

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université de Badji Mokhtar
Annaba

Faculté des sciences de la terre
Département d'aménagement



جامعة باجي
مختار - عنابة

Année universitaire
2017/2018

Thèse

Présentée en vue de l'obtention du diplôme de
DOCTORAT EN SCIENCES

Option : **Aménagement des Territoires**

***Une lecture sur l'organisation spatiale des équipements
et des services sanitaires : Le cas des agglomérations
urbaines de la wilaya d'Annaba.***

Présentée par :

Amar AZZOUZI

Sous la direction de :

Abdelhak ACIDI, (Pr) Université Badji Mokhtar-Annaba.

Devant le jury :

Président :	GUERFIA El Saddek	(Pr)	Université Badji Mokhtar-Annaba
Rapporteur :	ACIDI Abdelhak	(Pr)	Université Badji Mokhtar-Annaba
Examineurs :	BOUSSOUF Rabeah	(Pr)	Université des Frères Mentouri-Constantine 1
	BENMISSI Ahcène	(Pr)	Université Constantine 3

REMERCIEMENTS

Dans ce long parcours de thèse, j'adresse tout d'abord mes remerciements au professeur Acidi Abdelhak, mon directeur de thèse pour m'avoir guidé pour mener à bien cette thèse. Sa disponibilité durant toutes les étapes de ce travail, ses remarques pertinentes et ses suggestions ont sans cesse permis l'amélioration de la qualité de ce document à travers lequel. J'espère qu'il trouvera le témoignage de mon grand respect et ma grande reconnaissance pour tous les efforts et surtout pour son soutien moral et continu dans les moments les plus durs.

Toute ma gratitude va à Mme Boukhemis Anissa, Professeure à l'université d'Annaba pour ses précieux conseils, ses pertinentes remarques et de sa disponibilité en tant que directrice du laboratoire : Aménagement et ressources naturelles.

J'exprime tous mes remerciements à l'ensemble des membres de mon jury, qui m'ont fait l'honneur d'accepter de participer à la soutenance de cette thèse : Mr Guerfia El Saddek, Mr Boussouf Rabeh, Mr Benmissi Ahcène, Mr Saihia Abdellah.

Je tiens également à remercier tous les enseignants du département d'aménagement qui ont assuré ma formation durant tout le cursus de la graduation et de la post-graduation.

J'adresse aussi mes vifs remerciements aux responsables des différents services et établissements de santé qui nous ont facilité la tâche et plus particulièrement au personnel de la direction de la santé et de la population de la wilaya d'Annaba.

Le travail de thèse a été permis grâce à un soutien matériel appréciable. L'université de Chlef m'a permis de me rendre à l'étranger (Italie, France) afin de partager mes recherches. Merci à l'équipe administrative du laboratoire de géographie sociale de l'université de Florence en Italie d'avoir été toujours disponible pour répondre à mes sollicitations notamment Mr Bruno Vicchio et Mme Mirella Loda. Le soutien moral des doctorants et amis a été essentiel, notamment pendant la phase de rédaction.

Mes plus sincères remerciements vont à :

Mes parents : sans votre aide et votre soutien depuis le début (il y a longtemps...), cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Je vous en suis profondément reconnaissante.

Mon frère Yamine et mes sœurs.

Enfin, j'adresse un grand merci à mon épouse, qui a vécu quotidiennement la thèse et qui m'a soutenu patiemment, en particulier depuis le 17 Janvier 2016, lorsque la famille s'est agrandie.

Mes fils Tayem Ellah et Mouâtez Billah Saleh pour leurs sourires et leur joie de vivre.

Je dédie ce travail

À mes parents, *"comme eux m'ont élevé quand j'étais petit "*

À Yamine, ... *pour l'essentiel !*

À toute ma famille

À la mémoire de mes grands-parents.

Sommaire

Remerciements	i
Dédicace	ii
Sommaire	iii
Liste des abréviations	iii
Introduction générale	01
Partie I Présentation de l'aire d'étude et les théories de localisation des services	13
Introduction	13
Chapitre 1. Répartition géographique des équipements et des services sanitaires en Algérie.....	14
Chapitre 2. Théories de localisation des équipements et des services sanitaires : Méthodes et modèles.....	49
Conclusion	76
Partie II Politique, système et ressources sanitaires en Algérie	77
Introduction	77
Chapitre 1. Politique et système sanitaire en Algérie	78
Chapitre 2. Les ressources sanitaires en Algérie	101
Conclusion	121
Partie III Les équipements et les services sanitaires dans la wilaya d'Annaba	122
Introduction	122
Chapitre 1. Histoire des équipements et services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.....	123
Chapitre 2. Inventaire et description des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba	135
Chapitre 3. Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba	169
Chapitre 4. Etude de la relation entre la hiérarchie urbaine et la hiérarchie des équipements et des services sanitaires du secteur public dans la wilaya d'Annaba.....	188
Chapitre 5. Motifs des choix d'installation des services sanitaires privés à Annaba	209
Conclusion	229
Conclusion générale	230
Résumés	233
Références bibliographiques	236
Liste des tableaux	244
Liste des figures	247
Liste des photos	251
Table des matières	252
Annexes	257

Liste des abréviations.

ACL	Agglomération chef lieu.
AIC	Agglomérations inter communales.
ANAT	Agence nationale de l'aménagement du territoire.
ANDI	Agence nationale de développement de l'investissement.
APC	Assemblée populaire communale.
AS	Agglomérations secondaires.
CD	Chirurgien dentistes.
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires.
CHU	Centre hospitalo-universitaire.
CMS	Centre médico-sociaux.
DATAR	Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
DLEP	Direction des logements et des équipements publics.
DMS	Durée moyenne de séjour.
DNS	Dépense nationale de santé.
DPAT	Direction de la planification et de l'aménagement du territoire.
DSP	Direction de la santé et de la population.
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme.
EH	Etablissements hospitaliers.
EHP	Etablissements hospitaliers privés.
EHS	Etablissements hospitaliers spécialisés.
EHU	Etablissements hospitaliers universitaire.
EPA	Etablissements publics à caractère administratif.
EPH	Etablissements publics hospitaliers.
EPIC	Etablissements publics à caractère industriel et commercial.
EPSP	Etablissements publics de santé de proximité.
FISE	Fond international de secours à l'enfance.
FMI	Font monétaire international.
GRH	Gestion des ressources humaines.
HLM	Habitations à loyer modéré.
IB	Initiative de Bamako.
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques.
INSP	Institut national de santé publique.
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
IRM	Imagerie par résonance magnétique.

MESRS	Ministère de l'enseignement supérieur et de recherche scientifique.
MG	Médecins généralistes.
MS	Médecins spécialistes.
MSPRH	Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé.
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé.
ONS	Office national des statistiques.
PEV	Programme élargi de vaccination.
Ph	Pharmaciens.
PIB	Produit intérieur brut.
PMI	Protection maternelle et infantile.
PSP	Programmation sanitaire du pays.
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat.
SAMU	Service d'aide médicale urgente.
SCS	Salle de consultation et de soin.
SNAT	Schéma nationale d'aménagement du territoire.
SSP	Soins de santé primaire.
TAAM	Taux d'accroissement annuel moyen.
TOL	Taux d'occupation par logement.
TOP	Taux d'occupation par pièce.
UMC	Urgences médico-chirurgicales.
ZE	Zones éparses.

Introduction générale

Introduction générale

Au fil du temps et à travers les différentes sociétés, l'Homme a toujours voulu définir le concept de « santé ». Tout d'abord, et de façon intuitive, la santé a été mise en opposition à la maladie puis, les connaissances se faisant, les notions de bien-être ainsi que les dimensions sociales et psychologiques (BNS+, 2013) ont été incluses. Actuellement, la santé peut être considérée comme un concept évolutif dirigé par les attentes de la société. Voici donc une synthèse de la perception de ce qu'est la santé à travers le temps :

- ***La santé : une opposition à la maladie***

En 1694, la première édition du dictionnaire de l'académie française définit la santé comme : « état de celui qui est sain, qui se porte bien ». (Est en bonne santé une personne qui n'est pas malade). Dans le même esprit, la santé est absente de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1789, car, alors, elle n'est pas perçue comme un droit, mais comme un don de la nature ou un don de dieu suivant les croyances.

- ***La santé : un droit fondamental***

A la révolution pasteurienne au XIX^{ème} siècle, et notamment après la découverte de la pénicilline et autres antibiotiques (BNS+, 2013), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) change les codes de valeur en intégrant la notion de « droit à la santé » en proclamant : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (Constitution de l'OMS, 1946).

- ***La santé : un concept global***

Il faut attendre la fin de la seconde guerre mondiale et la naissance, au niveau européen, du concept de sécurité sociale pour que l'OMS révisé sa définition par l'ajout des aspects sociaux et psychologiques : « la santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Constitution de l'OMS, 1946). Dés lors, dans le concept de santé, les notions de « niveau de vie » et de « qualité de vie » sont intégrées. La santé devient alors un concept global.

- ***La santé : une capacité à s'adapter***

Ainsi, en 1978, lors de la déclaration d'Alma-Ata, l'OMS réaffirme la triple dimension de la santé : physique, sociale et mentale.

Cependant, à travers la charte d'Ottawa de 1986 promouvant la santé, le concept de santé devient un processus dynamique : « la santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part,

évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. Elle est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie » (OMS, 1986).

- ***La santé : une responsabilité collective***

Selon le comité français d'éducation : « la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physiques, psychiques et sociales, tient compte des implications que peuvent avoir son histoire personnelle et les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de ses conditions de vie et de son mode de vie » (Sandrin-Berthon et al, 1997), il apparaît que la santé est perçue comme une responsabilité collective où la prévention et les soins ne sont pas les seuls moyens impliqués.

1. Etat de l'art

La géographie de la santé est un vaste domaine qui regroupe un certain nombre de thématiques. Depuis quelques années, les réflexions s'élargissent, et les problématiques abordées sont beaucoup plus riches. Henri Picheral (1989), un des premiers géographes à s'être intéressé à la géographie de la santé, distingue et définit trois géographies :

La géographie des maladies se poursuit, surtout dans des pays de la zone intertropicale, les pays africains : les chercheurs étudient alors les affections transmissibles, la répartition spatiale du paludisme (Besancenot J.P., 1998), du choléra (Roquet D., Diallo A., Kodio B., Daff B.M., Fenech C., Etard J.F., 1998). Pour reprendre Besancenot, qui a élaboré un bilan des recherches sur la question, quelques travaux se sont aussi consacrés à la remise en valeur du milieu après l'éradication d'une maladie comme l'exemple donné au Burkina Faso (Nebie O., 1998). De plus en plus de chercheurs privilégient des études sur les maladies émergentes telles que le VIH ou Sida (Rémy G., 1995).

La deuxième catégorie concerne les études consacrées à une géographie de la santé basée sur **l'environnement**, le climat. Citons Besancenot, chercheur très présent dans la bibliographie sur le climat et la santé (Besancenot J.P., 1998). La géographie de la santé participe aussi sur l'étude des changements de la planète comme la déplétion de la couche d'ozone ou le réchauffement dû à l'intensification de l'effet de serre (Castel- Tallet, Besancenot J.P., 1997).

La troisième catégorie, qui nous intéresse, se consacre à la **géographie des soins**, à l'analyse du système des soins. Cette géographie peut être vue comme l'étude de la répartition spatiale des équipements et des professionnels de la santé ainsi que des inégalités spatiales d'accès aux soins. La répartition des médecins fait l'objet de plusieurs articles (Rican S., Simon M. Charraud A., Salem G., 1999 ; Picheral H., 1992). On s'interroge alors sur les logiques de mobilité des praticiens, sur leurs logiques d'installation, sur la raison du choix de leur lieu d'exercice. Le thème de l'hôpital est aussi très abordé : les géographes analysent l'organisation spatiale de ce lieu de santé, ses enjeux au sein de la ville ou en milieu rural (Labasse, 1980 ; Corvez A., Dujols D., Heve D., Vigneron E., 1999 ; Lacoste O., 2002). Au-delà de la constatation, le géographe s'est soucié de l'équité spatiale, de la politique

d'aménagement du territoire sanitaire, en proposant des solutions d'avenir sur la façon d'aménager l'espace de la santé. C'est ainsi que les débats ont commencé sur le rôle de la géographie dans la prise de décisions au côté des politiques et professionnels de la santé. En France, à titre d'exemple, certains géographes sont d'ailleurs experts auprès des agences régionales de santé, de la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR) (Vigneron E., Corvez A., Sambuc R., 2001) et peuvent participer aux commissions régionales des experts de la santé par exemple.

Le géographe Jean Labasse a consacré un de ces ouvrages à la relation entre l'hôpital et la ville. Il tente en effet, de donner une explication à la localisation de cet établissement de santé au sein de la ville. Ainsi, selon lui « la ville est une imbrication d'espaces fonctionnels homogènes et hétérogènes qui répondent à une logique issue de la convergence de nombreux facteurs politiques, économiques, sociaux et psychologiques » (Labasse, 1980). Chaque activité, comme l'activité sanitaire choisirait alors son espace en fonction des considérations et des enjeux multiples de ses dirigeants. En France, dans les villes moyennes, les établissements sanitaires sont en général plus dispersés, compte tenu de la surface urbanisée. L'héritage historique et la morphologie de la ville sont des facteurs importants pour expliquer la localisation d'un hôpital. Aux États-Unis, l'héritage historique étant pratiquement nul, la répartition des équipements de santé répond à d'autres logiques : en effet, la proximité des axes routiers rapides, des zones résidentielles denses et des divers services est le principal critère de localisation, le centre-ville aux États-Unis se réduisant au Central business district (CBD), sauf à Washington ou Boston. Chaque pays, chaque société établit leur propre paramètre pour les localisations : afin de choisir l'espace d'implantation d'un service de santé, certains donneront plus d'importance à l'équipement hospitalier environnant, ou à la qualité de desserte des transports publics, à la densité de la population, à l'accessibilité...

Le phénomène d'urbanisation a aussi de fortes conséquences sur la répartition spatiale des équipements de santé sur le territoire. Vigneron (1992) a analysé les liens entre l'urbanisation et la répartition des équipements de soins à Tahiti. La zone urbaine de Tahiti s'étire sur 40 km de littoral et la répartition de la population se concentre sur Papeete, ville qui s'est élargie aux communes voisines au cours de ces vingt dernières années. La répartition géographique des équipements et des services de santé est très déséquilibrée, d'une part entre Tahiti qui concentre 75% des lits hospitaliers et les archipels périphériques. De plus, l'offre est presque exclusivement urbaine, entraînant un espace rural sous-équipé. L'urbanisation récente de Papeete a renforcé la concentration des services de santé publique et privée. Vigneron explique que « le phénomène de concentration extrême des équipements de santé en Polynésie française est si intimement lié au processus d'urbanisation que la simple lecture de la distribution de l'offre médicale constitue un indicateur synthétique des discontinuités fondamentales de la géographie humaine du territoire » (Vigneron, 1992).

Dans le cas de la France, Tonnelier et Vigneron (1999) expliquent que les hiérarchies de l'offre de soins sont globalement conformes aux hiérarchies urbaines. De plus, on remarque que quel que soit l'échelle, le phénomène de centralité urbaine est présent. Les hiérarchies sanitaires suivraient donc les hiérarchies urbaines : capitale, métropoles, banlieues, pôles

secondaires, pôles ruraux. Ceci permet d'établir une classification et d'étudier de façon plus approfondie les différents paysages sanitaires du pays, et de montrer les fragmentations de l'espace.

Picheral (1995) confirme que la difficulté dans de nombreux pays en voie de développement reste la concentration des équipements et des services de santé, dans la plus grande ville qui est en général la capitale. Celle-ci abrite souvent la moitié, les deux tiers, voire la totalité des lits, des équipements, du personnel. Parfois, « l'absence ou la rareté des villes de taille moyenne prive le système hospitalier des échelons intermédiaires entre la métropole et les postes ou centres de santé de base. » (Picheral, 1995). L'hôpital a dans ce cas une zone d'attraction nationale, freinant l'accessibilité aux soins en raison des longs déplacements des malades. La déconcentration des équipements et des services de santé sera d'autant plus avancée que le niveau de développement est élevé, mais aussi selon la politique envisagée sur le découpage territorial. Tous les équipements et les services de santé ne sont toutefois pas localisés de manière absolue au sein des espaces urbains. La localisation rurale peut parfois s'expliquer par une volonté d'éloigner les services de santé de la ville, par une volonté de rechercher un espace plus isolé et calme. Ainsi, la localisation des établissements de retraite ou de psychiatrie est moins liée à la ville. Les zones rurales, en particulier les zones à faible densité de population, sont le plus souvent sous-équipées, et les banlieues industrielles et ouvrières n'attirent guère l'implantation de nouveaux équipements et services de santé.

En France, la répartition spatiale des généralistes est marquée par une opposition très forte entre le sud où les densités de médecins sont très fortes et le nord du pays (Vigneron, 2013). Aux États-Unis, le Nord-Est du pays (et la *Mégalopolis* en particulier), la Californie et l'Illinois concentrent de fortes densités de médecins, mais l'amélioration de la desserte médicale a été très importante dans le Sud-Est atlantique, espace rendu attractif par la *Sun Belt* (Picheral, 1992). De plus les généralistes et les spécialistes préfèrent sans aucun doute exercer en milieu urbain, les zones rurales étant encore moins bien desservies. La répartition spatiale des médecins se concentre aussi au sein des villes. Quant à leur installation dans les périphéries, celle-ci n'est effective que dans des périphéries jugées aisées et à densité élevée, les médecins rechignant à exercer dans des zones industrielles et ouvrières.

De plus, Tonnelier estime que les inégalités spatiales de la répartition des spécialistes sont beaucoup plus fortes que celles des généralistes : l'influence du nombre de la population a une importance beaucoup plus grande que pour les généralistes, et l'attrait pour la ville est incontestable. Afin d'illustrer ceci, prenons le cas des États-Unis étudié par Henri Picheral. Cet exemple est intéressant dans la mesure où le système adopté par ce pays est un des plus libéraux, laissant une grande liberté aux médecins dans leur choix d'installation sur un espace professionnel immense. « L'espace américain se trouve ainsi doté d'une valeur qui privilégie certaines régions et en pénalise d'autres » (Picheral, 1992). Certaines portions de l'espace médical commencent même à être saturées tant les médecins y sont nombreux (New York, Massachussets, New Jersey), alors que d'autres sont dévalorisées et désertées comme en milieu rural dans le Mississippi. La mobilité des médecins américains serait essentiellement influencée par la densité de la population, « ils misent sur l'effet de masse du marché »

(Picheral, 1992). Les lois du marché assouplissent leur mobilité. Le géographe explique aussi que ces professionnels de la santé sont très attentifs à la composition sociale de la population et à l'environnement professionnel. De fait, ils sont moins enthousiastes à l'idée d'exercer dans les villes ouvrières telles que Detroit et Flint dans le Michigan, ou dans des zones portuaires comme à Baton Rouge et Tampa.

Au Canada, Raymond W. Pong et Roger Pitblado (2005), confirme que les médecins canadiens, particulièrement les spécialistes, sont davantage concentrés dans les régions urbaines que la population canadienne. Un peu moins de 16 % des médecins de famille et seulement 2,4 % des spécialistes exerçaient en régions rurales et petites villes du Canada, lieu de résidence de 21,1 % de la population en 2004.

2. Objectif et problématique

Dans ce document, nous proposons un sujet qui rentre dans le cadre de la géographie de la santé, un thème insuffisamment analysé par les géographes algériens.

Actuellement, les conflits existants dans la majorité des villes dans le monde, et l'Algérie ne fait pas l'exception, sont à l'origine des éléments urbains mal implantés dans leur système urbain. Cette étude va se focaliser justement sur l'un de ces éléments qui est le système sanitaire. Cette thèse va graviter autour de l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires (hôpitaux, cliniques et polycliniques, cabinets médicaux, pharmacies,...) implantés dans les agglomérations de la wilaya d'Annaba.

Notre objectif est de chercher les différentes caractéristiques de l'espace sur lequel les équipements et les services sanitaires y installer. Par conséquent, nous allons étudier les équipements sanitaires sur deux volets :

- ✓ un premier volet qui vise un plan vertical : porté sur l'étude de la hiérarchie des éléments structurants le système sanitaire et ;
- ✓ un deuxième volet qui vise un plan horizontal : prendre chaque élément du système sanitaire en tant qu'espace.

L'étude verticale va nous permettre de comprendre le fonctionnement du système sanitaire et saisir les facteurs stimulants son développement. Cette compréhension va aboutir à assimiler les logiques spatiales de la localisation des équipements et des services sanitaires ainsi que les conflits éventuellement créés par cette organisation.

Autrement dit, nous allons répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires au niveau de la wilaya d'Annaba?

- Est-il possible d'identifier un modèle d'organisation spatiale de l'offre de soins (public et privé) à Annaba?
- Existe-il une relation entre la hiérarchie de l'offre de soins et la place occupée au niveau de la hiérarchie urbaine?
- Plus spécifiquement, l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires correspondrait-elle à la logique dictée par les lieux centraux qui apparaissent dans des systèmes de santé où la planification joue un rôle très important?

Les grands objectifs de cette recherche :

- **contribuer à la bonne maîtrise des outils de recherche**

L'objectif principal de cette recherche est de faire un travail appliqué à partir d'un bagage théorique sur plusieurs lectures sur les dernières préoccupations de la localisation des équipements et des services sanitaires. La nature appliquée de cette thèse va certainement aider à développer les pratiques sur terrains (techniques d'enquêtes, et appréhension de logiciels de cartographie).

- **aider à la décision**

Cette thèse vise également à identifier les caractéristiques spatiales « souhaitées » par les équipements et les services sanitaires à Annaba. Ce qui est très important du moment où il peut contribuer au bon fonctionnement des équipements et des services sanitaires et aide les planificateurs des villes, les administrateurs et les législateurs à prendre leurs précautions dans leurs propositions d'insertion urbaines.

- **contribuer à l'économie et au social**

Connaître l'espace urbain favorable aux équipements sanitaires c'est savoir minimiser les conflits avec les autres éléments urbains, c'est gagner du temps perdu par les encombrements : c'est minimiser le stress et augmenter le confort des habitants. Nous espérons ainsi par ce travail, contribuer modestement à l'amélioration de la santé des Annabis, en ayant bien conscience de n'influencer – peut-être – qu'un des multiples leviers qui déterminent l'état de santé d'une population, à savoir le système de soins.

3. Hypothèses générales

L'enjeu premier pour les autorités locales c'est bien sûr d'assurer une couverture sanitaire et une répartition spatiale équitable des équipements et des services de santé à l'ensemble de la population de la wilaya, et en même temps, d'assurer un accès aux soins en tout point du territoire de la wilaya. Notre ambition vise à produire un travail intellectuel qui permette d'éclairer l'action des pouvoirs publics locaux en matière d'organisation spatiale des équipements et des services de santé, et surtout les logiques qui sont derrière cette répartition spatiale.

Notre démarche passe par la vérification d'un certain nombre d'hypothèses de base qui sont :

- 1- L'organisation spatiale des équipements et des services de santé correspond à la logique dictée par la théorie des lieux centraux de Walter Christaller : les services les plus spécialisés sont situés dans les centres urbains les plus importants.
- 2- L'organisation spatiale des services de santé est pyramidale se calque sur les différentes divisions politico-administratives du maillage territorial de la république (wilaya, daïra et commune) : À chaque niveau administratif, un élément de la pyramide sanitaire. Nous allons chercher si la relation entre la hiérarchie des services de santé et le découpage administratif s'était renforcée. Dans ce cas, l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires est analysée au travers des concepts de pyramide des soins et de hiérarchie administratives.
- 3- La répartition spatiale des praticiens du secteur privé, notamment les médecins, se concentre dans les grands centres urbains où se rassemble une grande partie de la population avec un niveau économique élevé. D'autre coté l'organisation spatiale inégale des praticiens privés à Annaba est déterminée par leurs motifs des choix d'installation. En effet les grandes villes connaissent la plus grande concentration des praticiens alors que les régions rurales n'ont que peu de cabinets. Il s'agit de vérifier, à l'aide de l'enquête sur terrain et par questionnaire, si les praticiens du secteur privé adaptent l'exercice libéral à leur mode de vie produit par les conditions d'exercice (environnementaux), et/ou par la qualité de vie personnelle /familiale.

Appréhender les logiques spatiales d'organisation des équipements et des services de santé est devenu aujourd'hui capital pour stimuler les praticiens notamment dans les communes rurales ou enclavées, améliorer l'offre de soins et satisfaire de manière optimale les besoins de santé de la population. Cela permet de tracer la stratégie à adopter pour notre terrain d'étude (moyens à mobiliser, ressources à favoriser, déterminer les lieux d'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires) pour créer un climat général favorable à l'exercice médicale.

4. Choix de l'aire d'étude

Annaba a connu un fort essor sanitaire depuis l'époque coloniale grâce à la construction de plusieurs hôpitaux, cliniques et centres de santé (cf. chapitre 01 de la troisième partie). Depuis l'indépendance de l'Algérie, c'est la concentration des différents équipements et services de santé (publics et privés) qui à fait sa gloire. Elle est considérée comme un pôle sanitaire qui n'enlève pas à celle-ci sa suprématie sur l'ensemble de l'Est algérien.

Avec une population estimée à 632829 habitants¹, la wilaya d'Annaba est dotée d'un CHU (avec 3 hôpitaux et 4 cliniques spécialisées), trois Etablissements hospitaliers spécialisés (EHS), trois Etablissements publics hospitaliers (EPH), trois Etablissements publics de santé

¹ D'après la DPAT de la wilaya d'Annaba, Janvier 2013.

de proximité (EPSP) comportant toutes les structures extrahospitalières, au nombre de 85 unités dont 18 polycliniques et 67 Salles de consultation et de soins (SCS).

Le secteur privé, corolaire du secteur public contribue à la prise en charge de la population de la wilaya par une série de cliniques et cabinets : sept Etablissements hospitaliers privés (EHP), quatre centres d'hémodialyse, 222 Médecins spécialistes (MS), 149 Médecins généralistes (MG), 149 Chirugiens dentistes (CD), 253 Pharmaciens (Ph), 13 laboratoires d'analyse, six cabinets de psychologie, quatre cabinets de sages femmes, 11 cabinets de kinésithérapeutes, 38 opticiens, sept salles de soins infirmiers, neuf grossistes en produits pharmaceutiques et six entreprises de transport sanitaire. Donc, nous avons choisi d'orienter notre sujet de thèse vers une étude du cas annabi à cause de :

- ✓ La wilaya représente un pôle sanitaire pour l'Est algérien : de par son caractère régional, siège de CHU, elle reçoit les populations de cinq wilayas limitrophes (Guelma, Taref, Skikda, Souk Ahras et Tébessa) en quête de soins hautement qualifiés, soit une population estimée à plus de 3.5 millions d'âmes,
- ✓ La diversification des équipements de santé : on trouve presque les différents types des établissements sanitaires de l'Algérie (du CHU à la SCS),
- ✓ La rareté (communes rurales) et la concentration spatiales (grands centres urbains) des équipements et des services de santé dans la wilaya d'Annaba,
- ✓ L'attrait toujours plus grand pour l'Agglomération chef lieu (ACL) de la wilaya (la ville d'Annaba) en matière d'installation des praticiens du secteur privé,
- ✓ L'ampleur des besoins, en matière de services et praticiens, dans la plupart des communes de la wilaya,
- ✓ La juxtaposition de plusieurs systèmes de soins (public, privé et parapublic), autant de facteurs qui concourent à établir des logiques et des stratégies complexes.

5. Méthodologie

Quatre types de sources ont permis de vérifier les hypothèses énumérées ci-dessus :

- ✓ le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2008;
- ✓ les entretiens;
- ✓ les registres et fichiers des patients, ainsi que les rapports d'activité mensuels et annuels, notamment de 2012, produit par les services de santé du secteur public et par quelques établissements et praticiens privés;
- ✓ une enquête sur terrain et par questionnaire.

- Le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH)

L'Algérie a réalisé depuis l'indépendance cinq RGPH (1966, 1977, 1987, 1998 et 2008). Le recensement décrit avec une exactitude toutes les caractéristiques démographiques des habitants. La population par commune (et même par district) a fourni des dénominateurs fiables pour le calcul de

différents taux. Une partie de l'information recueillie dans le cadre du recensement, qui va bien au-delà de la simple structure par âge et par sexe de la population, nous a aidés à décrire les grandes articulations de la wilaya d'Annaba.

Toutes les données démographiques de la population pour l'année 2012 ont été calculées, à partir du Taux d'accroissement annuel moyen (TAAM), par la DPAT ainsi que la Direction de la santé et de la population (DSP) de la wilaya.

- Les entretiens

Les entretiens ont impliqué une grande variété d'informateurs, qu'ils soient thérapeutes (médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens, infirmiers et directeurs des hôpitaux), utilisateurs potentiels de leurs services. Les entretiens avec le personnel de santé se déroulaient généralement sur leur lieu de travail, pendant les heures de travail et après le travail pour les chirurgiens. Ils ont été parfois interrompus par les consultations, ce qui nous permettait d'observer les pratiques du personnel soignant et ses relations avec les patients.

La plupart des entretiens étaient individuels, plus rarement en petits groupes (notamment au restaurant du service). Les entretiens se déroulaient en français, en arabe (notre langue officielle), alors que la plupart des entretiens avec la population et les patients se sont déroulés avec notre dialecte local.

Ces enquêtes qualitatives nous ont permis de faire connaissance avec les différents équipements et services de santé des douze communes de la wilaya d'Annaba et leurs organisation spatiale, avec ses acteurs et leurs pratiques, avec les principaux problèmes et besoins de santé de la population. Ces données qualitatives ont été indispensables à la rédaction d'un questionnaire pertinent. De plus, elles éclairent les résultats quantitatifs fournis par ce questionnaire et l'exploitation des registres de patients et des rapports d'activités des services.

- Les sources administratives locales (registres des patients, rapports d'activité)

L'exploitation des registres et fichiers de patients s'est révélée fort utile pour décrire les patients fréquentant les différents équipements et services de santé, notamment leur origine géographique (provenance); ce qui ouvre la porte à connaître l'aire d'influence des établissements de santé. Chaque équipement et service de santé public dispose d'un registre de patients dans lequel chaque nouveau cas est consigné. On trouve le nom, le prénom, l'adresse exactement du patient, le sexe et l'âge du patient, de même que le diagnostic et le traitement prescrit.

Chaque équipement et service de santé de la wilaya d'Annaba dispose d'un bilan d'activité mensuel et annuel bien détaillé par spécialité (service) : activités d'hospitalisation (nombre de lits, admission, journée d'hospitalisation, coefficient de rotation, Durée moyenne de séjour-DMS), activité opératoire [nombres d'actes opératoires (à chaud et à froid), nombre d'accouchements (normal et césarienne)], consultations médicales (spécialisées, de médecine générale et d'urgence), chirurgie dentaire (consultations, extractions, soins et prothèses dentaires), santé maternelle et infantiles (consultations, surveillance des femmes, surveillance

des enfants, espacement des naissances et vaccinations), imagerie médicale (scanner, échographie, radio spécialisée et standard et panoramique, doppler), laboratoires et analyses (biochimie, hémato, bactério-parasito, séro, anapath, immuno, toxico), soins infirmiers (injections, pansements, autres), évacuations (reçues, effectuées).

Concernant les caractéristiques des équipements et des services de santé du secteur public, la DSP dispose aussi d'un dossier détaillé comprend : la désignation de l'établissement, la typologie, l'adresse, le nombre de lits d'hospitalisation, les spécialités médicales et chirurgicales existantes, nombre des ambulances, le numéro de téléphone et de fax.

En ce qui concerne les services de santé du secteur privé, le système d'enregistrement est tout différent aux établissements de santé publics. Là, un énorme fichier remplace les registres (logiciel réalisé par des informaticiens de programmation). Lors du premier contact d'un patient avec ces services, en particulier les Etablissements hospitaliers privés (EHP) et les médecins spécialistes (parce que les patients, notamment qui ont des maladies chroniques, doivent effectuer des visites successivement selon les instructions des médecins), un fichier individuel est établie à son nom, avec un numéro d'identification dont une copie sur carton est remise au patient. Lors d'une visite ultérieure, ce numéro permet de retrouver le fichier du patient, qui constitue son "dossier médicale". Ce système permet un meilleur suivi du patient.

Concernant les ressources humaines, du secteur public, la DSP dispose d'un fichier bien détaillé qui comprend : le corps du personnel (médical, paramédical, administratif, technique et de service), le grade (professeur, médecins spécialiste, généraliste, dentiste, pharmacien, psychologue, sage femme, brevète) et l'effectif par type d'établissement de santé. Pour les praticiens du secteur privé, la DSP de la wilaya dispose d'un fichier non détaillé (par exemple les bilans d'activité des EHP et leurs effectifs en matière de ressources humaines, le nombre de consultations pour les médecins et dentistes...). On trouve le nom du praticien, le prénom, l'adresse professionnelle, l'année d'installation, la spécialité (pour les médecins spécialistes) et le numéro de téléphone (pour quelques pharmaciens uniquement).

Pour l'Algérie, nous avons exploité les données disponibles au niveau du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) de plusieurs années. En ce qui concerne notre terrain d'étude (la wilaya d'Annaba), nous avons exploité les données de l'année 2012 des deux secteurs public et privé.

- L'enquête sur terrain par questionnaire

Comme notre objectif consiste à comprendre les logiques qui sont derrière l'organisation et la localisation spatiale des équipements et des services de santé du secteur public et du secteur privé, il est indispensable de travailler avec un échantillon global suffisamment grand pour pouvoir le désagréger avec pertinence. Le plan d'échantillonnage comporte donc deux niveaux [les communes de la wilaya et les praticiens (ou bien équipements et services) de santé. Les douze communes de la wilaya ont été enquêtées. Les objectifs et le déroulement de l'enquête avaient été expliqués aux autorités locales].

- ***Le premier niveau : les services de santé du secteur privé***

Pour étudier les logiques de la répartition spatiale des équipements et des services de santé du secteur privé, nous avons effectué une enquête par questionnaire à partir d'un échantillon représentatif de médecins généralistes et spécialistes ayant débuté leur activité entre 1965 et 2012. Le choix de localisation des médecins est défini par le choix de la commune d'exercice et par le quartier dans les grands centres urbains comme la ville d'Annaba.

L'enquête s'est déroulée sur le terrain du 10 juin au 7 juillet 2015 auprès de 190 médecins privés à Annaba dont 77 généralistes et 113 spécialistes, soit 51,7 % et 50,9 % consécutivement des effectifs totaux de la wilaya (149 généralistes et 222 spécialistes), permettant ainsi d'effectuer des analyses statistiques. Afin de répondre aux questions posées et pour une meilleure compréhension, le questionnaire a été remis par moi-même à l'ensemble des médecins, qui ont accepté de participer à l'enquête, main à main dans leurs cabinets. Dans l'ensemble, j'ai pu récupérer les formulaires le jour même de l'entretien, sinon je les récupérais par voie postale.

La représentativité de l'échantillon des généralistes et des spécialistes repose sur la méthode des quotas concernant le lieu d'exercice des médecins suivant la commune et le zonage en aires urbaines de (ONS) de 2012. Toute commune, urbaine ou rurale, qui comprend au moins un médecin, généraliste ou spécialiste, a été enquêtée. Donc le nombre de communes à enquêter concernant les généralistes est de 10 dont 07 sont des communes urbaines, en ce qui concerne les spécialistes, le nombre est de 05 (100 % urbaines²).

Pour que l'enquête soit représentative et pour éviter une surreprésentation ou sous-représentation, le nombre de médecins interrogés pour chaque commune, est calculé exactement en divisant l'effectif des médecins installés par deux (le nombre de médecins interrogés = 1/2 le nombre de médecins installés).

La plupart des communes de la wilaya comprend trois zones principales (ACL, agglomérations secondaires et les zones éparses). Etant donné que les disparités dans la répartition des médecins sont plus marquées entre ces trois zones, le choix des médecins interrogés, pour chaque commune, doit mettre en évidence leurs répartitions géographiques sur ces trois zones. Pour le cas de la ville d'Annaba, où ce concentrent plus de 52 % des généralistes et 84 % des spécialistes, l'enquête couvre les grands quartiers qui la composent.

Concernant les médecins spécialistes, pour que l'enquête couvre toutes les spécialités médicales, 50 % de l'effectif (des médecins) de chaque spécialité a été interrogés.

² Concernant les typologies de communes (urbaines ou rurales), l'étude se base sur la classification établie par l'Office national des statistiques (ONS) pour l'ensemble des 1541 entités communales constituant l'Algérie, basant sur les données du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2008, précisément sur un ensemble de données : le nombre et l'activité économique principale des habitants, le rang administratif, le raccordement aux réseaux divers, la présence/l'absence ou sur l'importance de différents services présents au sein de chaque commune (équipements de soins, éducatifs, socioculturels, infrastructures de sports et de loisirs, équipements administratifs) et le taux annuel moyen d'accroissement de la population.

Les fortes hétérogénéités de densité démographique dans la wilaya induisent des effectifs de médecins très disparates suivant les communes ou les types d'espaces considérés. Ainsi, dans l'agglomération chef lieu de la wilaya (Annaba ville), 39 médecins généralistes ont été interrogés (soit 50,6 % des généralistes enquêtés) et 9 dans la commune d'El Bouni et à Sidi Amar (soit 11,7 %). De même, les médecins généralistes exerçant dans les autres communes rurales et isolées sont 7,8 % (6 personnes interrogées) et 71,4 % dans les trois grands centres urbains (Annaba, El Bouni et El Hadjar) soit 55 médecins généralistes enquêtés.

Concernant les spécialistes, leurs lieux d'exercice sont situés essentiellement à Annaba ville (83,2 % soit 94 spécialistes interrogés) et globalement dans les trois grands centres (97,3 % soit 110 spécialistes). En réalité, il n'existe aucun spécialiste dans sept communes. L'hétérogénéité de l'offre des spécialistes est plus importante que celle des généralistes. Seulement 2,6 % d'entre eux exercent hors les trois grands centres urbains (3 personnes) et il n'existe aucun spécialiste dans les communes rurales ou enclavées³.

- ***Le second niveau : les services de santé du secteur public***

Un autre questionnaire a été mené pour les équipements et les services de santé du secteur public. Hors les salles de consultation et de soins, tous les équipements et les services de santé du secteur public de la wilaya ont été enquêtés (soit 100 % des services).

Le nombre de salles de consultation et de soins enquêtés pour chaque commune, est calculé exactement en divisant l'effectif des salles existantes (au niveau de chaque commune) par deux. Donc pour la commune d'Annaba 7 salles, El Bouni 5, Séraïdi 1, El Hadjar 2, Sidi Amar 4 parmi 7, Ain Berda 3, Eulma 3, Berrahal 2, Oued Aneb 3 parmi 5 et pour les communes de Cheurfa, Chétaïbi et Tréat (2 parmi 3 pour chacune). Le choix des lieux des salles de soins enquêtés n'est pas aléatoire, il s'agit d'un choix orienté. Il faut que l'enquête couvre les trois zones composantes chaque commune (ACL, AS et zones éparses). Comme le cas des services privés, à Annaba centre, où se concentrent presque 10 % des salles de consultation et de soins, l'enquête couvre les grandes unités urbaines qui composent la ville.

Cet échantillonnage orienté est en fonction d'une typologie des zones où mener l'enquête a conduit à une surreprésentation de certaines communes, notamment les communes enclavées puisque nous voulions distinguer plusieurs avis et réponses.

L'enquête s'est déroulée pendant le moi de Novembre 2015 et le questionnaire a été remis à l'ensemble des directeurs des hôpitaux et des polycliniques ou bien des médecins chefs pour le cas des salles de consultation et de soins.

³ C'est le cas de la commune de Tréat qui située aux confins du territoire de la wilaya, pauvre en investissements, démunie en ressources, difficilement localisable car implantée sur un axe routier très peu fréquentable et grandement amputée de sa population du fait que presque tous ses douars ont été abandonnés par leurs habitants au cours de la décennie noire (période du terrorisme).

Ière Partie

*Présentation de l'aire d'étude et les théories
de localisation des services*

Introduction de la première partie

Nous allons présenter une étude relevant du domaine de la géographie de la santé consacrée à l'aménagement. Le fil directeur consiste à comprendre les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

Cette première partie comprend deux chapitres. Dans le premier, nous donnerons un aperçu global, dans un premier temps, sur le découpage administratif et sanitaire de l'Algérie ainsi que la répartition géographique des équipements et des services sanitaires sur les différentes régions géo-sanitaires du pays, dans un deuxième temps, sur les caractéristiques démos socioéconomiques de la population de la wilaya d'Annaba. Dans le deuxième, nous exposerons, d'une part, les méthodes et les modèles de localisation des services, d'autre part, les critères d'implantation et d'installation des praticiens du secteur privé.

La finalité de cette partie est de tenter de décrire, en bref, le contexte algérien notamment en matière de répartition spatiale des équipements et des services sanitaires, puis plus longuement, notre périmètre d'intervention qui est la wilaya d'Annaba, concernant les caractéristiques démos socioéconomiques de la population.

Chapitre 1 : Répartition géographique des équipements et des services sanitaires en Algérie.

Cette thèse se focalise sur la wilaya d'Annaba, dans l'Est algérien, et plus précisément sur ces services sanitaires et ces habitants. Plus ou moins directement, de nombreux facteurs influencent l'état de santé de cette population. Il est donc nécessaire de décrire brièvement le contexte national puis, plus longuement, la wilaya d'Annaba et ses équipements et services sanitaires ainsi que ses habitants.

1. L'Algérie

1.1. Divisions administratives et sanitaires de l'Algérie

- ***La division administrative***

L'organisation administrative du pays est fondée sur la commune, qui est la cellule de base. Les unités administratives actuelles du pays comprennent : les wilayas (48), les daïras (548) et les communes (1541). L'Algérie est ainsi subdivisée en wilayas lesquelles se composent de deux ou plusieurs daïras qui regroupent elles mêmes un certain nombre de communes. La commune étant le plus petit élément légal du découpage territorial.

Les communes sont de dimensions très hétérogènes et peuvent être très étendues. On peut fréquemment trouver une ou plusieurs agglomérations dans une même commune ou, inversement, plusieurs communes dans une même agglomération. L'agglomération où est situé le siège de l'Assemblée populaire communale (APC) est dite Agglomération chef-lieu (ACL), les autres agglomérations d'une même commune sont dites Agglomérations secondaires (AS) alors que les agglomérations qui s'étendent sur plusieurs communes sont dites agglomérations intercommunales (AIC).

Avec 2 947 446 habitants en 2008, la wilaya d'Alger est la wilaya la plus peuplée d'Algérie. Les caractéristiques des wilayas algériennes sont très disparates les unes comparées aux autres. Cela est dû à l'histoire du pays, à sa géographie et à sa démographie. Ainsi, on peut noter de grandes différences parmi les quarante-huit wilayas en termes de superficies, du nombre de communes ou de daïras et de population.

- ***La division sanitaire***

Le système national de santé est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Il est organisé de manière à pouvoir prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de façon globale et cohérente. L'Algérie comprend trois grandes régions géographiques (territoires) :

- Le Tell qui compte 25 wilayas, 4 % du territoire et 60 % de la population ;
- Les Hauts plateaux : 14 wilayas, 13 % du territoire et 30 % de la population ;
- Le Sahara qui compte 09 wilayas, 83 % du territoire et 10 % de la population.

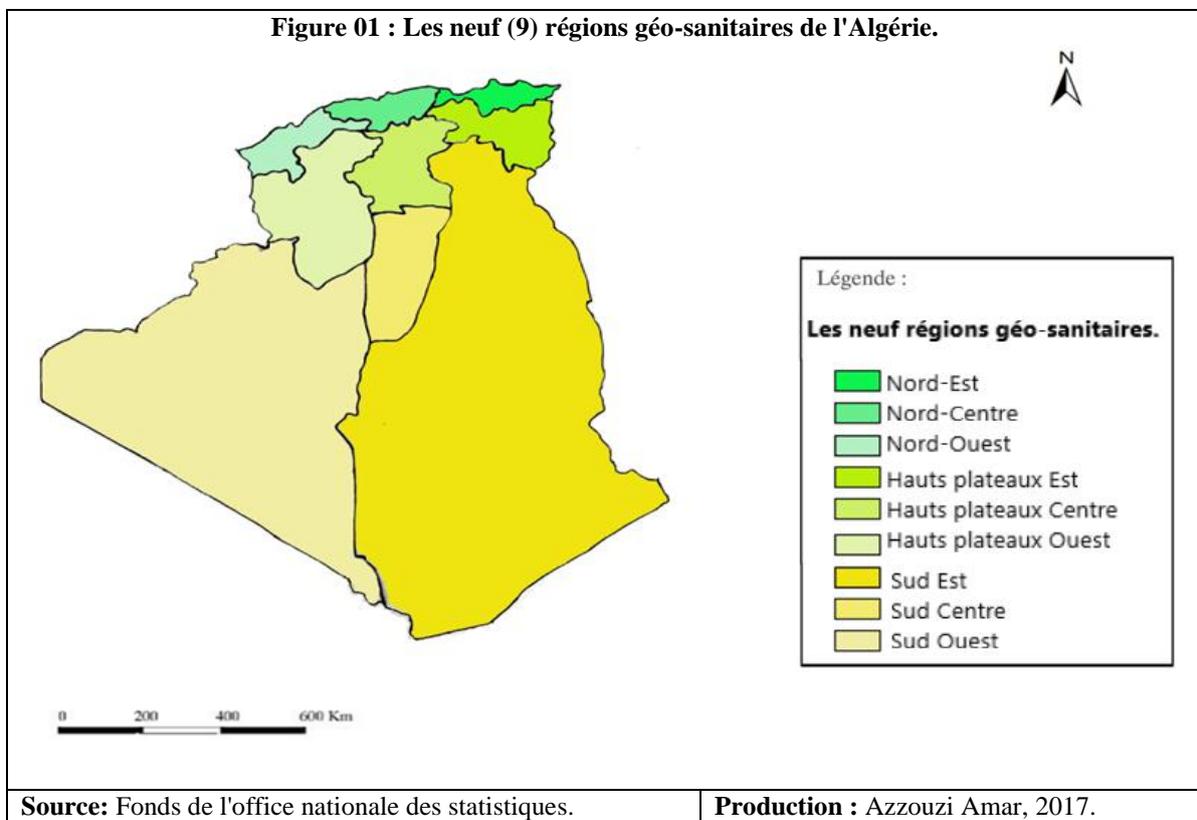
Tenant compte de ces régions, des regroupements de population, des bassins de vie et d'emploi, nous avons étudié la répartition géographiques des équipements et des services sanitaires dans neuf (09) régions géo-sanitaires en tenant compte de la loi n° 10-02 du 29 juin 2010 portant approbation du Schéma national d'aménagement du territoire (SNAT 2025) basé sur les quatre lignes directrices que sont :

- la durabilité des ressources,
- le rééquilibrage du territoire,
- l'attractivité et la compétitivité des territoires
- et l'équité sociale et territoriale.

Les neuf (9) régions géo-sanitaires sont :

✓ **Au niveau du Tell**

1. Le « Nord-Centre » qui comporte 10 wilayas : Alger, Blida, Boumerdes, Tipaza, Bouira, Médéa, Tizi Ouzou, Bejaïa, Chlef et Ain Defla ;
2. Le « Nord-Est » qui comporte 8 wilayas : Annaba, Constantine, Skikda, Jijel, Mila, Souk Ahras, El Tarf et Guelma ;
3. Le « Nord-Ouest » qui comporte 7 wilayas : Oran, Tlemcen, Mostaganem, Ain Témouchent, Relizane, Sidi Bel Abbes et Mascara.



✓ **Au niveau des Hauts plateaux**

4. Les « Hauts plateaux-Centre » qui comportent 3 wilayas : Djelfa, Laghouat et M'Sila;
5. Les « Hauts plateaux-Est » qui comportent 6 wilayas : Sétif, Batna, Khenchela, Bordj Bou Arreridj, Oum El Bouaghi, Tébessa ;
6. Les « Hauts plateaux-Ouest » qui comportent 5 wilayas : Tiaret, Saida, Tissemsilt, Naâma, El Bayadh.

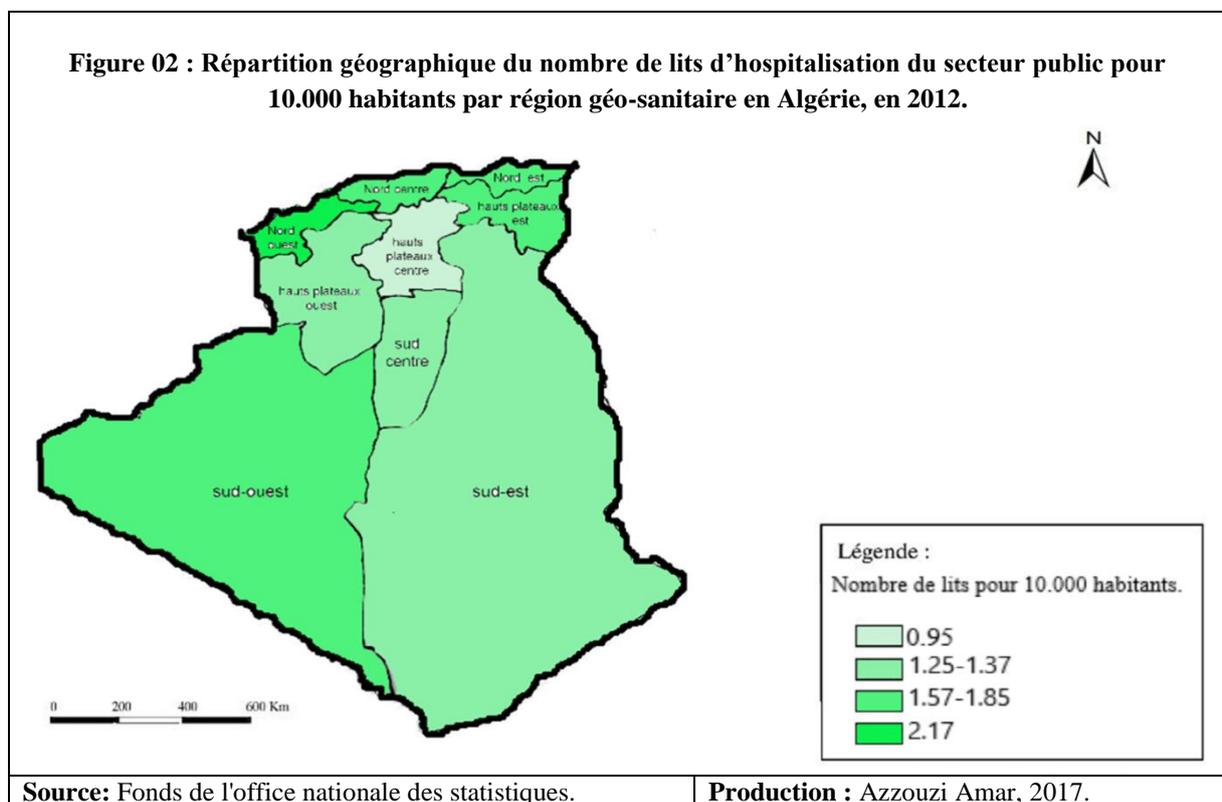
✓ **Au niveau du Sud**

7. Le « Sud-Ouest » qui comporte 3 wilayas : Béchar, Tindouf, Adrar ;
8. Le « Sud-Centre » qui comprend la wilaya de Ghardaïa.
9. Le « Sud-Est » qui comporte 5 wilayas : El oued, Biskra, Ouargla, Tamanrasset et Illizi.

1.2. Répartition géographique des équipements et des services sanitaires sur les neuf régions géo-sanitaires de l'Algérie

• *Les services du secteur public*

Le nombre total de lits d'hospitalisation dans le secteur public pour l'année 2012 est de 62328 lits. C'est la région du Tell, la plus peuplée, qui dispose du plus grand nombre d'hôpitaux avec une moyenne de 1.83 lits/1000 habitants (ratio meilleur que la moyenne nationale qui n'est que de 1,64 lits/1000 habitants en 2012).



C'est dans cette région (Nord) que se trouvent la plupart des CHU et des Centre anti-cancer (CAC). Et à l'intérieur de cette région, c'est la région Nord-Ouest qui dispose du plus grand nombre d'infrastructures sanitaires.

Tableau 01: Répartition des équipements hospitaliers et extrahospitaliers du secteur public sur les trois parties de la région Nord de l'Algérie en 2012.

Région	Superficie (km ²)	Population (2012)	Hôpitaux Nombre de lits	EPSP		Maternité
				Polyclinique	SCS	
Nord Ouest	35.697	5.657.651	1 EHU 3 CHU	257	995	63
	1,5 %	14.93 %	2 EH 29 EPH 12 EHS 12273 Lits 2.17 lits/ 1000h	1/22014 h	1/5686 h	514 lits
Nord Centre	32.605	11.043.174	6 CHU 46 EPH	410	1255	85
	1,4 %	29,14 %	18 EHS 18300 Lits 1.66 lits/ 1000h	1/26934 h	1/8799 h	784 lits
Nord- Est	25.945	5.975.102	03 CHU 02 EH	258	977	46
	1,2%	15,76 %	35 EPH 10 EHS 11057 Lits 1.85 lits/ 1000h	1/23159 h	1/6115 h	379 lits
Région Nord	94.247	22.675.927	01 EHU 12 CHU	925	3227	194
	03 ,99 %	59,83 %	04 EH 110 EPH 40 EHS 41630 Lits 1.83 lits/ 1000h	1/24514 h	1/7027 h	1677 lits

Source : Ministère de la santé et de la population +traitement personnel.

La région des Hauts Plateaux est celle qui a le plus faible nombre de lits d'hospitalisation par habitants. Cette faiblesse est plus accentuée au niveau de la région centre des Hauts-Plateaux avec seulement 0.95 lit/1000 habitants.

La région Est des Hauts-Plateaux qui possède deux villes siège de faculté de médecine vient de bénéficier de l'ouverture au niveau de ces deux villes de 02 centres anti-cancer disposant de trois générateurs ce qui soulagera la pression sur les villes de Constantine et de Ouargla.

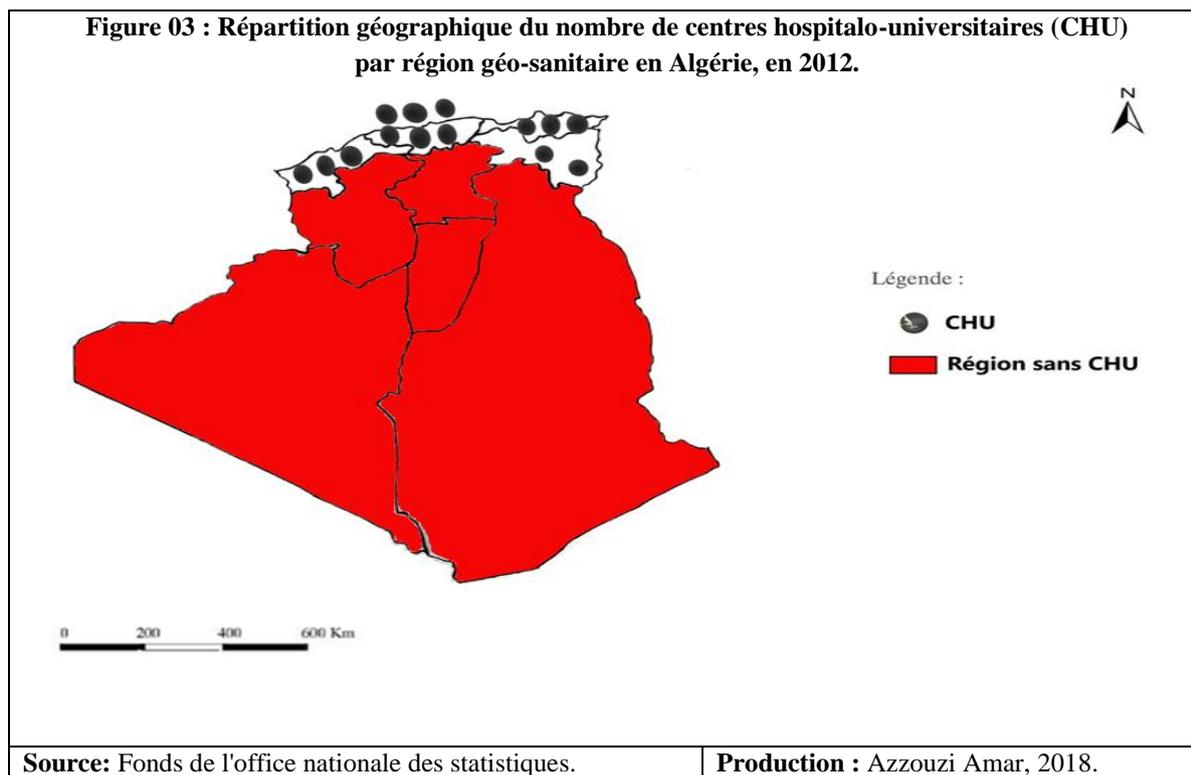


Tableau 02: Répartition des équipements hospitaliers et extrahospitaliers du secteur public sur les trois parties de la région des Hauts-plateaux de l'Algérie en 2012.

Région	Superficie (km ²)	Population	Hôpitaux Nombre de lits	EPSP		Maternité
				Polyclinique	SCS	
Hauts-plateaux Ouest	139.409 5,8 %	2.673.587 7.05 %	14 EPH 04 EHS 3334 lits 1,25 lits/1000h	117 1/22851 h	414 1/6458 h	44 263 lits
Hauts-plateaux Centre	110.190 4,6 %	2.998.203 7.91 %	11 EPH 05 EHS 2851 lits 0.95 lit/1000h	126 1/23795 h	339 1/8844 h	32 45 lits
Hauts-plateaux Est	54.487 2,3 %	5.775.779 15.24 %	02 CHU 1 EH 34 EPH 10 EHS 9070 lits 1,57 lits/1000h	245 1/23574 h	831 1/6950 h	77 658 lits
Région Hauts-plateaux	304.086 12,87 %	11.447.569 30.20 %	02 CHU 1 EH 59 EPH 19 EHS 15255 lits 1,33 lits/1000h	488 1/23458 h	1584 1/7227 h	153 966 lits

Source : Ministère de la santé et de la population +traitement personnel.

La capacité hospitalière dans la région Sud est également faible 1,44 lits/1000 habitants, cela en plus de l'éloignement pour accéder aux services de santé. La couverture sanitaire en matière de structures légères (polycliniques et salles de soins) est nettement meilleure dans la région Sud que dans les régions du Tell et des Hauts-Plateaux.

Par contre, seule la région Sud-Est dispose d'un centre anti-cancer (CAC) à l'heure actuelle, dont ne peut bénéficier la population de la région Sud-Ouest qui doit encore se déplacer vers la région Nord-Ouest.

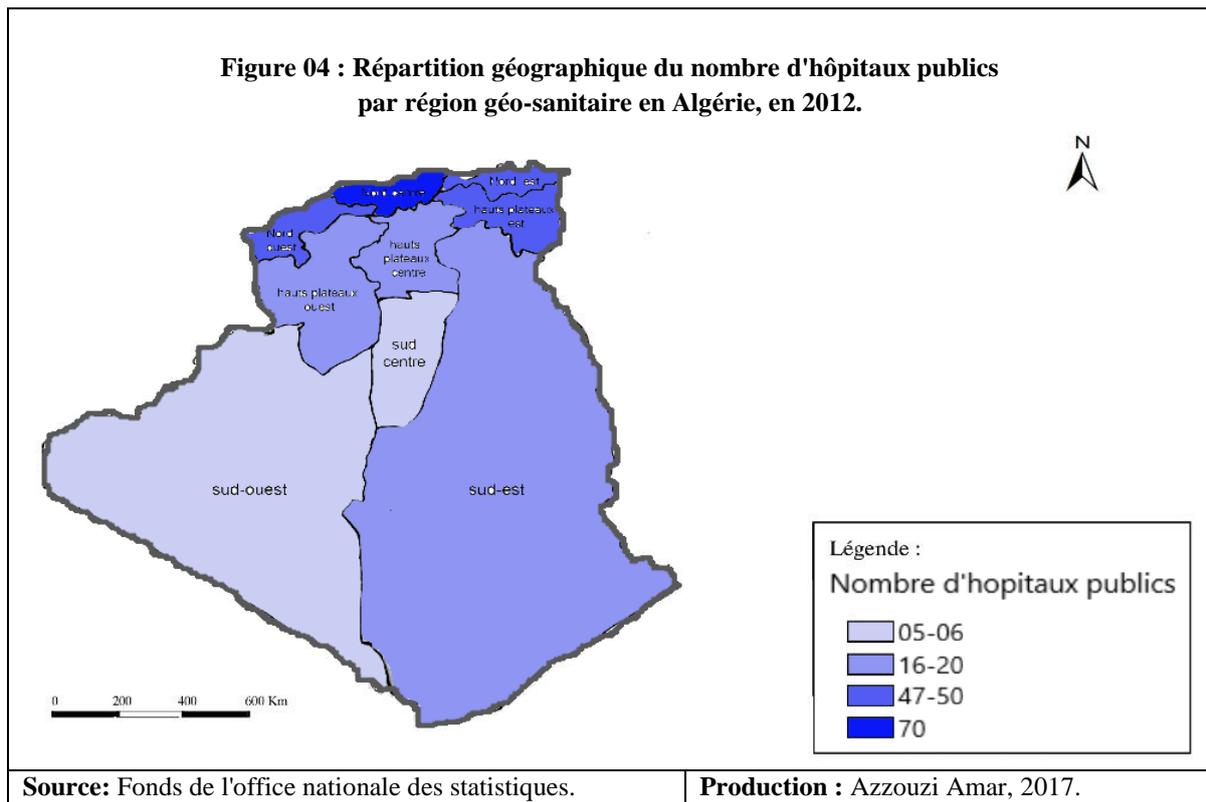
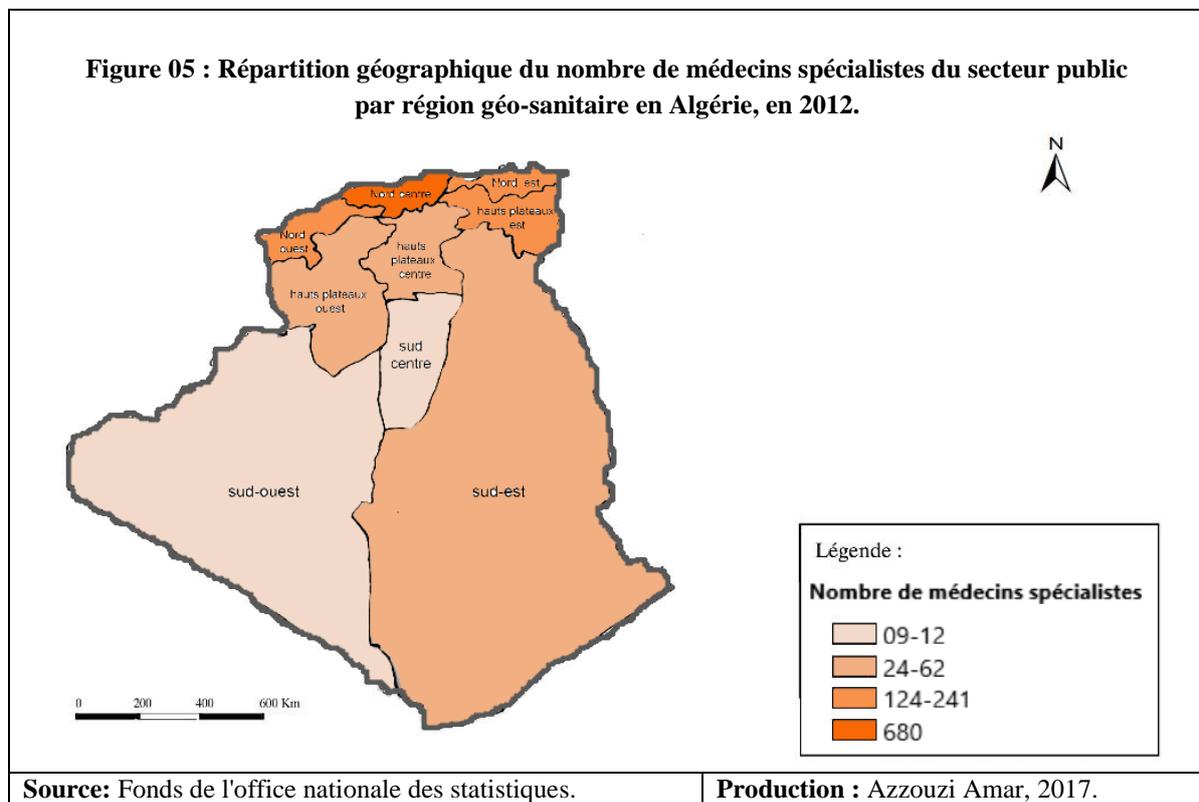


Tableau 03: Répartition des équipements hospitaliers et extrahospitaliers du secteur public sur les trois parties de la région Sud de l'Algérie en 2012.

Région	Superficie (km ²)	Population	Hôpitaux Nombre de lits	EPSP		Maternité
				Polyclinique	SCS	
Sud Ouest	748.568 31,4 %	880.534 2.32 %	06 EPH 1584 lits 1.80 lits/1000h	59 1/14924 h	251 1/3508 h	25 116 lits
Sud Centre	86.105 3,6 %	456.359 1.20 %	04 EPH 01 EHS 625 lits 1,37 lits/1000 h	20 1/22818 h	61 1/7481 h	03 23 lits
Sud Est	1.130.063 47,4 %	2.439.611 6.44 %	14 EPH 06 EHS 3234 lits 1,32 lit/1000h	109 1/22382 h	422 1/5781 h	34 214 lits
Région Sud	1.964.736 83,14 %	3.776.504 9.97 %	24 EPH 07 EHS 5443 lits 1,44 lits/1000h.	188 1/20088 h	734 1/5145 h	62 353 lits

Source : Ministère de la santé et de la population +traitement personnel.

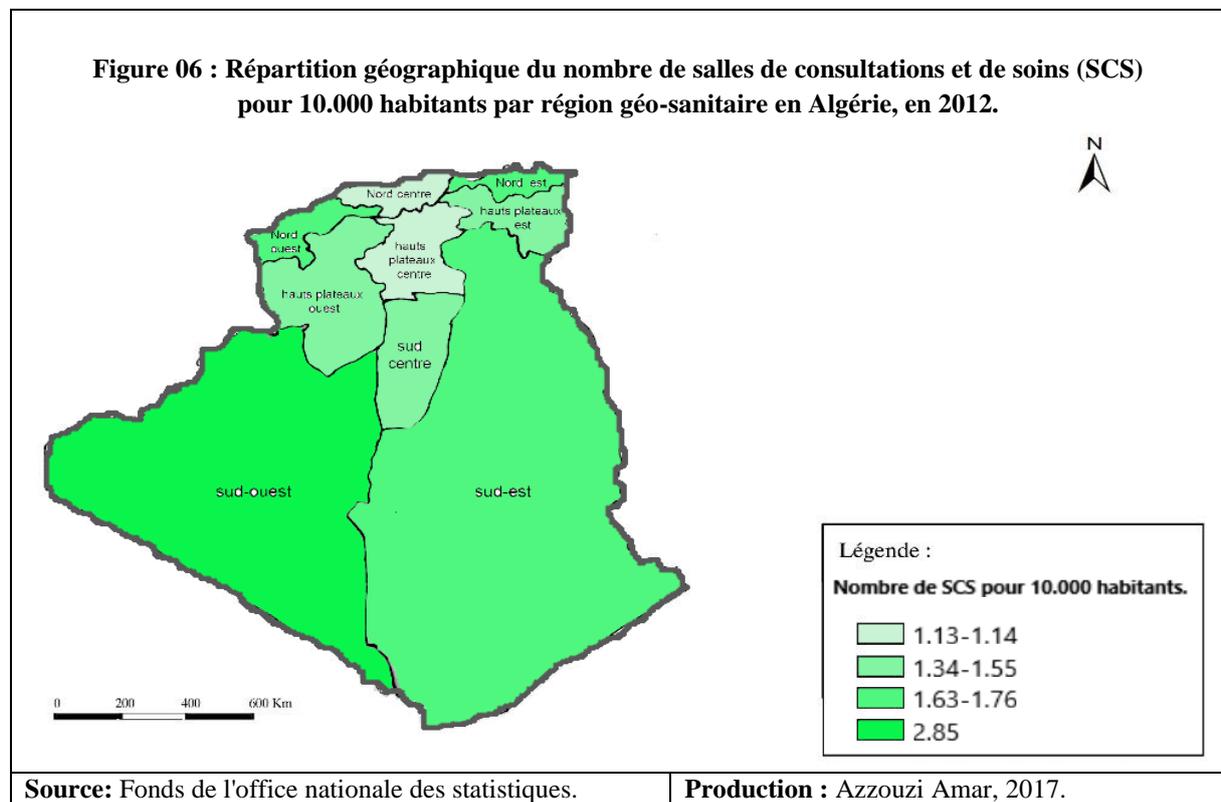
En ce qui concerne les médecins spécialistes du secteur public, et plus particulièrement dans les établissements publics de santé de proximité EPSP, 1378 médecins spécialistes y exercent.



Les principales spécialités retrouvées dans ces structures sont : la médecine du travail (21%), les spécialités de chirurgie dentaire (15%), l'épidémiologie (10%), la pédiatrie (8,5%), la pneumo-phtisiologie (8%) et la psychiatrie (7%). Mais ce qui est surprenant c'est de trouver des médecins spécialistes en chirurgie générale, urologie ou orthopédie.

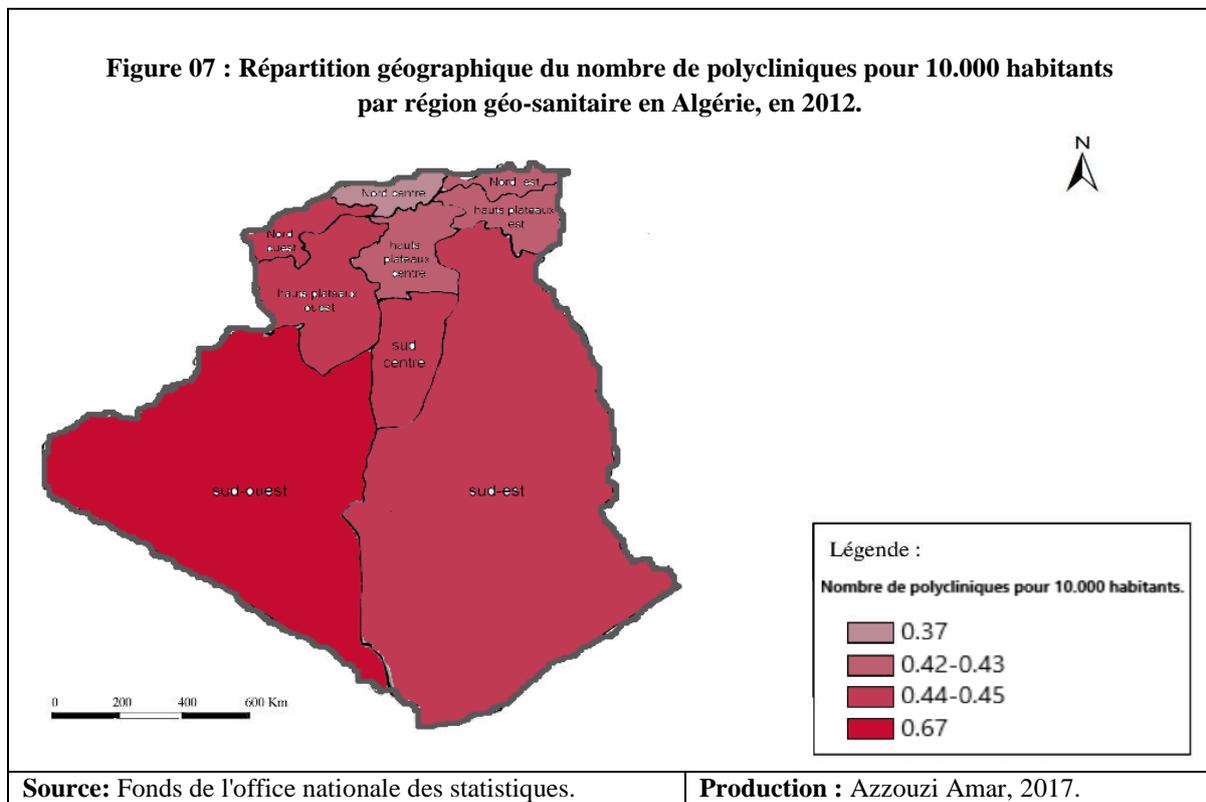
La majorité de ces spécialistes (70 %) exercent dans les wilayas siège de villes de faculté de médecine, là où il y a un nombre plus que suffisant de médecins spécialistes dans les CHU, EHS et EPH.

Si la réalisation des hôpitaux et polycliniques obéit (en principe) à une politique de planification élaborée par le ministère de la santé, la réalisation des salles de consultation et de soins est à la charge de la commune et de ce fait les directions de la santé des wilayas (ainsi que le ministère de la santé) sont parfois confrontés à la demande voire à la réalisation de salles de soins qu'il faut équiper et moyens matériels et humains, ce qui n'est pas toujours évident.



La majorité des polycliniques fonctionnent avec des praticiens généralistes (médecins et chirurgiens dentistes). Pour la région Sud qui dispose de 188 polycliniques, 734 salles de soins et 62 maternités, on ne compte que 34 médecins spécialistes, 2134 médecins généralistes, 518 chirurgiens dentistes et seulement 61 pharmaciens pour 3980 paramédicaux tous grades confondus. Si on affecte un médecin pour chaque salle de soins, on ne pourra pas mettre deux médecins dans chaque polyclinique. Quant aux pharmaciens il ne peut y avoir qu'un pour deux polycliniques.

La facilitation de l'accès aux soins et à une partie des explorations spécialisées au niveau des polycliniques se heurte à des difficultés liées au déficit en praticiens spécialistes et surtout au fait que la majorité des équipements et services de sante des Hauts-Plateaux et du Sud fonctionnent avec des praticiens spécialistes en train d'effectuer leur service civil (1 à 3 ans).

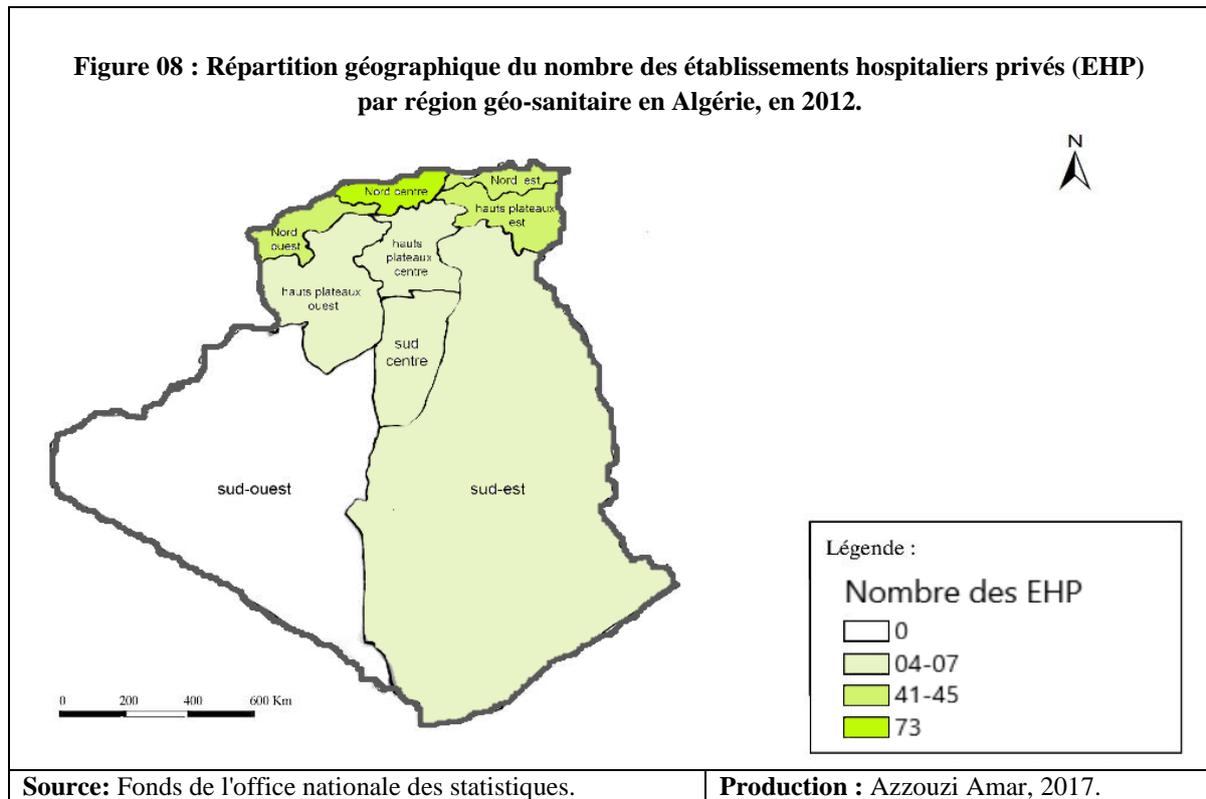


Il s'agit ainsi de praticiens non stables qui n'attendent que la fin de leur service civil pour revenir vers la région Nord. Par ailleurs d'une période à une autre, au sein d'un même établissement de santé, les spécialités changent en fonction de l'arrivée de ces médecins spécialistes. Ainsi une population habituée à être prise en charge pour une affection donnée (exemple diabète, goitre ou HTA) constate que le médecin spécialiste traitant a quitté la région remplacé par un médecin d'une autre spécialité ne pouvant les prendre en charge. Ce service civil (pour certaines spécialités seulement) a montré ses limites : beaucoup de praticiens refusent de rejoindre leurs postes d'affectations, ceux qui rejoignent s'arrangent pour y être le moins possible (soit 02 jours/ semaine soit 10 jours par mois sous forme de gardes d'astreinte) dans ces villes où très peu de commodités leurs sont offertes

- **Les services du secteur privé**

Les Etablissements hospitaliers privés (EHP) (avec lits d'hospitalisations), au nombre de 224 fonctionnels, avec une capacité de 4720 lits, sont en majorité dans la région Nord et la région Hauts-Plateaux Est, surtout dans les grandes villes siège de faculté de médecine. La région Sud-Ouest en est complètement dépourvue ; deux des plus vastes wilayas du pays (Tamanrasset et Illizi) qui composent la plus grande partie de la région Sud-Est en sont

également dépourvues ainsi que dans la région Hauts-Plateaux-Ouest où les wilayas de Naâma, Tissemsilt et El Bayadh ne disposent d'aucun établissement hospitalier privé.



Dans cette analyse nous n'avons pas tenu compte des cliniques médicales (une vingtaine) et médicochirurgicales de jour (57 cliniques d'ophtalmologie et d'ORL réparties sur 22 wilayas dont 18 à Alger), des centres de diagnostic (36 ouverts répartis sur 13 wilayas) et des centres d'hémodialyse (163 centres répartis sur 40 wilayas et disposant de 2202 générateurs). Seules les cliniques assurant l'hospitalisation ont fait l'objet de cette analyse.

Tableau 04: Répartition et ratio des praticiens du secteur privé sur les trois parties de la région Nord de l'Algérie en 2012.

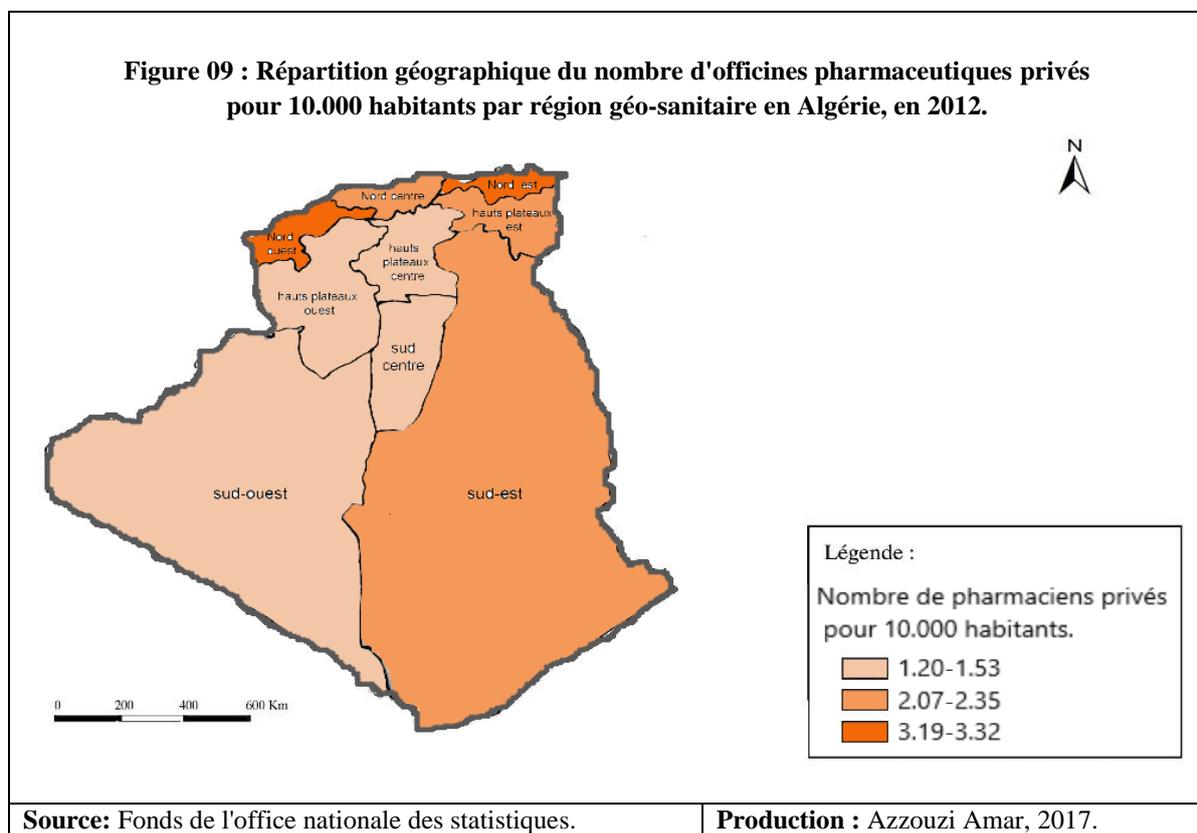
	EHP	Spécialiste	Généraliste	Dentiste	Pharmacien
Nord Ouest 05.657.651	45	1490 1/3797 hab	1269 1/4458 hab	652 1/8677 hab	1878 1/3012 hab
Nord Centre 11.043.174	73	3755 1/2941 hab	2242 1/4925 hab	1920 1/5751 hab	2601 1/4246 hab
Nord Est 05.975.102	41	1662 1/3595 hab	1129 1/5292 hab	1439 1/4152 hab	1906 1/3135 hab
Total région Nord 22.675.927 hab	159	6907 1/3283 hab	4640 1/4887 hab	4011 1/5653 hab	6385 1/3551 hab

Source : Ministère de la santé et de la population +traitement personnel.

9177 officines pharmaceutiques sont ouvertes à travers le pays. 70 % de ces officines sont implantés dans la région du Tell, avec un ratio moyen d'une officine pour 3551 habitants et d'une officine pour seulement deux (2) praticiens (médecin généraliste ou spécialiste et chirurgien dentiste).

Ce ratio dépasse la norme d'un (1) pharmacien pour 5000 habitants, pourtant le nombre de demandes d'ouverture de nouvelles officines pharmaceutiques, dans la plupart des wilayas du nord et tel que le ministère chargé de la santé envisage de revoir à la baisse cette norme alors qu'un nombre appréciable d'hôpitaux et surtout beaucoup de polycliniques du secteur public fonctionnent sans pharmaciens. Pourtant la responsabilité de la dispensation de médicaments est du ressort du seul pharmacien.

Dans la région des Hauts Plateaux, la moyenne est d'une officine pour 5402 habitants mais il existe une variation entre la région Est qui est également d'une officine pour 4558 habitants et les régions Centre et Ouest où il y a une officine pour plus de 6500 habitants.



Dans la région Sud, la moyenne est d'une officine pour 5611 habitants, mais si la norme est dépassée dans la région Est, pour les régions Centre et Ouest, il existe encore un déficit.

Le phénomène de sursaturation constaté dans la région Nord et dans la région des Hauts-Plateaux Est, est dû à la suppression par le ministère de la santé à différentes époques du numerus clausus d'une officine/5000 habitants situé au moins à 200 mètres de l'officine la plus proche et ayant une surface utile de 50m².

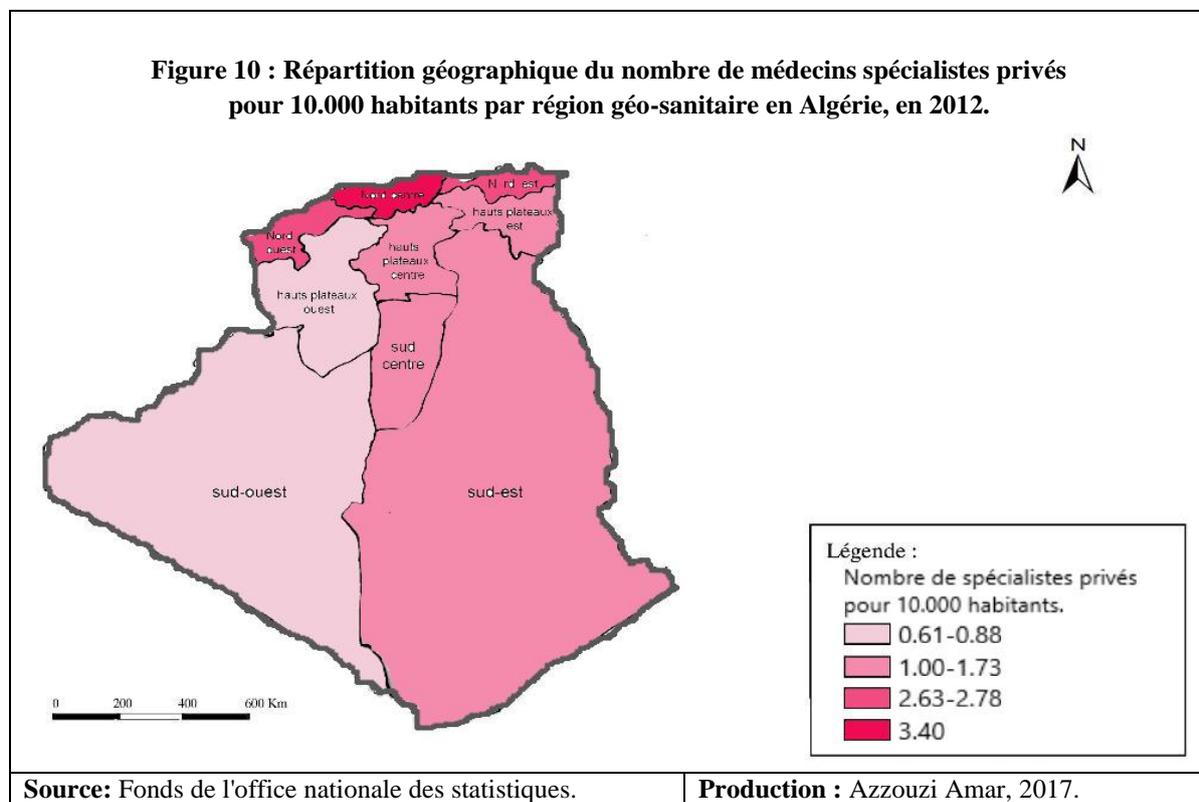
Cette suppression qui a intéressé essentiellement les grandes villes alors qu'elle devait s'adresser aux zones enclavées, avait entraîné une levée de boucliers de la part du conseil de l'ordre des pharmaciens.

Tableau 05: Répartition et ratio des praticiens du secteur privé sur les trois parties de la région des hauts plateaux de l'Algérie en 2012.

	EHP	Spécialiste	Généraliste	Dentiste	Pharmacien
Hauts Plateaux Ouest 02.673.587	4	235 1/11377 hab	249 1/10737 hab	75 1/35648 hab	408 1/6552 hab
Hauts Plateaux Centre 02.998.203	5	300 1/9994 hab	436 1/6877 hab	164 1/18282 hab	444 1/6753 hab
Hauts Plateaux Est 05.775.779	45	997 1/5793 hab	832 1/6942 hab	705 1/8192 hab	1267 1/4558 hab
Total Hauts Plateaux 11.447.569 hab	54	1532 1/7472 hab	1517 1/7546 hab	944 1/12126 hab	2119 1/5402 hab

Source : Ministère de la santé et de la population +traitement personnel.

Le nombre de médecins spécialistes installés en cabinets privés est de 8864 .Rapporté à la population de différentes régions du pays, on constate qu'il y a deux (2) fois plus de médecins spécialistes dans la région Nord que dans la région des Hauts Plateaux et pratiquement près de trois (3) fois plus que dans la région Sud. Dans la région Nord, c'est la région centre qui est le mieux desservie ; dans les Hauts plateaux, c'est la région Est et au Sud c'est la wilaya de Ghardaïa qui dispose du meilleur ratio.



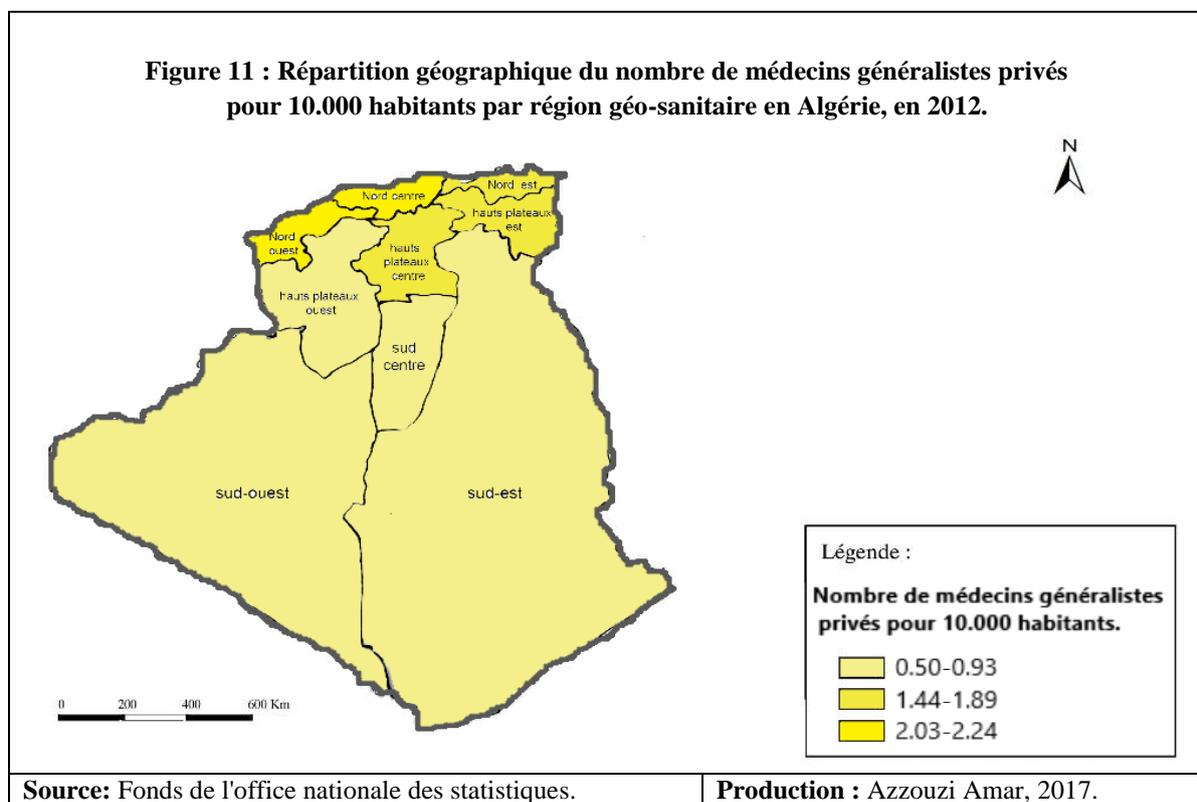
Les spécialités les plus attractives pour l'installation dans le secteur privé sont : la gynécobstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie, la médecine interne, la radiologie et la cardiologie.

Tableau 06: Répartition et ratio des praticiens du secteur privé sur les trois parties de la région Sud de l'Algérie en 2012.

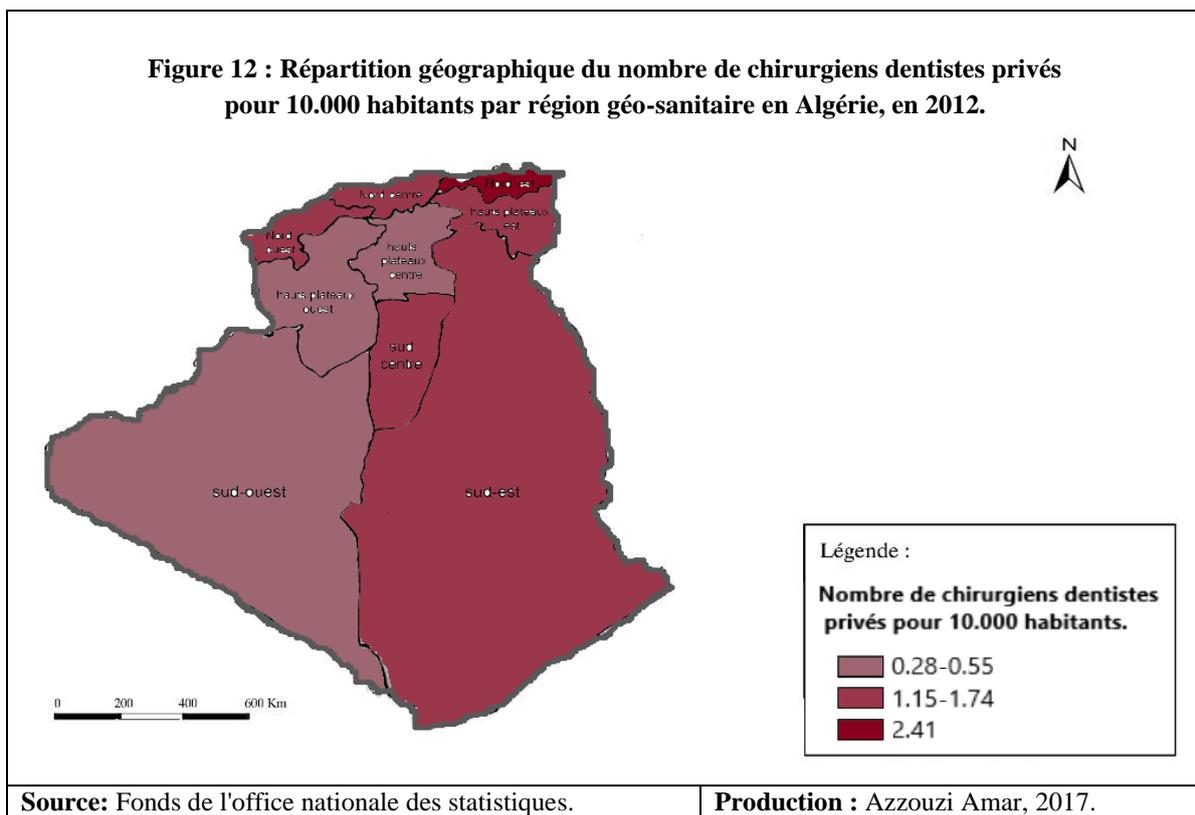
	EHP	Spécialiste	Généraliste	Dentiste	Pharmacien
Sud Ouest 880.534	0	54 1/16306 hab	44 1/20012 hab	25 1/35221 hab	113 1/7792 hab
Sud Centre 456.359	4	70 1/6519 hab	41 1/11130 hab	63 1/7243 hab	55 1/8297 hab
Sud Est 02.439.611	7	301 1/8105 hab	216 1/11294 hab	398 1/6129 hab	505 1/4830 hab
Total région Sud 03.776.504 hab	11	425 1/8885 hab	301 1/12546 hab	486 1/7770 hab	673 1/5611 hab

Source : Ministère de la santé et de la population +traitement personnel.

Le nombre de médecins généralistes installés en cabinet privé est légèrement moins élevé que celui des médecins spécialistes : 6458. La répartition par région montre une meilleure couverture au niveau du Nord 1cabinet /4887 habitants suivie de la région des Hauts plateaux 1 cabinet/7546 habitants et loin derrière arrive la région Sud qui ne dispose que d'un (1) cabinet pour 12546 habitants. Et comme pour les médecins spécialistes, c'est la région Sud-Ouest qui est la moins couverte : 1 cabinet /20012 habitants.



Le nombre de chirurgiens dentistes installés dans le secteur privé est de 5441. 74 % d'entre eux sont installés dans la région du Tell assurant ainsi un ratio d'un (1) cabinet dentaire pour 5653 habitants. 17 % sont installés dans les Hauts-plateaux assurant ainsi une couverture d'un cabinet dentaire pour 12126 habitants (mais la région Hauts-plateaux Ouest aussi mal couverte que la région Sud-Ouest avec un ratio de 1 cabinet dentaire/35648 habitants). La région Sud dans sa globalité à un ratio de 1 cabinet dentaire/7770 habitants.



2. Les caractéristiques démos-socioéconomiques de la population Annabi

2.1. Les caractéristiques démographiques

- *Situation géographique*

Annaba se situe sur la rive sud du bassin méditerranéen au nord-est de l'Algérie, à distance d'environ 600 km de la capitale Alger et à 100 km de la frontière tunisienne. Elle est dominée à l'ouest par la chaîne de montagne de l'Edough (1 008 m d'altitude). La wilaya d'Annaba s'étend sur une superficie de 1393,20 km², elle est limitée :

- ✓ au nord par la mer Méditerranée.
- ✓ à l'est par la wilaya d'El Tarf.
- ✓ à l'ouest par la wilaya de Skikda.
- ✓ au sud par la wilaya de Guelma.

Sur le plan administratif, le territoire de la wilaya d'Annaba est formé de six daïras et douze communes.

Tableau 07: Répartition de la population et de la superficie, par commune, dans la wilaya.

Daïras	communes rattachées	superficie (km ²)	population (N)	densité (hab/Km ²)
Annaba	Annaba	50	261 501	5230.02
	Séraïdi	110	7 811	71
El-Bouni	El-Bouni	95,18	131 387	1380.40
El Hadjar	El-Hadjar	64,74	38 881	600.57
	Sidi Amar	44,90	88 015	1960.24
Berrahal	Berrahal	174,14	24 496	140.66
	Oued Aneb	191,53	22 826	119.17
	Treat	124,05	6 525	52.60
Ain Berda	Ain Berda	139,60	22 048	157.94
	Cheurfa	97,19	10 074	103.65
	Eulma	165,35	11 036	66.74
Chétaïbi	Chétaïbi	136,52	8 229	60.27
T. wilaya	12	1393.20	632 829	454.23

Source: DPAT de la wilaya, Janvier 2013.

Figure 13 : Situation géographique de la wilaya d'Annaba.

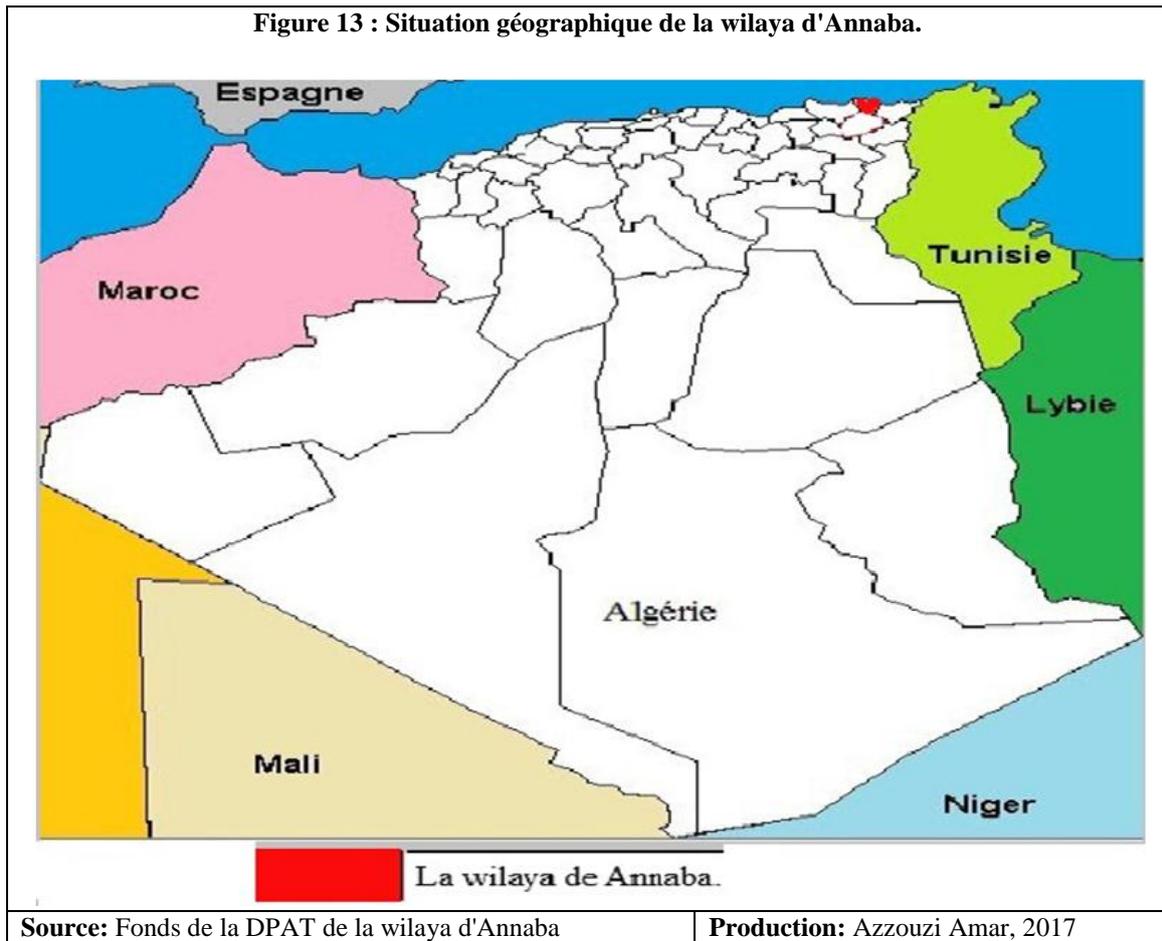
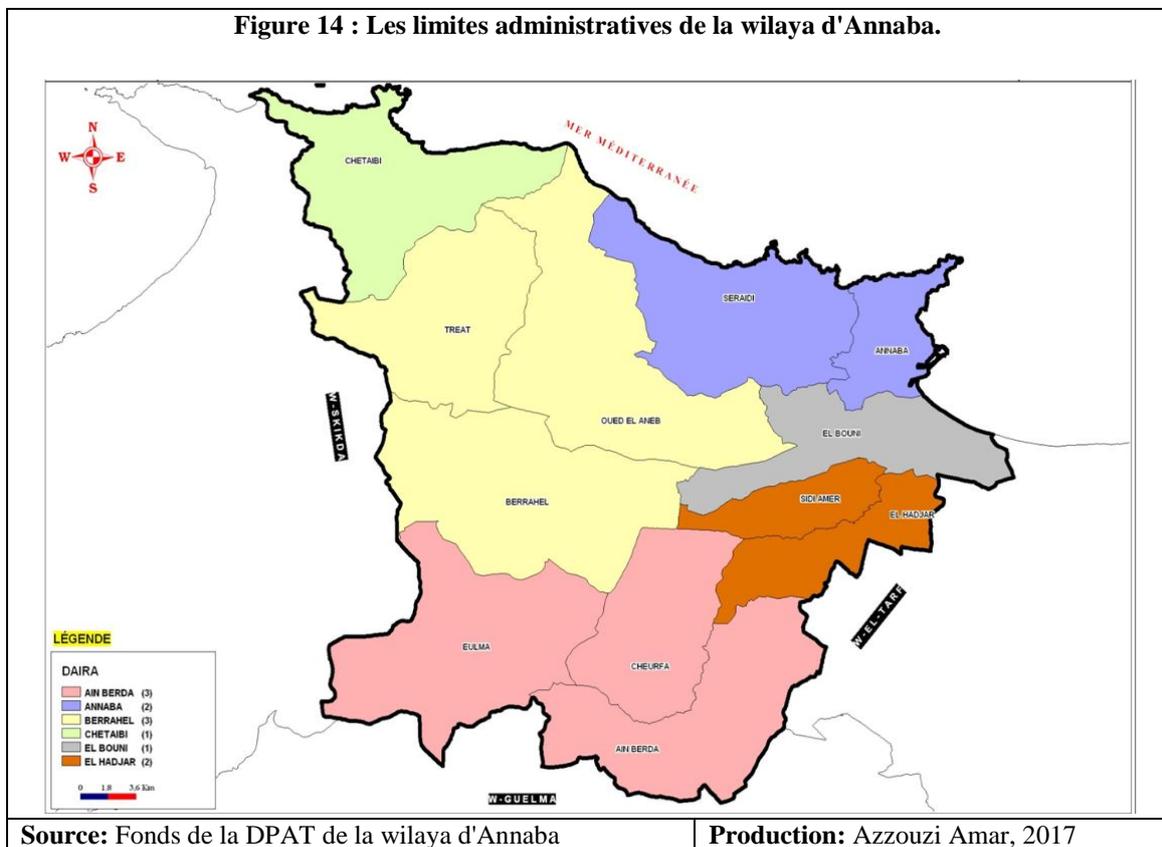


Figure 14 : Les limites administratives de la wilaya d'Annaba.



- **La population**

Les caractéristiques démographiques, culturelles et socio-économiques d'une population influencent à la fois son état de santé et son comportement face à la maladie. Les habitants de la wilaya d'Annaba n'échappent pas à cette règle. Comme l'objectif général de cette thèse consiste à définir, décrire et étudier la répartition spatiale des équipements et des services sanitaires, au sens large, il est indispensable de détailler les principales caractéristiques de la population étudiée, tout particulièrement celles qui seront testées plus loin comme déterminants potentiels du comportement de recherche de soins. Au delà d'une caractéristique générale de la population de la wilaya d'Annaba, nous cherchons à mettre en évidence les éventuels clivages entre communes ou entre partie de la wilaya.

A cause d'éventuels facteurs confondants, l'analyse bi-variée des déterminants des comportements de recherche de soins peut déboucher sur des conclusions erronées à partir d'une association statistiquement significative entre variable explicative et variable à expliquer (Richard, 2001). Connaître la structure par commune des variables explicatives testées permet partiellement d'éviter ces erreurs. Il n'est en effet pas rare que deux phénomènes soient significativement associés non pas parce qu'il existe un lien direct entre eux, mais simplement parce que leur répartition spatiale est similaire. Il se peut par exemple que le niveau éducatif, contrairement aux apparences, ne soit pas un déterminant du comportement de recherche de soins. On peut imaginer que si les membres d'un niveau universitaire recourent plus souvent que ceux d'un autre aux services de santé c'est uniquement parce qu'elle bénéficie d'une meilleure couverture sanitaire.

A priori, certaines caractéristiques comme la structure par sexe et par âge de la population ne devrait guère différer d'une commune à l'autre, alors que d'autres, comme l'appartenance professionnel ou économique devraient présenter une géographie bien particulière. Les données du recensement général de la population et de l'habitat de 2008 et les estimations de la DPAT pour l'année 2012 permettront de caractériser la population de la wilaya d'Annaba, ces deux sources nous fourniront aussi les dénominateurs dont nous aurons besoin tout au long de cette thèse.

Cette géographie de la population prend tout son sens dès l'on cherche à utiliser les déterminants identifiés du recours aux soins pour "prédire" le comportement de la population face à la maladie. En effet connaître les groupes de personnes qui, de part leurs caractéristiques, risquent de sous-utiliser les services de santé est indispensable pour une action correctrice ciblée. Mais il convient de ne pas oublier que ces groupes peuvent aussi avoir une localisation particulière, du fait d'une inégale distribution dans l'espace des caractéristiques culturelles, démographiques et socio-économiques (Fassin et Jeannée 1989; Picheral, 1989).

Se pose alors la question suivante : faut-il prioritairement identifier les zones rassemblant les plus forts effectifs de population à risque, ou, au contraire, privilégier les zones concentrant les proportions les plus fortes de population à risque?

- Avec la première option, on privilégie l'efficacité, puisqu'une intervention sur quelques zones permettra de toucher le plus grand nombre absolu de personnes à risque.
- Avec la seconde option, c'est le principe d'équité qui prédomine: on s'occupe d'abord des zones où le problème est plus aigu, en terme relatifs, même s'il concerne moins de personnes en valeurs absolues que dans le premier cas de figure.

Le principe de qualité voudrait quand à lui que chaque unité spatiale reçoive la même attention, indépendamment des besoins réels ou exprimés de chacune d'entre elles. Cette dernière option est généralement la plus simple à mettre en œuvre, ainsi que, souvent, celle qui prête le moins le flanc à la critique, puisque chaque commune est logée à la même enseigne. Mais d'un point de vue éthique et économique c'est la moins défendable.

Reste alors le problème de la concurrence possible entre efficacité et équité. Problème d'autant plus difficile à trancher qu'il se pose en terme différents, selon qu'on l'envisage du point de vue de l'individu ou d'une collectivité. Si, d'une manière générale, l'équité consiste à consacrer plus de ressources à l'individu qui en a plus besoins, toute personne souffrant du même problème de santé est en droit d'attendre les mêmes prestations, quelle que soient par ailleurs les caractéristiques sanitaires de sa commune. Si l'équité se situe par contre à un niveau collectif, qui a les besoins les plus élevés? La collectivité où un problème de santé touche la moitié de la population, soit 200 personnes, ou celle où ce problème ne frappe que 10 % de la population, soit 400 personnes?

Pour ce dernier exemple, le principe d'efficacité – entendu comme le rapport entre le résultat et l'effort investi- voudrait évidemment qu'une éventuelle intervention se focalise sur la deuxième collectivité. Mais est –ce si sûr? Une action menée dans une collectivité contre un problème dont la prévalence est très élevée aura sans doute un grand écho, puisque tout le monde est, directement ou indirectement, concerné. Il n'est dans ce cas souvent même plus nécessaire de chercher à se focaliser sur les personnes les plus directement touchées, ce qui peut accroître les coûts. Au contraire, dans une collectivité où le problème est assez rare, l'écho dans la population générale est souvent moindre et l'action doit être très précisément ciblée, ce qui ne va pas sans mal. Il peut donc s'avérer beaucoup plus difficile et coûteux d'atteindre et d'aider efficacement une personne à risque dans une collectivité qui compte 400, mais où ce problème est rare, que dans une collectivité où le problème est fréquent, même s'il touche en valeur absolue moins de personnes.

Face à ce dilemme, nous avons fait le choix de présenter les caractéristiques de la population de la wilaya d'Annaba en valeurs relatives. Ces dernières font mieux ressortir la structure de la population, à différents échelles. Pour certains indicateurs, nous avons cependant aussi indiqué le nombre de personnes concernées.

✓ Localisation des habitants de la wilaya d'Annaba

D'après la DPAT, la wilaya d'Annaba compte 632 829 habitants le 1^{er} janvier 2013 avec une densité de 454 habitant/km². La structure spatiale de la population est polarisée sur trois villes en général et plus particulièrement sur l'ACL de la wilaya (la ville d'Annaba) qui borde la

Méditerranée. En effet, c'est dans cette commune de 50 km² (3,58 % du territoire de la wilaya) que se concentre plus de 41 % de la population totale (5 230 habitant/km²).

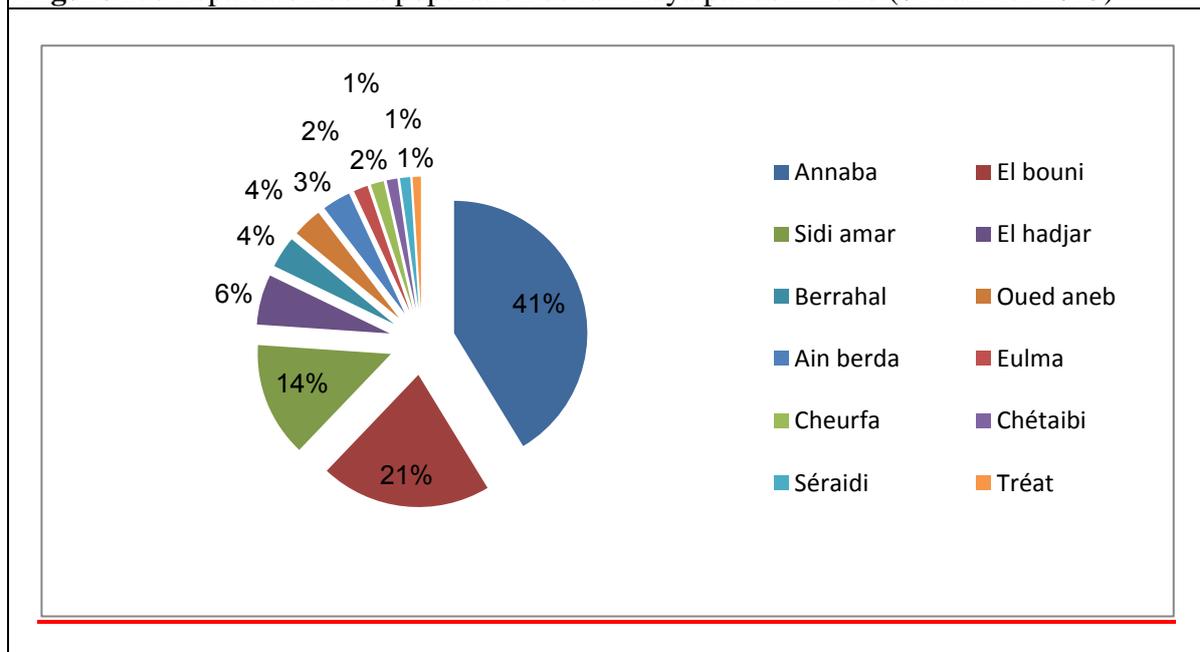
Tableau 08: Répartition de la population de la wilaya d'Annaba par commune.

Commune	Population totale	
	Nombre	% de la wilaya
Annaba	261501	41,32
El Bouni	131387	20,76
Sidi Amar	88015	14
El Hadjar	38881	06,14
Berrahal	24496	03,85
Oued Aneb	22826	03,60
Ain Berda	22048	03,45
Eulma	11036	01,74
Cheurfa	10074	01,60
Chétaibi	8229	01,30
Séraïdi	7811	01,24
Tréat	6525	01
Ensemble wilaya	632829	100

Source: DPAT de la wilaya, Janvier 2013.

La population par commune constitue l'une des données fondamentales du système d'information sanitaire algérien. La commune constituant l'aire de desserte officielle des SCS, services de la santé à la base de la pyramide sanitaire nationale, sa population sert de dénominateur pour le calcul des taux de couverture vaccinale. De plus, la charge de travail de l'unique médecin desservant chaque SCS est directement fonction de la taille de la commune.

Figure 15: Répartition de la population de la wilaya par commune (01 Janvier 2013).



Les douze communes de la wilaya comptent chacune de 261 500 à 6500 habitants (cf. Tableau 08). Avec plus de 261 500 la commune d'Annaba est la plus peuplée, suivie de celle d'El Bouni (131 300 habitants) et de Sidi Amar (88 000 habitants; cf. Figure 13 pour la localisation des communes). La commune la moins peuplée est celle de Tréat à l'Ouest (moins de 6600 habitants) précédée de celle de Séraïdi, au Nord (plus de 7800 habitants).

Pour la wilaya d'Annaba, une autre entité spatiale particulière est encore pertinente pour appréhender le fonctionnement du système sanitaire à l'échelle régionale, de par son caractère régional, siège du CHU reçoit les populations de cinq wilayas limitrophes (Guelma, Taref, Skikda, Souk Ahras et Tébessa) en quête de soins hautement qualifiés, soit une population estimée à plus de 3.5 millions d'habitants, ce qui revoit à la hausse le ratio de couverture en lits d'hospitalisations.

✓ Structure par sexe des habitants de la wilaya

Selon les données de la DPAT (1^{er} Janvier 2013), l'équilibre sexuel est presque parfait à la wilaya d'Annaba (environ 316000 personne de chaque sexe, soit un sex-ratio de 100,2, cf. Tableau 09), ce dernier est très proche du sex-ratio national (102,47).

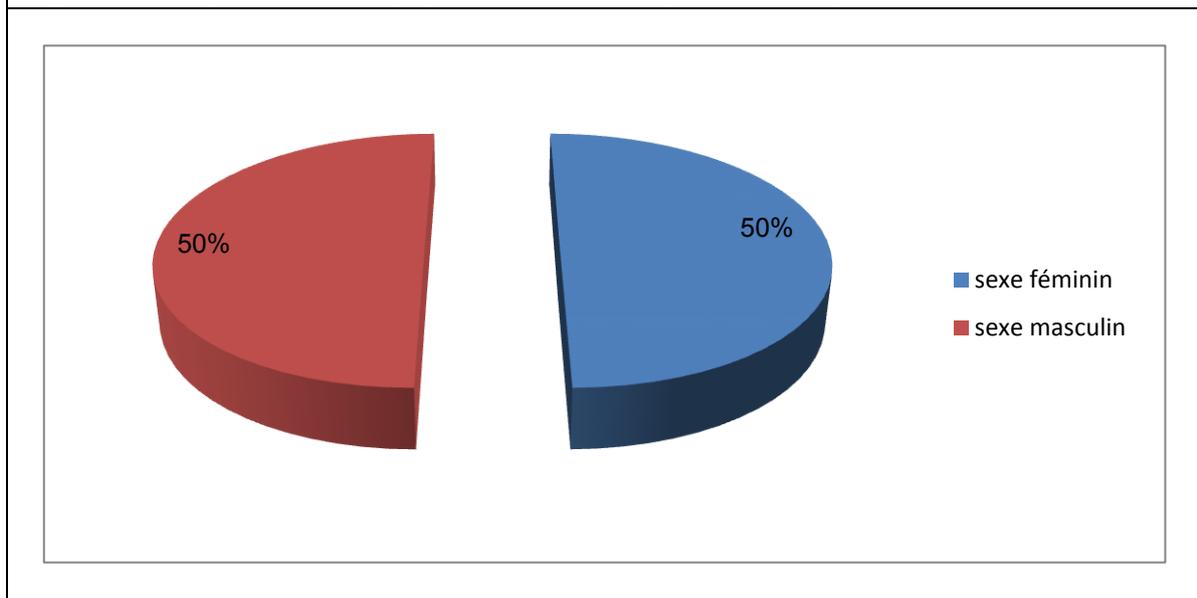
Tableau 09: Structure de la population de la d'Annaba wilaya par sexe.

Commune	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Annaba	130882	50,05	130619	49,95	261501	100
El bouni	65760	50,05	65627	49,95	131387	100
Sidi amar	44052	50,05	43963	49,95	88015	100
El hadjar	19460	50,05	19421	49,95	38881	100
Berrahal	12261	50,05	12235	49,95	24496	100
Oued aneb	11425	50,05	11401	49,95	22826	100
Ain berda	11036	50,05	11012	49,95	22048	100
Eulma	5524	50,05	5512	49,95	11036	100
Cheurfa	5043	50,06	5031	49,94	10074	100
Chétaïbi	4119	50,05	4110	49,95	8229	100
Séraïdi	3910	50,06	3901	49,94	7811	100
Tréat	3266	50,05	3259	49,95	6525	100
T. wilaya	316738	50,05	316091	49,95	632829	100

Source: DPAT de la wilaya, Janvier 2013.

A titre d'hypothèse, suggérons que cette différence avec la moyenne nationale provient à la fois de la plus grande immigration vers la wilaya d'Annaba, immigration qui serait plus masculine que féminine, et de la forte attractivité qu'exercerait la métropole côtière, industrielle et touristique sur les habitants des wilayas limitrophes, notamment sur les hommes tout particulièrement concernés par la migration.

Figure 16: Répartition de la population de la wilaya d'Annaba par sexe (01 Janvier 2013).



Toutes les communes de la wilaya d'Annaba comptent plus d'hommes que de femmes.

✓ Structure par âge des habitants de la wilaya

La wilaya d'Annaba comptait en 1^{er} Janvier 2013 environ 149 344 enfants (23,6 %) de moins de 15 ans et autant d'adultes (cf. Figure 16). Il s'agit donc d'une population moins jeune, à l'image de celle de l'Algérie (27,9 % enfants¹).

En valeurs absolues, ces légères différences se traduisent par des écarts non négligeables. Pour la commune de Tréat, par exemple, on compte environ 1 530 enfants et 4 990 adultes. A l'inverse, la commune d'Annaba compte environ 61 700 enfants pour 199 780 adultes. Cela n'est pas indifférent pour la charge de travail potentielle des équipements et services sanitaires, lorsque l'on sait que les enfants, surtout les plus jeunes d'entre eux, sont plus souvent malades que les adultes et que, comme nous le verrons, ils utilisent plus souvent qu'eux les services de santé.

Ces variations de la proportion d'enfants pourraient avoir une double influence, en sens contraire, sur l'utilisation des équipements et des services sanitaires. D'une part, les besoins en soins de santé sont élevés là où il y a beaucoup d'enfants, surtout s'il s'agit de jeunes enfants. D'autre part, une proportion élevée d'enfants pourrait constituer une barrière à l'accès aux soins, dans la mesure où le niveau économique des ménages risque d'être plus bas et que le temps disponible pour s'occuper de chaque enfant est plus limité.

Toujours selon les données de la DPAT du 1^{er} Janvier 2013, la wilaya d'Annaba comptait environ 14888 enfants de moins d'un an (2,35 % du total de la population), 38395 enfants d'un

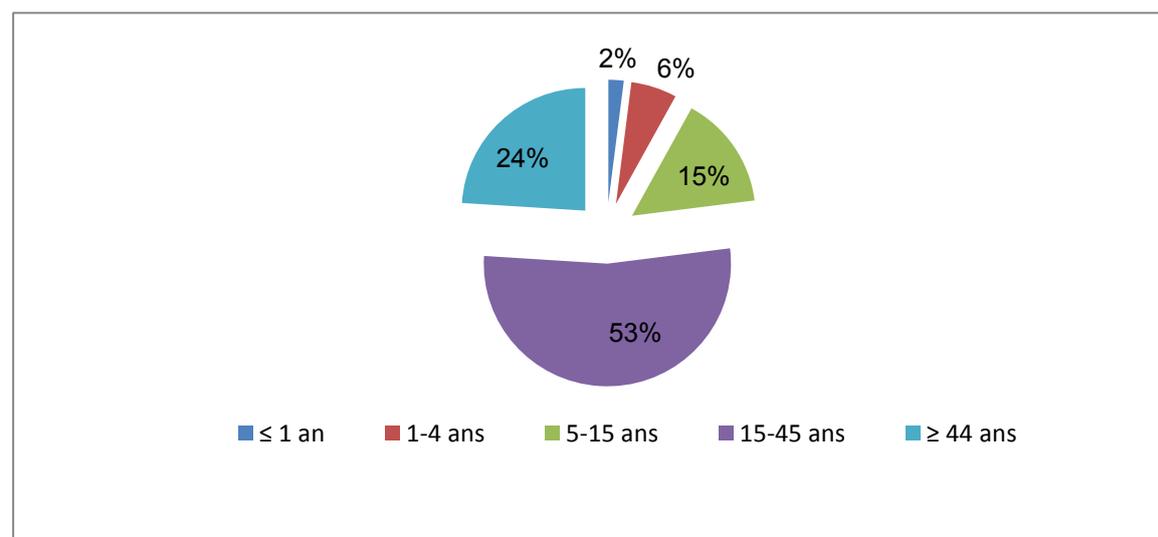
¹ D'après les statistiques démographiques de l'ONS, 2013.

(1) à 4 ans (6,07 %), 96061 enfants de 5 à 15 ans (15,18 %), 334123 jeunes adultes de 15 à 44 ans (52,8 %) et 149 362 adultes de plus de 44 ans (23,6 %; cf. figure 16).

La structure par âge des habitants de la wilaya d'Annaba est peu proche à la fois de celle de l'ensemble de l'Algérie. La wilaya d'Annaba compte cependant moins d'enfants de moins de 5 ans que l'Algérie (8,42 % pour Annaba et 11,2 %¹ pour l'Algérie) et un peu plus de personnes âgées. La population à risque d'un point de vue sanitaire est constituée par les enfants de moins d'un (1) an et par les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), soit plus d'un quart (27,34 %) de la population (2,35 % + 24,99 %).

Dans une moindre mesure, les enfants de 1 à 4 ans et les personnes âgées sont aussi à risque, soit presque 15 autres pour cent de la population. Ainsi, plus de 42 % de la population est à risque, de part son appartenance à une catégorie d'âge et de sexe particulière.

Figure 17: Répartition de la population de la wilaya par tranches d'âges (01 Janvier 2013).



La structure par âge et la taille des cinq catégories d'âge (moins d'un an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 à 44 ans, 45 et plus) des communes de la wilaya d'Annaba sont très proches.

La population à risque du fait de son seul âge : l'ensemble des personnes de 44 ans et plus. Une partie de ces personnes peuvent paraître bien jeunes pour être rangées parmi les adultes âgés. Mais il ne faut pas oublier que l'espérance de vie à la naissance est de 75,6 ans en Algérie pour l'année 2012², que les grossesses répétées. De plus nous ne souhaitons pas distinguer trop de catégorie d'âge, pour ne pas trop limiter les effectifs de chacune d'entre elles. L'âge de 49 ans est communément retenu en Algérie comme la limite supérieure de la période de fertilité des femmes.

¹ D'après les statistiques démographiques de l'ONS, 2013.

² D'après les statistiques démographiques de l'ONS, 2013.

Les personnes âgées de 45 ans et plus constituent plus d'un quart (30,89 %) du total des adultes. Elles se répartissent presque également entre les communes de la wilaya. Les personnes âgées sont aussi un peu plus nombreuses, si on les rapporte à la population totale de la wilaya ou à l'ensemble des adultes. Alors que le sex-ratio pour les jeunes adultes et les adultes âgées de la wilaya est presque équilibré. Contrairement à ce que l'on observe dans les pays industrialisés, l'augmentation de l'âge tend donc rapprocher la proportion d'hommes et de femmes dans la wilaya d'Annaba. La mortalité des femmes en couches et les phénomènes migratoires y jouent sans doute un rôle déterminant. D'une commune à l'autre, la proportion des personnes âgées par rapport au total de la population varie sensiblement.

✓ **Répartition des femmes en âge de procréer**

En terme de consommation de soins et donc aussi de planification des équipements et des services sanitaires, les femmes de 15 à 49 ans devraient jouer un rôle important à un double titre: Elles induisent des besoins particuliers et fréquent en tant que reproductrices (suivi de grossesse, accouchement, soins post-partum et planning familial) et que mères de jeunes enfants payant un lourd tribut à la maladie (soins curatifs, suivi de croissance et de vaccination). Le nombre de jeunes femmes dans une commune influence donc fortement la demande de soins adressée à la fois aux SCS et à la polyclinique (maternité).

L'ensemble de la wilaya d'Annaba comptait au 1^{er} Janvier 2013 plus de 158 203 femmes de 15 à 49 ans, qui constituaient un quart de la population totale (24,99 %), soit légèrement inférieure à la moyenne nationale (27,7 % selon l'ONS), ce qui découle d'une proportion d'enfants légèrement supérieure dans la wilaya. Par comparaison, les hommes du même âge ne sont que 185 503 (29,31 % du totale de la population). Pour l'ensemble de la wilaya, les femmes constituent donc 49,95 % de cette tranche d'âge, ce qui donne un sex-ratio presque parfait 100,2. Le sex-ratio pour les jeunes adultes est supérieur à 100 dans toutes les communes.

Le nombre de naissances par commune dépend plus du nombre de femmes en âge de procréer que de comportements spécifiques à chaque commune. Il existe toutefois quelques écarts sensibles à cette règle générale. A Oued Aneb et Tréat, on assiste à une sous-natalité par rapport au nombre de femmes fécondes. L'inverse est observé à Ain Berda, El Bouni et El Hadjar. On remarquera que le deuxième groupe de communes à un caractère plus urbain que le second, par la taille, le statut administratif et la localisation à des nœuds routiers.

Le constat de ces déséquilibres entre jeunes hommes et femmes indique que les jeunes femmes sont potentiellement de très grosses utilisatrices des services sanitaires, non seulement du fait de leur double rôle de procréatrices et de mère, mais aussi de leur poids démographique. Les disparités par commune prennent toutefois toute leur signification lorsque l'on compare le nombre absolu des femmes en âge de procréer, puisque une SCS est desservie par le même personnel, quelque soit le volume de ces utilisateurs potentiels.

✓ **Estimation du taux de natalité par commune**

Le calcul du taux bruts de natalité à différentes échelles prolonge notre réflexion sur la répartition spatiale de facteurs qui pourraient avoir des répercussions sur les besoins potentiels

et la demande effective en soins de santé. Les données du RGPH 2008 permettent le calcul d'estimations de ce taux (cf. Tableau 10). Le taux brut de natalité est de 23,82 ‰ pour l'ensemble de la wilaya. Cette valeur est très proche de la moyenne nationale de 26,08 ‰¹.

Le taux brut de natalité varie entre 14,28 ‰ (commune de Oued Aneb) et 32,86 ‰ (Berrahal). Nous ne savons pas si ces différences sont stables au cours du temps, pour des unités spatiales petites comme les communes. Il est en effet probable qu'à cette échelle les fluctuations annuelles soient sensibles. L'agglomération d'Annaba se situe au-dessous de la moyenne, alors que la commune de Chétaibi, plus rurale encore, est au-dessus. Les communes de Tréat et Cheurfa (plus rurales) se situent aussi au-dessous de la moyenne. Séraïdi et Eulma sont proches de la moyenne, alors que Ain Berda et El Bouni sont très supérieures.

En valeur absolue, la wilaya d'Annaba a enregistré plus de 15 000 naissances vivantes de début 2012 à début 2013. Mais en réalité 21 959 naissances vivantes ont eu lieu dans les maternités (publiques) de la wilaya d'Annaba, la maternité du CHU a enregistré 17 238 naissances vivantes [plus de 78 % de l'ensemble des naissances vivantes dans les maternités du secteur public (6 au niveau de la wilaya)]. Les autres maternités du secteur privé (5 au niveau de la wilaya) ont enregistrées 4 750 naissances vivantes, donc le total des maternités publiques et privées est de 26 709. Le CHU d'Annaba assure potentiellement chaque année plus de 900 accouchements des 05 wilayas limitrophes (Skikda, Taref, Guelma, Souk Ahras et Tébessa), soit au total environ 50 accouchements par jour.

Tableau 10: Estimation du taux brut de natalité par commune de la wilaya, à partir du RGPH 2008.

Commune	Total naissances N	population moyenne 2012		Taux brut de natalité (‰)
		Total N	F 15-49 ans N	
Annaba	5903	261501	65375	22.57
El Bouni	3700	131387	32846	28.16
Sidi Amar	1724	88015	22003	19.59
El Hadjar	1004	38881	9720	25.82
Berrahal	805	24496	6124	32.86
Oued Aneb	326	22826	5706	14.28
Ain Berda	636	22048	5512	28.80
Eulma	274	11036	2757	23.01
Cheurfa	198	10074	2518	19.65
Chétaibi	204	8229	2057	24.79
Séraïdi	177	7811	1952	22.66
Tréat	121	6525	1631	18.54
T. wilaya	15072	632829	158203	23.82

A la naissance, les garçons sont un peu plus nombreux que les filles (sex-ratio de 102,84 pour l'ensemble de la wilaya). A l'échelle communale, les écarts entre sex-ratios extrêmes sont bien

¹ D'après les statistiques démographiques de l'ONS, 2013.

plus élevés, mais rien ne dit qu'ils soient stable dans le temps. Il ne faut pas se focaliser sur les naissances d'une seule année, dont le nombre peut fluctuer considérablement, surtout lorsqu'on envisage des unités spatiales plus limitées que l'ensemble de la wilaya. Ses principaux inconvénients sont justement que l'on ne peut pas rattacher cet indicateur à une durée et à une population donnée. En d'autres termes, il n'y a pas de dénominateur possible.

✓ **Estimation des taux bruts de mortalité et de croissance naturelle par commune**

L'estimation du taux brut de mortalité s'appuie également sur les données du RGPH 2008. La population moyenne sur l'année a été estimée en retranchant de la population recensée la moitié de la croissance naturelle enregistrée durant l'année écoulée. Pour l'ensemble de la wilaya, le taux brut de mortalité est de 3.32 ‰, ce qui paraît peu en comparaison avec la moyenne nationale qui est de 4,53 ‰ (ONS, 2015).

Les variations d'une commune à l'autre sont énormes : de 2.60 ‰ pour la commune d'Annaba à 10.62 ‰ pour celle de Séraïdi. On peut l'expliquer par le nombre des adultes de 45 et plus, le nombre des enfants de moins d'un an et ceux de 1 à 4 ans, autres catégorie d'âge connaissant une forte mortalité. Evénement relativement rare, les décès sont sujets à de grandes variations dans le temps et l'espace, à une échelle aussi fine que celle de la commune.

Tableau 11: Estimation du taux brut de mortalité et du taux de croissance naturelle par commune de la wilaya d'Annaba, à partir du RGPH 2008.

	Total décès	Population moyenne	Taux brut mortalité	Taux brut natalité	Taux croiss. naturelle
Commune	N	N	‰	‰	‰
Annaba	682	261501	02.60	22.57	19.97
El Bouni	504	131387	03.83	28.16	24.33
Sidi Amar	248	88015	02.81	19.59	16.78
El Hadjar	150	38881	03.86	25.82	21.96
Berrahal	94	24496	03.84	32.86	29.02
Oued Aneb	64	22826	02.80	14.28	11.48
Ain Berda	93	22048	03.37	28.80	25.43
Eulma	31	11036	04.22	23.01	18.79
Cheurfa	34	10074	02.82	19.65	16.83
Chétaïbi	74	8229	08.99	24.79	15.80
Séraïdi	83	7811	10.62	22.66	12.04
Tréat	46	6525	07.05	18.54	11.49
T. wilaya	2103	632829	03.32	23.82	20.50

Le sex-ratio des personnes décédées durant cette année (2012) était de 123,48, ce qui traduit une forte surmortalité masculine, puisque le sex-ratio dans la population générale est de 100,2. Les données en notre possession ne nous permettent pas de connaître le sex-ratio des décès par tranche d'âge. Sur 2103 décès, trois sont enregistrés en cours de grossesse, 2 des suites de couches (cette cause de décès est importante pour les femmes de 15 à 49 ans).

La différence entre les communes peut partiellement résulter d'une structure par âge un peu différente. On remarque globalement une surmortalité masculine dans la wilaya. Cette conclusion ne s'applique toutefois pas forcément aux personnes âgées.

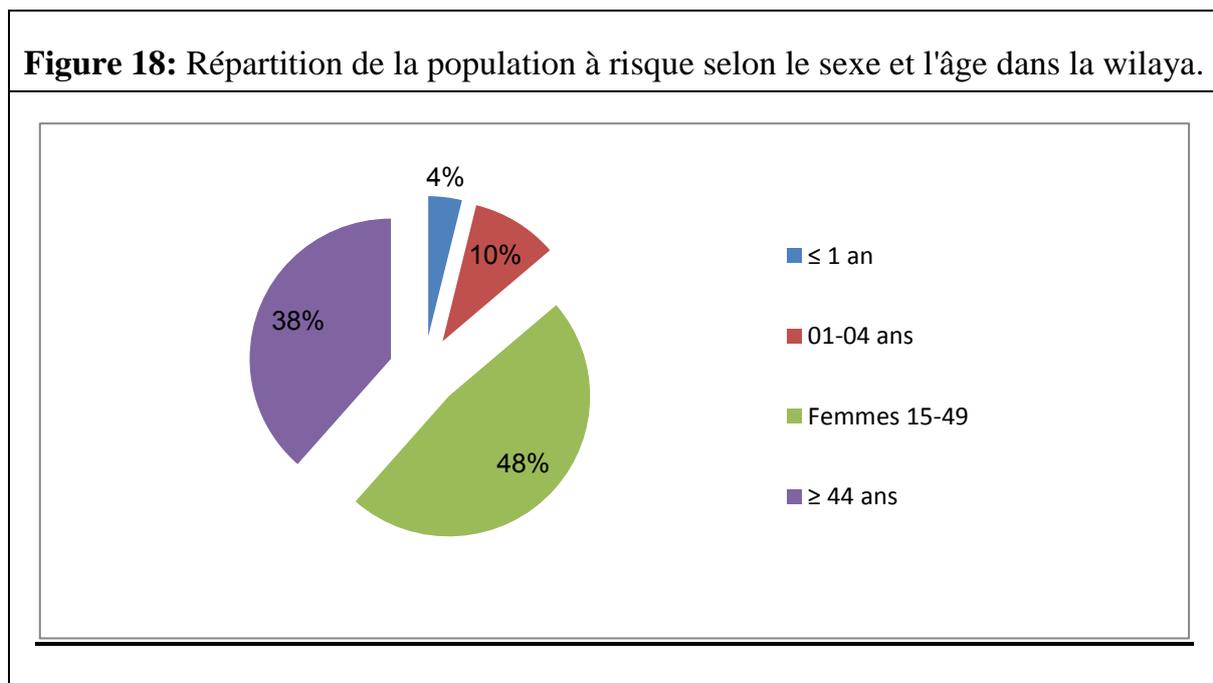
Le taux de croissance naturelle s'obtient en soustrayant le taux brut de mortalité du taux brut de natalité. Il indiquerait l'évolution de la population s'il n'y avait aucune migration. Pour la wilaya d'Annaba, l'accroissement de la population est supérieur au taux de croissance naturelle, puisque l'immigration y est plus importante que l'émigration.

Le taux de croissance naturel global est de 20.5 ‰. La commune de Berrahal enregistre la croissance naturelle la plus élevée de toute la wilaya (29.02 ‰), la commune la plus peuplée (Annaba) a enregistré 19.97 ‰.

✓ Répartition de la population à risque selon le sexe et l'âge : Synthèse

La figure 17 indique pour l'ensemble de la wilaya d'Annaba le volume des différentes populations particulièrement à risque du fait de leur âge (enfants de moins de 5 ans, personnes âgées) ou de leur sexe couplé avec l'âge (femmes en âge de procréer).

Figure 18: Répartition de la population à risque selon le sexe et l'âge dans la wilaya.



Les femmes de la wilaya en âge de procréer étaient plus de 158 000 en 2012, les enfants de moins d'un an plus de 14 800, ceux de 1 à 4 ans plus de 38 300 et les personnes âgées (plus de 44 ans) plus de 149 300. Les femmes de 15 à 49 ans sont donc aussi nombreuses que les enfants de moins de 5 ans, nous l'avons déjà relevé, et les adultes de 45 ans et plus dix fois plus nombreux que les enfants de moins d'un an. La population à risque, tout comme l'ensemble de la population, se répartit sur l'ensemble de la wilaya.

L'immigration constitue le principal moteur des différenciations spatiales du taux de croissance de la population et de la structure par âge des habitants de la wilaya. L'arrivée des

habitants des wilayas limitrophes pauvres augmente rapidement la population de la wilaya. Comme le phénomène migratoire n'a pris de l'ampleur que récemment, presque tous les immigrés sont encore de jeunes adultes en âge de procréer, ce qui augmente encore un taux de natalité par ailleurs déjà élevé. Les communes sur le terroir desquels les migrants sont nombreux se caractérisent donc par un accroissement rapide de la population et par une proportion supérieure à la moyenne de jeunes adultes et de jeunes enfants, et, à l'inverse, par une proportion inférieure à la moyenne de personnes âgées et d'enfants de 5 à 14 ans. Ces immigrés sont surtout concentrés dans les communes d'Annaba, El Bouni et Sidi Amar. Il en résulte qu'il existe une population de plus en plus nombreuses, dans laquelle les groupes les plus à risque sont surreprésentés (enfants de moins de 5 ans et femmes de 15 à 49 ans).

2.2. Les caractéristiques socioéconomiques

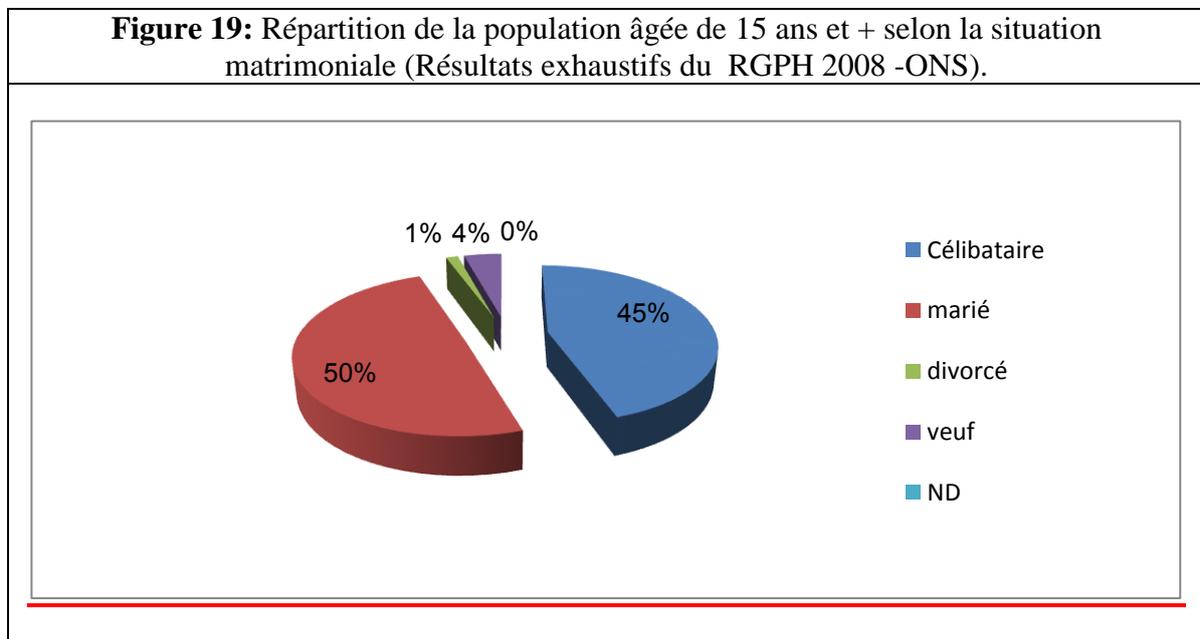
• Structure des habitants de la wilaya selon le statut matrimonial

Il a souvent été montré que le statut matrimonial d'une personne influence à son espérance de vie, et plus encore à ses comportements de recherche de soins en cas de maladie. Il a même été montré pour l'Inde que la présence ou non d'une belle-mère au sein du ménage (famille élargie par opposition à famille nucléaire) influence significativement le type de recours thérapeutique choisis par la femme (Vissandjée, 1997). Nous n'irons pas aussi loin dans la description du statut matrimonial des habitants de la wilaya. Nous insisterons surtout sur le fait d'être actuellement marié (e) ou non et d'être veuve ou veuf. Le veuvage constitue sans doute un facteur de risque pour la santé, puisqu'il signale des personnes cumulant les handicaps: âge moyen plus élevé que pour les personnes mariées, niveau économique en moyenne inférieur, absence de l'effet protecteur lié à la vie commune.

Tableau 12: Répartition de la population âgée de 15 ans et + selon la situation matrimoniale (Résultats exhaustifs du RGPH 2008 -ONS).

Commune	Population + de 15 ans					Total
	Célibataire	marié	divorcé	veuf	ND	
Annaba	88.018	97.307	3.811	10.403	26	199.566
Séraïdi	2.590	3.050	42	296	0	5.978
El-Bouni	42.368	47.718	1.119	3.525	12	94.741
El-Hadjar	12.837	14.242	307	1.140	00	28.526
Sidi Amar	29.354	31.393	517	1.896	04	63.164
Berrahal	7.639	8.447	102	516	02	16.706
Oued Aneb	7.085	7.778	125	484	02	15.474
Treat	2.170	2.211	22	149	00	4.552
Ain Berda	6.805	7.891	95	577	0	15.368
Cheurfa	3.512	3.587	44	220	01	7.364
Eulma	3.392	3.913	33	224	02	7.564
Chetaïbi	2.820	3.104	60	301	0	6.284
T. Wilaya	208.588	230.639	6.278	19.731	49	465.286
%	44,83	49,57	1,35	4,24	0,01	100

Concernant le volume des mariages, les bureaux de l'état civil ont connu, en 2012, l'enregistrement de 7 261 unions, il s'agit d'une augmentation relativement plus modérée. Le taux brut de nuptialité est de 11,47 ‰, ce qui paraît élevé en comparaison de la moyenne nationale de 9,9 ‰ (ONS, 2015). Cette proportion est la plus élevée dans la commune de Chétaibi (16,89 ‰) et la plus basse dans la commune d'Oued Aneb (08,89 ‰).



Pendant l'année 2012, la wilaya d'Annaba a enregistré 939 cas de divorces. La société algérienne est monogamique dans son ensemble, bien que la polygamie soit permise par la loi coranique et les dispositions légales, qui cependant l'assortissent d'un certain nombre de conditions à remplir par le mari.

- *Niveau scolaire des habitants de la wilaya*

Le niveau d'éducation scolaire est souvent considéré dans la littérature comme un des déterminants important des attitudes et comportements face à la maladie, les personnes scolarisées ou les plus scolarisées ayant tendance à être moins souvent malades et à recourir plus souvent aux équipements et services sanitaires en cas de besoins.

Un bas niveau scolaire ou l'absence de toute scolarisation peuvent donc à priori être considérés comme un facteur de risque pour la santé et son recouvrement. Il convient donc d'examiner le statut scolaire des habitants de la wilaya d'Annaba et de mettre en évidence les communes où cet indicateur est particulièrement mauvais.

Tableau 13: Répartition du taux de scolarisation par tranche d'âge et par commune dans la wilaya d'Annaba.

Communes	Taux de scolarisation					
	de 06 ans		de 06-15 ans		de 16-19 ans	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Annaba	4432	98,95	20532	45,76	11687	78,89
Seraïdi	108	98,18	580	43,58	69	11,66
El-Bouni	2460	98,28	12017	52,08	4125	75,79
El-Hadjar	711	98,48	3404	47,97	1854	78,16
Sidi Amar	1478	98,47	6800	47,95	3948	78,12
Berrahal	453	99,78	2180	46,51	1772	78,41
Oued Aneb	446	98,24	2089	48,00	1017	50,98
Treat	111	99,11	534	45,92	79	13,21
Ain Berda	385	97,47	1804	48,82	818	76,88
Cheurfa	159	98,15	832	42,11	562	59,53
Eulma	215	97,73	1010	48,46	104	11,17
Chetaïbi	142	97,93	646	47,89	325	77,01
T. Wilaya	11100	98,61	52428	47,72	26360	72,24

Source: DPAT de la wilaya, 2012).

D'après la DPAT, le taux de scolarisation de la tranche d'âge 6 – 15 ans est de 89,95 %. Le nombre d'élèves scolarisés est de 131 749, soit 20,82 % de la population totale de la wilaya d'Annaba, le nombre des étudiants est de 45 985, donc plus de 28 % entre élèves et étudiants. Le taux d'analphabétisme est de 14,5 %.

Tableau 14: Répartition du taux de scolarisation par cycle et par commune dans la wilaya.

Communes	Taux de scolarisation					
	1 ^{er} et 2eme cycle		3eme cycle		Cycle du secondaire	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Annaba	21006	46,81	19642	32,91	11231	18,82
Seraïdi	602	45,23	539	28,03	/	/
El-Bouni	12294	53,28	9836	34,49	3150	11,05
El-Hadjar	3472	48,93	3167	33,45	1625	19,13
Sidi Amar	6944	48,97	6166	32,06	3454	20,67
Berrahal	2240	47,79	2138	30,94	1709	27,87
Oued Aneb	2121	48,74	1588	25,02	853	16,55
Treat	544	46,78	462	26,24	/	/
Ain Berda	1867	50,53	1484	31,18	679	14,27
Cheurfa	844	42,71	774	26,51	532	18,22
Eulma	1031	49,47	716	23,75	/	/
Chetaïbi	677	50,19	555	31,34	295	16,66
T. Wilaya	53642	48,83	47067	32,17	23528	16,08

Source: DPAT de la wilaya, 2012.

• **Profession des habitants de la wilaya**

L'activité professionnelle est très souvent retenue comme une des variables d'étude, dans la littérature s'attachant aux déterminants de la santé ou à ceux des comportements de recherche de soins de santé. Nous vérifierons par la suite si cet indicateur est effectivement associé à des comportements de recherche de soins particuliers dans la wilaya d'Annaba. Malgré le caractère peu discriminant du secteur tertiaire, il est utile d'examiner si certaines communes de la wilaya se caractérisent par une structure professionnelle particulière. Annaba à une vocation commerciale et industrielle justifiée par la prolifération des commerces, ainsi que la présence d'unités industrielle d'importance régionale et même nationale.

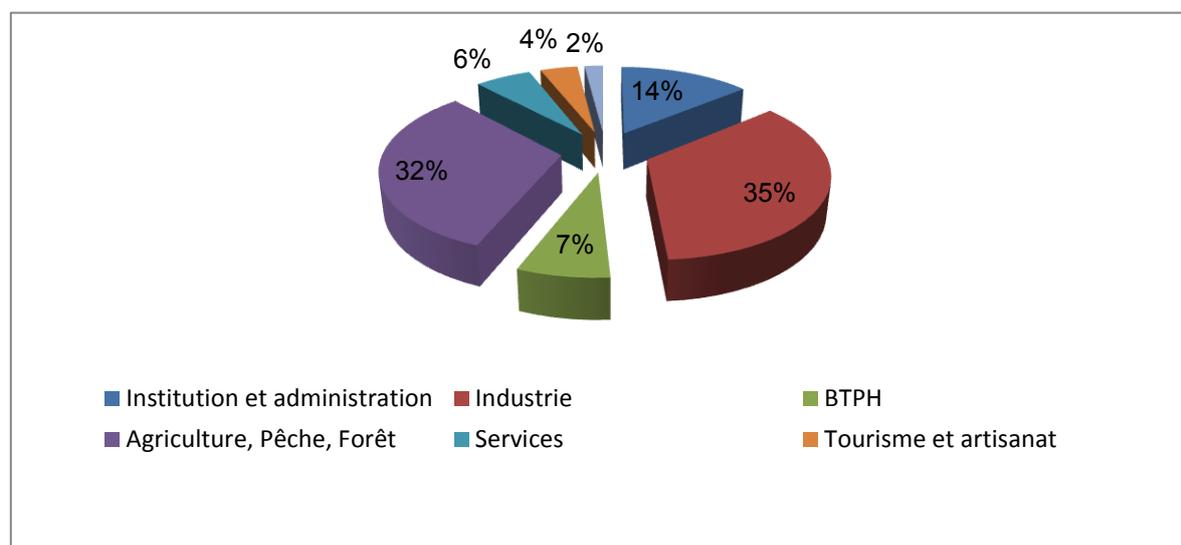
Tableau 15: Répartition de la population occupée par secteurs d'activités économiques dans la wilaya d'Annaba.

N	Secteurs d'activités	Population occupée	%
01	Institution et administration	35302	14
02	Industrie	88252	35
03	BTPH	17650	07
04	Agriculture, Pêche, Forêt	80688	32
05	Services	15129	06
06	Tourisme et artisanat	10086	04
07	Transport	5043	02
Total des différents secteurs		252150	100

Source: RGPH, 2008.

Comme cette statistique s'intéresse à la profession de la population des deux sexes de 20 ans et plus, on y trouve aussi de nombreux inactifs (étudiants, ménagères et vieillards n'ayant aucune activité hors du foyer).

Figure 20: Répartition de la population occupée par secteurs d'activités économiques dans la wilaya d'Annaba (Résultats exhaustifs du RGPH 2008 -ONS).



Presque 32 % des actifs de la wilaya sont des agriculteurs, pêcheurs et forestiers, 35 % des industrialistes, 14 % des administrateurs. Pour l'ensemble de l'Algérie, ces proportions sont de 13,69 % pour les agriculteurs, 12,48 %¹ des industrialistes. Ces proportions indiquent que la wilaya d'Annaba est nettement plus industrielle que l'ensemble de l'Algérie.

Avec presque sept actifs sur dix pratiquants l'agriculture et l'industrie à titre principal, la wilaya d'Annaba présente un caractère profondément urbain et industriel. Le rythme de vie économique et social de la wilaya, ainsi que les revenus, sont donc dictés par le calendrier industriel et agricole.

• *L'habitat (Nature de l'habitat, TOP et TOL)*

La nature de l'habitat (type de toit, de mur, de sol et densité par pièce) constitue un indicateur synthétique de richesse, d'attitude face à l'hygiène et de risque pour certaines maladies transmissibles. Le type de toit, de mur et de sol de la maison, ainsi que la densité d'occupants par pièce, sont plus particulièrement liés au niveau économique du ménage, et la densité d'occupants aux risques sanitaires (maladies diarrhéiques et maladies transmissibles par contact ou par proximité directe). Une localité peuplée, une forte densité d'habitations et d'habitants au sein des maisons peut par contre freiner la transmission de certaines maladies parasitaires, comme le paludisme, par dilution des piqûres dans la masse des habitants (Salem, 1995).

Tableau 16: Répartition du T.O.L par commune dans la wilaya d'Annaba.

Communes	Population	Parc logement	Menaçant Ruines	baraques	TOL
Annaba	261 501	66475	599	5004	03.93
Seraïdi	7 811	2197	80	256	03.55
El-Bouni	131 387	28514	2174	4064	04.61
El-Hadjar	38 881	8865	386	1132	04.38
Sidi Amar	88 015	18306	/	1530	04.81
Berrahal	24 496	5794	/	244	04.23
Oued Aneb	22 826	4524	80	275	05.04
Treat	6 525	1224	/	55	05.33
Ain Berda	22 048	4723	149	540	04.67
Cheurfa	10 074	1950	121	489	05.17
Eulma	11 036	2410	/	672	04.58
Chetaïbi	8 229	2188	120	298	03.76
T. Wilaya	632 829	147170	3709	14559	04.30

Source: DLEP de la wilaya, 31/12/2012.

¹ D'après les statistiques économiques de l'ONS, 2013.

A partir des données de la Direction des logements et des équipements publics (DLEP) du 31/12/2012 nous avons pu calculer, par commune, le nombre moyen de personne par logement. En moyenne, chaque logement de la wilaya d'Annaba est occupé par 4.3 personnes.

La densité moyenne d'occupants est la plus élevée dans les communes de Tréat (5,33) et Cheurfa (5,17) alors qu'elle est minimale dans celle de Séraïdi (3,55).

Le parc logement comprend 147 170 dont 14 559 logements précaires avec un taux de précarité de 9,89 %, la commune d'El Eulma enregistre la proportion la plus forte 27,88 % et la plus faible est de Berrahal avec 4,21%.

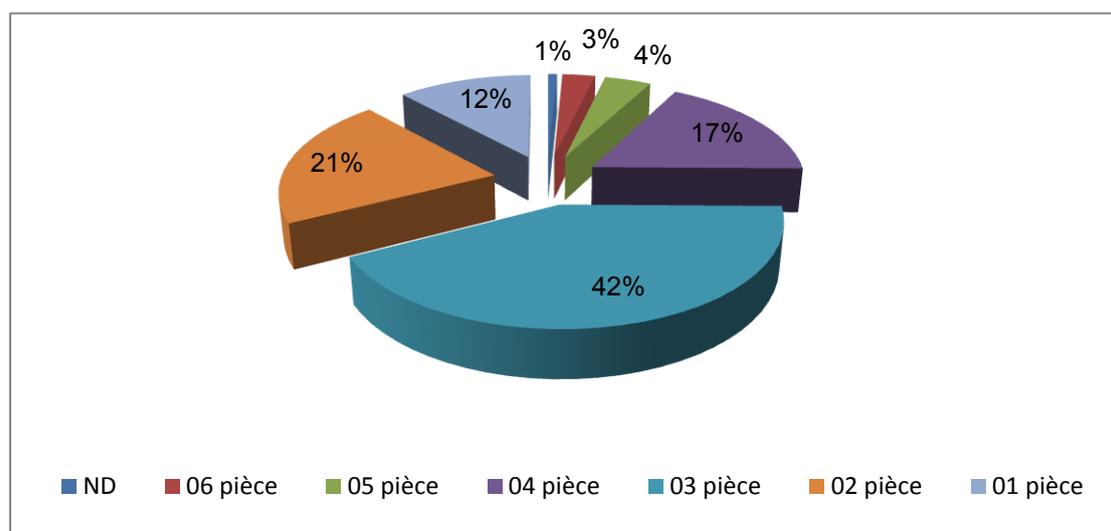
Tableau 17: Répartition des logements habités selon le nombre de pièces (en pourcentage) par commune dans la wilaya d'Annaba.

Communes	Nombre de pièces en %							TOP
	1	2	3	4	5	6 et +	ND	
Annaba	12.6	18.2	39.0	21.1	5.0	3.6	0.7	1.9
Seraïdi	9.4	26.1	40.4	17.5	3.1	3.3	0.2	1.7
El-Bouni	13.8	24.0	41.9	13.9	3.5	1.8	1.2	2.1
El-Hadjar	10.5	22.3	50.6	11.6	2.8	1.9	0.3	2.0
Sidi Amar	7.2	16.8	53.8	15.6	4.0	2.2	0.5	2.0
Berrahal	6.2	21	45.9	17.6	3.9	3.7	1.7	2.0
Oued Aneb	16.4	29.6	26.4	18.8	4.3	3.2	1.3	2.3
Treat	5.5	25.1	49.9	15.1	2.2	2.0	0.2	2.1
Ain Berda	12.1	28.3	41.2	12.2	2.8	2.8	0.6	2.2
Cheurfa	16.7	29.4	28.8	14.3	3.3	4.3	3.1	2.5
Eulma	9.8	28.3	46.9	10.2	2.3	1.9	0.7	2.2
Chetaïbi	9.8	24.4	47.3	11.0	2.5	4.1	0.9	1.8
T. Wilaya	11.8	20.8	42.2	17.4	4.1	2.9	0.8	2.0

Sources : Résultats exhaustifs du RGPH 2008.

D'après les données du RGPH 2008, concernant le Taux d'occupation par pièce (TOP), en moyenne, chaque pièce de la wilaya d'Annaba est occupée par 2 personnes, la densité moyenne d'occupants est la plus élevée dans les communes de Cheurfa 2,5 et Oued Aneb 2,3, alors qu'elle est minimale dans celle de Séraïdi 1,7.

Figure 21: Répartition des logements habités selon le nombre de pièces dans la wilaya d'Annaba (Résultats exhaustifs du RGPH 2008).



Environ 11,8 % des unités d'habitations de la wilaya d'Annaba comptent une seule pièce, 20,8 % deux, 42,2 % trois, 17,4 % quatre, 4,1 % cinq, 2,9 % six et plus.

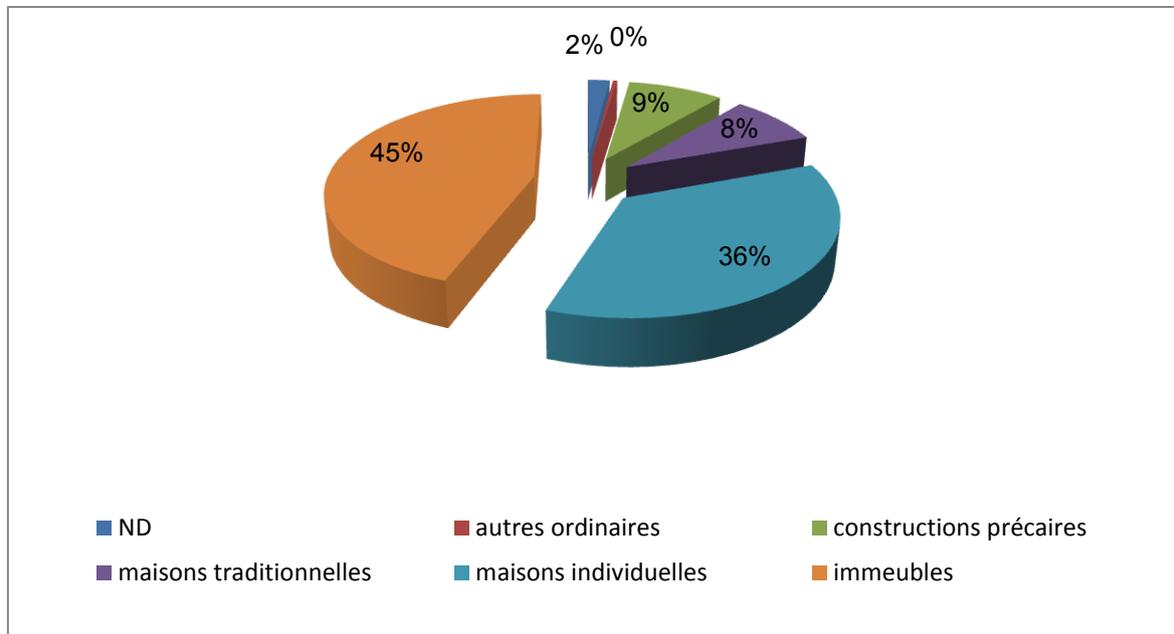
Tableau 18: Répartition des logements habités selon le type de construction par commune dans la wilaya d'Annaba.

Communes	Type de construction						Total parc logement
	Immeuble	Maison individuel	Maison traditionnelle	Autres ordinaire	Construction précaires	ND	
Annaba	30283	12073	5320	266	2290	1272	51503
Seraïdi	160	480	884	26	32	10	1590
El-Bouni	8581	9639	732	46	4011	293	23302
El-Hadjar	2707	2855	480	7	539	101	6689
Sidi Amar	6453	6265	61	29	1467	194	14469
Berrahal	1443	1941	176	9	89	181	3839
O. Aneb	286	1997	1098	13	292	21	3707
Treat	145	655	101	5	39	18	963
Ain Berda	583	2341	187	3	498	31	3643
Cheurfa	151	717	364	25	274	2	1533
Eulma	240	1205	140	10	220	8	1823
Chetaïbi	163	1146	9	18	291	7	1634
T. Wilaya	51194	41313	9552	456	10042	2137	114695

Sources : Résultats exhaustifs du RGPH 2008.

D'après le type de construction, les grandes unités d'habitations se présentent généralement sous forme d'immeubles 44,63 %, maisons individuelles 36,02 %, maisons traditionnelles 8,33 %, constructions précaires 8,75 % et autres ordinaires 0,4 %.

Figure 22: Répartition des logements habités selon le type de construction dans la wilaya de Annaba (Résultats exhaustifs du RGPH 2008 -ONS).



- **Le taux de raccordement en réseaux divers**

Le taux de raccordement en eau potable de la wilaya est de 95,66 %. Concernant le taux de raccordement d'assainissement, la moyenne de la wilaya d'Annaba est de 97,25 %. Le taux moyen de raccordement en électricité est de 98,29 %. En ce qui concerne le gaz naturel, la wilaya d'Annaba a enregistré un taux relativement faible 72,67 %, cette proportion est la plus élevée dans la commune d'Annaba (85,03 %) et nulle dans la commune de Chétaibi.

Tableau 19: Les taux de raccordement en réseaux divers par commune dans la wilaya.

Communes	Taux de Raccordement (%)			
	A.E.P	électricité	Gaz naturel	Assainissement
Annaba	97	99,83	85,03	97
Seraïdi	96	95,98	72,00	96
El-Bouni	93	98,25	58,37	97
El-Hadjar	96	98,35	80,31	98
Sidi Amar	94	98,38	79,40	98
Berrahal	97	92,64	49,77	98
O.Aneb	97	95,20	31,56	97
Treat	96	95,21	25,82	98
Ain Berda	96	89,81	37,37	98
Cheurfa	95	90,44	56,11	97
Eulma	94	94,05	8,26	95
Chetaïbi	97	94,26	00	98
T. Wilaya	95,66	98,29	72,67	97,25

Source : DPAT de la wilaya, 01/01/2013.

Globalement, le taux de raccordement en réseaux divers de la wilaya est élevé par rapport à la moyenne nationale.

Conclusion

En conclusion, l'Algérie est subdivisée en neuf grandes régions géo-sanitaires lesquelles se composent de plusieurs wilayas. On peut confirmer que ces neuf grandes régions cachent des inégalités majeures en termes de répartition spatiale des équipements et des services sanitaires.

Par ses caractéristiques économiques, touristiques et démographiques, Annaba représente une métropole urbaine régionale et un pôle d'attraction sanitaire pour les populations de son arrière pays. Plus de 41 % de la population Annabi se concentre dans l'agglomération chef lieu de la wilaya.

Chapitre 2 : Théories de localisation des équipements et des services sanitaires : Méthodes et modèles.

La localisation des équipements et des services sanitaires est une discipline transversale qui intéresse les chercheurs : géographes-aménageurs, économistes ou sociologues, mais aussi les pouvoirs publics. Nous examinerons donc dans un premier temps les méthodes de localisation telles qu'elles sont, ou devraient être pratiquées, dans le milieu professionnel. Puis dans un deuxième temps, nous étudierons les modèles de localisation, en particulier ceux qui prennent en compte la distance aux patients. Et enfin, dans un troisième temps, nous nous intéresserons à la localisation des praticiens privés en matière de critères d'implantation et facteurs d'attractivité des territoires.

1. Les méthodes d'aide à la décision de localisation des équipements et des services sanitaires.

Il n'y a pas de méthode unique pour localiser un service de santé. Chaque région a suivi sa propre démarche, compte tenu de ses caractéristiques géographiques et démographiques, de l'état de l'offre de soins, des ressources humaines dont elle disposait et surtout de la manière dont a été conduite la concertation entre les acteurs. On peut néanmoins repérer deux grandes étapes : un bilan de prise en charge des besoins et une analyse prospective des changements à promouvoir qui conduiront, après négociation, à l'implantation du service.

Le choix de localisation des équipements sanitaires est le résultat d'un compromis et d'options parmi un nombre plus ou moins grand de facteurs dont le poids et la diversité varient d'une situation à l'autre. On choisit ce qui convient le mieux à partir de ce que l'on veut et en fonction de ce qui est disponible. La localisation des équipements et des services sanitaires est influencée par les caractéristiques des établissements et par les caractéristiques des territoires qui sont :

1.1. Caractérisation de la population

Quelles sont les grandes catégories de population que l'on retiendra pour faire l'étude des besoins de la collectivité (localisation géographique, catégories sociales, bénéficiaires des soins...) ? R. Pineault et C. Daveluy (1986) ont utilisé deux concepts pour décrire la confrontation entre les besoins de la population et la logique de l'organisation. Utiliser une approche populationnelle, c'est partir des besoins de la population et adapter la répartition des services de soins de façon à y répondre de manière optimale. À l'inverse, l'approche institutionnelle ou encore organisationnelle considère que les offreurs de soins, c'est-à-dire les équipements et les services sanitaires, sont déterminants dans le processus de planification.

La mission sociale de l'hôpital public telle qu'elle est définie en Algérie (soit l'accueil 24h/24 de toutes les clientèles, pour toutes les pathologies) légitime en premier lieu l'approche populationnelle. La loi prescrit donc de déterminer l'offre de soins pertinente pour chaque zone géographique, sans préciser l'identité des établissements chargés d'y pourvoir. Cette

approche est fondée sur une connaissance de la population et de ses lieux de vie. Les besoins en services ont été, et sont encore partiellement définis par l'application d'indices, ou de références techniques proposés par les experts médicaux. Mais cette méthode a ses limites en raison de l'imprécision des indices utilisés. On complète donc cette approche populationnelle par la description du champ d'attraction des services, qui contribuent eux aussi à la structuration de l'espace géographique, même si cette donnée est instable car liée au savoir-faire des praticiens au jour de la mesure de l'attraction.

Un service de santé du secteur public se doit de prendre en charge toutes les populations dans le cadre de sa mission de service public. Il se référera donc plus fréquemment, au moins dans certaines disciplines, à une approche populationnelle. Un service privé s'inscrit plutôt dans une démarche commerciale et sera plus enclin à déterminer ses choix stratégiques à partir d'études de marketing. Ces deux approches de la planification ne sont pas opposées car on assiste dans tous les cas à un compromis entre les besoins de la population et le nécessaire ajustement avec les équipements et les services sanitaires existants et les ressources disponibles. Cette confrontation des deux approches en enrichissant le débat, a permis certainement de rendre plus opérationnel le découpage des secteurs sanitaires dans une optique de détermination de filières de soins.

L'approche populationnelle est souvent considérée comme prioritaire en matière de localisation des services et équipements lourds. Si dans un périmètre d'accès de trente minutes, le bassin de population à desservir est jugé insuffisant compte tenu notamment de la présence d'autres offres concurrentes à proximité, on pourra refuser, par exemple, à un service sanitaire l'attribution d'un scanner.

1.2. Le fonctionnement des équipements et des services sanitaires existants : usage des indices

L'utilisation actuelle des services est-elle conforme d'un point de vue quantitatif aussi bien que qualitatif ? Une fois définie la zone pertinente d'analyse de la population, on procède généralement à l'observation du fonctionnement des équipements et des services existants. À partir du découpage de la carte sanitaire, on observe le nombre d'entrées dans les hôpitaux et cela conduit à l'estimation des lits nécessaires, compte tenu de la Durée moyenne de séjour (DMS) et du taux d'occupation des lits souhaitables.

La première opération consiste à calculer la DMS dans la discipline considérée pour l'ensemble des équipements et des services publics et privés du secteur sanitaire (cette DMS s'obtient en divisant le nombre de journées réalisées en un an par le nombre d'entrées). Dans un second temps, on calcule les besoins en lits pour le secteur. En dernier lieu, les résultats obtenus permettent de fixer les indices lits/population qui empêcheront, le cas échéant, l'autorisation de lits dans des secteurs excédentaires.

En pratique, on procède ainsi :

- ✓ Si la DMS du secteur est inférieure à la DMS nationale de la discipline, on retient cette première valeur dans le calcul, tenant compte du meilleur résultat réalisé dans le secteur par rapport au niveau national. Le nombre de lits nécessaires s'obtient en divisant le nombre de journées réalisées dans le secteur par le taux cible multiplié par 365 (nombre de jours de l'année). Par exemple, en 2012 dans le secteur sanitaire de la wilaya d'Annaba qui comprend 632 829 habitants, on a recensé 125 167 entrées, soit 485 641 journées d'une durée moyenne de 4 jours pour chaque entrée. Sur un an, il faut $(485\ 641 / 365)$ lits occupés à temps plein pour répondre à ce besoin. Compte tenu de la nécessité de souplesse dans la gestion des services, ce sont $(485\ 641 / 365) \times 0,85$ lits qui sont nécessaires, soient 1130 lits.

- ✓ Si la DMS du secteur est supérieure à la DMS nationale de la discipline, le nombre de lits nécessaires s'obtient en multipliant le nombre d'entrées dans le secteur par la DMS cible (qui représente donc une valeur à ne pas dépasser), et en le divisant par le taux cible multiplié par 365.

L'application stricte de cette technique de calcul est une première base de discussion et de réflexion. Elle permet de voir comment se positionnent les nouveaux équipements et services de santé les uns par rapport aux autres. Cette méthode permet de définir, toutes choses égales par ailleurs, des capacités de production de soins souhaitables pour une zone géographique donnée et déterminer la réorganisation de ces capacités entre équipements sanitaires.

La technique des indices est également employée pour déterminer le besoin en services et équipements lourds dans chaque secteur sanitaire. Le volume d'actes techniques destinés à la population des secteurs sanitaires est relativement constant, cela justifie que l'on estime les besoins par le biais d'un indice peu différent selon les secteurs. Mais les capacités d'accueil en lits et places d'alternative à l'hospitalisation, ainsi que leur répartition au sein d'un secteur, sont insuffisantes pour assurer une répartition idéale des équipements et des services en raison de l'utilisation très inégale que les praticiens peuvent faire de ces lits. En dernière analyse, ce ne sont que des sommiers et des matelas, leur dénombrement ne fournit donc aucune indication sur l'intensité des soins qui y sont prodigués, ni sur les alternatives à l'hospitalisation, par exemple. D'autre part, ces lits sont regroupés dans des hôpitaux, leur plus ou moins grande concentration peut être déterminante sur la qualité des soins, compte tenu d'un effet de « masse critique » de soins à prodiguer (Jourdain et De Turenne, 1995).

Les références techniques constituent donc un autre outil utilisé couramment en matière de planification. Élaborées par des groupes d'experts, elles se fondent sur l'état de l'art et contribuent, dans la démarche de planification, au diagnostic sur la qualité des équipements et des services existants.

1.3. Normes ou référentiels de qualité

Compte tenu de la population à desservir, quels sont les moyens minimums en personnel et matériel dont il faut disposer pour assurer des prestations de qualité acceptable ? Le système

de références techniques et de normes joue un rôle important dans la répartition des équipements et des services sanitaires au niveau de chaque commune. En effet dans les différents domaines de l'activité hospitalière existent des normes ou des références qui résultent soit de textes réglementaires émanant du ministère de la santé, soit de recommandations édictées par divers organismes ou groupes de travail nationaux. Au niveau régional, les conseils régionaux, les différents comités techniques médicaux et les observatoires régionaux de la santé ont souvent œuvré au fur et à mesure de l'élaboration des cartes sanitaire pour fournir dans de nombreuses disciplines ou activités, des références régionales de bonne prise en charge du patient ou de rationalité en matière de répartition spatiale des équipements et des services.

Pour les maternités, la référence d'une activité annuelle minimale de 400 accouchements pour assurer la qualité du service a été établie à partir du rapport d'un groupe d'experts réunis en 2008. Elle semble avoir été retenue dans la réflexion des cartes sanitaire et de leurs annexes mais est utilisée avec d'autres critères d'appréciation tels que le personnel médical et paramédical présent, l'accessibilité, le respect des normes techniques. Cette référence, qui peut arbitrairement conduire à la fermeture d'une petite maternité, sera parfois reconsidérée, c'est le cas de l'Algérie où on registre, entre 2011 et 2012, la fermeture de 28 maternités (MSPRH, 2014). En matière de chirurgie cardiaque, des normes de fonctionnement ont été imposées par la loi, notamment l'obligation de disposer au moins de deux chirurgiens de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et de deux anesthésistes-réanimateurs.

On peut enfin illustrer dans le domaine de l'hygiène hospitalière, les différentes notions évoquées. Le nombre d'infections nosocomiales détectées dans un établissement étant considéré comme indicateur, la référence se définit alors comme le taux de surinfection incompressible, l'optimum à atteindre. La norme, elle, décide en fonction du taux observé de la nécessité de mettre en place un programme de lutte spécifique. La connaissance de références techniques appliquées à un établissement n'est pas suffisante elle-même pour avoir une vision correcte du système de soins. Il faut tenir compte des complémentarités entre les différents niveaux du système de soins, afin d'apporter une réponse graduée aux besoins de la population.

1.4. Les niveaux du système de soins

Cette notion rappelle tout d'abord l'obligation de moyens. Les moyens n'étant pas réunis partout, il est nécessaire d'en appeler à un niveau supérieur, un niveau de référence. Ainsi les hôpitaux locaux -s'ils souhaitent poursuivre leur activité de médecine- doivent désormais passer une convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers de référence dotés d'un plateau médico-technique complet : réanimation, services spécialisés, imagerie, laboratoire.

La fonction du CHU confère en outre la responsabilité de l'enseignement, de la recherche, de l'innovation, des techniques de pointe, des activités hautement spécialisées, de certaines activités telles la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les transplantations. Dans ces domaines, le CHU se présente comme l'établissement de référence.

La notion de référent suggère l'idée d'une hiérarchie formalisée entre les différents établissements. L'organisation fonctionnelle du système de santé doit reposer sur un réseau d'établissements qui, selon l'importance de leurs plateaux techniques et de la population qu'ils ont à desservir, ne se retrouvent pas sur le même plan. La hiérarchie fonctionnelle doit conduire à l'assistance mutuelle et à une définition de l'utilisation en commun des moyens disponibles par zone de desserte. Sont donc définis, parmi les services de santé, les établissements de référence auxquels les autres font appel lorsque leurs moyens propres sont dépassés : l'hôpital de référence a des obligations vis-à-vis des autres hôpitaux du secteur.

Deux conditions indissociables ont été posées, dans la plupart des régions, pour une telle reconnaissance : une population suffisante pour l'utilisation d'un plateau technique sophistiqué et un critère d'accessibilité pour assurer la prise en charge des urgences en toute sécurité. Cette fonction hospitalière de référence se calque souvent sur les activités dites structurantes (accueil des urgences, réanimation, obstétrique) et repose donc sur un plateau technique important (service d'accueil de toutes les urgences, réanimation, chirurgie et médecine spécialisée, gynéco-obstétrique, pédiatrie, imagerie [scanner, voire à terme IRM]) (Jourdain et De Turenne, 1995).

La notion de référence oblige à définir un cahier des charges. Chaque secteur sanitaire se doit d'assurer un certain nombre de fonctions : la médecine (et ses spécialités telles la cardiologie, la cancérologie...), la chirurgie, l'obstétrique et la néonatalogie, les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée, l'imagerie, l'accueil et le traitement des urgences et la réanimation. Ces fonctions au sein du secteur ont été, généralement, organisées en trois niveaux.

Toutes les fonctions ne s'organisent pas obligatoirement sur les trois niveaux et un niveau peut être assuré par un seul établissement du secteur ou plusieurs organisés en réseau. Le cahier des charges définit donc les activités par niveau et donne des recommandations techniques de fonctionnement.

1.5. Stratégies et projets des acteurs

Quelle appréciation des besoins est faite par les acteurs et sur quels objectifs une mobilisation est-elle possible ? Les techniques d'organisation sanitaire constituent une référence pour juger de l'opportunité de projets de transformation du système de soins. Mais cette référence ne serait pas opérationnelle si elle ne trouvait pas d'écho dans le projet collectif d'un établissement. L'une des conditions à remplir pour cela est que les promoteurs intègrent dans leurs techniques d'organisation sanitaire la stratégie affichée par les établissements de soins.

L'expérience menée à Annaba est intéressante à cet égard. Dans le cadre de l'élaboration de la carte sanitaire régionale, plus d'une dizaine de comités techniques régionaux ont été mis en place. Composés essentiellement de professionnels médicaux, ces comités techniques régionaux avaient pour mission d'établir des recommandations de bonnes pratiques médicales, de bonne distribution de soins et de diffuser leurs travaux sur la région. L'un de ces comités était particulier. Composé des directeurs d'établissement, il s'est adjoint des

experts universitaires. Sa création traduisait le fait qu'au-delà des pratiques médicales, l'organisation d'ensemble de la santé nécessite des régulations entre la planification régionale et les projets stratégiques de chaque structure.

En effet, les instruments prévus par la loi hospitalière dessinent une économie singulière et originale au sein des politiques de régulation des dépenses de santé mises en œuvre dans les pays développés :

- ✓ instruments de type macro-économique, la carte régionale d'organisation sanitaire profile sur le territoire régional, à partir d'objectifs de santé publique, les grandes orientations de la politique à mettre en œuvre, compte tenu de la structure de l'offre de soins, de la demande de santé existante et des différents projets d'établissements ;
- ✓ instrument de type micro-économique, le projet d'établissement et à l'intérieur de celui-ci le projet médical sont les moyens par lesquels les établissements affirment et énoncent leurs choix stratégiques et leurs spécificités, compte tenu des besoins de la population desservie, des orientations de la carte sanitaire, de la nature de la concurrence à laquelle ils sont confrontés, des perspectives de développement et de coopération ainsi que l'évolution des techniques médicales et des prises en charge.

Les confrontations carte sanitaire -projet d'établissement sont prévues par la loi de façon explicite et implicite, qu'il s'agisse de :

- ✓ la mise en œuvre d'autorisations limitées dans le temps,
- ✓ l'approbation des projets d'établissements,
- ✓ la possibilité de modifier la carte sanitaire à tout moment,
- ✓ la possibilité de réaliser des contrats tripartites entre l'État, l'assurance maladie et les établissements privés,
- ✓ l'analyse des possibilités financières des établissements.

Se profilent enfin en toile de fond de ces confrontations l'évaluation des établissements, des relations qu'ils établissent entre eux, des pratiques qu'ils mettent en œuvre, qu'il s'agisse des modes de faire (évaluations centrées sur le processus, l'efficacité et l'efficacités) ou des raisons de faire (évaluations centrées sur l'utilité et la pertinence de l'objet évalué). Dès lors, il s'avère nécessaire de formaliser une réflexion sur l'articulation projet d'établissements - carte sanitaire et de proposer des modes de gestion des relations visant à atteindre une mise en cohérence optimale de ces deux démarches.

1.6. Les finalités du système de soins

Quels sont les grands objectifs que l'on choisit de privilégier dans la région : traiter un problème de santé prioritaire, améliorer l'accès au service public hospitalier, privilégier la qualité de soins spécialisés ? Une dernière approche possible dans un processus de répartition consiste à s'intéresser aux finalités du système de soins, aux grands buts qu'il doit atteindre. La prestation de soins de qualité en est un exemple, la recherche de l'égalité de santé, ou du

meilleur service pour un coût donné en sont deux autres, tout aussi fondamentales dans notre organisation des soins.

La wilaya d'Annaba a ainsi réalisé son bilan du fonctionnement des services existants à partir de la sélection de quelques finalités qui ont été mesurées par une série d'indicateurs opérationnels et dont le résultat a été discuté avec les responsables d'établissements.

La qualité est une finalité qui, de l'avis de tous, doit guider un processus de planification. Mais un examen plus approfondi de cette notion permet d'appréhender quelques-unes des difficultés que l'on rencontre pour la rendre opérationnelle. En matière de soins, l'OMS définit la qualité comme le critère permettant « de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». L'OMS ajoute que la « qualité est sans doute le facteur qui contribue le plus à donner confiance dans le système de soins, chez les professionnels comme dans le public » (OMS, 2013).

La notion de qualité est inscrite plusieurs fois dans la loi hospitalière en termes de soins de qualité, d'évaluation des pratiques et des professionnels pour une prise en charge globale du patient afin d'en garantir la qualité, de mise en œuvre, dans les services ou départements, d'actions pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Les conditions techniques de fonctionnement fixées par décret dans le cadre de la délivrance des autorisations présentent d'un minimum requis.

La qualité du service rendu et la qualité de l'organisation des soins sont deux aspects à entrevoir dans l'évaluation des pratiques que pose la loi hospitalière. Dans un document de l'OMS de 1988, Vuori précise les différentes dimensions de la notion de qualité en santé publique :

2. L'efficacité qui se définit comme le rapport entre l'impact effectif d'une prestation ou d'un programme dans un système et son impact potentiel total en situation idéale ;
3. La rentabilité qui considère les résultats de la prestation par rapport à son coût de production ;
4. La qualité scientifique et technique, qui est le degré d'application, dans les soins, des connaissances et des techniques médicales du moment ;
5. La satisfaction des consommateurs et des personnels soignants, c'est-à-dire la satisfaction que procurent aux consommateurs les prestations, les prestataires et les résultats des soins, et la satisfaction que procurent aux personnels soignants leurs conditions de travail ;
6. La continuité que caractérise un traitement global du patient considéré comme une entité humaine, sous la direction d'un responsable central. » (OMS, 1988).

La qualité des soins et des services se mesure donc en fonction des résultats obtenus, compte tenu des ressources investies et de ce qu'il est possible de réaliser dans un contexte donné.

Pour apprécier la qualité, il faut donc établir un lien entre une structure (ou des conditions), un processus (ou des façons de faire) et des résultats effectifs positifs ou négatifs. Par ailleurs, il importe de préciser clairement qui définit les critères de qualité : les consommateurs, les prestataires de soins, les administrateurs ou les décideurs ? Ces finalités peuvent se décliner en termes techniques, tenant compte des exigences énoncées par des experts. C'est le rôle des comités techniques que l'on retrouve dans pratiquement toutes les cartes sanitaires, dont une des fonctions est de proposer les références techniques nécessaires au bon fonctionnement du système de soins (Jourdain et De Turenne, 1995).

2. Les modèles de localisation des équipements et des services

Ces modèles et schémas sont devenus au fil du temps, de plus en plus, complexes pour tenir en compte de nombreux facteurs qui interviennent dans la localisation d'une activité donnée ou régissent l'interaction spatiale. On se limitera cependant ici aux modèles classiques, les plus simples et les plus anciens des modèles.

Ces modèles répondent souvent à un souci d'abstraction et de généralisation pour tenter de formaliser les logiques qui sous-tendent la localisation, l'allocation et l'interaction spatiales. Seule la connaissance vérifiée (fiable) assure la généralisation et dépasse la singularité et le cas exemplaire. Afin d'analyser les modèles de localisation des services, nous allons tout d'abord définir ce que l'on entend par « modèle », « localisation » et « service ».

2.1. Définition des notions

- ***"Le modèle"***

Le modèle nous renvoie à trois sens : une représentation pour le substantif, idéal pour l'adjectif et une démonstration pour le verbe. C'est une représentation idéalisée de la réalité afin de faire apparaître certains de ses propriétés » (Ackoff 1962 et al cité par Haggett 1973).

Le modèle est une représentation, une image formalisée, simplifiée et sensée d'une réalité, d'un système, d'une idée ou d'un fait dans le but de comprendre et d'agir. Dans son sens dynamique, le modèle est une reconstitution simplifiée d'un processus. C'est une référence, une norme, un schéma, une image représentative, une forme (patron, pattern). P. Haggett en a donné la définition suivante en 1965 : « Une représentation idéalisée du monde réel construite pour démontrer certaines de ses propriétés ». Il ajoutait à un autre emplacement « une représentation schématique de la réalité élaborée en vue d'une démonstration », ce qui résume l'essentiel. Le terme modèle provient de l'italien au XVème siècle, vient de moule : figure servant à reproduire, la racine est "med" qui signifie mesurer (médecine, méditer) ce qui invoque l'idée d'ajustement, d'évaluation et de mesure. A. Rey définit le modèle comme un « système représentant les structures essentielles d'une réalité », on retrouve ici l'idée d'essence, et d'essentiel beaucoup plus qu'une simplification. Modéliser, c'est saisir l'essentiel ! La simplification n'est qu'un moyen pour aller au but : comprendre, représenter, expliquer et agir.

Les modèles doivent avoir du sens, en rapport de l'action humaine et du jeu des acteurs en place et non simplement une combinaison de variables. Même la description a besoin de modèles connus, sans quoi elle n'exprime rien (Brunet R. 2000), les mots utilisés véhiculent des modèles ou des images : usine, commerce, centre, ville... Même la singularité passe par la définition d'une identité qui n'est qu'une combinaison unique de traits généraux et universels.

On peut distinguer plusieurs types de modèles selon le langage utilisé et le phénomène représenté : les modèles rhétoriques ou verbaux qui sont exprimés par un texte, le verbe ; les modèles mathématiques formalisés et exprimés par des formules (régression, analyse factorielle, modèle gravitaire, modèle de Von Thünen...), les modèles de systèmes permettant de représenter un système dans sa structure, ses interrelations, les modèles graphiques ou chorématiques pour représenter un espace, un champs géographique, une structure spatiale ; enfin les modèles iconographique, iconique et cognitif qui utilisent l'image et le dessin (courbe, profil, schéma, carte) (Belhedi, 2010). Ces différentes formes sont complémentaires : le modèle de localisation industrielle de A Weber s'exprime par une équation, un dessin ou un texte (définition littérale) à la fois. En outre, le modèle peut être statique ou dynamique, explicatif ou prescriptif.

Ces modèles tentent de représenter la réalité en la simplifiant, allant à l'essentiel en laissant le bruit, le secondaire et les détails. C'est la réduction eidétique de Husserl, l'art d'aller à l'essentiel. Le modèle résume ainsi une structure fondamentale de la réalité, mais pas toute la réalité. Cette simplification, ou encore mieux cette réduction, stipule un choix sélectif des éléments et des paramètres retenus qui exprime un paradigme déterminé. Le modèle (spatial) a pour ambition d'explicitier la réalité (spatiale) en tant que structure et structuration à la fois, en termes d'affectation du sol, de dynamique des flux et d'interaction en ne retenant qu'un nombre limité de variables jugés les plus fondamentales. Cette simplification nous permet de comprendre les mécanismes de localisation, de dévoiler les logiques sous-jacentes et de pouvoir généraliser évitant ainsi le particularisme et l'empirisme des études de cas. Les modèles sont d'autant plus intéressants qu'ils débouchent sur des généralisations fécondes dépassent les cas particuliers ou les observations locales tout en les intégrant dans le schéma général du modèle sans les exclure.

- ***"La localisation"***

La localisation est la position d'un objet un lieu sur la surface de la terre, elle se fait à l'aide des coordonnées géographiques, on parle alors de localisation absolue qui est statique. La localisation, c'est aussi l'emplacement relatif relié aux autres éléments ou lieux, c'est le lieu situé par rapport à un référentiel spatial. C'est situer un élément dans un espace de relations : localisation d'une ville, d'un équipement ... Il s'agit là d'une localisation relative qui est dynamique.

La localisation est à la fois singulière en ce qu'elle a de spécifique et générale en ce qu'elle correspond souvent à une combinaison d'éléments qu'on retrouve ailleurs permettant ainsi la généralisation comme la localisation des ports, du commerce de luxe...

La localisation est aussi l'acte de localiser, c'est à dire définir la localisation. Elle est aussi l'acte de choisir un lieu pour une activité donnée sur la base de ses attributs intrinsèques (notion de lieu et de site) ou en fonction du cadre spatial (notion de situation) : choisir la localisation optimale pour implanter un équipement donné.

La localisation est le fruit de stratégies complexes des différents acteurs qui se trouvent en présence, en fonction du contexte socio-économique, des intérêts en jeu et en compétitions, des moyens mis en œuvre et des contraintes présentes. La localisation d'un service se fait selon l'accessibilité, le prix du terrain, le voisinage, la réglementation urbanistique, la localisation du marché, le marché de l'emploi, les sources d'énergie et le système de communication... Quelle est la localisation possible (Belhedi, 2010)?

Pour une situation donnée, il y a autant de paramètres sur lesquels on peut agir pour obtenir la meilleure localisation. Il y a autant d'exigences contradictoires dont la résultante localisationnelle dépend des choix effectués en amont à tel point que chaque localisation représente en soi un cas unique. En dépit des spécificités de chaque localisation, il y a toujours des caractères généraux et des similitudes qu'on retrouve dans la plupart des cas. En dépit de la multiplicité des facteurs qui interviennent dans une localisation donnée, on peut toujours ramener le problème à un nombre limité de paramètres de base, les autres variables restent malgré tout secondaires dans le choix de la localisation.

- ***Qu'est-ce qu'un service ?***

La définition des services n'est pas aisée, elle peut revêtir plusieurs sens. Il existe de nombreuses nomenclatures qui engendrent des problèmes méthodologiques de mesure compliquant les comparaisons dans l'espace et dans le temps (Mérenne-Schoumaker, 2008). Les services ont longtemps été qualifiés d'activités tertiaires qui correspondent à l'ensemble des activités non reprises dans les secteurs primaires et secondaires : concepts introduits par C. Clark en 1951.

Au sens plus restreint, les services ne recouvrent pas l'ensemble du secteur tertiaire puisqu'ils se distinguent du commerce par le seul transfert de savoir et de travail. Nous retiendrons donc la définition de l'INSEE pour laquelle "un service est une activité qui se caractérise essentiellement par la mise à disposition d'une capacité technique ou intellectuelle. A la différence d'une activité industrielle, elle ne peut pas être décrite par les seules caractéristiques d'un bien tangible acquis par le client. Compris dans leur sens le plus large, les services recouvrent un vaste champ d'activités qui va du commerce à l'administration, en passant par les transports, les activités financières et immobilières, les services aux entreprises et aux particuliers, l'éducation, la santé et l'action sociale"¹.

¹ Site Internet de l'INSEE, consulté le 31 Mai 2016

«<http://www.insee.fr/fr/methodes/?page=definitions/services.htm>»

✓ **Par ailleurs, les activités tertiaires et secondaires sont souvent mêlées :**

Les productions agricoles et industrielles incluent également un nombre croissant de services en amont et en aval de la fabrication (Géneau de Lamarlière et Staszac, 2005). A la différence des biens matériels, les services ne se réalisent qu'en se consommant : les distinctions entre production/consommation et bien/service sont parfois difficiles. Etant donné qu' « il n'y a plus de fabrication de biens sans services, pas plus que de prestations de service sans bien », A. S. Bailly et D. Maillat (1988) proposent de réfléchir non plus en termes d'opposition secondaire-tertiaire mais en termes de liaison fabrication-service. La fabrication, la circulation, la distribution et la régulation de l'ensemble du système seraient les quatre composantes d'un nouvel idéal économique. De façon générale, la distinction entre les notions de biens et de services manque de clarté et se dissipe, notamment pour les productions de haute technologie ou d'activités très créatives. De plus, les fabrications matérielles et immatérielles sont confrontées aux mêmes logiques d'innovation, de diffusion et de coopération et observent les mêmes contraintes techniques et géographiques (Di Méo, 2001). La question de la localisation des services peut être analysée de multiples manières. Elle peut porter sur des aspects touchant à la demande ou à l'inverse sur des aspects touchant à l'offre. On notera cependant que plutôt que d'agir comme des forces concurrentes, ces facteurs de demande et d'offre sont susceptibles de se renforcer mutuellement et de générer la concentration spatiale des services dans les segments supérieurs de la hiérarchie urbaine. Les approches par la demande restent, pour une large part, dominées par des réflexions en termes de hiérarchie fonctionnelle (qui s'appuient elles-mêmes sur les modèles bien connus de base exportatrice et de place centrale).

La répartition des services dans un cadre national ou régional a été traditionnellement expliquée par la hiérarchie fonctionnelle associée à la taille des villes et au poids de leur aire d'influence¹. Ce cadre conceptuel classique postule que les activités de service présentes dans une région sont dépendantes de la demande locale : elles sont donc induites par la demande et ses caractéristiques. Selon cette conception, la contrainte de proximité entre prestataires et utilisateurs détermine la localisation de ces mêmes activités.

2.2. La théorie des lieux centraux : une approche rationnelle de localisation des équipements et des services reposant sur la distance

Dans les années 1950 et 1960, l'économie spatiale et la géographie économique développent la théorie des lieux centraux et celle de la croissance polarisée et expliquent l'opposition des aires centrales aux espaces périphériques. La localisation de l'offre de services en fonction de la demande est au cœur de la réflexion des économistes tels que H. Hotelling, W. Christaller, T. Palander et A. Lösch et l'ensemble de ces réflexions furent rassemblées dans la théorie des

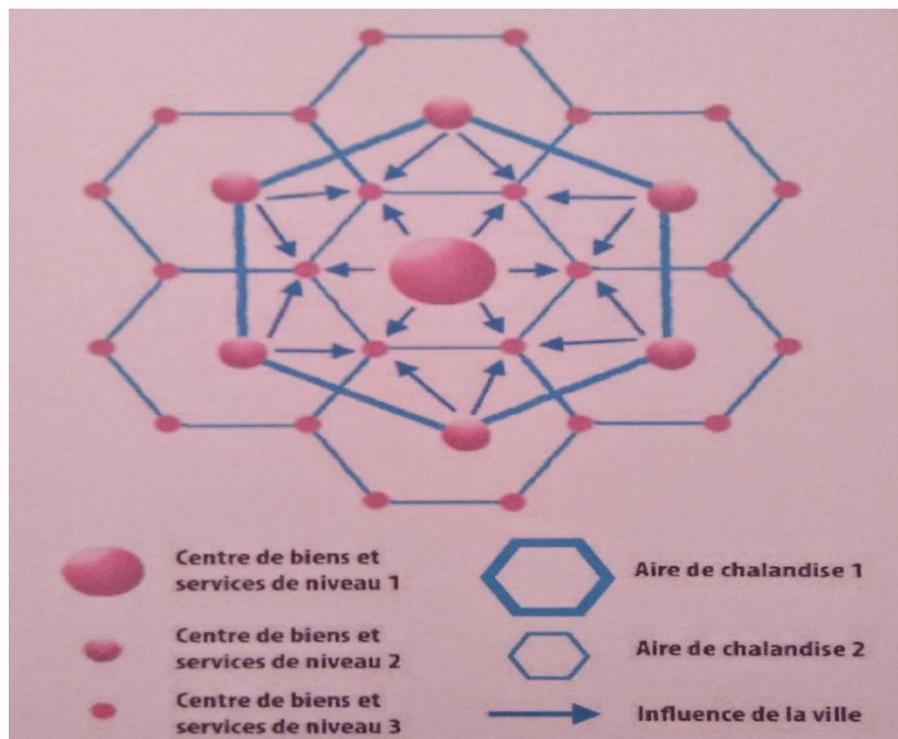
¹ C'est à Reilly (1929) que l'on doit la théorie de l'aire d'influence des villes fondée sur le concept d'attraction des commerces et services entre deux agglomérations, en fonction de la distance les séparant et leur population respective. Cette loi permet de définir la frontière entre l'aire d'attraction des deux agglomérations et donc leurs marchés respectifs. Développée par la suite sous la forme de modèles gravitationnels, cette analyse permet ainsi d'expliquer la localisation des services dans une ville en fonction de son aire d'attraction et donc de la population qu'elle dessert.).

lieux centraux ou places centrales ou encore modèle de Christaller en 1933 (Géneau de Lamarlière et Staszac, 2005). Dans un espace homogène, cette théorie démontre que la meilleure solution pour que les services desservent l'ensemble de la population est une structure en hexagones réguliers dont la taille varie suivant la rareté du service (voir Figure 23, p. 68). Les villes sont alors considérées comme des lieux dans les dynamiques économiques pour les activités de biens et services et servent à acquérir, diffuser et évaluer l'information (Claval, 2008). La population résidant dans les territoires périphériques ont une demande potentielle de biens et services et les utilisent. Ces centres sont hiérarchisés car les différents niveaux de services sont définis par :

- ✓ des portées-limites (distance que le consommateur accepte de parcourir pour se procurer le service et qui sont définies par le coût du transport supportable pour l'achat du produit) ;
- ✓ des seuils d'apparition (fixés par le volume de clientèle nécessaire à la rentabilité de l'offre de service).

La régularité de l'espacement des villes provient de l'hypothèse d'un comportement rationnel des consommateurs qui fréquentent le centre le plus proche ainsi que la concurrence entre les centres qui se partagent la clientèle. La hiérarchie des niveaux de services se traduit par un nombre plus petit et un espacement plus important des centres lorsque ces services sont rares.

Figure 23: Théorie de lieux centraux de W. Christaller (1933).



Azzouzi Amar, 2017.

Comme le souligne D. Pumain (2004), de très nombreuses observations menées dans différentes régions du monde ont démontré l'utilité de la théorie pour comprendre l'organisation spatiale de la plupart des services et la différenciation des réseaux urbains aux échelles moyennes, dans des régions relativement homogènes. Bien que cette théorie ait été utilisée en aménagement du territoire pour réaliser le peuplement des polders au Pays-Bas ou pour justifier la politique des métropoles d'équilibre en France, les hypothèses de cette théorie sont remises en cause. Tout d'abord, l'opacité et l'hétérogénéité de l'espace ne sont pas prises en compte, or la présence d'un massif montagneux, d'un littoral ou des infrastructures de transport bouleversent la hiérarchie urbaine prédite par le modèle. Par ailleurs, cette théorie repose uniquement sur la distance géographique à vol d'oiseau et sur les choix rationnels des consommateurs, or d'autres facteurs sont à l'œuvre. Par exemple, le consommateur ne choisit pas systématiquement le centre le plus proche mais il a tendance à effectuer des voyages à buts multiples en s'approvisionnant simultanément pour des biens et services de niveau inférieur dans un centre de niveau supérieur. Le consommateur est alors prêt à parcourir une distance plus longue, dans le but de grouper ses achats grâce à une offre de services plus diversifiée. Les services de proximité et intermédiaires sont peu utilisés ce qui renforce l'hétérogénéité des territoires et donc la hiérarchie urbaine.

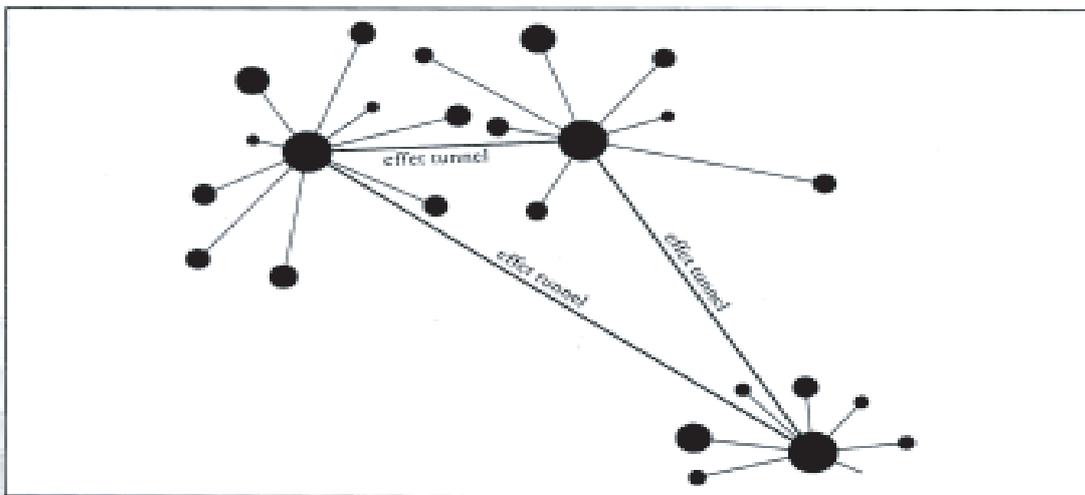
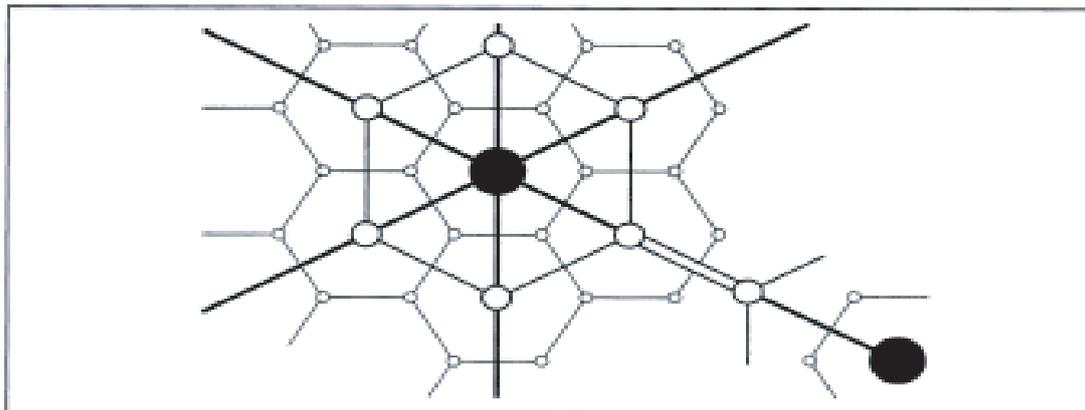
Cette approche théorique est très utile pour expliquer la répartition spatiale des services à la population qui sont des activités très urbaines et largement liées à la distribution géographique des populations. La logique de distribution des services publics semble un peu moins sensible à cette hiérarchie urbaine (principe d'équité territoriale, poids du passé...).

Dans le domaine de la santé, les avancées de la recherche en médecine et les performances technologiques génèrent une spécialisation pyramidale qui est également souhaitée et planifiée par les politiques d'aménagement du territoire. Cette hiérarchie des degrés de spécialisation des soins correspond à la théorie des lieux centraux de W. Christaller : les services les plus spécialisés tels que les CHU sont situés dans les centres urbains les plus importants, tandis que les services de soins plus courants tels que les médecins généralistes, sont présents dans des villes de niveau secondaire et le consommateur a donc moins de distance à parcourir pour y accéder (Fleuret, 2012). On peut ainsi classer les services de soins suivant s'ils concernent le premier recours (médecins généraliste, pharmacien, infirmiers, etc.), le second recours (médecins spécialistes, polycliniques de proximité, EPH) ou le troisième recours (CHU ou EHS). Cependant, si la relation entre la hiérarchie urbaine et la pyramide des soins a longtemps été mentionnée par les géographes, ces liens sont remis en cause dans de nombreux domaines. Ainsi, B. Mérenne-Schoumaker et L. Moyart (2006) montre que le renforcement des principaux lieux centraux génère un nouveau modèle de réseau ayant une forme en étoile, avec un point de connexion central qui peut atteindre chacune des terminaisons situées à la périphérie.

Ce réseau se caractérise par des processus de spécialisation entre les villes, par l'absence de certaines fonctions dans chaque ville ainsi que par des relations entre les fonctions et les villes de même niveau (Trotta, 2009). Ainsi, il apparaît des notions de complémentarité et de spécialisation entre les centres de soins d'un même niveau et la théorie, des réseaux, semble

davantage correspondre au développement des relations horizontales contrairement à la théorie des lieux centraux dont les relations sont verticales. Comme le soulignent, I. Bongiovani et M. Noguès (2002), les réformes successives du système de santé ont privilégié un nouveau mode d'organisation des soins qui s'appuie sur la coopération entre les acteurs et sur les développements d'une structure en réseau.

Figure 24: Le modèle de réseaux en étoile.



Source : Mérenne-Schoumaker et Moyart, 2006.

2.3. Vers une approche multidimensionnelle des logiques d'organisation spatiale des équipements et des services

- *Les contestations du modèle normatif de l'homo œconomicus et l'apport des sciences sociales*

L'homo œconomicus est une représentation systématisée du comportement économique proposé par les économistes à partir duquel ils ont construit les principales théories. Ses postulats sont :

- ✓ L'être humain est un individu égoïste, le mobile de toutes ses actions est la recherche de l'intérêt personnel.
- ✓ Il n'obéit qu'à des principes rationnels : il recherche le maximum de satisfaction moyennant le minimum d'efforts ou de sacrifices.
- ✓ Il est parfaitement informé et a connaissance de la totalité des conséquences des actions qui s'offrent à son choix.
- ✓ Il est isolé, indépendant des autres hommes, n'est pas programmé par des habitudes sociales ou culturelles : il prend seul les décisions sans aucun déterminisme extérieur.

Ces postulats sont universels et définissent l'action humaine en tout lieu et tout temps.

Les contestations du modèle normatif de l'homo œconomicus, recherchant le maximum de satisfaction au moindre coût, sont venues d'autres disciplines que l'économie : la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, etc. Leurs travaux s'appuient sur des comportements réels en économie et aboutissent à des interprétations beaucoup plus riches et variées. Les agents économiques sont alors considérés comme des acteurs sociaux dont les comportements et les calculs s'inscrivent dans des règles, des institutions et des conventions. L'étude de l'organisation des firmes montre qu'il n'y aurait pas de « lois » du marché pour ajuster les décisions économiques de multiples agents individuels, mais ce sont différents types d'organisations qui participent à ces ajustements (Géneau de Lamarlière et Staszac, 2005). La dimension culturelle et l'ethnologie des organisations ont permis d'affiner les méthodes de management et la compréhension de l'entreprise à travers les différentes attitudes des acteurs : compétition, rivalité, coopération, solidarité (cotisations sociales, dons, etc.).

En psychologie, des études ont montré que la rationalisation est le résultat d'une évolution culturelle et historique des individus et des institutions. Le comportement rationnel est souvent recherché par les individus parce qu'il leur permet de s'intégrer à la société. De multiples motivations sont observées chez les individus qui sont le produit de la culture : l'appât du gain, l'évitement du risque en souhaitant un revenu le plus stable et non le plus élevé, la volonté de s'accomplir dans une activité, etc. Concernant les processus de décisions des individus, l'économiste américain H. A. Simon (1983) a introduit le courant du behaviorism (dont le créateur est J. B. Watson en 1913), qui étudie le comportement objectivement observable et le rôle de l'environnement comme facteur déterminant du comportement humain (et animal). Il a démontré que la définition de l'option la plus rationnelle est difficile et, bien que les individus s'efforcent d'être rationnels, souvent ils n'y parviennent pas.

De plus, si un consommateur ne dispose pas de toutes les informations avant de prendre une décision, il n'a pas la possibilité de vérifier leurs exactitudes, ni la capacité d'envisager les conséquences de toutes les alternatives à ses choix (Mérenne-Schoumaker, 2002). Les décisions économiques décrites ci-dessus sont davantage raisonnables que strictement rationnelles, mais il existe également des décisions sans aucune rationalité et qui peuvent sembler illogiques : les gaspillages, le surendettement des ménages, le refus des chefs entreprises de moderniser leur équipement, certaines dépenses luxueuses, etc. (Géneau de

Lamarlière et Staszac, 2005). De même, l'anthropologue D. Sahlins (1976) a démontré que le besoin humain est un concept relatif qui change suivant les cultures et le temps. L'obsession de la rareté n'est pas universelle : il qualifie les sociétés primitives comme des « sociétés d'abondance » car cette obsession n'étant pas présente, peu de biens matériels sont désirés et tous les besoins sont satisfaits. Ainsi, les perceptions de l'économie diffèrent selon les acteurs à travers leur matrice culturelle, leur mémoire, leur valeur collective, leur croyance, leur symbole mais aussi leur place socio-économique (ouvrier, employé, libéral, etc.), leur vécu, leur expérience. A cet égard, J. Baudrillard (1978) a montré que dans les sociétés de consommation, l'objet véhicule des images et symboles perçus de façon plus ou moins consciente par les individus et constitue ainsi un « discours personnel » : voiture, vêtements, livres, etc.

Ainsi, les aspects sociaux, psychologiques, culturels et politiques sont mobilisés pour expliquer les logiques économiques différenciées des espaces. Ce courant s'inscrit dans celui des « nouvelles géographies économiques » où chacune de ces disciplines ont des liens inextricables mais sans domination les unes vis-à-vis des autres. Ces géographies s'intéressent aux fondements sociaux, culturels et religieux du sens que les hommes donnent à l'économie et à leur existence à travers l'économie. Les discours sont analysés à travers les croyances, l'imaginaire (les symboles de la consommation du travail et de la monnaie) ainsi que les mythes sur les « lois » du marché et la rationalité économique.

- ***Les logiques de localisation des services : la recherche d'une adéquation entre l'offre et la demande sur le territoire et ces réseaux***

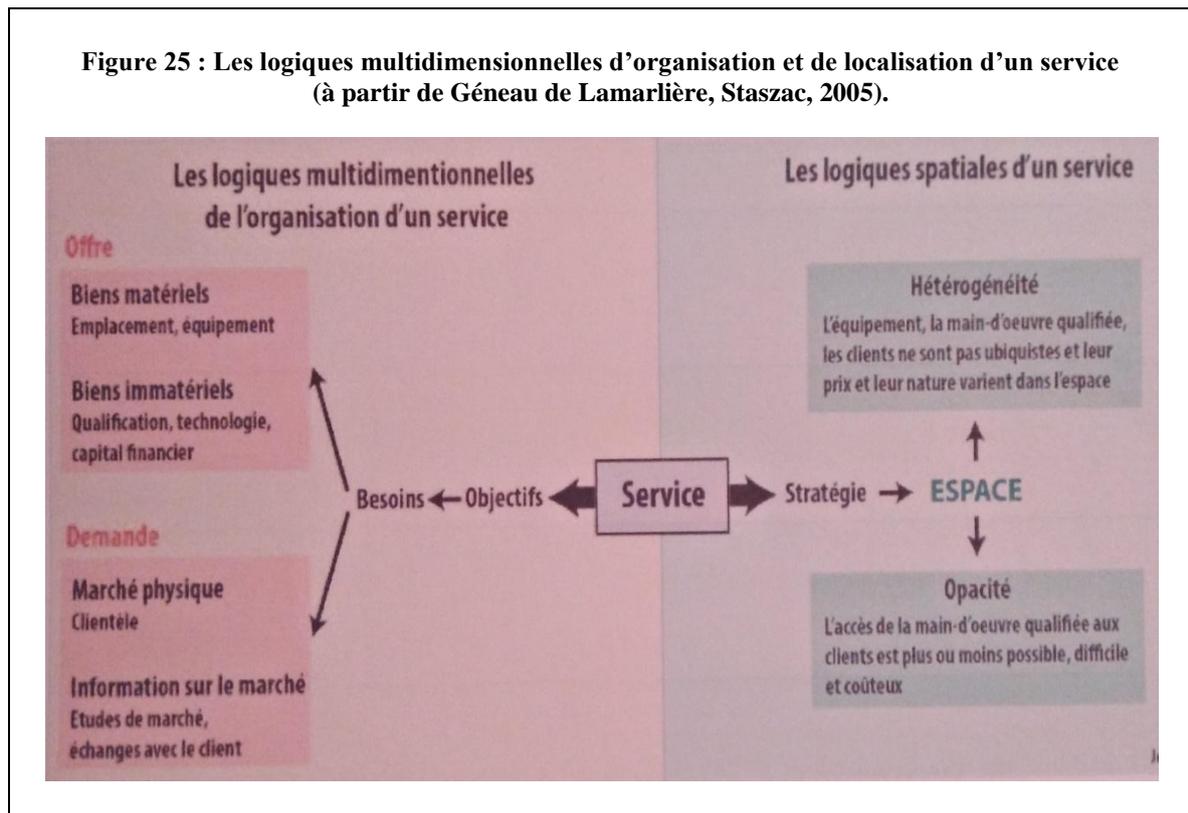
Une compréhension fine de l'organisation des activités économiques nécessite d'intégrer des éléments ne relevant pas d'une rationalité parfaite tels que les comportements et les croyances des acteurs, les relations sociales, les règles de gouvernance, etc. Ainsi, les études ne cessent de se développer en intégrant aux méthodes classiques de l'économie, des outils empruntés à d'autres sciences (Gadrey, 2005). Cette approche multidimensionnelle, recouvrant de nombreuses disciplines en sciences humaines et sociales, est particulièrement intéressante pour l'analyse des activités de services. En effet, l'échange d'information entre les acteurs et la recherche d'adéquation entre l'offre et la demande, qui sont au cœur des activités de services, nécessitent d'intégrer des facteurs de nature sociale, politique, anthropologique, psychologique, etc. La prise en compte des comportements et perceptions des acteurs est un facteur essentiel puisque la production d'un service suppose une base matérielle (par exemple, un guichet de banque), un personnel en contact (cela peut également être un contact à distance ou de manière discontinue comme dans le cas d'un distributeur automatique) et un client (Stock et Violier, 2003). On observe alors une coproduction par le client et l'entreprise, le service est alors non tangible et non stockable. L'économiste J. Gadrey (2003) parle de « servuction » pour traduire cette spécificité : un service est produit et consommé dans l'interaction entre l'offreur et l'acquéreur. La servuction s'applique également dans le cas d'un service de soins. Nous assistons à une évolution du rôle du patient qui ne délègue plus aux médecins les initiatives, mais il intervient dans le processus de décision (Barbot et Dodier, 2000). La démocratie sanitaire et l'autonomisation du patient permettent de

contrecarrer le déséquilibre informationnel et la dépossession du pouvoir sur son propre état de santé. Si le professionnel dispose d'un savoir scientifique et technique, le patient reste la première des « parties prenantes » (Batifoulier, 2012). Cette décision partagée sur les options de traitement entraîne une servuction car l'échange d'information est en interaction entre le médecin qui transmet ses connaissances au patient et le patient qui fait état de ses préférences. L'intégration des conduites économiques non rationnelles et socialisées dans les modèles économiques permettent une meilleure analyse des logiques de localisation des services qui varient selon la nature de l'activité, les qualifications qu'elle nécessite et les échanges sur lesquels elle se fonde, c'est-à-dire les informations qu'elle mobilise (Géneau de Lamarlière et Staszac, 2005).

Le schéma de synthèse (voir Figure 25, p. 74), résume notre propos et montre la logique d'organisation et de localisation d'un service. Nous l'avons vu, bien que la distance soit un élément important de la localisation des services, l'apport des sciences sociales permet une compréhension plus riche des logiques d'organisation. Ainsi, l'étude des comportements et des perceptions des acteurs est essentielle pour identifier les logiques multidimensionnelles qui sont au cœur de la recherche d'adéquation entre l'offre et la demande pour les services. En effet, les activités de services établissent des objectifs et ont deux types de besoins : les biens immatériels (main d'œuvre qualifiée, expérience, etc.) qui ont un rôle majeur contrairement aux biens et équipements matériels (locaux, ordinateurs, véhicules, etc.). Plus encore que pour toute autre activité, les services s'appuient sur l'échange d'information entre le prestataire et le consommateur (étude de marché, échanges avec le client, les résultats d'une expertise, etc.).

A l'exception du tourisme, les services ne sont pas dépendants du milieu physique : ils consomment moins d'espace, de ressources naturelles et rejettent peu de polluants (Géneau de Lamarlière et Staszac, 2005). En revanche, l'hétérogénéité et l'opacité de l'espace sont des éléments déterminants qui traduisent les variations spatiales des biens et de l'information disponible et dans l'aptitude à la transmettre : les savoir-faire de certains services ne se trouvent pas partout. Ainsi, comme le montre la théorie des lieux centraux, plus un service est rare (services de neurochirurgie, etc.), plus il aura tendance à être localisé dans les grands pôles urbains où il disposera d'une main d'œuvre très qualifiée.

Qu'ils soient publics ou privés, équipements et services sont de plus en plus conscients de l'importance du choix d'une implantation adéquate. Les modèles de localisation constituent un outil très attrayant pour orienter le choix de telles décisions spatiales. Ils permettent d'aider à la prise de décision par un outil scientifiquement justifié. A l'aménageur (géographe, démographe ou économiste) d'analyser consciencieusement tous les problèmes d'estimation qui sont associés à la localisation optimale : connaissance et compréhension du service à localiser, mesure et localisation des quantités demandées au moment de l'analyse et ultérieurement, connaissances de mécanismes de comportement des usagers et du décideur, estimation du temps de déplacement, etc.



Les potentialités d'applications sont multiples; communes et administrations publiques se posent de nombreux problèmes de restriction (quelle école supprimer ?) ou de création de services (où localiser la polyclinique ?). Population et pouvoirs publics usent de leur influence. Le modèle propose un outil simple qui permet d'orienter le débat sans prendre en compte les luttes d'influence. Utilisé simplement, il oriente le débat. Utilisé avec plus de minutie quant aux inputs, il peut proposer des solutions très précises. Enfin, pour le scientifique, ce type de modèle offre encore de nombreuses perspectives de recherche.

3. Localisation des praticiens privés : Critères d'implantation et facteurs d'attractivité des territoires

L'un des principaux objectifs des pouvoirs publics est en effet de garantir à la population une égale accessibilité aux soins sur le territoire. Néanmoins, en Algérie comme dans de nombreux autres pays, la diminution attendue du nombre de professionnels de santé, en particulier des médecins, menace la répartition de l'offre de soins, en termes de distances et de temps d'accès notamment. Certaines actions des politiques de santé visent donc à orienter les choix du lieu d'installation des médecins.

Depuis une dizaine d'années, de nombreux travaux (études, enquêtes, rapports parlementaires, etc.) ont mis en exergue l'inégale répartition des médecins entre les territoires et l'accroissement de ces inégalités, non seulement aux niveaux interrégional et inter-wilaya, mais surtout à des niveaux plus localisés, entre communes d'une même wilaya.

Pour expliquer ce phénomène, ces études insistent sur l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins, qui souhaitent aujourd'hui concilier épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité pour soi et pour leur famille et carrière professionnelle (trouver un équilibre entre vie privée, familiale et professionnelle, maîtriser son temps de travail, exercer dans un cadre sécurisé,...).

Si les attaches antérieures sur un territoire, personnelles ou professionnelles (lieu de naissance, de vie, d'étude, de stage,...), restent le premier déterminant d'implantation des médecins, certaines caractéristiques des territoires leur confèrent une attractivité plus ou moins forte vis-à-vis des jeunes médecins généralistes et des internes en médecine générale. La plupart des enquêtes concluent à trois facteurs d'attractivité prépondérants :

- ✓ la qualité et le cadre de vie offerts sur un territoire ;
- ✓ l'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif sur le territoire, porté par des confrères (ex : cabinet de groupe) : ces modes d'exercice correspondent aux attentes de la majorité des médecins et facilite l'accueil des nouveaux installés sur le territoire ;
- ✓ les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire (Amat-Roze, 2011).

D'autres critères apparaissent comme des déterminants secondaires :

- ✓ l'accompagnement dans les démarches d'installation (autre que les aides financières) : recherches et mise à disposition de locaux professionnels, démarches administratives, insertion professionnelle du conjoint,... ;
- ✓ la présence de confrères sur le territoire (médecins) et de professionnels paramédicaux;
- ✓ la proximité d'équipements et services médicaux ou de santé (radiologie, laboratoire, pharmacie) ;
- ✓ la proximité d'un service d'urgences ;
- ✓ l'existence de services à la population, équipements et infrastructures sur le territoire (notamment pour la scolarisation et la garde des enfants et les commerces).

Quant aux facteurs ayant une influence négative sur l'attractivité d'un territoire, les principaux sont (par ordre décroissant d'importance) :

- ✓ la surcharge de travail (manque de maîtrise de son emploi du temps, gardes trop contraignantes, déplacements longs liés aux visites à domicile) ;
- ✓ l'isolement professionnel ;
- ✓ un potentiel d'activité trop limité (zones sur-dotées, très faible densité de population, population en diminution) ;
- ✓ le coût d'un éventuel investissement immobilier (Touati & Turgeon, 2013).

Globalement on peut grouper les facteurs qui influencent la répartition ou bien le choix du lieu d'installation des médecins privés en quatre catégories : les facteurs d'ordre

professionnel, les facteurs d'ordre économique et financier, les facteurs d'ordre extraprofessionnel (environnemental) et enfin les facteurs d'ordre individuel.

3.1. Facteurs d'ordre professionnel

- *L'exercice en groupe ou en réseau*

- ✓ **Facteurs d'influence positive**

Parmi les principales aspirations d'ordre professionnel des jeunes médecins, figure l'exercice en groupe ou en réseau, qu'il s'agisse d'un cabinet de groupe (médical), d'un regroupement pluri-professionnel ou même d'une organisation collective. Les objectifs sous-jacents sont d'éviter l'isolement professionnel, de pouvoir organiser son temps de travail avec des confrères (gardes, remplacements, continuité des soins), de partager un projet professionnel motivant (formation continue, accueil de stagiaires, partage des pratiques,...) ou encore de partager des charges, un secrétariat,... Par ailleurs, ces modes d'organisation créent généralement un contexte plus favorable à l'accueil de nouveaux arrivants.

- ✓ **Facteurs d'influence négative**

Certains facteurs relatifs au mode et aux conditions d'exercice ont une influence négative sur le choix d'implantation : le risque d'isolement professionnel et la surcharge de travail, qui recouvre la difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle, le manque de maîtrise de l'emploi du temps et du temps de travail, de trop fortes contraintes liées à la permanence des soins (gardes), une charge de travail administratif importante, ou des déplacements importants pour des visites à domicile (ces trois derniers critères étant des caractéristiques associées aux zones rurales).

Ces craintes sont davantage exprimées chez les femmes. Pour ce qui concerne la permanence des soins, 78 % des internes en médecine générale estiment que les gardes ambulatoires font partie du métier de médecin généraliste et qu'ils ont l'intention d'en effectuer, dès lors que la permanence des soins est régulée et que les gardes sont bien organisées. Toutefois, 21,4 % des internes en médecine générale n'envisagent pas de faire de gardes¹.

- *Les caractéristiques des patients*

Certaines enquêtes ont montré que les caractéristiques socioéconomiques et sanitaires des patients pouvaient avoir une influence sur le choix d'implantation des médecins, en particulier dans les zones rurales et socialement défavorisées. Cette influence peut être positive (volonté expresse d'un mode d'exercice particulier, sentiment d'utilité sociale, qualité des relations humaines avec les patients) ou négative.

¹ Source : Enquête Française nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, ISNAR-IMG, 2011.

- ***La présence de confrères (médecins)***

Les enquêtes et les analyses des représentants des médecins concordent sur les critères d'installation suivants (par ordre décroissant d'importance) :

- ✓ La présence de confrères sur le territoire est indispensable à l'existence ou au développement d'un projet professionnel collectif, et pour éviter la surcharge de travail.
- ✓ La proximité d'un cabinet de radiologie, d'un laboratoire d'analyses médicales et d'une pharmacie figure parmi les facteurs positifs les plus importants, après la présence de confrères.
- ✓ La présence de professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues) est également un facteur d'attractivité.
- ✓ La proximité d'un centre hospitalier est un facteur d'attractivité à considérer, surtout s'il compte un service d'urgences et un plateau technique (pour réaliser des examens complémentaires rapides). Les petits établissements (ex-hôpitaux généraux et polycliniques) ont une influence bien plus importante que les très gros établissements et les centres hospitaliers universitaires (Tonnelier, 1984)
- ✓ La présence de confrères spécialistes et généralistes est un élément positif mais négligeable (ONDPS, 2015).

- ***Opportunités professionnelles***

Les opportunités professionnelles (association, collaboration, remplacement) ont joué un rôle dans le choix du lieu d'exercice pour 10 % des médecins généralistes installés depuis moins de cinq ans¹ (loin derrière les principaux facteurs). Selon les représentants des internes en médecine, ces opportunités sont tout à fait négligeables et pas discriminantes d'un territoire à un autre.

- ***Les conflits avec le personnel***

Le conflit est une situation où les intérêts de deux ou plusieurs personnes semblent être incompatibles, il est le plus souvent perçu de manière négative, puisqu'il peut nuire aux relations professionnelles, diminuer la satisfaction du personnel à travers ses répercussions néfastes sur le climat de travail. Les conflits qu'ils soient entre médecins, ou médecin(s) et organisations influencent l'ensemble du processus du choix du lieu de pratique. Il s'agit d'un facteur qui n'a été retrouvé dans la littérature consultée qu'au niveau de deux études :

- ✓ L'étude de Bilodeau (1989) a montré l'effet des conflits sur la décision de quitter les régions éloignées, puisque 50 % des médecins ont remis en question leur séjour dans ces régions à cause de ces conflits.

¹ Source : Enquête sur l'impact des politiques publiques visant à inciter les jeunes médecins à l'exercice dans les zones « délaissées », enquête BVA commanditée par le ministère français en charge de la santé, octobre 2010.

- ✓ L'étude de Connor (1995) insiste sur le fait que les bonnes relations sont essentielles pour le choix du lieu de travail des médecins, les organisations fructueuses sont généralement caractérisées par l'intégration des intérêts du personnel médical et ceux de l'organisation. Par contre, les relations conflictuelles constituent une cause commune de mauvaises performances de ces organisations.

3.2. Facteurs d'ordre économique et financier

D'une façon générale, la rentabilité du projet n'est pas exprimée comme un critère déterminant. Quelques enquêtes viennent toutefois nuancer cette hypothèse¹.

- **Le potentiel d'activité sur le territoire**

Le potentiel d'activité s'analyse au regard de l'offre et de la demande présentes ou futures :

- ✓ Une surabondance de l'offre et une trop forte densité peuvent être synonymes de concurrence et de difficulté dans l'installation.
- ✓ Concernant la demande, un territoire à très faible densité de population ou, la population décroît peut représenter des perspectives inquiétantes.

Si ces critères sont bien pris en compte par les jeunes médecins dans leur choix d'installation, ils ne semblent absolument pas perçus par les internes : 63 % des médecins généralistes installés depuis moins de cinq ans indiquent que l'importance de l'activité médicale a compté dans leur choix d'installation ; alors que seulement 13 % des internes en médecine générale indiquent qu'elle comptera», (Enquête BVA, 2010)². Les représentants des internes confirment en effet :

- ✓ que le potentiel d'activité n'est pas étudié avant l'installation car « il y a du travail partout » et que les internes ne connaissent pas les outils qui leur permettraient cette étude ;
- ✓ que les zones sur- ou sous-dotées sont évitées pour des raisons respectivement d'absence de besoins et de surcharge de travail ;
- ✓ que les centres des grandes villes peuvent poser problème à l'installation de jeunes médecins compte-tenu du coût de l'immobilier.

- **Les aides financières à l'installation**

Les aides financières à l'installation recouvrent les bourses d'étude attribuées par les collectivités sous engagement d'exercice en zone déficitaire, le contrat d'engagement de

¹ Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux – Synthèse de la littérature, Observatoire régional de santé d'Aquitaine, décembre 2011 : « Le critère du revenu semble secondaire dans le choix de s'installer en libéral, même si des aides financières à l'installation sont souhaitées, notamment par les jeunes médecins ou les internes. »

² Source : Enquête sur l'impact des politiques publiques visant à inciter les jeunes médecins à l'exercice dans les zones « délaissées », enquête BVA commanditée par le ministère français en charge de la santé, octobre 2010.

service public et les mesures conventionnelles de majoration d'honoraires et/ou d'exonération de charges sociales pour l'exercice dans certaines zones (zones rurales, marginalisées et enclavées). Elles ont une influence sur la rentabilité d'une clinique d'exercice ou d'installation.

Des études spécifiques ont été menées pour évaluer l'efficacité des aides financières. Il en ressort que ces aides ne constituent pas des facteurs décisifs par rapport aux autres critères (exercice regroupé, cadre de vie, attaches sur le territoire,...) :

- ✓ 18 % des internes indiquent que l'existence d'aides sera importante dans leur choix d'un territoire, mais seulement 4 % des médecins généralistes installés depuis moins de cinq ans indiquent que ces aides ont compté lors de leur choix.
- ✓ une analyse de l'IRDES sur les stratégies financières pour l'installation des médecins montre que ces aides ont une influence modérée sur la réduction des inégalités territoriales à court terme et très faible à long terme.
- ✓ parmi toutes mesures incitatives pour l'exercice en zone rurale ou enclavée, les primes à l'installation et avantages fiscaux arrivent pourtant en deuxième position (ONDPS, 2015).

Elles sont plutôt une « cerise sur le gâteau », voire un effet d'aubaine. Toutes les études concluent à l'insuffisance des aides strictement financières, en adéquation avec le fait que le revenu ne serait pas la principale motivation des jeunes médecins. Elles participent à compenser, mais ne visent pas directement, les freins à l'installation identifiés en zones rurales ou enclavées.

Au Canada, et pour motiver les médecins à pratiquer dans les régions éloignées, un barème de rémunération favorisant les praticiens de ces régions a été instauré, ainsi les médecins généralistes exerçant au niveau des régions éloignées touchent un niveau de rémunération à 115 %, alors que ceux exerçant au niveau des régions universitaires ne touchent que 70 % (Bilodeau, 1989). Aux USA beaucoup de médecins préfèrent pratiquer dans les hôpitaux ruraux parce qu'ils arrivent à violer le statut des impôts qui deviennent de plus en plus importants. Mais ces incitations financières n'assurent pas à long terme la loyauté des médecins (car il existera toujours un hôpital capable de surpasser la rémunération actuelle des médecins). L'étude des stratégies de recrutement a montré une association négative entre les incitations financières et l'accroissement du staff médical des hôpitaux ruraux (Connor et al, 1995). Dans notre contexte, ces incitations financières sont surtout représentées par les avantages liés au poste rural, en particulier : le logement.

- ***Certaines aides logistiques, administratives ou en nature***

Il s'agit par exemple d'un accompagnement personnalisé et d'un suivi à l'installation, de la mise à disposition d'un local professionnel, d'une aide à la recherche de logement et d'emploi pour le conjoint, d'accompagnement technique au projet d'informatisation, d'une aide aux démarches administratives... Ces mesures, qu'elles soient mises en place par des collectivités à des niveaux très localisés ou par les directions de santé au niveau des wilayas, souffrent

toutefois d'un manque de notoriété auprès des internes et des médecins. En outre, l'absence de guichet unique opérationnel entraîne une dispersion et une dilution des informations et des initiatives.

- ***Le niveau économique de la population***

Il est évident que le niveau économique de la population d'une région soit un facteur déterminant dans l'attractivité et l'installation des médecins dans cette région. Certaines études (MSP, 1995) ont montré que le revenu moyen de la population de la communauté est positivement corrélé avec son habileté à attirer les médecins, et par conséquent les communautés à faibles revenus ou économiquement faibles sont en position défavorable pour l'installation et la localisation des médecins.

D'autres études (Hynes et al, 1983) ont démontré l'existence d'une association positive entre le revenu global de la région et le nombre de médecins installés, et le fait que le revenu par région est important dans la décision d'implantation du médecin.

3.3. Facteurs d'ordre extra-professionnel (environnemental)

Selon les enquêtes, faites par le ministère français chargé de la santé, les facteurs d'ordre extra-professionnel sont globalement prépondérants par rapport aux facteurs d'ordre professionnel et financier pour le choix du lieu d'installation.

- ***Le cadre de vie***

L'attrait du cadre de vie ressort comme le deuxième critère le plus cité par les médecins installés depuis moins de cinq ans (83 %) ou les internes en médecine générale (73 % selon les enquêtes), comme déterminant de leur lieu d'installation. Les facteurs d'attractivité favorables recensés sont les suivants :

- ✓ Proximité de la mer et/ou de la nature, climat agréable.
- ✓ Agglomération de taille moyenne (40 000 à 100 000 habitants), de préférence aux grands centres urbains à forte densité.
- ✓ Distance lieu d'habitation / lieu de travail comprise entre 15 et 30 minutes : la proximité immédiate du cabinet n'est plus recherchée.
- ✓ Périphéries semi-urbaines de grandes villes ((Enquête BVA, 2010).

Plus il y a d'occasions récréatives, un style de vie agréable et de très bonne qualité, plus le nombre de médecins installés est important. La classification de l'importance estimée par les médecins du milieu rural du Minnesota pour les vingt stratégies, met le style de vie de la communauté en troisième position après les bonnes relations avec le personnel et l'implication dans le processus de prise de décision (Connor et al, 1995).

- ***L'accès aux services, équipements, infrastructures et commerces***

La proximité et l'accès aux services, équipements, infrastructures et commerces participe d'une meilleure « qualité de vie ». Elle arrive toutefois nettement en-deçà de l'environnement géographique et du cadre de vie dans les facteurs d'attractivité des territoires. Elle est davantage considérée pour les zones rurales et semi-rurales. Parmi les infrastructures et services les plus attendus, figurent les écoles et collèges, les gares, les commerces alimentaires, les postes et les équipements culturels.

La présence d'écoles peut aussi constituer un point d'attrait pour les médecins. Un système scolaire adéquat et de qualité peut s'avérer important non seulement pour les enfants en âge scolaire mais aussi pour le médecin lui-même. Plusieurs auteurs sont arrivés à la conclusion que la présence d'un système scolaire a un effet positif sur le choix des médecins de s'installer dans une région donnée (Lemay, 1985).

3.4. Facteurs d'ordre individuel (personnel)

Les facteurs d'ordre individuel comportent tous les déterminants du lieu d'exercice ou d'installation liés à l'histoire personnelle d'un individu. Ces facteurs ressortent comme les déterminants les plus importants mais ne sont, par essence, pas généralisables ni quantifiables pour la plupart d'entre eux.

- ***Les attaches sur le territoire : premier critère d'implantation***

Dans toutes les enquêtes réalisées, les attaches sur un territoire ressortent – avec l'attrait du cadre de vie – comme le premier ou le deuxième critère le plus cité par les médecins installés depuis moins de cinq ans et les internes. Il peut s'agir d'attaches universitaires et professionnelles (lieu d'internat, de remplacements ou de stage) ou personnelles (lieu de naissance, de vie, attaches familiales ou amicales). Toutefois, les enquêtes montrent que l'importance de ce critère tend à diminuer : ce critère a été plus déterminant pour les médecins déjà installés qu'il ne le sera pour les internes¹ ; ce qui peut s'expliquer par une plus grande mobilité des plus jeunes générations.

- ***La possibilité d'emploi pour le conjoint***

Pour les médecins et internes concernés, la compatibilité du territoire d'installation avec la profession exercée par le conjoint apparaît comme le deuxième critère d'ordre d'individuel et le troisième ou quatrième critère tout confondu. Cependant, ce critère n'est valable que pour les internes ayant déjà une vie conjugale au moment de leur installation.

D'autre part, la famille immédiate du médecin (épouse et enfants) est un groupe social très important dans le processus d'implantation et de localisation du médecin. Les besoins de la famille restent, dans la plupart des cas, cohérents et partie prenante pour pouvoir réussir ce processus. L'un des éléments intéressants qui sont ressortis de l'étude de Bilodeau (Canada,

¹ Valeur déclarative dans l'enquête BVA d'octobre 2010.

1989) est que l'intégration du conjoint dans le milieu semble être un pré requis essentiel à leur stabilité (dans 70 % des cas) et cette intégration est surtout discutée en termes d'emploi potentiel pour le conjoint. L'étude qualitative de M. P. Cutchin (USA, 1997) donne quelques exemples de conjoints de médecins exerçants en milieu rural. Mme JOYCE au niveau de la région de Carlton qui a été obligée de changer sa profession et de devenir impliquer dans des activités concernant l'éducation des enfants et disait qu'elle a accepté aisément cette situation.

3.5. Les cas particuliers des territoires ruraux et enclavés

Les territoires ruraux et les zones défavorisées des grandes villes présentent des enjeux particuliers : les études et enquêtes font en effet état de leur **déficit d'attractivité**, notamment pour les banlieues défavorisées (pour des raisons différentes selon que l'on considère les territoires ruraux ou les banlieues défavorisées). Ainsi, si certains de ces territoires bénéficient encore aujourd'hui d'une bonne couverture médicale, ils risquent d'être exposés dans les années à venir à d'importantes difficultés (en particulier dans les zones rurales où l'âge moyen des médecins est le plus élevé). Les **mesures incitatives mises en place** ont eu jusqu'à présent une efficacité limitée. Les facteurs motivant l'installation des jeunes médecins dans ces territoires doivent donc être recherchés ailleurs. De même, les freins à l'installation dans ces territoires sont à identifier pour pouvoir mobiliser efficacement l'action publique. Les principaux critères déterminant l'installation en zones rurales et enclavées sont globalement les mêmes qu'ailleurs :

- ✓ Les attaches antérieures sur le territoire sont de loin les plus déterminantes. Cela apparaît encore plus fortement que pour les zones convenablement dotées : plus de 60% des médecins exerçant dans ces zones déclarent y avoir déjà vécu¹. Une étude publiée en 1997 (CUTCHIN, 1997) à propos des concepts de rétention des médecins en milieu rural, a montré que les médecins qui ont grandi relativement pauvre, avaient plus d'expérience avec les populations désavantagées et pouvaient donc avoir une meilleure compréhension des problèmes de leurs communautés. Sur les 14 médecins «retenus» interviewés : 8 (57%) ont grandi dans des endroits ruraux, et 03 (21%) des six citadins avaient des expériences rurales.
- ✓ La possibilité d'exercer en groupe ou dans le cadre d'une organisation professionnelle collective est largement déterminante.
- ✓ Le cadre de vie constitue l'un des principaux critères d'implantation pour les zones rurales, mais pas pour les territoires marginalisés et enclavés.
- ✓ Les caractéristiques et les particularités des patients, sans être déterminantes, constituent un réel critère de choix : 36 % des médecins installés dans ces zones depuis moins de cinq ans déclarent l'avoir pris en compte².

L'étude sur les médecins minoritaires exerçant en milieu rural de la Caroline du nord (USA, 1996) a montré les résultats suivants :

¹ Source : Enquête sur l'impact des politiques publiques visant à inciter les jeunes médecins à l'exercice dans les zones « délaissées », enquête BVA commanditée par le ministère français en charge de la santé, octobre 2010.

² Idem.

- ✓ Les médecins retenus en milieu rural plus de cinq ans sont dans la majorité des cas des célibataires (82 %).
- ✓ Plus des deux tiers des médecins retenus en milieu rural n'ont pas d'enfants (67 %) (Pathman et al, 1996).

Conclusion

Les activités de services se caractérisent essentiellement par la mise à disposition d'une capacité technique ou intellectuelle : l'adéquation entre l'offre et la demande ainsi que l'échange d'information entre le prestataire et le consommateur (étude de marché, échanges avec le client) sont au cœur des logiques d'organisation. S'appuyant sur des hypothèses d'un espace homogène avec des acteurs économiques rationnels, W. Christaller (1933) a proposé un modèle qui place la distance au cœur des logiques de localisation des équipements et des services. Les villes, lieux centraux, sont hiérarchisées suivant la rareté des services qu'elles proposent. Mais ce modèle fut remis en cause en raison de l'hétérogénéité de l'espace et les multiples facteurs intervenant dans les logiques de mobilité des consommateurs vers les services (choix de l'accessibilité en temps, choix de grouper ses achats, etc.).

Ainsi, les logiques d'organisation et de localisation des activités de services comprennent de nombreux facteurs qui définissent les conditions d'accès à un service. Les théories qui renvoient à un univers parfaitement équilibré et qui reposent seulement sur la distance, laissent place à des modèles plus riches, plus complexes et plus ingénieux qui intègrent des facteurs humains et sociaux liés au bien-être, aux comportements et aux perceptions. Loin du modèle de *l'homo oeconomicus*, l'acteur économique fait intervenir de nombreux éléments peu rationnels. Son affectivité, son besoin d'identité, sa quête de reconnaissance sociale influence par exemple le choix de son lieu d'habitat, de travail, de vacances, c'est-à-dire sa consommation d'espace.

Ce chapitre a permis de mettre en évidence qu'une conceptualisation de l'accès à un service (notamment un service de santé), doit permettre l'analyse théorique et opérationnelle de la relation entre la distance aux services, l'adéquation entre l'offre et la demande par rapport à des besoins et la prise en compte de la diversité des comportements des acteurs à l'aide d'une approche multidimensionnelle.

Conclusion de la première partie

Dans cette partie nous avons essayé de montrer, d'un côté, l'inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires au niveau de l'Algérie, d'autre côté, les caractéristiques démos socioéconomiques des habitants de la wilaya d'Annaba qui ont une relation directe avec leurs états de santé.

Nous avons aussi donné un aperçu global sur les méthodes de localisation des équipements et des services, ainsi que, les critères d'installation des praticiens privés.

Enfin, dans la partie qui suit, nous étudierons la politique et le système de santé en Algérie, sans oublier, les ressources sanitaires du pays.

IIème Partie

Politique, système et ressources sanitaires en Algérie

Introduction de la deuxième partie

Le sujet de cette deuxième partie de notre thèse est double : la politique et le système sanitaires en Algérie ainsi que les ressources sanitaires. L'objectif est de connaître et d'étudier la politique sanitaire algérienne, le système de soins, les infrastructures sanitaires et les ressources humaines publiques et privées

Dans le premier chapitre, il sera question d'étudier les options fondamentales de la politique de santé, l'évolution du système de santé et les composantes du système de soins en Algérie.

Dans le deuxième chapitre, nous présentons en détail, d'un côté, les infrastructures sanitaires des deux secteurs (public et privé), d'autre côté, l'évolution des effectifs sanitaires, leurs répartitions par type de structure ainsi que leurs densités au niveau de l'Algérie.

Chapitre 1 : Politique et système sanitaire en Algérie.

L'objectif premier d'une politique de santé est d'améliorer la santé des citoyens qui dépend de tout un ensemble de facteurs, dont le système de soins. Les objectifs secondaires de la politique de santé sont d'assurer un accès équitable aux soins médicaux.

La politique de la santé en Algérie repose sur le principe de l'accès gratuit aux soins qui constitue un pilier du pacte social fondateur de la république algérienne. Il s'est concrétisé à travers l'instauration d'un système de sécurité sociale universel à la charge principalement de l'Etat. Dans ce chapitre, nous esquisserons les grands traits des options fondamentales de la politique sanitaire algérienne, notamment l'adhésion à la Déclaration d'Alma-Ata puis à l'initiative de Bamako. Nous identifions ensuite quatre périodes, dans l'évolution du système national de santé, s'étendant schématiquement de 1962 à 2012 et enfin nous décrirons les différentes composantes du système de soins en Algérie.

1. Les options fondamentales de la politique de santé en Algérie

L'accessibilité aux soins, la justice sociale, l'équité et la solidarité constituent les principes fondamentaux de la stratégie actuelle en matière de santé et de population. En Algérie, la protection et la promotion de la santé visent notamment la réduction des inégalités et exigent au préalable l'élaboration et la mise en œuvre de politiques adaptées en matière de logement, d'emploi, d'assainissement du milieu et de sauvegarde de l'environnement, de nutrition et d'actions ciblant en priorité les populations et catégories vulnérables.

1.1. Options fondamentales internationales

- *La déclaration d'Alma-Ata (Kazakhstan)*

Les systèmes de santé jusque là, érigés en continuité de la politique sanitaire coloniale, ont montré des limites de fonctionnement relatives à une iniquité de l'offre de soins. Celle-ci entretenue par la centralisation de l'Etat, est caractérisée par une mobilisation des ressources autour des soins les plus spécialisés accessibles à une minorité de privilégiés au détriment d'une plus grande partie de la population vivant en milieu rural.

S'appuyant sur les difficultés d'accès aux soins de base voire l'échec d'un système de santé centralisé surtout dans les pays en développement comme l'Algérie, une nouvelle approche privilégie une plus large diffusion de l'offre de soins par la stratégie des soins de santé primaires lors d'un consensus internationale à travers la conférence d'Alma Ata. En effet, en 1978 à Alma Ata¹, la santé n'est plus définie comme seulement l'absence de maladies. Elle

¹ La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, (Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978). Elle souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

doit traduire un état de bien être physique, mental et social et devient ainsi un droit fondamental.

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité. Elle constitue un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est également un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé ».

Déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les SSP

Le principe de la déclaration d'Alma Ata suppose la conception d'une offre de soins en partant du micro local et en mettant en avant les soins essentiels. A partir de ce moment les paramètres de Soins de santé primaires (SSP) sont intégrés dans les politiques de planification. La priorité est de rapprocher le plus possible les services de santé des lieux où les gens vivent et travaillent avec les principes d'équité, de participation communautaire, de technologie appropriée, de promotion de la santé et de gestion décentralisée (OMS, 1978). Les soins de santé primaires mettent l'accent sur :

- ✓ L'éducation à la santé, notamment au contrôle des problèmes de santé ;
- ✓ L'approvisionnement en eau potable et l'assainissement ;
- ✓ La santé maternelle et infantile, y compris le planning familial ;
- ✓ La vaccination contre les principales maladies infectieuses ;
- ✓ Le traitement approprié des maladies et traumatismes courants ;
- ✓ L'approvisionnement en médicaments essentiels.

Par conséquent, l'Algérie s'est engagés dans la réalisation de l'objectif « santé pour tous en l'an 2000 » conformément au dispositif général dégagé à Alma Ata. En s'inscrivant dans la logique de l'application des principes d'Alma Ata, un certain nombre de reformes administratives au sein du ministère de la santé et au sein des collectivités territoriales ont été mises en place. L'idée générale était de procéder à un transfert de compétences dans un processus de décentralisation pour assurer une gestion efficace et rapprocher des structures de soins. Il s'agit d'une structuration horizontale visant à donner plus d'autonomie aux collectivités territoriales et aux structures de soins dans la gestion de ces dernières. C'est dans ce sens que le district sanitaire¹ (le secteur sanitaire puis l'EPSP) a été mis en place pour organiser les soins de santé primaires avec une échelle référence à partir de la base pour accéder aux soins les plus spécialisés et dispensés par le centre de santé.

¹ Selon l'OMS : « le district sanitaire est une zone décentralisée relativement autonome économiquement viable et couvrant l'essentiel des besoins de santé des populations résidant dans ses limites géographiques, on y trouve les autres services connexes et les partenaires au développement sanitaire entretenant une collaboration intersectorielle »

Ainsi, du centralisme étatique on est passé à un mouvement de dévolution vers les communautés de base avec une logique d'autonomie des professionnels de la santé constituant les forces internes. L'Etat central a en charge l'élaboration de programmes sectoriels qui s'appliquent verticalement. Parmi ceux-ci on peut relever en Algérie le programme élargi de vaccination, de lutte contre le paludisme, de promotion de la santé reproductive, de lutte contre la malnutrition etc.

Cependant l'application des conclusions d'Alma Ata n'a pas apporté les résultats escomptés puisque les changements annoncés lors de la conférence n'ont pas été mis en œuvre concrètement par l'Etat sur toutes les composantes initialement fixées.

Le système de santé est toujours géré de manière verticale dans la mesure où on assiste à une décentralisation partielle qui limite les domaines d'intervention des collectivités locales. En effet, Alma Ata a été plus une déclaration d'intentions sans aller plus loin dans les principes d'application. Les méthodes de mise en œuvre concrètes des soins de santé primaires, de la desserte médicale au financement, sont limitées et demeurent inefficaces. La réalisation de cette politique des SSP est également enfreinte par l'absence de moyens suffisants pour la soutenir.

Mais en réalité la principale raison pour laquelle ces réformes n'ont pas atteint les espérances réside dans la situation macro-économique délétère qui ne permet pas de soutenir un tel programme nécessitant un appui financier et organisationnel pérenne. L'OMS évalue que dans 12 pays africains sur 25 pour lesquels les données sont disponibles, plus de la moitié de la population habite à plus d'une heure de marche d'un centre de soins de santé local.

- ***L'initiative de Bamako (Mali)***

Devant l'échec inavoué mais perceptible de l'application des directives d'Alma Ata, l'OMS, sur l'initiative du Fond international de secours à l'enfance (FISE/UNICEF) en 1988, organise la conférence de Bamako au Mali où est née l'Initiative de Bamako (IB).

L'IB a le souci de promouvoir avec plus d'efficacité l'accès à la santé pour tous (Tizio et Flori, 1997). Il s'agissait d'une relance de la stratégie des soins de santé primaires défini à Alma Ata et permettre une accessibilité universelle aux SSP avec une participation des usagers à l'effort de santé. La caractéristique essentielle de l'IB se résume à un ensemble de principes d'orientation défini à travers deux volets :

- ✓ un volet financier ou recouvrement des coûts ; et
- ✓ un volet organisationnel ou prolongement de la déclaration d'Alma Ata.

Le volet financier s'articule autour d'une gestion autonome dans la mesure où les ressources produites localement doivent être gérées par les communautés concernées d'une part. D'autre part l'IB promeut la contribution substantielle des gouvernements aux soins de santé primaires et de prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux. Il s'agit également d'exiger une participation de la population tout en mettant en place un

système d'exonération et de subvention pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé (Ridde, 2005).

Le volet organisationnel repose sur la confirmation de la stratégie de décentralisation de la prise de décisions aux districts de santé notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires. Dans ce volet il est également mis en évidence l'introduction d'indicateurs clairs pour mesurer les progrès accomplis.

Dans le souci de l'application de l'IB, l'Algérie ont engagé une série de réformes avec l'élaboration d'une politique de santé. Trois réformes interviennent dans la rationalisation de l'accès aux soins de santé primaires.

Il s'agit de la mise en place de la réforme du système de planification, du financement de la santé et de la fonctionnalisation effective des districts sanitaires qui sont confortés dans leurs prérogatives. A travers ces innovations, le ministère de la santé engage un mouvement de décentralisation plus élargie, combinant des aspects de déconcentration et de délégation de fonctions et des tâches aux directions de santé. (Ridde et Girard, 2004).

Sur les recommandations de l'OMS, l'organisation et la gestion des services de santé est revue. Le ministère de la santé a découpé sur la base de critères démographiques et géographiques les circonscriptions médicales. Les circonscriptions administratives comme les daïras se superposent aux districts sanitaires pour rationaliser la supervision et la coordination des interventions sanitaires au niveau local.

En résumé, les réformes dans le cadre du renforcement de la décentralisation au niveau du système de santé, engagées par le ministère, se sont inscrites dans une logique d'une plus grande autonomie et d'une plus grande flexibilité des services de santé de base.

1.2. Options fondamentales nationales

Les fondements politiques du système national de santé ont été réfléchis et formulés par les idéologues de l'indépendance de l'Algérie, bien avant qu'ils n'adviennent la substance du futur système de santé, ces principes exprimaient la négation du système colonial dans son ensemble. Face au principe de la médecine sélective, on prônait le principe de la médecine collective. Face au principe de la médecine marchande on prônait le principe de la médecine gratuite dispensée par l'Etat.

La majeure partie des textes politiques parus avant et après l'indépendance, accordent une place privilégiée à la notion de solidarité collective, celle-ci traduit le sentiment d'équité sociale auquel a toujours aspiré le peuple algérien (Lamri, 1986).

- ***La charte de Tripoli 1961***

Rappelons que la charte de Tripoli est le premier texte sur la philosophie du futur Etat algérien. Elle est éminemment politique mais dessine d'une manière plus précise les contours de la politique socio économique à mettre en place à l'indépendance.

Le premier trait caractéristique de cette politique sanitaire balbutiante prédestine deux principes phares : l'accès des soins à toute la population. On comprend par là la négation de la privatisation des populations démunies.

Le deuxième principe, quoi qu'en soit encore imprécis, porte sur la gratuité des soins. Ce premier fondement d'option en politique sanitaire est matérialisé dans un texte fondamental qui est la charte de Tripoli de 1961 et ce, en pleine lutte armée.

Cette charte énonce que :

Les structures sanitaires héritées du colonialisme ont été conçues en fonction des besoins de la classe dominante, c'est-à-dire principalement le colonisateur. On comprend déjà que la nouvelle politique procède d'une conception contraire. Ces structures seront utilisées donc non pas par la classe dominante, mais, par la classe dominée qui n'est autre que le peuple algérien, dans sa totalité. On comprend bien la réaction par la négation.

- ***La charte d'Alger 1962***

La charte d'Alger est un texte fondamental du nouveau Etat devant lequel se posent des problèmes ardues et complexes, explicite que :

L'implantation du corps médical correspondait à celle de la minorité dominante, ce qui créait un déséquilibre entre les villes et les campagnes d'une part, entre les régions côtières et l'intérieur d'autre part.

Devant cette situation, on comprend que l'Etat devait agir d'une part sur les structures matérielles et avoir plus de volonté et d'affirmation pour régler l'exercice des professions médicales et d'autre part, démontrer sa volonté politique pour mettre fin aux déséquilibres créés par l'ancienne puissance coloniale.

- ***La constitution de 1962***

Lors de l'élaboration de la constitution, le secteur de la santé a été comme celui de l'éducation, l'un des centres vitaux des législateurs pour lesquels le système national de santé est une exigence, ses principes sont fondés sur la nécessité d'établir une justice sociale. En 1962, la constitution ordonne un système de santé dont les caractéristiques sont comme suit :

- ✓ Socialiste dans sa conception et sa finalité.
- ✓ Unifié et décentralisé dans son organisation et son fonctionnement.
- ✓ Basé sur le rôle prédominant du secteur public.
- ✓ Intégré au développement économique et social.
- ✓ Soutenu dans sa mise en œuvre par la participation de la population.

- ***La charte nationale de 1976.***

Pour illustrer l'évolution de la conception et la politique dans le secteur de la santé, il est prévu dans cette charte que :

" Dans le domaine de la santé, l'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population. En outre, l'action de santé publique doit contribuer à la promotion de l'homme pour le préparer à progresser dans un monde émotionnel et socioculturel en perpétuelle transformation. Aussi, l'action de santé publique doit-elle être entendue comme étant un élément important du développement socio-économique du pays. A cet effet, cette action doit s'appliquer à l'individu, comme à son milieu environnant. La médecine gratuite constitue la base de l'action de santé publique en Algérie" (La charte nationale, 1976).

Son application effective à l'échelle de l'ensemble de la population, implique l'extension et la répartition équitable des structures sanitaires à travers tout le territoire, en même temps qu'elle postule la réorganisation de la profession médicale et de la distribution des médicaments qui doivent être ainsi orientées essentiellement sur les problèmes sanitaires de la collectivité. Elle nécessite par ailleurs, la poursuite de l'intensification des efforts considérables déjà entrepris, pour la formation médicale et paramédicale, la construction d'établissements hospitaliers, la production et l'approvisionnement en médicaments. Enfin, l'action de santé publique et plus spécialement l'application convenable et généralisée de la médecine gratuite, requièrent les mesures suivantes :

- ✓ L'augmentation de la construction des hôpitaux, des centres médico-sociaux et des laboratoires nécessaires dans tout le pays, en particulier dans les zones rurales et autour des nouveaux pôles de développement en voie de formation dans le sillage de l'expansion de l'agriculture et de la démultiplication des structures administratives, les établissements et les installations similaires existant actuellement dans les villes devant être étendus et multipliés, en rapport avec l'augmentation du nombre d'habitants de ces villes.
- ✓ La répartition adéquate du corps médical et paramédical, de manière à réaliser, sur l'ensemble du territoire, un encadrement sanitaire équilibré, en accordant une priorité particulière aux régions qui souffrent encore d'un sous encadrement médical.
- ✓ L'accentuation de l'effort de formation des médecins et du personnel paramédical, avait comme objectif la norme d'un médecin pour 2000 habitants et, au minimum, une équipe médicale par petite commune et par quartier pour les agglomérations urbaines, cette formation devant viser constamment à élever le niveau de sa qualité. Le développement de la PMI, l'hygiène scolaire, des actions relatives à la nutrition, de la médecine préventive, de manière à donner à l'action de santé publique, un contenu social de plus en plus prononcé.
- ✓ La mise en demeure, dans le cadre de la médecine du travail, de structures spécialisées en rapport avec les problèmes nouveaux qui accompagnent, le développement tel que les grandes brûlures ou les traumatismes consécutifs aux

divers accidents du travail et les maladies professionnelles spécifiques à certaines activités industrielles.

- ***La constitution de 1976***

Cette constitution proclame, en son article 67 que : tous les citoyens ont droit à la protection de la santé, ce droit étant assuré par un service de santé général et gratuit, l'extension de la médecine préventive, l'amélioration des conditions de vie et de travail, ainsi que la promotion de l'éducation physique, des sports et des loisirs.

- ***La charte nationale de 1986***

La charte nationale de 1986 recommande en particulier :

L'état à la charge d'assurer la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population. Aussi, l'action de santé publique doit-elle contribuer à la promotion de l'homme pour le préparer à progresser dans un monde en perpétuelle transformation. Si le développement, dans toutes ses dimensions permet l'amélioration de la santé des masses populaires, la santé du citoyen constitue, à son tour, une des conditions essentielles pour le succès du développement global.

Sur cette base, la médecine gratuite constitue un acquis révolutionnaire, une base d'action de la santé publique, une expression opérationnelle de la solidarité, un moyen permettant de concrétiser le droit du citoyen à la santé. Aussi faudra-t-il veiller à renforcer le système national de santé par les mesures suivantes :

- ✓ La rentabilisation des infrastructures existantes, et à venir, et un effort particulier pour renforcer les structures de base à répondre aux besoins de santé primaire, de façon à alléger la charge qui pèse sur les centres universitaires et hôpitaux spécialisés.
- ✓ Une action coordonnée avec tous les autres secteurs concernés par la lutte contre les nuisances liées à l'environnement.
- ✓ Une politique active de prévention et d'éducation sanitaire qui contribuera à une meilleure rentabilisation, et à une meilleure efficacité des structures curatives.
- ✓ En effet, la valeur d'un système de santé ne se vérifie pas seulement à la qualité du soin dispensé, mais surtout à sa capacité à assurer une prévention efficace par des programmes de santé dirigés par les populations exposées aux risques.
- ✓ La poursuite de l'action de protection maternelle et infantile, de l'hygiène scolaire, des actions relatives à la nutrition, à la médecine du travail, à la lutte contre les fléaux sociaux de manière à donner à l'action de santé publique un contenu social prononcé.
- ✓ La mise en œuvre de structures spécialisées en rapport avec les problèmes nouveaux qui accompagnent le développement (accidents du travail, maladies professionnelles).

- ✓ L'unification de l'ensemble des activités de santé, quelque soit leur type (préventives et curatives) ou la nature des structures (publiques et privées) qui les dispensent, en tenant compte des besoins réels de la population.
- ✓ L'exigence d'une planification, insérée dans le plan de développement général du pays, enfin d'assurer une couverture sanitaire équitable et équilibrée, donnant au concept de démocratisation des soins, sa véritable signification. Cette planification aura pour corollaire le nécessaire adaptation de la formation du personnel de santé, aux besoins de la population, et son affectation dans les différentes régions du pays, tout en veillant à lui assurer les conditions convenables de vie et de travail.
- ✓ En matière de formation, il reste à faire un effort déterminé en direction de la qualité, par une adaptation permanente au progrès scientifique et le développement de la recherche médicale. Les importants investissements réalisés dans le domaine de la santé devront être soutenus par une plus grande maîtrise de la gestion du médicament et des équipements au niveau de l'importation ou de la distribution, de la maintenance et des infrastructures sanitaires.
- ✓ Par ailleurs, la place stratégique du médicament appelle la création d'une industrie pharmaceutique, prenant en considération nos besoins et nos potentialités véritables.

- ***Constitution de 1996***

La constitution de 1996 consacre le champ de responsabilité dévolu à l'Etat. Elle dispose à cet effet en son article 54 : " Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques." (La constitution de 1996). En outre, la législation depuis 1993 met également à la charge de l'Etat les dépenses de soins aux démunis non assurés sociaux, de formation et de recherche.

2. Évolution du système de santé en Algérie

L'histoire contemporaine de l'Algérie est profondément marquée par deux évènements majeurs dont l'impact social est encore très perceptible de nos jours: la colonisation française (1830-1962) et une guerre d'indépendance particulièrement destructrice (1954-1962).

L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962, l'Algérie fut soumise à une colonisation de peuplement qui a profondément détruit ses structures sociales et économiques traditionnelles en faveur d'un système colonial dans lequel la population indigène était placée sous un statut juridique, social et économique, de citoyens de seconde zone.

En effet, jusqu'en 1948, les Algériens relevaient d'un statut particulier, dit de l'indigénat et les territoires majoritairement habités par des populations indigènes étaient exclus du droit français pour relever d'un statut particulier de communes mixtes, placées sous la gestion d'une administration commandée par l'armée et les représentants des colons.

La guerre d'indépendance (1954-1962) a contribué, par la violence de l'affrontement, à l'aggravation de la situation socioéconomique des Algériens. La destruction d'infrastructures de base, la mort de plusieurs centaines de milliers de personnes ainsi que le déplacement de plus de deux millions d'autres, ont ruiné la population indigène et contribué à la détérioration profonde de sa situation sanitaire (Chaoui et al, 2012).

À l'indépendance, l'Algérie comptait environ 09 millions d'habitants dont 85 % vivaient dans des campagnes ravagées par la guerre et déstructurées par la politique de regroupement. Moins de 20 % des enfants en âge d'être scolarisés fréquentaient une école et la situation sanitaire était principalement marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante.

Le départ massif de la population d'origine européenne lors de l'indépendance a constitué un handicap supplémentaire à l'organisation sociale et économique du pays au sortir de la colonisation.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé dont l'évolution sera marquée par deux éléments majeurs : la volonté de prise en charge des problèmes de santé de la population par l'État et la disponibilité de ressources financières, largement dépendantes de la rente pétrolière. On peut ainsi, identifier, dans l'évolution du système national de santé, quatre périodes s'étendant schématiquement de 1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003 et de 2004 à aujourd'hui (2012).

2.1. La période 1962-1972

Le premier état des lieux établi par le ministère de la santé en 1966 en ce qui concernait les personnels de santé, comptabilisait 1 378 médecins, dont 364 Algériens, 216 pharmaciens, dont 186 Algériens, 171 chirurgiens dentistes, dont 86 Algériens, et 4 834 agents paramédicaux¹. Cet effectif très réduit devait faire face aux besoins de près de 9 millions d'habitants.

Ces besoins de santé étaient immenses et de toute nature : il fallait d'abord faire face aux besoins en soins de base de millions de personnes déplacées ou victimes d'un isolement prolongé dans des campagnes ravagées par la guerre. Il fallait en outre mettre en place rapidement des mesures de soins et de prévention vis-à-vis des maladies transmissibles prévalentes (diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, tuberculose, typhoïde, typhus, méningite cérébrospinale, paludisme...) et ceci d'autant plus que l'état nutritionnel des habitants, et notamment celui des mères et des enfants, était catastrophique (malnutrition protéino-énergétique, carences en micro- nutriments). Ces facteurs ont déterminé les critères de choix des priorités de la politique de santé de la décennie postindépendance.

¹ Ministère de la Santé et de la Population. Séminaire sur le développement d'un système national de santé. L'expérience algérienne. Alger, 7-8 avril 1983. Impression Journal l'Unité.

La mise en œuvre de la politique sanitaire nationale s'étalant de l'indépendance du pays jusqu'au début des années 70 s'est caractérisée essentiellement par :

- ✓ La réactivation des structures de santé laissées en place par la colonisation, largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé, majoritairement d'origine française ;
- ✓ L'établissement d'un programme de santé avec pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles prévalentes et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales) ;
- ✓ La mobilisation des ressources humaines locales (formation d'adjoints médicaux de la santé publique) et l'appel à la coopération étrangère ;
- ✓ La mobilisation des ressources financières indispensables dans un pays où le PIB n'excédait pas 400 dollars par habitant. Pour appliquer ces orientations, les décisions politiques suivantes ont été édictées par les pouvoirs publics :
 - **1963** : Statut d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale.
 - **1964** : Création de l'Institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ».
 - **1965** : Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose mis en place avec le soutien de l'OMS.
 - **1966** : Instauration de prestations à mi-temps, dans les services publics, pour les médecins exerçant dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires. Vaccination de masse par le BCG (type de vaccin contre la tuberculose) chez les enfants.
 - **1969** : Décret rendant les vaccinations obligatoires et gratuites. Création de la Pharmacie centrale algérienne, dont le mandat assigné était d'« assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutiques ».
 - **1972** : Vaccination de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral.

2.2. La période 1973-1986

La nationalisation du pétrole en 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'État, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « révolutions industrielle, agraire et culturelle ». Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décisions politiques :

- **1973** : L'année est marquée par deux mesures très importantes :
 - L'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins : sur le plan sanitaire une mesure politique fondamentale est prise par l'État algérien, mesure dite de politique de médecine gratuite : tout citoyen algérien est en droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social. Cette mesure a effectivement permis à l'ensemble des citoyens d'accéder au système de santé. Sa mise en œuvre a

malheureusement coïncidé avec la disparition de l'enregistrement, par les structures administratives, de tous les actes dispensés aux assurés sociaux par les structures hospitalières. Ces enregistrements avaient pour but de permettre un financement des structures de soins par les caisses de sécurité sociale ;

- La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire. Cette réforme élaborée en 1970 pour être en mesure de produire «1 000 médecins par an» a été mise en place définitivement en 1973 et a permis d'augmenter considérablement le nombre d'étudiants formés dans ces disciplines.
- **1975** : L'année est marquée par :
 - La programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption de normes (un centre de santé pour 6 000 à 7 000 habitants, une polyclinique pour 15 à 25 000 habitants, un hôpital par daïra, un hôpital par wilaya) et la formulation d'un certain nombre de programmes nationaux de santé (MSP, 1975; OMS, 1975). Le premier des programmes mis en œuvre dans le cadre de cette programmation sanitaire a été le programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances ;
 - La mise en œuvre dans tout le pays du programme élargi de vaccination (PEV) ;
 - L'instauration du service civil : en raison de l'augmentation massive du nombre de médecins terminant leur cursus universitaire, l'État prend conscience du fait qu'il lui sera impossible de rémunérer l'ensemble des médecins exerçant dans le service public et cherche également à promouvoir une répartition équitable des personnels sur le territoire national. Il est donc institué un service civil obligatoire pour chaque étudiant ayant terminé son cursus universitaire, service civil dont la durée est variable en fonction du lieu d'affectation et au terme duquel les praticiens sont autorisés à s'installer pour pratiquer dans le secteur privé. Cette mesure a débouché à terme sur la constitution progressive d'un groupe de plus en plus important de praticiens, aussi bien généralistes que spécialistes, exerçant dans le secteur privé.
- **1979** : Il est créé par décret le secteur sanitaire et les sous-secteurs sanitaires. Comme nous l'avons dit précédemment, en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, à ceux-ci. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement administrative, a débouché sur le concept de secteur sanitaire qui a été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau duquel le système de santé devait intervenir pour prendre en charge la santé de la population. Le décret de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et a, de plus, établi la notion de sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins, un sous-secteur étant centré par une polyclinique à laquelle se référaient certains centres de santé et dispensaires, et le sous-secteur pouvant référer à l'hôpital les patients nécessitant des soins spécialisés.

- **1980** : Après la mort du président Boumediene, à la fin de l'année 1979, l'Algérie va connaître, au début des années 1980, une nouvelle politique de développement sous le slogan « pour une vie meilleure ». Plus libérale, cette politique est orientée vers la satisfaction des besoins de consommation de la population et est soutenue par l'augmentation des revenus pétroliers. Les unités de soins sont alors équipées de moyens modernes et de nouveaux hôpitaux sont édifiés, en particulier dans les années 1980 qui verront la construction de plus de quarante hôpitaux. Cet investissement en lits hospitaliers, s'il a amélioré la couverture nationale en lits, a pêché par l'absence d'une étude sérieuse quant à *l'implantation géographique* de ces unités et, parfois, par leur architecture inadaptée au milieu environnant. Pour financer cette politique très volontariste, l'État a mobilisé les ressources de la Caisse nationale de sécurité sociale qui a débloqué un forfait annuel, versé au budget de la santé, ce forfait étant calculé par l'État en fonction de ses propres prévisions, sans négociation préalable et sans contrôle à posteriori. De plus, la Caisse a d'autre part financé la construction des nouvelles structures hospitalières prévues. Ainsi, la structure de la dépense nationale de santé s'est trouvée inversée : le financement du budget de la santé a été constitué pour plus de 60 % par la contribution de la Caisse de sécurité sociale. Ces mesures ont augmenté substantiellement le budget du secteur de la santé qui a atteint près de 7% du PIB à la fin des années 80 (Chaoui et al, 2012). Sur le même budget, le ministère de la santé a procédé à l'acquisition d'une importante quantité d'équipements lourds, là aussi, dans la précipitation et sans aucune étude préalable sur la pertinence de ces achats, sur leur implantation et sur le personnel qualifié qui devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à leur maintenance. Pourtant, au début des années 80, un accent particulier avait été mis sur la planification, une réorganisation de l'enseignement paramédical avait été entreprise.
- **1982** : Le ministère de la Santé avait mis en place la formation du personnel d'administration sanitaire et élaboré une carte sanitaire.
- **1983** : La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le forfait hôpitaux. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance, et était versé aux structures hospitalières par les caisses d'assurance sociale pour payer les prix de journée et les actes dispensés aux patients assurés sociaux. L'article 65 de cette loi stipule que « le montant de la participation forfaitaire des organismes de sécurité sociale aux dépenses des secteurs sanitaires est fixé par décret et est déterminé en fonction du coût de santé et du nombre d'assurés sociaux».
- **1984** : Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef¹.
- **1986** : Le décret 86-25 du 11 février individualise les CHU en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires. Cette mesure a eu pour

¹ Ministère de la santé et de la population, programme national de lutte contre la mortalité infantojuvénile. Alger, 1984.

effet de couper les services d'enseignement universitaire des structures du terrain et a eu de ce fait un retentissement négatif, aussi bien sur l'organisation des stages de formation des étudiants, que sur l'accessibilité des patients aux structures spécialisées de ces CHU. Rétrospectivement, on constate que cette période a également été celle d'un changement important dans la politique nationale de santé. En effet, si l'État a procédé à l'organisation du secteur public par la production d'un arsenal juridique, et en particulier par l'adoption d'une nouvelle loi sanitaire en 1985, la loi 85-05, dans le même temps, il a procédé à l'ouverture progressive du secteur à l'investissement privé en autorisant l'ouverture de cabinets de consultation, de centres d'hémodialyse et de petites cliniques d'accouchement. Cette orientation s'est poursuivie, au début des années 1990, avec l'autorisation, par voie réglementaire, de la création d'institutions hospitalières privées. Avec cette configuration, le système de santé algérien va plonger dans la décennie 1990, qui, du fait du contexte politique et sécuritaire, s'avèrera particulièrement éprouvante.

2.3. La période 1987-2003

La politique volontariste de la période 1972-1986 va connaître un frein brutal à la fin de la décennie, en raison de la chute brutale des revenus pétroliers. Le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10 dollars US en 1986, imposant à l'Algérie de faire appel à des emprunts à court terme à des taux ruineux et de réviser à la baisse, sinon d'abandonner purement et simplement, un grand nombre de programmes de développement. Celui de la santé connaîtra un net recul dès les années 1986-87, mettant en grande difficulté la gestion du secteur public qui peine à satisfaire à la gestion de ses établissements et à l'entretien de ses équipements. Le mécontentement des usagers et des personnels de santé, face à la rapide dégradation des prestations du secteur public, pousse l'État à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers mais sans encadrement juridique approprié ni programmation nationale des investissements. Par ailleurs, le tarif des actes pratiqués par le secteur privé n'est pas réévalué par la sécurité sociale et de ce fait une grande partie des frais induits par le développement de ce secteur est à la charge des ménages. Ces mesures vont encore modifier la structure de la Dépense nationale de santé (DNS), portant la part des ménages à près de 30 %, celle de l'État à 40 % et le reste à la charge de la sécurité sociale.

Du fait de la raréfaction des ressources liée à la chute des cours du pétrole, le pays est confronté à une grave crise économique, qui, sur le plan sanitaire, se traduit par une forte pénurie de médicaments et des perturbations dans le déroulement des programmes nationaux de prévention, en particulier pour le programme élargi de vaccination et pour le programme de lutte contre la tuberculose. On s'engage dans la restructuration de l'économie sous l'étroit contrôle du Fonds monétaire international (FMI) ce qui implique, d'abord, la réduction drastique des dépenses sociales de l'État. Le PIB chute de 2 400 dollars US à 1 400 dollars US et la dépense nationale de santé va passer de 5,2 % du PIB (130 dollars/hab) en 1989 à 3% en l'an 2000 (Chaoui et al, 2012).

En dépit de cette situation financière difficile, plusieurs actions sont entreprises et plusieurs mesures réglementaires sont arrêtées durant cette période:

- **1988** : Mise en place du tableau de bord de la santé qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une information sur le fonctionnement des structures.
- **1989** : Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée, jusqu'en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière. Création de l'école nationale de santé publique. Le décret 89-11, du 7 février 1989, lui confère un statut d'établissement public à caractère administratif et lui donne pour mission « l'introduction de concepts et de techniques modernes en matière de gestion des services de santé à travers des formations destinées aux personnels gestionnaires et praticiens des établissements et structures de santé ». Enquête sur la mortalité infantile et la mortalité maternelle organisée par la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population en collaboration avec l'Unicef (MSP, 1992).
- **1990** : Réalisation de l'«enquête santé» effectuée par l'institut national de santé publique. Conférence nationale sur la réforme du système de santé.
- **1992** : Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire (PLAS). Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament. Ces décrets concernent l'enregistrement des produits pharmaceutiques, l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production ou de distribution de produits pharmaceutiques et l'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques.
- À partir de 1992. La loi des finances dispose chaque année que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires, des établissements hospitaliers spécialisés et des centres hospitalo-universitaires est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayant droits. La mise en œuvre de ce financement sera effectué sur la base de rapports contractuels liant la sécurité sociale et le ministère de la santé et de la population, suivant des modalités fixées par voie réglementaire ».
- Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant organisée conjointement par le ministère de la santé et de la population, l'ONS et la ligue des États arabes, dans le cadre du projet panarabe pour le développement de l'enfance (MSP, 1992; ONS, 1993)
- **1993** : Mise en place de la contractualisation des prestations de santé à titre expérimental dans des unités pilotes du pays. Création du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques par le décret exécutif 93- 140 du 14 juin. Ce laboratoire a pour mission le « contrôle de la qualité et l'expertise des produits pharmaceutiques y compris les produits chimiques, officinaux, les produits galéniques et les vaccins ». Mise en place du programme d'éradication de la poliomyélite conformément à la résolution de l'assemblée mondiale de la santé.
- **1994** : Décret exécutif 94-74 du 30 mars érigeant l'institut Pasteur d'Algérie, institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). Création de la pharmacie centrale des hôpitaux. Le décret exécutif 94-293 du

25 septembre 1994 confère à cette structure un statut d'EPIC. Elle a pour mission «dans le cadre de la politique nationale de santé publique, l'approvisionnement, le stockage et la distribution des produits pharmaceutiques et instrumentations médico-chirurgicales destinés aux structures sanitaires publiques, la fabrication de préparations pharmaceutiques et toute formation en rapport avec son activité».

- **1995** : Création de l'agence nationale pour le développement de la recherche en santé par le décret exécutif 95-40 du 28 janvier. Cet établissement qui a un statut d'EPA est placé sous la double tutelle du ministère chargé de la recherche et du ministère chargé de la santé. Création de l'agence nationale du sang, qui a un statut d'EPA et à laquelle le décret exécutif 95-108 du 9 avril confère la mission de «l'organisation de la transfusion sanguine, l'élaboration et la proposition de règles de bonne pratique de l'exercice de l'activité transfusionnelle et les normes en matière de contrôle du sang et de ses dérivés ». Création de l'agence nationale de documentation en santé. Le décret exécutif du 14 octobre 1995 donne pour mission à cette agence « la mise à la disposition des personnels et des structures de santé et de tout utilisateur, tout document, ouvrage, publication, information et moyens didactiques nécessaires à leur formation et leur information». Elle est de plus le support et le gestionnaire du réseau « Santé Algérie ».
- **1996** : Création par décret de cinq régions sanitaires (centre, est, ouest, sud-est et sud-ouest), de cinq conseils régionaux et de cinq observatoires régionaux de la santé, institutions déconcentrées de l'institut national de la santé publique. Création de l'institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril. Cet établissement à statut d'EPA a pour mission :
 - ✓ de mettre à la disposition des établissements de formation paramédicale tous supports et méthodes en vue de l'amélioration de la formation ;
 - ✓ de concevoir, élaborer, évaluer et proposer les programmes de formation paramédicale ;
 - ✓ d'organiser et de contrôler les examens et concours pour l'accès aux établissements de formation paramédicale et l'obtention des diplômes ;
 - ✓ de suivre et d'évaluer la qualité de la formation dispensée ;
 - ✓ d'initier et de développer la recherche en pédagogie pour l'enseignement des techniques paramédicales ;
 - ✓ de participer à la formation et à l'encadrement des personnels enseignants, d'encadrement pédagogique et de contrôle pédagogique ;
 - ✓ de contribuer à toute action de perfectionnement et de formation continue des personnels enseignants des établissements de formation paramédicale ;
 - ✓ d'entreprendre toute étude en rapport avec ses missions.

Modification de l'article 65 de la loi 83-11, par l'ordonnance 96-17 du 6 juillet, qui stipule dans sa nouvelle rédaction que « les frais de soins et de séjour dans les structures sanitaires publiques sont pris en charge sur la base de conventions conclues entre les organismes de sécurité sociale et les établissements de santé concernés ». Jusqu'à aujourd'hui, cependant, la participation de la sécurité sociale au budget des établissements

publics de soins est restée forfaitaire. Des groupes de travail auxquels participent les ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité cherchent à trouver une solution au problème de la contractualisation, mais, jusqu'à présent, les modalités de l'établissement du budget de la santé n'ont pas été fondamentalement modifiées

- **1997** : Création de cinq régions sanitaires (centre, est, ouest, sud-est et sud-ouest) par le décret 97-262 du 14 juillet. Ce décret crée également les conseils régionaux qui ont pour mission de coordonner les interventions sanitaires avec les autres secteurs d'activité du pays ; les régions sanitaires s'appuient sur cinq observatoires régionaux qui sont des antennes de l'institut national de la santé publique. Décret redéfinissant l'organisation du système de santé et modifiant l'assiette territoriale des CHU. Ce décret 97-457 du 2 décembre fixe le statut des CHU, définit leur composition et les place sous la tutelle administrative du ministère de la santé et de la population et sous la tutelle pédagogique du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.
- **1998** :

Création du centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance. Le décret exécutif 98-192 du 03 juin donne pour mission à cet EPA :

- ✓ la surveillance des actions secondaires indésirables dues à l'usage des médicaments mis sur le marché et des incidents ou risques d'incidents résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux ;
- ✓ la réalisation de toute étude ou travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments et des dispositifs médicaux lors d'administrations et usages divers pour accomplir des actes prophylactiques, diagnostics et thérapeutiques.

Création du centre national de toxicologie. Créé par le décret exécutif 98-188 du 2 juin, ce centre a pour missions :

- ✓ la recherche, identification et dosage des substances toxiques ;
 - ✓ la réponse à l'urgence toxicologique ;
 - ✓ la mesure des indices biologiques d'exposition et d'intoxication ;
 - ✓ l'élaboration de règles de bonnes pratiques de laboratoire et des normes techniques d'analyse toxicologique ;
 - ✓ le recueil et traitement des informations relatives à la toxicologie et aux intoxications ainsi que l'expertise toxicologique médico-légale ;
 - ✓ le recensement des risques toxicologiques majeurs. Tenue des assises nationales de la santé.
- **1999** : Mise en place d'une commission chargée d'élaborer un nouveau projet de loi sanitaire. Amendement de la loi 85-05 instaurant le plein-temps aménagé. Cet amendement a permis aux professeurs chefs de services astreints au temps plein dans les structures hospitalo-universitaires d'exercer une activité complémentaire au sein des structures privées. Réalisation de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle effectuée par l'institut national de santé publique.

- **2000** : Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population.
- **2001** : Installation du conseil national de la réforme hospitalière qui dépose un rapport d'étape en décembre 2002, puis, son rapport final en octobre 2003. Mise en place d'une commission sur les comptes nationaux de la santé qui remet son rapport en 2003¹.
- **2002** : Enquête nationale sur la santé de la famille, réalisée par la direction de la population du ministère de la santé et de la population. Organisation de la seconde conférence régionale africaine sur la préparation de la convention cadre de lutte contre le tabac.
- **2002, 2003 et 2004** : Publication d'un document « annuel » intitulé "la santé des algériennes et des algériens"².
- **2003** : Dépôt du projet de loi sanitaire. Ce projet est largement débattu, il a été soumis à l'assemblée nationale populaire en 2017. Dépôt du rapport final de la commission nationale de la réforme hospitalière.

2.4. Après 2004

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, ce qui s'est traduit par une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement, du fait de la rente pétrolière et en dépit des crises financières mondiales.

Parallèlement, un programme de réduction des transferts pour soins à l'étranger qui avait été initié dès le début des années 90 a été mis en place sur une nouvelle période de quatre ans à partir de 2006. Durant cette période, des dispositions réglementaires ont été prises, aussi bien dans le domaine de l'organisation du système de santé, que de celui du médicament.

- **2007** : Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP). Ce décret qui a consacré la séparation de la gestion des structures hospitalières et des structures dites périphériques était motivé par la volonté de promouvoir une santé de proximité (Chaoui et al, 2012). En fait, il a contribué à faire disparaître la notion de bassin de population en poussant vers un éclatement du système de santé, déjà pénalisé par une absence de coordination entre les secteurs public et privé. Absence de coordination qui avait été maintes fois signalé dans les rapports concernant la réforme hospitalière.

¹ MSPRH ; Rapport du conseil national de la réforme : Réforme hospitalière, Septembre 2003.

² Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, «La santé des algériennes et des algériens», rapport annuel, avril 2003.

- **2008** : Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'agence nationale des produits pharmaceutiques. Cependant, le décret de création de l'agence prévu par cet amendement n'a toujours pas été promulgué.
- **2009** : Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement. Ainsi, le décret exécutif 09-396 du 24 novembre prévoit dans ses articles 26 et 27 :
 - ✓ **article 26** : L'organisme de sécurité sociale s'engage, dans le cadre de la promotion du médicament générique, à verser à l'officine pharmaceutique un montant forfaitaire égal à 15 DA pour chaque médicament princeps prescrit auquel le pharmacien substitue un générique et ce, quelque soit le conditionnement servi pour ce médicament ;
 - ✓ **article 27** : L'organisme de sécurité sociale s'engage à verser une majoration du montant de l'ordonnance lorsque le pharmacien dispense, pour l'intégralité des médicaments prescrits, des produits dont les prix sont inférieurs ou égaux aux tarifs de référence. Cette majoration est portée à 20 % en cas de produits fabriqués au niveau national.
- **2010** : Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011. Installation d'une commission de refonte de la prévention médico-sanitaire. Le premier rapport de cette commission a été remis au ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011 (MSPRH, 2011). Installation d'une commission de réforme de l'enseignement paramédical. Le rapport de cette commission a été remis au ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011. Installation d'une commission en vue de l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire. Les travaux de cette commission se poursuivent.
- **2011** : Adoption par le ministère de la santé d'un plan national cancer.

Avec la transition tant démographique qu'épidémiologique, le système de santé algérien se trouve confronté à de nouveaux défis comme la prise en charge des pathologies modernes, le renforcement de la couverture sanitaire à travers le pays ou encore la réforme du système de financement, afin d'améliorer l'accès aux soins de qualité à l'ensemble de la population. (Service économique régional d'Alger, 2014)

3. Les composantes du système de soins en Algérie

Ces dernières années, l'actuel système de soins apparaît comme le résultat de différentes politiques menées par l'Etat, à vocation modernisatrice afin de s'articuler autour d'un projet de société dans le cadre du développement durable. En Algérie, le système de santé repose sur un ensemble de structures médicales, techniques et administratives. L'offre de soins est répartie entre trois secteurs (un secteur public dominant, un secteur privé en expansion rapide et un secteur parapublic de plus en plus réduit), les structures de santé de l'armée dépendent du

ministère de la défense nationale, et sont réservées aux ayant droits de l'armée, elles sont excluent de cette présentation.

3.1. Le secteur public

Le système de soins du secteur public repose sur la stratégie des soins de santé primaire qui permet à l'Etat d'assurer un accès minimum aux soins en mettant l'accent sur la prévention et l'utilisation des méthodes médicales simples. Cette stratégie est assurée par les SCS et les polycliniques qui dispensent une médecine simple et de proximité, et contribuent à la prévention en suivant de près les conditions de vie de la population et en leurs prodiguant des conseils et à mettre à leur disposition les moyens nécessaires.

Le système de santé en Algérie est basé sur un système national de santé, d'où l'adoption des soins primaires qui permettraient à l'Etat d'offrir des prestations sanitaires au plus près et à moindre cout et par conséquent, elle contribue à la satisfaction de la demande sociale accrue (Mebtoul, 2004). L'Etat a instauré un paiement de l'acte médical pour toute prestation de consultation générale ou spécialisée. Donc cette stratégie de soins est élaborée afin d'appliquer les programmes nationaux de prévention et les directives de la centrale, cela explique la verticalité et la centralisation des décisions. L'organisation actuelle de l'offre des soins par le secteur public a été faite en fonction de certains principes :

- ***Principe de la gratuité des soins***

La première mutation historique et révolutionnaire qui réside incontestablement dans l'instauration de la médecine gratuite a été promulguée par l'ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973. Ce texte prévoit l'édification progressive d'un système basé sur le service national de santé similaire à celui des pays socialistes. Il coïncide avec la mise en place du deuxième plan quadriennal (1974-1977), le plus ambitieux en matière de projets d'investissement et de construction de l'économie nationale et s'insère dans l'ensemble de la politique de socialisation entreprise alors.

- ***Principe de la sectorisation***

Hérité de la période "militaro sanitaire", ce principe a été à l'origine de l'organisation mise en place au lendemain de l'instauration de la médecine gratuite. Il s'agit du découpage géographique de l'appareil sanitaire en "secteurs sanitaires" dont la consistance territoriale est celle d'une Daïra (Baghriche, 2010).

L'organisation et le fonctionnement des secteurs sanitaires sont été modifiés par le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics de santé de proximité (EPSP). Ce décret qui a consacré la séparation de la gestion des structures hospitalières et des structures dites périphériques était motivé par la volonté de promouvoir une santé de proximité. L'EPSP constitue donc le pivot et le cœur du secteur public.

- ***Principe de la hiérarchisation des soins.***

La hiérarchisation des soins a pour objectif une prise en charge efficiente de la santé de la population (Oufriha, 2002). Le réseau de distribution de soins est conçu de manière à offrir à toute la population la gamme de soins préventifs, ambulatoires, curatifs, d'urgence, de convalescence et de réadaptation. La hiérarchisation consiste à différencier les actions de soins relevant de la compétence sanitaire du système de base c'est-à-dire des structures extrahospitalières de celles qui relèvent des structures hospitalières selon des niveaux déterminés et différenciés en fonction du degré de technicité de soins exigé ou plutôt "souhaité". Cette hiérarchisation des soins a nécessité la mise en place de trois niveaux de santé selon le degré de complexité et de spécialisation des soins dispensés.

Avec la hiérarchisation des soins, l'accès aux soins spécialisés du secteur public, devient sélectif parce qu'il doit se faire de façon impérative par le biais du généraliste qui devient ainsi le pivot d'entrée obligatoire dans le système de soins public. En fait la hiérarchisation des soins traduit essentiellement le mouvement de repli des hôpitaux sur eux-mêmes et donc vise beaucoup plus à mettre fin à ce qu'on a appelé la "dispensarisation des hôpitaux" qu'à réaliser un fonctionnement intégré de l'ensemble des structures.

Par ailleurs, cette hiérarchisation horizontale, fondée sur des niveaux de soins attribués mécaniquement et rapidement à des types d'unités de soins leur correspondant s'oppose à la mise en place de programmes de santé intégrés au niveau de toutes les unités de soins et est peu souple quant à son fonctionnement et peut finalement donner lieu à une multiplication inutile des "actes", compte tenu des niveaux de passage obligatoires.

- ***Principe de la régionalisation sanitaire***

L'organisation de la distribution des soins dans le système national de santé a trouvé une expression dans la régionalisation sanitaire (Abid, 2008). L'organisation antérieure de la distribution des soins qui avait pour cadre décentralisé, la wilaya, semblait rigide et ne répondait pas au souci d'aménagement du territoire. Ainsi, pour autonomiser une région du point de vue sanitaire, il est nécessaire d'instaurer un cadre souple adaptable aux conditions socio-économiques pour une couverture sanitaire globale intégrée ne faisant appel que très rarement au recours national.

Enfin, le secteur public demeure prépondérant dans le système de santé et majoritaire en terme de nombre de lits d'hospitalisation mais on remarque une dégradation des services publics en matière d'offre et de qualité de soins. La restructuration progressive du secteur public selon une dynamique bipolaire ou l'Etat par le biais du ministère de la santé ; d'une part les soins de santé primaire basé sur la prévention et la proximité et d'une autre part la médecine de pointe représentée par les structures lourdes. Donc l'Etat ne désengage pas du système de santé et se maintient en tant qu'acteur principal et organisateur du système de soins mais aussi à promouvoir la rationalité de gestion surtout économique.

3.2. Le secteur Parapublic

Le secteur parapublic qui fonctionnait après l'indépendance, selon la législation française regroupe les centres de santé de la mutualité agricole sous tutelle du ministère de l'agriculture et de la réforme agraire, les structures sanitaires de la sécurité sociale et les centres médico-sociaux des entreprises nationales (Saihi, 2006). La plupart des structures précitées étaient implantées à Alger, Oran et Constantine et n'exerçaient qu'une seule activité sanitaire : La médecine curative. Le secteur parapublic des soins a pu être identifié :

- ✓ Quant aux causes de sa naissance et de son développement : les insuffisances quantitatives et qualitatives en termes de structures de soins ambulatoires du secteur public de soins, en termes de gestion et de tenue de ces établissements quand ils existaient la gratuité s'étant accompagnée d'un laisser-aller et d'un non entretien des locaux.
- ✓ Quant aux modalités de son fonctionnement : la disponibilité de moyens financiers importants, tant au niveau des entreprises que la sécurité sociale, ont permis outre, la mise en place des infrastructures, de drainer du personnel médical par application de salaires nettement plus importants que ceux du secteur public et d'offrir des conditions de travail nettement plus attractives. Il a bénéficié par ailleurs de modalités de gestion beaucoup plus performantes pour les usagers.
- ✓ Quant à son champ d'action, il ne s'adresse pas à toute la population mais uniquement aux salariés, qu'il soit plus ou moins lié aux unités de production complètement dissociées.

Le secteur parapublic a connu une régression rapide à partir des années 1980, due à la compression des effectifs dans les entreprises publiques, dictée par des mesures de réajustement structurel. On y dénombre aujourd'hui quelques dizaine de Centres médico-sociaux (CMS), créés et financés par des entreprises ou des institutions publiques et réservés à leur personnel. Actuellement le secteur parapublic est quasi effondré sous les difficultés économiques vécues par grand nombre d'entreprises nationales. Leur impacte sur la santé publique est négligeable.

Plus que tout autre, compte tenu de la période où elle s'inscrit cette tentative peut être considérée comme révélatrice d'une certaine approche, jusque et y compris dans les milieux ouvriers et syndicaux qui n'arrivent pas à poser les besoins de santé, autrement, qu'en soins c'est-à dire en interventions cliniques et thérapeutiques devant répondre aux conséquences dommageables du point de vue santé du travail industriel. Les conditions d'exercice de ce travail qui sont les facteurs pathogènes véritables n'étant pas remises en cause.

3.3. Le secteur privé

Le service de santé marchand ou médecine libérale a été introduit en Algérie pour la première fois durant la moitié du 19^{ème} siècle par le biais d'une série de mesures d'encouragement du

colonisateur destinées aux médecins de la métropole pour dynamiser leur installation à titre privé dans les centres européens (Abid, 2008). A l'origine donc, la médecine privée était destinée à prendre en charge les besoins en services de santé de la population européenne en priorité et accessoirement aux algériens de services qui ont les moyens de paiement. Durant toute la période d'occupation, ce type de médecine s'est fortement développé là où vivait l'europpéen, c'est-à-dire dans les secteurs urbains et les villages coloniaux.

Partiellement maîtrisé en 1966, l'évolution du secteur privé de soins a été libérée en 1969. Son implantation se concentre de plus en plus dans les centres urbains notamment Alger, Oran, Constantine, Annaba et Blida. Son extension dans les grandes villes du pays qui est due à la centralisation des investissements industriels et sociaux va lui créer, une clientèle de plus en plus nombreuse et de qualité, car constituée de gens de professions libérales, de cadres moyens et supérieurs, de fonctionnaires et d'ouvriers des usines.

L'organisation du système national de santé n'a pas occulté le secteur privé de soins où exercent plusieurs praticiens médicaux. Ce secteur s'est renforcé à partir de 1988, avec l'autorisation d'ouverture de cliniques privées et également la possibilité donnée à toutes les catégories de paramédicaux de pouvoir exercer dans ce secteur (décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées),

La croissance et l'émergence du secteur privé s'est nourrie des insuffisances et de difficultés du secteur public et aussi suite à la perte de confiance de la part de la population en général et surtout du patient plus précisément (Zehnati et Peyron, 2015). La construction des EHP (cliniques privés), de cabinets de consultations spécialisées ou générale (de groupes ou individuels), de cabinets dentaires, de prothèse médicale, des officines pharmaceutiques, de laboratoires d'analyses médicales ou de centres de radiographies qui proposent des soins et des examens plus fiables que le secteur public et qui sont destinés à une large couche de la population suit à un déficit majeur dans l'offre des prestations sanitaires publiques car le système national de santé à provoquer une situation de la liste d'attente qui dure des mois que se soit des consultations spécialisées, les interventions chirurgicales et les maladies chroniques.

En plus le secteur public voit ses compétences professionnelles drainées par le secteur privé et servir comme agents de recrutement de clients auprès de ces établissements privés (Zehnati, 2013). Dans cette situation les frais de prise en charge de la santé du patient relèvent de lui-même et ces frais ne sont pas remboursables ou ne le sont qu'à titre symbolique. Ceci rend le secteur privé redondant plutôt que d'être complémentaire du secteur public. Les établissements hospitaliers privés poursuivent un but lucratif à travers généralement les cliniques privées et s'investissent plus dans la technicité.

Les contraintes retrouvées au sein du secteur public lui-même, aussi bien au à l'intérieur du secteur privé où l'intérêt économique prime sur tout autre visions, où aucune coordination n'est constaté entre les différents acteurs impliqués directement dans la politique de santé, tout ceci conduit à une segmentation de la profession médicale.

Conclusion

En résumé, la période allant de 1962 à 1973 marque la volonté de l'Etat d'unifier et d'uniformiser le système hérité de la période coloniale caractérisée par une médecine à deux collèges, et ce à travers la promulgation d'une série de texte réglementaire. L'avènement de la gratuité des soins depuis 1974 marque une mutation historique dans le domaine de la santé, bousculant l'institution sanitaire existante, ainsi que les comportements des principaux acteurs du système de soins.

La politique sanitaire tendait jusqu'à 1980 à l'instauration d'un système national de santé hiérarchisé et gratuit se basant sur la stratégie des soins de santé primaire qui a pour objectif de rapprocher le plus possible les équipements et les services de santé des lieux où les habitants vivent et travaillent avec les principes d'équité (une couverture sanitaire à l'ensemble de la population). Puis, on assiste à une série de mesures en faveur de l'émergence d'un secteur privé qui s'est développé, surtout durant ces deux dernières décennies. Un secteur qui non seulement ne répond pas au besoin d'une population dont le pouvoir d'achat est sans cesse décroissant en raison du fort taux de chômage, mais qui risque de devenir fortement contraignant pour son propre développement.

Chapitre 2 : Les ressources sanitaires en Algérie.

L'objectif de ce chapitre est de donner une vision générale, pour l'ensemble de l'Algérie, sur les ressources matérielles, c'est-à-dire les équipements et les infrastructures existantes d'une part et les ressources humaines ainsi que la densité du personnel de santé d'autre part (pour des raisons de manque d'information, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'étude des données qui concernent les deux secteurs : public et privé).

1. Les infrastructures sanitaires

1.1. Les infrastructures du secteur public

Depuis la réorganisation de 2007 supprimant le secteur sanitaire et individualisant les structures hospitalières du système avec un Etablissement hospitalo-universitaire (EHU), des CHU, des EHS, des EPH et des EPSP, il n'existe pas dans les textes d'articles concernant la hiérarchisation des soins et précisant les relations entre ces différentes structures publiques. L'infrastructure sanitaire publique comprend les infrastructures hospitalières et les infrastructures extrahospitalières.

- *Les infrastructures hospitalières*

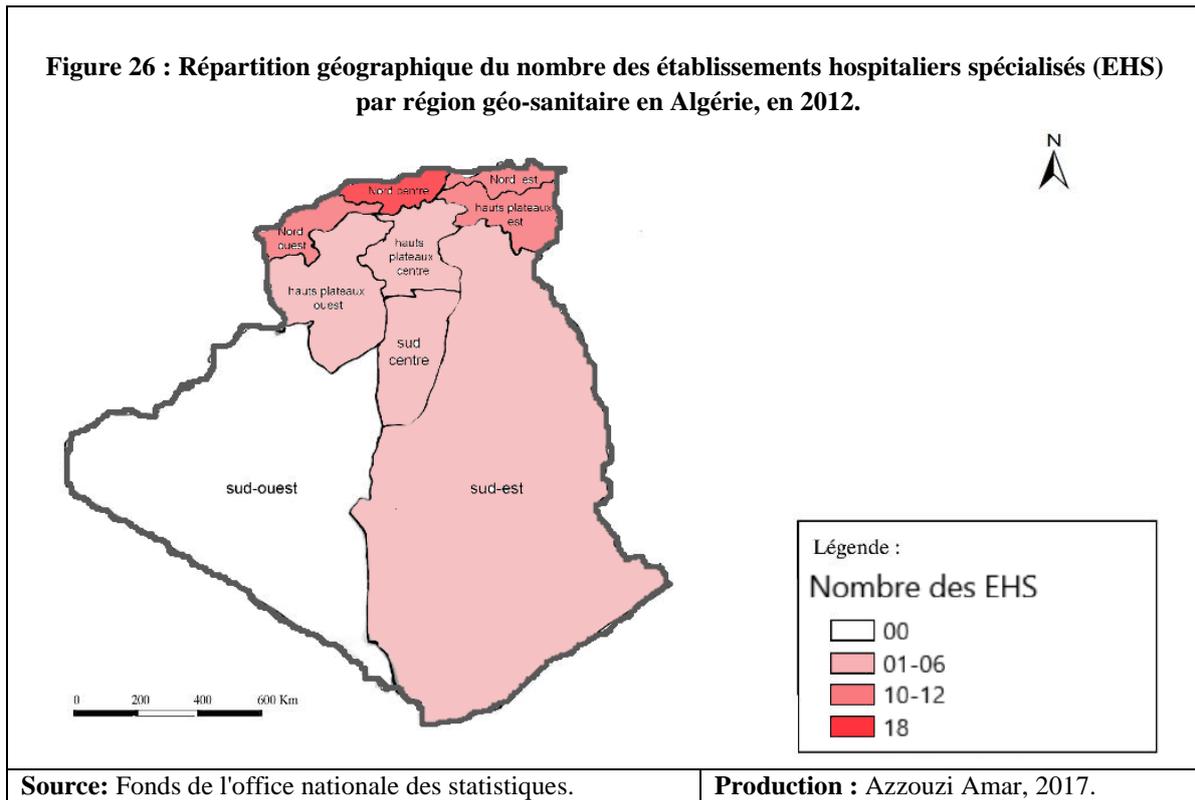
Les infrastructures hospitalières regroupent des structures universitaires accueillent les étudiants en médecine durant leur cursus. Il existe un EHU à Oran, dont le statut est différent du statut des CHU. Les EHS ont en principe pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. En fait, ces hôpitaux qui abritent différentes spécialités peuvent héberger des services universitaires. Les EPH sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire et sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique et des consultations.

Tableau 20: Evolution des infrastructures hospitalières publiques (2008-2012).

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbr	Lits
EHU	01	700	01	700	01	612	01	710	01	759
CHU	13	12115	13	12342	13	11889	14	12171	14	12312
EH	04	600	04	608	04	679	04	709	05	849
EHS	57	9932	61	10475	64	10824	63	10816	66	10863
EPH	190	37185	192	37565	194	37775	192	37442	193	37545
Total Lits		60532		61690		61779		61848		62328

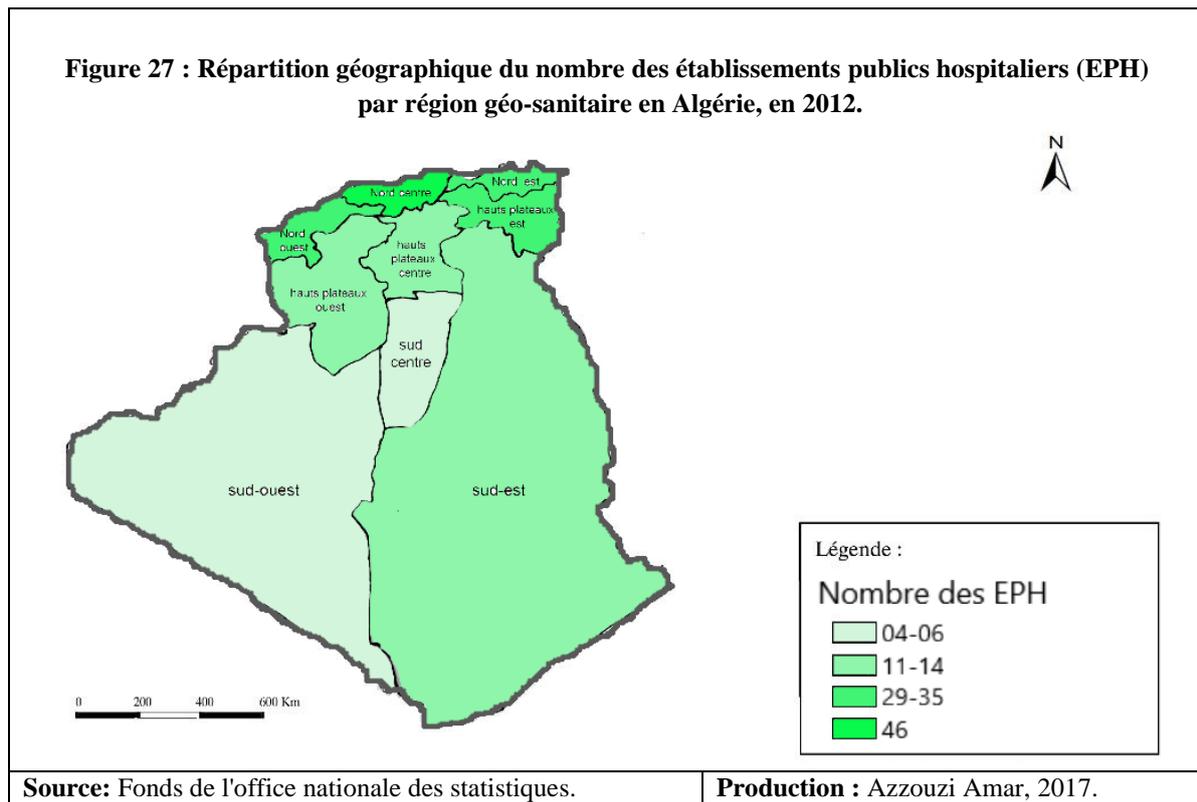
(Source : MSPRH et Institut national de santé publique/INSP).

Lire lits techniques uniquement pour les EPH. Pour le reste, il s'agit de lits organisés.



L'infrastructure hospitalière, en 2012, est constituée d'un 01 Etablissements hospitaliers universitaires (EHU), de 14 Centres hospitalo-universitaires (CHU), de 66 Etablissements hospitaliers spécialisés (EHS), de 05 Etablissements hospitaliers (EH) et 193 Etablissements publics hospitaliers (EPH). En 2012 le nombre de lits public d'hospitalisation est de 62328 + 4720 du secteur privé, la population de l'Algérie le 01/01/2013 est de 37.900.000 habitants. Le calcul du taux de couverture en lits pour 1000 habitants pour l'année 2012 donne 1,76 lits/ 1000 habitants, on considère que ce ratio reste faible mais plus favorable que les pays voisins. Malgré le développement rapide du secteur privé, la majorité des lits se trouve dans le secteur public.

Cette infrastructure est en grande partie vétuste, sa conception, essentiellement de type pavillonnaire, ne répond plus aux exigences de l'ingénierie sanitaire moderne.



- **Les infrastructures extrahospitalières**

En 2012, ils existent 271 établissements publics de santé de proximité comprend 1601 polycliniques et 5545 salles de consultation et de soins. Les infrastructures extrahospitalières représentent un ratio de l'ordre d'une polyclinique pour 23 673 habitants et d'une salle de soins pour 6 835 habitants.

L'augmentation remarquable du nombre des polycliniques résulte du fait qu'avec la réorganisation de 2007 un certain nombre de centres de santé ont été érigés en polycliniques. On remarquera également, dans cette analyse des infrastructures publiques, le nombre important des maternités qui est autonomes ou intégrées dans une polyclinique. Il s'agit là, d'une situation qui s'est développée dans les années 2000 et qui mérite une évaluation minutieuse, dans la mesure où il est universellement reconnu que les structures dans lesquelles il est enregistré moins de 1000 accouchement dans une année sont des structures à risque qui devraient être fermées (Chaoui et al, 2012), c'est le cas de l'Algérie où on registre, entre 2011 et 2012, la fermeture de 28 maternités.

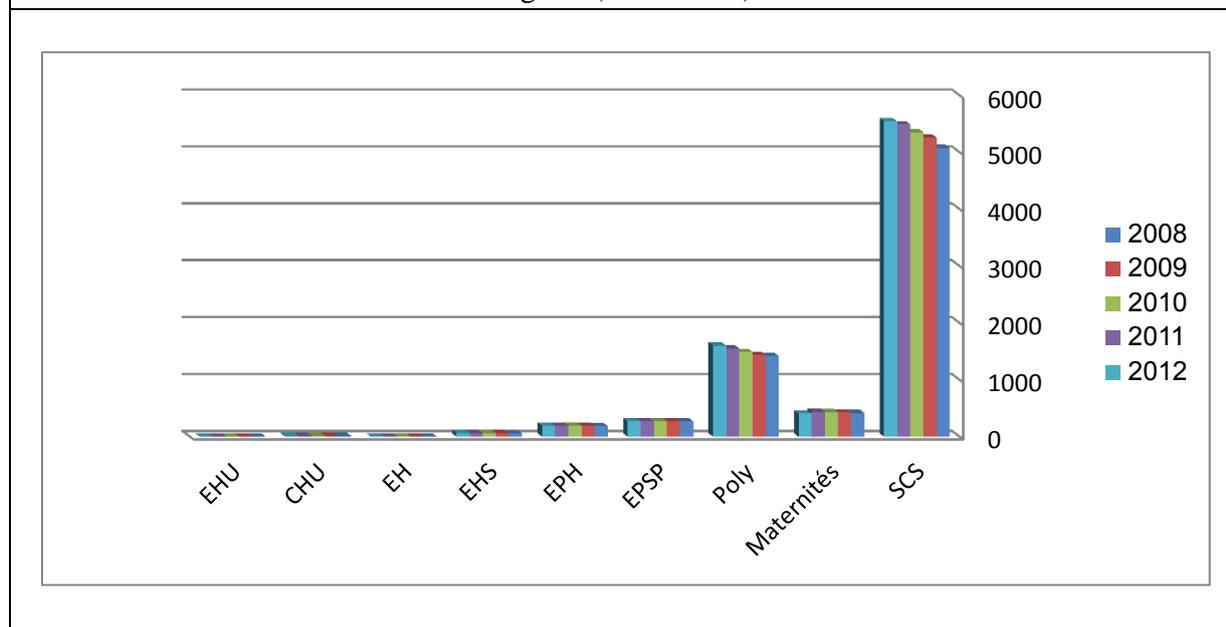
Les polycliniques et les salles de soins constituent le premier niveau d'accès aux soins. Notons que la tendance récente, en infrastructures, est de donner l'importance aux infrastructures légères. Ce qui est représenté dans le tableau suivant :

Tableau 21: Evolution des infrastructures extrahospitalières publiques (2008-2012).

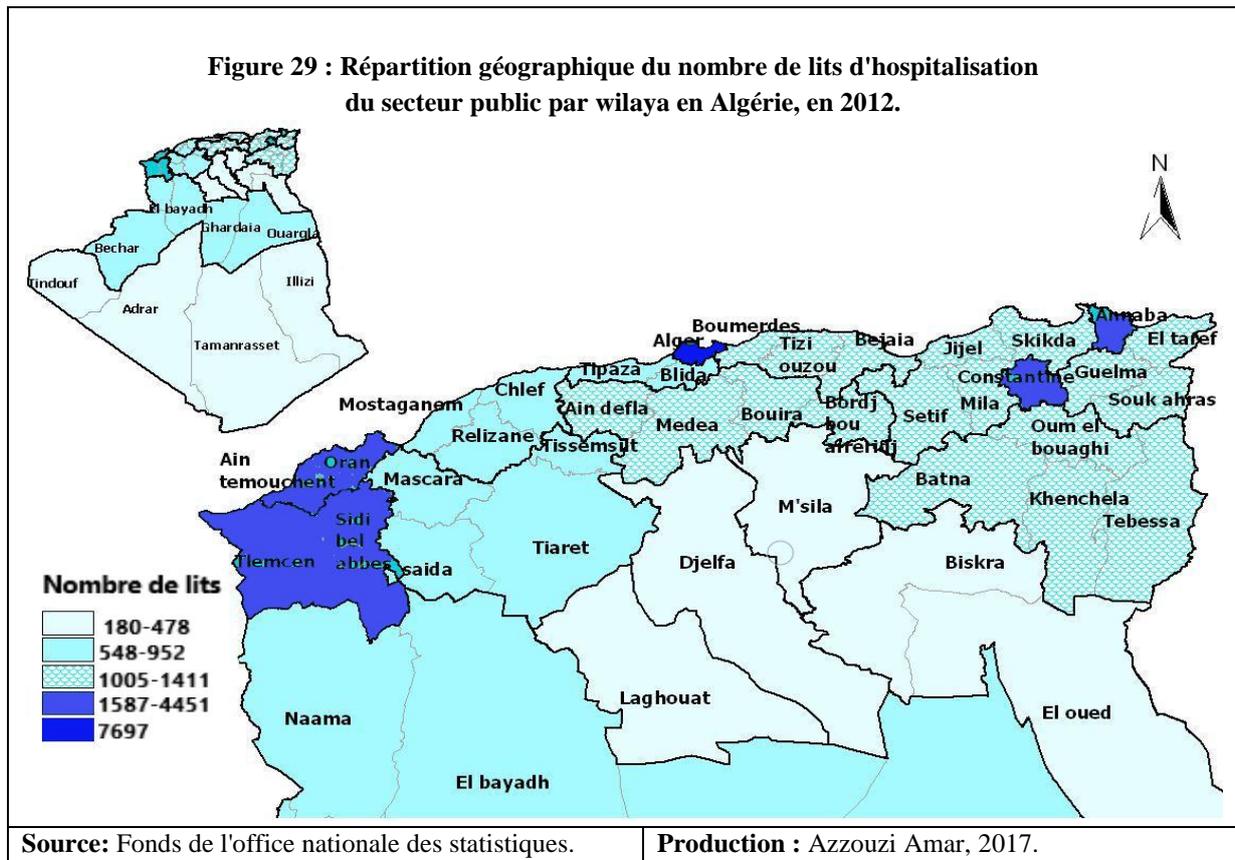
infrastructures	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nbre	Lits								
EPSP	271	/	271	/	271	/	271	/	271	/
Polycliniques	1419	1988	1436	2704	1491	3272	1551	3331	1601	3314
Maternités	419	2812	427	2914	431	3200	437	3099	409	2996
SCS	5077	/	5258	/	5350	/	5491	/	5545	/
Total Lits	/	4800	/	5618	/	6472	/	6430	/	6310

Source : Réalisé à partir des données des annuaires statistiques – MSPRH- DP.

D'après les données du tableau (20), du tableau (21) et le graphique ci-dessous nous constatons que pour l'année 2012, en comparaison avec les années précédentes, la réalisation des salles de soins vient en première position (54) puis les polycliniques (50). Cela explique la tendance actuelle de l'infrastructure extrahospitalière qui tend plutôt vers les structures légères, pour assurer une grande couverture en matière de prévention qui devient de plus en plus la préoccupation majeure et primordiale de la politique sanitaire.

Figure 28: Evolution des infrastructures hospitalières et extrahospitalières publiques en Algérie (2008-2012).

Il convient de rappeler que c'est grâce à ces structures de soins de base (polycliniques, SCS) que les grands programmes nationaux (lutte anti tuberculeuses, vaccination, protection maternelle et infantile, planning familiale ...) ont été réalisés et menés à bien. Au moment où la transition épidémiologique a commencé en Algérie et se traduit par une émergence des maladies non transmissibles (diabète, asthme, hypertension artérielle, maladie mentale ...).



La réhabilitation des activités et des structures de soins de base s'avère plus que jamais nécessaire, pour la prévention de ces nouvelles pathologies (activités physiques, hygiène alimentaire, abstention de consommation de produits et médicaments nocifs pour la santé ...) dont les soins sont souvent plus coûteux (Barr, 2009).

Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au ministre de la santé. Ces institutions peuvent être classées en :

- ✓ **Organismes de sécurité sanitaire:** (l'institut national de santé publique, le laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques, l'agence nationale du sang, le centre national de pharmacovigilance et de matério-vigilance, le centre national de toxicologie).
- ✓ **Organismes d'appui logistique:** (l'institut Pasteur d'Algérie, la pharmacie centrale des hôpitaux).
- ✓ **Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information:** (l'école nationale de santé publique, l'institut national de pédagogie et de formation paramédicale, les écoles de formation paramédicale et l'agence nationale de documentation en santé).

1.2. Les infrastructures du secteur privé

L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 1960 et 1970 (à cause du caractère social de l'Etat). En effet, les possibilités d'installation difficilement accordées, sont limitées par la mise en place des procédures suivantes :

- ✓ Service nationale préalable à l'autorisation d'installation.
- ✓ Obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publiques.
- ✓ Et enfin zoning, dans le souci d'équilibre régional.

Les pouvoirs publics imposent aux médecins de s'installer de préférence dans les zones où l'offre de soins est faible. Puis, à partir de 1986 tous ces obstacles ont été progressivement levés et l'installation des cliniques privées est autorisée à partir de 1988. Ainsi le mouvement de privatisation est bien antérieur à la politique des réformes qui, à partir de 1988, sera accru suite au retournement doctrinal sous la pression du violent choc pétrolier (baisse du prix du pétrole et des termes de l'échange).

Le phénomène de privatisation étant favorisé par l'existence d'un fort effectif du corps médical produit suite à une politique de formation active. Ce corps médical, imprégné par le modèle libéral, rejette les conditions de fonctionnement d'un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements et une forte bureaucratisation. C'est ainsi que se multiplient des cabinets médicaux privés très rapidement d'abord par les médecins généralistes puis par les spécialistes (Kaïd, 2007).

Le développement de ce secteur d'année en année, a été possible grâce à l'adoption de l'ordonnance 06-07 du 15 juillet 2006 et du décret n° 07-321 du 22 octobre 2007 relatifs aux établissements privés de santé. Ce dispositif législatif et réglementaire a permis aux personnes morales d'investir et de réaliser des hôpitaux privés et a offert aux professionnels de santé d'investir dans une diversité d'établissements de santé de jour.

Les investissements dans ce domaine ont pratiquement concerné la plupart des régions du pays, néanmoins les implantations les plus nombreuses on les trouve dans les chefs lieux de wilaya du nord (Alger, Oran, Annaba, et Tizi-Ouzou). Les établissements hospitaliers privés avec lits d'hospitalisations, au nombre de 224 fonctionnelles, avec une capacité de 4 720 lits, sont en majorité dans la région Nord.

Tableau 22: Evolution du nombre de structures privées en Algérie (2003-2012).

	2003	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012
EHP	127	134	151	160	165	198	205	217	224
Cliniques Médicales	17	19	23	24	23	-	29	33	38
Centres d'hémodialyse	41	49	48	58	64	102	121	130	164
Unité/ transport sanitaire	49	66	85	124	141	188	200	251	278
Cab. consul. Spécialisées	4700	4844	4573	4962	5095	5904	6208	6457	6776
Cab. consul. généraliste	5996	6068	5990	6102	6205	6206	6315	6334	6335
Cab. chirurgie dentaire	3755	3920	3832	3930	4120	4909	5105	5249	5368
Pharmaciens	5502	5857	5849	6285	7459	7876	8322	8760	9135
Laboratoires d'analyse	140	204	267	278	286	-	-	-	514

Source : Annuaire statistique – MSPRH- DP

Il faut signaler que le secteur privé reste toutefois assez mal cerné par les services statistiques du ministère et les données le concernant sont rares et souvent incomplètes. En effet, une fois l'autorisation d'exercer accordée, les pouvoirs publics n'exercent aucun contrôle sur l'activité et sur la qualité des soins qui y sont dispensés. A cet effet, une réflexion sur la coopération du secteur privé et son harmonie avec le secteur public de soins doit être menée.

Pour les autres prestataires, en dehors des structures qui relèvent du ministère de la santé et du secteur privé, ils jouent un rôle mineur. Il s'agit de l'établissement de soins qui relèvent d'autres ministères (ministère de la défense en particulier) ou d'autres institutions et entreprises publiques. Ces établissements (centres médicaux sociaux et centre de médecine du travail) sont destinés à soigner le personnel des organismes concernés.

2. Les ressources humaines

Les ressources humaines constituent l'élément fondamental dans le développement du système de santé. Une inégale répartition spatiale de ces ressources a des conséquences majeures sur l'état de santé de la population. Il est vrai que tout système, quelle que soit sa nature et son degré d'organisation, ne vaut que par la valeur des hommes qui y contribuent et qu'il n'est point d'investissement productif que celui basé sur l'homme. Le secteur de la santé compte plus de 237 600 employés tous corps confondus. Il se classe en troisième position des secteurs d'Etat pourvoyeurs d'emplois après ceux de l'éducation et des collectivités locales.

Face à l'explosion de la demande de santé, les responsables de la politique sanitaire vont s'efforcer d'impulser une hausse proportionnelle de l'offre de soins. Cet effort s'exprime essentiellement au niveau des ressources humaines et des infrastructures. La formation des personnels médicaux et paramédicaux bénéficie à la fois de la démocratisation des études médicales et de la création d'instituts techniques spécialisés. Cet effort interne va cependant de pair avec un recours accru à la coopération étrangère jusqu'au début des années quatre-vingt.

L'effectif du système national de santé, plus particulièrement ceux qui exercent au niveau des différents établissements hospitaliers, a beaucoup évolué depuis 1974 années de la mise en

place de la gratuité des soins, pour répondre à la forte demande de soins. Mais pour apprécier réellement l'offre en termes de ressources humaines, nous tenterons d'analyser leur évolution, leur répartition au niveau des divers types de structures sanitaires, ce qui fera apparaître les incohérences, et les déséquilibre d'ordre quantitatif.

2.1. Evolution des effectifs sanitaires publics et privés

D'après le tableau 23, l'évolution des ressources du secteur de la santé de 2008 à 2012 laisse apparaître un développement remarquable. Elle reflète l'effort déployé par les pouvoirs publics dans ce domaine. De près de 195 000 praticiens, tous corps confondus en 2008, les personnels de santé totalisaient un effectif de plus de 237 600 salariés en 2012. Globalement, l'évolution est de 4.53 % pour cette période (2008-2012). La répartition des personnels entre les différentes grandes catégories enregistre une augmentation relative dans le corps médical pour la même période. Elle a représenté pour l'année 2012 un taux de 23.06% pour le corps médical, 49.48 % pour le personnel paramédical et 27.46 % pour le personnel administratif, technique et de service.

Les ressources humaines constituent en fait trois corps distincts (médical, paramédical, administratif). L'évolution des effectifs dans le secteur public est représentée dans le tableau suivant :

Tableau 23: Evolution des effectifs général dans le secteur public (2008-2012).

Catégorie personnel	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nbre	%								
Médical	41 154	21.14	45 180	21.96	49 116	22.69	51722	23.17	54802	23.06
Paramédical	95446	49.02	99438	48.34	104301	48.15	108878	48.78	117590	49.48
Administratif, technique et de service	58093	29.84	61089	29.70	63183	29.16	62597	28.05	65248	27.46
Total	194693	100	205707	100	216600	100	223197	100	237640	100

Source : Réalisé à partir des données des annuaires statistiques – MSPRH- DP.

Cela s'explique par la volonté des pouvoirs publics d'augmenter la densité médicale et de réduire les inégalités spatiale entre les différentes régions, donc d'élever relativement les recrutements. Malgré le départ de certains professionnels de santé soit vers le secteur privé, vu les avantages qu'il leurs offre sur le plan salaire, soit à l'étranger. Cette situation n'a pas été sans effet positif sur le bon fonctionnement des structures de soins.

- *Le personnel médical*

Pour comparer l'évolution des effectifs médicaux du secteur public (le corps des hospitalo-universitaires ne sont pas pris en compte) et du secteur privé nous présentons le tableau suivant :

Tableau 24: Evolution des effectifs médicaux publics et privés en Algérie (2000-2012).

Années	Spécialistes ^(*)		Généralistes		Dentistes		Pharmaciens		Ensemble		
	public	privé	public	privé	public	Privé	public	Privé	public	Privé	T. général
2000	4175	4522	11381	5803	4665	3346	216	4587	20437	18258	38695
2001	4315	4861	11686	5915	4626	3580	185	4778	20812	19134	39946
2002	4523	5216	11984	6185	4647	3747	189	4995	21343	20143	41486
2003	4659	5238	12209	6226	4639	3804	187	5502	21694	20770	42464
2004	4796	5606	12427	6376	4659	3987	206	5860	22088	21829	43917
2006	5535	5913	13440	6576	4742	4728	232	7009	22981	24226	47207
2008	6901	6645	19197	6548	5888	4803	507	7513	32493	25509	58002
2009	7590	7032	19197	6598	6158	5017	622	7882	33567	26529	60096
2010	8284	7491	20667	6764	6491	5223	624	8764	36066	28242	64308
2011	9457	7650	22140	6860	6737	5396	624	8764	38958	28670	67628
2012	10442	8864	23516	6458	7035	5441	1000	9177	41993	29940	71933

Source : Annuaire statistique – MSPRH- DP/

(*) Non compris les hospitalo-universitaires (professeurs, docents, maitres assistants et résidents).

D'après les données du tableau (24), on remarque que ;

- L'évolution du nombre de médecins spécialistes par statut d'exercice se caractérise par une croissance rapide des spécialistes privés, qui avoisine un taux de 27 % par rapport au total des spécialistes de santé publique, ce qui explique le manque de couverture des établissements publics de santé en médecins spécialistes, parfois même dépourvus, surtout dans les wilayas du sud. Les ressources humaines sont ainsi inégalement réparties. C'est le cas notamment des praticiens spécialistes qui sont en majorité concentrés dans les grandes villes au nord du pays. A titre d'illustration, la wilaya d'Alger qui représente environ 8 % de la population totale, dispose de 25 % de l'effectif des spécialistes (32 % des médecins spécialistes du secteur public et 23 % des médecins spécialistes privés). Les wilayas d'Alger, d'Oran et de Constantine concentrent, à elles seules plus de 50 % des spécialistes du secteur public et 35 % du secteur privé depuis 1990, ces catégories de personnels médicaux se dirigent pour exercer dans le secteur privé. Beaucoup d'hôpitaux à l'intérieur du pays souffrent de la disponibilité de spécialistes sur des rayons parfois importants. De grands besoins persistent à l'intérieur du pays notamment pour les spécialités de base telles que la pédiatrie, la gynéco-obstétrique, la chirurgie générale, la médecine interne, l'ophtalmologie et l'ORL; malgré les sorties de nouvelles promotions relativement importantes ainsi, dans un grand nombre d'établissements, les médecins généralistes pallient le manque de spécialistes, c'est le cas pour plusieurs services d'hospitalisation (Boulahrik, 2008).
- Le nombre de médecins généralistes est nettement élevé dans le secteur public. Le taux par rapport au total représente 75.9 % pour le secteur public contre 21,63 % au niveau du secteur privé et 2,47 % concernant le secteur parapublic. Leur répartition spatiale est plus équilibrée.
- En ce qui concerne les chirurgiens dentistes, leur nombre dans le secteur public s'est réduit pour atteindre en 2012 un taux de 53.47 % par rapport au total, par contre il a augmenté pour le secteur privé atteignant 43,8 % et le reste 2,73 % concernant le secteur parapublic. Cela peut s'expliquer par leur départ vers le secteur privé vu le manque d'équipements, car, en pratique, plusieurs dentistes disposent d'un seul fauteuil dentaire.
- Le nombre de pharmaciens exerçant dans les structures publiques a beaucoup diminué: un bon nombre d'établissements en sont totalement dépourvus. Ils représentent 9.41 % du total dans le secteur public contre 90,23 % dans le privé et 0,36 % concernant le secteur parapublic.

Pour l'ensemble des corps, le pourcentage des praticiens privés a connu de 2000 à 2012, une augmentation très importante grâce à l'adoption d'un nouveau dispositif législatif et réglementaire en 1988. Au 31 décembre 2012, le nombre s'élevait à 29 940 soit plus de 54.63% du corps médical global (public, parapublic et privé) par comparaison à l'année 2000 dont l'effectif était à 18 258.

• **Le personnel paramédical**

L'évolution quantitative de cette catégorie de personnel a connu un grand bond, il faut en effet rappeler qu'au lendemain de l'indépendance, en 1962, l'Algérie ne comptait qu'une quarantaine d'infirmiers diplômés d'Etat sur un total de 250 paramédicaux.

Les seuls paramédicaux recensés de façon exhaustive sont ceux qui exercent au sein du secteur public. Le nombre total des paramédicaux a peu augmenté au cours de ces dernières années, mais sa structure par grade s'est considérablement modifiée. En 2012 les diplômés d'Etat (TSS) représentent 66,07 % des paramédicaux, les brevetés (TS) 16,92 % et les Aides paramédicaux (ATS) 17,01 %. Cette tendance devra être inversée pour avoir à terme plus d'aides paramédicaux que de diplômés d'Etat. Selon la structure de qualification, l'évolution du personnel paramédical est donnée comme suit :

Tableau 25: Evolution des effectifs des paramédicaux selon la qualification (2000-2012)

Années	Diplômés d'Etat	Brevetés	Aides Paramédicaux	Total
2000	47742	28027	11243	87012
2001	48755	26655	10433	85843
2002	50800	25369	9852	86021
2003	52800	24388	9433	86621
2004	54529	23593	9110	87232
2006	56902	22225	9610	88737
2008	64240	20916	10290	95446
2009	67229	20897	11312	99438
2010	70519	20610	13172	104301
2011	73083	19845	15950	108878
2012	77688	19897	20005	117590

Source : Annuaire statistique – MSPRH- DP

En 2012, les paramédicaux représentent presque la moitié (49.48 %) des effectifs du secteur public de soins. Quand à l'évolution du personnel paramédical, en général, on note une tendance à la qualification. Par corps, l'augmentation concerne essentiellement les diplômés d'état. Le nombre de brevetés a enregistré une diminution importante et le nombre des aides paramédicaux a marqué une augmentation relativement faible. En effet, depuis 1995, la structure de qualification a tendance à s'orienter beaucoup plus vers les spécialités dont le secteur de la santé a besoin. Le résultat provient de la politique de formation paramédicale qui tend à former davantage des diplômés d'état recrutés parmi les bacheliers et à réduire, en nombre, les autres corps.

Par filière, nous relevons que cet effectif se constitue essentiellement des filières essentielles : soins infirmiers généraux avec 69 % des sages femmes et soins obstétricaux avec 9 % et des filières techniques en biologie, en radiologie, anesthésie réanimation avec des taux égaux de 5%. Cependant cette catégorie de personnel reste confrontée à de nombreux problèmes socioprofessionnels, liés aux conditions de travail, de rémunération et de formation continue.

- **Le personnel administratif, technique et de service**

L'effectif du personnel administratif, technique et de service qui s'élevait en 2012 à 65 248 personnes, soit l'équivalent de 27.46 % des effectifs globaux du secteur public de santé.

L'effectif global du personnel administratif a connu une croissance relativement faible, par contre, l'effectif des techniciens a enregistré une augmentation accélérée. Le personnel gestionnaire des services sanitaires se caractérise par une inadéquation entre son profil de formation et les spécificités techniques de gestion des services qu'il encadre, c'est pour cela l'effectif de ce corps a marqué une diminution ces dernières années. L'évolution par corps du personnel en question de 2000 à 2012 est donnée comme suit :

Tableau 26: Evolution des effectifs du personnel administratif, technique et de service (Niveau national, 2000-2012)

Années	Administratifs	Techniques	Services	Ensemble
2000	13991	1855	43408	59254
2001	14326	2077	42874	59277
2002	14394	2385	42851	59630
2003	14444	2765	42744	59953
2004	14515	2967	42572	60054
2006	14222	3173	40617	58312
2008	14277	3517	40299	58093
2009	15145	3840	42104	61089
2010	15776	4018	43389	63183
2011	17118	4441	41038	62597
2012	18923	4917	41408	65248

Source : Annuaire statistique – MSPRH- DP

Pour les agents techniques et de service, les difficultés de recrutement d'un personnel qualifié et permanent ont amené les structures de santé à recourir le plus souvent aux agents vacataires et journaliers. Par ailleurs, il faut remarquer la quasi inexistence d'un personnel qualifié en maintenance, notamment pour les équipements médicochirurgicaux.

2.2. Répartition des effectifs par type de structure

La répartition spatiale des effectifs médicaux relève des inégalités entre les différentes structures de soins et cela du fait de la hiérarchisation des soins, donc de besoins en terme de couverture sanitaire.

Tableau 27: Répartition des effectifs médicaux par structure de soins en Algérie en 2012.

	CHU/ EHU	EHS	EPH/ EH	EPSP	DSP	Total public	Total privé	T/Para- public	Total
Spécialistes	13136	3600	6417	1378	10	24541	8864	270	33 675
Généralistes	1090	774	5603	15118	76	22661	6458	740	29 859
Dentistes,	97	49	194	6296	07	6643	5441	338	12 422
Pharmaciens	129	101	324	394	09	957	9177	37	10 171
Total	14452	4524	12538	23186	102	54802	29940	1385	86 127
Source : Réalisé à partir des données de l'annuaire statistique (2012) – MSPRH- DP.									

L'évolution du nombre de médecins spécialistes par statut d'exercice jusqu'à l'année 2004 se caractérise par une croissance rapide des spécialistes exerçant à titre privé. Ceci aggrave le déficit de la couverture médicale spécialisée au niveau des services publics notamment pour les spécialités de base.

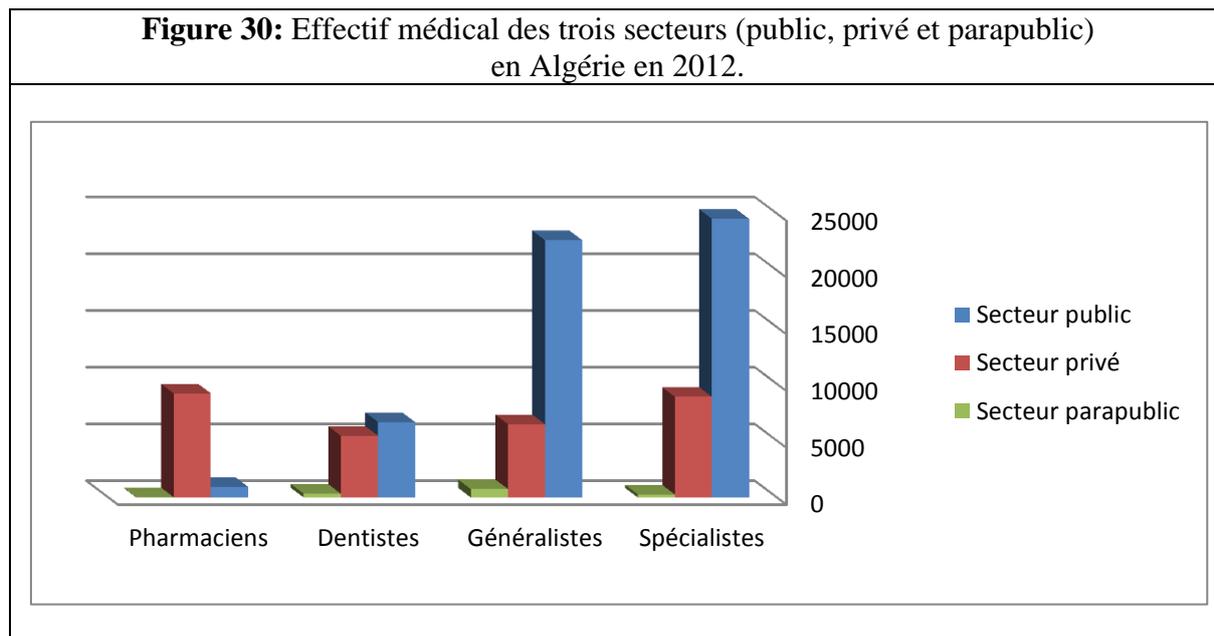
Les médecins spécialistes (des trois secteurs) représentent à la fin de l'année 2012 (53 %) des médecins (63 534) «y compris les hospitalo-universitaires». Au niveau des structures publiques, les 14 CHU et l'EHU concentrent plus de 53 % des spécialistes du secteur public, le secteur privé totalise à lui seul 52 % de l'ensemble des spécialistes hospitalo-universitaires inclus. Au niveau des 31 wilayas sur les 48, les spécialistes sont plus nombreux à exercer dans le secteur privé que dans le secteur public. Si on considère les quatre spécialités de base (médecine interne, pédiatrie, chirurgie générale et gynécologie-obstétrique), la couverture est très déficiente. Pour un certain nombre d'établissements hospitaliers, le fonctionnement est assuré par des praticiens généralistes.

En 2012, les 22 661 médecins généralistes du secteur public représentent 75,89 % du total des trois secteurs, 66,71 % d'entre eux exercent massivement au sein des établissements de santé de proximité (EPSP). Le secteur privé ne comprend que 21,63 % des généralistes en exercice. La répartition spatiale des généralistes est nettement plus équilibrée que celle des spécialistes. Les généralistes assurent, pour une large part, des fonctions spécialisées au sein des services hospitaliers. C'est le cas de la pédiatrie, de la gynécologie-obstétrique, de la transfusion sanguine des urgences médico-chirurgicales, des services d'épidémiologie et de médecine du travail. Une des actions majeures du ministère de la santé a été l'institution de la post graduation spécialisée, en collaboration avec le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (MESRS), à l'effet d'asseoir les compétences et les qualifications requises aux médecins généralistes.

Le nombre total de chirurgiens dentistes a relativement augmenté de façon rapide au cours des dernières années. Mais leur poids au sein des praticiens est réduit, il est passé de 20,7 % en 2000 à 17,34 % en 2012. Le nombre de ceux qui exercent dans le secteur public a augmenté, tandis que le nombre de dentistes privés a presque doublé. Les EPSP restent les principaux lieux d'exercice des dentistes du secteur public avec 94,78 %. Cependant l'activité de ceux exerçant dans les structures publiques est limitée notamment par le manque d'équipement dans beaucoup des EPSP, plusieurs dentistes disposent d'un seul fauteuil dentaire.

Au cours des dernières années, le nombre de pharmaciens au niveau du secteur public a augmenté régulièrement (presque cinq fois entre 2000 et 2012). La majorité des pharmaciens publics exercent au niveau des EPSP et des EPH. La part du secteur privé est importante avec 90,23 % du total général des pharmaciens.

Globalement la répartition des effectifs médicaux du secteur public par structures hospitalières représente 42,31 % pour les EPSP, 26,37 % pour les CHU+EHU, 22,88 % pour les EPH+EH, 8,25 % pour les EHS et 0,19 % pour les directions de santé et des populations des 48 wilayas (DSP).



L'effectif total des hospitalo-universitaires disponible au niveau des CHU, du EHU et des EHS (les résidents non compris) est de 3 701. Le corps des professeurs en médecine représente 17.13 % du total, les docents 8.84 % et la plus grande part revient aux maîtres assistants avec 74.03 % du total des hospitalo-universitaires. La part des résidents par rapport au total général représente 72.52 %. La répartition du corps des hospitalo-universitaires en 2012 est la suivante :

Tableau 28: Effectifs du corps médical hospitalo-universitaire en Algérie en 2012.

	CHU+ EHU	EHS	Total
Professeurs	522	112	634
Docent	257	70	327
Maître assistant	2281	459	2740
Résident	8103	1666	9769
Total	11163	2307	13470

Source : Réalisé à partir des données de l'annuaire statistique (2012) – MSPRH- DP.

La politique de privatisation de l'exercice médical, initiée à partir de 1986 avec la levée progressive des obstacles liés à l'exercice privé des médecins, semble être achevée en 1996 avec la permission donnée aux hospitalo-universitaires d'exercer librement dans le secteur privé soit dans les heures en dehors des services du secteur public soit carrément s'installer définitivement à titre individuel ou collectif.

Par ailleurs il faut signaler que malgré cet apport considérable en matière des ressources humaines, la qualification des personnels de santé est fréquemment en inadéquation avec les besoins exprimés en matière d'activités sanitaires. Certains problèmes de dysfonctionnement des hôpitaux pourraient trouver leur solution dans la revalorisation et la requalification du personnel de santé.

2.3. La densité du personnel de santé

L'évolution de la densité du personnel de santé depuis l'indépendance montre une relative stagnation de la densité médicale depuis l'année 2008 et surtout une diminution importante de la densité paramédicale, jusqu'au 2006, en rapport avec les départs en retraite, l'arrêt de la formation pendant un temps et le passage de la formation paramédicale au cycle universitaire (5 ans pour les sages-femmes et 3 ans pour les paramédicaux).

• La densité médicale

D'après l'institut national français de la statistique et des études économiques, la densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (omnipraticiens, spécialistes...) à la population d'un territoire donné. La densité médicale s'exprime en nombre de médecins (par exemple) pour 10 000 habitants (Insee, 2018).

La densité du corps médical par région est restée inchangée en 2012. En effet, les régions : centre, est et ouest suivent la même tendance. En d'autres termes, nous constatons la même répartition des effectifs dans ces parties du pays alors que les régions du sud connaissent une autre répartition, la concentration des généralistes étant prépondérante par rapport aux effectifs des autres catégories de personnel médical.

Rapporté à la population, l'effectif des professions médicales des trois secteurs (public, parapublic et privé) pour l'année 2012 donne les densités médicales nationales suivantes :

- ✓ 01 médecin pour 590 habitants,
- ✓ 01 pharmacien pour 3 686 habitants,
- ✓ 01 chirurgien dentiste pour 3 018 habitants.

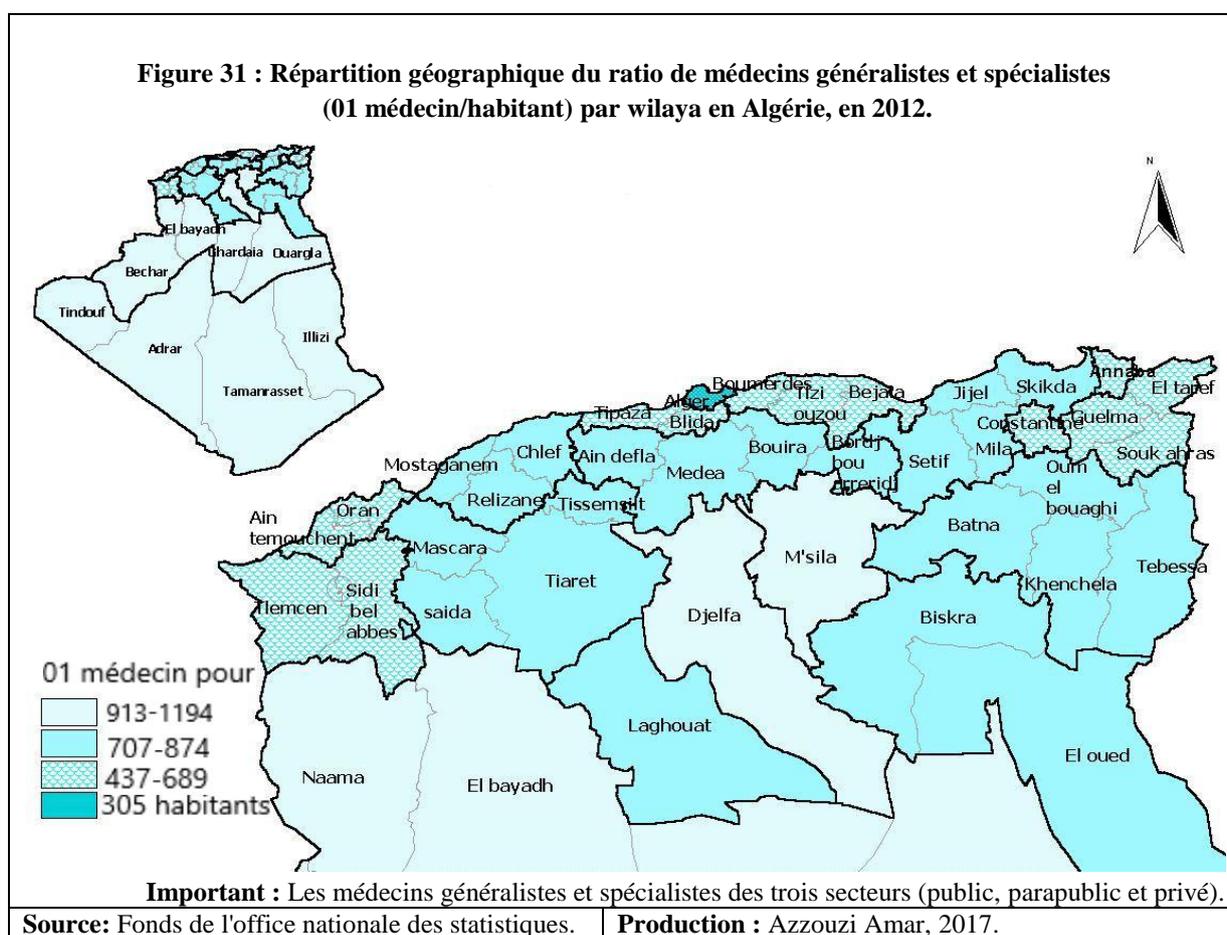
Toutefois, ces moyennes ne doivent pas cacher le déséquilibre régional persistant en matière de couverture médicale. A titre d'exemple, on enregistre 01 médecin pour 305 habitants dans la wilaya d'Alger contre 1 183 habitants dans la wilaya d'Adrar (Abid, 2012).

Tableau 29: Evolution des ratios de couverture en praticiens publics et privés (2000-2012)

Années	Population en milliers	Ratio de couverture (Nombres d'habitants par....)				
		Spécialistes	Généralistes	Dentistes	Pharmaciens	Ensemble
2000	30416	3497	1770	3797	6333	786
2001	30879	3315	1754	3763	6222	773
2002	31357	3123	1726	3736	6049	756
2003	31848	3073	1728	3772	5598	750
2004	32364	2924	1721	3743	5335	737
2006	33481	2925	1673	3535	4624	709
2008	34591	2245	1344	3236	4313	596
2009	35268	2080	1367	3156	4147	587
2010	35978	1928	1312	3071	3832	559
2011	36717	2146	1266	3026	3911	543
2012	37495	1942	1255	3018	3686	521

Source : Réalisé à partir des données des annuaires statistiques – MSPRH- DP.

En 2012, le nombre total de médecins spécialistes est de 19 306 (non compris les hospitalo-universitaires : professeurs, docents, maitres assistants et résidents), rapporté à la population de différentes régions du pays (37 495 000 habitants), on trouve un ratio d'un (1) spécialiste pour 1 942 habitants.



On constate qu'il y a deux fois plus de médecins spécialistes dans la région nord que dans la région des hauts plateaux et pratiquement près de trois fois plus que dans la région sud. Les spécialités les plus attractives pour l'installation dans le secteur privé sont : La gynécologie-obstétrique ; la pédiatrie ; l'ophtalmologie ; la médecine interne ; la radiologie ; la cardiologie (Abid, 2012).

Le nombre de médecins généralistes est très élevé que celui des médecins spécialistes : 29859. Rapporté à la population totale du pays, on trouve un ratio d'un médecin généraliste pour 1255 habitants. La répartition par région montre une meilleure couverture au niveau du nord suivie de la région des hauts plateaux et loin derrière arrive la région sud qui presque dépourvue totalement en matière de médecins (cf. figure 11, p.26 de la première partie).

Le nombre total de chirurgiens dentistes est de 12 422, donne un ratio de 01 chirurgien dentiste pour 3 018 habitants. Plus de 65 % d'entre eux sont installés dans la région du Tell.

10 171 officines pharmaceutiques sont ouvertes à travers le pays, rapporté à la population totale du pays, on trouve un ratio de 01 pharmacien pour 3 686 habitants. Plus de 90 % de ces officines sont installés à titre privé et plus de 70 % d'entre eux sont implantés dans la région du Tell.

L'inadaptation des statuts et des profils de formation ainsi que des modes de rémunération peu motivants entraîne la démobilité des personnels et constitue ainsi une cause importante de départs massifs, notamment des spécialistes, vers le secteur privé et l'étranger. Le service civil a été réinstauré pour les praticiens médicaux spécialistes dans le but d'améliorer la couverture sanitaire des régions défavorisées.

- ***La densité paramédicale***

La répartition du corps paramédical par statut permet de constater une tendance à la qualification du personnel paramédical est observée durant cette dernière décennie. En effet, la densité nationale des diplômés d'Etat passe de 1 diplômé d'Etat pour 637 habitants en 2000 à 1 pour 483 habitants en 2012.

En revanche, la densité nationale des brevetés a augmenté passant respectivement d'un (01) breveté pour 1085 habitants en 2000 à 1 pour 1884 habitants en 2012. Les effectifs des brevetés et des aides soignants par rapport à la population totale résidente vont en régressant et la dernière catégorie est en voie de disparition selon les responsables.

Tableau 30: Evolution des ratios de couverture en paramédicaux selon la qualification (Niveau national, 2000-2012).

Années	Population en milliers	Ratio des			
		Diplômés d'Etat	Brevetés	Aides Paramédicaux	Total
2000	30416	637	1085	2705	350
2001	30879	633	1158	2960	360
2002	31357	617	1236	3183	365
2003	31848	603	1306	3376	368
2004	32364	594	1372	3553	371
2006	33481	588	1506	3484	377
2008	34591	538	1654	3362	362
2009	35268	525	1688	3118	355
2010	35978	510	1746	2731	345
2011	36717	502	1850	2302	337
2012	37495	483	1884	1874	319

Source : Réalisé à partir des données des annuaires statistiques – MSPRH- DP.

D'une part, ces chiffres nationaux cachent des disparités régionales. D'autre part, le ratio paramédicaux/médecins a tendance à diminuer. Or, les normes de l'OMS proposent un ratio de 4. Le personnel médical représente, en 2012, 23.06 %, le paramédical 49.48 % soit 02 paramédicaux pour 01 médecin et enfin le personnel administratif, technique et de service avec 27.46 %. Cette diminution montre que la formation paramédicale reste insuffisante par rapport à la formation médicale. Enfin, le ratio médecins spécialistes/population est peu significatif dans la mesure où le nombre de spécialistes varie d'une discipline à une autre, mais une grande partie de ces spécialistes sont dans les quatre grandes métropoles du pays (Alger, Oran, Constantine et Annaba). Par ailleurs, certaines spécialités sont en sous-effectif, compte tenu des besoins de la population. Ainsi, les disciplines de laboratoire (microbiologie, immunologie...) et la pharmacie sont nettement déficitaires dans le secteur public, comme à un degré moindre, la médecine légale et la médecine du travail.

Malgré les progrès réalisés, l'insuffisance demeure. Ces carences et insuffisances résultent, semble-t-il, du dysfonctionnement du système national de santé. Cependant, on assiste surtout à partir de 1990, à la mise en œuvre d'une politique d'encouragement de l'intervention privée, concrétisée par l'ouverture à grande échelle de cabinets particuliers.

- **Le système du zoning**

Pour réaliser une répartition équitable du personnel médical formé, un système dit du zoning a été institué en 1984. Il faut rappeler cependant, que le service civil existe pour le personnel médical depuis 1966. Il partage le pays en trois zones (les grandes villes, les villes les plus modestes, régions enclavées et sud) où la durée du service civil est variable : quatre (04) ans dans les grandes villes, trois (03) ans dans les villes les plus modestes et deux (02) ans dans le

sud et les régions enclavées. A la fin de l'année 1987, près de 4 000 praticiens ont choisi d'exercer à l'intérieur du pays. A la même date, la satisfaction des besoins en praticiens généralistes a entraîné la suppression du zoning puis du service civil pour cette catégorie de personnel. Cependant, cette mesure bien que positive sur le plan de la santé publique a suscité beaucoup de mécontentement des intéressés car certains dérapages ont été observés lors de son application et plus précisément les points suivants :

- ✓ séparation des couples médecins,
- ✓ affectation loin du domicile familial ou conjugal de femmes médecins,
- ✓ affectation aberrante, telle celle de spécialistes d'anatomie à Médéa ou celle d'un neurochirurgien à Tamanrasset sans possibilité d'exercice.

Cette mesure a fini par être supprimée en 1987. A peine quelques mois plus tard, le service civil pourtant confirmé par la loi de 1987, a été supprimé pour les chirurgiens-dentistes en 1988, puis pour les pharmaciens et les médecins généralistes en 1989. Le zoning et son corollaire le service civil ne restent appliqués que pour les spécialistes. En matière de répartition spatiale : une plus grande décentralisation dans la gestion du personnel médical est progressivement mise en place depuis 1997.

Par ailleurs, il faut rappeler que la répartition spatiale en spécialistes déséquilibrée, a fait l'objet de mesures incitatives dans le cadre du dossier grand sud (Tamanrasset, Illizi, Adrar et Tindouf). En plus du concours du ministère de la défense nationale quant à l'affectation des médecins spécialistes du service national. Il apparaît opportun de rétablir le service civil (Khiati, 1992).

Ces mêmes mesures ont été rappelées par les dispositions du décret exécutif n° 99-175 du 02 août 1999 fixant les modalités d'accomplissement du service civil pour les praticiens médicaux. A l'exception d'Alger, d'Oran et Constantine, des dispositions seront prises par le ministère de la santé publique et de la population, afin d'assurer un meilleur équilibre dans le redéploiement des médecins spécialistes de manière à ce qu'aucune région ne soit lésée.

L'examen du nombre des médecins spécialistes à travers le territoire national, révèle par région en 2012, un déséquilibre régional, quant à leur répartition. En effet, les régions du centre et ouest sont les plus privilégiées. 52 % des spécialistes étant concentrés dans la région centre, 23 % dans la région Est, 21% dans la région Ouest, 4 % dans la région sud. Rapportés à la population, la couverture des médecins spécialistes met l'accent sur ce déséquilibre. On note, dans la région sud, qu'un médecin spécialiste couvre 8000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 3000 habitants par spécialiste.

Néanmoins, la couverture médicale (spécialistes et généralistes) dans l'ensemble des wilayas et régions, est satisfaisante soit en moyenne, un médecin pour 590 habitants. Cette moyenne se situe entre une valeur maximale d'un médecin pour 305 habitants dans la wilaya d'Alger et une valeur minimale d'un médecin pour 1183 habitants dans la wilaya d'Adrar. Selon les normes internationales arrêtées pour les pays comme le notre, l'Algérie se situe au dessus de la norme de (1 médecin pour 1000 habitants).

La répartition des médecins spécialistes en activité (privés inclus), par spécialité est constituée essentiellement de spécialités de base. En d'autres termes, les spécialités dominantes en Algérie, sont "chirurgie générale, gynéco-obstétrique, pédiatrie, médecine interne, anesthésie réanimation", le nombre de médecins des autres spécialités demeure très faible. Il reste entendu que cette répartition se maintiendra durant les années à venir, du fait que la structure des médecins spécialistes en formation (résidents) suit la même tendance que celle des médecins spécialistes en activité. Cette politique de formation qui se concentre sur les spécialités précitées, dites de "base" est une solution d'urgence tendant à couvrir le déficit en médecins spécialistes. Reste à savoir, cependant, si l'objectif souhaité, à savoir la prise en charge des besoins des populations en matière de santé, peut être atteint compte tenu des causes de décès.

Il faut noter également un développement important du secteur privé durant ces dernières années, à l'intérieur de chaque corps, ce sont les spécialistes et les pharmaciens du secteur privés qui connaissent des évolutions importantes (Boulahrik, 2008).

Conclusion

Aujourd'hui, l'Algérie est l'un des pays en voie de développement qui possède un vaste réseau sanitaire et une grande richesse en matière de ressources humaines. Malheureusement, le pays, est aujourd'hui confronté à un phénomène de répartition spatiale inégale des équipements et des services sanitaires (publics et privés) et du personnel (médical et paramédical) sur deux échelles :

A l'échelle nationale : il existe au niveau de la région du nord des surplus alors que celles du sud et des hauts plateaux sont confrontées à un manque qui entraîne une sous utilisation des structures de santé existantes.

A l'échelle locale : un déséquilibre géographique est constaté à l'intérieur des wilayas caractérisé par une forte concentration dans les grands centres urbains au détriment du reste du territoire, en particulier des zones rurales.

Tableau 24: Evolution des effectifs médicaux publics et privés en Algérie (2000-2012).

Années	Spécialistes ^(*)			Généralistes			Dentistes			Pharmaciens			Ensemble		
	public	privé	total	public	privé	total	public	Privé	total	public	Privé	total	public	Privé	T. général
2000	4175	4522	8697	11381	5803	17184	4665	3346	8011	216	4587	4803	20437	18258	38695
2001	4315	4861	9176	11686	5915	17601	4626	3580	8206	185	4778	4963	20812	19134	39946
2002	4523	5216	9739	11984	6185	18169	4647	3747	8394	189	4995	5184	21343	20143	41486
2003	4659	5238	9875	12209	6226	18435	4639	3804	8443	187	5502	5689	21694	20770	42464
2004	4796	5606	10402	12427	6376	18803	4659	3987	8646	206	5860	6066	22088	21829	43917
2006	5535	5913	11448	13440	6576	20016	4742	4728	9470	232	7009	7241	22981	24226	47207
2008	6901	6645	13546	19197	6548	25745	5888	4803	10691	507	7513	8020	32493	25509	58002
2009	7590	7032	14622	19197	6598	25795	6158	5017	11175	622	7882	8504	33567	26529	60096
2010	8284	7491	15775	20667	6764	27431	6491	5223	11714	624	8764	9388	36066	28242	64308
2011	9457	7650	17107	22140	6860	29000	6737	5396	12133	624	8764	9388	38958	28670	67628
2012	10442	8864	19306	23516	6458	29974	7035	5441	12476	1000	9177	10177	41993	29940	71933

Source : Annuaire statistique – MSPRH- DP/
 (*) Non compris les hospitalo-universitaires (professeurs, docents, maitres assistants et résidents).

Conclusion de la deuxième partie

Dans cette partie nous avons étudié la situation actuelle du système de santé en Algérie, à la lumière des données disponibles. Cette situation montre que ce dernier dispose d'atouts importants en terme d'infrastructures, de potentiel humains, de programmes de prévention des maladies transmissibles et de la maîtrise de la croissance démographique dont l'impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population a permis d'améliorer la plupart des indicateurs.

Cependant ces points positifs ne doivent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît le système national de santé au risque de remettre en cause les deux principes fondamentaux que sont l'accessibilité et l'équité. En effet, malgré cet apport considérable en moyens de santé, les équipements et les services sanitaires des deux secteurs public et privé ne répondent que très partiellement à la demande en soins et ne sont pas réparties équitablement sur le territoire, mais aussi, ne permettent pas une prise en charge hiérarchisée, donc une désorganisation du système. Ainsi, l'institution hospitalière rencontre des difficultés à satisfaire la population en matière de qualité des prestations médicales.

Les raisons de cette situation sont multiples et diversifiés. En effet le secteur public de la santé reste caractérisé par toute une série de contraintes organisationnelles, de financement et notamment de gestion, induisant une inégale répartition spatiale dans l'offre de soins, ainsi que la médiocrité des prestations de ses derniers.

Enfin, dans la partie qui suit, nous présentons le cas de la wilaya d'Annaba comme exemple pour étudier le système sanitaire algérien et sa relation avec l'espace.

IIIème Partie

Les équipements et les services sanitaires dans la wilaya d'Annaba

Introduction de la troisième partie

Dans cette partie, nous introduisons la relation des équipements et des services sanitaires avec l'espace wilayale de la quatrième métropole en Algérie, pour comprendre les logiques qui sont derrière la localisation et l'organisation spatiale de ces établissements, alors ;

Dans le premier chapitre, il sera question de rappeler l'histoire des équipements et des services sanitaires dans la wilaya depuis leur première installation.

Dans le deuxième chapitre, une description des équipements et des services sanitaires dans la wilaya est présentée. Nous essayons, à ce niveau, de démontrer que la wilaya d'Annaba présente un pôle sanitaire régional pour l'Est algérien grâce à ces ressources matérielles et humaines denses.

Le troisième chapitre sera consacré à l'étude de la répartition spatiale de ces équipements et de ces services sanitaires. Nous montrerons que ces établissements de santé sont inégalement répartis sur le territoire de la wilaya.

Enfin, dans les deux derniers chapitres, deux études sur la répartition spatiale de ces équipements et de ces services sanitaires dans la wilaya d'Annaba est minutieusement introduites. La première concerne les liens entre la répartition des services de santé du secteur public et la hiérarchie urbaine. La deuxième intéresse les motifs de choix d'installations des praticiens privés.

Chapitre 1 : Histoire des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

L'histoire des services sanitaires se confond avec celle des médecins et de la médecine en général, mais aussi et surtout avec l'évolution des sociétés. Des lieux de soins ont existé depuis la nuit des temps, cependant, ce dont on se souvient moins, c'est que l'évolution de ces lieux de soins se fit en parallèle des évolutions techniques, religieuses et sociales de leur temps. Dans ce présent chapitre, nous présenterons, brièvement, l'organisation sanitaire aux premiers temps de l'occupation française. Puis, plus longuement, l'histoire des services de santé.

1. L'organisation sanitaire aux premiers temps de l'occupation.

Dès les premiers temps de l'occupation, une des premières préoccupations fut d'assurer les services de santé pour l'armée au début, puis pour les colons et éventuellement les autochtones (indigènes comme on se plaisait à les dénommer).

Des hôpitaux civils furent construits à Alger, Douéra, Oran, Constantine, Philippeville et Bône. Ils offraient une capacité de 980 lits. Les malades ne pouvant être pris en charge, pour faute d'éloignement ou d'insuffisance de place, étaient admis dans les hôpitaux militaires. Le service rural comprenait 27 postes de secours dont 15 dans la province d'Alger, 5 dans celle d'Oran et 7 dans celle de Constantine qui venait de bénéficier d'une nouvelle organisation et extension par l'arrêté ministériel de décembre 1853.

Tous les territoires livrés à la colonisation en Algérie étaient divisés en circonscription médicales, chacune desservie par praticien ayant titre de médecin de colonisation. Le titulaire, parmi les docteurs en médecine, est nommé par le ministre et il recevait une allocation mensuelle de 2000 francs majorée de 500 francs par an si l'étendue de sa circonscription était plus vaste. (Boumaza, 2008).

Dans les territoires où il n'existait pas de pharmacie, ces médecins délivrent les médicaments à ces malades. Les remèdes sont retirés du dépôt de pharmacie des hôpitaux civils et militaires.

Les médecins de colonisation devaient résider au chef-lieu de leur circonscription ; ils étaient placés, pour tout ce qui concerne leur service, sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative. Ils avaient un uniforme, le même que celui des aides-majors de l'armée avec des broderies en argent au collet et un pantalon sans bande ni passepoil. Les médecins de colonisation étaient tenus :

- ✓ De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription.

- ✓ De tenir, au lieu de résidence, à jour et heures fixes, un bureau de consultation gratuite pour la population.
- ✓ De propager la vaccine.
- ✓ D'exécuter gratuitement au lieu de leur résidence, à défaut d'un médecin spécial, les visites périodiques du dispensaire de police.
- ✓ De constater les décès, préalablement au permis d'inhumation, conformément à l'article 77 du code Napoléon.
- ✓ De fournir à l'administration tous les renseignements et documents de statistiques auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

Ils avaient, en outre, la direction médicale des infirmiers civils établis dans leur circonscription où ils devaient visiter régulièrement les malades et constater leurs visites sur les registres de chaque infirmerie. Une inspection générale du service des médecins de colonisation se faisait annuellement.

Sur les soixante circonscriptions au début de la colonisation, trente trois étaient desservies par des médecins civils et vingt sept par des médecins militaires. En général, les circonscriptions confiées aux officiers de santé militaires étaient des centres épars où la colonisation n'était encore que partielle (Boumaza, 2008).

Il découlait de cette organisation qu'il n'y avait pas de localité renfermant une communauté de population européenne qui ne se rattache à une circonscription médicale qui devait, suivant les instructions ministérielles, recevoir au moins deux fois par semaine la visite du praticien et, dans toutes les circonscriptions, l'assistance et les soins gratuits de ce médecin pour la population nécessiteuse.

2. L'histoire des services de santé

2.1. L'hôpital civil de Bône

Les diverses transformations entreprises, durant les premières années d'occupation française, ont fait perdre à la ville de Bona sa physionomie originale. L'année 1845 inaugure le lancement du nouveau plan d'urbanisme français et dès 1846 débutèrent les travaux de la Cathédrale Saint Augustin, située à l'époque sur les hauteurs de l'actuel Cours de la révolution. Ce fut le premier édifice français réalisé hors les murs de la ville arabe et la construction de ce lieu de culte va inspirer le futur développement de la nouvelle ville française. Suivront ensuite d'autres constructions : le palais de la justice, la maison d'arrêt et une avenue centrale ombragée de ficus et de platanes, le futur "cours" qui partage aujourd'hui le centre vital de la ville où il fait bon de se retrouver sous les arbres centenaires qui bordent cet îlot, oasis de tranquillité et de repos.

La vieille ville étouffant dans ces anciens remparts avait été entourée d'une nouvelle enceinte commencée en 1853 et terminée en 1861. Cette ceinture de remparts était percée de six portes : d'hippone, de khareza, de la colonne Randon, de l'aqueduc, de la casbah et de celle des caroubiers, là où allait commencer la construction de l'hôpital civil en 1856.

Par la porte de caroubiers, après la place de la casbah, où était naguère la "porte des tombeaux" (Bab el mqaber) commençait la promenade des caroubiers au début de laquelle vint se placer l'hôpital, à l'angle formé par ce chemin et le boulevard qui descendait vers la ville.

A l'emplacement d'un ancien cimetière musulman qui fut ainsi profané, sur une surface de 73 ares furent construites des baraques qui allaient constituer par la suite l'hôpital civil de Bône. Situé sur le flanc d'un coteau dominant la mer, l'hôpital devint très vite exigü et son agrandissement fut alors entrepris dès la concession, par le gouvernement général, en 1885, d'un terrain limitrophe de 2.18 hectares (par décret, le 16 Mars 1885, 2 ha, 18 a et 73 ca) sont adjoint au terrain prévu pour la construction de l'hôpital civil, entre la porte des caroubiers et l'hôpital actuel. Le même décret attribut à l'hôpital, une maison de 480 m² au numéro deux (n° 2) de la rue de Jemmapes et, à titre de dotation, deux emplacements à bâtir l'un sur le quai de la darse entre la douane et la rue de Guelma d'une surface de 1170 m² et l'autre de 1914 m² entre la rue de Guelma et le chemin de ceinture de la future gare de Bône.

Les travaux d'agrandissement furent confiés à la société de construction du "système de Tollet" qui les exécute au fur et à mesure de la disponibilité des crédits. Les travaux s'achèvent en 1895. C'est un type d'hôpital à pavillons disséminés (il comprenait alors 15 pavillons et deux grandes baraques en planches avec une capacité d'hospitalisation de 328 lits), d'après les reliefs d'un sol accidenté et dont le nivellement eut entraîné des dépenses énormes (Boumaza, 2008).

Photo 01: L'hôpital civil de Bône en 1961.



Source : Site internet de la DSP de la wilaya

L'entrée initiale de cet hôpital était située à l'angle et ce n'est que plus tard qu'elle fût transférée sur le boulevard des caroubiers qui porte ce nom par les nombreux arbres aux gousses de caroube très lourdes qui en bordaient le chemin. Les pavillons sont établis sur un soubassement élevé dans lequel on a établi des promenoirs, des salles de lecture et de récréation, des magasins, les calorifères, etc.

L'évolution de l'hôpital est ensuite progressive. Les débuts sont modestes : deux médecins, l'un chargé de la médecine, l'autre de la chirurgie, un pharmacien, un officier-gestionnaire, quelques sous-officiers auxquels se joignent des autochtones de plus en plus nombreux et de mieux en mieux formés. L'hôpital comporte une salle d'opération, une maternité, un laboratoire, un quartier d'aliénés ... mais aussi la cuisine, la lingerie, le garage...

A l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital, les hommes et les femmes étaient séparés. De plus, les patients étaient divisés en catégories médicales distinctes : fièvres, fièvres malignes, chirurgie (pour les blessés) et convalescents. Le personnel comprenait des sœurs de la Charité. Cet ordre avait été reconnu après la révolution française comme donneur de soins religieux.

Au début, l'intitulé des services reste militaire : services de fiévreux et des contagieux pour la médecine, services des blessés pour la chirurgie. La qualification des personnels se précise. L'hôpital employait également des infirmiers masculins ainsi qu'un aumônier et un sacristain. Enfin, il y avait un portier, un jardinier ainsi qu'une cohorte d'aides que l'on nommait alors garçons et filles de service.

Ce lexique hospitalier resta en usage jusqu'à la fin de la deuxième millénaire.

L'arrivée du courant électrique révolutionnera, par la suite, les conditions de travail : les interventions chirurgicales se font sous un scialytique, les autoclaves et les étuves se modernisent ... Plus tard, la radiologie, la réfrigération et la chaîne du froid transforment l'exercice médical.

En 1904, il est cédé gracieusement à l'hôpital, pour installation de tentes en cas d'épidémie, deux parcelles productives de revenus de 9539 m².

Le 16 décembre 1908, l'hôpital de Bône est rattaché administrativement et budgétairement avec l'hospice Coll à compter du premier janvier 1909, l'hôpital restera dans la deuxième catégorie des hôpitaux coloniaux (Boumaza, 2008).

La couverture sanitaire et l'accès aux soins étaient différents selon que l'on fasse partie de la population coloniale ou autochtone.

Les hôpitaux et hospices existant étaient destinés, pour ne pas dire uniquement, à la population coloniale (colons, marchands, et cadres européens ainsi que pour le personnel indigène employé par l'administration). Lorsqu'ils n'étaient pas submergés d'européens, les populations locales pouvaient accéder à ces établissements.

Généralement les dispensaires étaient réservés pour soigner les autochtones. De même des mesures d'hygiène et de prévention étaient menées dans la population autochtone : assainissement des villes, ségrégation résidentielle entre coloniaux et population locale (ceci

correspond explicitement à une mesure administrative de protection sanitaire des européens), cordons sanitaires, dépistage-traitement de masse de maladies spécifiques...Il s'agissait, en ces débuts de la colonisation au moins, autant de protéger les européens contre les maladies transmissibles que les autochtones eux-mêmes.

L'extension donnée, par la suite, à la médecine coloniale a permis de surveiller davantage l'application des mesures et, peu à peu, disparaissent les épidémies qui, périodiquement, dévastaient le pays (choléra, variole, peste, typhus et paludisme régressent pas à pas).

2.2. L'hospice Coll

L'hospice (l'actuel hôpital Dorban- CHU Annaba), situé sur un monticule qui domine la ville était un endroit vraiment idéal pour accueillir des vieillards.

Après avoir traversé le Pont Blanc, sur le chemin de l'orphelinat commençait "la conduite d'eau". Le chemin, bordé par de beaux et grands arbres où il était impossible pour un véhicule d'entrer, donnait une beauté et un aspect assez sauvage aux lieux qui enchantaient les nombreux promeneurs. La presque totalité des terres que traversait la promenade, jusqu'au pied du massif de l'Edough "appartenaient" à Mr Celestin Bourgoïn, maire de la ville de Bône de 1870 à 1878. Tout était regroupé en ce lieu pour une telle intention, la nature, le grand air revivifiant dévalant des pentes de l'Edough et la fraîcheur de l'atmosphère en été. Il fut doté de constructions pouvant recevoir 70 vieillards (en 1873, la population de Bône était estimée à plus de 18 000 habitants : 5600 musulmans, 5700 français et 7500 étrangers de différentes nationalité).

Cet hospice a pu être donc édifié, en 1876, grâce à la générosité du maire qui fit don du terrain nécessaire et à la générosité d'un gros propriétaire de terrain de la région, et dont le nom a été donné à l'asile, Mr Salvator Coll. Personne ne connaît réellement ce mécène généreux et grand bienfaiteur de la ville. On sait uniquement que cet homme n'était ni français ni bônois, et qu'il n'était venu s'établir que fortuitement sans considération quelconque, dans le pays.

Photo 02: L'hospice Coll, juste après l'indépendance.



Source : Boumaza, 2008

L'hospice, fut offert, à titre de don, au département de Constantine en 1877. Géré par une commission administrative, présidée par le maire, il commença à recevoir les vieillards en 1879. Au début, l'hospice accueillera 20 personnes Vingt ans plus tard, il y en aura 150.

L'hospice est transformé en établissement coloniale le 06 juin 1903 et soumis au régime du décret du 13 décembre 1874. Une parcelle de plus de deux hectares lui fut, par la suite, rajoutée. Sur ces trois hectares, il avait une capacité d'hospitalisation de 180 lits. Il est rattaché à l'hôpital civil de Bône en 1908 (Boumaza, 2008).

Autrefois réservé seulement aux vieillards et aux incurables, il est transformé en hôpital civil, durant la deuxième guerre mondiale, après les bombardements de 1942-1943.

En raison des bombardements, tandis que l'hôpital militaire se replie sur le château Chancel, l'hôpital civil est évacué à l'hospice Coll. Les baraques Nissen permettent de loger tout le monde.

2.3. Le centre de santé

Afin de permettre l'extension de la ville vers le nord ouest, toute la colline des santons fut rasée et ses matériaux servirent à l'agrandissement du port en 1886. Cette colline verdoyante, aux pentes douces, au bas de laquelle furent édifiés l'ancienne cathédrale et le palais de justice, devenait encombrante et pesait lourdement sur la nouvelle ville qui s'était déployée en contrebas à la fin du XIX^{ème}. Surélevée par le mur d'enceinte, construit sur sa crête en 1868, elle constituait un rempart infranchissable aux vents du nord.

L'entendue comprise, entre la falaise des santons et le mausolée de Sebaa rguoud (les Sept dormants), servit par la suite à la construction de la maison d'arrêt, du lycée Ernest Mercier (en 1907), de la nouvelle poste en 1939 et des Habitations à bon marché (HBM) de la cité des santons qui seront plus tard appelés Habitations à loyer modéré (HLM).

Sur la partie nord ouest, en contrebas de la colline en allant vers la pépinière, fut érigé le premier centre de santé, inaugurée en mai 1949, par Vincent Auriol, président de la IV^{ème} république française, lors de son voyage officiel à Bône.

Les différents bâtiments, construits avec des pierres de taille, convergeaient autour d'une spacieuse cour et donnaient une allure imposante à ce centre. On y rajouta progressivement d'autres éléments les années suivantes. C'est au niveau de ce centre que fut créé le laboratoire pour la lutte anti paludique, le service de l'hygiène scolaire dans les sous sols et le dispensaire anti tuberculeux en 1961.

De même, pour les malades à traiter en ambulatoire, on y créa les consultations médicales, les soins infirmiers et la radiologie.

Le centre abrita par la suite le siège de la direction départementale de la santé après la création du département de Bône.

Un service de neuropsychiatrie infantile est créé au centre de santé en mai 1956, sur proposition du Dr Debrie-Fenouillet.

Aujourd'hui, en plus des consultations médicales et dentaires générales et spécialisées, le centre de santé, devenu polyclinique, regroupe également un laboratoire d'analyses médicales, un laboratoire d'hygiène et un hôpital de jour pour les malades diabétiques.

Photo 03: Le centre de santé de Bône (pendant les années 1950).



Source : Boumaza, 2008

En plus de la clinique du docteur Purseigle (ORL et ophtalmologie) qui fonctionnait au début du siècle et de la clinique de la doctrine chrétienne du champ de mars (Dr Mouth), d'autres cliniques médicales privées furent également créées, entre autres, la clinique chirurgicale du chirurgien Bouquet, en face de l'entrée du centre de la santé et de la préfecture. A sa fermeture (le docteur Bouquet décède en juin 1951), cette clinique servira d'annexe à la préfecture puis abritera les locaux de la direction de l'éducation. Il y avait également la clinique du docteur P. Molandre (actuellement siège du centre médico-social de la sûreté nationale) ainsi que la clinique du docteur N. Simon, au champ de mars (actuellement siège du secteur militaire).

2.4. Le préventorium de Bugeaud

Situé à 12 Km de Bône, le village de Ain Bou Haddada (actuellement Séraïdi) fut installé par les français à 850 m d'altitude, sur les pentes du mont Edough, chaîne montagneuse culminant à plus de 1000 m d'altitude et qui s'étend de la presqu'île du Cap de Garde jusqu'au massif du Cap de Fer. Des dolmens et des éclats d'outils lithiques retrouvés rappellent que dans ces montagnes évoluait, il y a des millénaires notre ancêtre l'homme du néolithique.

On ignore si les Phéniciens puis les Carthaginois qui occupèrent le site de Bône se sont aussi installés sur le mont Edough. On peut supposer que ces peuples de navigateurs étaient plus soucieux d'occuper les ports, afin de développer leur commerce, que d'occuper l'arrière pays et d'en combattre les habitants.

Site très pittoresque, superbe panorama, climat tempéré d'une salubrité exceptionnelle, sources d'eaux excellentes tout cela fait le charme de l'Edough qui se couvre parfois de neige en hiver. Grâce à l'altitude, l'air est beaucoup plus sain que dans la plaine où sévissaient fièvres et paludisme.

Dès les premières années de la présence française, Bugeaud, en raison de sa situation en altitude, fut une résidence de convalescence pour les tuberculeux, fort nombreux à l'époque et, le 8 septembre 1921, l'œuvre des enfants de montagne ouvrit un centre pouvant accueillir 100 enfants.

Le classement de la commune de Bugeaud comme station climatique le 17 juillet 1926 accrut encore la réputation et la fréquentation des lieux par les touristes et par les malades.

Dans le cadre de la politique de santé publique, à partir de 1951 de nombreux établissements de séjour et de santé furent créés, d'une part par l'ouverture d'un centre de santé et enfin par l'ouverture d'un préventorium de 300 lits. Les travaux débutèrent en 1948 alors que la population totale de Bugeaud était de 3092 habitant dont 465 agglomérés au chef-lieu (résultat du recensement du 31 octobre 1948), le préventorium fut mis en services le 04 mai 1953 (Boumaza, 2008). La transcription domaniale des terrains sur lesquels fut érigé l'édifice, ne fut transcrite qu'en 1955.

Véritable petit joyau architectural posé comme une pierre précieuse sur un velours de chênes-lièges, le préventorium était destiné uniquement aux enfants de 06 à 14 ans porteurs d'une primo-infection.

En ces temps-là, la tuberculose était aussi fréquente chez les enfants que chez les adultes. Différents auteurs (Forgeot, Gillot, Sarrouy, ...) rapportaient que la tuberculose pulmonaire était devenue la maladie prédominante des nourrissons indigènes et que d'année en année, sa fréquence augmentait.

Photo 04: Le préventorium de Bugeaud (pendant la période coloniale).



Source : Boumaza, 2008

Au niveau des services, les salles d'hospitalisation sont séparées par de longs et vastes couloirs en marbre blanc donnant un aspect immaculé à l'ensemble et une fraîcheur même par temps de canicule en ville. Aux sous sols se trouvent les services annexes : cuisines, buanderies, magasins, salles d'archives, chaudières ...

Le préventorium fut menacé, du 21 au 23 juillet 1959, par un violent incendie qui sévit dans l'Edough pendant deux jours.

En 1960, le 09 février l'établissement prend le nom de préventorium Henri Alloï, du nom d'un chirurgien dentiste et ancien maire de Bugeaud. A l'indépendance, en 1962, la commune a été rebaptisée Séraïdi du nom d'un des héros de la révolution et le préventorium est alors remis aux autorités locales de la wilaya d'Annaba. Il continua à prendre en charge les enfants malades.

Les unités périphériques (centres de santé et salles de soins) lui sont rattachées en 1966 et il prend le nom de secteur sanitaire de Séraïdi.

La tuberculose traitée en ambulatoire, il est alors rattaché au CHU d'Annaba le 01 janvier 1988.

2.5. La clinique Sainte Thérèse

Après l'élévation du nombre d'adhérents de la caisse de crédit agricole mutuel de Bône à plus de 10 000 en 1954. Trente ans avant l'institution de la sécurité sociale, les dirigeants de l'union agricole de l'Est avaient créé au profit de leur personnel permanent une sécurité et prévoyance sociale. Une caisse avait été organisée, alimentée par les cotisations de toutes les sociétés adhérentes.

Un centre de visites prénatales existait également, sous le contrôle d'un médecin et, après leurs naissances, les enfants étaient suivis jusqu'à l'âge de deux ans. Il y avait également une pouponnière où les bébés étaient nourris, entretenus et surveillés par un personnel d'infirmières dévouées.

Et une clinique, édifiée par la caisse agricole, la clinique Sainte Thérèse, était ouverte à l'ensemble du personnel.

Cet établissement, qui faisait partie des lieux de soins de Bône fut édifié dans le milieu des années cinquante (1955) au niveau du quartier qui porte le même nom lors de l'extension de la ville au nord ouest vers les plages.

Cette belle clinique moderne, au même titre que les autres structures et hôpitaux, fut remise aux autorités locales après l'indépendance. Convertie en clinique pédiatrique, elle continue aujourd'hui à assurer ses missions aux profits des enfants malades (Boumaza, 2008).

2.6. Le nouvel hôpital

Au niveau des quatre chemins au quartier de la colonne, communément appelé "Agbet el Hcane", rue de Strasbourg prolongée, avant d'aborder les premiers lacets qui mènent au

village de Bugeaud, aux pieds des montagnes de l'Edough, furent entamés les travaux du nouvel hôpital de la ville de Bône. Un avis administratif d'expropriation avait été signifié aux familles Azzopard et Azzopardi aux fins de construction de ce nouvel hôpital.

Cet imposant édifice est conçu selon les normes d'architecture d'époque qui était à la construction de grands hôpitaux monoblocs, parfois en barres ou en tours, symbole de modernité et de fonctionnalité. Bâti sur trois étages (y compris le rez-de-chaussée) où l'on retrouve les différents services et plateaux techniques, avec des sous-sols comprenant les services annexes : buanderies, cuisines et divers ateliers.

Photo 05: Le nouvel hôpital de Bône en 1961.



Source : Site internet de la DSP de la wilaya

A l'origine de sa conception, cet hôpital avait une vocation militaire puisque même un hélicoptère avait été conçu. Les travaux de construction furent entamés pendant la guerre de libération nationale.

Peu de temps après son inauguration, en 1958, il eut à prendre en charge les soldats français pris au piège, par un détachement de l'armée de libération nationale, au niveau des montagnes de Guelma.

Après l'indépendance, cet établissement continua à fonctionner en tant qu'hôpital militaire. Il ne fut transféré aux autorités locales qu'en 1964.

Spécialisé en activités chirurgicales, il connaît une première extension, durant les années quatre vingt, lorsqu'on y construit un nouveau centre des urgences médico-chirurgicales et un centre de transfusion sanguine, à côté de l'entrée de l'hôpital. Il abrite également le siège de la direction générale du CHU d'Annaba.

2.7. Le sanatorium des Caroubiers

La ville de Bône compte 114 068 habitants en 1949, en mars de cette année, un terrain de 329m² est déclaré d'utilité publique pour la construction d'un dispensaire anti tuberculeux. La tuberculose, ce terrible fléau qui sévissait dans nos régions, obligeait à la construction d'un établissement spécialisé pour l'hospitalisation et la prise en charge des malades tuberculeux (Boumaza, 2008).

Quel autre meilleur site pouvait accueillir ce bel ouvrage dont l'architecte Mr Gerbaulet Emile en fut le créateur. Sur flanc de colline, adossé à la citadelle, posé tel un joyau sur écrin de velours, l'hôpital imposait par son allure fière et majestueuse. De ses corniches, on bénéficiait d'une vue merveilleuse, le regard embrassant la mer et le ciel jusqu'à l'infini, tout conviait au repos et à la béatitude devant le panorama de cette mer déroulée au bas de la colline, allant au loin rattraper le ciel dans une ambiance limpide où les éclats du soleil levant déposaient de la poussière d'or partout. Verte colline qui émerveilla et fit rêver Isabelle Eberhardt, lorsqu'elle vécut à "Aneba", comme elle se plaisait à le dire : " ... ce prestigieux décor de collines et de vallons verdoyants, sertissant comme un joyau la blanche Aneba...".

A la même époque que les bâtiments de la cité des 1000 logements et du Belvédère, le centre pour tuberculeux est réceptionné le 31 décembre 1961, à quelque mois de l'indépendance de l'Algérie.

Ce sanatorium, entrant dans la catégorie d'établissements visés par l'ordonnance du 31 octobre 1945, relative à la lutte contre la tuberculose.

Cette structure prendra en charge les malades tuberculeux jusqu'au milieu des années soixante lorsque la chimiothérapie standardisée et ambulatoire devint la méthode de choix pour guérir les malades et prévenir la propagation de la maladie dans la collectivité.

En 1967, avec la gratuité du traitement et le transfert du service de pneumo-physiologie vers l'hôpital du Docteur Dorban (ancien hospice Coll), cet établissement a fait place à un centre hospitalier comportant plusieurs spécialités. Les anciens dispensaires antituberculeux sont intégrés au réseau des structures sanitaires extrahospitalières et se transforment en consultations de référence pour la tuberculose et les autres maladies respiratoires (Boumaza, 2008).

On trouve la construction des autres services de santé, pendant la période coloniale, comme l'hôpital de Chétaïbi en 1930, l'hôpital d'Ain Berda en 1936, la polyclinique actuelle de Séraïdi en 1954.

Photo 06: L'hôpital de Chétaibi (pendant la période coloniale).



Source : <http://CHETAIBI.BLOGSPOT.COM> (2017).

De même que les autres hôpitaux d'Annaba, avec le départ de nombreux médecins européens, cet établissement fonctionnera au départ avec les missions étrangères par manque de médecins nationaux.

La formation d'une profession médicale nationale n'apparaissait pas seulement comme une nécessité d'un point de vue sanitaire, mais aussi comme un symbole de l'indépendance et de la volonté d'autonomie des jeunes nations. En 1962, l'Algérie avait à peine 2000 étudiants en formation, toutes filières confondues.

Conclusion

Les services de santé du secteur public ou privé jouent un rôle très important dans le système de soin. La plupart des équipements matériels lourds ont été construits par les autorités coloniales françaises, dont le but est de desservir, pour ne pas dire uniquement, la population coloniale (militaires, colons et marchands).

On remarque que la majorité de ces hôpitaux et cliniques ont été localisés dans la ville d'Annaba, parce qu'elle a été l'unique ville dans la région et comprend presque toute la population coloniale. On peut citer, par exemple, les sept établissements actuels du CHU Annaba [les trois hôpitaux (Ibn Sina en 1858, docteur Dorbane 1876, Ibn Rochd 1958) et les quatre cliniques (clinique Eliza 1951, clinique Sainte Thérèse 1955, clinique champs de Mars 1955, clinique Saint Augustin)].

Plusieurs autres hôpitaux et polycliniques ont été construits, pendant la période coloniale, dans d'autres villages et fermes destinés aux nouveaux propriétaires de terrains (les colons) après l'expulsion des autochtones. On trouve, par exemple, l'hôpital de Séraïdi, de Chétaibi et d'Ain Berda. Après avoir connaître l'histoire des services de santé de la wilaya, nous citerons et décrirons plus longuement, ces équipements dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Inventaire et description des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

Les équipements et les services de santé, du secteur public et du secteur privé, représentent la colonne vertébrale pour le système de soins algérien. Nous allons en faire l'inventaire et en décrire les principales caractéristiques. Nous insisterons surtout sur les services sanitaires publics et les services du secteur privé puisque ils assurent l'essentiel des soins de santé pratiqués par des praticiens de la santé dans la wilaya d'Annaba.

1. Les équipements et les services sanitaires du secteur public

Depuis l'Indépendance, l'infrastructure sanitaire publique a connu un développement aussi bien au niveau humain que matériel. Même si nous ne pouvons pas négliger le rôle prépondérant que joue actuellement le secteur médical privé dans l'offre de soins à la population locale et à celle des wilayas limitrophes. Il faut rappeler que la réputation actuelle d'Annaba en tant que pôle médical a été bâtie pendant la période coloniale par la construction de plusieurs établissements de soins, à savoir les sept infrastructures constituant le CHU Annaba....Puis, après l'indépendance, avec la création de quelques hôpitaux (EHS Er-Razi en avril 1982, EHS d'El Bouni en octobre 1997 et EPH El Hadjar en février 2010).

Après la restructuration du secteur de la santé qui a touché les infrastructures sanitaires, la wilaya d'Annaba dispose, au plan des structures hospitalières, d'un CHU d'une capacité globale de 1087 lits d'hospitalisation, de trois (EHS) d'une capacité globale de 510 lits, de trois EPH d'une capacité globale de 219 lits. La capacité totale de la wilaya est de 1816 lits d'hospitalisation en 2012. Le ratio de couverture dégage est de 2.87 lits d'hospitalisation pour 1 000 habitants.

Les structures extra hospitalières se répartissent sur trois EPSP au nombre de 18 polycliniques et 67 salles de soins. Depuis 2007, le nombre d'unités extra hospitalières a augmenté et cette progression a concerné les deux types de structures de santé de base. Le ratio de couverture, rapporté à la population générale, est d'une (01) structure extra hospitalière (polyclinique et SCS) pour 7445 habitants. La formation du personnel de santé est assurée par un (01) institut supérieur de formation paramédicale d'une capacité de 395 places pédagogiques dont 244 en internat.

1.1. Le Centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Annaba

Le CHU qui comprend des services et des unités est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par le décret exécutif n°36-300 du 16 décembre 1986, puis régi par le décret exécutif n°97-467 du 02 décembre 1997. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

La création d'un CHU, qui s'inscrit dans le cadre des principes directeurs de la planification sanitaire et de la formation en sciences médicales, est subordonnée à :

- La disponibilité des ressources matérielles et d'un potentiel humain en nombre suffisant et justifiant de la qualification requise pour assurer les activités de soins, notamment de haut niveau, de formation graduée et post-graduée et de recherche.
- L'existence d'infrastructures et d'équipements scientifiques, pédagogiques et techniques aptes à recevoir les enseignants et les étudiants.
- Le CHU et l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales assurent conjointement la prise en charge des frais de formation en sciences médicales.

La création et la suppression des services et unités est déterminée par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé des finances, sur proposition des directeurs du CHU et de l'établissement d'enseignement supérieur, après avis du conseil scientifique du CHU.

Dans le cadre de ses missions, le CHU est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

✓ *En matière de santé*, il est chargé :

- d'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médicochirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population.
- d'expliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé.
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances.

✓ *En matière de formation*, il est chargé :

- d'assurer en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.
- de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

✓ *En matière de recherche*, il est chargé :

- d'effectuer, dans le cadre de la réglementation, en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de la santé.
- la tutelle pédagogique porte également sur l'approbation des délibérations du conseil d'administration pour les questions relatives à la formation et à la recherche en sciences médicales.
- pour accomplir ses missions de formation et de recherche, le CHU peut passer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, des conventions avec les établissements de santé ou tout autre organisme.

En ce qui concerne la situation géographique, tous les équipements constituant le CUH sont localisés dans la ville d'Annaba. C'est un établissement à vocation régionale, avec une capacité de 1087 lits d'hospitalisations, composé d'une série d'infrastructures lourdes dont la totalité remonte à l'ère coloniale. Le CHU se constitue de sept services hospitaliers, à savoir trois hôpitaux et quatre cliniques comme suit :

- **Hôpital Ibn Sina (Caroubier)**

En 1858, dans le cadre du nouveau plan d'urbanisme français, débutèrent les travaux de l'hôpital civil de Bône (appellation coloniale de la ville d'Annaba), situé dans la promenade des caroubiers et sur le flanc d'un coteau dominant la mer, c'est un site important. Actuellement cet hôpital appelé Ibn Sina, avec une capacité de 269 lits hospitaliers, 05 ambulances, l'hôpital comprend les spécialités suivantes :

	Les spécialités	Photo 07: L'hôpital Ibn Sina (CHU Annaba).
01	- Spécialités médicales	
02	- Médecine interne	
03	- Réanimation médicale	
04	- Grands brûlés	
05	- Gastroentérologie	
06	- Cardiologie	
07	- Endocrinologie	
08	- Néphrologie	
09	- Neurologie	
10	- Urgences médicales	
11	- Hôpital de jour	
12	- Epidémiologie	
Total	12 spécialités	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

- **Hôpital Ibn Rochd (Nouvel)**

A cause de l'augmentation de la population de la ville de Bône (Annaba) qui compte 135 000 habitants en 1958, le nouvel hôpital de Bône a été construit aux pieds des montagnes de l'Edough, selon les normes d'architecture moderne, symboles de modernité et de fonctionnalité, appelé actuellement Ibn Rochd. Avec une capacité de 484 lits, 06 ambulances, l'hôpital comprend les spécialités suivantes :

	<i>Les spécialités</i>	Photo 08: L'hôpital Ibn Rochd (CHU Annaba)
01	- Spécialités chirurgicales	
02	- Chirurgie générale	
03	- Urologie	
04	- Urgences chirurgicales	
05	- Orthopédie traumatologie	
06	- Neurologie	
07	- Gynécologie	
08	- Maternité	
09	- Néonatalogie	
10	- Nouveaux nés	
11	- Anesthésie, réanimation	
12	- Centre de transfusion sanguine	
T	12 spécialités	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

- **Hôpital Docteur Dorban (Pont blanc)**

Pour recevoir les vieillards de la région, en 1876 et grâce à la générosité du maire de la ville de Bône et à la générosité d'un gros propriétaire de terrains de la région, l'hospice Coll a pu être édifié. Situé sur un monticule qui domine la ville, tout était regroupé en ce lieu pour une telle intention, la nature, le grand air revivifiant dévalant des pentes du massif de l'Edough et la fraîcheur de l'atmosphère en été. C'est un endroit vraiment idéal pour accueillir les vieillards, après l'indépendance l'hospice est transformé en hôpital (Docteur Dorban). Il est d'une capacité de 190 lits hospitaliers, 05 ambulances, l'hôpital abritant les spécialités suivantes :

	<i>Les spécialités</i>	Photo 09: L'hôpital Dr Dorban /CHU Annaba.
01	- Spécialités médicales	
02	- ORL	
03	- Hématologie	
04	- Dermatologue	
05	- Infectieux	
06	- Pneumologie	
07	- Urgences asthmatiques	
T	07 spécialités	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

- **Clinique Sainte Thérèse**

Cette clinique a été édifiée par la caisse agricole en 1953 pour satisfaire les besoins de ses adhérents. Cet établissement fut édifié au niveau du quartier qui porte le même nom lors de l'extension de la ville au nord ouest vers les plages. Fut remise aux autorités algériennes après l'indépendance, convertie en clinique pédiatrique abritant les spécialités suivantes :

	Les spécialités	Photo 10: La clinique Sainte Thérèse /CHU Annaba.
01	- Pédiatrie	
02	- Réanimation pédiatrique	
03	- Urgences pédiatrique	
T	03 spécialités	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

Elle continue aujourd'hui à assurer ses missions aux profits des enfants malades avec une capacité de 94 lits hospitaliers, la clinique possède aussi 02 ambulances.

- **Clinique Champs de Mars**

La clinique de la doctrine chrétienne (actuellement Champs de Mars) a été édifiée en 1955 pour servir la population de la ville qui compte 130 000 habitants. Après l'indépendance elle a été transformée en clinique d'ophtalmologie avec une capacité de 50 lits, la clinique possède 02 ambulances et comprend une seule spécialité :

	Les spécialités	Photo 11: La clinique Champs de Mars /CHU Annaba.
01	- Ophtalmologie	
T	une spécialité	

- **Clinique Saint Augustin**

Elle a été édifée aussi pendant la période coloniale (date inconnue) comme clinique chirurgicale privée. Après l'indépendance, l'établissement récupéré comme clinique spécialisée en chirurgie dentaire.

	Les spécialités	Photo 12: La clinique Saint Augustin /CHU Annaba.
01	- Chirurgie dentaire.	
T	une spécialité	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

- **Clinique Elisa**

Dans le cadre de la politique de santé publique à partir de 1950 de nouveaux établissements de santé furent créés, d'une part par l'ouverture du premier centre de santé sur la partie nord ouest de la ville (actuellement polyclinique Larbi Khrof), d'autre part par la clinique Elisa qui a été transformé après l'indépendance en clinique spécialisée en chirurgie dentaire.

	Les spécialités	Photo 13: La clinique Elisa /CHU Annaba.
01	- Chirurgie dentaire.	
T	une spécialité	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

La fonction du CHU confère en outre la responsabilité de l'enseignement, de la recherche, de l'innovation, des techniques de pointe, des activités hautement spécialisées, de certaines activités telles la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les transplantations. Dans ces domaines, le CHU se présente comme l'établissement de référence. La notion de référent suggère l'idée d'une hiérarchie formalisée entre les différents établissements. L'organisation fonctionnelle du système de santé doit reposer sur un réseau d'établissements qui, selon l'importance de leurs plateaux techniques et de la population qu'ils ont à desservir, ne se retrouvent pas sur le même plan.

De part son caractère régional, le CHU reçoit les populations de 05 wilayas limitrophes (Guelma, Taref, Skikda, Souk Ahras et Tébessa) en quête de soins hautement qualifiés, soit une population estimée à plus de 3.5 millions d'habitants, ce qui revoit à la hausse le ratio de couverture en lits.

1.2. Les Etablissements hospitaliers spécialisés (EHS)

L'établissement hospitalier spécialisé est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par le décret exécutif n°97-465 du 2 décembre 1997 sur proposition du ministre chargé de la santé et placé sous la tutelle du Wali de la wilaya du siège de l'établissement. Il est constitué d'une ou plusieurs structures destinées à la prise en charge :

- ✓ d'une maladie déterminée.
- ✓ de l'affection d'un appareil ou d'un système organique donné.
- ✓ d'un groupe d'âge déterminé.

La dénomination de l'établissement hospitalier spécialisé comprend la spécialité correspondant aux activités qui y sont assurées. Dans son domaine d'activité, il a notamment pour tâches :

- ✓ la mise en œuvre des activités de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation.
- ✓ l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- ✓ de contribuer au recyclage et au perfectionnement des personnels des services de santé.

L'établissement hospitalier spécialisé peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec l'établissement de formation. Une partie de ses structures peuvent être agréées selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur pour assurer des activités hospitalo-universitaires.

Les EHS sont classés en trois catégories sur la base des critères fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances ainsi que de l'autorité chargée de la fonction publique. Il existe trois EHS dans la wilaya qui sont :

• **EHS Aboubaker Er Razi :**

Cet établissement, dont les appels d'offre avaient été lancés dès Janvier 1977, a été réceptionné en Juillet 1982. Construit à l'ouest de la ville d'Annaba aux pieds de l'Edough, le site à tendance marécageuse par les sols et limons ramenés durant des siècles par les eaux pluviales, ne semblait pas offrir toutes les garanties et les années ont fini par laisser apparaître des vicissitudes dans la construction : murs humides et lézardés, tuyauteries rapidement rouillées, planchers défoncés à carreaux décollés.

L'établissement est spécialisé en psychiatrie, c'est un hôpital à vocation régionale d'une capacité de 240 lits hospitaliers, et organisé en deux services :

- ✓ un service hospitalo-universitaire de 160 lits.
- ✓ un service de santé publique de pédopsychiatrie (hôpital de jour) de 80 lits.

On trouve aussi deux structures extrahospitalières :

- ✓ centre intermédiaire de soins toxicomanies à Boukhadra (commune El Bouni).
- ✓ centre médico-psychologique de prévention du suicide au niveau de l'EPSP d'Annaba.

	Les spécialités	Photo 14: EHS Er Razi / Annaba.
01	psychiatrie.	
T	une spécialité	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

L'établissement possède 04 ambulances, le personnel y exerçant est plus de 377 employés dans les différents corps et grades (cf tableau 39 p.161):

• **EHS Abdallah Nouaouria :**

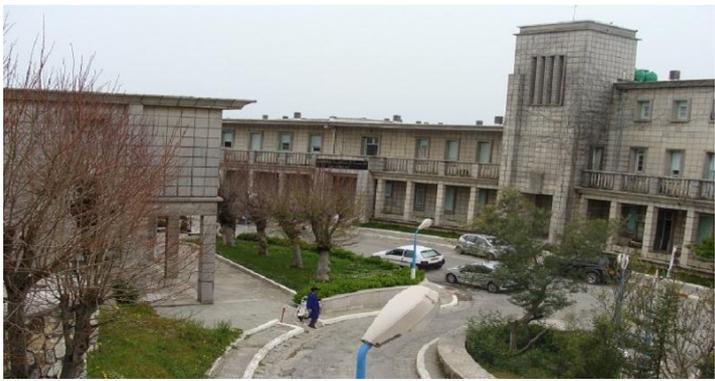
Situé à la commune d'El Bouni, mis en service le 01 Octobre 1997. C'est un établissement spécialisé en mères et enfants, également à caractère régional avec 150 lits d'hospitalisation répartis à travers les trois services :

	Les spécialités	Photo 15: EHS Abdallah Nouaouria / El Bouni.
01	- Gynécologie-obstétrique (70 lits).	
02	- pédiatrie (60 lits).	
03	- Chirurgie pédiatrique (20 lits).	
T	03 spécialités	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

L'établissement possède 04 ambulances, le plateau technique étant constitué d'un service de radiologie, d'un laboratoire d'analyses médicales et d'un laboratoire d'anatomie pathologique. Les prestations sont assurées par un personnel de plus de 478 employés comme le montre le tableau 39 p.161.

- **EHS Séraïdi :**

Situé à 12 Km de la ville d'Annaba, Séraïdi fut installée par les français à 850 m d'altitudes, sur les pentes du mont Edough. Dans le cadre de la politique de la santé publique, à partir de 1951, la ville de Séraïdi a réceptionnée un préventorium de 300 lits. Les travaux débutèrent en 1948 alors que la population de Seraidi était de 3 092 habitants, le préventorium fut mis en service le 4 mai 1953. Véritable petit joyau architectural, le préventorium était destiné uniquement aux enfants de 06 à 14 ans porteurs d'une primo-infection.

	Les spécialités	Photo 16: EHS Séraïdi / Séraïdi.
01	- Rééducation fonctionnelle.	
T	une spécialité	

Après l'indépendance le préventorium à été transformé en secteur sanitaire, puis rattaché au CHU le 1 Janvier 1988, à partir du 2 décembre 1997, l'établissement promu EHS avec une capacité technique de 120 lits. C'est un établissement à vocation régionale spécialisé en rééducation fonctionnelle. Une unité de rééducation fonctionnelle et d'appareillage, une de radiologie et un laboratoire forme le plateau technique de cet établissement où exercent plus de 287 employés (cf. tableau 39 p.161). Il possède 04 ambulances.

1.3. Les Etablissements publics hospitaliers (EPH)

L'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par le décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007. Il est placé sous la tutelle du wali. L'EPH est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes.

L'EPH a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a, notamment pour tâches :

- ✓ d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins ;
- ✓ d'appliquer les programmes nationaux de santé ;
- ✓ l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- ✓ d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

Il peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation. Au niveau de la wilaya on trouve trois EPH qui sont :

- **EPH El Hadjar :**

Situé à la ville d'El Hadjar, il a été mis en service le 21 Février 2010. C'est un hôpital d'une capacité de 120 lits hospitaliers, comprend les spécialités suivantes :

	Les spécialités	Photo 17: EPH El Hadjar / El Hadjar.
01	- Chirurgie générale	
02	- Orthopédie traumatologie	
03	- Médecine interne	
04	- Urgences chirurgicales.	
	-	
T	04 spécialités	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

L'établissement comprend plus de 400 employés tous corps et grades (cf. tableau 39 p.161).

- **EPH Ain Berda :**

Il a été édifié par les autorités coloniales en 1936, localisé à la ville d'Ain Berda. Composé d'un hôpital d'une capacité de 50 lits hospitaliers, comprend les spécialités suivantes :

	<i>Les spécialités</i>	Photo 18: EPH Ain Berda / Ain Berda.
01	- Médecine interne	
02	- Pédiatrie	
03	- Gynécologie	
04	- Urgences chirurgicales	
05	- Urgences médicales	
T	05 spécialités	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

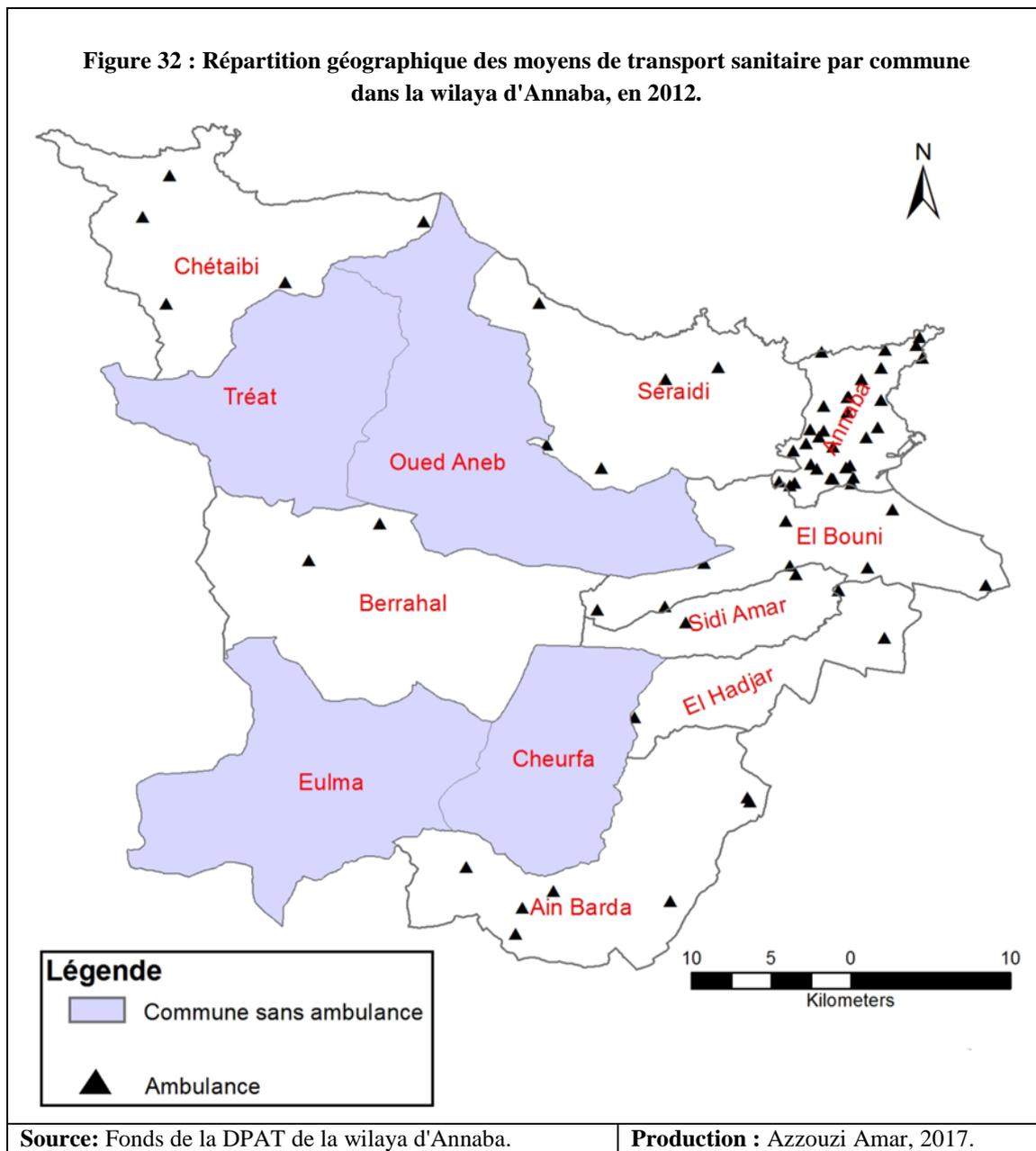
Concernant l'effectif, l'établissement compte plus de 200 employés dans les différents corps et grades, on trouve aussi 05 ambulances.

- **EPH Gouasmi Ahmed :**

L'établissement a été construit en 1930 par les autorités coloniales à la ville de Chétaibi au Nord-ouest de la wilaya d'Annaba, il a une capacité de 49 lits hospitaliers. Cet hôpital comprend les spécialités suivantes :

	<i>Les spécialités</i>	Photo 19: EPH Gouasmi Ahmed / Chétaibi.
01	- Médecine interne	
02	- Pédiatrie	
03	- Gynécologie	
04	- Urgences chirurgicales	
05	- Urgences médicales	
T	05 spécialités	Source: Site de la DSP de la wilaya, 2016.

L'établissement compte 04 ambulances et plus de 200 employés de toutes catégories.



1.4. Les Etablissements publics de santé de proximité (EPSP)

Il est créé par le décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007. L'établissement public de santé de proximité est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. L'EPSP est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population. La consistance physique de l'EPSP et l'espace géo-sanitaire couvrant le bassin de population sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'EPSP a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée :

- ✓ la prévention et les soins de base ;
- ✓ le diagnostic ;
- ✓ les soins de proximité ;
- ✓ les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ; les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- ✓ la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Tableau 31: Répartition de la population, des polycliniques et des salles de soins par EPSP et par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

E P S P	Commune	Population		Polycliniques		Salles de soins	
		Nombre	%	Nr	Ratio (1/hab)	Nr	Ratio (1/hab)
EPSP Annaba	Annaba	261 501	41,32	07	37357	14	18678
	El Bouni	131 387	20,76	02	65693	10	13138
	Séraïdi	7 811	01,24	01	7811	02	3905
<i>Total</i>	<i>03</i>	<i>400699</i>	<i>63,32</i>	<i>10</i>	<i>40070</i>	<i>26</i>	<i>15411</i>
EPSP El Hadjar	El Hadjar	38 881	06,14	02	19440	04	9720
	Sidi Amar	88 015	14	02	44007	07	12573
	Ain Barda	22 048	03,45	01	22048	06	3674
	Eulma	11 036	01,74	00	/	06	1839
	Cheurfa	10 074	01,60	01	10074	03	3358
<i>Total</i>	<i>05</i>	<i>170054</i>	<i>26,87</i>	<i>06</i>	<i>28342</i>	<i>26</i>	<i>6540</i>
EPSP Berrahal	Berrahal	24 496	03,85	01	24496	04	6124
	Chétaïbi	8 229	01,30	01	8229	03	2743
	Tréat	6 525	01	00	/	03	2175
	O. Aneb	22 826	03,60	00	/	05	4565
<i>Total</i>	<i>04</i>	<i>62076</i>	<i>09,81</i>	<i>02</i>	<i>31038</i>	<i>15</i>	<i>4138</i>
T. wilaya	12	632829	100	18	35157	67	9445

L'EPSP est chargé également :

- ✓ de contribuer à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- ✓ de contribuer au perfectionnement des personnels des services de santé.

L'établissement public de santé de proximité peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation. A l'échelle de la wilaya d'Annaba, on compte trois EPSP qui sont :

- **EPSP Frantz Fanon Annaba :**

Le siège de l'EPSP a été réceptionné le 31 décembre 1961 par les autorités françaises, situé sur un flan de colline, adossé à la citadelle, posé tel un joyau sur écrin de velours, l'hôpital

imposait par son allure fière et majestueuse. De ses corniches, on bénéficiait d'une vue merveilleuse, le regard embrassant la mer et le ciel jusqu'à l'infini. Ce sanatorium prendra en charge les malades tuberculeux jusqu'au milieu des années 60. Actuellement comprenant les 36 unités extrahospitalières des trois communes de : Annaba, Séraïdi et El Bouni (400 699 habitants soit 63,32 % de la population totale de la wilaya).

Tableau 32: Répartition des SCS de l'EPSP Annaba par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

Communes	La Salle de soins	Lieu d'implantation	Spécialité	
Annaba	01	Ben M'haffeur	Cité Ben M'haffeur Annaba	Soins de santé de Base
	02	Rym	Cité El Rym Saf-Saf Annaba	Soins de santé de Base
	03	Sidi Aïssa	Cité Sidi Aïssa Annaba	Soins de santé de Base
	04	Refes Zehouane	Cité Refes Zehouane Annaba	Soins de santé de Base
	05	Les frênes	Cité les frênes Annaba	Médecine de Travail
	06	Le Port	Le port Annaba	Contrôle Sanitaire aux Frontières
	07	Tabacope	Cité Tabacope Annaba	Médecine de Travail
	08	Seybousse	Cité Seybousse Annaba	Soins de santé de Base
	09	Istria	Rue Les Frère Bouchrit Annaba	Protection maternelle et infantile
	10	Larbi Tebessi	Rue Larbi Tebessi Annaba	Protection maternelle et infantile
	11	Patrice Lumamba	Cité Patrice Lumamba Annaba	Protection maternelle et infantile
	12	Oued Kouba	Cité Oued Kouba Annaba	Protection maternelle et infantile
	13	Ghroud M ^{ed} Nacer	Rue Ghroud M ^{ed} Nacer Annaba	Protection maternelle et infantile
	14	Oued Forcha	Cité Oued Forcha Annaba	Protection maternelle et infantile
El Bouni	01	Allalig	Cité Allalig El bouni	Soins de santé de Base
	02	Gharbi Aïssa	Route Aéroport El Bouni	Soins de santé de Base
	03	Ecotec	Cité kharza 02 El Bouni	Soins de santé de Base
	04	Aéroport	Aéroport Rabeh Bitat	Contrôle Sanitaire aux Frontières
	05	1 ^e Mai	Cité 1 ^e Mai El Bouni	Soins de santé de Base
	06	Sarouel	Cité Sarouel El Bouni	Soins de santé de Base
	07	Chabia	Cité Chabia El Bouni	Soins de santé de Base
	08	Oued Nil	Cité Oued Ennil El Bouni	Soins de santé de Base
	09	Boucedra	Cité Boucedra El Bouni	Soins de santé de Base
	10	Bouchareb Ismail	Cité Bouchareb Ismail El Bouni	Soins de santé de Base
Séraïdi	01	Roumanet	Roumanet Seraïdi	Soins de santé de Base
	02	Bouzizi	Bouzizi Seraïdi	Soins de santé de Base

En ce qui concerne les équipements constituant l'EPSP Annaba sont:

- ✓ 10 polycliniques ;
- ✓ 26 salles de consultations et de soins ;
- ✓ 06 unités de Protection maternelle et infantile (PMI) autonomes ;
- ✓ 02 centres de médecines de travail ;
- ✓ 01 service de médecine préventive ;
- ✓ 02 unités de contrôle sanitaire aux frontières ;
- ✓ 01 centre de dépistage volontaire pour les IST/SIDA ;
- ✓ 14 unités de dépistage et de suivi en milieu scolaire.

Tableau 33: La population et les infrastructures extrahospitalières de l'EPSP Frantz Fanon (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

E P S P	Population		Polycliniques		Salles de soins	
	Nbre	%	N	Ratio (1/hab)	N	Ratio (1/hab)
EPSP Frantz Fanon Annaba (Annaba, El Bouni et Séraïdi)	400699	63,32	10	40070	26	15411
Total wilaya	632829	100	18	35157	67	9445

L'établissement possède 02 ambulances et comprend plus de 1 100 employés.

• **EPSP El Hadjar:**

Le siège de l'EPSP est la polyclinique Fadila Saadène située à la ville d'El Hadjar. Couvrant les besoins d'une population de 170 054 habitants (26,87 % de la population totale) à travers les 32 unités sanitaires réparties sur les cinq communes de : Sidi Amar, El Hadjar, Ain Berda, Cheurfa et Eulma. L'établissement comprend :

- ✓ 06 polycliniques ;
- ✓ 26 salles de consultations et de soins ;
- ✓ 06 unités de dépistage et de suivi en milieu scolaire.

Tableau 34: La population et les infrastructures extrahospitalières de l'EPSP El Hadjar (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

E P S P	Population		Polycliniques		Salles de soins	
	Nbre	%	N	Ratio (1/hab)	N	Ratio (1/hab)
EPSP El Hadjar (El Hadjar, Sidi Amar, Ain Barda, Eulma et Cheurfa)	170054	26,87	06	28342	26	6540
Total wilaya	632829	100	18	35157	67	9445

Les prestations sont assurées par 500 employés dans les différents corps et grades.

Les 26 SCS constituant l'établissement répartis sur les cinq communes comme le montre le tableau suivant :

Tableau 35: Répartition des SCS de l'EPSP El Hadjar par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

Communes		La Salle de soins	Lieu d'implantation	Spécialité
El Hadjar	01	Horaicha	Cité Horaicha El Hadjar	Soins de santé de Base
	02	Moukaouama	Cité Moukaouama El Hadjar	Soins de santé de Base
	03	El karma	Cité El Karma El Hadjar	Soins de santé de Base
	04	1 ^e Novembre	Cité 300 Logts El Hadjar	Soins de santé de Base
Sidi Amar	01	Chaiba	Cité Chaiba Sidi Amar	Soins de santé de Base
	02	Bergouga	Cité Bergouga Sidi Amar	Soins de santé de Base
	03	Hdjar Eddiss 01	Cité Hdjar Eddiss 01 Sidi Amar	Soins de santé de Base
	04	Hdjar Eddiss 02	Cité Hdjar Eddiss 02 Sidi Amar	Soins de santé de Base
	05	Derradji Redjam	Cité Derradji Redjam Sidi Amar	Soins de santé de Base
	06	24 Février	Cité 24 Février Sidi Amar	Soins de santé de Base
	07	El Gantra	Cité Gantra Sidi Amar	Soins de santé de Base
Ain Berda	01	Medjes El Rassoul	Cité Medjes El Rassoul A. Berda	Soins de santé de Base
	02	Koudiet Merah	Cité Koudiat Merah Ain Berda	Soins de santé de Base
	03	Harrouchi	Cité Harrouchi Ain Berda	Soins de santé de Base
	04	Ain Sayed	Cité Ain Sayed Ain Berda	Soins de santé de Base
	05	Selmoune 01	Cité Selmoune 01 Ain Berda	Soins de santé de Base
	06	Selmoune 02	Cité Selmoune 02 Ain Berda	Soins de santé de Base
Cheurfa	01	Azizi Ahmed	Cité Azizi Ahmed Cheurfa	Soins de santé de Base
	02	Sellami	Cité Sellami Cheurfa	Soins de santé de Base
	03	Labidi Mohamed	Cité Labidi Cheurfa	Soins de santé de Base
Eulma	01	Oued El Hout	Cité Oued El Hout El Eulma	Soins de santé de Base
	02	Ouled Toumi	Cité Ouled Toumi El Eulma	Soins de santé de Base
	03	Hashasia	Cité Hashasia El Eulma	Soins de santé de Base
	04	Sidi Hamed	Cité Sidi Hamed El Eulma	Soins de santé de Base
	05	Bir Merdja	Cité Bir Merdja El Eulma	Soins de santé de Base
	06	Bir Nsara	Cité Bir Nsara El Eulma	Soins de santé de Base

• **EPSP Berrahal :**

La polyclinique de Berrahal (situé à Berrahal) est le siège de l'établissement. Il couvre quatre communes : Berrahal, Tréat, Oued Aneb et Chétaibi avec une population de 62 076 habitants (09,81% de la population totale). Cet établissement est composé de :

- ✓ 02 polycliniques ;
- ✓ 15 salles de consultations et de soins ;
- ✓ 04 unités de dépistage et de suivi en milieu scolaire.

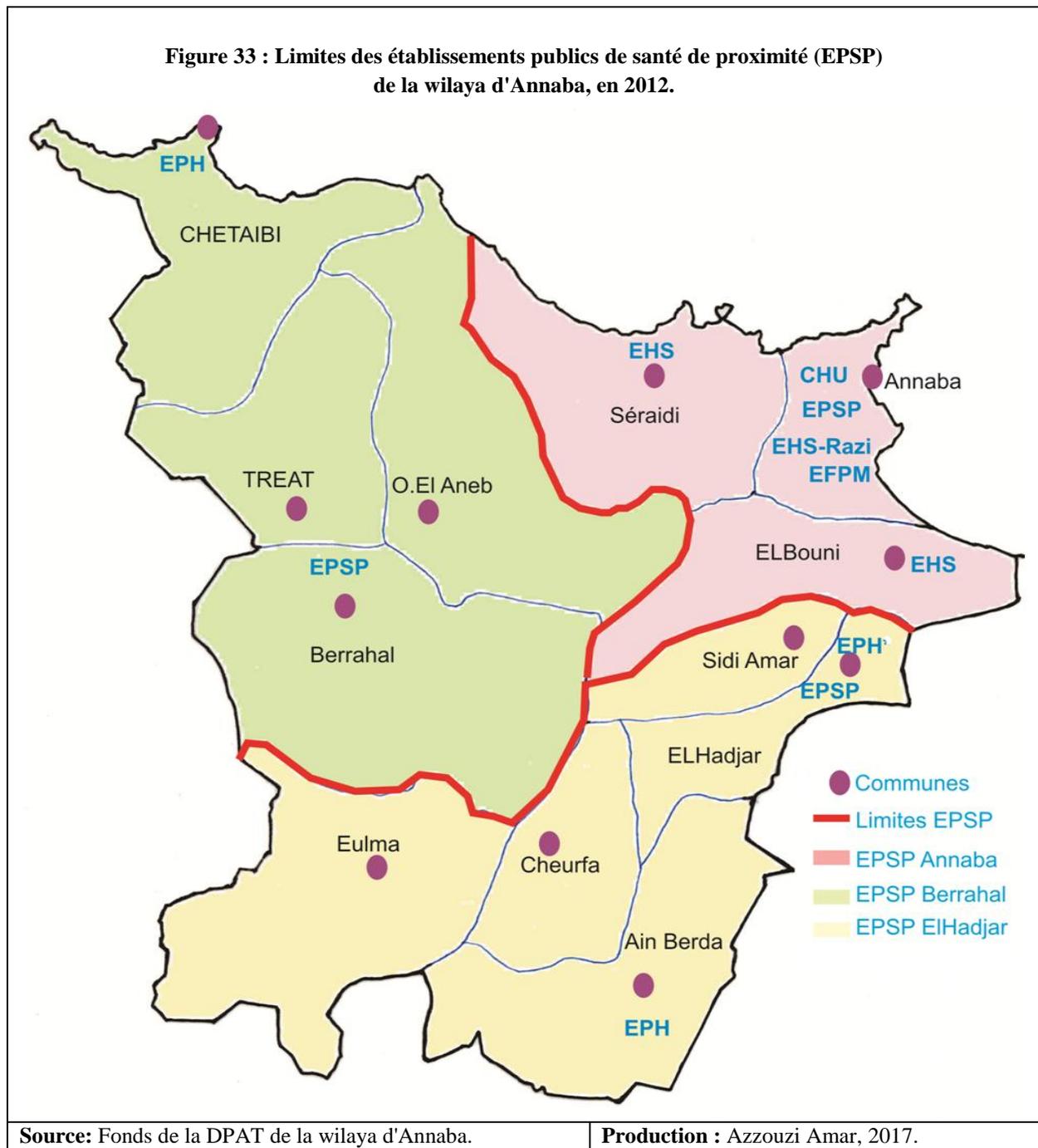


Tableau 36: La population et les infrastructures extrahospitalières de l'EPSP Berrahal (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

E P S P	Population		Polycliniques		Salles de soins	
	Nbre	%	N	Ratio (1/hab)	N	Ratio (1/hab)
EPSP Berrahal (Berrahal, Oued Aneb, Chétaibi et Tréat)	62076	09,81	02	31038	15	4138
Total wilaya	632829	100	18	35157	67	9445

Plus de 350 employés y exercent dans les différents corps et grades. La répartition des 15 SCS sur les quatre communes qui couvre l'établissement est comme suit (Tableau 37) :

Tableau 37: Répartition des SCS de l'EPSP Berrahal par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

Communes		La Salle de soins	Lieu d'implantation	Spécialité
Berraha	01	Tacha	Tacha Berrahal	Soins de santé de Base
	02	Kalitoussa	Kalitoussa Berrahal	Soins de santé de Base
	03	Guirech	Guirech Berrahal	Soins de santé de Base
	04	Ain Chouga	Ain Chouga Berrahal	Soins de santé de Base
Oued Aneb	01	Oued El Aneb	Oued aneb Centre	Soins de santé de Base
	02	Draa Erriche	Draa Errich Oued Aneb	Soins de santé de Base
	03	Oued Ziad	Cité Oued Ziad Oued Aneb	Soins de santé de Base
	04	Kharraza	Cité Kharraza Oued Aneb	Soins de santé de Base
	05	Aib Amar	Aib Amar Oued Aneb	Soins de santé de Base
Tréat	01	Tréat	Tréat Centre	Soins de santé de Base
	02	Amirat Messaoud	Amirat Messaoud Tréat	Soins de santé de Base
	03	Ben Salem Miloud	Cité Ben Salem M Tréat	Soins de santé de Base
Chétaibi	01	Zgaa	Zgaa Chétaibi	Soins de santé de Base
	02	Zaouia	Zaouia Chétaibi	Soins de santé de Base
	03	El Azla	El Azla Chétaibi	Soins de santé de Base

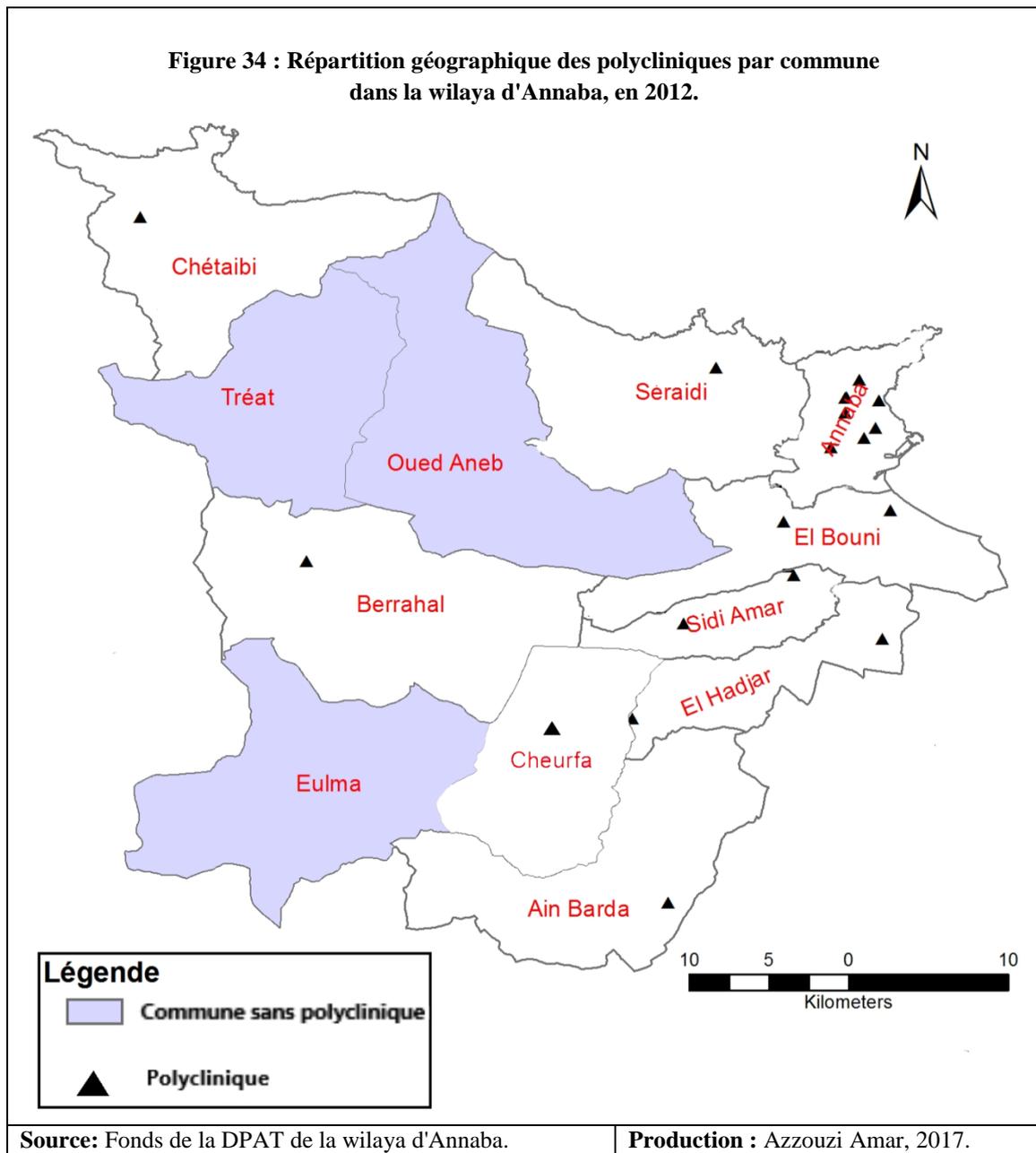
✓ **Les polycliniques**

Conformément au circulaire n°24 du 20 Septembre 2007 relative aux activités d'une polyclinique, la polyclinique constitue l'unité de base médicalisée, essentielle en matière de soins de proximité. Elle est rattachée administrativement à un EPSP et peut être aussi le siège technico-administratif de ce dernier.

Cette unité sanitaire couvre un bassin de population, en milieu urbain, de l'ordre de 25 000 habitants. En prenant en considération la notion de distance, les besoins identifiés de la population, les contraintes socio-économiques, géographiques et de relief, ainsi que l'enclavement de certaines zones, la polyclinique peut couvrir un bassin de population de 3000 à 4 000 habitants en milieu rural.

La polyclinique, en tant que structure sanitaire extrahospitalière, doit abriter et organiser ;

- ✓ les activités de médecine générale.
- ✓ les activités de soins dentaires.
- ✓ les consultations de spécialités de base :
 - chirurgie générale;
 - médecine interne;
 - obstétrique;
 - pédiatrie.



Elle doit également offrir d'autres consultations spécialisées en fonction de la disponibilité des praticiens spécialistes en relation avec l'EPH le plus proche.

- ✓ Les activités de soins paramédicaux (injection, pansements ...).
- ✓ Elle prend en charge les Urgences médico-chirurgicales (UMC) :
 - assure les garde H24/24;
 - dispose de lits d'observation, voire d'hospitalisation (à décider par le ministre dans les cas liés à l'éloignement et à l'enclavement);
 - et d'au moins une ambulance.

- ✓ Les activités de prévention et notamment :
 - application et suivie des programmes nationaux et locaux de santé publique;
 - application et suivie de l'activité de prévention maternelle et infantile;
 - application et suivie de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles;
 - surveillance et contrôle de l'hygiène du milieu.

- ✓ Les activités d'aide au diagnostic :

Elle doit disposée pour ce faire:

- D'un laboratoire d'analyses médicales pour les examens :
 - hématologie;
 - sérologie;
 - biochimie;
 - bactériologie;

- D'une radiologie conventionnelle pour :
 - les os (squelette);
 - le poumon;
 - l'abdomen.

L'objectif recherché est de :

- hiérarchisé les soins de santé de base;
- réhabiliter la polyclinique en tant que prescriptrice des soins de base;
- renforcer les activités de prévention;
- rééquilibrer les activités sanitaires afin de mieux répondre aux besoins de la population;
- corriger les disparités pour assurer une bonne médecine de proximité;
- rendre la polyclinique plus humanisée pour la population en:
 - améliorant l'accueil et la qualité des soins fournis;
 - personnalisant le rapport médecin-malade afin de gagner sa confiance;
 - jusqu'à arriver au concept réel du médecin de famille.

Conformément au décret 07/140 du 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des EPSP, les polycliniques sont devenues des structures extrahospitalières rattachées aux établissements de santé de proximité. Au niveau de la wilaya d'Annaba, il existe 18 polycliniques réparties sur les trois EPSP comme suit (Tableau 38) :

Tableau 38: Répartition des polycliniques par EPSP et par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

EPSP	Communes		La polyclinique	Lieu d'implantation	Lits	Amb
Annaba	Annaba	01	Larbi khrouf	Rue Zemouri ouanessa Annaba	17	01
		02	Les frères Loussafna	Rue Les frères Lossafna Annaba	02	00
		03	8 Mai 1945	Rue Bouzered Houcine Annaba	03	00
		04	Didouche mourad	Cité Didouche mourad Annaba	04	00
		05	Saf-Saf	Cité Saf-Saf Annaba	00	00
		06	05 Juillet	Cité 05 Juillet Annaba	02	00
		07	Boukhadra	Cité Boukhadra Annaba	02	01
	El Bouni	01	El Bouni	El Bouni Centre	06	02
		02	Sidi Salem	Sidi Salem El Bouni	06	00
	Séraïdi	01	Seraïdi	Route El mountazeh Seraïdi	02	00
El Hadjar	El Hadjar	01	Attoui Salah	Cité Attoui Saleh El Hadjar	04	03
		02	Fadila Saadene	Cité 20 Août El Hadjar	00	00
	Sidi Amar	01	Sidi Amar	Cité 900 Logements Sidi Amar	06	01
		02	Hdjar Eddiss	Cité Hdjar Eddiss Sidi Amar	04	01
	A. Berda	01	Ain Berda	Ain Berda Centre	00	01
	Cheurfa	01	Cheurfa	Cheurfa Centre	00	00
	Eulma	00	/	/	/	/
Berrahal	Berrahal	01	Berrahal	Berrahal Centre	10	02
	Chétaïbi	01	Chetaïbi	Chetaïbi Centre	01	00
	Tréat	00	/	/	/	/
	O. Aneb	00	/	/	/	/
Total	12		18	69	12	

✓ **Les Salles de consultation et de soins (SCS)**

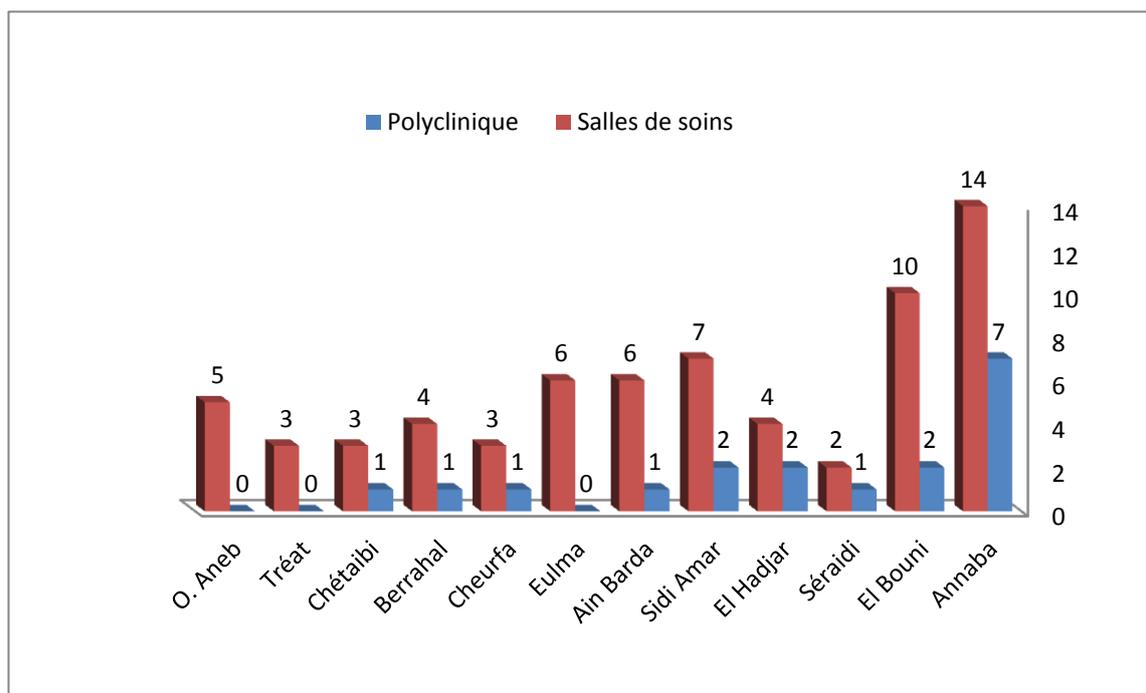
Conformément au circulaire n°22 du 15 Juillet 2007 relative au fonctionnement et à l'extension des salles de soins, la salle de soins est considérée comme l'unité médicalisée la plus proche du citoyen et le jalon primordial de la santé publique où sont prodigués les soins dits de base ou de premiers gestes. Le réseau des SCS doit être de ce fait densifié en vue de disposer d'au moins une salle dans chaque quartier, en milieu urbain, et dans chaque dechra ou ksar en milieu rural.

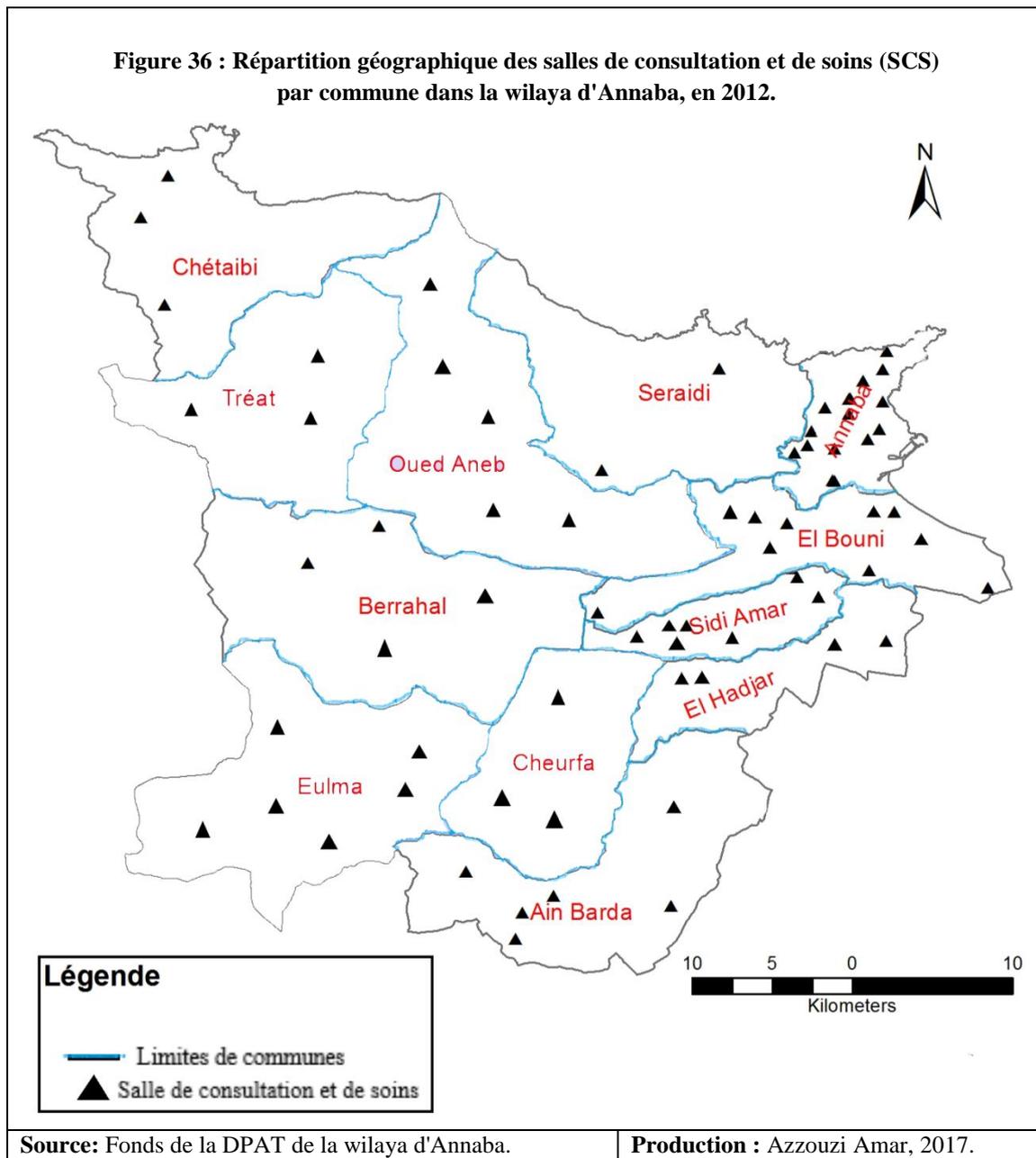
Les missions des SCS sont renforcées comme suit :

- assurer les consultations de médecine générale avec l'affectation en permanence d'un médecin généraliste et d'un paramédical ;
- assurer la disponibilité d'un cabinet de soins généraux où seront pratiqués les injections et les pansements ;

- assurer les activités de prévention suivantes :
 - le suivi des programmes nationaux de santé ;
 - le suivi de l'activité de prévention maternelle et infantile.
 - le suivi de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
 - la surveillance et le contrôle de l'hygiène du milieu.

Figure 35: Répartition des infrastructures extrahospitalières par commune dans la wilaya d'Annaba selon la DSP (01 Janvier 2013).





Pour garantir la permanence du médecin et du paramédical, les APC intègrent à la structure des salles de soins deux logements, l'un, destiné au médecin généraliste, et l'autre, au paramédical.

2. *Personnel de santé du secteur public*¹

L'effectif du personnel de santé s'élève pour l'ensemble de la wilaya d'Annaba à 7236 personnes au 1^{er} janvier 2013. Il comprend :

- personnel médical : 1278,

¹ Toutes ces statistiques concernent uniquement le secteur public.

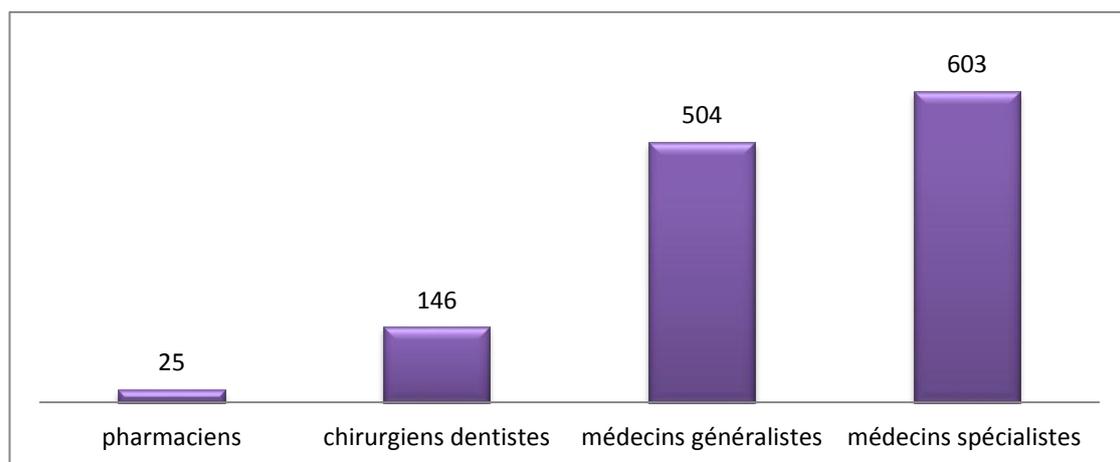
- personnel paramédical : 2771,
- personnel administratif : 735,
- personnel technique et de service : 1792,
- autre personnels : 660.

2.1. Personnel médical

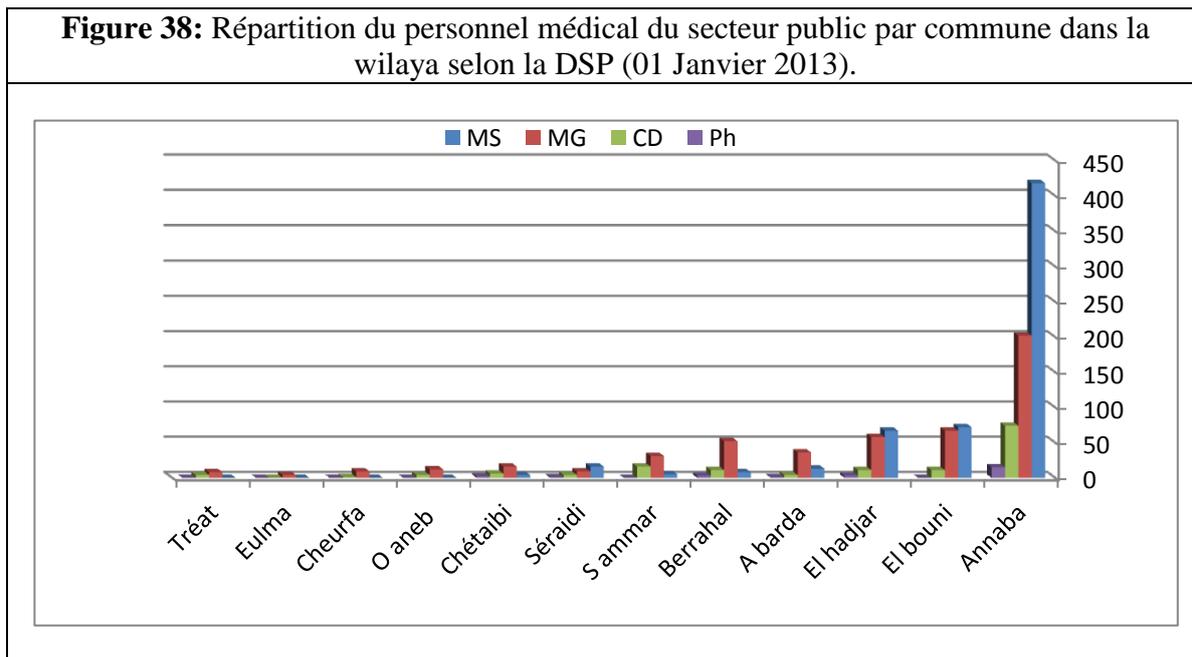
Le personnel médical représente 17.66 % de l'effectif global du personnel de santé. Il tend vers une augmentation constante qui concerne essentiellement les médecins spécialistes. Le personnel médical se répartit comme suit :

- 603 médecins spécialistes dont (47 professeurs, 24 doctents, 210 maîtres assistants),
- 504 médecins généralistes. 1107,
- 146 chirurgiens dentistes,
- 25 pharmaciens.

Figure 37: Répartition du personnel médical du secteur public par catégorie dans la wilaya selon la DSP (01 Janvier 2013).



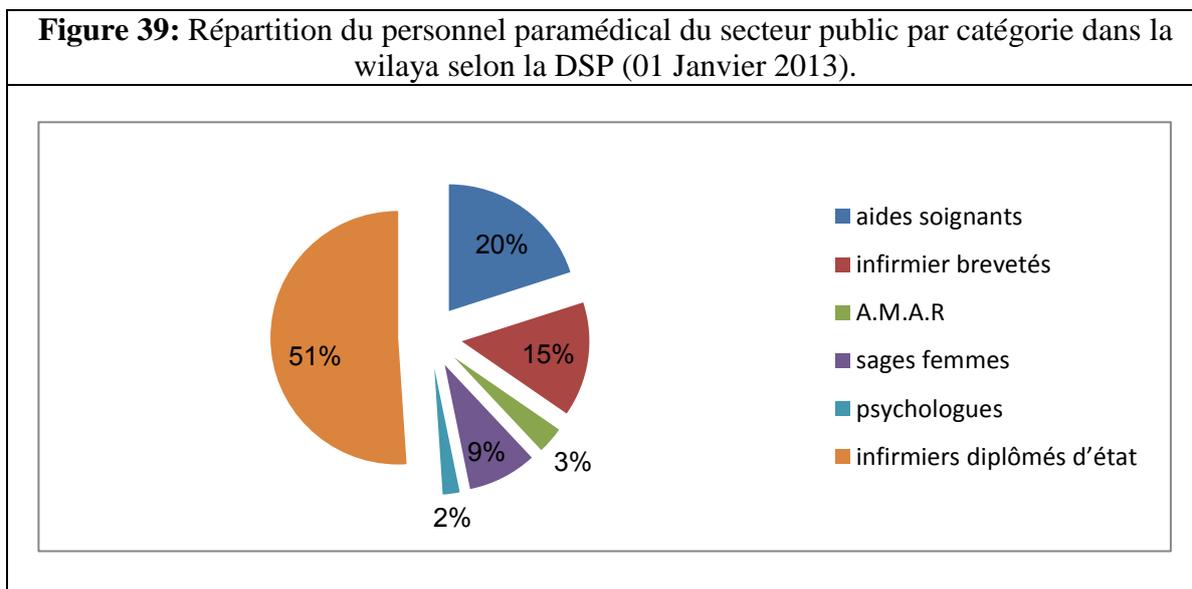
La répartition des médecins spécialistes par commune, est très déséquilibrée. Plus de 69 % des médecins spécialistes exercent dans la ville d'Annaba, 12 % dans la commune d'El Bouni, 11 % dans la commune d'El Hadjar et moins de 8 % dans les autres communes restantes (09). La couverture médicale globale (spécialistes et généralistes), dans l'ensemble de la wilaya, est satisfaisante, soit un ratio moyen d'un médecin pour 572 habitants, avec une variation d'un médecin pour 421 habitants dans la commune d'Annaba à un médecin pour 2759 habitants dans la commune d'Eulma. La répartition des médecins spécialistes en exercice est constituée essentiellement par les spécialités de base dominantes : chirurgie générale, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, médecine interne et anesthésie réanimation. L'effectif des médecins spécialistes des autres spécialités reste faible.



2.2. Personnel paramédical

L'effectif du personnel paramédical en activité au 1^{er} janvier 2013, s'élève à 2771 agents. Il se répartit de la manière suivante :

- 1407 infirmiers diplômés d'état (50.77 %),
- 59 psychologues (2.13 %),
- 241 sages femmes (8.70 %),
- 109 A.M.A.R (3.39 %),
- 403 infirmiers brevetés (14.54 %),
- 552 aides soignants (19.92 %).



Rapporté au nombre de médecins exerçant en secteur public, un médecin est assisté en moyenne par 2.5 paramédicaux. L'évolution de l'effectif des paramédicaux a suivi celui du corps médical. Les filières des paramédicaux est constitué essentiellement des filières en soins infirmiers généraux, des sages femmes, techniciennes en soins obstétriques, des filières techniques en biologie, en radiologie, anesthésie et réanimation. Rapportés à la population de la wilaya, l'effectif des paramédicaux en activité donne une couverture moyenne d'un infirmier diplômé d'état pour 450 habitants, d'un infirmier breveté pour 1570 habitants et d'un aide soignants pour 1146 habitants.

Tableau 39: L'effectif total des différents corps et grades des différents services de santé du secteur public dans la wilaya d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013).

Corps	Grades	Effectif par établissement										EFFECTIF WILAYA
		CHU	EHS Er-Razi	EHS El Bouni	EHS Séraïdi	EPH El Hadjar	EPH Ain Berda	EPH Chétaïbi	EPSP Annaba	EPSP El Hadjar	EPSP Berrahal	
Médical	Professeur	45	01	00	01	00	00	00	00	00	00	47
	Docent	22	02	00	00	00	00	00	00	00	00	24
	Maitre assistant	203	03	00	04	00	00	00	00	00	00	210
	Médecin spécialiste	90	13	62	10	52	13	04	50	20	08	322
	Praticiens spécialistes	360	19	62	15	52	13	04	50	20	08	603
	Médecin généraliste	71	06	39	03	21	22	14	159	95	74	504
	Chirurgien dentiste	01	01	00	00	00	00	00	87	32	25	146
	Pharmacien	05	05	00	01	00	01	02	05	03	03	25
	Praticiens généralistes	77	12	39	04	21	23	16	251	130	102	675
Total Médical		437	31	101	19	73	36	20	301	150	110	1278
Paramédical	Psychologue	19	12	03	03	01	01	01	09	05	05	59
	Diplômé d'état	634	74	132	74	108	44	43	177	86	35	1407
	Sage femme	57	00	44	06	00	10	08	68	25	23	241
	A.M.A.R	58	00	18	00	18	02	01	00	01	11	109
	Brevète	230	27	06	04	00	09	02	82	28	15	403
	Aides soignants	243	32	36	31	46	13	06	67	50	28	552
Total Paramédical		1241	145	239	118	173	79	61	403	195	117	2771
Administratif		294	53	38	44	31	37	27	163	19	29	735
Technique		48	03	06	02	03	06	07	22	04	04	105
De Service		1188	70	54	58	02	19	29	198	39	30	1687
T/ Admin, Tech, et de Serv		1530	126	98	104	36	62	63	383	62	63	2527
Total Contractuels		00	75	40	46	137	33	76	63	93	97	660
TOTAL GENERAL		3208	377	478	287	419	210	220	1150	500	387	7236

3. Les équipements et les services sanitaires du secteur privés

Si le système de soins algérien est toujours organisé autour d'un secteur public dominant à forte logique centralisatrice, il comporte aussi un secteur privé qui n'est plus aujourd'hui marginal. De 1962 à 1986, le secteur privé ne correspondait qu'à un nombre restreint des cabinets de ville, ainsi qu'aux « maisons d'accouchement », établissements tenus par des sages femmes.

À partir de 1986, le secteur de la santé a été libéralisé et un dispositif législatif a d'abord assoupli les conditions d'installation des médecins libéraux, puis autorisé, en 1988, l'ouverture de cliniques privées (Zehnati, 2013). Le secteur privé, corolaire du secteur public contribue à la prise en charge de la population de la wilaya par une série de cliniques et cabinets, ces services peuvent être regroupés en cinq catégories :

3.1. Les établissements hospitaliers privés (EHP)

Les cliniques privées sont autorisées en Algérie depuis la loi de 1988 qui a été suivie jusqu'en 2007 de décrets et d'arrêtés précisant, par exemple, les formes juridiques possibles de ces établissements, la composition de leur conseil d'administration, leur capacité d'accueil ou des normes techniques et sanitaires. Les conditions de fonctionnement réglementaires restent très générales : disposer d'un règlement intérieur, avoir un personnel en nombre suffisant, déclarer nominativement le personnel médical et paramédical, etc.

En 2007, une nouvelle carte sanitaire est mise en place en Algérie. Elle cherche à renforcer les soins de base, redéfinit la hiérarchisation des établissements publics. Si, dans ce cadre, quelques précisions sont encore apportées sur la nature et le statut juridique des cliniques privées, désormais dénommées Etablissements hospitaliers privés, l'offre hospitalière privée n'est absolument pas intégrée, ni contrainte, dans cette nouvelle structuration de l'offre hospitalière. Deux catégories d'établissement ont fait l'objet de textes spécifiques, les cliniques d'accouchement et les centres d'hémodialyse :

- ***Les cliniques d'accouchement***

Historiquement détenues par des sages-femmes, doivent, depuis 1988, obligatoirement se reconverter en cliniques médico-chirurgicales, elles deviennent, sinon, soit des «établissements en voie d'extinction» jusqu'à la cessation d'activité de leurs exploitantes titulaires, soit des cabinets de soins.

- ***Les centres d'hémodialyse***

Afin de répondre à une offre publique insuffisante en quantité, les centres privés d'hémodialyse sont autorisés en 1995. Ils sont complétés en 2002 par les centres d'hémodialyse allégés de proximité qui, pouvant être dirigés par médecin généraliste avec une formation de base en néphrologie, répondent à la pénurie de néphrologues.

D'un point de vue tarifaire, la réglementation fixe seulement les prix de journée et les tarifs de référence pour remboursement par les organismes de sécurité sociale des actes des praticiens, de la restauration et de l'hôtellerie. Concrètement, les tarifs pratiqués vont bien au-delà de ces tarifs de remboursement inchangés depuis 1988. Pour les centres d'hémodialyse privés, le déficit de l'offre publique dans la prise en charge de l'insuffisance rénale a conduit, en 2002, à une politique de conventionnement spécifique : la sécurité sociale prend en charge intégralement les dépenses des patients des centres privés.

Le cadre légal demeure donc assez peu contraignant. Des objets et des modalités de contrôle sont certes présentés dans le décret exécutif n 07-321 du 22 Octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des EHP, mais les moyens restent faibles (Zehnati, 2013).

Les privés du niveau le plus élevé tendent à se concentrer dans la ville d'Annaba, c'est-à-dire là où le principal bassin de la population, mais aussi là où l'on trouve le principal service de santé public, qui constitue pour eux une rude concurrence. La wilaya d'Annaba dispose de 07 EHP en activités et d'une capacité de 255 lits hospitaliers. Avec un taux de concentration de 100 % dans la ville d'Annaba, même parfois un regroupement de ces établissements dans un même lieu, et que trois spécialités prédominent (gynécologie, chirurgie générale et traumatologie) et on observe aussi une orientation vers les spécialités de néphrologie et de cancérologie qui marque la population.

Ces établissements, par ces activités hautement spécialisées et par son plateau technique important qui ne se trouve pas dans le secteur public, attirent les patients des cinq wilayas limitrophes : Skikda, Taref, Souk Ahras, Guelma et Tébessa.

Tableau 40: Les établissements hospitaliers privés (EHP) dans la wilaya d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013).

	EHP	Lieu d'implantation	Nre Lits	Spécialités
01	Les Jasmins	Résidence Oued kouba Annaba	30	Médico-chirurgicale
02	El farabi	23 Rue Hacène chaouche M ^{ed} Kamel Orangerie Annaba	36	Médico-chirurgicale
03	Pont blanc	01 Rue Bicha youcef Annaba	32	Médico-chirurgicale
04	Abou Marouane	Sidi harb Plaine ouest Annaba	66	Médico-chirurgicale
05	El djazair	Cité 600 Logts Saf Saf Annaba	49	Médico-chirurgicale
06	L'Aurassi	17 Rue Falah Rachid St Cloud Annaba	24	Neurochirurgie
07	Seybousse	65 Avenue Colonel Amirouche Annaba	18	Médico-chirurgicale
T		07	255	/

Enfin, les EHP sont des sociétés commerciales, et les praticiens y exercent comme profession libérale. Ces établissements passent contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. Ces médecins ont un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

3.2. Les Médecins spécialistes (MS)

Les spécialistes sont implantés dans les villes où la part des services marchands est très forte (Tonnelier, 991). C'est l'exemple de la ville d'Annaba en tant que métropole urbaine.

Tableau 41: Répartition des médecins spécialistes (MS) par spécialité et par commune dans la wilaya d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

	Les spécialités	Communes	Nr		Les spécialités	Communes	Nr	
01	Gynécologie	Annaba	24	10	Orthopédie	Annaba	07	
		El Hadjar	04			El Hadjar	01	
		El Bouni	03			Total	02	08
		Ain Berda	01	11	Urologie	Annaba	08	
	Total	04	32		Total	01	08	
02	Ophtalmologie	Annaba	17	12	Dermatologie	Annaba	07	
		El Bouni	03			El Hadjar	01	
		El Hadjar	03			Total	02	08
		Berrahal	01	13	Neurologie	Annaba	07	
	Total	04	24		Total	01	07	
03	pédiatrie	Annaba	19	14	Psychiatrie	Annaba	07	
		El Bouni	02			Total	01	07
		El Hadjar	01	15	Gastrologie	Annaba	05	
		Berrahal	01			Total	01	05
	Total	04	23	16	Endocrinologie	Annaba	04	
04	ORL	Annaba	14	17	Rhumatologie	Annaba	04	
		El Bouni	01			Total	01	04
		El Hadjar	01			18	Néphrologie	Annaba
		Berrahal	01	El Bouni	01			
	Total	04	17		Total	02	03	
05	Cardiologie	Annaba	17	19	Rééducation	Annaba	02	
		El Bouni	02			Total	01	02
06	radiologie	Annaba	10	20	Neurochirurgie	Annaba	02	
		El Hadjar	02			Total	01	02
		El Bouni	01	21	Hématologie	Annaba	02	
	Total	03	13		Total	01	02	
07	Chirurgie générale	Annaba	09	22	Infectiologie	Annaba	01	
		El Hadjar	01			El Bouni	01	
	Total	02	10		Total	02	02	
08	Médecine interne	Annaba	10	23	Chirurgie Cardio-V	El Hadjar	01	
		El Hadjar	02			Total	01	01
	Total	02	12	24	Chirurgie pédiat	Annaba	02	
09	Pneumo-phtisiologie	Annaba	09	25	Réanimation	Annaba	01	
		El Hadjar	01			Total	01	01
		El Bouni	01		25 Spécialités		222	
	Total	03	11					

On constate une prédominance de quatre spécialités, la gynécologie (32), l'ophtalmologie (24), la pédiatrie (23) et la cardiologie (19), sur 222 spécialistes privés de soins réparties en 25 différentes spécialités, ces quatre spécialités représentent 44 %. On note également une concentration qui avoisine 85 % au niveau de la ville d'Annaba pour moins de 42 % de la population totale. Car sur les 222 spécialistes, 187 activent au niveau de l'ACL de la wilaya, on peut remarquer aussi qu'ils existent 44 spécialistes (soit 20 % du total des spécialistes) avec 11 spécialités (soit 44 % du total des spécialités) localisés uniquement dans la ville d'Annaba (Tableau 42).

Tableau 42: Les spécialités localisées uniquement dans la ville d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).

N	Les spécialités	Ville d'installation	Nombre de cabinets
01	Urologie	Annaba	08
02	Neurologie	Annaba	07
03	Psychiatrie	Annaba	07
04	Gastrologie	Annaba	05
05	Endocrinologie	Annaba	04
06	Rhumatologie	Annaba	04
07	Rééducation	Annaba	02
08	Neurochirurgie	Annaba	02
09	Hématologie	Annaba	02
10	Chirurgie pédiatrique	Annaba	02
11	Réanimation	Annaba	01
Total	11 Spécialités		44

3.3. Les Médecins généralistes (MG)

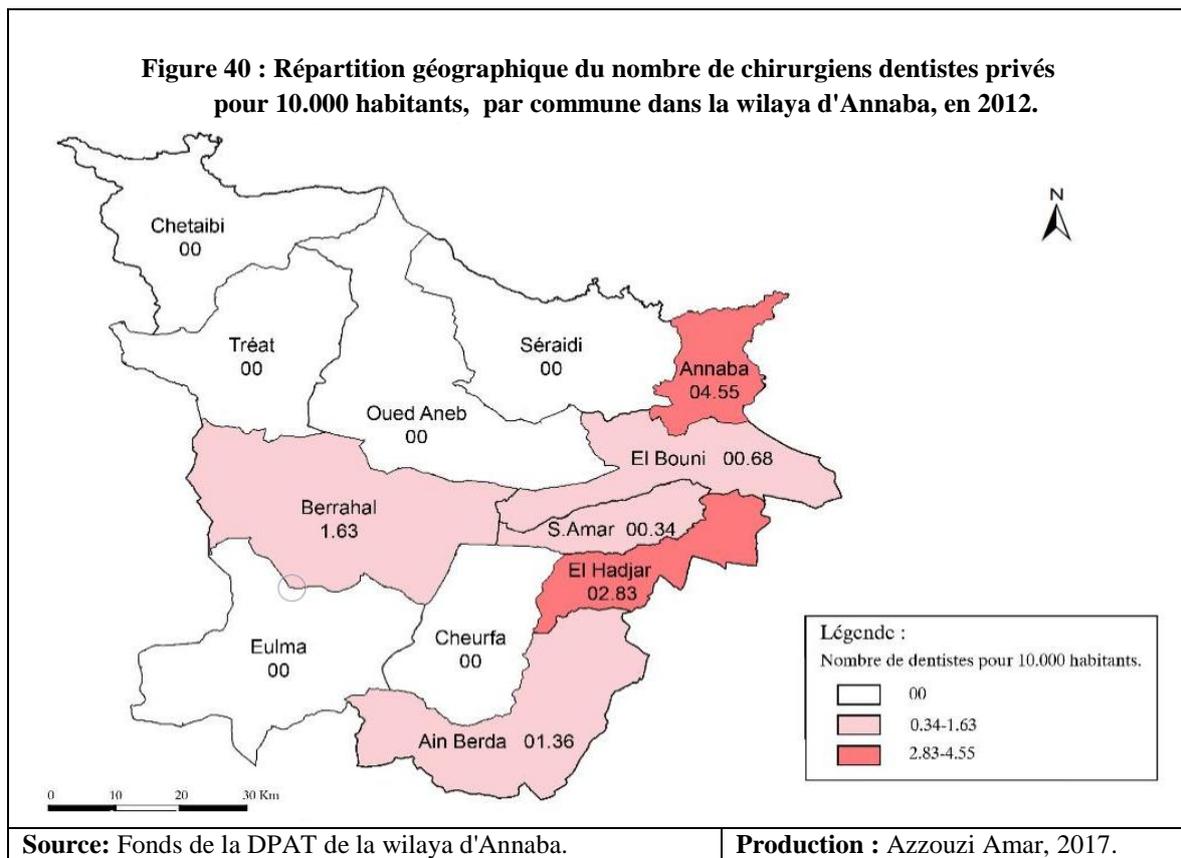
En raison de la qualité insuffisante des prestataires publics, et de l'éloignement de la population, le secteur privé se développe rapidement. Ce qui constitue une source importante d'inégalité. Depuis l'ouverture du secteur de la santé au privé en 1988 (décret 88-204), on note une très nette multiplication des cabinets privés, services et centres radiologiques sur le territoire Annabi. La wilaya d'Annaba compte un peu de médecins généralistes comparativement aux spécialises.

Ces cabinets privés sont répartis sur tout le territoire de la wilaya et contribuent à la médecine de la ville, mais la majorité son implantés à l'ACL de la wilaya (ville d'Annaba) et peuvent être classés comme lieux de soins de premiers niveau, car ils n'ont pas les moyens de prise en charge des urgences, mais plutôt de dépistage, le suivi et l'orientation des patients. A noter que dans la plupart des cas la coordination entre MG et MS est insuffisante, voir parfois absente ou inexistante, et cela affecte directement le système de santé et aboutit à une anarchie totale dans la prise en charge du prestataire de soins, qui devient inefficace avec une hausse de la facture des soins.

On constate que sur les 149 médecins généralistes (MG) exerçant au niveau de la wilaya, 78 entre eux sont localisés à Annaba ville soit un taux de concentration de 52 %.

3.4. Les Chirurgien Dentistes (CD)

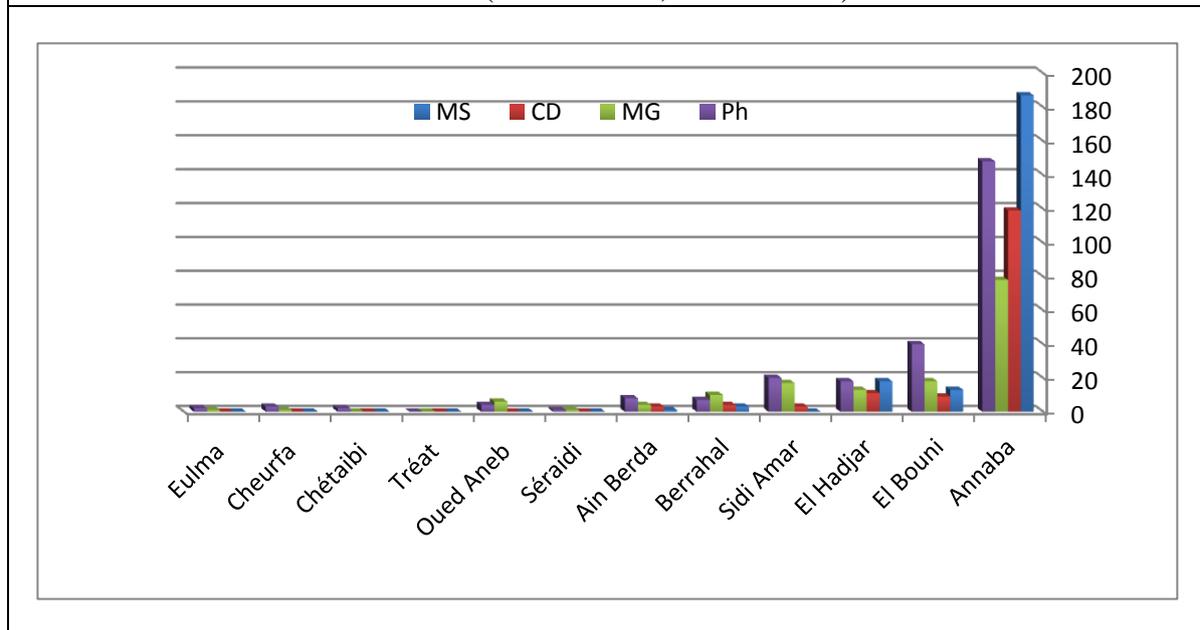
Sur les 149 chirurgiens dentistes (CD) en activités à travers la wilaya, 19 sont des spécialistes soit un taux de 13 %, avec une concentration presque totale au niveau de la ville d'Annaba qui avoisine 80 %. Cette concentration est répartie comme suit ; 102 CD généralistes soit un taux de 78,46 % (des dentistes généralistes), 17 spécialistes soit un taux de 89,47 %.



3.5. Les Pharmaciens (Ph):

Le nombre total des pharmaciens réparti à travers le territoire de la wilaya est de 278 dont 25 pharmaciens du secteur public soit 09 % et 253 du secteur privé soit 91 %. Concernant leur répartition spatiale, la ville d'Annaba comprend 58.49 % (des pharmaciens du secteur privé).

Figure 41: Répartition des MS, CD, MG et pharmaciens par communes dans la wilaya d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013).



En plus des cliniques suscitées le secteur privé se compose de : (2) centres d'imagerie médicale, (13) laboratoires d'analyse, (6) cabinets de psychologie, (4) cabinets de sages femmes, (11) cabinets de kinésithérapeutes, (38) opticiens, (7) salles de soins infirmiers, (9) grossistes en produits pharmaceutiques et (6) entreprises de transport sanitaire.

A travers ce tour d'horizon sur les établissements privés de santé, il ressort qu'il faudrait :

- encourager l'investissement hospitalier privé dans les zones défavorisées ;
- instaurer un processus d'une démarche qualité qui inciterait les établissements hospitaliers privés aux normes ISO pour (la qualité des soins, la sécurité des patients, l'homogénéisation des pratiques et la certification) ;
- intégrer le secteur privé dans le projet de développement et de mise en œuvre d'un système d'information sanitaire et décisionnel intégrant les composantes de veille sanitaire, de planification et de gestion des services de santé ;
- réduire les transferts de soins à l'étranger par la délivrance des autorisations d'exercice et l'incitation au transfert des savoir-faire ;
- élaboration d'un décret exécutif modifiant et complétant le décret 07-321 (du 22 octobre 2007) portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés. Ce projet précisera notamment les modalités répondant à des activités spécifiques (médecine nucléaire, explorations interventionnelles, oncologie etc..) ;
- préciser les modalités de recrutement des personnels étrangers et des formes de partenariat à préciser ;

- confection d'un cahier des charges qui indiquera avec beaucoup plus de précisions les normes à respecter en matière de ressources humaines, matérielles, équipements, capacité en lits, (travail postes permanents + incinérateurs) ;
- conformité aux standards internationaux en matière de sécurité.

Conclusion

En ce qui concerne les équipements et les services sanitaires, on peut confirmer que la wilaya d'Annaba comprend un réseau d'infrastructures publiques hiérarchisé relativement dense et diversifié (CHU, EHS, EPH, polycliniques et salles de soins) avec des ressources humaines très expérimentées et de différents grades.

Le secteur privé, corolaire du secteur public contribue à la prise en charge de la population de la wilaya par une série de cliniques et de cabinets médicaux, avec un plateau technique sophistiqué, de différents types (EHP, cliniques spécialisées, de médecine générale, de chirurgie dentaires, laboratoires d'analyse et des officines pharmaceutiques).

Avec ces ressources importantes, en matière d'infrastructures et de personnels, la wilaya d'Annaba présente un pôle sanitaire régional pour l'Est algérien. Globalement, c'est un avantage pour l'amélioration de la santé de la population de la région.

En tant que géographe, nous intéressons beaucoup plus sur l'emplacement, la localisation, la répartition spatiale de ces équipements et services sanitaires, c'est ça que nous étudierons dans le chapitre qui suit.

Chapitre 3 : Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

S'il existe à Annaba une situation « favorable » en matière de démographie médicale (nombre de médecins par habitant, nombre de lits par habitant), l'hétérogénéité des situations sanitaires à travers des indicateurs comme l'équipement, le plateau technique, les types de soins et les ressources humaines des équipements et services sanitaires n'en est pas moins importante. L'idée ici est donc de caractériser l'ampleur des disparités d'offre de services de soins car bien que l'offre de soins soit dense, le patient n'y a peut être pas accès de façon égale. En étudiant les répartitions spatiales des équipements et des services sanitaires, nous mettrons en évidence les zones attractives ainsi que les zones défavorisées de la wilaya d'Annaba.

1. Quand l'espace rencontre la santé

Longtemps ignorée, la rencontre entre la santé et l'espace est bien réelle. Réelle, car les infrastructures médicales et hospitalières structurent le territoire, elles contribuent à aménager le territoire. L'hôpital est un lieu qui génère beaucoup d'emplois, il est parfois même le premier employeur, le principal employeur, et participe ainsi à une certaine cohésion du territoire. De plus, cette offre de soins n'est pas répartie au hasard sur le territoire, elle suit des logiques spatiales, comme nous le verrons dans le cas de la wilaya d'Annaba.

De plus, l'état de santé des populations diffère parfois selon les régions dans lesquelles on vit, le taux de mortalité et morbidité sont plus élevés dans certaines zones géographiques. Le lieu où l'on habite, l'environnement de ce lieu sont aussi des conditions qui peuvent déterminer l'état de santé. Vigneron (2002) rappelle aussi que cette rencontre entre la santé et l'espace est aussi ancienne par les flux qu'elle génère : en effet, les malades qui se déplacent vers les soignants, vers les hôpitaux, « polarisent le quartier, la ville, la région, le pays tout entier en fonction de leur plus ou moins grande rareté » (Vigneron, 2002). La population, par son comportement et sa consommation médicale va alors tisser des liens étroits avec ses espaces. Les rencontres entre espace et santé sont ainsi multiples, leurs existences sont bien réelles.

1.1. Les inégalités, l'espace et la santé

Les inégalités en matière de santé sont complexes, puisque elles regroupent en sous-ensemble de nombreuses autres disparités. Elles sont révélatrices d'un ensemble de faits sociaux, elles reflètent la condition sociale d'un individu, sa richesse ou sa pauvreté. Ces inégalités sont encore plus aggravées dans les pays en voie de développement où les écarts de richesse sont plus manifestes, le pauvre aura encore plus de difficultés à se soigner.

L'espace est le concept majeur dans la géographie, mais il ne prend de véritable sens que dans la mesure où son étude prend en compte la réalité sociale. Tout l'intérêt repose sur l'analyse des différentes imbrications des relations sociales et spatiales, sur la dialectique homme-espace-territoire.

• ***Qu'est-ce qu'une inégalité spatiale ?***

Toute société est traversée par des inégalités socio-spatiales, et à chaque degré d'échelle géographique. Les exemples sont nombreux : au niveau local, les inégalités peuvent apparaître par le biais du revenu par habitant, de la qualité de services ou équipements collectifs, au niveau national, la capitale semble dans presque tous les cas polariser spatialement la richesse, la quantité et la qualité des ressources.

A l'échelle mondiale, l'exemple le plus criant est celui existant entre les pays industrialisés et les pays en voie de développement. Ainsi, malgré la différence d'échelle, ces exemples se ressemblent dans la mesure où il s'agit « d'inégalités entre fragments d'espace, ou, plus exactement, d'inégalités entre groupes sociaux attachés à tel ou tel espace » (Reynaud, 1981). Les inégalités se situent donc à la jonction du social et du spatial. Le géographe Alain Reynaud, afin d'aborder le concept d'inégalité, a eu recours à ce qu'il nomme « les classes socio-spatiales » qu'il définit simplement par le fait qu'un groupe social vit sur un espace donné.

L'étude des inégalités socio-spatiales doit être en effet appréhendée selon des échelles géographiques différentes : du quartier urbain jusqu'au monde en passant par la ville, la région, la nation. Reynaud estime que la notion d'échelle « multiplie les réponses possibles et les relativise donc ». En changeant de classe socio-spatiale et d'échelle, on sera amenée à utiliser une problématique et des objets différents, avec des résultats nuancés. Intégrer les caractères de l'espace comme les échelles dans un système d'analyse permet de mieux saisir la variété des faits d'organisation puisqu'à chaque échelle correspond des interactions.

Les inégalités nous apparaissent comme créatrices de division et de séparation sociales de l'espace. Celui-ci est fragmenté par les inégalités, et cette fragmentation va permettre à des espaces d'acquérir plus de valeur que d'autres. Les inégalités sont productrices de différences plus ou moins lisibles dans l'espace. Elles peuvent instaurer ainsi une forme de discrimination spatiale. Parfois la notion de « ségrégation » est préférée. En effet, le contenu sémantique de la ségrégation est extensif, il comporte des éléments qui peuvent varier non seulement selon le contexte mais aussi selon les discours des auteurs.

La ségrégation n'est qu'une simple variante des inégalités socio-spatiales. La confusion, l'ambiguïté et l'extension de son champ sémantique entraînent une vraie difficulté quant à son approche. Néanmoins, l'intérêt géographique réside dans le fait que ce terme montre l'existence de l'interface espace-société.

La notion de différence pourrait faire l'objet au contraire d'une certaine valorisation, mais elle rencontrerait des limites quant à son association avec l'inégalité. Ainsi, l'espace pour tous n'est pas l'espace pour chacun, les différentes ressources ne sont pas également accessibles, on relègue des groupes socio spatiaux dans des espaces dépréciés. La différence introduit une discrimination et une exclusion spatiale. Il conviendra de s'interroger sur les inégalités existantes à Annaba par rapport à la santé : les différences entre les diverses communes empêchent-elles l'accès au système de soins ? Les établissements de soins sont-elles également accessibles ?

- ***Les inégalités spatiales de la santé***

Les inégalités spatiales en matière de santé sont évidentes dans la plupart des sociétés, y compris dans les pays industrialisés. Quelle que soit l'échelle, le maintien de ces disparités est patent. Niveau de vie et niveau de santé sont en étroite corrélation, les inégalités sociales et économiques s'accompagnent inexorablement d'inégalités en matière de santé. La pauvreté et la précarité augmentent sans aucun doute le nombre de ceux qui ne peuvent se soigner correctement, et dont l'état de santé reste faible.

Mais les chercheurs et les professionnels de la santé découvrent depuis peu l'importance des inégalités spatiales et territoriales. Les acteurs de la santé (praticiens et politiques) commencent à reconnaître désormais que la santé dépasse le cadre médical. Très longtemps ignoré, l'espace (et l'étude de son aménagement) est à présent pris en compte dans les décisions de politiques de santé. La dimension spatiale est en effet hautement significative des rapports de la santé avec son environnement, et permet en même temps de mettre en relief les disparités de santé. Les différences de niveaux de santé contribuent à différencier l'espace, autant que « les discontinuités spatiales induiraient des inégalités de santé » (Picheral, 1999). C'est donc rendre ici à l'espace et au territoire toutes leurs spécificités.

L'organisation du système de soins a longtemps reposé sur une vision abstraite du territoire, et l'espace médical était considéré comme homogène et neutre sur lequel se projettent des faits de santé. Aujourd'hui, selon Tonnelier et Vigneron (1999), « le point de vue adopté est fondé sur l'analyse spatiale des faits de santé, sur leur projection dans l'espace ». Ainsi, les différents acteurs de la santé prennent en compte la dimension socio-spatiale dans leurs choix et leurs prises de décisions.

L'inadéquation entre les ressources sanitaires et les besoins de santé génère des inégalités que la géographie de la santé peut localiser et expliquer. De plus, les inégalités de la santé se déclinent à tous les degrés d'échelles : les disparités entre les pays en voie de développement et pays industrialisés sont manifestes, mais elles se lisent aussi à des échelles plus fines entre les régions, les villes et les quartiers.

- ***Les inégalités spatiales de l'offre de services de soins***

Le principal lieu de santé reste l'hôpital, mais existent également des polycliniques et des salles de soins. Il nous semble aussi pertinent d'inclure les pharmacies, voire les laboratoires d'analyse (mais dans une moindre mesure) qui peuvent être un bon indicateur dans l'étude des inégalités spatiales de l'offre de soins.

L'offre de soins n'est pas répartie au hasard sur le territoire. Elle est devenue la fonction urbaine par excellence. L'implantation ou bien la localisation des divers établissements sanitaires se fait essentiellement dans l'espace urbain. La répartition des CHU suit par exemple les « métropoles urbaines ». La grande ville attire par son dynamisme, ses enjeux politiques et économiques. L'offre de soins serait-elle exclusivement un privilège urbain ? Il est certain, qu'en règle générale, il existe de fortes inégalités dans la répartition spatiale des services de santé entre l'espace urbain et l'espace rural. Ce dernier reste sous équipé par

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

rapport à la ville. De plus, selon Tonnelier et Vigneron, plus un service est rare et plus ce dernier aura des chances d'être installé sur un territoire urbain, et « c'est surtout la rareté des services qui fonde les inégalités de répartition géographique » (Tonnelier et Vigneron, 1999). Les équipements lourds tels que l'IRM, le scanner et leur sophistication, se concentrent dans les plus grandes villes.

Le géographe Jean Labasse a consacré un de ces ouvrages à la relation entre l'hôpital et la ville. Il tente en effet, de donner une explication à la localisation de ce lieu de santé au sein de la ville. Ainsi, selon lui « la ville est une imbrication d'espaces fonctionnels homogènes et hétérogènes qui répondent à une logique issue de la convergence de nombreux facteurs politiques, économiques, sociaux et psychologiques » (Labasse, 1980). Chaque activité, comme l'activité sanitaire choisirait alors son espace en fonction des considérations et des enjeux multiples de ses dirigeants. L'hôpital en Algérie n'est pas vraiment un élément qui fait partie de la centralité d'une ville, il se situe davantage à la sortie de la ville, mais représente parfois un véritable quartier individualisé. Dans les villes moyennes, les établissements sanitaires sont en général plus dispersés, compte tenu de la surface urbanisée. L'héritage historique, colonial et la morphologie de la ville sont des facteurs importants pour expliquer la localisation d'un hôpital.

Aux États-Unis, l'héritage historique étant pratiquement nul, la répartition des lieux de santé répond à d'autres logiques : en effet, la proximité des axes routiers rapides, des zones résidentielles denses et des divers services est le principal critère de localisation, le centre-ville aux États-Unis se réduisant au Central business district (CBD), sauf à Washington ou Boston (Puyo, 2010).

Existe-t-il une concurrence entre les hôpitaux centraux et ceux situés en banlieue ? Dans quelle périphérie les hôpitaux vont-ils s'implanter et pourquoi ? Le fait est que certaines portions d'espace vont être jugées comme plus valorisantes que certaines pour l'installation d'un hôpital. Certains espaces urbains seront donc mal équipés créant des différenciations sur le territoire. Ceci montre qu'à l'échelle de la ville, les inégalités spatiales en matière de santé existent.

Le phénomène d'urbanisation a aussi de fortes conséquences sur l'espace sanitaire, et la répartition des équipements sur le territoire. L'urbanisation est-elle créatrice d'inégalités spatiales en matière de santé ? Quel impact a-t-elle sur la localisation des services de santé ? Vigneron (1992) a par exemple analysé les liens entre l'urbanisation et l'offre de soins à Tahiti. La zone urbaine de Tahiti s'étire sur 40 km de littoral et la répartition de la population se concentre sur Papeete, ville qui s'est élargie aux communes voisines au cours de ces vingt dernières années. La répartition géographique de l'offre de soins est très déséquilibrée, d'une part entre Tahiti qui concentre 75 % des lits hospitaliers et les archipels périphériques.

De plus, l'offre est presque exclusivement urbaine, entraînant un espace rural sous-équipé. L'urbanisation récente de Papeete a renforcé la concentration de l'offre de soins publique et privée. Vigneron explique que « le phénomène de concentration extrême de l'offre de santé en Polynésie française est si intimement lié au processus d'urbanisation que la simple lecture de

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

la distribution de l'offre médicale constitue un indicateur synthétique des discontinuités fondamentales de la géographie humaine du territoire » (Vigneron, 1992). Papeete apparaît ainsi comme le centre unique où est polarisée l'offre de soins, et s'oppose à des périphéries lointaines et sous-équipées. L'urbanisation, beaucoup plus manifeste dans les pays en voie de développement, aura une influence plus grande dans la répartition de l'offre de soins et dans sa polarisation au sein d'un même espace.

En France, Tonnelier et Vigneron expliquent que les hiérarchies de l'offre de soins sont globalement conformes aux hiérarchies urbaines. De plus, on remarque que quel que soit l'échelle, le phénomène de centralité urbaine est présent. Les hiérarchies sanitaires suivraient donc les hiérarchies urbaines : capitale, métropoles, grandes villes, villes moyennes, petites villes, agglomérations non urbaines. Ceci permet d'établir une classification et d'étudier de façon plus approfondie les différents paysages sanitaires de la wilaya, et de montrer les fragmentations de l'espace ainsi que les inégalités spatiales en matière de santé. Ainsi, certains espaces de santé peuvent être favorisés ou défavorisés par l'offre de soins. Les villes bénéficiant d'une offre importante sont en général les plus dynamiques. Plusieurs villes très peuplée et urbanisée, ne compte pourtant qu'un seul EPH. Il convient alors de s'interroger sur la question de hiérarchie urbaine, sur cette relation entre la taille/rang d'une ville et les ressources sanitaires. Ces grandes villes montrent que d'autres facteurs sont à prendre en compte et que la ville n'est pas toujours synonyme d'offre abondante en matières de soins. On note cependant que plus la ville est grande plus l'offre est diversifiée.

Picheral reprend aussi l'idée d'une hiérarchie hospitalière qui renforce le réseau urbain. Il explique que chaque ville, quel que soit sa place et son rang, se construit un territoire et donc une aire d'attraction. Il ajoute que « ce partage des rôles en des lieux précis obéit au principe de subsidiarité : le réseau hospitalier en est la traduction et la projection dans l'espace » (Picheral, 1995). L'établissement d'une hiérarchie hospitalière va permettre de constater les « déserts » ou les inégalités entre les espaces et donc d'améliorer la couverture du territoire en matière de soins.

La difficulté dans de nombreux pays en voie de développement reste la concentration de l'offre de soins, dans la plus grande ville qui est en général la capitale. Celle-ci abrite souvent la moitié, les deux tiers, voire la totalité des lits, des équipements, du personnel. Parfois, « l'absence ou la rareté des villes de taille moyenne prive le système hospitalier des échelons intermédiaires entre la métropole et les postes ou centres de santé de base » (Picheral, 1995). L'hôpital a dans ce cas une zone d'attraction nationale, freinant l'accessibilité aux soins en raison des longs déplacements des malades. La déconcentration des lieux de santé sera d'autant plus avancée que le niveau de développement est élevé, mais aussi selon la politique envisagée sur le découpage territorial.

Tous les établissements de santé ne sont toutefois pas localisés de manière absolue au sein des espaces urbains. La localisation rurale peut parfois s'expliquer par une volonté d'éloigner les centres de santé de la ville, par une volonté de rechercher un espace plus isolé et calme. Ainsi, la localisation des établissements de psychiatrie est moins liée à la ville. Les zones rurales, en particulier les zones à faible densité de population, sont le plus souvent sous-équipées, et les

banlieues industrielles et ouvrières n'attirent guère l'implantation de nouveaux établissements de santé.

2. Une concentration spatiale des équipements et des services sanitaires dans la ville d'Annaba

Nous étudions la répartition spatiale des équipements et des services sanitaires à l'aide de statistiques communales de la direction de la santé et de la population (DSP) de la wilaya d'Annaba pour l'année 2012. On remarque dès le début, une forte concentration des équipements et services sanitaires des deux secteurs (public et privé) dans la ville d'Annaba.

2.1. La stratégie sanitaire coloniale à l'origine des inégalités

Les années cinquante marqua l'histoire de la ville qui, avec la création du nouveau département de Bône, devint le chef-lieu de la région. L'autorité coloniale se consacra à la mise en place des services politiques et administratifs de la colonie.

Dès ses débuts, la répartition des services de santé apparaît fortement liée d'une part à l'organisation administrative de la colonie tournée vers des places stratégiques (les chefs-lieux) et d'autre part à la situation économique de la sous région.

La politique de santé coloniale s'inspire alors du système de santé de la métropole. Elle s'appuie sur des soins curatifs avec un système hospitalier localisé dans les centres urbains. Van Dormael (1997) explique que durant la première période d'expansion coloniale l'enjeu est « d'abord de chercher à protéger et rassurer les européens en luttant contre la propagation des maladies [...] et ensuite de veiller à ce que la main d'œuvre nécessaire aux travaux des plantations ou à l'acheminement des matières premières vers les ports ne soit pas décimée par la maladie »

Afin de faire chuter le taux de mortalité, il souhaite appliquer un strict « contrôle des flux » (flux liquides ou solides, humains ou animaux) par l'instauration d'un cordon sanitaire et la multiplication des places publiques. Les taux élevés de mortalité constituent en effet un frein au projet colonial. L'application de cette nouvelle conception de la ville eut pour conséquence une accélération de la ségrégation socio-spatiale avec l'édification de quartiers en fonction des activités spécifiques (quartier administratif, résidentiel, commercial) puis en fonction des origines (quartier européen et arabe).

Comme le résume Van Dormael (1997), les services médicaux sont à l'image de la ville, c'est-à-dire marqués par une nette division sociale, distinguant d'un côté les services de santé réservés aux européens et de l'autre les opérations d'assainissement menées à l'encontre de la population autochtone mais toujours en conservant l'idée d'une meilleure protection de la santé du personnel colonial.

La localisation des services sanitaires et l'application inégale des mesures sanitaires dans la ville coloniale, participèrent sans aucun doute à l'affirmation d'une différenciation raciale des quartiers. La santé a donc été un facteur de ségrégation dès le début de la période coloniale.

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

Après la phase d'expansion, l'idéologie coloniale se tourna vers une période de consolidation dont l'objectif était d'apporter « la civilisation » aux populations colonisées. Le système de soins alors uniquement réservé aux « européens » s'ouvre, progressivement, aux populations locales. Après le lancement de la révolution armée en 1954, pour attirer les autochtones et dans le cadre du projet de Constantine en 1958, on remarque la réalisation de quelques cliniques et centres de santé.

Les localisations des premières infrastructures sanitaires montrent un privilège donné aux lieux centraux fréquentés par les colons ou les militaires, l'idée de mieux desservir la population autochtone n'apparaissant donc pas tout à fait comme un consensus acquis et collectif.

A la veille de l'indépendance, la répartition des services de soins montre une nette concentration dans les limites de la ville coloniale. Les trois structures situées en dehors de cette zone d'influence sont rattachées à des villages limitrophes séparés de la ville (Séraïdi, Ain Berda et Chétaïbi).

Après l'indépendance, le fonctionnement du système de soins ne rompt pas avec la politique coloniale : les choix demeurent orientés vers les soins curatifs et hospitaliers. Parallèlement, à l'échelle nationale, les efforts sont orientés vers la lutte contre les grandes endémies en collaboration étroite avec les organismes internationaux.

2.2. Le privilège de la ville d'Annaba : une offre dense

Le parti pris urbain, « the urban bias » selon l'expression développée par Lipton (Lipton, 1976), défend la thèse selon laquelle les politiques privilégient systématiquement les grandes villes au détriment des campagnes et des petites villes. L'exemple le plus probant est celui des disparités d'équipements entre ville et campagne. D'ailleurs la ville dans ses multiples définitions ne repose-t-elle pas déjà sur ce concept « d'accumulation de productions, d'activités et de richesses » (Burgel, 1999) ? Ce parti pris urbain existe-t-il en matière de ressources sanitaires à la ville d'Annaba ?

Tous les auteurs soulignent que la ville bénéficie le plus souvent d'un environnement privilégié en matière d'équipements sanitaires par rapport à la campagne (Salem, 1998). Claude Raynault (1987), dans son étude sur le Niger, montre que l'avantage dont bénéficient les citadins en matière de santé est considérable. Tandis que l'urbanisation s'accompagne du renforcement de l'infrastructure sanitaire (Gentilini & Duflo, 1986), les inconvénients ne sont pour autant pas négligeables, du fait de la promiscuité de l'habitat, de l'entassement des populations, de l'insalubrité de l'environnement, du coût de la vie en ville, autant de facteurs susceptibles d'influencer l'état de santé d'une population.

La ville peut en effet être à la fois la pire et la meilleure des choses pour la santé des citadins (Beaujeu-Garnier, 1980). La meilleure parce qu'elle concentrerait des équipements performants, des services de santé spécialisés et autoriserait ainsi une prise en charge rapide des soins. Et la pire car elle favoriserait la propagation des épidémies et contribueraient à

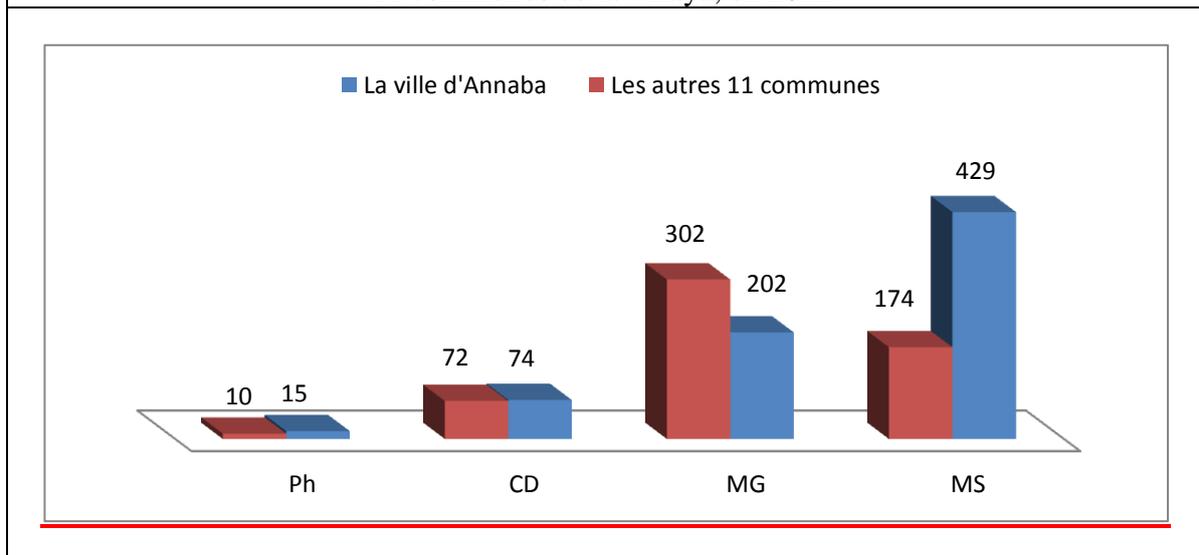
l'émergence de nouvelles pathologies. Ce tableau épidémiologique nouveau est lourd de conséquences pour l'offre de soins qui doit répondre à la fois aux pathologies infectieuses couramment rencontrées en milieu rural mais dont les formes se modifient en ville, et aux maladies dégénératives qui nécessitent une prise en charge particulière et un équipement coûteux qui pourtant sont destinés à un nombre réduit de patients.

Notre propos n'est pas de montrer les effets nocifs ou protecteurs d'un mode de vie urbain sur la santé qui constitue un sujet à part entière, mais plutôt de dévoiler que les bénéfices d'un environnement privilégié en ressources sanitaires ne sont pas répartis uniformément sur le territoire de la ville. Étant donnée l'hétérogénéité des situations intra-urbaines, il devient utopique de considérer la ville comme une entité unique : elle se compose de quartiers dont les caractéristiques (types de construction, niveaux d'équipement, densités de population, etc.) diffèrent considérablement et les distinguent les uns des autres, constituant « des villes dans la ville » (Salem, 1998). Avec cette prise de conscience, on accepte volontiers l'idée selon laquelle la distribution des équipements ne se fait pas de façon aléatoire et de surcroît, cette répartition révèle des espaces différenciés qui peuvent être causes et conséquences d'inégalités de santé.

- **Les équipements et les services sanitaires du secteur public**

Avec 41% de la population totale de la wilaya, la ville d'Annaba concentre, concernant les ressources humaines du secteur public en 2012, plus de 70 % des médecins spécialistes, plus de 40 % des médecins généralistes, plus de 50 % des chirurgiens dentistes et 60 % des pharmaciens. Donc plus de 56 % des praticiens du secteur public exercent au niveau de la ville d'Annaba.

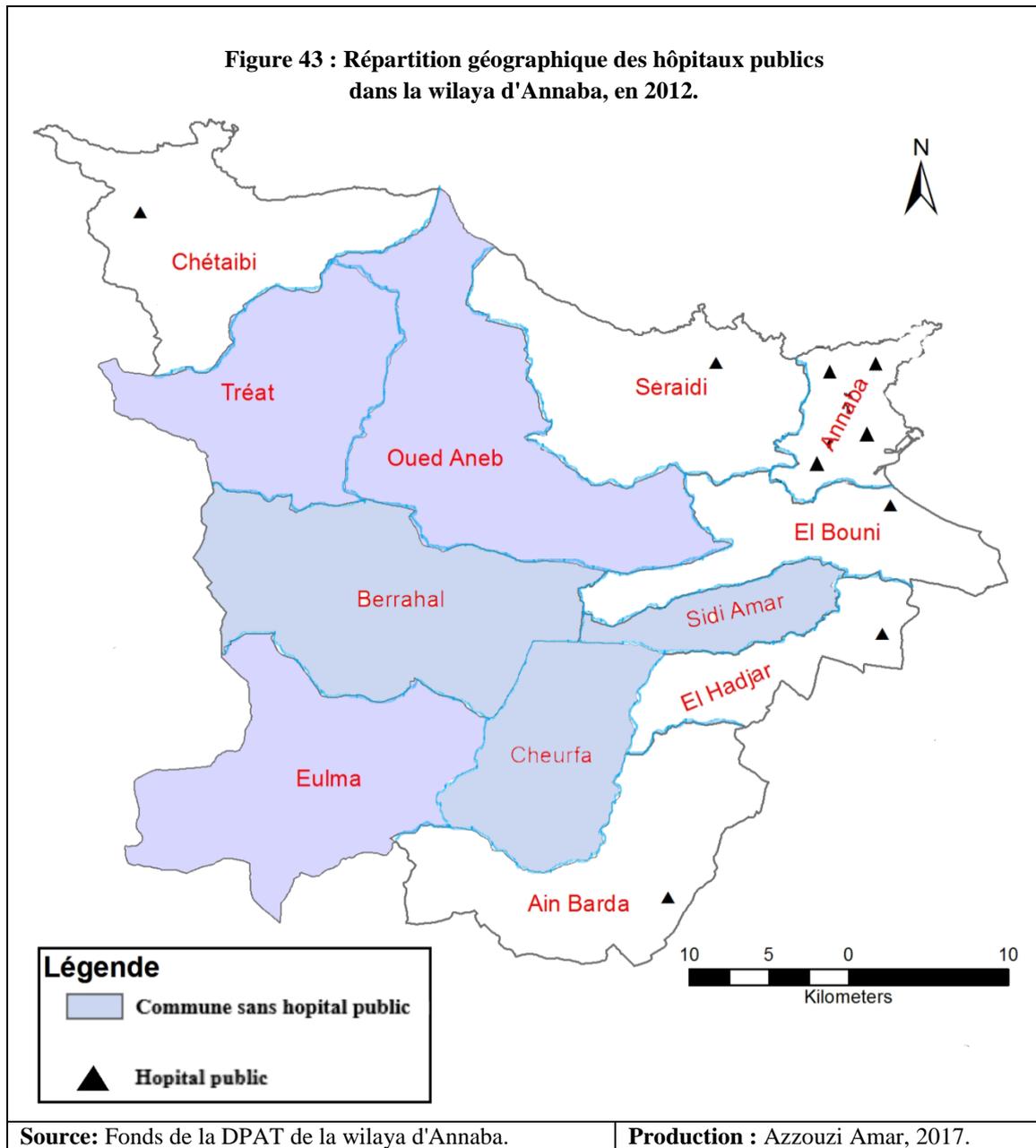
Figure 42: Répartition des praticiens du secteur public entre la ville d'Annaba et les autres 11 communes de la wilaya, en 2012.



Les raisons de cette importante couverture sanitaire sont multiples et liées au fait que la ville est un pôle économique touristique et culturel attractive en matière d'immigration pour la

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

sous-région nord-est algérien, elle est aussi la quatrième métropole urbaine de l'Algérie et le siège de faculté de médecine avec leur CHU.



Mais si la ville a bénéficié d'une amélioration progressive de la couverture sanitaire des équipements et services publics, c'est surtout grâce au développement sans précédent de l'offre de soins du secteur privé que l'on peut parler de grande densité de l'offre de soins.

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

Tableau 43: Répartition des praticiens du secteur public entre la ville d'Annaba et les autres 11 communes de la wilaya, en 2012.

	MS		MG		CD		Ph		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Annaba ville	429	71.14	202	40.08	74	50.68	15	60	720	56.33
11 communes	174	28.86	302	59.92	72	49.32	10	40	558	43.67
Total wilaya	603	100	504	100	146	100	25	100	1278	100

Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel.

Concernant les équipements et les services de santé, la ville concentre 100 % des établissements constituant le CHU (03 hôpitaux et 04 cliniques spécialisées), plus de 70 % des lits d'hospitalisations, plus de 94 % des spécialités médicales et chirurgicales offertes (32 parmi 34 au niveau de la wilaya), 01 EHS (parmi 03), 39 % des polycliniques et presque 21 % des SCS.

Tableau 44: Répartition de la population, des lits, des spécialités et des établissements publics entre la ville d'Annaba et les autres communes constituant la wilaya, en 2012.

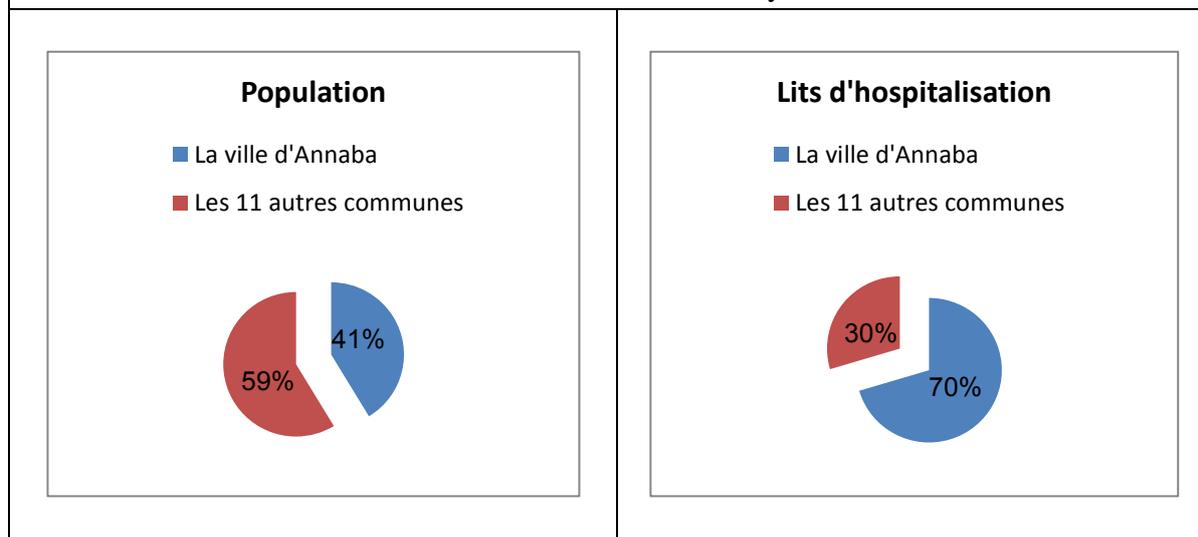
	Population		Lits d'hospitalisation (%)			Spécialités offertes		Etablissements de soins				
	Nbre	%	Nbre	%	Ratio*	N	%	CHU	EHS	EPH	Poly	SCS
Annaba ville	261501	41.32	1087	70.4	41.57	32	94.12	01	01	0	07	14
11 communes	371328	58.68	457	29.6	12.30	12*	35.29	0	02	03	11	53
Total wilaya	632829	100	1544	100	24.40	34	/	01	03	03	18	67

(*) Ratio pour 10 000 hab /(*)On compte une seule fois la spécialité même elle existe dans plusieurs communes

Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel.

Ce phénomène de concentration de l'offre s'explique en grande partie par la présence du CHU, important pourvoyeur d'emplois, qui compte plus de 430 médecins entre spécialiste et généraliste en 2012 (le CHU comprend presque 60 % des médecins spécialistes du secteur public de la wilaya et plus de 80 % de l'offre hospitalière).

Figure 44: Répartition de la population et des lits d'hospitalisation entre la ville d'Annaba et les 11 autres communes de la wilaya, en 2012.



Dans les services du secteur public, 603 médecins spécialistes y exercent avec les différentes spécialités notamment au CHU. La ville d'Annaba dispose de 70 % de médecins spécialistes du secteur public (dans le CHU, EHS et EPSP). Les principales spécialités retrouvées dans les structures extrahospitalières sont : la médecine du travail, les spécialités de chirurgie dentaire, l'épidémiologie, la pédiatrie, la pneumo-physiologie et la psychiatrie. Mais ce qui est surprenant c'est de trouver (bien que rares) des médecins spécialistes en chirurgie générale, urologie ou orthopédie. Le tableau 45 présente la répartition des médecins spécialistes du secteur public par établissements entre la ville d'Annaba et les autres onze communes constituant la wilaya :

Tableau 45: Répartition des médecins spécialistes (MS) du secteur public par établissement entre la ville d'Annaba et les autres communes.

	Nombre de MS du secteur public /par établissement				Total
	CHU	EHS	EPH	EPSP	
La ville d'Annaba	360	19	0	50	429
Les onze autres communes	0	77	69	28	174
Total wilaya	360	96	69	78	603

Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel.

- *Les équipements et les services sanitaires du secteur privé*

La ville, c'est les services de santé et les services de santé sont la ville, tant les implantations de l'offre sont, quasi exclusivement, urbaines (Henrard, 1990). La première caractéristique de l'offre de soins du secteur privé dans la ville d'Annaba est sa densité. En effet, 573 services privés ont été relevés par la DSP de la wilaya en 2012 sur un espace très limité. La densité de l'offre de soins est donc d'un service sanitaire pour 456 habitants.

Cette concentration dans la ville est traduit par :

- ✓ 100 % des EHP avec une capacité de 255 lits hospitaliers,
- ✓ plus de 84 % des médecins spécialistes (MS),
- ✓ plus de 52 % des médecins généralistes (MG),
- ✓ presque 80 % des chirurgiens dentistes (CD),
- ✓ plus de 58 % officines pharmaceutiques (Ph),
- ✓ et plus de 83 % des autres services¹.

Le tableau 46 présente l'ensemble des services et structures de santé du secteur privé à la ville d'Annaba et dans les autres onze communes qui constituent la wilaya.

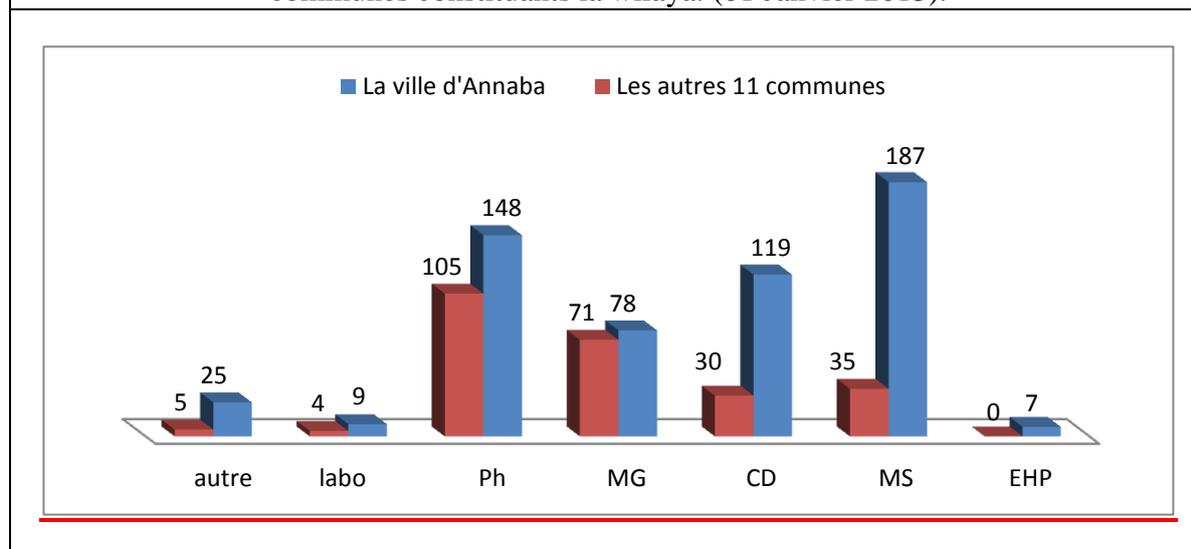
Tableau 46: Répartition des services du secteur privé entre la ville d'Annaba et les autres communes constituant la wilaya.

	EHP	MS	CD	MG	Ph	labo	autre	Total
La ville d'Annaba	07	187	119	78	148	09	25	573
Les autres 11 communes	0	35	30	71	105	04	05	250
Total wilaya	07	222	149	149	253	13	30	823

Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel.

Tonnellier estime que les inégalités spatiales de la répartition des spécialistes sont beaucoup plus fortes que celles des généralistes : l'influence du nombre de la population à une importance beaucoup plus grande que pour les généralistes, et l'attrait pour la ville est incontestable (Tonnellier, 1991), c'est le cas de notre terrain d'étude où la ville d'Annaba concentre plus de 84 % des spécialistes de la wilaya.

Figure 45: Répartition des services du secteur privé entre la ville d'Annaba et les autres communes constituant la wilaya. (01 Janvier 2013).



¹ En plus des services suscités, le secteur privé se compose de : (2) centres d'imagerie médicale, (5) cabinets de psychologie, (4) cabinets de sages femmes, (9) cabinets de kinésithérapeutes et (5) salles de soins infirmiers.

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

Le privilège de Annaba tient donc moins au nombre de services de santé du secteur public qu'à celui des structures privées. Ainsi, plus de 74 % des services de santé du secteur privé et plus de 58 % des officines pharmaceutiques privées se trouvent dans la ville.

Plus la spécialité est rare, plus la suprématie de la métropole est marquée. On remarque que onze (11) spécialités, parmi 25 (44 % des spécialités avec 20 % des spécialistes), localisés uniquement dans la ville d'Annaba (Tableau 47).

Tableau 47: Les spécialités localisées uniquement dans la ville d'Annaba.

N	Les spécialités	Nbre de cliniques
01	Urologie	08
02	Neurologie	07
03	Psychiatrie	07
04	Gastrologie	05
05	Endocrinologie	04
06	Rhumatologie	04
07	Rééducation	02
08	Neurochirurgie	02
09	Hématologie	02
10	Chirurgie pédiatrique	02
11	Réanimation	01
Total	11 Spécialités	44

Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel.

Deux chiffres résumant de fait assez bien la situation : Annaba concentre 65,95 % du personnel de santé de la wilaya alors que seulement 41 % de la population y réside.

Tableau 48: Répartition du personnel de santé des deux secteurs entre la ville d'Annaba et les autres communes constituant la wilaya.

		La ville d'Annaba	Les autres communes (11)	Total wilaya
Secteur public	Médical	769	509	1278
	Paramédical	1789	982	2771
	Admin, Tech, et de Serv	2039	488	2527
	Contractuels	138	522	660
	Total public	4735	2501	7236
Secteur privé	Médical	532	241	773
	Paramédical	055	006	061
	Total privé	587	247	834
Total wilaya		5322	2748	8070

Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel.

Dans les pays en développement comme l'Algérie l'offre et l'accessibilité aux soins soulèvent un épineux problème notamment pour les populations les plus démunies et celles habitant en

milieu rural. En effet l'offre semble être insuffisante à la demande car la plupart des structures de soins sont incapables d'offrir des soins de qualité et de quantité adaptés aux usagers. Malgré beaucoup d'efforts en matière d'offre de soins, le constat général reste toujours le même : la population souffre toujours du déficit d'offre.

3. Les équipements et les services sanitaires du secteur public : Une hiérarchisation dans l'offre

Depuis l'indépendance, le secteur public demeure le principal fournisseur des soins de santé, particulièrement dans les domaines préventif et hospitalier. Actuellement, le réseau composant le secteur de santé publique repose sur plusieurs niveaux, hiérarchisés, de recours (théoriquement) complémentaires.

3.1. Les structures de première ligne : les SCS

La wilaya d'Annaba comptait 67 salles de consultation et de soin (dispensaires) en 2012 répartis entre les différentes communes selon des densités variables. D'après le circulaire n°22 du 15 Juillet 2007 relative au fonctionnement et à l'extension des salles de soins : «la salle de soins est considérée comme l'unité médicalisée la plus proche du citoyen et le jalon primordial de la santé publique où sont prodigués les soins dits de base ou de premiers gestes. Le réseau des SCS doit être de ce fait densifié en vue de disposer d'au moins une salle dans chaque quartier, en milieu urbain, et dans chaque dechra ou ksar en milieu rural» (MSPRH, 2007).

Ces salles assurent les consultations de médecine générale, les activités de prévention et offrent les soins ambulatoires à la population. Une SCS dispose d'un médecin généraliste et d'un infirmier, dont le rôle réside moins dans l'hospitalisation que dans la consultation. Ce réseau de dispensaires constitue la première ligne de recours à laquelle la population s'adresse quotidiennement pour solliciter les soins ambulatoires.

3.2. Les unités de base : les polycliniques

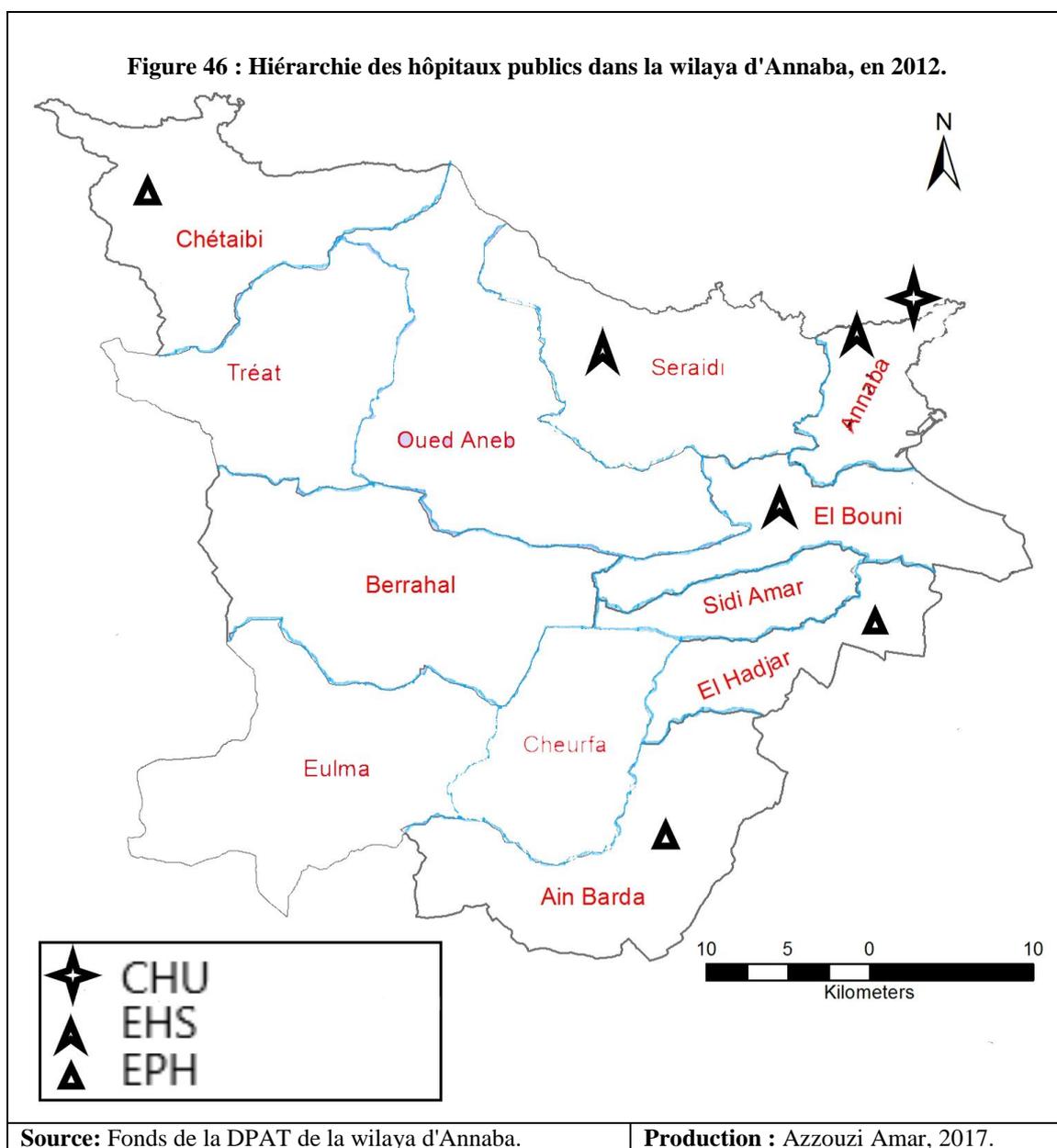
Ces structures rayonnent sur un vaste bassin de population de 25 000 habitants en milieu urbain. En prenant en considération la notion de distance, des contraintes socio-économiques, géographiques et de relief, ainsi que d'enclavement, la polyclinique peut couvrir un bassin de population de 3 000 à 4 000 habitants en milieu rural. Elle constitue l'unité de base médicalisée, essentielle en matière de soins de proximité.

La polyclinique est une structure extrahospitalière, elle propose des consultations dans les quatre spécialités de base (chirurgie générale, pédiatrie, médecine interne et obstétrique). Elle doit également offrir d'autres consultations spécialisées en fonction de la disponibilité des praticiens spécialistes en collaboration avec l'EPH le plus proche. La polyclinique prend en charge les (UMC) et assure les gardes H24/24. Ces structures intermédiaires constituent ainsi la deuxième ligne de recours et forment une ceinture de protection pour les trois EPH de la wilaya.

3.3. Les services d'hospitalisation : les EPH

L'établissement public hospitalier couvre la population d'une ou plusieurs communes selon leur capacité d'accueil en matière de lits. Il prend en charge l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation. L'établissement public hospitalier comprend une centaine de lits d'hospitalisation, un bloc opératoire et un laboratoire d'analyses.

Il assure habituellement les spécialités suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, imagerie.... L'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale.



3.4. Le premier niveau de référence : les EHS

Ces structures sont destinées à la prise en charge d'une maladie déterminée ou d'un groupe d'âge spécifique. L'EHS doit servir la population d'une wilaya et même de la région, l'établissement ou une partie de ses structures peut être agréé pour assurer des activités hospitalo-universitaires comme le cas des trois EHS de la wilaya d'Annaba.

3.5. Le deuxième niveau de référence : le CHU

Le CHU représente le niveau supérieur du système de soins public. Il est rattaché à la faculté de médecine d'Annaba, créée en 1986 par le décret n° 86-300 du 16 décembre 1986. De ce fait, le CHU constitue le lieu de formation initiale des professionnels de santé. Il a une envergure régionale et même nationale, il fournit généralement certaines activités plus complexes techniquement telles que la chirurgie cardiaque, neurochirurgie et cancérologie avancée. Dans ces domaines, le CHU se présente comme l'établissement de référence.

Selon la procédure légale, un patient doit d'abord se présenter à une SCS ou polyclinique, d'où il est (éventuellement) envoyé à un EPH ou un EHS pour être finalement admis dans un CHU. Cet ordre hiérarchique est imposé par la rareté du service. L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la neurochirurgie, les consultations spécialisées, certains actes médicaux et les grandes capacités d'hospitalisation constituent l'apanage de la wilaya d'Annaba : son CHU se caractérise en effet non seulement par la localisation (dans le centre-ville), mais aussi par la forte polarisation qu'il exerce sur l'espace régional, concourant ainsi activement au rayonnement d'Annaba en tant que métropole régionale.

4. Les équipements et les services sanitaires privés : deux inégalités (rural/urbain et centre /périphérie)

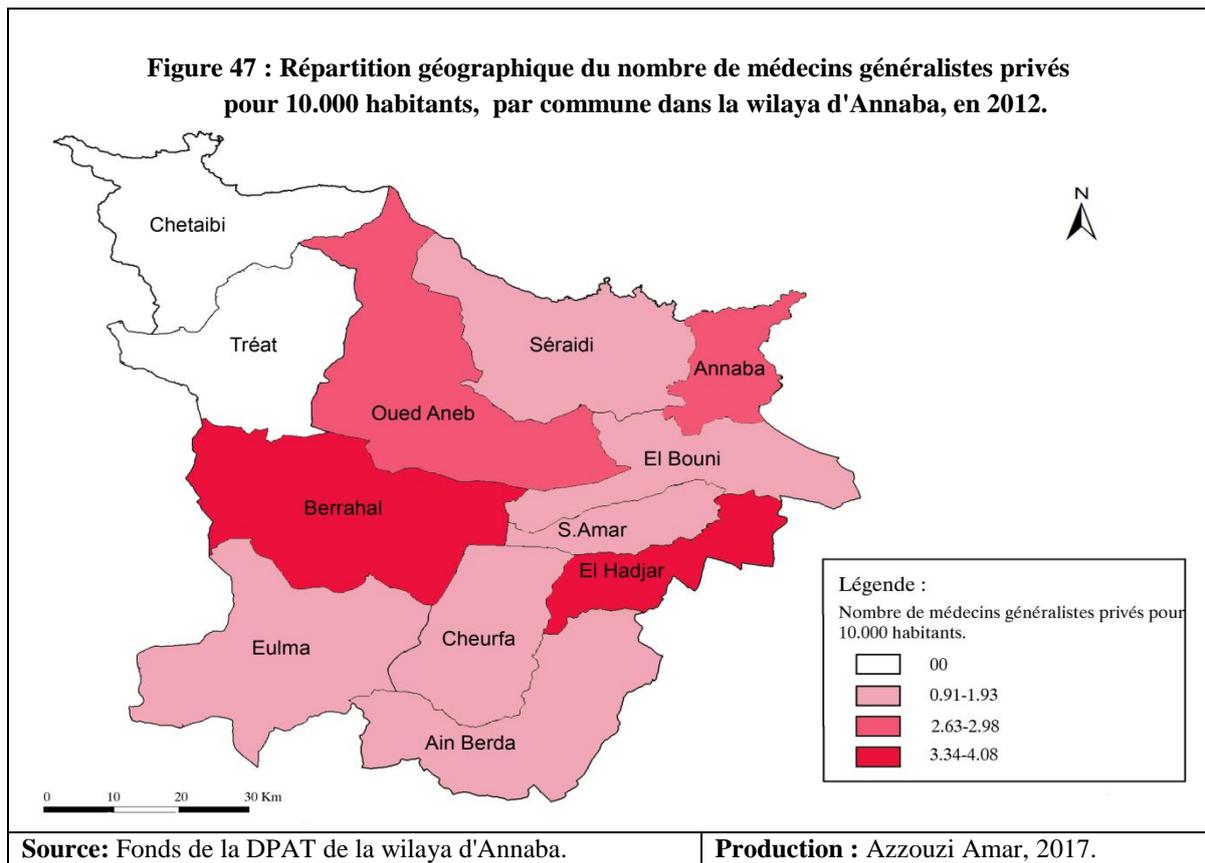
Les services de santé du secteur privé contribuent à la prise en charge de la population la wilaya d'Annaba avec une série d'établissements dont la densité est dense, mais la caractéristique principale c'est que ces équipements et services de soins privés sont inégalement répartis sur le territoire. D'un côté, entre les communes urbaines et rurales à l'échelle de la wilaya, de l'autre côté à l'intérieur de la commune entre le centre et la périphérie.

4.1. Inégalité rural-urbain

Si la répartition spatiale des praticiens de santé du secteur privé ne coïncide pas toujours avec celle des établissements sanitaires, elle met toutefois en évidence de fortes inégalités spatiales. En effet, les variations d'installation des professionnels, et notamment les médecins, révèlent de profonds déséquilibres spatiaux. Dans la wilaya, la répartition géographique des généralistes est marquée par une opposition très forte entre les communes urbaines où les densités de médecins sont très fortes et les communes rurales étant encore moins desservies. Les généralistes et les spécialistes préfèrent sans aucun doute exercer en milieu urbain.

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

Le nombre de médecins généralistes, installés en cabinet privé, dans la wilaya est moins élevé que celui des spécialistes : 149. La répartition par commune montre une meilleure couverture au niveau de Berrahal 01cabinet / 2449 habitants suivie de celle d'El Hadjar 01 cabinet/ 2990 habitants (urbaines) et loin derrière arrive les communes de Séraïdi, Cheurfa et Eulma qui ne disposent que d'un (01) médecin généraliste pour chacune. Et le plus graves c'est que les deux communes de Chétaïbi et Tréat, les plus rurales, dépourvues totalement en matière de médecin privé.



Les disparités et les inégalités spatiales de la répartition des spécialistes sont beaucoup plus fortes que celles des généralistes. Le nombre de MS, installés en cabinets privés, est de 222. Rapporté à la population de différentes communes de la wilaya, on constate qu'il y a 15 fois plus de spécialistes dans la commune d'Annaba (avec un taux d'urbanisation de 100 %) que dans celle d'Ain Berda et pratiquement 07 fois plus que dans celle d'El Bouni. Plus de la moitié des communes de la wilaya (07 communes avec 154 516 habitants, dont 05 sont rurales), soit presque le quart (24.42 %) de la population totale, ne disposent d'aucun médecins spécialiste privé.

Les spécialités les plus attractives pour l'installation à titre privé sont : La gynéco-obstétrique, l'ophtalmologie, la pédiatrie et la cardiologie. Une observation légère sur la répartition des différentes spécialités médicales et chirurgicales par commune montre que onze spécialités (parmi 25), avec 20 % de MS, localisées uniquement dans la commune d'Annaba (100 % urbaine).

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

Le nombre de chirurgiens dentistes (CD) du secteur privé dans la wilaya est de 149. 80 % d'entre eux sont installés dans la commune d'Annaba assurant ainsi un ratio d'un cabinet dentaire /2197 habitants. 07 % sont installés à celle d'El Hadjar et assurant une couverture d'un cabinet dentaire/ 3534 habitants. La moitié des communes de la wilaya (06 avec 66 501 habitants soit 11 % de la population totale) ne disposent d'aucun CD privé. Les inégalités sont très claires entre les communes urbaines et celles rurales.

253 officines pharmaceutiques sont ouvertes à travers le territoire de la wilaya. 58 % d'entre eux sont implantés dans la commune d'Annaba, avec un ratio moyen d'une officine pour 1766 habitants. La faible couverture est enregistrée dans les communes de Séraïdi (01 seul pharmacien pour 7811 habitants), Oued Aneb avec un ratio d'un pharmacien/ 5706 habitants et Eulma avec 01 pharmacien/5518 habitants (ces deux dernières sont des communes rurales).

Ces ratios dépassent la norme d'une officine pour 5000 habitants et pourtant le nombre très élevé de demandes d'ouverture de nouvelles officines pharmaceutiques dans la plupart des communes de la wilaya et tel que le ministère chargé de la santé envisage de revoir à la baisse cette norme alors qu'un nombre appréciable d'hôpitaux et surtout beaucoup de polycliniques du secteur public fonctionnent sans pharmaciens.

La commune de Tréat, totalement rurale, ne dispose d'aucun service de soins privé (même pharmacien). Le phénomène de sursaturation constaté dans la ville d'Annaba est dû à la suppression par le ministère de la santé à différentes époques du numerus clausus d'une officine/5000 habitants situé au moins à 200 mètres de l'officine la plus proche et ayant une surface utile de 50 m². Cette suppression qui a intéressé essentiellement les grands centres urbains alors qu'elle devait s'adresser aux zones rurales et enclavées, avait entraîné une levée de boucliers de la part du conseil de l'ordre des pharmaciens.

4.2. Inégalité centre-périphérie

Si les disparités d'offre de soins existent entre les communes, elles sont encore plus marquées au niveau local entre les ACL des communes, les agglomérations secondaires et les zones éparses. De forts écarts subsistent entre une périphérie marginalisée sous-équipée et un centre suréquipé, au sein de la commune d'El Bouni par exemple la densité médicale privée varie du simple au triple entre le centre ville et l'agglomération secondaire Sidi Salem et au quintuple entre le centre et la zone éparses Gharbi Aïssa (enquête personnel, Mars 2016). Quelle que soit la commune considérée, il existe en son sein des différences très importantes entre les zones qui la composent.

A Annaba, elle vient se surimposer une opposition centre-périphérie qui touche autant les communes enclavées que les communes en situation stratégique et montre que la question d'accès aux services de santé doit être réfléchi à au moins deux échelles. Ainsi, à la commune de Berrahal qui occupe une situation stratégique sur la RN 44, la répartition des services privés de santé de proximité (pharmacie, généraliste) montre une opposition entre le

Chapitre 3: Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.

centre ville (ACL bien équipée) et ces agglomérations secondaires (à Guirech et Kalitoussa il n'existe aucun cabinet médical privé pour plus de 4000 habitants¹).

Les inégalités dans la répartition des généralistes, et a fortiori des spécialistes, mettent à jour une opposition entre des zones urbaines centrales et des agglomérations périurbaines. Les villes centres sont suréquipées et les périphéries urbaines ou suburbaines sous-équipées, quelles que soient par ailleurs les caractéristiques socioéconomiques de ces périphéries.

Ces disparités ne sont pas spécifiques à la wilaya d'Annaba mais s'observent sur l'ensemble de la planète. Ces écarts entre communes sont le fait de très nombreux facteurs, politiques de formation, départs à la retraite et cessations d'activité. Elles sont, également, le fruit de phénomènes migratoires et du caractère attractif de chaque commune.

Conclusion

La wilaya d'Annaba se caractérise par un réseau d'infrastructures sanitaires dense et de différents types. Malheureusement, ces équipements et services de santé ne sont pas répartis équitablement sur le territoire de la wilaya. On remarque :

- une forte concentration des équipements et des services sanitaires au niveau de la ville d'Annaba qui est l'ACL de la wilaya et la quatrième métropole en Algérie (plus de 55% des praticiens du secteur public, plus de 74 % des services sanitaires du secteur privé et plus de 58 % des officines pharmaceutiques privées).
- une hiérarchisation dans l'offre des équipements et des services sanitaires publics.
- deux inégalités, concernant la répartition des équipements et des services de santé du secteur privé comme suit ;
 - ✓ une inégalité rural/urbain à l'intérieure de la wilaya (entre les communes).
 - ✓ une inégalité centre/périphérie à l'intérieure des aires urbaines des communes.

Donc, on trouve un déséquilibre entre la répartition des équipements et des services sanitaires et celle de la population dans la wilaya.

¹ D'après notre enquête sur les équipements et les services sanitaires du secteur privé.

Chapitre 4 : Etude de la relation entre la hiérarchie urbaine et la hiérarchie des équipements et des services sanitaires du secteur public dans la wilaya d'Annaba.

Le phénomène d'urbanisation a de fortes conséquences sur l'espace sanitaire, et la répartition des équipements et des services sur le territoire. L'urbanisation est-elle créatrice d'inégalités spatiales en matière de santé ? Quel impact a-t-elle sur la localisation des équipements et des services sanitaires? Dans le cas de la France, Tonnelier et Vigneron expliquent que les hiérarchies de l'offre de soins sont globalement conformes aux hiérarchies urbaines. De plus, on remarque que quel que soit l'échelle, le phénomène de centralité urbaine est présent. Les hiérarchies sanitaires suivraient donc les hiérarchies urbaines : capitale, métropoles, banlieues, pôles secondaires, pôles ruraux. Ceci permet d'établir une classification et d'étudier de façon plus approfondie les différents paysages sanitaires du pays. Dans ce chapitre, nous cherchons à comprendre les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires publics au niveau de la wilaya d'Annaba.

1. Introduction

La géographie de la santé a fortement exploité le caractère hiérarchique du système de soins qu'il s'agit de la partie du système de santé correspondant à l'offre (Picheral, 2001). Le système comprend des services qui sont généralement classifiés en trois catégories et peuvent être représentés sous la forme d'une pyramide (Curtis, 2004). Les distances que le patient est prêt à parcourir constituent un facteur de différenciation entre ces trois catégories. Cette hiérarchie est notamment utilisée pour expliquer la fréquence de recours aux services de santé par les patients.

La structure hiérarchique des équipements et des services de santé a été fortement exploitée par les géographes grâce à sa mise en relation avec la théorie des lieux centraux. Ainsi, l'approche christallérienne est sans doute une des plus anciennes approches théoriques de la géographie de la santé, discipline qui ne s'est intéressée que récemment à la théorisation (Kearns & Moon, 2002). Selon les travaux de Meade & Earickson (2005) et Picheral (2001), les services de santé de plus bas ordre ont une aire de recrutement locale tandis que ceux de plus haut ordre fournissent une plus grande gamme de soins sur une plus large aire. Les lieux centraux concentrent donc les services au sommet de la pyramide des services de santé.

Dans les pays en développement, la structure hiérarchique du système de soins peut dès lors être mise en relation avec une autre hiérarchie qui est la hiérarchie urbaine. Les lieux centraux sont représentés par les villes (au sommet de la hiérarchie urbaine) qui rayonnent sur leur agglomération et banlieue ce qui fait dire que la localisation des services de santé devrait être corrélée à la hiérarchie urbaine. Mérenne-Schoumaker (2008) remarque que la plupart des services aux personnes sont corrélés à la hiérarchie urbaine.

A l'aide de l'approche statistique basée sur l'application du test non-paramétrique du Chi2, nous allons chercher à comprendre les liens entre l'organisation/répartition spatiale des services de santé du secteur public et la hiérarchie urbaine à l'échelle de la wilaya d'Annaba. Nous analysons, à l'aide de statistiques communales de la direction de la santé, quatre indicateurs de l'offre de soins : la densité des praticiens de santé, le nombre de lits d'hospitalisation, la diversité des services d'hospitalisation et enfin les établissements de santé mettant en évidence leur place dans la pyramide de l'offre de soins.

La question de l'organisation des services de santé peut être analysée de multiples manières, elle peut porter sur des aspects touchant à la demande ou à l'inverse sur des aspects touchant à l'offre. Alors que certains auteurs y voient le renforcement des lieux centraux en association avec la hiérarchie urbaine, d'autres l'associent à l'émergence d'un nouveau modèle d'organisation spatiale des services : le modèle en réseau (Trotta, 2009).

Ainsi, on peut se poser les questions suivantes : Est-il possible d'identifier un modèle d'organisation spatiale des services de santé du secteur public dans la wilaya d'Annaba? Existe-il une relation entre la hiérarchie des services de santé et la place occupée au niveau de la hiérarchie urbaine. Plus spécifiquement, l'organisation spatiale des services de santé du secteur public correspondrait-elle à la logique dictée par les lieux centraux qui apparaissent dans des systèmes de santé où la planification joue un rôle très important?

L'hypothèse principale était : l'organisation spatiale des services de santé du secteur public suit la loi d'urbanisation et que la hiérarchie des services est un reflet de la hiérarchie urbaine. Ainsi, dans les communes totalement rurales, les services de santé de base (SCS) étaient offerts à la population par contre les établissements les plus élevés dans la pyramide comme les CHU se situent dans les grandes villes mettant en place un système à prédominance de relations verticales. Nous avons testé si la relation entre la hiérarchie des services de santé et lieux centraux s'était renforcée. L'organisation spatiale des services de santé est analysée au travers des concepts de pyramide des soins et de hiérarchie urbaine.

1.1. La hiérarchie des équipements et des services sanitaires publics à Annaba

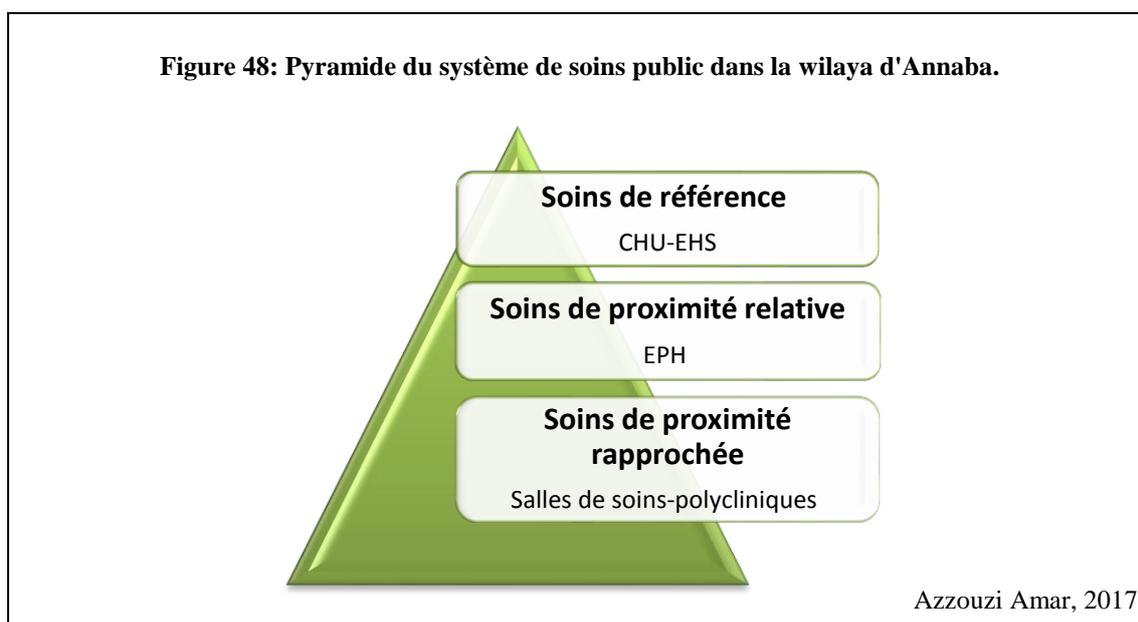
Le secteur public de santé de la wilaya comprend 96 établissements assurant le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 1544 lits d'hospitalisation. Ces structures diffèrent par leur statut juridique, leur taille et leurs missions. Elles sont classifiées en trois catégories et peuvent être représentées sous la forme d'une pyramide :

- *Les équipements et les services de proximité rapprochée (SCS et polycliniques)*

Conformément au décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des (EPSP), les SCS et les polycliniques sont devenues des structures extrahospitalières rattachées aux EPSP. Au niveau de la wilaya d'Annaba, on trouve 67 SCS et 18 polycliniques :

- La salle de soin est considérée comme l'unité médicalisée la plus proche du citoyen et le jalon primordial de la santé publique où sont prodigués les soins dits de base. Le réseau des salles de soins doit être de ce fait densifié en vue de disposer d'au moins une salle de soin dans chaque quartier.
- La polyclinique constitue l'unité de base médicalisée, essentielle en matière de soins de proximité. Elle couvre un bassin de population de 25000 habitants en milieu urbain. En prenant en considération la notion de distance, des contraintes socio-économiques, géographiques et de relief, ainsi que d'enclavement, la polyclinique peut couvrir un bassin de population de 3000 à 4000 habitants en milieu rural.

Figure 48: Pyramide du système de soins public dans la wilaya d'Annaba.



• *Les équipements et les services de proximité relative (EPH)*

Les trois (EPH) qui présentent une catégorie intermédiaire entre les deux niveaux (01 & 03) sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire et sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie, médecine interne), un plateau technique et des consultations.

Tableau 49 : Les infrastructures hospitalières publiques dans la wilaya d'Annaba.

Type Infrastructure	Nombre de					
	Structures	Lits	Maternités	Services d'hospitalisation	Salles d'opérations	Labo
CHU	01	847	01	30	28	07
EHS	03	503	02	07	04	03
EPH	03	194	02	12	05	03
Total	07	1544	05	49	37	13

Source : DSP de la wilaya (01/01/2013)

- ***Les équipements et les services de référence (EHS et CHU)***

Les trois EHS ont en principe pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. En fait, ces hôpitaux qui abritent différentes spécialités (cardiologie, neurologie, orthopédie, rééducation...) peuvent héberger des services universitaires. Le CHU accueille les étudiants en médecine durant leur cursus. La fonction du CHU confère en outre la responsabilité de l'enseignement, de la recherche, de l'innovation, des techniques de pointe, des activités hautement spécialisées, de certaines activités telles la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et les transplantations. Dans ces domaines, le CHU se présente comme l'établissement de référence.

La notion de référent suggère l'idée d'une hiérarchie formalisée entre les différents établissements. Toutes les fonctions ne s'organisent pas obligatoirement sur les trois niveaux et un niveau peut être assuré par un seul établissement de soins ou plusieurs organisés en réseau.

1.2. La hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba

Les définitions des notions d'urbain et de rural recouvrent des réalités bien différentes selon les pays. Sur le plan théorique, la définition du "milieu urbain", par opposition au "milieu rural", pose d'énormes difficultés d'ordre méthodologique. La diversité des définitions officielles ou statistiques de la "population urbaine" selon les pays reflète cette difficulté. Donc, avant de présenter la hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba, il est très nécessaire de rappeler les principales définitions de l'urbain utilisées au niveau international ainsi que celles utilisées en Algérie lors du RGPH de 2008.

- ***Définition de l'urbain au niveau international***

Au niveau international, il existe des différences dans les caractéristiques qui distinguent les zones urbaines des zones rurales. Cette distinction n'est pas soumise à une définition unique qui serait applicable à tous les pays ou à une région du monde. Comme il n'existe pas de recommandations internationales ou régionales sur la question, les pays établissent leurs définitions conformément à leurs propres besoins.

La distinction traditionnelle entre les zones urbaines et rurales dans un pays est basée sur l'hypothèse que les zones urbaines, quelque soit leurs définitions fournissent un mode de vie et généralement un niveau de vie différent de celui que l'on trouve dans les zones rurales.

Dans les pays en développement, bien que les différences entre les niveaux de vie urbains et ruraux restent importantes, l'urbanisation rapide a créé un grand besoin d'informations relatives aux différentes tailles des zones urbaines. Il faut reconnaître, toutefois, qu'une distinction selon les régions urbaines et rurales basées uniquement sur la taille de la population des localités n'offre pas toujours une base satisfaisante pour la classification, en particulier dans les pays hautement industrialisés.

Certains pays ont développé une classification des localités fondées non pas sur la taille de la population, mais seulement sur la «structure socio-économique de la population», dans les localités. D'autres ont essayé d'exprimer les degrés de l'urbanisation par l'utilisation d'indices de densité de population, etc.

La densité de peuplement ne peut, toutefois, être un critère suffisant dans de nombreux pays, en particulier là où il y a des grandes localités qui sont toujours caractérisés par un mode de vie purement rural. Ces pays trouvent qu'il est nécessaire d'utiliser des critères supplémentaires dans l'élaboration des classifications qui sont plus distinctifs qu'une simple différenciation entre l'urbain et le rural.

Certains des critères supplémentaires sont utilisés tels que :

- le rang administratif de la localité;
- le pourcentage de la population économiquement active employée dans l'agriculture;
- la disponibilité générale d'électricité et / ou de l'eau courante ;
- la facilité d'accès aux soins médicaux;
- les écoles et les installations de loisirs (ONS, 2011).

En règle générale, il existe deux grands types de critères qui sont utilisés pour définir les unités urbaines : quantitatifs, mesurables, et qualitatifs (voire subjectifs). Ces deux types de définition eux mêmes se subdivisent en plusieurs critères qui peuvent être utilisés seuls ou combinés.

Plusieurs pays fixent **un nombre d'habitants minimum** pour définir le caractère urbain d'une localité. Mais le seuil minimum requis pour qu'une localité soit urbaine varie de quelques centaines d'habitants à 20 000 habitants. Le choix du seuil est une conséquence de la spécificité du système de peuplement. Une localité d'un millier d'habitants en France ou en Suède offre sans doute le même niveau de services qu'une agglomération fortement peuplée de l'Egypte, de l'Inde ou de la Chine.

Dans certains pays, les localités sont qualifiées de centres urbains en raison de leurs **fonctions administratives** (préfecture, chef-lieu) comme dans de nombreux pays d'Afrique ou de leur statut législatif particulier comme en Allemagne, Hongrie ou encore en Roumanie.

Certains critères fondés sur **les activités des habitants** sont aussi utilisés. Généralement, ils sont élaborés de manière à éliminer les localités où il existe une large proportion d'actifs dans le secteur agricole. Les seuils et procédés de sélection varient d'un pays à l'autre.

Certains pays différencient quantitativement et qualitativement la zone urbaine de la zone rurale par **les emplois, les services et fonctions** qu'elle offre. Les procédés de sélection varient le plus souvent avec le niveau de développement et la nature du régime politique. Une variante de ce critère est fondée sur la possession d'équipements spécifiques.

D'autres critères basés sur **le mode de vie**, la façon d'habiter qui distingue l'urbain du rural. Ainsi une localité est qualifiée d'urbaine si elle présente une densité minimale au niveau du bâti. C'est le cas au Venezuela (1000 habitants/km²). Il faut noter enfin que les différents critères présentés ci-dessus ne sont pas exclusifs les uns des autres au point que certains pays utilisent même une combinaison de critères.

- **Les stratifications retenues en Algérie :**

Il existe en Algérie deux types de stratification des agglomérations urbaines :

- les stratifications de type légal ;
- les stratifications de type statistique.

- ✓ **Les strates légales**

Deux textes définissent leur propre stratification. Il s'agit des lois :

- N° 2001-20 du 12/12/01 relative à l'aménagement et au développement durable du territoire;
- N° 2006-06 du 20/02/06 portant loi d'orientation de la ville.

Tableau 50: Terminologie employée dans la loi 2001-20.

Strate	Définition
Région-programme d'aménagement et de développement	Territoire constitué par plusieurs wilayas limitrophes et présentant des caractéristiques physiques et des vocations de développement similaire ou complémentaire
Métropole	Agglomération urbaine dont la population totalise au moins 300 000 habitants et qui a vocation, outre ses fonctions régionales et nationales, à développer des fonctions internationales
Aire métropolitaine	Territoire à prendre en considération afin de maîtriser et organiser le développement d'une métropole
Grande ville	Agglomération urbaine dont la population totalise au moins 100 000 habitants
Ville nouvelle	Agglomération urbaine programmée dans sa totalité, sur un site vierge ou à partir d'un ou de plusieurs noyaux d'habitat existants
Zone sensible	Espace écologiquement fragile où des actions de développement ne peuvent être menées sans tenir compte de sa spécificité

Les planchers de 5000, 20000 et 50000 habitants définissent respectivement les agglomérations urbaines, les petites villes et les villes moyennes. Au-dessus de 100 000 habitants la métropole se différencie de la grande ville par la conjonction de deux conditions :

- un plancher de population (300 000 habitants) ;
- un critère qualitatif (avoir vocation, outre des fonctions régionales et nationales, à développer des fonctions internationales).

Tableau 51: Terminologie employée dans la loi 2006-06.

Strate	Définition
Ville	Agglomération urbaine ayant une taille de population supérieure à 100000 habitants et disposant de fonctions administratives, économiques, sociales et culturelles
Ville moyenne	Agglomération urbaine dont la population est comprise entre 50000 et 100 000 habitants
Petite ville	Agglomération urbaine dont la population est comprise entre 20000 et 50 000 habitants
Agglomération urbaine	Espace urbain abritant une population agglomérée d'au moins 5000 habitants
Quartier	Partie de ville délimitée sur la base d'une combinaison de données relatives à l'état du tissu urbain, à sa structure, à sa composition et au nombre d'habitants y résidant

Le tableau suivant synthétise ces définitions.

Tableau 52 : Strates définies par les deux lois 2001-20 et 2006-06.

Lois	Strate	Définition
2001-20	Métropole	Agglomération urbaine dont la population totalise au moins 300 000 habitants et qui a vocation, outre ses fonctions régionales et nationales, à développer des fonctions internationales.
	Grande ville	Agglomération urbaine dont la population totalise au moins 100 000 habitants.
2006-06	Ville moyenne	Agglomération urbaine dont la population est comprise entre 50 000 et 100 000 habitants.
	Petite ville	Agglomération urbaine dont la population est comprise entre 20 000 et 50 000 habitants.
	Agglomération urbaine	Espace urbain abritant une population agglomérée d'au moins 5 000 habitants.

✓ Les strates statistiques de 2008

Depuis l'indépendance, l'Algérie a réalisé cinq (5) recensements. A l'occasion de chacun de ces recensements, des critères ont été utilisés pour distinguer les populations urbaines et rurales. Cependant, les critères utilisés ont toujours été sujet à des critiques et donné lieu à des débats entre les différents utilisateurs. Les critères retenus pour définir le milieu urbain, en 2008, sont :

❖ Un seuil minimum d'habitants :

En ce concerne le seuil minimum des habitants, une réalité proprement urbaine peut difficilement apparaître en Algérie au dessous de 5 000 habitants.

❖ **L'activité économique :**

On estime que la caractéristique fondamentale d'une ville est que les personnes actives qui y vivent n'exercent pas d'activités agricoles ou du moins dans une très faible proportion (moins de 25 % du total).

❖ **Les Conditions obligatoires :**

- ✓ Raccordement au réseau d'AEP,
- ✓ Raccordement au réseau d'électricité,
- ✓ Raccordement au réseau d'assainissement.

❖ **Les conditions complémentaires :** trois parmi les cinq suivantes :

- ✓ L'existence d'un hôpital ou polyclinique,
- ✓ L'existence d'un lycée ou d'un collège d'enseignement moyen,
- ✓ L'existence d'équipements socioculturels (crèches, maisons de jeunes, différents centres...),
- ✓ L'existence d'infrastructures de sports et de loisirs (stades, parcs d'attractions, cinémas, théâtres ...),
- ✓ L'existence d'équipements administratifs (bureaux de poste, tribunal, certaines administrations ...).

❖ **Le taux annuel moyen d'accroissement de la population entre 98 et 2008 :**

Cet indicateur a été retenu pour connaître le degré d'attraction de l'agglomération. Ce dernier a été utilisé avec prudence car il a été estimé qu'un fort taux d'accroissement d'une agglomération ne représentait pas forcément un bon indicateur.

Parce qu'elles présentent des réalités urbaines différentes (Annaba, Oran, Constantine et Alger) et pour mettre cette réalité en évidence nous avons adopté une nouvelle strate constituée d'Alger, Oran, Constantine et Annaba. Cette classe, dénommée "métropoles urbaines"¹ est définie comme "*une Agglomération urbaine dont la population totalise au moins 300 000 habitants et qui a vocation, outre ses fonctions régionales et nationales, à développer des fonctions internationales*" (ONS, 2011).

Le territoire rural tel qu'il résulte de la délimitation des unités urbaines demeure très hétérogène. Entre le milieu foncièrement rural et le milieu urbain se trouvent des zones intermédiaires dont la population ne vit pas en majorité de l'agriculture, mais travaille en partie dans des unités urbaines voisines et occupe des logements qui se distinguent plus ou moins de ceux des ruraux.

¹ C'est la définition adoptée par la loi 2001-20 du 12/12/2001 relative à l'aménagement et au développement durable du territoire.

C'est pourquoi le besoin s'est fait ressentir de dégager dans le milieu rural la catégorie de population semi-rurale qui vit dans des agglomérations présentant des caractéristiques proches de l'urbanisation (activités non agricoles relativement importantes, existence de caractéristiques d'urbanité ...). Le semi rural est défini selon les critères suivants :

- seuil minimum d'habitants fixé à 3 000,
- nombre d'occupés égale à 500 dont au moins 50 % d'entre eux exercent des activités non agricoles,
- le raccordement obligatoire aux trois réseaux (AEP, électricité, assainissement).

• ***La hiérarchie urbaine dans la wilaya***

On basant donc sur la classification établie par l'ONS pour l'ensemble des 1541 entités communales constituant l'Algérie (les données du RGPH 2008). Les critères retenus ont permis de classer les douze communes de la wilaya en cinq catégories comme suit :

Tableau 53: Les catégories de la hiérarchie urbaine de la wilaya et leurs communes.

	Catégorie	Communes
01	Métropole urbaine	- Annaba
02	Villes moyennes	- El Bouni et El Hadjar.
03	Petites villes	- Ain Berda, Berrahal, Sidi Amar et Séraïdi.
04	Agglomérations urbaines	- Chétaïbi et Oued Aneb.
05	Communes non urbaines	- Cheurfa, Eulma et Tréat.

On entendait par commune urbaine toute commune ayant au moins une agglomération urbaine. Les communes rurales quant à elles ne renferment que des agglomérations semi-rurales, rurales et/ou de la population éparses.

2. Matériel et méthodes

Nous recherchons l'existence d'une corrélation entre l'offre de soins du secteur public et la hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba. Nous analysons, à l'aide de statistiques communales de la Direction de la santé et de la population (DSP) sur l'offre de soins à Annaba en 2012 et de nos enquêtes sur terrain, exactement quatre indicateurs de l'offre de soins : la densité des praticiens de santé (médecins généralistes, spécialistes, dentistes et pharmaciens), le nombre de lits d'hospitalisation, la diversité des services d'hospitalisation dans les communes et enfin les établissements de santé mettant en évidence leur place dans la pyramide de l'offre de soins. La relation a été étudiée au travers du test non-paramétrique du Chi2.

- La densité des praticiens de santé est un indicateur classique pour illustrer l'offre de soins dans les différents types de communes : Il y a une concentration des praticiens et notamment les spécialistes dans les grands centres urbains, par contre les communes totalement rurales sont presque dépourvues des praticiens et même les généralistes. Nous allons prendre les moyennes obtenues pour chaque classe de la hiérarchie. Les

moyennes sont calculées en faisant le rapport du nombre total de praticiens des communes d'une classe donnée divisé par la population correspondante.

- Le nombre de lits d'hospitalisation traduit l'importance de la commune : les villes au sommet de la hiérarchie ont le plus grand nombre de lits mais les communes de banlieues sont moins bien équipées et enfin les communes non urbaines dépourvues totalement en matière de lits.

- Le nombre ou bien la diversité de services d'hospitalisation dans les infrastructures : traduit le fait que les lieux centraux concentrent les services de plus haut ordre comme la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie, nous avons essentiellement traité les services d'hospitalisation car ils sont les seuls à présenter une statistique précise permettant d'en quantifier l'importance grâce à leur nombre de lits respectif repris par établissement. Pour obtenir la diversité de services d'hospitalisation, le nombre est calculé en faisant la somme de services pour chaque commune puis la somme des communes d'une classe donnée. On trouve 49 services d'hospitalisation (avec 34 spécialités) répartirent sur les douze communes de la wilaya.

- Dans les communes totalement rurales, les établissements de soins de base (salles de soins) étaient offerts à la population par contre les établissements les plus élevés dans la pyramide comme les CHU se situeront dans les grandes villes. Précisons que le CHU est un hôpital multi-établissements, pouvant être situés dans des communes fort différentes, nous avons fait le choix de travailler par établissement et de rattacher les services offerts par chaque établissement à la commune dans laquelle il est localisé. Les salles de soin n'ont pas été représentées dans l'analyse, elles sont disponibles de manière plus homogène sur toutes les communes de la wilaya.

3. Les résultats

Tout d'abord, quelques observations doivent être faites. On remarque d'un part une hiérarchie technique et médicale des hôpitaux génératrice d'une hiérarchie urbaine ressentie par la population. L'offre de soins n'est pas répartie au hasard. Un modèle ou une loi statistique simple se dégage : plus la ville est grande, plus l'offre y est en général diversifiée et abondante. D'autre part une très grande concentration de l'offre de soins dans la ville d'Annaba et que les variations, pour chaque type de la classification, sont importantes :

3.1. La catégorie métropole urbaine

Avec une seule commune (ville) qui est d'un côté l'ACL de la wilaya et d'autre côté la quatrième métropole urbaine de l'Algérie après Alger (capitale), Oran et Constantine. D'autre part, la première position d'Annaba dans la hiérarchie souligne sans doute l'influence de l'activité universitaire sur l'offre de soins. En effet, la ville est un siège de faculté de médecine avec leur CHU qui représente à lui seul plus de 90 % de l'offre de soins publics pour la commune, puisque 70 % des médecins spécialistes du secteur public en Algérie sont concentrés dans les wilayas siège de villes de faculté de médecine.

Chapitre 4 : Etude de la relation entre la hiérarchie urbaine et la hiérarchie des équipements et des services sanitaires du secteur public dans la wilaya d'Annaba.

La répartition géographique de l'offre de soins est plus profondément déséquilibrée encore que celle de la population. Avec 41 % de la population totale de la wilaya, la ville concentre, concernant le secteur public en 2012, plus de 70 % des médecins spécialistes avec un ratio plus de 16 spécialistes/10 000 habitants, largement supérieur (plus que quatre fois) de la moyenne nationale (3.88).

Tableau 54: Concentration des praticiens publics dans la métropole "ville d'Annaba".

	Spécialistes		Généralistes		Dentistes		Pharmaciens		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Annaba ville	429	71.14	202	40.08	74	50.68	15	60	709	55.48
La wilaya	603	100	504	100	146	100	25	100	1278	100
Source : DSP de la wilaya (01/01/2013) + traitement personnel.										

Plus de 40 % des généralistes soit un ratio de 7.72 généralistes/10 000 habitants, largement supérieur à la moyenne nationale (6.75). Plus de 50 % des dentistes, soit un ratio de 02.83 dentistes/10 000 habitants, largement supérieur de la moyenne nationale (1.95). 60 % des pharmaciens, soit un ratio de 0.57 pharmaciens/10 000 habitants, largement supérieur à la moyenne nationale qui est de (0.29). Donc la métropole urbaine (la ville d'Annaba) comprend plus de 55 % des praticiens de la wilaya.

Tableau 55: Répartition des établissements de santé du secteur public selon la hiérarchie urbaine dans la wilaya en 2012.

Hiérarchie urbaine	Communes	CHU	EHS	EPH	Poly	SCS
Métropole	Annaba	01	01	/	07	14
Total	01	01	01	/	07	14
Villes moyennes	El Bouni		01		02	10
	El Hadjar			01	02	04
Total	02	/	01	01	04	14
Petites villes	Ain Barda			01	01	06
	Berrahal				01	04
	Sidi Amar				02	07
	Séraïdi		01		01	02
Total	04	/	01	01	05	19
Agglomérations	Chétaïbi			01	01	03
	Oued Aneb				00	05
Total	02	/	/	01	01	08
Communes Non urbaines	Cheurfa				01	03
	Eulma				00	06
	Tréat				00	03
Total	03	/	/	/	01	12
Total général	12	01	03	03	18	67
Source : DSP de la wilaya (01/01/2013) + traitement personnel.						

De la totalité de 49 services d'hospitalisations, on trouve 32 soit plus de 65 % des services au niveau de la ville d'Annaba car elle est le siège de la faculté de médecine.

Le nombre de lits d'hôpitaux est très concentré dans la ville avec plus de 70 % soit un ratio de 41.57 lits/10 000 habitants, largement supérieur (plus que le double) à la moyenne national (17.39).

En ce qui concerne la place supposée des établissements dans la pyramide de l'offre de soin, la ville concentre 100 % des établissements constituant le CHU soit 03 hôpitaux et 04 cliniques spécialisées, 01 EHS parmi 03 au niveau de la wilaya et 39 % des polycliniques soit un ratio de 0.27 poly/10 000 habitants, légèrement inférieur à la moyenne national (0.42).

3.2. La catégorie villes moyennes

Comprend deux communes El Bouni et El Hadjar avec une population relativement importante qui représente presque 27 % des habitants de la wilaya. Les deux communes comprennent plus de 23 % des médecins spécialistes avec un ratio de 08.16 spécialistes/10000 habitants, très faible (presque la moitié) par rapport au ratio de la première catégorie. Les généralistes présentent presque 25 % avec un taux de 07.34 généralistes/10 000 habitants, légèrement inférieur à la moyenne de la wilaya (7.96). Les dentistes occupent plus de 15 % du total soit 1.29 dentistes/10 000 habitants, largement inférieur à la moyenne de la wilaya (2.31).

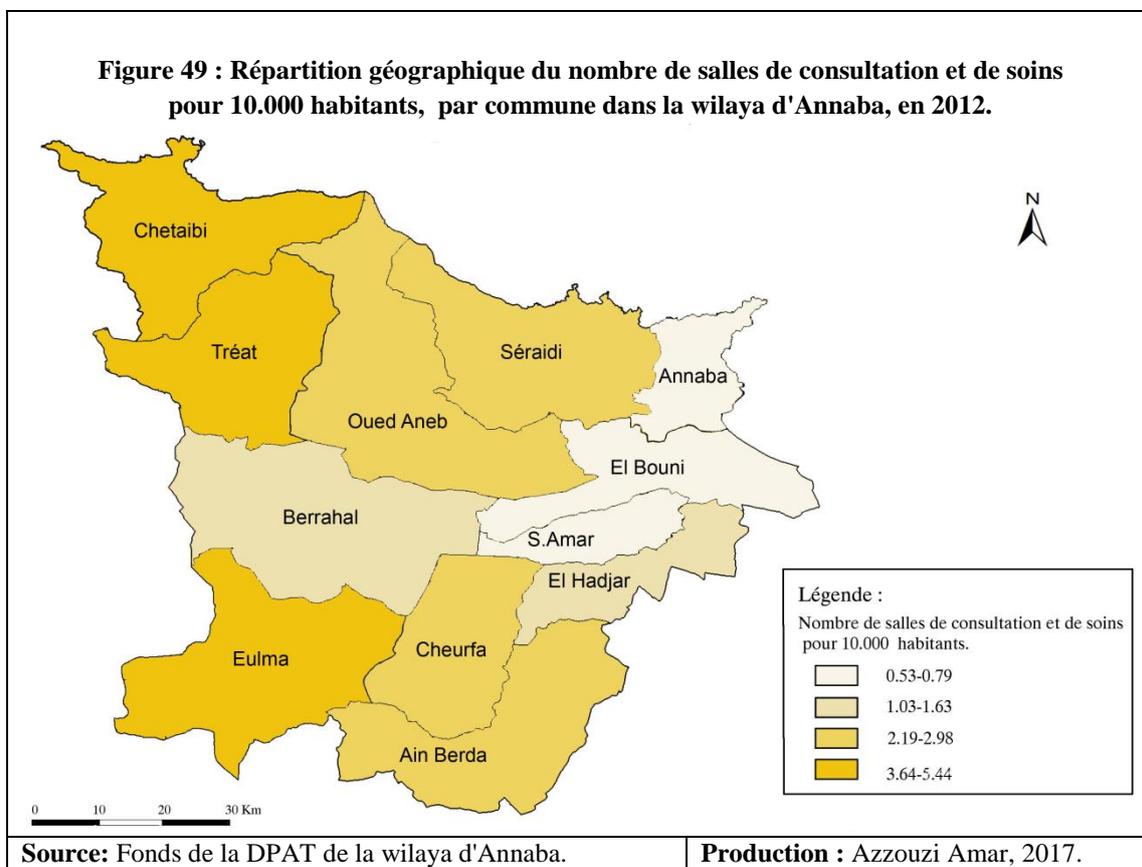


Tableau 56: Répartition des praticiens du secteur public par hiérarchie urbaine et par commune dans la wilaya d'Annaba en 2012.

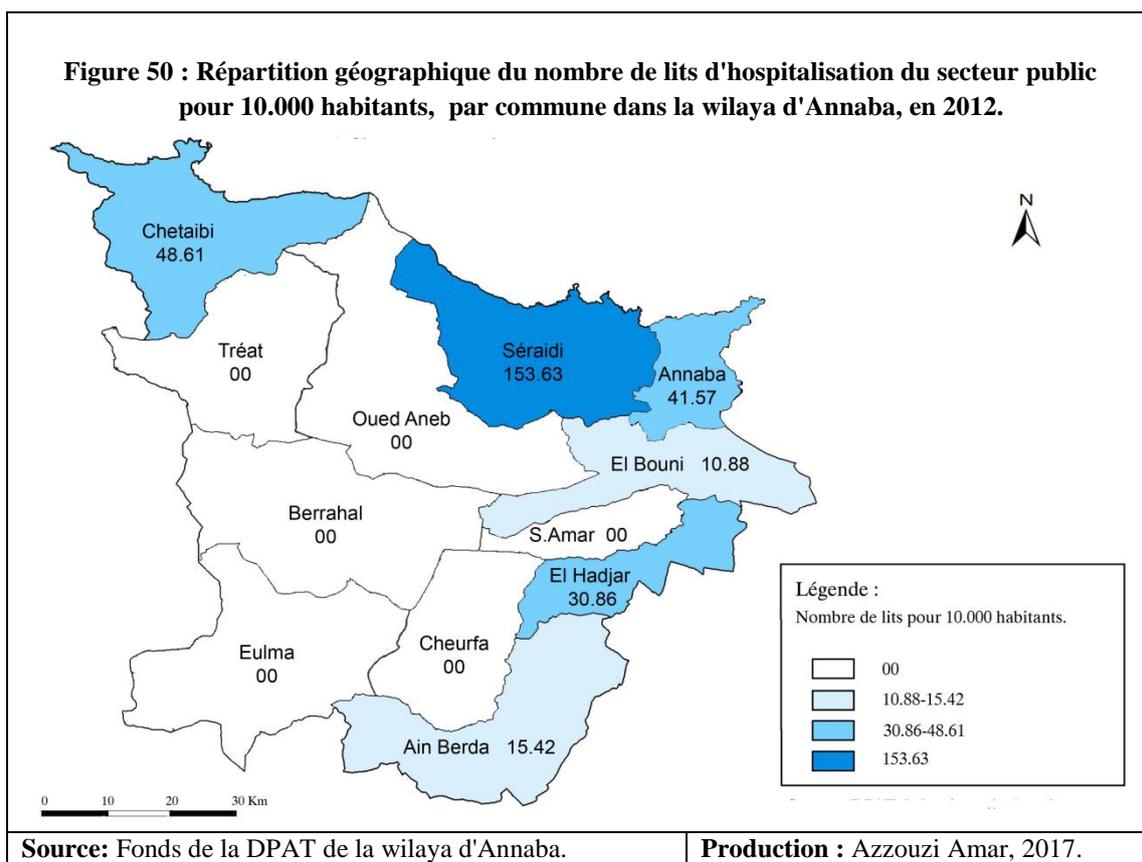
Hiérarchie urbaine	Communes	MS		MG		CD		Pharmacie	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Métropole	Annaba	429	71.14	202	40.08	74	50.68	15	60
Villes moyennes	El Bouni	72	23.05	67	24.80	11	15.07	00	12
	El Hadjar	67		58		11		03	
Petites villes	Ain Barda	13	06.96	36	25.41	04	23.97	01	20
	Berrahal	08		52		11		03	
	Sidi Amar	05		31		16		00	
	Séraïdi	16		09		04		01	
Agglomérations	Chétaïbi	04	00.66	16	05.55	06	06.85	02	08
	Oued Aneb	00		12		04		00	
Communes Non urbaines	Cheurfa	00	00	09	04.16	01	03.43	00	00
	Eulma	00		04		00		00	
	Tréat	00		08		04		00	
Total	12	603	100	504	100	146	100	25	100

Source : DSP de la wilaya (01/01/2013) + traitement personnel.

Pour ces deux communes, cette position forte s'explique par la présence, d'un côté, de l'EHS en pédiatrie d'El Bouni qui comprend l'unique spécialité à l'échelle de la wilaya (chirurgie pédiatrique), d'autre côté, de l'établissement public hospitalier (EPH) au niveau d'El Hadjar. Ces deux établissements offrent les 10 services de la catégorie (parmi 49), 263 lits d'hospitalisation soit 100 % du total de cette classe et plus de 17 % du total de la wilaya avec un taux de 15.45 lits/10 000 habitants, largement inférieur à la moyenne de la wilaya (24.4). En ce qui concerne les établissements, ces deux communes comprennent aussi quatre polycliniques soit un ratio de 0.23 polyclinique/10 000 habitants, inférieur à la moyenne de la wilaya (0.28).

3.3. La catégorie de petites villes

Se constitue de quatre commune Ain Berda, Berrahal, Sidi Amar et Séraïdi avec 142 370 habitants. La catégorie dispose en moyenne de 2.95 spécialistes et de presque 9 généralistes pour 10 000 habitants, la moyenne de spécialistes est très faible de celle de la wilaya (9.52). Les spécialistes de ces communes, qui exercent dans les structures publiques sont confrontés à une demande très importante malgré la présence d'un EHS à vocation régionale de Séraïdi et un EPH à Ain Berda et cinq polycliniques appartiennent aux EPSP.



Le nombre de lits d'hospitalisation (154) reste faible et insuffisant par rapport à la population des quatre communes (10.82 lits/10 000), moyenne largement inférieure (moins de la moitié) à celle de la wilaya (24.4). Les services existants au nombre de quatre offerts par les deux hôpitaux, EHS de Séraïdi (avec une seule spécialité régionale) et EPH de Ain Berda (avec 3 services).

Tableau 57: Le nombre, le pourcentage et le ratio lits/10 000 habitant selon la hiérarchie urbaine dans la wilaya en 2012.

Hiérarchie urbaine	Population		Lits d'hospitalisation		
	Nombre	%	Nombre	%	Ratio
Métropole	261501	41.32	1087	70.40	41.57
Villes moyenne	170268	26.91	263	17.03	15.45
Petites villes	142370	22.50	154	09.97	10.82
Agglomérations non urbaines	31055	04.91	40	02.60	12.88
TOTAL	632829	100	1544	100	24.40

Source : DSP de la wilaya (01/01/2013) + traitement personnel.

3.4. La catégorie agglomérations urbaines

Compte 31 055 habitants répartirent sur deux communes. Chétaibi dispose d'un EPH et une polyclinique avec 04 spécialistes et 16 généralistes contrairement à Oued Aneb où il n'existe aucun établissement de soins public sauf les salles de soins, ni spécialiste, ni pharmacien. Cette situation nous donne des moyennes très faibles 1.29 spécialistes/10 000 habitants et 0.64 pour les pharmaciens, concernant les généralistes et les dentistes, les ratios sont largement supérieurs à la moyenne de la wilaya (9) et (3.22).

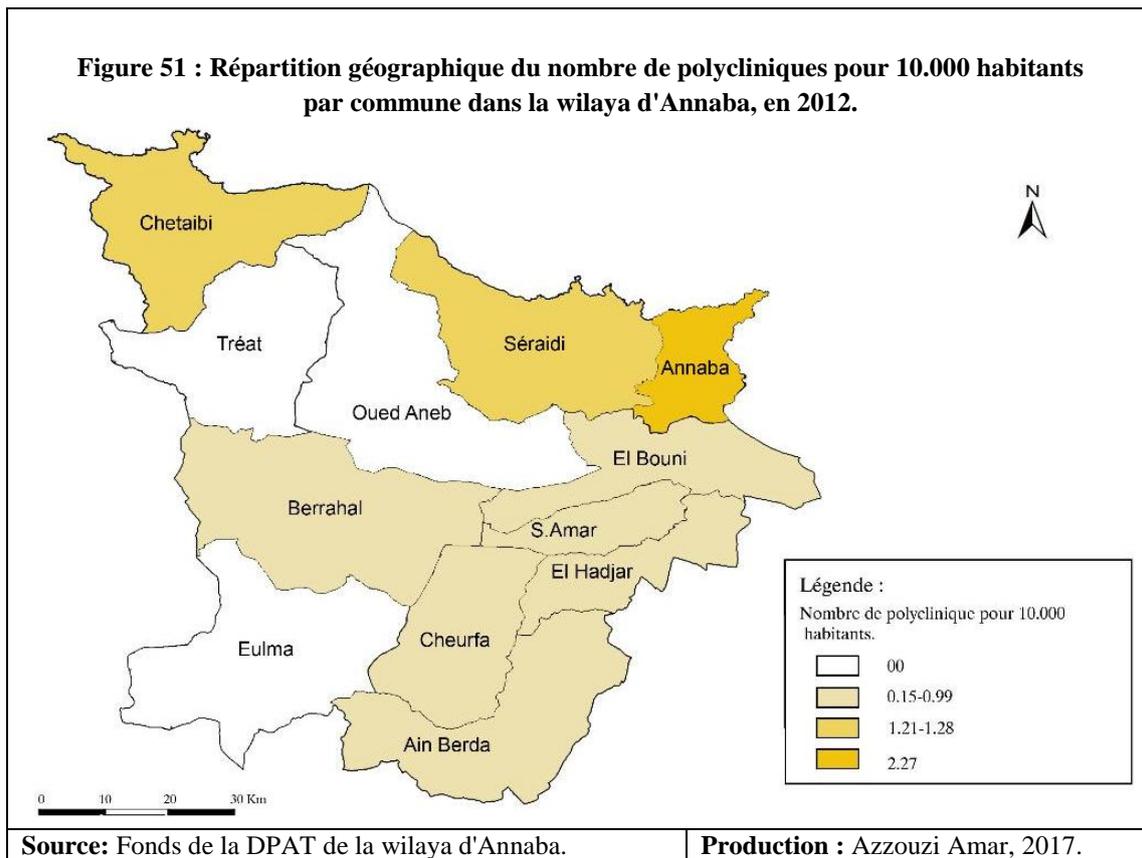
Tableau 58: Les services d'hospitalisation offerts selon la hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba en 2012.

Hiérarchie urbaine	Communes	Les services d'hospitalisation		
		Nombre		%
Métropole	Annaba	32	32	94.11
Villes moyennes	El Bouni	04	10	29.41
	El Hadjar	06		
Petites villes	Ain Berda	03	04	11.76
	Berrahal	/		
	Sidi Amar	/		
	Séraïdi	01		
Agglomérations urbaines	Chétaibi	03	03	08.82
	Oued Aneb	/		
Communes non urbaines	Cheurfa	/	/	/
	Eulma	/		
	Tréat	/		
	TOTAL	34 services offerts		/
Source : DSP de la wilaya (01/01/2013) + traitement personnel.				

L'établissement public hospitalier (EPH) de Chétaibi offre 03 services (parmi 49) et 40 lits d'hospitalisation avec un taux de 12.88 lits/10 000 habitants, ce dernier représente presque la moitié de la moyenne de la wilaya (24.4).

3.5. La catégorie des communes non urbaines

Composés de trois communes Cheurfa, Eulma et Tréat avec un nombre d'habitants relativement faible (27 635 habitants). On peut confirmer qu'il y a une désertification médicale dans cette catégorie, il n'existe aucun spécialiste, ni pharmacien, ni lits, ni service d'hospitalisation dans les trois communes.



Les deux communes Tréat et Eulma dépourvues totalement en matière de polycliniques et de dentistes. Donc la situation est catastrophique avec une seule polyclinique à Cheurfa qui comprend un seul dentiste et quelques médecins.

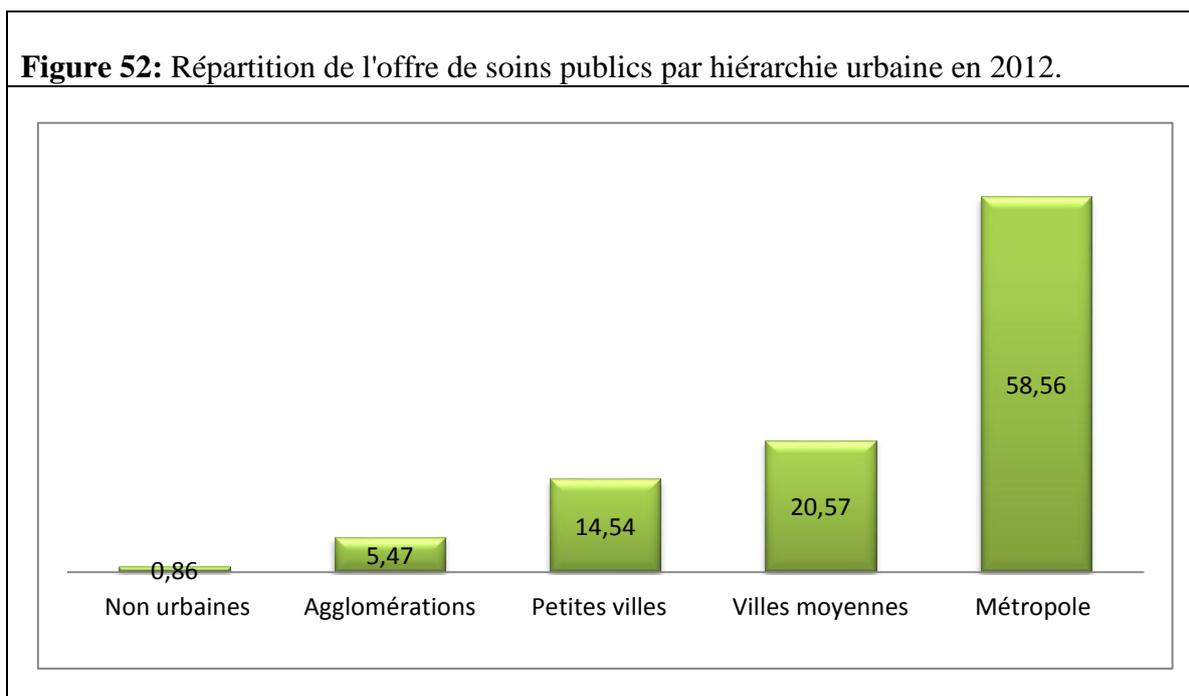


Tableau 59: Résultats des corrélations entre le nombre de lits par service d'hospitalisation et la hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba en 2012.

	Chirurgie générale	Médecine interne	pédiatrie	dermatologie	Génécologie Obstétrique
hiérarchie urbaine	0,88	0,79	0,92	-0,67	0,82

Source : Traitement personnel.

L'application du test du Chi2 au nombre de lits d'hospitalisation et la diversité de services offerte ont fait apparaître une relation significative avec la hiérarchie urbaine avec un risque d'erreur de 5 %.

Globalement l'offre de soin dans la wilaya est concentrée dans trois grands centres urbains et spécifiquement dans la ville d'Annaba. La moitié (6) des communes de la wilaya ne disposent d'aucun lit, d'aucun service d'hospitalisation et d'aucun pharmacien, cela en plus de l'éloignement pour accéder aux établissements de santé.

4. Discussion

Les établissements de soins contribuent à la structuration de l'espace du fait de leur inégale répartition. Comprendre la logique et les principes qui gouvernent la localisation de ces services, et a fortiori leur tendance à la répartition spatiale, constitue de ce fait un enjeu majeur car de celle-ci dépend en grande partie la santé de la population (Merenne-Schomaker & Moyart, 2006). On peut déterminer deux logiques qui sont derrière la localisation spatiale des établissements de soins publics à Annaba :

4.1. La théorie des lieux centraux : les équipements et les services les plus spécialisés sont situés dans les centres urbains les plus importants.

Les services banaux ou commerces de proximité sont situés partout dans l'espace au voisinage des populations. Par contre, « pour les services de niveau supérieur, la clientèle de proximité ne constitue pas un marché suffisant, et les implantations doivent être plus spécifiques » (Beaud & al, 1997). Dans un espace homogène, la théorie des lieux centraux démontre que la meilleure solution pour que les services desservent l'ensemble de la population est une structure en hexagones réguliers dont la taille varie suivant la rareté du service. Les villes sont alors considérées comme des lieux dans les dynamiques économiques pour les activités de biens et services et servent à acquérir, diffuser et évaluer l'information (Claval, 2008).

La régularité de l'espacement des villes provient de l'hypothèse d'un comportement rationnel des consommateurs qui fréquentent le centre le plus proche ainsi que la concurrence entre les centres qui se partagent la clientèle. La hiérarchie des niveaux de services se traduit par un nombre plus petit et un espacement plus important des centres lorsque ces services sont rares. Plusieurs observations menées dans des différentes régions du monde ont démontré l'utilité de la théorie des lieux centraux pour comprendre l'organisation spatiale des services.

La hiérarchie des services et la polarisation de l'espace s'appliquent aussi aux services médicaux. Les soins médicaux comme les autres services publics doivent assurer l'équité spatiale, En effet, le système doit fournir une égalité d'accès à tous pour des besoins équivalents (Lucas–Gabrielli & al, 2001).

Cette hiérarchie des degrés de spécialisation des soins correspond à la théorie des lieux centraux de W. Christaller : les services les plus spécialisés tels que les (CHU) sont situés dans les centres urbains les plus importants, tandis que les services de soins plus courants tels que les médecins généralistes, sont présents dans des villes de niveau secondaire et le consommateur a donc moins de distance à parcourir pour y accéder (Fleuret, 2012). Cependant, si la relation entre la hiérarchie urbaine et la pyramide des soins a longtemps été mentionnée par les géographes, ces liens sont remis en cause dans de nombreux domaines.

Par ailleurs, cette théorie repose uniquement sur la distance géographique à vol d'oiseau et sur les choix rationnels des consommateurs, or d'autres facteurs sont à l'œuvre. Par exemple, le consommateur ne choisit pas systématiquement le centre le plus proche mais il a tendance à effectuer des voyages à buts multiples en s'approvisionnant simultanément pour des services de niveau inférieur dans un centre de niveau supérieur.

Le consommateur est alors prêt à parcourir une distance plus longue, dans le but de grouper ses achats grâce à une offre de services plus diversifiée. Les services de proximité et intermédiaires sont peu utilisés ce qui renforce l'hétérogénéité des territoires et donc la hiérarchie urbaine (Raynaud, 2013).

La cartographie des ressources sanitaires illustre à quel point celles-ci sont indissociables du stade d'urbanisation. Il y a une concentration des structures de soins dans les centres-villes qui pour l'essentiels rassemblent les hôpitaux. Il s'agit des établissements les plus anciennement implantés. Ainsi, les communes les plus anciennement urbanisées, Annaba, El Hadjar, Séraïdi et El Bouni rassemblent la majorité des hôpitaux (80 %) alors que les autres communes périphériques urbaines (Sidi Amar, Berrahal) sont davantage équipées en ressources sanitaires primaires.

Nous remarquons aussi que la hiérarchie hospitalière suit la loi d'urbanisation et les établissements les plus élevés dans la pyramide comme les CHU se situent dans les villes les plus peuplées. Les équipements matériels lourds sont des critères de qualité de soins et vont entraîner un poids conséquent pour les établissements détenteurs, dans leur position hiérarchique et leur attraction (Tonnellier & Vigneron, 1999).

4.2. À chaque niveau de l'hiérarchie urbaine, un élément de la pyramide sanitaire

Dans la wilaya d'Annaba, l'organisation du système de soins public est pyramidale et se calque sur les différentes classes de l'hiérarchie urbaine de l'ONS pour l'année 2008. Elle existe cinq catégories de l'hiérarchie : non urbaines, agglomérations urbaines, petites villes, villes moyennes et métropole. Le déploiement spatial du système de soins qui consacre la répartition inégalitaire de l'offre de soins sur les différents territoires par la distribution des

infrastructures, des équipements, des moyens, des capacités selon une logique épousant la logique de la hiérarchie urbaine des territoires (Bouledroua, 2010). Dans notre périmètre d'étude, à chaque catégorie de l'hiérarchie urbaine, un élément de la pyramide sanitaire comme suit :

- ***à l'échelle des communes non urbaines***

Les salles de consultations et de soin (SCS) assurent les besoins de santé primaires, les consultations de médecine générale et les soins généraux (injections et pansements). C'est l'exemple de Tréat et Eulma.

- ***à l'échelle des agglomérations***

Les polycliniques organisent les activités de médecine générale, de soins dentaires, de soins ambulatoires et les consultations de spécialités de base. On trouve ici la commune de Chétaibi.

- ***à l'échelle des petites villes***

Les établissements publics hospitaliers (EPH) assurent l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation. C'est l'exemple d'Ain Berda.

- ***à l'échelle des villes moyennes***

Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS), premier niveau du système de référence, ont pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. C'est le cas d'El Bouni.

- ***à l'échelle de métropole***

Le CHU assure la responsabilité de l'enseignement, de la recherche, de l'innovation, des techniques de pointe et des activités hautement spécialisées. Ces structures sont localisées dans les wilayas siège de faculté de médecine comme Annaba.

L'organisation fonctionnelle du système de santé doit reposer sur un réseau d'établissements qui, selon l'importance de leurs plateaux techniques et de la population qu'ils ont à desservir, ne se retrouvent pas sur le même plan. La hiérarchie fonctionnelle doit conduire à l'assistance mutuelle et à une définition de l'utilisation en commun des moyens disponibles par zone de desserte. Sont donc définis, parmi les établissements de soins, les établissements de référence auxquels les autres font appel lorsque leurs moyens propres sont dépassés : l'hôpital de référence a des obligations vis-à-vis des autres hôpitaux du secteur (Jourdain & De Turenne, 1995).

Annaba « Capitale de l'Est » présente une planification sanitaire pyramidale de référence : à chaque classe de l'hiérarchie urbaine correspond un type de structure de soins. « La ville c'est les services de santé et les services de santé sont la ville tant les implantations de l'offre sont quasi exclusivement urbaines. Plus encore les hiérarchies de l'offre sont globalement

conformes aux hiérarchies urbaines » (Henrard, 1990). On peut confirmer que la hiérarchie des établissements de soins publics est un reflet de la hiérarchie urbaine :

D'un point de vue territorial, les inégalités de la répartition des professionnels de santé sont également très marquées. La situation devient préoccupante dans de nombreux territoires, fréquemment ruraux, ou dans les banlieues défavorisées des grandes métropoles. Ces situations ne concernent plus seulement quelques cantons isolés mais bien des départements entiers, voire des régions entières (Vigneron, 2013).

A Annaba, la répartition de l'offre de soins sur le territoire, est loin d'être optimum, qu'il s'agisse de l'offre généraliste ou spécialisée. Les essais de carte sanitaire n'ont pas abouti et les lits d'hospitalisation sont souvent concentrés dans des zones difficilement accessibles pour les populations rurales. Dans des zones géographiques entières, il est difficile de trouver une polyclinique ou même un généraliste, notamment dans les zones rurales, c'est l'exemple de Tréat et Eulma, deux communes rurales très enclavées.

Les outils de planification ne peuvent se contenter de respecter des ratios du type tant de lits par habitants, ils doivent se décliner en fonction des territoires. Si l'on assiste à un début de territorialisation des systèmes de santé, celle-ci est très fortement centrée sur la distribution des équipements de santé et ne constitue pas véritablement un axe majeur des politiques de santé, mais plutôt des politiques de soins (Chaoui & al, 2012).

Ces inégalités d'offre de soins ne se limitent pour autant pas aux seuls territoires ruraux mais s'observent même au sein des centres urbains, avec une moindre offre dans les zones urbaines défavorisées. C'est l'exemple d'Oued Aneb où il n'existe pas une polyclinique pour une agglomération qui dépasse 22 800 habitants, les patients doivent courir au moins 15 km pour atteindre la polyclinique de Berrahal qui couvre plus de 53 800 habitants.

Conclusion

L'inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires se pose dans la plupart des pays, indépendamment de leur niveau de développement. On ne peut que faire le constat d'une mauvaise répartition de l'offre aussi bien entre pays, qu'entre régions ou wilayas d'un même pays et plus précisément entre communes d'une même province, c'est le cas de notre terrain d'étude, la wilaya d'Annaba.

Annaba comme la plupart des wilayas de l'Algérie souffre de ces problèmes de pénurie d'offre de services de soins et notamment à l'échelle locale, notre étude aboutit à une conclusion qui confirme qu'il existe une relation entre la répartition spatiale des équipements et des services sanitaires du secteur public et la hiérarchie urbaine dans la wilaya, car les résultats des analyses statistiques non paramétriques sur la relation entre la hiérarchie urbaine et le nombre de lits d'hospitalisation par commune sont apparus comme significatifs. La hiérarchie des services de santé du secteur public à Annaba est un reflet de la hiérarchie urbaine : À chaque niveau de la hiérarchie urbaine, un élément de la pyramide sanitaire.

Chapitre 4 : Etude de la relation entre la hiérarchie urbaine et la hiérarchie des équipements et des services sanitaires du secteur public dans la wilaya d'Annaba.

Ce chapitre a permis également de constater que, comme on peut l'observer sur l'ensemble de la planète, les équipements et les services sanitaires, même primaires, se concentrent dans les grands centres urbains où sont implantés des hôpitaux universitaires, la taille de la population a une grande importance notamment pour les communes urbaines, les centres sont mieux dotés en équipements et services que les périphéries, la hiérarchie des équipements et des services sanitaires est un reflet de la hiérarchie urbaine, les communes à caractère rural sont sous équipées et/ou dépourvues totalement en matière de services de soins spécialisés.

Chapitre 5 : Motifs des choix d'installation des services sanitaires privés à Annaba.

1. Introduction

L'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de praticiens et une répartition géographique adéquate de ces derniers sur l'ensemble du territoire. Un manque de praticiens dans certaines régions peut accroître la durée des déplacements ou les délais d'attente des patients et être à l'origine de besoins en soins de santé insatisfaits. La répartition inégale des praticiens est un problème important auquel sont confrontés de nombreuses wilayas en Algérie, en particulier ceux comptant des communes isolées et à faible densité de population ou des zones urbaines défavorisées (OCDE, 2015). Dans ce chapitre nous allons chercher à comprendre les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des services de santé du secteur privé, au niveau de la wilaya d'Annaba, à partir de l'étude des motifs de choix d'installations des praticiens privés.

À Annaba, la densité médicale privée est très élevée comparativement aux autres wilayas. Cependant les praticiens du secteur privé sont très inégalement répartis sur un territoire. Cette inégale répartition représente aujourd'hui un enjeu majeur pour la santé de la population parce que d'un côté, même si l'existence de soins privés contribue à la diversité de l'offre en ville, son organisation spatiale ne respecte pas les principes d'équité d'accès (Meunier-Nikiema, 2015), d'autre côté, la disponibilité des soins au niveau d'une commune est liée essentiellement au nombre de praticiens qui y exercent.

Par ailleurs les médecins disposent d'une totale liberté d'installation. Celle-ci est en partie à l'origine des inégalités territoriales d'offre de soins (Chevillard, 2016). À Annaba, comme dans toutes les wilayas algériennes, à la fin de leurs études et après une période d'activité dans le secteur public, les médecins choisissent librement de s'installer dans la région de leur choix. Rien ne les empêche de s'installer dans des zones déjà fortement dotées en médecins.

L'inégale répartition spatiale des médecins se pose dans la majorité des wilayas, indépendamment de leur niveau de développement. On ne peut que faire le constat d'une mauvaise répartition de médecins bien entre wilaya, qu'entre agglomérations ou communes d'une même wilaya. À Annaba, même si les indicateurs de santé sont relativement corrects, la wilaya est cependant confrontée à un défi majeur de santé publique lié à de fortes inégalités géographique en matière de répartition et d'organisation spatiale des services de santé du secteur privé. Les disparités sont très marquées entre communes et plus précisément entre les aires urbaines d'une même ville ou commune. C'est le cas de notre terrain d'étude, où le ratio de médecins privés (médecin privé/habitants) varie largement - dix fois - entre la commune d'Eulma (1 médecin/10 000 habitants) et la commune d'Annaba (dix médecins).

La question de l'inégale répartition spatiale des services de santé du secteur privé peut être analysée de multiples manières. Des études menées pour expliquer le phénomène d'inégalité de répartition de l'offre insistent sur l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes praticiens qui souhaitent aujourd'hui concilier épanouissement personnel dans un cadre de vie

de qualité pour eux-mêmes et pour leur famille avec carrière professionnelle (trouver un équilibre entre vie privée, familiale et professionnelle, maîtriser son temps de travail, exercer dans un cadre sécurisé...) (CGET, 2015).

D'autres études se concentrent sur l'aspect urbain/rural, certains auteurs qui analysent les choix d'installation des médecins mettent en évidence l'impact des critères d'ordre personnel et/ou celui des facteurs macroéconomiques pour expliquer leurs comportements. À titre d'illustration, en France, Bilodeau et Leduc (2003) montrent également que se sont les facteurs personnels (connaissance antérieure de la région, lieu des études, etc.) qui conditionnent le plus le choix du lieu de pratique. Les facteurs contextuels tels que la réputation des établissements scolaires ont également un impact.

Ainsi, on peut se poser les questions suivantes :

- Est-ce que le nombre de médecins a un rapport avec l'état de santé de la population ?
- Est-ce qu'un ratio approprié entre les médecins et la population est atteint dans les communes urbaines ainsi que rurales ?
- Plus spécifiquement, est-il possible d'identifier les logiques qui sont derrière la localisation spatiale ou bien les motifs des choix d'installation des services sanitaires privés à Annaba ?

L'hypothèse principale était : d'un côté, les établissements sanitaires privés, notamment les services spécialisés, se concentrent dans les grands centres urbains ou se concentre une grande partie de la population avec un niveau économique élevé. En outre, la répartition spatiale inégale des services sanitaires privés à Annaba est déterminée par les motifs de choix d'installation des praticiens. En effet les grandes villes connaissent la plus grande concentration de services sanitaires privés alors que les régions rurales n'ont que peu d'établissements.

2. Méthodologie

2.1. Enquête et échantillonnage

Pour connaître et étudier les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des services sanitaires privés, nous avons effectué une enquête par questionnaire à partir d'un échantillon représentatif de médecins privés généralistes et spécialistes ayant débuté leur activité entre 1965 et 2012. Le choix de localisation des médecins est défini par commune d'exercice et par quartier au sein des grands centres urbains.

L'enquête est menée pendant un mois (du 10 juin au 7 juillet 2015) auprès de 190 médecins privés à Annaba dont 77 généralistes et 113 spécialistes, soit 51,7 % et 50,9 % des effectifs totaux de la wilaya, permettant ainsi d'effectuer des analyses statistiques. Afin de répondre aux questions posées et pour une meilleure compréhension, le questionnaire a été distribué par moi-même à l'ensemble des médecins main à main dans leurs cabinets. La collecte des formulaires était soit par voie postale ou dans la plupart des cas de main en main.

Toute commune, urbaine ou rurale, qui comprend au moins un médecin, généraliste ou spécialiste, a été enquêtée. Donc le nombre de communes à enquêter concernant les généralistes est de 10 dont 07 sont des communes urbaines, en ce qui concerne les spécialistes, le nombre est de 05 (100 % urbaines¹).

Pour que l'enquête soit représentative et pour éviter une surreprésentation ou sous-représentation. Dans chaque commune, on interroge la moitié des médecins installés.

Vu que les disparités dans la répartition des médecins sont plus marquées entre les zones d'une même commune (centre, agglomérations secondaires et les zones éparses). Le choix des médecins interrogés, pour chaque commune, doit couvrir ces trois zones. Pour le cas de la ville d'Annaba, où ce concentrent plus de 52 % des généralistes et 84 % des spécialistes de la wilaya, l'enquête couvre les grands quartiers.

Concernant les médecins spécialistes et pour que l'enquête couvre toutes les spécialités médicales, 50 % de l'effectif de médecins de chaque spécialité a été interrogés. Ici la méthode d'échantillonnage est aléatoire stratifié, l'inférence porte sur les communes retenues.

Marquée par une hétérogénéité dans la densité de la population, la wilaya d'Annaba représente des effectifs de médecins très disparates suivant les communes ou les types d'espaces considérés. Ainsi, dans l'ACL de la wilaya, 39 médecins généralistes ont été interrogés (soit 50,6 % des généralistes interrogés) et 9 médecins dans la commune d'El Bouni et à Sidi Amar (11,7 % des effectifs). De même, les médecins généralistes exerçant dans les autres communes rurales et les zones isolées sont 7,8 % (6 personnes interrogées) et 71,4 % dans les trois (Annaba, El Bouni et El Hadjar) grands centres urbains (55 généralistes enquêtés).

Concernant les spécialistes, leurs lieux d'exercice sont situés essentiellement à Annaba ville (83,2 % soit 94 spécialistes interrogés) et globalement dans les trois grands centres (97,3 % soit 110 spécialistes). En réalité, il n'existe aucun spécialiste dans les sept communes.

L'hétérogénéité de l'offre des spécialistes est plus importante que celle des généralistes. Seulement 2,6 % d'entre eux exercent hors les trois grands centres urbains (3 personnes) et il n'existe aucun spécialiste dans les communes rurales ou enclavées.

2.2. Présentation du questionnaire

Le questionnaire final a été élaboré, après un questionnaire test sur dix praticiens. Il comprend dix questions adressées aux médecins généralistes et spécialistes en exercice. Ces questions visent à connaître les logiques de la répartition spatiale des médecins et de mieux appréhender le degré d'adéquation entre l'offre et la demande. Après la collecte des formulaires, il s'est avéré que les questions ont été compréhensibles.

¹ Concernant les typologies de communes (urbaines ou rurales), l'étude se base sur la classification établie par l'Office national des statistiques (ONS) pour l'ensemble des 1541 entités communales constituant l'Algérie, basant sur les données du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2008, précisément sur un ensemble de données : le nombre et l'activité économique principale des habitants, le rang administratif, le raccordement aux réseaux divers, la présence/l'absence ou sur l'importance de différents services présents au sein de chaque commune (équipements de soins, éducatifs, socioculturels, infrastructures de sports et de loisirs, équipements administratifs) et le taux annuel moyen d'accroissement de la population.

Le questionnaire est organisé en trois parties et il porte sur les items suivants :

- **Situation du médecin :**
 - Sexe et âge
 - Spécialiste ou généraliste
 - Facultés d'obtention du diplôme de docteur en médecine
 - Année d'obtention du diplôme de docteur en médecine

- **Type d'installation :**
 - Commune d'installation
 - Zone d'installation (rurale, urbaine mixte)
 - Première installation en tant que médecin privé (oui/non)

- **Motifs d'installation :**
 - Question sur les motifs d'installation (dix choix, possibilité de choisir plusieurs motifs)
 - Indication du motif d'installation prioritaire

Donc pour chaque médecin, nous connaissons son sexe, son âge, s'il s'agit d'un généraliste ou d'un spécialiste ainsi que la spécialité de ce dernier. Nous connaissons également l'année et la faculté d'obtention du diplôme de docteur en médecine. Concernant la localisation, nous avons également souhaité connaître la commune d'installation (urbaine, rurale, enclavée¹ ou périphérique) et la zone d'exercice. Enfin, une dernière question, qui est particulièrement importante, porte sur les dix motifs d'installation des médecins qui sont ;

- **J'ai choisi de m'installer dans cet endroit car :** (plusieurs réponses possible)
 - 1- C'est la région où j'ai fait mes études
 - 2- Mon conjoint y travaille
 - 3- J'y ai trouvé, pour mon activité, un environnement technique de qualité
 - 4- C'est ma région d'origine
 - 5- J'y suis incité (e) par d'autres motifs familiaux
 - 6- J'ai eu une proposition d'installation
 - 7- Pas d'installation en zone souhaitée
 - 8- J'y ai effectué des remplacements
 - 9- J'ai eu une opportunité financière
 - 10- J'y exerce une autre activité

Durant la deuxième quinzaine du mois de juillet, un programme de recueil des questionnaires et vérification de la qualité des données recueillies a été mis en place.

¹ C'est le cas de la commune de Tréat qui située aux confins du territoire de la wilaya, pauvre en investissements, démunie en ressources, difficilement localisable car implantée sur un axe routier très peu fréquentable et grandement amputée de sa population du fait que presque tous ses douars ont été abandonnés par leurs habitants au cours de la décennie noire (période du terrorisme).

3. Résultats de l'enquête

3.1. Taux de réponse

Sur les 215 médecins, 197 médecins ont accepté de répondre au questionnaire, 163 questionnaires ont été récupéré directement et 34 retourné par voie postale. Soit un taux de participation de 91,6 %. Cette forte proportion de questionnaires récupérés montre que le choix de la méthodologie a été concluant. De plus, c'est un indicateur de fiabilité dans la lecture des résultats de l'enquête.

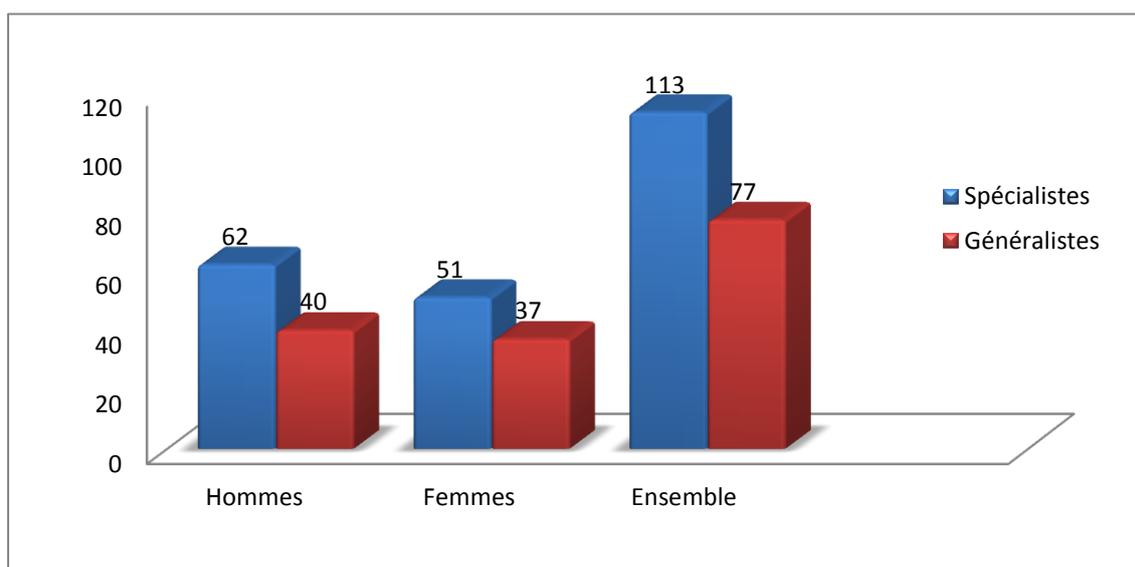
Sur les 34 questionnaires reçus par voie postale, sept (7) ne sont pas ou très peu remplis ce qui rend impossible leur traitement. Par conséquent, les résultats présentés dans l'étude se basent sur 190 questionnaires exploitables, soit 51,2 % des médecins installés.

3.2. Caractéristiques des médecins

- Répartition par sexe des médecins généralistes et spécialistes

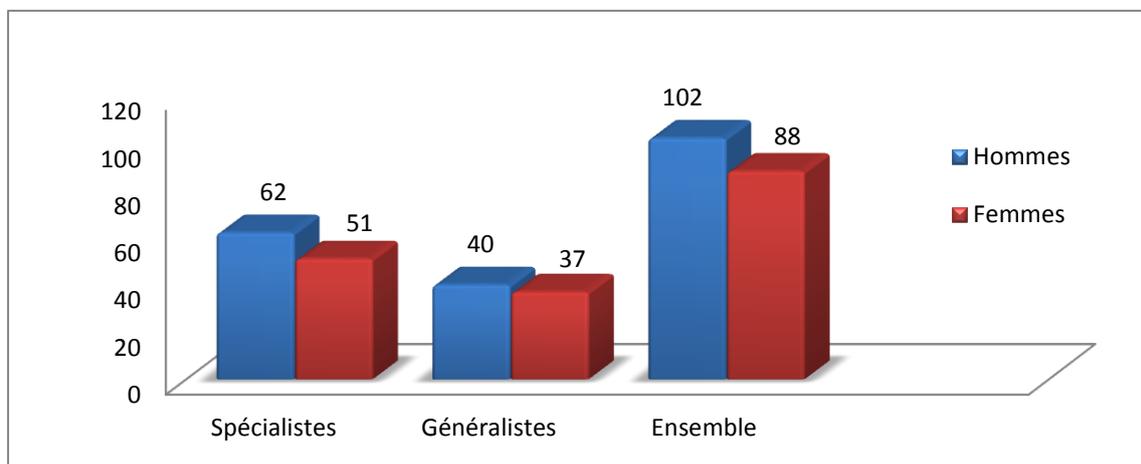
Parmi les 190 médecins interrogés nous avons cent treize (113) spécialistes (59,5 %) et soixante-dix-sept (77) généralistes (40,5 %). À Annaba, les médecins en activité, sont majoritairement des spécialistes. Sur 100 médecins en exercice, 59 sont des spécialistes et 41 des généralistes. La proportion, déjà importante de spécialistes, observée au chef lieu (d'après la direction de la santé, en 2012, presque 60 % de spécialistes) se retrouve donc chez les médecins en activité. Comparativement, la proportion d'hommes chez les spécialistes, est plus importante que chez les généralistes.

Figure 53: Répartition selon le sexe des médecins enquêtés (généralistes et spécialistes) dans la wilaya d'Annaba en juin 2015.



La wilaya d'Annaba se caractérise par une forte féminisation de la profession médicale (en 2012, 48,5 % des médecins privés annabi sont des femmes, contre 41 % pour l'Algérie selon le ministère de la santé). Cette situation semble confirmée par les médecins interrogés puisque 46,3 % sont des femmes (102 hommes contre 88 femmes).

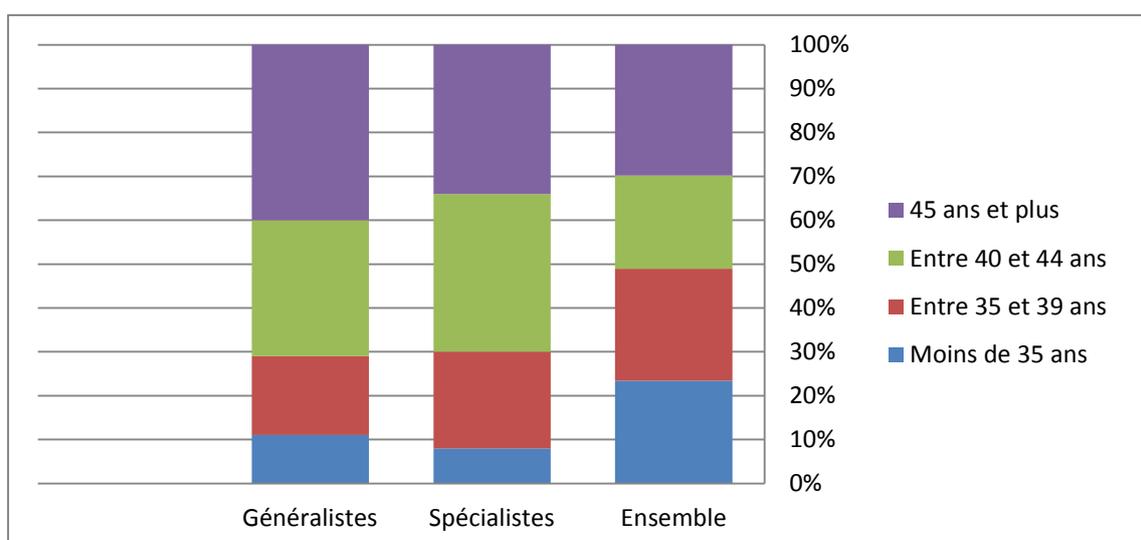
Figure 54: Répartition des médecins généralistes et spécialistes selon le sexe.



- Répartition des médecins selon la spécialité et l'âge

L'âge moyen des médecins est de 39,3 ans. La répartition des médecins par tranche d'âge (moins de 35 ans, entre 35 et 39 ans, entre 40 et 44 ans, plus de 45 ans) montre que 22,15 % des médecins, ont moins de 35 ans et que 28.56 % ont plus de 45 ans (la proportion des plus de 45 ans est chez les spécialistes de 34.05%).

Figure 55: Répartition des médecins selon la spécialité et l'âge.

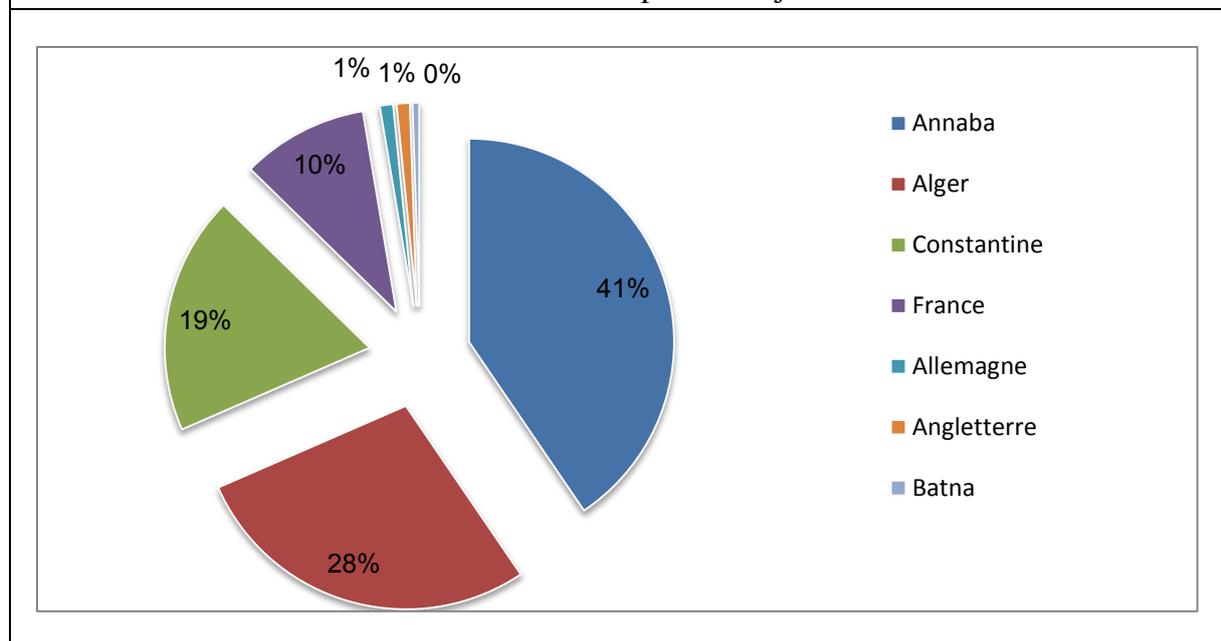


Les spécialistes présentent une moyenne d'âge de 40,6 ans alors que les généralistes ont en moyenne 37,9 ans. Cette différence de près de trois ans s'explique, en partie, par la différence de la durée des études entre ces deux populations (cinq ou quatre ans).

• **Répartition des médecins par faculté d'obtention du diplôme**

Sur les 190 médecins interrogés, 77 ont obtenu leur diplôme de la faculté d'Annaba, soit 40,5% des répondants. Quarante-vingt-dix ont l'obtenu dans d'autres facultés algériennes (47,4%) et 23 médecins ont l'obtenu dans une faculté étrangère (12,1 %) dont 19 (10 % des interrogés) en France.

Figure 56: Répartition des médecins enquêtés (190) dans la wilaya d'Annaba selon la faculté d'obtention du diplôme en juin 2015.



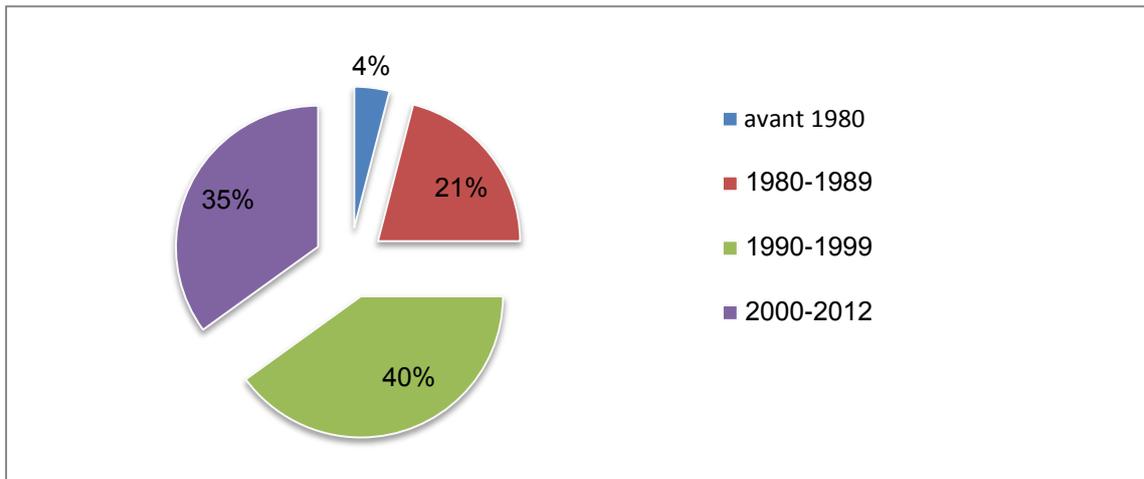
Comparativement, la proportion de médecins qui ont obtenu leur diplôme au sein de la faculté d'Annaba est plus importante parmi les généralistes que parmi les spécialistes (50 généralistes (65 %) contre 27 spécialistes soit presque 24 %). De même, la proportion de femmes, parmi les diplômés d'Annaba, est plus forte que chez les hommes (46 femmes parmi 88 ont obtenu leur diplôme auprès de la faculté d'Annaba (52,3 %) contre 31 hommes parmi 102 soit 30,4%).

• **Répartition des médecins par date d'obtention du diplôme**

La répartition selon les dates d'obtention des diplômes est la suivante :

- 35 % des répondants ont eu leur diplôme entre 2000 et 2012,
- 40 % des répondants ont eu leur diplôme entre 1990 et 1999,
- 21 % des répondants ont eu leur diplôme entre 1980 et 1989,
- 4 % des répondants ont eu leur diplôme avant 1980.

Figure 57: Répartition des médecins enquêtés dans la wilaya d'Annaba selon la date d'obtention du diplôme en juin 2015.



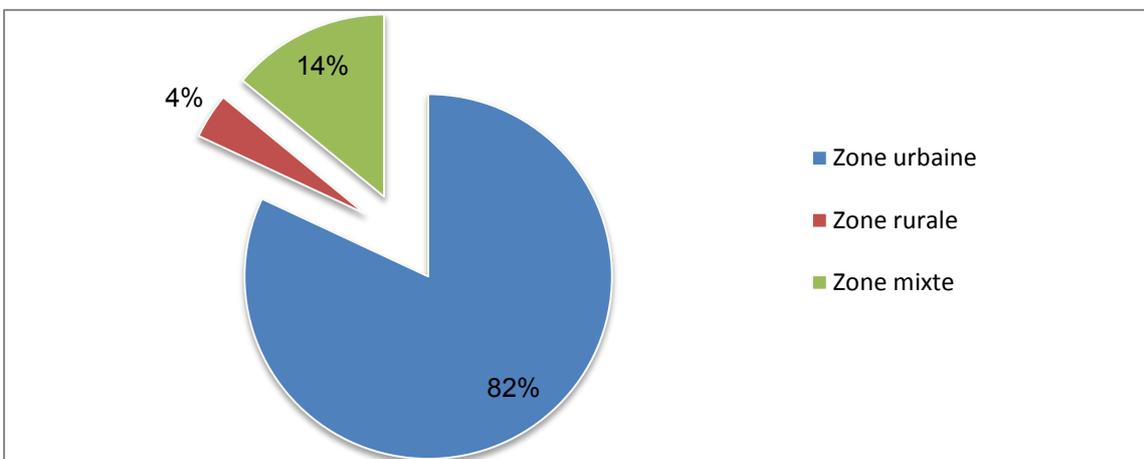
Néanmoins, cette situation demeure très variable selon le mode d'exercice du praticien. Dans notre enquête, si globalement 2.1 % des nouveaux installés ont un diplôme de moins d'un an.

• **Répartition des médecins par zone d'installation**

D'après les données de la direction de la santé, nous constatons que 80,3 % des médecins (298) exercent en zone urbaine, contre 5,6 % soit (21) en zone rurale et 14 % (52) en zone mixte.

Notons que notre échantillon est aléatoire mais pris en considération le lieu de travail (du médecin), Les 190 médecins interrogés se répartissent comme suit : 156 médecins (82 %) en zone urbaine contre 08 (04 %) en zone rurale et 26 (14 %) en zone mixte.

Figure 58: Répartition des médecins enquêtés dans la wilaya d'Annaba selon la zone d'installation en juin 2015.



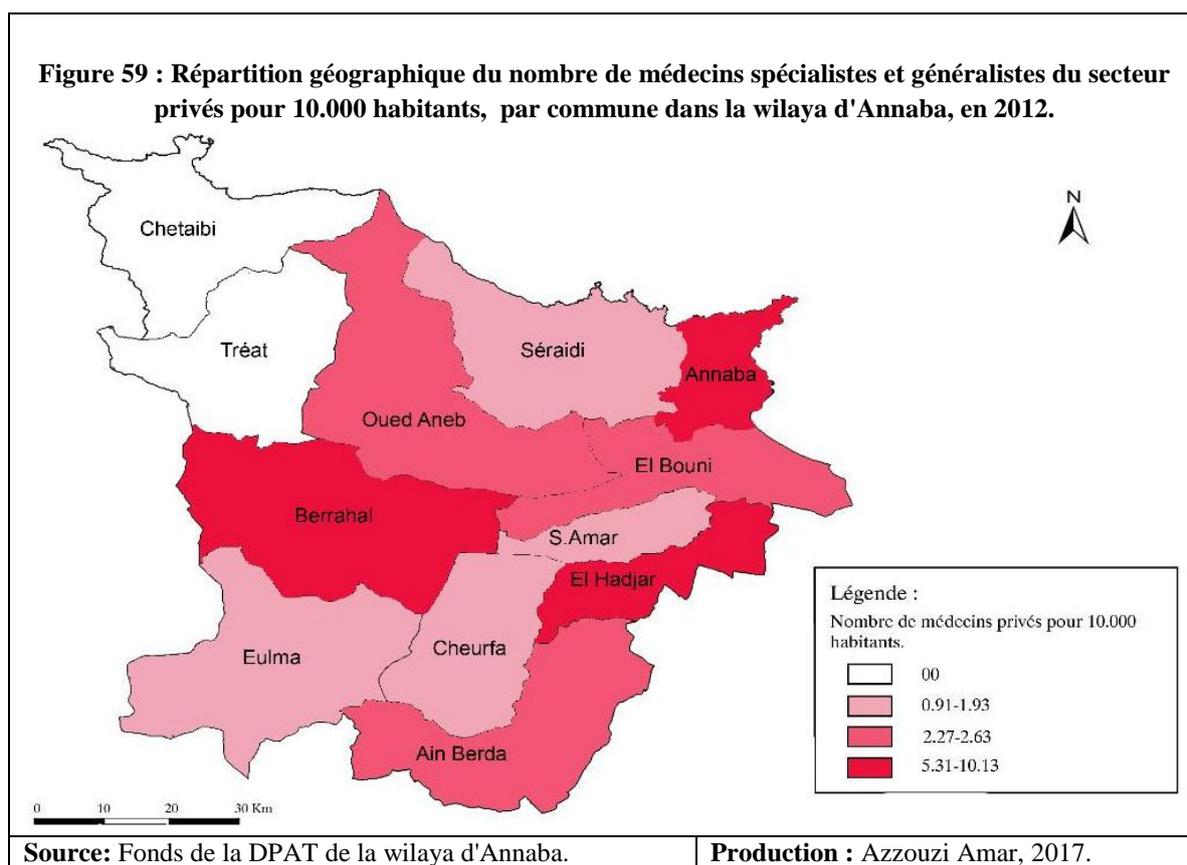
3.3. Répartition des médecins (d'après les données de la DSP de la wilaya)

- *Une inégale répartition des médecins privés dans la wilaya*

Dans la wilaya d'Annaba, on remarque deux inégalités : l'une rurale-urbaine à l'intérieur de la wilaya, l'autre centre-périphérie à l'échelle des aires urbaines des communes.

✓ **Inégalité rural-urbain à l'intérieur de la wilaya**

Les inégalités dans la répartition des médecins généralistes, et a fortiori des spécialistes, mettent à jour une double organisation : opposition entre communes urbanisées (Annaba, El Bouni et El Hadjar) et communes plus rurales (Cheurfa, Eulma, Chétaibi et Tréat). Et polarisation autour des zones plus urbaines dans lequel est implantée une faculté de médecine (c'est le cas de la ville d'Annaba où ce concentrent 100 % des cliniques médico-chirurgicales privées, des lits hospitaliers privés, des laboratoires d'analyses, des centres d'imagerie médicale, des centres d'hémodialyse et globalement plus de 84 % des spécialistes privés, plus de 52 % des généralistes privés).



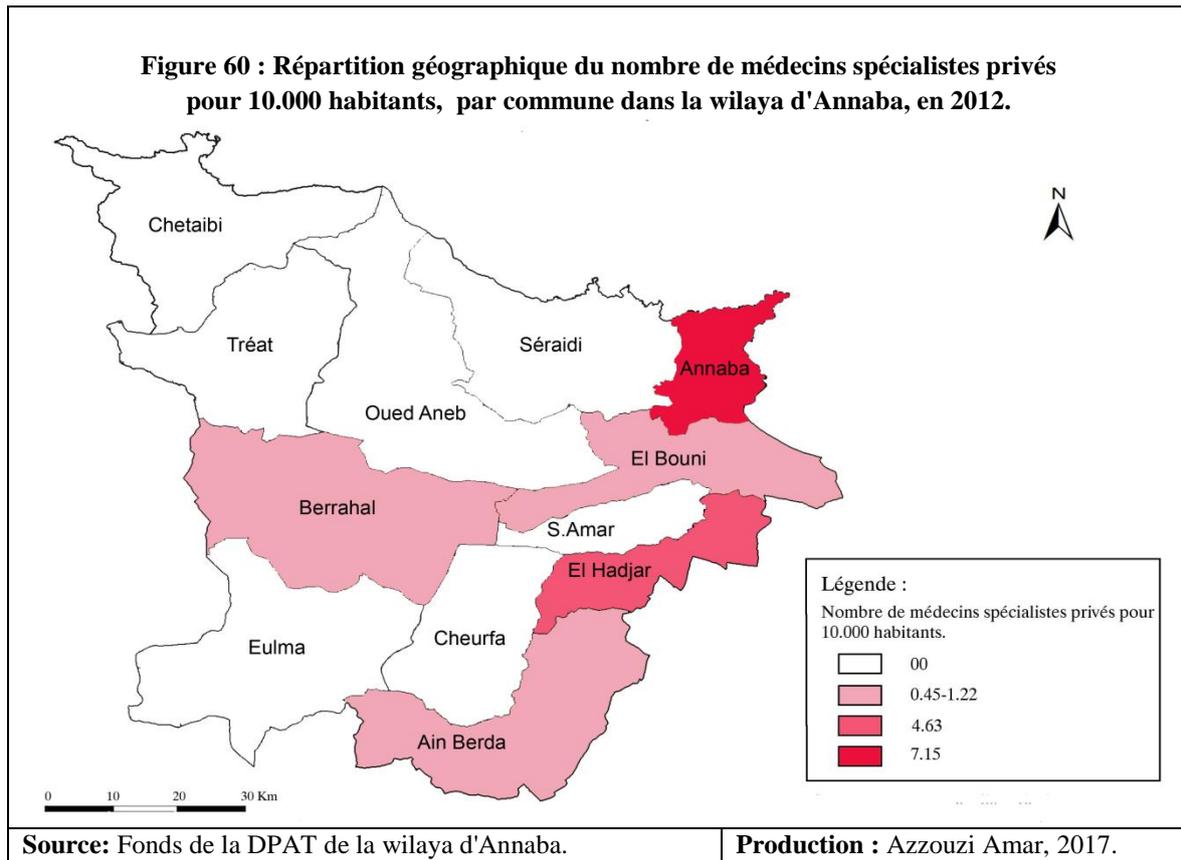
Si on trouve en moyenne 5,8 médecins pour 10 000 habitants dans l'ensemble de la wilaya (généralistes et spécialistes du secteur privé), on trouve plus de dix médecins à Annaba ville et aucun médecin pour 8200 habitants à Chétaibi et aucun médecin pour 6500 à Tréat, communes les plus rurales. Ce résultat n'est pas nouveau, les zones rurales sont sous-équipées en particulier les zones à faible densité de population. On peut donc expliquer de

cette façon la concentration des généralistes dans les communes qui seuls permettent aux médecins généralistes d'avoir une clientèle suffisante qui provient de communes voisines trop petites pour l'installation de services ou de commerces, c'est l'exemple de Berrahal et d'El Hadjar exactement.

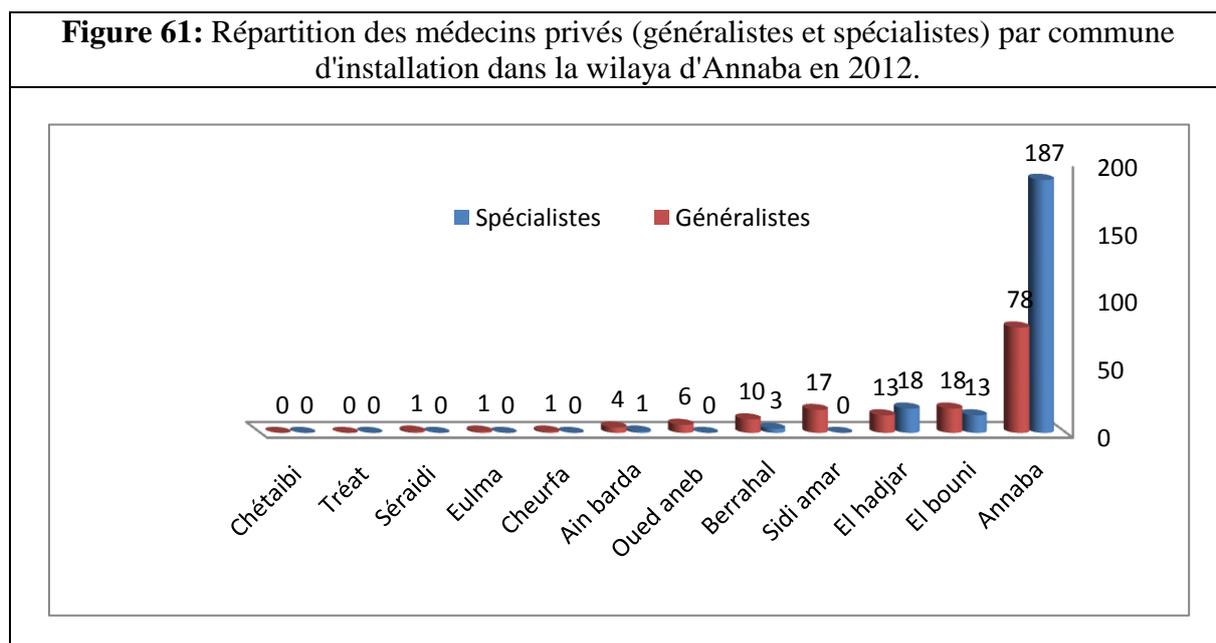
Tableau 60: Répartition des médecins (généralistes et spécialistes) privés et publics par commune dans la wilaya d'Annaba et en Algérie en 2012.

Communes	population	médecins privés		médecins publics		Total	Ratio ^(*)
		spécialistes	généralistes	spécialistes	généralistes		
Annaba	261501	187	78	418	202	885	33,84
El bouni	131387	13	18	72	67	170	12,93
El hadjar	38881	18	13	67	58	156	40,12
Sidi amar	88015	00	17	05	31	53	06,02
Berrahal	24496	03	10	08	52	73	29,8
Oued aneb	22826	00	06	00	12	18	07,88
Ain barda	22048	01	04	13	36	54	24,5
Cheurfa	10074	00	01	00	09	10	09,92
Eulma	11036	00	01	00	04	05	04,53
Séraïdi	7811	00	01	16	09	26	33,28
Tréat	6525	00	00	00	08	08	12,26
Chétaïbi	8229	00	00	04	16	20	24,3
La wilaya	632829	222	149	603	504	1478	23,35
L'Algérie	37 495 000	8864	6458	24811	23401	63534	16,94
^(*) / Le ratio: 1 médecin (généraliste + spécialiste et public + privé) pour 10 000 habitants.							
Source: ministère algérienne de la santé + direction de la santé de la wilaya (statistiques du 01/01/2013).							

Les inégalités de densités de spécialistes sont beaucoup plus fortes que celles des généralistes. Ceci n'est pas une surprise et l'on ne s'étonnera pas de trouver les communes rurales à la fin du classement (selon le nombre de médecins), plus de la moitié des communes ne possèdent aucun spécialiste. Les trois grands centres (Annaba, El Hadjar et El Bouni) sont suréquipés en spécialistes par rapport à leurs populations (plus de 98 % des spécialistes contre 68 % de la population). On retrouve ici le lien classique entre l'importance de la part du commerce dans une ville et la densité de spécialistes.



Les spécialistes sont implantés dans les villes où la part des services marchands est très forte (Tonnellier, 1991), c'est l'exemple d'Annaba ville en tant que quatrième métropole algérienne (plus de 84 % des spécialistes pour 42 % de la population). A Oued Aneb et à Ain Berda, on remarque une désertification en matière de spécialistes par rapport à leurs tailles, il n'existe aucun spécialiste pour plus de 22 800 habitants en raison du caractère rural.



✓ **Inégalité centre-périphérie à l'échelle des aires urbaines**

Si les disparités d'offre de soins existent entre communes, elles sont encore plus marquées au niveau local entre les agglomérations chef lieu des communes, les agglomérations secondaires et les zones éparses¹. De forts écarts subsistent entre une périphérie marginalisée sous-équipée et un centre suréquipé.

La concentration des généralistes aux centres villes s'explique par les migrations quotidiennes. Ils sont installés dans des zones de chalandises et suivent en cela l'exemple des commerces. Les généralistes sont attirés par les quartiers centraux qui tirent leur spécificité de leur caractère passager et commercial, à proximité des bureaux et des grands magasins, des gares, des parkings... (Picheral, 1989). Ce phénomène joue pour les grandes villes et pour les petits pôles, surtout si à la fonction administrative s'ajoutent des activités touristiques comme pour la ville d'Annaba.

La proportion de médecins privés par rapport au nombre total de médecins (publics et privés confondus) est de 25,1 %. Il s'agit donc d'une proportion importante puisque plus du quart des médecins exercent à titre privé. Il est très important de discuter de la répartition spatiale des médecins publics à Annaba.

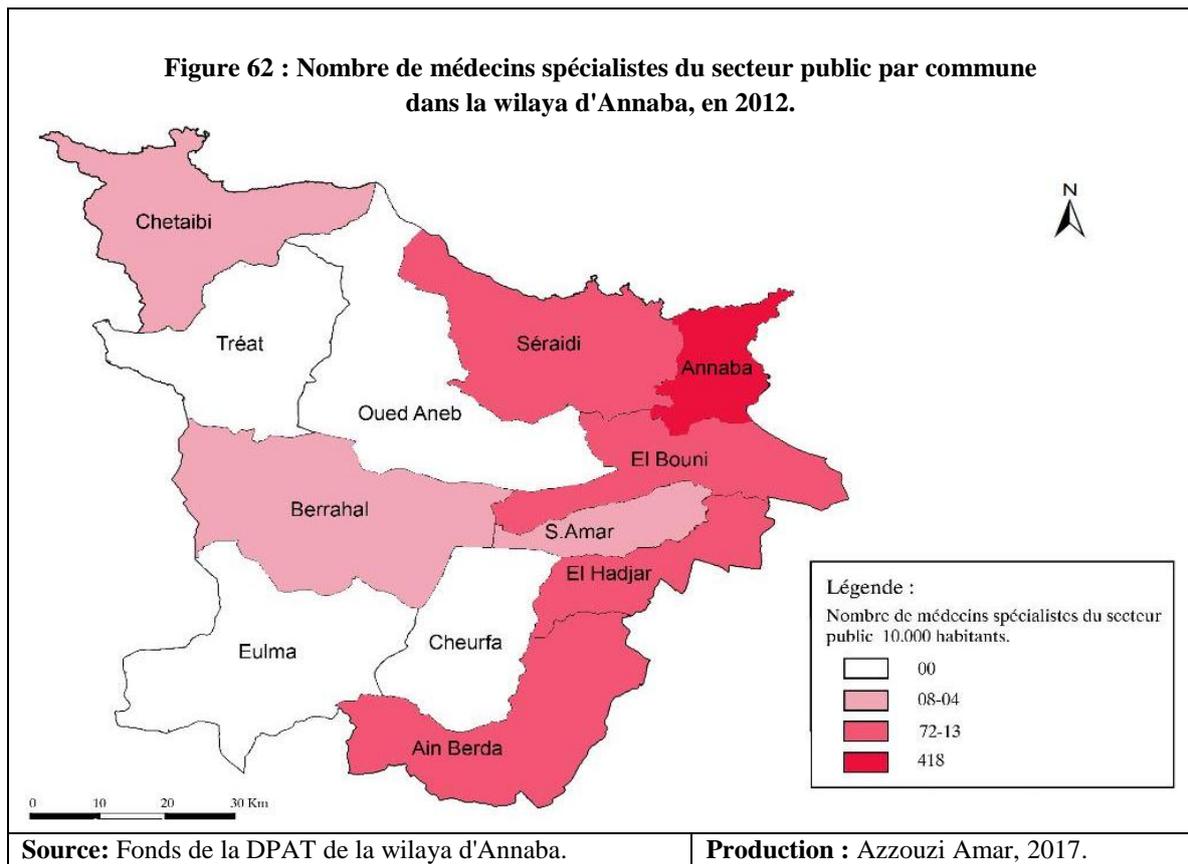
• ***Une inégale répartition des médecins publics dans la wilaya***

Concernant la répartition des médecins publics, elle est très inégale vis-à-vis de celle des privés à cause de la localisation de la majorité des établissements de soins publics dans les grands centres comme la ville d'Annaba (agglomération chef-lieu de la wilaya et quatrième ville algérienne) où ce concentrent 56 % des médecins publics. Cette concentration traduit aussi l'influence de l'activité universitaire. En effet, la ville est un siège de faculté de médecine avec leur CHU qui représente à lui seul plus de 80 % de l'offre hospitalière et presque 60 % des praticiens spécialistes du secteur public de la wilaya.

Avec 41 % de la population totale de la wilaya, la ville concentre, concernant le secteur public, presque 70 % des spécialistes avec un ratio de près de 16 spécialistes/10 000 habitants, largement supérieur (plus que le double) à la moyenne nationale (6,6²). Plus de 40 % des généralistes soit un ratio de 7,7 généralistes/10 000 habitants, largement supérieur à la moyenne nationale (6,2). Donc la ville d'Annaba comprend 56 % des praticiens qui travaillent dans le secteur public.

¹ Selon l'Office national des statistiques (ONS) "L'agglomération où est situé le siège de l'assemblée populaire communale est dite agglomération chef-lieu (ACL), les autres agglomérations d'une même commune sont dites agglomérations secondaires (AS) alors que les agglomérations qui s'étendent sur plusieurs communes sont dites agglomérations intercommunales (AIC)"

² Le nombre de médecins spécialistes du secteur public en Algérie est de 24811 en janvier 2013 (d'après le ministère de la santé) et le nombre de la population algérienne est de 37 495 000 habitants le 01/01/2013 (selon l'office national des statistiques).



Les communes rurales Cheurfa, Eulma, Tréat et Oued Aneb ne comprennent aucun spécialiste. On remarque un nombre de médecins publics relativement élevé dans des communes rurales ou enclavées parce qu'il existe des hôpitaux, qui ont été construit par les autorités coloniales à titre d'exemple de Chétaïbi, Ain Berda et Séraïdi.

3.4. Les motifs des choix d'installation

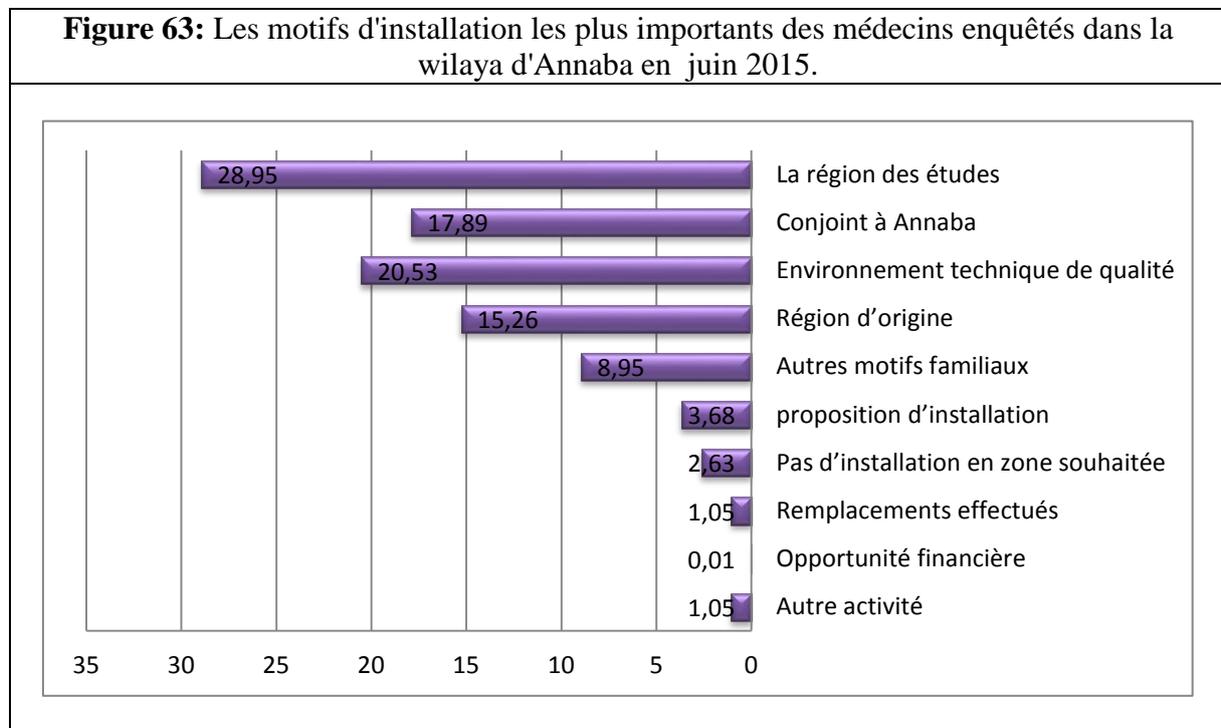
Sur les dix motifs d'installation, « région des études » est le motif le plus important auprès des répondants (37,9 % ont choisi cet item). Donc 72 médecins font de la proximité du lieu d'étude un argument d'installation, en sachant que 40,5 % des répondants ont obtenu leur diplôme à Annaba. La présence du conjoint est le second motif le plus fréquemment cité (30% des répondants soit 57 médecins).

Parmi les autres raisons les plus fréquemment cités par les médecins, on retrouve :

- la présence d'un environnement technique de qualité (27,9 %),
- la région d'origine du médecin (25,8 %),
- les autres motifs familiaux (12,6 %),
- la proposition d'installation à Annaba n'a été choisie que par 7,9 % des répondants,
- l'opportunité financière d'une installation à Annaba n'existe pas.

Après avoir évoqué leurs différents motifs d'installation, les médecins ont dû choisir l'item qui semblait prioritaire dans leur décision.

C'est la « région des études », à l'instar des autres motifs, qui obtient le score le plus important : 29 % des répondants déclarent s'être installés à Annaba parce qu'elle est la « région des études » et ajoutent que celle-ci a été l'élément prioritaire dans la détermination de leur lieu d'installation. Les autres motifs prioritaires pour les médecins se répartissent de la manière suivante (Fig. 63) :



La « présence d'un environnement technique de qualité » est un élément déterminant dans la décision d'installation pour plus de 20 % des médecins. Ensuite, c'est la « présence du conjoint » pour près de 18 %, la « région d'origine » avec 15,2 % et les « autres motifs familiaux » pour près de 9 %.

Sur les 72 médecins qui ont cité la « région des études » comme motif d'installation, 54,2 % sont des hommes et 45,8 % des femmes. Cette répartition par sexe reste presque identique à la répartition observée sur l'ensemble des répondants et comme pour les motifs suivant :

- un environnement technique de qualité,
- la région d'origine,
- les autres motifs familiaux.

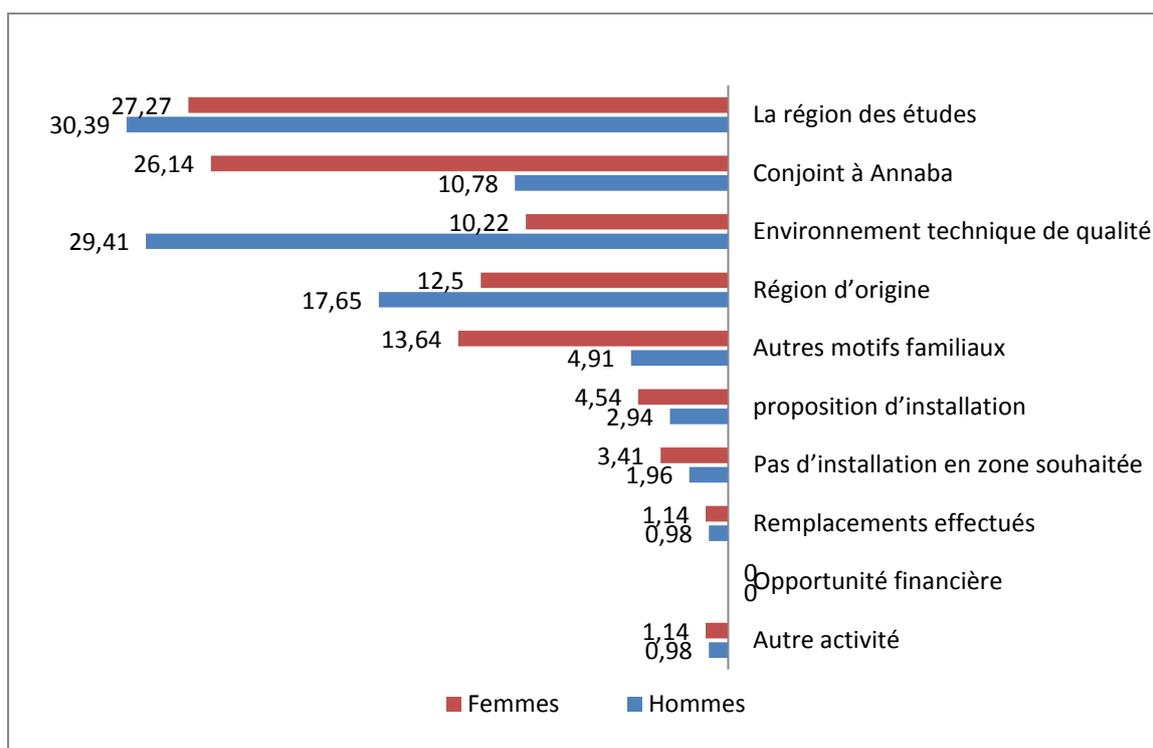
Par contre, concernant la « présence du conjoint » comme raison d'installation, sur les 57 médecins qui ont cité ce motif on trouve 57,9 % de femmes et 42,1 % des hommes.

En ce qui concerne les motifs jugés prioritaires, on observe une différence de répartition selon le sexe du répondant. Ainsi, la « présence du conjoint » est la raison principale pour 26,1 % des femmes contre seulement 10,8 % des hommes. Après l'installation à cause de la « région des études », les femmes privilégient les critères familiaux.

- la présence du conjoint (26,1 % des femmes contre 10,8 % des hommes),
- les autres motifs familiaux (13,6 % des femmes contre 4,9 % des hommes).

Au contraire, « l'environnement technique » est une raison privilégiée pour 29,4 % des hommes contre seulement 10,2 % des femmes en exercice (Fig. 64).

Figure 64: Répartition par sexe des motifs d'installation, jugés prioritaires, des médecins enquêtés dans la wilaya d'Annaba en juin 2015.



Sur 100 médecins qui s'installent à Annaba, nous avons 59 spécialistes et 41 généralistes. Cette proportion de spécialistes reste constante pour le motif de la « région des études ». En revanche, la proportion entre généralistes et spécialistes est inversée pour les médecins qui ont répondu aux motifs suivants :

- la proposition d'installation (52,4 % de spécialistes),
- la région des études (45,4 % de spécialistes),
- les remplacements effectués (50 % de spécialistes).

Nous observons également que près de 39 % des généralistes préfèrent la « région des études » comme un motif d'installation important, contre seulement 22 % des spécialistes. Nous remarquons aussi que 23,9 % des spécialistes estiment que « l'environnement technique de qualité » est un critère important contre seulement 15,6 % des généralistes. De même, 20,3 % des spécialistes invoquent le rapprochement du conjoint comme raison prioritaire, contre seulement 14,3 % des généralistes.

3.5. Lien potentiel entre commune d'installation et motifs d'installation

Sur les 39 médecins qui ont cité le motif « environnement technique de qualité » on trouve 94,9 % (37 médecins) exercent au niveau d'Annaba ville où se trouve le CHU qui est un centre de référence doté d'un plateau médico-technique complet.

Par ailleurs, les huit (08) médecins installés au sein des communes rurales, expliquent leurs choix d'installation par la simple raison qu'ils préfèrent exercer dans leurs communes natales. C'est l'exemple de Cheurfa, Eulma et Oued Aneb. Notons aussi que parmi les 26 médecins qui travaillent en zones mixtes (périphéries urbaines défavorisées et marginalisées), 65,4 % des répondants (17 médecins) s'installent dans ces lieux pour la même raison.

Les cinq médecins qui ont cité le motif « pas d'installation en zone souhaitée », comme prioritaire, exercent dans les agglomérations enclavées ou dans les zones défavorisées des grandes villes comme celle de Sidi Salem (très dangereuse¹) rattachée à la commune d'El Bouni.

On remarque aussi que les 55 répondants qui ont cité le motif « région des études », comme prioritaire se sont réparties inégalement sur les communes de la wilaya. Nous avons également, trente six (36) médecins parmi les cinquante cinq (55) répondants qui exercent au sein de la ville d'Annaba. Cependant, onze (11) médecins parmi eux sont venus d'autres wilayas de l'Est algérien.

Concernant le motif « la présence du conjoint », intéresse les médecins de l'échantillon des trois agglomérations principales de la wilaya : Annaba, El Bouni et El Hadjar.

4. Discussion et conclusion

Avant de présenter les résultats de l'enquête, quelques observations doivent être faites. Au niveau du secteur privé, la répartition des médecins sur le territoire Annabi est totalement inégale quand au type et à la qualité des services offerts à la population. Tant au niveau communal (la commune d'Annaba, avec moins de 42 % de la population totale de la wilaya, rassemble 71,4 % du corps médical et 84,2 % des spécialistes de la wilaya), qu'au niveau infra communal (puisque'il existe des disparités très nettes et s'accroissant entre les secteurs urbains fortement médicalisés, les secteurs péri-urbains en nette diminution et les secteurs ruraux presque en désertification médicales).

La variation des motifs d'installation est marquée sur deux niveaux : le niveau intercommunal et le niveau intra-communal. Concernant le motif « environnement technique de qualité » est sollicité uniquement dans la ville d'Annaba grâce à :

- l'existence d'un CHU à vocation régionale (la proximité du CHU est un facteur d'attractivité à considérer, surtout s'il compte un service d'urgences et un plateau technique pour réaliser des examens complémentaires rapides) ;
- la présence de confrères spécialistes et généralistes dans la ville (indispensable à l'existence ou au développement d'un projet professionnel collectif) ;

¹ Quartier populaire remonte à la période coloniale connu par les phénomènes d'émeutes, de délinquance multiple, de consommation de haschich ou de cachets psychotropes.

- la proximité d'un cabinet de radiologie, d'un laboratoire d'analyses médicales ou pharmacie figure parmi les facteurs positifs les plus importants dans la ville.

Les objectifs sous-jacents sont d'éviter l'isolement professionnel, de pouvoir organiser son temps de travail avec des confrères, de partager un projet professionnel motivant.

Uniquement les médecins originaires des communes rurales, marginalisées ou enclavées qui exercent au niveau de ces zones. Les territoires ruraux et les zones défavorisées des grandes villes présentent des enjeux particuliers :

- la surcharge de travail (déplacements longs liés aux visites à domicile) ;
- l'isolement professionnel ;
- un potentiel d'activité trop limité (très faible densité de population) ;
- le coût d'un éventuel investissement immobilier.

Donc ces lieux sont indésirables pour l'installation, parce que les médecins doivent faire face à un isolement professionnel qui peut les conduire à abandonner et à opter pour une installation en ville, c'est le cas de Tréat et chétaïbi où il n'existe aucun médecin. C'est identique pour Séraïdi, Cheurfa et Eulma : on trouve un seul généraliste privé pour chacune et la catastrophe c'est que plus de la moitié des communes de la wilaya (7) n'a aucun médecin spécialiste privé.

La famille (épouse et enfants) est un groupe social très important dans le processus d'installation du médecin. Les besoins de la famille restent cohérents et partie prenante pour pouvoir réussir ce processus. La possibilité d'emploi pour le conjoint n'existe pas dans les communes rurales ou enclavées, c'est pour cette raison que « la présence du conjoint » comme motif prioritaire se trouve uniquement dans les trois villes d'Annaba, El Bouni et El Hadjar.

L'analyse des résultats de l'enquête met en relief de nombreux éléments sur les caractéristiques des médecins interrogés. Nous retrouvons la réalité de la féminisation grandissante de la profession, surtout les nouveaux installés (46,3 % de femmes). Cette féminisation a des conséquences évidentes sur les nouvelles tendances des conditions d'exercice.

Encore aujourd'hui, les femmes suivent leur conjoint : elles restent en effet plus sensibles aux possibilités professionnelles de leur conjoint (choisissant leur lieu d'exercice en fonction de ce critère). L'importance accordée à la qualité de vie et aux conditions d'exercice est équivalente dans les deux sexes : les hommes aspirent également à l'épanouissement personnel et familial et désirent maîtriser mieux que leurs parents leurs temps de travail et plus globalement leurs conditions de travail. Nous assistons là simplement à une évolution sociologique qui touche comme toutes les autres professions le monde médical.

Sur les 190 médecins interrogés qui s'exercent à Annaba, plus de 59 % des médecins sont des spécialistes, l'âge moyen des répondants est 38,5 ans, avec une petite différence de plus d'un an entre les femmes (37,8 ans) et les hommes (39,1 ans). Près de 41 % ont obtenu leur diplôme dans la région. La région des études est le motif essentiel à l'installation, donc l'influence de ce lieu sur le choix géographique des médecins demeure très importante.

Concernant les motifs déterminant le lieu d'installation, la majorité des répondants déclarent s'installer à Annaba parce qu'elle est leur « région des études ». Ce motif est le plus fréquemment cité par les médecins (37,9 %) et c'est également la raison jugée prioritaire sur les autres motifs (presque 29 % des cas). Les autres motifs prioritaires sont :

- la présence d'un environnement technique de qualité,
- la présence du conjoint,
- la région d'origine,
- les autres motifs familiaux.

Dans un premier temps, nous constatons que l'installation du praticien n'est donc pas du tout liée à des « opportunités financières » ou à des « propositions d'installation ». En revanche, les motifs familiaux (« présence du conjoint », « région d'origine » et « autres motifs familiaux ») sont prioritaires dans la décision d'installation pour plus de 42 % des médecins. De plus, cette proportion varie selon le sexe : 52,3 % des femmes donnent la priorité à ces motifs familiaux contre seulement 33,3 % des hommes.

Nous pouvons également appliquer un regroupement des motifs liés à des caractéristiques propres à la wilaya d'Annaba (« environnement technique de qualité » et « région des études »). Ces motifs sont alors prioritaires pour 49,5 % des répondants, avec une plus forte proportion chez les hommes (59,8 %) que chez les femmes (37,5 %).

Donc notre étude aboutit à une conclusion qui confirme que les médecins privés, notamment les nouveaux installés, adaptent l'exercice libéral à leur mode de vie. Les médecins avancent les mêmes motifs : les conditions d'exercice (environnementaux) avec 49 % et la qualité de vie personnelle /familiale avec 42 %.

Chaque médecin préfère de s'installer dans la région qui lui procure la plus grande utilité. Très schématiquement, l'utilité d'un médecin à exercer dans une région dépend de ses caractéristiques individuelles, du niveau de sa consommation¹, du nombre d'heures de loisir et des caractéristiques de la région. Chaque médecin maximise son utilité pour déterminer son lieu d'activité, sous la contrainte de la demande potentielle qui s'adresse à lui et qui détermine son revenu (Delattre et Samson, 2012).

Une répartition spatiale inégalitaire des médecins a des conséquences multiples tant sur l'accès aux soins que sur l'état de santé de la population. L'absence d'offre médicale rend un territoire peu attractif pour la population et risque encore d'aggraver les phénomènes d'exode rural et de désertification des zones les plus reculées.

- *La pharmacie, un petit commerce développé*

La wilaya d'Annaba, capitale de l'Est algérien, et particulièrement l'agglomération chef lieu rassemble une large proportion de l'effectif total des pharmacies privées. D'après les données

¹ Consommation journalière en matière de services et marchandises selon le type, la qualité et le prix.

de la direction de la santé et de la population de la wilaya, la ville d'Annaba concentre plus de 58 % de la totalité des pharmacies privées en 2012 alors qu'elle n'accueille que 41 % de la population totale.

La cartographie des pharmacies montre que cette offre est concentrée en majorité dans les lieux centraux. En effet, plus de 89 % des pharmacies de la wilaya sont localisées dans les «04 communes» les plus urbanisées, lesquels rassemblent 82 % de la population de la ville.

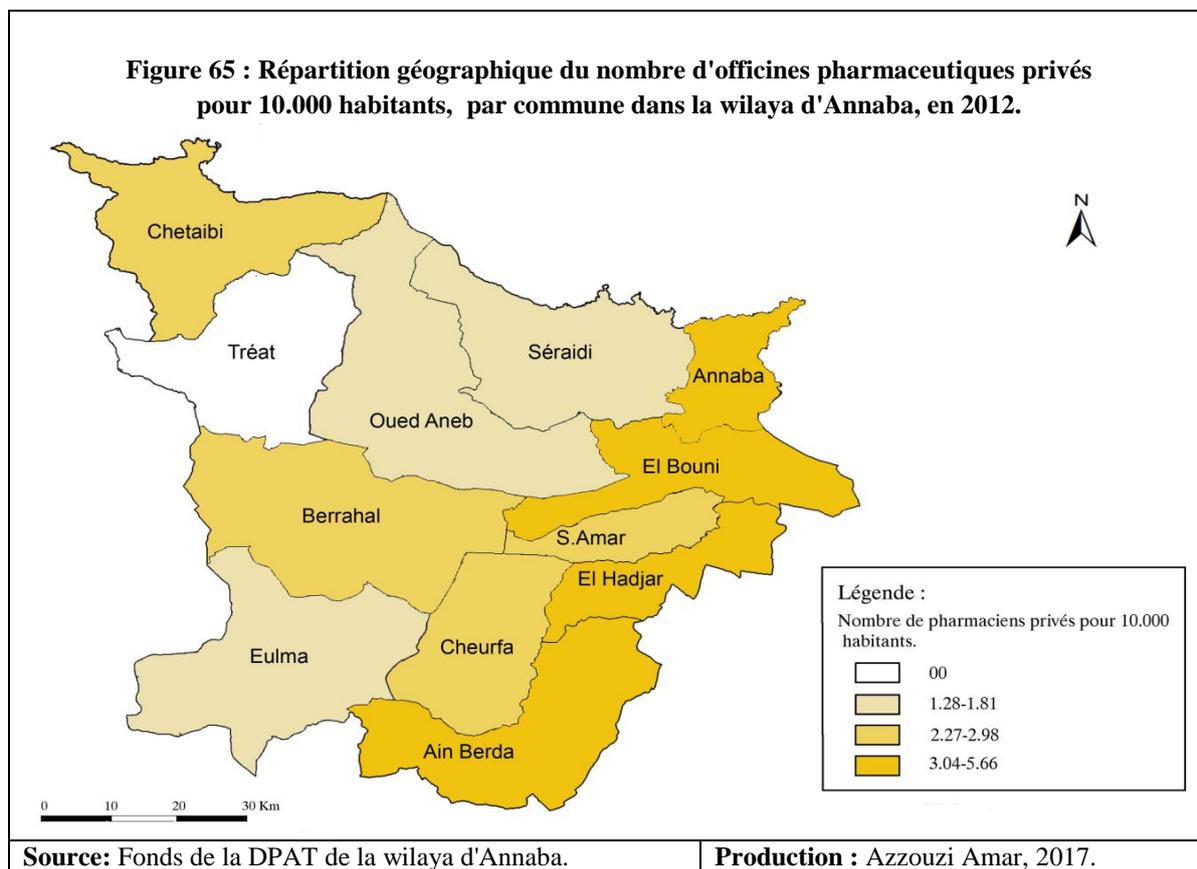


Tableau 61: Concentration des pharmacies privées dans les quatre communes les plus urbanisées. (Source: DSP, 2013+ traitements personnels).

Communes	Population		Pharmaciens privés	
	Nombre	%	Nombre	%
Annaba	261501	82.14	148	89.33
El Bouni	131387		40	
El Hadjar	38881		18	
Sidi Amar	88015		20	
Les autres communes (08)	113045	17.86	27	10.67
Total wilaya	632829	100	253	100

Il apparaît également que la répartition des pharmacies suit l'organisation et la structuration urbaines (routes, marchés et hôpitaux), même dans les espaces les plus excentrés des centres-villes. Les logiques d'implantation et de répartition des pharmacies s'apparentent à celles des

établissements commerciaux. Ainsi, les commerçants de médicaments cherchent à s'installer dans les lieux perçus comme les plus attractifs et lucratifs : le long des principaux axes routiers, à l'intérieur ou à proximité des marchés qui sont les principaux lieux de la centralité économique et aux abords des hôpitaux pour être au plus près de la clientèle. Seuls les commerçants modestes s'installent à leur domicile même si l'emplacement est peu stratégique.

Conclusion

Les résultats obtenus montrent que les médecins avancent les mêmes motifs : les conditions d'exercice (environnementaux) puis la qualité de vie personnelle /familiale. Les motifs d'installation des médecins divergent et varient entre les communes de la wilaya mais aussi entre les zones d'une même commune. Ces résultats montrent que les médecins privés, notamment les nouveaux installés, adaptent l'exercice libéral à leur mode de vie et que les villes centres sont mieux équipées que les communes périphériques. Les territoires ruraux sont sous- équipés en particulier les zones à faible densité de population.

Enfin, les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des services sanitaires du secteur privé sont les conditions attractives de travail (extraordinaires, idéales et agréables) des praticiens ainsi que la qualité de vie personnelle /familiale. En générale, plus on est loin des grands centres urbains, moins sont installés les équipements et les services sanitaires privés.

Conclusion de la troisième partie

La wilaya d'Annaba présente, par ces ressources matérielles et humaines, un pôle sanitaire régional par excellence, ce qui participe à l'amélioration de la santé de la population de l'Est algérien, en général, et de la wilaya en particulier. Nous avons essayé de montrer l'apport de l'histoire sur la répartition actuelle des équipements et des services sanitaires.

Mais, malheureusement, la wilaya cache des disparités et des inégalités majeures en termes de répartition spatiale des équipements et des services sanitaires. Un bon système de soins n'est pas nécessairement synonyme de gratuité et d'égalité. Cette égalité se pose aussi en termes d'égalité spatiales. La santé est un droit fondamental auquel chacun devrait pouvoir accéder. Cependant, la réalité est tout autre, et même pour les autres wilayas. L'approche spatiale, la question de l'aménagement du territoire constituent des moyens efficaces pour répondre aux inégalités spatiales de la santé.

La santé fait l'objet de nombreuses analyses et réflexions critiques par rapport aux politiques de santé et leurs résultats comme production scientifique qui ne cesse de se multiplier au niveau mondial. Cette tendance s'explique par l'inquiétude grandissante que suscite auprès des pouvoirs publics un secteur dont les dépenses croissent à un rythme supérieur à celui du produit intérieur brut. Dans ces conditions, il est tout à fait logique qu'à côté des épidémiologistes, les médecins, économistes, sociologues, psychologues, juristes et géographes aient tenté d'apporter leur contribution à la réflexion.

Pour le géographe, parler de la géographie de la santé c'est faire des études sur les inégalités spatiales, sur les questions de distance, de proximité, de concentration des équipements et des services qui sont toujours d'actualité : ces diverses notions appartiennent au vocabulaire spatial et montrent ainsi leurs rencontres avec la santé.

En ce qui concerne le secteur public, notre étude aboutie à une conclusion qui confirme que la hiérarchie des équipements et des services sanitaires à Annaba est un reflet de la hiérarchie urbaine : À chaque niveau de la hiérarchie urbaine, un élément de la pyramide sanitaire. La répartition du CHU suit par exemple « la métropole » et les polycliniques se trouvent dans les agglomérations urbaines.

Concernant les équipements et les services sanitaires du secteur privé, la majorité des praticiens avancent les mêmes motifs : avant tout les conditions d'exercice (environnementaux) puis la qualité de vie personnelle /familiale.

Entre l'offre de services de soins publics qui est devenue la fonction urbaine par excellence, d'un côté, les exigences et les exagérations des praticiens privés, d'autre côté, les territoires ruraux, enclavés et défavorisés restent dépourvus, presque totalement, en matière d'équipements et des services sanitaires.

Conclusion générale

Conclusion générale

Les faits spatiaux (en particulier la localisation, la répartition et la distance) sont des préoccupations majeures des pouvoirs publics, des patients et des médecins parce qu'ils ont un impact majeur sur la santé de la population. De cette thèse centrale découlaient de nombreuses hypothèses (cf. introduction) que nous allons confirmer ou non ci-après. Cette étude a aussi exploré des pistes qui prolongent les hypothèses initiales. Cette conclusion fait donc le bilan des principaux apports de cette recherche, qu'ils soient directement liés ou non aux hypothèses explicitées au départ.

Les équipements et les services sanitaires ne sont pas répartis au hasard sur le territoire. Nous avons cherché de comprendre les logiques qui sont derrière la répartition spatiale des équipements et des services sanitaires au niveau de la wilaya d'Annaba.

Annaba possède un vaste réseau sanitaire et une grande richesse en matière de ressources humaines. Mais, malheureusement, ces équipements et services sont inégalement répartis sur le territoire de la wilaya. Cette thèse a essayé d'identifier les caractéristiques spatiales « souhaitées » par les équipements et les services sanitaires à Annaba. Ce qui est très important du moment où il peut contribuer au bon fonctionnement des établissements sanitaires et aide les planificateurs des villes, les administrateurs et les législateurs à prendre leurs précautions dans leurs propositions d'insertion urbaines.

Pour comprendre les logiques qui sont derrière cette organisation et répartition spatiale inégale des équipements et des services sanitaires du secteur public, nous avons recherché l'existence d'une corrélation entre l'offre de soins publics et la hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba. La relation a été étudiée au travers du test non-paramétrique du Chi². Pour ce faire, nous avons cherché, d'un part, à définir la hiérarchie des équipements et des services de santé du secteur public, et d'autre part, à présenter la hiérarchie urbaine dans la wilaya qui a été établie par l'ONS à partir des stratifications de type légal et d'autre de type statistique.

Concernant les équipements et les services sanitaires du secteur privé, ces raisons et logiques d'organisation spatiale est en relation directe avec les motifs de choix d'installation des praticiens privés. C'est pour cela, nous avons effectué une enquête, sur terrain et par questionnaire, à partir d'un échantillon représentatif de médecins privés généralistes et spécialistes ayant débuté leur activité entre 1965 et 2012. Le choix de localisation des médecins est défini par le choix de la commune d'exercice et par le quartier dans les grands centres urbains.

L'enquête s'est déroulée sur le terrain du 10 juin au 7 juillet 2015 auprès de 190 médecins privés à Annaba dont 77 généralistes et 113 spécialistes, soit 51,7 % et 50,9 % des effectifs totaux de la wilaya. Pour chaque médecin, nous avons connu son sexe, son âge, s'il s'agit d'un généraliste ou d'un spécialiste ainsi que la spécialité de ce dernier.

Nous avons connu également l'année et la faculté d'obtention du diplôme de docteur en médecine. Concernant la localisation, nous avons également souhaité connaître la commune d'installation (urbaine, rurale, enclavée ou périphérique) et la zone d'exercice. Enfin, une dernière question, qui est particulièrement importante, porte sur les dix motifs de choix d'installation des médecins.

Cette thèse a permis de répondre aux nombreuses hypothèses générales de départ explicitées dans l'introduction, ainsi qu'à des hypothèses plus spécifiques tout au long de la thèse.

En ce qui concerne le secteur public, notre étude aboutie à une conclusion qui confirme que la hiérarchie des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba est un reflet de la hiérarchie urbaine : À chaque niveau de la hiérarchie urbaine, un élément de la pyramide sanitaire. La répartition du CHU suit par exemple « la métropole » et les polycliniques se trouvent dans les agglomérations urbaines.

Concernant les équipements et les services sanitaires du secteur privé, la majorité des praticiens avancent les mêmes motifs : avant tout les conditions d'exercice (environnementaux) puis la qualité de vie personnelle /familiale.

La saturation en équipements et services sanitaires privés dans les secteurs centraux pourrait avoir été un élément déterminant pour la confirmation de nos résultats de l'enquête. Les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des équipements et des services de santé du secteur privé sont les conditions attractives (extraordinaires, idéales et agréables) d'exercice pour les praticiens ainsi que la qualité de vie personnelle. Généralement, ces facteurs se réunissent aux grands centres urbains, se limitent dans les périphéries urbaines et, presque, inexistantes dans les territoires ruraux et enclavés.

Entre l'offre de soins publics qui est devenue la fonction urbaine par excellence, d'un côté, les exigences et les exagérations des praticiens privés, d'autre côté, les territoires ruraux, enclavés et défavorisés restent dépourvues, presque totalement, en matière des équipements et des services sanitaires.

Pour compléter la recherche sur l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires, une mesure opérationnelle doit être précisée à l'aide d'indicateurs et de données. Nous avons pu observer l'importance des enquêtes pour connaître et comprendre les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires. Ainsi, une perspective de ce travail serait de constituer un questionnaire simplifié auprès des patients et des services sanitaires comprenant les variables les plus déterminantes pour accéder aux équipements et aux services de santé. Ces études permettront également d'explorer un zonage différent de celui des zones rurales/urbaines et d'identifier les caractéristiques sociodémographiques reliées aux difficultés des patients et des services (nombre d'habitants, âge, répartition des catégories socioprofessionnelles, la fréquentation des équipements et des services sanitaires).

La contribution de cette thèse à la santé publique se veut double. D'une part, elle débouche sur des pistes visant à augmenter, tant quantitativement que qualitativement, la couverture des besoins par les équipements et les services sanitaires, et à améliorer la prise en charge de la santé par tous les acteurs concernés, à commencer par le malade et son entourage. D'autre part, elle tente de démontrer l'importance des aspects spatiaux dans la problématique de la répartition des équipements et des services sanitaires.

Nous espérons que cette thèse aura contribué à infléchir cette impression, aussi bien dans les milieux académiques que chez les praticiens de la santé publique et du secteur privé.

Résumés

Résumé

Le lieu, le volume et les ressources sanitaires sont des facteurs déterminants dans le bon fonctionnement du système de soins. Celui a une influence sur l'accès aux soins de la part des usagers. Il s'agit ici plus globalement de l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires. De nombreuses études montrent en effet les disparités géographiques dans la localisation et l'implantation des équipements et des services sanitaires, et dans l'installation des praticiens privés. Ceci se constate aussi bien dans les pays les plus avancés que dans les pays en voie de développement, même si ces derniers offrent des inégalités plus criantes, avec des logiques plus complexes et un système de santé assez compliqué.

L'objectif principal de cette thèse est de comprendre les logiques qui sont derrière l'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires, publics et privés, dans la wilaya d'Annaba (capitale de l'Est algérien).

Pour étudier les logiques de la répartition spatiale des équipements et des services sanitaires du secteur privé, nous avons intéressé aux motifs d'installations des praticiens. Pour cette raison, nous avons effectué une enquête par questionnaire à partir d'un échantillon représentatif de 190 médecins généralistes et spécialistes ayant débuté leur activité entre 1965 et 2012, soit (51%) des praticiens privés installés dans les douze communes de la wilaya.

Concernant les équipements et les services sanitaires du secteur public, nous avons intéressé à étudier les liens entre l'offre de soins publics et la hiérarchie urbaine dans la wilaya. L'étude repose sur une approche statistique basée sur l'application du test non-paramétrique du Chi2 pour comprendre la relation entre l'organisation spatiale des équipements et services publics et la hiérarchie urbaine. Nous avons analysé, à l'aide de statistiques communales de la direction de la santé, quatre indicateurs de l'offre de soins : la densité des praticiens de santé, le nombre de lits d'hospitalisation, la diversité des services d'hospitalisation et les équipements sanitaires mettant en évidence leur place dans la pyramide de l'offre de soins.

Les résultats obtenus, pour les équipements et les services privés, montrent que les praticiens avancent les mêmes motifs : avant tout les conditions d'exercice (environnementaux) avec (49%) puis la qualité de vie personnelle /familiale (42%). Les motifs d'installation des médecins divergent et varient entre les communes de la wilaya mais aussi entre les zones d'une même commune. Ces résultats suggèrent que les médecins privés, notamment les nouveaux installés, adaptent l'exercice libéral à leur mode de vie et que les villes centres sont mieux équipées que les communes périphériques. Les territoires ruraux sont sous-équipés en particulier les zones à faible densité de population.

Pour les équipements et les services sanitaires du secteur public, Il ressort que les établissements répondent à une répartition en accord avec la hiérarchie urbaine démontrant qu'il existe une logique spatiale dans l'offre de soins publics. L'organisation spatiale des équipements et des services sanitaires publics à Annaba est un reflet de la hiérarchie urbaine : À chaque niveau de la hiérarchie urbaine, un élément de la pyramide sanitaire.

Mots-clés : Annaba, Equipements et services sanitaires, Espace, Santé, Organisation.

المخلص

الموقع، الحجم و الموارد الصحية هي عوامل أساسية متحكممة في السير الجيد للنظام الصحي. وهذا له تأثير كبير علي فرص الولوج إلي المرافق الصحية من جانب المرضى و المستخدمين و بصفة عامة على التنظيم و التوزيع ألمجالي للمرافق و المنشآت الصحية. العديد من الدراسات تشير و توضح الاختلافات و التباينات الجغرافية في مواقع و مواضع المرافق الصحية التابعة للقطاع العام و في فتح و إقامة العيادات بالنسبة للأطباء الخواص. نلاحظ و نجد هذه الظاهرة أيضا في العديد من البلدان الأكثر تقدما و كذلك في البلدان السائرة في طريق النمو، هذه الأخيرة تتميز بتباينات و فوارق كبيرة جدا، مع نظام صحي معقد إلى حد ما.

الهدف الرئيسي لهذه الرسالة هو فهم الأسباب الحقيقية و المنطقية وراء هذا التنظيم و التوزيع ألمجالي للمرافق و المنشآت الصحية التابعة لكل من القطاع العام و القطاع الخاص في ولاية عنابة (عاصمة الشرق الجزائري).

لدراسة أسباب التوزيع ألمجالي للمرافق و المنشآت الصحية التابعة للقطاع الخاص، اهتمنا بالأسباب و الدواعي الحقيقية لفتح العيادات الطبية من طرف الممارسين الخواص. لهذا السبب، أجرينا استبيان و استفتاء عن طريق طرح الأسئلة على عينة تمثيلية مكونة من 190 طبيب (بين عام و مختص) و الذين بدأوا نشاطهم بين عامي 1965 و 2012، بمعنى آخر (51%) من مجموع الأطباء العاملين في القطاع الخاص و الموزعين على جميع بلديات الولاية (12 بلدية). فيما يتعلق بالمرافق و المنشآت الصحية التابعة للقطاع العام، اهتمنا بدراسة الروابط و العلاقات الموجودة بين الوفرة في المرافق الصحية العامة و التسلسل الهرمي للمناطق الحضرية في ولاية عنابة. و تعتمد الدراسة على المنهج الإحصائي على أساس تطبيق اختبار غير حدودي Chi2 لفهم العلاقة الموجودة بين التنظيم ألمجالي للمرافق و المنشآت الصحية العامة و التسلسل الهرمي للمناطق الحضرية. باستخدام الإحصاءات الصحية لكل بلدية و المتوفرة على مستوى مديرية الصحة و السكان للولاية، قمنا بتحليل أربعة مؤشرات و التي تدل على وفرة الرعاية الصحية: كثافة ممارسي الصحة العمومية، عدد أسرة المستشفيات، تنوع مصالح الاستشفاء و المرافق الصحية أخصائين بعين الاعتبار مكانتها في هرم المنظومة الصحية.

النتائج المحصل عليها بالنسبة للمرافق و المنشآت الصحية الخاصة، تبين أن الممارسين الخواص يقدمون نفس الأسباب: أولا و قبل كل شيء شروط العمل (البيئية) بنسبة (49%) و نوعية الحياة الأسرية/ الشخصية بنسبة (42%). أسباب و دواعي فتح العيادات الطبية و استقرار الأطباء تختلف و تتغير بين بلديات الولاية و لكن أيضا بين مختلف المناطق المشكلة لنفس البلدية. و تشير هذه النتائج إلى أن الأطباء الخواص و خاصة الجدد منهم، يقيمون و يهيئون الممارسة الطبية الخاصة وفقا لنمط حياتهم كما تشير النتائج كذلك إلى أن المراكز الحضرية أفضل تجهيزا من المناطق المحيطة و الضواحي. و اقل تجهيزا و نقصا في المرافق المناطق الريفية خاصة تلك التي تتميز بالكثافة السكانية المنخفضة. بالنسبة للمرافق و المنشآت الصحية التابعة للقطاع العام، تبين أن المؤسسات الصحية تستجيب لتوزيع يتلاءم و التسلسل الهرمي الحضري بمعنى أنه يوجد المنطق ألمجالي في وفرة الخدمات الصحية العامة. التنظيم ألمجالي للمرافق و المنشآت الصحية العامة في ولاية عنابة هو انعكاس للتسلسل الهرمي في المناطق الحضرية : في كل مستوى من مستويات التسلسل الهرمي في المناطق الحضرية يوجد مرفق من الهرم الصحي.

كلمات البحث: عنابة، المرافق و المنشآت الصحية، المجال، الصحة، تنظيم.

Abstract

Location, volume and health resources are critical factors in the proper functioning of the health care system. This has an influence on access to care by users. More generally, this concerns the spatial organization of equipment and health services. Numerous studies show geographical disparities in the location and location of health facilities and services, and in the installation of private practitioners. This can be seen in the most advanced countries as well as in the developing countries, even if the latter offer more striking inequalities, with more complex logics and a rather complicated health system.

The main objective of this thesis is to understand the logics behind the spatial organization of public and private health facilities and services in the province of Annaba (capital of eastern Algeria).

To study the logic of the spatial distribution of private sector health equipment and services, we have been interested in the reasons for practitioners' facilities. For this reason, we conducted a questionnaire survey from a representative sample of 190 general practitioners and specialists who started their activity between 1965 and 2012, ie (51%) of the private practitioners settled in the twelve communes of the province. With regard to public sector health facilities and services, we were interested in studying the links between public health provision and the urban hierarchy in the province. The study is based on a statistical approach based on the application of the non-parametric Chi2 test to understand the relationship between the spatial organization of public facilities and services and the urban hierarchy. We analyzed, with the help of community statistics from the Department of Health, four indicators of health care provision: the density of health practitioners, the number of hospital beds, the diversity of hospitalization services and sanitary equipment highlighting their place in the pyramid of health care.

The results obtained for private facilities and services show that practitioners put forward the same reasons: above all, the (environmental) exercise conditions with (49%) and then the quality of personal / family life (42%). The reasons of installation of the doctors diverge and vary between the municipalities of the province but also between the zones of the same municipality. These results suggest that private physicians, especially new ones, adapt the liberal exercise to their lifestyle and that the center cities are better equipped than the peripheral communes. Rural areas are under-equipped, especially in sparsely populated areas. For public sector health facilities and services, it appears that the establishments correspond to a distribution in agreement with the urban hierarchy, demonstrating that there is a spatial logic in the provision of public care. The spatial organization of public health facilities and services in Annaba is a reflection of the urban hierarchy: At each level of the urban hierarchy, an element of the health pyramid.

Keywords: Annaba, Health Facilities and Services, Space, Health, Organization

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- 1- Abid Larbi, 2008 ; La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours. Alger : ANEP.
- 2- Abid Larbi (2012) : L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie.
- 3- Amat-Roze Jeanne-Marie, « La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie – Santé – Territoire », Recherche en soins infirmiers, 2011/3 N° 106, p. 5-15. DOI : 10.3917/rsi.106.0005
- 4- Azéma B., Barreyre J-Y. et Chapiro F. 2001 : *Classification internationale des handicaps et santé mentale*, CTNERHI, Paris, 127 p.
- 5- Baghriche Mourad ; Aperçu sur l'organisation du système de santé en Algérie, état des lieux 2009. In : Publication du conseil de la nation, Alger : 2010.
- 6- Bailly A. S., Maillat D. (1988), Le secteur tertiaire en question : activités de service, développement économique et spatial, Editions Régionales Européennes, Economica, Paris, 142 p.
- 7- Barbot J., Dodier N. (2000), « L'émergence d'un tiers public dans le rapport médecin-malade. L'exemple de l'épidémie à VIH », Sciences sociales et Santé, Vol. 18, n°1, p. 75-117.
- 8- Barr Djamila (2009) : La Réforme Hospitalière en Algérie : Une Analyse Critique [Thèse de doctorat].Alger, Université d'Alger, Faculté des Sciences économiques et des sciences de gestion; 2009. 312 p. soutenue le 00/00/0000.p 30.
- 9- Batifoulier P. (2012), « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », Revue Française de Socio-économie, Vol. 2 n°10, p. 155-174.
- 10-Baudrillard J. (1978), Le système des objets, Gallimard, Paris, 288 p.
- 11-Beaud P, Bourgeat S, Bras C. « Dictionnaire de géographie ». Hatier, Paris; 1997.
- 12-Beaujeu-Garnier J., 1980, Géographie urbaine, Armand Colin, Collection U, 360p.
- 13-Belhedi Amor, (2010) ; Les modèles de localisation des activités économiques
- 14-Besancenot JP. 1998 : *Climat et santé*, UPS, Paris, 75 p.
- 15-Bilodeau H., « Etude des facteurs de stabilité des médecins Québécois en régions éloignées. », Mémoire pour l'obtention du grade de Maître ès Sciences, Université de Montréal, 1989.
- 16-Bilodeau H. & Leduc N., 2003. Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées. Cahiers socio-démographiques, Vol. 43 (3), 485-504.
- 17-BNS+. Qu'est ce que la santé ? <http://www.bns.fr/11questcequelasante.htm>.
- 18-Bongiovani I., Nogues M. (2002), « Réseaux de santé et aménagement du territoire », in Vigneron E. (dir.), Santé et territoires, une nouvelle donne, Paris, Aube-DATAR, p. 145-170.
- 19-Boulahrik Mohand (2008) : Planification sanitaire et gestion des services de santé (Cas de l'Algérie). [Thèse de doctorat].Alger, Université d'Alger, Faculté des Sciences économiques et des sciences de gestion; 2008. 532 p. soutenue le 22/12/2008. p 423.

- 20-Bouledroua A. L'accès aux soins en Algérie : Eléments pour une problématique sociologique du fait sanitaire. revue sciences humaines (Université Mentouri, Constantine). 2010; 33 : 7 – 16.
- 21-Boumaza, M. (2008), L'histoire des hôpitaux-Un aperçu sur la santé à Annaba à travers les siècles, Algérie, Les éditions et impressions Amerdhil / CREAPSY.
- 22-Brahamia B., économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé. Edition Bahaeddine, Constantine 2010. P.363.
- 23-Brunet R – 2000 : Des modèles en géographie ? Sens d'une recherche. Bulletin de la Société de Géographie de Liège, n° 2, pp 21-30.
- 24-Burgel G., 1999, La ville aujourd'hui, Hachette, Coll. Pluriel, 224p.
- 25-Centre nationale français de ressources textuelles et lexicales. Dictionnaire en ligne. <http://www.cnrtl.fr/definition/> , site visité le 21 Avril 2013.
- 26-Chaoui F, Legros M, Achour N, Fikri B.-N, Grangaud J.-P. Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés, Institut de perspectives économiques du monde méditerranéen, les notes IPAMED études et analyses n°13; 2012. 121 p.
- 27-Chevillard G., Mousques J., Lucas-Gabrielli V. & al, 2016. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? Esp pop soc, 2015; 3/2016; 1 : mis en ligne le 20 mars 2016. URL : <http://eps.revues.org/6177>
- 28-Christaller W - 1933: Die zentralen Orte in Süddeutschland. Fischer, Iena. Trad. anglaise: Central Places in Southern Germany. Englewood, Cliffs, Prentice Halls, 1966, 230 p.
- 29-Christaller, W. (1960), *Central places in Southern Germany*, traduit par Carlisle W. Baskin, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, Inc.
- 30-Clark C – 1951: Urban population densities. Journal of the Royal Statistical Society, se.2, vl.114, n° 4, pp: 490-496.
- 31-Claval P. Les espaces de l'économie. Annales de géographie. 2008; 664 : 3-22.
- 32-Commissariat général à l'égalité des Territoires, (CGET), 2015. Rapport d'étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. France.
- 33-Connor R. A., Hillson S. D. and Karlewski J. E. « An analysis of physician recruitment strategies in rural hospitals. », Health Care Management Review Volume 20 Number 1, 1995.
- 34-Constitution de l'organisation mondiale de la santé. In Conférence internationale de la Santé, 1946.
- 35-Corvez A. 1999 : « Les outils ». ADSP, 29 décembre 1999, pp. 33-38.
- 36-Curtis S. 2004. Health and inequality: geographical perspectives, Londres: Sage Publications, 256 p.
- 37-Cutchin, M. P., « Community and Self: Concepts for Rural Physician Integration and Retention. » Soc. Sci. Med. Vol. 44, N° 11, pp. 1661 – 1674, 1997.
- 38-Delattre E. & Samson A-L., 2012. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Écon et stat, 455-456, 115-142.
- 39-Deming W.E. Du nouveau en économie. In *Economica*, 1996.

- 40-Di Meo G. (2001), Géographie sociale et territoires, Nathan Université, Fac. Géographie, Paris, 317 p.
- 41-Direction de la planification et de l'aménagement du territoire (DPAT), Annuaire monographique de la wilaya d'Annaba, avril 2007, D.P.A.T. Annaba.
- 42-Fassin Didier et Jeannée Emile, 1989 : groupes à risque et zones à risque, Forum mondial de la santé 10 (3/4) ; 492-495.
- 43-Fleuret S. L'évolution des savoirs en santé et la place de la médecine dans la société, dans les territoires et dans la ville. ESO. 2012; 33 : 43-55.
- 44-Gadrey J. (2003), Socio-économie des services, La découverte, Paris, 128 p.
- 45-Gadrey J. (2005), «Un demi-siècle de montée des services : la révolution permanente», Le Mouvement Social, n°211, p. 21-36.
- 46-Gentilini M., Duflo B., 1986, Médecine Tropicale, Flammarion Médecine Sciences, 839p.
- 47-Géneau de Lamarlière I., Staszak J.-F. (2005), Principes de géographie économique, Bréal, DL 2000, Rosny, Collection Grand Amphi, 448 p.
- 48-Giblin B. 1999 : « Pourquoi la santé publique est devenue une question géopolitique? ». *Hérodote*, N°92, pp. 3-11.
- 49-Haggett P - 1973 : L'analyse spatiale en géographie humaine. A Colin, 390 p (1ère edit. 1965, Locational Analysis in Geography, 339p, Arnold, Londres).
- 50-Hall AD, and Fagen RE.. Definition of a system. general systems yearbook, 1 (18). 1956.
- 51-Henrard J.-C. La santé publique, hier, aujourd'hui et demain, Après demain. Les cahiers de l'E.N.S.P; 1990.
- 52-Hynes, Kevin and Givner, Nathaniel. « Physician Distribution in a Predominantly Rural States Predictors and Trends. », Inquiry. 20 : 185 – 190, 1983.
- 53-Jourdain A, De Turenne I. Les outils de la planification. Actualité et dossier en santé publique. 1995; 11 : IX-XIX.
- 54-Kaïd Nouara (2007) : 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].Alger, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques et des sciences de gestion; 2007. 384 p.
- 55-Kearns R. & Moon G. 2002. From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. Progress in Human Geography, n° 26, pp. 605-625.
- 56-Khiati Mustapha, (1992) : Quelle santé pour les algériens. p 15.
- 57-Labasse J. 1980 : L'Hôpital et la ville, Hermann, Paris, 241 p.
- 58-La charte nationale de la république algérienne démocratique et populaire, 1976
- 59-La constitution de 1996 de la république algérienne démocratique et populaire.
- 60-Lacoste O. 1999 : « La géopolitique de la santé en France, une problématique émergente », *Hérodote*, N°92, pp.19-49.
- 61-Lacoste O. 2002 : « Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins ». *Contact Santé* n°173, juillet-août 2002, pp.18-19.
- 62-Lalande A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. 1902-1923.

- 63-**Lamri L, Le système de santé Algérien. M. de Magistère.1986. p.67 et 68
- 64-**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.
- 65-**Lucas–Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F. Les soins de proximité : une exception française ? CREDES. Biblio n° 503; 2001. 93 p.
- 66-**Marinescu I. Quel système de santé pour quels objectifs ? Alternatives économiques, 229, Octobre 2004.
- 67-**Meade M. & Robert E. 2005. Medical Geography, 2e éd., New York : The Guilford Press.
- 68-**Mebtoul M, (2004). «L'introuvable césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins». In Revue de sciences sociales au sud n°29, pp.13-28.
- 69-**Mérenne-Schoumaker B. (2002), La localisation des industries : Enjeux et dynamiques, Rennes, PUR, Coll. Didact. Géographie.
- 70-**Mérenne–Schoumaker B, Moyart L. « Chapitre 3. Les dynamiques de localisation des services aux entreprises », in Gallouj C. et al. Services aux entreprises et développement régional. De Boeck Supérieur : «Économie, Société, Région». Bruxelles; 2006; 65-108. Doi : 10.3917/dbu.gallo.2006.01.0065
- 71-**Mérenne-Schoumaker B. (2008), Géographie des services et des commerces, Presses Universitaires de Rennes, 240 p.
- 72-**Meunier-Nikiema A., Karama F., Kassie D. & Fournet F., 2015. Ville et dynamique de l'offre de soins : Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso), Revue francophone sur la santé et les territoires, décembre 2015.
- 73-**Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la planification et des ressources financières, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, «Encadrement Médical : Projection de l'offre et approche d'estimation des besoins», Mai 1995.
- 74-**Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH). Commission de la refonte de la prévention médico-sanitaire. Rapport d'activités et perspectives. Février, 2011.
- 75-**Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, «La santé des Algériennes et des Algériens», rapport annuel, avril 2003.
- 76-**Ministère de la Santé et de la Population, Office national des statistiques, Ligue des Etats arabes, Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant. Rapport principal. Imprimerie ONS, 1993 Alger.
- 77-**Ministère de la Santé et de la Population et Organisation mondiale de la santé, Programmation sanitaire du pays. Alger, 1975.
- 78-**Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie. Imprimerie ONAT, Alger, 1992.
- 79-**Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), 2007 ; le circulaire n°22 du 15 Juillet 2007 relative au fonctionnement et à l'extension des salles de soins.

- 80-** Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), 2014
- 81-** Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens; 2015.101 p. [Visité en 08/09/2016]. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf
- 82-** Office National des Statistiques (ONS). Armature urbaine-RGPH 2008. Collections statistiques n°163, Série S : Statistiques Sociales. Alger : ONS; 2011. 214 p. [Visité en 11/08/2016]. En ligne : http://www.ons.dz/IMG/pdf/armature_urbaine_2008.pdf
- 83-** Office National des Statistiques (ONS). L'Algérie en quelques chiffres : Résultats 2012-2014, N 45 édition 2015.
- 84-** Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), 2015. Répartition géographique des médecins, Panorama de la santé 2015. Les indicateurs de l'OCDE. Paris : Éditions OCDE, 132-133.
- 85-** Organisation mondiale de la santé (2013), Rapport sur la santé dans le monde, 2013 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais, Genève, 149 p.
- 86-** Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986.
- 87-** Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Jakarta. 1997.
- 88-** Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Sundsvall. 1991.
- 89-** Organisation Mondiale de la Santé, 1978, Les soins de santé primaires, Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, URSS, 6-16 Septembre 1978.
- 90-** Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant, Organisation mondiale de la santé, 2000.
- 91-** Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations d'Adélaïde.1988.
- 92-** Organisation mondiale de la Santé (2002), Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde en 2001, Genève, 243 p.
- 93-** Oufriha F. Z. : Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie, OPU, 1992. P. 247.
- 94-** Oufriha F Z ; Système de santé et population en Algérie. Alger ; ANEP, 2002.
- 95-** Pathman D. E., MD, MPH, Konrad T. R. « Minority Physicians Serving in Rural National Health Service Corps Sites », Medical Care Volume 34, Number 5, pp :439 – 454, 1996.
- 96-** Patrick Mallea. Performance durable en santé et territoire : méthode d'anticipation et d'évaluation des vulnérabilités pour les agences régionales de santé (MAEVA). Business administration. École Nationale Supérieure des Mines de Paris, 2010. French.
- 97-** Picheral Henri, (1992) : Mots et concepts de la géographie de la santé, Cahier GEOS 2.
- 98-** Picheral H, 1989 ; Echelles d'analyse de la desserte en soins médicaux, Cahiers GEOS 2: 1-26.

- 99- Picheral H., 1989. Le médecin généraliste et la ville, Acte du colloque géographie et socio-économie de la santé, CREDES, France 254-266.
- 100- Picheral H. 1995 : « Le lieu, l'espace et la santé ». Espace, populations, Sociétés, N°1, 1995, pp. 19-24.
- 101- Picheral H. 1999 : « Risques et inégalités de santé: de la salubrité à l'équité ». Hérodote, N°92, pp. 50-65.
- 102- Picheral H. Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. Montpellier : GEOS. Université de Montpellier III – Paul Valéry; 2001. 308 p.
- 103- Pineault R., C. Daveluy. La planification de la santé. Concept, méthodes et stratégies. Montréal : Éditions Agence d'Arc, 1986.
- 104- Pumain D., Saint Julien T., 2004, L'analyse spatiale : Localisations dans l'espace, Armand Colin, Cursus, 167p.
- 105- Puyo Béatrice, 2010; La Géographie de la santé au Liban : espaces, enjeux territoriaux, inégalités.....thèse de doctorat
- 106- Raymond W, J. Roger Pitblado (2005), Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu. Institut canadien d'information sur la santé.
- 107- Raynault C., 1987, « Le privilège urbain : conditions de vie et santé à Niger », Politique Africaine, 28 : 42-52.
- 108- Raynaud J. L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable [Thèse de doctorat]. Montpellier, Université Paul Valery - Montpellier III; 2013. 427 p. soutenue le 31/10/2013. [Visité le 27/08/2016]. En ligne : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00967067/file/2013_raynaud_arch.pdf
- 109- Remy G. 1995 : « Les infections par le VIH dans l'espace africain, une mise en question géographique ». Espace, populations, sociétés, N°1, 1995, pp. 105-115.
- 110- Reynaud A. 1981 : Société, Espace et justice, Paris, PUF, 263 p.
- 111- Richard (J. L), 2001-Accès et recours aux soins de santé dans la sous préfecture de Ouèssè (Bénin). Thèse de Doctorat de géographie de la santé, Faculté des lettres et Sciences Humaines, Université de Neuchâtel, Suisse, 1001 p.
- 112- Ridde V., 2005, Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest, le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso, Thèse de Doctorat, Université de Laval (Québec), 661p.
- 113- Ridde V., Girard J-E., 2004, « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », Santé Publique, 15 (1) : 37-51.
- 114- Rougement A. : Les politiques de santé, Ed. Centre européen de la culture Actes Sud, 1999, P. 46.
- 115- Sahlins M. D. (1976), Age de pierre, âge d'abondance : l'économie des sociétés primitives, Gallimard, Paris, 409 p.

- 116-** Saihi Abdelhak, 2006 : "Le système de santé publique en Algérie: Analyse et perspectives" ... gestions hospitalières. Avril 2006.
- 117-** Salem G, 1995; Urbanisation et santé en Afrique de l'Ouest; géographie d'un petit espace dense; Pikine (Sénégal), Montpellier ; Université Paul Valéry. Montpellier III, 327 p (diplôme d'habilitation).
- 118-** Salem G., 1998, La santé dans la ville, Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal), ORSTOM, Karthala, 360p.
- 119-** Schéma National d'Aménagement du Territoire (SNAT 2025), la loi n° 10-02 du 29 juin 2010 portant approbation du SNAT 2025.
- 120-** Sandrin-Berthon B, I Aujoulat, C Ottenheim, and F Martin 1997. L'éducation pour la santé en médecine générale. de la fonction curative à la fonction éducative. Vanves : Cfes, 1997 ; 175 p.
- 121-** Service Économique Régional d'Alger (2014), La politique de santé en Algérie : Chiffres clés. Publications des services économiques, Algérie, Mars 2014.
- 122-** Simon H. A. (1983), Administration et processus de décision, Economica, Paris, 321p.
- 123-** Stock M., Violier P. (2003), « Services », in Levy J., Lussault M. (dir.), Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, Paris, Belin, 1034 p.
- 124-** Tizio S, Flori Y-A. L'initiative de Bamako: "Santé pour tous" ou "maladie pour chacun"? Revue Tiers Monde, 1997, 38: 837-58.
- 125-** Tonnellier F. (1984), Implantation des médecins libéraux : le rôle des facultés de médecine, Paris, CREDOC, 165 p. (Tonnellier, 1984)
- 126-** Tonnellier F., 1991. Géographie des soins, géographie économique : étude de divers contours géographiques en France, Acte du colloque espaces urbains et géographie des soins, Toulouse, France, 187-201.
- 127-** Tonnellier F, Vigneron E. Géographie la santé en France. Paris : PUF. Que sais-je ? n° 3435; 1999. 127 p.
- 128-** Touati N. & Turgeon J., 2013. Répartition géographique des médecins de famille : quelles solutions à un problème complexe ? Santé pub, Vol 25 (4), 465-473.
- 129-** Trotta M. Évolution (1979-2008) des services d'hospitalisation en Belgique. Quels liens avec la hiérarchie urbaine ? Bull de la Société Géographique de Liège. 2009; 53 : 35-45.
- 130-** Van Dormael M., 1997, « La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde », Studies in Health Services Organization and Policy, 1.
- 131-** Vigneron E. 1992 : « Soins, ville, santé : une lecture géographique des dynamiques sanitaires à Tahiti ». Espace, Populations, Sociétés, 1992/ 3, pp. 313-331.
- 132-** Vigneron E. 2002 : Pour une approche territoriale de la santé. Aube/Datar, 287 p.
- 133-** Vigneron E., 2013, Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. Les tribunes de la santé, 38 (01) : 41-53. Doi : 10.3917/seve.038.0041

- 134-** Vissandjée B. Barlow R et Fraser D, 1997 "Utilization of health services among rural women in Gujaratm India" Public health 111: (135-148).
- 135-** Von Bertalanffy L.. Théorie générale des systèmes. Dunod, Paris, 1973.
- 136-** Watson J. B. (1913), "Psychology as the behaviorist views it", Psychological Review, n°20, p. 158-177.
- 137-** Zehnati Ahcène, 2013, "Les cliniques privées en Algérie : L'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire", Les cahiers du CREAD n°105/106-2013.
- 138-** Zehnati Ahcène, Peyron Christine « Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement », Mondes en développement 2015/2 (n° 170), p. 123-140.

Liste des tableaux

N°	Titres	Pages
01	Tableau 01: Répartition des équipements hospitaliers et extrahospitaliers du secteur public sur les trois parties de la région Nord de l'Algérie en 2012.	17
02	Tableau 02: Répartition des équipements hospitaliers et extrahospitaliers du secteur public sur les trois parties de la région des hauts-plateaux de l'Algérie en 2012.	18
03	Tableau 03: Répartition des équipements hospitaliers et extrahospitaliers du secteur public sur les trois parties de la région Sud de l'Algérie en 2012.	20
04	Tableau 04: Répartition et ratio des praticiens du secteur privé sur les trois parties de la région Nord de l'Algérie en 2012.	23
05	Tableau 05: Répartition et ratio des praticiens du secteur privé sur les trois parties de la région des hauts plateaux de l'Algérie en 2012.	25
06	Tableau 06: Répartition et ratio des praticiens du secteur privé sur les trois parties de la région Sud de l'Algérie en 2012.	26
07	Tableau 07: Répartition de la superficie et de la population de la wilaya par commune.	28
08	Tableau 08: Répartition de la population de la wilaya d'Annaba par commune.	32
09	Tableau 09: Structure de la population de la d'Annaba wilaya par sexe.	33
10	Tableau 10: Estimation du taux brut de natalité par commune de la wilaya, à partir du RGPH 2008.	37
11	Tableau 11: Estimation du taux brut de mortalité et du taux de croissance naturelle par commune de la wilaya d'Annaba, à partir du RGPH 2008.	38
12	Tableau 12: Répartition de la population âgée de 15 ans et + selon la situation matrimoniale (Résultats exhaustifs du RGPH 2008 -ONS).	40
13	Tableau 13: Répartition du taux de scolarisation par tranche d'âge et par commune dans la wilaya d'Annaba.	42
14	Tableau 14: Répartition du taux de scolarisation par cycle et par commune dans la wilaya.	42
15	Tableau 15: Répartition de la population occupée par secteurs d'activités économiques dans la wilaya d'Annaba.	43
16	Tableau 16: Répartition du T.O.L par commune dans la wilaya d'Annaba.	44
17	Tableau 17: Répartition des logements habités selon le nombre de pièces (en pourcentage) par commune dans la wilaya d'Annaba.	45
18	Tableau 18: Répartition des logements habités selon le type de construction par commune dans la wilaya d'Annaba.	46
19	Tableau 19: Les taux de raccordement en réseaux divers par commune dans la wilaya.	48
20	Tableau 20: Evolution des infrastructures hospitalières publiques (2008-2012).	101

21	Tableau 21: Evolution des infrastructures extrahospitalières publiques (2008-2012).	104
22	Tableau 22: Evolution du nombre de structures privées en Algérie (2003-2012).	107
23	Tableau 23: Evolution des effectifs générale dans le secteur public (2008-2012).	108
24	Tableau 24: Evolution des effectifs médicaux publics et privés en Algérie (2000-2012).	109
25	Tableau 25: Evolution des effectifs des paramédicaux selon la qualification (2000-2012)	111
26	Tableau 26: Evolution des effectifs du personnel administratif, technique et de service (Niveau national, 2000-2012)	112
27	Tableau 27: Répartition des effectifs médicaux par structure de soins en Algérie en 2012.	113
28	Tableau 28: Effectifs du corps médical hospitalo-universitaire en Algérie en 2012.	114
29	Tableau 29: Evolution des ratios de couverture en praticiens publics et privés (2000-2012)	116
30	Tableau 30: Evolution des ratios de couverture en paramédicaux selon la qualification (Niveau national, 2000-2012).	118
31	Tableau 31: Répartition de la population, des polycliniques et des salles de soins par EPSP et par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	147
32	Tableau 32: Répartition des SCS de l'EPSP Annaba par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	148
33	Tableau 33: La population et les infrastructures extrahospitalières de l'EPSP Frantz Fanon (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	149
34	Tableau 34: La population et les infrastructures extrahospitalières de l'EPSP El Hadjar (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	149
35	Tableau 35: Répartition des SCS de l'EPSP El Hadjar par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	150
36	Tableau 36: La population et les infrastructures extrahospitalières de l'EPSP Berrahal (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	151
37	Tableau 37: Répartition des SCS de l'EPSP Berrahal par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	152
38	Tableau 38: Répartition des polycliniques par EPSP et par commune (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	155
39	Tableau 39: L'effectif total des différents corps et grades des différents services de santé du secteur public dans la wilaya d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013).	161
40	Tableau 40: Les EHP dans la wilaya d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013).	163
41	Tableau 41: Répartition des MS par spécialité et par communes dans la wilaya d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	164

42	Tableau 42: Les spécialités localisées uniquement dans la ville d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013+ traitement personnel).	165
43	Tableau 43: Répartition des praticiens du secteur public entre la ville d'Annaba et les autres 11 communes de la wilaya, en 2012.	178
44	Tableau 44: Répartition de la population, des lits, des spécialités et des établissements publics entre la ville d'Annaba et les autres communes constituant la wilaya, en 2012.	178
45	Tableau 45: Répartition des MS du secteur public par établissement entre la ville d'Annaba et les autres communes.	179
46	Tableau 46: Répartition des services du secteur privé entre la ville d'Annaba et les autres communes constituant la wilaya.	180
47	Tableau 47: Les spécialités localisées uniquement dans la ville d'Annaba.	181
48	Tableau 48: Répartition du personnel de santé des deux secteurs entre la ville d'Annaba et les autres communes constituant la wilaya.	181
49	Tableau 49: Les infrastructures hospitalières publiques dans la wilaya d'Annaba.	190
50	Tableau 50: Terminologie employée dans la loi 2001-20.	193
51	Tableau 51: Terminologie employée dans la loi 2006-06.	194
52	Tableau 52 : Strates définies par les deux lois 2001-20 et 2006-06.	194
53	Tableau 53: Les catégories de la hiérarchie urbaine de la wilaya et leurs communes.	196
54	Tableau 54: Concentration des praticiens publics dans la métropole "ville d'Annaba".	198
55	Tableau 55: Répartition des établissements de santé du secteur public selon la hiérarchie urbaine dans la wilaya en 2012.	198
56	Tableau 56: Répartition des praticiens du secteur public par hiérarchie urbaine et par commune dans la wilaya d'Annaba en 2012.	200
57	Tableau 57: Le nombre, le pourcentage et le ratio lits/1 0 000 habitant selon la hiérarchie urbaine dans la wilaya en 2012.	201
58	Tableau 58: Les services d'hospitalisation offerts selon la hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba en 2012.	202
59	Tableau 59: Résultats des corrélations entre le nombre de lits par service d'hospitalisation et la hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba en 2012.	204
60	Tableau 60: Répartition des médecins (généralistes et spécialistes) privés et publics par commune dans la wilaya d'Annaba et en Algérie en 2012.	218
61	Tableau 61: Concentration des pharmacies privées dans les quatre communes les plus urbanisées. (Source: DSP, 2013+ traitements personnels).	227

Liste des figures

N°	Titres	Pages
01	Figure 01 : Les neuf (9) régions géo-sanitaires de l'Algérie.	15
02	Figure 02 : Répartition géographique du nombre de lits d'hospitalisation du secteur public pour 10.000 habitants par région géo-sanitaire en Algérie, en 2012.	16
03	Figure 03 : Répartition géographique du nombre de centres hospitalo-universitaires (CHU) par région géo-sanitaire en Algérie, en 2012.	18
04	Figure 04 : Répartition géographique du nombre d'hôpitaux publics par région géo-sanitaire en Algérie, en 2012.	19
05	Figure 05 : Répartition géographique du nombre de médecins spécialistes du secteur public en Algérie par région géo-sanitaire, en 2012.	20
06	Figure 06 : Répartition géographique du nombre de salles de soins pour 10.000 habitants en Algérie par région géo-sanitaire, en 2012.	21
07	Figure 07 : Répartition géographique du nombre de polycliniques pour 10.000 habitants en Algérie par région géo-sanitaire, en 2012.	22
08	Figure 08 : Répartition géographique du nombre des établissements hospitaliers privés (EHP) en Algérie par région géo-sanitaire, en 2012.	23
09	Figure 09 : Répartition géographique du nombre d'officines pharmaceutiques privés pour 10.000 habitants en Algérie par région géo-sanitaire, en 2012.	24
10	Figure 10 : Répartition géographique du nombre de médecins spécialistes privés pour 10.000 habitants en Algérie par région géo-sanitaire, en 2012.	25
11	Figure 11 : Répartition géographique du nombre de médecins généralistes privés pour 10.000 habitants en Algérie par région géo-sanitaire, en 2012.	26
12	Figure 12 : Répartition géographique du nombre de chirurgiens dentistes privés pour 10.000 habitants en Algérie par région géo-sanitaire, en 2012.	27
13	Figure 13 : Situation géographique de la wilaya d'Annaba.	29
14	Figure 14 : Les limites administratives de la wilaya d'Annaba.	29
15	Figure 15: Répartition de la population de la wilaya par commune (01 Janvier 2013).	32
16	Figure 16: Répartition de la population de la wilaya d'Annaba par sexe (01 Janvier 2013).	34
17	Figure 17: Répartition de la population de la wilaya par tranches d'âges (01 Janvier 2013).	35
18	Figure 18: Répartition de la population à risque selon le sexe et l'âge dans la wilaya.	39
19	Figure 19: Répartition de la population âgée de 15 ans et + selon la situation matrimoniale (Résultats exhaustifs du RGPH 2008 -ONS).	41

20	Figure 20: Répartition de la population occupée par secteurs d'activités économiques dans la wilaya d'Annaba (Résultats exhaustifs du RGPH 2008 -ONS).	43
21	Figure 21: Répartition des logements habités selon le nombre de pièces dans la wilaya d'Annaba (Résultats exhaustifs du RGPH 2008).	46
22	Figure 22: Répartition des logements habités selon le type de construction dans la wilaya de Annaba (Résultats exhaustifs du RGPH 2008 -ONS).	47
23	Figure 23: Théorie de lieux centraux de W. Christaller (1933).	60
24	Figure 24: Le modèle de réseaux en étoile.	62
25	Figure 25 : Les logiques multidimensionnelles d'organisation et de localisation d'un service (à partir de Généau de Lamarrière, Staszac, 2005).	66
26	Figure 26 : Répartition géographique du nombre des établissements hospitaliers spécialisés par région géo-sanitaire en Algérie, en 2012.	102
27	Figure 27 : Répartition géographique du nombre des établissements publics hospitaliers par région géo-sanitaire en Algérie, en 2012.	103
28	Figure 28: Evolution des infrastructures hospitalières et extrahospitalières publiques en Algérie (2008-2012).	104
29	Figure 29 : Répartition géographique du nombre de lits d'hospitalisation du secteur public par wilaya en Algérie, en 2012.	105
30	Figure 30: Effectif médical des trois secteurs (public, privé et parapublic) en Algérie en 2012.	114
31	Figure 31 : Répartition géographique du ratio de médecins généralistes et spécialistes (01 médecin/habitant) par wilaya en Algérie, en 2012.	116
32	Figure 32 : Répartition géographique des moyens de transport sanitaire par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	146
33	Figure 33 : Limites des établissements publics de santé de proximité de la wilaya d'Annaba, en 2012.	151
34	Figure 34 : Répartition géographique des polycliniques par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	153
35	Figure 35: Répartition des infrastructures extrahospitalières par commune dans la wilaya d'Annaba selon la DSP (01 Janvier 2013).	156
36	Figure 36 : Répartition géographique des salles de consultation et de soins par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	157
37	Figure 37: Répartition du personnel médical du secteur public par catégorie dans la wilaya selon la DSP (01 Janvier 2013).	158
38	Figure 38: Répartition du personnel médical du secteur public par commune dans la wilaya selon la DSP (01 Janvier 2013).	159
39	Figure 39: Répartition du personnel paramédical du secteur public par catégorie dans la wilaya selon la DSP (01 Janvier 2013).	159
40	Figure 40 : Répartition géographique du nombre de chirurgiens dentistes privés pour 10.000 habitants, par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	166

41	Figure 41: Répartition des MS, CD, MG et pharmaciens par communes dans la wilaya d'Annaba (Source: DSP, Janvier 2013).	167
42	Figure 42: Répartition des praticiens du secteur public entre la ville d'Annaba et les autres 11 communes de la wilaya, en 2012.	176
43	Figure 43 : Répartition géographique des hôpitaux publics dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	177
44	Figure 44: Répartition de la population et des lits d'hospitalisation entre la ville d'Annaba et les 11 autres communes de la wilaya, en 2012.	179
45	Figure 45: Répartition des services du secteur privé entre la ville d'Annaba et les autres communes constituant la wilaya. (01 /01/ 2013).	180
46	Figure 46 : Hiérarchie des hôpitaux publics dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	183
47	Figure 47 : Répartition géographique du nombre de médecins généralistes privés pour 10.000 habitants, par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	185
48	Figure 48: Pyramide du système de soins public dans la wilaya d'Annaba.	190
49	Figure 49 : Répartition géographique du nombre de salles de consultation et de soins pour 10.000 habitants, par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	199
50	Figure 50 : Répartition géographique du nombre de lits d'hospitalisation du secteur public pour 10.000 habitants, par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	201
51	Figure 51 : Répartition géographique du nombre de polycliniques pour 10.000 habitants par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	203
52	Figure 52: Répartition de l'offre de soins publics par hiérarchie urbaine en 2012.	203
53	Figure 53: Répartition selon le sexe des médecins enquêtés (généralistes et spécialistes) dans la wilaya d'Annaba en juin 2015.	213
54	Figure 54: Répartition des médecins généralistes et spécialistes selon le sexe.	214
55	Figure 55: Répartition des médecins selon la spécialité et l'âge.	214
56	Figure 56: Répartition des médecins enquêtés (190) dans la wilaya d'Annaba selon la faculté d'obtention du diplôme en juin 2015.	215
57	Figure 57: Répartition des médecins enquêtés dans la wilaya d'Annaba selon la date d'obtention du diplôme en juin 2015.	216
58	Figure 58: Répartition des médecins enquêtés dans la wilaya d'Annaba selon la zone d'installation en juin 2015.	216
59	Figure 59 : Répartition géographique du nombre de médecins spécialistes et généralistes du secteur privé pour 10.000 habitants, par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	217
60	Figure 60 : Répartition géographique du nombre de médecins spécialistes privés pour 10.000 habitants, par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	219

61	Figure 61: Répartition des médecins privés (généralistes et spécialistes) par commune d'installation dans la wilaya d'Annaba en 2012.	219
62	Figure 62 : Nombre de médecins spécialistes du secteur public par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	221
63	Figure 63: Les motifs d'installation les plus importants des médecins enquêtés dans la wilaya d'Annaba en juin 2015.	222
64	Figure 64: Répartition par sexe des motifs d'installation, jugés prioritaires, des médecins enquêtés dans la wilaya d'Annaba en juin 2015.	223
65	Figure 65 : Répartition géographique du nombre de pharmaciens privés pour 10.000 habitants, par commune dans la wilaya d'Annaba, en 2012.	227

Liste des photos

N°	Titres	Pages
01	Photo 01: L'hôpital civil de Bône en 1961.	125
02	Photo 02: L'hospice Coll, juste après l'indépendance.	127
03	Photo 03: Le centre de santé de Bône (pendant les années 1950).	129
04	Photo 04: Le préventorium de Bugeaud (pendant la période coloniale).	130
05	Photo 05: Le nouvel hôpital de Bône en 1961.	132
06	Photo 06: L'hôpital de Chétaibi (pendant la période coloniale).	134
07	Photo 07 : L'hospital Ibn Sina (CHU Annaba).	137
08	Photo 08: L'hôpital Ibn Rochd (CHU Annaba).	138
09	Photo 09: L'hôpital Dr Dorban /CHU Annaba.	138
10	Photo 10: La clinique Sainte Thérèse /CHU Annaba.	139
11	Photo 11: La clinique Champs de Mars /CHU Annaba.	139
12	Photo 12: La clinique Saint Augustin /CHU Annaba.	140
13	Photo 13: La clinique Elisa /CHU Annaba.	140
14	Photo 14: EHS Er razi / Annaba.	142
15	Photo 15: EHS Abdallah Nouaouria / El Bouni.	143
16	Photo 16: EHS Séraïdi / Séraïdi.	143
17	Photo 17: EPH El Hadjar / El Hadjar.	144
18	Photo 18: EPH Ain Barda / Ain Barda.	145
19	Photo 19: EPH Gouasmi Ahmed / Chétaibi.	145

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace	ii
Sommaire	iii
Liste des abréviations	252
Introduction générale	01
- Etat de l'art	02
- Objectif et problématique.....	05
- Hypothèses générales.....	06
- Choix de l'aire d'étude.....	07
- Méthodologie.....	08
Partie I Présentation de l'aire d'étude et les théories de localisation des services	13
- Introduction de la première partie.....	13
- Chapitre 1. Répartition géographique des équipements et des services sanitaires en Algérie.....	14
1. L'Algérie.....	14
1.1 Division administrative et sanitaire.....	14
• La division administrative.....	14
• La division sanitaire.....	14
1.2 Répartition géographique des équipements et des services sanitaires sur les neuf régions géo-sanitaires de l'Algérie.....	16
• Les services du secteur public.....	16
• Les services du secteur privé.....	22
2. Les caractéristiques démos-socioéconomiques de la population Annabi.....	28
2.1 Les caractéristiques démographiques.....	28
• Situation géographique.....	28
• La population.....	30
✓ Localisation des habitants de la wilaya d'Annaba.....	31
✓ Structure par sexe des habitants de la wilaya.....	33
✓ Structure par âge des habitants de la wilaya.....	34
✓ Répartition des femmes en âge de procréer.....	36
✓ Estimation du taux de natalité par commune.....	36
✓ Estimation des taux bruts de mortalité et de croissance naturelle.....	38
✓ Répartition de la population à risque selon le sexe et l'âge.....	39
2.2 Les caractéristiques socio-économiques.....	40
• Structure des habitants de la wilaya selon le statut matrimonial.....	40
• Niveau scolaire des habitants de la wilaya.....	41
• Profession des habitants de la wilaya.....	43
• L'habitat (nature de l'habitat, TOP et TOL).....	44
• Le taux de raccordement en réseaux divers.....	47
Conclusion.....	48
- Chapitre 2. Théories de localisation des équipements et des services sanitaires :	

Méthodes et modèles.....	49
1. Les méthodes d'aide à la décision de localisation des équipements et des services sanitaires.....	49
1.1 Caractérisation de la population.....	49
1.2 Le fonctionnement des équipements et des services sanitaires existants.....	50
1.3 Normes ou référentiels de qualité.....	51
1.4 Les niveaux du système de soins.....	52
1.5 Stratégies et projets des acteurs.....	53
1.6 Les finalités du système de soins.....	54
2. Les modèles de localisation des équipements et des services.....	56
2.1 Définition des notions.....	56
2.2 La théorie des lieux centraux : une approche rationnelle de localisation des équipements et des services reposant sur la distance.....	59
2.3 Vers une approche multidimensionnelle des logiques d'organisation spatiale des équipements et des services.....	62
• Les contestations du modèle normatif de l'homo œconomicus et l'apport des sciences sociales.....	62
• Les logiques de localisation des services : la recherche d'une adéquation entre l'offre et la demande sur le territoire et ces réseaux.....	64
3. Localisation des praticiens privés : critères d'implantation et facteurs d'attractivité des territoires.....	66
3.1 Facteurs d'ordre professionnel.....	68
• L'exercice en groupe ou en réseau.....	68
• Les caractéristiques des patients.....	68
• La présence de confrères (médecins).....	69
• Opportunités professionnelles.....	69
• Les conflits avec le personnel.....	69
3.2 Facteurs d'ordre économique et financier.....	70
• Le potentiel d'activité sur le territoire.....	70
• Les aides financières à l'installation.....	70
• Certaines aides logistiques, administratives ou en nature.....	71
• Le niveau économique de la population.....	72
3.3 Facteurs d'ordre extra-professionnel (environnemental).....	72
• Le mode de vie.....	72
• L'accès aux services, équipements, infrastructures et commerces.....	73
3.4 Facteurs d'ordre individuel (personnel).....	73
• Les attaches sur le territoire : premier critère d'implantation.....	73
• La possibilité d'emploi pour le conjoint.....	73
3.5 Les cas particuliers des territoires ruraux et enclavés.....	74
Conclusion.....	75
- Conclusion de la première partie.....	76
Partie II Politique, système et ressources sanitaires en Algérie	77
- Introduction de la deuxième partie.....	77
- Chapitre 1. Politique et système sanitaire en Algérie	78
1. Les options fondamentales de la politique de santé.....	78
1.1 Options fondamentales internationales.....	78
1.2 Options fondamentales nationales.....	81

2.	Evolution du système de santé en Algérie.....	85
2.1	La période 1962-1972.....	86
2.2	La période 1973-1986.....	87
2.3	La période 1987-2003.....	90
2.4	Après 2004.....	94
3.	Les composantes du système de soins en Algérie.....	95
3.1	Le secteur public.....	96
3.2	Le secteur parapublic.....	98
3.3	Le secteur privé.....	98
	Conclusion.....	100
-	Chapitre 2. Les ressources sanitaires en l'Algérie.....	101
1.	Les infrastructures sanitaires.....	101
1.1	Les infrastructures du secteur public.....	101
	• Les infrastructures hospitalières.....	101
	• Les infrastructures extrahospitalières.....	103
1.2	Les infrastructures du secteur privé.....	106
2.	Les ressources humaines.....	107
2.1	Evolution des effectifs sanitaires publics et privés	108
	• Le personnel médical.....	108
	• Le personnel paramédical.....	111
	• Le personnel administratif, technique et de service.....	112
2.2	Répartition des effectifs par type de structure.....	112
2.3	La densité du personnel de santé.....	115
	• La densité médicale.....	115
	• La densité paramédicale.....	117
	• Le système de zoning.....	118
	Conclusion.....	120
-	Conclusion de la deuxième partie.....	121
Partie III Les équipements et les services sanitaires dans la wilaya d'Annaba		122
-	Introduction de la troisième partie.....	122
-	Chapitre 1. Histoire des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.....	123
1.	L'organisation sanitaire aux premiers temps de l'occupation.....	123
2.	L'histoire des services de santé.....	124
2.1	L'hôpital civil de Bône.....	124
2.2	L'hospice Coll.....	127
2.3	Le centre de santé.....	128
2.4	Le préventorium de Bugeaud.....	129
2.5	La clinique Sainte Thérèse.....	131
2.6	Le nouvel hôpital.....	131
2.7	Le sanatorium des Caroubier.....	133
	Conclusion.....	134
-	Chapitre 2. Inventaire et description des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.....	135
1.	Les équipements et les services sanitaires du secteur public.....	135

1.1 Le Centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Annaba.....	135
1.2 Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS).....	141
1.3 Les établissements publics hospitaliers (EPH).....	144
1.4 Les établissements publics de santé de proximité (EPSP).....	146
2. Personnel de santé du secteur public.....	157
2.1 Personnel médical.....	158
2.2 Personnel paramédical.....	159
3. Les équipements et les services sanitaires du secteur privé.....	162
3.1 Les établissements hospitaliers privés (EHP).....	162
3.2 Les médecins spécialistes (MS).....	164
3.3 Les médecins généralistes (MG).....	165
3.4 Les chirurgiens dentistes (CD).....	166
3.5 Les pharmaciens (Ph).....	166
Conclusion.....	168
- Chapitre 3. Une inégale répartition spatiale des équipements et des services sanitaires dans la wilaya d'Annaba.....	169
1. Quand l'espace rencontre la santé.....	169
1.1 Les inégalités, l'espace et la santé.....	169
• Qu'est-ce qu'une inégalité spatiale?.....	170
• Les inégalités spatiales de la santé.....	171
• Les inégalités spatiales de l'offre de services de soins.....	171
2. Une concentration spatiale des équipements et services sanitaires dans la ville d'Annaba.....	174
2.1 La stratégie sanitaire coloniale à l'origine des inégalités.....	174
2.2 Le privilège de la ville d'Annaba : une offre dense.....	175
3. Les équipements et les services sanitaires du secteur public : une hiérarchisation dans l'offre.....	182
3.1 Les structures de première ligne : les SCS.....	182
3.2 Les unités de base : les polycliniques.....	182
3.3 Les services d'hospitalisation : les EPH.....	183
3.4 Le premier niveau de référence : les EHS.....	184
3.5 Le deuxième niveau de référence : le CHU.....	184
4. Les équipements et les services sanitaires privés : deux inégalités (rural/urbain et centre/périphérie).....	184
4.1 Inégalité rural-urbain.....	184
4.2 Inégalité centre-périphérie.....	186
Conclusion.....	187
- Chapitre 4. Etude de la relation entre la hiérarchie urbaine et la hiérarchie des équipements et des services sanitaires du secteur public dans la wilaya d'Annaba.....	188
1. Introduction.....	188
1.1 La hiérarchie des équipements et des services sanitaires publics à Annaba.....	189
• Les équipements et les services de proximité rapprochée.....	189
• Les équipements et les services de proximité relative.....	190
• Les équipements et les services de référence.....	191
1.2 La hiérarchie urbaine dans la wilaya d'Annaba.....	191
• Définition de l'urbain au niveau international.....	191
• Les stratifications retenues en Algérie.....	193

• La hiérarchie urbaine dans la wilaya	196
2. Matériels et méthodes.....	196
3. Les résultats.....	197
3.1 La catégorie métropole urbaine.....	197
3.2 La catégorie villes moyennes.....	199
3.3 La catégorie petites villes.....	200
3.4 La catégorie agglomérations urbaines.....	202
3.5 La catégorie communes non urbaines.....	202
4. Discussion.....	204
4.1 La théorie des lieux centraux : les équipements et les services les plus spécialisés sont situés dans les centres urbains les plus importants.....	204
4.2 À chaque niveau de la hiérarchie urbaine un élément de la pyramide sanitaire.....	205
Conclusion.....	207
- Chapitre 5. Motifs des choix d'installation des services sanitaires privés à Annaba.....	209
1. Introduction.....	209
2. Méthodologie.....	210
2.1 Enquête et échantillonnage.....	210
2.2 Présentation du questionnaire.....	211
3. Résultats de l'enquête	213
3.1 Taux de réponse.....	213
3.2 Caractéristiques des médecins.....	213
• Répartition par sexe des médecins généralistes et spécialistes.....	213
• Répartition des médecins selon la spécialité et l'âge	214
• Répartition des médecins par faculté d'obtention du diplôme.....	215
• Répartition des médecins par date d'obtention du diplôme.....	215
• Répartition des médecins par zone d'installation.....	216
3.3 Répartition des médecins	217
• Une inégale répartition des médecins privés dans la wilaya	217
• Une inégale répartition des médecins publics dans la wilaya.....	220
3.4 Les motifs des choix d'installation des médecins	221
3.5 Lien potentiel entre commune d'installation et motifs d'installation.....	224
4. Discussion et conclusion.....	224
- La pharmacie : un petit commerce développé.....	226
Conclusion.....	228
- Conclusion de la troisième partie.....	229
Conclusion générale	230
Résumé en français	233
Résumé en arabe	234
Résumé en anglais	235
Références bibliographiques	236
Liste des tableaux	244
Liste des figures	247
Liste des photos	251
Table des matières	252
Annexes	257

Annexes

**Questionnaire pour les services sanitaires du secteur public
de la wilaya d'Annaba**

A-Renseignements :

- 1- Désignation de l'établissement :
- 2- Nature de l'établissement: CHU EPS EPH
EPSP Polyclinique Salle de soins
- 3- L'année de mise en service :
- 4- Le mode d'exercice : Urbain Péri- urbain Rural
- 5- La capacité d'accueil (Nombre de lits) : lits
- 6- Nombre des ambulances : Ambulance (s).
- 7- L'adresse complète de l'établissement :

B - Caractéristiques de l'établissement :

- 1- La superficie de l'établissement : (m2)
- 2- Les spécialités existantes:
- 3- Le niveau technologique :
- 4- Faible Moyen Sophistiqué
- 5- Si vous n'êtes pas satisfait de cet emplacement, qu'elle est l'endroit que vous désiriez y être ?
 - a- Près des résidences du personnel
 - b- Près des grands axes de transports
 - c- Au sein du périmètre urbain
 - d- Hors le périmètre urbain
- 6- Au sein de la wilaya d'Annaba où désiriez-vous vous installer ?

C – Accessibilité :

- 1- Le nombre annuel des patients : Malades
- 2- L'origine géographique des malades :
- 3- L'évacuation externe des malades (wilayas limitrophes) :
- 4- La typologie des maladies des patients :

.....
5- A mon avis, les avantages de regroupements des établissements de soins sont :

L'information Accessibilité aux soins Concurrence

Autres :

6- A mon avis, les facteurs qui expliquent la concentration des établissements de soins à la ville d'Annaba sont : La taille de la population

Facteurs environnementaux Métropole urbaine régionale

Autres.....

7- Est-ce que vous organisez des séminaires nationaux / internationaux ? Non

Oui Combien de fois par an ?fois / an.

8- Est-ce que vous participez aux foires nationales / inter concernant le matériel et équipements sanitaires: Non

Oui nous participons.....fois / an.

D – Personnel :

01- **Total des employés :** Homme Femme

02- **Nombres des employés expérimentés plus de (05) ans :** Employé (s)

03- **Nombres des employés universitaires:** Employé (s)

04- **Service de transports :** Disponible Non disponible

05- Résidence des employés :

a- moins de 05 Km.....% b- plus de 05 Km.....%

06- **Nombres des heures de travail :** heures

07- Salaire moyen des employés :

M Spécialistes : DA M Généralistes : DA

Paramédicaux : DA Dentistes : DA

08- S'il y a d'autres contraintes et obstacles qui vous affrontent. Expliquez :

.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation.

**Questionnaire pour les services sanitaires du secteur privé
de la wilaya d'Annaba.**

- 1- **Je suis :** Un homme Une femme Age :ans. Commune d'installation :
- 2- **Je m'installe en qualité de :** M spécialiste M généraliste pharmacien
Chirurgien dentiste Laboratoire d'analyse Clinique médicochirurgicale
- 3- **Mon diplôme m'a été décerné par la faculté de médecine de :**.....
- 4- **J'ai obtenue mon diplôme en :** **Année d'installation :**
- 5- **Je m'installe pour la première fois :** Oui Non Si non ;
Je m'installe pour la première fois à la commune de :.....
- 6- **Je m'installe dans une zone :** Urbaine Rurale Mixte
- 7- **J'ai choisi de m'installer dans cet endroit car :**(plusieurs réponses possible)
A- C'est la région où j'ai fait mes études
B- J'y ai trouvé, pour mon activité, un environnement technique de qualité
C- J'ai eu une proposition d'installation
D- J'ai eu une opportunité financière
E- C'est ma région d'origine
F- Mon conjoint y travaille
G- Pas d'installation en zone souhaitée
H- J'y suis incité (e) par d'autres motifs familiaux
I- J'y exerce une autre activité
J- J'y ai effectué des remplacements
- Si vous avez retenu plusieurs critères, indiquer le N° du plus important :
- 8- **Je ne suis pas satisfait de cet emplacement, j'aimerais bien installer à :**.....
.....
- 9- **Je consulte patients par jour et pour une durée de heures.**
- 10- **Je suis le propriétaire de cet endroit :** Oui Non locataire (.....DA/mois)
- 11- **Je consulte les patients de ma commune et des autres communes,**
comme:.....
.....
- 12- **Je consulte les patients des autres wilayas, par exemple:**.....

13- La distance moyenne de (04) cabinets ayant la même activité est de..... Km

14- J'ai un niveau technologique (concernant le matériel) :

Faible Moyen Sophistiqué

15- A mon avis, les avantages de regroupements des cabinets médicaux sont :

L'accessibilité aux soins L'information La concurrence

La publicité Autres.....

16- A mon avis, les facteurs qui expliquent la concentration des cabinets médicaux à la

ville d'Annaba sont : La taille de la population Facteurs environnementaux

Avantages professionnels particuliers Métropole urbaine régionale

Autres.....

17- Je participe à des séminaires nationaux / internationaux : Non

Oui Je participe.....fois / an.

18- Je participe aux foires nationaux / inter concernant les équipements sanitaires et

médicaux : Non Oui Je participe.....fois / an.

19- J'ai des problèmes et des obstacles : Non Oui

Mes problèmes sont:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation.