

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion  
Département des Sciences Economiques

## MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de  
MASTER EN SCIENCES ECONOMIQUES

Option : Economie Quantitative

### L'INTITULE DU MEMOIRE

**Analyse des effets de la pandémie de COVID-19  
sur l'accès aux soins de santé de la population :  
*Cas de la wilaya de Bejaïa***

Préparé par :

- MAZOUZI Mohamed Amine  
- LAMRIBEN Elhocine

Dirigé par :

Mr CHALANE Smail

### Jury :

Examineur 1 : GANA Brahim.....

Examineur 2 : TOUAHRI A/aziz.....

Rapporteur : CHALANE Smail .....

Année universitaire : 2020/2021

## **Remerciements**

*Nos remerciements s'adressent au Dieu unique et tous puissant de nous avoir accordé force et courage et patience ;*

*Nous voudrions exprimer en ces quelques lignes nos vifs remerciements à tous ceux qui nous ont aidé à parachever ce travail, et qu'ils nous aient impossible de les citer tous, tant ils sont nombreux, nous nous excusons auprès de ceux-là d'avance ;*

*Tout d'abord nos premiers remerciements vont à Monsieur SMAIL CHALANE qui nous a fait l'honneur d'accepter de diriger notre travail et aussi qui nous a orienté vers Mme. TAOUS CHEURFA notre Co-promotrice, qui nous a aidé à m'acquiescer le logiciel SPSS, on lui exprime nos vifs remerciements et reconnaissances pour le temps qu'elle nous a consacré ;*

*Nous tenons aussi à remercier les membres du jury qui ont bien voulu se donner la peine d'évaluer ce travail ;*

*Nous exprimons notre gratitude aux enseignants qui nous ont prodigués des conseils pour l'aboutissement de ce travail, qu'ils trouvent, ici, l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance, car ils nous ont beaucoup appris durant tout le long de notre cursus universitaire ;*

*Nous tenons aussi à remercier la population de Bejaïa d'avoir bien voulu répondre à nos questions ; et nous insistons pour souligner l'immense contribution des enquêtées car sans elles notre travail serait inachevé ;*

*Nos intenses remerciements vont également à l'ensemble de la communauté universitaire Abderrahmane MIRA de Bejaia, plus particulièrement au département des Sciences Economiques et aussi aux personnels de la bibliothèque ;*

*Nous devons aussi des remerciements à la famille et aux personnes qui ont apporté leurs contributions à la réalisation de ce mémoire, à eux tous, nous disons*

**MERCI.**

**MAZOUZI Mohamed Amine**

**LAMRIBEN Elhocine**

## *Dédicaces*

*Je dédie ce travail à Dieu Tout Puissant.*

*A la mémoire de mon père, décidé trop tot*

*A ma cher mere qui ma soutenu tout au long de mes études.*

*A mes cheres sœurs Samira et Sonia.*

*A tout la famille MAZOUZI ET BENNADJI.*

*A toutes mes tantes et mes oncles.*

*A tous mes amis sans exception.*

*A mon binôme Elhocine.*

*Mohamed Amine*

## *Dédicaces*

*Je dédie ce travail à Dieu Tout Puissant ;*

*A ma famille, elles qui ma doté d'une éducation digne, son amour a  
fait de moi ce que je suis aujourd'hui ;*

*A mes parents eux qui mont soutenant tout au long de mes études ;*

*A mes chères frère Farouk et sa femme, Adel et sa femme qui m'ont  
beaucoup aidé dans mes études ;*

*A mes très chères sœurs yacina, Lilia et Lina pour leurs  
encouragements et leurs aides;*

*A mes grands-parents et toute la famille LAMRIBEN ;*

*A mes amis sans exception ;*

*A mon binôme Amine qui m'a beaucoup soutenu.*

.

*ELHOCINE*

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

## Liste des abréviations

**BTP** : Bâtiment et travaux publique

**CDD** : Contrat de travail à durée déterminé

**CDI** : Contrat de travail à durée indéterminé

**CHU** : Centre hospitalo-universitaire

**CII** : Conseil international des infirmières

**CMS** : Centre médico-social

**CMU** : Couverture médicale universelle

**DPSBB** : Direction de la planification et du suivi budgétaire de la Wilaya de Bejaia

**DSPB** : Direction de la santé et de la population de la Wilaya de Bejaia

**EFPM** : École de formation de pédicure médicale

**EH** : Établissement hospitalier

**EHE** : Établissement extra-hospitalier

**EHS** : Établissement hospitalier spécialisé

**EHU** : Établissement hospitalier universitaire

**ENSP** : École nationale de la santé publique

**EPH** : Établissement public hospitalier

**EPI** : Équipements de protection individuelle

**EPSP** : Établissement public de santé de proximité

**IDE** : Investissements directs étrangers

**IRM** : Imagerie par résonance magnétique

**ISS** : Inégalités sociales de santé

**MSPRH** : Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONS** : Office national des statistiques

**ONU** : Organisation des nations unies

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**PCR** : Réaction en chaîne par polymérisation

**PIB** : Produit intérieur brut

**SESRIC** : Centre de recherche statistique, économique et sociale et de formation pour les pays islamiques

**SNAPO** : Syndicat national algérien des pharmaciens d'officine

**SPSS**: *Statistical package for the social's sciences*

**UNFPA** : Fonds des nations unies pour la population

**USI** : Unité de soins intensifs

# **SOMMAIRE**



# **SOMMAIRE**

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

## **CHAPITRE I :**

### ***ACCES AUX SOINS SE SANTE, FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL***

Introduction.....	5
Section 01 : Cadre conceptuel de l'accès aux soins .....	5
Section 02 : Cadre conceptuel des inégalités de santé .....	12
Section 03 : Présentation du système d'offre de soins de santé en Algérie et à Bejaia.....	23
Conclusion .....	33

## **CHAPITRE II :**

### ***L'IMPACT DE LA PANDIMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION***

Introduction.....	34
Section 01 : Les conséquences économiques et sociales de la pandémie de la Covid-19...34	
Section 02 : Les impacts de la pandémie sur l'accès aux soins .....	41
Section 03 : Les conséquences de la pandémie sur les inégalités d'accès aux soins .....	49
Conclusion .....	54

## **CHAPITRE III :**

### ***ETUDE EXPLORTOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA***

Introduction.....	56
I. Présentation et déroulement de l'enquête.....	57
II. Analyse et interprétation des résultats .....	59

Conclusion .....	87
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>89</b>
Références bibliographiques .....	92
Annexes .....	96
Liste des tableaux .....	102
Liste des figures .....	104
Table des matières .....	106

# **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

## **INTRODUCTION GENERALE**

### **INTRODUCTION GENERALE**

Le monde est confronté à une pandémie mondiale inédite jamais connue de l'histoire contemporaine. Pour éviter la propagation du covid-19, la plupart des pays ont pris des mesures de distanciation sociale (physique) importantes, comme le confinement d'une grande partie de la population. En plus des conséquences sanitaires et économiques, cette crise a des répercussions sur l'accès aux services de santé, et les inégalités existantes, car tout le monde n'a pas accès aux soins de la même manière que ce soit durant la période de pandémie ou avant. En effet, selon l'OMS, « *les groupes les plus vulnérables en marge de la société ont tendance à supporter une part beaucoup plus élevée des problèmes de santé* »<sup>1</sup>. Ainsi, des milliers de personnes dans le monde passent chaque année sous le seuil de pauvreté en raison de leurs dépenses de santé.

Une situation terrifiante, sur un sujet qui nous concerne toutes et tous directement, « notre santé », mais il existe bel et bien un droit à la santé, un droit très large qui recouvre le logement, l'accès à l'eau et à une alimentation saine. Du coup, on a décidé de se concentrer sur un point spécifique, l'accès aux soins.

Il existe des règles internationales, comme le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU. Ce pacte signé en 1966 précise que « *les États reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* »<sup>2</sup>. En clair, tout le monde a le droit à la meilleure santé possible et les États doivent pouvoir l'assurer. De très nombreux textes de loi dans le monde viennent renforcer le caractère universel de cet accès aux soins, en particulier pour les personnes les plus précarisées ou marginalisées. Peu importe le genre, le sexe, l'âge ou le revenu, cela ne doit rien changer, chacun doit pouvoir accéder aux services de santé.

En Algérie, l'offre de soins est assurée par des établissements de santé publique (établissements hospitaliers et extrahospitaliers) et des structures de soins privées (cliniques médicochirurgicales, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques etc.), qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature curatives ou préventives. L'offre de soins est largement étendue, surtout à partir des années 80, grâce, d'une part, à de

---

<sup>1</sup> OMS. 29 décembre 2017. Santé et droits de l'homme.

<sup>2</sup> ONU. 23 mars 1976. Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

## **INTRODUCTION GENERALE**

nouvelles réalisations et investissements dans le secteur public ; et, d'autre part, grâce à l'ouverture des structures de santé privées à partir des années 90.<sup>3</sup>

Avec l'apparition de la nouvelle pandémie coronavirus (covid-19), apparue à Wuhan le 16 novembre 2019 dans la province de Hubei (en Chine centrale), avant de se propager dans toute la chine et le reste du monde, le monde entier a été confronté à une crise sanitaire jamais connue de l'histoire contemporaine. Ce virus a contaminé des milliers de personnes et provoqué des maladies respiratoires, allant d'un simple rhume à des maladies beaucoup plus graves. Et personne n'avait prévu une crise sanitaire d'une telle ampleur.

Après l'accumulation de nombre de malades, qui n'arrêtaient pas d'augmenter du jour au jour et avec une rapidité incroyable, avec des hôpitaux bondés et des services de réanimation toujours plus saturés, les hôpitaux n'arrivent plus à suivre avec ces chiffres aussi lourds. Alors avec une telle situation, la plupart des gouvernements du monde devaient réagir et prendre des décisions lourdes afin de freiner la montée spectaculaire des contaminations. Le 30 juillet 2020, l'OMS a déclaré que l'épidémie est une urgence de santé publique de portée mondiale.

Pour freiner la pandémie de covid-19, de nombreux pays ont dû prendre des décisions drastiques : fermer leurs frontières (aériennes, terrestres) et mettre en place un confinement général et strict avec l'arrêt de toutes les activités (économique, sociale, culturelle).

En Algérie, parmi les mesures annoncées par le président algérien dans son discours retransmis à la télévision : « *La fermeture de toutes les frontières terrestres avec les pays voisins, avec l'éventualité d'autoriser des déplacements de personnes dans des cas exceptionnels, de commun accord avec les Gouvernements des pays concernés* »<sup>4</sup>. Le chef de l'État algérien a également annoncé « *la suspension immédiate de tous les vols de et vers l'Algérie, à l'exception des avions cargos ne transportant aucun voyageur et la fermeture immédiate de la navigation maritime, à l'exception des navires de charge transportant des marchandises et des biens* »<sup>5</sup>.

Ces mesures politiques ont entraîné des lourdes conséquences (économiques, financières, sociales, culturelles, environnementales, politiques, scolaires, judiciaires et sanitaires). Avec des milliers de perte d'emplois qui ont vu leurs activités s'arrêter brusquement d'un coup, des

---

<sup>3</sup> BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P1

<sup>4</sup> République algérienne démocratique et populaire. 18 mars 2020. Discours de président de la république à la nation.

<sup>5</sup> Idem.

## **INTRODUCTION GENERALE**

travailleurs qui sont exposé quotidiennement au licenciement, les emplois qui sont potentiellement à haut risque se trouvent dans les secteurs liés au tourisme, à l'hébergement, aux voyages, à la restauration et aux autres services locaux, ainsi que les travailleurs indépendants.

Alors que d'autres catégories de la population ont pu conserver leur emploi et continuer de toucher un revenu pendant le confinement, avec notamment les secteurs prioritaires comme l'agriculture, l'agroalimentaire et la santé, d'autres secteurs ont dû carrément cesser leur activité. Cette crise a été particulièrement favorable à l'industrie pharmaceutique, notamment dans le domaine des équipements médicaux et des médicaments.

Déjà avant le covid-19, les patients renonçaient à des soins, à des consultations dans les établissements hospitaliers ou chez un médecin pour des raisons financières et/ou d'éloignement géographique, ou encore en raison des délais de rendez-vous trop longs. Mais la nouvelle pandémie a aggravé les choses, avec cette crise et les mesures politiques qui ont engendré des milliers de pertes d'emplois, l'accessibilité aux soins est devenue encore plus difficile, ce qui a aggravé les inégalités sociales d'accès aux soins parmi la population.

Dans cette étude, nous cherchons à **étudier les conditions d'accès aux soins de santé durant la période de pandémie et de confinement**, et ce à travers une étude dans le cas de la wilaya de Bejaia.

Ainsi, un certain nombre de questions méritent réflexion à savoir :

- *Les obstacles financiers sont-ils à l'origine des inégalités d'accès et de recours aux soins de santé ?*
- *Quelle sont les catégories socioprofessionnelles les plus touchées par l'effet de la covid-19 ?*
- *Le nombre de personnes dans le foyer influence-t-il l'inaccessibilité aux soins de santé ?*

## **INTRODUCTION GENERALE**

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

**Hypothèse 1 :** *Plus le revenu augmente, moins il y a de renoncement. D'où une corrélation inverse entre le revenu de la personne et le renoncement aux soins. Autrement dit, le revenu a une influence importante dans la formation des inégalités sociales d'accès soins.*

**Hypothèse 2 :** *Les catégories plus touchées par le renoncement aux soins sont les travailleurs indépendants et les commerçants.*

**Hypothèse 3 :** *Plus le nombre de personnes dans le foyer augmente, plus elles ne renoncent pas aux soins de santé. Cela reflète le climat de solidarités qui existe en cœur de la société algérienne.*

En ce qui concerne la méthodologie, nous avons d'abord fait une recherche documentaire basée sur la consultation de mémoires, de thèses, de revues, de documents et articles, ainsi que des sites interne, etc. Nous avons par la suite entrepris la réalisation d'une étude exploratoire sur l'accessibilité aux soins de santé de la population dans la wilaya de Bejaia.

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

- Le premier chapitre est consacré aux fondements théoriques et au cadre conceptuel de l'accès aux soins, les inégalités de santé et la répartition géographique des soins de santé en Algérie
- Le deuxième chapitre est consacré aux conséquences de la pandémie de la Covid-19 sur l'accès aux soins, les inégalités d'accès aux soins, et plus largement les conséquences économiques et sociales.
- Le troisième chapitre est consacré à l'interprétation et à l'analyse des résultats de notre enquête.

# **CHAPITRE I :**

**ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE  
SANTE : FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA  
CONCEPTUEL**



## **CHAPITRE I :**

# **L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE : FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

## **INTRODUCTION**

La santé fait partie intégrante dans notre vie, que ce soit pour nous, nos proches ou la population. *Nous parlons de la santé, nous la souhaitons, nous y veillons. Selon la définition de l'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».*<sup>1</sup> Ainsi, tout être humain a le droit d'accéder aux services de soins quelle que soit sa classe sociale, son revenu, sa religion, ses opinions politique, ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins. Tous les acteurs de santé, les institutions, les personnes et les ressources qui participent à la prestation de soins de santé doivent, par ailleurs, tenir compte des inégalités sociale et territoriale. Tous ces acteurs doivent consacrer tous les moyens nécessaires afin de mettre en œuvre les meilleures conditions pour accéder à des soins le plus facilement possibles pour toutes personnes en besoins.

Dans ce chapitre, nous allons d'abord présenter le cadre conceptuel de l'accès aux soins. Ensuite, nous déroulerons les différents concepts liés aux inégalités de santé. Enfin, nous allons faire une analyse de l'offre de soins de santé en Algérie et à Bejaia.

### **Section 01 : Cadre conceptuel de l'accès aux soins**

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

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

---

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

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

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET LES INÉGALITÉS DE SANTÉ: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

L'American Institute of Médecine définit l'accès aux soins comme « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en terme de santé ».<sup>3</sup>

Cette définition comporte deux composantes liées respectivement aux besoins de services et à leur disponibilité.

Selon le Bureau of Health planning : « l'accès aux soins est la capacité de la population ou d'un segment de la population d'obtenir les services de santé disponibles. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, temporels, de localisations, architecturaux, culturels, organisationnels et informationnels, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services »<sup>4</sup>.

Pour L. A. Aday et R. M. Andersen<sup>5</sup> Le concept d'accès est défini comme la relation entre les besoins en soins de santé d'une population (caractéristiques sociodémographiques) et l'utilisation du système de soins (prise en charge effective des patients).

Pour R. Penchansky et J. W. Thomas<sup>6</sup> L'accès correspondant à la concordance entre les caractéristiques des professionnels de santé et les attentes des patients est évalué à travers leur satisfaction. Ce n'est donc plus seulement d'accès géographique ou financier mais d'un accès multidimensionnel.

Pour Lambert « les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes Nations, où persistent des inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées) ».<sup>7</sup>

## **2. Dimension d'accès aux soins**

L'OMS et Picheral ont dimensionné l'accès au soin comme suit :

---

<sup>3</sup> Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415

<sup>4</sup> Bureau of Health planning

<sup>5</sup> Aday L. A, Andersen R.M. (1974): 'A Framework for the study of access to medical care', Health Services Research, vol.9, p.208-220.

<sup>6</sup> Penchansky R, Thomas J.W., (1981) 'The concept of access : définition and Relationship to consume Satisfaction', Médical Care, vol.22, n°6, p.127-140.

<sup>7</sup> BONNET. P, (2002), le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3, p5

# CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

## 2.1. Les dimensions de l'accès aux soins selon l'OMS<sup>8</sup>

L'OMS ne définit pas à proprement parler l'accès aux soins, mais traite des problématiques relatives à l'accessibilité à travers des approches «Approches fondées sur les droits de l'homme» Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme fournit des stratégies et des solutions pour affronter et rectifier les inégalités, les pratiques discriminatoires et les rapports de force injustes, qui sont souvent au cœur de l'inégalité des résultats sanitaires.

Une approche fondée sur les droits de l'homme vise à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soient conçus de façon à améliorer peu à peu la jouissance par tous du droit à la santé. Les interventions visant à atteindre cet objectif respectent des principes et des normes stricts répertoriés ci-dessous.

- **Non-discrimination:** Le principe de non-discrimination cherche à garantir que les droits de l'homme seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation comme le handicap, l'âge, la situation matrimoniale et familiale, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle, l'état de santé, le domicile ou la situation économique et sociale.<sup>9</sup>
- **Disponibilité:** Les établissements, les biens, les services et les programmes de santé publique et de soins de santé sont en nombre suffisant.
- **Accessibilité:** Les établissements, les biens et les services de santé sont accessibles à tous. L'accessibilité est composée de quatre dimensions interdépendantes :
  - non-discrimination;
  - l'accessibilité physique;
  - l'accessibilité économique;
  - l'accessibilité de l'information.

---

<sup>8</sup> OMS. 29 décembre 2017. Santé et droits de l'homme.

<sup>9</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale N° 20, La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels; 2009.)

# CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

- **Acceptabilité:** Tous les établissements, les biens et les services de santé doivent respecter l'éthique médicale et les différences culturelles, et tenir compte des besoins des hommes et des femmes tout au long de la vie.
- **Qualité:** La qualité ainsi que le niveau scientifique et médical des établissements, des biens et des services de santé doivent être adaptés.
- **Responsabilisation:** Les États et les autres entités responsables doivent rendre compte de la mesure dans laquelle ils respectent les droits de l'homme.
- **Universalité:** Les droits de l'homme sont universels et inaliénables. Ils doivent être respectés pour chaque personne, partout dans le monde.

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

Selon la définition de Picheral « *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale* »<sup>10</sup>.

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

**2.2.2. La dimension Sociale :** Indicateur social inégalités et indicateur de santé fréquemment utilisés, L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion).

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

Le modèle de recours d'Andersen et Adey conçu pour l'étude de l'accessibilité des soins peut être affilié au modèle antérieur d'Andersen et Newman qui décrit des facteurs d'utilisation

---

<sup>10</sup> Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé, ed. 2001

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

d'un service sanitaire. Les facteurs y sont groupés en trois catégories : facteurs prédisposant, facteurs de capacité, facteurs déclenchant.<sup>11</sup>

- **Facteurs prédisposant**

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

- **Facteurs de capacité**

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

- **Facteurs déclenchant**

Les facteurs déclenchant sont les besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçu de besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu, état général concomitant ou niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, symptômes et diagnostic établi par les experts).<sup>12</sup>

#### **4. L'accessibilité selon Andersen est ces collaborateurs**

Andersen et ses collaborateurs ont enrichi ultérieurement le cadre conceptuel de l'accès aux soins en distinguant accès potentiel caractérisant la possibilité d'accéder aux soins et accès réalisé. On peut parler d'accessibilité dans le premier cas « accès primaire » et de recours ou utilisation dans le second « accès secondaire ».<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> BONNET P, (2002).Le concept d'accessibilité dans le système de santé. Dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry, P2

<sup>12</sup> Idem.

<sup>13</sup> 11David B.-E..et Justine H. etTies B. (2013), Couverture sanitaire universelle et accès universel.' OMS'. Genève, Suisse. p 403-405.

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

## **4.1. Accès primaire**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.<sup>14</sup>

Les trois propriétés fondamentales de l'accès primaire sont continuité, coordination et globalité

### **➤ La continuité**

Est une notion complexe qui recouvre plusieurs dimensions. La dimension la plus communément prise en compte temporelle et renvoie à la constance des mêmes intervenants auprès d'un malade au cours du temps. Elle se double d'une dimension géographique qui porte sur la délivrance des soins dans une même institution. La dimension relationnelle renvoie aux attentes réciproques placées par les malades et les professionnels dans la relation de soin. A l'égard de la gestion de l'information, la continuité caractérise la capacité des outils disponibles (carnet de santé, courriers, Etc.) à permettre la communication entre professionnels et avec le malade.<sup>15</sup>

### **➤ La globalité**

Désigne la capacité des professionnels à envisager l'ensemble des besoins de soins d'une personne indépendamment des limites de leurs compétences et (ou) capacités d'action propres.<sup>16</sup>

### **➤ La coordination**

Caractérise la prise en compte lors de chaque contact d'un enchaînement logique dans la délivrance de soins finalisés par l'atteinte d'un résultat (état de santé du bénéficiaire) plus ou moins explicite.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> OMS, (1978), ' Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, ALMA ATA Genève. Disponible in [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>15</sup> Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415

<sup>16</sup> Idem.

<sup>17</sup> Ibid.

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

L'inégalité dans l'accès aux services de santé est caractérisée par deux types: l'inégalité dans l'accès primaire et l'inégalité dans l'accès secondaire.

### **5.1 Les inégalités d'accès primaires**

D'Alma-Ata à déclarer : «Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto- responsabilité et d'autodétermination ». <sup>24</sup>

Les inégalités d'accès primaire aux soins sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) en France., mais elles concernent l'ensemble de la population, à des degrés divers selon les postes de dépense. À titre d'exemple, En France , le Baromètre santé 2000 de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (souligne que, si le recours aux différents professionnels de santé est très fréquent parmi les 18-75 ans, quels que soient l'âge et le sexe, des différences apparaissent selon le niveau d'études ou de revenu. Les personnes les plus diplômées ou ayant un niveau élevé de revenu ont significativement moins consulté de médecins généralistes au cours des douze mois précédant l'enquête, mais sont plus nombreuses à être allées chez un gynécologue ou un autre spécialiste.

Toutes les variations de recours primaires aux soins ne peuvent être qualifiées d'inégalités en toute rigueur. Le terme « inégalité » se réfère à des besoins de soins non suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques.

Certains écarts concernent des disparités de soins. Il en est ainsi de la consommation de soins ambulatoires de spécialistes, dont on ne saurait affirmer que les résultats sanitaires sont,

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET LES INÉGALITÉS DE SANTÉ: FONDEMENT THÉORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

pour la prise en charge de certaines pathologies, préférables à des soins délivrés en médecine générale.<sup>18</sup>

## **5.2 Les inégalités d'accès secondaire**

Nous distinguons deux catégories d'inégalités d'accès secondaire aux soins : des Inégalités par « omission » et des inégalités par « construction».

### **5.2.1 Inégalités par « omission »**

Les inégalités par « omission » sont celles que produit le fonctionnement en routine du système de soins tel qu'il est, avec notamment son orientation curative dominante et la balkanisation qui le caractérise. Elles ne sont pas intentionnelles et résultent soit de la non-reconnaissance d'un besoin de soins (opportunité perdue d'intervention, côté professionnel, ou perte de chance, côté usager), soit de sa non-satisfaction au moment de son identification. Les raisons sont multiples et complexes et tiennent autant aux représentations que les professionnels se font de leur rôle qu'aux moyens dont ils disposent (compétences, temps) ou aux défauts de coordination entre eux.

### **5.2.2 Inégalités par « construction »**

Les inégalités par « construction » résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à perpétuer, voire accentué, des inégalités.<sup>19</sup>

## **Section 02 : Cadre conceptuel des inégalités de santé**

L'inégalité en générale, est une action d'injustice envers un individu ou d'un groupe d'individu, On peut parler d'inégalités quand une personne ou un groupe détient des ressources, exerce des pratiques ou a accès à des biens et services socialement hiérarchisés, sous-entendu et qu'une partie des autres ne détient pas.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Lombrail. P. et Pascal. J, (2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé p.31-39.

<sup>19</sup>Idem. p. 36-37.

<sup>20</sup> Louis Maurin. , juin 2018. *Comprendre les inégalités*, édité par l'Observatoire des inégalités.



# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

Selon l'OMS Les inégalités en santé sont des différences systématiques observées dans l'état de santé des différents groupes de population. Elles ont des coûts sociaux et économiques importants tant pour l'individu que pour la société.<sup>21</sup>

Nous allons présenter dans cette section, deux aspects d'inégalités de santé: sociales et territoriales.

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

L'inégalité de santé décrit la différence entre, pour un certain nombre d'indicateurs de santé, l'équité en termes de dimensions normatives, pour juger de l'équité ou de l'injustice de ces écarts. Un jugement concernant l'équité ou l'iniquité de ces écarts.<sup>22</sup>

Les inégalités de santé, représentent des différences entre individus ou groupes pour certains indicateurs de santé. Ils se réfèrent principalement à l'observation de différences quantitatives liées à un indicateur de santé particulier entre des groupes au sein d'une population.<sup>23</sup>

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

Au début des années 1970, Guy Desplanques pose le problème des inégalités spatiales. Cette différence peut résulter à la fois de l'offre de soins actuelle et des caractéristiques de la population résidente. Guy Desplanques soutient que les inégalités entre les catégories sociales sont plus importantes dans les grandes agglomérations que dans les petites villes ou les zones rurales. Selon lui, la différence de mortalité entre urbain et rural s'explique principalement par des différences dans les structures de la population et, en particulier, par la surreprésentation des catégories sociales supérieures dans les grandes grappes.

---

<sup>21</sup> OMS. Octobre 2011. 10 faits sur les inégalités en matière de santé.

<sup>22</sup> HADJER.J et GUEHIZ.S, (2018), «CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN ALGERIE : Cas de la commune de Bejaia », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P14

<sup>23</sup> BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P12

# CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET LES INÉGALITÉS DE SANTÉ: FONDEMENT THÉORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

En revanche, la différence de mortalité entre les catégories sociales sera plus importante dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Pour expliquer ce phénomène, Guy Desplanques a proposé l'hypothèse de modes de vie différenciés.<sup>24</sup>

## 2.1. Géographie de la santé

*Le dictionnaire raisonné de la géographie de la santé*<sup>25</sup> :

**Géographie de la santé** : synthèse et aboutissement de la géographie des maladies et de la géographie des soins, elle ne se réduit pas à leur juxtaposition. Elle correspond à la conception actuelle de la géographie médicale dans les pays anglo-saxons et germaniques (medical geography, Geomedizin) trop longtemps assimilée à l'écologie médicale, à la pathologie géographique, voire à l'épidémiologie spatiale. La géographie de la santé adopte une démarche systémique sans renoncer à la macro-échelle, privilégie de plus en plus les échelles les plus fines.

Elle a pour objet l'analyse spatiale des inégalités de santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé. Elle se fixe alors les objectifs suivants : la définition des territoires de la santé, la mesure de l'encadrement des populations et la recherche de l'équité pour évaluer l'ajustement du système de soins aux besoins de santé. Comprise ainsi, elle participe de la géographie sociale et n'est guère éloignée de la géographie du bien-être (et de la médicométrie) sans cacher sa contribution à la santé publique (sanométrie).

➤ **Henri Picheral, définit la géographie de la santé comme** : « La géographie de la santé vise à mettre en perspective les déterminants naturels et sociaux des états de santé en des lieux donnés ».<sup>26</sup>

Aujourd'hui, la géographie de la santé, qui se situe à l'intersection de la géographie des maladies et de la géographie des soins, vise l'analyse sociale et spatiale de l'offre et de l'utilisation des services de santé et des inégalités de santé. Amélioration ou détérioration

---

<sup>24</sup> MARESCA.B et HELMI.S, Décembre 2014, LES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ UNE APPROCHE DES BASSINS DE SANTÉ, crédoc.

<sup>25</sup> Picheral H. (2001). Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé. Éditions Geos

<sup>26</sup> Ecole nationale de la santé publique(ENSP) (2001), Module interprofessionnel de santé publique, « santé et territoire : réalité et utilité de l'approche géographique en santé. Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale. Rennes. P3.

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

de leur état de santé, répartition des maladies. Ses objectifs et applications peuvent être: la définition des domaines de la santé; mesurer les soins de santé de la population; la recherche de l'équité pour évaluer l'adaptation du système de santé aux besoins de santé. Le géographe dispose d'outils cartographiques pour exprimer les degrés de ces inégalités et inégalités socio-spatiales à différentes échelles en localisant, localisant, mesurant, distribuant des faits liés à la santé.

La géographie de la santé s'est développée dans deux directions. D'une part la géographie des maladies, D'autre part la géographie des soins médicaux.

## **A. La géographie des maladies**

**Géographie des maladies** : Les études de géographie de la maladie évaluent l'inégalité géographique de la maladie et son incidence et le risque associé. Cette branche est très similaire dans ses méthodes et a longtemps été intégrée dans la recherche sur la mortalité en raison des données disponibles dans le registre civil.

Cette géographie procède de deux démarches principales :

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

## **B. Géographie des soins**

**Géographie des soins** : analyse sociale et spatiale des ressources sanitaires (offre de soins) et du recours aux soins et du niveau de médicalisation des populations. Elle constitue un des volets de la géographie médicale et de la géographie de la santé. Elle entretient des rapports étroits, méthodologiques et conceptuels avec l'économie de la santé, la sociologie et l'anthropologie médicale, et tend à prendre de plus en plus une dimension géopolitique. Elle repose sur l'étude à différentes échelles des inégalités de santé en matière de :

- Localisation des professions de santé et des établissements de soins, manifestation de leur vision de l'espace (valeur, lieu) et qui détermine leur territoire professionnel (espace médical), fruit de stratégies publiques et/ou privées (attraction) ;
- Répartition dans l'espace et le temps du système de soins et de l'ensemble de l'appareil de distribution des biens et des services médicaux et médico-sociaux (densité médicale, desserte médicale, équipement sanitaire) ;
- Niveaux de couverture des campagnes et des villes (milieu rural et urbain, développement, encadrement, accessibilité), ou des régions ;
- Utilisation et fréquentation des services de santé qui traduisent des modes de pratique de l'espace (flux, filière, espace sanitaire) ;
- Recours aux soins et de consommation médicale selon le sexe, l'âge, le milieu social, les revenus, les régimes d'assurance maladie et suivant la nature de la prestation.

Elle repose aussi sur les principes et les méthodes d'allocation de ressources pour une meilleure satisfaction des besoins de santé et d'une orientation plus efficace des investissements publics et privés en matière de planification sanitaire et d'aménagement sanitaire du territoire.<sup>27</sup>

## **2.2. La démographie médicale**

La démographie médicale est littéralement l'étude statistique de la population de la profession médicale, ou au sens large de la profession médicale.

C'est aussi la pratique de réglementer la population de ces professions dans le cadre de gouvernance plus large du système de soins de santé d'un pays.

### **A. La densité médicale**

La densité médicale est mesurée par la quantité d'offre de soins (professionnels ou équipements) rapportée à la population, pour une échelle de territoire donnée. Elle peut idéalement être complétée par des indices de démographie médicale (âge des professionnels,

---

<sup>27</sup>Safon.M.-O, Suhard.V, (2017), « la géographie de la santé », centre de documentation de l'irdes. P8-9. Disponible in [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

proportion de femmes), ou de disponibilité de l'offre (nombre d'actes réalisés, délais d'attente pour un rendez-vous).<sup>28</sup>

La densité est une variable de nature macro-économique. Cette variable, stable dans une zone et discontinue entre zones, présente trois inconvénients :

- La densité est la même pour les personnes appartenant à la même zone de calcul de la densité, qu'elles résident en face ou loin de l'hôpital ; si les zones sont trop grandes, les disparités d'accès à l'hôpital pour une même densité deviennent importantes ; si elles sont trop petites, la notion de densité s'évanouit,
- Les personnes ayant des résidences proches et appartenant à deux zones contiguës peuvent être affectées de densités très différentes alors même qu'entre elles, les disparités d'accès à l'hôpital sont faibles du fait de leur proximité géographique,
- La taille des hôpitaux n'est pas prise en compte ; pourtant il n'est pas indifférent qu'une population soit desservie par un hôpital de 1 000 lits ou par 10 hôpitaux de 100 lits.<sup>29</sup>

## **B. La desserte médicale**

Le désert médical est une expression imagée pour qualifier une population et un espace peu ou mal médicalisés. Cependant, dans les sociétés développées, rares sont les territoires dépourvus de tout encadrement médical. Le désert médical désigne alors des zones mal desservies par le corps médical faute d'aménités, de pouvoir d'attraction et/ou d'accessibilité. Il s'agit le plus souvent de campagnes isolées ("rural profond") mais aussi de certaines banlieues défavorisées. La lutte contre les déserts médicaux fait l'objet de débats entre les partisans du libre-choix et ceux de la planification sanitaire.<sup>30</sup>

La desserte est une mesure (Picheral H. 2001) de la répartition spatiale (mesurée dans un territoire donné) du corps médical (offre) par rapport à une demande potentielle. C'est un indicateur qui intègre la notion d'accessibilité dans la mesure où l'on y associe l'offre et la demande dans une zone donnée (une unité d'offre par quantité de population à servir, par

---

<sup>28</sup> CROUZELI, (2010), « la prise en compte de l'accessibilité spatiale dans la décision de santé publique : l'exemple de la médecine ambulatoire en auvergne et en Nord-Pas-de-Calais », Master PPASP, .P12

<sup>29</sup> MIZRAHI A., MIZRAHI A., 2008 La densité répartie : « un instrument de mesure des inégalités géographiques d'accès aux soins »

<sup>30</sup> Eduscol. mars 2013. Démographie / Densité / Désert / Desserte (médicale). Ressources de géographie pour les enseignants.

# CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

exemple un médecin pour 500 habitants). On trouve ainsi des cartes de desserte qui expriment les équilibres (et donc aussi les inégalités) entre les ressources sanitaires qui encadrent une population à servir et ce dans une région découpée en territoires que l'on compare. On peut l'associer à la notion de couverture qui évalue la partie de la population qui profite de l'existence d'un service (% d'une population desservie par une ressource sanitaire, % de communes équipées d'un service).<sup>31</sup>

### 3. Les inégalités sociales de sante

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des "*différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé*" observées entre des groupes sociaux. Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs, pouvant être notamment génétiques ou physiologiques (inégalités liées à l'âge, au sexe, etc.). Elles font référence aux relations entre la santé et l'appartenance à un groupe social, et sont liées à l'inégale répartition des chances au départ. Ces inégalités sont systématiques, importantes et évitables. Elles ne sont ni justes, ni naturelles : en effet, les populations ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre un niveau de santé optimal.

Ces inégalités concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres. L'état de santé des populations est corrélé à la position dans la hiérarchie sociale (niveau d'instruction, revenus, profession, lieu de résidence, etc.). Les inégalités se répartissent selon un **gradient social** : chaque classe sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure.<sup>32</sup>

#### 3.1 Les causes des inégalités sociales de santé

Nous distinguons deux types d'effet sur les inégalités sociales de santé

##### 3.1.1 Effet de sélection

Par un mécanisme direct, la mobilité sociale est alors la conséquence de l'état de santé, entraînant une concentration de personnes présentant plus de problèmes de santé dans les

---

<sup>31</sup> BONNET.P, (2002), « le concept d'accessibilité dans le système de santé », dossier DEA GEOS, Université Montpellier 3 Paul Valéry. P15.

<sup>32</sup> SANDON.A 2<sup>nd</sup>e édition septembre 2016 Ireps de Bourgogne - Dossier technique n° 7 Ireps de Bourgogne - Dossier technique n° 7, Inégalités sociales de santé et promotion de la santé – 4

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

catégories socio-économiques les plus faibles. Par un mécanisme indirect, les facteurs ayant un impact sur la mobilité sociale influencent également l'état de santé à long terme. Il semble que cet effet n'explique qu'une faible part des inégalités, essentiellement par le risque de sortie du marché du travail engendré par un mauvais état de santé.<sup>33</sup>

## **3.1.2 Effet de causalité**

L'autre modèle explicatif considère que la santé d'un individu est le résultat de sa situation socioéconomique. Cette influence ne s'exerce pas directement mais par l'intermédiaire de divers facteurs comme les conditions de vie (matérielles ou non), les comportements à risque, l'accès et le recours aux soins, et la qualité des soins.

### **3.1.2.1 Conditions de vie, matérielles et psycho-sociales**

Il semblerait que la position relative d'un individu, au sein de la structure sociale dans laquelle il évolue, puisse affecter le sentiment de bien-être et produire un état de stress psychosocial néfaste à l'état de santé. Les causes des inégalités sociales de santé doivent en effet être envisagées tout au long de la vie, la notion de vulnérabilité sociale apparaissant avoir un rôle propre sur l'état de santé et sur l'accès aux soins.

### **3.1.2.2 Comportements personnelles**

Les différences de comportements individuelles peuvent également participer à des inégalités sociales d'état de santé. Elles peuvent être dirigées contre soi ou contre les autres, par exemple : les comportements dangereux sur la route ou durant les loisirs et les comportements sexuels à risque, le tabagisme, l'alcoolisme. Affectent négativement la santé publique, les activités physiques et de loisirs sont plus importantes chez les personnes ayant un statut socio-économique favorable ; l'activité liée au travail étant plus intense dans les milieux défavorisés.

### **3.1.2.3 Accès et recours aux soins**

Revenus, diplôme, milieu social, lieu d'habitation, sexe, âge... le recours aux soins dépend d'un ensemble de facteurs dont il est difficile de distinguer l'influence respective. Les progrès

---

<sup>33</sup> Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P8.

## **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

ont été considérables dans ce domaine au cours des dernières décennies. Pour autant, les pratiques demeurent fortement différenciées et une partie de la population renonce aux soins.

Le recours aux soins dépend aussi des capacités d'accès. Elles peuvent être liées à l'information sur l'offre de soins (qui voir et où aller ?) inégale selon les milieux sociaux, ou comme la distance aux lieux de soins., vivre en milieu rural est un handicap certain mais l'absence de spécialistes est grand aussi dans certains territoires urbains où, rapportée à la population concernée, la densité médicale est faible.

Le recours aux soins dépend d'un ensemble de facteurs économiques, sociaux et culturels liés entre eux. De façon plus large, le recours aux soins – et notamment la prévention – dépend aussi de l'éducation à la santé et de l'information sur les risques et l'offre de soins au sein des catégories de populations qui en sont le plus éloignées.

Enfin, l'accès est commandé par des barrières financières. Les évaluations divergent quant à son niveau et la couverture des soins progresse, mais une partie de la population renonce encore à des soins ou les repousse parce qu'elle n'en a pas les moyens.<sup>34</sup>

### **3.1.2.4 La qualité des soins**

Selon la définition de l'OMS, la qualité des soins est : « *Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». <sup>35</sup>

Plusieurs études internationales ont pu montrer que les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées à des différences de qualité de prise en charge « *les médecins prescrivaient moins d'exams de dépistage aux patients issus de classes sociales défavorisées* »<sup>36</sup>. C'est-à-dire selon les caractéristiques sociales des patients, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente.

---

<sup>34</sup> Le compas. 3 avril 2020. Quels sont les éléments qui déterminent le recours aux soins.

<sup>35</sup> Les définitions de l'OMS.

<sup>36</sup> Besnier M. (2008), Op. Cit. P13



Pour amortir les inégalités sociales en santé, la CDSS s'oriente sur trois principes suivant<sup>37</sup>

:

➤ Améliorer les conditions de vie quotidiennes – les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

➤ Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources – les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes aux niveaux mondial, national et local

➤ Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions de déterminants sociaux de la santé.

### **3.2 Le renoncement aux soins**

Au-delà des facteurs individuels et sociaux, on voit à quel point les politiques mises en place par les gouvernements et les systèmes de santé peuvent avoir un impact majeur sur la réduction ou l'augmentation des inégalités sociales de santé.<sup>38</sup>

#### **3.2.1 Définition de renoncement aux soins**

La notion de renoncement aux soins renvoie au fait que des personnes ne réalisent pas les soins dont elle ressentent pourtant le besoin, le renoncement peut-être primaire autrement dit les personnes n'adresse pas du tout de demandes par rapport à un besoin, ou le renoncement peut-être secondaire, les personnes vont adresser une demande par rapport à un besoin de soins vont faire une consultation, mais ne vont pas poursuivre leur démarche dans les soins elles vont renoncer à des soins qui leur ont été prescrits lors de la consultation elle vont renoncer à faire certains examens et de ne pas revenir en consultation avec le professionnel.

#### **3.2.2 Les facteurs de renoncement aux soins**

On peut distinguer plusieurs facteurs sur le renoncement aux soins que l'on peut notamment classer en trois catégories : acceptabilité, accessibilité et disponibilité.

---

<sup>37</sup> Association des Infirmiers et Infirmières du Canada, « les déterminants de la santé », Edition AIIC, Novembre 2009, P3.

<sup>38</sup> Chauvin P. et Renahy E. et Parizot I. et Vallée J, (2012), « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 »

## **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

### **➤ L'acceptabilité**

Correspondant à un renoncement choisi renvoie à un renoncement de type personnel et culturel tel que la peur de se soigner ou la décision d'attendre avant de se soigner. Il s'agit d'un choix personnel, certes socialement contraint, mais qui ne relève pas des systèmes de santé.<sup>39</sup>

### **➤ L'accessibilité**

Est probablement la plus inégalitaire puisqu'elle englobe le renoncement aux soins pour cause de transport ou de coût. De nouveau, les implications politiques sont majeures puisque la mise en place de politiques publiques spécifiques pourrait permettre de les réduire. Dans le cadre de l'étude des déterminants sociaux de la santé et la compréhension des inégalités sociales de santé.

Le renoncement aux soins pour raisons financières apparaît comme un indicateur majeur en raison d'une part de son fondement socioéconomique et d'autre part de sa nature modifiable (et améliorable) par des interventions et des politiques publiques.<sup>40</sup>

### **➤ La disponibilité**

Opère à un niveau organisationnel et concerne la présence d'infrastructures ou le temps d'attente pour y avoir accès. Les implications politiques sont très importantes car les gouvernements et autorités de santé ont la possibilité de procéder à des modifications pour améliorer cette disponibilité.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Renahy E. et Parizot I. et Vallée J. et Chauvin P, (2011), «Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 ». In <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00645136>.

<sup>40</sup> Idem.

<sup>41</sup> HADJER.J et GUEHIZ.S, (2018), «CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN ALGERIE : Cas de la commune de Bejaia », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P21

## **Section 03 : Présentation du système d'offre de soins de santé en Algérie et à Bejaïa**

### **1. Cadre géographique**

L'Algérie est un pays situé en Afrique du nord (plus grand pays d'Afrique) d'une superficie de 2381741 km<sup>2</sup>, bordé au nord par la mer méditerranéenne, à l'est par la Tunisie et la Libye, au sud-est par le Niger, au sud-ouest par le Mali et la Maurétanie, à l'ouest par le Maroc et le Sahara occidental. Selon l'ONS la population résidente totale atteindrait 44,7 millions d'habitants au 1 janvier 2021 avec 80% de la population vivant en milieu urbain, La densité de la population était de 5,25 en 1966 est passée à 18,4 habitants/Km<sup>2</sup> en 2020.

L'Algérie est divisée en 48 wilayas et 1541 communes, sur le plan géographique on distingue 3 grandes régions se succédant du nord au sud :

- ◆ Nord de l'Algérie : compte 25 wilayas, 4% du territoire et 60% de la population
- ◆ Les hauts plateaux : compte 14 wilayas, 13% du territoire et 30% de la population
- ◆ Le sud (Sahara) : compte 9 wilayas, 83% du territoire et 10% de la population.

Toutefois les écarts restent très marqués entre le sud et le nord, le nord est considéré comme surpeuplé et saturé en matière d'exploitation industrielle et agricole. Le sud quant à lui reste ce vaste espace, riche en hydrocarbures, en réserve d'eau souterraine et en espace cultivables.

### **2. L'offre de soins en Algérie**

L'offre de soins peut être définie comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population, assurée à la fois par entreprises multi-produits (hôpitaux, CHU, EHS, EFPM) et par des producteurs individuels au sein desquelles des prestations différenciées sont réalisées par des producteurs de différentes catégories (médecins, personnel paramédical, personnel non médical).

#### **2.1 Les caractéristiques de l'offre de soins en Algérie**

Le système de santé de l'Algérie est établie par des structures de santé publiques (extrahospitaliers et les établissements hospitalier) et des soins privés (les cliniques médicales et médicaux chirurgicaux, cabinets médicaux, officines pharmaceutique, etc...) qui ont pour objectifs de fournir des prestations d'offre de soins.

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

Les services de soins en Algérie sont répartis selon 3 niveaux d'importance intégrale (secteur public dominant, secteur privé en expansion rapide, et le secteur parapublic de plus en plus réduit).

L'offre de soins est répartie en 2 groupes essentiels tel que les ressources humaines, les infrastructures et les équipements :

## **2.1.1 les ressources humaines :**

Les ressources humaines sont représentées par les personnels médicaux qui peuvent être regroupés en trois catégories :

- la première catégorie est composée par des praticiens (les médecins généraliste, les médecins spécialistes, les chirurgiens dentistes et aussi les pharmaciens)
- deuxième catégorie est composée par des auxiliaires médicaux qui sont représenté par les personnels paramédicale (diplômés d'état, brevetés, aides paramédicaux)
- troisième catégorie est composée par des gestionnaires des établissements de soins qui sont représenté par (les personnels administratifs, techniques et de service).

Dans le tableau 01 ci-dessous, qui représente l'évaluation des personnels médicaux en Algérie entre 2000 et 2017, nous remarquons que la couverture en personnel médical a connu une évolution énorme. En effet, le nombre des médecins est passé de 32332 médecins en 2000 à 78838 médecins en 2017, soit une augmentation de 59%. Quant aux chirurgiens-dentistes leur nombre a augmenté de 42.52% entre 2000 et 2017 passant de 8197 à 14263 chirurgiens-dentistes, et en parallèle le nombre des pharmaciens ont augmenter de 12337 pharmaciens en 2017 contre 4814 pharmaciens en 2000, soit une augmentation de 60.97% en dix-sept ans.

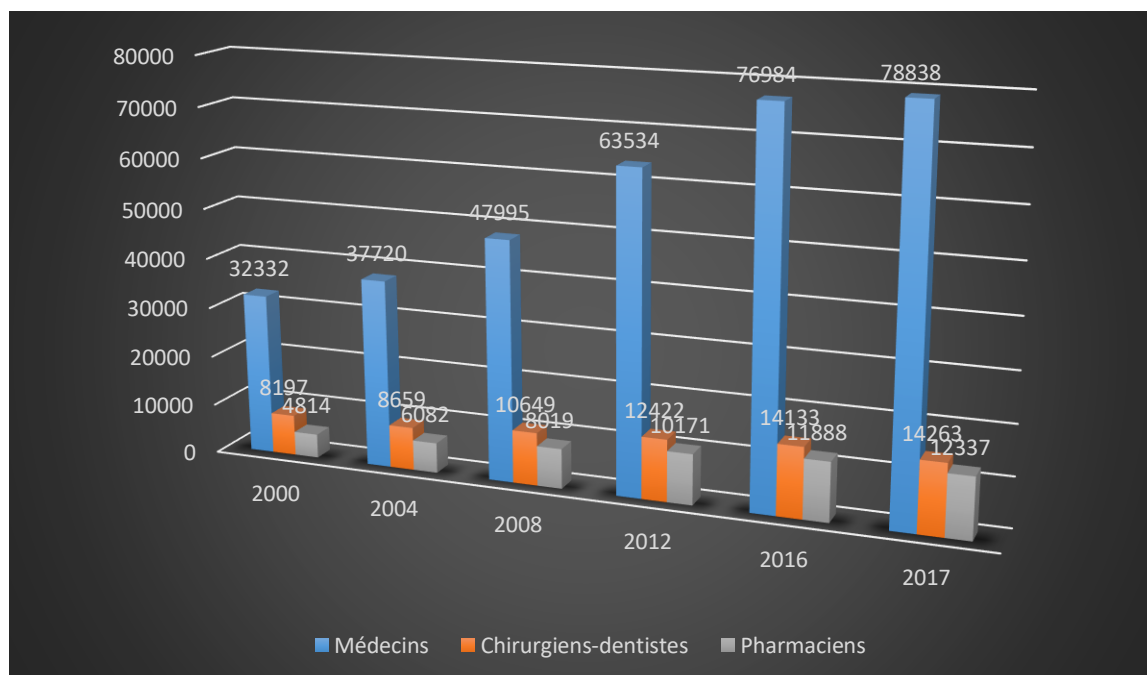
**Tableau 01 : évolution des personnels médicaux en Algérie entre 2000 et 2017**

<b>Année</b>	<b>Médecins</b>	<b>Chirurgiens-dentistes</b>	<b>Pharmaciens</b>
<b>2000</b>	32 332	8 197	4 814
<b>2004</b>	37 720	8 659	6 082
<b>2008</b>	47 995	10 649	8 019
<b>2012</b>	63 534	12 422	10 171
<b>2016</b>	76 984	14 133	11 888
<b>2017</b>	78 838	14 263	12 337

**Source :** réaliser par nos soins à partir des données de l'ONS

**CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE  
SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

**Figure 01 : évolution des personnels médicaux en Algérie entre 2000 et 2017**



Source : Réalisé par nos soins à partir de tableau 01

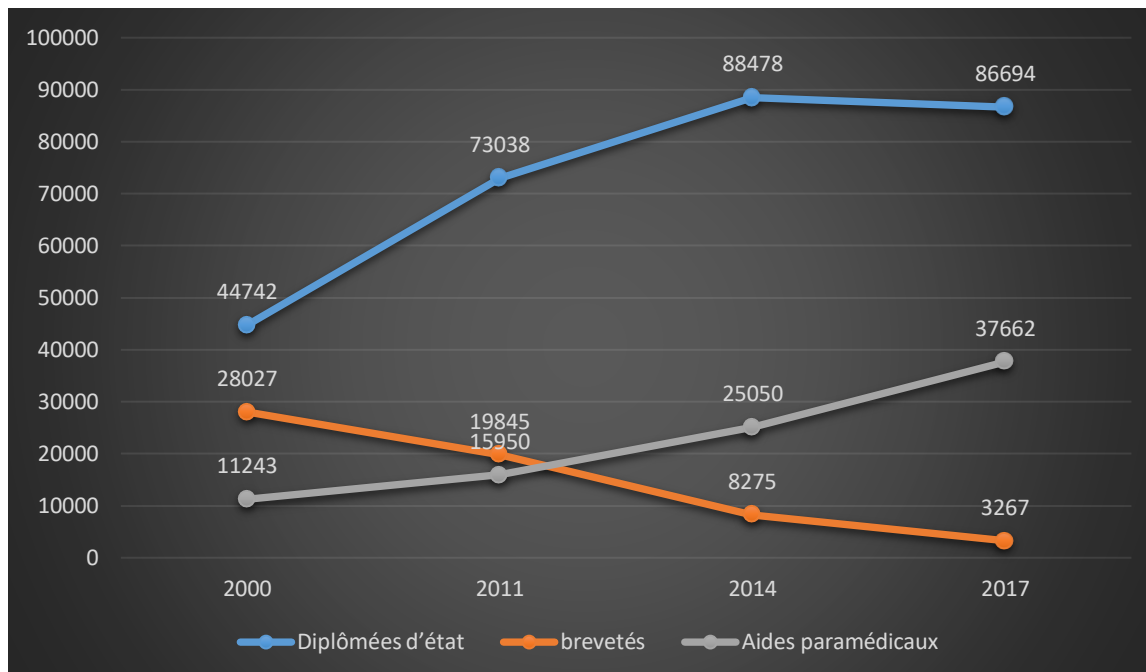
Dans le Tableau 02 ci-dessous, qui représente l'évolution des personnels paramédicaux en Algérie entre 2000 et 2017, nous remarquons que le nombre des diplômées d'état est passé de 44742 en 2000 à 86694 diplômées en 2017, ont carrément doublée, soit une augmentation de 48.39%. Quant aux Aides paramédicaux leur nombre a augmenté de 70.15% entre 2000 et 2017 passant de 11243 à 37662, par contre le nombre des brevetés ont diminution remarquable de 28027 en 2000 contre 3267 pharmaciens en 2017, soit une diminution de 88.34% en dix-sept ans.

**Tableau 02 : L'évolution des personnels paramédicaux en Algérie entre 2000 et 2017**

	Diplômées d'état	brevetés	Aides paramédicaux
<b>2000</b>	44 742	28 027	11 243
<b>2011</b>	73 083	19 845	15 950
<b>2014</b>	88 478	8 275	25 050
<b>2017</b>	86 694	3 267	37 662

Source : réaliser par nos soins à partir des données de L'ONS

**Figure 02 : L'évolution des personnels paramédicaux en Algérie entre 2000 et 2017**



Source : Réalisé par nos soins à partir de tableau 02

### 2.1.2 les infrastructures et les équipements :

Le système de santé en Algérie repose sur un ensemble de structures médicales, administratives et techniques, l'offre de soins est répartie entre le secteur public dominant et le secteur privé en expansion rapide. Le secteur de la santé se compose : des infrastructures publiques hospitalières (EPH, EH, CHU, EHU, EHS) des infrastructures extra hospitalières (EPSP, polycliniques, salles des soins, maternités publique, CMS) et des infrastructures privées (Cabinets de spécialiste, généraliste, dentaire et cabines de groupes).

Dans le Tableau 03 ci-dessous, qui représente l'évolution des infrastructures hospitalière, entre 2008 et 2017, nous remarquons que le nombre de EPH ont augmenté de 15 établissement de 2008 à 2017, et le nombre de lits est passée de 37185 en 2008 à 40322 en 2017 avec une augmentation de 7.78%, au total le nombre d'infrastructure hospitalière est passée de 265 en 2008 à 307 en 2017, soit une augmentation de 13.68%, et le nombre de lits est passé de 60532 en 2008 à 67162 en 2017, soit une augmentation de 9.87% en neuf ans.

**CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE  
SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

**Tableau 03 : L'évolution des infrastructures hospitalière entre 2008 et 2017**

<b>Infrastructures Hospitalière</b>										
	<b>EPH</b>		<b>EH</b>		<b>CHU</b>		<b>EHE</b>		<b>EHS</b>	
	<b>Nbre</b>	<b>Nombre De lits</b>	<b>Nbre</b>	<b>Nombre De lits</b>	<b>Nbre</b>	<b>Nombre De lits</b>	<b>Nbre</b>	<b>Nombre De lits</b>	<b>Nbre</b>	<b>Nombre De lits</b>
<b>2008</b>	190	37 185	4	600	13	12 115	1	700	57	9 932
<b>2011</b>	192	37 442	4	709	14	12 171	1	710	63	10 816
<b>2014</b>	196	38 015	5	926	14	12 862	1	806	71	11 499
<b>2017</b>	205	40 322	9	1 354	15	12 799	1	869	77	11 818

**Source :** réalisé par nous-même à partir des données du MSPRH.

Dans le Tableau 04 ci-dessous, qui représente l'évolution des infrastructures extrahospitalière, entre 2008 et 2017, nous remarquons que le nombre Polyclinique est passé de 1419 en 2008 à 1665 en 2017 soit une augmentation de 14.77%, et le nombre de lits est passé de 1988 en 2008 à 4213 en 2017 soit une augmentation de 52.81%, et le nombre de maternité publique est passé de 437 en 2011 à 409 en 2017 soit une diminution de 6.85% avec les nombre de lits de 2812 en 2008 à 3056 en 2017 soit une augmentation de 7.98%, pour le nombre de EPSP est resté constant pendant 9 ans, enfin le nombre de (CMS, salle de soins) est passé de 5688 en 2008 à 6610 en 2017 soit une augmentation de 13.95% en 9 ans.

**Tableau 04 : L'évolution des infrastructures extrahospitalière, entre 2008 et 2017**

<b>Infrastructures Extrahospitalier</b>							
	<b>EPSP</b>	<b>Polyclinique</b>		<b>Maternité Publiques</b>		<b>CMS</b>	<b>Salle de soins</b>
	<b>Nbre</b>	<b>Nbre</b>	<b>Nbre de lits</b>	<b>Nbre</b>	<b>Nbre de lits</b>	<b>Nbre</b>	<b>Nbre</b>
2008	271	1 419	1 988	419	2 812	611	5 077
2011	271	1 551	3 331	437	3 099	621	5 491
2014	271	1 637	3 735	416	3 202	622	5 726
2017	271	1 695	4 213	409	3 056	653	5 957

**Source :** Réalisé par nous-même à partir des données du MSPRH.

Dans le Tableau 05 ci-dessous, qui représente l'évolution des infrastructures privées, entre 2008 et 2017, nous remarquons que tous les cabinets privés on augmenter de plus en

**CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE  
SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

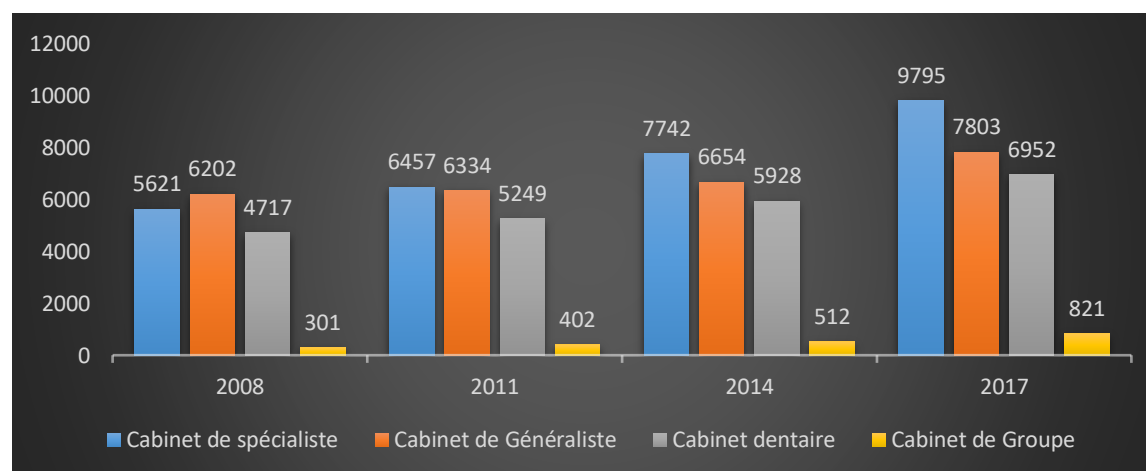
plus, au total les cabinets privés étais passé de 16841 en 2008 à 25371 en 2017 soit une augmentation de 33.62% en 9 ans.

**Tableau 05 : L'évolution des infrastructures privées entre 2008 et 2017**

Infrastructures Privées				
	Cabinet de spécialiste	Cabinet de Généraliste	Cabinet dentaire	Cabinet de Groupe
<b>2008</b>	5 621	6 202	4 717	301
<b>2011</b>	6 457	6 334	5 249	402
<b>2014</b>	7 742	6 654	5 928	512
<b>2017</b>	9 795	7 803	6 952	821

Source : réalisé par nous-même à partir des données du MSPRH.

**Figure 03 : L'évolution des infrastructures privées, entre 2008 et 2017**



Source : Réalisé par nos soins à partir de tableau 05.

### 3. Accès aux soins dans la wilaya de Bejaia

#### 3.1 Situation géographique et démographique

La wilaya de Bejaïa est une wilaya côtière du Centre Est du pays, Située au cœur de l'espace méditerranéen avec une façade maritime de plus de 100 Km, occupe une superficie de 3.223,50 km<sup>2</sup>, A la fin de l'année 2020, la population totale de la wilaya de Bejaïa a atteint **1 104 405**, La distribution de la population fait ressortir que 61.73% des habitants vit dans les



# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

chefs-lieux, dont 29.39% dans les agglomérations secondaires et le reste dans des hameaux et les zones éparses. Elle est divisée administrativement en 52 communes et 19 Dairas. Elle est limitée par :

- la wilaya de Sétif et la Wilaya de Bordj BouArreridj au Sud
- la wilaya de Bouira et la Wilaya de Tizi Ouzou à l'Ouest
- la wilaya de Jijel à l'Est.
- Une ouverture directe sur la Mer méditerranée au Nord.

## **3.2 Les caractéristiques de l'offre de soins à Bejaia**

### **3.2.1 Personnels médicaux**

Dans le Tableau 06 ci-dessous, qui représente les personnels médicaux dans la wilaya de Bejaia entre 2012 et 2020, nous remarquons que le nombre de médecins généralistes en augmentation de 18,22% de 673 en 2012 à 823 en 2020. Quant aux médecins spécialistes leur nombre a carrément doublé en 8 ans, 409 spécialiste en 2012 à 837 en 2020, avec une augmentation de 51,13%. Par contre les chirurgiens-dentistes ont augmenté de 11,05% de 354 dentiste en 2012 à 398 dentiste en 2020. Et en parallèle les pharmaciens étaient 213 en 2012 à 224 en 2020, soit 11 nouveaux pharmaciens en 8 ans.

**Tableau 06 : Les personnels médicaux dans la wilaya de Bejaia entre 2012-2020.**

	<b>Médecins généralistes</b>	<b>Médecins spécialistes</b>	<b>Chirurgiens-dentistes</b>	<b>Pharmaciens</b>
<b>2012</b>	673	409	354	213
<b>2020</b>	823	837	398	224

Source : réalisé par nos soins à partir des données de DPSB

### **3.2.2 Les infrastructures et les équipements**

Dans le Tableau 07 ci-dessous, qui représente les infrastructures hospitalières dans la wilaya de Bejaia dans le secteur public et privé, nous remarquons :

**CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE  
SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

- ❖ **Secteur Public** : il existe un seule centre hospitalo-universitaire (CHU) qui se situe dans la commune de Bejaia avec 426 lits, et aussi un seule Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) dans la commune de Fenaia avec 60 lits, pour les Etablissements Public Hospitaliers (EPH) il existe 5 (EPH) qui sont répartie en 5 commune (Aokas, kherrata, Sidi Aich, Akbou, Amizour) avec un total de 903 lits.
- ❖ **Secteur Privé** : il existe 7 Clinique ou Etablissements Hospitaliers Privé (EHP) répartie en 4 communes (03 à Bejaia, 02 à Akbou, 01 à El Kseur, 01 à Timezrit) avec 169 lits.

Dans les maternités nous remarquons que le secteur Public est plus élevé que le secteur privé, 17 maternités avec 457 lits dans le secteur public répartis dans la wilaya en 17 communes, par contre dans le secteur privé il existe 5 maternités avec 32 lits répartis en 4 commune (03 à Bejaia, 01 à Akbou, 01 à El Kseur), pour les Centre d'hémodialyse il existe 4 dans le public répartis en 4 communes (Bejaia, Kherrata, Sidi Aich, Akbou) et 6 dans le privé toute dans la commune de Bejaia, avec 72 lits pour le public et 90 dans le privé.

**Tableau 07 : Infrastructures hospitaliers dans la wilaya de Bejaia 2020.**

<b>Secteur Public</b>										
<b>Commune</b>	<b>CHU</b>		<b>EHS</b>		<b>EPH</b>		<b>Maternités</b>		<b>Centre d'hémodialys</b>	
	<b>Nbr</b>	<b>Nbre de lits</b>	<b>Nbr</b>	<b>Nbre de lits</b>	<b>Nbr</b>	<b>Nbre de lits</b>	<b>Nbr</b>	<b>Nbre de lits</b>	<b>Nbr</b>	<b>Nbre de lits</b>
Bejaia	01	426	-	-	-	-	01	240	01	32
Kherrata	-	-	-	-	01	136	01	24	01	10
Fenaia Il Maten	-	-	01	60	-	-	-	-	-	-
Sidi Aich	-	-	-	-	01	283	01	40	01	16
Akbou	-	-	-	-	01	196	01	38	01	14
<b>Total wilaya</b>	<b>01</b>	<b>426</b>	<b>01</b>	<b>60</b>	<b>05</b>	<b>903</b>	<b>17</b>	<b>457</b>	<b>04</b>	<b>72</b>

**CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE  
SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

Secteur Privé						
commune	Clinique ou EHP		Maternités		Centre d'hémodialyse	
	Nbr	Lits d'hospitalisation	Nbr	Nbr de lits	Nbr	Nbr de lits
Bejaia	03	128	03	24	06	90
El Kseur	01	16	01	04	0	0
Timezrit	01	0	0	0	0	0
Akbou	02	25	01	04	0	0
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>169</b>	<b>05</b>	<b>32</b>	<b>06</b>	<b>90</b>

Source : réalisé par nos soins à partir des données DPSB.

Dans le Tableau 08 ci-dessous, qui représente les infrastructures extrahospitalières dans la wilaya de Bejaia, nous remarquons qu'il existe 8 Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) réparti en 8 communes, et 52 Polyclinique répartie en 48 communes, les salles de soins sont en nombre de 214 seule la communes de Tinebdar n'a pas de salle de soins, et il existe un seule Complexe mère et enfants dans la commune de Bejaia, et un seule Institut ou école paramédical dans la commune de Aokas.

**Tableau 08 : Infrastructures extrahospitalières dans la wilaya de Bejaia en 2020.**

Commune	EPSP	Polyclinique	Complexe mère et enfants	Salle de soins	Institut ou école paramédical
Bejaia	01	03	01	14	-
Aokas	01	01	-	05	01
Kherrata	01	02	-	07	-
El Kseur	01	01	-	03	-
Sidi Aich	01	01	-	02	-
Akbou	-	01	-	05	-
<b>TOTAL WILAYA</b>	<b>08</b>	<b>52</b>	<b>01</b>	<b>214</b>	<b>01</b>

Source : réalisé par nos soins à partir des données DPSB.

**CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE  
SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

• **Indicateurs :**

Dans le Tableau 09 ci-dessous, qui représente les indicateurs nous remarquons que pour 737 habitants un seul lit est disponible, et pour les maternités on trouve 50200 habitants pour une seule maternité, comme on trouve aussi 1 médecin généraliste pour 1316 habitants, pour les médecins spécialiste c'est presque pareille avec 1 spécialiste pour 1353 habitants, enfin 1 chirurgien-dentiste pour 2661 habitants.

**Tableau 09 : Indicateurs dans la wilaya de Bejaia en 2020**

<b>Indicateurs</b>	<b>Taux</b>
1 lit pour/habitants	1 lit/737 habitants
1 Maternité pour/habitants	1 M/50200 habitants
1 Médecin Généraliste/habitants	1 M G/1316 habitants
1 Médecin spécialiste/habitants	1 M S/1353 habitants
1 Chirurgien-dentiste/habitants	1 CH D/2661 habitants

**Source :** Direction de la Planification et du Suivi Budgétaire Bejaia.

**4. Les besoins du Secteur de la Santé<sup>42</sup> :**

**4.1 Besoins en Infrastructures :**

❖ **Réalisation de Structures hospitalières :**

- **08** structures hospitalières pour un montant de **13.000.000.000 DA.**
- **02** centres de diagnostic pour un montant de **1.200.000.000 DA.**
- **01** école de formation paramédicale pour un montant de **1.500.000.000 DA.**
- **01** hôpital des brulés pour un montant de **1.500.000.000 DA.**
- Aménagement extension et réhabilitation des structures hospitalières et extrahospitalières pour un montant de **1.700.000.000 DA.**

❖ **Réalisation de Polycliniques :**

- **14** polycliniques pour un montant de **2.800.000.000 DA.**

<sup>42</sup> Direction de la Planification et du Suivi Budgétaire de la wilaya de Bejaia.

# **CHAPITRE I : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE: FONDEMENT THEORIQUE ET CADRA CONCEPTUEL**

## **4.2 Besoins en Equipements :**

- Acquisition d'équipements médicaux et collectifs pour les structures hospitalières et extrahospitalières de la wilaya pour un montant de **1.000.000.000 DA.**

## **4.3 Besoins en Moyens Roulants :**

- Acquisition de **42** ambulances sanitaires et médicalisées pour les EPH et EPSP de la wilaya pour un montant de **510.000.000 DA.**
- Acquisition de véhicules utilitaires et de véhicules tous terrains et camions pour différentes structures de santé à travers la wilaya pour un montant de **120.000.000DA.**

## **CONCLUSION**

La notion d'accès aux soins revient régulièrement dans les débats autour de notre santé. Cette notion est polysémique et est considéré comme un concept dénotant des inégalités d'accès aux soins, les mesures devront être engagées en fonction du bien commun. L'intérêt est d'améliorer la santé de la population. Les inégalités sociales et spatiales de santé font référence à un objectif de justice qui n'est pas atteint. Cependant, partout dans le monde, même dans les systèmes de santé des pays les plus développés, les pays n'arrivent pas à trouver des solutions et les inégalités continuent à représenter un problème majeur de santé publique. Ces dernières sont dues en partie à l'environnement géographique et social.

Malgré les améliorations apportées par l'Etat au secteur de la santé pour une meilleure prise en charge de la demande de soins en général, l'insuffisance enregistrée, d'une part, en ce qui concerne les personnel médicaux, que ce soit les médecins généralistes ou spécialistes et chirurgiens-dentistes, certain préfèrent aller poursuivre leurs métier à l'étranger à cause du manque de moyen et d'équipement, et, d'autre part, les infrastructures hospitalières et extrahospitalières qui sont mal réparties avec un grand écart entre le Nord et le Sud, et entre les régions urbaine et rurale.

## **CHAPITRE II :**

**L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19  
SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES  
INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

## **CHAPITRE II :**

# **L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DANS LA POPULATION**

## **INTRODUCTION**

C'est au 31 décembre 2019 que le bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Chine a été informé de cas de pneumonies d'origine inconnue, détectés dans la ville de Wuhan. Un nouveau coronavirus, responsable de cette maladie respiratoire, a été identifié et a été dénommé « SARS-Cov-2 », c'est alors que l'OMS déclare l'épidémie de Covid-19 comme étant une « *urgence de santé publique de portée Internationale* »<sup>1</sup>. Et le 11 mars 2020, elle annonce que l'épidémie de la Covid-19 est désormais une pandémie mondiale, après avoir enregistré plus de 121.000 cas.

En Algérie, la pandémie de Covid-19 s'est propagée à partir du 25 février 2020, où on a déclaré le premier cas testé positif. La wilaya de Blida, l'épicentre de l'épidémie, a enregistré les premiers cas sur le territoire national à un rythme progressif, le premier décès de ce virus a été enregistré le 12 mars 2020.

Dans son chapitre, nous allons évoquer les conséquences économiques et sociales de la pandémie de la covid-19 et des mesures prises par les pouvoirs publics à la suite de cette dernière. Ensuite, nous évoquerons les conséquences sur l'accès aux soins, avant d'aborder, enfin, son impact sur les inégalités d'accès aux soins.

### **Section 01 : Les conséquences économiques et sociales de la pandémie de la COVID-19**

Depuis l'arrivée de la nouvelle pandémie coronavirus (COVID-19) qui a obligé le monde entier à s'arrêter brusquement presque tous les pays du monde ont pris des lourdes décisions

---

<sup>1</sup> OMS. [www.who.int](http://www.who.int).

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

pour combattre le virus, comme fermés leurs frontières et mettre en place un confinement total pour éviter la propagation de ce virus qui se transmet par des contacts humains.

D'abord une crise sanitaire mais son impact va bien au-delà du secteur de la santé et les conséquences sont ressenties sur tous les secteurs économiques et sociaux.

Le choc massif et brutal produit par la pandémie (COVID-19) et par les mesures d'arrêt de l'activité plonge l'économie mondiale dans une grave récession. Selon les prévisions de la Banque mondiale, le PIB mondial diminuera de 5,2 % en fin 2020, ce qui représente la plus forte récession planétaire depuis la Seconde Guerre mondiale.<sup>2</sup>

En effet cette crise sanitaire a entraîné l'effondrement des prix de pétrole qui est le revenu principal de l'économie algérienne qui exporte principalement les hydrocarbures à hauteur plus de 95%, elle se fait aussi ressentir chez les entreprises publiques algériennes, qui ont subi d'importantes pertes de revenus en raison de la pandémie de Covid-19, en particulier dans les secteurs des transports, où toutes les entreprises ont subi d'importantes chutes de leurs revenus.

Les niveaux de chômage et de pauvreté ont augmenté de façon spectaculaire, la pandémie touche particulièrement les groupes sociaux vulnérables de la société, notamment les pauvres, les personnes âgées, les jeunes, les enfants et les personnes handicapées. Les personnes n'ayant pas accès à l'eau courante, les réfugiés, les migrants ou les personnes déplacées risquent de souffrir excessivement de la pandémie et de ses conséquences - en raison des restrictions de circulation, du manque des possibilités d'emploi.<sup>3</sup>

Parmi les secteurs les plus touchés on trouve :

### **1. Production et croissance**

La pandémie a provoqué un double choc, **le choc d'offre** d'abord, parce qu'une grande partie des travailleurs est confinée. Par exemple, des chantiers sont arrêtés car les ouvriers ne

---

<sup>2</sup> La banque mondiale, (WASHINGTON, 8 juin 2020), COMMUNIQUÉ DE PRESSE N° : 2020/209/EFI.

<sup>3</sup> Mazhar Hussain & collaborateur, (2020) IMPACTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LES PAYS MEMBRES DE L'OCI, (No: 9, Diplomatie Site, 06450 Oran, Ankara – Turquie) : Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC).



## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

peuvent plus y travailler. De plus, les entreprises ont des problèmes d'approvisionnement. Les marchandises nécessaires pour produire, venant de fournisseurs étrangers ou même nationaux, ne sont plus acheminées. Cette rupture des chaînes de production entraîne une baisse de l'offre. **Le choc de demande** D'abord, parce que les travailleurs, mis au chômage complet ou partiel, voient leurs ressources diminuer. De plus, le confinement empêche les ménages d'acheter de nombreux produits ou services. Ensuite, face à l'incertitude concernant l'avenir, les ménages peuvent être moins enclins à consommer. Enfin, la chute des marchés boursiers entraîne une baisse de la valeur des actions. Les ménages craignent des pertes dans leurs plans d'épargne et les entreprises dans leurs placements. Chacun préfère donc attendre avant d'investir ou de consommer.<sup>4</sup>

### **2. Commerce et finance**

Les conséquences de la pandémie sur le commerce ont touché particulièrement les pays qui se caractérisent par une forte dépendance vis-à-vis du commerce mondial, du tourisme, des exportations de produits de base et des financements extérieurs. Par exemple le cas de l'Algérie qui exporte principalement les hydrocarbures a une hauteur plus de 95% et cette crise sanitaire à entrainer l'effondrement des prix de pétrole qui est le revenu principale de L'économie Algérienne.

Une grande partie des entreprises sont touchées par la perturbation des chaînes d'approvisionnement, les chocs de la demande mondiale et la baisse des ventes et des bénéfices. Les principales multinationales qui représentent la majeure partie des investissements directs étrangers (IDE) dans le monde prévoient une baisse d'environ 30% de leurs revenus et cette tendance devrait se poursuivre. L'industrie de l'énergie, les compagnies aériennes et l'industrie automobile sont parmi les principaux secteurs qui devraient être les plus touchés.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Banque de France, (15 mai 2020), Comprendre la crise économique liée au COVID-19, vidéo en ligne <https://www.youtube.com/watch?v=IVwbgjYTZP4>

<sup>5</sup> Nation unies, (26 mars 2020), Le coronavirus va entraîner une chute importante des investissements, <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1065052>

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

Les turbulences financières sur les marchés financiers mondiaux ont déjà provoqué des fuites de capitaux, un renversement des flux d'investissement et des dévaluations de devises. Conjugué à d'importantes pertes de recettes.<sup>6</sup>

### **3. Emploi**

Les mesures préventives de confinement ont réduit le temps de travail ou pire encore des secteurs qui ont arrêté complètement leurs activités comme les secteurs liés au tourisme, aux voyages, à la restauration et aux autres services locaux, les travailleurs indépendants, les travailleurs exerçant un emploi à court terme ou à temps partiel sont moins protégés contre le risque de perte d'emploi ou de revenu. Qui a provoqué l'augmentation de chômage.

Les travailleurs journaliers et leurs familles qui ne bénéficient pas de prestation régulière de sécurité sociale risquent de ressentir de manière significative les effets du COVID-19. Dans la région arabe, à titre d'exemple, près de 62% des femmes actives travaillent dans le secteur informel. Par conséquent, les effets du COVID-19 risquent d'avoir une forte incidence sur les femmes travaillant dans ce secteur. En Algérie, bien que les résultats de l'enquête activité-emploi-chômage de l'ONS<sup>7</sup>, révèlent une baisse sur les dix dernières années du nombre de travailleurs non affiliés à la sécurité sociale. Les personnes non affiliées à la sécurité sociale, n'ayant pas bénéficié des congés payés décidés par le Gouvernement au début de la crise, risquent de voir leur vulnérabilité s'accroître. Les travailleurs non affiliés à la sécurité sociale dont les entreprises ont été négativement affectées par la crise subiront une double conséquence due à l'absence de revenu et de couverture sociale.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Mazhar Hussain & collaborateur, (2020) IMPACTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA PANDEMIE DE COVID-19 DANS LES PAYS MEMBRES DE L'OCI, (No: 9, Diplomatie Site, 06450 Oran, Ankara – Turquie) : Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC).

<sup>7</sup> ONS : Activité, emploi & chômage en mai 2019

<sup>8</sup> Nations Unies, Analyse rapide de l'impact socio-économique du COVID19 sur l'Algérie – Mai 2020

#### **4. Éducation**

L'un des effets les plus visibles de la pandémie de COVID-19 est la fermeture généralisée d'écoles, de collèges et d'universités dans le monde entier. Depuis février 2020, 193 pays ont choisi de fermer des établissements d'enseignement pour tenter de ralentir la transmission de COVID-19. Ces fermetures ont touché environ 1,7 milliard d'étudiants aux niveaux pré-primaire, primaire, secondaire et tertiaire (UNESCO, 2020a).

Cependant, les fermetures d'écoles risquent d'avoir des effets durables au niveau de développement du capital humain dans les sociétés à forte densité d'enfants et de jeunes.

D'une part, ces effets sont susceptibles d'être provoqués par une augmentation du nombre d'étudiants qui abandonnent l'école ou ne retournent pas à l'école à la suite d'une perturbation de leur éducation. En plus des taux d'abandon plus élevés, la Brookings Institution constate également que lorsque l'éducation des enfants est perturbée en raison d'une urgence mondiale, ils perdent les bénéfices économiques futurs tels que les gains futurs (Psacharopoulos, Patrinos, Collis, & Vegas, 2020).

Cela est confirmé par les données de la Seconde Guerre mondiale, où les fermetures d'écoles dans tout le pays ont eu un impact négatif sur les anciens élèves, même 40 ans après la guerre. En utilisant le même modèle que celui utilisé pour calculer le coût des fermetures d'écoles pendant la Seconde Guerre mondiale.<sup>9</sup>

#### **5. Tourisme et transport**

Le tourisme est l'une des principales activités économiques et une source importante de revenus de devises étrangères et d'emploi, et un moteur de croissance économique dans beaucoup de pays. Environ 10 % du PIB mondial est généré par ce secteur. Le secteur du tourisme crée un nouvel emploi sur quatre dans le monde entier.

---

<sup>9</sup> Mazhar Hussain & collaborateur, (2020) IMPACTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LES PAYS MEMBRES DE L'OCI, (No: 9, Diplomantik Site, 06450 Oran, Ankara – Turquie) : Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC).

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

Comme le secteur du tourisme a des liens directs et indirects avec 185 activités de l'offre dans l'économie, un choc tel qu'une pandémie pourrait avoir le potentiel d'affecter une chaîne d'activités économiques allant des transports aux hôteliers

Le secteur du tourisme crée non seulement des millions d'emplois, mais offre également des opportunités à certains groupes vulnérables comme les femmes, les jeunes et les communautés rurales dans de nombreux pays développés et en développement. À cet égard, une récession ou une crise dans le secteur pourrait se traduire par la perte de millions d'emplois en raison du COVID-19. Par conséquent, une perturbation des activités du secteur pourrait toucher tous les acteurs du tourisme et, par conséquent, déclencher les taux de chômage et de pauvreté.

En raison des restrictions de voyage, des mesures de confinement et du couvre-feu, les compagnies aériennes dans de nombreux pays ont annulé leurs vols internationaux en mars 2020. Le nombre de ces annulations a remarquablement augmenté.

Les entreprises de transport maritime traversent également une période difficile en raison de la pandémie de COVID-19. La réduction du commerce international et du volume de production a réduit la demande mondiale de pétrole et de matières premières.

La pandémie a également touché le secteur du transport ferroviaire, principalement en raison d'une baisse du volume du commerce international. De nombreux pays ont également cessé temporairement de fournir des services de transport ferroviaire pour les passagers en raison de mesures de confinement telles que les couvre-feux et les confinements en mars et avril 2020.<sup>10</sup>

### **6. Agriculture et sécurité alimentaire**

La pandémie de COVID-19 et la crise socio-économique qui l'accompagne affectent les Systèmes alimentaires et agricoles, menaçant ainsi le bien-être de la société.

Cela provoquera des effets négatifs sur les chaînes de production et de consommation agricoles et sur la volatilité des prix sur le marché. Et l'insécurité alimentaire.

---

<sup>10</sup> Idem

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

Le choc sur la chaîne d'approvisionnement alimentaire a augmenté les prix des denrées alimentaires, ce qui rend l'alimentation plus difficile à obtenir. De plus, les ménages pauvres n'ont souvent pas assez d'épargne et n'ont pas accès au crédit, et consacrent la plus grande partie de leurs revenus à l'alimentation. Ce qui les expose davantage à la pauvreté.

### **7. Relations sociales et comportements**

L'impact de la pandémie en termes de relations sociales et de comportements et les répercussions sanitaires, économiques et sociétales de l'épidémie affectes les relations sociales, telles que la cohésion familiale, les amis, les couples, les collègues et les interactions entre enseignants et étudiants.

Les gens se sentiront plus ou moins connectés aux autres, Avec les effets du travail à domicile dans le même contexte que celui de leurs enfants et des membres de leur famille.

De nombreux pays dans le monde ont pris des mesures sans précédent pour prévenir les contacts sociaux et ralentir la propagation du virus, comme la fermeture d'écoles, de magasins, de restaurants et de cafés, l'interdiction de manifestations publiques et la stimulation ou l'imposition du travail à domicile.

La pandémie a eu des conséquences diverses sur la religion, notamment l'annulation des cultes et des pèlerinages, la célébration de fêtes religieuses et la fermeture d'écoles religieuses.

De très nombreux événements citoyens, sont annulés ou reportés (tourisme, voyages, sport, musicaux, salons, cinéma, parc d'attraction.....etc.).

### **8. Risque de comportement violent**

Par ailleurs, l'anxiété au sein des familles, à cause de l'enfermement excessif et du stress lié à la perte d'emploi et de revenus, ainsi que les mesures de confinement accroissent le **risque de violence à l'égard des femmes** et de **maltraitance envers les enfants** au sein du foyer. Ce phénomène est observé au niveau global, dans la mesure où la crise actuelle a tendance à faire augmenter les tensions au sein des ménages et, par conséquence, les risques de violence

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

domestique pour les femmes et les filles<sup>11</sup>. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) souligne dans son dernier rapport sur l'égalité des genres que le foyer n'est pas toujours un lieu sûr pour ces dernières. Il met en garde contre l'affaiblissement des systèmes de protection et préconise des mesures spécifiques face aux changements imposés par le coronavirus<sup>12</sup>.

La fermeture des écoles peut accroître le nombre de cas de maltraitance d'enfants qui ne sont pas signalés, car les enseignants sont souvent les mieux placés pour identifier les enfants victimes de violence à la maison et apporter une réponse appropriée<sup>13</sup>. Selon l'UNICEF, les trois quarts des jeunes enfants (âgés de 2 à 4 ans) dans le Monde sont victimes d'agressions psychologiques ou de punitions physiques, ou des deux, de la part des personnes qui s'occupent d'eux à la maison<sup>14</sup>.

### **Section 02 : Les impacts de la pandémie sur l'accès aux soins**

En raison de l'augmentation des infections par la maladie COVID-19 et de la demande de traitements médicaux urgents, et avec l'insuffisance de lits de réanimation ce virus provoque essentiellement des problèmes respiratoires, par exemple en Italie « *des médecins obligés de choisir qui doit mourir* »<sup>15</sup>, l'accès aux soins de santé devient de plus en plus difficile, En général, les systèmes de santé luttent pour retrouver, tester et traiter les personnes touchées dans le monde entier, mais la situation est particulièrement critique dans les pays à faible et moyen revenu, avec l'insuffisance des travailleurs de la santé, des installations de diagnostic en laboratoire, des mécanismes de surveillance des maladies.

1. Le Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRI), l'Algérie fait partie des pays membre, présente l'impact du covid-19 sur l'accès aux soins comme suit :<sup>16</sup>

---

<sup>11</sup>Nation unies, (7 avril 2020), COVID-19 : l'ONU alarmée par la flambée des violences domestiques.

<sup>12</sup>United Nations Population Fund HQ, (mars 2020). PROTECTING SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS, AND PROMOTING GENDER EQUALITY.

<sup>13</sup> Coronavirus restrictions 'may lead' to more child abuse (25.03.2020).

<sup>14</sup> Unicef, (01 novembre 2017), La discipline violente, les violences sexuelles et les homicides poursuivent des millions d'enfants dans le monde entier – UNICEF.

<sup>15</sup> BBC News Afrique, (22 mars 2020), Coronavirus en Italie : "des médecins obligés de choisir qui doit mourir"

<sup>16</sup> Mazhar Hussain & collaborateur, (2020) IMPACTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LES PAYS MEMBRES DE L'OCI, (No: 9, Diplomatie Site, 06450 Oran, Ankara – Turquie)

### **1.1 Surcharge des infrastructures de santé**

#### **❖ les travailleurs de santé en première ligne**

La majorité des travailleurs de la santé dans le monde ont été la première ligne de défense contre la pandémie pour traiter les patients et effectuer des tests pour détecter et confirmer les infections par la pandémie de COVID-19. La pandémie exerce une pression énorme sur un personnel de santé déjà très limité et fragile, en particulier dans les régions en développement qui connaissent une grave pénurie de médecins et d'infirmières. En conséquence, les travailleurs de la santé sont surmenés par l'accroissement de la charge de travail et la détérioration des conditions de travail, conjugué à l'augmentation considérable de la détresse psychologique, de la fatigue et de l'épuisement professionnel.

Compte tenu de la nature de leur travail, les travailleurs de la santé sont les plus exposés au risque et à la vulnérabilité de contracter et de propager la pandémie de COVID-19 pendant qu'ils aident les autres. En fait, beaucoup de ces travailleurs de la santé travaillent dans des établissements de soins de santé où les mesures de prévention et de contrôle des infections sont très faibles et insuffisantes.

#### **❖ Manque d'approvisionnement et d'équipement**

En raison de graves perturbations dans l'approvisionnement mondial et des restrictions commerciales sur les équipements de protection individuelle (EPI), les travailleurs de la santé ont continué à travailler sans gants, masques médicaux, respirateurs, lunettes de protection, écrans faciaux, blouses et tabliers appropriés.

Selon l'OMS<sup>17</sup>, dans presque tous les pays du monde où le taux d'infection par la pandémie de COVID-19 est élevé, les travailleurs de la santé ont rencontré des difficultés d'accès à l'équipement de protection nécessaire pour se protéger et protéger leurs patients contre l'infection et la contamination d'autres personnes. Cet état de fait a entraîné une augmentation constante des infections chez les travailleurs de la santé dans le monde entier.

---

: Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRI), (page 22, 27)

<sup>17</sup> OMS, <https://www.who.int/fr>

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

Selon les dernières estimations du Conseil international des infirmières (CII), plus de 90 000 travailleurs de la santé ont été infectés par la pandémie de COVID-19 alors qu'ils exerçaient leur métier tandis que plus de 260 infirmières sont décédées.

En général, les systèmes de santé manquent sérieusement de ressources pour faire face aux grandes épidémies comme celle de la pandémie de COVID-19 dans le monde. La capacité des hôpitaux à traiter les patients de l'épidémie de COVID-19 est très limitée avec un nombre insuffisant d'unités de santé, de lits de soins intensifs, de thérapies et de ventilateurs. Dans la majorité des pays en développement, les postes sanitaires constituent le premier niveau du contact entre le système de santé et les communautés.

### **❖ Insuffisance de lits de réanimation**

Le traitement des patients atteints de COVID-19 grave nécessite un nombre adéquat de lits de soins intensifs pour faire face à l'augmentation rapide des infections et maintenir les patients intubés et sous ventilation assistée pour survivre et se rétablir. Selon les dernières données disponibles, il y a une grave pénurie de lits d'unité de soins intensifs (USI) dans les pays en développement à faible revenu.

Cependant, la disponibilité d'un nombre suffisant de lits dans les USI ne garantit pas la qualité et l'efficacité du traitement de la maladie COVID-19. Les agents sanitaires qualifiés ainsi que les fournitures thérapeutiques et les équipements suffisants sont essentiels pour fournir des soins de santé aux patients gravement malades. Malheureusement, les équipements essentiels tels que les ventilateurs sont les plus rares dans le monde. À la suite de la pandémie de COVID-19, la demande mondiale de ventilateurs a augmenté de manière exponentielle alors que les capacités de fabrication sont restées très limitées, même dans les pays développés. Par conséquent, il y a une pénurie mondiale de ventilateurs, dont un nombre très limité est actuellement disponible dans les pays en développement.

### **1.2 Interruption des interventions et services de soins de santé habituels**

#### **❖ Maintenir l'utilisation des services de santé habituels**

À la suite de l'épidémie de COVID-19, les systèmes de santé du monde entier luttent pour maintenir la fourniture et l'utilisation des services de santé habituels. La perturbation des



## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

services de santé essentiels de base et réguliers est due au déplacement à grande échelle des ressources sanitaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 ; au changement de comportement du public en matière de recherche de soins par crainte de contracter le virus dans les établissements de santé ; aux perturbations des chaînes d'approvisionnement médical ; à la limitation de la mobilité et des transports en raison des couvre-feux et des fermetures ; et à la pression sur les ressources financières et humaines. Cette situation est alarmante pour la santé et le bien-être de centaines et de milliers de personnes souffrant de graves problèmes de santé et de celles qui ont besoin d'être vaccinées contre les maladies infectieuses, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

### **❖ Etat de pénuries dans l'approvisionnement en vaccins essentiels**

L'OMS a récemment annoncé que les campagnes de vaccination de masse de routine ne seront pas possibles en raison de la pandémie de COVID-19 et des exigences strictes concernant l'éloignement social et les pratiques d'hygiène personnelle ainsi que la limitation de la mobilité et des transports. En raison des retards dans la vaccination, au moins 13,5 millions de personnes dans 13 des pays les moins avancés du monde ne seront pas protégées contre des maladies comme la rougeole et la polio. En outre, 21 pays éligibles à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, ont fait état de pénuries dans l'approvisionnement en vaccins essentiels en raison de la fermeture généralisée des frontières et de l'interdiction des voyages aériens. Selon l'UNICEF (2020a)<sup>18</sup>, plus de 117 millions d'enfants dans 37 pays pourraient ne pas recevoir le vaccin contre la rougeole car les campagnes de vaccination ont déjà été retardées dans 24 pays. La suspension des programmes de vaccination pourrait entraîner une augmentation des cas de rougeole et de polio.

Selon une récente analyse de modélisation de l'OMS (2020a)<sup>19</sup>, la pandémie de COVID-19 va sérieusement perturber la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et de médicaments antipaludiques dans 41 pays de la région de l'Afrique subsaharienne. Dans le pire des cas, si toutes les campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide sont suspendues et si l'accès aux médicaments antipaludiques efficaces est réduit de 75 %, le

---

<sup>18</sup> UNICEF, (14 avril 2020), Plus de 117 millions d'enfants risquent de ne pas être vaccinés contre la rougeole tandis que la COVID-19 se propage.

<sup>19</sup> OMS, (3 avril 2020), Adapter les interventions de lutte contre le paludisme dans le contexte de la COVID-19.

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

nombre de décès dus au paludisme en Afrique subsaharienne atteindrait 769 000, soit le double des décès signalés dans la région en 2018.

### **❖ La santé maternelle, néonatale et infantile**

La santé maternelle, néonatale et infantile sera la plus touchée par les perturbations des interventions et des services de santé de routine dus à la pandémie de COVID-19. Selon l'UNICEF (2020a)<sup>20</sup>, 6 000 enfants et 300 décès maternels supplémentaires pourraient survenir chaque jour dans 118 pays à faible et moyen revenu pour des causes évitables, car la pandémie de COVID-19 met à rude épreuve les systèmes de santé et perturbe l'accès aux services de santé essentiels.

### **2. Renoncement aux soins durant la pandémie covid-19**

Au moment de la première vague de la pandémie, l'engorgement attendu des services de soins a conduit le système de soins à s'adapter pour garantir aux hôpitaux une capacité suffisante leur permettant de traiter efficacement les patients atteints de COVID-19 et le gouvernement à adopter des mesures de confinement pour réduire le risque de contamination dans la population. La crise sanitaire a poussé à faire des choix tels que «qui soigner ou qui sauver» ou encore «se soigner ou se confiner». Ainsi, le renoncement aux soins a pris la forme d'un renoncement barrière par l'adaptation de l'offre de soins avec la fermeture de cabinets médicaux et la restriction aux interventions essentielles. Il a aussi pris la forme d'un renoncement-refus puisque certains patients ont modifié leur demande de soins par peur d'attraper ou de transmettre le coronavirus ou encore d'encombrer les services de soins.<sup>21</sup>

#### **2.1 Les conséquences du renoncement aux soins médicaux**

Bien que des personnes en relativement bonne santé aient pu renoncer à des soins médicaux durant le confinement sans que cela ait des conséquences néfastes sur leur santé, le renoncement aux soins de personnes atteintes de cancers, de maladies chroniques ou qui avaient une

---

<sup>20</sup> Unicef, (12 mai 2020), Alors que la COVID-19 anéantit des systèmes de santé déjà fragiles, plus de 6 000 enfants de moins de 5 ans supplémentaires pourraient mourir chaque jour en l'absence de mesures immédiates.

<sup>21</sup> Bodart, V & collaborateur. (Avril 2021). Renoncement aux soins médicaux et confinement : les enseignements d'une enquête en ligne. Une publication des économistes de l'UCLouvain. Numéro 162. P3

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

mauvaise santé initiale, pourrait avoir un effet délétère sur leur état de santé futur. Il y a un risque accru que des problèmes de santé existants s'aggravent en absence de recours aux soins médicaux ou que des problèmes secondaires s'ajoutent, rendant alors les traitements futurs d'autant plus nécessaires et considérables, avec les annulations de rendez-vous liés à la prévention et au dépistage de certaines maladies.

Des retards dans la détection de problèmes de santé graves, tels que des cancers ou des maladies cardio-vasculaires, peuvent engendrer des pertes de chances de guérison, d'amélioration de l'état de santé voire de survie de long terme et des coûts accrus de prise en charge tardive pour le système de soins.<sup>22</sup>

### **2.2 Les causes du renoncement aux soins durant l'épidémie du Covid-19**

Les causes de renoncement aux soins sont multiples :

- la peur d'être contaminé par le coronavirus en se déplaçant dans un cabinet médical
- la crainte de déranger les professionnels de santé
- la fermeture de certains cabinets médicaux
- Cause financière avec l'arrêt d'activité économique non essentiel
- Manque de transport pour les personnes éloignées des structures de santé.

### **3. Accès aux tests de dépistage de covid-19**

Depuis le premier confinement en mars 2020, la stratégie des plus part des gouvernements pour lutter contre la crise sanitaire lié au Coronavirus covid-19 repose sur le dépistage des nouveaux cas. Le tryptique Tester-Alerter-Protéger a pour double objectif de casser les chaînes de contamination et de maîtriser l'évolution de l'épidémie. Pour cela, il faut identifier le plus rapidement possible les personnes positives au virus et leurs contacts rapprochés et les inciter à respecter des consignes sanitaires d'isolement et de dépistage.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Idem. P4

<sup>23</sup> Santé.fr. Publiée le (12/04/2021). Coronavirus Covid-19. Questions et réponses sur les tests de dépistage.

### **3.1 Les tests RT-PCR**

Les **tests moléculaires par RT-PCR** (reverse transcriptase-polymerase chain reaction) sont à ce jour les **tests de référence** pour poser le diagnostic de covid-19. Les tests reposent sur la détection du génome du virus à partir d'un **prélèvement nasopharyngé** (dans les narines). Ce test permet de préciser si, **à un instant T, la personne est porteuse ou non du virus**. Il s'agit d'un test **non invasif**, qui ne prend que **quelques secondes**, et consiste à **prélever des cellules nasales** profondes à l'aide d'un **écouvillon**, une sorte de long coton-tige que l'on insère dans les cavités nasales, jusqu'à 15 cm environ.<sup>24</sup>

#### **❖ L'Institut Pasteur, seul habilité à effectuer les tests PCR**

Depuis le début de la pandémie et jusqu'à fin mars 2020, l'Institut Pasteur d'Alger était le seul habilité à effectuer le test de diagnostic spécifique «PCR». Mais, il demeure incapable à lui seul de répondre aux besoins de dépistage croissants. Par conséquent, plusieurs régions se trouvaient dans l'incapacité à mener des analyses pour confirmer ou non des cas suspects. Cette situation a poussé les autorités responsables à prendre la décision de former des équipes de dépistage du virus et de créer et d'équiper des annexes de l'Institut (implantées dans « EPH ») dans d'autres wilayas du pays (Oran, Constantine, Tamanrasset, etc). Egalement, plusieurs laboratoires d'analyse et de dépistage du Coronavirus ont été créés au niveau des universités, à l'exemple de l'université d'Alger, de Tlemcen, ou de Tizi Ouzou. Ces initiatives ont permis alors d'élargir l'opération de dépistage et de porter le nombre de personnes dépistées à environ le double par rapport au début de l'épidémie.<sup>25</sup>

### **3.2 Les tests antigéniques**

**Les tests antigéniques** permettent de réduire les délais de prise de rendez-vous et de retour des résultats. Ils restent cependant moins fiables. Un test antigénique **détecte la présence du virus ou de fragments du coronavirus**. Comme les tests RT-PCR, il permet le diagnostic précoce de la maladie dès la phase aiguë.

---

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> SNOUSSI Z. (18/07/2020). LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN FACE À LA CRISE SANITAIRE DU COVID-19: QUELS ENSEIGNEMENTS SUR SES DÉFAILLANCES. Les Cahiers du Cread -Vol. 36 - n° 03.

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

Le test antigénique s'apparente à un test de grossesse. Il a la taille et la forme d'une carte de crédit et s'accompagne d'un écouvillon pour le prélèvement. Comme le test RT-PCR, le prélèvement est fait dans les narines (nasopharyngé). Il est ensuite placé dans une encoche de la carte où un liquide réactif est versé. Le **résultat est disponible en quelques minutes** (15 minutes en moyenne).<sup>26</sup>

### **3.3 Les tests sérologiques**

**Les tests sérologiques constituent une autre catégorie de tests.** Ils sont destinés à identifier les personnes ayant développé une immunité contre le SARS-Cov-2, Ils nécessitent un **prélèvement sanguin** (il n'est pas nécessaire d'être à jeun) et recherchent les anticorps produits par les cellules immunitaires d'un patient pour se défendre contre un agent pathogène.<sup>27</sup>

Ils existent aussi d'autres tests comme ; Les autotests, Les tests salivaires, Scanner (Imagerie pulmonaire).

Les coûts des tests de la covid-19 autorisés en Algérie<sup>28</sup> sont :

- Test PCR : 8800DA
- Test Antigénique : 3600DA
- Test Sérologique : 2200DA.

---

<sup>26</sup> Santé.fr. Publiée le (12/04/2021). Coronavirus Covid-19. Questions et réponses sur les tests de dépistage

<sup>27</sup> Idem.

<sup>28</sup> MSPRH.

**Section 03 : Les conséquences de la pandémie sur les inégalités  
d'accès aux soins**

**1. L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS**

L'égalité d'accès aux soins fait partie des quatre principes fondateurs de la Bioéthique. Durant une période de pandémie, il apparaît primordial de devoir respecter ce principe fondamental.

Égalité d'accès aux soins, mais aussi égalité devant les mesures de protection. Dans son rapport, le CCNE « insiste particulièrement sur la question des inégalités sociales face aux risques liés au développement de l'épidémie. Les conditions de vie et d'emploi, les conditions sanitaires, les conditions de travail, le chômage, l'état de santé et la fragilité des personnes pauvres entraînent des risques spécifiques et accrus dans ce contexte où les mesures de précaution ne peuvent être matériellement appliquées. Le coût d'un flacon de gel hydro-alcoolique rend impossible leur acquisition par des personnes vivant sous le seuil de pauvreté ». <sup>29</sup>

De même dans son rapport sur la pandémie actuelle, l'UNESCO insiste sur le fait que « les pandémies exposent clairement les forces et les faiblesses des systèmes de santé des différents pays, ainsi que les obstacles et les inégalités en matière d'accès aux soins... ». <sup>30</sup>

Par ailleurs, dans les pays anglo-saxons, le rapport Hastings fait porter la responsabilité aux comités d'éthique qui devraient reconnaître le devoir de promouvoir l'égalité des personnes et l'équité dans la répartition des risques et des avantages dans la société en plus de déterminer la meilleure façon de soutenir la pratique clinique lors d'une urgence de santé publique. <sup>31</sup>

**2. LES POPULATIONS VULNÉRABLES**

Dans le cas de la pandémie de covid-19, les données indispensables pour vérifier l'existence d'un gradient social sont limitées en ce début de crise. La différenciation des besoins

---

<sup>29</sup> Régis A & collaborateur. (16 novembre 2020). « Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19 ». Comité consultatif national d'éthique.

<sup>30</sup> Orio Ikebe. (10 Avril 2016). «Conférence sur l'équité dans l'accès aux soins et aux informations médicaux de qualité ». Unesco.

<sup>31</sup> Richa Sami, Kahale Richa Nathalie, Choucair Alam Nancy, Scheuer Michel s.j. « Enjeux éthiques majeurs de la pandémie du Covid-19 », *Travaux et Jours* N° 97 – Automne 2020, p. 119-129.

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

de soins ne constitue toutefois pas une hypothèse hasardeuse, car les mesures de protection (lavage des mains, distanciation « sociale », confinement, masques) étaient inégalement accessibles ou réalisables selon les contextes. En outre, les comorbidités les plus importantes qui sont des facteurs de risque pour les formes sévères de la maladie et pour la mortalité, ont un gradient social marqué. Ainsi, les maladies cardiovasculaires ou le diabète sont plus fréquents dans les groupes défavorisés et socialement vulnérables.<sup>32</sup>

Les premières analyses concordent déjà pour identifier la présence d'un gradient social dans certains contextes politiques et sanitaires. C'est le cas aux États-Unis, où la mortalité des Afro-Américains est largement supérieure à la moyenne. C'est aussi le cas dans des zones géographiques particulières où résident des travailleurs qui sont trop vulnérables pour négocier leurs conditions de travail, dont les logements sont exigus, ou dont l'état de santé est plus faible, comme dans le département de Seine-Saint-Denis en France. D'autres inégalités sociales sont également considérées en santé. Elles sont liées au statut social, à savoir le genre, l'âge et un facteur de différenciation ou de ségrégation sociale. Pour le covid-19, la létalité est supérieure chez les hommes et augmente avec l'âge. L'âge et le sexe/genre sont des facteurs complexes, où les dimensions biologiques et sociales sont imbriquées.<sup>33</sup>

Dans le cas des personnes âgées, dont la vulnérabilité supérieure a été rapidement identifiée, un plan cohérent contre la pandémie a fait défaut dans les maisons de repos, une sorte de « tache aveugle » à leur égard explique en partie leur discrimination dans l'accès aux différents moyens de prévention et de soins. L'impact sanitaire de cet aveuglement a été le développement de deux épidémies distinctes, l'une dans la population générale et l'autre dans les maisons de repos, la maîtrise de cette dernière ayant été différée de deux à trois semaines. La marginalisation sociale des personnes très âgées résidant en institution et la mauvaise connaissance des soins en maisons de repos et de la gériatrie peuvent, certes, être incriminés. Mais un facteur, et non des moindres, tient aussi au morcellement des compétences en matière de santé entre les niveaux fédéral, communautaire et régional, brouillant les lignes des responsabilités en matière de prévention et de soins.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Perrine Humblet. (JUILLET 2020). « INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : TOUT A CHANGÉ? ». POLITIQUE 112.

<sup>33</sup> Idem.

<sup>34</sup> Ibid.

### **3. LA DÉCISION DE LA LIMITATION DE SOINS**

L'admission en réanimation dans le contexte de l'épidémie à COVID-19 doit être évitée toute tentative de réanimation dont on peut raisonnablement penser qu'elle n'apporterait pas de bénéfice à un patient, dans la mesure où elle ne peut guère laisser espérer la survie du patient, sauf peut-être sous des formes de vie extrêmes que la médecine n'a pas pour fonction de créer. Cette limitation de traitements ne dispense aucunement de continuer à prendre soin des patients, et de mettre en œuvre des soins palliatifs adaptés à leur situation.<sup>35</sup> La difficulté des décisions d'admission en réanimation est aujourd'hui considérablement aggravée par l'épidémie de COVID-19.

D'abord, il importe de garder en soi la conviction de l'égalité de dignité de toute personne humaine. Il n'y a pas de vie qui ait moins de valeur que d'autres. Toute discrimination est à proscrire, notamment celles qui reposeraient sur la richesse, le statut social, l'origine ethnique, la citoyenneté, la religion. Cela n'empêche pas de reconnaître un degré de priorité dans l'accès aux traitements des médecins et autres soignants qui ont exposé leur santé et leur vie pour le soin d'autrui et qui pourront après guérison reprendre leur service.

Les ressources sont limitées. Mais l'expérience de certains pays a montré qu'un grand effort d'organisation et de créativité peut permettre de les augmenter de manière significative, dans des conditions à peu près satisfaisantes.

Le souci du bien commun ne peut qu'inciter tout responsable à recourir au mieux à ces ressources et donc à faire reposer sa décision sur « l'utilisation optimale des traitements en fonction des besoins du patient, c'est-à-dire de la gravité de sa maladie et de son besoin de traitement, et sur l'évaluation des bénéfices cliniques que le traitement peut apporter, en termes de pronostic ». Les moyens les plus recherchés doivent être réservés à ceux qui en ont un besoin impérieux.<sup>36</sup>

En dépit de ces distinctions, le médecin responsable peut se trouver confronté à des choix très difficiles. Bien des médecins ne peuvent s'y résoudre sans un déchirement personnel.

Quand ces choix sont inéluctables, la réflexion éthique conduit à recommander qu'ils reposent sur le critère du plus grand « bénéfice clinique ».

---

<sup>35</sup> Patrick Verspieren, *L'interruption de traitements*, *Laennec*, 2003/4 (Tome 51), pages 30 à 45, <https://www.cairn.info/revue-laennec-2003-4- page-30.htm>.

<sup>36</sup> Elie Azoulay & collaborateur. « Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19 », *LAT-REAARS- COVID*, 19 mars 2020, <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/ARSETHIQUE- COVID-final.pdf>.



## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

Il est souhaitable que les médecins confrontés à ces choix puissent bénéficier de l'apport de « cellules de soutien éthique », de manière à pouvoir vérifier le bien-fondé de leurs décisions et mieux résister aux pressions qui pourraient être exercées par les familles ou les proches de malades.

Cette question du choix des malades admis en réanimation et de l'établissement de critères de priorité ne peut que susciter beaucoup d'interrogations et d'inquiétudes dans la population. Celle-ci a droit à être informée de la réalité sanitaire et des efforts déployés pour soigner au mieux les malades.<sup>37</sup>

### **4. Pénurie en certains médicaments de maladies chroniques suite à la fermeture des frontières**

Suite à l'évolution de la pandémie Covid-19, l'Etat Algérien avait mis en place des mesures de confinement et a décidé la fermeture de ses frontières. En conséquence, le marché de consommation des médicaments d'officine connaît des perturbations en approvisionnement de certains médicaments de maladies chroniques. Ainsi, le Syndicat National des Pharmaciens d'Officine (SNAPO) a déploré une grave pénurie des médicaments dans les pharmacies pour le traitement des maladies chroniques et a souligné aussi la carence en « Chloroquine » au niveau des officines, molécule indispensable au traitement de certaines maladies inflammatoires et auto-immunes, également fortement demandée dans le protocole thérapeutique des patients atteints de Covid-19, depuis la propagation de l'épidémie.<sup>38</sup> Confronter à cette pénurie et devant les frontières fermées (qui représentaient des issues de secours pour se procurer ses médicaments de l'étranger), les patients en situation de détresse ont trouvé dans les réseaux sociaux un refuge pour lancer des appels, pour se procurer des médicaments, auprès des pharmaciens, des associations d'aide aux malades ou tout simplement des simples citoyens.

La solidarité a souvent permis des issues favorables à ces appels, mais l'aide demeure insuffisante et exceptionnelle. Là encore, l'intervention des autorités responsables est déterminante pour la procuration de tous les médicaments essentiels utilisés dans les traitements habituels des malades, particulièrement chroniques. Il faut bien réfléchir à cette question et

---

<sup>37</sup> Richa Sami, Kahale Richa Nathalie, Choucair Alam Nancy, Scheuer Michel s.j. « Enjeux éthiques majeurs de la pandémie du Covid-19 », *Travaux et Jours* N° 97 – Automne 2020, p. 119-129.

<sup>38</sup> SNOUSSI Z. (18/07/2020). LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN FACE À LA CRISE SANITAIRE DU COVID-19: QUELS ENSEIGNEMENTS SUR SES DÉFAILLANCES. Les Cahiers du Cread -Vol. 36 - n° 03.

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

dessiner les grandes lignes d'action qui permettraient de développer une industrie pharmaceutique nationale capable de booster la production locale et garantir ainsi un approvisionnement large, sûr et permanent, en médicaments, en quantité et en qualité. Par ailleurs, l'action devra être continue et consolidée après la sortie de ce passage périlleux sachant que cette crise ne sera probablement pas la dernière que connaîtra notre planète.<sup>39</sup>

### **5. LA STIGMATISATION ET LES INFORMATIONS CLAIRES ET TRANSPARENTES**

Le COVID-19 a provoqué une stigmatisation sociale et des comportements discriminatoires à l'encontre des personnes atteintes. La stigmatisation sociale est l'association négative entre une ou des personnes qui partagent certaines caractéristiques et leur maladie, le COVID-19. Ces personnes sont étiquetées, stéréotypées, discriminées et perdent leur statut en raison d'un lien perçu avec le COVID-19. Ce genre d'attitudes peut les affecter négativement, mais il peut également affecter les personnes qui n'ont pas la maladie et qui partagent d'autres caractéristiques avec eux : leurs soignants, leur famille, leurs amis et leurs communautés.<sup>40</sup>

Cette stigmatisation associée au COVID-19 revient au fait que la maladie est nouvelle et mal connue, à la peur que l'inconnu induit et à la facilité d'associer cette peur aux « autres ». L'incompréhension de cette maladie transmissible et l'anxiété qu'elle génère alimentent ces stéréotypes. Par ailleurs, la stigmatisation contribue à la propagation du virus du moment où elle pousse les personnes infectées à cacher leur maladie, à ne pas se faire traiter immédiatement (évaluation, test, confinement) et à être démotivées pour adopter les comportements adéquats. Trois directives permettent de lutter contre la stigmatisation sociale : le choix des mots, l'implication de tous et la fiabilité des messages et conseils à communiquer.<sup>41</sup>

### **6. Des taux de remboursement complètement obsolètes**

Devant le nombre de nouveaux cas enregistrés chaque jour et le manque de tests de dépistage, et afin de pouvoir entamer le traitement par les personnes présentant des symptômes

---

<sup>39</sup> Idem.

<sup>40</sup> Richa Sami, Kahale Richa Nathalie, Choucair Alam Nancy, Scheuer Michel s.j. « Enjeux éthiques majeurs de la pandémie du Covid-19 », *Travaux et Jours* N° 97 – Automne 2020, p. 119-129.

<sup>41</sup> Idem.

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

de contamination par la Covid-19, avant que leur état de santé se détériore, le ministère de la santé a autorisé les spécialistes de recourir à l'utilisation du scanner thoracique comme alternative au dépistage biologique. Dans les hôpitaux publics, le dépistage par scanner thoracique est souvent gratuit (sinon une participation symbolique est demandé aux malades), mais reste insuffisant au vu du nombre des demandeurs, avec des délais d'attente souvent longs. Dans les cliniques privées et les centres d'imagerie médicale, l'accès est plus facile, toutefois les tarifs ne sont pas à la portée de tous, surtout que le taux de remboursement par la sécurité sociale de cet acte est dérisoire. Il est vrai qu'en cette période de détresse.<sup>42</sup>

En effet, les tarifs de remboursements des consultations médicales et des actes médicaux (analyses sanguines, radios, soins dentaires, etc.) datent depuis 1987 et n'ont pas été révisés depuis. De même, il existe des examens de radiologie non remboursés, tel que l'IRM « l'Imagerie par Résonance Magnétique » qui n'est pas remboursé puisqu'il ne figure pas dans la nomenclature nationale des actes médicaux de 1985. Devant une batterie d'examens indispensables demandés au patient, et avec des tarifs de plus en plus élevés, ce dernier, obligé de s'acquitter d'une charge financière élevée par rapport à son revenu, est souvent contraint de s'endetter ou d'abandonner les soins.<sup>43</sup>

### **CONCLUSION**

Les pandémies sont par définition un phénomène mondial. Elle ne se soucie pas des frontières, ni généralement des nationalités ou des groupes ethniques, même si les plus marginalisés sont souvent exposés aux pires conséquences. Le déroulement d'une pandémie dépend d'une infinité de facteurs, dont certains échappent totalement au contrôle de la société.

Dans les cas extrêmes, le niveau de mobilisation sociale nécessaire pour minimiser l'impact de la maladie sur la société peut être intense et douloureux. Les mesures peuvent aller de la mise en quarantaine forcée à une expansion massive des installations médicales d'urgence, en passant par un soutien important à la recherche de vaccins ou de solutions palliatives susceptibles de réduire les effets du virus sur la santé.

---

<sup>42</sup> SNOUSSI Z. (18/07/2020). LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN FACE A LA CRISE SANITAIRE DU COVID-19: QUELS ENSEIGNEMENTS SUR SES DEFAILLANCES. Les Cahiers du Cread -Vol. 36 - n° 03.

<sup>43</sup> Idem.

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DE LA POPULATION**

Désormais les gouvernements du monde devront être conscients que les pandémies ne sont pas des événements ponctuels. On les retrouve à tous les stades de l'histoire de l'humanité. Ajoutons que jamais le monde n'a été aussi densément peuplé et intégré à tous égards. Cela signifie que le risque de propagation de la maladie n'a jamais été aussi grand.

# **CHAPITRE III :**

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

# **CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

## **CHAPITRE III :**

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

#### **INTRODUCION**

La crise sanitaire et les mesures politiques qu'elle a entraînées ont gravement impacté la population. Elle s'est traduite par des dizaines de milliers de pertes d'emplois, alors que d'autres catégories de la population ont pu conserver leur emploi et continuer à toucher un revenu pendant le confinement. Ces personnes, déjà précarisées et socialement vulnérables avant même la crise, sont aujourd'hui sans ressources et sans couverture maladie.

Il y a aussi la désorganisation du système de soins, avec la fermeture ou le ralentissement de nombreux services de santé dans les hôpitaux et centres de santé, comme le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles, le traitement des troubles mentaux ou du cancer, et même au début du confinement les programmes de vaccination obligatoire, ce qui a entraîné des retards dans la prise en charge de nombreux malades.

Tous ces éléments ont évidemment contribué à aggraver les inégalités sociales d'accès aux soins parmi la population.

L'analyse de ces inégalités se fonde sur l'étude de leurs déterminants (revenu, catégorie Socioprofessionnel, lieu de résidence, l'éloignement géographique, niveau d'instruction, ...).

En Algérie, il y a aucune étude à notre connaissance qui a étudié les effets de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux soins de santé de la population. A cet effet, notre travail se focalise sur les raisons du renoncement aux soins en temps de covid-19, dans la wilaya de Bejaia.

Ce chapitre sera consacré exclusivement à notre étude empirique. Il est composé de deux sections. La première fera l'objet de présenter la méthodologie et le déroulement de l'enquête. La deuxième tentera d'analyser les différents résultats obtenus à travers de notre enquête.

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

Dans cette section, il sera question de la présentation et la conception de notre enquête, dans le but d'étudier les raisons de renoncement aux soins de santé en temps de covid-19, nous avons mené notre questionnaire d'enquêtes, auprès de la population de la wilaya de Bejaia.

La conception du questionnaire a été réalisée après une étude de la littérature et la consultation de plusieurs questionnaires d'enquêtes nationales et internationales.

### **1. L'objectif de l'enquête**

L'objectif de ce questionnaire consiste à identifier si la pandémie et le confinement ont joué un rôle sur le renoncement aux soins de santé à travers les éléments suivant :

- Le taux du renoncement aux soins de santé
- Les catégories des soins les plus renoncées
- Les raisons du renoncement aux soins de santé
- Difficultés financières cause de confinement
- Non disponibilité des transports pendant le confinement
- Peur d'attraper le coronavirus
- Service de soins fermé / Médecin indisponible.

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

Notre questionnaire d'enquête a été adressé aux habitants de la commune de Bejaia. Le temps et les moyens disponibles nous ont obligés à restreindre la taille de notre échantillon à 200 personnes. Les individus sont sélectionnés au hasard parmi les habitants de la wilaya de Bejaia.

Une partie de l'enquête a été réalisé par nous-mêmes. Ainsi, certains questionnaires sont administrés en « face-à-face » et d'autre non administré à cause du manque de temps et le nombre important de questions, nous l'avons partagé sur les réseaux sociaux à partir de l'application *Google docs* on nous avons bien expliqué les questions, pour éviter toute ambigüité dans les réponses, afin de ne pas faussée notre enquête.

## **CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

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

Le temps consacré à l'enquête était d'environ un mois, qui s'est étalé entre le mois de juin jusqu'au mois de juillet. Notre questionnaire d'enquête comprend en tout 30 questions. En fonction du besoin, certaines questions sont fermées, d'autres sont à choix multiple. En outre, le questionnaire est décomposé en 2 grands axes, à savoir :

#### ➤ **Situation socio-professionnel de l'enquêté :**

L'objectif est de dégager le profil personnel de chaque interrogée (âge, sexe, revenu, Etc...), qui nous servira notamment au croisement de variables et à l'évaluation de la représentativité de l'échantillon.

#### ➤ **Renoncement aux soins de santé :**

C'est un indicateur d'inégalités d'accès aux soins, obtenu directement à partir de la réponse aux deux questions suivantes :

«Au cours des 12 derniers mois, avez-vous REPORTÉ ou RENONCÉ à des soins de santé dont vous aviez besoin ?».

«Si oui, pour quel type de soins et pour quelles raisons ? ».

Qui nous permettra de déterminer le niveau d'accès des enquêtées aux soins de santé, et les facteurs influençant leurs choix (Difficultés financières, Non disponibilité des transports pendant le confinement, Délais d'attente/Rendez-vous trop longs, Difficultés liées à la distance, Peur d'attraper le coronavirus, Service de soins fermé / Médecin indisponible).

### **4. Dépouillement**

Le traitement des résultats et la mise en forme des informations ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 20. Nous avons d'abord procédé à la saisie des données contenues dans les questionnaires. Ensuite, nous avons procédé au traitement de ces données, que nous avons par la suite présentées sous forme de tableaux et graphes.



## **CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

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

Nous avons rencontré plusieurs difficultés Pendant la réalisation de notre enquête dont les principales sont :

- ❶ La maîtrise du temps a constitué la principale difficulté. En effet, le manque de temps a rendu difficile le traitement des données.
- ❷ Prendre beaucoup de temps pour maîtriser le logiciel SPSS.
- ❸ Manque de données et de littérature concernant notre thème en Algérie.
- ❹ L'absence d'enquêtes similaires antérieures que l'on aurait utilisées comme base comparaison et de référence.
- ❺ Certaines personnes ont refusé de participer dans notre enquête et de répondre aux questionnaires.

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

Dans cette section, nous avons pour ambition de tenter d'étudier les différents résultats de l'enquête. Ceci va nous permettre en définitif d'porter quelques réponses aux questions soulevées dans notre problématique. Nous avons ainsi procédé à l'analyse des données obtenues après traitement du questionnaire d'enquête à l'aide du logiciel SPSS 20. De ce fait, nous allons d'abord présenter l'échantillon final analysé.

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

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

Le tableau 10 est un récapitulatif des résultats obtenus sur la distribution des enquêtés selon l'âge, le sexe, l'Etat civil, le niveau d'instruction, le nombre de personnes et le lieu de résidence, Nous rappelons que notre échantillon a été choisi aléatoirement. Par rapport à l'âge, la tranche la plus représentées est celle des [18-30ans] avec une proportion de 43 %. Pour le genre, 51 % de nos enquêtés sont des hommes contre 49 % pour les femmes.

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 73 %. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : sans instruction : 2 %, primaire : 2 %, moyen : 9.5 % et secondaire : 13.5 %

La répartition de nos enquêtées par lieu de résidence entre rural (hors ville) et urbain (ville) est respectivement de 47.5 %, et 52.5 %.

**Tableaux 10 : Profit personnel des interrogés**

Caractéristiques		Effectifs	Pourcentage
Age	[18-30[	86	43%
	[30-40[	60	30%
	[40-50[	22	11%
	[50-60[	17	8.5%
	60 ans et Plus	15	7.5%
	<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
Sexe	masculin	102	51%
	féminin	98	49%
	Total	200	100%
Etat civil	marié(e)	88	44%
	célibataire	94	47%
	divorcé(e)	9	4.5%
	veuv(e)	9	4.5%
	<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
Niveau d'instruction	sans instruction	4	2%
	primaire	4	2%
	moyen	19	9.5%
	secondaire	27	13.5%
	universitaire	146	73%
	<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>
Nombre de personnes	[1-3[	53	26.5%
	[3-6[	108	54%
	plus de 6	39	19.5%
	Total	200	100%
Lieu de résidence	Urbain (ville)	105	52.5%
	Rural (hors-ville)	95	47.5%
	<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

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

## **CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

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

### **2. Présentation et analyse des résultats**

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

#### **2.1 Renoncement aux soins de santé selon la structure sociale**

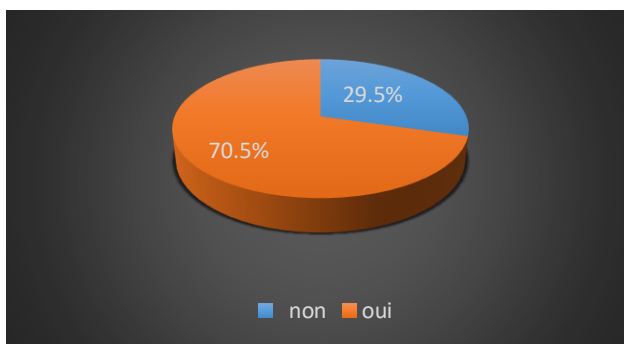
Comme premier axe d'analyse, nous avons choisi le statut de renoncement des enquêtés aux soins, pour avoir les raisons est les types de renoncement.

**Tableau 11** : Répartition des enquêtés selon le renoncement aux soins de santé

<b>Renoncement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
non	59	29.5%
oui	141	70.5%
Total	200	100%

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

**Figure 4** : Répartition des enquêtés selon le renoncement aux soins de santé



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 11

D'après le tableau 11, nous remarquons que la plus part des interroger ont renoncé aux soins, 70,5% contre 29,5%, d'où l'existence des inégalités d'accès aux soins.

Le tableau 12 et la figure 5, montre que la tranche d'âge [18-30[, détient la première place au renoncement aux soins de santé avec plus de 40 % suivi par la tranche [30-40 [, avec 29%, la tranche [40-50[, avec 12 % et la tranche [50-60[, avec 11 %. La tranche de 60 ans et plus est la tranche qui renonce moins aux soins de santé avec 8 %. Nous pouvons expliquer ce taux par l'importance qu'elle donne cette catégorie, qui représente majoritairement des retraités, leur

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

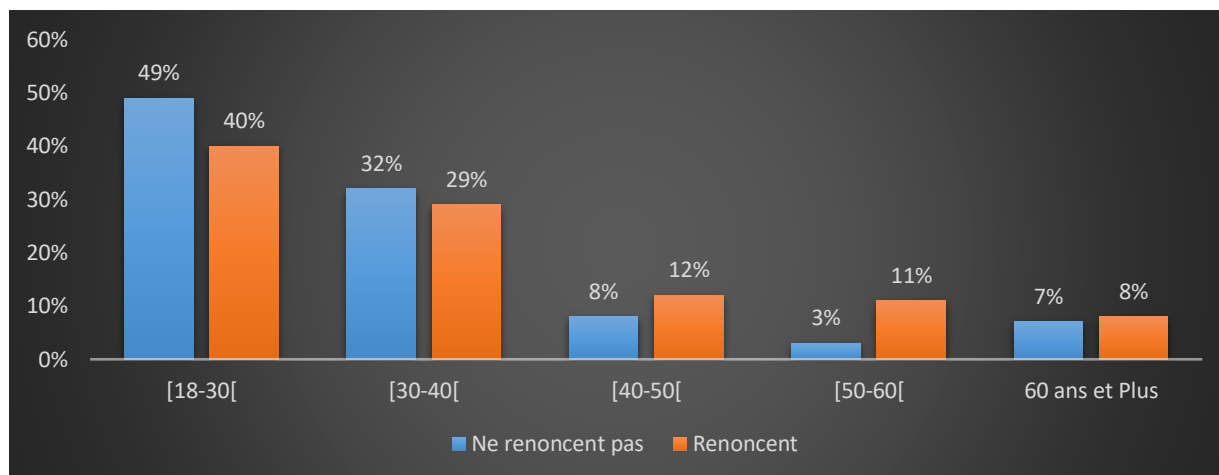
santé. De plus, ils disposent majoritairement d'un revenu mensuel qui leurs assure une accessibilité financière aux différents soins.

**Tableau 12** : Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins de santé

Renoncement âge	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[18-30[	29	49%	57	40%	86	43%
[30-40[	19	32%	41	29%	60	30%
[40-50[	5	8%	17	12%	22	11%
[50-60[	2	3%	15	11%	17	9%
60 ans et Plus	4	7%	11	8%	15	8%
Total	59	100%	141	100%	200	100%

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

**Figure 5** : Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins de santé



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 12.

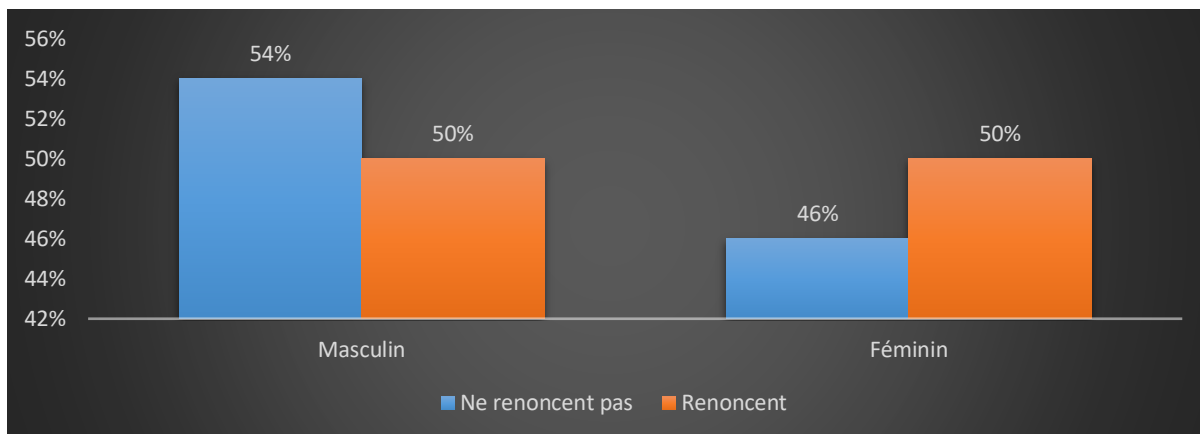
**Tableau 13** : Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins

Renoncement Sexe	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Masculin	32	54%	70	50%	102	51%
Féminin	27	46%	71	50%	98	49%
Total	59	100%	141	100%	200	100%

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

## CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA

**Figure 6 :** Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins de santé



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 13.

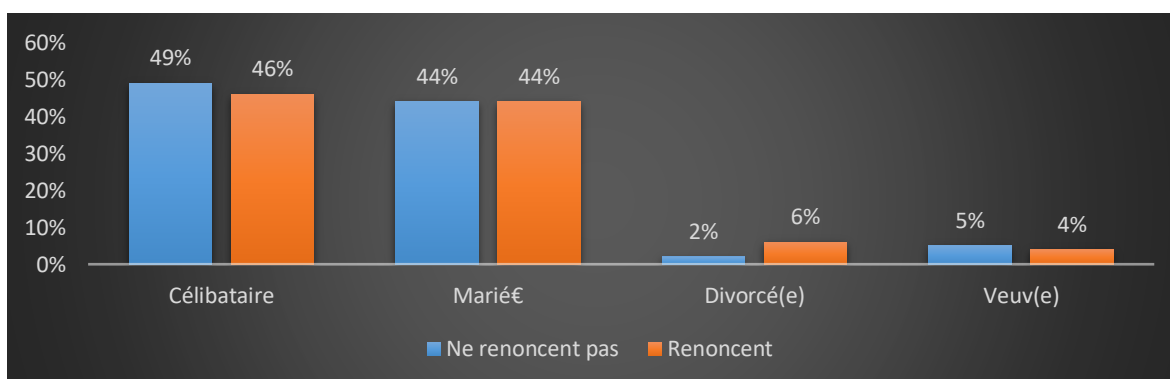
D'après le tableau 13 et le graphe 6, nous remarquons que le renoncement chez le sexe masculin et féminin sont égale 50% chacun.

**Tableau 14 :** Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins de santé

Renoncent état civile	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Marié(e)	26	44%	62	44%	88	44%
Célibataire	29	49%	65	46%	94	47%
Divorcé(e)	1	2%	8	6%	9	5%
Veuv(e)	3	5%	6	4%	9	5%
Total	59	100%	141	100%	200	100%

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

**Figure 7 :** Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins de santé



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 14.

D'après les résultats du tableau 14, nous constatons que, les enquêtés divorcés et les veufs n'ont quasiment pas renoncé aux soins de santé. Les enquêtés célibataires renoncent plus aux

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

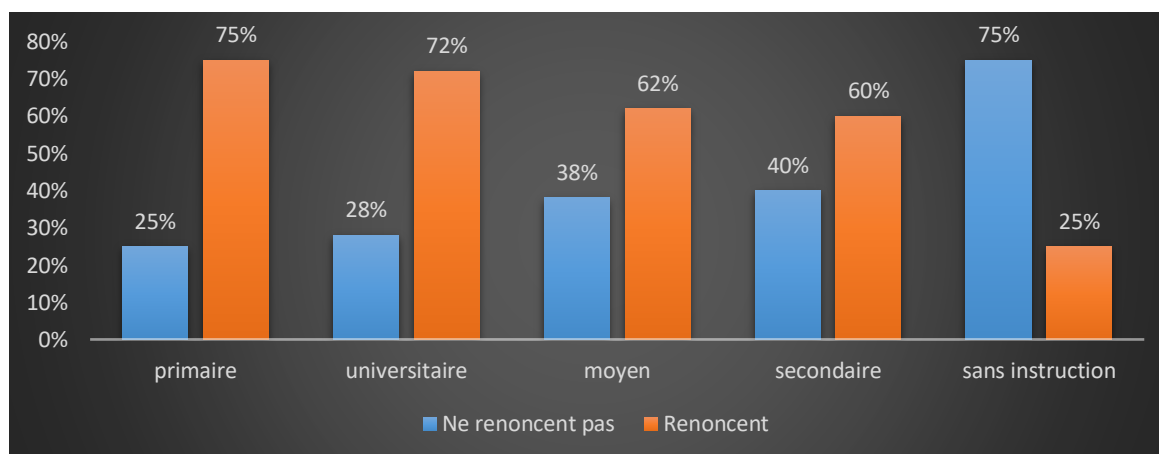
soins que les enquêtés mariés avec respectivement 46% contre 44%. Cela peut être expliqué du non représentatif de l'échantillon pour ces catégories. Nous avons enquêté seulement neuf personnes veuves et neuf autre divorcés.

**Tableau 15 :** Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins de santé

niveau d'instruction	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
sans instruction	3	75%	1	25%	4	2%
primaire	1	25%	3	75%	4	2%
moyen	2	38%	17	62%	19	10%
secondaire	11	40%	16	60%	27	14%
universitaire	42	28%	104	72%	146	73%
Total	59	29%	141	71%	200	100%

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

**Figure 8 :** Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins de santé



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 15

Nous remarquons d'après le tableau 15 et la figure 8, que le renoncement aux soins de santé pour le niveau d'instruction primaire est plus élevé que pour les autres niveaux d'instruction avec 75 %. Suivi par le niveau universitaire avec 72 %, niveau moyen avec 62%,

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

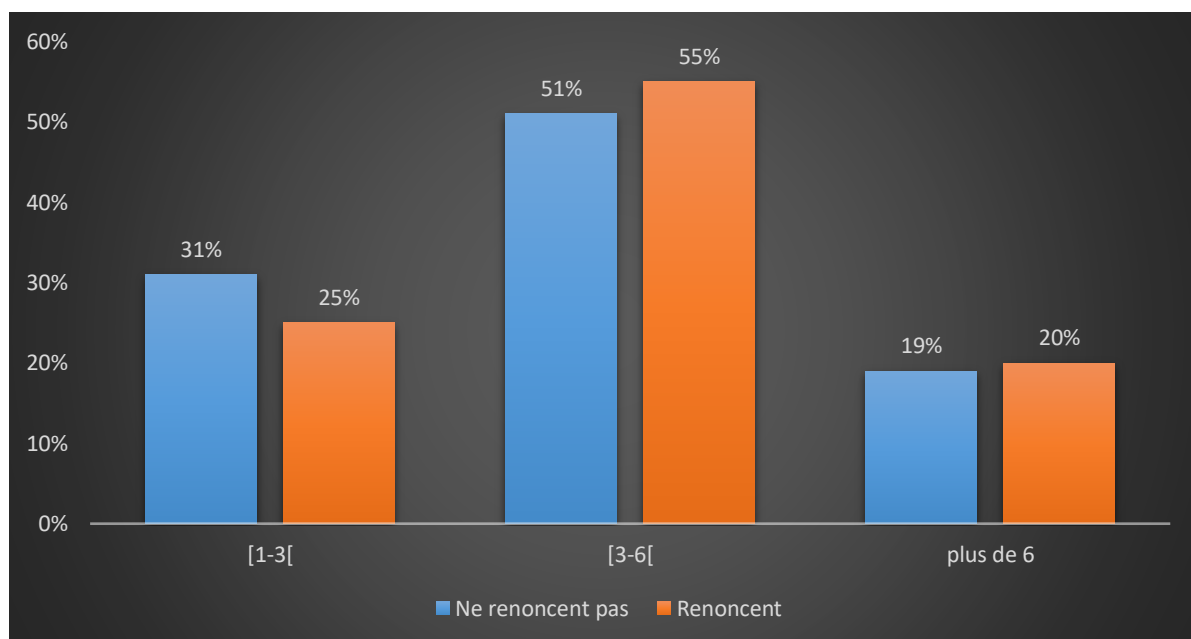
secondaire avec 60 %, et à la fin le niveau sans instruction avec 25%. Donc, le renoncement aux soins de santé n'est pas corrélé avec le niveau universitaire.

**Tableau 16** : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins de santé

Nombre de personnes dans le foyer	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[1-3[	18	31%	35	25%	53	27%
[3-6[	30	51%	78	55%	108	54%
plus de 6	11	19%	28	20%	39	20%
Total	59	100%	141	100%	200	100%

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

**Figure 9** : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins de santé



**Source** : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 16

D'après les résultats du tableau 16, nous constatons que, les enquêtés de la tranche [3-6[est le plus élevé avec 55%, par rapport aux autres tranches, [0-3[avec 25 %, plus de 6 personnes avec 20 %. L'explication que nous pouvons avancer est que les enquêtés ne sont pas tous des chefs de ménages. Il s'agit d'une enquête individuelle.

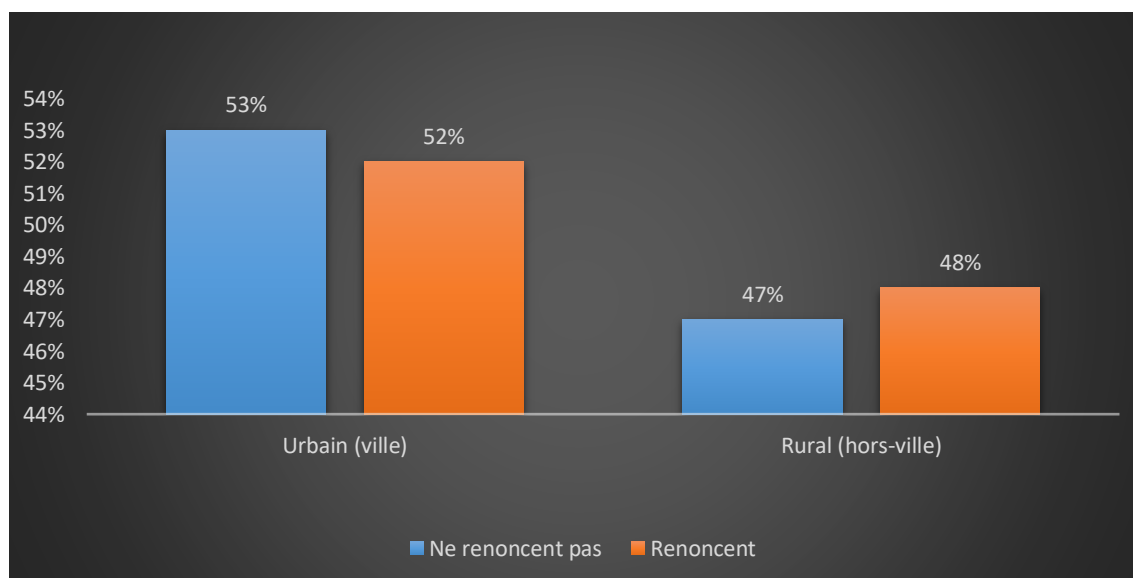
**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Tableau 17** : Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.

lieu de résidence	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Urbain (ville)	31	53%	74	52%	105	53%
Rural (hors-ville)	28	47%	67	48%	95	48%
Total	59	100%	141	100%	200	100%

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

**Figure 10** : Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.



**Source** : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 17

D'après le tableau 17, nous remarquons que les enquêtées qui habitent dans des régions urbaine (ville) occupent la première place dans le renoncement aux soins avec 52%, puis les habitants des régions rurales (hors-ville) avec 48%.

## 2.2. Le renoncement aux soins selon la situation financière des ménages

D'après le tableau 18 et la figure 11, nous remarquons que les catégories ouvrières renoncent plus que les autres catégories. Comme le montre le tableau les ouvrier détienne la



**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

première place, les retraités avec 88%, journalier avec 80%, profession libérale et les employés avec 72%, et suivi par les enquêtés d'autres catégories sont respectivement : (Étudiant, cadre/profession intellectuelle supérieure, Sans emploi, Femme au foyer, Chômeur, Employeur) avec (69%, 67%, 67%, 64%, 60%, 50%).

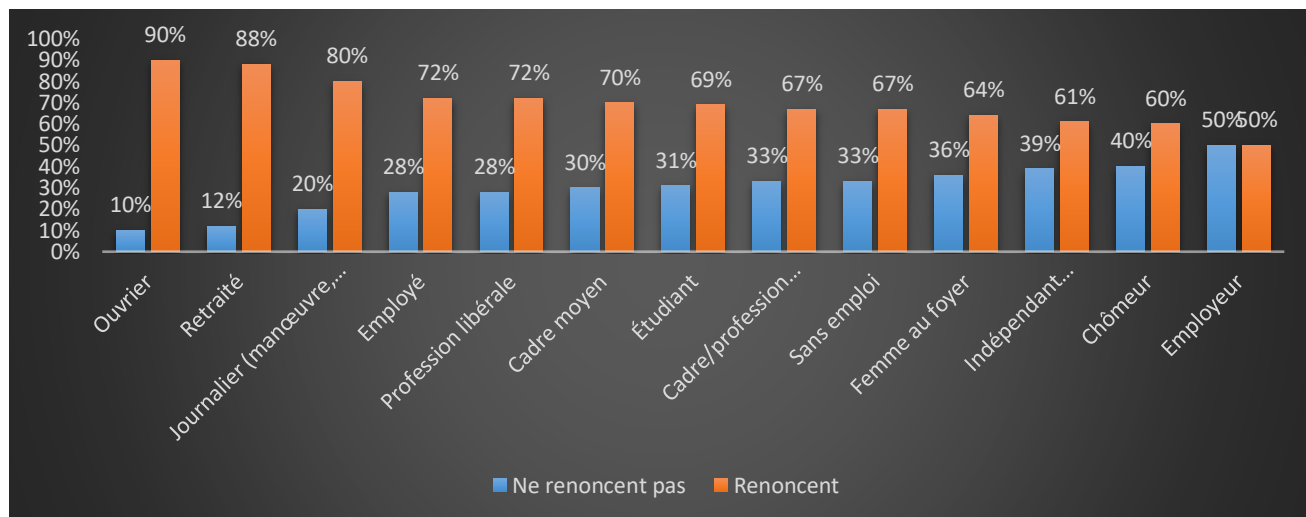
**Tableau 18** : Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins

Catégorie socioprofessionnelle	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Employé	18	28%	48	72%	66	33%
Ouvrier	1	10%	9	90%	10	5%
Cadre moyen	4	30%	9	70%	13	7%
Cadre/profession intellectuelle supérieure	3	33%	6	67%	9	5%
Employeur	2	50%	2	50%	4	2%
Profession libérale	4	28%	3	72%	7	4%
Indépendant (commerçant, agriculteur...)	3	39%	10	61%	13	7%
Journalier (manœuvre, maçon...)	1	20%	4	80%	5	3%
Retraité	1	12%	7	88%	8	4%
Étudiant	9	31%	20	69%	29	15%
Chômeur	2	40%	3	60%	5	3%
Femme au foyer	8	36%	14	64%	22	11%
Sans emploi	3	33%	6	67%	9	5%
Total	59	29%	141	71%	200	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 11 : Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins**



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 18

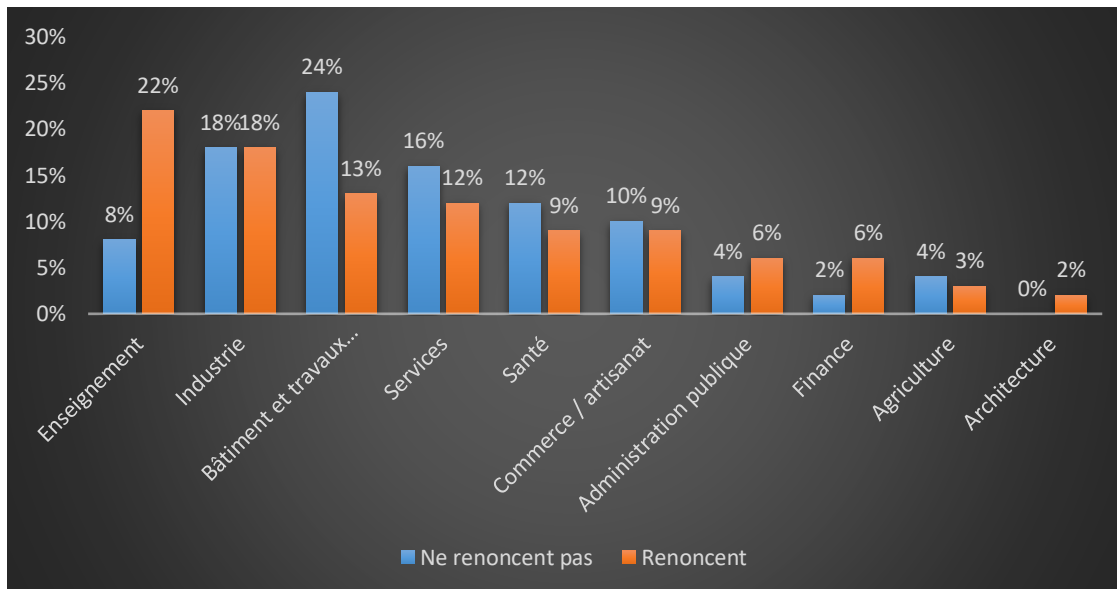
**Tableau 19 : Distribution des enquêtés selon la branche d'activité de l'enquêté et le renoncement aux soins de santé**

branche d'activité	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Bâtiment et travaux publics (BTP)	12	24%	17	13%	29	16%
Santé	6	12%	11	9%	17	10%
Enseignement	4	8%	28	22%	32	18%
Agriculture	2	4%	4	3%	6	3%
Commerce / artisanat	5	10%	12	9%	17	10%
Industrie	9	18%	23	18%	32	18%
Services	8	16%	16	12%	24	13%
Administration publique	2	4%	8	6%	10	6%
Architecture	0	0%	2	2%	2	1%
Finance	1	2%	8	6%	9	5%
Total	49	100%	129	100%	178	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 12 : Distribution des enquêtés selon la branche d'activité de l'enquêté et le renoncement aux soins**



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 19

D'après les résultats du tableau 19, nous constatons que, les enquêtés dans la branche d'activité enseignement renoncent le plus avec 22%, suivi de l'industrie avec 18%, et à la fin la branche qui renoncent le moins et celle de l'agriculture avec 3%.

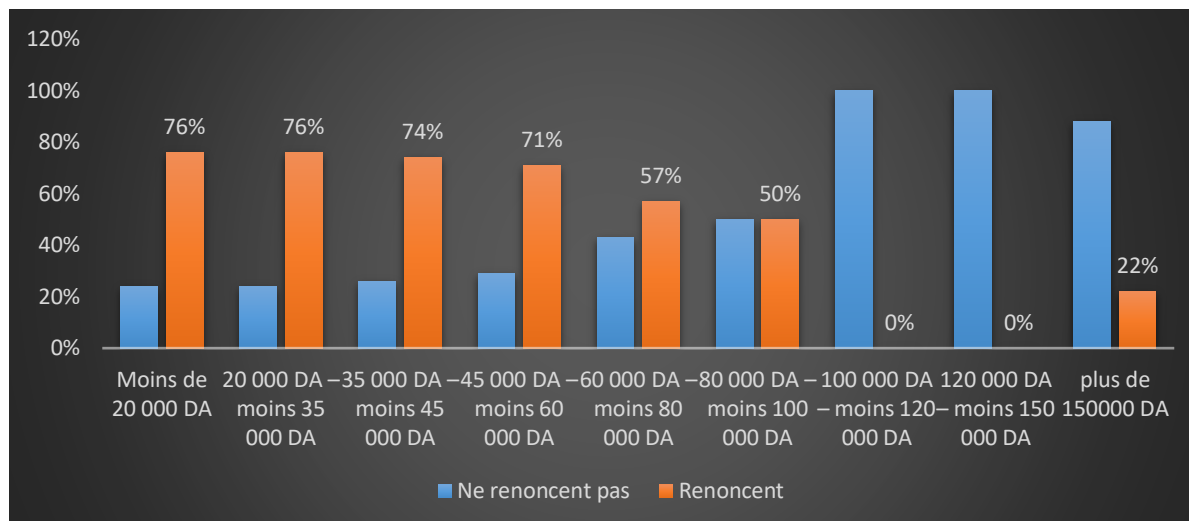
**Tableau 20 : Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins de santé**

Montant de revenu	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 20 000 DA	8	24%	25	76%	33	19%
20 000 DA – moins 35 000 DA	13	24%	41	76%	54	30%
35 000 DA – moins 45 000 DA	10	26%	29	74%	39	22%
45 000 DA – moins 60 000 DA	6	29%	15	71%	21	12%
60 000 DA – moins 80 000 DA	6	43%	8	57%	14	8%
80 000 DA – moins 100 000 DA	2	50%	2	50%	4	2%
100 000 DA – moins 120 000 DA	2	100%	0	0%	2	1%
120 000 DA – moins 150 000 DA	2	100%	0	0%	2	1%
plus de 150000 DA	7	88%	2	22%	9	5%
Total	56	31%	122	69%	178	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 13 :** Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 20

D'après les résultats de notre enquête, nous remarquons que plus le revenu augmente, plus la proportion du renoncement aux soins de santé diminue à l'exception de la catégorie de personnes qui touchent plus de 150000 DA. Donc les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins de santé, contrairement aux personnes les moins favorisées financièrement. Ainsi, les personnes qui ont un revenu entre 100000 DA - 150000 n'ont pas renoncé à ces soins. De ce fait, le renoncement aux soins de santé est corrélé avec le revenu d'où l'existence des inégalités sociales d'accès aux soins de santé.

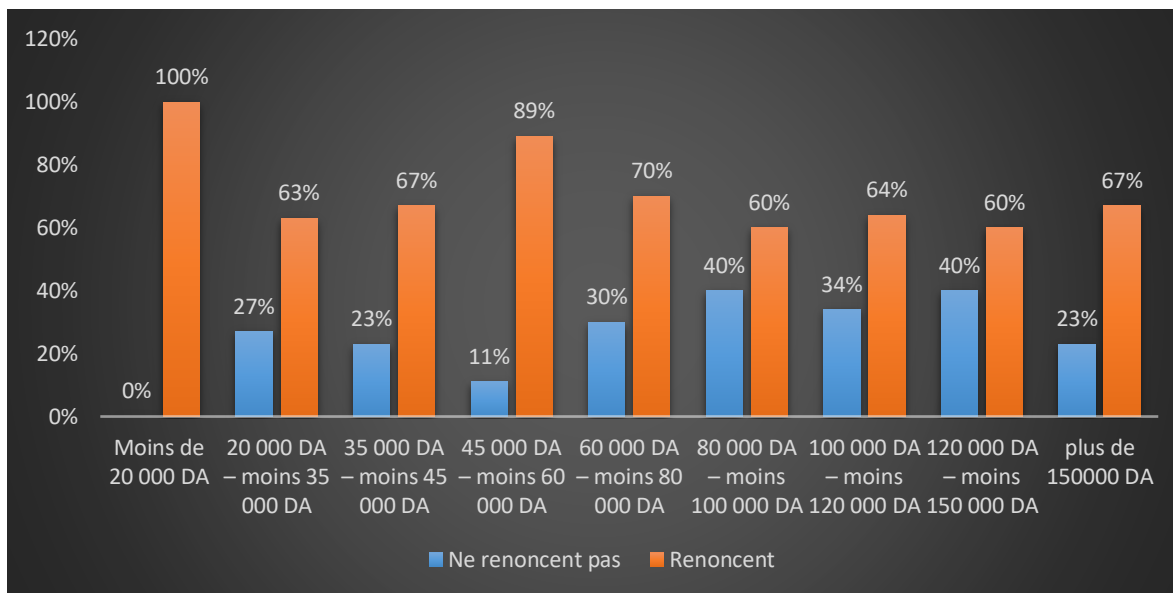
**Tableau 21 :** Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins

Revenu global de l'ensemble de ménage	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 20 000 DA	0	0%	1	100%	1	1%
20 000 DA – moins 35 000 DA	7	27%	12	63%	19	10%
35 000 DA – moins 45 000 DA	12	23%	25	67%	37	19%
45 000 DA – moins 60 000 DA	4	11%	34	89%	38	19%
60 000 DA – moins 80 000 DA	9	30%	24	70%	33	17%
80 000 DA – moins 100 000 DA	8	40%	12	60%	20	10%
100 000 DA – moins 120 000 DA	5	34%	9	64%	14	7%
120 000 DA – moins 150 000 DA	4	40%	6	60%	10	5%
plus de 150 000 DA	9	23%	19	67%	28	14%
Total	59	29%	141	71%	200	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 14 : Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins**



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 21

Les enquêtés qui ont un revenu globale faible renonce plus que les autres tranches de revenu, et les tranches qui ont un revenu élevé, le taux de renoncement est très faible, et le pourcentage des autre tranche est comme suit [80000-100000]et [100000-120000][avec 60%, [45000-60000][avec 89% et la tranche [60000-80000][avec 70%.

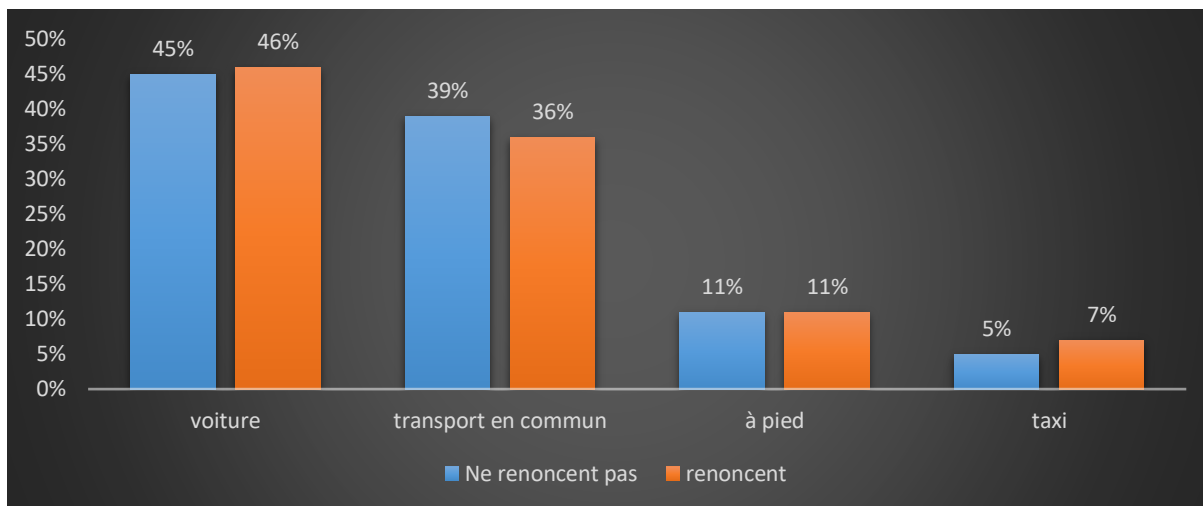
**Tableau 22 : Distribution des enquêtés selon les moyens de déplacement et le renoncement aux soins**

moyens de déplacement	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Voiture	34	45%	86	46%	120	46%
à pied	8	11%	20	11%	28	11%
Taxi	4	5%	13	7%	17	6%
transport en commun	29	39%	68	36%	97	37%
Total	75	100%	187	100%	262	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 15** : Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins



**Source** : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 22

D'après les résultats du tableau 22, nous remarquons que les enquêtés qui déplacent en voiture pour leurs soins renoncent plus que les autres enquêtés qui utilisent d'autres moyens de déplacement avec 46%, suivi par le déplacement avec transports en commun avec 36%, puis le déplacement à pied avec 11%, et le déplacement avec taxi avec un taux de 7%.

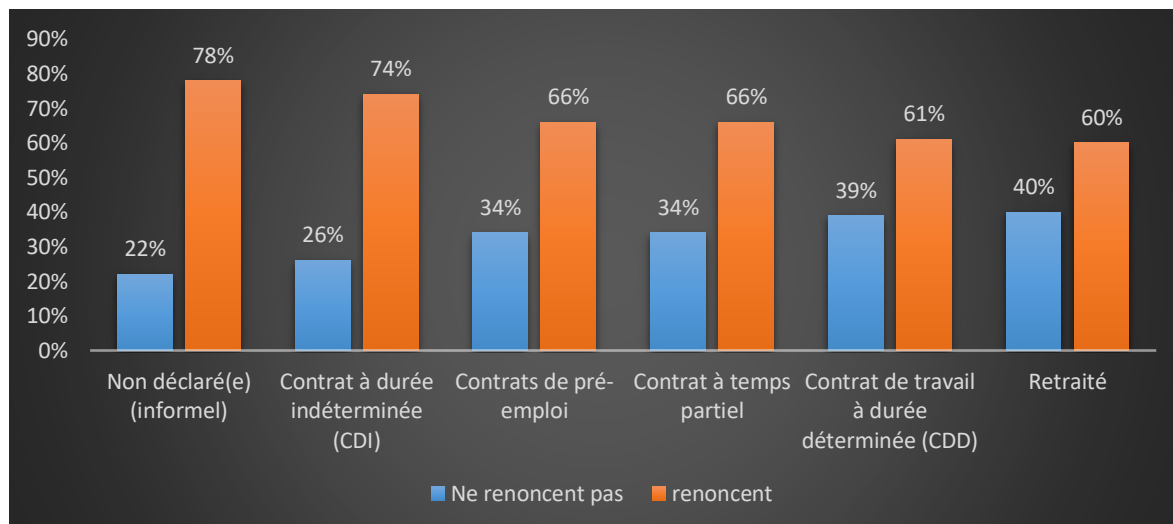
**Tableau 23** : Distribution des enquêtés selon la nature du contrat de travail et le renoncement aux soins

Nature du contrat de travail	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Contrat de travail à durée déterminée (CDD)	13	39%	21	61%	34	19%
Contrat à durée indéterminée (CDI)	18	26%	52	74%	70	39%
Contrats de pré-emploi	2	34%	4	66%	6	3%
Contrat à temps partiel	4	34%	8	66%	12	7%
Non déclaré(e) (informel)	11	22%	40	78%	51	29%
Retraité	2	40%	3	60%	5	3%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>128</b>	<b>100%</b>	<b>178</b>	<b>100%</b>

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 16 :** Distribution des enquêtés selon la nature du contrat de travail et le renoncement aux soins



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 23

D'après les résultats du tableau 23, nous constatons que, les enquêtés non déclaré(e) occupe la première place on renoncement aux soins de santé avec 78%, suivi de contrat à durée indéterminée (cdi) avec 74%, et à la fin on trouve les retraités avec 60%.

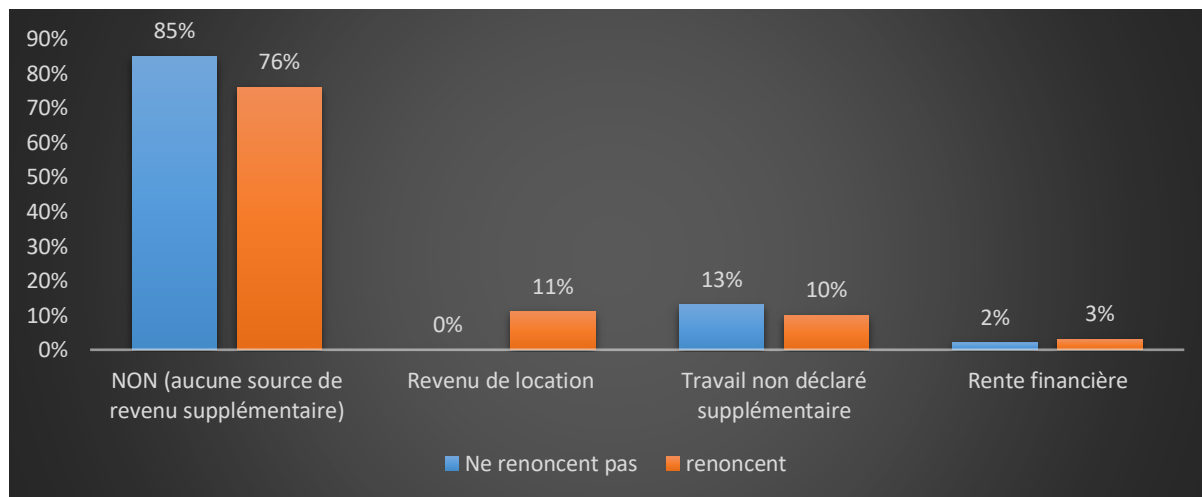
**Tableau 24 :** Distribution des enquêtés selon une autre source revenu et le renoncement aux soins

Autre source de revenu	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Revenu de location	0	0%	15	11%	15	8%
Travail non déclaré supplémentaire	7	13%	14	10%	21	11%
Rente financière	1	2%	4	3%	5	3%
NON (aucune source de revenu supplémentaire)	47	85%	106	76%	153	79%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>139</b>	<b>100%</b>	<b>194</b>	<b>100%</b>

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 17 :** Distribution des enquêtés selon une autre source revenu et le renoncement aux soins



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 24

D'après le tableau 24 et la figure 17, nous remarquons que les enquêtés qui ne aucune source de revenu supplémentaire renoncent plus que les autres avec un écart très large. Comme le montre le tableau ce qui ne aucune source de revenu supplémentaire détienne la première place, avec 76%, Donc les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins de santé, revenu de location avec 11%, travail non déclaré supplémentaire avec 10%, enfin à la dernière place rente financière avec 3%.

**Tableau 25 :** Distribution des enquêtés selon l'assurance maladie et le renoncement aux soins

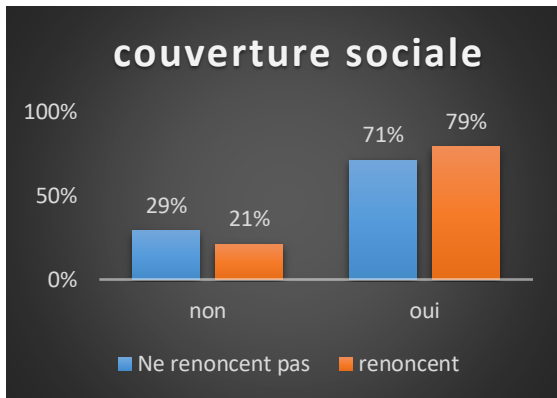
Assurance maladie		Ne renoncent pas		renoncent		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
couverture sociale	non	17	29%	29	21%	46	23%
	oui	42	71%	112	79%	154	77%
	Total	59	100%	141	100%	200	100%
niveau de couverture sociale	80%	33	79%	85	76%	118	77%
	100%	9	21%	27	24%	36	23%
	Total	42	100%	112	100%	154	100%
carte chifa	non	17	29%	30	21%	47	24%
	oui	42	71%	111	79%	153	77%
	Total	59	100%	141	100%	200	100%

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



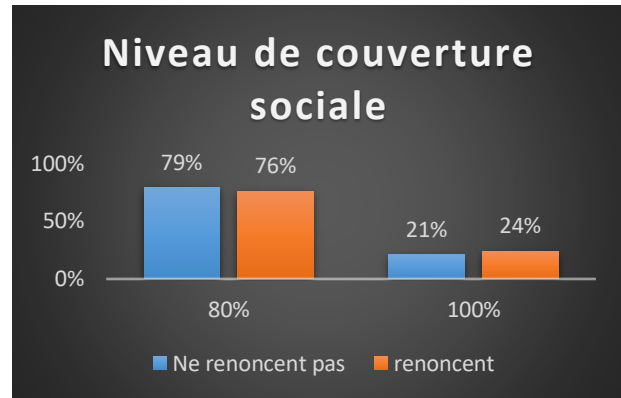
**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 18 :** Distribution des enquêtés selon La couverture sociale Et le renoncement aux soins



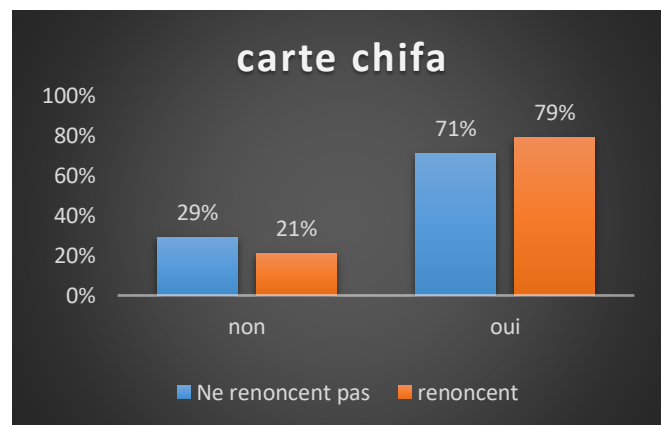
Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 25

**Figure 19 :** Distribution des enquêtes selon le niveau de couverture sociale et le renoncement aux soins



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 25

**Figure 20 :** Distribution des enquêtés selon la carte chifa et le renoncement aux soins



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 25

Nous remarquons que les enquêtés ayant une couverture sociale renoncent le plus aux soins de santé par rapport à ceux qui n'ont pas de couverture. En effet, les enquêtés assurés ont un taux de renoncement de 79%, alors que les non assurés ont un taux de 21% (Cf. Tableau 25 et figure 18). Nous pouvons expliquer ce taux de renoncement par le remboursement dérisoire de la sécurité sociale. Le statut assuré n'offre pratiquement aucun avantage au terme d'accès aux soins de santé. De ce fait, la carte CHIFA n'a pas également une influence sur

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

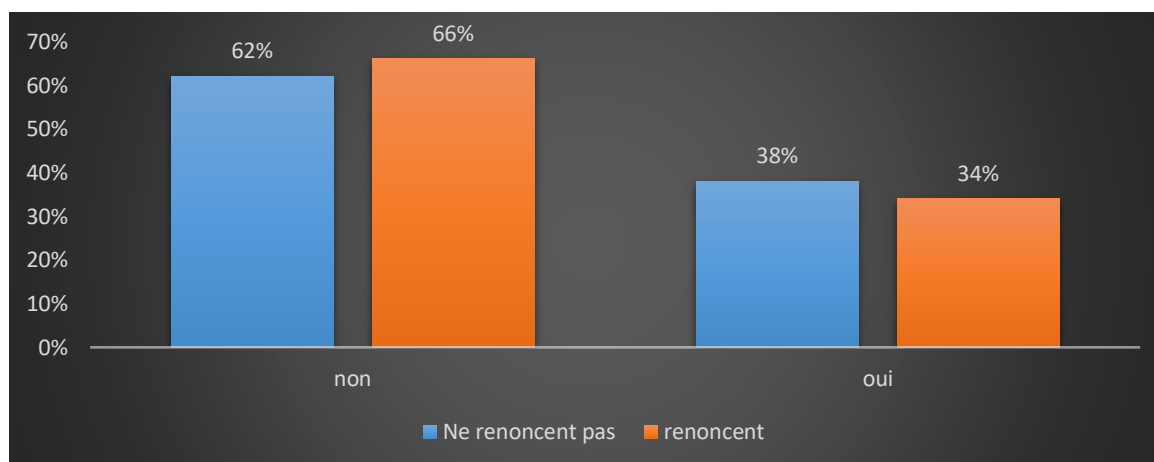
l'accès aux soins de santé. Ainsi, le taux de renoncement des enquêtés qui ont la carte CHIFA est plus élevé avec 79 %, contre 21% pour ceux qui ne possèdent pas de la carte CHIFA (Cf. Tableau 25 et figure 20).

**Tableau 26** : Distribution des enquêtés selon Centre médico-sociale ou un médecin dans leur travail de l'enquêté et le renoncement aux soins

centre médico-sociale	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
non	26	62%	79	66%	105	65%
oui	16	38%	41	34%	57	35%
Total	42	100%	120	100%	162	100%

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

**Figure 21** : Distribution des enquêtés selon Centre médico-sociale ou un médecin dans leur travail de l'enquêté et le renoncement aux soins



**Source** : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 26

Nous remarquons que les enquêtés ayant un centre médico-sociale ou un médecin dans leurs lieu de travail renoncent moins aux soins de santé, par rapport à ceux qui n'ont pas, les enquêtés qui ne pas un centre médico-sociale ou un médecin dans leur travail ont un taux de renoncement de 66%, contre 34% qui ont un centre médico-sociale ou un médecin dans leur travail.

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**2.2 Renoncement aux soins de santé à cause du covid-19**

D'après le tableau 27 et la figure 22, nous remarquons que la pandémie covid-19 a bien eu une influence sur le travail des enquêtés, les enquêtés qui ont cessé de travailler durant le confinement renoncent plus que les autres, cause de manque de moyen financière. Comme le montre le tableau sont qui ont cessé de travailler durant le confinement détienne la première place avec 50%, suivi de leurs revenus à baisser avec 20%, et ce de leur horaire de travail a diminué avec 18%, et la fin les enquêtés les moins touché dans leur horaire ont augmenté ou non pas changé avec 7%, 5%.

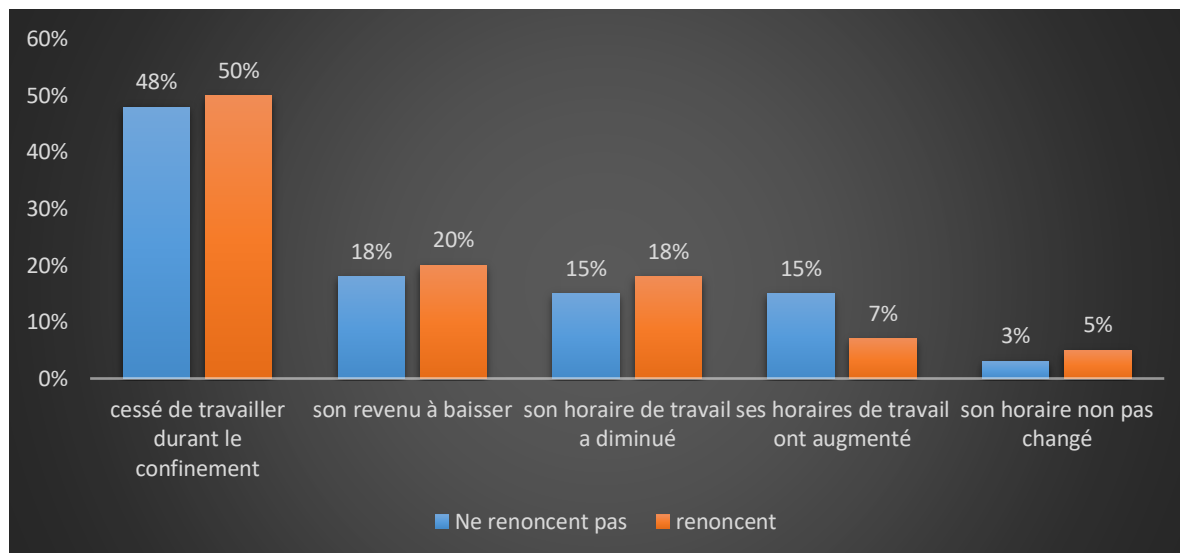
**Tableau 27 :** Distribution des enquêtés selon l'impact de covid-19 sur le travail de l'enquêté et le renoncement aux soins

l'impact du covid-19 sur le travail de l'enquêté	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
ses horaires de travail ont augmenté	5	15%	8	7%	13	9%
son horaire de travail a diminué	5	15%	20	18%	25	17%
son horaire non pas changé	1	3%	5	5%	6	4%
cessé de travailler durant le confinement	16	48%	55	50%	71	50%
son revenu à baisser	6	18%	22	20%	28	20%
Total	33	100%	110	100%	143	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 22 :** Distribution des enquêtés selon l'impact de covid-19 sur le travail de l'enquêté et le renoncement aux soins



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 27

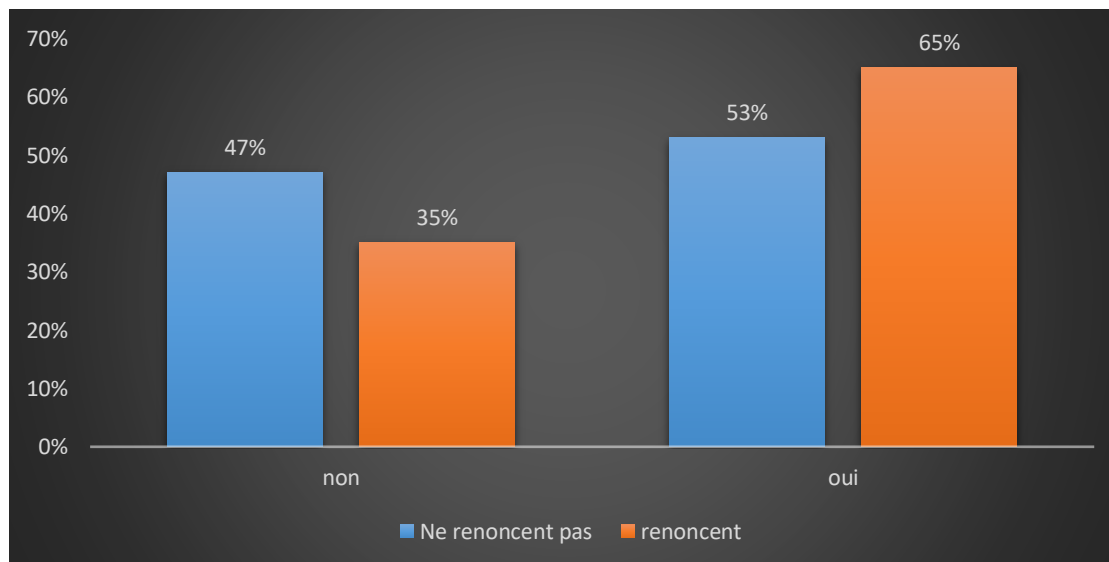
**Tableau 28 :** Distribution des enquêtés selon difficultés financières leur des 12 derniers mois et le renoncement aux soins

Difficultés financières leur des 12 derniers mois	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
non	28	47%	49	35%	77	39%
oui	31	53%	91	65%	122	61%
Total	59	100%	140	100%	199	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 23 :** Distribution des enquêtés selon difficultés financières leur des 12 derniers mois et le renoncement aux soins



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 28

Nous remarquons que les enquêtés ayant eu des difficultés financières leur des 12 derniers mois qui renoncent le plus avec 65%, par rapport à ce qui ne pas eux des difficultés financières avec 35%.

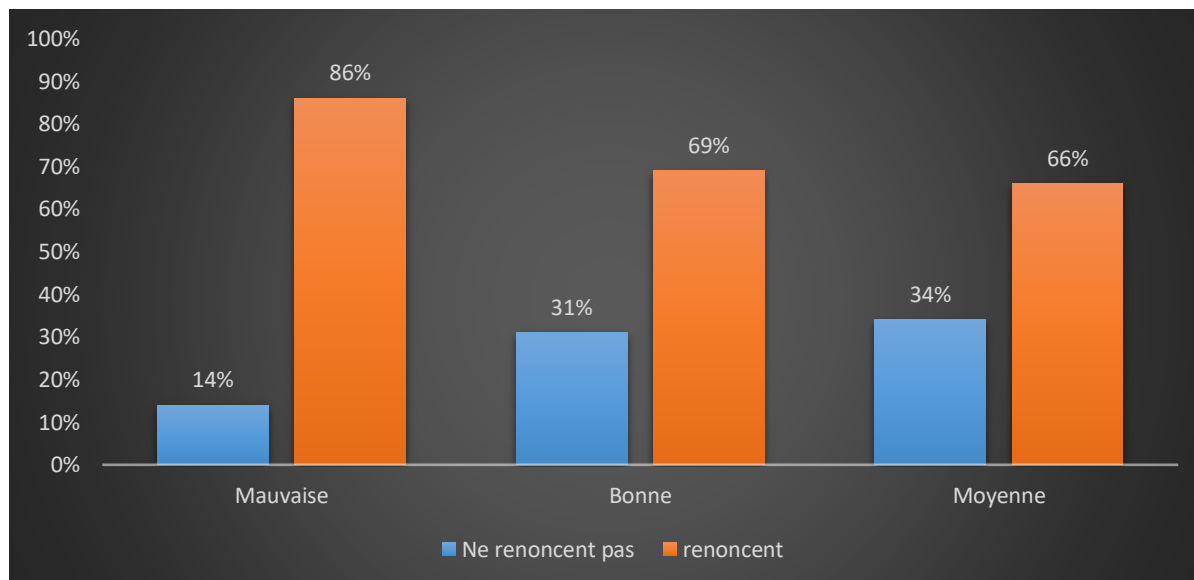
**Tableau 29 :** Distribution des enquêtés selon situation financière de ménage et le renoncement aux soins

Situation financière de ménage	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Bonne	13	31%	30	69%	43	22%
Moyenne	41	34%	80	66%	121	61%
Mauvaise	5	14%	31	86%	36	18%
Total	59	30%	141	70%	200	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 24 :** Distribution des enquêtés selon situation financière de ménage et le renoncement aux soins



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 29

D'après les résultats du tableau 29 et la figure 24, nous constatons que, les enquêtés dans la situation financières et mauvaise renoncent le plus avec 86%, suivi de bonne avec 69%, et à la fin la situation moyenne qui renoncent le moins avec 66%.

### 2.3 Les raisons de renoncement aux soins de santé

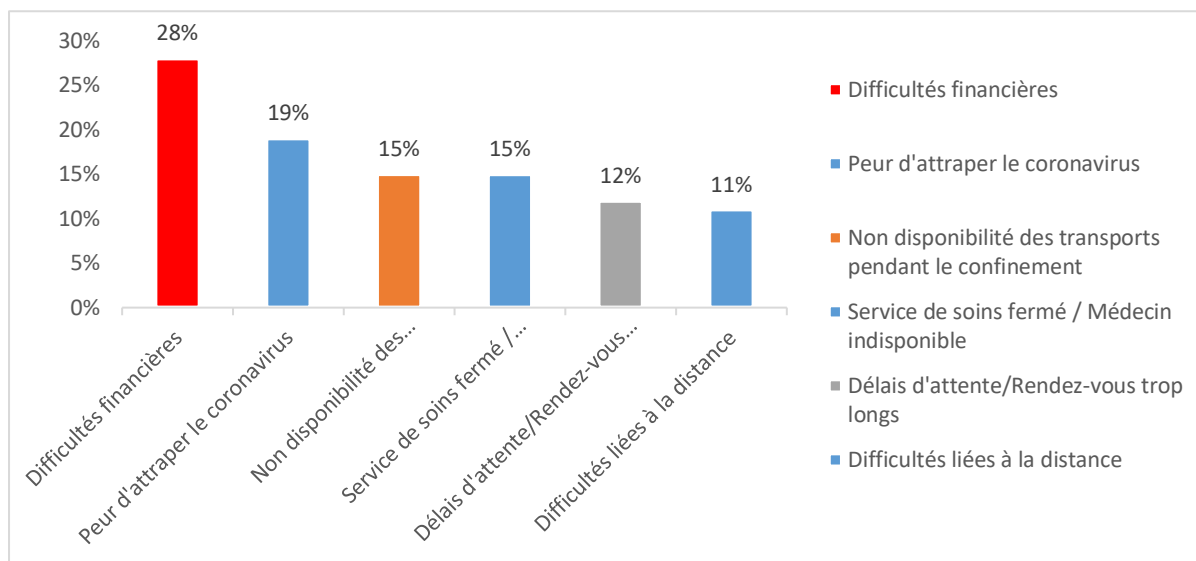
**Tableau 30 :** Répartition des enquêtés selon les raisons de renoncement aux soins

Raison de renoncement	Effectif	%
Difficultés financières	64	28%
Non disponibilité des transports pendant le confinement	34	15%
Délais d'attente/Rendez-vous trop longs	28	12%
Difficultés liées à la distance	26	11%
Peur d'attraper le coronavirus	45	19%
Service de soins fermé / Médecin indisponible	35	15%
Total	232	100%

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 25 : Répartition des enquêtés selon les raisons de renoncement aux soins**



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 30

D'après les résultats du tableau 30 et la figure 25, nous constatons que, les enquêtés renoncent beaucoup plus pour des raisons financières qui détient la première place avec 28%, suivi de la peur d'attraper le covid-19 avec 19%, non disponibilité des transports pendant le confinement et service de soins fermé avec chacun 15%, et à la fin on trouve les délais d'attente et les difficultés liées à la distance avec respectivement 12% et 11%. Donc la pandémie de covid-19 qui a le plus influencer suite en confinement et les non disponibilité des transports et les fermetures des services de soins.

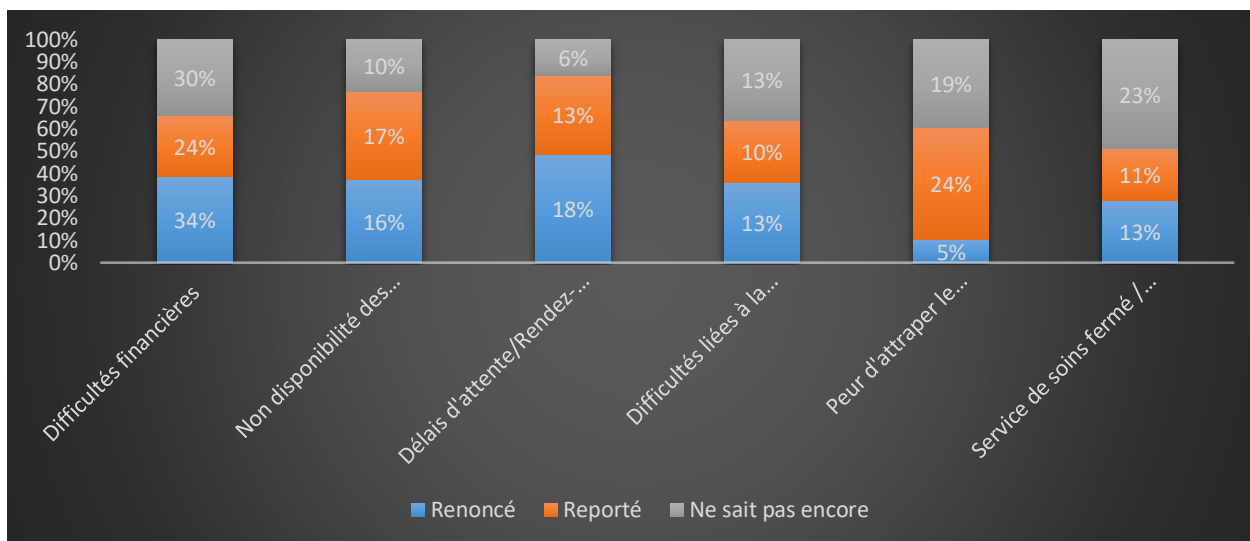
**Tableau 31 : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins**

Raisons de renoncement	Renoncé		Reporté		Ne sait pas encore		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Difficultés financières</b>	<b>13</b>	<b>34%</b>	<b>30</b>	<b>24%</b>	<b>21</b>	<b>30%</b>	<b>64</b>	<b>28%</b>
Non disponibilité des transports pendant le confinement	6	16%	21	17%	7	10%	34	15%
Délais d'attente/Rendez-vous trop longs	7	18%	16	13%	4	6%	27	12%
Difficultés liées à la distance	5	13%	12	10%	9	13%	26	11%
Peur d'attraper le coronavirus	2	5%	30	24%	13	19%	45	19%
Service de soins fermé / Médecin indisponible	5	13%	14	11%	16	23%	35	15%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>	<b>231</b>	<b>100%</b>

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

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 26 :** Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 31

**Tableau 32 :** Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins chez un spécialiste

Spécialité	Renoncement	
	Effectif	%
Soins dentaire	25	12%
radiologue	23	11%
ORL	22	11%
Gastro-entérologie	22	11%
Ophtalmologue	21	10%
Cardiologue	20	10%
Rhumatologue	15	7%
Chirurgie	14	7%
Diabétologie, endocrinologie	11	5%
Dermatologue	10	5%
Gynécologue	9	4%
Pneumo-phtisiologie	9	4%
Pédiatre	6	3%
Psychiatre	2	1%
Total	209	100%

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

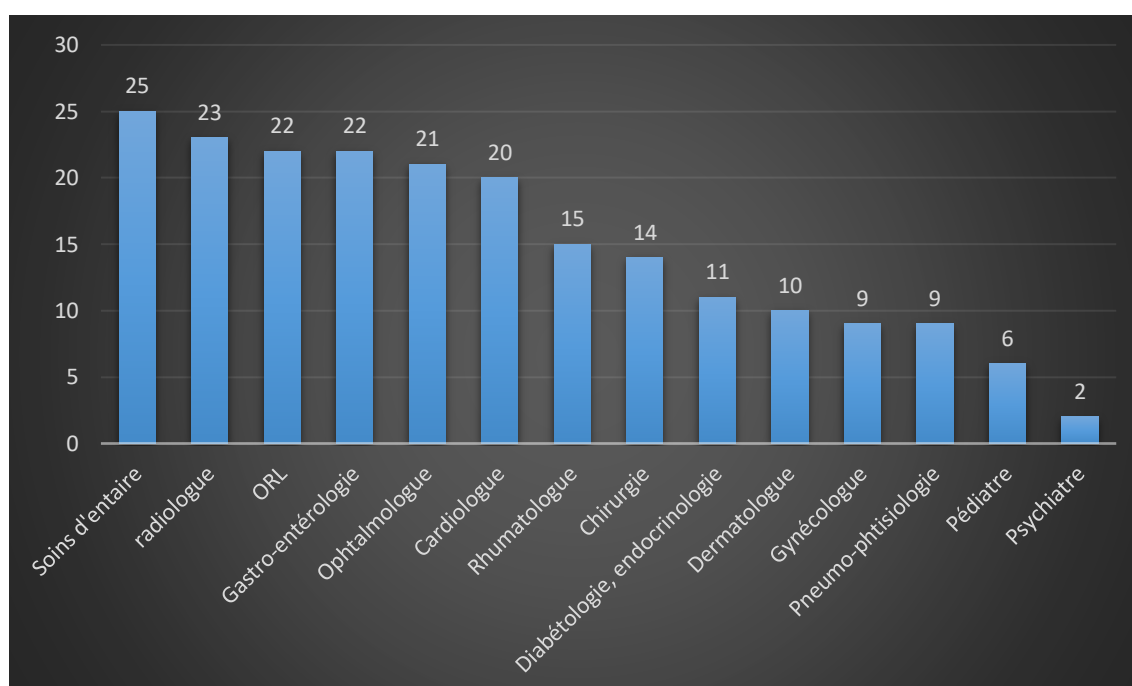
D'après les résultats du tableau 31 et la figure 26, nous constatons que les enquêtés renoncent plus pour des raisons financières avec 34%, et renoncent moins de peur d'être contaminé par le



### CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA

virus avec 5%, et pour le « report des soins », la peur d'être contaminé détient la première place avec 24%, la dernière place est pour les difficultés liée à la distance qui reporte le moins avec 10%, enfin pour les enquêter qui ne savent pas encore on trouve à la première place les difficultés financières avec 30%, et à la dernière place délais d'attente ou rendez-vous trop long avec 6%.

**Figure 27** : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins chez un spécialiste



**Source** : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 32

D'après les résultats du tableau 32 et la figure 27, nous constatons que pour les médecins spécialiste qui renoncent le plus chez nous enquêter sont le dentiste, radiologue, ORL, gastro-entérologie avec 25%, 23%, 22%, et à la fin les spécialiste les moins renoncée sont les pédiatres et les psychiatres avec 6%, 3%.

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

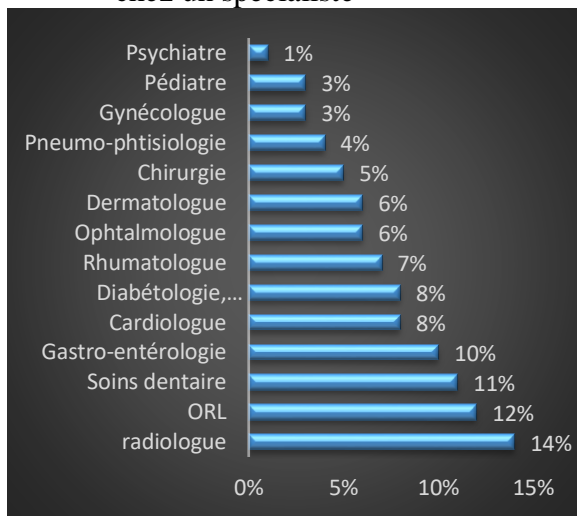
**Tableau 33 : Distribution des enquêtés selon les raisons de renoncement aux soins chez un spécialiste**

Raisons	Difficulté /Financière		Délai d'attente Rendez-vous trop longs		Non disponibilité des transports pendant le confinement		Difficultés liées à la distance		Peur d'attraper le coronavirus		Service de soins fermé / Médecin indisponible		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Radiologue	14	14%	4	8%	5	10%	4	10%	10	14%	3	8%	40	11%
Gynécologue	3	3%	2	4%	1	2%	2	5%	2	3%	1	3%	11	3%
Ophthalmologue	6	6%	2	4%	8	15%	3	8%	5	7%	6	15%	30	9%
Soins dentaire	11	11%	2	4%	5	10%	6	15%	7	10%	4	10%	35	10%
Pédiatre	3	3%	2	4%	2	4%	2	5%	4	6%	2	5%	15	4%
Dermatologue	6	6%	5	10%	5	10%	2	5%	4	6%	3	8%	25	7%
Cardiologue	8	8%	4	8%	5	10%	4	10%	10	14%	4	10%	35	10%
Rhumatologue	7	7%	5	10%	2	4%	3	8%	5	7%	2	5%	24	7%
Psychiatre	1	1%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
ORL	12	12%	3	6%	2	4%	4	10%	6	8%	4	10%	31	9%
Chirurgie	5	5%	7	14%	3	6%	2	5%	3	4%	2	5%	22	6%
Gastro-entérologie	10	10%	7	14%	10	19%	4	10%	8	11%	3	8%	42	12%
Pneumo-phtisiologie	4	4%	1	2%	1	2%	2	5%	2	3%	3	8%	13	4%
Diabétologie, endocrinologie	8	8%	4	8%	3	6%	2	5%	6	8%	3	8%	26	7%
Total	98	100%	49	100%	52	100%	40	100%	72	100%	40	100%	351	100%

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

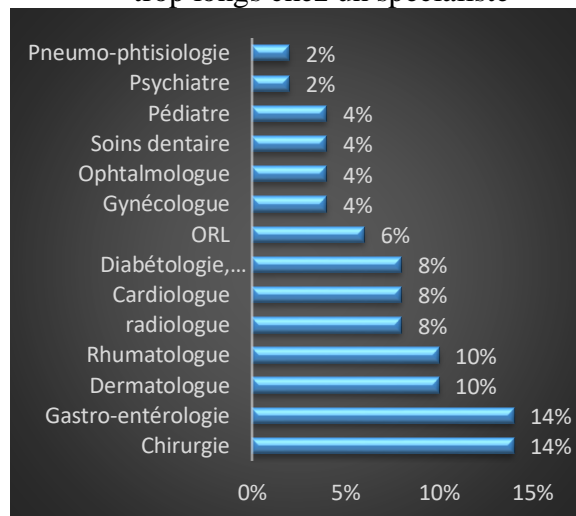
**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS  
DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

**Figure 28 : difficulté financière chez un spécialiste**



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 32

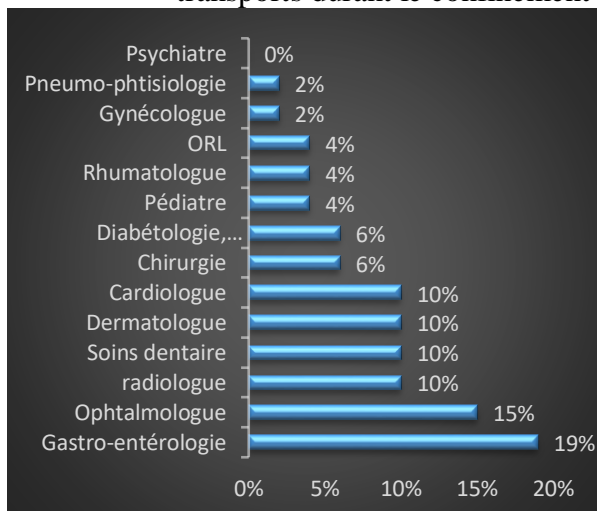
**Figure 29 : Délai d'attente/Rendez-vous trop longs chez un spécialiste**



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 32

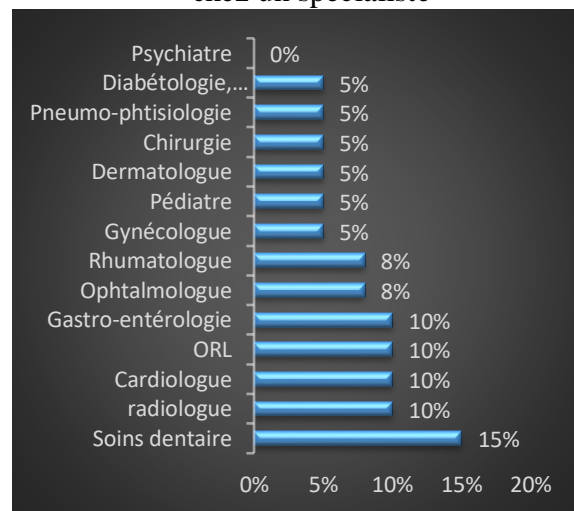
D'après les résultats du tableau 32 et la figure 28, nous constatons que les spécialités radiologie et ORL, dentiste sont les plus renoncées à cause de difficulté financière avec 14%, 12%, 11%, par contre les moins renoncées sont les spécialités de gynécologie, pédiatre, psychiatrie avec 3%, 3%, 1%. Et pour la figure 29, nous constatons que les spécialistes de chirurgie et la gastro-entérologie, sont les plus renoncées cause de délai d'attente/Rendez-vous trop longs avec 14%, 14%, par contre les moins renoncées sont les spécialités de psychiatrie et la Pneumo-phtisiologie avec 2% chacun.

**Figure 30 : Non disponibilité des transports durant le confinement**



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 32

**Figure 31 : Difficulté liées à la distance chez un spécialiste**

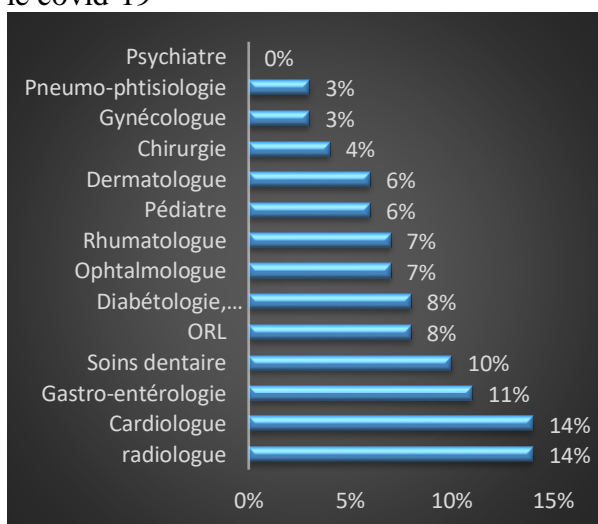


Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 32

## CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA

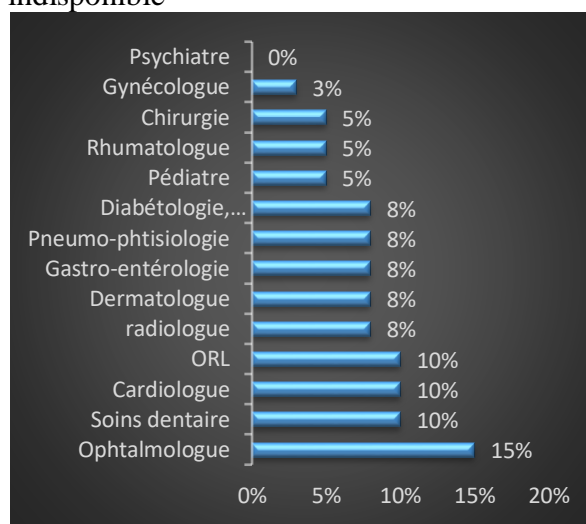
D'après les résultats du tableau 32 et la figure 30, nous constatons que les spécialités gastro-entérologie et ophtalmologie sont les plus renoncées cause de non disponibilité des transports durant le confinement avec 19%, 15%, par contre les moins renoncées sont les spécialités de Pneumo-phtisiologie avec 2%, et avec un taux nulle pour la psychiatrie. Et pour la figure 31, nous constatons que la spécialité de chirurgien-dentiste, est la plus renoncée avec 15%, cause de non disponibilité des transports durant le confinement avec 15%, par contre la moins renoncée est celle de la spécialité de psychiatrie avec un taux nulle.

**Figure 32 :** Peur d'être contaminé par le covid-19



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 32

**Figure 33 :** Service de soins fermé / médecin indisponible



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de de tableau 32

D'après les résultats du tableau 32 et la figure 32, nous constatons que les spécialités radiologie et cardiologie sont les plus renoncées cause d'être contaminé par la covid-19 avec 14% chacun, par contre les moins renoncées sont les spécialités de Pneumo-phtisiologie et avec 2%, et avec un taux nulle pour la psychiatrie. Et pour la figure 33, nous constatons que la spécialité de chirurgien-dentiste, est la plus renoncée avec 15%, cause de non disponibilité des transports durant le confinement avec 15%, par contre la moins renoncée est celle de la spécialité de psychiatrie avec taux nulle.

## **CONCLUSION**

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

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

- 28 % des enquêtés renoncent aux soins de santé pour des raisons financières, et la majorité des enquêtés ayant cessé de travailler durant le confinement avec 50 % qui déclarent renoncer aux soins de santé, d'où la problématique des raisons de renoncement aux soins de santé au temps de la pandémie de la covid-19. D'où l'existence d'inégalités sociales d'accès soins. Ainsi, la sécurité sociale n'a pas éliminé l'ensemble des obstacles d'ordre économiques à l'accès aux soins de santé.
- Plus le revenu des enquêtés augmente, plus la proportion de renoncement aux soins de santé diminue. Ainsi, les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins de santé, contrairement aux personnes les moins favorisées financièrement. Ce qui explique l'influence du revenu sur le renoncement aux soins de la santé.
- La majorité des enquêtés au faible niveau d'instruction, avec 75 %, déclarent ne pas renoncer aux soins de santé, contrairement aux enquêtés qui ont un niveau d'instruction universitaire avec 28 %, ce qui confirme que le niveau d'instruction n'influence pas sur le renoncement ou non aux soins de santé.
- Les catégories socioprofessionnelles qui sont les plus exposées au renoncement sont ceux qui travaillent dans l'enseignement et l'industrie, avec 22% et 18% respectivement, ce qui explique l'impact du confinement sur leur situation financière et l'accessibilité aux soins de santé.
- Plus le nombre de personnes dans le foyer augmente, plus elles ne renoncent pas aux soins de santé. Nous constatons ainsi que les foyers constitués de plus de 6 personnes ont tendance à moins renoncer aux soins avec 19 %, contrairement aux enquêtés dont le

### **CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

foyer est constitué de moins de 6 personnes avec 81 %. Cela reflète le climat de solidarités qui existe au cœur de la société algérienne.

- Les enquêtés ayant une couverture sociale renoncent le plus aux soins de santé par rapport à ceux qui n'ont pas de couverture. En effet, les enquêtés assurés ont un taux de renoncement de 79%, alors que les non assurés ont un taux de 21%. Nous pouvons expliquer ce taux de renoncement par les remboursements dérisoires de la sécurité sociale. Le statut assuré n'offre pratiquement aucun avantage au terme d'accès aux soins de santé.
- La pandémie de covid-19 a bien eu une influence sur le travail des enquêtés et donc sur leurs conditions matérielles d'accès aux soins. Ainsi, les enquêtés qui ont cessé de travailler ou ceux dont le revenu a diminué durant le confinement renoncent plus aux soins de santé, en raison du manque de moyen financière, avec 70%.

En définitive, nous concluons qu'il y a aujourd'hui des disparités financières d'accès aux soins de santé dans la wilaya de Bejaïa.

# **CONCLUSION GÉNÉRALE**

### **CONCLUSION GENERALE**

La notion d'accès aux soins revient régulièrement dans les débats autour de notre santé. Cette notion demeure polysémique et est considéré comme un concept dénotant des inégalités d'accès aux soins. Les mesures de politique publique qui devront être menées en fonction du bien commun. L'intérêt est d'améliorer la santé de la population. En effet, les inégalités sociales et spatiales de santé font référence à un objectif de justice qui n'est pas atteint. Cependant, partout dans le monde, même dans les systèmes de santé des pays les plus développés, les États n'arrivent pas à trouver des solutions aux inégalités sociales de santé qui constituent un problème majeur de santé publique. Ces dernières sont dues en partie à l'environnement géographique et social.

Ces inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins de santé représentent un problème de santé publique aussi bien dans les pays développés qu'en développement, qui nécessite des politiques fiables pour l'amélioration de l'état de santé de la population. Dès lors, une bonne régulation de la démographie médicale contribuera en grande partie à atténuer ces inégalités.

Dans notre travail, nous avons tenté de déterminer l'ampleur du phénomène des inégalités d'accès aux soins de santé en Algérie à travers l'analyse de la répartition de l'offre de soins. Ainsi, nous avons pu aboutir à quelques conclusions.

La wilaya de Bejaïa ne dispose en 2020 que 823 médecins généralistes et 837 médecins spécialistes pour une population de 1 104 405 habitants, ce qui nous donne un ratio d'un médecin généraliste pour 1316 habitants, et 1353 habitants pour un médecin spécialiste. Ainsi, la wilaya de Bejaïa souffre du manque de médecins généralistes et spécialiste dans le territoire. La population de cette wilaya doit ainsi parcourir une distance assez importante pour accéder à un médecin. De plus, elle est confrontée au problème des files d'attente, qui sont parfois vraiment importantes pour certaines spécialités.

Par ailleurs, malgré l'augmentation du nombre des médecins dans les deux secteurs public et privé, la wilaya de Bejaïa souffre encore face à la mauvaise répartition des médecins généralistes et spécialistes. En effet, les inégalités dans la répartition de l'offre de soins de santé persistent entre les communes de la wilaya de Bejaïa. Il est notamment remarquable de trouver encore aujourd'hui que la plupart des cabinets médicaux sont implantés principalement dans la



## **Conclusion générale**

commune de Bejaia, notamment en ce qui concerne les médecins spécialistes... alors qu'il y a de grandes communes qui ne dispose d'aucun cabinet spécialiste.

C'est dans ce contexte que l'arrivée de la pandémie de coronavirus (COVID-19) a aggravé l'accès aux soins de santé, avec la surcharge des établissements hospitaliers. Par ailleurs, le confinement a contribué à fragiliser de nombreuses couches de la population, avec l'arrêt de nombreuses activités qui s'est traduit par des dizaines de milliers de pertes d'emplois, alors que d'autres catégories de la population ont pu conserver leur emploi et continuer à toucher un revenu pendant le confinement. Tous ces éléments ont évidemment contribué à aggraver les inégalités sociales d'accès aux soins parmi la population.

De ce fait, nous avons réalisé une enquête qui nous a permis de se rapprocher davantage des ménages de la wilaya de Bejaïa pour mieux cerner les inégalités d'accès aux soins de santé. Nous avons ainsi obtenu les résultats essentiels suivants :

- 28 % des enquêtés renoncent aux soins de santé pour des raisons financières, et la majorité des enquêtées ayant cessé de travailler durant le confinement avec 50 % qui déclarent renoncer aux soins de santé, d'où la problématique les raisons de renoncement aux soins de santé au temps de la pandémie de la covid-19. D'où l'existence d'inégalités sociales d'accès soins. Ainsi, la sécurité sociale n'a pas éliminé l'ensemble des obstacles d'ordre économiques à l'accès aux soins de santé.
- Plus le revenu des enquêtés augmente, plus la proportion de renoncement aux soins de santé diminue. Ainsi, les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins de santé, contrairement aux personnes les moins favorisées financièrement. Ce qui explique l'influence du revenu sur le renoncement aux soins de la santé.
- Le renoncement aux soins est également corrélé avec la profession, d'où l'existence des inégalités sociales d'accès aux soins.
- La majorité des enquêtées au faible niveau d'instruction, avec 75 %, déclarent ne pas renoncer aux soins de santé, contrairement aux enquêtées qui ont un niveau d'instruction universitaire avec 28 %, ce qui confirme que le niveau d'instruction n'influence pas sur le renoncement ou non aux soins de santé.
- Plus le nombre de personnes dans le foyer augmente, plus elles ne renoncent pas aux soins de santé. Nous constatons ainsi que les foyers constituer de plus de 6 personne ont tendance à moins renoncer aux soins avec 19 %, contrairement aux enquêtées dont le

## **Conclusion générale**

foyer est constitué de moins de 6 personnes avec 81 %. Cela reflète le climat de solidarités qui existe au cœur de la société algérienne.

- La couverture sociale n'a pas un impact sur l'accès aux soins de santé. Le statut d'assuré social n'offre pratiquement aucun avantage en termes d'accès aux soins de santé.
- La pandémie de Covid-19 a bien eu une influence sur le travail des enquêtés et leur situation financière ; les enquêtés qui ont cessé de travailler durant le confinement renoncent plus aux soins de santé en raison du manque de moyens financiers.
- Les enquêtés ayant un centre médico-social (CMS) ou un médecin dans leur lieu de travail renoncent moins aux soins de santé.
- Les soins de santé le plus renoncés sont les soins dentaires, dont la mesure ou les soins dentaires ne sont pas remboursables ou remboursable à titre dérisoire.

En définitive, nous pouvons conclure que les soins de santé ne sont pas accessibles financièrement à toute la population. De nombreux patients éprouvent ainsi des difficultés pour accéder à ces soins.

**RÉFÉRENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ✓ OMS. 29 décembre 2017. Santé et droits de l'homme.
- ✓ ONU. 23 mars 1976. Pacte international relatif aux droits civils et politiques.
- ✓ BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P1
- ✓ République algérienne démocratique et populaire. 18 mars 2020. Discours de président de la république a la nation
- ✓ OMS : 2010, 'système de santé', In [www.who.int](http://www.who.int)
- ✓ Ricketts T. C., Goldsmith I. J. (2005): "Access in health services research: The battle of the frameworks", *Nursing Outlook*, Vol. 53, n°6, p. 274-280.
- ✓ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in FassinD,Leclerc A, Grandjean H,Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415
  
- ✓ Bureau of Heath planning
- ✓ Aday L. A, Andersen R.M. (1974): "A Framework for the study of access to medical care", *Health Services Research*, vol.9, p.208-220.
- ✓ Penchansky R, Thomas J.W., (1981) "The concept of access : définition and Relationship to consume Satisfaction", *Médical Care*, vol.22, n°6, p.127-140.
- ✓ BONNET. P, (2002), le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3, p5
- ✓ OMS.29 décembre 2017. Santé et droits de l'homme.
- ✓ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale N° 20, La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels; 2009.)
- ✓ Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé, ed. 2001
- ✓ BONNET P, (2002).Le concept d'accessibilité dans le système de santé. Dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry, P2
- ✓ 11David B.-E..et Justine H. etTies B. (2013), Couverture sanitaire universelle et accès universel.' OMS'. Genève, Suisse. p 403-405.
- ✓ OMS, (1978), ' Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, ALMA ATA Genève. Disponible in [www.who.int](http://www.who.int)
- ✓ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415
- ✓ Lombrail. P. et Pascal. J, (2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé* p.31-39.
- ✓ Louis Maurin. , juin 2018. *Comprendre les inégalités*, édité par l'Observatoire des inégalités.
- ✓ OMS. Octobre 2011. 10 faits sur les inégalités en matière de santé.
- ✓ HADJER.J et GUEHIZ.S, (2018), «CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN ALGERIE : Cas de la commune de Bejaia », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P14

## Références bibliographiques

- ✓ BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P12
- ✓ MARESCA.B et HELMI.S, Décembre 2014, LES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ UNE APPROCHE DES BASSINS DE SANTÉ, crédoc.
- ✓ Picheral H. (2001). Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé. Éditions Geos
- ✓ Ecole nationale de la santé publique(ENSP) (2001), Module interprofessionnel de santé publique, « santé et territoire : réalité et utilité de l'approche géographique en santé. Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale. Rennes. P3.
- ✓ Safon.M.-O, Suhard.V, (2017), « la géographie de la santé », centre de documentation de l'irdes. P8-9.  
Disponible in [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- ✓ CROUZEL.I, (2010), « la prise en compte de l'accessibilité spatiale dans la décision de santé publique : l'exemple de la médecine ambulatoire en auvergne et en Nord-Pas-de-Calais », Master PPASP, .P12
- ✓ MIZRAHI A., MIZRAHI A., 2008 La densité répartie : « un instrument de mesure des inégalités géographiques d'accès aux soins »
- ✓ Eduscol. mars 2013. Démographie / Densité / Désert / Desserte (médicale). Ressources de géographie pour les enseignants.
- ✓ BONNET.P, (2002), « le concept d'accessibilité dans le système de santé », dossier DEA GEOS, Université Montpellier 3 Paul Valéry. P15.
- ✓ SANDON.A 2<sup>de</sup> édition septembre 2016 Ireps de Bourgogne - Dossier technique n° 7 Ireps de Bourgogne - Dossier technique n° 7, Inégalités sociales de santé et promotion de la santé – 4
- ✓ Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P8.
- ✓ Le compas. 3 avril 2020. Quels sont les éléments qui déterminent le recours aux soins.
- ✓ Les définitions de l'OMS.
- ✓ Besnier M. (2008), Op. Cit. P13
- ✓ Association des Infirmiers et Infirmières du Canada, « les déterminants de la santé », Edition AIIC, Novembre 2009, P3.
- ✓ Chauvin P. et Renahy E. et Parizot I. et Vallée J, (2012), « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 »
- ✓ Renahy E. et Parizot I. et Vallée J. et Chauvin P, (2011), «Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 ». In <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00645136>.
- ✓ HADJER.J et GUEHIIZ.S, (2018), «CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ACCESSIBILITE

## Références bibliographiques

- DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN ALGERIE : Cas de la commune de Bejaia », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P21
- ✓ Direction de la Planification et du Suivi Budgétaire Bejaia.
  - ✓ OMS. [www.who.int](http://www.who.int).
  - ✓ La banque mondiale, (WASHINGTON, 8 juin 2020), COMMUNIQUÉ DE PRESSE N° : 2020/209/EFI.
  - ✓ Banque de France, (15 mai 2020), Comprendre la crise économique liée au COVID-19, vidéo en ligne <https://www.youtube.com/watch?v=IVwbgjYTZP4>
  - ✓ Nation unies, (26 mars 2020), Le coronavirus va entraîner une chute importante des investissements, <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1065052>
  - ✓ ONS : Activité, emploi & chômage en mai 2019 .
  - ✓ Nations Unies, Analyse rapide de l'impact socio-économique du COVID19 sur l'Algérie – Mai 2020
  - ✓ Nation unies, (7 avril 2020), COVID-19 : l'ONU alarmée par la flambée des violences domestiques.
  - ✓ United Nations Population Fund HQ, (mars 2020). PROTECTING SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS, AND PROMOTING GENDER EQUALITY.
  - ✓ Coronavirus restrictions 'may lead' to more child abuse (25.03.2020).
  - ✓ Unicef, (01 novembre 2017), La discipline violente, les violences sexuelles et les homicides poursuivent des millions d'enfants dans le monde entier – UNICEF.
  - ✓ BBC News Afrique, (22 mars 2020), Coronavirus en Italie : "des médecins obligés de choisir qui doit mourir"
  - ✓ Mazhar Hussain & collaborateur, (2020) IMPACTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LES PAYS MEMBRES DE L'OCI, (No: 9, Diplomatie Site, 06450 Oran, Ankara – Turquie) : Centre de recherches statistiques, économiques et sociales et de formation pour les pays islamiques (SESRIC), (page 22, 27)
  - ✓ OMS, <https://www.who.int/fr>
  - ✓ UNICEF, (14 avril 2020), Plus de 117 millions d'enfants risquent de ne pas être vaccinés contre la rougeole tandis que la COVID-19 se propage
  - ✓ OMS, (3 avril 2020), Adapter les interventions de lutte contre le paludisme dans le contexte de la COVID-19.
  - ✓ Unicef, (12 mai 2020), Alors que la COVID-19 anéantit des systèmes de santé déjà fragiles, plus de 6 000 enfants de moins de 5 ans supplémentaires pourraient mourir chaque jour en l'absence de mesures immédiates.
  - ✓ Bodart, V & collaborateur. (Avril 2021). Renoncement aux soins médicaux et confinement : les enseignements d'une enquête en ligne. Une publication des économistes de l'UCLouvain. Numéro 162. P3
  - ✓ Santé.fr. Publiée le (12/04/2021). Coronavirus Covid-19. Questions et réponses sur les tests de dépistage.
  - ✓ SNOUSSI Z. (18/07/2020). LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN FACE À LA CRISE SANITAIRE DU COVID-19: QUELS ENSEIGNEMENTS SUR SES DÉFAILLANCES. Les Cahiers du Cread -Vol. 36 - n° 03.

## Références bibliographiques

- ✓ MSPRH.
- ✓ Régis A & collaborateur. (16 novembre 2020). « Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19 ». Comité consultatif national d'éthique.
- ✓ Oriolkebe. (10 Avril 2016). « Conférence sur l'équité dans l'accès aux soins et aux informations médicaux de qualité ». Unesco.
- ✓ Richa Sami, KahaleRicha Nathalie, Choucair Alam Nancy, Scheuer Michel s.j. « Enjeux éthiques majeurs de la pandémie du Covid-19 », *Travaux et Jours* N° 97 – Automne 2020, p. 119-129.
- ✓ Perrine Humblet. (JUILLET 2020). « INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : TOUT A CHANGÉ? ». POLITIQUE 112.
- ✓ Patrick Verspieren, *L'interruption de traitements*, *Laennec*, 2003/4 (Tome 51), pages 30 à 45, <https://www.cairn.info/revue-laennec-2003-4- page-30.htm>.
- ✓ Elie Azoulay & collaborateur. COVID, 19 mars 2020, <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/ARSETHIQUE- COVID-final.pdf> « Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19 », LAT-REAARS-.

# **ANNEXES**



# Questionnaire d'enquête

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA**  
**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET**  
**DES SCIENCES DE GESTION**

## Sujet de mémoire :

Analyse des effets de la pandémie de COVID-19  
sur l'accès aux soins de santé de la population :  
Cas de la wilaya de Bejaïa

- *Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une **recherche universitaire**.*
- *L'enquête s'adresse aux **personnes résidentes de la wilaya de Bejaïa**.*
- *Les données recueillies contribueront à caractériser le **niveau d'accessibilité des soins de santé dans la wilaya de Bejaïa durant la période de COVID-19**.*
- *Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront **totalemt confidentielles et traitées de façon anonyme** ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.*
- *Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec **le plus d'objectivité possible**, et ce afin de ne pas « fausser » les résultats de la recherche.*

○ Numéro du questionnaire : .....

**« NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE  
PARTICIPATION À CETTE ÉTUDE »**

## PARTIE 1 : SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE DE L'ENQUÊTÉ

1) Age	2) Sexe	3) État Civil	4) Niveau d'instruction	5) Catégorie socioprofessionnelle
<input type="checkbox"/> [20-30[ <input type="checkbox"/> [30-40[ <input type="checkbox"/> [40-50[ <input type="checkbox"/> [50-60[ <input type="checkbox"/> 60 ans et Plus	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Sans instruction <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire	<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Cadre/profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Indépendant (commerçant, agriculteur...) <input type="checkbox"/> Journalier (manœuvre, maçon...) <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Femme au foyer

**6. Nombre de personnes dans le foyer (ménage) :** ..... personnes.

**7. Dans quelle branche d'activité exercer vous ?**

- Bâtiment et travaux publics (BTP)       Santé  
 Enseignement       Agriculture  
 Commerce / artisanat       Industrie  
 Services       Administration publique       Autre : .....

**8. Quel est le statut de votre logement ?**

- Propriétaire       Locataire  
 Acquéreur d'un logement promotionnel (crédit bancaire en cours de remboursement)

**9. Avez-vous une autre source de revenu ?**

- Oui       Non

**10. Si OUI, spécifier sa nature :**

- Revenu de location       Travaille non déclaré supplémentaire  
 Rente financière       Autre .....

**11. Montant de votre revenu ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 20 000 DA<br><input type="checkbox"/> 20 000 DA – moins 35 000 DA<br><input type="checkbox"/> 35 000 DA – moins 45 000 DA<br><input type="checkbox"/> 45 000 DA – moins 60 000 DA<br><input type="checkbox"/> 60 000 DA – moins 80 000 DA | <input type="checkbox"/> 80 000 DA – moins 100 000 DA<br><input type="checkbox"/> 100 000 DA – moins 120 000 DA<br><input type="checkbox"/> 120 000 DA – moins 150 000 DA<br><input type="checkbox"/> 150 000 DA et plus |
|---|--|

**12. Nature du contrat de travail ?**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contrat à temps partiel  | <input type="checkbox"/> CDI         |
| <input type="checkbox"/> Contrats de Près-emplois | <input type="checkbox"/> CDD         |
| <input type="checkbox"/> Non déclaré(e)           | <input type="checkbox"/> Autre ..... |

**13. Votre lieu de résidence ?**

- Rural                       Urbain (ville)

**14. Quel est généralement le moyen que vous utilisez dans vos déplacements pour vous soigner ?**

- A pied  
 Transport commun  
 Voiture  
 Taxi  
 Autres (Précisez).....

**15. Les mesures de confinement imposées par les pouvoirs publics ont-elles eu une incidence sur votre travail ?**

- Oui                       Non

**16. Si OUI, quelle sont les conséquences qu'il y a eu sur votre travail ?**

- Vos horaires de travail ont augmenté  
 Vos horaires de travail ont diminué  
 Vos horaires non pas changé  
 Cesser de travailler durant le confinement  
 Votre revenu à baisser  
 Autre

**17. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été confronté à des difficultés financières ?**

- Oui                       Non

**18. Comment estimez-vous de façon général la situation financière de votre ménage ?**

- Bonne  
 Moyenne  
 Mauvaise

**19. En générale, comment estimez-vous votre état de santé ?**

- |                                     |                                     |                                |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Très bonne | <input type="checkbox"/> Bonne |
| <input type="checkbox"/> Passable   | <input type="checkbox"/> Mauvaise   |                                |

**20. Souffrez-vous d'une maladie chronique (affection de longue durée) ou d'un handicap permanent ?**

- Oui                       Non

## PARTIE 2 : RENONCEMENT AUX SOINS

21. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous **REPORTÉ** ou **RENONCÉ** à des soins de santé dont vous aviez besoin pour vous-même ou un membre de votre famille ?

Oui  Non

22. Si OUI, pour quel type de soins et pour quelles raisons ?

Type de prestations	Pour quelles raisons ?						
	Difficultés financières	Non disponibilité des transports pendant le confinement	Délais d'attente/Re rendez-vous trop longs	Difficultés liées à la distance	Peur d'attraper le coronavirus	Service de soins fermé / Médecin indisponible	Autre raison, précisez ?
Soins dentaires							
Soins ophtalmologiques et lunetterie							
Pharmacie, médicaments							
Prothèses							
Imagerie médicale (radiologie)							
Analyses de laboratoire							
Soins généraux paramédicaux (injections, petits soins chirurgicaux...)							
Consultations, visites et soins de généralistes							
Consultations, visites et soins de spécialistes							
ORL et appareillages auditifs							
Séances de kinésithérapie							
Intervention chirurgicale							
Autres, précisez ? ..... .....							

**23. Avez-vous renoncé définitivement à ces soins ou l'avez-vous seulement reporté dans le temps ?**

Type de soins	Renoncé	Reporté	Ne sait pas encore

**24. Si vous avez renoncé à des consultations, des visites et/ou des soins spécialisés, précisez la spécialité ?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiologie              | <input type="checkbox"/> Gynécologie                  | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrie               | <input type="checkbox"/> Dermatologie                 | <input type="checkbox"/> Cardiologie   |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologie            | <input type="checkbox"/> Psychiatrie                  | <input type="checkbox"/> ORL           |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie               | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie           |  |
| <input type="checkbox"/> Pneumo-phtisiologie     | <input type="checkbox"/> Diabétologie, endocrinologie |  |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez :..... |   |  |

**25. Veuillez préciser le niveau et la nature de la couverture sociale :**

Couverture sociale	Carte Chifa	Niveau de couverture sociale (pourcentage de remboursement en pharmacie)	Dans le cas où vous bénéficiez d'une couverture maladie à 100 %, quelles en sont les raisons ?					
			Maladies chroniques	Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une retraite ayant succédé à une PI	Titulaire d'une rente (accident du travail ou maladie professionnelle)	Adulte handicapé	Indigent (pauvres, nécessiteux)	

**26. Couverture complémentaire**

Type de couverture	Niveau de remboursement	Panier de soins couverts (soins remboursés)
Mutualité		
Œuvres sociales		
Assurance santé complémentaire (Assurance maladie privée)		

**27. Pouvez-vous indiquer le revenu global de l'ensemble de votre ménage ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 20 000 DA          | <input type="checkbox"/> 80 000 DA – moins 100 000 DA  |
| <input type="checkbox"/> 20 000 DA – moins 35 000 DA | <input type="checkbox"/> 100 000 DA – moins 120 000 DA |
| <input type="checkbox"/> 35 000 DA – moins 45 000 DA | <input type="checkbox"/> 120 000 DA – moins 150 000 DA |
| <input type="checkbox"/> 45 000 DA – moins 60 000 DA | <input type="checkbox"/> 150 000 DA et plus            |
| <input type="checkbox"/> 60 000 DA – moins 80 000 DA |  |

**28. Dans votre travail, y a-t-il un centre médico-social ou un médecin du travail sur place ?**

- Oui  Non

# **LISTE DES TABLEAUX**

## Liste des tableaux

<b>Tableau 01:</b> Evolution des personnels médicaux en Algérie entre 2000 et 2017 .....	24
<b>Tableau 02:</b> L'évolution des personnels paramédicaux en Algérie entre 2000 et 2017 .....	25
<b>Tableau 03:</b> L'évolution des infrastructures hospitalière, entre 2008 et 2017 .....	27
<b>Tableau 04 :</b> L'évolution des infrastructures extrahospitalière, entre 2008 et 2017.....	27
<b>Tableau 05:</b> L'évolution des infrastructures privées, entre 2008 et 2017 .....	28
<b>Tableau 06:</b> Personnels médicaux dans la wilaya de Bejaia entre 2012-2020 .....	29
<b>Tableau 07:</b> Infrastructures hospitaliers dans la wilaya de Bejaia 2020 .....	30
<b>Tableau 08:</b> Infrastructures extrahospitalières dans la wilaya de Bejaia en 2020 .....	31
<b>Tableau 09:</b> Indicateurs dans la wilaya de Bejaia en 2020.....	32
<b>Tableau 10:</b> Profit personnel des interrogés .....	60
<b>Tableau 11:</b> Répartition des renoncements aux le renoncement aux soins de santé.....	61
<b>Tableau 12 :</b> Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins de santé	62
<b>Tableau 13:</b> Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins de santé ..	62
<b>Tableau 14:</b> Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins de santé .....	63
<b>Tableau 15 :</b> Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins de santé .....	64
<b>Tableau 16:</b> Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins de santé .....	65
<b>Tableau 17 :</b> Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement .....	66
<b>Tableau 18 :</b> Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins ..	67
<b>Tableau19 :</b> Distribution des enquêtés selon l'abranche d'activité de l'enquêté et le renoncement aux soins de santé .....	68
<b>Tableau 20 :</b> Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins de santé .....	69



<b>Tableau 21 :</b> Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins .....	70
<b>Tableau 22 :</b> Distribution des enquêtés selon les moyens de déplacement et le renoncement aux soins .....	71
<b>Tableau 23:</b> Distribution des enquêtés selon la nature du contrat de travail et le renoncement aux soins .....	72
<b>Tableau24:</b> Distribution des enquêtés selon une autre source revenu et le renoncement Aux soins .....	73
<b>Tableau 25:</b> Distribution des enquêtés selon l'assurance maladie et le renoncement aux soins .....	74
<b>Tableau 26:</b> Distribution des enquêtés selon Centre médico-sociale ou un médecin dans leur travail de l'enquêté et le renoncement aux soins .....	76
<b>Tableau27:</b> Distribution des enquêtés selon l'impact de covid-19 sur le travail de l'enquêté et le renoncement aux soins .....	77
<b>Tableau 28:</b> Distribution des enquêtés selon difficultés financières leur des 12 derniers mois et le renoncement aux soins .....	78
<b>Tableau 29:</b> Distribution des enquêtés selon situation financière de ménage et le renoncement aux soins .....	79
<b>Tableau 30:</b> Répartition des enquêtés selon les raisons de renoncement aux soins.....	80
<b>Tableau 31:</b> Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins .....	81
<b>Tableau 32 :</b> Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins chez Un spécialiste .....	82
<b>Tableau 33 :</b> Distribution des enquêtés selon les raisons de renoncement aux soins chez Un spécialiste .....	84

# **LISTE DES FIGURES**

## Listes des figures

<b>Figure 01 :</b> Evolution des personnels médicaux en Algérie entre 2000 et 2017.....	25
<b>Figure 02:</b> L'évolution des personnels paramédicaux en Algérie entre 2000 et 2017 .....	26
<b>Figure 03:</b> L'évolution des infrastructures privées, entre 2008 et 2017.....	28
<b>Figure 04:</b> Répartition des enquêtés selon enquêtés selon les soins de santé .....	61
<b>Figure 05:</b> Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins de santé ..	62
<b>Figure 06:</b> Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins de santé .	63
<b>Figure 07:</b> Distribution des enquêtés selon l'état civil et le renoncement aux soins de santé .....	63
<b>Figure 08 :</b> Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux Soins de santé.....	64
<b>Figure 09 :</b> Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins de santé .....	65
<b>Figure 10 :</b> Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.....	66
<b>Figure 11 :</b> Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins ....	68
<b>Figure 12 :</b> Distribution des enquêtés selon la branche d'activité de l'enquêté et le renoncement aux soins.....	69
<b>Figure 13 :</b> Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins .....	70
<b>Figure 14 :</b> Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins .....	71
<b>Figure 15 :</b> Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins .....	72
<b>Figure 16 :</b> Distribution des enquêtés selon la nature du contrat de travail et le renoncement aux soins .....	73
<b>Figure 17 :</b> Distribution des enquêtés selon une autre source revenu et le renoncement aux soins .....	74
<b>Figure 18 :</b> Distribution des enquêtés selon La couverture sociale.....	75
<b>Figure 19 :</b> Distribution des enquêtes selon le niveau de couverture sociale .....	75
<b>Figure 20 :</b> Distribution des enquêtés selon la carte chifa et le renoncement aux soins ....	75

<b>Figure 21</b> : Distribution des enquêtés selon Centre médico-sociale ou un médecin dans leur travail de l'enquêté et le renoncement aux soins .....	76
<b>Figure 22</b> : Distribution des enquêtés selon l'impact de covid-19 sur le travail de l'enquêté et le renoncement aux soins .....	78
<b>Figure23</b> : Distribution des enquêtés selon difficultés financières leur des 12 derniers mois et le renoncement aux soins .....	79
<b>Figure 24</b> : Distribution des enquêtés selon situation financière de ménage et le renoncement aux soins .....	80
<b>Figure 25</b> : Répartition des enquêtés selon les raisons de renoncement aux soins .....	81
<b>Figure 26</b> : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins.....	82
<b>Figure 27</b> : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins chez Un spécialiste .....	83
<b>Figure 28</b> : Difficulté financière chez un spécialiste .....	85
<b>Figure 29</b> : Délai d'attente/Rendez-vous trop longs chez un spécialiste .....	85
<b>Figure 30</b> : Non disponibilité des transports durant le confinement .....	85
<b>Figure 31</b> : Difficulté liées à la distance chez un spécialiste .....	85
<b>Figure 32</b> : Peur d'être contaminé par le covid-19 .....	86
<b>Figure 33</b> : Service de soins fermé / médecin indisponible .....	86

# **TABLE DES MATIÈRE**

## Table de matière

DEDICACES .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
LISTE DES ABREVIATIONS .....	III
SOMMAIRE .....	IV
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>

### **L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITÉS DE SANTE : FONDEMENT THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL**

INTRODUCTION.....	5
<b>SECTION 01 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ACCES AUX SOINS.</b>	
1. Définition de l'accès aux soins.....	5
2. Dimension d'accès aux soins .....	6
2.1. Les démentions de l'accès aux soins selon l'OMS.....	7
2.2. Les dimensions de l'accès aux soins selon Picheral.....	8
2.2.1. La dimension matérielle.....	8
2.2.2. La dimension sociale.....	8
3. Les facteurs d'utilisation des services de santé .....	8
4. L'accessibilité selon Andersen et ses collaborateurs .....	9
4.1. Accès primaire.....	10
5. Caractéristiques d'accès aux soins .....	11
5.1. Les inégalités d'accès primaires .....	11
5.2. Les inégalités d'accès secondaire .....	12
5.2.1. Inégalités par « omission ».....	12
5.2.2. Inégalités par « construction ».....	12
<b>SECTION 02 : CADRE CONCEPTUEL DES INEGALITES DE SANTE</b>	
1. Définition des inégalités de santé.....	13
2. Les inégalités géographiques de santé.....	13
2.1. Géographie de santé.....	14
A. La géographie des maladies .....	15
B. Géographie des soins .....	15

2.2. La démographie médicale .....	16
A. La densité médicale .....	16
B. La desserte médicale .....	17
3. Les inégalités sociales de santé .....	18
3.1. Les cause des inégalités sociales de santé.....	18
3.1.1. Effet de sélection .....	18
3.1.2. Effet de causalité.....	19
3.1.2.1. Conditions de vie, matérielles et psycho-sociales .....	19
3.1.2.2. Comportements personnelles.....	19
3.1.2.3. Accès et recours aux soins.....	19
3.1.2.4. La qualité des soins .....	20
3.2. Le renoncement aux soins .....	21
3.2.1. Définition de renoncement aux soins.....	21
3.2.2. Les facteurs de renoncement aux soins .....	21
<b>SECTION 03 : PRESENTATION DU SYSTEME D'OFFRE DE SOINS DE SANTE EN ALGÉRIE ET À BEJAIA</b>	
1. Cadre géographique .....	23
2. L'offre de soins en Algérie .....	23
2.1. Les caractéristiques de l'offre de soins en Algérie.....	23
2.1.1. Les ressources humaines .....	24
2.1.2. Les infrastructures et les équipements .....	26
3. Accès aux soins dans la wilaya de Bejaia .....	28
3.1. Situation géographique et démographique.....	28
3.2. Les caractéristiques de l'offre de soins à Bejaia .....	29
3.2.1. Personnelles médicaux .....	29
3.2.2. Les infrastructures et les équipements .....	29
4. Les besoins du secteur de la santé .....	32
4.1. Besoins en infrastructures .....	32
4.2. Besoins en équipements .....	33
4.3. Besoins en moyens roulants .....	33
CONCLUSION.....	33

## **CHAPITRE II : L'IMPACT DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LES INEGALITES SOCIALES DANS LA POPULATION**

INTRODUCTION.....	34
<b>Section 01 : Les conséquences économiques et sociales de la pandémie de la Covid-19</b>	
1. Production et croissance .....	35
2. Commerce et finance .....	36
3. Emploi.....	37
4. Education .....	38
5. Tourisme et transport.....	38
6. Agriculture et sécurité alimentaire .....	39
7. Relations sociales et comportements .....	40
8. Risque de comportement violent .....	40
<b>Section 02 : Les impacts de la pandémie sur l'accès aux soins</b>	
1.1. Surcharge des infrastructures de santé.....	42
1.2. Interruption des interventions et services de soins de santé habituels .....	43
2. Renoncement aux soins durant la pandémie covid-19 .....	45
2.1. Les conséquences du renoncement aux soins médicaux.....	45
2.2. Les causes du renoncement aux soins durant l'épidémie du covid-19 .....	46
3. Accès aux tests de dépistage de covid-19 .....	46
3.1. Les tests RT-PCR .....	47
3.2. Les tests antisémitiques.....	47
3.3. Les tests sérologiques .....	48
<b>Section 03 : Les conséquences de la pandémie sur les inégalités d'accès aux soins</b>	
1. L'inégalité d'accès aux soins .....	49
2. Les populations vulnérables .....	49
3. La décision de la limitation de soins .....	51
4. Pénurie en certains médicaments de maladies chroniques suite à la fermeture des frontières ....	52
5. La stigmatisation et les informations claires et transparentes.....	53
6. Des taux de remboursement complètement obsolètes .....	53
CONCLUSION .....	54

***CHAPITRE III : ETUDE EXPLORTOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE LA POPULATION DANS LA WILAYA DE BEJAIA***



INTRODUCTION.....	56
<b>I. PEESENTATION ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....</b>	<b>57</b>
1. L'objectif de l'enquête.....	57
2. L'échantillon et la méthode de l'enquête.....	57
3. Le déroulement de l'enquête.....	58
4. Dépouillement.....	58
5. Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête.....	59
<b>II. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTAT.....</b>	<b>59</b>
1. Caractéristiques générales de l'échantillon.....	59
2. Présentation et analyse des résultats.....	61
2.1. Renoncement aux soins de santé selon la structure sociale.....	61
2.2. Renoncement aux soins de santé à cause de la Covid 19.....	77
2.3. Les raisons de renoncement aux soins de santé.....	80
CONCLUSION.....	87
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>89</b>
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	92
LISTE DES ANNEXES.....	96
LISTE DES TABLEAUX.....	102
LISTE DES FIGURES.....	104
TABLE DES MATIERES.....	106

## RÉSUMÉ

La crise sanitaire et les mesures politiques qu'elle a entraînées ont fortement impacté la population, avec des dizaines de milliers de pertes d'emplois, alors que d'autres catégories de la population ont pu conserver leur emploi et continuer à toucher un revenu pendant le confinement. Il y a aussi la désorganisation du système de soins, avec la fermeture ou le ralentissement de nombreux services de santé dans les hôpitaux et centres de santé. Tous ces éléments ont évidemment contribué à aggraver les inégalités sociales d'accès aux soins parmi la population.

L'objet de notre travail est d'analyser les conditions d'accès aux soins de santé durant la période de pandémie et de confinement, et les inégalités sociales d'accès aux soins parmi la population. À cet effet, nous avons entrepris une enquête de terrain auprès des ménages de la wilaya de Bejaia établis en zones urbaines et rurales. L'échantillon de notre enquête est constitué de 200 individus. De notre étude empirique, il ressort un constat essentiel : le revenu des enquêtés et les difficultés financières (perte d'emploi ou de revenu...) ont une influence décisive sur l'accessibilité aux soins de santé et par conséquent sur le renoncement aux soins de santé de ces derniers.

**Mots-clés :** Accès aux soins – Inégalités sociales de santé – Renoncement aux soins –  
Pandémie de la Covid-19 – Offre de soins – Béjaïa – Algérie.