26	10,0%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 15 :** Branche d'activité des conjoints.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 39

## **CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

La catégorie des actifs est distribuée respectivement comme suit: sur les 52,7% des conjoints exerçant une activité, le secteur de la santé se situe en première position avec une proportion de 13,1%, l'industrie avec 11,5%, le commerce/artisanat avec 10,0%, le bâtiment et travaux publics avec 8,1%, l'enseignement avec 6,2% et en dernier lieu l'agriculture avec seulement 3,8%.

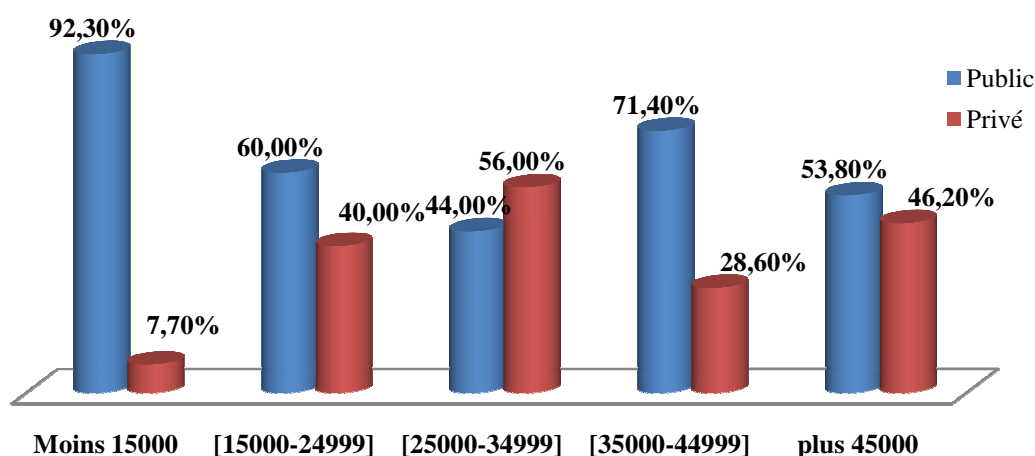
Comme deuxième axe d'analyse, nous avons choisis le revenu qui constitue un déterminant important dans l'accès et le recours aux soins. Dans ce qui suit, nous allons essayer de démontrer l'effet du revenu sur l'accès aux soins de santé maternels.

**Tableau 40 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et la première destination en cas d'accouchement

		tranche de revenu					Total
		Moins 15000	[15000-24999]	[25000-34999]	[35000-44999]	plus 45000	
Publique	Effectif	12	18	11	15	7	63
	%	92,3%	60,0%	44,0%	71,4%	53,8%	61,8%
Privé	Effectif	1	12	14	6	6	39
	%	7,7%	40,0%	56,0%	28,6%	46,2%	38,2%
Total	Effectif	13	30	25	21	13	102
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 16 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et la première destination en cas d'accouchement



**Source :** Réalisé par nous soins à partir des données du tableau 40.

À partir du tableau 40, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, près de 61,8% ont recours au secteur public en cas d'accouchement, contre seulement 38,2% qui choisissent le secteur privé. Comme on pouvait parfaitement le prévoir, pour la première tranche de revenu (moins de 15000 DA) c'est le secteur public qui domine, contrairement à la dernière tranche de revenu (plus de 45000 DA) où les enquêtées ont recours plus au secteur privé. Ainsi, d'après les réponses des enquêtés, sur 260 personnes, 44,2% ont justifié leur choix du secteur public par les « possibilités financières limitées », ainsi que par le « manque de moyen pour le déplacement ». Le reste des interrogés se répartissent comme suit : 22,3% expliquent leur choix du « public » par l'effet de proximité par rapport à leur lieu de résidence, 16,5% par l'existence d'un capital relationnel et 10% parce que c'est « le seul à qui ils font confiance ».

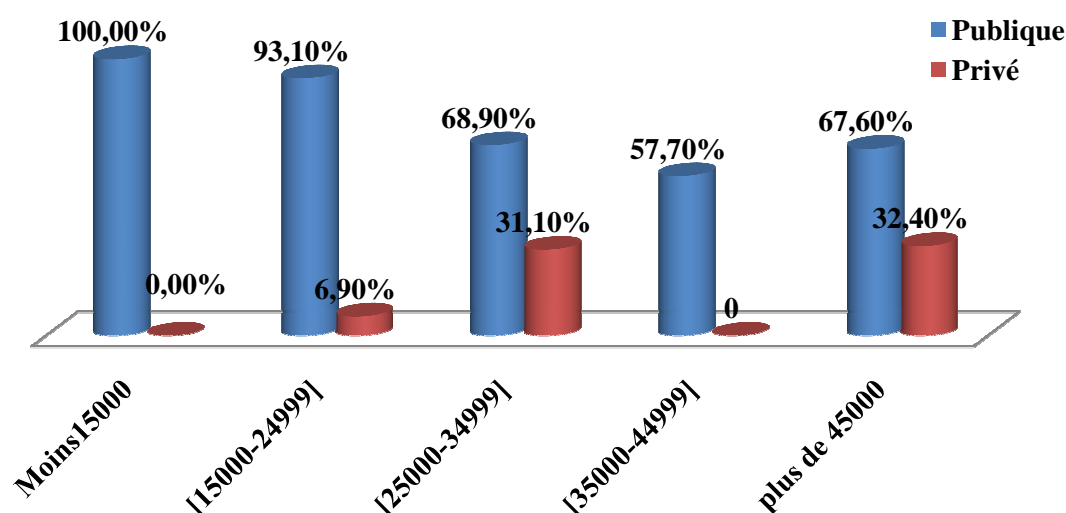
D'après les réponses des enquêtées, le choix du secteur privé est motivé en grande partie par la « qualité des services fournis » (pour 26,5% d'entre elles) et parce que c'est « le seul à qui elles font confiance » (pour 10,4% d'entre elles).

**Tableau 41 :** Distribution des conjoints des enquêtées selon la tranche de revenu des conjoints et la première destination en cas d'accouchement de leurs femmes

		tranche de revenu de conjoint					Total
		Moins 15000	[15000-24999]	[25000-34999]	[35000-44999]	plus de 45000	
Publique	Effectif	10	27	31	30	48	146
	%	100,0%	93,1%	68,9%	57,7%	67,6%	70,5%
Privé	Effectif	0	2	14	22	23	61
	%	0%	6,9%	31,1%	42,3%	32,4%	29,5%
Total	Effectif	10	29	45	52	71	207
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 17 :** Distribution des conjoints des enquêtées selon la tranche de revenu et la première destination en cas d'accouchement



**Source :** Réalisé par nous soins à partir des données du tableau 41.

À partir du tableau 41, nous remarquons que sur l'ensemble des conjoints des enquêtées, près de 70,5% ont recours au secteur public en cas d'accouchement de leurs femmes, contre seulement 29,5% qui choisissent le secteur privé. Nous remarquons aussi que le recours des enquêtées au secteur public a tendance à diminuer avec l'augmentation du revenu des conjoints.

## 2.2. Accès aux soins de santé maternels

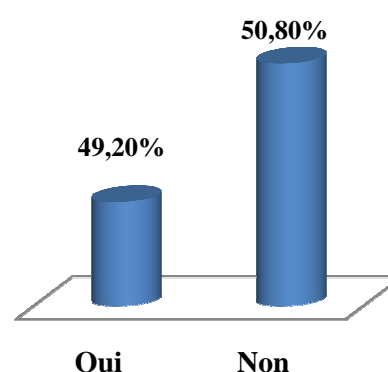
Nous avons choisi le statut d'éloignement géographique des enquêtées. Ceci dans le but d'essayer de vérifier le degré de corrélation qui peut exister entre le lieu de résidence des interrogées et le niveau d'accès aux services de soins de santé maternels.

**Tableau 42 :** Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins de santé maternels

Caractéristique	Effectifs	%
Oui	128	49,2%
Non	132	50,8%
Total	260	100,0%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 18 :** Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins de santé maternels



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 42

D'après le tableau 42, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, près de 49,20% ont renoncé aux soins de santé maternelles, contre 50,80%. Les raisons de renoncement seront étudiées dans ce qui suit.

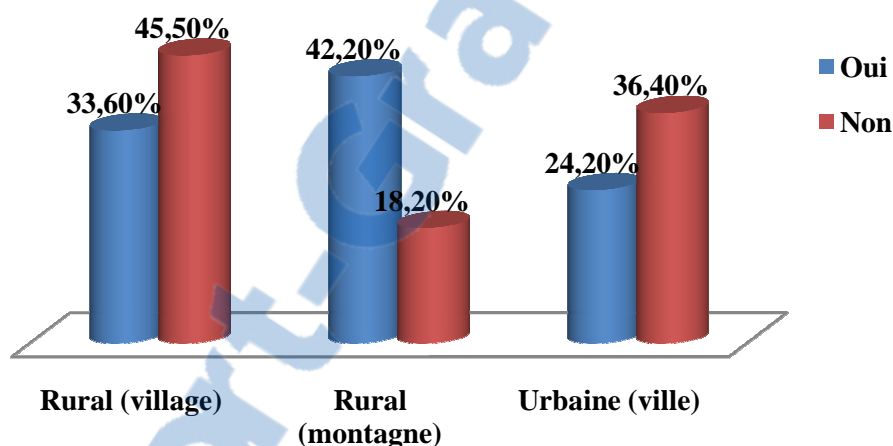


**Tableau 43 :** Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.

Lieu de résidence	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Rural (village)	43	41,75%	60	58,25%
Rural (montagne)	54	69,23%	24	30,77%
Urbaine (ville)	31	39,24%	48	60,76%
Total	128	49,23%	132	50,76%

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 19 :** Distribution des enquêtées selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins de santé maternels pour des raisons d'éloignement.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 43

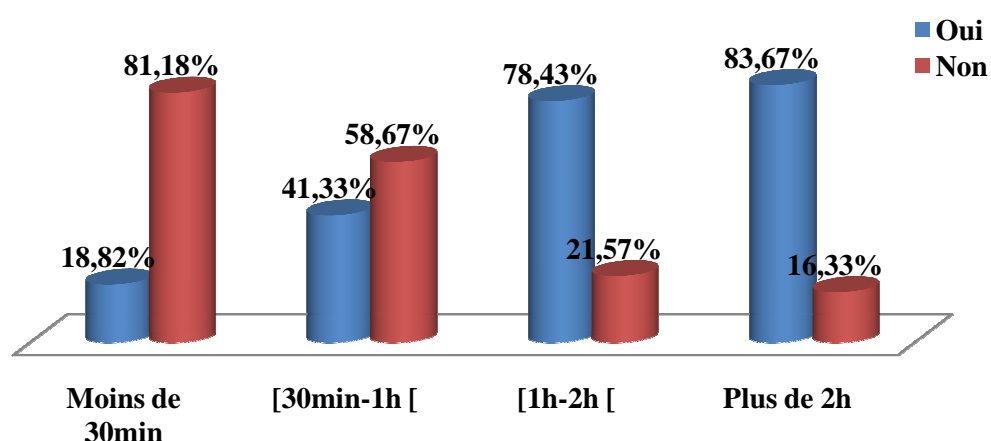
D'après le tableau 43, nous remarquons que les enquêtées qui habitent dans des régions rurales (montagne) occupent la première place dans le renoncement aux soins pour des raisons d'éloignement avec 69,23%, puis les habitants des régions rurales (villages) avec 41,75% et en dernier lieu les habitants des villes (urbains) avec 39,24%.

**Tableau 45 :** Distribution des enquêtées selon le temps à mettre pour accéder a un gynécologue et le renoncement aux soins de santé maternels

	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 30min	16	18,82%	69	81,18%
[30min-1h [	31	41,33%	44	58,67%
[1h-2h [	40	78,43%	11	21,57%
Plus de 2h	41	83,67%	8	16,33%
Total	128	55,56%	132	44,44%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 20 :** Distribution des enquêtées selon le temps à mettre pour accéder a un gynécologue et le renoncement aux soins santé maternels.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 45

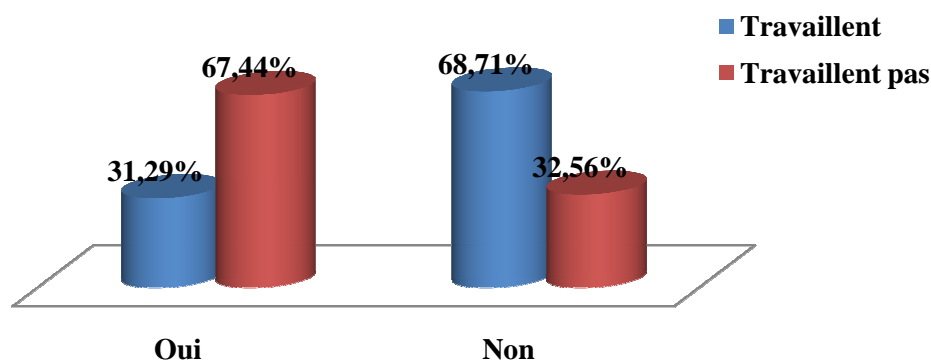
D'après la figure 20, nous remarquons que plus la distance entre le lieu de résidence des enquêtées et le gynécologue le plus proche de chez elles, est longue plus le renoncement des enquêtées aux soins augmente, ce qui explique l'influence de la distance sur le renoncement aux soins de santé maternels.

**Tableau 46 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité et le renoncement à des soins de santé maternels.

Exercice d'une activité ou non	Oui		Non		total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	41	31,29%	90	68,71%	131	100%
Non	87	67,44%	42	32,56%	129	100
Total	128	100%	132	100%	260	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 21 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 46

Nous remarquons d'après le tableau 46 et la figure 21 que 67,44% des enquêtées n'exerçant pas une activité renoncent à des soins de santé maternels. Par contre, seules 32,29% de celles qui exercent une activité y renoncent.

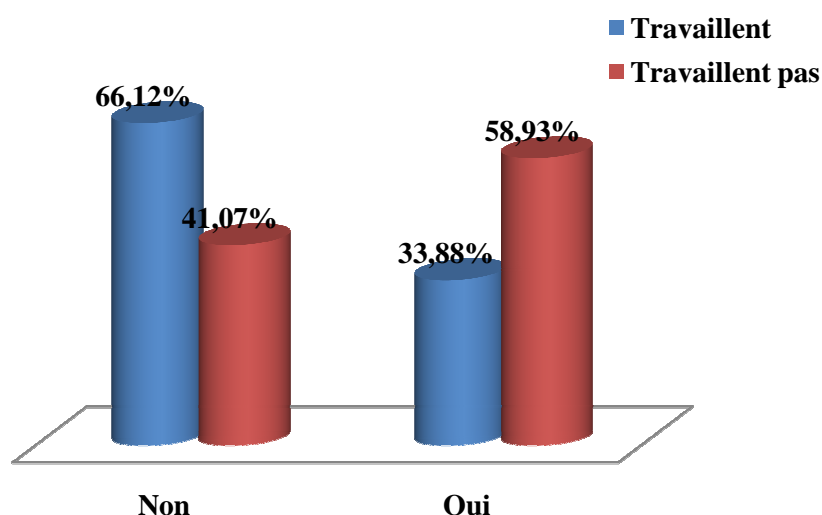
De ce fait, nous pouvons constater que les femmes qui travaillent renoncent moins à des soins de santé maternels.

**Tableau 47 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non de leurs conjoints et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.

	Non		Oui		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Travaille	41	66,12%	21	33,88%	62	100%
Ne travaille pas	69	41,07%	99	58,93%	168	100%
Total	110	100%	120	100%	230	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 22 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non de leurs conjoints et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 47

Après l'analyse du tableau 47 et de la figure 22, nous constatons que 66,12% des enquêtées qui renoncent à des soins de santé maternels ont des conjoints qui n'exercent pas une activité, et 33,88% des enquêtées renoncent aux soins de santé maternels malgré que leurs conjoint travaille.

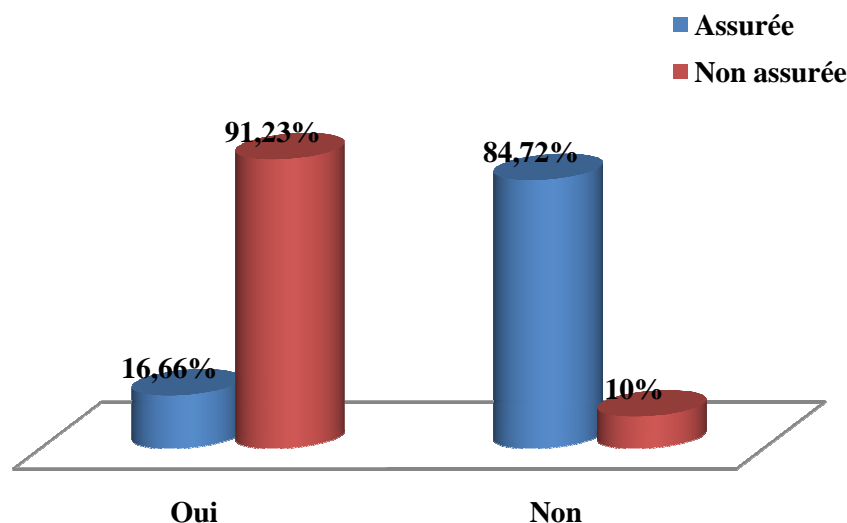
De ce fait, nous pouvons dire que l'exercice d'un emploi du conjoint influence sur le renoncement ou non de leur femme aux services de soins de santé maternel.

**Tableau 48 :** Distribution des enquêtées selon l'assurance ou non et le renoncement à des soins de santé maternels.

Assurance des enquêtées ou non	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Assurée	24	16,66%	122	84,72%
Non assurée	104	91,23%	10	10%
Total	128	100%	132	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure23 :** Distribution des enquêtées selon l'assurance ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 48

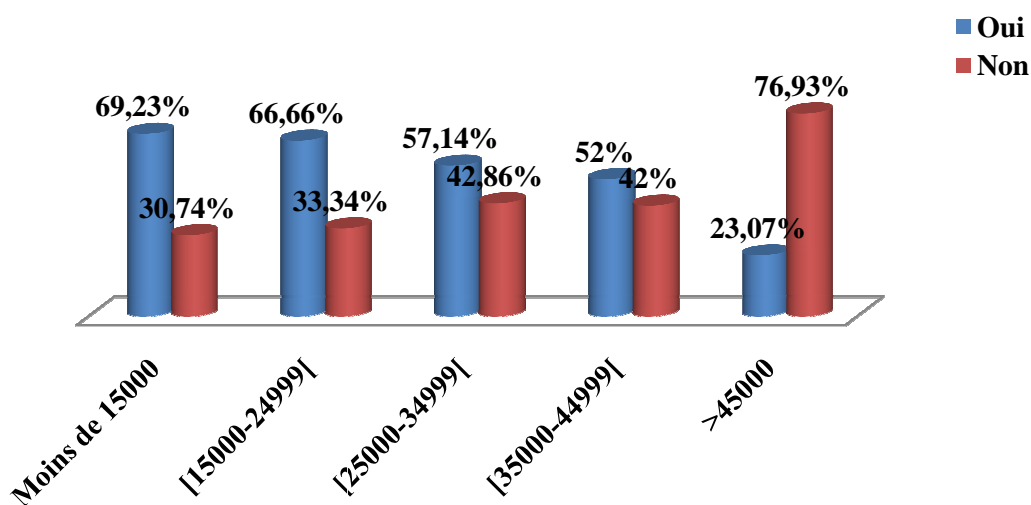
D'après le tableau 48, nous pouvons constater que seules 16,66% des enquêtées assurées renoncent à des soins de santé maternels. Pour les non-assurées, le renoncement atteint plus de 84%. Nous remarquons ainsi que les enquêtées assurées renoncent moins aux soins de santé maternels.

**Tableau 49 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le renoncement aux soins de santé maternels.

Tranche de revenu de conjoint en DA	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15000	9	69,23%	4	30,74%
[15000-24999[	20	66,66%	10	33,34%
[25000-34999[	12	57,14%	9	42,86%
[35000-44999[	13	52%	12	42%
>45000	3	23,07%	10	76,93%
Total	57	55,88%	45	44,12%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 24 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le renoncement aux soins de santé maternels



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 49

D'après les réponses des enquêtées, plus de 55% d'entre-elles ont déjà, au moins une fois, renoncé à des soins pour des raisons financières. Nous remarquons aussi que plus le revenu augmente, plus la proportion du renoncement aux soins pour des raisons financières diminue. Donc les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins de santé maternels. Les enquêtées aisées donnent plus d'importance à leur santé et à chaque besoin de soins exprimé, elles s'adressent directement aux différentes structures de santé pour

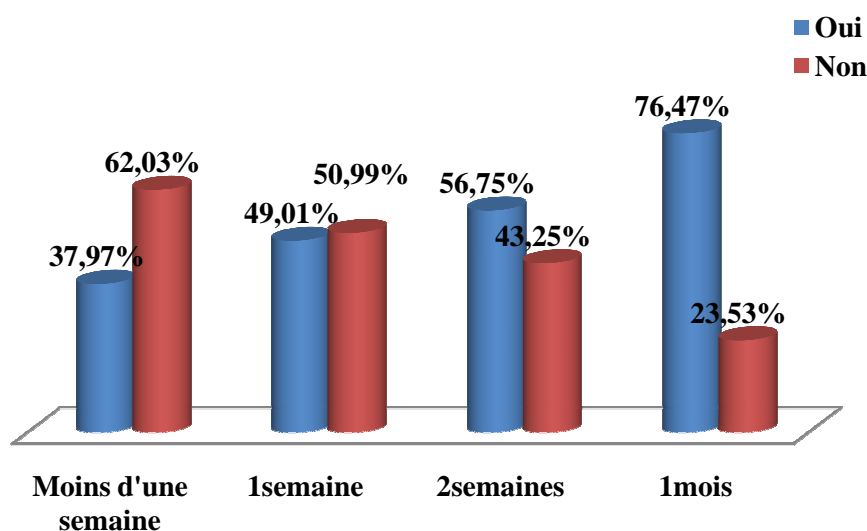
se soigner. Par contre, les personnes les moins favorisées financièrement donnent moins d'importance à leur santé et ont un moindre accès aux services de soins de santé maternels.

**Tableau 50 :** Distribution des enquêtés selon le temps écoulé pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue et le renoncement ou non aux soins de santé maternels.

Le temps écoulé pour avoir un rendez-vous	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins d'une semaine	30	37,97%	49	62,03%
1semaine	25	49,01%	26	50,99%
2semaines	21	56,75%	16	43,25%
1mois	13	76,47%	4	23,53%
Total	89	47,85%	97	52,15%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 25 :** Distribution des enquêtés selon le temps écoulé pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue et le renoncement ou non aux soins de santé maternels.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 50

D'après les résultats de tableau 50, les enquêtées ont déjà, au moins une fois, renoncé à des soins de santé maternels pour des raisons d'allongement des délais d'attente (le temps écoulé pour avoir un rendez-vous). Cependant, nous remarquons que plus le délai d'attente

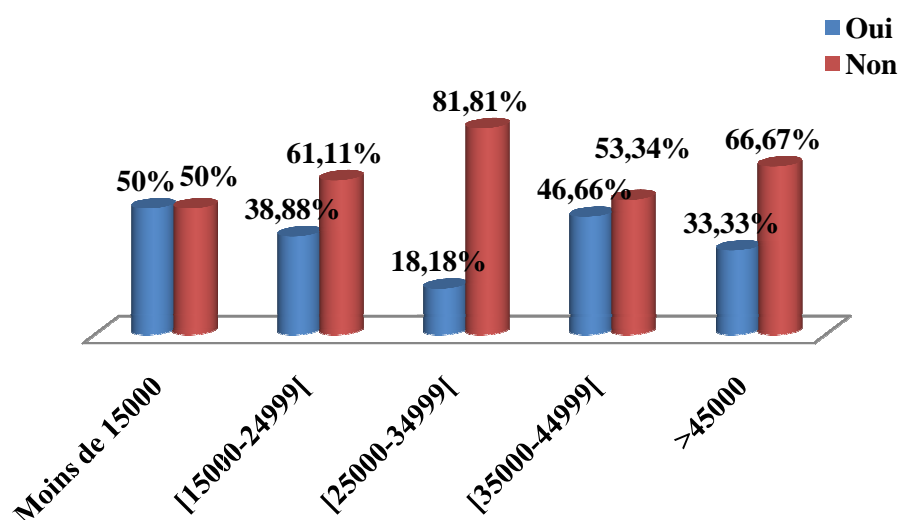
augmente, plus la proportion du renoncement aux soins de santé maternels pour des raisons d'éloignement du rendez-vous, est plus longue.

**Tableau 51 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité publics.

Tranche de revenu de l'enquêtée en DA	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15000	6	50%	6	50%
[15000-24999[	7	38,88%	11	61,11%
[25000-34999[	2	18,18%	9	81,81%
[35000-44999[	7	46,66%	8	53,34%
>45000	2	33,33%	4	66,67%
Total	24	38,71%	38	61,29%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 26:** Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité publique



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 51

D'après le tableau 51, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, 61,29% déclarent ne pas être satisfaites, 38,71% se déclarent comme étant satisfaites. Il y a donc aujourd'hui un mécontentement général sur la qualité des services maternels publics offerts à



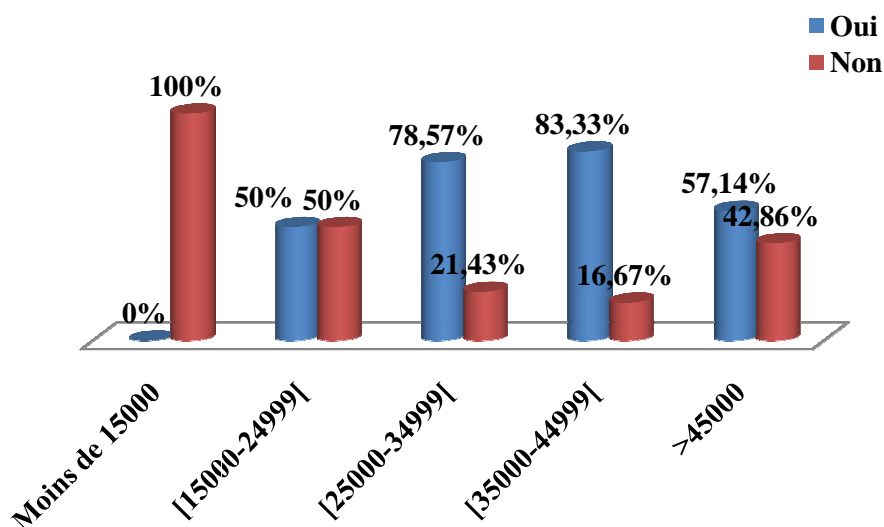
la population. Remarquons aussi que plus le revenu des enquêtées augmente, plus elles sont moins satisfaites par les services de maternités publics.

**Tableau 52 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternités privés

Tranche de revenu de l'enquêtée en DA	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15000	0	0%	1	100%
[15000-24999[	6	50%	6	50%
[25000-34999[	11	78,57%	3	21,43%
[35000-44999[	5	83,33%	1	16,67%
>45000	4	57,14%	3	42,86%
Total	27	67,5 %	13	32,5%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête.

**Figure 27 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité privé.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 52

D'après le tableau 52, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, 67,5% se déclarent globalement satisfaites par les prestations des maternités privées. Il y a donc aujourd'hui une relative satisfaction sur la qualité des services de soins de santé maternels privés offerts à la population. Pour les premières tranches de revenus, nous remarquons qu'il n'y a pas de recours aux soins de maternités privées par rapport aux autres tranches de

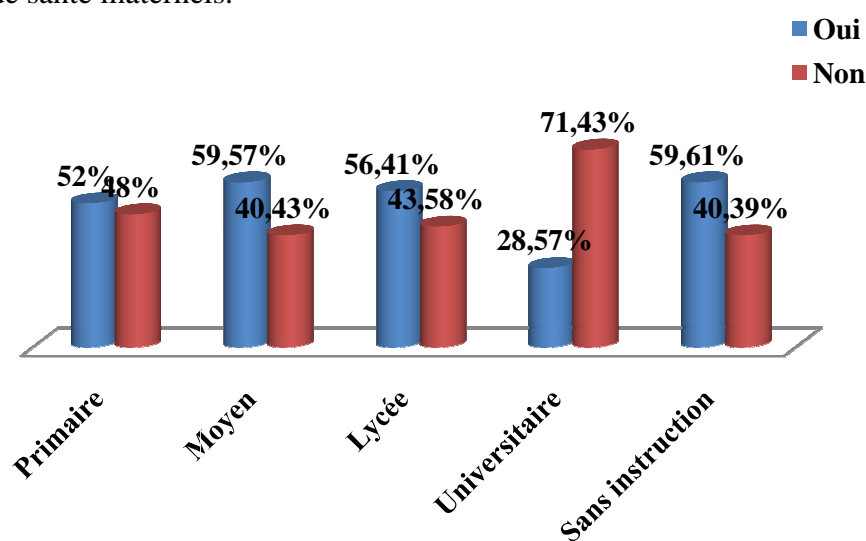
revenus. Ceci s'explique par l'inaccessibilité financière des structures de soins de santé privées pour les catégories les moins favorisées de la population.

**Tableau 53 :** Distribution des enquêtés selon leur niveau d'instruction et le renoncement aux services de santé maternels.

	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Primaire	26	52%	24	48%
Moyen	28	59,57%	19	40,43%
Lycée	22	56,41%	17	43,58%
Universitaire	22	28,57%	50	71,43%
Sans instruction	31	59,61%	21	40,39%
Total	129	49,61%	131	50,39%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête.

**Figure 28 :** Distribution des enquêtées selon leurs niveau d'instruction et le renoncement aux service de santé maternels.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 53

Le niveau d'instruction des enquêtées a une influence sur le renoncement aux services de santé maternels. Nous remarquons ainsi, d'après le tableau 53, que le renoncement aux soins de santé maternels pour les « non instruites » est beaucoup plus élevé que pour les

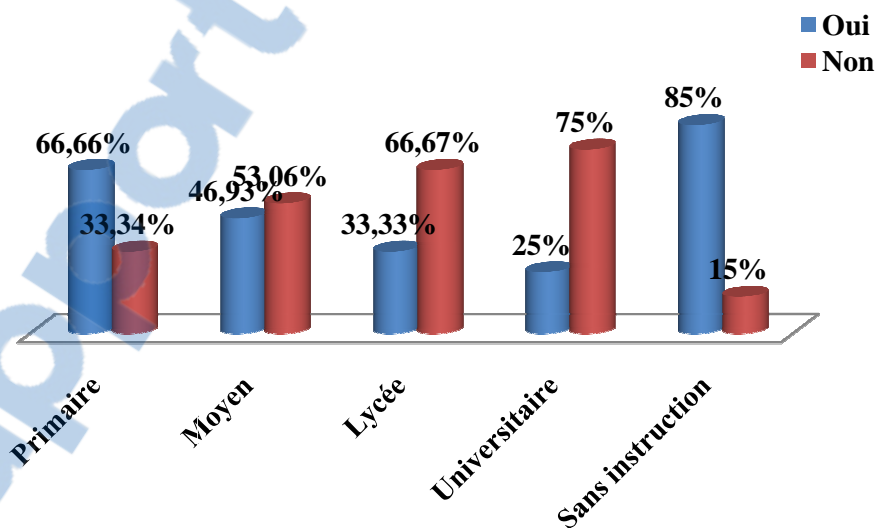
universitaires. Toutefois, cette relation inverse entre niveau d'instruction et renoncement aux soins ne s'observe pas pour les catégories intermédiaires (Primaire, Moyen, Lycée).

**Tableau 54 :** Distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction de leur conjoint et le renoncement aux services de soins de santé maternels

	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Primaire	24	66,66%	12	33,34%
Moyen	23	46,93%	26	53,06%
Lycée	18	33,33%	36	66,67%
Universitaire	13	25%	39	75%
Sans instruction	34	85%	6	15%
Total	112	49,23%	119	50,77%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

**Figure 29 :** Distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction de leur conjoint et le renoncement aux services de maternités.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 54

Le niveau d'instruction du conjoint influence également sur le renoncement aux services de santé maternels. En effet, le renoncement aux soins de santé maternels des

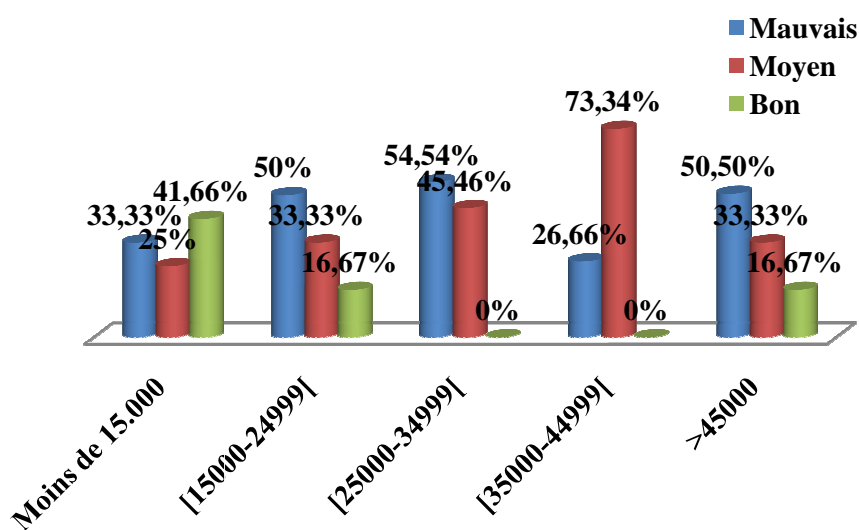
enquêtées dépend du niveau d'instruction du conjoint car le renoncement aux soins augmente significativement selon le niveau d'instruction du conjoint.

**Tableau 55 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant la qualité des services de maternités publiques.

Tranche de Revenu EN DA	MAUVAIS		MOYEN		BON	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15.000	4	33,33%	3	25%	5	41,66%
[15000-24999[	9	50%	6	33,33%	3	16,67%
[25000-34999[	6	54,54%	5	45,46%	0	0%
[35000-44999[	4	26,66%	11	73,34%	0	0%
>45000	3	50,50%	2	33,33%	1	16,67%
Total	26	41,93%	27	43,55%	9	14,42%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

**Figure 30 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant la qualité des services de maternités publiques.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 55

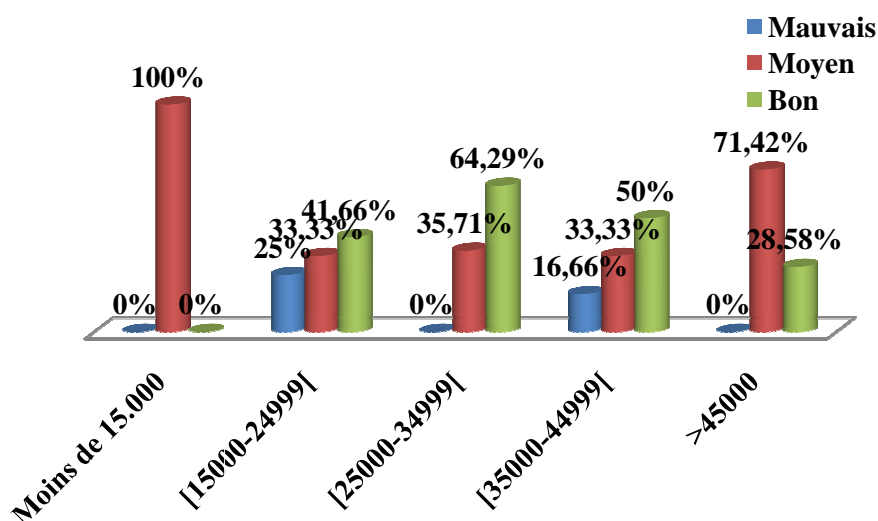
D'après le tableau 55, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, 41,93% déclarent ne pas être satisfaites, 43,55% sont moyennement satisfaites et seuls 14,42% se déclarent comme étant très satisfaites. Il y a donc aujourd'hui un mécontentement général sur la qualité des services de maternités publiques offerts à la population.

**Tableau 56 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant la qualité des services de maternités privés.

Tranche de Revenu en DA	MAUVAIS		MOYEN		BON	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15.000	0	0%	1	100%	0	0%
[15000-24999[	3	25%	4	33,33%	5	41,66%
[25000-34999[	0	0%	5	35,71%	9	64,29%
[35000-44999[	1	16,66%	2	33,33%	3	50%
>45000	0	0%	5	71,42%	2	28,58%
Total	4	10,0%	17	62,07%	19	7,88%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête.

**Figure 31 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant la qualité aux services de maternité privé.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 56

D'après le tableau 56, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, 10% déclarent ne pas être satisfaites, 62,07% sont moyennement satisfaites et seuls 7,88% se déclarent comme étant très satisfaites. Il y a donc aujourd'hui une satisfaction moyenne sur la qualité des services de maternités privés offerts à la population.

## **Conclusion**

Notre enquête a touché les femmes habitantes en zones rurales et urbaines de la wilaya de Bejaia. A cet effet, nous avons rencontré beaucoup de difficultés et de contraintes pour réaliser cette enquête. La principale des difficultés a trait à l'accès à l'information. Ainsi, certains enquêtées n'ont pas rempli le questionnaire et d'autres ont carrément refusé d'y répondre. Tous ces obstacles se rajoutent aux difficultés logistiques. C'est notamment ce qui nous a poussé à réduire la taille de notre échantillon.

A travers l'analyse des données de notre enquête, nous avons essentiellement tiré les résultats suivants :

- 69,23% des enquêtées qui habitent en zones rurales (montagne) renoncent aux soins de santé maternels pour des raisons d'éloignements, contrairement 41,75% et 39,24% pour les zones rurales (villages) et les zones urbaines respectivement. Ce qui confirme la corrélation entre le lieu de résidence et le renoncement aux soins de santé maternels pour des raisons d'éloignements.
- Plus de 55% des enquêtés ont déjà, au moins une fois, renoncé à des soins pour des raisons financières. Nous remarquons aussi que plus le revenu augmente, plus la proportion du renoncement aux soins pour des raisons financières diminue. Ce qui explique l'influence du revenu sur le renoncement aux soins de santé maternels.
- Les enquêtées et leur conjoint ayant un niveau d'instruction haut (universitaire) déclarent ne pas renoncer aux soins de santé maternels avec 73,21%. Contrairement aux enquêtées et leurs conjoint qui ont un niveau d'instruction bas (sans instruction) avec 26,78%. Ce qui confirme que le niveau d'instruction a une influence sur le renoncement ou non aux soins de santé maternels;
- 55,56% des enquêtées renoncent aux soins chez un gynécologue pour des raisons d'éloignements. Ce qui démontre une relative corrélation entre la distance et le renoncement aux soins de santé maternels chez un gynécologue.

Par conséquent, nous concluons qu'il y a aujourd'hui des disparités spatiales et financières d'accès aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia.

## **CHAPITRE IV :**

### **ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

#### **INTRODUCTION**

L'un des objectifs déclaré de la politique de santé est d'équilibrer la répartition géographique de l'offre de soins afin d'assurer un minimum d'équité dans l'accès aux soins. Et d'après la partie théorique que nous avons effectué au cours des chapitres précédents, nous a permis de constater l'existence des inégalités géographique de l'offre de soins en générale et de l'offre de soins maternels en particulier. Ainsi, les écarts de santé entre les différentes catégories sociales et catégorie géographique ont fait l'objet de plusieurs études empiriques qui ont démontré la persistance de ce fléau. Ce constat est remarqué partout dans le monde, même dans les pays développés.

L'analyse de ces inégalités se fonde sur l'étude de leurs déterminants (revenu, catégorie socioprofessionnel, lieu de résidence, l'éloignement géographique, niveau d'instruction, ...). Ainsi, l'accessibilité financière et géographique aux soins de santé sont les facteurs les plus importants de ces inégalités. De ce fait, l'objectif général de notre travail est d'essayer de caractériser l'ampleur des inégalités d'accès aux soins, à travers principalement l'accessibilité financière et l'accessibilité géographique aux soins de santé maternels.

Ce chapitre sera consacré exclusivement à notre étude empirique. Il est composé de deux sections. La première a pour objet de présenter la wilaya de Bejaia ainsi la méthodologie et le déroulement de l'enquête. La deuxième section sera consacrée à la présentation et à l'analyse des résultats de notre enquête.

#### **I. Présentation et déroulement de l'enquête**

Nous avons réalisé notre enquête par l'entremise d'un questionnaire administré par des enquêteurs. La conception du questionnaire a été réalisée après une étude de la littérature et la consultation de plusieurs questionnaires d'enquêtes nationales et internationales.

Néanmoins, des difficultés n'ont pas manqué à se manifester lors de la réalisation de l'enquête.

### **2.1. L'objectif du questionnaire**

L'objectif de ce questionnaire consiste à identifier les déterminants influençant l'accès aux soins de santé maternel. Les questionnaires sont traités de façon confidentielle et anonyme.

### **2.2. L'échantillon et la méthode de l'enquête**

Notre questionnaire d'enquête a été adressé aux ménages de la wilaya de Bejaia. Le temps et les moyens disponibles nous ont obligés à restreindre la taille de notre échantillon à 260 personnes. Les individus sont sélectionnés au hasard parmi les habitants de toute la wilaya.

Une partie de l'enquête a été réalisé par nous-mêmes. Ainsi, certains questionnaires sont administrés en « face-à-face » et d'autres non administrés (à cause du nombre important de questions, certaines interrogées ont demandé de garder le questionnaire quelques jours). L'enquête a été réalisée par des enquêtrices choisies en fonction de leurs aptitudes (toutes des femmes) et de leur lieu de résidence.

### **2.3. Le déroulement de l'enquête**

Le temps consacré à l'enquête était d'environ deux mois, qui s'est étalé entre le mois d'avril jusqu'au mois de juin. Notre questionnaire d'enquête comprend en tout 28 questions. En fonction du besoin, certaines questions sont fermées, d'autres sont à choix multiple. En outre, le questionnaire est décomposé en 3 grands axes, à savoir :

- **Caractéristiques générales** : l'objectif est de dégager le profil personnel de chaque interrogée (âge, sexe ....). Ces informations vont nous servir comme des facteurs explicatifs et exogènes affectant les variables que nous souhaitons analyser.



- **Emploi et revenu :** Le revenu étant l'un des déterminants des inégalités d'accès aux soins maternels, on tentera donc ici d'identifier la situation économique de chaque enquêtée de notre échantillon, afin de la comparer à son niveau d'accès aux soins.
- **Accès aux soins maternels :** qui nous permettra de déterminer le niveau d'accès des enquêtées aux soins de santé maternels et les facteurs influençant leurs choix (public vers ou privé). Le but est de caractériser le rôle des facteurs financiers et des facteurs d'éloignement dans la demande de soins maternels.

#### **2.4. Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête**

Pendant la réalisation de notre enquête, les difficultés suivantes ont été rencontrées :

- La maîtrise du temps a constitué la principale difficulté. En effet, le manque de temps a rendu difficile le traitement des données.
- La majorité des enquêtées ont répondu à notre questionnaire. Mais d'autre non. Pour les questionnaires que nous avons dû récupérer plus tard, le temps d'y aller pour le récupérer, certains enquêtées nous ont informés qu'elles ont perdu leur questionnaire. De plus, certaines enquêtées ont complètement refusé de coopérer à notre étude au motif qu'elles sont occupées et à défaut de volonté de participer à la réalisation de tels travaux, ou encore le manque d'informations et connaissances sur les travaux de recherches.
- Prendre beaucoup de temps pour maîtriser le logiciel SPSS.
- Manque de données et de littérature concernant notre thème en Algérie.
- L'absence d'enquêtes similaires antérieures que l'on aurait utilisées comme base comparaison et de référence.

## **II. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

Dans cette section, nous avons pour ambition de tenter d'étudier les différents résultats de l'enquête. Ceci va nous permettre en définitif d'porter quelques réponses aux questions soulevées dans notre problématique. Nous avons ainsi procédé à l'analyse des données obtenues après traitement du questionnaire d'enquête à l'aide du logiciel SPSS 19.0. De ce fait, nous allons d'abord présenter l'échantillon final analysé.

### **1. Caractéristiques générales de l'échantillon**

L'objectif ici se limite à la présentation des informations sur les principales variables caractérisant notre échantillon d'enquête.

Le tableau 32 est un récapitulatif des résultats obtenus sur la distribution des enquêtées selon l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction de l'enquêtée et de leurs conjoints, l'état matrimonial et le nombre d'enfants. Nous rappelons que notre échantillon a été choisi aléatoirement. Par rapport à l'âge, la tranche la plus représentées est celle des [30-40ans] avec une proportion de 30,8 %.

La répartition de nos enquêtées par lieu de résidence entre rural (village), rural (montagne) et urbain (ville) est respectivement de 39,6, 30% et 30,4%. En ce qui concerne le niveau d'instruction des enquêtées, les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 30%. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Primaire : 18%, Moyen : 15,8%, Lycée : 18,1%, Sans instruction : 18,1%.

Pour le niveau d'instruction des conjoints, c'est pratiquement la même chose les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 26,9%. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Primaire : 11,5%, Moyen : 18,8%, Lycée : 24,2%, Sans instruction : 7,3%.

Notre échantillon est bien sur loin d'être représentatif on a essayé toute fois de toucher toutes les tranches d'âge, aussi bien tous les niveaux d'instruction, les milieux aussi bien ruraux village et ruraux montagne qu'urbains.

**Tableau 32 : Profil personnel des interrogés**

Caractéristiques		effectifs	Pourcentages
Age	[20-30[	53	20,4%
	[30-40[	80	30,8%
	[40-50[	70	26,8%
	[50-60[	44	16,9%
	=>60	13	5%
Lieu de résidence	Rural (village)	103	39,6%
	Rural (montagne)	78	30%
	Urbain (ville)	79	30,4%
Niveau d'instruction des l'enquêtées	Primaire	47	18%
	Moyen	41	15,8%
	Lycée	47	18,1%
	Universitaire	78	30%
	Sans instruction	47	18,1%
État matrimonial	Marié	229	88,1%
	Divorcé	7	2,7%
	Veuve	24	9,2%
Disposition d'enfants	Oui	241	92,7%
	Non	19	7,3%
Niveau d'instruction des conjoints	Primaire	30	11,5%
	Moyen	49	18,8%
	Lycée	63	24,2%
	Universitaire	70	26,9%
	Sans instruction	19	7,3%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

### ➤ Le classement des besoins selon la priorité

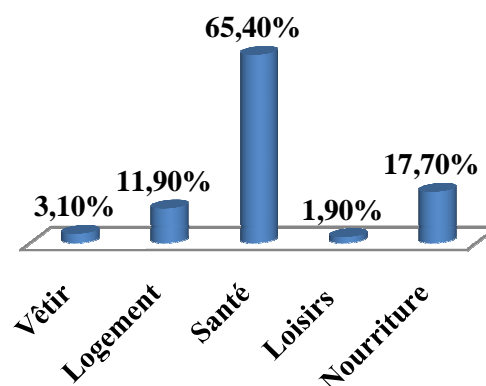
Le tableau suivant, illustré par la figure 09, montre le classement que les enquêtées ont donné aux besoins ; il nous semble fondamental pour appréhender l'importance qu'elles donnent à chacun d'eux dans leur pyramide des besoins.

**Tableau 33 :** Classement des besoins selon la priorité

Besoins	Effectif	%
Vêtir	8	3,1%
Logement	31	11,9%
Santé	170	65,4%
Loisirs	5	1,9%
Nourriture	46	17,7%
Total	260	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 09 :** Classement des besoins



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 33

Pour 65,4% des enquêtées, la santé occupe la première place par rapport aux autres besoins. Les autres besoins sont classés respectivement du premier au dernier comme suit : nourriture 17,7%, logement 11,9%, se vêtir 3,1% et enfin le loisir avec seulement 1,9% (qui sont, à partir des réponses, généralement des besoins de confort comme la voiture, les voyage, et aussi la paix). Ce classement nous semble logique. Le fait que la santé est classée au premier rang des besoins, ceci démontre la prise de conscience des individus du rôle que peut jouer la santé dans leur vie. De plus, il ne faut pas oublier que la santé est indispensable à la satisfaction des autres besoins.

## 2. Présentation et analyse des résultats

Nous tenterons ici de croiser un certain nombre de questions dans le but d'identifier l'existence de corrélations.

### 2.1. Emploi et revenu

Comme premier axe d'analyse, nous avons choisis le statut d'emploi des enquêtées et leurs conjoints. Ceci dans le but d'essayer de vérifier le degré de corrélation qui peut exister entre la catégorie de l'emploi des interrogées et leurs conjoints, d'un côté, et le degré d'accès aux services de soins santé maternels d'un autre côté.

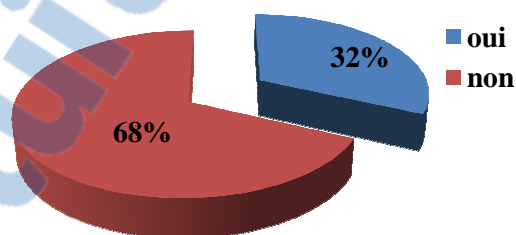
Dans un premier lieu, nous allons présenter la distribution de l'ensemble des personnes interrogées et leurs conjoints selon l'exercice ou non d'une activité rémunérée. Les deux tableaux qui suivent illustrent cette distribution.

**Tableau 34 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité.

Exercice d'un emploi	Effectifs	%
oui	83	31,9%
non	177	68,1%
Total	260	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 10 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 34

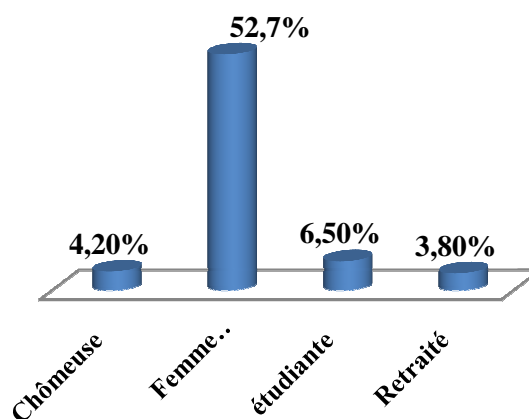
Le tableau nous montre que 32% des enquêtées sont inactifs et 68% exerce une activité.

**Tableau 35:** Catégorie des enquêtées qui ne travaillent pas.

Caractéristique	Effectifs	%
Chômeuse	11	4,2%
Femme au foyer	137	52,7%
étudiante	17	6,5%
Retraité	10	3,8%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 11 :** Catégorie des enquêtées qui ne travaillent pas.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 35

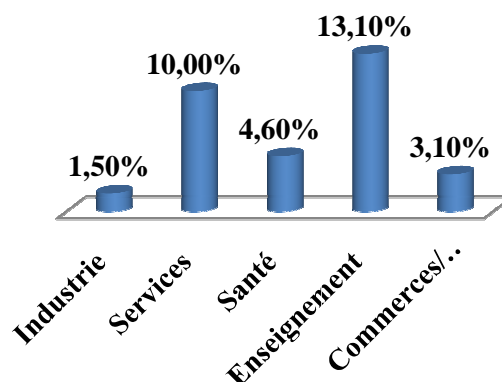
En ce qui concerne la tranche qui n'exerce pas une profession, elle est répartie comme suit : les femmes au foyer occupent la première place avec une proportion de 52,7%, les étudiantes avec 6,50%, les chômeuses avec 4,2% et en dernier lieu les retraitées avec seulement 3,8 %.

**Tableau 36 :** Branche d'activité des enquêtées.

Branche d'activité	Effectifs	%
Industrie	4	1,5%
Services	26	10,0%
Santé	12	4,6%
Enseignement	34	13,1%
Commerces/artisanat	8	3,1%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 12 :** Branche d'activité des enquêtées.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 36

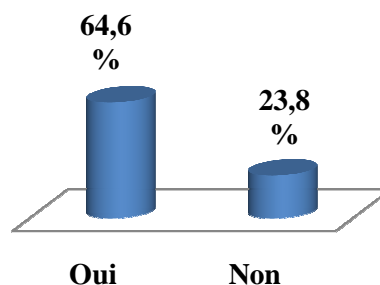
La catégorie des actifs sont distribués respectivement comme suite: sur les 67,2 % des enquêtées exerçant une activité, l'enseignement se situe en première position avec une proportion de 13,1%, le service avec 10,0%, santé avec 4,60%, le commerce/artisanat avec 3,10% et en dernier lieu l'industrie qui représente 1,5%.

**Tableau 37 :** Distribution des conjoints selon l'exercice ou non d'une activité.

Exercice d'un emploi de conjoint	Effectifs	%
Oui	168	64,6%
Non	62	23,8%
Total	230	88,4%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 13 :** Distribution des conjoints selon l'exercice ou non d'une activité.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 37

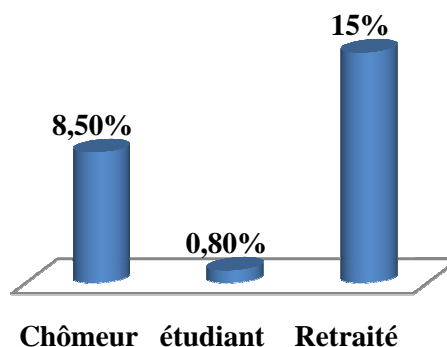
D'après le tableau on remarque que la majorité des conjoints de nos enquêtées 64,6% exerce une activité rémunérée, seul, 23,8 des conjoints représentent des inactifs.

**Tableau 38 :** Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas.

Caractéristique	Effectifs	%
Chômeur	22	8,5%
étudiant	2	0,8%
Retraité	39	15%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 14 :** Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 38

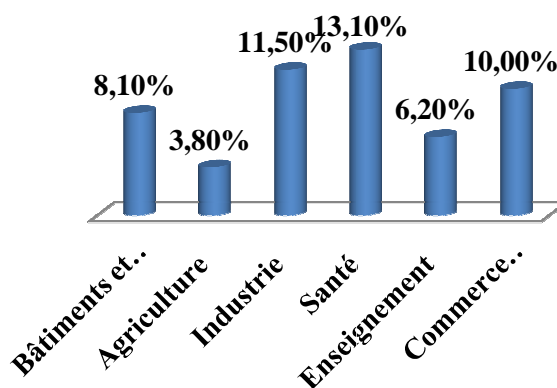
En ce qui concerne la tranche des conjoint qui n'exerce pas une profession, ils sont répartis comme suit : les retraités occupent la première place avec une proportion de 15% les chômeurs avec 8,50%, et en dernier lieu les étudiants avec seulement 0,8%

**Tableau 39 :** Branche d'activité des conjoints.

	Effectifs	%
Bâtiments et travaux publics	21	8,1%
Agriculture	10	3,8%
Industrie	30	11,5%
Santé	34	13,1%
Enseignement	16	6,2%
Commerce artisanat	26	10,0%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 15 :** Branche d'activité des conjoints.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 39

#### **CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

La catégorie des actifs est distribuée respectivement comme suit: sur les 52,7% DES conjoints exerçant une activité, le secteur de la santé se situe en première position avec une proportion de 13,1%, l'industrie avec 11,5%, le commerce/artisanat avec 10,0% le bâtiment et travaux publics avec 8,1%, l'enseignement avec 6,2% et en dernier lieu l'agriculture avec seulement 3,8%.

Comme deuxième axe d'analyse, nous avons choisis le revenu qui constitue un déterminant important dans l'accès et le recours aux soins. Dans ce qui suit, nous allons essayer de démontrer l'effet du revenu sur l'accès aux soins de santé maternels.

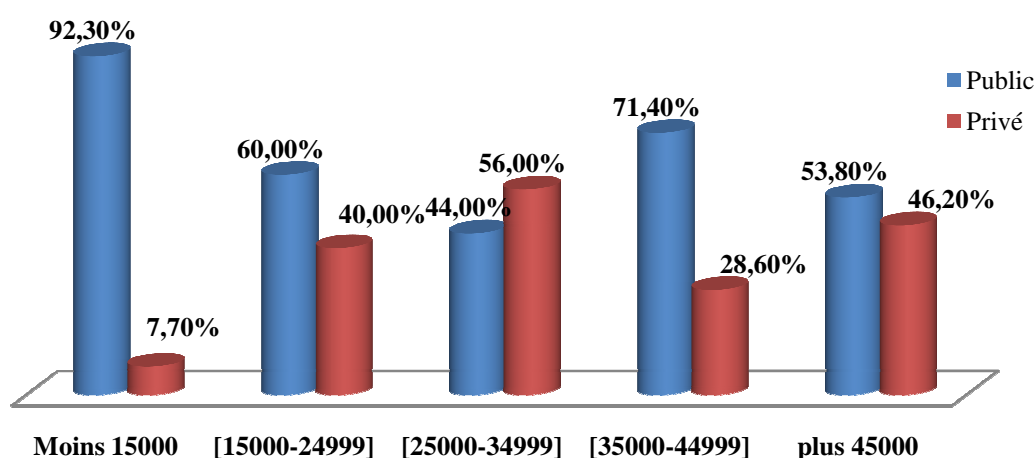
**Tableau 40 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et la première destination en cas d'accouchement

		tranche de revenu					Total
		Moins 15000	[15000-24999]	[25000-34999]	[35000-44999]	plus 45000	
Publique	Effectif	12	18	11	15	7	63
	%	92,3%	60,0%	44,0%	71,4%	53,8%	61,8%
Privé	Effectif	1	12	14	6	6	39
	%	7,7%	40,0%	56,0%	28,6%	46,2%	38,2%
Total	Effectif	13	30	25	21	13	102
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête



**Figure 16 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et la première destination en cas d'accouchement



**Source :** Réalisé par nous soins à partir des données du tableau 40.

À partir du tableau 40, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, près de 61,8% ont recours au secteur public en cas d'accouchement, contre 38,2% qui choisissent le secteur privé. Comme on pouvait parfaitement le prévoir, pour la première tranche de revenu (moins de 15000 DA) c'est le secteur public qui domine, contrairement pour la dernière tranche de revenu (plus de 45000 DA) les enquêtées ont recours plus au secteur. Ainsi, d'après les réponses des enquêtés, sur 260 personnes, 44,2% ont justifié leur choix du secteur public par les « possibilités financières limitées », ainsi que par le « manque de moyen de déplacement ». Le reste des interrogés se répartissent comme suit : 22,3% expliquent leur choix du « public » par l'effet de proximité par rapport à leur lieu de résidence, 16,5% par l'existence d'un capital relationnel et 10,0% parce que c'est « le seul à qui ils font confiance ».

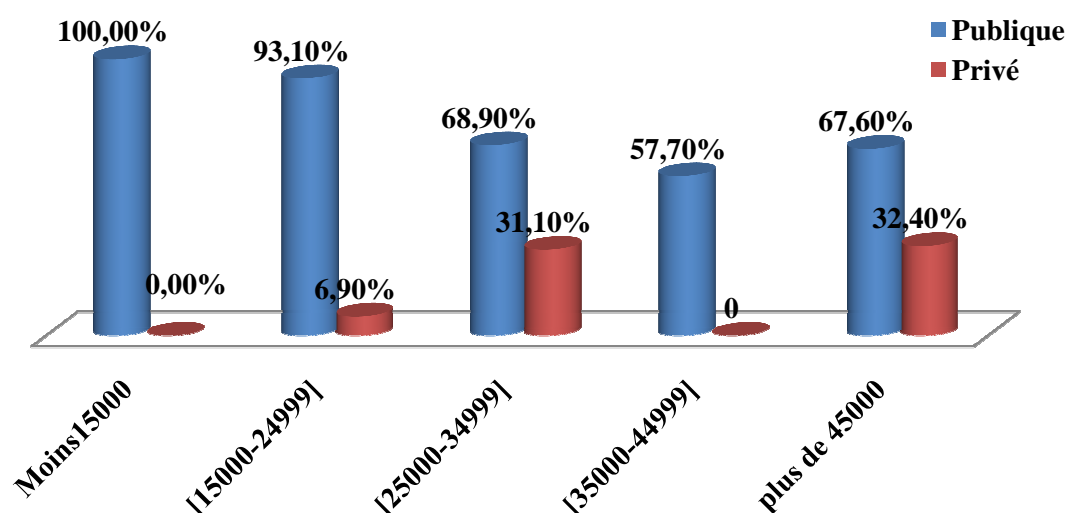
D'après les réponses des enquêtées, le choix du secteur privé est motivé en grande partie par la « qualité des services fournis » (pour 26,5% d'entre elles) et parce que c'est « le seul à qui elles font confiance » (pour 10,4% d'entre elles).

**Tableau 41 :** distribution des conjoints des enquêtées selon la tranche de revenu des conjoints et la première destination en cas d'accouchement de leurs femmes

		tranche de revenu de conjoint					Total
		Moins 15000	[15000-24999]	[25000-34999]	[35000-44999]	plus de 45000	
Publique	Effectif	10	27	31	30	48	146
	%	100,0%	93,1%	68,9%	57,7%	67,6%	70,5%
Privé	Effectif	0	2	14	22	23	61
	%	,0%	6,9%	31,1%	42,3%	32,4%	29,5%
Total	Effectif	10	29	45	52	71	207
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 17 :** distribution des conjoints des enquêtées selon la tranche du revenu et la première destination en cas d'accouchement



Source : Réalisé par nous soins à partir des données du tableau 41.

À partir du tableau 41, nous remarquons que sur l'ensemble des conjoints des enquêtées, près de 70,5% ont recours au secteur public en cas d'accouchement de leurs femmes, contre 29,5% qui choisissent le secteur privé. Comme nous remarquons que le recours des enquêtées au secteur public diminue avec l'augmentation du revenu des conjoints inversement pour le recours au secteur privé, qui augmente avec l'augmentation du revenu.

## 2.2. Accès aux soins de santé maternels

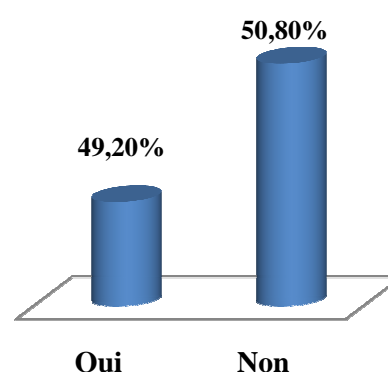
Nous avons choisi le statut d'éloignement géographique des enquêtées. Ceci dans le but d'essayer de vérifier le degré de corrélation qui peut exister entre le lieu de résidence des interrogées et le niveau d'accès aux services de soins de santé maternels.

**Tableau 42 :** Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins de santé maternels

Caractéristique	Effectifs	%
Oui	128	49,2%
Non	132	50,8%
Total	260	100,0%

**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 18 :** Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins de santé maternels



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 42

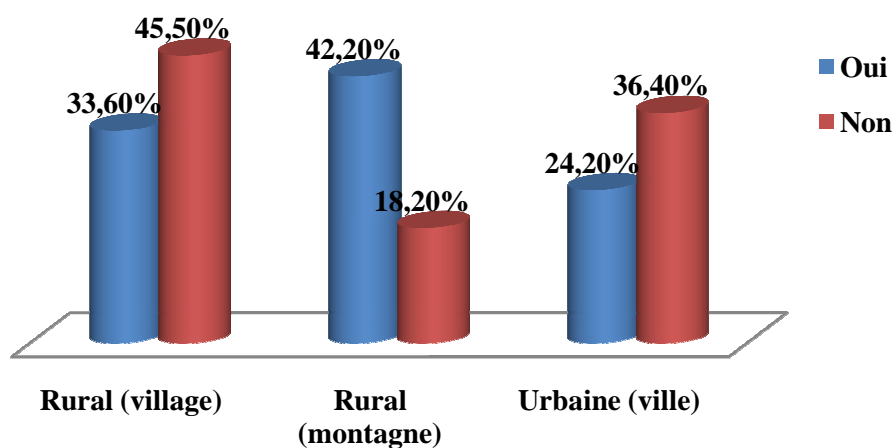
D'après le tableau 42, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, près de 49,20% ont renoncé aux soins de santé maternelles, contre 50,80%. Les raisons de renoncement seront étudiées dans ce qui suit.

**Tableau 43 :** Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.

Lieu de résidence	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Rural (village)	43	33,6%	60	45,5%
Rural (montagne)	54	42,2%	24	18,2%
Urbaine (ville)	31	24,2%	48	36,4%
Total	128	49,23%	132	50,76%

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 19 :** Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins de santé maternels pour des raisons d'éloignement.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 43

D'après le tableau 43, nous remarquons que les enquêtées qui habitent dans des régions rurales (montagne) occupent la première place dans le renoncement aux soins pour des raisons d'éloignement avec 42,2% puis les habitants des régions rurales (village)s avec 33,6% et en dernière lieu les habitants des villes (urbains) avec 24,2%.

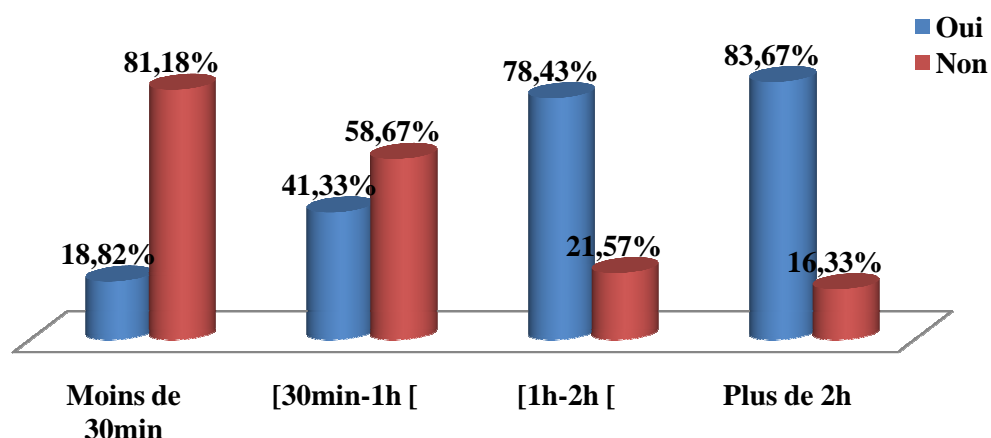
# CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia

**Tableau 45** : Distribution des enquêtées selon le temps à mettre pour accéder a un gynécologue et le renoncement aux soins de santé maternels

	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 30min	16	18,82%	69	81,18%	85	100%
[30min-1h [	31	41,33%	44	58,67%	75	100%
[1h-2h [	40	78,43%	11	21,57%	51	100%
Plus de 2h	41	83,67%	8	16,33%	49	100%
Total	128	55,56%	132	44,44%	260	100%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 20** : Distribution des enquêtées selon le temps à mettre pour accéder a un gynécologue et le renoncement aux soins santé maternels.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 45

D'après la figure 20, nous remarquons que plus la distance entre le lieu de résidence des enquêtées et le gynécologue le plus proche de chez elles, est longue plus, le renoncement des enquêtées aux soins augmente, ce qui explique l'influence de la distance sur le renoncement aux soins de santé maternels.

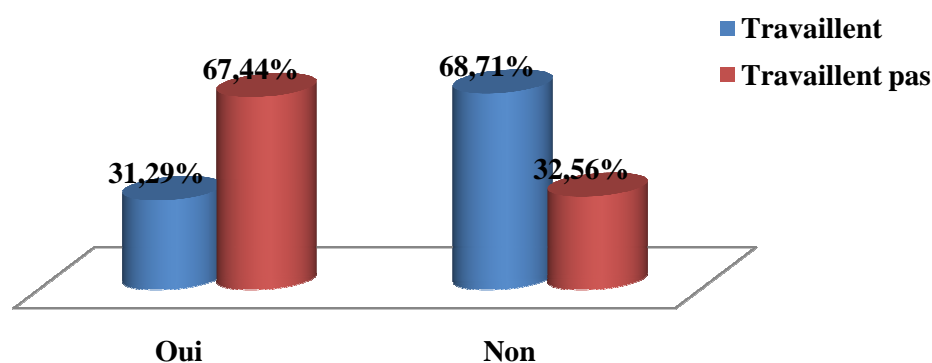
# CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia

**Tableau 46 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité et le renoncement à des soins de santé maternels.

Exercice d'une activité ou non	Oui		Non		total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	41	31,29%	90	68,71%	131	100%
Non	87	67,44%	42	32,56%	129	100
Total	128	100%	132	100%	260	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 21 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 46

Nous remarquons d'après le tableau 46 et la figure 21 que 67,44% des enquêtées exerçant pas une activité renoncent a des soins de santé maternels et 32,29% de celle qui exercent une activé y renoncent.

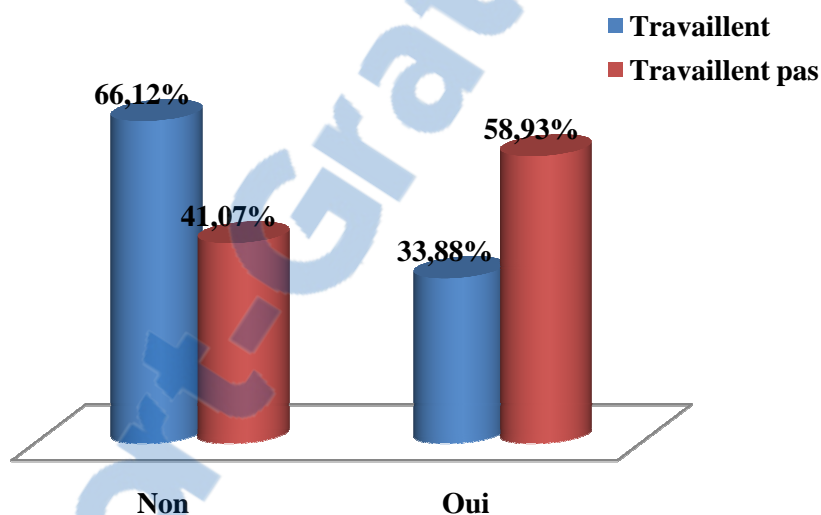
De ce fait, nous pouvons constater que les femmes qui travaillent renoncent le moins à des soins de santé maternels.

**Tableau 47 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non de leurs conjoints et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.

	Non		Oui		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Travaillent	41	66,12%	21	33,88%	62	100%
Travaillent pas	69	41,07%	99	58,93%	168	100%
Total	110	100%	120	100%	230	100%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure 22 :** Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non de leurs conjoints et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 47

Après l'analyse du tableau 47 et la figure 22 Nous constatons que 66,12% des enquêtées renoncent pas à des soins de santé maternels car leurs conjoints exercent une activité, et 33,88% des enquêtées renoncent aux soins de santé maternels malgré que leurs conjoints travaillent.

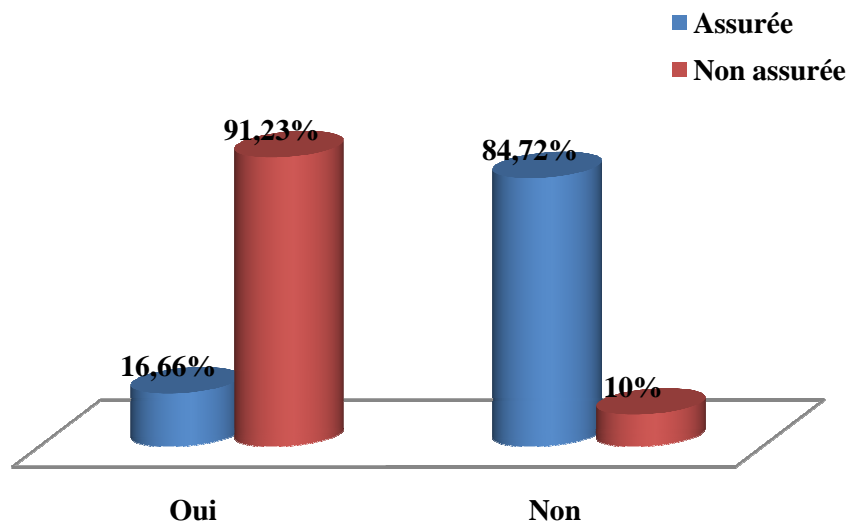
De ce fait nous pouvons dire que l'exercice d'un emploi du conjoint influence sur le renoncement ou non aux services de soins de santé maternel de leurs femmes.

**Tableau 48 :** Distribution des enquêtées selon l'assurance ou non et le renoncement à des soins de santé maternels.

Assurance des enquêtées ou non	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Assurée	24	16,66%	122	84,72%	144	100%
Non assurée	104	91,23%	10	10%	104	100%
Total	128	100%	132	100%	248	100%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

**Figure23 :** Distribution des enquêtées selon l'assurance ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 48

D'après le tableau 48 nous pouvons constater que les enquêtées assurées renoncent à des soins de santé maternels avec un taux de 16,66% et de 91,23% pour les non assurées. Par conséquent, c'est l'inverse pour le non renoncement aux soins de santé maternels, 84,72% des enquêtées assurées qui ne renoncent pas à des soins de santé maternels et seulement 10% des non assurées ne renoncent pas.

Nous pouvons remarquer les enquêtées assurées renoncent le moins aux soins de santé maternels.

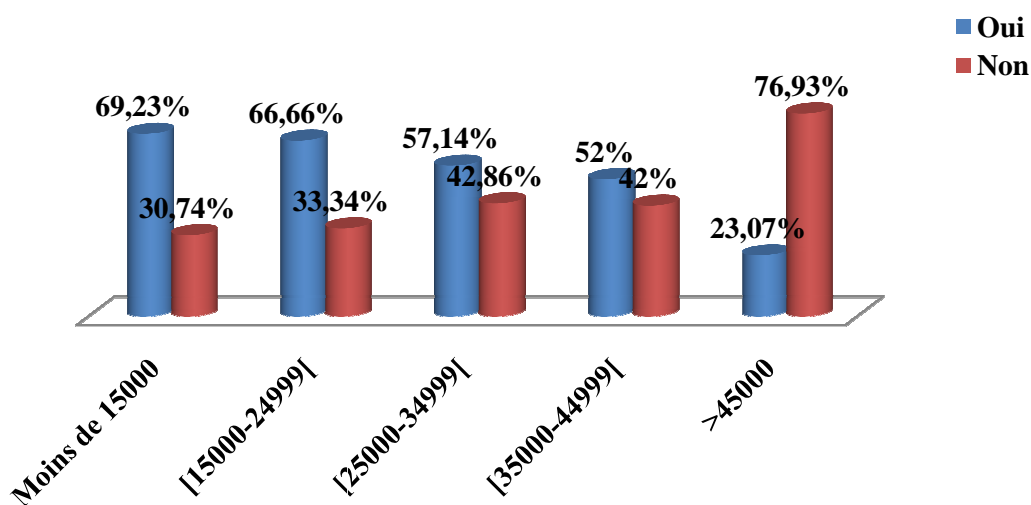


**Tableau 49 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le renoncement aux soins de santé maternels.

Tranche de revenu de conjoint en DA	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15000	9	69,23%	4	30,74%	13	100%
[15000-24999[	20	66,66%	10	33,34%	30	100%
[25000-34999[	12	57,14%	9	42,86%	21	100%
[35000-44999[	13	52%	12	42%	25	100%
>45000	3	23,07%	10	76,93%	13	100%
Total	57	55,88%	45	44,12%	102	100%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 24 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le renoncement aux soins de santé maternels



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 46

D'après les réponses des enquêtées, elles ont déjà, au moins une fois, renoncé à des soins pour des raisons financières. Cependant, nous remarquons que plus le revenu augmente, plus la proportion du renoncement aux soins pour des raisons financières diminue. Donc les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins de santé maternels. Les enquêtées donnent plus d'importance à leur santé et à chaque besoin de soins exprimé, elles s'adressent directement aux différentes structures de santé pour se soigner. Par contre,

# CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia

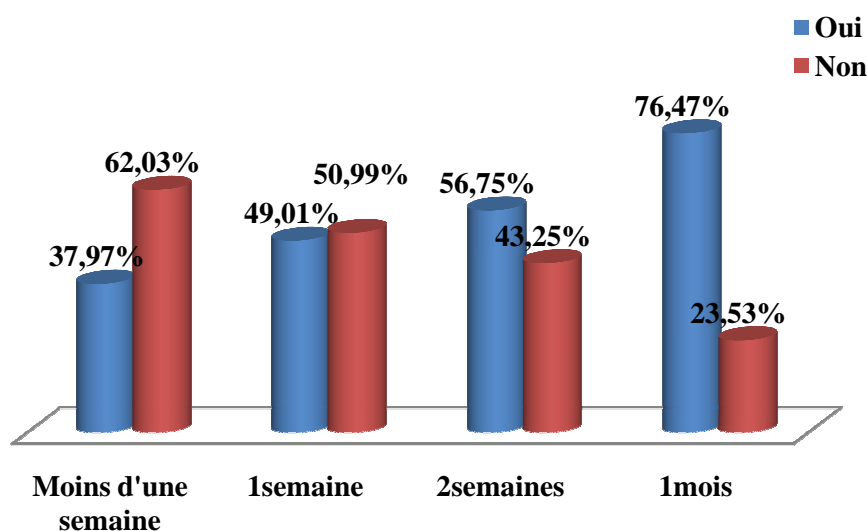
les personnes les moins favorisées financièrement donnent moins d'importance à leur santé et ont un moindre accès aux services de soins de santé maternels.

**Tableau 50 :** Distribution des enquêtés selon le temps écoulé pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue et le renoncement ou non aux soins de santé maternels.

le temps écoulé pour avoir un rendez-vous	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins d'une semaine	30	37,97%	49	62,03%	79	100%
1semaine	25	49,01%	26	50,99%	51	100%
2semaines	21	56,75%	16	43,25%	37	100%
1mois	13	76,47%	4	23,53%	17	100%
Total	89	47,85%	97	52,15%	184	100%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 25 :** Distribution des enquêtés selon le temps écoulé pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue et le renoncement ou non aux soins de santé maternels.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 50

D'après les résultats de tableau 50, les enquêtées ont déjà, au moins une fois, renoncé à des soins de santé maternels pour des raisons d'allongement des délais d'attente (le temps écoulé pour avoir un rendez-vous). Cependant, nous remarquons que plus le délai d'attente

## **CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

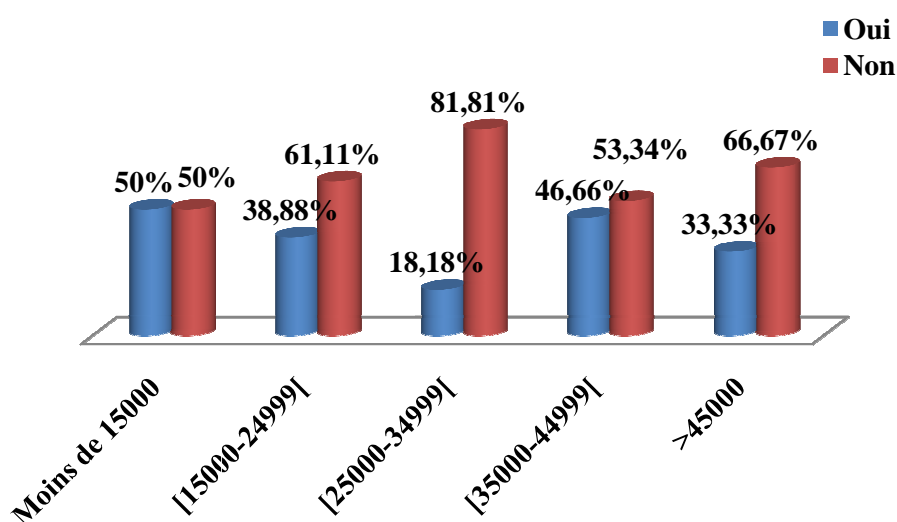
augmente, plus la proportion du renoncement aux soins de santé maternels pour des raisons des délais d'attentes est plus longue.

**Tableau 51 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité publics.

Tranche de revenu de l'enquêtée en DA	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15000	6	50%	6	50%	12	100%
[15000-24999[	7	38,88%	11	61,11%	18	100%
[25000-34999[	2	18,18%	9	81,81%	11	100%
[35000-44999[	7	46,66%	8	53,34%	15	100%
>45000	2	33,33%	4	66,67%	6	100%
Total	24	38,71%	38	61,29%	62	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête

**Figure 26:** Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité publique



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 51

## **CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

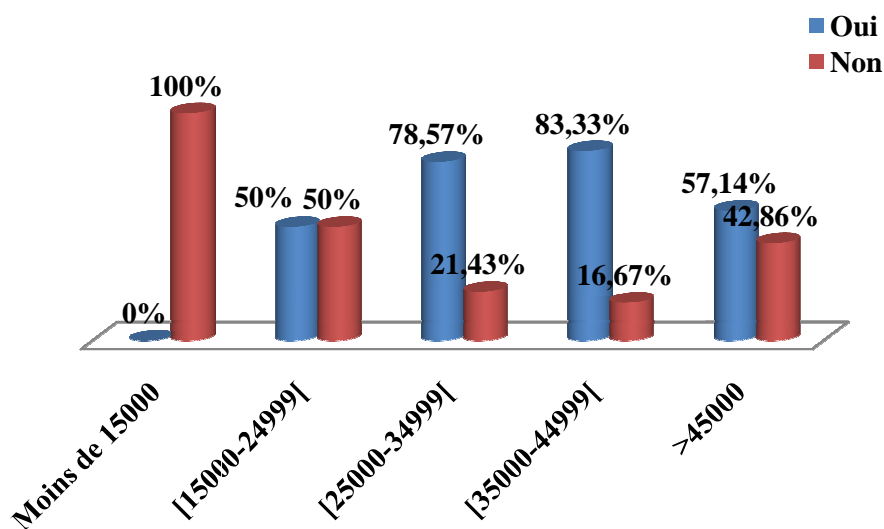
D'après le tableau 51, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, 61,29% déclarent ne pas être satisfaites, 38,71% se déclarent comme étant satisfais. Il y a donc aujourd'hui un mécontentement général sur la qualité des services maternels publique offerts à la population. Plus le revenu des enquêtées augmente, plus elles sont moins satisfaites par les services de maternités publiques.

**Tableau 52** : Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services des maternités privés

Tranche de revenu de l'enquêtée en DA	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15000	0	0%	1	100%	1	100%
[15000-24999[	6	50%	6	50%	12	100%
[25000-34999[	11	78,57%	3	21,43%	14	100%
[35000-44999[	5	83,33%	1	16,67%	6	100%
>45000	4	57,14%	3	42,86%	7	100%
Total	27	67,5 %	13	32,5%	40	100%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête.

**Figure 27** : Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité privé.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 52

D'après le tableau 52, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, 32,5% déclarent ne pas être satisfaites, 67,5% se déclarent comme étant satisfaites. Il y a donc

## **CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

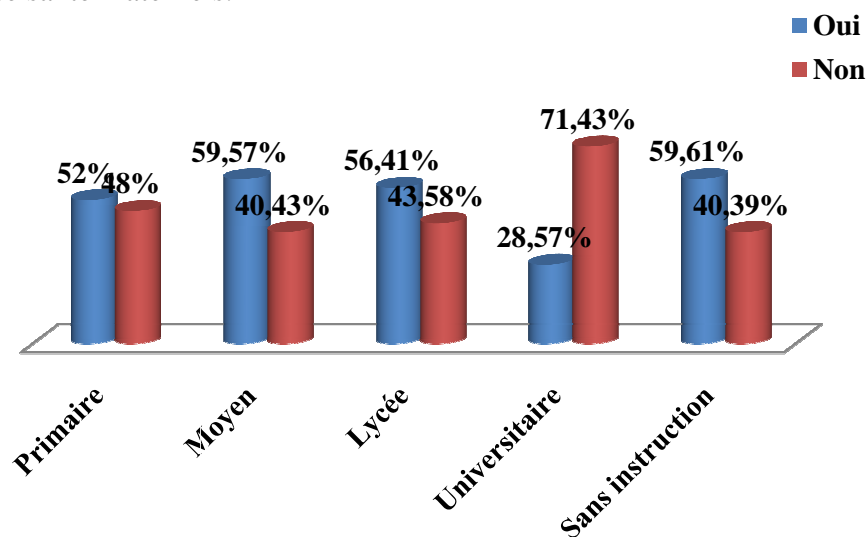
aujourd'hui une satisfaction général sur la qualité des services de soins de santé maternels privés offerts à la population. Pour les premières tranches de revenus, nous remarquons qu'il n'y a pas le recours aux soins de maternités privés par rapport aux autres tranches de revenus. Ceci s'explique par la non disponibilité des moyens pour se soigner aux niveaux des structures de soins de santé privées

**Tableau 53 :** distribution des enquêtés selon leurs niveau d'instruction et le renoncement aux services de santé maternels.

	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Primaire	26	52%	24	48%	50	100%
Moyen	28	59,57%	19	40,43%	47	100%
Lycée	22	56,41%	17	43,58%	39	100%
Universitaire	22	28,57%	50	71,43%	77	100%
Sans instruction	31	59,61%	21	40,39%	52	100%
Total	129	49,61%	131	50,39%	260	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête.

**Figure 28 :** distribution des enquêtées selon leurs niveau d'instruction et le renoncement aux service de santé maternels.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 53

#### CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia

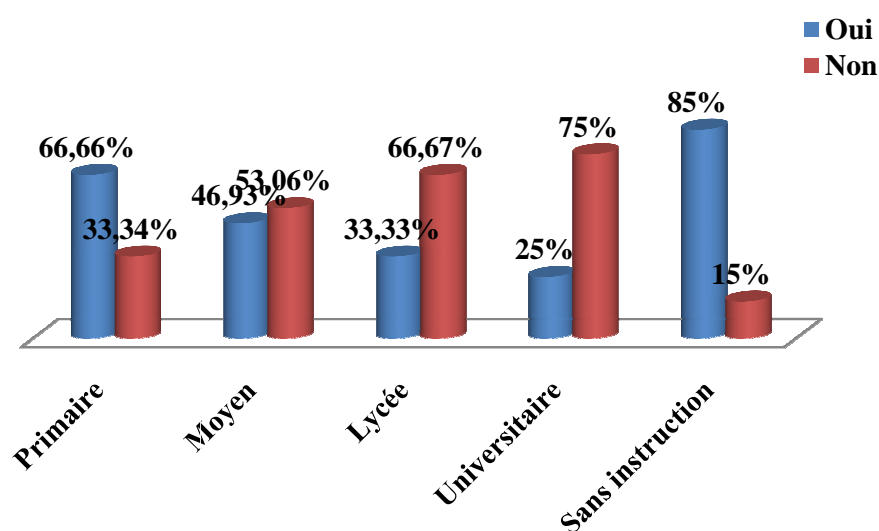
Le niveau d'instruction des enquêtées influence sur le renoncement aux services de santé maternels, nous remarquons, d'après le tableau 53 que le renoncement aux soins de santé maternels pour les non instruit est beaucoup plus élevé que pour les universitaires, à l'inverse pour le non renoncement aux soins de santé maternels, c'est-à-dire que les enquêtées ne renoncent pas aux soins de santé maternels selon leurs niveau d'instruction le plus élevé.

**Tableau 54 :** Distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction de leurs conjoints et le renoncement aux services de soins de santé maternels maternités.

	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Primaire	24	66,66%	12	33,34%	36	100%
Moyen	23	46,93%	26	53,06%	49	100%
Lycée	18	33,33%	36	66,67%	54	100%
Universitaire	13	25%	39	75%	52	100%
Sans instruction	34	85%	6	15%	40	100%
Total	112	49,23%	119	50,77%	231	100%

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête.

**Figure 29 :** distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction de leurs conjoints et le renoncement aux services de maternités.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 54

## **CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

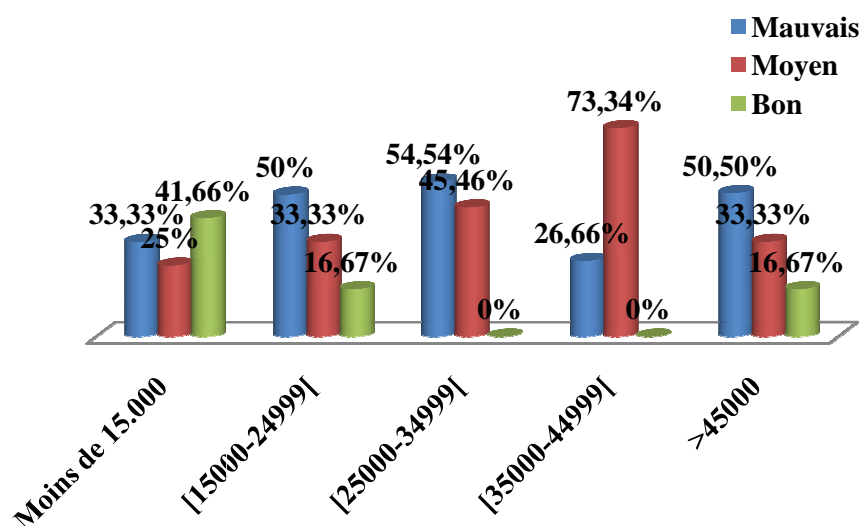
Le niveau d'instruction du conjoint influence également sur le renoncement aux services de santé maternels. En effet, le renoncement aux soins de santé maternels des enquêtées dépend du niveau d'instruction du conjoint car le pourcentage augmente significativement selon leurs niveau d'instruction.

**Tableau 55 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant la qualité des services de maternités publiques.

Tranche de Revenu EN DA	MAUVAIS		MOYEN		BON		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15.000	4	33,33%	3	25%	5	41,66%	12	100%
[15000-24999[	9	50%	6	33,33%	3	16,67%	18	100%
[25000-34999[	6	54,54%	5	45,46%	0	0%	11	100%
[35000-44999[	4	26,66%	11	73,34%	0	0%	15	100%
>45000	3	50,5%	2	33,33%	1	16,67%	6	100%
Total	26	41,93%	27	43,55%	9	14,42%	62	100%

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête.

**Figure 30 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant l'accès aux services de maternités publiques.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 55

D'après le tableau 55, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, 41,93% déclarent ne pas être satisfaits, 43,55% sont moyennement satisfaits et seuls 14,42% se

## **CHAPITRE IV : Etude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia**

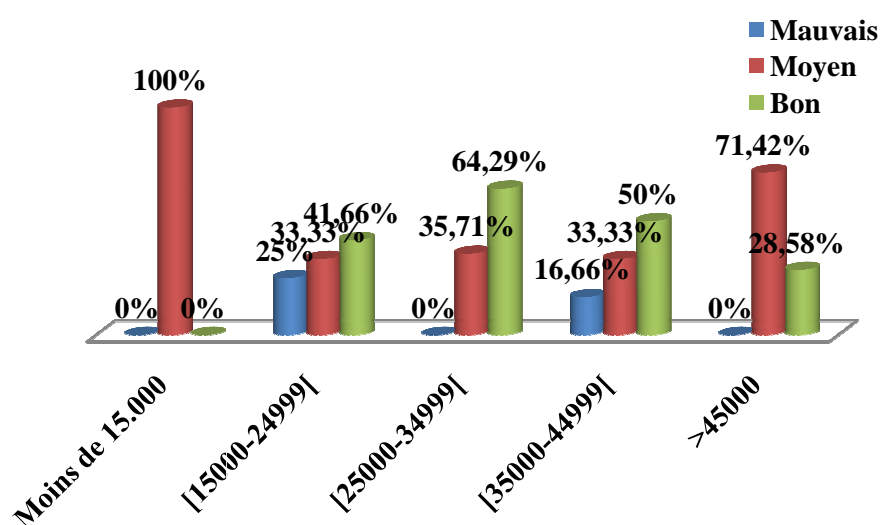
déclarent comme étant très satisfaites. Il y a donc aujourd'hui un mécontentement général sur la qualité des services de maternités publiques offerts à la population.

**Tableau 56 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant l'accès aux services de maternités privés.

Tranche de Revenu en DA	MAUVAIS		MOYEN		BON		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Oui	Non
Moins de 15.000	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
[15000-24999[	3	25%	4	33,33%	5	41,66%	12	100%
[25000-34999[	0	0%	5	35,71%	9	64,29%	14	100%
[35000-44999[	1	16,66%	2	33,33%	3	50%	6	100%
>45000	0	0%	5	71,42%	2	28,58%	7	100%
Total	4	10,0%	17	62,07%	19	7,88%	40	

**Source :** réalisé par nos soins à partir des résultats du notre enquête.

**Figure 31 :** Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant l'accès aux services de maternité privé.



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données de tableau 56

D'après le tableau 56, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, 10% déclarent ne pas être satisfaits, 62,07% sont moyennement satisfaits et seuls 7,88% se déclarent comme étant très satisfaites. Il y a donc aujourd'hui une satisfaction moyenne sur la qualité des services de maternités privés offerts à la population.



## **Conclusion**

Notre enquête a touché les femmes habitantes en zones rurales et urbaines de la wilaya de Bejaia. A cet effet, nous avons rencontré beaucoup de difficultés et de contraintes pour réaliser cette enquête. La principale des difficultés a trait à l'accès à l'information. Ainsi, certains enquêtées n'ont pas rempli le questionnaire et d'autres ont carrément refusé d'y répondre. Tous ces obstacles se rajoutent aux difficultés logistiques. C'est notamment ce qui nous a poussé à réduire la taille de notre échantillon.

A travers l'analyse des données de notre enquête, nous avons essentiellement tiré les résultats suivants :

- 42.2% des enquêtées qui habitent en zones rurales (montagne) renoncent aux soins de santé maternels pour des raisons d'éloignements, contrairement à 18,2% des enquêtées qui habitent la même région ne renoncent pas aux soins de santé maternels pour des raisons d'éloignements, ce qui confirme la corrélation entre le lieu de résidence et le renoncement aux soins de santé maternels pour des raisons d'éloignements ;
- Plus le revenu des enquêtées augmente, plus elles ne renoncent pas aux soins de santé maternels avec 55,88% contre 44,12%, ce qui explique l'influence du revenu sur le renoncement aux soins de santé maternels;
- La majorité des enquêtées et leurs conjoints ayant un niveau d'instruction haut (universitaire) avec 73,21% déclarent de ne pas renoncer aux soins de santé maternels, contrairement aux enquêtées et leurs conjoint qui ont un niveau d'instruction bas (sans instruction) avec 26,78%, ce qui confirme que le niveau d'instruction influence sur le renoncement ou non aux soins de santé maternels;
- 55,56% des enquêtées renoncent aux soins chez un gynécologue pour des raisons d'éloignements, contrairement à 44,44% des enquêtées qui ne renoncent pas pour ces mêmes raisons, ce qui explique qu'il y'a un attachement entre la distance et le renoncement aux soins de santé maternels chez un gynécologue.

Par conséquent, nous concluons qu'il ya des disparités spatiales et financières d'accès aux soins de santé maternels dans la wilaya de Bejaia.



# CONCLUSION GÉNÉRALE

### **CONCLUSION GENERALE**

Les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins de santé représentent un problème de santé publique aussi bien dans les pays développés qu'en développement qui nécessite des politiques fiables pour l'amélioration de l'état de santé de la population. Dès lors, une bonne régulation de la démographie médicale contribuera en grande partie à atténuer ces inégalités.

Par ailleurs, au cours de ces dernières années, des progrès importants ont été réalisés dans le domaine de la santé conduisant à une amélioration générale dans l'état de santé de la population. Cependant, plusieurs études ont démontré que cette amélioration est répartie inégalement entre les différentes catégories de la population de chaque pays.

Dans notre travail, nous avons tenté de déterminer l'ampleur du phénomène des inégalités d'accès aux soins de santé en Algérie à travers l'analyse de la répartition de l'offre de soins. Ainsi, nous avons pu aboutir à quelques conclusions :

En Algérie, malgré une amélioration remarquable au cours des années dans la construction des centres de soins, l'augmentation du nombre de personnel médical dans toutes ses catégories, l'organisation sanitaire continue à souffrir de nombreux dysfonctionnements, et les inégalités dans la répartition de l'offre de soins de santé persistent entre les régions du pays à savoir entre le Centre, l'Est, l'Ouest et le Sud. En effet, en 2009, le nombre de médecins spécialistes dans la région Centre est de 2,36 pour 10 000 habitants, par contre dans les régions Est, Ouest et Sud, leur nombre est respectivement de l'ordre 1,44, 1,45 et 0,78 médecins spécialistes pour 10000 habitants. Ces écarts ne se manifestent pas seulement entre les régions mais mêmes entre les wilayas de ces dernières.

Concernant l'offre de soins de santé maternels, nous avons constaté également cette inégalité en fonction des zones géographiques, cela se traduit par le manque du personnel médical et des centres de soins de santé maternelle et infantile dans plusieurs régions du pays notamment la région Sud mais aussi les zones rurales du Nord du pays. Cela pourrait s'expliquer par l'isolation de ces zones ainsi que le manque d'infrastructures médicales pour la prise en charge des patientes. Ainsi, la région centre dispose d'une maternité publique pour environ 98 596 habitants contre une maternité pour environ 600 000 habitants dans le Sud. Cette inégalité dans la répartition entre les régions géographiques concerne également les

maternités privées. Ces disparités dans la répartition de l'offre de soins sont à l'origine d'inégalités d'accès aux soins.

La wilaya de Bejaïa n'as pas échappé au problème d'inégalité dans la répartition des professionnels et des structures de santé, cela que ce soit du secteur privé ou du secteur public.

Les ratios de densités médicales sont ainsi contrastés entre les régions de la wilaya. En effet, la différence entre le chef-lieu de la wilaya et les autres régions de la wilaya est le plus visible et illustre bien la dualité traditionnelle entre les régions urbaines et rurales. Cela s'observe particulièrement pour les maternités publiques et privés.

De ce fait, nous avons réalisé une enquête qui nous a permis de se rapprocher davantage des ménages de la wilaya de Bejaïa pour mieux cerner les inégalités d'accès aux soins de santé maternels. Nous avons ainsi obtenu les résultats essentiels suivants :

➤ 49, 23% des enquêtées qui habitent en zones rurales (montagne) renoncent aux soins de santé maternels pour des raisons d'éloignements, contrairement aux enquêtées qui habitent en ville qui eux ne renoncent pas aux soins de santé maternels pour des raisons d'éloignements, ce qui nous confirme la corrélation entre le lieu de résidence et le renoncement aux soins pour des raisons d'éloignements. Par conséquent, il existe des inégalités géographiques d'accès aux soins de santé maternels dans la wilaya de Béjaïa.

➤ Même si depuis quelques années l'Etat a fourni des efforts pour réduire les frais des prestations de services de santé, les soins spécialisés restent financièrement inaccessibles à un trop grand nombre de femmes. Dans notre enquête, 55,88% des enquêtées ont indiqué avoir renoncé aux soins de santé maternels pour des raisons financières. En outre, plus le revenu des enquêtées augmente, plus elles ne renoncent pas aux soins de santé maternels, ce qui explique l'influence du revenu sur le renoncement aux soins de santé maternels. Donc, il y a des inégalités sociales d'accès aux soins de santé maternels.

➤ Les enquêtées et leurs conjoints ayant un niveau d'instruction haut (universitaire) déclarent ne pas renoncer aux soins de maternités, contrairement, aux

enquêtées et leurs conjoints qui ont un niveau d'instruction bas (ou sans instruction). Ce qui confirme que le niveau d'instruction a une influence sur le renoncement ou non aux soins de maternités ;

Enfin, pour assurer un accès équitable aux soins de santé maternels, nous proposons les recommandations suivantes :

❖ Le gouvernement Algérien doit continuer d'explorer et de mettre en œuvre différentes stratégies pour améliorer la santé maternelle dans le pays. Le ministère de la santé est confronté au challenge du financement indispensable à la prestation des principales interventions à court, moyen et long terme. Le pays doit donner des subventions, supprimé des frais de prestations, mettre en place un programmes national d'assurance maladie et développer des partenariats pour améliorer la santé maternelle. Il est vital que les programmes visant à améliorer la santé maternelle constituent des investissements rentables pour le gouvernement, tout en améliorant l'accès aux soins et en réduisant les coûts pour les citoyens.

❖ Le gouvernement doit étudier les meilleures méthodes pour que le secteur privé puisse mieux contribuer à l'amélioration de la santé maternelle. Le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans les services de santé en Algérie. La collaboration des secteurs publics et privés est par conséquent essentielle pour disposer d'un système de soins de santé maternels efficace et financièrement accessible.

❖ Investir dans la santé maternelle est un investissement dans le système de santé en général. Ces investissements contribuent à améliorer la santé des femmes enceintes, ainsi que la santé de la population. Le financement de ces investissements peut réunir un vaste éventail d'activités : programmes d'assurance nationaux, les professionnels de santé, éducation, activités de planification familiale et investissements dans les infrastructures. Pour déterminer les approches les plus efficaces dans le pays, il est important d'évaluer avec précision les barrières les plus urgentes spécifiquement dans le domaine de la santé maternelle, incluant les coûts, les accès, les informations et les attitudes.

## ***CONCLUSION GENERALE***

---

Au terme de ce travail, un constat peut être dressé sur les limites qui peuvent constituer d'éventuelles pistes de recherches. La faiblesse de la taille de notre échantillon et le non exhaustivité des déterminants pris en compte limite bien sûr la portée de nos conclusions.

# **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**



# Références bibliographiques

---

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1. Ouvrages

- ✓ Association des Infirmiers et Infermiers du Canada, « les déterminants de la santé »,  
Edition AIIC, Novembre 2009,
- ✓ Bidou E. : « les nouveaux paradigmes de santé : le bien être à tout prix », Ed Larcier,  
Bruxelles, 2008.
- ✓ Blanchet A., Gotman A., Colin A. : « *L'enquête et ses méthodes* », L'entretien 2 Edition  
refondue.
- ✓ Brahamia B. : « Evaluation et tendance des systèmes de santé », OCDE-Europe de l'Est-  
Maghreb, 2010.
- ✓ Contandriopoulos A. P, Pineault R, et Fournier M. A. « Opinion des médecins  
québécois sur la pratique en région éloignée et sur le mode de  
rémunération. », Groupe de recherche interdisciplinaire en  
santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.  
1982.144p.
- ✓ Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. : « *les inégalités sociales  
de santé* », Ed la Découverte et Syros, Paris, 2000.
- ✓ Mostefa Khiati : regard sur la santé Ed Dahleb 1995.
- ✓ Observatoire Régional de Santé : « Etat de santé et déterminants sociales de santé en  
Alsace, quatrième partie : déterminants de santé »,  
Edition ORS, septembre 2010.
- ✓ Oufriha, Fatima Zohra collaborateurs, un système de santé à la croisée des chemins, Edit  
Sarp.2006.
- ✓ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la direction.) : « *Réduire les inégalités sociales en  
santé* ».Edition INPES, coll. Santé en action, Saint-Denis, 2010.

## *Références bibliographiques*

---

### **2. Mémoires et thèses**

- ✓ Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P8.
- ✓ Bouda A. (2003) : « *Essai d'évaluation des dispositifs publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale à partir du cas de la wilaya de Bejaïa* », Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Gestion de Développement, Université de Bejaïa. Cote 704T/51
- ✓ Jusot Florence, Revenu et Mortalité : Analyse Economique des Inégalités Sociales de Santé en France, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2003
- ✓ Kaid, Tlilane, N, Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, thèse de doctorat d'état en science économique. Université de Bejaia.
- ✓ Lemay A. « Impact des ressources hospitalières sur le choix du lieu de pratique des médecins. », Mémoire pour l'obtention du grade de Maître ès Sciences, Université de Montréal, 1985.
- ✓ Yahiaoui, F, Essai sur les inégalités sociales de santé : problématique de l'accessibilité financière aux soins : Cas de la wilaya de Bejaïa, Mémoire de master en science économiques, Option économie de la santé. Université de Bejaia.
- ✓ Yahiaoui, L, Essai d'évaluation du rôle de la protection maternelle et infantile dans la wilaya de Bejaia : cas de l'EPSP d'THADDADDEN, Mémoire de master en science économiques, Option économie de la santé. Université de Bejaia.

## Références bibliographiques

---

### 3. Articles et rapports

- ✓ Aday L.A., Andersen R.M. (1974), "A framework for the study of access to medical care", *Health Services Research*, vol. 9, p. 208-220.
- ✓ Article de la loi n 85-25 du 16 février 1985 modifiée et complétée relative à la loi sur la protection et la promotion de la santé.
- ✓ Article L6142-3 du code de la santé publique.
- ✓ Association des Infirmiers et Infermieres du Canada: « les déterminants de la santé », Edition AIIC, Novembre 2009, P3.
- ✓ Basset B. (sous la direction): « *agence régionale de santé: les inégalités sociales de santé* », Edition INPES, Saint-Denis, 2008, P 22.
- ✓ Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P9.
- ✓ Besnier M. (2008), Op. Cit. P10.
- ✓ Bihr A., Feffberkorn R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales de santé », Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société, N°6, La santé au prisme des sciences sociales, Juin 2008, P64.
- ✓ Bihr A., Feffberkorn R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales..., op.cit. P73.
- ✓ Fidh, Laddh, Cfd. : La « mal-vie »: rapport sur la situation des droits économiques, sociaux et culturels en Algérie, FIDH, LADDH, CFDA, 2010.
- ✓ Haut Conseil de Santé Publique : « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », HCSP, décembre 2009, P 26.
- ✓ La justice environnementale telle qu'elle s'est développée aux Etats-Unis se distingue d'un autre mouvement plus récent.

## *Références bibliographiques*

---

- ✓ L'article 9 du journal officiel du 17 février 1985 stipule : « *la création des différentes types de structures sanitaires se fait selon les besoins de santé de la population et les caractères socio-économique des différents régions du territoire national, et les normes définies dans le cadre de la carte sanitaire* »
- ✓ Liliane Leroy, Les déterminants de santé : quelles interprétations ? Quelles préventions ?, FPS, Bruxelles, 2008.
- ✓ Médecins spécialiste privé, statistiques sanitaires, édition 1999.
- ✓ OMS, Rapport : statistique sanitaire mondiale, 2011.
- ✓ OMS : rapport, 'Système de santé', 2010, in [www.who.int](http://www.who.int).
- ✓ OMS, Aide-mémoire N°324, Août 2007 [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)
- ✓ Oufriha F. Z : « Les reformes du système de santé en Algérie » de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins CREAD page 97.
- ✓ Oufriha F. Z : « Système de santé et population en Algérie». Edition CREAD 2008. Page 57.
- ✓ Penchansky R., Thomas J. W. (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", *Medical Care*, Vol. 22, n°6, p. 127-140.
- ✓ Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé, ed. 2001.
- ✓ P.Aiach, R. Carr-Hill, S. Curtis, R. Illsley, les inégalités sociale en santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative, Paris, INSERM, 1997.
- ✓ Population résidente des ménages ordinaires (1998-2009) données du recensement général de la population et de l'habitat de 2009 sur le site ONS.
- ✓ Pr Dominique PLANTAZ : Protection maternelle et infantile santé scolaire, septembre 2004.
- ✓ Revue Internationale de l'enfant, Union internationale de protection de l'enfant N 1, 1951.

## *Références bibliographiques*

---

- ✓ Rochaix L., Tubeauf S. (2009) : « mesure de l'équité en santé : fondements éthiques et implications ».Revue Economique, Vol 60, N°2, P327.
- ✓ Ricketts T. C., Goldsmith L. J. (2005), "Access in health services research: The battle of the frameworks", *Nursing Outlook*, Vol. 53, n°6, p. 274-280.
- ✓ Salem dans Espace, populations et sociétés n°1 1995.
- ✓ Traduction la justice environnementale.

### **4. Réglementations**

- ✓ Article L6142-3 du code de la santé publique.
- ✓ Article de la loi n 85-25 du 16 février 1985 modifiée et complétée relative à la loi sur la protection et la promotion de la santé.
- ✓ Le décret qui régit la DSP est Le décret exécutif n°97-261 du 14 juillet 1997

### **5. Site internet**

- ✓ [www.ons.dz](http://www.ons.dz) (10/02/2012)
- ✓ Aide-mémoire N°323, Août 2007 [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)
- ✓ <http://www.revue-interrogations.org>
- ✓ [http://www.ons.dz/IMG/pdf/Personnel\\_medicale.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/Personnel_medicale.pdf)
- ✓ <http://www.santetropicale.com>

# ANNEXES

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION

Option : « Économie de la Santé »

**Thème:**

**Essai d'analyse sur les inégalités d'accès aux soins en Algérie: cas de la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. Enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia.**

- *Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une recherche universitaire.*
- *L'enquête s'adresse aux ménages vivants de la wilaya de Bejaïa*
- *Les données recueillies contribueront à caractériser le niveau de l'accessibilité géographique des soins de santé en maternité.*
- *Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront totalement confidentielles et traitées de façon anonyme ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.*
- *Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec le plus d'objectivité possible, et ce afin de ne pas « fausser » les résultats de la recherche.*

- Numéro du questionnaire : .....
- Commune de: .....
- Date de l'enquête :.....

## **I. Caractéristiques générales**

### **1. Quel âge avez-vous ?**

.....ans.

### **2. Etat civil :**

- ☐ Marié (e)
- ☐ Divorcé (e)
- ☐ Veuve
- ☐ Célibataire

### **3. Avez-vous des enfants**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Le nombre :.....

### **4. Combien de personnes vivent dans votre foyer ?**

..... Personnes.

### **5. Quel est votre lieu de résidence ?**

- ☐ Rural (village)
- ☐ Rural (montagne)
- ☐ Urbain (ville)

### **6. Quel est votre niveau d'instruction?**

- ☐ Primaire
- ☐ Moyen
- ☐ Lycée
- ☐ Universitaire
- ☐ Sans instruction

### **7. Quel est le niveau d'instruction de votre conjoint?**

- ☐ Primaire
- ☐ Moyen
- ☐ Lycée
- ☐ Universitaire
- ☐ Sans instruction



**8. Classez ces besoins en fonction de la priorité que vous donnez à chacun d'eux (en leur attribuant une note de 1 à 5) :**

N°.....Se vêtir (vêtement)

N°.....Logement

N°.....Santé

N°.....Loisirs

N°.....Nourriture

Autre précisé.....

**II. Emploi et revenu**

**9. Exercez-vous une profession ?**

☐ Oui

☐ Non

➤ **Si non, êtes-vous :**

☐ Chômeuse

☐ Femme au foyer

☐ Etudiante

☐ Retraité

➤ **Si oui, dans quelle branche d'activité ?**

☐ Industrie

☐ Services

☐ Santé

☐ Enseignement

☐ Commerces / artisanat

☐ Autre : .....

**10. Etes-vous assurée ?**

☐ Oui

☐ Non

**11. Type de contrat de travail ?**

☐ Contrat à durée déterminée (CDD)

☐ Contrat à durée indéterminée (CDI)

☐ Contrat de prés emplois

☐ Stagiaire

☐ Autre : .....

**12. Veuillez situer la tranche de revenu auquel vous appartenez ?**

- ☐ Moins de 15 000 DA
- ☐ Entre 15 000 et 24999 DA
- ☐ Entre 25 000 et 34999 DA
- ☐ Entre 35 000 et 44 999 DA
- ☐ Plus de 45000 DA

**13. Votre conjoint exerce-t-il une profession ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

➤ **Si non, est-il :**

- ☐ Chômeur
- ☐ Etudiant
- ☐ Retraité

➤ **Si oui, dans quelle branche d'activité ?**

- ☐ Bâtiments et travaux publics (BTP)
- ☐ Agriculture
- ☐ Industrie
- ☐ Services
- ☐ Santé
- ☐ Enseignement
- ☐ Commerces / artisanat
- ☐ Autre : .....

**14. Votre conjoint est- il assuré ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**15. Type de contrat de travail de votre conjoint?**

- ☐ Contrat à durée déterminée (CDD)
- ☐ Contrat à durée indéterminée (CDI)
- ☐ Contrat de prés emplois
- ☐ Stagiaire
- ☐ Autre : .....

**16. Veuillez situer la tranche de revenu auquel votre conjoint appartient ?**

- ☐ Moins de 15 000 DA
- ☐ Entre 15 000 et 24999 DA
- ☐ Entre 25 000 et 34999 DA
- ☐ Entre 35 000 et 44 999 DA
- ☐ Plus de 45000 DA

**17. Avez-vous une autre source de revenu ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**III. Accès aux soins maternels**

**18. Combien de temps vous mettez pour accéder au gynécologue le plus proche de chez vous?**

- ☐ moins de 30 minutes
- ☐ 1 heure
- ☐ 2 heures
- ☐ Plus de 2 heures

**19. Pour votre dernière consultation chez un gynécologue, combien de temps avez dû patienter avant d'être examinée ?**

- ☐ Moins 30 minutes
- ☐ 30 mn à 1 heure
- ☐ 1 à 2 heures
- ☐ Plus de 2 heures
- ☐ Autres .....

**20. Pour cette consultation (ou cette visite), avez-vous pris rendez-vous ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**21. Si oui, Combien de temps s'est écoulé pour avoir un rendez-vous?**

- ☐ Moins d'une semaine
- ☐ Une semaine
- ☐ Deux semaines
- ☐ Un moi
- ☐ Plus d'un mois
- ☐ Autres.....

**22. Ce délai d'attente vous semble t-il ?**

- ☐ Normal
- ☐ Acceptable
- ☐ Exagérément long

**23. En cas d'accouchement, quelle est votre première destination ?**

- ☐ Publique
- ☐ Privé

➤ **Si votre réponse est le publique, est ce que c'est :**

- ☐ L'effet de proximité par rapport à votre résidence (le plus près de chez-vous)
- ☐ Capital relationnel (vous connaissez le personnel)
- ☐ Manque de moyen de déplacement (voiture)
- ☐ Capacité financières limitées
- ☐ Le seul à qui vous faites confiance
- ☐ Autres : .....

**24. Comment jugez-vous l'accès aux services publics des maternités ?**

- ☐ Mauvais
- ☐ Bon
- ☐ Moyen

**25. Etes-vous satisfaites des services de maternités publics?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

➤ **Si votre réponse est le privé, est ce que c'est :**

- ☐ L'effet de proximité par rapport à votre résidence (le plus près de chez-vous)
- ☐ La qualité des soins
- ☐ La seule à qui vous faites cofinance
- ☐ Vous avez des moyens
- ☐ Autres.....

**26. comment jugez-vous l'accès aux soins de maternités privés ?**

- ☐ Mauvais
- ☐ Bon
- ☐ Moyen

**27. Etes-vous satisfaite des services de maternités privés ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

**28. Vous est-il déjà arrivé de renoncer aux soins maternels ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

➤ **Si oui, pour quelle raison avez- vous renoncez à ces soins ?**

- ☐ Raisons d'éloignements
- ☐ Raisons financières

---- Nous vous remercions de votre participation à cette étude -----

# **LISTE DES TABLEAUX**

## **Liste des tableaux**

<b>Tableau 01:</b> L'offre de soins dans les pays du Maghreb par 10000 habitants en 2011 .....	27
<b>Tableau 02:</b> Evolution des Infrastructures hospitalières et nombres de lits en Algérie entre 1997 et 2009 .....	30
<b>Tableau 03:</b> Evolution des infrastructures en Algérie entre 1966 et 2009 .....	31
<b>Tableau 04 :</b> Le nombre des personnels médicaux en Algérie en 2006.....	32
<b>Tableau 05:</b> Les praticiens de la santé à titre privé dans la région centre en 2009 .....	33
<b>Tableau 06:</b> Les structures extra hospitalières de la santé à titre publiques dans les régions de centre en 2009.....	34
<b>Tableau 07:</b> Le nombre des EPH et des EPSP dans les wilayas du centre en 2009 .....	35
<b>Tableau 08:</b> Les praticiens de la santé à titre privé dans les régions de l'Est en 2009 ....	36
<b>Tableau 09:</b> Les structures extra hospitalières de la santé à titre publiques dans les régions de l'Est en 2009 .....	37
<b>Tableau 10:</b> Le nombre des EPH et des EPSP dans les wilayas de l'Est en 2009 .....	38
<b>Tableau 11:</b> Les praticiens de la santé à titre privé dans les régions de l'Ouest en 2009 .....	39
<b>Tableau 12 :</b> Les structures extra hospitalières de la santé à titre publiques dans les régions de l'Ouest en 2009.....	40
<b>Tableau 13:</b> Le nombre des EPH et des EPSP dans les wilayas de l'Ouest en 2009.....	41
<b>Tableau 14:</b> Les praticiens de la santé à titre privé dans les régions de sud en 2009 ....	42
<b>Tableau 15 :</b> Les structures extra hospitalières de la santé à titre public dans les régions du sud en 2009.....	43
<b>Tableau 16:</b> Le nombre des EPH et des EPSP dans les wilayas de Sud en 2009 .....	44
<b>Tableau 17 :</b> Le nombre de personnels médicaux selon les régions en 2009 .....	45
<b>Tableau 18 :</b> Les structures extra hospitalières de la santé en Algérie en 2009.....	46
<b>Tableau19 :</b> Le nombre des EPH et des EPSP selon les régions en Algérie en 2009.....	47
<b>Tableau 20 :</b> Evolution de l'offre de soins des maternités en Algérie de 1997 à 2009.....	51
<b>Tableau 21 :</b> La répartition de l'offre de soins des maternités en Algérie en 2009 .....	51
<b>Tableau 22 :</b> Activité des maternités publiques en Algérie en 2009.....	52
<b>Tableau 23:</b> Effectif du personnel médical de la wilaya de Bejaia en 2012 .....	56

<b>Tableau 24:</b> Répartition du personnel de santé par secteur en 2012.....	58
<b>Tableau 25:</b> Répartition des professionnels de santé par établissement public hospitalier (EPH).....	60
<b>Tableau 26:</b> Répartition du personnel de santé par EHS (2010-2012) .....	61
<b>Tableau 27:</b> Répartition des professionnels de santé par établissement publique de santé de proximité en 2010 et 2011 .....	62
<b>Tableau 28:</b> Répartition des médecins spécialistes privés par Daïra dans la wilaya de Bejaia.....	64
<b>Tableau 29:</b> Répartition des chirurgiens-dentistes par daïra (2007-2010).....	66
<b>Tableau 30:</b> Répartition des pharmaciens privés par daïra (2007-2010) .....	68
<b>Tableau 31:</b> Répartition des maternités publiques au niveau de la wilaya de Bejaia en 2012.....	70
<b>Tableau 32 :</b> Profil personnel des interrogés.....	77
<b>Tableau 33 :</b> Classement des besoins selon la priorité.....	78
<b>Tableau 34 :</b> Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité .....	79
<b>Tableau 35:</b> Catégorie des enquêtées qui ne travail travaillent pas .....	79
<b>Tableau 36 :</b> Branche d'activité des enquêtées .....	80
<b>Tableau 37 :</b> Distribution des conjoints selon l'exercice ou non d'une activité .....	80
<b>Tableau 38 :</b> Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas.....	81
<b>Tableau 39 :</b> Branche d'activité des conjoints .....	81
<b>Tableau 40 :</b> distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et la première destination en cas d'accouchement .....	82
<b>Tableau 41 :</b> distribution des conjoints des enquêtées selon la tranche de revenu des conjoints et la première destination en cas d'accouchement de leurs femmes .....	84
<b>Tableau 42 :</b> Répartition des enquêtées selon le renoncement où non aux soins de santé maternels .....	85

<b>Tableau 43 :</b> Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.....	86
<b>Tableau 45 :</b> Distribution des enquêtées selon le temps à mettre pour accéder a un gynécologue et le renoncement aux soins de santé maternels.....	87
<b>Tableau 46 :</b> Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels .....	88
<b>Tableau 47 :</b> Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non de leurs conjoints et le renoncement ou non à des soins de santé maternels .....	89
<b>Tableau 48 :</b> Distribution des enquêtées selon l'assurance ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels .....	90
<b>Tableau 49 :</b> Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le renoncement aux soins de santé maternels .....	91
<b>Tableau 50 :</b> Distribution des enquêtés selon le temps écoulé pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue et le renoncement ou non aux soins de santé maternels .....	92
<b>Tableau 51 :</b> Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité publique .....	93
<b>Tableau 52 :</b> Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services des maternités privés .....	94
<b>Tableau 53 :</b> distribution des enquêtés selon leurs niveau d'instruction et le recours ou non aux services de santé maternels.....	95
<b>Tableau 54 :</b> distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction de leurs conjoints et le recours où ou non aux services de soins de santé maternels maternités.....	96
<b>Tableau 55 :</b> Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant l'accès aux services de maternités publiques .....	97
<b>Tableau 56 :</b> Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant l'accès aux services de maternités privés .....	98



# LISTE DES FIGURES

## Listes des figures

<b>Figure 01 :</b> L'offre de soins dans les pays du Maghreb en 2011 .....	27
<b>Figure 02:</b> Evolution des infrastructures en Algérie entre 1966 et 2009 .....	31
<b>Figure 03:</b> Le nombre de personnels médicaux selon les régions en 2009 .....	45
<b>Figure 04:</b> Les structures extra hospitalières de la santé en Algérie en 2009 .....	46
<b>Figure 05:</b> Répartition des établissements de santé en Algérie en 2009 .....	47
<b>Figure 06:</b> La répartition de l'offre de soins des maternités en Algérie en 2009 .....	52
<b>Figure 07:</b> la répartition de personnel de santé par secteur en Algérie en 2012 .....	59
<b>Figure 08 :</b> Capacité en lits pour les maternités publiques de Bejaia en 2012.....	71
<b>Figure 09 :</b> Classement des besoins selon la selon la priorité .....	78
<b>Figure 10 :</b> Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité.....	79
<b>Figure 11 :</b> Catégorie des enquêtées qui ne travail pas .....	79
<b>Figure 12 :</b> Branche d'activité des enquêtées.....	80
<b>Figure 13 :</b> Distribution des conjoints selon l'exercice où non d'une activité.....	80
<b>Figure 14 :</b> Catégorie des conjoints qui ne travail pas .....	81
<b>Figure 15 :</b> Branche d'activité des conjoints.....	81
<b>Figure 16 :</b> distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et la première destination en cas d'accouchement.....	83
<b>Figure 17 :</b> distribution des conjoints des enquêtées selon la tranche de revenu et la première destination en cas d'accouchement .....	84
<b>Figure 18 :</b> Répartition des enquêtés selon le renoncement où non aux soins de santé maternels .....	85
<b>Figure 19 :</b> Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins de santé maternels pour des raisons d'éloignement .....	86
<b>Figure 20 :</b> Distribution des enquêtées selon le temps à mettre pour accéder a un gynécologue et le renoncement aux soins santé maternels.....	87
<b>Figure 21 :</b> Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels .....	88
<b>Figure 22 :</b> Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non de leurs conjoints et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.....	89
<b>Figure23 :</b> Distribution des enquêtées selon l'assurance ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.....	90

<b>Figure 24 :</b> Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le renoncement aux soins de santé maternels .....	91
<b>Figure 25 :</b> Distribution des enquêtés selon le temps écoulé pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue et le renoncement ou non aux soins de santé maternels .....	92
<b>Figure 26:</b> Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité publique .....	93
<b>Figure 27 :</b> Distribution des enquêtées selon le revenu et le degré de satisfaction des services de maternité privé.....	94
<b>Figure 28 :</b> distribution des enquêtées selon leurs niveau d’instruction et le recours ou non au service de santé maternels .....	95
<b>Figure 29 :</b> distribution des enquêtées selon le niveau d’instruction de leurs conjoints et le recours ou où non au service de maternités.....	96
<b>Figure 30 :</b> Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant l’accès aux services de maternités publiques .....	97
<b>Figure 31 :</b> Distribution des enquêtées selon le revenu et leur appréciation concernant l’accès aux services de maternité privé .....	98

# TABLE DES MATIÈRE

DEDICACES .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
LISTE DES ABREVIATIONS .....	III
SOMMAIRE .....	IV
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS DE SANTE MATERNELS : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL</b>	
INTRODUCTION.....	5
<b>I. CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUX SOINS</b>	
1. Définition de l'accès aux soins.....	5
2. Dimension d'accès aux soins .....	7
2.1. Les dimensions de l'accès aux soins selon la définition de Picheral .....	7
2.2. Les dimensions de l'accès aux soins selon l'OMS .....	7
3. Les facteurs d'utilisation des services de santé .....	8
3.1. facteurs prédisposant .....	8
3.2. facteurs de capacité .....	9
3.3. facteurs déclenchant .....	9
4. Caractéristique d'accès aux soins .....	9
4.1. Les soins de santé primaire .....	9
4.2. Accès secondaire .....	10
<b>II. CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUES DES INEGALITES DE SANTE</b>	
1. Définition des inégalités de santé .....	11
2. Les inégalités sociales de santé .....	12
2.1. Les causes des inégalités sociales de santé .....	13
3. Les inégalités spatiale de santé .....	15
3.1. Géographie de la santé .....	16
3.1.1. La géographie des maladies .....	17
3.1.2. Géographie des soins .....	18
3.2. La carte sanitaire .....	18
3.3. La démographie médicale .....	19
3.3.1. La densité médicale .....	19

3.3.2. Le désert médical .....	20
--------------------------------	----

### **III. LES SOINS MATERNELLES**

1. Définition de la mortalité maternelle .....	21
2. Les Soins obstétricaux.....	21
3. La santé maternelle et infantile .....	22
3.1. Les enfants.....	22
3.2. Les femmes enceintes.....	23
4. Caractéristiques fondamentales du système de soins de santé maternelle .....	23
5. Stratégie de réduction de la mortalité maternelle .....	24
CONCLUSION .....	25

## **CHAPITRE II : LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SOINS EN ALGERIE**

INTRODUCTION.....	26
-------------------	----

### **I. ANALYSE DE LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS EN ALGERIE**

1. L'offre de soins dans les pays du Maghreb .....	26
2. Cadre géographique .....	28
3. Nature de l'offre de soins .....	29
4. L'évolution de l'offre de soins en Algérie.....	30
4.1. Les infrastructures .....	30
4.2. Les personnels médicaux .....	32
5. La répartition de l'offre de soins en Algérie.....	32
5.1. La répartition de l'offre de soins dans la région centre.....	32
5.2. La répartition de l'offre de soins dans l'Est .....	36
5.3. La répartition de l'offre de soins dans l'ouest.....	39
5.4. La répartition de l'offre de soins dans le sud .....	42
5.5. Les disparités de la répartition de l'offre de soins en Algérie.....	45

### **II. L'OFFRE DE SOINS DES MATERNITES**

1. Présentation de programme de protection maternelle et infantile (PMI) .....	48
1.1. Définition .....	48

1.2. Historique .....	48
1.3. Le rôle et l'objectif des PMI .....	50
2. La répartition de l'offre de soins des maternités en Algérie.....	50
2.1. Evolution de l'offre de soins des maternités .....	50
2.2. Disparités de la répartition de l'offre de soins des maternités en Algérie .....	51
3. Situation des maternités publiques en Algérie .....	52
CONCLUSION .....	53

### **CHAPITRE III : LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

INTRODUCTION.....	55
-------------------	----

#### **I. LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

1. présentation de la wilaya de Bejaia .....	55
1.1 Situation géographique.....	55
1.2. Organisation Administrative .....	56
1.3.Population.....	56
2. Evaluation de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaia.....	56
2.1. Etat des lieux des personnels médicaux .....	56
3. Répartition de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaïa .....	58
3.1. Répartition du personnel de santé par secteur.....	58
3.2. Répartition des professionnels de santé par structure de santé .....	59
3.2.1. La répartition des professionnels de santé par établissement public hospitalier (EPH).....	59
3.2.2. Répartition des professionnels de santé par établissement public spécialisé .....	60
3.2.3. Les professionnels de santé par établissement public de santé de proximité .....	61
3.3. La répartition des médecins spécialistes privés par Daïra.....	63
3.4. La répartition des chirurgiens-dentistes privés par Daïra.....	65
3.5. La répartition des pharmaciens privés par Daïra.....	67

#### **II. LA REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MATERNITES DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

1. Maternités publiques.....	69
------------------------------	----

2. Maternités privé.....	72
Conclusion.....	72

### **CHAPITRE IV : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

INTRODUCTION.....	73
-------------------	----

#### **I. PRESENTATION ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

1. L'objectif du questionnaire.....	74
2. L'échantillon et la méthode de l'enquête .....	74
2.1.Le déroulement de l'enquête	74
2.2.Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête.....	75

#### **II. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

1. Caractéristiques générales de l'échantillon .....	76
2. Présentation et analyse des résultats .....	78
2.1. Emploi et revenu.....	78
2.2. Accès aux soins maternels.....	85
CONCLUSION .....	99

<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>100</b>
----------------------------------	------------

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	104
-----------------------------------	-----

LISTE DES ANNEXES .....	109
-------------------------	-----

LISTE DES TABLEAUX .....	119
--------------------------	-----

LISTE DES FIGURES .....	122
-------------------------	-----

TABLE DES MATIERES .....	124
--------------------------	-----



## RESUME

L'Algérie dispose au plan quantitatif de ressources humaines appréciables et ne se trouve pas en situation de pénurie en personnels de santé. Cependant, et compte tenue de l'étendue du territoire, beaucoup de wilayas sont en situation de pénurie notamment en médecins spécialistes. Certaines wilayas souffrent également d'un manque de médecins en raison des inégalités dans leurs répartitions.

L'objet de notre travail est d'analyser les inégalités d'accès aux soins de santé maternels en Algérie, à travers l'analyse des disparités dans la répartition de l'offre de soins en étudiant le cas de la wilaya de Béjaïa.

De plus, nous avons entrepris une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia établis en zones urbaines et rurales, l'échantillon de notre enquête est constitué de 260 femmes reparties sur toute la wilaya.

De notre étude empirique, il ressort un constat essentiel :

Le lieu de résidence, le revenu des enquêtées et de leur conjoint ont une influence sur l'accessibilité aux soins de santé maternels, et par conséquent sur le renoncement aux soins de ces dernières.

**Mot clés :** Inégalité sociale de santé, Accès aux soins, soins de santé maternels, Béjaïa, Algérie.