

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique  
Université A. MIRA-BEJAIA



Faculté des Sciences Économiques, Commerciales et des Sciences de Gestion  
Département des Sciences Économiques  
Laboratoire d'Informatique Médicale (LIMED)

# THÈSE

Présentée par

**Taous CHEURFA**

Pour l'obtention du grade de

**DOCTEUR EN SCIENCES**

Filière : Sciences Économiques

Option : Économie de la Santé et Développement Durable

Thème

**Les inégalités sociales d'accès aux soins en Algérie :  
*Cas de la wilaya de Béjaïa***

Soutenue le : 13 décembre 2021

Devant le Jury composé de :

**Nom et Prénom**

**Grade**

Mme MENDIL Djamila	M.C.A	Univ. de Bejaia	Présidente
M. OUCHICHI Mourad	M.C.A	Univ. de Bejaia	Rapporteur
Mme BOUYOUCHEF-BARR Djamila	Prof	HEC, Alger (ex. INC)	Examinatrice
M. ZEHNATI Ahcene	Directeur de recherche	CREAD, Alger	Examineur
M. AKERKAR Arezki	M.C.A	Univ. de de Bejaia	Examineur
M. SALMI Madjid	M.C.A	Univ. de Tizi-Ouzou	Examineur
M. BOUDJIT Lotfi	M.C.A	Univ. de de Bejaia	Invité

Année Universitaire : 2021/2022

# DÉDICACES

*À mes parents*

*À mon mari et à mes enfants*

*À mes frères et sœurs*

*À mes beaux-parents, mes belles sœurs et mon beau frère*

*À la mémoire de mon oncle maternel et de mon grand-père paternel*

# REMERCIEMENTS

Mes vifs remerciements s'adressent à mon directeur de thèse, Monsieur OUCHICHI Mourad, pour sa confiance, sa disponibilité et sa contribution dans la finalisation de cette thèse.

Mes remerciements vont également aux membres du Jury de soutenance, Dr MENDIL Djamila, Pr BOUYOUCHEF-BARR Djamila, Dr ZEHNATI Ahcène, Dr AKERKAR Arezki, Dr SALMI Madjid, Dr BOUDJIT Lotfi, qui ont accepté d'évaluer cette thèse.

Je remercie mes parents pour l'amour, le soutien et les sacrifices qu'ils m'ont témoignés depuis toujours... et d'avoir fait de moi la femme que je suis aujourd'hui !

Je remercie également mon mari Smail, non seulement pour sa compréhension, mais aussi pour son aide et ses conseils. Cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour sans son concours et son implication active.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues et amis, HIDRA Younes et MESSAILI Mousssa, pour leur aide précieuse dans la phase de traitement statistique et de modélisation économétrique des résultats de l'enquête. Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Enfin, je tiens à remercier solennellement mes amis(es), collègues et toutes celles et tous ceux qui m'ont offert leur concours.

**Taous CHEURFA (épse CHALANE)**

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

- APE** : Agences Pharmaceutiques de l'Etat.
- BM** : Banque Mondiale
- BRS** : Baromètres du Renoncement aux Soins (France).
- CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire.
- CMS** : Centres médico-sociaux.
- CNAS** : Caisse Nationale des Assurances Sociales.
- CNES** : Conseil National Economique et Social.
- CNS** : Comptes Nationaux de la Santé.
- CRS** : Conseil Régional de Santé.
- CSP** : Catégorie Socio-Professionnelle
- CSU** : Couverture Sanitaire Universelle
- DNS** : Dépenses Nationales de Santé.
- DPS** : Dépenses Publiques de Santé.
- DPSB** : Direction de la Programmation et du Suivi Budgétaire de la wilaya
- DSP** : Direction de Santé et de la Population.
- EH** : Etablissement Hospitalier.
- EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé.
- EHU** : Etablissement Hospitalier Universitaire.
- EPH** : Etablissement Public Hospitalier.
- EPSP** : Etablissement Public de Santé de Proximité.
- ICF** : Indice Conjoncturel de Fécondité
- INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques (France).
- IPMED** : Institut de Prospective en Méditerranée.
- IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (France).
- MG** : Médecin(s) Généraliste(s)
- MS** : Médecin(s) spécialistes(s)
- MSPRH** : Ministère de la Santé, de la Population et de le Réforme Hospitalière.
- NHA** : National Health Accounts.
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économiques.
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- ONS** : Office National des Statistiques.



**OPEP** : Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole.  
**ORS** : Observatoire Régionale de la Santé.  
**PAS** : Programme d'Ajustement Structurel.  
**PIB** : Produit Intérieur Brut.  
**PIS** : Profession intellectuelle supérieure  
**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat.  
**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.  
**Sig.** : Signification statistique du modèle  
**SNMG** : Salaire National Minimum Garanti  
**SOL** : Soins ophtalmologiques et lunetterie (SOL)  
**SSP** : Soins de Santé Primaire  
**TAHINA**: Epidemiological Transition And Health Impact In North Africa.  
**USB** : Unité Sanitaire de Base  
**USD** : United States Dollar

# SOMMAIRE

DÉDICACES.....	I
REMERCIEMENTS .....	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	III
SOMMAIRE.....	V
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	01
<b>CHAPITRE 1 : LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS : <i>Cadre conceptuel et revue de la littérature</i></b> .....	<b>09</b>
I. LE CADRE CONCEPTUEL DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTE .....	10
II. QUANTIFIER LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : MESURE OBJECTIVE ET MESURE SUBJECTIVE .....	24
III. ÉTAT DE L'ART SUR LES DÉTERMINANTS DES INÉGALITÉS SOCIALES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ.....	29
CONCLUSION .....	53
<b>CHAPITRE 2 : L'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE : De l'inégale répartition de l'offre de soins aux limites de la couverture collective des dépenses de santé</b> -----	<b>55</b>
I. ORGANISATION ET EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS EN ALGERIE.....	56
II. LES INEGALITES DE REPARTITION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS .....	78
III. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE : QUEL ROLE DANS LA DYNAMIQUE DES INEGALITES ? .....	94
CONCLUSION .....	109
<b>CHAPITRE 3 : L'ACCÈS THÉORIQUE AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAIA: Répartition de l'offre de soins et caractéristiques de l'échantillon d'enquête</b> -----	<b>110</b>
I. L'OFFRE DE SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA .....	111
II. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN.....	125
III. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON D'ENQUÊTE .....	131
CONCLUSION .....	144
<b>CHAPITRE 4 : ETUDE EXPLORATOIRE DU RECOURS AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA</b> .....	<b>145</b>
I. RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LE RECOURS AUX SOINS .....	146

II. MODELISATIONS DES FACTEURS DETERMINANTS LE RECOURS AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAIA.....	174
CONCLUSION .....	190
<b>CHAPITRE 5 : ETUDE EXPLORATOIRE DU RENONCEMENT AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA .....</b>	<b>193</b>
<b>I. PANORAMA GÉNÉRAL DU PHÉNOMÈNE DE RENONCEMENT AUX SOINS</b>	<b>194</b>
II. LES DÉTERMINANTS DU RENONCEMENT AUX SOINS .....	206
CONCLUSION .....	226
<b>CHAPITRE 6 : ANALYSE DES DÉTERMINANTS DU RENONCEMENT AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAIA: Approche par modélisation logistique .....</b>	<b>229</b>
I. MODELISATION LES FACTEURS DETERMINANT DU RENONCEMENT AUX SOINS EN GENERAL.....	230
II. MODELISATION LES FACTEURS DETERMINANT DU RENONCEMENT AUX SOINS PAR TYPE DE SOINS.....	242
CONCLUSION .....	261
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>263</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>267</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>293</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>301</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>305</b>
<b>LISTE DES SCHEMAS.....</b>	<b>308</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>309</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>323</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>324</b>
<b>ملخص.....</b>	<b>325</b>

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

---

---

### I. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La santé ne peut pas se résumer à l'absence de maladie ou d'infirmité. Bien plus, il s'agit d'une ressource fondamentale de la vie quotidienne qui permet aux personnes de poursuivre des objectifs de vie et de jouer pleinement leur rôle dans la société. C'est ainsi l'un des aspects les plus importants dans la quotidienneté de la vie humaine, une dimension capitale de la qualité de vie de l'individu.

Dans cet ordre d'idée, la santé acquiert une importance constitutive et intrinsèque pour le bien-être humain et la *capabilité* de l'individu (Sen, 2003), dans la mesure où elle représente un des déterminants essentiels du degré de liberté effectif que possède un individu de mener l'existence qu'il a choisi et d'accomplir ce qu'il a rationnellement décidé d'accomplir. La santé peut ainsi être envisagée comme une *puissance d'agir* permettant à l'individu d'acquérir une autonomie de contrôle sur sa vie. En définitive, l'égalité *réelle* des chances dans une société présuppose nécessairement un droit à la santé *effectif* pour tous.

C'est dans cette perspective que le préambule de la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, établit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* » (OMS, 1946, p. 1). La *Commission des déterminants sociaux* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) rappelle également, dans son rapport 2009, que l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé (OMS, 2009). Le respect du principe d'équité horizontale implique en effet que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins égal.

À l'échelle nationale, le droit à la protection de la santé est reconnu par l'article 66 de la Constitution algérienne<sup>1</sup>. Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus ; ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place progressivement après l'Indépendance. Pour être encore plus concret, le droit à la santé implique que tous les citoyens doivent avoir accès à des soins de santé, au moment opportun, selon leurs besoins et non leurs capacités de paiement, en s'appuyant sur un système solidaire, réduisant les

---

<sup>1</sup> Révision constitutionnelle du 6 mars 2016. Ce principe est également réaffirmé dans le cadre de la révision constitutionnelle intervenue le 01 novembre 2020 (art. 63).

inégalités entre régions, milieu urbain/rural et entre groupes sociaux. Les services de santé offerts doivent, en outre, être de qualité, sécurisés, efficaces et axés sur le patient.

En ce sens, assurer un accès équitable aux services de santé a toujours été l'un des enjeux principaux des politiques de santé en Algérie. Les facteurs dont cet accès aux soins dépend ont trait à la densité de l'offre sanitaire, à sa répartition spatiale, au temps d'accès aux services de soins, aux revenus et à l'information des patients (Dourgnon, 2012 ; Haddad, Nougara & Ridde, 2004 ; Raynaud, 2013). Ainsi, l'accès aux soins peut être défini comme l'utilisation, en temps utile, des services de santé par les individus ou les groupes de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé (Lombrail, 2007).

Arrêtons-nous, quelques instants, pour clarifier les termes du sujet et donner quelques définitions élémentaires, avant de restituer les éléments de contexte propre à cette étude. L'analyse des rapports entre inégalités sociales de santé et consommation de soins suppose de distinguer plusieurs types de soins et plusieurs étapes (Leclerc *et al.*, 2008).

L'accès théorique aux soins est celui que permettent théoriquement le dispositif d'assurance-maladie et le réseau d'offre de soins existant. Mais pouvoir accéder aux soins ne signifie pas qu'on y accède *effectivement*. Des barrières géographiques, culturelles, d'autres priorités sociales ou économiques peuvent induire un écart entre « accès théorique » et « accès réel » aux soins... plus ou moins important selon la catégorie sociale d'appartenance.

L'existence de besoins de soins non satisfaits s'explique d'abord du fait des inégalités d'utilisation des services de santé ; on parle alors de déficit d'accès primaire pour caractériser cette étape d'entrée dans le système de santé. L'accès primaire aux soins correspond donc au « premier pas » vers le système de soins curatifs en réponse à un besoin de soins donné. C'est le premier contact du patient avec le système de santé.

À partir de ce premier contact, l'accès secondaire aux soins – qui correspond également à l'utilisation réelle du système de soins – mobilise l'ensemble des démarches nécessaires au processus de soins, parfois très long (maladies chroniques) (Leclerc *et al.*, 2008). C'est une autre façon d'expliquer un déficit de soins. Dans cette logique, ce *gap* qui peut exister entre accès théorique et accès réel aux soins est expliqué par la manière dont les services de santé traitent leurs utilisateurs. L'accès secondaire caractérise ainsi la façon *structurellement déterminée* dont se déroulent les soins après un premier contact, depuis l'identification du besoin de soins jusqu'à la délivrance du (des) soin(s) nécessaire(s) (recours au spécialistes, examens complémentaires...). Dans la mesure où le recours au système de soins n'est utile que si des soins de qualité sont prodigués, l'accès secondaire renvoie également à la composante procédurale de la qualité des soins (Hurlimann, 2001), ou plus spécifiquement à la pertinence des indications et à la qualité de réalisation des actes (Leclerc *et al.*, 2000). Enfin, l'accès secondaire aux soins englobe aussi le suivi de la maladie qui permet de gérer la santé des personnes au long cours (Leclerc *et al.*, 2008). En somme, l'accès secondaire aux soins pose le problème de l'existence de disparités de consommation de soins et de biens médicaux, qui peuvent donc relever d'inégalités sociales et

territoriales quand, plus fréquemment dans certains milieux, des besoins de soins ne donnent pas lieu à utilisation du système de santé ou que le recours ne débouche pas sur une prise en charge appropriée avec un résultat satisfaisant (Lombrail, 2007).

En définitive, réfléchir aux liens entre inégalités sociales de santé et consommation de soins nécessite ainsi de distinguer clairement *accès théorique*, *accès primaire réel* et *accès secondaire réel*.

L'Algérie n'est aucunement en situation de pénurie, l'offre en matière d'infrastructures et de ressources humaines, qu'elle soit publique ou privée, a été considérablement étendue, diversifiée et plus décentralisée ces dernières années, notamment à partir de la nouvelle carte sanitaire de 2007 (Brahamia, 2014; Messaili, 2018). Néanmoins, force est de constater que les disparités régionales et entre wilayas demeurent importantes, notamment pour le corps des spécialistes (Brahamia, 2010 ; Zehnati, 2014). En 2015, par exemple, 39 wilayas, soit 80% des wilayas que compte le pays, disposent de seulement 34% des médecins spécialistes... alors qu'à peine 20% des wilayas, soit 9 wilayas, concentrent 66% des spécialistes en exercice. Plus de la moitié du territoire souffre d'un manque de médecins spécialistes ; la valeur de l'indice de Gini s'élève ainsi à 0,57 (Zehnati, 2018). Ces disparités dans la répartition de l'offre de soins induisent évidemment une distorsion dans le recours et l'accès aux soins de la population. Ainsi, cette « pénurie » de médecins dans certaines wilayas et régions du pays pousse les patients à faire des déplacements importants et à supporter des délais d'attente souvent exagérés, ce qui peut être à l'origine de besoins en soins de santé non satisfaits. En définitive, l'équité d'accès aux soins pose d'abord la question de la répartition inégale de l'offre de soins.

Cette question de l'accessibilité des soins ne se pose pas uniquement par les disparités géographiques dans la répartition de l'offre de soins. Elle se manifeste également par des obstacles financiers. La qualité de la protection sociale dans un pays est dès lors une dimension centrale de l'accès au système de santé. Cet accès aux soins revêt différentes dimensions, notamment une dimension financière qu'il est possible d'approcher à travers divers indicateurs, les plus usuellement utilisés étant la part de la population couverte par les systèmes d'assurance-maladie, le type de consommation de santé pris en charge par ces systèmes et la part des dépenses de santé remboursées.

En Algérie, le principe d'un égal accès de tous à des soins de qualité est la pierre angulaire de notre système de santé, et fonde la légitimité des dépenses financées par la solidarité nationale. L'État se pose ainsi comme le garant de l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire, défini par la possibilité, pour l'ensemble des assurés, de bénéficier de soins curatifs et de réadaptation, en tout point du territoire national et quelles que soient leurs ressources. Ainsi, l'ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires, puis la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, affirment le caractère universel et solidaire du système de santé. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources.

Tandis que la Constitution algérienne garantit toujours le droit des citoyens à la protection de leur santé (principalement par le libre accès aux services de santé dans le secteur public), des disparités d'accès et d'utilisation entre les groupes sociaux persistent. Pis encore, nous assistons à une véritable dégradation tendancielle de l'accès aux soins, qui est devenue préoccupante ces dernières années, notamment parce que la part laissée à la charge du patient a eu tendance à s'accroître depuis la vague de libéralisation et d'ouverture économique au début des années 1990. Dès lors, l'accès aux soins de santé est devenu de plus en plus inégal, ce qui tend évidemment à remettre en cause le *principe d'équité horizontale* (un traitement égal à besoin égal) qui sous-tend toutes les politiques de santé depuis l'Indépendance.

Le contexte de crise économique et de compressions budgétaires (à la suite de la contraction brutale des revenus pétroliers à partir de l'année 2014) suscite aujourd'hui des inquiétudes sérieuses quant à l'accessibilité des services de santé. En effet, les ménages contribuent de plus en plus au financement du système de santé. Leur part a ainsi progressé de 22% en l'espace de trois ans, passant de 26,66% en 2014 à 32,55% en 2017. Ainsi, en 2017, selon les données de l'OMS (NHA, 2020), l'État demeure le principal financeur de la santé, mais sa part a régressé pour atteindre (39,61%) de la dépense nationale de santé (DNS), suivi par la part des ménages (*out of pocket*) – et c'est là la surprise – qui atteint près d'un tiers (32,55%) de la DNS. La part de la sécurité sociale ne représente plus que 26,35% pour l'année 2017. Ce qu'on peut considérer comme étant trop élevée, dans la mesure où l'OMS et la Banque Mondiale recommandent qu'elle ne doive pas dépasser 10% (à imposer, qui plus est, aux catégories de ménages très aisés), au risque d'appauvrir les ménages aux faibles revenus. En outre, ce « reste à charge », aussi excessivement élevé, contribue très certainement à la formation d'obstacles financiers à l'accès aux soins, qui peuvent se traduire soit par un *renoncement définitif*, soit par un *recours plus tardif ou moins régulier* au système de soins... recours qui passerait plus souvent par des complications ou une hospitalisation fort coûteuse pour l'individu et la collectivité. En effet, de nombreux travaux (Ancelot, Bonnal & Depret, 2018 ; Azogui-Lévy et Rochereau, 2005 ; Dourgnon, 2012) ont montré, d'une part, l'effet pathogène du renoncement aux soins sur l'état de santé future et, d'autre part, les coûts supérieurs qu'il peut générer à terme pour l'individu et pour la société.

Le constat dressé est sombre pour un pays jouissant d'un système de santé et de protection sociale « *socialisé* » et à prétention « *universelle* ». Ainsi, il est vraiment anormal que dans le système de santé algérien, dont la *nature publique* est réaffirmée dans le cadre de la nouvelle loi sanitaire récemment publiée (Cf. art. 5, 12 et 16 de la Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018), financé en grande partie par l'État et disposant d'un système de sécurité sociale avec deux caisses pour salariés (CNAS) et non-salariés (CASNOS), la part des ménages dans la DNS soit supérieure à celle de la sécurité sociale, et représente près d'un tiers de la DNS. Et c'est d'autant plus inquiétant que cette tendance est appelée à s'aggraver durant les prochaines années dans la mesure où les perspectives de l'économie algérienne ne cessent de s'assombrir, avec le maintien à des niveaux

durablement bas du prix des hydrocarbures et la crise sanitaire provoquée par la pandémie de la Covid-19<sup>2</sup>.

Nous voyons, dans ces conditions, que l'émergence et l'aggravation tendancielle du phénomène des inégalités sociales d'accès aux soins dans notre société revêt un caractère pour le moins vraisemblable. Et ces inégalités sociales de santé restent aujourd'hui très peu documentées en Algérie.

## II. OBJET DE RECHERCHE

Dans le contexte actuel, marqué depuis le retournement brutal des marchés pétroliers au second semestre 2014 par le ralentissement de l'activité économique, le creusement du déficit public et la détérioration des conditions de vie de la population, l'accès aux soins tend ainsi davantage à se détériorer, excluant davantage les populations les plus vulnérables socialement. Ce constat, auquel s'ajoute le manque de travaux qui traitent des inégalités d'accès aux soins en Algérie, nous a incités à nous interroger sur les logiques de recours et les difficultés d'accès aux services de santé. Nous allons étudier cette problématique des disparités sociales d'accès aux soins en s'intéressant principalement aux mécanismes et aux déterminants qui en sont à l'origine. Cette étude cherche ainsi à caractériser ces "difficultés" qui limitent objectivement l'accès aux soins de santé aux Algériens appartenant aux couches sociales les plus modestes. En d'autres termes : *Quelles sont les difficultés (obstacles) rencontrées par les patients dans l'accès aux soins médicaux ? Quels sont les déterminants d'accès et de recours aux soins ?*

De façon plus concrète, nous essayerons d'identifier et de tester les associations entre les *caractéristiques individuelles, familiales et environnementales* et les *besoins de santé non satisfaits*. Nous nous proposons ainsi d'identifier les déterminants de l'utilisation des services de santé et de renoncement aux soins afin de proposer *in fine* les axes d'amélioration à apporter au système de santé pour mieux répondre à la demande et satisfaire les besoins de l'ensemble de la population.

Comme esquisser plus haut, notre étude s'inscrit dans un champ d'investigation relativement marginal en Algérie, celui des **inégalités sociales d'accès aux soins de santé**. C'est aussi un champ émergent de la recherche en économie de la santé, y compris dans les pays développés. La

---

<sup>2</sup> La crise sanitaire provoquée par la pandémie de la Covid-19 tend évidemment à aggraver cette tendance. Ainsi, à la suite de la pandémie et des mesures de confinement, la baisse de l'activité a déjà provoqué des milliers de destructions d'emploi, la fermeture de milliers de commerces et la mise en faillite de beaucoup d'entreprises. Et pour les prochaines années, il se profile malheureusement une régression sociale sans précédent. Les estimations de la pauvreté réalisées par la Banque Mondiale dans son dernier rapport indiquent que, dans le scénario de référence, la pauvreté augmenterait de 1,2 point de pourcentage en 2020 et de 1,4 point en 2021, tandis que dans le scénario pessimiste, elle augmenterait de 1,5 point en 2020 et de 1,9 point en 2021. En fait, les pays à revenu intermédiaire abriteront 72 millions des nouveaux pauvres prévus dans le scénario de référence, soit plus des quatre cinquièmes du nombre total de nouveaux pauvres (BM, 2020, p. 6).



présente recherche se veut donc comme l'une des premières contributions à la compréhension des *mécanismes* et des *déterminants* qui sont à l'origine de ces disparités sociales d'accès aux soins. Cette étude se propose également *d'alimenter le débat et l'action publics* sur ce type d'inégalités à la lumière de la littérature existante et de l'expérience algérienne.

Pour tenter de clarifier les différents axes secondaires de cette recherche, un certain nombre de questions subsidiaires se rapportant à la problématique de l'accessibilité aux soins de santé méritent d'être posées, à savoir :

- Dans quelle mesure l'accès et la trajectoire de soins sont-ils influencés par des facteurs sociaux ou géographiques ?
- Quel rôle joue la démographie médicale dans la formation des disparités d'accès aux soins ?
- L'actuelle carte sanitaire, qui vise à déterminer le cadre le plus approprié pour le développement des différentes composantes de l'offre de soins, est-elle en mesure de réduire les inégalités d'accès aux soins ?
- La sécurité sociale a-t-elle réussi à éliminer l'ensemble des obstacles économiques à l'accès aux soins ?
- Quelles sont les « déficiences » de la couverture sociale des dépenses de soins qui peuvent expliquer l'ampleur et la dynamique des inégalités sociales de santé dans le cas algérien ?

### III. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Cette recherche véhicule une problématique assez vaste et qui peut être traitée sous plusieurs facettes. Ainsi, le travail que nous réaliserons n'a pas pour ambition de répondre à toutes les questions relatives aux inégalités sociales de santé, mais plutôt de contribuer à la réflexion générale sur la problématique de l'accès aux soins en Algérie, notamment en identifiant les contraintes pour accéder aux soins de santé et en rendant compte de l'ampleur du comportement de renoncement aux soins. Notre réflexion se basera sur les hypothèses suivantes :

- **Hypothèse 1 :** Malgré le caractère aujourd'hui quasi-universel de l'assurance-maladie, les caractéristiques individuelles et familiales de la personne (qui reflètent donc son statut socioéconomique : revenu individuel, revenu du ménage, niveau d'étude, lieu de résidence...) déterminent, dans une large mesure, son niveau d'accès réel (facile ou difficile) aux différents soins de santé.
- **Hypothèse 2 :** La répartition de l'offre de soins, particulièrement l'implantation géographique du corps médical, peut influencer la demande de soins médicaux des différents groupes sociaux et, par conséquent, l'accès aux services de soins.
- **Hypothèse 3 :** La part croissante des dépenses des ménages dans le financement de la santé, qui résultent pour l'essentiel des « dysfonctionnements » de l'assurance-maladie,

tend à compromettre l'accès aux soins des catégories les plus modestes et induit en conséquence des inégalités dans le recours aux soins entre les différentes catégories sociales. En somme, *la qualité de la couverture que propose aujourd'hui la sécurité sociale (qui a subi une détérioration tendancielle depuis au moins le début des années 1990) ne parvient pas à éliminer l'ensemble des obstacles économiques à l'accès aux soins des Algériens.*

#### IV. MÉTHODOLOGIE

Sur le plan méthodologique, notre travail a été mené sur trois phases :

- ❖ Tout d'abord, nous avons procédé à la consultation des principaux travaux théoriques et empiriques traitant des inégalités sociales de santé et des différentes dimensions de l'accès aux soins (ouvrages, thèses, articles, communications, statistiques, textes réglementaires et législatifs, etc.).
- ❖ Ensuite, dans une deuxième phase, nous avons effectué une collecte de données secondaires afin de mener une analyse de l'accès théorique au système de santé en Algérie, en termes notamment d'offre de soins et de financement des dépenses de santé. Pour la collecte de données nationales et des documents officiels, nous avons sollicité les organismes nationaux suivants :
  - le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) ;
  - le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MTSS) ;
  - la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) ;
  - la Direction de la Santé et de la Population (DSP) de la Wilaya de Béjaïa ;
  - la Direction de la Planification et du Suivi Budgétaire (DPSB, ex-DPAT) de la Wilaya de Béjaïa.
- ❖ Enfin, dans une troisième étape, nous avons procédé à une collecte de données primaires par le biais de l'administration d'un questionnaire d'enquête-interview, menée auprès d'un échantillon aléatoire de 320 ménages de la wilaya de Béjaïa, équivalent à 1567 individus. Cette approche a permis de collecter des informations directes auprès de la population d'étude. Le choix d'utilisation de la méthode de l'entretien direct avec le sujet permet d'éviter toute ambiguïté dans les réponses des enquêtés et de minimiser la perte de questionnaires. L'objet de cette enquête était de mettre en évidence les conditions d'accès effectif aux soins de santé, ainsi que les obstacles et les contraintes dans l'utilisation des services de santé. En outre, nous avons réalisé une analyse multivariée (modélisation par régression logistique binaire) afin d'identifier les facteurs les plus significatifs dans l'utilisation des services de santé et dans le renoncement aux soins.

## V. PLAN DE TRAVAIL :

Pour structurer cette recherche, nous avons opté pour un plan de travail scindé en six chapitres :

*Le premier chapitre* portera sur le cadre conceptuel et les travaux empiriques sur les inégalités sociales d'accès aux soins de santé. Il se propose de recenser les principaux travaux empiriques sur le recours et le renoncement aux soins de santé. Nous présenterons également les différentes dimensions de l'accès aux soins.

*Le deuxième chapitre* abordera l'accès aux soins en Algérie. Il s'agit, dans un premier temps, de présenter l'organisation actuelle du système de santé et l'évolution de l'offre de soins. Dans un second temps, nous analyserons la répartition de l'offre de soins en matière d'infrastructure et de ressources humaines qu'elle soit publique ou privée. Ainsi, nous allons mesurer les inégalités de répartition des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des chirurgiens-dentistes dans les deux secteurs public et privé, en utilisant l'indice de Gini. Enfin, dans un troisième temps, nous allons mettre en exergue l'évolution de la structure des dépenses de santé.

*Le troisième chapitre* portera, en premier lieu, sur la présentation du contexte de l'étude, à savoir la wilaya de Béjaïa, en termes de disponibilité et de répartition de l'offre de soins afin d'avoir une compréhension de l'environnement de la population enquêtée. En second lieu, nous allons présenter l'enquête de terrain menée auprès des ménages de la wilaya de Béjaïa.

*Le quatrième chapitre* portera sur les déterminants du recours aux soins dans la wilaya de Béjaïa. Il s'agit, dans un premier temps, de faire une analyse de statistique descriptive des résultats de l'enquête sur le recours aux soins. En second temps, nous présenterons et analyserons les résultats de la modélisation des déterminants du recours aux médecins généralistes et spécialistes.

*Le cinquième chapitre* sera consacré à l'étude exploratoire du renoncement aux soins dans la wilaya de Béjaïa. Il s'agit de dresser un premier diagnostic quantitatif relatif au renoncement aux soins afin de saisir les difficultés et les contraintes à accéder aux services de santé et de rendre compte de l'importance du phénomène, de ses principales caractéristiques et de ses causes.

Enfin, *le sixième et dernier chapitre* sera consacré à l'analyse multivariée (régressions logistiques binaires) des déterminants du renoncement aux soins dans la wilaya de Béjaïa. Cette analyse est tout d'abord menée en considérant le *renoncement aux soins en général* (tous types de soins confondus), puis en considérant séparément les trois types de renoncement les plus fréquents. Les quatre modèles retenus nous permettront concrètement de *hiérarchiser les facteurs de risque* intervenant dans la décision de renoncement selon le type de soins.

# CHAPITRE 1

## LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS :

### *Cadre conceptuel et revue de la littérature*

L'*équité en santé* traduit l'un des principes cardinaux de justice sociale (Daniels, 2009). Il découle directement du fameux *droit à la santé* affirmé par la plupart des textes doctrinaux dans la majorité des pays dans le monde<sup>1</sup>. Ce « droit à la santé » implique concrètement de rendre effectif *l'équité dans l'accès aux soins* de la population. Dès lors, les *inégalités sociales de santé* ne sont, en partie, que le résultat de l'inégal accès aux soins de la population. Ce type d'inégalité a, par ailleurs, des coûts sociaux et économiques importants tant pour l'individu que pour la société, notamment en termes de décès et de morbidité évitables. L'égalité d'accès aux soins est dès lors une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. La Commission des Déterminants Sociaux de l'OMS rappelle à ce propos que l'équité d'accès aux soins est une condition primordiale pour réduire les inégalités de santé (OMS, 2009).

Dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, on observe des disparités – plus ou moins prononcées – en matière d'accès aux soins (OMS, 2005, 2009). Les différences dans l'accès aux soins de santé représentent ainsi la forme la plus répandue d'atteinte à l'intégrité humaine (Farmer, 2006 ; Verschave, 2004). Toutefois, les écarts de richesse entre les pays et régions du monde expliquent en grande partie les différences dans le domaine de la santé et distribuent ainsi les inégalités de santé de façon inéquitable selon des lignes de différenciation qui sont à la fois locales et globales.

Dans la première section de ce chapitre, nous allons présenter le cadre conceptuel des inégalités sociales de santé. Ce dernier nous permettra d'appréhender l'origine et les causes des inégalités de santé, leurs différentes formes ainsi que les multiples dimensions de l'accessibilité sanitaire. Dans une seconde section, il sera question de décrire les différentes méthodes (objectives et subjectives) pour « quantifier » les inégalités sociales d'accès aux soins. Cette quantification des inégalités de santé mobilise deux approches complémentaires : une mesure dites *objective*, la *consommation de soins (recours aux soins)* et une mesure *subjective*, le *renoncement aux soins*, qui se base sur les déclarations individuelles de renoncement aux soins durant l'année écoulée. Enfin, dans la troisième et dernière section, nous présenterons une revue

---

<sup>1</sup> Cf. La Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui établit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* » (OMS, 1946, p. 1). À l'échelle nationale, le droit à la protection de la santé est reconnu par l'article 66 de la Constitution algérienne (Révision constitutionnelle du 6 mars 2016). Signalons que ce principe est également réaffirmé dans le cadre de la révision constitutionnelle intervenue le 01 novembre 2020 (art. 63)

de la littérature empirique sur les déterminants de l'accès aux soins de santé. Nous allons d'abord présenter les principaux travaux empiriques ayant traité des déterminants d'utilisation des services de santé, notamment en ce qui a trait au recours aux médecins généralistes et spécialistes. Par la suite, nous ferons une revue de la littérature empirique sur les déterminants du renoncement aux soins de santé. Enfin, nous terminerons par une recension des travaux empiriques sur les inégalités d'accès aux soins en Algérie.

## I. LE CADRE CONCEPTUEL DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

L'accès aux soins est un sujet multidisciplinaire (économie, géographie, sociologie, psychologie, etc.) reliant de nombreuses thématiques (santé, acteurs, territoires, réseaux, gouvernance, distance, proximité, perceptions, comportements, etc.). Cette section a pour objet de présenter les différentes notions relatives aux inégalités sociales d'accès aux soins, étape indispensable pour mieux appréhender les différentes dimensions de l'accès aux soins.

### 1. L'équité en santé

L'*équité en santé* traduit l'un des principes de justice sociale (Daniels, 2009). Il est le pendant du *droit à la santé*, affirmé par la plupart des textes doctrinaux dans la majorité des pays dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2005) définit l'équité en matière de santé comme « *l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement* » (cité par Rochaix & Tubeuf, 2009, p. 327).

Le concept d'équité est différent de celui d'égalité. C'est en ce sens que « *l'objectif d'équité en santé n'est pas le strict aplanissement des différences de santé entre les individus* (Rochaix & Tubeuf, 2009). De plus, toutes les inégalités constatées ne sauraient être perçues comme « injustes » (Rochaix & Tubeuf, 2009). Les concepts d'inégalité et d'égalité réfèrent à des quantités mesurables, alors que les concepts d'iniquité et d'équité expriment une considération morale liée à la justice sociale (Braverman, 2006).

L'équité en santé peut être regroupé en deux grandes catégories d'analyse. Dans la première, l'accent est mis sur le financement du système de santé (équité verticale) ; dans la seconde, l'attention porte plutôt sur les soins et l'état de santé (équité horizontale).

Il y a "*équité verticale*" quand les personnes qui ont des capacités contributives inégales assurent une contribution inégale au financement du système de santé. Autrement dit, ceux qui ont les revenus les plus élevés contribuent en fonction de leurs moyens. Si les individus diffèrent selon leur propension à payer, le respect de l'équité verticale suggère que les plus riches contribuent davantage que les plus pauvres (Rochaix & Tubeuf, 2009). En Algérie, le système de protection sociale est fondé sur l'équité verticale dans la propension à payer en favorisant

l'accès et le recours aux soins des catégories sociales de la population ayant de plus faibles moyens financiers.

Quant à l'*équité horizontale*, elle met l'accent sur l'égalité de traitement pour ceux qui ont des besoins de santé égaux. L'équité horizontale correspond au principe de justice distributive selon lequel des individus égaux doivent être traités également. Ce principe stipule donc en matière de santé que des individus qui présentent des caractéristiques similaires en termes d'état de santé ou de pathologies reçoivent des prestations de soins similaires indépendamment des caractéristiques individuelles (Jusot, 2013 ; Rochaix & Tubeuf, 2009). Par conséquent, l'équité d'accès aux soins ne correspond pas « à une stricte égalité du recours aux soins entre tous les individus, mais une stricte égalité pour un même niveau de besoin » (Jusot, 2013, p. 164). Ce principe dit d'équité horizontale (un traitement égal à besoin égal) est aujourd'hui largement accepté pour juger de l'équité des systèmes de soins (Fleurbaey & Schokkaert, 2008 ; Wagstaff & van Doorslaer, 2000). L'équité en matière de santé est en somme indissociable de la notion d'*accès aux soins* des populations.

## 2. Les inégalités sociales de santé

Les inégalités en santé correspondent à « des différences entre les plus désavantagés dans une certaine catégorie et les mieux nantis » (Prohete, 2012, p. 8). Les inégalités sociales de santé sont des disparités dans l'état de santé ou dans l'accès aux soins, constatées entre des groupes humains socialement hiérarchisés. Elles sont appréhendées, le plus souvent, au moyen des techniques quantitatives et des concepts théoriques de l'épidémiologie. Ces études, dites d'*épidémiologie sociale*, s'attachent à mettre en évidence le rôle des déterminants sociaux, tels que les *revenus* ou le *niveau d'éducation*, dans la production de ces inégalités (Aiach, 2000). Les origines de ces inégalités sont multifactorielles et complexes. En effet, de nombreux facteurs, situés en amont du système de santé et liés aux conditions socio-économiques des personnes, à leur parcours de vie (personnel et professionnel), sont à l'origine des inégalités sociales de santé (Livinec *et al.*, 2013). Elles sont le produit des inégalités dans les conditions d'existence construites dès l'enfance, et qui concernent l'éducation, l'emploi, le logement et le lien social (Basset, 2008). Les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées à des différences de qualité de prise en charge. Plusieurs études internationales ont pu montrer, par exemple, que « les médecins prescrivaient moins d'examen de dépistage aux patients issus de classes sociales défavorisées » (Besnier, 2008, p. 13). Ainsi, en plus de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

## 3. Les inégalités spatiales de santé

L'accès de tous à des soins de qualité constitue l'un des objectifs majeurs des politiques de santé publique. Or, les disparités dans la répartition territoriale des structures et professionnels de santé compromettent également l'équité d'accès aux soins. En effet, la localisation et/ou l'organisation territoriale de l'offre de soins joue sur l'accessibilité spatiale aux services de santé et donc sur la formation des inégalités territoriales de santé.



L'étude des inégalités territoriales de santé est l'objet d'une spécialité relativement jeune, la *géographie de la santé*, qui propose concrètement une « *analyse spatiale des disparités des niveaux de santé des populations et des facteurs environnementaux (physiques, biologiques, sociaux, économiques et culturels) qui concourent à expliquer ces inégalités* » (Picheral, 2001, p. 4).

La géographie de la santé s'est développée dans deux directions distinctes. D'une part, la *géographie des maladies* ou *écologie médicale*, qui étudie les disparités spatiales et sociales de répartition des maladies, ainsi que les facteurs de risque associés. Elle recourt à la cartographie. Cette branche est très proche de l'épidémiologie par sa démarche biomédicale. D'autre part, il y a la *géographie des soins médicaux*, qui est l'étude de la localisation des professionnels de santé et des établissements de soins, de la répartition dans l'espace des équipements et personnels médicaux, des inégalités territoriales d'utilisation et de fréquentation des services de santé, ainsi que des disparités dans le recours aux soins et la consommation médicale (Ménard, 2002 ; Picheral, 2001). L'approche géographique des faits de santé permet ainsi d'appréhender la maladie ou l'état sanitaire d'une population dans son environnement (Salem, 1995). Il est à signaler à ce propos que l'approche de géographie de la santé a souvent été mobilisée dans l'étude notamment de d'accès aux soins maternels (Charreire & Combier, 2006 ; Sirpe, 2011).

Dans la réalité toutefois, les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé ne sont pas dissociable. Prenons un exemple pour illustrer notre propos. Les inégalités territoriales qui sont le plus souvent dénoncées sont principalement liées aux différences d'offre de soins entre le milieu rural (offre faible) et le milieu urbain (offre importante), et leurs impacts sur les distances à parcourir. Ainsi, la ville, parce qu'elle concentre le potentiel humain et les services sur de faibles distances physiques, est souvent perçue comme le lieu où tout est accessible. Mais dans le champ de la santé, *proximité* n'implique pas systématiquement *accessibilité*. En périnatalité par exemple, l'influence des conditions de vie sur le recours aux services de santé maternels a été souvent relevée (Ancelot et Depret, 2016 ; Ancelot *et al.*, 2016, 2020 ; Charreire et Combier, 2006 ; Pearl *et al.*, 2001).

#### **4. L'accès aux soins et ses multiples dimensions**

L'accès aux soins est un concept multidimensionnel. Lambril (1997) l'a définie comme étant « *l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé* » (p. 403). Nous distinguons ainsi « l'accès primaire », qui correspond au premier contact avec le système de santé, et « l'accès secondaire » qui caractérise « *la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact, depuis l'identification du besoin de soins jusqu'à la délivrance des soins nécessaires* » (Lombrail, 2007, p. 23).

L'*accès théorique* est celui qui est en principe garanti par l'accessibilité géographique et financière de l'institution de santé. L'*accès réel* est défini par les pratiques concrètes et donc le niveau de disponibilité effectif de ladite institution de santé. Il est évident qu'il ne suffit pas d'être physiquement proche d'une institution sanitaire et d'avoir une couverture sociale pour recourir

aux soins. Ainsi, Andersen et Aday (1978) différencient l'*accès potentiel* ou possibilité d'accéder aux soins, et l'*accès réalisé* ou recours aux soins (cité par Pascal, Abbey-Huguenin & Lombrail, 2006).

Aday et Andersen (1995) ont dès lors défini l'accès aux services de santé comme la résultante de trois ordres de facteurs : les *déterminants sociétaux* (normes et technologie), les *caractéristiques du système de soins* (ressources et organisations) et, enfin, les *déterminants individuels*. Ces facteurs sont évidemment liés entre eux. Les facteurs sociétaux agissent sur les facteurs individuels, et cela en influençant les caractéristiques du système de santé. Ce dernier agit sur les facteurs individuels afin de déterminer l'utilisation qui est faite des services de santé. Signalons que, dans ce cadre conceptuel, les facteurs individuels se déclinent à leur tour en plusieurs dimensions :

- ✓ *Facteurs prédisposants* (caractéristiques démographiques, niveau d'instruction, catégorie socioprofessionnelle, opinions et croyances des individus) ;
- ✓ *Facteurs favorisants*, correspondant à la capacité des individus à se procurer des services de soins en fonction de leurs besoins, capacité qui dépend à son tour de plusieurs facteurs : niveau de revenu, type de protection sociale, existence d'une source de soins habituelle, existence de moyens de transports, temps de déplacement vers le lieu des soins, temps d'attente pour recevoir les soins... ;
- ✓ *Le niveau de maladie perçu ou évalué ou les besoins de santé perçus ou évalués* : Le besoin de santé perçu est la façon dont l'individu considère son état de santé en général et son incapacité. C'est aussi comment l'individu expérimente et interagit émotionnellement avec les symptômes de la maladie, de la douleur et de son inquiétude face à son état de santé (Kone, 2012).

Ce cadre conceptuel constitue un puissant outil d'analyse pour identifier et tester les relations causales entre l'accès aux soins et les facteurs individuels et environnementaux (Guend et Tesson, 2009)<sup>2</sup>. Ce modèle permet ainsi de vérifier qu'un système de soins est « équitable » dès lors que les besoins de soins de santé se révèlent comme le plus important prédicteur de l'utilisation des services. À l'opposé, un système serait jugé « non équitable » lorsque l'accès aux services dépend d'autres facteurs, notamment financiers et géographiques.

Pour Thouez, Munan & Nabahi (1981), l'accessibilité peut être définie à partir des *ressources de santé disponibles* (ratio de couverture en médecin...), en fonction des *différents coûts d'utilisation des ressources disponibles* (distance-temps de déplacement, temps d'attente en salle d'attente ou pour obtenir un rendez-vous...), en fonction de *l'utilisation effective des*

---

<sup>2</sup> R.M. Andersen et B. H. Kehrer ont développé le premier modèle comportemental, lequel a fourni dès son apparition, dans une forme simplifiée, un cadre conceptuel permettant d'identifier les déterminants de l'accès aux soins et de l'utilisation des services de santé aux Etats-Unis et au Canada (Andersen, 1968 ; Kehrer, 1972). Ce premier modèle a fait l'objet de critiques conduisant au changement graduel, mais substantiel de sa formulation initiale, notamment grâce aux travaux d'Aday et Andersen (Aday and Andersen, 1974 ; Aday 1993 ; Andersen, 1995).



*services de santé* (nombre de visites pour une période donnée...) ou de *l'utilisation des services liés aux besoins apparents de la population* (symptômes perçus...).

Dans le même sens, Raynaud (2013) a donné la définition suivante : « *l'accès est un concept à l'interface entre, d'une part, des patients ayant des caractéristiques sociodémographiques et des besoins de santé et, d'autre part, un système de santé composé de services permettant la délivrance de soins* » (Raynaud, 2013, p. 105). Pour Picheral (2001), c'est « *la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale* » (p. 15).

De ces définitions découlent les dimensions suivantes de l'accès aux soins :

- ❖ **L'accessibilité matérielle ou physique** : elle consiste en la disponibilité de l'offre de soins à distance raisonnable pour les patients. Elle est surtout fonction du couple distance/temps, donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer (Bonnet, 2002, p. 5). En effet, si la distance qui sépare le professionnel de santé considéré le plus proche et une population donnée est supérieure à un certain seuil, on considère que cette population éprouve un problème d'accessibilité territoriale ou physique (Coldefy, Com-Ruelle et Lucas-Gabrielli, 2011).

Néanmoins, cette accessibilité est liée à la structure sociale dans la mesure où les personnes favorisées disposent des moyens de transport qui leur permettent d'accéder aux structures contrairement aux catégories sociales les plus fragiles (Chambaud, 2018). De ce fait, l'existence de dispositifs collectifs de déplacement ou la gratuité de transports sanitaire permet d'améliorer cette accessibilité. Par ailleurs, le développement de la télémédecine ou, plus largement, de la capacité diagnostique ou thérapeutique à distance permet également d'améliorer cette accessibilité matérielle ou physique des soins (Bouayed *et al.*, 2017 ; Selmi, 2012). Durant les prochaines années, ces nouveaux outils vont fort probablement augmenter la capacité des services à prendre en compte les besoins des personnes, soit directement chez elles (télésurveillance) soit dans des structures de proximité.

- ❖ **L'accessibilité financière** : elle consiste en la capacité des personnes à payer les services de santé sans éprouver de difficultés financières. Elle consiste à analyser le « reste à charge » pour les ménages. Afin d'améliorer cette accessibilité et la protection contre le risque financier, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a introduit le concept de couverture sanitaire universelle (CSU) en 2005<sup>3</sup> (OMS, 2013). En 2013, il est devenu un objectif dans l'agenda de développement post-2015 (Vega, 2013). Succédant à l'initiative « *Santé pour tous* »<sup>4</sup>, la couverture sanitaire

---

<sup>3</sup> Date à laquelle tous les États membres de l'OMS se sont engagés pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

<sup>4</sup> Elle a été lancée dans les années 1970 et inscrite dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978.

universelle a pour objectif de veiller à ce que chaque individu puisse utiliser les services de santé dont il a besoin sans risquer de se ruiner financièrement ou de s'appauvrir (OMS, 2013). En d'autres termes, la CSU garantit à tous l'accès aux soins et aux médicaments dont ils ont besoin sans crainte de basculer dans la pauvreté (Oxfam, 2013). L'OMS précise à ce propos que « *la couverture sanitaire universelle (CSU) consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers* » (OMS, 2013, p. 20). Elle englobe ainsi la gamme complète des services de santé essentiels de qualité, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs (OMS, 2010). Tendre vers la CSU, c'est concrètement progresser sur trois fronts : la *gamme de services disponibles*, la *part des dépenses couvertes pour ces services* et la *part de la population couverte* (OMS, 2010).

- ❖ **L'acceptabilité** : ce terme recouvre principalement la réalité de l'utilisation des services par les personnes qui sont en besoin ou en demande de soins, l'existence de prestations adaptées à toutes les catégories de la population et la connaissance de ces prestations par tous. Enfin, l'acceptabilité tient également à la manière dont est organisée l'offre de services.

De façon beaucoup plus détaillée, Penchansky et Thomas (1981) distinguent cinq propriétés de l'accès qui sont autant de difficultés potentielles pour recourir aux soins : *la disponibilité* (adéquation offre-demande), *l'accessibilité* (localisation), *la commodité* (horaires, attente), *la capacité financière* et *l'acceptabilité* (barrières socioculturelles).

Enfin, les inégalités d'accès aux soins peuvent être liées à « *l'inertie du fonctionnement d'un système de soins qui méconnaît ces inégalités et n'a aucun projet de rattrapage* » (Lombrail, 2007, p. 24). On parle alors des **inégalités par omission** (Lombrail, Lang, & Pascal, 2004). Ces inégalités sont non intentionnelles et résultent essentiellement d'un défaut de coordination entre professionnels ou structures, au cours des trajectoires des patients ou des contacts élémentaires (Pascal, Abbey-Huguenin & Lombrail, 2006). En d'autres termes, quand le système de soins produit de l'inégalité par défaut dans le cadre de son fonctionnement en routine (Lombriel, 2007). Par exemple, la prédominance des soins curatifs amplifie les inégalités sociales dans le recours aux soins de prévention. Quant aux **inégalités par construction**, elles sont liées à la non prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique médicale qui aboutit à des modalités de prise en charge qui a minima ne réduisent pas les inégalités, voire contribuent à les accentuer (Lombrail, 2007). En définitive, la conception du système de soins ou des modalités programmées de fonctionnement explicitement formulées peuvent également produire des inégalités (Lombrail, Lang & Pascal, 2004).

## 5. La notion de besoin de soins

L'utilisation effective des services de santé est intimement liée aux *besoins de soins*, notion qui peut revêtir plusieurs acceptions. Allin *et al.* (2010) ont distingué cinq catégories de besoins de soins :

### ➤ **Catégorie 1 → Les besoins non ressentis**

L'individu ne perçoit pas qu'il a besoin de soins de santé. Cela peut se produire dans le cas où les symptômes d'une pathologie sont peu visibles. C'est le cas, par exemple, d'une hypertension sans symptômes. Ce type de besoins non satisfaits nécessite des investigations cliniques pour qu'il soit détecté. Il est dès lors absent de la méthode conventionnelle de mesure des inégalités socio-économiques parce que l'ajustement des besoins est généralement fondé sur la santé auto-déclarée. Ainsi, les études sur la consommation de soins et sur le renoncement ne prennent pas en considération ce type de besoins de soins.

### ➤ **Catégorie 2 → Les besoins non satisfaits *par choix***

Dans ce cas, l'individu est conscient qu'il aurait besoins de soins, mais il fait le choix de ne pas recourir aux services de santé. Cela peut être dû à un manque de confiance dans la médecine conventionnelle. Par exemple, les individus peuvent avoir une préférence pour la médecine traditionnelle. Signalons que la possibilité que la sous-utilisation ou la non-utilisation soit fonction des choix et des préférences individuelles n'est pas prise en compte dans les méthodes classiques de mesure des inégalités. Toutefois, si les choix des individus sont informés et ne souffrent pas, éventuellement, d'un manque d'éducation ou de services culturellement acceptables, cette catégorie de besoins non satisfaits devrait en principe être pris en compte dans la mesure des inégalités d'accès aux soins.

### ➤ **Catégorie 3 → les besoins non satisfaits *par contrainte***

Contrairement à la deuxième catégorie, l'individu n'a pas recours aux services de soins non pas par choix, mais en raison de contraintes objectives à l'accès aux soins (obstacle financier, contraintes d'offre, etc.), alors qu'il juge nécessaire de consulter. Prenons quelques exemples pour illustrer notre propos : les individus ne peuvent payer le coût des soins pour des raisons financières ; les personnes pauvres vivant dans des régions éloignées peuvent ne pas être en mesure de se déplacer dans un établissement de soins de santé ; les personnes qui n'ont pas accès à une source régulière de soins (médecin de famille) peuvent ne pas avoir accès à ces services. Si des informations sur les raisons spécifiques de ce type de besoins non satisfaits sont fournies (les services sont trop coûteux, par exemple), ces informations pourraient enrichir la compréhension des facteurs de disparités dans l'accès et le recours aux soins.

➤ **Catégorie 4 → Les besoins qui demeurent non satisfaits du fait de l'insuffisance ou de l'inadéquation des soins reçus**

L'individu perçoit un besoin de soins de santé, accède aux soins de santé, mais ne reçoit pas les traitements que les professionnels de santé jugent comme les plus appropriés.

➤ **Catégorie 5 → Les besoins liés à des attentes non satisfaites en matière de traitements**

L'individu a recours au système de soins, mais il estime ne pas recevoir le traitement approprié. Dans cette dernière catégorie, c'est l'individu, et non pas le corps médical, qui estime que les traitements ne sont pas appropriés. Des informations sur les raisons des attentes non comblées seraient toutefois nécessaires pour tirer une quelconque conclusion.

Cette classification décrit plusieurs mécanismes par lesquels des besoins non satisfaits peuvent survenir : un mécanisme dont les individus ne sont pas conscients (catégorie 1), un autre qui reflète les choix des individus (catégorie 2), un autre qui reflète les obstacles d'accès (catégorie 3) et deux autres qui ont trait aux soins insuffisants (catégories 4 et 5).

Comme souligné plus haut, les *besoins de soins non ressentis* ne peuvent être arrêtés ou mesurés à partir d'enquêtes reposant sur l'auto-déclaration. Ils ne sont pas en conséquence inclus dans les enquêtes sur le renoncement aux soins. En outre, dans la quatrième et cinquième catégorie, l'information n'est pas disponible dans les évaluations cliniques de besoins non satisfaits. Ces besoins étant difficilement mesurables (Chaupain Guillot *et al.*, 2014), des informations complémentaires sur les raisons des attentes non comblées seraient nécessaires pour tirer des conclusions. Signalons que même dans les analyses des inégalités de santé basées sur la consommation de soins se focalisent généralement sur l'utilisation ou non d'un service de santé, dans la mesure où elles ne peuvent pas saisir ce type de besoins. Ainsi, si les groupes socioéconomiques défavorisés étaient plus susceptibles de recevoir des soins inefficaces ou de mauvaise qualité, les méthodes classiques de mesure des inégalités sous-estimeraient fort probablement l'ampleur des inégalités.

Toutefois, les disparités peuvent être mesurées dans le cas des besoins non satisfaits qui découlent d'un choix individuel (deuxième catégorie), ce qu'on appelle le *renoncement refus*, ainsi que ceux qui relèvent des contraintes d'accès au système de soins (troisième catégorie). Dans ce cas, on parle d'un *renoncement subi* (Chaupain-Guillot *et al.*, 2014). Au demeurant, étymologiquement, rappelons que le verbe renoncer peut suggérer à la fois « *un abandon* », mais également « *une décision par choix, un acte volontaire découlant d'un processus de délibération* » (Desprès, 2013, p. 73).

Enfin, comme on peut aisément le deviner, le renoncement ou le non-recours aux soins est consubstantiellement lié à cette notion de « besoins de soins ». Ces derniers, au même titre que les besoins d'information, varient d'un individu à l'autre en fonction de leurs compétences en

matière de santé, lesquelles sont largement discriminées socialement (Renahy *et al.*, 2011). Dans ce qui suit, nous allons étudier en détail les contours de cette notion de « renoncement aux soins ».

## 6. Le cadre conceptuel du renoncement aux soins

Ce point a pour objet de présenter le cadre conceptuel du renoncement aux soins, ainsi que les facteurs qui déclenchent un tel comportement.

### 6.1. La notion de renoncement aux soins de santé

Étymologiquement, le verbe *renoncer* vient du mot latin juridique « *renuntiare* » qui signifie annoncer en retour, renvoyer (Larousse, 2018). Il s'agit d'un désistement, d'un abandon et d'un détournement du droit qu'on a sur quelque chose et de ne pas vouloir l'accepter. Renoncer c'est aussi cesser, par une décision volontaire, de « *prétendre à quelque chose, de le vouloir et d'agir pour l'obtenir* » (Le Petit Robert, 2014). Il s'agit donc d'abandonner volontairement, se priver, laisser, se dessaisir. C'est également l'action de différer, qui signifie renoncer momentanément.

Dans la littérature médicale, le renoncement aux soins désigne un retrait thérapeutique dans le cas de maladies incurables après l'analyse de la situation du patient et d'une délibération dans le cadre d'une décision médicale (Desprès, 2013).

Concept scientifique, le renoncement est également utilisé dans le champ des études sur l'accès aux soins et la protection sociale (Mizrahi & Mizrahi, 2011). Le renoncement désigne le fait qu'un individu est empêché de se soigner pour des raisons *financières* (coût des soins, transport), *organisationnelles* (délais d'attente) ou *territoriales*. Donc, il ne s'agit aucunement d'un acte volontaire. La notion de renoncement aux soins est donc intimement liée à celle de besoins de soins non satisfaits, notion qui peut revêtir plusieurs acceptions (cf. *supra*, les cinq catégories de besoins de soins définies par Allin *et al.*, 2010).

Desprès (2013), dans son étude sur les significations profanes du renoncement aux soins, montrent l'absence d'utilisation du vocable de renoncement aux soins dans le langage commun, absence à mettre en regard de multiples formes de renoncements aux soins dans les parcours de soins.

Dans la littérature anglo-saxonne, la notion de renoncement fait référence au besoin non satisfait ou non comblé, *unmet need* (Allin, Grignon & Legrand, 2010). Le renoncement suppose d'abord que la personne aient pris conscience d'un besoin de soins, auquel elles auraient renoncé, et que le système de santé soit susceptible d'y répondre : il s'agit par conséquent d'un besoin de soins identifié mais non satisfait (Desprès *et al.*, 2011a, 2011c ; Dourgnon *et al.*, 2012 ; Celant *et al.*, 2014). Ainsi, le fait de « *déclarer avoir renoncé à des soins suppose en effet que la personne ait ressenti l'envie de recourir à des soins, qu'elle ne l'ait finalement pas fait, et qu'elle interprète cela comme un renoncement* » (Chauvin *et al.* 2012, p. 16).

Le renoncement renvoie donc en premier lieu à la question de « *l'identification du besoin de soins qui déclenche une demande de soins* » (Warin, 2011, p. 81). Le renoncement aux soins suppose dès lors l'existence d'un besoin en la matière. Ce besoin de soins peut avoir été diagnostiqué par un professionnel de santé ou avoir été identifié par la personne elle-même. Néanmoins, dans certains cas, ce besoin de soins pourrait être estimé par des professionnels de santé mais pas forcément perçu par les individus (Allin *et al.*, 2010).

En outre, le comportement de renoncement aux soins apparaît lorsque les individus n'accèdent pas à une partie ou la totalité des soins de santé (Després *et al.*, 2011b ; Warin & Chauveaud, 2014). On parle alors de renoncement « *lorsque des personnes déclarent ne pas pouvoir satisfaire la totalité, ou une partie, de leurs besoins de soins* » (Warin & Chauveaud, 2014, p. 8). Il traduit également une situation de report (dans le temps) et/ou d'abandon (définitif) de la satisfaction d'un besoin de soins ressenti par la personne (Warin & Chauveaud, 2014).

Le renoncement aux soins inclue même les soins préventifs. Ainsi, « *un besoin non satisfait est évoqué quand un individu ne reçoit pas un soin, qu'il soit curatif ou préventif, qui aurait amélioré sa santé* » (Boisguérin *et al.*, 2010, p. 31). Néanmoins, la notion de besoin subjectif apparaît relativement problématique quand on parle de prévention, du fait de l'absence d'un symptôme corporel. De plus, dans la prévention, il s'agit d'agir avant que la maladie survienne, il n'y a donc pas de besoin proprement dit. Nous parlerons alors plutôt de désir ou d'attente de santé.

Par ailleurs, les besoins non satisfaits peuvent être définis comme étant les différences subjectives perçues individuellement entre les services jugés nécessaires pour traiter adéquatement les problèmes de santé et les services effectivement reçus (Carr & Wolfe, 1976 ; Chen & Hou 2002 ; Fjær, Stornes, Borisova, Mc Namara & Eikemo, 2017). Ils refléteraient, en effet, « *une certaine frustration ressentie entre ce dont les personnes souhaitent bénéficier en termes de soins médicaux et ce à quoi elles accèdent effectivement* » (Bazin, Parizot & Chauvin, 2006, p. 25).

Le renoncement aux soins peut en outre refléter en partie le non accès aux soins. En effet, Levesque *et al.* (2007) précisent qu'« *une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services médicaux, qu'il s'agisse d'informations de la part d'un professionnel ou d'actes thérapeutiques, mais n'ayant pas obtenu ces services, présente donc un besoin non comblé de services de santé* » (Levesque *et al.*, 2007 p. 1).

Enfin, le renoncement aux soins se traduit également par des contraintes à accéder aux soins qui poussent les individus à chercher d'autres solutions. Ainsi, il peut très bien prendre la forme d'un « *comportement produit par l'impossibilité d'accéder à des actes de soins reconnus, qui conduit [la personne] à trouver des solutions en dehors des offres pourtant permises par le système de santé* » (Warin & Chauveaud, 2014, p. 60).



## 6.2. Les facteurs de renoncement aux soins

Les études distinguent généralement deux séries de facteurs qui expliquent le renoncement aux soins (Chauvin *et al.*, 2012 ; Desprès, 2012 ; Renahy *et al.*, 2011). Une première série est liée à un ensemble de contraintes qui ne permettent pas d'accéder aux soins désirés : *financières* (coût des soins, déremboursement de certains soins, avances de frais, participation financière des patients trop importante, transport) ; *organisationnelles* (qualité des soins, qualité d'accueil, présence d'infrastructure ou temps d'attente pour y avoir accès...) ; *territoriales* (éloignement par rapport à l'offre de soins, absence de médecins généralistes/spécialistes à proximité, manque de moyens pour se déplacer et coût des transports ; difficultés physiques pour se déplacer). Dans ce cas particulier, on parle de *renoncement barrière*. Ce renoncement relève d'une dimension structurelle. Par conséquent, il interroge à la fois *l'efficacité du système d'assurance maladie* et *l'organisation de l'offre de soins* (Chauvin *et al.*, 2011 ; Desprès, 2012 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b, 2011c ; Dourgnon *et al.*, 2012). En effet, la notion de renoncement aux soins est utilisée par des acteurs de la protection sociale pour signifier les difficultés, les gênes et les empêchements que les personnes rencontrent par rapport aux soins (Révil, 2018). Néanmoins, le renoncement barrière ne relève pas seulement des contraintes d'accès aux soins, mais également de la position de la personne à l'égard de sa situation et de ses ressources (psychiques, sociales, culturelles) lui permettant de y réagir et d'affronter la situation (Desprès, 2012).

La seconde série est liée aux individus (rapport personnel à la santé et au monde médical, négligence et relativisation des besoins...). Le renoncement peut être lié à la peur de se soigner ou à la décision d'attendre avant de se soigner. Dans ce cas, on parle en ce sens de *renoncement refus*. Le renoncement refus combine deux modalités : un *refus de se soigner* et un *refus de soins spécifiques*. Dans le premier cas, le refus de se soigner peut relever d'une faible valeur attribuée à la santé ou d'une perception de l'inutilité des soins ou encore de la décision d'arrêt des traitements, parce que le rapport coût/utilité est très faible notamment dans le cas de certaines maladies incurables où le gain en termes d'espérance et de qualité de vie est très faible (Desprès *et al.*, 2011b). Ainsi, le patient croit que la médecine est inefficace ou les ressources thérapeutiques sont épuisées et le coût à payer lui semble trop élevé. Ce renoncement peut être lié à un faible souci de soi ou une faible valeur attribuée à sa propre existence (dans le cas des maladies psychiques graves). Dans ce cas, c'est beaucoup plus un *renoncement par désintérêt* (Desprès, 2012). Dans le second cas, le refus de se soigner porte sur un traitement particulier ou une prise en charge spécifique. Les raisons de ce refus sont différentes (effets secondaires d'un traitement, refus de finir ses jours à l'hôpital...).

Ce type de renoncement peut également être le résultat d'une méfiance à l'égard des professionnels de santé et de la médecine en général. Il témoigne « *indirectement de la qualité des soins (telle qu'elle est perçue par les usagers) et les limites de la médecine* » (Desprès, 2012, p. 15). En effet, les différents dysfonctionnements (techniques, aspect relationnel...) du système de santé peuvent contribuer à ces attitudes. Dès lors, il s'instaure un repli sur d'autres types de soins alternatifs, notamment en utilisant des formes d'automédication (médecine traditionnelle, réutilisation d'une ordonnance ancienne...) (Chauvin *et al.*, 2012, Desprès, 2012). Par conséquent, ce refus pourrait alors constituer un indicateur indirect de la qualité du système de

santé. Ce renoncement peut aussi se manifester chez les individus en situation de précarité, car les groupes sociaux les moins favorisés donnent en général moins d'importance à leur santé et ont un moindre recours aux services de santé disponibles (Bazin *et al.*, 2006 ; Chauvin *et al.*, 2012 ; Warin & Chauveaud, 2014).

Néanmoins, d'autres facteurs entrent souvent en jeu dans le renoncement. On parle alors de « *facteurs d'activation* » du renoncement (Warin & Chauveaud, 2014, p. 37), parmi lesquels on peut citer :

- un *manque de « discernement »* : quand le renonçant manque des « possibilités » et/ou des « capacités » nécessaires pour maîtriser ses droits, engager des démarches administratives, avoir une idée claire de ses besoins et de son parcours de soins ;
- une *absence d'aides de proches* : absence de soutiens financiers de la famille ou d'amis, ou volonté de ne pas demander leur aide ;
- un *manque de « guidance » dans l'accès aux droits et/ou dans le parcours de soins* : quand les professionnels sont insuffisamment vigilants, incitatifs et accompagnants à l'égard de leurs patients ;
- un *sentiment d'abandon*, une  *Crainte* (du diagnostic, des actes médicaux, de solliciter l'aide d'un tiers) ou encore une *méfiance explicite dans la médecine* (dans les actes, services/professionnels, médicaments...)

Une autre classification des facteurs du renoncement est opérée selon les motifs de renoncement aux soins. Les auteurs distinguent ici trois catégories de motifs : acceptabilité, disponibilité et accessibilité (Chen & Hou, 2002 ; Fjær *et al.*, 2006 ; Renahy *et al.*, 2011 ; Sibley & Glazier, 2009). L'*acceptabilité* ne relève pas du système de santé. C'est un renoncement choisi découlant des circonstances et des attitudes personnelles et culturelles. Il est lié à une négligence de sa propre santé, des peurs (des soins, de la perte du travail en cas d'arrêt maladie...) et à une lassitude des soins, à des doutes à l'égard de l'efficacité du traitement, de ne pas savoir où aller ou d'avoir une aversion pour les médecins ou de les craindre. L'attitude à l'égard des médecins joue à ce propos un rôle primordial (Chen & Hou, 2002). Ces motifs ne sont pas liés aux caractéristiques des services de santé, dès lors leur incidence sur la planification des soins de santé n'est pas claire (Sibley & Glazier, 2009).

Le renoncement pour cause de *disponibilité* concerne la non disponibilité des services de santé dans la région et/ou le temps d'attente pour y avoir accès qui est très long (Fjær *et al.*, 2017 ; Sibley & Glazier, 2009). Ainsi, J. Chen et F. Hou ont signalé que ce renoncement est « *le résultat de la disponibilité limitée ou de la non-disponibilité des services de santé aux endroits et au moment où ces services sont requis* » (Chen et Hou, 2002, p. 27). Ce renoncement témoigne et reflète des lacunes perçues dans la prestation des services de santé.

Les problèmes d'accessibilité ont trait aux non recours aux services de santé en raison des inquiétudes à l'égard du coût ou du transport. Dans les deux derniers cas, le renoncement relève du système de santé. Il s'agit d'un renoncement subi. Cette catégorie de motifs a évidemment la plus forte incidence sur les politiques de santé, parce que ces facteurs pourraient être modifiés et



améliorés par les gouvernements et les responsables du système de santé (Chauvin *et al.*, 2012 ; Sibley & Glazier, 2009).

En définitive, le renoncement aux soins est un phénomène pluridimensionnel, mêlant des dimensions « objectives » et des dimensions « subjectives ». En étudiant les soins bucco-dentaires, Azogui-Lévy et Rochereau (2005) ont distingué trois déterminants du renoncement : le *besoin de soins*, la *représentation de la santé dentaire* et la *capacité financière des individus à satisfaire leur demande*. Les besoins de soins peuvent être approchés par les problèmes de santé bucco-dentaire déclarés. Ainsi, plus les problèmes de santé (et donc les besoins de soins) apparaissent importants, plus le renoncement à ces soins s'accroît. Le besoin de soins est appréhendé à la fois à travers des indicateurs de préférences des agents, ainsi qu'à travers des critères plus évidents comme l'état de santé et l'âge. Concernant la représentation de la santé dentaire ou de la notion de demande de santé : plus un individu portera attention à sa santé buccodentaire, plus sa demande de ces soins augmente. De ce fait, les déclarations de renoncement augmentent également. Enfin, le troisième facteur relève de la capacité financière des individus à satisfaire leur besoin de soins : « *à besoin et demande équivalents, un individu aura plus de chances de déclarer un renoncement s'il n'a pas la capacité financière pour les satisfaire* » (Azogui-Lévy & Rochereau, 2005, p. 7).

Précisons enfin que les motifs qui poussent au renoncement (évoqués plus haut) s'enchevêtrent et se combinent fréquemment entre eux. Il est en conséquence très difficile d'opérer une distinction nette entre les différents motifs en cause dans la décision de renoncement.

### **6.3. Le renoncement : un phénomène qui s'exprime à différentes étapes du parcours de soins**

Le parcours de soins ne se résume aucunement à la prise en charge épisodique d'une maladie. Il s'agit plutôt d'organiser une prise en charge coordonnée dans le temps et l'espace, tout au long de la maladie du patient (Chkair, Bouvet, Daurès, Landais & Castelli, 2014).

Le parcours de soins commence par la reconnaissance du symptôme ou d'un dysfonctionnement corporel, puis vient le choix du recours aux soins (accès primaire et secondaire). Ainsi, après une ou des consultations auprès du médecin traitant et/ou d'un spécialiste, le diagnostic est posé et le traitement médical sera appliqué au patient. Néanmoins, dans le cas où le problème n'est pas résolu, d'autres configurations sont possibles, constituées des contacts répétés entre le patient et le système de soins. Le parcours de soins dépend en général de la typologie et de la nature de la pathologie. Ainsi, le cas d'une maladie chronique diffère de celui d'une maladie non chronique<sup>5</sup>. Et pour une même pathologie, le parcours de soins est composé de plusieurs trajectoires possibles (Chkair *et al.*, 2014 ; Desprès, 2012).

---

<sup>5</sup> On distingue également les *maladies avec une seule pathologie*, ce qu'on appelle mono-facettes, et les maladies dans lesquelles les patients cumulent plusieurs pathologies (métaboliques multifacettes) (Chkair *et al.*, 2014).

Ces étapes du parcours de soins sont caractérisées par différents obstacles (financiers, organisationnels, territoriaux). En Effet, C. Desprès a signalé dans son étude que « *ces parcours sont structurés par différentes formes de contraintes, tout en possédant à chaque nouvel événement de santé une dynamique propre* » (Desprès, 2018, p. 160). Par conséquent, à différentes étapes de l'itinéraire thérapeutique, le patient pourrait renoncer à des soins pour divers motifs, aussi bien avant d'entrer dans le système de soins, c'est-à-dire avant de s'adresser à un professionnel de santé ou à une structure de soins (accès primaire), mais aussi une fois entamer le processus de soins (accès secondaire) (Despres, 2012). En effet, le renoncement peut se résumer à « *un ensemble de situations où des personnes ne réalisent pas certains soins dont elles auraient besoin, n'adressent pas une partie ou la totalité de leurs demandes au système de santé, ne continuent pas à se soigner alors qu'elles ont engagé des démarches* » (Revil, 2018, p. 30). Ces étapes sont liées essentiellement aux besoins du patient, à ses interactions avec le système de santé.

Notons que le non suivi des prescriptions médicales constitue également une forme de renoncement. En outre, si le patient repousse un soin en attendant d'avoir les capacités financières (salaire, couverture maladie), cela constitue une autre forme de renoncement. Le patient pourrait aussi renoncer aux soins en cherchant d'autres alternatives, notamment la médecine traditionnelle, l'auto-soins ou un traitement moins efficace mais plus accessible (Chkair *et al.*, 2014).

Retenons en conclusion que le renoncement dans chaque phase de l'itinéraire thérapeutique est lié principalement à l'accessibilité financière et territoriales aux soins de santé. De plus, les conceptions culturelles et sociales de la maladie et l'environnement social dans lequel évoluent l'individu et son entourage, peuvent avoir une influence non négligeable sur le renoncement aux soins des personnes (Desprès, 2012, 2018).

#### **6.4. Le renoncement et le non recours**

Le non recours aux soins est défini par la non consultation d'un professionnel de santé au cours d'une période donnée. Il traduit donc la non consommation de soins (Rode, 2010). La notion de non-recours à des soins désigne également « *un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait* » (Warin, 2011, p. 82). Il peut être lié à un manque de connaissances ou d'informations (Chauvin *et al.*, 2012). Pour A. Rode, le « non recours aux soins » évoque « *l'absence de contact avec le système de soins, désigne les individus comme à l'écart, éloignés ou en marge de ce système* » (Rode, 2010, p. 73).

Le renoncement diffère du non-recours aux soins dans la mesure où le *renoncement* renvoie à des soins non satisfaits déclarés par les personnes, alors que dans le *non recours* les besoins de soins non satisfaits sont avérés par des professionnels de la santé (Hervil, 2017 ; Warin, 2011). Par conséquent, dans le cas du renoncement, on est dans l'ordre du déclaratif et dans le cas du non recours on est dans celui du normatif (Warin, 2011).

Bien que les « renonçants » ne soient pas systématiquement des « non-recourants » (Warin, 2011), il y a cependant une forte homologie entre le renoncement aux soins et le non recours aux soins. Ainsi, les deux phénomènes ne divergent pas fondamentalement et se recoupe la plupart du temps, malgré que le renoncement soit basé sur les données des *besoins déclaratifs qui demeurent insatisfaits*. D'après les études disponibles, ces derniers ne sont pas du tout abusifs sur le plan médical. Ainsi, l'étude de Warin & Chauveaud (2014), par exemple, a indiqué que dans 94% des cas, les besoins de soins auxquels les personnes ont déclaré avoir renoncé ont été confirmés par les professionnels de la santé.

Après ce rapide tour d'horizon du cadre conceptuel de l'analyse des inégalités sociales de santé, nous allons présenter, dans ce qui suit, les principaux indicateurs et les problèmes méthodologiques que pose la mesure de ces dernières.

## II. QUANTIFIER LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : MESURE OBJECTIVE ET MESURE SUBJECTIVE

La quantification des inégalités sociales de santé mobilise deux approches complémentaires. Une mesure *objective*, la *consommation de soins* (recours aux soins) et une mesure dite *subjective*, le *renoncement aux soins*, qui se base sur les déclarations individuelles de renoncement aux soins durant l'année écoulée (Dourgnon, 2012). Quelle que soit l'approche retenue, quantifier les inégalités d'accès aux soins requiert d'abord et avant tout de disposer d'un échantillon représentatif de la population d'étude afin de pouvoir étudier sa distribution (Couffinhal, Tubeuf & Dourgnon, 2004 ; Jusot, 2013).

### 1. La mesure objective : la consommation de soins

La « consommation de soins » ou le « recours aux soins » est une mesure fréquemment utilisée pour apprécier l'ampleur des inégalités de santé. Elle est qualifiée d'*objective*, malgré que certaines études soient issues d'enquêtes déclaratives dont « *l'objectif poursuivi est d'avoir une mesure exacte du recours des individus aux soins* » (Dourgnon, 2013, p. 42). Elle se fonde sur les données de santé relatives aux consommations de soins, tels que la dépense, le volume de soins consommés ou le nombre de recours de la population étudiée au cours d'une période donnée.

Quelques travaux utilisent les fichiers de remboursement des caisses d'assurance maladie (Huber, 2008 ; Piasser & Raynaud, 2002 ; Raynaud, 2005). Cette méthode est basée sur l'ensemble des soins portés au remboursement pour un échantillon d'assurés. De ce fait, elle permet de mesurer les éventuelles inégalités dans la dépense totale de soins (mesure exhaustive). Néanmoins, elle présente comme inconvénient majeur de ne pas disposer que d'un nombre limité d'informations sur l'état de santé ou la situation sociale des assurés. De plus, cette méthode ne comporte pas d'informations sur les non assurés.

D'autres travaux mesurent les disparités de consommation de soins, tels que le nombre de visites chez le médecin, le taux d'hospitalisations ou encore le recours aux urgences ajusté à l'état

de santé déclaré dans les enquêtes en population. Ces travaux proposent concrètement une analyse du rapport entre les besoins médicaux et le recours aux soins, ainsi que les autres types de consommation en réponse à ces besoins (Aïach, 2000). En effet, mesurer les inégalités sociales d'utilisation des services de santé se résume pour l'essentiel à la quantification des différences de consommation de soins entre groupes sociaux, après ajustement par leur besoin de soins (Dourgnon, Or & Sorasith, 2012 ; Jusot, 2013 ; Huber, 2008 ; Van Doorslaer, Koolman & Jones, 2004 ; Or, Jusot & Yilmaz, 2009). Ainsi, la mesure des inégalités dans le recours aux soins de santé consiste à regrouper les individus dans des classes sociales selon leurs différentes caractéristiques (revenu, niveau d'éducation, catégorie professionnelle, région d'habitation...), puis voir comment l'utilisation des soins est concentrée dans les différentes parties de ces couches sociales. Ces utilisations sont par la suite confrontées aux besoins médicaux (objectifs) de ces individus, afin de porter un jugement sur leur caractère équitable ou non (Jusot, 2013 ; Mané, 2013). Les instruments et les outils pour mesurer ces concentrations d'utilisation des soins sont nombreux et différents d'une analyse à une autre. Nous citerons, à titre d'exemple, *la différence des taux (%) entre niveaux extrêmes*, *l'indice de Gini* (Van Doorslaer, Koolman & Jones, 2004) et *l'indice de concentration* (Devaux & de Looper, 2012 ; Mané, 2013 ; Perrin, 2000 ; Wagstaff & Van Doorslaer, 2000). Ces indices d'inégalité prennent une valeur positive lorsque l'utilisation des services de santé sont plus concentrés chez les plus favorisés, une valeur négative lorsque l'utilisation de ces services est relativement plus fréquente chez les moins favorisés et enfin une valeur nulle lorsque le recours est égalitaire (Jusot, 2013 ; Or, Jusot, & Yilmaz, 2009). Un autre indice consiste à présenter les résultats à l'aide des *odds ratios* ; il s'agit ici de mesurer les risques relatifs par rapport à un groupe de référence, soit les moins favorisés ou les plus favorisés (Dourgnon, 2013 ; Jusot, 2013 ; Or, Jusot, & Yilmaz, 2009)

L'analyse en termes de recours aux soins fait apparaître généralement des iniquités dans la consommation de soins dans la plupart des pays, c'est-à-dire des différences de consommation de soins – à besoin de soins égal – entre groupes sociaux et/ou selon le degré d'enclavement résidentiel ; le niveau et le sens de ces inégalités varient également de manière significative d'un pays à l'autre (Couffinhal *et al.*, 2004). Par exemple, plusieurs travaux ont montré que la probabilité de recours au médecin et le nombre de visites ne sont pas identiquement distribués parmi les différents groupes socio-économiques, après ajustement par l'âge, le sexe et l'état de santé (Devaux & de Looper, 2012 ; Doorslaer, Koolman & Jones, 2004 ; Doorslaer & *al.*, 2006).

Néanmoins, toutes ces approches par la consommation, bien qu'elles offrent quelques informations sur les écarts de recours et d'utilisation des services de santé entre les groupes sociaux, restent dans une certaine mesure perfectibles. Elles permettent ainsi d'identifier « *qui consomme plus, qui consomme moins, mais pas qui consomme trop, ou pas suffisamment* ». (Desprès *et al.*, 2011a, p. 86), dans la mesure où les différences de consommation de soins peuvent être liées à des préférences différentes par rapport à la santé et au corps (Boltanski, 1971 ; Sérange-Fonterme, 1983). De plus, elles ne fournissent pas un éclaircissement sur les difficultés et les obstacles rencontrés par les patients pour accéder aux services de santé ; ces renseignements étant d'une importance capitale dans la mesure où ils « *reflètent mieux les interactions de la population avec le système de santé* » (Sanmartin *et al.*, p. 18). Enfin, les méthodes

conventionnelles reposent sur des mesures de mauvais état de santé, ce qui peut ne pas mesurer adéquatement le besoin de soins de santé.

En définitive, cette approche par la consommation de soins ne prend pas en considération les contraintes et les obstacles rencontrés pour accéder à cette utilisation (accès primaire) et lors de cette utilisation (accès secondaire). Ces obstacles peuvent *in fine* se traduire par un comportement de renoncement aux soins. Ce dernier comportement se produit lorsque « *les individus ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit* » (Desprès *et al.*, 2011b, p. 3). C'est cette mesure subjective qu'on va aborder dans le deuxième point.

## **2. La mesure subjective : le renoncement aux soins**

Le renoncement aux soins est une mesure assez récente, mais – comme nous le verrons – de plus en plus utilisée pour apprécier l'ampleur des obstacles et des inégalités d'accès aux soins au sein d'une population. Cet indicateur, qualifié de *subjectif*, est aujourd'hui très largement utilisé dans les pays développés et souvent « institutionnalisé » dans les enquêtes annuelles de santé auprès de la population. Dans sa dimension financière, il est souvent mobilisé dans des études sur la protection sociale.

Dans ce point, nous aborderons la pertinence de l'approche par le renoncement aux soins dans les études sur l'accès aux soins, ainsi que comment il permet de dépasser certaines limites des mesures objectives de consommations de soins. Il s'agira également d'évoquer comment ce comportement de renoncement aux soins présente un problème de santé publique.

### **2.1. Le renoncement aux soins comme un indicateur des inégalités d'accès aux soins**

Le renoncement aux soins constitue aujourd'hui un indicateur d'évaluation des politiques publiques de santé dans de nombreux pays (Allin *et al.*, 2010 ; Dourgnon *et al.*, 2012), notamment en termes d'inégalités d'accès aux soins. En effet, « *le concept de renoncement aux soins médicaux peut être utile pour décrire une facette de la réalité économique et sociale* » (Mizrahi & Mizrahi, 2011, p. 2). Des nombreuses études ont conclu que les besoins de soins non satisfaits révèlent un problème (obstacle) d'accès, et permet dès lors d'identifier et de déterminer directement un problème de disparité dans l'accès aux soins (Allin *et al.*, 2010 ; Ancelot & Depret, 2014 ; Boisguérin *et al.*, 2010 ; Chen & Hou, 2002 ; Desprès, 2011a ; Dourgnon *et al.*, 2012. ; Fjær *et al.*, 2017 ; Guend & Tesson, 2009 ; Kasman & Badley, 2004 ; Law *et al.*, 2005 ; Wu, Penning & Schimmele, 2005 ; Levesque *et al.*, 2007 ; Sanmartin *et al.*, 2002). Ainsi, le renoncement aux soins rend compte des difficultés à accéder aux soins, des obstacles rencontrés et des contraintes budgétaires pesant les personnes et les familles ; c'est-à-dire une situation dans laquelle un individu ne reçoit pas de soins ou abandonne la démarche d'obtention des soins, alors qu'il ressent un désordre corporel ou psychique (soins curatifs) ou souhaite protéger sa santé (soins préventifs). De ce fait, le renoncement identifie des besoins de soins non satisfaits. Ces derniers correspondent donc à « *la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour*



*traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus* » (Sanmartin *et al.*, 2002, p. 17). Rappelons que l'équité d'accès aux soins, qui stipule donc le respect du principe d'équité horizontale (un traitement égal à besoin égal), reste un indicateur pertinent de l'équité des systèmes de soins (Dourgnon *et al.*, 2012 ; OMS, 2009).

Le renoncement aux soins intègre un double regard. Le premier regard porte sur le système de protection sociale censé favoriser l'accès aux soins. Il interroge ainsi l'efficacité et l'efficacités de la protection sociale, car elle ne joue pas suffisamment son rôle en tant que protecteur en raison des entraves qui persistent (Warin, 2013). Le second regard porte sur le système de santé (organisation des soins, distance d'accès, disponibilité des professionnels de santé...). Ainsi, les déclarations de renoncement aux soins reflètent les contraintes et les problèmes d'accès aux soins. En outre, le renoncement aux soins dans son volet financier est considéré comme un indicateur majeur du fait de son fondement socioéconomique et de sa nature modifiable par des interventions et des politiques publiques (Chauvin *et al.*, 2012). Enfin, C. Desprès signale également que « *la notion comporte un réel intérêt heuristique en dévoilant les dynamiques des parcours de soins, notamment la position des individus, leurs marges de manœuvre, leurs interactions avec le système de santé* » (Desprès, 2013, p. 93).

En outre, des besoins non satisfaits pourraient survenir en dépit d'une utilisation élevée des services, notamment dans le cas où ces services sont inférieurs aux normes dans n'importe quelle dimension de qualité, d'efficacité et de pertinence (Allin *et al.*, 2010 ; Dourgnon, 2012 ; Nelson & Park, 2006, Zuckerman & Shen, 2004). En effet, l'utilisation des services de santé est habituellement mesurée en fonction des taux de visites, de sorte qu'une répartition apparemment égale de l'utilisation, ajustée par les besoins selon le statut socioéconomique, peut ne pas être équitable si les services utilisés sont de faible qualité ou inappropriés.

Enfin, Allin *et al.*, (2010) a montré dans son étude au Canada que les évaluations subjectives du renoncement fournissent des informations complémentaires pertinentes aux méthodes objectives de mesure des inégalités. En effet, l'étude de l'accès aux soins à travers l'approche du renoncement permet de divulguer un aspect d'une réalité dans les études sur les disparités de consommations de soins entre les personnes aisées et pauvres, à état de santé contrôlé. La question qui se pose alors est celle-ci : *La moindre consommation des personnes défavorisées est-elle liée à la non disposition de moyens financiers ou à une faible préférence pour la santé ?* L'approche par renoncement permet dès lors de déterminer la nature de l'inégalité (Desprès *et al.*, 2011a).

Au final, retenons que l'étude des inégalités d'accès aux soins par l'approche du renoncement aux soins est très importante. Cette approche repose sur la subjectivité de l'individu, elle le positionne ainsi comme acteur de sa prise en charge et non comme objet (Desprès, 2012).

## **2.2. Le renoncement aux soins comme un problème de santé publique**

Le renoncement aux soins pose fondamentalement un problème de santé publique en raison de l'effet pathogène qu'il peut avoir sur l'état de santé futur (Allin *et al.*, 2010 ; Azogui-Lévy et

Rochereau, 2005 ; Dourgnon, 2012). Ainsi, Dourgnon *et al.* (2012), en partant des données de l'*Enquête Santé et Protection Sociale* (ESPS), a étudié l'impact du renoncement aux soins sur l'évolution de l'état de santé général quatre ans plus tard à l'aide d'un *modèle probit bivarié*. Les résultats de cette étude montrent que les personnes ayant renoncé à des soins à la date *t* ont plus de risque de voir leur état de santé se détériorer quatre ans plus tard, indépendamment des caractéristiques individuelles qui ont un effet sur l'évolution de l'état de santé.

Concernant les soins dentaires, Azogui-Lévy et Rochereau (2005), à l'aide de *modèles biprobit*, ont montré que, sur un échantillon de 2194 individus, les personnes ayant renoncé aux soins ont, toutes choses égales par ailleurs, 1,8 fois plus de chances de voir leur état de santé bucco-dentaire se dégrader entre 1992 et 2000.

S'agissant des soins maternels, les femmes ayant renoncé à des soins périnataux et ayant connu des problèmes de santé durant la grossesse ont une probabilité relativement plus forte de donner naissance à un nourrisson connaissant un problème de santé (Ancelot, Bonnal & Depret, 2018).

De plus, le renoncement aux soins peut générer à terme un coût supérieur pour la société. En effet, renoncer à certains types de soins peut entraîner une dégradation de l'état de santé, des complications qui nécessiteraient des traitements plus lourds et coûteux ou encore des interventions chirurgicales qui pourraient être évitées. Il pourrait également entraîner une réduction du taux de survie, notamment dans le cas des cancers. Enfin, les diagnostics non faits ou tardivement, ou encore les maladies chroniques non prises en charge peuvent évoluer vers des complications (diabète, hypertension artérielle, malformation cardiaque...).

De plus, renoncer à certains actes préventifs, comme la mammographie et le frottis pour les femmes ayant plus de 40 ans, pourrait entraîner des complications et des surcoûts. Par ailleurs, certains soins non pris en charge précocement peuvent avoir un impact sur le parcours de vie (scolaire, professionnel...) ou sur le parcours de santé (comme les soins d'orthodontie à l'adolescence, par exemple) (Desprès, 2011).

Au-delà des effets qu'il peut avoir sur la santé future de l'individu, le renoncement peut également avoir des effets significatifs sur la santé publique, notamment dans le cas des maladies infectieuses où le renoncement aux soins des individus peut occasionner des risques de contagion car, par exemple, les personnes non vaccinées augmentent le risque de transmission dans la population. Par conséquent, le renoncement d'un individu à des soins n'engage pas la seule santé de l'individu mais toute la collectivité.

C'est pour toutes ces raisons que le renoncement aux soins est de plus en plus appréhendé comme un véritable problème de santé publique.

### **2.3. Les limites du renoncement aux soins**

L'analyse du renoncement aux soins dans l'étude des inégalités d'accès aux soins comporte cependant des limites, du fait notamment que le renoncement part d'un besoin de soins ressenti

par l'individu et non satisfait, et qu'il n'est pas diagnostiqué par un médecin (Dourgnon, 2012). De plus, les individus ne perçoivent pas identiquement les besoins de soins. Ainsi, à besoin médicalement identique, déclarer un renoncement aux soins peut être amplifié ou au contraire diminué à cause d'un manque de connaissances (Renahy *et al.*, 2011). En outre, les individus qui ont de fortes préférences pour leur santé vont évaluer à la hausse leur besoin de soins à état de santé donné. Ces individus désireront plus de soins que les autres pour prendre en charge la même maladie. Dès lors, la perception de ces besoins de soins peut être influencée par les attentes des personnes, et non liée à l'état de santé et aux besoins réels de services (Lesveque *et al.*, 2007).

Par ailleurs, pour demander des soins ou entrer dans le système de soins, il faut que la personne interprète et qualifie un symptôme qui déclenche une demande. Or, l'interprétation des symptômes ou d'un trouble qui nécessite une prise en charge dépend de la manière dont la santé est valorisée, du système de prise en charge, de la connaissance des filières de soins et de la manière dont le rapport au corps est socialisé (Boltanski, 1971 ; Desprès, 2011 ; Chauvin *et al.*, 2011). En effet, il est largement admis que les personnes en situation de précarité donnent moins d'importance à leur santé (Chauvin & Parizot, 2005, 2010 ; Desprès, 2012). Ainsi, une partie de leur besoin sont cachés, ou mis à l'écart et ne donne pas lieu à l'expression d'une demande de soins. Ce qui pourra conduire à une minimisation des écarts observés avec le reste de la population (Desprès, 2012). Dès lors, cette « norme » n'a pas la même pertinence pour toute la population, notamment auprès des personnes en situation d'exclusion, de grande difficulté sociale, de mise à distance particulière par rapport au système de soins (Chauvin *et al.*, 2012 ; Desprès, 2012).

En outre, l'approche par le renoncement aux soins, qui repose donc sur les déclarations subjectives des individus dans les enquêtes durant l'année, peut véhiculer des biais qui généralement ne sont pas contrôlés dans les réponses des enquêtés (Ancelot, Bonnal & Depret, 2016).

Signalons, pour finir, que notre étude empirique (cf. chap. 4, 5 et 6) s'inscrit simultanément dans ces deux approches permettant de mesurer les inégalités sociales de santé : *consommation des soins* (en termes de recours aux médecins généralistes et spécialistes) (cf. chap. 4) et *renoncement aux soins* (cf. chap. 5 et 6).

### III. ÉTAT DE L'ART SUR LES DÉTERMINANTS DES INÉGALITÉS SOCIALES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Dans cette section, nous allons d'abord présenter les principaux travaux empiriques ayant traité des déterminants d'utilisation des services de santé, notamment en ce qui concerne le recours aux médecins généralistes et spécialistes. Par la suite, nous ferons une revue de la littérature empirique sur les déterminants du renoncement aux soins de santé. Enfin, nous terminerons par une recension des travaux empiriques sur les inégalités d'accès aux soins en Algérie.



## 1. Analyse de la littérature sur les déterminants d'utilisation des services de santé

Nombreux sont les travaux empiriques ayant mis en évidence des inégalités sociales liées à l'utilisation différentielle des services de soins de santé (cf. Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Dourgnon *et al.*, 2012 ; Or *et al.*, 2009 ; Raynaud, 2005). Ces disparités sociales dans l'accès et le recours aux soins remettent en cause radicalement le *principe d'équité horizontale* selon lequel les individus doivent avoir un égal accès aux soins à besoin de santé équivalent, indépendamment de leur situation socio-économique (OMS, 2009).

D'un point de vue théorique, les inégalités d'accès et de recours aux soins sont liées aux caractéristiques intrinsèques du système de santé (offre) et à celles de la population bénéficiaire des soins (demande). C'est dans cet ordre d'idées que Sérance-Fonterme (1983) distingue trois logiques ou perspectives pour l'analyse du recours et de la consommation médicale : la *logique individualistes*, la *logique de différenciation sociale* et la *logique du système d'offre*.

### 1.2. La logique individualiste

Selon la *logique individualiste*, les disparités de consommation de soins sont liées à l'existence ou à l'apparition de la maladie et aux caractéristiques individuelles de la personne (âge, sexe, état de santé). Selon cette approche, les disparités de recours aux soins sont essentiellement liées à des facteurs démographiques et/ou biologiques qui conditionnent de façon primordiale la consommation médicale (Mizrahi & Mizrahi, 1993 ; Sérance-Fonterme, 1983). Cette approche est évidemment très réductrice dans l'explication qu'elle propose des disparités en matière de recours aux soins.

En France, les travaux de Arwidson & Guilbert (2001) ont montré que le recours aux généralistes est principalement lié à l'état de santé, par contre le recours aux médecins spécialistes est différencié selon le sexe et l'âge. Plus spécifiquement, l'étude de Piaser & Raynaud (2002) a montré que les enfants et les personnes âgées et ceux ayant une maladie chronique, ont tendance à plus consulter pour les deux praticiens. C'est en ce sens que l'étude de Mormiche (1993) révèle que les enfants et les plus jeunes consomment relativement beaucoup de soins. Il explique ses résultats par la multiplicité des affections aiguës bénignes, notamment en ORL, mais aussi à l'attention ou l'inquiétude spécifique des parents. Aussi, l'étude de Aguzzoli *et al.* (1994) a montré que le nombre de consultations chez un généraliste augmente avec l'âge, traduisant par-là la poly-pathologie des personnes âgées.

L'étude de Tchicaya et Lorentz (2011) au Luxembourg a abouti à des résultats similaires. Elle conclue que les femmes et les personnes qui déclarent une moins bonne santé que les autres, à savoir une perception moyenne ou mauvaise de l'état de santé, le fait de souffrir de maladies chroniques et de connaître des limitations d'activité pour cause de problème de santé, sont proportionnellement plus nombreuses à recourir aux soins des médecins spécialistes.

Au Maroc, enfin, l'étude de Jouilil & Lechheb (2019) conclue que le fait d'avoir une maladie chronique multiplie par 3,5 la probabilité d'aller consulter.

## 1.2. La logique de différenciation sociale

La *logique de différenciation sociale* consiste à expliquer les disparités de consommation médicale selon la catégorie socioprofessionnelle. Dans cette perspective, c'est les conditions socioéconomiques (niveaux de revenu, niveau de vie, coût des soins, couverture maladie) et éducatives (niveau d'instruction) de la personne qui déterminent en dernière instance le comportement de recours aux soins. L'hypothèse implicite étant que les individus ont tendance à accentuer les ressemblances entre les membres de leur propre groupe et les différences par rapport aux membres des autres groupes ou catégories (Juteau, 2003). Nombreuses sont les études ayant montré dans cette perspective que l'utilisation du système de santé varie avec la position socio-économique des personnes (Bihr & Pfefferkorn, 2008 ; Couffinhal *et al.*, 2005a, 2005b ; Coulibaly *et al.*, 2008 ; Haddad *et al.*, 2004 ; de Looper & Lafortune, 2009 ; Sérange-Fonterme, 1983).

Dès lors, il est amplement admis que les disparités de recours aux soins sont, dans une large mesure, liées à la structure sociale. Il y a, par exemple, de grandes disparités dans les consultations, variables selon le type de médecin, entre les couches sociales. La consommation d'actes spécialistes en particulier diminue au fur et à mesure qu'on descend dans l'échelle sociale (Bihr & Pfefferkorn, 2008 ; Haddad *et al.*, 2004 ; Lafortune & Devaux, 2012 ; Mormiche, 1993 ; Sérange-Fonterme, 1983). L'étude de Mormiche (1993) montre ainsi que la catégorie sociale la plus consommatrice est celle dite des "cols blancs" (employés, professions intermédiaires et cadres), suivies par les paysans et les ouvriers, proches de la moyenne, et enfin les commerçants et les artisans, qui sont relativement les moins consommateurs. Pour donner un ordre de grandeur de ces disparités, un cadre ou assimilé – à âge et sexe comparables – consulte deux fois plus souvent un spécialiste et consomme en moyenne 1,9 fois plus de médicaments prescrits qu'un ouvrier non qualifié (Bihr & Pfefferkorn, 2008, p. 7). Les études menées par Gaétan Lafortune et Marion Devaux et par le groupe *Ecuity* ont montré également que dans la plupart des pays de l'OCDE<sup>6</sup>, après standardisation selon le besoin, le taux de recours à un spécialiste est en faveur des groupes de revenus les plus élevés, tout en soulignant que cette différence est faible pour le recours au médecin généraliste (Lafortune & Devaux, 2012). Soulignons que ces résultats sont concordant avec les études de Doorslaer & Masseria (2004) et Or *et al.* (2009). En France, par exemple, 68% des personnes à revenus élevés ont déclaré avoir consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois, par rapport à 46% pour les personnes à faibles revenus (Lafortune & Devaux, 2012, p. 30).

D'autres études confirment cette influence de la catégorie socioéconomique d'appartenance sur la consommation de soins. C'est notamment le cas de l'étude de Or, Jusot & Yilmaz (2009) sur les personnes âgées de 50 ans et plus en France. Reprenant les résultats de la première vague de l'enquête SHARE (*Survey of Health Ageing and Retirement in Europe 2004-2005*)<sup>7</sup>, cette étude se propose de mesurer les inégalités de recours aux soins par les *odds ratios*

<sup>6</sup> Cette étude couvre la moitié des pays de l'OCDE (17 sur 34), et comprend des pays de différentes parties de l'Europe et des pays non-Européens (Canada, États-Unis et Nouvelle-Zélande).

<sup>7</sup> L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe constitue une base de données multidisciplinaire, internationale et longitudinale permettant d'étudier les problématiques du vieillissement. Elle

associés aux différents quartiles de revenu. Elle montre que 50% les plus riches ont un recours près de deux fois plus fréquent au médecin spécialiste que 25% les plus pauvres. S'agissant du recours aux généralistes, il ressort de l'étude que celui-ci n'est pas fondamentalement inégalitaire entre les groupes de revenus. Ces résultats sont similaires à d'autres travaux (Arwidson & Guilbert (2001) ; Piasser & Raynaud 2002) ayant montré que le revenu et le niveau d'instruction n'avaient pas d'influence sur le recours aux médecins généralistes, tout en ayant un effet positif significatif sur le recours aux spécialistes.

En outre, les travaux de Leclerc, Kaminski & Lang. (2008) ont montré que la proportion de personnes qui consultent un médecin spécialiste ou un dentiste est très fortement liée à toutes les variables socioéconomiques. Les ménages de cadres supérieurs sont ceux qui recourent le plus aux médecins spécialistes ; les personnes qui ont recours le moins aux spécialistes étant les personnes vivant dans les ménages d'ouvriers non qualifiés et d'agriculteurs. Seule l'absence de couverture complémentaire est associée à un moindre recours aux médecins généralistes.

Dans les pays en développement, beaucoup d'études empiriques confirment également l'existence de disparités de consommation médicale selon la catégorie socioprofessionnelle, notamment dans les pays africains (Ridde, 2012). L'étude de Loba (2015) sur la faible sollicitation des centres de santé à Abidjan (Côte d'Ivoire) a montré, à partir d'un échantillon de 100 ménages, que les populations les plus économiquement vulnérables courent le risque d'une marginalisation sanitaire accrue. Les déterminants les plus explicites étant ici les frais de transport, le revenu, les dépenses des soins, les conditions d'accueil, la commune de résidence et le temps d'attente avant réception du patient. Par ailleurs, l'étude de Jouilil & Lechheb (2019) au Maroc indique que le recours aux soins est lié à la couverture assurantielle, le revenu et le niveau d'instruction. Ainsi, les ménages dont le chef de ménage est alphabétisé ont plus de chance de recourir aux soins de santé à peu près 8,4 points de pourcentage par rapport à leur homologue analphabète.

Ces inégalités de recours aux soins peuvent être expliquées par deux grands facteurs relatifs à la demande de soins : les *facteurs d'ordre socioculturel* et les *facteurs d'ordre économiques*. Ainsi, l'existence des barrières culturelles et informationnelles contribue à la formation des inégalités de recours aux soins (Couffinhal *et al.*, 2005a, 2005b). Il est admis en ce sens que les plus pauvres ont une moindre connaissance des filières de soins et un recours tardif aux soins curatifs, notamment en raison d'une perception et d'une représentation différente du corps et de la maladie par cette catégorie sociale. La décision de faire appel aux services médicaux dépend en effet d'une reconnaissance par l'individu de la nécessité d'un secours médical. Le fait de consommer ou non est étroitement lié à la façon dont est ressenti le besoin de soins médicaux. Or, il existe une perception différente de la maladie selon les groupes sociaux. Et les personnes

---

concernant plus de 80 000 européens âgés de 50 ans et plus. L'enquête est réalisée tous les deux ans depuis 2004 et se déroule désormais dans vingt-sept pays européens. Les données recueillies grâce à SHARE portent sur l'état de santé des répondants et de leurs proches, ainsi que sur leur situation sociale (famille, entraide, réseaux sociaux) et économique (emploi, retraite, patrimoine). Les données des six premières vagues d'enquête sont accessibles en ligne : <http://www.share-project.org/data-documentation.html>

en situation de précarité n'accordent pas à la santé la même importance que le reste de la population (Boltanski, 1971 ; Chauvin & Parizot, 2005 ; Joubert, 1995). La fragilité de leurs conditions de vie, de leurs liens sociaux, l'instabilité de leur emploi, autant de sujets qui préoccupent les personnes en situation précaire et les empêchent de s'inquiéter de leur propre santé. Ceci est d'autant plus marquant dans les familles. Lorsqu'ils sont encore en capacité de le faire, les parents investissent toutes leurs ressources, toute leur énergie pour que leur enfant ne manque de rien. Leur propre santé ne passe qu'après (Lavoue, 2004 ; Wislez, 2006). En sommes, l'interprétation des symptômes ou d'un trouble qui nécessitent une prise en charge dépend de la manière dont la santé est valorisée, du système de prise en charge et de la manière dont le rapport au corps est socialisé (Boltanski, 1971 ; Després *et al.*, 2011a, 2011b ; Chauvin *et al.*, 2012).

Ainsi, les questions psychologiques ou émotionnelles, telles que la peur et les sensations physiques, sont des facteurs importants dans la décision de consulter ou non un médecin. C'est en ce sens que l'étude de Edo-Izquierdo, Martínez-Blanquet & Rovira (2020) a essayé de hiérarchiser les principaux facteurs prédictifs de la décision d'aller chez le médecin dans un échantillon de 168 adultes de la population générale âgés de 28 à 60 ans. Il ressort de cette étude que l'interférence des symptômes avec les activités quotidiennes est le facteur qui augmente le plus fortement l'urgence de consulter un médecin, en particulier chez les hommes et les personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé. Suivies par la peur, la douleur, l'accessibilité aux soins médicaux et la confiance dans le médecin. Enfin, d'autres facteurs interviennent également notamment le sexe et le niveau d'instruction.

Ces inégalités sociales de recours peuvent également être le reflet de barrières financières à l'accès aux soins, notamment le coût des soins, la couverture par l'assurance maladie, la disponibilité financière du moment, en lien avec les ressources de la personne (revenu, réserves, allocations) et les autres dépenses non-médicales, notamment les dépenses incompressibles (Després *et al.*, 2011b ; Haddad *et al.*, 2004 ; Coulibaly *et al.*, 2008, Jouilil & Lechheb, 2019). D'une façon générale, le revenu des ménages agit comme une contrainte majeure dans la capacité à utiliser les services de professionnels et dans la consommation des soins de santé (Haddad *et al.*, 2004).

### **1.3. La logique du système d'offre**

Enfin, la logique du système d'offre de soins (Salem, 1995 ; Picheral, 2001 ; Ménard, 2002 ; Fournier & Haddad, 1995, Raynaud, 2013) part de l'hypothèse que si les besoins de soins sont l'expression de besoins de santé de l'individu, ils sont aussi largement définis par les types de réponses apportés par le système de santé. Selon cette dernière approche, les disparités de consommation de soins des individus sont d'abord largement liées à la localisation et à la répartition territoriale de l'offre de soins (densité médicale, indice lits/population, qualité des équipements...). Le recours au spécialiste semble d'autant plus fréquent que l'offre de soins est importante : les individus résidant dans des départements à forte densité de spécialistes déclarent ainsi plus fréquemment en avoir consulté un au cours des 12 derniers mois (Arwidson & Guilbert, 2001, DRESS, 2010). Au Maroc, l'étude de Jouilil & Lechheb, (2019) a montré que le milieu de

résidence à un effet sur le recours aux soins préventifs. En effet, pour toute chose égale par ailleurs, les ruraux ont moins de 8,3% de chance de consulter par rapport aux citoyens.

Toujours dans le cadre de cette approche, le recours inégal aux soins dans une population est également influencé par l'organisation et le mode de financement du système de santé. Les inégalités de recours aux soins de spécialistes sont ainsi les plus fortes dans les pays où le reste à charge des patients est important et dans ceux qui ont mis en place des systèmes bismarckiens d'assurance sociale financés par cotisations. Dans les pays où domine l'assurance-maladie privée, comme aux États-Unis, les inégalités de recours aux soins sont évidemment encore plus prononcées. L'assurance-maladie privée tend ainsi à favoriser la population la mieux nantie, et contribue dès lors à augmenter les inégalités sociales en matière de santé (Quesnel-Vallée & Bourque, 2008). En revanche, les inégalités sont réduites dans les pays ayant mis en place des systèmes beveridgiens financés par taxation, où les soins sont le plus souvent gratuits au point de délivrance et où le médecin généraliste endosse généralement le rôle de « porte d'entrée » du système de santé (*gatekeeper*), c'est-à-dire de coordinateur des soins et d'orienteur dans le système.

Enfin, la qualité de l'offre de soins (compétence technique, qualité de l'accueil, temps d'attente avant réception du patient...) influence également le recours inégal aux soins chez la population (Coulibaly et al., 2008, Loba, 2015).

Retenons, en définitive, que ces différentes perspectives (logique individualiste, logique de différenciation sociale, logique du système d'offre) ne sont pas totalement autonomes et reflètent des aspects particuliers d'une même interprétation du fonctionnement de la société et de son système de santé (Sérange-Fonterme, 1983). Le comportement des individus est ainsi lié au système. Et le système de santé n'est en définitive qu'une entité du système économique, sociale et politique (Bihl & Pfefferkorn, 2008).

D'un point de vue théorique, nous prendrons le parti d'inscrire notre investigation empirique dans la *logique de différenciation sociale* telle que définie par Sérange-Fonterme (1983). Notre principal objectif étant de démontrer que la situation socio-professionnelle au sens large a une influence décisive sur le recours et le renoncement aux soins des personnes. Comme nous le verrons plus loin, nombre d'études empiriques ont pu ainsi montrer dans cette perspective que l'utilisation du système de santé varie avec la position socio-économique des patients (Ancelot *et al.*, 2016 ; Bihl et Pfefferkorn, 2008 ; Bouba-Olga & Vigé, 2014 ; Haddad *et al.*, 2004 ; Lee *et al.*, 2015 ; Mizrahi & Mizrahi, 1993 ; Thomas et Menager, 2017).

## **2. Analyse de la littérature sur les déterminants du renoncement aux soins**

La question des besoins de soins non satisfaits ou du renoncement aux soins ont fait l'objet de nombreux travaux empiriques aux **États-Unis** (Allin *et al.* 2010 ; Ayanian *et al.*, 2000 ; Litaker & Love, 2005 ; Mollborn *et al.*, 2005 ; Shi & Stevens, 2005), au **Canada** (Chen & Hou, 2002 ; Guend & Tesseron, 2009 ; Law *et al.*, 2005 ; Levesque *et al.*, 2007 ; Sanmartin *et al.*, 2002 ; Sibley & Glazier, 2009 ; Wu *et al.*, 2005), en **Europe** (Allin & Masseria, 2009 ; Chaupain-Guillot



*et al.*, 2014) et en **France** (Azogui-Lévy & Rochereau, 2005 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Berchet, 2013 ; Boisguérin *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b ; Dourgnon *et al.*, 2012 ; Célant *et al.*, 2014 ; Renahy *et al.*, 2011 ; Mizrahi & Mizrahi, 1993 ; Revil, 2018).

Certaines de ces études ont été menées à partir de *cohortes en population générale* (Allin *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b ; Dourgnon *et al.*, 2012a, 2012b ; Shi et Stevens, 2005). D'autres études ont porté sur des *franges spécifiques de la population* : personnes sans domicile (Benoist, 2008 ; Moisy, 2015) ; habitants de zones urbaines sensibles (Bazin *et al.*, 2006), immigrés (Berchet, 2013) ; usagers de centres de soins gratuits (Collet *et al.* (2006) ; enfants ayant des besoins spécifiques en matière de santé (Dusing, Skinner & Mayer, 2004) ; étudiant (Castray *et al.*, 2019) ; femmes parturientes (Ancelot *et al.*, 2016). Ces travaux ont permis d'identifier très précisément les déterminants multiples (économiques, sociaux, psychologiques, institutionnels, géographiques...) du renoncement aux soins.

Au États-Unis, pays pionnier dans les d'études sur le renoncement aux soins, de nombreuses questions d'enquête sont formulées afin de mesurer ce renoncement qui se pose à travers des obstacles d'accès, tels que les coûts ou l'absence de couverture maladie. Généralement, ces questions sont liées directement au renoncement pour raisons financières au cours des 12 derniers mois. Ainsi, ces études ont pu identifier des corrélations entre le renoncement aux soins, le revenu et la couverture assurancielle. Les personnes qui renoncent le plus aux soins sont les personnes à faibles revenus et/ou non assurées (Diamant *et al.*, 2004 ; Litaker & Love, 2005 ; Pagan & Pauly, 2006 ; Shi & Stevens, 2000).

Dans les pays dotés d'un système de santé universels, comme en Europe et au Canada, la recherche sur le renoncement aux soins a été moins étendue et beaucoup plus tardive qu'au États-Unis. Cela peut être expliqué par l'absence relative d'obstacles directs aux soins comme les coûts.

Au Canada, l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) interrogent (respectivement chaque deux ans et annuellement) les répondants au sujet de la perception des besoins non satisfaits. L'étude a montré que la prévalence du renoncement est en augmentation continue depuis au moins une vingtaine d'années (Chen & Hou, 2002 ; Guend & Tesseron, 2009 ; Sanmartin *et al.*, 2002 ; Sibley & Glazier, 2009 ; Wu *et al.*, 2005). L'accès aux soins de santé est ainsi contrarié pour diverses raisons, liées surtout au fonctionnement du système de santé (listes d'attente et éloignement du centre de soins le plus proche, notamment) ou à des facteurs d'ordre personnels (notamment la crainte de ne pas être compris par le médecin ou de manquer de temps pour se soigner).

En France, les études sur ce thème se sont focalisées principalement sur le renoncement pour des raisons financières (Azogui-Lévy & Rochereau, 2005 ; Dourgnon, 2012 ; Chauvin *et al.*, 2012). Les deux principaux déterminants du renoncement identifié par les enquêtes sont la faiblesse des ressources et le fait de ne pas avoir de complémentaire santé.

Le renoncement aux soins, en tant que tel, n'a jamais fait à notre connaissance l'objet de recherches en Algérie, à l'exception notable d'une étude exploratoire sur le renoncement aux soins maternels dans la Wilaya de Bejaia (Chalane, Cheurfa & Kaid Tlilane, 2020). Il ressort de cette étude que les caractéristiques individuelles et familiales de la parturiente (niveau d'instruction, revenu du ménage, lieu de résidence...) ont un effet significatif sur la décision de renoncement ou de non-recours aux soins maternels.

Dans ce qui suit, nous allons présenter en détail les déterminants financiers, sociodémographiques, psychosociaux, organisationnels et informationnels et ceux liés au système de santé, du renoncement aux soins tels qu'identifiés dans les études empiriques. Ce rapide tour d'horizon nous permettra de définir progressivement les principaux thèmes et questions soulevés par la problématique du renoncement aux soins de santé.

## **2.1. Les déterminants socio-économiques**

D'après la littérature scientifique disponible, la *situation financière objective* de l'individu et du chef de ménage, la *situation socioprofessionnelle au sens large* de l'individu et la *couverture maladie et la qualité des garanties qu'elle offre*, sont des facteurs qui ont une influence décisive sur le risque de renoncement aux soins.

### **2.1.1. La situation financière de l'individu et/ou du ménage**

Le renoncement aux soins est plus fréquent dans les groupes sociaux les plus défavorisés (Allin & Masseria, 2009 ; Azogui-Lévy & Rochereau, 2005 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Berchet, 2013 ; Boisguérin *et al.*, 2010 ; Bouba-Olga & Vigé, 2014 ; Desprès *et al.*, 2011a, 2011b, 2011c ; Dourgnon, 2012 ; Fjær *et al.*, 2017 ; Haddad, Nougara & Ridde, 2004 ; Lafortune & Devaux, 2012 ; Raynaud, 2005). Ainsi, l'obstacle financier est le motif de renoncement le plus fréquemment cité par les enquêtés dans de nombreux travaux réalisés sur cette question. Une enquête réalisée dans le cadre de 11 pays industrialisés a permis de mettre en évidence que plus de 10% de la population enquêtée déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières (Schoen *et al.*, 2010). Trois études, qui ont comparé le renoncement aux soins en Europe à partir des enquêtes *Survey on health aging and retirement in Europe (2004)* et *Survey of income and living conditions (2004)*, ont confirmé le même constat, à savoir que renoncement aux soins était plus élevé chez les personnes à faibles revenus (Allin & Masseria, 2009 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Boisguérin *et al.*, 2010). Enfin, l'étude de Fjær *et al.* (2017) montre que les contraintes financières se sont avérées être un facteur important pour tous les types de besoins non satisfaits en matière de soins de santé en Europe.

Le rôle du revenu s'avère central dans l'accès financier et géographique aux services de santé. Ainsi, la plupart des travaux sur l'accès aux soins (Dourgnon, 2012, Chauvin *et al.*, 2012 ; Thomas & Menager, 2017) ont montré que le renoncement est corrélé négativement avec le niveau du revenu. En effet, le travail mené par Chauvin *et al.*, (2012) a démontré que « *couverture maladie identique, seul le fait d'être dans la catégorie de revenus la plus élevée protège contre le risque de renoncer aux soins* » (p. 39). En outre, les travaux de Kasman & Badley (2004) et de Sibley & Glazier (2009) montrent que les personnes du quintile de revenu le

plus faible étaient plus susceptibles de déclarer des besoins non satisfaits en raison de problèmes d'accessibilité. Les travaux de Celant *et al.* (2014) et de Chaupain-Guillot *et al.* (2014) ont également trouvé des résultats similaires. En utilisant les données de l'enquête *Statistiques sur les ressources et les conditions de vie* (SRCV), réalisée par l'Insee en 2007, l'étude de Chaupain-Guillot *et al.* (2014) a montré que le renoncement aux soins médicaux et dentaires est plus prégnant chez les individus qui vivent sous le seuil de pauvreté (6,7% et 11,3% respectivement, contre 3,2% et 5,9% chez les personnes non pauvres). L'enquête *Santé et protection sociale*<sup>8</sup> de 2012 réalisée par l'IRDES indique que le taux de renoncement pour des raisons financières aux soins d'optiques pour les personnes appartenant aux 20% de ménages les plus pauvres est quatre fois plus important que celles appartenant aux 20% de ménages les plus riches (Celant *et al.*, 2014). Ces résultats s'expliquent par le reste à charge et l'avance des frais, qui constituent des obstacles freinant l'accès aux soins des populations précaires dont l'effort financier est plus important que le reste de la population (Warin & Chauveaud, 2014).

La perception de la situation financière a également une influence sur la décision de ne pas recourir aux soins. Ainsi, le taux de renoncement est plus élevé chez les personnes se percevant pauvres ou très pauvre (Chaupain-Guillot *et al.*, 2014 ; Chauvin *et al.*, 2012, Levesque *et al.*, 2007). En effet, la mesure subjective de la situation financière permet de mettre en lumière d'éventuelles difficultés que le revenu, à lui seul, ne permet pas de divulguer (Chauvin *et al.*, 2012).

Le renoncement aux soins est non seulement lié à la situation financière présente de l'individu, mais également à sa situation passée. Ainsi, l'étude de Bazin *et al.*, (2006) conclue que le renoncement à des soins pour raisons financières concerne davantage les individus ayant connu des difficultés financières à l'âge adulte.

Au-delà même de la situation de l'individu et de ses perceptions, la situation financière du ménage est l'un des principaux facteurs qui interviennent dans la décision de ne pas recourir aux soins (Chaupain-Guillot *et al.*, 2014 ; Chauvin *et al.*, 2012 ; Haddad *et al.*, 2004 ; Kone, 2012 ; Sibley & Glazier, 2009 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018). Le renoncement est ainsi plus élevé pour les individus appartenant à des ménages souvent confrontés à des difficultés en termes de conditions de vie. Il est de même plus fréquent chez les répondants appartenant à un ménage qui perçoit le revenu minimum d'insertion. Partant, l'étude de Chaupain-Guillot *et al.*, (2014) conclue que 39% des individus ayant renoncés à des soins médicaux vivent dans un ménage dont la situation financière est jugée difficile.

L'étude de Kone (2012) sur l'équité d'accès aux soins à Dakar indique que, sur 2 952 ménages enquêtés, un ménage sur trois déclare avoir renoncé aux services de soins modernes en raison du manque de ressources, malgré que l'état de santé d'un ou de plusieurs de leur membre

---

<sup>8</sup> L'enquête *Santé et protection sociale*, réalisée chaque deux ans par l'IRDES, existe depuis 1988. En 2012, elle a interrogé plus de 8 000 ménages et 23 000 individus sur leur état de santé, leur accès à la complémentaire santé, leur recours et leur renoncement aux soins et, à travers des modules spécifiques, la fragilité, l'assurance dépendance et les conditions de travail, ainsi que sur la couverture vaccinale, les accidents de la vie quotidienne et le don de sang.



le nécessiterait. Ce taux de renoncement est énorme et reflète l'effet de la pauvreté des ménages sur le renoncement aux soins. En outre, Bazin *et al.*, (2006) montre que le renoncement aux soins pour raisons financières est plus fréquemment déclaré par les personnes vivant dans des ménages de petites tailles (2-3 personnes) que dans les ménages de taille supérieures.

En définitive, au-delà de la situation financière objective de l'individu, le revenu du chef de ménage, la perception du coût des soins ou encore la taille des ménages sont également des facteurs qui déterminent l'accès et le recours des personnes aux services de santé (Haddad *et al.*, 2004 ; Wilfried *et al.*, 2018).

### **2.1.2. La catégorie socio-professionnelle**

La situation socio-professionnelle au sens large joue aussi un rôle (souvent décisif) dans le recours et le renoncement aux soins des personnes (Ancelot *et al.*, 2016 ; Bouba-Olga & Vigé, 2014 ; Lee *et al.*, 2015 ; Mizrahi & Mizrahi, 1993 ; Thomas & Menager, 2017). À titre d'exemple, l'étude de Lee *et al.* (2015), portant sur le renoncement aux soins et la situation d'emploi auprès d'un échantillon de 9163 personnes qui ont renoncé aux soins pour un traitement médical ou un bilan de santé, montrent que les travailleurs salariés irréguliers étaient plus susceptibles de déclarer avoir renoncé aux soins en raison du fardeau économique que les travailleurs salariés réguliers. En d'autres termes, l'étude montre qu'un parcours d'emploi discontinu et chaotique a un impact significatif sur le risque de renoncement. Toujours selon la même étude, le taux de renoncement pour motif financier était plus élevé chez les travailleurs temporaires et les travailleurs de jour, les personnes économiquement inactives, en particulier les employés de maison à plein temps et les chômeurs souffrant d'une maladie ou d'une blessure, que pour les travailleurs permanents. Précisons enfin que les salariés réguliers déclarent des renoncements surtout en raison du manque de temps. En effet, contrairement aux salariés instables dont le renoncement est principalement lié à des contraintes financières, le renoncement aux soins des personnes ayant un emploi régulier est lié avant tout au manque de temps pour se rendre dans une clinique ou à l'hôpital lorsqu'elles en ont besoin. Retenons, en définitive, que les inégalités de conditions de travail engendrent inéluctablement des inégalités face à la maladie et à la mort (Bihl & Pfefferkorn, 1999).

De façon encore plus prononcée, les travaux de Mizrahi & Mizrahi (1993) et Azogui-Lévy & Rochereau (2005) montrent que le renoncement aux soins dentaires suit globalement l'échelle sociale. En effet, le taux de renoncement en France atteint le maximum pour les ouvriers non-qualifiés (12,9%) et les employés (12,2%) ; il est minimum pour les cadres supérieurs (9,4%), les ouvriers qualifiés et les professions intermédiaires occupant une position entre ces extrêmes (Mizrahi & Mizrahi, 1993). Dans l'étude de Azogui-Lévy & Rochereau (2005), les ménages d'ouvriers non-qualifiés renoncent 1,8 fois plus fréquemment que les ménages de cadres. Les chômeurs et les personnes craignant d'y être dans les douze mois suivant l'enquête, ainsi que les individus qui ne sont pas en contrat de travail indéterminé (CDI), déclarent plus fréquemment que les autres des renoncements aux soins pour des raisons financières. Ces auteurs expliquent ce phénomène par le faible remboursement des soins dentaires. De plus, les soins dentaires (ou

tout au moins certains d'entre eux) sont considérés comme peu prioritaires et une forte proportion de la population n'y fait quasiment jamais appel.

S'agissant des soins maternels, l'étude de Ancelot *et al.* (2016) a montré que le statut d'emploi joue sur le renoncement aux soins durant la grossesse. Le renoncement déclaratif est significativement influencé par le fait d'être au chômage plutôt qu'en activité. Il en est de même pour les femmes qui refusent certains soins préventifs. Cela s'explique du fait que les femmes au chômage font un arbitrage entre les consultations et les soins préventifs.

Bien que le renoncement soit plus important pour les catégories sociales sans activité, l'étude de Warin & Chauveaud (2014) montre néanmoins qu'il y avait une exception pour les appareillages auditifs où le taux de renoncement pour les retraités était de plus de 53%, et pour la consultation de cardiologue où les employés déclarent des taux de renoncement plus important (34,5%). Cependant, l'étude de Chauvin *et al.* (2012) en France et l'étude de Levesque *et al.* (2007) au Canada contredisent ces études. Cette dernière étude conclut notamment que les personnes moins présentes sur le marché du travail renonçaient moins que celles ayant une occupation à temps plein. L'étude de Chauvin *et al.* (2012) dans cinq zones de l'agglomération parisienne arrive même à la conclusion que le statut d'emploi n'influçait que peu le risque de renoncement aux soins.

### 2.1.3. La couverture d'assurance maladie

La couverture d'assurance maladie a un rôle crucial dans l'accès et le recours aux soins. L'absence d'une couverture maladie favorise fortement le renoncement aux soins (Bazin *et al.*, 2006 ; Desprès *et al.*, 2011a ; Dourgnon *et al.*, 2012 b ; Berchet, 2013 ; Kasman & Badley, 2004 ; Raynaud, 2005 ; Sibley & Glazier, 2009).

La question de la couverture maladie est liée à la qualité des garanties qu'elle offre, notamment si elle répond aux besoins des personnes. En effet, comme le signale C. Desprès, « *les situations de renoncement pour raisons financières dépendent largement de la qualité de la protection sociale, soit l'existence d'une complémentaire santé [...] et de la qualité de cette complémentaire* » (Desprès, 2012, p. 92). Enfin, les difficultés d'accès aux soins interrogent directement le système d'assurance maladie quant à son universalité.

Concernant la couverture d'assurance-maladie complémentaire, une très abondante littérature empirique (Azogui-Lévy & Rochereau, 2005 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Boisguérin, 2004 ; Castry, Wittwer, Montagni & Tzourio, 2019 ; Desprès *et al.*, 2011 ; Dourgnon, 2011 ; Choupain *et al.*, 2014 ; Chauvin *et al.*, 2012 ; Raynaud, 2005 ; Thomas & Menager, 2017 ; Warin & Chauveaud, 2014) montre que l'absence de complémentaire santé augmente assez fortement le risque de renoncement aux soins. Ces auteurs expliquent le rôle important que joue la couverture maladie complémentaire par la participation financière de plus en plus élevée des patients, notamment pour certains soins qui ne sont pas totalement pris en charge et qui donc imposent au patient un reste à charge trop élevé. En effet, pour les soins dentaires par exemple, Azogui-Lévy & Rochereau (2005) ont signalé que les individus qui ne bénéficient pas de couverture maladie complémentaire renoncent deux fois plus fréquemment que ceux qui en détiennent une.

En définitive, dans la plupart des études disponibles sur le renoncement aux soins, l'analyse des raisons rapportées par les enquêtés à leurs difficultés en matière d'accès aux soins montrent que les obstacles financiers sont les plus cités. C'est tout du moins de ce type de difficultés dont les personnes parlent le plus en première intention. Toutefois, les déterminants du renoncement ne se limitent pas aux seules barrières financières à l'accès aux soins. Comme nous allons le voir dans ce qui suit, hormis les problématiques financières, d'autres facteurs complémentaires doivent également être pris en compte dans l'explication des décisions de renoncement aux soins.

## 2.2. Les déterminants individuels

D'après la littérature scientifique disponible, les *femmes*, les *personnes plus jeunes*, celles présentant un *meilleur niveau de scolarité*, ainsi que celles *ayant des besoins de santé plus importants* ou une *perception « mauvaise » de leur état de santé*, déclarent relativement plus de besoins de soins non comblés.

### 2.2.1. Le genre

Le renoncement est relativement plus fréquent chez les femmes (Allin *et al.*, 2010 ; Azogui-Lévy & Rochereau, 2005 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Castry, Wittwer, Montagni, & Tzourio, 2019 ; Célant *et al.*, 2014 ; Dourgnonet *et al.*, 2012 ; Fjær *et al.*, 2017 ; Kasman & Badley, 2004 ; Lee *et al.*, 2015 ; Levesque *et al.*, 2007 ; Litaker, 2004 ; Renahy *et al.*, 2011 ; Mollborn, 2001 ; Tchicaya & Lorentz, 2011 ; Sibley & Glazier, 2009 ; Revil *et al.*, 2018). Le fait que les femmes soient plus concernées que les hommes par le phénomène du renoncement aux soins s'explique par le fait que, à état de santé comparable, les femmes s'estiment en plus mauvais état de santé que les hommes (Shmueli, 2003) et que « *les différences de renoncement entre hommes et femmes traduisent [...] des différences d'attente en matière de soins* » (Dourgnon, 2011, p. 14). De plus, les femmes sont en général plus soucieuses de leur santé (Polton, 2016). En outre, elles ont globalement un suivi gynécologique régulier, donc en général un meilleur suivi médical que les hommes. Dès lors, les femmes ont une tendance à ressentir plus les besoins de soins, et, par conséquent, sont plus susceptibles d'y renoncer (Chauvin *et al.*, 2012 ; Renahy *et al.*, 2011).

L'étude qualitative de G. Beltran, auprès des agriculteurs, offre une explication complémentaire à ces différences hommes/femmes dans le recours et le renoncement aux soins de santé. Cette étude a en fait inversé le raisonnement en signalant que « *les hommes, dans leur construction sociale, sont moins sujets à se préoccuper de certains besoins de soins ou de déclarer certains renoncements* » (Beltran, 2017, p. 89). Ainsi, « vouloir s'en sortir seul », « refuser de se plaindre » et « ne pas écouter son corps » sont des comportements associés au modèle masculin traditionnel, qui entraînent une réticence à la fois à consulter un professionnel de santé et à bénéficier des droits à la santé disponibles.

En outre, les femmes craignent un peu plus l'impact de l'absence de soins sur leur état de santé, et par conséquent sur la vie familiale, que les hommes (Revil *et al.*, 2016). D'où un souci porté à leur santé en moyenne plus important que chez les hommes (Aliaga, 2002 ; Polton, 2016). La vague du *Baromètres du Renoncement aux Soins* (BRS) en France, réalisée en 2016 dans une

perspective de genre par l'*Observatoire des non-recours aux droits et services* (Odenore) auprès d'environ 29 000 personnes, dans 18 territoires métropolitains, confirme ce constat. Les résultats montrent ainsi que 74,3% des femmes craignent un peu plus l'impact de l'absence de soins sur leur état de santé contre 70,8% des hommes. Néanmoins, les hommes (23,3%) craignent plus que les femmes (19,5%) l'impact du renoncement aux soins sur leur vie professionnelle. Concernant les conséquences sur la vie familiale, 17,5% des femmes se déclarent inquiètes de l'absence de soins sur leur vie familiale contre 15,6% des hommes. Enfin, en toute logique, cette même enquête indique que les femmes (88,1%) consultent plus les professionnelles de santé que les hommes (79,6%) au cours de six derniers mois précédent l'enquête (Revil *et al.*, 2016).

Toutefois, signalons que la plupart des travaux sociologiques (Desprès, 2012), ainsi que l'étude économétrique de Bouba-Olga & Vigé (2014) et de Chaupain-Guillot *et al.* (2014) concluent, *a contrario*, que les hommes renoncent plus que les femmes.

Signalons par ailleurs que les taux de renoncement entre les hommes et femmes diffèrent selon le type de soins considéré. Ainsi, la vague du *Baromètres du Renoncement aux Soins* (BRS) conduite en 2016 indique que les hommes renoncent davantage aux consultations généralistes contrairement aux consultations chez un spécialiste. Concernant les soins ophtalmologiques et la lunetterie, il n'y a pas de différences significatives entre hommes et femmes (Revil, 2017).

Quant aux soins dentaires, les femmes ont une tendance à renoncer à ces soins plus que les hommes (Azogui-Lévy & Rochereau, 2005 ; Revil, 2017) alors que, par ailleurs, elles recourent davantage et elles ont un état de santé dentaire en moyenne moins dégradé. Ce résultat peut s'expliquer par une plus forte attention portée par les femmes à la santé bucco-dentaire. Néanmoins, les travaux de Chaupain-Guillot *et al.* (2014) indiquent que les taux de renoncement observés chez les deux sexes ne sont pas significativement différents entre les femmes et les hommes pour ce type de soins.

Concernant enfin les raisons qui poussent les individus à ne pas avoir recours aux soins, beaucoup de travaux mettent en avant le motif financier qui est relativement plus invoqué par les femmes que par les hommes (Chaupain-Guillot *et al.*, 2014 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Dourgnon *et al.*, 2012 ; Nelson & Park 2006). Ainsi, les travaux de Nelson & Park (2006) indiquent que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir presque trois fois plus d'obstacles financiers à l'accessibilité. Néanmoins, les travaux de Carr & Wolfe (1976), de Chen & Hou (2002) et de Revil (2017) contredisent ces résultats. Ainsi, l'étude de Revil (2017) indique qu'il n'y a pas de différences significatives selon le genre pour le motif financier et les difficultés liées à la distance, mais les taux diffèrent sensiblement pour les motifs liés aux délais pour obtenir un rendez-vous et à la disponibilité temporaire de la personne. En outre, les travaux de Carr & Wolfe (1976) et de Chen & Hou (2002) concluent que les femmes étaient plus susceptibles de déclarer avoir renoncé aux soins pour le motif de disponibilité des services et d'acceptabilité, mais pas en raison de problèmes d'accessibilité.

### 2.2.2. L'âge

En ce qui concernant l'âge, d'après la littérature scientifique, il est généralement admis que celui-ci est négativement corrélé avec le renoncement (Allin *et al.*, 2010 ; Bouba-Olga & Vigé, 2014 ; Chaupain-Guillot *et al.*, 2014 ; Fjær *et al.*, 2017 ; Kasman & Badley, 2004 ; Levesque *et al.*, 2007 ; Sibley & Glazier, 2009). Les personnes plus jeunes déclarent ainsi plus de besoins non comblés de soins médicaux ; les déclarations de renoncement tendent ainsi à diminuer à mesure que les personnes vieillissent. L'explication de ce phénomène réside d'abord dans le fait que les personnes vieillissantes sont en générale plus attentives à leur santé que les plus jeunes (Chaupain-Guillot *et al.*, 2014). Ensuite, les personnes âgées bénéficient d'un soutien croissant de la part du système de santé à mesure que leurs besoins de services augmentent (Levesque *et al.*, 2007). Ainsi, l'âge semble être associé de façon négative à la déclaration des besoins non satisfaits dans l'ensemble et pour chacune des trois raisons : disponibilité, accessibilité et acceptabilité (Kasman & Badley, 2004 ; Sibley & Glazier, 2009).

Toutefois, divers facteurs sont importants à prendre en compte dans cette relation entre l'âge et l'occurrence du renoncement aux soins. Le fait que le revenu, l'état de santé et l'occupation varient avec l'âge, amène à être prudent dans l'interprétation d'une telle relation. C'est en ce sens qu'un certain nombre de travaux empiriques remettent en cause cette relation linéaire entre l'âge et la propension au renoncement aux soins. Dans le cadre d'une étude économétrique sur le renoncement aux soins pour des raisons financières, Dourgnon (2011) a montré que le renoncement semble suivre plutôt une *courbe en cloche*. De 18 à 40 ans environ, les taux de renoncement connaissent une croissance continue. Les déclarations de renoncement se stabilisent entre 40 et 50 ans. À partir de 50 ans, la tendance s'inverse et les taux de renoncement déclarés connaissent alors une baisse régulière. L'évolution des besoins et celle du revenu sont les deux facteurs avancés pour expliquer ce phénomène. En outre, les résultats de l'étude de Bouba-Olga & Vigé (2014), qui contredisent radicalement ceux de P. Dourgnon, montrent que les déclarations de renoncement aux soins sont décroissantes avec l'âge jusqu'à environ 63 ans, puis augmente ensuite.

Comme on vient de le voir pour le genre, les taux de renoncement aux différents âges de la vie diffèrent selon le type de soins considéré. L'étude de Mizrahi & Mizrahi (1993) sur les soins dentaires montre que le renoncement aux soins était maximum entre 30 et 40 ans et décroît ensuite régulièrement avec l'âge. Les auteurs expliquent ce phénomène dans la faible croyance chez les personnes âgées en l'utilité des soins dentaires et leur résignation devant la difficulté d'y faire appel. En outre, lorsque l'âge augmente, la conception ancienne des soins médicaux – réduite à l'extraction et aux soins de caries – est plus répandue. Toujours selon Andrée Mizrahi et Arié Mizrahi, entre 30 et 40 ans, les premiers besoins non satisfaits de prothèses apparaissent. Ces dernières étant très coûteuses et ne sont pas prises en charge correctement par la sécurité sociale. En outre, pour Chaupain-Guillot *et al.* (2014), la probabilité de renoncement aux soins dentaires ne décroît significativement qu'à partir de 50 ans. Cependant, l'étude de Chauvin *et al.* (2012) contredit les deux travaux précédant en concluant que le renoncement aux soins dentaires augmente avec l'âge. Les auteurs de cette dernière étude expliquent cette tendance par le fait que l'état bucco-dentaire tend à se détériorer avec l'avancée en âge et que les soins les plus chers (tels



que les couronnes ou les dentiers, lesquels concernent majoritairement les plus âgés) sont très peu remboursés.

S'agissant de la santé mentale, l'étude de Nelson & Park (2006) montre que les groupes d'âge plus jeunes déclarent davantage avoir renoncé aux soins que les groupes plus âgés. Ainsi, les personnes de 65 ans et plus sont huit fois moins susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits que celles de 15 à 24 ans. Les auteurs expliquent cette grande différence dans les besoins non satisfaits selon l'âge par les événements de la vie qui affectent les jeunes différemment des adultes.

Par ailleurs, le travail mené par Warin & Chauveaud (2014) montre qu'à chaque tranche d'âge, le renoncement porte plus particulièrement sur un type de soins. Ainsi, les personnes de 60 ans et plus prennent la première place pour le renoncement à l'achat d'appareils auditifs et de lunettes ou lentilles adaptées. Pour les consultations ou les soins gynécologiques, c'est les femmes âgées de 40 ans à 59 ans qui renoncent davantage. Pour tous les autres types de soins, ce sont les personnes de 40-59 ans qui constituent le principal groupe de renonçants. Cependant, le motif de renoncement diffère selon l'âge. Ainsi, les déclarations de renoncement aux services de santé pour motif d'acceptabilité étaient plus fréquentes chez les jeunes que chez les personnes âgées (Chen & Hou, 2002).

Enfin, l'âge du chef de ménage peut également avoir une influence non négligeable sur l'accès aux soins de santé et les décisions de renoncement (Houffouet, 2015 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018).

### **2.2.3. Le niveau d'éducation**

Quant au niveau d'éducation, il joue un rôle important dans la demande de soins et dans les actes de prévention. De ce fait, il est corrélé négativement avec le renoncement (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005 ; Bouba-Olga & Vigé, 2014 ; Dourgnon, 2012 ; Litaker, 2004 ; Mollborn, 2001 ; Tchicaya & Lorentz, 2011). L'argument avancé est que les plus diplômés sont plus soucieux de leur santé, et donc moins enclins, toutes choses égales par ailleurs, à reporter les soins de santé. Néanmoins, l'étude de Chaupain-Guillot *et al.* (2014) précise que cette corrélation est valable seulement dans le cas des soins dentaires.

Signalons toutefois que d'autres études ont trouvé des résultats contraires à tous ces travaux. En effet, Després *et al.* (2011c), à partir des données de l'*Enquête santé et protection sociale* (ESPS) de 2008, montre que le taux de renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières est plus élevé pour les personnes qui ont suivi des études supérieures que pour celles sans diplômes. En contraste avec tous les résultats précédents, les travaux de Chauvin *et al.* (2012) et de Fjær *et al.* (2017) concluent que le niveau d'éducation n'influencait que peu le risque de renoncement aux soins.

#### 2.2.4. L'état de santé

Nombreux sont les travaux ayant conclu à l'existence d'un effet significatif de l'état de santé sur la décision de renoncement aux soins (Bazin *et al.*, 2006 ; Chaupain-Guillot *et al.*, 2014 ; Després, 2012 ; Dourgnon, 2011 ; Fjær *et al.*, 2017 ; Kasman & de Badley, 2004 ; Levesque *et al.*, 2007 ; Sibley & Glazier, 2009). Ainsi, l'étude menée par Sibley & Glazier (2009) a ainsi révélé, qu'après prise en compte d'autres facteurs, des taux de déclarations de renoncement plus prégnants chez les personnes en moins bonne santé et en mauvaise santé et/ou avaient des problèmes de santé chroniques. L'étude de Chaupain-Guillot *et al.* (2014) révèle aussi que la probabilité de renoncer aux soins médicaux des personnes ayant une perception « mauvais » ou « très mauvais » de leur état de santé est de quatre points supérieure à celle des individus qui s'estiment globalement en « bonne santé ». Les travaux de Bazin *et al.* (2006) et Chauvin *et al.* (2012) indiquent des résultats similaires, avec des déclarations de renoncement plus fréquentes chez les personnes atteintes de maladies chroniques (hypertension, diabète...). L'explication avancée par ces auteurs consiste dans le fait que ces derniers ont « *des besoins de santé plus importants et face au coût croissant des soins de santé, ces personnes sont effectivement plus à même d'y renoncer* » (Chauvin *et al.*, 2012, p. 40).

En outre, le travail mené par Chen & Hou (2002) au Canada a révélé que le renoncement pour motif de disponibilité est fortement associé à l'état de santé des personnes. En effet, les personnes atteintes de maladies chroniques et celles souffrant de douleurs chroniques ou de détresse ont une tendance à renoncer plus aux soins principalement en raison des problèmes de disponibilité des services. Pour les soins dentaires, l'étude de Azogui-Lévy & Rochereau (2005) indique que le renoncement était 2,4 fois plus fréquent parmi les personnes qui déclarent des problèmes parodontaux.

L'étude de Ancelot *et al.* (2016) sur les soins maternels contredit toutefois ces travaux. Elle montre que l'impact de l'état de santé de la femme avant sa grossesse ne joue pas un rôle significatif dans le fait de renoncer à des soins durant la grossesse. L'explication ici est fort simple : ces femmes n'ont pas renoncé aux soins maternels avant tout afin protéger leur nourrisson, malgré leurs problèmes de santé.

#### 2.3. Les déterminants liés au système de santé

Au-delà des facteurs individuels et socio-économiques, le système de soins peut avoir un impact décisif sur le renoncement aux soins. L'organisation territoriale de l'offre de soins joue ainsi sur l'accès aux soins. Les obstacles liés à l'offre (restructurations hospitalières, saturation de l'offre locale...) renforcent aussi les difficultés d'accès et contribuent au renoncement aux soins. En effet, la distance géographique pour accéder aux services de santé est un facteur prégnant qui favorise le renoncement aux soins (Allin *et al.*, 2010 ; Berchet, 2013 ; Desprès *et al.*, 2011b ; Warin & Chauveaud, 2014). Ajoutant à cela un ensemble de facteurs liés à l'accessibilité de l'offre : l'absence de moyens de transports, le coût des transports, l'impossibilité physique de se déplacer et les problèmes de disponibilité (Warin & Chauveaud, 2014). La question des rendez-vous trop longs semble revêtir une importance non négligeable dans la genèse des comportements de renoncement.



Dans l'enquête quantitative du *Baromètres du Renoncement aux Soins* (BRS) de fin 2017, qui concerne 29 territoires métropolitains avec en tout 40 000 enquêtés, les personnes ont renoncé davantage pour des motifs d'éloignement géographique, de coût du déplacement vers les structures de soins ou encore en raison de l'absence de moyens de transport dans un tiers des territoires pris en compte. En outre, cette enquête signale un autre facteur de renoncement lié aux difficultés relatives à une méconnaissance du système de santé ou à des incompréhensions par rapport à la prise en charge des soins (Revil, 2018). Cependant, et contrairement aux résultats des travaux précédents, l'étude de Ancelot *et al.* (2016) conclue que la distance d'accès à la maternité ne joue pas un rôle significatif dans le renoncement aux soins durant la grossesse.

Par ailleurs, le fait d'être suivi par un médecin de famille est un facteur qui protège contre le risque de renoncement aux soins. En effet, on a pu observer que le renoncement est relativement plus fréquent pour les personnes qui n'avaient pas de « médecin régulier » (Levesque *et al.*, 2007 ; Kasman et Badley, 2004 ; Shi & Stevens, 2005 ; Sibley & Glazier, 2009 ; Thomas & Menager, 2017 ; Warin *et al.*, 2013). Dès lors, le fait de ne pas avoir un médecin de famille augmente vraisemblablement les difficultés d'accès aux soins. Ainsi, l'étude de Levesque *et al.* (2007), sur un échantillon de 90000 personnes dans les régions socio-sanitaires de Montréal et de la Montérégie, montre que le taux de renoncement aux soins est de 26% pour ceux qui n'ont pas un médecin de famille contre seulement 15% pour ceux qui ont un médecin de famille. L'étude de Shi & Stevens (2005) a révélé que les individus n'ayant pas un médecin régulier ou un endroit régulier de soins renoncent davantage aux soins de santé que les autres.

Dans le même ordre d'idée, l'organisation du système de soins joue un rôle non négligeable dans les difficultés d'accès aux soins. En effet, l'étude de Levesque *et al.* (2007) a conclu que les facteurs du renoncement sont liés essentiellement à l'organisation du système de soins. En effet, 60% des personnes enquêtées déclarent avoir renoncé aux soins en raison du temps d'attente trop long pour avoir un rendez-vous, 42% en raison de l'impossibilité de consulter son médecin habituel et 36% en raison de l'impossibilité de prendre un rendez-vous. En outre, le travail de Sibley & Glazier (2009), mené également au Canada, conclue que les problèmes de disponibilités des services correspondent à plus de la moitié des motifs de renoncement aux soins. Cependant, l'étude de Chauvin *et al.* 2012, mené en France, contraste avec ces études ; elle conclue que le délai d'attente pour accéder aux soins n'a pas d'influence significative sur le renoncement aux soins. Ces disparités dans les motifs de renoncement aux soins reflètent directement les différences majeures dans l'organisation des deux systèmes de santé. Ainsi, au Canada, le système de santé est caractérisé par la gratuité des soins, mais les patients sont souvent confrontés au problème des délais d'attente. En France, le système de santé est basé sur une gestion des ressources relativement efficace, mais les patients éprouvent des difficultés financières liées à la charge financière plus importante laissée aux patients.

Par ailleurs, beaucoup d'études ont signalé que la participation des patients à la conception et à la mise en œuvre des programmes de santé a une influence importante sur le recours et le renoncement aux soins des populations cibles, et ce particulièrement dans les programmes de prévention et d'éducation thérapeutique (Ancelot & Depret, 2013 ; Bago d'Uva & Jones, 2009 ;

Desprès *et al.*, 2011b ; Devaux & de Looper, 2012 ; Jusot, 2013 ; Or *et al.*, 2009 ; Reschovsky *et al.*, 2000 ; Sandrin *et al.*, 2007).

Enfin, d'autres facteurs liés au système de soins interviennent également dans la décision de ne pas recourir aux soins, notamment *le tarif pratiqué par les professionnels de santé* (Desprès *et al.*, 2009) et *la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient* (Jusot, 2013). En effet, le travail de Fjær *et al.* (2017)<sup>9</sup> montre que la faible densité de médecins et les paiements directs élevés étaient associés au renoncement aux soins de santé pour motif de disponibilité<sup>10</sup>. Aussi, la « *distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, la qualité de communication qui en résulte, et donc l'information dont dispose le médecin pour soigner contribuent ainsi à générer des inégalités sociales de qualité des soins* » (Petitclerc-Roche, 2013, p. 115).

#### 2.4. Les déterminants psycho-sociaux

Bien que le renoncement aux soins soit lié en priorité aux ressources financières et sociales des personnes, il s'avère également dépendant des représentations et des expériences vécues concernant leur recours potentiel à la médecine et la manière dont les personnes perçoivent et vivent leurs besoins en matière de santé (Bazin *et al.*, 2006 ; Chauvin *et al.*, 2012 ; Renahy *et al.*, 2011 ; Terroni, 2005). Les facteurs liés aux attitudes individuelles par rapport aux soins, voire des peurs et des craintes du monde médical, sont également associés au renoncement aux soins (Revil, 2018). En somme, le renoncement à des soins s'explique aussi par des facteurs psychosociaux, notamment le fait d'avoir connu des expériences difficiles (isolement, inactivités, mal logement, drames de l'enfance...) (Bazin *et al.*, 2006 ; Chauvin *et al.*, 2012). Ainsi, pour prendre un exemple, le renoncement aux soins est « *plus fréquent parmi les personnes qui ont connu une expérience d'abus sexuel, physique ou psychologique, qui ont vécu un cumul de difficultés dans leur jeunesse et qui expriment (au jour de l'enquête) une forte résistance à la maladie, une forte priorité portée à leur santé et une faible estime de soi* » (Bazin *et al.*, 2006, p. 24).

L'étude de Bazin *et al.* (2006), portant sur un échantillon aléatoire de 525 personnes vivant dans cinq zones urbaines sensibles d'Ile-de-France, montre le rôle joué par les facteurs psychosociaux sur le renoncement aux soins. L'impact de ces facteurs a été étudié à l'aide d'une régression logistique ajustée sur l'âge, le sexe, la taille du ménage, la présence de maladies chroniques, la couverture maladie, le niveau de revenu et la situation à l'égard de l'emploi. Il ressort de cette étude que le renoncement est plus prégnant chez les personnes ayant connu des trajectoires de vie difficiles, exprimant des perceptions négatives de leur niveau socio-

---

<sup>9</sup> Cette étude examine les facteurs qui sont associés au renoncement aux soins entre les groupes socioéconomiques et démographiques en Europe à l'aide de modèles de régression logistique multiniveaux. Les données proviennent de la 7ème vague de l'*Enquête sociale européenne*, avec un échantillon de 27 879 répondants dans 20 pays européenne. Les vingt (20) pays en question étaient : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Danemark, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Israël, Lituanie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Espagne, Suède, Suisse et Royaume-Uni.

<sup>10</sup> Signalons ici que les deux tiers (2/3) des motifs de renoncement concernaient les *listes d'attente* et la *disponibilité des rendez-vous*.

économique, ayant une forte attente et demande de soins et, enfin, les personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes. Ainsi, les personnes considérant la santé comme une priorité dans leur vie, ainsi que celles ne supportant pas d'être malades, déclarent davantage avoir renoncé à des soins. En outre, la « *priorité portée à la santé et une faible acceptation de la maladie induisent, chez ces personnes, une plus forte attente et demande de soins que chez les autres et, de ce fait, les placent plus volontiers dans une situation de frustration [...], à niveaux de revenus et de couverture maladie par ailleurs égaux* » (Bazin *et al.*, 2006, pp. 25-26). Enfin, pour expliquer l'association observée entre renoncement et estime de soi, les auteurs avancent le fait qu'une perte estime de soi peut entraîner « *une diminution du souci de prendre soin de soi en général et donc, en particulier, de mobiliser ses ressources (y compris financières) pour des soins médicaux* » (Bazin *et al.*, 2006, p. 26).

L'étude de Ancelot *et al.* (2016) rejoint les résultats de l'étude précédente sur l'impact des facteurs psychologiques, notamment pour les soins maternels. Ainsi, l'état psychologique de la femme pendant la grossesse peut jouer un rôle important dans le recours aux soins. En effet, l'étude montre que les femmes qui étaient désirantes d'être enceintes renoncent moins que celles qui auraient aimé que leur grossesse n'arrive pas. En outre, l'entourage a une influence non négligeable sur le fait de renoncer à des soins durant la grossesse.

Les travaux de Chen & Hou (2002) et de Nelson & Park (2006) menés au Canada montrent que le motif principal du renoncement aux soins ne relève pas du système de santé, mais lié au motif d'acceptabilité. Les données utilisées sont celles de la composante transversale des ménages de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1998-1999. L'étude porte sur un échantillon de 14 143 personnes âgées de 18 ans et plus. À l'aide d'une régression logistique multiple, les auteurs de ces deux études ont évalué l'association des facteurs de risque pour les trois motifs de renoncement aux services de santé, à savoir l'*acceptabilité*, la *disponibilité* et l'*accessibilité*. Il ressort de ces études que les personnes qui accordent un niveau élevé de confiance aux médecins étaient moins susceptibles de déclarer avoir renoncé aux soins (Chen & Hou, 2002). En outre, la plus grande proportion des personnes qui déclare avoir des besoins non satisfaits en santé mentale déclarent qu'elles "préfèrent gérer le problème elles-mêmes" (Nelson & Park, 2006).

En définitive, le renoncement aux soins doit impérativement être replacé dans son contexte. Dès lors, chaque individu est amené à adopter une attitude différente de celle des autres en fonction de la gravité ressentie du problème de santé, de la pression de l'entourage, de la rencontre avec un professionnel de santé en qui il a confiance, etc. (Desprès, 2012).

## **2.5. L'utilisation des services de santé**

Le renoncement aux soins ne signifie pas que la personne ne consomme aucun soin. Il pourrait ainsi parfaitement survenir en dépit d'une utilisation élevée des services, notamment lorsque ces services sont inférieurs aux normes dans n'importe quelle dimension de qualité, d'efficacité et de pertinence. Des études ont abordé explicitement le lien entre les besoins non

satisfaits et l'utilisation des soins de santé (Allin *et al.*, 2010 ; Celant, 2014 ; Mollborn *et al.*, 2005 ; Nelson & Park, 2006 ; Warin & Chauveaud, 2014 ; Zuckerman & Shen, 2004).

Les travaux Mollborn *et al.* (2005), de Warin & Chauveaud (2014) et de Zuckerman & Shen (2004) ont ainsi montré une corrélation positive entre le renoncement aux soins et la consommation des soins. En effet, l'étude de Mollborn *et al.* (2005) menée aux États-Unis a révélé une association positive entre le renoncement aux soins et le nombre de consultations médicales antérieures (en contrôlant l'état de santé et le statut socioéconomique) chez les Américains ayant un « médecin régulier ». Par ailleurs, l'*Enquête nationale sur les ménages de l'Amérique (National Survey of America's Families)* a étudié l'association entre le renoncement et l'utilisation des services dans un service d'urgence hospitalier. Ainsi, les personnes ayant des besoins non satisfaits se sont révélées être des utilisateurs de soins d'urgence beaucoup plus nombreux (Zuckerman & Shen, 2004).

En France, l'étude de l'IRDES sur le renoncement aux soins fait apparaître une corrélation négative entre renoncement et moindre consommation de soins (Celant *et al.*, 2014). Cependant, l'étude de Warin & Chauveaud (2014) apporte une confirmation explicite à ce constat « *au sens où renonçants et non renonçants consultent autant un médecin en l'espace d'un semestre* » (p. 22).

Néanmoins, les travaux de Allin *et al.* (2010) et de Chen & Hou (2002) ont démontré que la relation entre le renoncement aux soins et l'utilisation des services de santé diffère selon les motifs de renoncement. En effet, l'étude de Allin *et al.* (2010), basée sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* de 2003, réalisée par *Statistique Canada* sur un échantillon de 97 828 adultes âgés de 18 ans et plus, montre que les personnes qui déclarent avoir renoncé à des soins en raison du temps d'attente utilisent plus de services de santé. Toutefois, il n'y a pas de tendance uniforme d'utilisation chez les personnes qui déclarent des besoins non satisfaits en raison d'obstacles à l'accès ou pour des raisons liées à des choix personnels. L'association positive significative entre le *renoncement lié à l'attente* et l'*utilisation des services de santé* peut s'expliquer en partie par les traits de personnalité, qui prédisposent cette catégorie de personnes à des niveaux plus élevés de plaintes. Ces résultats sont similaires à l'étude de Chen & Hou (2002) qui identifie une corrélation positive entre le fait de déclarer un renoncement aux soins de santé en raison de la « disponibilité » et de l'« acceptabilité », et des visites antérieures de médecins généralistes ou de spécialistes. Par contre, une corrélation avec l'utilisation n'a pas été établie avec le renoncement aux soins en raison de « l'accessibilité ». Néanmoins, l'étude de Nelson & Park (2006) sur la santé mentale relève une corrélation positive entre le renoncement pour les motifs de « disponibilité », d'« acceptabilité » et d'« accessibilité », et l'utilisation antérieure des soins de santé mentale.

Enfin, signalons que la relation entre le renoncement aux soins et l'utilisation des services de santé dépend de la façon dont le renoncement est défini, de l'encadrement des questions, des soins renoncés et des motifs qui poussent les personnes à ne pas recourir aux soins.

## 2.6. Autres déterminants

L'origine sociale et la précarité du patient jouent également dans l'exposition au risque de renoncement (Allin & Masseria, 2009 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Boisguérin *et al.*, 2010 ; Desprès *et al.*, 2011b ; Dourgnon *et al.*, 2012 ; Raynaud, 2005 ; Terroni, 2005). Les personnes vivant seules renoncent ainsi plus que les autres à tous les types de soins, sauf pour les soins gynécologiques (Warin & Chauveaud, 2014). L'étude de Dourgnon (2011) montre non seulement l'influence des facteurs de précarité pris séparément sur le renoncement aux soins, mais également l'importance de leur cumul : *plus un individu cumule les précarités, plus il renonce davantage aux soins.*

En outre, le renoncement aux soins est expliqué par la méconnaissance des droits, des filières de soins et du système de santé (Ancelot *et al.*, 2016 ; Berchet, 2013 ; Desprès *et al.*, 2011b ; Jusot, 2010 ; Wittwer *et al.*, 2010). Ainsi, le suivi de grossesse, par exemple, semble lié au niveau d'information reçu par la femme enceinte durant sa grossesse (Ancelot *et al.*, 2016).

Par ailleurs, le travail mené par Azogui-Lévy & Rochereau (2005) sur les soins dentaires a conclu que le renoncement s'inscrit dans l'histoire d'une minorité d'individus défavorisés. Ainsi, la probabilité de renoncer est multipliée par sept pour les individus qui avaient déclaré un renoncement dans les enquêtes antérieures.

Enfin, l'adoption de comportements à risque (tabac, alcool, non-sport, malnutrition...) favorise le moindre recours aux soins (Ancelot *et al.*, 2016 ; Bazin *et al.*, 2006). En effet, l'étude de Bouba-Olga & Vigé (2014) indique que ces comportements à risque ou ces déterminants non médicaux de la santé qu'ils soient pris séparément ou en cumulé, ont un impact positif sur le renoncement aux soins.

## 3. Revue de la littérature sur les inégalités d'accès aux soins en Algérie

En Algérie, les études empiriques traitant des inégalités d'accès aux soins sont assez peu nombreux. Dans le champ de l'économie de la santé, nous évoquerons notamment les travaux pionniers de Nouara Kaid Tlilane de l'Université de Bejaïa sur la santé maternelle et infantile (Kaid Tlilane & Arabi Megherbi, 2000 ; Kaid Tlilane, 2003a, 2003b, 2004 ; Kaid Tlilane & Ferfera, 2006 ; Kaid Tlilane & Grangaud, 2005, 2007), les études de Ahcene Zehnati centrés sur les inégalités de répartition de l'offre de soins en Algérie (Zehnati, 2009 ; Zehnati, 2014 ; Zehnati, Bousmah, & Abu-Zaineh, 2017 ; Zehnati, 2018), l'étude de Aissaoui (2016) et enfin l'étude de Chalane, Cheurfa et Kaid Tlilane (2020). Signalons également les travaux en sociologie de la santé autour de Mohamed Mebtoul de l'Université d'Oran (Coppieters, Bivort, Madani & Metboul, 2011 ; Mebtoul *et al.*, 2017) et quelques autres études plus éparses (Bouledroua, 2010 ; Des Forts, 1998 ; Hachem, 2019 ; Kadi, 2013 ; Ouchtati *et al.*, 2009 ; Redjel et Yeghni, 2011). De plus, à l'instar d'autres domaines relevant de la santé publique, les inégalités de santé restent en Algérie encore très mal documenter d'un point de vue statistique.

L'enquête Nationale réalisée par l'*Institut Nationale de santé publique* (INSP), avec le projet TAHINA (2007) sur la transition épidémiologique et le système de santé, a bien consacré



un chapitre sur le recours aux soins. À partir d'un échantillon stratifié, l'enquête a été réalisée dans 16 wilayas (7 wilayas du Tell, 7 wilayas des Hautes plaines et 2 wilayas du Sud). L'enquête a couvert 4 818 ménages, soit une population de 32 463 personnes. Les résultats de l'enquête montrent que 52.09% des chefs de ménages déclarent avoir recours à une structure sanitaire de base, 39.23% à un cabinet privé et 7.0% à une structure hospitalière (publique et privée). Le recours à une unité sanitaire de base (USB) est significativement plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain (56.65% contre 49.42%). L'utilisation des services de santé est plus importante pour le sexe féminin. L'enquête montre également que le médecin généraliste est plus sollicité en milieu rural, alors que le médecin spécialiste est le plus demandé en milieu urbain. Dans 83,89% des cas, c'est le médecin généraliste qui est sollicité en premier. Le recours au spécialiste au niveau des régions géographiques montre une différence notable, puisqu'au niveau du Sud il n'est que de 0,82%, ce qui témoigne d'un déficit de ce type de personnel au niveau de cette région. Le thérapeute traditionnel<sup>11</sup> est par ailleurs plus sollicité au niveau du Sud contrairement aux autres régions. S'agissant des maladies chroniques, l'enquête indique que les maladies chroniques sont plus fréquentes en milieu urbain qu'en milieu rural. Les données de l'enquête révèlent également des inégalités entre régions en termes de prévalence des maladies chroniques. Les personnes résidant dans le Tell et les Hautes Plateaux, 14,88% et 13,12% respectivement sont atteintes d'au moins une pathologie chronique alors que ce taux n'est que de 7,03% dans le Sud.

Nous trouverons également les *Enquêtes à indicateurs multiples* (MICS) sur le suivi de la situation des enfants et des femmes, réalisées en 2006 (MICS 3) et en 2012/2013 (MICS 4), conjointement par le MSPRH et l'UNICEF (MSPRH et ONS, 2007 ; MSPRH, 2015b). En effet, la dernière enquête nationale approfondie sur la santé maternelle et infantile (MICS4 2012-2013), réalisée sur un échantillon de 28 000 ménages, a montré des disparités importantes dans la consommation de soins maternels selon les facteurs géographiques et socio-économiques (MSPRH, 2015). L'enquête révèlent que près de 8% des femmes non célibataires âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête, n'ont effectué aucune visite auprès d'un professionnel de santé qualifié (médecin ou sage-femme) durant toute la période de leurs grossesses<sup>12</sup>. Plus de 94% des femmes de la région Nord Centre ont consulté au moins une fois durant leurs grossesses contre seulement 87% dans le Sud. La proportion de consultations prénatales varie en fait selon le niveau d'instruction des femmes et le niveau de vie des ménages. Elle est ainsi plus faible chez les femmes ayant le niveau primaire avec 61%, contre 86% de celles ayant le niveau supérieur. Il en est de même pour les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres, où 54% d'entre elles seulement ont recouru à quatre visites prénatales ou plus, contre 82% de celles appartenant au quintile le plus riche. S'agissant de l'ensembles des

---

<sup>11</sup> Selon les *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle* publiés en 2000 par l'OMS, le thérapeute traditionnel est une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle il vit, comme compétente pour dispenser les soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales, et d'autres méthodes, basées sur le fondement socioculturel et religieux, aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances de la dite collectivité.

<sup>12</sup> Alors que l'OMS et l'UNICEF recommandent un minimum de quatre visites prénatales (cf. OMS, 2003 ; ONU, 2016b).

services dispensés pour les femmes durant leur grossesses<sup>13</sup>, il y a un écart considérable de plus de 10 points pour ces services entre les strates urbaine et rurale (73% contre 63%). La région Nord Est du pays enregistre la plus forte proportion avec 85% des femmes concernées, contre seulement 44% dans les Hauts Plateaux Centre. De surcroît, des différences importantes existent dans le recours aux services de santé maternelle entre les quintiles de revenu les plus élevés et les plus bas. Les femmes appartenant au quatrième quintile et au quintile le plus riche ont bénéficié dans une grande proportion de l'ensemble des prestations au cours de leurs visites prénatales (77% et 76% respectivement) contrairement à celles appartenant au quintile le plus pauvre (56%).

Signalons en outre l'étude de Aissaoui (2016) réalisée dans sept wilayas de l'Est algérien (Oum El Bouaghi, Batna, Tébessa, Skikda, Constantine, Khenchla, Souk Ahras) dans quatorze Établissements Publics de Santé de Proximité (EPSP), dont deux dans chaque wilaya avec l'un d'entre eux dans le chef-lieu. L'échantillon est constitué de 472 demandeurs de soins. Les résultats obtenus ont montré que les déterminants de l'accès aux médecins généralistes sont différents de ceux des spécialistes. Le recours au généraliste est lié à la proximité, à la qualité de la réception, à la qualité des services perçue et à la relation entre le patient et son médecin. S'agissant du recours au spécialiste, la proximité au EPSP et la durée d'attente sont les seuls déterminants<sup>14</sup>. Par contre, il n'y a pas de différences significatives liée aux moyens financiers par rapport au recours aux deux praticiens dans les EPSP. Cela s'explique par les tarifs bas des consultations pratiqués dans les structures publiques, à savoir 50 DA pour un généraliste et 100 DA pour un spécialiste. En outre, la qualité des moyens perçue et la qualité des ressources humaines ne sont pas des déterminants du recours aux consultations pour les deux types de médecins.

L'étude de Kadi (2013) sur les soins de santé reproductive ont trouvé des résultats similaires. Sur la base d'un modèle de régression logistique sur les données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF) de 2002, elle a montré que l'appartenance à un ménages pauvres influent négativement sur la santé reproductive des femmes.

Signalons également les travaux de Tlilane et Grangaud (2005, 2007) sur la situation vaccinale des enfants et le niveau d'utilisation des soins maternels durant la période du PAS. Le sondage de la santé des enfants, qui a donc porté sur 1287 enfants de moins de 5 ans, montre un lien entre le niveau d'éducation de la mère et le pourcentage de vaccination, qui est nettement plus bas parmi les mères qui n'ont reçu aucune instruction mais qui augmente graduellement à mesure que le niveau d'instruction s'élève. Parmi les enfants non vaccinés en milieu rural, ils le sont pour des raisons d'éloignement (5 km ou plus), d'inexistence de moyens de transport

---

<sup>13</sup> Les résultats de l'enquête montrent que parmi les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, 83% ont déclaré avoir donné un échantillon de leur sang durant leurs consultations prénatales, plus de 90% ont bénéficié de la mesure de la tension artérielle et plus de sept femmes sur dix (72%) ont donné un échantillon d'urine.

<sup>14</sup> Dans les EPSP en Algérie, les médecins spécialistes ne sont pas disponibles tous les jours, en général seulement une journée par semaine. Par conséquent, la durée d'attente est souvent élevée.



publique de la périphérie vers le chef-lieu de la commune où les structures de santé sont disponibles et, enfin, en raison du faible revenu des ménages. En outre, la non-vaccination est globalement liée à la catégorie socioprofessionnelle (CSP) ; elle est ainsi plus importante chez les enfants dont le père est soit chômeur soit inactif (Kaid-Tilane et Grangaud, 2005). Pour ce qui est de l'étude sur les soins maternels, elle a été réalisée à partir d'un échantillon de 1411 femmes non célibataires (mariées, divorcées ou veuves) de la catégorie d'âge (17-49 ans) ayant au moins un enfant de moins de 15 ans dans la wilaya de Béjaïa. L'étude montre que la majorité des femmes enceintes (83,18%) ont subi au moins un examen médical durant la grossesse. Néanmoins, l'utilisation de ces soins est plus fréquente pour les femmes les plus jeunes (moins de trente ans) et celles qui résident en milieu urbain (89,27% en milieu urbain contre 60,25% en milieu rural). Les femmes n'ayant pas consultées durant leur grossesse sont celles dont la CSP du mari est un ouvrier, un employé ou un chômeur. S'agissant du lieu d'accouchement, la quasi-totalité des accouchements durant la période du PAS (96,22%) ont eu lieu dans des établissements de santé publique. La proportion des mères qui optent pour l'accouchement à domicile est relativement plus élevée parmi les femmes les plus âgées, celles qui vivent en milieu rural et celles qui n'ont jamais été scolarisées.

Par ailleurs, nous retrouverons l'étude de Zehnati, Bousmah & Abu-Zaineh (2017) sur l'accouchement par césarienne dans le public et le privé. Cette étude exploite la dernière base de données MISC (2012-2013). Les résultats des modèles utilisés montrent que la probabilité de césarienne est associée de manière positive et très significative au lieu de l'accouchement, avec un *odds ratio* pour les établissements de santé privés de 7,338 ( $p < 0,001$ ). La probabilité de césarienne augmente également avec le nombre de visites prénatales, l'âge de la mère et aussi pour les mères qui ont déjà connu le décès d'un enfant. De plus, le lieu de résidence a un effet sur probabilité d'accouchement par césarienne ; les femmes vivant dans les zones urbaines et dans les régions du Nord-Est et du Nord-Ouest étant plus exposées au risque d'accouchement par césarienne que leurs homologues des régions rurales et du Centre-Nord. Par ailleurs, les personnes appartenant aux quintiles de revenus les plus élevés étant plus susceptibles de se tourner vers le secteur privé que les plus défavorisées. Le niveau d'éducation des femmes ne semble être significatif que dans le cas du secteur public : les femmes ayant fait des études supérieures sont plus susceptibles d'accoucher par césarienne dans un établissement public. Les auteurs ont également trouvé un *gradient socio-économique* inverse par rapport au quintile de richesse : les femmes appartenant au quintile supérieur sont nettement moins susceptibles d'accoucher par césarienne dans des établissements publics et privés que celles appartenant au quintile le plus défavorisé. Enfin, ils ont déduit que les accouchements par césarienne dans le secteur privé ont tendance à être moins justifiés médicalement que ceux qui ont lieu dans le secteur public.

Signalons également l'étude de Zehnati & Keddad (2020) sur les facteurs influençant le coût de la prescription médicamenteuse. Sur la base d'un échantillon de 3143 ordonnances d'assurés sociaux, l'étude indique que l'augmentation du coût de l'ordonnance est liée au fait que le médecin soit un spécialiste. Ainsi, lorsque le coût total augmente d'une unité, la probabilité

que le médecin soit un spécialiste augmente de 6,1%. L'étude montre également que les malades chroniques ont presque 10% de chance de consulter un spécialiste que les non-chroniques.

Enfin, l'étude de Chalane, Cheurfa & Kaid-Tlilane (2020) a été réalisée auprès d'un échantillon de « nouvelles mères » de la wilaya de Béjaïa, constitué de 260 femmes non célibataires de la catégorie d'âge 18-49 ans ayant eu une naissance au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, résidant aussi bien dans les centres urbains que dans les zones rurales. Les résultats de cette étude montrent que les caractéristiques individuelles et familiales de la parturiente (niveau d'instruction, revenu du ménage, lieu de résidence...) ont un effet sur la décision de renoncement ou de non-recours aux soins maternels. L'étude révèle notamment que les soins spécialisés restent encore financièrement inaccessibles à un trop grand nombre des parturientes, avec notamment 55,88% des enquêtées déclarant avoir renoncées aux soins de santé maternels pour des raisons financières. Par ailleurs, les parturientes renoncent aussi aux soins maternels pour des raisons de distance et d'éloignement. L'étude indique également une corrélation entre la distance qui sépare la résidence de la parturiente avec le service/professionnel de santé le plus proche, et le renoncement aux soins maternels.

## CONCLUSION

Dans ce premier chapitre, nous avons fait le tour de quelques questions liées à la problématique des inégalités sociales de santé. *Assurer l'équité d'accès aux soins* s'avère aujourd'hui l'un des objectifs premiers de tout système de santé. C'est à notre sens la conclusion essentielle à retenir. En effet, l'accessibilité aux soins est considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque dans la mesure où le renoncement aux soins pourrait avoir comme conséquence la diffusion ou la complication d'un problème morbide, dont les effets économiques pourraient s'avérer *in fine* très coûteux à l'échelle sociétale et à l'échelle individuelle. Enfin, le renoncement aux soins véhicule une forme de marqueur d'injustice sociale, d'inégalité et d'exclusion, du fait notamment qu'il traduit l'idée que personne ne devrait renoncer aux soins pour des raisons financières, d'une part, et qu'il est injuste que les groupes sociaux défavorisés renoncent davantage que les groupes aisés, d'autre part.

Nous avons abordé dans un deuxième temps les méthodes de mesure des inégalités sociales de santé. La quantification des inégalités d'accès aux soins mobilise ainsi deux approches complémentaires. Une *approche objective* (reste à charge, taux de recours, dépenses moyennes...) et une *approche subjective* par le renoncement aux soins. Ce dernier, qui évoque des obstacles, des entraves et des contraintes rencontrés pour accéder aux services de santé, est aujourd'hui considéré comme un indicateur majeur de suivi des politiques publiques et un instrument pertinent de mesure des inégalités sociale de santé, bien que son utilisation véhicule des biais dont il faut être conscient.

La revue de la littérature sur les inégalités sociales d'accès aux soins nous a permis de faire un état des lieux de ce domaine émergent de la recherche en économie de la santé. L'état de l'art que nous avons présenté dans ce chapitre montre, d'abord, que les déterminants d'utilisation des services de santé et du renoncement sont multiples. Le premier groupe de déterminants relève

de la *logique individuelle* (âge, sexe, état de santé...). Le second groupe de déterminants mis en avant est lié aux *caractéristiques socio-économiques* (absence de couverture maladie, reste à charge élevé...). Le troisième groupe, quant à lui, est associé au *facteur géographique* et notamment à la répartition de l'offre de soins qui a un impact essentiel sur l'accès aux soins des populations. Nous avons également fait une recension du peu de travaux empiriques traitant des inégalités sociales de santé en Algérie, domaine qui demeure malheureusement le « parent pauvre » de la recherche en économie et en sociologie de la santé.

Dans le chapitre qui suit, nous proposerons une analyse de l'accès théorique aux soins de santé en Algérie, notamment en termes de répartition de l'offre de soins et en termes de financement de la santé.

## CHAPITRE 2 :

### L'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE :

#### *De l'inégale répartition de l'offre de soins aux limites de la couverture collective des dépenses de santé*

Le système de santé algérien est marqué par plusieurs phases d'évolution caractérisées par des mutations profondes liées à l'environnement socio-économique et à la situation démographique et sanitaire, ainsi qu'aux orientations idéologiques. Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un système de soins dysfonctionné sur tous les plans et inadapté pour pouvoir répondre aux besoins de la population (Kaïd Tlilane, 2003a). L'instauration de la gratuité des soins en 1974 a traduit la volonté des pouvoirs publics à construire un système national de santé permettant un accès équitable aux soins de santé à toute la population. L'organisation et le développement planifié de l'offre publique de soins en Algérie est marqué également par l'institution de la carte nationale sanitaire en 1981 qui est structuré sur la base des principes de régionalisation, de sectorialisation et hiérarchisation des soins (Brahamia, 2010). Toutefois, la crise économique qu'a connu le pays à partir de 1986 dû à l'effondrement des cours des hydrocarbures et l'application du Plan d'Ajustement Structurel (1994-1998) ont mis fin au slogan de la gratuité des soins pour tous. Par les coupes budgétaires imposées, le PAS a en effet entraîné de graves dysfonctionnements dans le secteur public (pénurie de médicament et de dispositifs médicaux, départ massifs des médecins en raisons de la détérioration de leur conditions matérielles, ... ). Dans ce contexte, l'Etat a levé progressivement les obstacles au secteur privé. Ainsi, depuis sa libéralisation, ce secteur a connu une évolution exponentielle.

Cette mutation, accentuée par la double transition démographique et épidémiologique, n'est pas sans conséquences sur les dépenses de santé, sur la répartition territoriale de l'offre de soins et sur la structure de financement des soins de santé marquée notamment par l'augmentation des dépenses des ménages. Ce qui pose la question de l'équité d'accès aux soins.

L'objet de ce chapitre est de s'atteler sur les éléments contextuels relatifs au système de santé, qui vont nous permettre d'appréhender d'une manière exploratoire des différentes conditions d'accès aux soins en Algérie. Deux aspects seront abordés : l'offre de soins de santé et leur financement. Pour ce faire, nous avons structuré ce chapitre en trois sections. Dans la première, nous analyserons, d'une manière globale, l'organisation et l'évolution de l'offre de soins publique et privée en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Dans la deuxième section, nous mettrons l'accent sur les disparités régionales en termes de couverture médicale, en recourant à certaines mesures des inégalités (indice de Gini). Dans la troisième section, nous présenterons le financement des soins de santé, en étudiant l'évolution des dépenses de santé et de la contribution de chaque agent de financement.

## **I. ORGANISATION ET EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS EN ALGERIE**

L'offre de soins est organisée autour d'un secteur public dominant, un secteur privé en expansion et un secteur parapublic de plus en plus réduit. Ainsi, la prise en charge des problèmes de santé de la population est assurée au niveau de différentes structures de santé de proximité (salles de soins, polycliniques et maternités), des cabinets médicaux privés, des structures hospitalières du secteur public et des cliniques médicochirurgicales du secteur libéral. A cet effet, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), une nouvelle appellation en vigueur depuis 2002, gère le secteur public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé. Cette section a pour objet de présenter l'organisation et l'évolution de l'offre de soins en Algérie.

### **1. Organisation du système de santé**

L'organisation administrative du système de santé obéit à une logique centralisatrice, hiérarchisée sous forme pyramidale, composé de trois niveaux : niveau centrale, niveau régionale et niveau locale.

#### **1.1 Niveau central**

Dans ce premier niveau, nous trouverons l'administration centrale du MSPRH, sous l'autorité directe du Ministre et de son cabinet. Cette administration est le centre névralgique où se décident aujourd'hui les politiques de santé et les arbitrages budgétaires.

Le MSPRH se compose essentiellement de dix (10) directions centrales : la direction générale de la prévention ; la direction des services de la santé et de la réforme hospitalière ; la direction de la population ; la direction des études et de la planification ; la direction de la réglementation, du contentieux et de la coopération ; la direction des ressources humaines ; la direction de la formation ; la direction des finances et des moyens ; la direction des systèmes d'information et de l'informatique ; et, l'inspection générale coordonnée par le secrétaire général et les comités nationaux.

Depuis le début des années 2000, cette administration s'est progressivement renforcée de structures de soutien à vocation nationale. Il s'agit :

- **Des organismes de sécurité et contrôle sanitaire :** l'Institut National de Santé Publique ; le Laboratoire de Contrôle des Produits Pharmaceutiques ; l'Agence Nationale du Sang ; le Centre National de Pharmacovigilance et de Matéiovigilance ; et le Centre National de Toxicologie.
- **Des organismes de soutien logistique :** l'Institut Pasteur d'Alger et, la Pharmacie Centrale des Hôpitaux.
- Agence Nationale de Gestion des réalisations et d'Équipement des Établissements de Santé, et de formation et recherche : l'École Nationale de Santé Publique ; l'Institut National de Pédagogie et de Formation paramédicale ; les Écoles de Formation Paramédicale ; l'École Nationale de Management et de l'Administration de la santé ; et l'Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS).

Les décisions prises sont adressées pour « exécution » aux hôpitaux et aux praticiens par l'intermédiaire des 48 directions de la Santé et de la Population (DSP) de Wilaya. Ces dernières ont un rôle de supervision, d'animation et de coordination des services de santé. Elles suivent l'évolution de la situation sanitaire de la population à travers la récolte des données épidémiologiques. la DSP veille également au respect de la réglementation régissant de l'implantation des prestataires publics ou privés (Brahamia, 2010).

## 1.2. Au niveau régional

En Algérie, il existe cinq régions sanitaires : le Centre, l'Est, l'Ouest, le Sud-Est et le Sud-Ouest. Chacune de ces régions est composée d'un ensemble de Wilayas (Cf. Tableau 1). Les instances qui interviennent au niveau de chaque région sanitaire sont :

- **Le Conseil Régional de Santé (CRS) :** *le CRS est une structure de coordination et de concertation intersectorielle visant à assurer, d'une manière rationnelle et efficiente, la prévention, la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence géographique* » (Article 2 du décret exécutif 97-262 du 14 juillet 1997).
- **Les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) :** les ORS constituent des annexes de l'Institut National de la Santé Publique (INSP). Ils assurent le rôle de l'information sanitaire, de protection et de promotion de la santé, de lutte contre la maladie, de formation et de recherche en santé publique.

**Tableau 1** : Structures des régions sanitaires en Algérie et leur composition (2018)

Région sanitaire	Chef-lieu	Wilaya d'appartenance	Bassin de population en 2018	% de la population totale
<b>Centre</b>	Alger	Alger, Blida, Boumerdes, Tipaza, Tizi Ouzou, Bejaïa, Bouira, Médéa, Djelfa, Borj Bou Arreridj, Ain defla.	13403605	32,05
<b>Ouest</b>	Oran	Oran, Relizane, Chlef, Mascara, Ain Témouchent, Sidi Bel Abbés, Tlemcen, Saïda, Mostaganem, Tissemsilt, Tiaret.	10077226	24,10
<b>Est</b>	Constantine	Constantine, Annaba, Guelma, Skikda, El Taref, Tébessa, Khenchela, Mila, Souk Ahras, Oum El Bouaghi, Sétif, Jijel, Batna, M'sila	12782953	30,57
<b>Sud-Ouest</b>	Bechar	Bechar, Tindouf, Adrar, Naâma, El Bayadh.	1566493	3,75
<b>Sud-Est</b>	Ouargla	Ouagla, Ghardaïa, Illizi, Tamanrasset, El Oued, Biskra, Laghouat.	3984922	9,53

Source : *Tableau réalisé par nos soins à partir des données de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffre, 2018). Brahamia B. (2010), « Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est- Maghreb », Ed. Bahaeddine, Alger, P363.*

### 1.3. Au niveau local

Au niveau local, l'offre de soins est répartie sur trois secteurs d'inégale importance : un secteur public dominant, un secteur privé en expansion rapide et un secteur parapublic de plus en plus réduit. Nous relevons également l'existence de quelques passerelles entre ces trois sous-secteurs, dans la mesure où l'amendement de 1999 de la loi 85-05 permet, d'une part, à certains médecins du secteur public d'exercer des vacations au sein du secteur privé ou parapublic et que, d'autre part, des médecins du secteur privé peuvent exercer, après conventionnement, au sein du secteur public (Zehnati, 2014).

#### ❖ L'offre publique de soins

Le secteur public est constitué d'un réseau hiérarchisé d'établissements publics de santé. La carte sanitaire de 1982 a organisé l'offre publique de soins en 3 niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Chaque niveau correspond à un ou plusieurs type(s) d'établissement(s).

✓ **Les soins primaires** : Ils correspondent aux prestations délivrées dans les unités légères de soins (polycliniques, salles de soins et centres de santé). Ils portent sur les



actes infirmiers (pansement, injections et désinfections), les actions de prévention et de promotion de la santé, les consultations de médecine générale et parfois les consultations dans les spécialités de base.

- ✓ **Les soins secondaires :** Ils sont délivrés au niveau des hôpitaux des secteurs sanitaires. Ils concernent les soins dans les spécialités de base (urgences médico-chirurgicales de base, médecine interne, chirurgie générale...).
- ✓ **Les soins tertiaires :** Ils sont dispensés au niveau des CHU et les EHS et portent sur la chirurgie spécialisée et les soins lourds.

Cette carte sanitaire constituait l'instrument de référence de la planification et de la programmation sanitaire en Algérie, basée sur le principe de « régionalisation » et de « sectorialisation ». La régionalisation consiste en un découpage du territoire national en 13 régions sanitaires, englobant un certain nombre de wilayas. La sectorialisation quant à elle, consiste en la structuration de l'appareil de soins en secteurs sanitaires. Ces derniers constituaient la base de la pyramide des soins. Chaque secteur sanitaire desservait en moyenne un bassin de population de 100.000 à 300.000 habitants (Oufriha,1993). Le secteur sanitaire constitue ainsi « l'espace par lequel s'exprime la planification sanitaire et au sein duquel s'effectue la répartition géographique des personnels et des autres ressources de la santé au niveau local » (Brahamia, 2010, p. 365). Jusqu'en 2007, les secteurs sanitaires étaient composés:

- ✓ d'un hôpital général ;
- ✓ d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP), qui assure le suivi et la coordination des activités sanitaires et de prévention ;
- ✓ de structures légères (polycliniques, centres de santé, salles de soins) organisées en sous-secteurs ;
- ✓ et, enfin, d'unités de soins scolaires (UDS) réparties par groupements d'écoles, qui assurent les activités de prévention et d'éducation sanitaire en milieu scolaire.

Après 2007, l'organisation et le fonctionnement des secteurs sanitaires ont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme les 185 secteurs sanitaires en 189 établissements publics hospitaliers (EPH) et 273 établissements publics de santé de proximité (EPSP). Toutes les structures extrahospitalières (les polycliniques, salles de soins...) sont ainsi séparées des hôpitaux généraux.

La nouvelle carte sanitaire a introduit un découpage qui scinde le ex-secteur sanitaire en deux entités distinctes : l'hôpital désormais appelé Etablissement Public d'Hospitalisation (EPH) et les unités périphériques, qui se transforment en Etablissement Public de Soins de Proximité (EPSP).

Autre nouveauté de la nouvelle carte sanitaire consiste en introduction d'une certaine décentralisation dans la gestion des polycliniques et les unités de soins. Ces dernières bénéficient de leur propre budget et ont leur propre directeur. De ce fait, elles ne sont plus directement liées (ni financièrement ni sur le plan de gestion) aux hôpitaux généraux des anciens secteurs sanitaires<sup>1</sup>. Dans cette nouvelle organisation, les EPSP sont responsables des activités de prévention, de délivrance de soins de base et de proximité. Ils assurent également les consultations de médecine générale et quelques consultations spécialisées<sup>2</sup>. Cette nouvelle réforme renforce les soins de base en élargissant la palette des prestations des soins. Ainsi, les EPSP seront dotés d'un laboratoire d'analyses médicales, de radiologie et des soins dentaires.

Enfin, l'objectif ultime de cette décentralisation du service public est le rapprochement des soins de la population et donc promouvoir une santé de proximité ainsi que le désengorgement des structures hospitalières (Chaoui et al. 2012). Toutefois, signalant que le secteur privé n'est pas intégré dans la confection de cette réforme, alors que ce dernier pourrait impulser un véritable partenariat public/privé (Foudi, 2018 ; Zehnati, 2014). De plus, la restructuration est menée sans concertation avec les acteurs du système de santé (corps médical et paramédical, association de médecins et d'usagers, sécurité sociale...) (Zehnati, 2014).

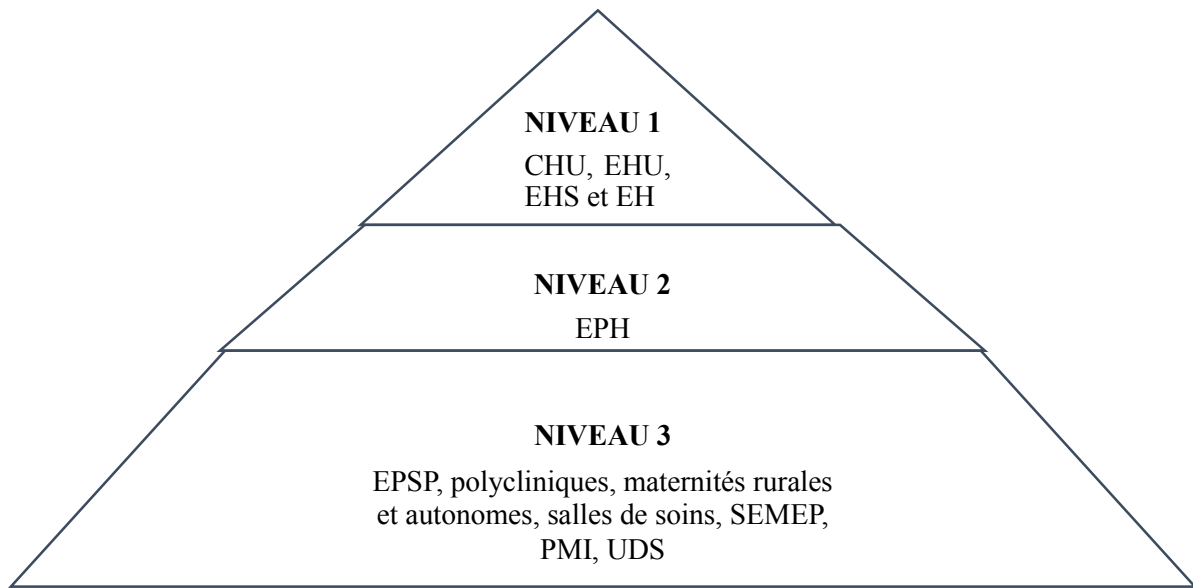
Par ailleurs, signalant qu'une répartition inéquitable des moyens matériels et humains est constatée entre les EPH et les EPSP. Les cadres administratifs les plus expérimentés sont restés dans les EPH, par contre les plus jeunes sans expérience professionnelle ont été affectés aux EPSP. De même que la majorité des médecins généralistes ont préféré aller des structures hospitalières vers les EPSP dans le but d'avoir un cadre de travail moins contraignant. Notant que les médecins spécialistes des EPH n'assurent qu'une activité minimale au niveau des EPSP (Zehnati, 2014, P. 56).

---

<sup>1</sup> L'article 6 du décret n°07-140 précise que L'Etablissement public de santé de proximité est un Etablissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

<sup>2</sup> L'article 8 du décret n°07-140 précise que l'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée : la prévention et les soins de base ; le diagnostic ; les soins de proximité ; les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ; les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale et la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population. Il est chargé également : de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ; de contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.

**Schéma 1** : Organisation des établissements publics de santé depuis 2007.



*Source* : Schéma réalisé par nos soins à partir MSPRH (2019) : Santé en chiffres 2018.

Au 31 décembre 2018, selon le dernier rapport du ministère de la santé et de la réforme hospitalière (MSPRH, 2019). Le système public de santé est composé de trois niveaux à savoir:

- **Premier niveau** : ce niveau est constitué de 15 Centres hospitalo-universitaires (CHU) renfermant une capacité en lits de 12 671 ; d'un Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU) avec une capacité en lits de 1087 ; de 79 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) disposant de 12 426 lits d'hospitalisation et de neuf établissements hospitaliers à gestion spécifique (EH) dont cinq sont des hôpitaux généraux et quatre spécialisés en ophtalmologie avec une capacité en lits de 1 325.
- **Deuxième niveau** : il est composé de 206 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) d'une capacité de 38 200 lits d'hospitalisation.
- **Troisième niveau** : ce niveau de base est composé de 273 Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) disposant des structures de proximité ci-après : 1 715 polycliniques, dont 395 polycliniques avec maternité intégrée disposant de 2 883 lits de maternités. Ces polycliniques disposent également 4 347 lits d'urgence et 138 lits d'hémodialyse. 15 maternités rurales et autonomes comptabilisant 163 lits de maternité et 6 003 salles de soins. (Cf. Tableau 2).

**Tableau 2 :** Répartition des établissements publics de soins par type de structure en 2018

	<b>Infrastructures</b>	<b>Nombre</b>	<b>Capacité Litière</b>
	<i>EHU</i>	1	1087
	<i>CHU</i>	15	12 671
	<i>EHS</i>	79	12 426
	<i>EH</i>	9	1 325
	<i>EPH</i>	206	38 200
	<b>Polycliniques</b>	1 320	2 570
<b>EPSP</b>	<b>Poly +maternité</b>	395	4660
	<b>Maternité autonome</b>	15	163
	<b>Salles de soins</b>	6 003	-
	<b>Total</b>	273	7 531
	<b>Total des lits</b>	-	73 240

*Source :* tableau réalisé par nos soins à partir de MSPRH (2019), Santé en chiffre 2018.

En dépit de ces réformes engagées, le système de santé manque d'une organisation cohérente de prise en charge des patients qui se manifeste par une absence de continuité des soins et de coordination entre les différentes structures de soins. Ce qui peut provoquer l'errance médicale<sup>3</sup>. ; Alors que l'optimisation de trajectoire de soins à travers la coordination entre les structures de soins de proximité et les hôpitaux ainsi qu'entre les médecins généralistes et spécialistes est nécessaire pour assurer un parcours de soins coordonné (Fortaki, Brahmia, 2019). Le rôle du médecin traitant est ainsi primordial.

De plus, en raison de l'absence des procédures de contrôle des prestations des soins, la hiérarchisation des soins n'est pas respectée ni par les patients, ni par les professionnels de santé. La hiérarchie pyramidale reste formelle. Le dysfonctionnement et les entraves rencontrées dans les structures de soins est parmi les causes du non respect de cette hiérarchisation (Brahamia, 2010). Des enquêtes approfondies sont, dans ce contexte, nécessaires pour analyser les itinéraires thérapeutiques des patients ainsi que les facteurs influençant le parcours des soins des patients.

#### ❖ *Le secteur parapublic*

Ce secteur a connu une régression rapide à partir de la fin des années 80, à cause de la compression des effectifs dans les entreprises publiques, dictée par les mesures d'ajustement structurel du FMI. En 2018, nous comptons 862 agences pharmaceutiques de l'Etat et 677 de centres médicaux sociaux (CMS). Ces derniers créés et financés par des entreprises ou des institutions publiques, réservés à leur personnel. Leur impact sur la santé publique est aujourd'hui assez négligeable.

<sup>3</sup> L'errance médicale survient surtout lorsque le patient est atteint d'une pathologie rare : il va de services en services sans qu'un diagnostic ne soit posé et donc ne sera pas pris en charge en temps utile.

### ❖ Le secteur privé

Dans les années 60 et 70, le secteur privé a été marginalisé. En effet, les conditions d'exercice ont été durcies. Dans le but d'assurer l'équilibre régional, les installations de médecins sont soumises aux critères de zoning. De plus, ils doivent assurer une activité en parallèle dans le public. Les cliniques privées sont réduites aux maisons d'accouchements sans possibilités chirurgicales. A l'arrivée sur le marché du travail d'un effectif important de médecins, les pouvoirs publics ont assoupli les conditions d'installation et ont été enlevés progressivement à partir de 1986. A partir de la fin 1988, le secteur privé a connu un essor considérable.

## 2. Évolution de l'offre de soins

Dans ce point, nous allons présenter des données sur l'évolution de l'offre de soins en termes d'infrastructures et ressources humaines qu'elle soit publique ou privée.

### 2.1. L'évolution des infrastructures

L'évolution de l'offre publique de soins en infrastructures et ressources humaines sera abordée dans ce point.

#### 2.1.1. Les infrastructures sanitaires publiques

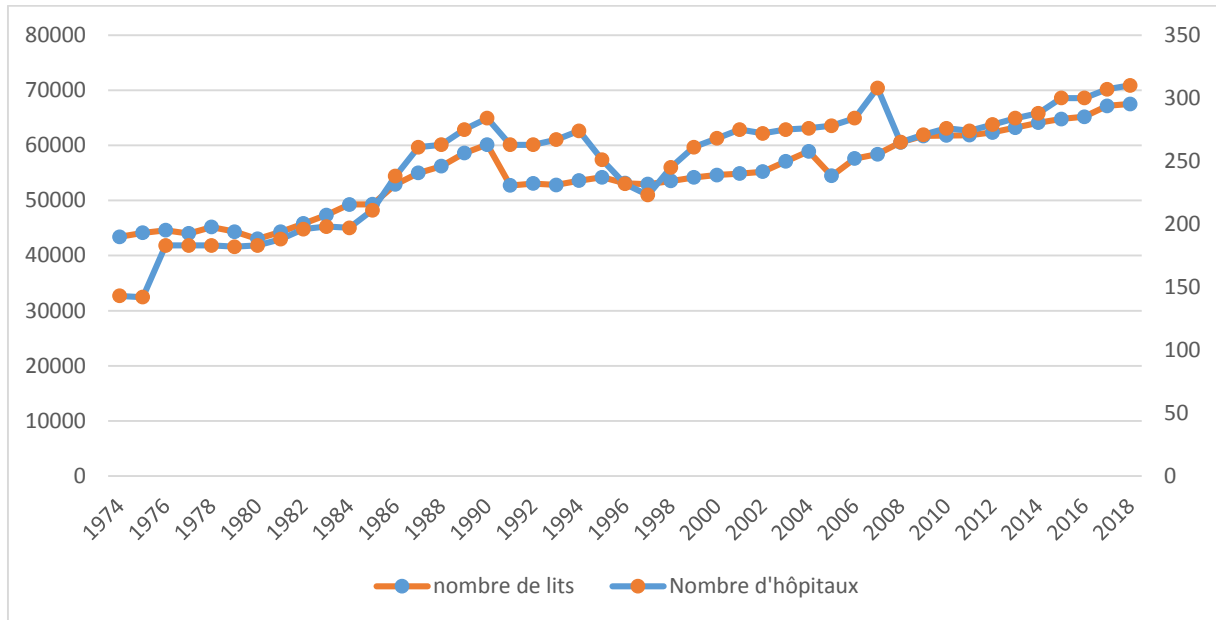
La figure 1 retrace l'évolution des infrastructures sanitaires publiques de 1974 à 2018. Nous constatons que le nombre d'hôpitaux a été doublé en espace de 44 ans, avec une moyenne de nouvelles constructions de près de quatre hôpitaux (ou infrastructures extrahospitalières, polycliniques notamment, érigées en hôpital) chaque an. Ils passent ainsi de 143 en 1974 à 310 en 2018. En parallèle, la capacité litières de ces hôpitaux a connu une hausse de plus de 54% durant la même période, passant de 43404 lits en 1974 à 67509 lits en 2018.

Par ailleurs, l'analyse de l'évolution des infrastructures sanitaires publiques entre 1974 et 2018 fait ressortir trois périodes principales :

- La première période s'étale de 1974 à 1990. Elle est caractérisée par une hausse importante du nombre de lits d'hôpitaux (38,52%). Cette évolution s'explique par le renforcement des investissements en infrastructures sanitaires réalisés dans le cadre de la carte sanitaire de 1982.
- La deuxième période, 1990-2000, est marquée par une baisse importante du nombre de lits d'hôpitaux où nous avons constaté une baisse de 7396 lits en une année ; leur nombre est passé de 60124 lits en 1990 à 52728 en 1991. Cela relève de la conjoncture de la période où l'Algérie a traversé des crises de différentes dimensions (économique, sanitaire, sécuritaires, politique, ...).
- La troisième période, de 2000 à 2018, durant laquelle le nombre de lits d'hôpitaux a augmenté de 22%, soit 12276 de lits en plus. Ils passent de 54869 lits en 2000 à 67509 lits en 2018, avec un indice de couverture de 161 lits pour 100 mille habitants. Cette

progression est due aux investissements publics dans le secteur de la santé entamés dans le cadre des plans de soutien à la relance de l'économie algérienne (Messaili, 2018, p 141).

**Figure 1 :** Evolution des infrastructures hospitalières de 1974 à 2018



Source : réalisé par nos soins à partir de :

ONS, rétrospective 1962\_2011 pour les années de 1974 à 2011 :

MSPRH, Algérie en quelques chiffres, De 2011 à 2014

Les annuaires statistiques du MSPRH, santé en quelques chiffres, de 2015 à 2018

Les données sont représentées dans le tableau 1 de l'annexe 01.

En ce qui concerne la capacité litière pour chaque entité de l'infrastructure hospitalière, le tableau 3 nous livre des informations par rapport leur évolution entre 1993 à 2018. Nous constatons que le nombre de CHU a connu une stagnation de 1993 à 2010 et leur capacité en lits a connu une baisse de 28%. Suite à la création de deux nouveaux CHU, la capacité litière des CHU a connu une progression de 8%, soit 1021 lits en plus entre 2010 et 2018. La capacité litière du seul EHU existant en Algérie a connu une progression de 46% depuis sa création jusqu'à 2018. Pour les EPH, leur nombre varie d'une année à une autre suite aux réalisations et aux changements de statut de ces établissements. Le nombre des EH et leur capacité litière ont doublé en espace de 10 ans, passant de 04 avec 600 lits en 2008 à 09 avec 1305 lits en 2018.

Quant aux EHS, leur nombre a multiplié par 4,15, passant de 19 établissements en 1993 à 79 EH en 2018. En parallèle, leurs capacités litières ont progressé de 5333 lits en 1993 à 12426 en 2018, soit une augmentation de 133% en espace de vingt-cinq ans. Cette importante augmentation pour les établissements spécialisés peut être liée aux besoins de santé spécialisés suite à la transition épidémiologique, notamment l'accroissement des maladies chroniques.



**Tableau 3** : Evolution des capacités litières selon le type de structure hospitalière de 1993 à 2018

année	CHU		EHU		EHS		EH		EPH	
	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits
1993	13	16501	/	/	19	5333	/	/	195	30968
1996	13	15845	/	/	21	5913	/	/	185	31984
2000	13	13087	/	/	31	6416	/	/	224	34808
2002	13	13236	/	/	32	5960	/	/	227	34056
2005	13	13837	/	740	32	6046	/	/	232	33837
2006	13	12697	/	740	36	7306	/	/	234	33977
2007	13	12697	/	740	54	9785	/	/	240	35157
2008	13	12115	1	700	57	9932	4	600	190	37185
2009	13	12342	1	700	61	10475	4	608	192	37565
2010	13	11889	1	612	64	10824	4	679	194	37775
2011	14	12171	1	710	63	10816	4	709	192	37442
2012	14	12312	1	759	66	10863	5	849	193	37545
2013	14	12500	1	764	68	11298	5	876	194	37769
2014	14	12862	1	806	71	11499	5	926	196	38015
2015	15	13050	1	810	75	11637	9	960	200	38305
2016	15	12910	1	818	75	11725	9	1324	200	38407
2017	15	12799	1	869	77	11818	9	1354	205	40322
2018	15	12910	1	108	79	12426	9	1325	206	38200

7

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

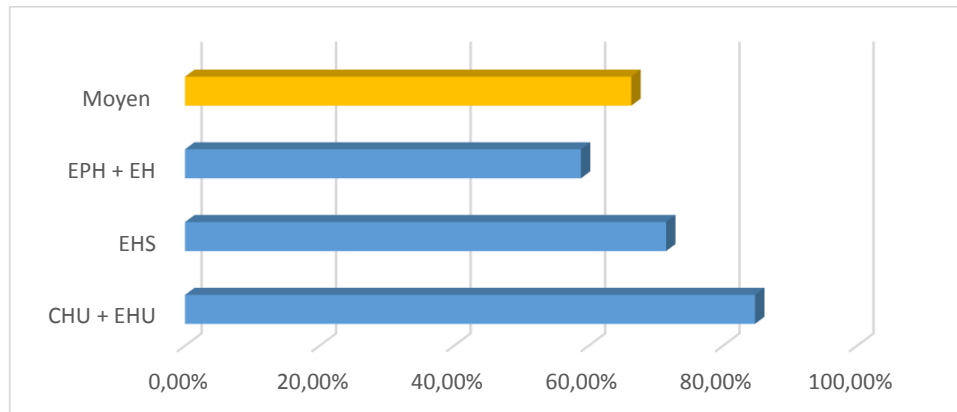
MESSAILI M., « Dépenses de santé, santé de la population et croissance économique en Algérie », Thèse de Doctorat-LMD en sciences économiques, Université de Bejaia, 2018, p 143.

ONS, Algérie en quelques chiffres n°47 et n° 48 pour les années 2016 et 2017.

MSPRH, santé en quelques chiffres pour les année 2015 et 2018.

Par ailleurs, ces lits hospitaliers demeurent sous utilisés. En 2018, le taux d'occupation est de 66,34%. La figure 2 indique que le taux d'occupation est différent selon la structure hospitalière. Les CHU et EHU affichent un taux d'occupation le plus élevé avec 84,74% suivies par les EHS avec un taux de 71,52%. Enfin, nous trouverons en dernière position les EPH et EH avec un taux de 58,85%. Cela peut s'expliquer d'une part par un raccourcissement des journées d'hospitalisation au profit de la médecine ambulatoire suite au développement des technologies de la médecine ambulatoire (Brahamia, 2014). D'autre part, par le manque de médecins spécialistes dans les EPH. *Ce qui « ...réduit souvent ces structures à de simples centres de transit et d'évacuation des patients, vers les CHU ».* (Kaïd Tlilane, 2003, p 81).

**Figure 2 :** Le taux d'occupation des lits hospitaliers par type de structure hospitalière en 2018



Source : Figure réalisée par nos soins à partir de l'annuaire statistique sanitaire du MSPRH, santé en quelques chiffres, octobre 2019.

L'évolution de l'infrastructure des soins de proximité après la réforme nous indique que le nombre de polycliniques a connu une importante progression de 21% en espace de 10 ans, passant de 1419 en 2008 à 1715 en 2018, soit 296 polycliniques en plus (Cf. Tableau 4). L'indice de couverture durant cette période est de 4,10 polycliniques pour 100 milles habitants. En parallèle, le nombre de lits d'urgences dans ces polycliniques a été multiplié pratiquement par 2,19 durant la même période évoluant ainsi de 1988 lits en 2008 à 4345 lits en 2018. Cela s'explique par la réorganisation de l'offre de soins à partir de 2007 où les centres de santé ont été transformés en polycliniques en augmentant leurs tailles et en élargissant leurs palettes d'activités. Les salles de soins qui représentent les structures les plus légères ont connu aussi une croissance importante de 18,23%. Elles passent de 5077 en 2008 à 6003 en 2018, avec un indice de couverture de 14,36 salles pour 100 milles habitants.

Constituées de maternités rurales et de celles intégrées dans les polycliniques, le nombre de maternités publiques est réduit de 9 maternités entre 2008 à 2018. Par contre, le nombre de lits en maternité a progressé de 8,32%, passant de 2812 en 2008 à 3046 en 2018. En effet, l'enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2012-2013 sur « *Suivi de la situation des enfants et des femmes* » du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (2015) en collaboration avec UNICEF, révèle que 97% des naissances en Algérie ont eu lieu dans une structure de santé. Plus de 88% des accouchements sont survenus dans les structures du secteur public et environ 9% au niveau des établissements privés. L'accouchement à domicile ne concerne que très peu de femmes puisque 1%.

S'agissant des autres structures du secteur public, nous avons remarqué que le nombre de centres médico-sociaux a augmenté de 10,80%, passant de 611 en 2008 à 677 en 2018. Quant aux officines pharmaceutiques de l'Etat, elles ont connu une régression régulière de 11%. Elles passent de 968 officines en 2008 à 862 en 2018. Les laboratoires d'hygiènes de la wilaya sont en nombre de 50 et n'ont connu aucune évolution.

**Tableau 4 :** Evolution de l'infrastructure extra hospitalière après la réforme (2008 à 2018)

Année	Polycliniques		Maternités publiques		Salles de soins	CMC	Agences pharmaceutiques d'Etat
	Nbre	lits	Nbre	Lits			
<b>2008</b>	1419	1988	419	2812	5077	611	968
<b>2009</b>	1436	2704	427	2914	5258	614	961
<b>2010</b>	1491	3272	431	3200	5350	616	942
<b>2011</b>	1551	3331	437	3099	5491	621	930
<b>2012</b>	1601	3314	409	2996	5545	627	923
<b>2013</b>	1627	3539	412	3163	5484	619	918
<b>2014</b>	1637	3735	416	3202	5726	622	906
<b>2015</b>	1659	38889	415	3175	5762	627	903
<b>2016</b>	1684	4075	416	3142	5875	630	880
<b>2017</b>	1695	4 213	409	3 056	5957	653	869
<b>2018</b>	1715	4347	410	3046	6003	677	862

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

*ONS, rétrospective 1962\_2011 pour les années de 2008 à 2011.*

*MSPRH, Algérie en quelques chiffres, De 2011 à 2014.*

*ONS, Algérie en quelques chiffres n° 48 pour les années 2016 et 2017.*

*MSPRH, santé en quelques chiffres pour les année 2015 et 2018.*

Bien que les infrastructures publiques de soins ont connu une évolution considérable, toutefois, elles souffrent de l'insuffisance d'équipements médicaux qui sont peu nombreux, vétustes et souvent en panne (Kaïd Tlilane, 2004b, Salmi, 2012, Zehnati, 2014). Cela s'explique en partie par l'insuffisance de maintenance faute de manque de techniciens qualifiés pour prendre en charge les travaux d'entretien et de maintenance. Ajoutant à cela, le manque de pièces de rechange, la non fiabilité des appareils et une surutilisation et non renouvellement des équipements (Salmi, 2012, p 61). Cette situation perdure depuis des années et paralyse les hôpitaux (Oufriha, 2002). Face à cette situation, les patients renoncement ou reportent leurs examens radiologiques et leurs analyses pour des raisons financières et/ou s'adressent parfois aux privé pour des hospitalisations, avec des prix très élevés, sans remboursement ou avec remboursement à titre dérisoire.

### 2.1.2. L'évolution des infrastructures privées

L'offre privée de soins est composée de deux segments composés de cabinets médicaux et de cliniques privées. Le tableau 5 nous renseigne sur l'évolution des cabinets médicaux et des officines pharmaceutiques depuis 2005 à 2018. Nous constatons que l'effectif des cabinets de médecins généralistes est passé de 5990 en 2005 à 8347 en 2018, soit une augmentation de 39% durant treize ans. Ce qui correspond à 181 nouvelles installations par an. Les cabinets de médecins spécialistes ont connu un rythme d'évolution plus important, correspondant à 465 nouvelles installations par an. Leur nombre a été multiplié par 2,22, passant de 4775 en 2005 à 10620 en 2018.

**Tableau 5 :** Évolution du nombre de cabinets de consultation et des officines pharmaceutiques du secteur privé (2005-2018)

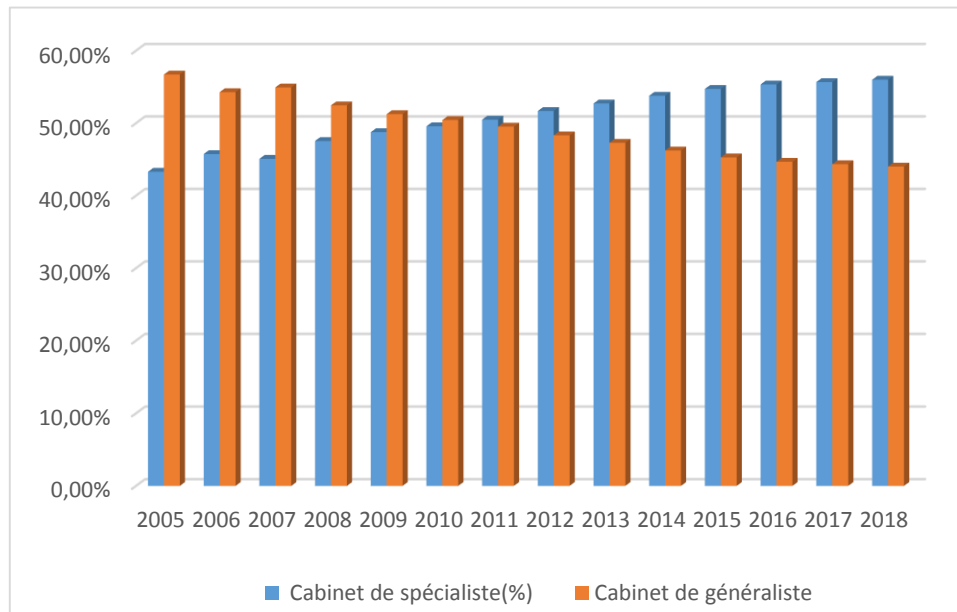
Année	Cabinet de généraliste	Cabinet de spécialiste	Cabinet dentaire	Cabinet de groupe	Officines pharmaceutiques
2005	5990	4573	3832	-	5849
2006	6179	5206	4381	248	6689
2007	6208	5095	4120	-	7459
2008	6202	5621	4717	301	7509
2009	6206	5904	4909	335	7876
2010	6315	6208	5105	376	8322
2011	6334	6457	5249	402	8760
2012	6335	6776	5368	426	9135
2013	6482	7226	5587	446	9520
2014	6655	7742	5928	512	9794
2015	6910	8352	6144	600	9962
2016	7298	9042	6514	709	10516
2017	7803	9 795	6952	821	10516
2018	8347	10620	7526	938	10700

Source : tableau fait par nos soins à partir de : Zehnati (2014), pour les années 2005 et 2007, MSPRH (2008), statistiques sanitaires pour l'année 2006, et ONS, rétrospective 1962-2011, pour les années 2008 à 2010, et ONS, Algérie en quelques chiffres (n° 44, 46,47 et 48) pour les années de 2011 à 2015.

L'évolution du partage généralistes/spécialistes des cabinets de consultation privés durant la période 2005-2018 indique une tendance à la spécialisation de l'offre privée de soins. En 2005, les cabinets de médecins généralistes sont plus dominants, par la suite, leurs proportions connaissent une régression régulière en faveur des cabinets de médecins spécialistes. Par contre, les médecins privés prennent une part de plus en plus importante. En 2018, la part de médecins généralistes privés est de 44% alors que celle de spécialistes privés est de 56% (Cf. Figure 3). Les cabinets dentaires ont également connu une croissance remarquable, passant de 3832 cabinets en 2005 à 7526 cabinets en 2018. Cette évolution correspond à hausse de 7% en moyenne par an, soit 284 nouvelles installations par an.

Un même constat a été observé pour les cabinets de groupes<sup>4</sup> où leur nombre a été multiplié quasiment par quatre en espace de douze ans. Ils passent de 248 en 2006 à 938 en 2018. De même, les officines pharmaceutiques ont connu une progression considérable de l'ordre de 82% en espace de treize ans, soit 373 nouvelles officines pharmaceutiques par an. En 2018, elles sont au nombre de 10700 alors qu'elles étaient au nombre de 5849 en 2005.

**Figure 3 :** Evolution du partage généraliste/spécialistes des cabinets privés de consultation (2005 à 2018)



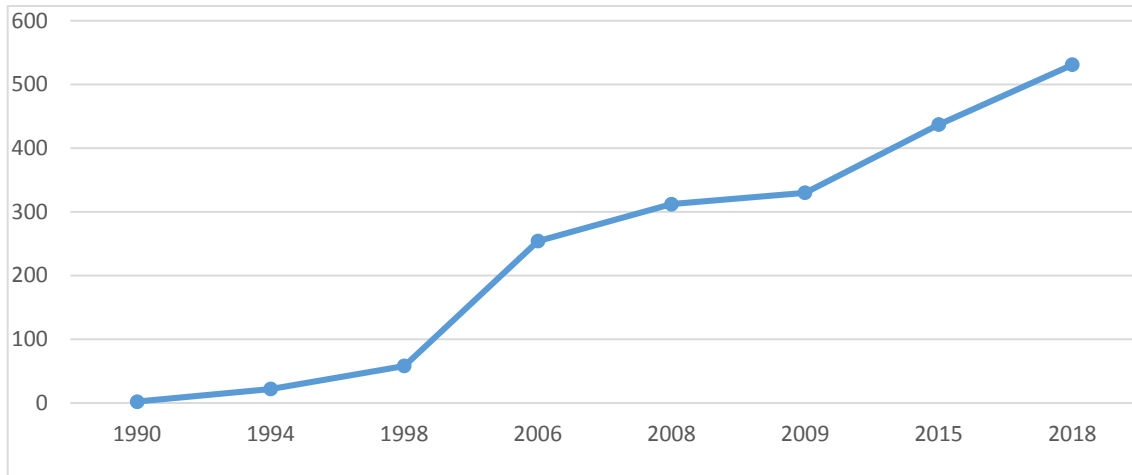
Source : figure réalisée par nos soins à partir du tableau 5.

Après avoir été limitées aux accouchements sans hospitalisation, les cliniques privées ont connu un développement rapide suite à la promulgation de la loi 88-15 et du décret 88-204 fixant les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privées (MSPRH, 2001). Signalant que la première clinique a été créée dans l'Est algérien à Ain Beidha en 1989 (Zehnat, 2014, P103). Suite à l'application du Plan d'Ajustement Structurel proposé par le FMI et la Banque Mondiale, le nombre de cliniques passe de 02 en 1990, à 22 en 1994, à 531 en 2018, soit un taux de croissance de 7% par an (Cf. figure 4). Cette croissance peut s'expliquer en partie par le déficit du secteur public dans la prise en charge de certaines maladies, notamment l'insuffisance rénale terminale et les maladies cardiaques. A cet effet et afin de combler ce déficit, les pouvoirs publics ont introduit en 2002 une politique de conventionnement entre le secteur privé et les caisses de sécurité sociale. Elle consiste à la prise en charge intégrale des dépenses occasionnées par ce secteur pour le traitement de ces maladies.

<sup>4</sup>Le cabinet de groupe est une association d'omnipraticiens ou de praticiens spécialistes de même discipline ou de discipline différentes mettant en commun leur équipement professionnel relevant de leurs spécialités respectives et l'organisation de leur travail "dans une maison médicale commune sans hospitalisation en vue de permettre une bonne distribution de soins aux malades, une entraide mutuelle et un perfectionnement professionnel.

Cette mesure a entraîné une croissance exponentielle du nombre et de tailles des cliniques d'hémodialyses. En 2018, nous comptons 162 cliniques avec 1913 reins artificiels, alors que leur nombre était de 48 en 2005, avec 475 reins artificiels. Cette évolution correspond à neuf cliniques nouvelles par an, soit un taux annuel moyen de croissance de 5%.

**Figure 4** : Evolution du nombre de cliniques privés en Algérie (1990 à 2018)



*Source* : Figure réalisée par nos soins à partir différents annuaires statistiques de MSPRH et Zehnati (2014) pour les années 1990, 1994, 1998.

Les cliniques de chirurgie médicale ont connu également une progression de 10 nouvelles installations par an, soit une augmentation de 84% durant la période 2005-2018. Quant aux cliniques médicales, leur nombre varie d'une année à une autre, elles s'élevaient à 48 en 2018.

Enfin, les cliniques privées<sup>5</sup> ont investi dans les spécialités qui leur rapportent plus de gains financiers à l'égard de la chirurgie ainsi que des spécialités conventionnées avec les organismes de la sécurité sociale et les créneaux qui étaient mal pris en charge par le secteur public (Zehnati, 2014, P 24).

<sup>5</sup> Les travaux de Zehnati (2014, 2015, 2018) étudient les conditions d'émergence et de développement des cliniques privés en Algérie



**Tableau 6** : Evolution d'infrastructures privées de soins de 2005 à 2018

Année	Cliniques médico-chirurgicales et obstétricales		Cliniques médicales		Cliniques d'hémodialyse		Total lits	Total lits (%)
	Nbre	lits	Nombre	lits	Nbre	lits		
<b>2005</b>	151	3218	23	26	48	577	3 821	6,21
<b>2006</b>	161	3354	24	65	58	581	4000	6,45
<b>2007</b>	165	3408	23	65	64	643	4116	6,24
<b>2008</b>	187	/	28	/	86	/	/	/
<b>2009</b>	198	/	17	/	187	/	/	/
<b>2010</b>	200	4800	30	70	108	950	5820	9,15
<b>2013</b>								
<b>2015</b>	237	/	23	/	148		/	/
<b>2016</b>	271	5603	46	120	175	1450	7173	11%
<b>2018</b>	279	-	48		162	/	/	/

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

Foudi (2018). « Le partenariat public-privé (PPP) dans le système de santé algérien : Défis et enjeux de la coordination des acteurs, Analyse à travers la délégation du service de dialyse aux cliniques privées dans la wilaya de Béjaïa » Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Béjaïa. P 109.

ONS, *l'Algérie en quelques chiffres*, N° 44, 46 et 47 et 48 pour les années 2015 et 2016 et 2017. *L'annuaire statistique de MSPRH (2019), santé en chiffres 2018.*

## 2.2. Les ressources humaines

Depuis la réforme des études médicales engagée en 1971 qui a permis une formation d'importantes cohortes de médecins et de paramédicaux, l'Algérie a fourni beaucoup d'efforts dans la formation du personnel de la santé. Nous exposerons dans ce point l'évolution de la démographie médicale publique et privée. Nous nous pencherons d'abord sur les données globales en matière d'effectifs. Ensuite, nous nous intéresserons à la répartition des effectifs par spécialité en faisant des comparaisons entre le public et le privé.

La couverture en personnel médical a connu une progression considérable en raison de la croissance de l'effectif des médecins en activité, passant de 23550 médecins en 1990 à 78 838 médecins en 2017 ; ce qui a amélioré de 50% le ratio de couverture durant cette période. Ce dernier est passé d'un médecin pour 1058 habitants en 1990 à un médecin pour 529 habitants en 2017. De même, le nombre de chirurgiens-dentistes a connu la même tendance. Il passe ainsi de seulement 2137 en 1990 à 14 223 en 2017. Ce chiffre a été multiplié par sept, soit 449 nouveaux dentistes par an, améliorant ainsi l'indice de couverture de la population en passant de 1 dentiste pour 11765 habitants à 1 dentiste pour 3382 habitants.

**Tableau 7** : Evolution des personnels médicaux (public et privé) en Algérie (1990-2017)

année	Médecins		Chirurgiens-dentistes		Pharmaciens	
	Nbre	Nombre d'habitant/1 médecin	Nombre	Nombre d'habitant/1 médecin	Nombre	Nbre d'habitant/1 médecin
<b>1990</b>	23550	1058	2134	11765	7199	3472
<b>1993</b>	25491	1038	2984	8804	7885	3411
<b>1995</b>	27317	1066	3691	8028	8056	3483
<b>2000</b>	32332	941	4814	6318	8197	3717
<b>2001</b>	33654	918	4976	6206	8408	3673
<b>2002</b>	35368	887	5198	6333	8618	3639
<b>2003</b>	36346	876	5705	5582	8651	3681
<b>2004</b>	37720	858	6082	5321	8842	3660
<b>2006</b>	39459	849	7267	4607	9648	3457
<b>2008</b>	47995	721	8019	4314	10649	3248
<b>2009</b>	52071	677	8503	4148	11135	3167
<b>2010</b>	56209	640	9081	3972	11633	3093
<b>2011</b>	59618	616	9588	3828	12092	3036
<b>2012</b>	63534	590	10171	3686	12422	3018
<b>2013</b>	66236	578	10538	3634	12782	2996
<b>2014</b>	69076	566	11078	3 531	13168	2 970
<b>2015</b>	73431	544	11475	3 483	13645	2 929
<b>2016</b>	74937	545	11888	3 435	13 747	2 971
<b>2017</b>	78 838	529	14 263	3 382	12 337	2 925

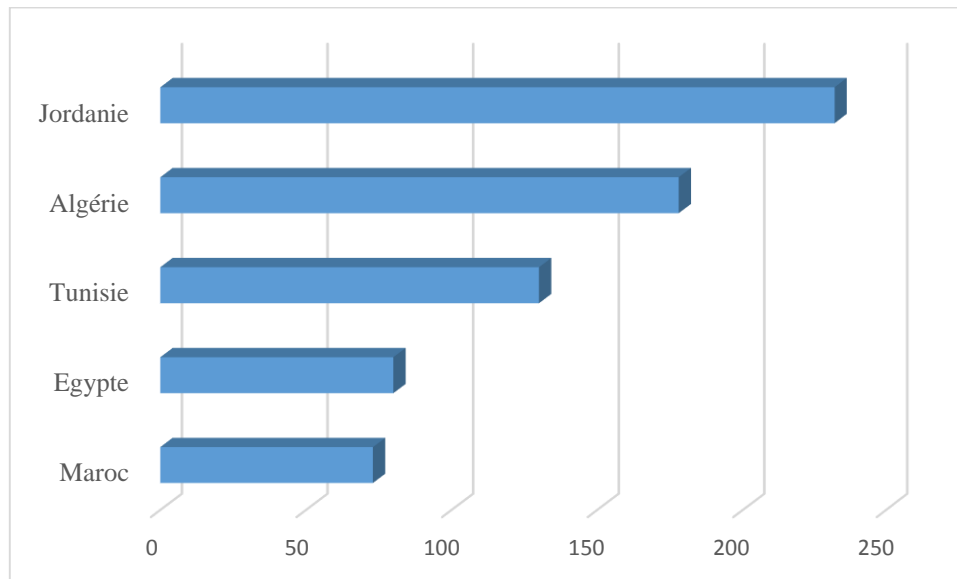
Source : réalisé par nos soins à partir de : ONS, *rétrospective 1962-2011, pour les années de 1990 à 2010*, ONS, *Algérie en quelque chiffre (n° 44, 46, 47 et 48) pour les années de 2011 à 2017*.

Quant aux pharmaciens, leur nombre a également augmenté considérablement. Il évolue de 7199 en 1990 soit un ratio, de couverture de 3472 habitants/1 pharmacien à 12 336 en 2017, ce qui correspond à un indice de couverture de 2925 habitants/1 pharmacien. L'amélioration des rations de couverture en personnel médical est liée à la fois à l'ouverture de nouveaux emplois dans les établissements de santé publics suite à leur évolution et à la dynamique d'installation des médecins dans le secteur privé.

L'exploitation des données de l'OMS<sup>6</sup> dans la figure 5 montre que l'Algérie affiche une densité en médecins la plus élevée dans les trois pays du Maghreb et en Egypte en 2017. En revanche, cette couverture est moins importante que celles enregistrées dans la Jordanie avec 232 médecins pour 100 milles habitants. Le Maroc affiche le ratio de couverture le plus faible en médecins avec 73 médecins pour 100 milles habitants.

<sup>6</sup> Signalant que les statistiques de l'OMS sur le personnel médical ne correspondent pas toujours à celles affichées dans les pays membres

**Figure 5** : Le nombre de médecins pour 100 milles habitants dans les pays du Maghreb et quelques pays de la région MENA en 2017



*Source* : Figure réalisée par nos soins à partir des données de la Banque Mondiale disponibles sur internet à l'adresse : <https://donnees.banquemondiale.org>

#### ❖ Evolution du partage secteur public/ secteur privé du personnel médical

Dans ce point, il sera question de distinguer le personnel médical (généralistes, spécialistes et chirurgiens-dentistes) selon le secteur juridique.

**Tableau 8** : Evolution du partage secteur public/ secteur privé du personnel médical (1998-2018)

Année	Médecin Généraliste				Médecin Spécialiste				Chirurgien-Dentiste			
	Public		Privé		Public		Privé		Public		Privé	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>1998</b>	10200	66,23	5200	33,77	5820	89,35	3640	38,48	5053	63,53	2901	36,47
<b>2001</b>	11050	65,13	5915	34,87	6410	92,28	4861	43,13	4828	57,41	3581	42,59
<b>2006</b>	12804	66,07	6576	33,93	6634	99,13	5913	47,13	4951	51,15	4729	48,85
<b>2010</b>	20032	74,76	6764	25,24	8039	84,14	7491	48,24	6410	55,10	5223	44,90
<b>2013</b>	23111	78,10	6482	21,90	11304	57,34	9429	45,48	7195	56,30	5585	43,70
<b>2015</b>	24 831	76,86	7 477	23,14	12422	60,19	11 001	46,97	6965	52,18	6 384	47,82
<b>2018</b>	25605	73,51	9226	26,49	13691	67,39	14141	50,81	6767	46,04	7931	53,96

*Source* : Tableau réalisé par nos soins à partir de MSPRH (2014), situation démographique et sanitaire pour les années de 2000 à 2012 ; et MSPRH (2016 et 2019) pour l'année 2015 et 2018. Les pourcentages sont calculés par nos soins.

La répartition des médecins généralistes par secteur juridique dans la figure 6 montre une prédominance permanente du secteur public pendant les vingt dernières années (1998- 2018), représentant près de deux tiers de l'ensemble des médecins généralistes. En 2018, le secteur public possède 25605 médecins généralistes, soit 73,51% du total des médecins. Cela s'explique par la réforme du système de santé dans le secteur public qui a permis un large recrutement des médecins généralistes notamment dans les EPSP où une très forte proportion exerce dans ces structures, soit 64% du total des médecins généralistes publics.

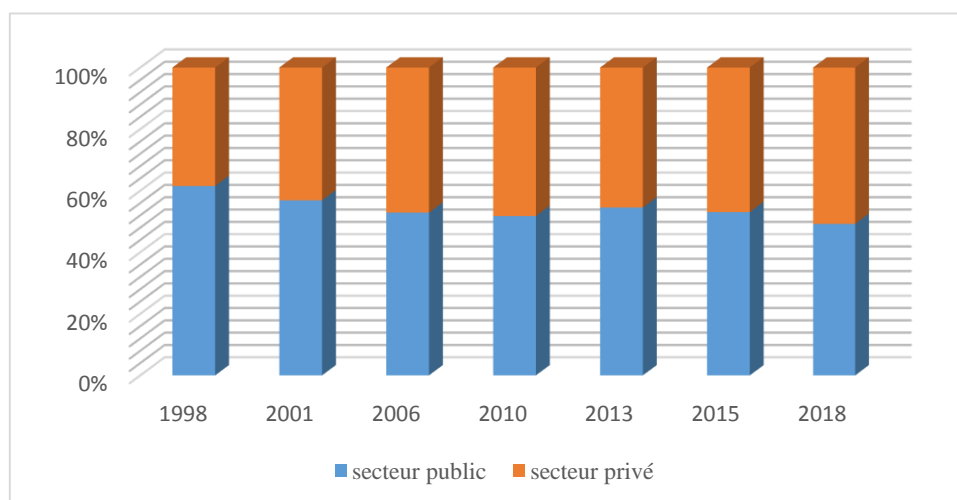
**Figure 6:** Evolution du partage public/privé des médecins généralistes (1998-2018)



Source : figure réalisée par nos soins à partir de tableau 8.

Le secteur privé, par contre, a représenté 26,49% du total des généralistes. Sa part a connu une stabilité (près d'un quart durant toute la période) et puis une régression jusqu'à 2013 où il représente seulement 21,9% avant de connaître une progression à partir de 2015.

**Figure 7 :** Évolution du partage public/privé des médecins spécialistes (1998-2018)

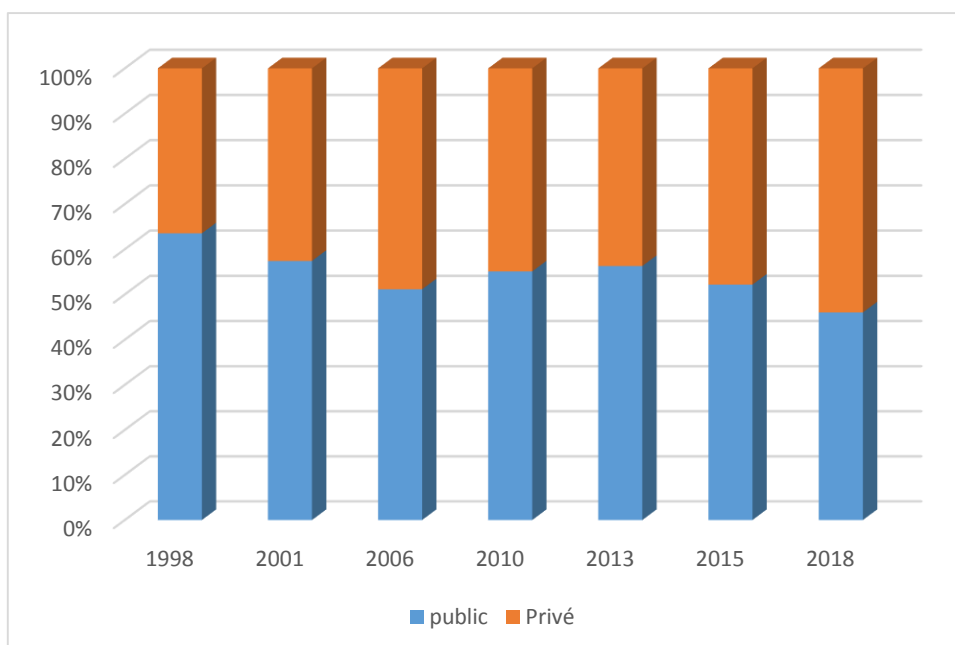


Source : Figure réalisée par nos soins à partir des données de tableau 8.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, la figure 7 nous renseigne sur l'évolution du partage public/Privé sur la période (1998-2018) où nous avons constaté la place de plus en plus croissante que prend le secteur privé dans l'offre spécialisée. De 38,48% en 1998, l'effectif des médecins spécialistes qui exercent dans le secteur privé est en progression continue pour atteindre 50,81% en 2018 au point où il dépasse la part des spécialistes dans le secteur public.

S'agissant des chirurgiens-dentistes, nous avons constaté la même tendance que celles des médecins spécialistes (Cf. figure 8). La part des chirurgiens-dentistes privés a progressé de 36,47% en 1998 à 53,96 % en 2018 où elle dépasse de 7% la part des chirurgiens-dentistes dans le secteur public.

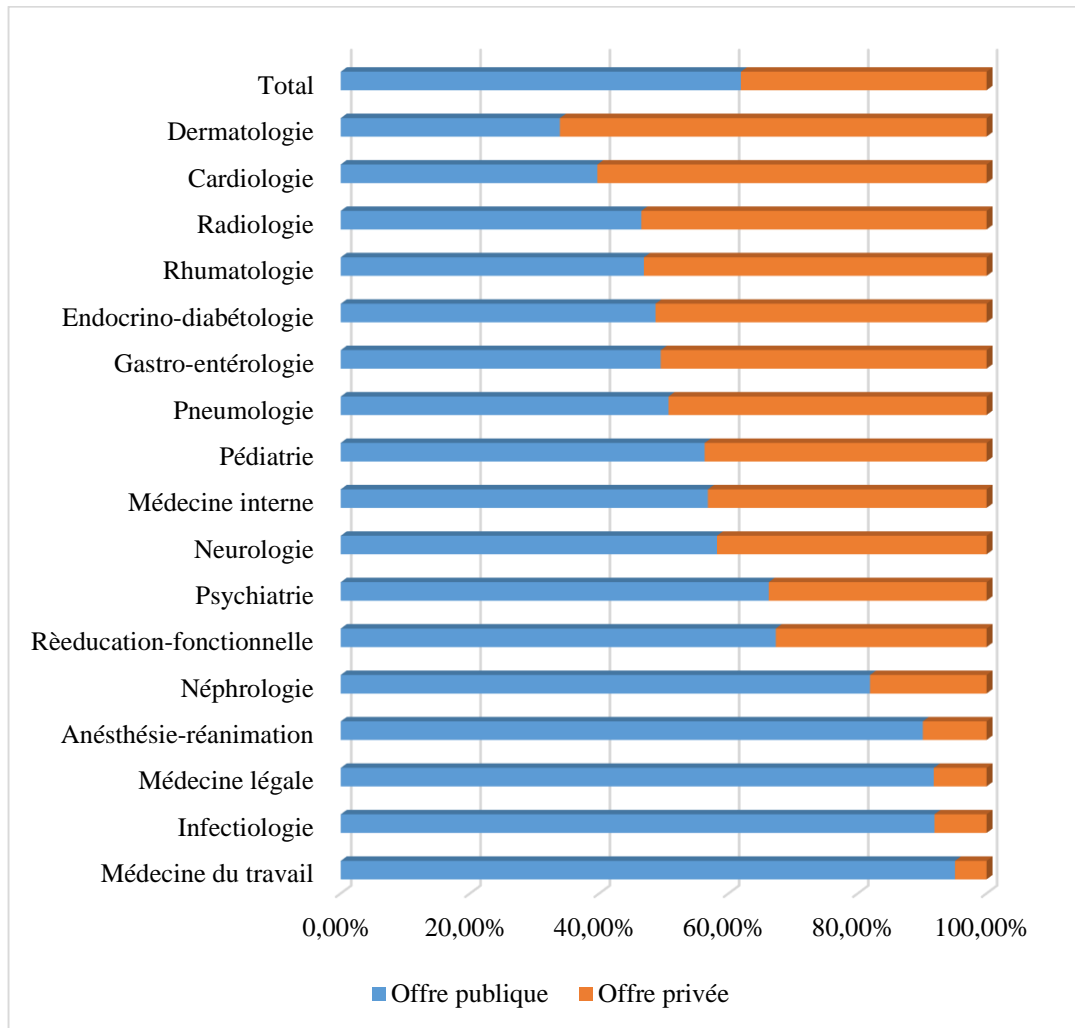
**Figure 8 :** Évolution du partage public/privé des chirurgiens-dentistes (1998-2018)



Source : figure réalisée par nos soins à partir des données de tableau 8.

En dépit que le privé a connu une forte progression, la répartition en termes de spécialités médicales, le secteur public est l'offreur dominant avec 61,90% de l'offre total contre 38,1% pour le privé en 2015 (Cf. Figure 7). Plus précisément, l'offre publique domine largement dans la médecine de travail (95,10%), l'infectiologie (91,9%), l'anesthésie réanimation (91,1%), la médecine légale (91,8%) et la néphrologie (81,9%). Cela est lié en partie aux raisons réglementaires dans la mesure où quelques spécialités ne sont pas encore autorisées à l'exercice libéral. Par contre, l'offre privée est dominée largement dans la dermatologie (66,1%), la cardiologie (60,3%) et la radiologie (53,5%). De plus, nous avons constaté qu'il n'y a pas vraiment de différence notable entre le public et le privé dans certaines autres spécialités comme endocrine-diabétologie, gastro-entérologie et pneumologie.

**Figure 9** : Répartition public-privé des spécialités médicales en Algérie, en 2015

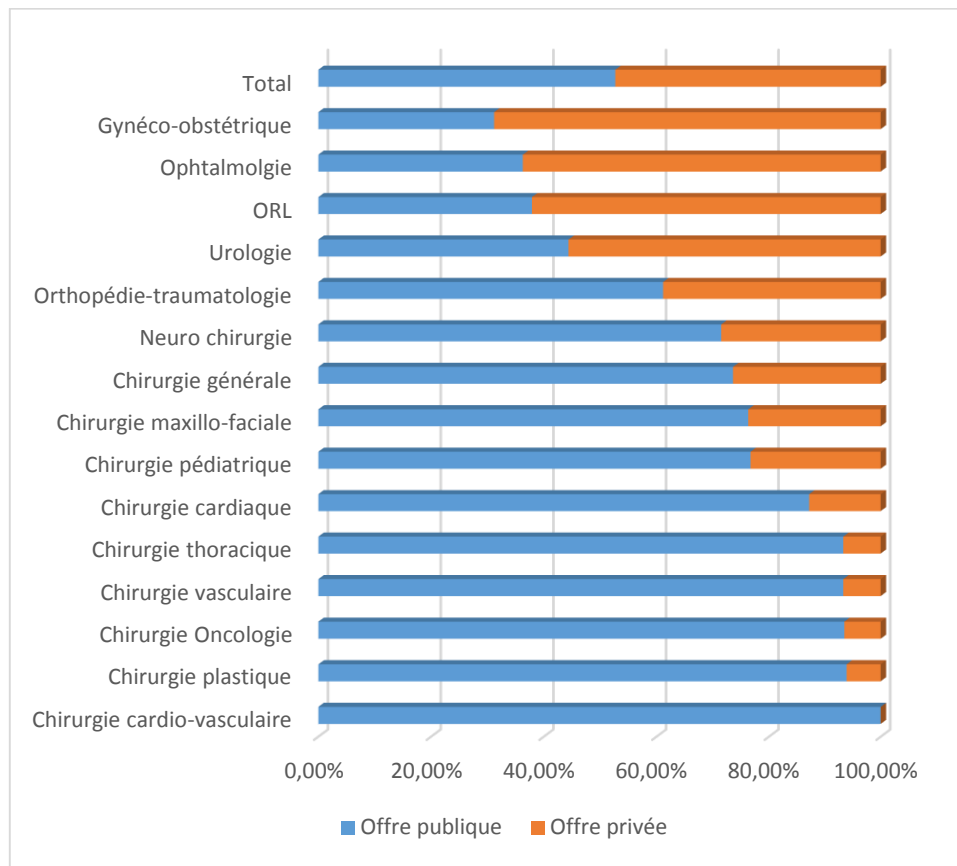


Source : ZEHNATI A., « La démographie médicale en Algérie », Ed Loumi, 2018, P46.

S'agissant des spécialités chirurgicales, l'offre privée se rapproche, globalement, de l'offre publique avec respectivement, 47,3% et 52,7%. Le secteur public domine dans les spécialités qui exigent un plateau technique plus sophistiqué et demande l'interdisciplinarité des intervenants (Zehnat, 2018). C'est ce qui explique que la part du public est quasi intégrale en chirurgie oncologie (93,5%), la chirurgie cardiaque (87,2%), la chirurgie vasculaire (93,3%) et cardiovasculaire (100%) et la neuro chirurgie (71,5%). La spécialité chirurgicale du secteur privé domine dans la gynécologie-obstétrique (68,8%), l'ophtalmologie (63,7%) et l'ORL (62,1%). Le choix de ces spécialités n'est pas par hasard. Ces dernières sont les plus demandées, les plus rentables et les moins risquées.



**Figure 10** : La répartition public/privé des spécialités chirurgicales en Algérie, en 2015



*Source* : ZEHNATI A., « La démographie médicale en Algérie », Ed Loumi, 2018, P47.

Nombreux sont les facteurs qui poussent les médecins à exercer dans le secteur privé. Des facteurs d'ordre économiques notamment le différentiel de revenus entre le secteur public et le secteur privé. D'autres facteurs interviennent comme la recherche d'autonomie et d'une meilleure organisation des soins (Zehnati, 2013 ; Zehnati, & Peyron, 2015). Cependant, nombreux sont les dysfonctionnements du secteur privé, à savoir :

- ✓ Le volume des activités, la qualité des prestations et le coût des soins dispensés restent mal connus. Absence des cahiers de charges qui régissent le fonctionnement des établissements privés (Zehnati, 2014)
- ✓ Les actes assurés ne sont pas pris en charge par les assurances collectives. Le système de conventionnement avec la sécurité sociale ne couvre aujourd'hui que deux spécialités notamment l'hémodialyse et la chirurgie cardiaque.
- ✓ L'absence des normes applicables au secteur privé en termes d'organisation des activités médicales.
- ✓ L'anarchie dans les honoraires et les coûts des actes.
- ✓ L'absence d'une participation effective aux activités de prévention.

Enfin, au lieu d'être un secteur qui complète le secteur public, le secteur privé fonctionne toujours sans quasiment aucune coopération avec le secteur public. On assiste à une absence de coopération institutionnalisée entre le secteur public et privé (Zehnati, 2017).

## II. LES INEGALITES DE REPARTITION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

L'accès aux soins de santé requière non seulement une couverture suffisante en terme d'offre de soins, mais également une répartition géographique adéquate de cette offre sur l'ensemble du territoire. Dans cette section, nous aborderons la question de répartition territoriale des infrastructures sanitaires et des ressources humaines qu'elles soient publiques ou privées. Le but est de déterminer les territoires en déficit dangereux en matière de couverture sanitaire. De plus, l'analyse sur la répartition territoriale nous permettra de tirer des renseignements sur la question des disparités territoriales d'accès aux soins. Afin de mesurer les disparités de répartition de la démographie médicale, nous calculerons l'indice de Gini pour l'ensemble des médecins tous corps confondus des deux secteurs juridiques réunis pour situer le niveau d'inégalité en termes de couverture. Ensuite, nous pencherons sur le calcul de cet indice en séparant les médecins par spécialité et par secteur d'activité.

### 1. La répartition des infrastructures sanitaires

L'étude de la répartition de l'offre de soins et des ratios de couverture sanitaire dans les cinq régions sanitaires va nous permettre d'avoir une première idée sur l'équité et la prise en charge des besoins de santé de la population selon les régions. Dans ce point, nous allons présenter et analyser la répartition des infrastructures sanitaires publiques et privées par région sanitaire. À cet effet, nous avons utilisé les données du dernier rapport du MSPRH (2019).

#### 1.1. La répartition d'infrastructure publique

Bien que le pays soit doté en infrastructures médicales suffisantes pour couvrir l'ensemble des besoins de soins de santé de la population, des inégalités de répartition géographique persistent encore entre les régions sanitaires. L'exploitation des données du tableau 9 montre les inégalités de répartition des cinq entités de l'infrastructure hospitalières (CHU, EHU, EHS, EH et EPH) entre les régions sanitaires. Nous constatons que le Sud du pays est privé de soins de santé hautement spécialisés vue l'absence de CHU, ce qui oblige les patients à se déplacer vers les wilayas du Nord pour recevoir les soins médicaux de pointes, alors que les populations du Nord sont mieux couvertes avec une proportion de lits de CHU de 42,43%, 27,42% et 30,16% respectivement pour les régions Centre, Ouest et Est.

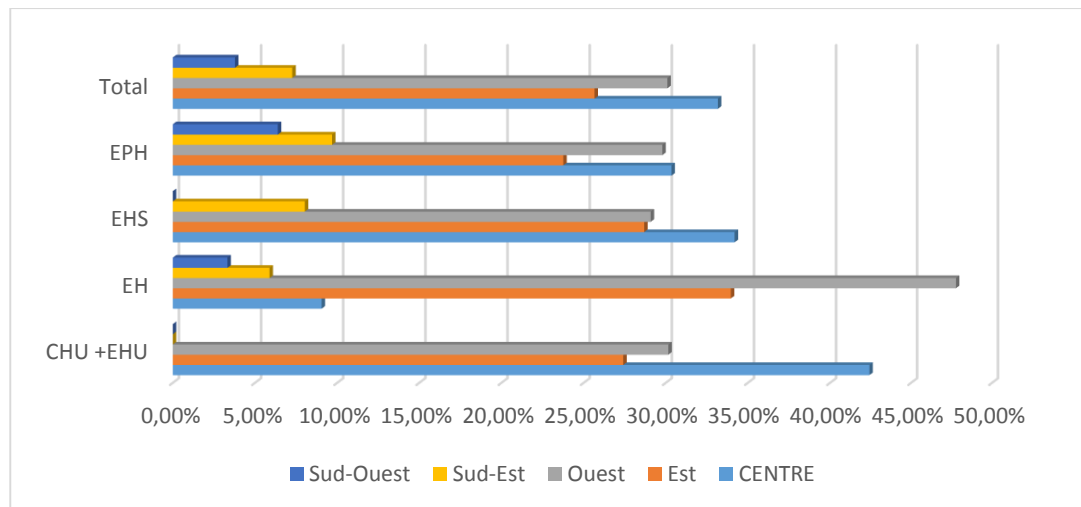
**Tableau 9** : La répartition des structures hospitalières par régions sanitaires en 2018

Infrastructures		Centre	Ouest	Est	Sud-Est	Sud-Ouest	Total
<b>CHU + EHU</b>	<b>Nombre</b>	8	3	4	0	0	16
	<b>Nbre lits</b>	5837	3772	4149	0	0	13758
	<b>% lits</b>	42,43	27,42	30,16	0,00	0,00	100
	<b>habitants/1lit</b>	2296,32	2671,59	3080,97	/	/	3039,34
<b>EH</b>	<b>Nombre</b>	1	2	3	2	1	9
	<b>Nbre lits</b>	120	450	633	78	44	1 325
	<b>% lits</b>	9,06	33,96	47,77	5,89	3,32	100
	<b>habitants/1lit</b>	111696,71	22393,84	20194,24	51088,74	35602,11	31558,64
<b>EHS</b>	<b>EHS</b>	24	24	22	9	0	79
	<b>Nbre lits</b>	4249	3565	3614	998	0	12 426
	<b>% lits</b>	34,19	28,69	29,08	8,03	0	100
	<b>habitants/1lit</b>	3154,53	2826,71	3537,07	3992,91	/	3365,14
<b>EPH</b>	<b>EPH</b>	58	42	68	22	16	206
	<b>Nbre lits</b>	11594	9080	11382	3702	2442	38 200
	<b>% lits</b>	30,35	23,77	29,80	9,69	6,39	100
	<b>habitants/1lit</b>	1156,08	1109,83	1123,08	1076,42	641,48	1094,64
<b>Total des lits</b>		21800	16867	19778	4778	2486	65709
<b>% des lits</b>		33,18	25,67	30,10	7,27	3,78	100
<b>Habitants/ 1 lit</b>		614,84	597,45	646,32	834,01	630,13	636,37

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffres. Pourcentages et ratios calculés par nos soins.

Néanmoins, il y a une amélioration en couverture d'EHS dans le Sud où le Sud-Est compte neuf EHS avec une capacité litière de 998 en 2018, alors qu'en 2013 la région ne disposait d'aucun EHS. Cette couverture n'est cependant pas suffisante et est inégalitaire où elle est de 3992,9 habitants/1lit dans la région du Sud-Est contre aucune couverture au Sud-Ouest. De plus, la capacité litière dans toute la région du Sud est de 8% du total des lits alors que la région du Nord en est à 92% du total des lits (70 EHS). Par contre, la région du Sud est mieux couverte en EPH avec une capacité litière de 16% du total des lits (6144 lits sur 38 EPH). Ce qui représente des ratios de couverture de 641 habitants/1 lit hospitalier et 1076,42 habitant/1lit hospitalier respectivement pour la région du Sud-Ouest et Sud-Est.

**Figure 11:** Répartition des lits hospitaliers selon les régions sanitaires en 2018



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 9.

En ce qui concerne les structures de soins de proximité, les données du tableau 10 nous indiquent que la couverture en structures de soins de proximité est plus au moins homogène sur tout le territoire national. Le Sud-Ouest et le Sud-Est affichent des ratios de couverture en polycliniques inférieur à la moyenne, soit 16664,82 habitants/1 polyclinique et 21084,24 habitants/1 polyclinique respectivement. En termes de capacité en lits d'urgence, le Sud-Ouest dispose 366 lits, soit une couverture de 4280,04 habitants/1 lit d'urgence. Quant aux salles de soins, la région « Est » est mieux couverte avec 1897 salles de soins, correspondant à une couverture de 5312 habitants/1 salle de soins. Le Sud compte 574 salles de soins dans le Sud-Est, soit un ratio de couverture de 6942 habitants/1 salle de soins et 390 salles au Sud-Ouest, ce qui correspond à un ratio de 4016 habitants/1 salle de soins.

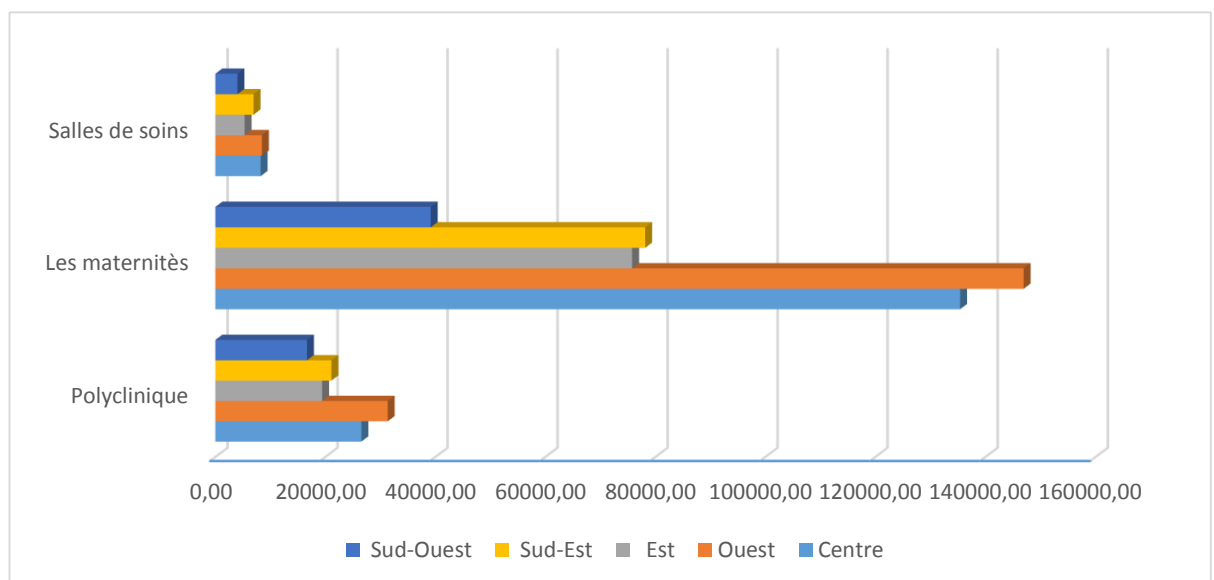
La région « Est » est aussi mieux dotée en maternités publiques (intégrées et rurales). Cette région compte 133 maternités, avec une capacité en lits maternels de 1037 correspondant à une couverture de 9717,67 habitant/1 lit maternel. Le Sud compte, par contre, seulement 91 maternités avec une capacité en lits maternels de 341 et 230 respectivement pour les régions Sud-Est et Sud-Ouest. Cette couverture en maternités est insuffisante car elle ne couvre pas les besoins de la population de la région du Sud, ce qui engendre des inégalités d'accès aux soins maternels. A cet égard, l'enquête MICS (2015), réalisée sur un échantillon de 28 000 ménages, montre que les régions Nord-centre et Nord-est enregistrent la plus forte proportion d'accouchements en milieu assisté avec 99% des femmes concernées par l'enquête, contre 91% dans la région de Sud ; les femmes en zones urbaines ont plus tendance à accoucher dans une structure de santé comparativement à celles en zones rurales (98% contre 95%).

**Tableau 10** : La répartition des structures de proximité par régions sanitaires en 2018

Régions	Centre	Ouest	Est	Sud-Est	Sud-Ouest	Total
<b>Nombre de polycliniques</b>	505	408	519	189	94	1715
<b>% des polycliniques</b>	29,45	23,79	30,26	11,02	5,48	100
<b>Habitants/1 polyclinique</b>	26541,79	31330,77	19416,62	21084,24	16664,82	24382,04
<b>lits urgence</b>	1295	919	1201	571	366	4352
<b>% lits urgence</b>	29,76	21,12	27,60	13,12	8,41	100
<b>habitants/1 lits d'urgence</b>	10350,27	13909,63	8390,70	6978,85	4280,04	9608,27
<b>nombre maternité</b>	99	87	133	51	40	410
<b>Habitants/1 maternité</b>	135389,95	146930,49	75768,62	78135,73	39162,33	101988,29
<b>lits maternité</b>	799	639	1037	341	230	3046
<b>habitants/1 lits maternité</b>	16775,48	20004,62	9717,67	11685,99	6810,84	13727,91
<b>nombre salles de soins</b>	1629	1509	1897	574	390	5999
<b>habitants/1 salle de soins</b>	8228,12	8471,14	5312,19	6942,37	4016,65	6970,36

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffre 2018. Rations et pourcentage calculés par nos soins.

**Figure 12** : Répartition des structures de proximité par régions sanitaires en 2018



Source : figure réalisée par nos soins à partir du tableau 10.

Ces inégalités d'accès aux soins ont engendré des inégalités importantes en termes de mortalité maternelle entre les régions sanitaires et à l'intérieur d'une même région (Hachem, 2018). En 2006, le taux de mortalité maternelle (TMM) est de 30 pour 100000 naissances vivantes à Alger contre 130 à Adrar, ce qui correspond à une multiplication du risque de mortalité de 4,5 pour le Sud (Ouchtati, Mezhoud, & Rahmoun, 2009). Ces inégalités se manifestent également en termes de mortalité infantile. Ces inégalités d'accès aux soins ont engendré des inégalités importantes en termes de mortalité infantile (MSPRH et Unicef, 2015). En 2012, le taux de mortalité infanto-juvénile<sup>7</sup> est de 34,5 décès pour 1000 naissances vivantes dans le Sud et est de 15,7 décès pour 1000 naissances vivantes dans le Centre-Nord du pays. Remarquons que ces écarts sont accentués autant pour la mortalité infantile que pour la mortalité juvénile. Le risque de décéder avant d'atteindre l'âge d'un an passe de 14‰ chez les enfants de la région Centre-Nord du pays à 32‰ pour ceux du Sud. Quant au risque de décéder avant d'atteindre l'âge de 5 ans, il passe respectivement de 16‰ à 35‰ entre les deux régions considérées. En définitive, les risques de décéder chez les enfants varient du simple au double selon la région d'habitation des enfants. Des inégalités substantielles persistent également entre les groupes socioéconomiques.

Nous avons par ailleurs constaté une insuffisance et une inégalité de répartition des structures chargées de la prise en charge de maladies lourdes ou qui nécessitent une prise en charge spéciale notamment le cancer, l'Alzheimer, le diabète ou le SIDA.

En effet, les centres anti cancer sont au nombre de 14 avec une capacité de 1820 lits. Alors que le nombre des cancéreux est en augmentation continu sur tout le territoire national, plus de 70% des centres anti cancer sont situés dans Nord. Selon le réseau national des registres du cancer, 41 948 nouveaux cas ont été enregistrés en 2016 (Ahmed Fouatih & col, 2018), ce qui oblige les patients fragiles à parcourir des distances importantes pour se soigner en plus des délais d'attente pour trouver une place. En outre, l'Algérie ne dispose que d'un seul centre d'Alzheimer à l'échelle nationale (situé à Blida), une seule maison pour diabétique (située à Mostaganem) et un seul institut de cardiologie (situé à Alger). Les centres d'hémodialyse sont insuffisants et mal répartis où celles-ci se localisent dans les chefs lieu de wilaya et quelques daïra limitrophes, mais le reste demeure sans couverture (Foudi, 2018, P 142). En 2018, 3031 patients sont régulièrement en attente d'être traités en hémodialyse alors que la facilité de l'accès géographique aux soins pour un patient souffrant d'une insuffisance rénale chronique est un élément impératif en raison de la fréquence de leur traitement (trois séances par semaine) (MSPRH, 2019). Par ailleurs, plusieurs spécialités en médecine affichent un déficit important vu l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques à l'égard des spécialistes en diabète-endocrinologie, cardiologues, hématologues, etc. (Mekelat, Brahamia, 2015).

Enfin, le rôle de l'État est vigoureux dans l'offre publique de soins, toutefois, on assiste actuellement davantage à une logique de hiérarchisation et de concentration qu'à une logique

---

<sup>7</sup>Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ou infanto-juvénile mesure la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire. Il correspond concrètement au nombre de décès survenant avant l'âge de cinq ans (enfants d'âge préscolaire) pour 1000 naissances vivantes.



de répartition de l'offre. « *La géographie actuelle de l'offre publique de soins résulte d'une combinaison entre une trame irrégulière et héritée des établissements de soins et une planification récente qui vise à concentrer les équipements* » (Azzouzi, & Acidi, 2017, p 95).

### 1.2. La répartition de l'infrastructure privée

L'offre privée de soins a connu une expansion importante. Néanmoins, le problème de la mauvaise répartition est le premier problème dans ce secteur en raison de l'absence des mécanismes de régulation de l'offre privée de soins en Algérie.

En dépit que les cliniques privées ont connu un essor important, ces dernières sont très mal réparties. Elles se concentrent au centre et plus précisément dans les grandes métropoles à savoir Alger et Oran (Zehnati, 2014). En 2018, la région Centre abrite 242 cliniques sur les 531 recensés, soit 45,57% de l'ensemble des cliniques. La wilaya d'Alger, à elle seule, compte en son sein près de 58,67% de ces cliniques. Viennent ensuite, la région « Est » avec 26,37% soit 116 cliniques dont 60% se localise dans les Wilaya de Constantine, Batna et Sétif. Les deux wilayas Constantine et Batna concentrent chacune d'elle un nombre de 24 cliniques pour une population de 1263051 et 1328000 habitants respectivement. La wilaya de Sétif concentre 21 cliniques dont 10 sont médico-chirurgicales pour une population de 1 908 235 habitants.

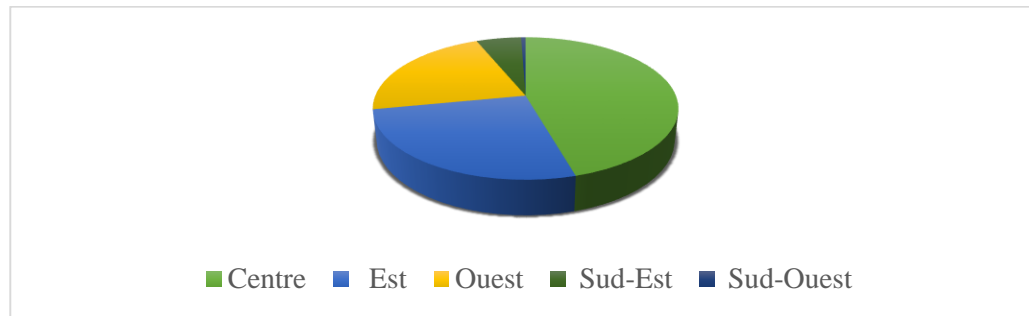
Par ailleurs, la région « Ouest » localise 140 cliniques, soit 21,85% parmi lesquelles 40 cliniques (34,48%) se concentrent à Oran pour une population de 2053205. Enfin, le Sud localise seulement 6% des cliniques dont 30 au Sud-Est et 3 seulement au Sud-Ouest. Signalant que si les deux wilayas Alger et Oran sont des foyers majeurs des cliniques privées, six Wilaya de Sud en revanche sont des déserts médicaux en cliniques privées et ne disposent d'aucune à savoir, Adrar, Leghouat, Tamenerassat, Illizi, Tindouf et Naama. Cette répartition inégale des cliniques privées est liés d'une part à la densité de la population et d'autre part à l'étude de l'attractivité du marché. De plus, ces cliniques disposent de la totale liberté d'installation.

**Tableau 11** : La répartition des structures privées par régions sanitaires en 2018

		Centre	Ouest	Est	Sud-Est	Sud-Ouest	Total
<b>Cliniques médicales</b>	Nbre	17	8	17	0	0	42
	%	40,48%	19,05	40,48	0,00	0,00	100
<b>Cliniques médico-chirurgicales</b>	Nbre	120	69	70	19	1	279
	%	43,01	24,73	25,09	6,81	0,36	100
<b>Cliniques diagnostic</b>	Nbre	20	11	12	5	0	48
	%	41,67	22,92	25,00	10,42	0	100
<b>Centre d'hémodialyse</b>	Nbre	85	28	41	6	2	162
	%	52,47	17,28	25,31	3,70	1,23	100
<b>Total des cliniques</b>	Nbre	242	116	140	30	3	531
	%	45,57	21,85	26,37	5,65	0,56	100

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffres 2018.

Figure 13 : La répartition des cliniques privées selon les régions sanitaires en 2018



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 11.

Nous constatons que les centres d'hémodialyse sont caractérisés par une répartition un peu différente des autres cliniques médicales car toutes les régions sanitaires sont dotées de ces centres. De plus, cette spécialité est conventionnée avec la sécurité sociale. Nous constatons que la région « Centre » concentre 85 centres d'hémodialyse dont 40 se trouvent à Alger seule, soit un quart du total des cliniques au niveau national. Cette part importante qu'occupe Alger s'explique par le fait qu'elle constitue une agglomération à forte densité démographique (3 242 501 habitants en 2018). D'autre part, « il semblerait qu'Alger un investisseur détient le monopole sur l'importation de matériels d'hémodialyse. Ce dernier a créé des centres d'hémodialyse à travers pratiquement toutes les communes d'Alger et fournit du matériel d'hémodialyse à ces cliniques » (Zehnati, 2014, P 124).

Tableau 12 : La répartition des cabinets de consultation et des officines pharmaceutiques du secteur privé en 2018

Cabinets de médecins		Centre	Est	Ouest	Sud-Est	Sud-Ouest	Total
<b>Cabinets de Spécialistes</b>	Nbre	4877	2881	2290	427	145	10620
	%	45,92	27,13	21,56	4,02	1,37	100
	IC	2748	4437	4400	9332	10803	3937
<b>Cabinets de Généralistes</b>	Nbre	2936	2691	1949	629	142	8347
	%	35,17	32,24	23,35	7,54	1,70	100
	IC	4565,26	4750,26	5170,46	6335,33	11031,64	5009,61
<b>Cabinets de chirurgiens-dentistes</b>	Nbre	3372	2349	1283	432	90	7526
	%	44,80	31,21	17,05	5,74	1,20	100
	IC	3974,97	5441,87	7854,42	9224,36	17405	5556,10
<b>Cabinets de groupe</b>	Nbre	418	276	193	46	5	938
	%	44,56	29,42	20,58	4,90	0,53	100
	IC	32066,04	46315,05	52213,61	86628,74	313298,60	44579,10
<b>Officines pharmaceutiques</b>	Nbre	3406	3241	2948	828	277	10700
	%	31,83	30,29	27,55	7,74	2,59	100
	IC	3935	3944	3418	4813	5655	3907,96

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffres 2018.

*IC : Nombre Habitants/ 1 cabinet (spécialiste, généraliste, chirurgien dentistes et de groupe et une officine pharmaceutique)*

Par ailleurs, l'exploitation des données du tableau 12 montrent des disparités non négligeables de répartition des cabinets de consultation et des officines pharmaceutiques. En 2018, la région du Centre abrite 4877 cabinets de spécialistes, soit 45,92% du total des cabinets recensés, ce qui correspond à un ratio de couverture de 2748 habitants pour un cabinet de spécialiste. La région de l'Est abrite 27,13% soit 4437 habitants/1 cabinet de spécialiste et celle de l'Ouest concentre 21,56% soit 4400 habitants/1 cabinet de spécialiste. Les régions du Sud-Est et Sud-Ouest ont des taux de couverture très faibles, seulement 4,02% (9 332 habitants/1 cabinet de spécialistes) et 1,37% (10803 habitants/1 cabinet de spécialistes) du total des cabinets de spécialistes respectivement.

Le même constat a été observé pour les cabinets de médecins généralistes, les cabinets de chirurgiens-dentistes et les cabinets de groupes où la quasi-totalité de ces cabinets se concentrent au Nord du pays (les trois régions sanitaires du Nord), avec respectivement 90,76%, 93,06% et 94,57%. La région Sud-Ouest affiche un taux de couverture le plus faible avec 17405 habitant/1 cabinet de chirurgien-dentiste et 11 302 habitants/1 cabinet de généraliste.

## **2. La répartition des ressources humaines**

En plus du déséquilibre en termes de structures, l'encadrement médical enregistre aussi des disparités régionales (Cf. Tableau 13). Tous corps confondus, la région centre du pays concentre à elle seule près d'un quart des médecins (22886), tandis que le Sud-Est n'affiche que 2,13% des médecins. Nous remarquons que les disparités régionales en termes de médecins sont plus prononcées dans le secteur privé et pour le corps des spécialistes. Le principe de liberté d'installation produit des inégalités territoriales. Leur dispersion sur l'ensemble du territoire montre une concentration au niveau des grandes métropoles au détriment des wilayas de hauts plateaux et du Sud (Zehnati, 2018).

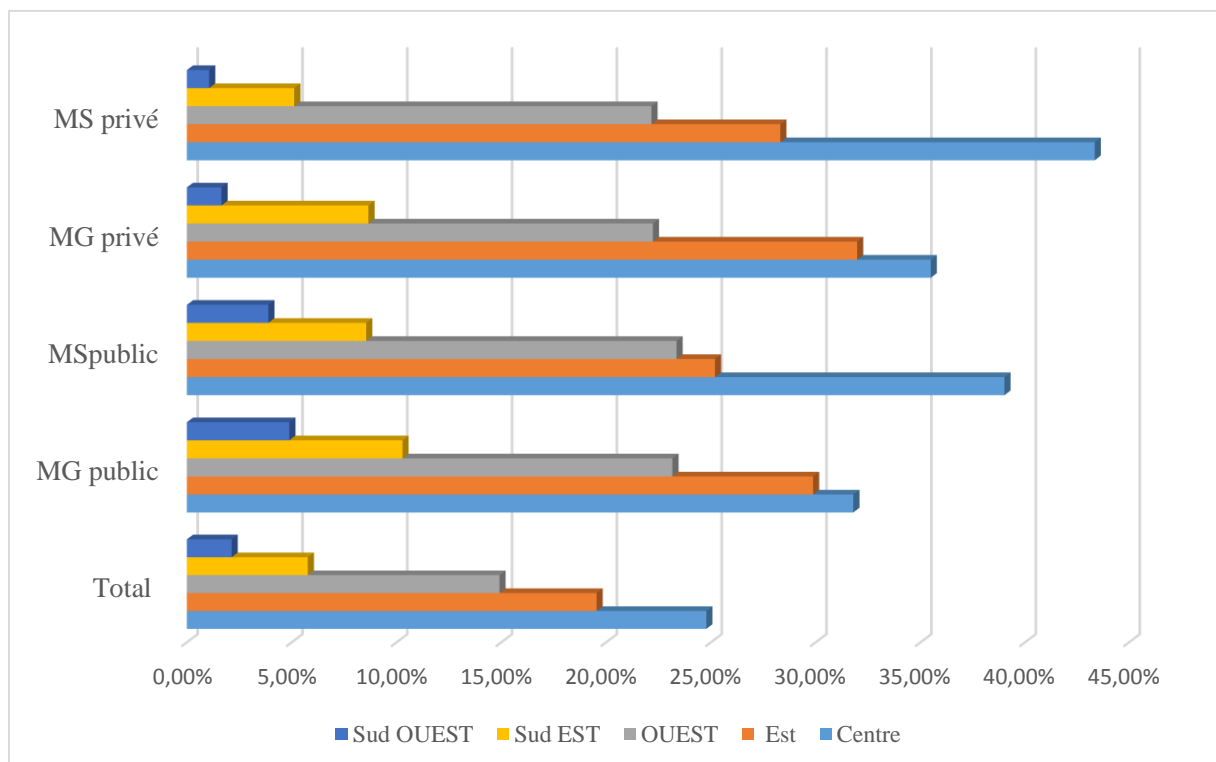
Ces inégalités de répartition pour les spécialistes produisent des inégalités de recours aux soins entre région. Ainsi, l'enquête Tahina-2007 montre un recours plus important aux spécialistes dans les régions du Tell (15,95%) et des Hautes Plaines (14,48%), alors que dans la région Sud ce taux n'a pas atteint les 0,82%.

**Tableau 13 :** La répartition des médecins généralistes et spécialistes selon les régions sanitaires en 2018

Médecins		Centre	Ouest	Est	Sud-Ouest	Sud-Est	Total
MS public	Nbre	5341	3198	3449	532	1171	13691
	%	39,01	23,36	25,19	3,89	8,55	100
	IC	2509,57	3151,1	3706,28	2944,54	3403,01	3054,21
MG public	Nbre	8141	5931	7649	1251	2633	25605
	%	31,79	23,16	29,87	4,89	10,28	100
	IC	1646,43	1699,08	1671,19	1252,19	1513,45	1633,09
MS privé	Nbre	6130	3134	4003	150	724	14141
	%	43,35	22,16	28,31	1,06	5,12	100
	IC	2186,56	3215,45	3193,34	10443,29	5504,04	2957,02
MG privé	Nbre	3274	2051	2950	152	799	9226
	%	35,49	22,23	31,97	1,65	8,66	100
	IC	4093,95	4913,32	4333,2	10305,88	4987,39	4532,32
L'ensemble des médecins	Nbre	22886	14314	18051	2085	5327	62663
	%	24,78	14,91	19,55	2,13	5,77	100
	IC	585,67	704,01	708,16	751,32	748,06	667,3

Source : réalisé par nos soins à partir de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffres.  
IC : nombre d'habitants/ Imédecin.

**Figure 14 :** La répartition des médecins (généralistes et spécialistes) selon les régions sanitaires en % en 2018



Source : figure réalisée par nos soins à partir du tableau 13.

Le tableau 14 montre des disparités importantes en couverture de médecins entre les wilayas qu'elle se situe au Nord, au niveau des hauts plateaux et au Sud, ce qui soulève la problématique de l'accès géographique aux soins de santé dans certaines wilayas. La wilaya d'Alger est la plus dotée en médecins avec une couverture de 279 médecins pour 100 000 habitants, quel que soit le secteur juridique (public ou privé) et quel que soit le corps médical (généralistes ou spécialistes). La wilaya de Djelfa est la moins dotée avec une couverture de 71 médecins pour 100 000 habitants. 30 wilayas affichent des densités inférieures à la moyenne nationale (150 médecins pour 100000 habitants). Les densités sont importantes dans les wilayas dotés d'un CHU (Constantine, Blida, Tizi-Ouzou, Oran, Tlemcen) et celles qui présentent un nombre faible d'habitants (Illizi, Annaba, Guelma).

**Tableau 14 :** La couverture en médecins (généralistes et spécialistes) dans les deux secteurs public et privé en 2018

Wilaya	MS public	MG public	MS privé	MG privé	Total	IC
Adrar	165	369	22	36	592	115
Chlef	226	655	249	264	1394	110
Laghouat	155	307	72	108	642	95
O.E Bouaghi	232	510	258	230	1230	161
Batna	351	887	389	377	2004	151
Béjaïa	261	601	417	186	1465	150
Biskra	182	581	208	184	1155	124
Béchar	121	260	41	35	457	132
Blida	586	708	545	299	2138	163
Bouira	254	345	251	136	986	120
Tamanrasset	109	185	16	28	338	141
Tebessa	113	474	124	175	886	115
Tlemecen	513	791	543	322	2169	200
Tiaret	163	473	144	189	969	98
Tizi-Ouzou	579	674	615	284	2152	181
Alger	2093	2692	2998	1267	9050	279
Djelfa	279	477	123	212	1091	70
Jijel	139	487	172	147	945	123
Sétif	441	872	679	518	2510	132
Saida	124	293	67	69	553	139
Skikda	246	692	277	256	1471	137
Sidi Belabas	344	629	216	159	1348	192
Annaba	373	603	645	214	1835	274
Guelma	237	423	144	110	914	166
Constantine	643	935	755	216	2549	202
Médéa	234	490	190	157	1071	108
Mostaganem	228	358	218	151	955	108
M'sila	184	383	194	305	1066	81
Mascara	210	533	200	160	1103	114

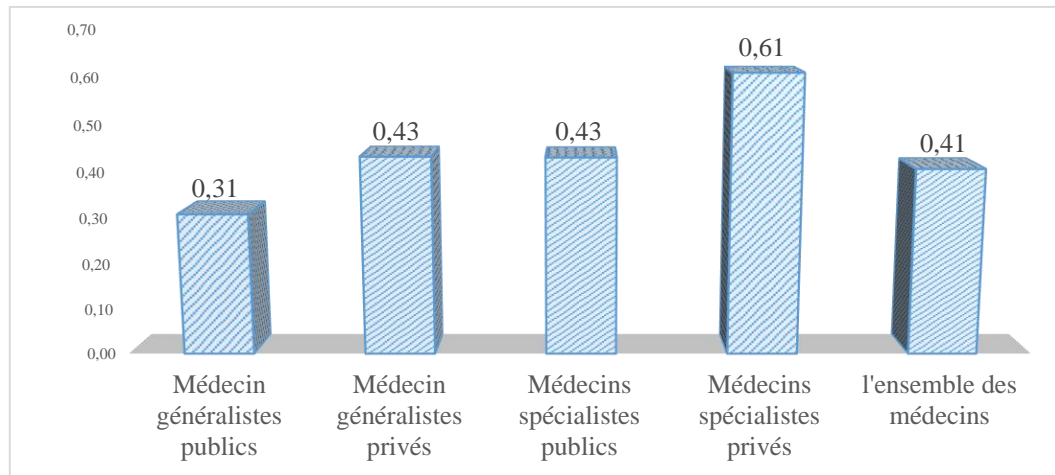
Wilaya	MS public	MG public	MS privé	MG privé	Total	IC
Ouargla	213	431	142	143	929	129
Oran	842	1173	1172	415	3602	175
El Bayadh	114	381	37	34	566	169
Illizi	80	129	0	4	213	292
B.B Arridj	162	521	207	229	1119	155
Boumerdes	322	557	359	199	1437	147
El Taref	143	402	101	97	743	159
Tindouf	27	60	3	6	96	105
Tissmessilt	144	187	57	42	430	121
El Oued	133	393	103	177	806	92
Khenchela	132	388	83	83	686	143
Souk Ahres	132	338	95	97	662	126
Tipaza	390	586	259	163	1398	201
Mila	215	593	182	222	1212	133
Ain Defla	181	490	166	142	979	109
Naama	105	181	47	41	374	133
Ain Temouchent	294	448	129	98	969	227
Ghardaia	167	269	88	58	582	123
Relizane	110	391	139	182	822	87
<b>Total</b>	<b>13691</b>	<b>25605</b>	<b>14141</b>	<b>9226</b>	<b>62663</b>	<b>150</b>

Source : réalisé par nos soins à partir de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffre 2018.

Afin de mesurer les inégalités de répartition des médecins sur le territoire national, nous avons utilisé l'indice (ou coefficient) de Gini. Ce dernier est un indicateur synthétique permettant de rendre compte du niveau d'inégalité pour une variable et sur une population donnée à l'aide de la courbe de Lorentz<sup>8</sup>. Il varie entre 0 (égalité parfaite) et 1 (inégalité extrême). Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé. Nous avons d'abord calculé l'indice de Gini pour l'ensemble des médecins publics et privés tous corps confondus. Ensuite, nous avons calculé cet indice en séparant les médecins par spécialité (généralistes et spécialistes) et par secteur en 2018 (Cf. Figure 15).

<sup>8</sup> L'indice de Gini a été élaboré par Gini en 1912 et entretient un lien strict avec la représentation de l'inégalité des revenus à l'aide de la courbe de Lorenz. En particulier, il mesure le ratio entre l'aire située entre la courbe de Lorenz et la droite d'équidistribution (et donc l'aire de concentration) et l'aire de concentration maximale.

**Figure 15 :** Indice de Gini pour les médecins généralistes et spécialistes selon le secteur public et privé en 2018



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des données de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffre 2018. Indices de Gini calculés par nous-même.

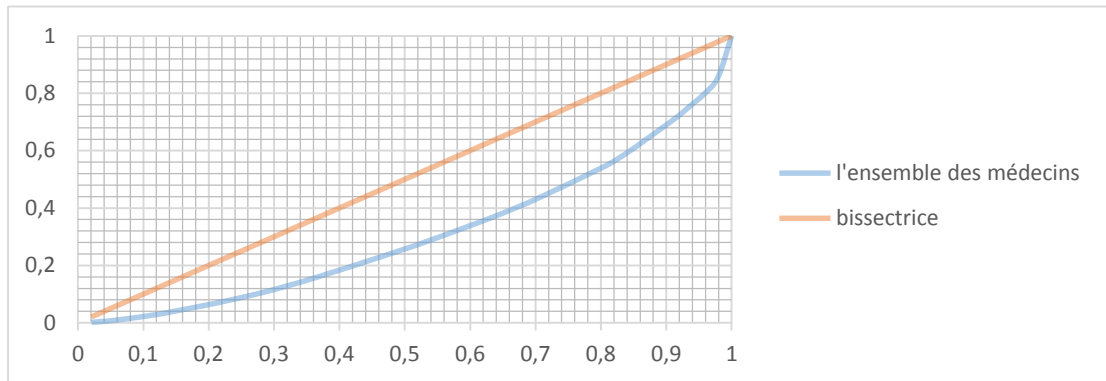
Nous remarquons que la valeur de l'indice de Gini pour les médecins dans les deux secteurs confondus est importante, elle est de l'ordre de 0,41. Toutefois, nous constatons que les inégalités de répartition sont plus prononcées dans le secteur privé et particulièrement auprès des médecins spécialistes privés où la valeur de l'indice de Gini est 0,61. Cette valeur dépasse la moyenne de 20 points. En deuxième position, nous trouvons les médecins spécialistes publics et les médecins généralistes privés avec une valeur commune de 0,43. Enfin, en dernière position, nous trouvons les médecins généralistes publics où les inégalités sont moins importantes avec une valeur du coefficient de Gini de l'ordre de 0,3. La politique de recrutement massif des médecins généralistes ces dernières années surtout après la réforme de 2007 dans les EPSP à travers tout le territoire semble expliquer cette situation. De plus, les affectations dans le secteur public sont réalisées par le MSPRH en fonction du besoin en médecins sur le territoire national. Par contre, dans le secteur privé, les médecins disposent d'une liberté totale du choix d'installation.

La valeur de l'indice de Gini de l'ensemble des médecins en activité en 2018 est de 0,41 alors qu'il était de 0,39 en 2015. Les inégalités se sont donc un peu creusées de trois points en l'espace de 4 ans, après un rattrapage entre 1999 et 2015 où la valeur de l'indice était de 0,46 en 1999 (Zehnati, 2018, p 60). Ce creusement des inégalités peut s'expliquer par l'expansion du secteur privé qui se concentre dans les grandes villes (Zehnati, 2009, 2014, 2018).

La courbe de Lorenz présentée dans la figure 16 permet de rendre plus visible ces inégalités de répartition des médecins sur le territoire national. Nous observons que 70% de la population, soit 34 wilayas concentrent uniquement 43 % des médecins alors que 30 % de la population soit 14 wilayas détiennent 57% des médecins en activité.



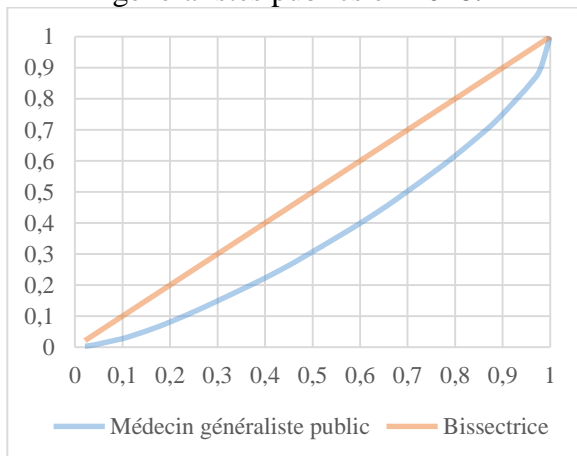
**Figure 16** : courbe de Lorentz des médecins en activité en 2018



Source : figure réalisée par nos soins à partir des données de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffre 2018. Indices de Gini calculés par nous-même.

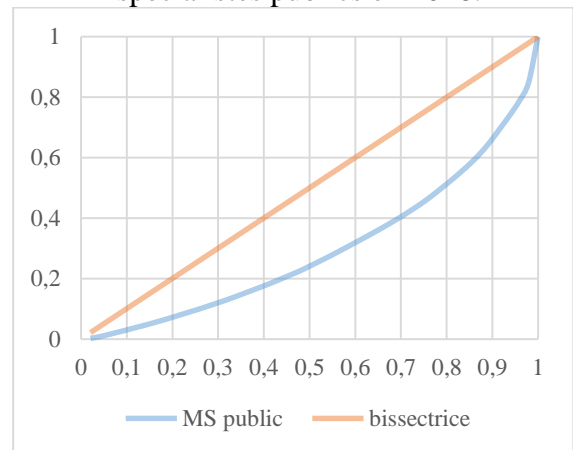
Dans le secteur public, les inégalités sont moins importantes pour les médecins généralistes. Nous constatons d'après la figure 17 que 80% de la population, soit 39 wilayas abritent 63% des médecins généralistes publics alors que 20%, soit 9 wilayas de la population possèdent 37% de ces médecins. Pour les médecins spécialistes, 80% de la population concentre 52% des médecins spécialistes publics alors que 20% détiennent 48% des médecins spécialistes publics (Cf. Figure 18). Ces disparités de répartition pour les médecins spécialistes publics sont liées aux inégalités de répartition des CHU, EHS et EH. D'autres facteurs d'ordre institutionnels et organisationnels expliquent également la répartition inégale des médecins spécialistes publics notamment l'implication dans les décisions, l'occasion de formation, la charge du travail et les incitations financières.

**Figure 17** : courbe de Lorentz des médecins généralistes publics en 2018.



Source : figure réalisée par nos soins à partir des données de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffre 2018. Indices de Gini calculés par nous-même.

**Figure 18** : courbe de Lorentz des médecins spécialistes publics en 2018.



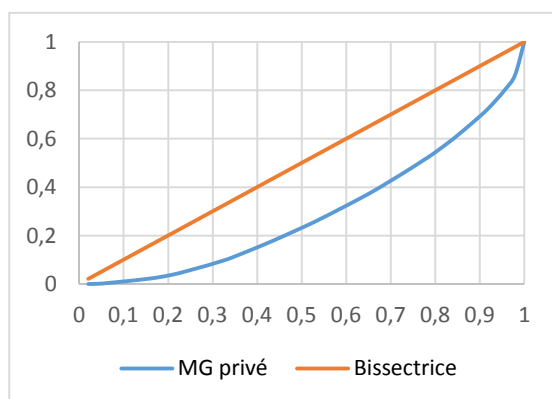
Source : figure réalisée par nos soins à partir des données de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffre 2018. Indices de Gini calculés par nous-même.

Pour le secteur privé, les inégalités sont plus prononcées surtout pour les médecins spécialistes où la valeur de l'indice de Gini passe de 0,57 en 2015 (Zehmati, 2018, p 76) à 0,61 en 2018, soit une augmentation de 4 points en trois ans. La figure 20 permet de rendre plus visible les inégalités de répartition pour les médecins spécialistes privés. Nous observons d'après la figure que 80% de la population, soit 39 wilayas, concentrent seulement 40% des médecins alors que 20% de la population, soit 9 wilayas, disposent 60% des médecins. Nombreux sont les facteurs qui expliquent ces inégalités. Nous renvoyons ici le lecteur aux travaux de Zehmati (2013, 2014, 2018) sur l'offre privée de soins en Algérie, qui mettent en évidence toute une série de facteurs à l'origine de ces inégalités de répartition : la densité des wilayas en population ; le volume d'activité du secteur public qui relève des facteurs liés à la demande de soins ; le nombre de cliniques privées existantes dans le territoire de la wilaya ; la proximité à un plateau technique notamment pour les spécialistes chirurgiens. La qualité de vie personnelle/familiale du médecin est également un facteur non négligeable. Selon une étude sur les motifs de choix d'installation des médecins privés réalisée à Annaba, les conditions d'exercice (facteurs dits environnementaux) sont citées dans 49% des cas, juste devant la qualité de vie personnelle/familiale avec 42% des cas (Azzouzi et Acidi, 2017).

Quant aux médecins généralistes privés, les inégalités de répartition sont moindres que celles de spécialistes. La lecture de la figure 19 montre que 80% des wilayas abritent 56% des médecins spécialistes et 20% des wilayas concentrent 46% des médecins spécialistes. Cela peut être expliqué par la forte concentration des médecins spécialistes dans les grandes villes, ce qui pousse les médecins à se localiser dans les wilayas où la densité en spécialistes est faible dans l'objectif d'éviter la concurrence et *pouvoir se constituer un portefeuille de patients* (Zehmati 2018, P78).

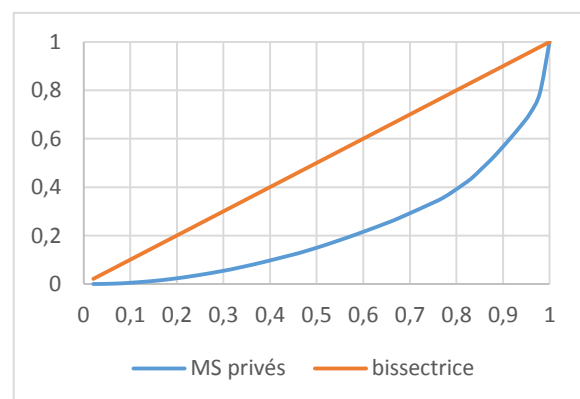
Signalant que le nombre de spécialistes varie d'une spécialité à une autre. Certaines spécialités sont en sous-effectif et ne couvrent pas les besoins de la population notamment la cardiologie, la gynécologie, la pédiatrie et l'imagerie médicale, en plus d'autres spécialités qui nécessitent la prise en charge de soins de haut niveau tels que la cancérologie, les greffes et la chirurgie cardiaque.

**Figure 19 :** courbe de Lorentz des médecins généralistes privés en 2018.



Source : Réalisée par nos soins.

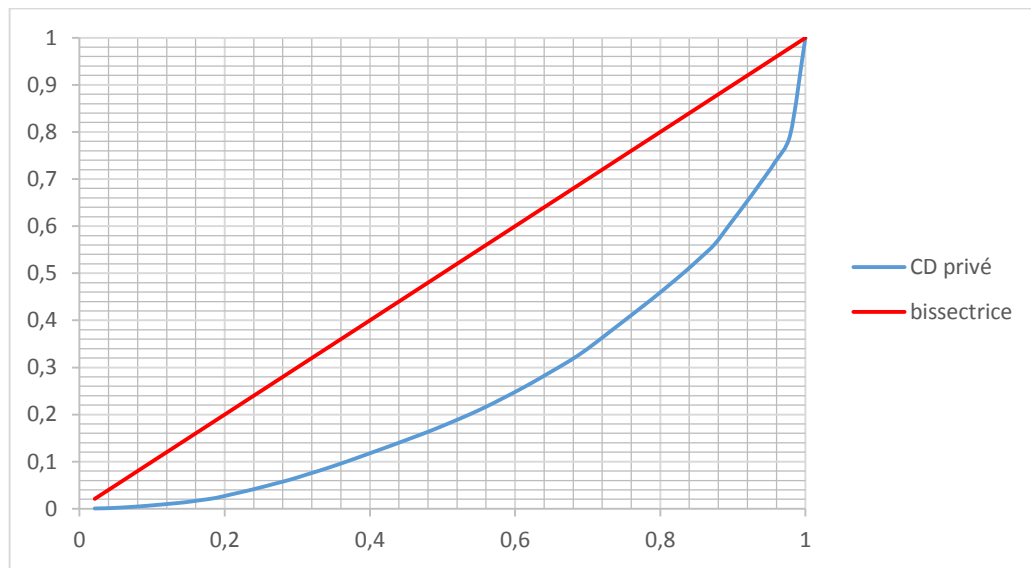
**Figure 20 :** courbe de Lorentz des médecins spécialistes privés en 2018.



Source : Réalisée par nos soins.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, les inégalités de répartition sont vraiment importantes. En 2018, la valeur de l'indice de Gini est de 0,55. Plus de la moitié des territoires souffre d'un manque de chirurgiens-dentistes. La figure 15 bien qu'elle ne donne pas d'information supplémentaire mais elle permet de rendre plus visible les inégalités de répartition des chirurgiens-dentistes privés. Il ressort du graphique ci-dessous (Cf. Figure 21) que 80% de la population possède 47% des chirurgiens-dentistes alors que 20% des wilayas soit 9 wilayas concentre à leur sein 53% des chirurgiens-dentistes.

**Figure 21** : Courbe de Lorentz des chirurgiens-dentistes privés en 2018



Source : Figure réalisée par nos soins.

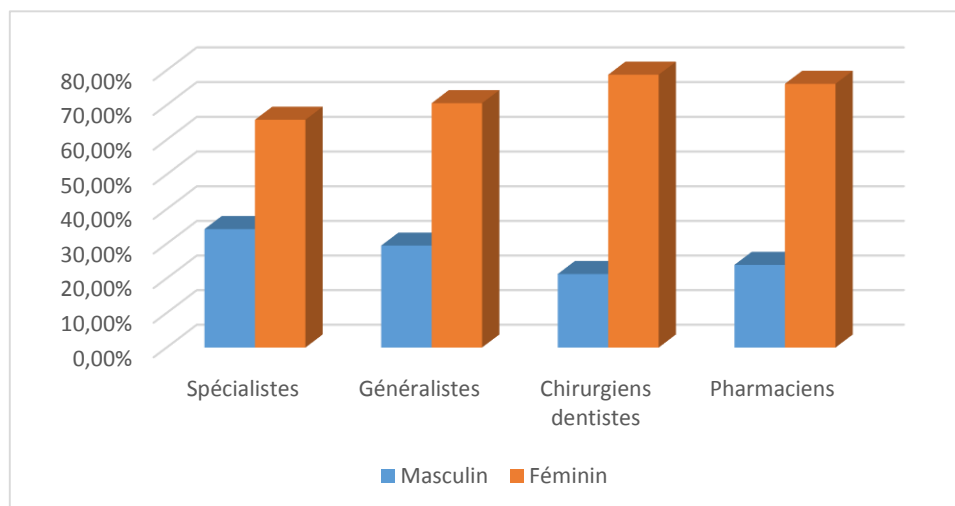
Un autre phénomène qui caractérise le personnel médical et qui peut expliquer les inégalités de sa répartition est sa féminisation. Le tableau 15 montre que le personnel médical du sexe féminin dépasse largement celui du sexe masculin, quel que soit le corps médical (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens). Cette féminisation avérée de la profession médicale peut engendrer ou creuser des inégalités de répartition du personnel médical. Les femmes médecins sont caractérisées par une faible mobilité car elles refusent de se déplacer dans d'autres Wilayas. Encore aujourd'hui, les femmes suivent leur conjoint : elles restent en effet plus sensibles aux possibilités professionnelles de leur conjoint (Mekelat, Brahamia, 2015 ; Zehenati, 2018).

**Tableau 15** : Le personnel médical selon le sexe en 2018

Personnel Médical		EH/EPH		CHU/EHU		EHS		EPSP		Total	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Spécialiste	<b>M</b>	3186	40,89	635	27,17	466	29,38	398	20,25	4685	34,25
	<b>F</b>	4605	59,11	1702	72,83	1120	70,62	1 567	79,75	8994	65,75
	<b>T</b>	7791	100	2337	100	1586	100	1 965	100	13679	100
Généralistes	<b>M</b>	1905	27,81	318	23,96	234	20,87	5 048	31,21	7505	29,47
	<b>F</b>	4944	72,19	1009	76,04	887	79,13	11124	68,79	17964	70,53
	<b>T</b>	6849	100	1327	100	1121	100	16 172	100	25469	100
Chirurgiens-dentistes	<b>M</b>	37	19,58	21	20,39	8	16,67	1 365	21,36	1431	21,26
	<b>F</b>	152	80,42	82	79,61	40	83,33	5026	78,64	5300	78,74
	<b>T</b>	189	100	103	100	48	100	6391	100	6731	100
Pharmaciens	<b>M</b>	168	25,30	35	13,26	26	10,28	259	30,08	488	23,90
	<b>F</b>	496	74,70	229	86,74	227	89,72	602	69,92	1554	76,10
	<b>T</b>	664	100	264	100	253	100	861	100	2042	100

Source : réalisé par nos soins à partir des données de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffres 2018. Pourcentages calculés par nous-même.

**Figure 22** : Répartition du personnel médical selon le sexe en 2018



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 15.

Enfin, les disparités de répartition de l'offre de soins ont des effets sur l'accessibilité aux soins et par ricochet, sur l'état de santé de la population. Une absence ou une insuffisance de l'offre conduit les patients à des déplacements longs avec des coûts de transport élevés à leur charge, sans compter les délais d'attentes de plus en plus longs.

### III. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE : QUEL ROLE DANS LA DYNAMIQUE DES INEGALITES ?

La problématique du financement des soins de santé est devenue une préoccupation majeure aussi bien dans les pays développés que ceux en développement. Dans son rapport pour un système plus performant en 2000, l'OMS rappelle que le but d'un système de financement de la santé est de garantir l'accès aux soins pour toute la population. Il doit être en mesure de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toute personne ait accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels de qualité (OMS, 2000).

Le système de financement de soins en Algérie combine deux systèmes un modèle Bismarckien et un modèle Beveridgien (Salmi, 2012) du fait qu'il tire ces ressources de la fiscalité et des cotisations sociales d'où le modèle mixte de financement. En effet, trois agents principaux se répartissent la charge des dépenses de santé : l'Etat, la sécurité sociale avec ses deux principales caisses (CNAS et CASNOS) et les ménages (avec une participation secondaire des assurances privées et des mutuelles pour les ménages qui peuvent souscrire à ces structures privées de couverture sociale).

Les dépenses de l'Etat concernent les budgets de fonctionnement et d'équipement alloués aux structures publiques de soins par le MSPRH. D'autres institutions et associations participent au financement de leurs propres institutions. Il s'agit des ministères<sup>9</sup>, les collectivités locales, mouvement associatif, institutions internationales.

Les dépenses de la sécurité sociale couvrent des prestations de ses assurés sociaux à savoir, le remboursement de médicaments et des actes médicaux, la prise en charge des patients bénéficiant de soins dans les cliniques privées pour les spécialités conventionnées (hémodialyse et chirurgie cardiaque), le forfait-hôpital et le transfert de soins à l'étranger. Depuis 1974, à l'instauration de la médecine gratuite, la sécurité sociale contribue au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire « forfait hôpital » fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances. Ce forfait hôpital est destiné à la prise en charges des prestations de santé prodiguées aux assurés sociaux et leurs ayants droit pris en charge dans le secteur public (Kara Terki, 2010, p 240). Ce forfait est en augmentation continuer et atteindre 74 000 millions de DA en 2017 (Benmansour, 2018, P152).

Quant aux contributions des ménages, elles se résument dans le paiement du ticket modérateur sur les médicaments pour les assurés sociaux, le paiement des consultations, les

---

<sup>9</sup>Le Ministère de la Défense dispose de ses propres structures et de ses caisses d'assurance. Le Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique prend en charge les salaires des médecins des CHU ; le Ministère de l'Éducation et le Ministère de la Jeunesse et des Sports assurent aussi les activités de prévention et d'éducation sanitaire.

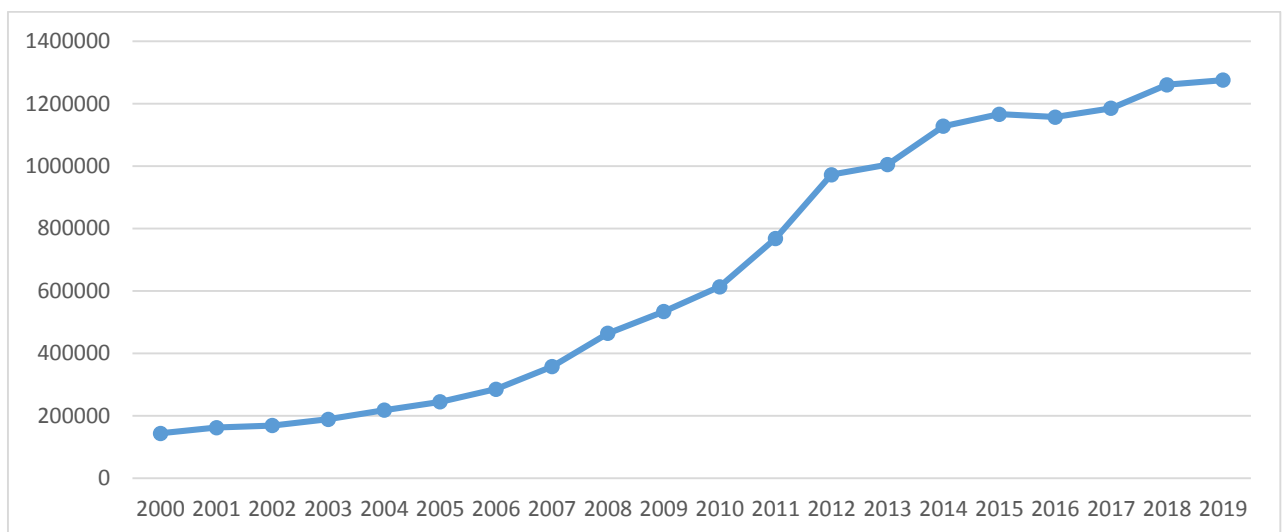
analyses de laboratoire et imageries médicales, le paiement de séjours en cliniques<sup>10</sup>, le paiement forfaitaire aux prestations hospitalières dans le secteur public (50 DA pour les consultations et 100 DA par journée d'hospitalisation).

### 1. Evolution des dépenses totales de santé

La dépense nationale de santé regroupe l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement qui concourent à la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de santé de la population et qui sont en grande partie à la charge du secteur public, du secteur privé national, des organismes de la sécurité sociale et des usagers ou des ménages.

L'Algérie a beaucoup investi dans la santé. Les dépenses de santé ont augmenté de manière considérable. Sur la période 2000 à 2019, les dépenses totales de santé se sont multipliées par 8,86 en 19 ans, soit une augmentation annuelle moyenne de 27%. Elles passent ainsi de 143870,267 millions de dollars USA en 2000 à 1275414,58 millions de dollars USA en 2019. (Cf. Figure 23)

**Figure 23** : Evolution des dépenses totales de santé en Algérie sur la période 2000-2019 en (en millions de USD courants)

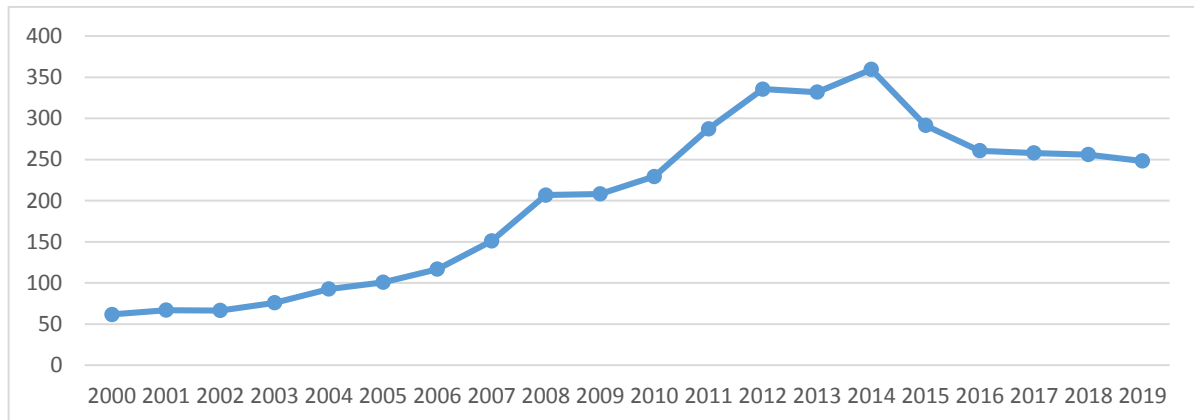


*Source* : figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l'OMS national Health account (NHA). <http://apps.who.int/nha/database>.

En parallèle, les dépenses/habitants en dollars courants ont été quadruplé dans la période, passant de 61,58 USD en 2000 à 248,2 USD en 2019 (Cf. Figure 24). Néanmoins, nous remarquons qu'à partir de 2014, les dépenses de santé par habitant ont régressé de 31% entre 2014 et 2019. Cette régression peut être expliquée par la baisse des recettes de l'Etat suite à la chute des prix de pétrole sur les marchés internationaux.

<sup>10</sup> Le remboursement de séjours en cliniques s'effectue avec la nomenclature des actes médicaux de 1987 pour les assurés sociaux.

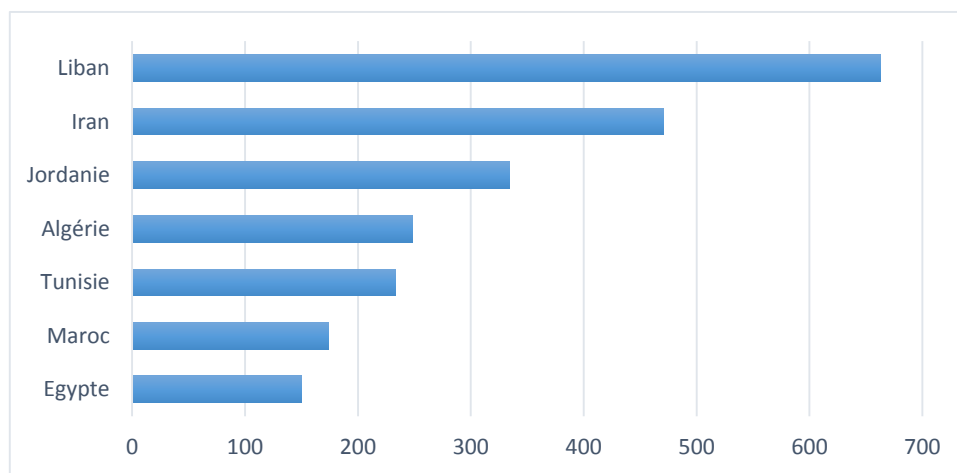
**Figure 24** : Evolution des dépenses de santé par habitant en Algérie sur la période 2000-2019 (en USD courants)



*Source* : figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l'OMS, national Health account (NHA). <http://apps.who.int/nha/database>.

En comparant l'Algérie avec les pays du Maghreb ou encore avec d'autres pays de niveau de développement comparable pour l'année 2019, la figure 25 indique que les dépenses de santé par habitant en dollars courants de l'Algérie sont en dessous de celles de Jordanie, l'Iran et Liban qui sont de 334 USD, 470,43 USD et 663,05 USD respectivement. Elles dépassent, en revanche, celles du Tunisie (233 USD), Maroc (174,22 USD), et de loin celles du l'Egypte (149,84 USD). La faiblesse de la dépense de santé par habitant est liée en effet aux coûts des soins et des biens médicaux qui sont chers par rapport au faible pouvoir d'achat en Algérie d'une part, et à la faiblesse de l'assurance maladie qui ne couvre pas la majorité de la population, d'autre part (Ziani, 2020a).

**Figure 25** : Les dépenses de santé par habitant dans quelques pays en 2019 (en USD courants)

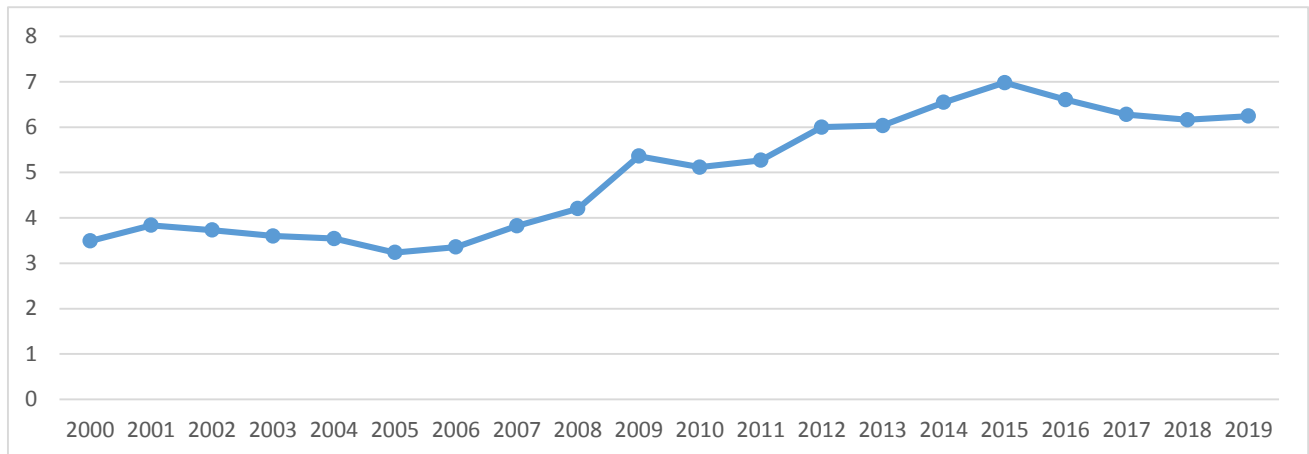


*Source* : figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l'OMS national Health account (NHA). <http://apps.who.int/nha/database>.



Rapportées au PIB, les dépenses totales de santé ont presque doublé durant les deux dernières décennies, passant de 3,49% en 2000 à 6,24% du PIB en 2019, franchissant ainsi le seuil de 5 % du PIB recommandé par l’OMS (Cf. Figure 26).

**Figure 26 :** Evolution des dépenses de santé en proportion du PIB (2000-2019)

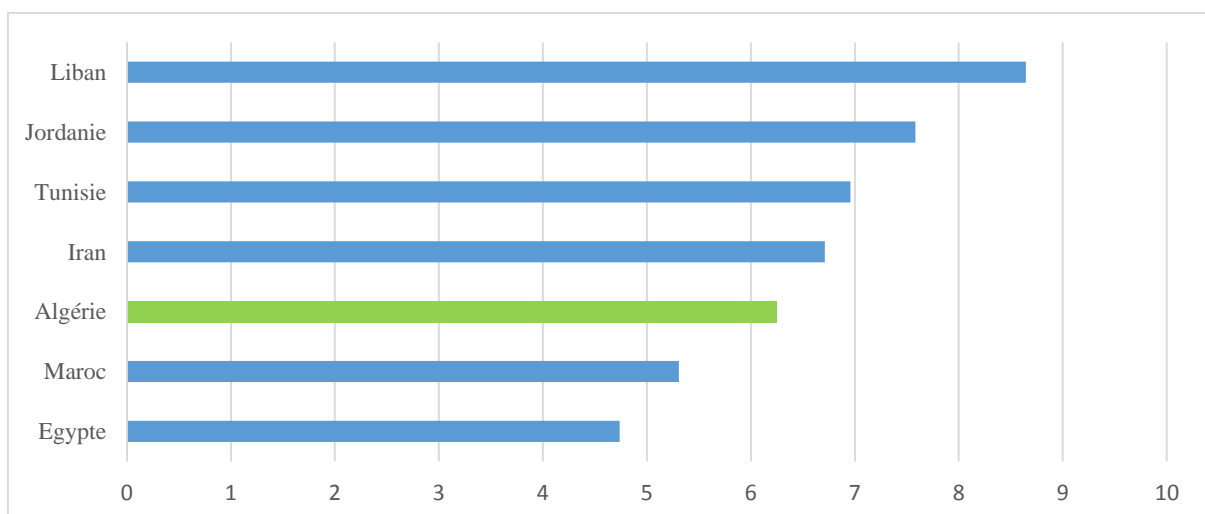


*Source :* Figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l’OMS national Health account (NHA). <http://apps.who.int/nha/database>.

En 2019, le niveau de dépenses de santé en pourcentage du PIB en Algérie se situe au-dessous de celui de l’Iran (6,71%), de la Tunisie (6,96), de la Jordanie (7,58%) et du Liban (8,65%), mais il est situé au-dessus de celui du Maroc (5,31%) et de l’Egypte (4,74%).

Néanmoins, ces parts sont faibles en les comparants avec d’autres pays développés notamment en Allemagne, en Suisse, en France et aux Etats-Unis où le niveau des dépenses globales de santé en proportion du PIB s’élève respectivement à 11,3%, 12,4%, 11% et 17,2% (OCDE, 2017, p 141).

**Figure 27 :** Les dépenses nationales de santé en proportion du PIB dans certains pays en 2019



*Source :* figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l’OMS national Health account (NHA). <http://apps.who.int/nha/database>.

## 2. Les facteurs explicatifs de l'augmentation des dépenses de santé

Nombreux sont les facteurs à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé. Nous citons la double transition démographique et épidémiologique, l'extension de la couverture sociale, l'évolution de la démographie médicale et les progrès de la médecine et des nouvelles technologies des soins. D'autres facteurs ont causé cette augmentation notamment l'amélioration du niveau de vie de la population ainsi que d'autres facteurs tels que l'urbanisation.

### ❖ Facteur démographique

Selon les dernières données de l'ONS, la population algérienne a atteint 43,9 millions habitants en janvier 2020 (ONS, 2020) ; celle-ci a triplé en espace de 50 ans<sup>11</sup>. Les changements démographiques s'observent également à travers les modifications de la structure de la pyramide des âges par un élargissement progressif de la base de la pyramide<sup>12</sup> et de la pointe (catégorie des personnes âgées). De plus, la population en âge d'activité (15-59) continue d'enregistrer une régression, passant ainsi de 64,4% en 2011 à 60% en 2019. Par contre, la catégorie des personnes âgées (65 ans et plus) a beaucoup progressé pour atteindre en 2019 un effectif de 2.809.000 personnes, soit un taux de 6,5 % de la population totale alors qu'elle représentait 5,3% en 2008 (Hammouda & Zidouni, 2020). Ce qui va entraîner une augmentation du taux de dépendance économique des personnes âgées<sup>13</sup> qui a atteint un 15,9% en 2019 (Zehnati, 2020).

Signalant que le taux d'accroissement naturel<sup>14</sup> a connu plusieurs phases d'évolution. Entre 1985 à 2000, ce taux a connu une baisse brutale passant de 3,11 % en 1985 à 1,48 % en 2000. C'est la période de la crise sécuritaire et économique (Messaili, 2018). A partir de 2000, une remontée de ce taux est observé pour atteindre un taux de 2,17 % en 2016 qui coïncide la fin de la crise sécuritaire et la hausse des prix des hydrocarbures. A partir 2016, nous observons une légère tendance à la baisse pour atteindre 1,93% en 2019 (ONS, 2020). De plus, l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) a connu une baisse, passant de 8,5 enfants par femme en 1970

---

<sup>11</sup> Les projections de la population effectuées par l'Office National des Statistiques (ONS) indiquent qu'en 2040, l'Algérie compterait une population de 57,6 millions d'habitants dont 7,2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus (Hammouda & Zidouni, 2020).

<sup>12</sup> Selon les dernières statistiques de l'ONS, il y a une augmentation considérable du volume de population des 0-4 ans, des 5-9 ans et des 10-14 ans durant période (2008-2019), et une baisse significative du volume des 15-19 ans et des 20-24 ans.

<sup>13</sup> Le taux de dépendance des personnes âgées est le rapport entre le nombre de personnes âgées à un âge où ils sont généralement inactifs économiquement (60 ans ou plus) et le nombre de personnes en âge de travailler (15-59 ans) (Zehnati, 2020, p 39).

<sup>14</sup> Taux d'accroissement naturel = (Natalité – mortalité) x 100

à 5,4 enfants par femme en 1986, pour se stabiliser à 3 enfants par femme en 2019 (Hammouda, Zidouni, 2020, p. 8).

Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance a été allongé, passant de 72,4 ans (71,9 ans pour les hommes et 73,6 ans pour les femmes) en 2001 à 77,8 ans (77,2 pour les hommes et 78,6 pour les femmes) en 2019 (ONS, 2020). Ce qui peut avoir des conséquences redoutables sur le système de santé avec le défi de la prise en charge des maladies liées à l'âge, étant assez coûteuses et plus complexes à soigner.

### ❖ Facteur épidémiologique

La transition épidémiologique se caractérise par une augmentation des maladies non transmissibles (diabète, le cancer, dépression, pathologies professionnelles, maladies respiratoires, maladies dégénératives et traumatologiques...) et la persistance des maladies transmissibles et contagieuses, impliquant des soins de plus en plus coûteux ou lourdes (Brahamia, 2014). Cette transition épidémiologique est le résultat de plusieurs facteurs notamment l'évolution du mode de vie marqué par des changements dans le mode de consommation alimentaire (Ouchfoun, 2009).

Dès la fin des années 80, la manifestation de cette transition épidémiologique est devenue évidente (Lamri, 2001). L'enquête Tahina (2007) affirme cette transition. Ainsi, les résultats de l'enquête sur la morbidité des individus âgés entre 35 et 70 ans indiquent que la pathologie la plus fréquente est l'hypertension artérielle avec un taux de 16.23% chez les personnes interrogées. En deuxième position, nous trouverons le diabète (8.78%). Puis viennent l'asthme (3.75%), les pathologies cardiovasculaires (3.69%) et les dyslipidémies (3.21%). Les autres pathologies l'ulcère gastro duodéal, les dépressions et la BPCO sont retrouvées dans des proportions beaucoup moins importantes. L'enquête MICS 2012-2013 atteste également cette transition. Elle indique que 14,2% des individus enquêtés âgés de 15 et plus sont atteints d'une maladie chronique au moins (MSPRH et Unicef, 2015).

L'OMS, dans son rapport en 2018, indique que les maladies non transmissibles ont été responsables de 76% des décès en Algérie (OMS, 2018); ainsi, les principales causes de décès étaient les maladies cardiovasculaires (36%), les affections transmissibles maternelles, périnatales et nutritionnelles (15%), les cancers (13%), les traumatismes (10%), le diabète (4%) et les affections respiratoires chroniques (3%). Actuellement les dépenses médicamenteuses pour le traitement des maladies cancéreuses constituent 80% des budgets des hôpitaux alors qu'elles ne représentent que 10 à 15% vingt ans avant (Zitouni, 2016). Cela s'explique par l'augmentation du nombre de patients atteints par cette maladie. Ainsi, l'incidence de cette maladie en Algérie est d'environ 50000 nouveau cas chaque année (Zitouni, 2016). Cependant, les maladies transmissibles constituent toujours une menace à la santé publique malgré leur réduction constatée ces dernières années. Ces maladies sont très coûteuses et engendrent des augmentations des dépenses de santé.

### ❖ L'amélioration du niveau de vie

En Algérie, le niveau de vie, mesuré par le PIB par habitant, a été multiplié par 2,26 au cours des deux dernières décennies. En 2018, le PIB/habitant est de 4 080,7 dollars US alors qu'il était 1 801,4 dollars US en 2000 (ONS, 2020). Accompagnée par un ensemble d'évolutions liées à l'amélioration du niveau de scolarisation et d'alphabétisation de la population algérienne, cette amélioration du niveau de vie engendre une augmentation des dépenses de santé du côté de l'offre (l'instauration des politiques publiques de santé) et de la demande (répondre aux nouvelles attentes de la population) (Ould Abdeslam, 2018, P 5).

### ❖ L'extension de la couverture sociale

Le remboursement des frais médicaux est accordé non seulement aux assurés sociaux mais également à leurs ayants droits (Lamri, 2004). En 2017, l'Algérie compte 14 millions assurés sociaux (ONS, 2018), correspondant à plus de 80% de la population algérienne (assurés et ayants droits). L'extension de cette couverture sociale avait engendré une augmentation des dépenses de sécurité sociale pour atteindre 3,8 milliard dollars en 2016 (*Fortaki, Brahmia, 2019*). Ainsi, le remboursement de médicaments par la CNAS a été multiplié par 202,12 en espace de 26 ans soit une augmentation annuelle moyenne de 8,23%. Il passe de 0,94 milliards de DA en 1990 à 190 milliards de DA en 2016 (Ziani, 2020b). De plus, le poste de médicament représente 84% du total des dépenses de l'assurance maladie en 2017 alors il était que de 7,45% des dépenses de l'assurance maladie en 1990 (Ziani, 2020 b).

### ❖ L'évolution de l'offre de soins

Nous avons constaté dans les deux sections précédentes une augmentation de l'offre de soins publique et privée. Cette évolution positive a pour effet l'augmentation de la demande de soins.

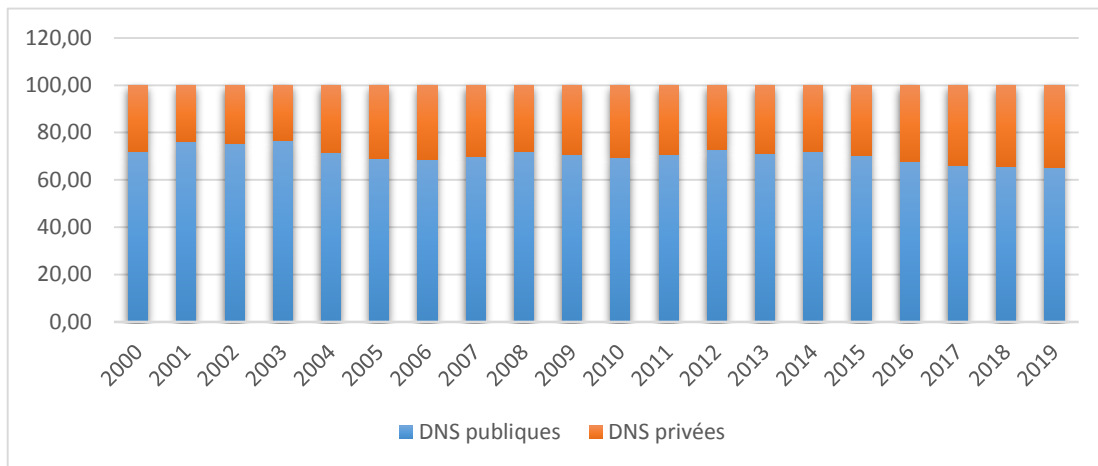
En plus des facteurs déjà cités, d'autres facteurs peuvent aussi expliquer l'augmentation des dépenses de santé notamment l'amélioration du niveau culturel de la population et le progrès de la médecine et de la technologie des soins qui se caractérise par un élargissement du panier de biens et services de santé offerts.

## 3. Structure de financement des dépenses nationales de santé

Concernant la structure de financement des dépenses nationales de santé, la figure 28 indique le partage public/privé dans le financement de ces dépenses durant la période (2000-2017). En effet, durant la période 2000 à 2014, nous remarquons que ce partage est resté relativement stable, oscillant entre 68 % et 77 % pour le financement public (l'Etat et la sécurité sociale) et entre 23 et 32 % pour le financement privé. Ce dernier concerne essentiellement les

dépenses des ménages, celles des mutuelles sociales<sup>15</sup> et celles des entreprises économiques du secteur privé en investissement. A partir de 2014, les dépenses privées sont en progression continue, passant de 27,96% en 2014 à 35% en 2019 soit une augmentation plus de 25% en espace de cinq ans. Cela s'explique par le recule progressif de l'Etat dans le financement du système de santé suite à la chute des prix des hydrocarbures.

**Figure 28 :** Evolution de la répartition public-privé du financement des DNS en Algérie de 2000 à 2019

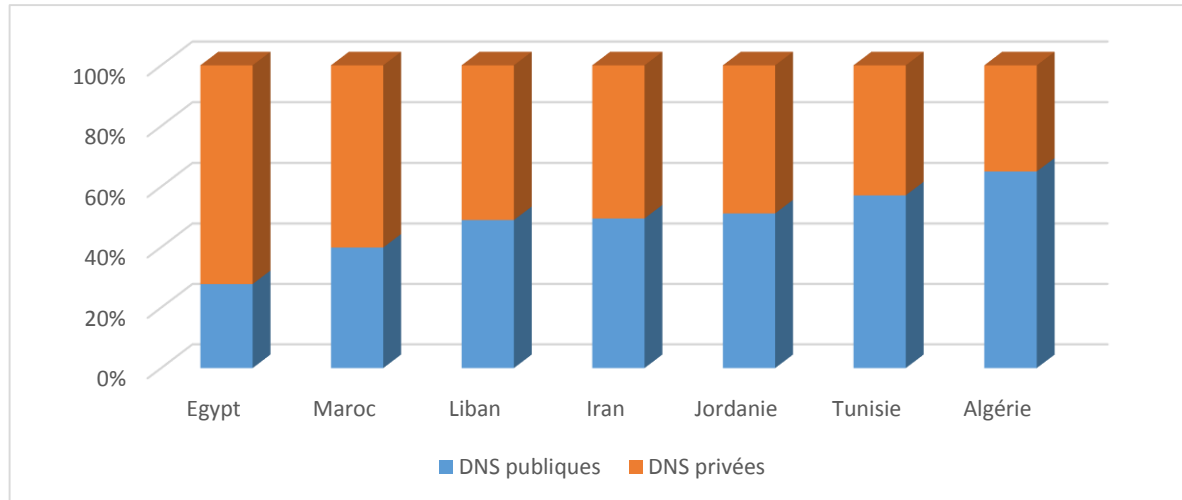


**Source :** figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l'OMS national Health account (NHA). <http://apps.who.int/nha/database>.

En revanche, la part des dépenses privées de santé en Algérie, estimées à 35% en 2019, est largement inférieure à celle que l'on observe aux pays maghrébins, au Maroc (60,12%) ou en Tunisie (42,86%) et dans d'autres pays de niveau de développement comparable notamment le Liban (51%), la Jordanie (48,82%), l'Egypte (72,21%) et l'Iran (50,49%). Nous constatons qu'au Maroc, la situation est inverse des autres pays où la santé est financée majoritairement par les dépenses privées. Cela est liée à plusieurs facteurs notamment la faiblesse de la solidarité institutionnalisée et de la mutualisation du risque-maladie à cause de la déficience de l'assurance maladie qui ne couvre pas la majorité de la population, ajoutant à cela le montant important du ticket modérateur appliqué par les régimes d'assurance maladie publics et privés (Chaoui et al., 2012, P 93).

<sup>15</sup> Les mutuelles sociales sont régies par la Loi n° 15-02 du 4 janvier 2015 relative aux mutuelles sociales. Ces mutuelles sont des associations à but non lucratif pour vocation de mener des actions de solidarité, d'entraide et de prévoyance en faveur de ses membres adhérents et de leurs ayants droit au moyen, notamment, de versement de cotisations. Ces mêmes mutuelles sociales assurent les prestations suivantes en nature et en espèces. Les prestations en nature (remboursement des frais) en complément des prestations servies par la CNAS dans la limite de 100% du tarif réglementaire. Les indemnités journalières (prestations en espèces).

**Figure 29** : La répartition public-privé du financement des DNS dans quelque pays en 2019



*Source* : Figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l'OMS national Health account (NHA). <http://apps.who.int/nha/database>.

Enfin, nous signalons que tous ces pays ne respectent pas les recommandations des instances internationales (OMS et la Banque Mondiale) qui indiquent que la part du privé dans le financement de la santé dans les pays en développement ne doit pas dépasser le seuil de 10% à cause du risque d'appauvrissement encouru aux ménages économiquement vulnérables, et pose d'une manière générale un problème d'équité d'accès aux soins de santé.

#### 4. Les agents de financement de la santé

En Algérie, la part des trois agents principaux de financement de la santé (l'Etat, la sécurité sociale et les ménages) fluctue dans le temps en fonction de différentes conjonctures économiques, sociales et politiques que traverse le pays.

Depuis l'indépendance jusqu'à 1973, le financement de la santé provient à 60% par l'Etat pour la prise en charge des démunis de la population, à 30% par la caisse de la sécurité sociale pour leurs affiliés et 10% par les usagers eux-mêmes (Laamri, 2015).

A l'instauration de la médecine gratuite en 1974, le financement du système de santé est assuré majoritairement par l'Etat (Kaïd Tlilane, 2004 a) à hauteur de 76,51%. Cela s'explique par les excédents financiers de l'époque. La part de la sécurité sociale n'a atteint même pas un quart du total des dépenses (23,49%). Quant à la part des ménages, elle est quasi inexistante (Cf. Tableau 16).

Ce financement socialisé est aménagé à partir de la deuxième moitié des années 80. La sécurité social est impliquée de plus en plus dans le financement de la santé jusqu'à atteindre 64,20% en 1987. Cette forte implication s'explique par l'accroissement des forfaits hôpitaux Oufriha, 1992). En revanche, la contribution de l'Etat a connu une régression jusqu' à atteindre

27,50% en 1988. Cela s'explique par la chute des prix des hydrocarbures. Quant à la part de l'Etat, une décision a été prise par l'Etat en 1984, qui consiste à ne plus distribuer les médicaments gratuitement pour les soins ambulatoires et faire participer les usagers à raison de 20% (ticket modérateur) du coût des examens radiologiques, des analyses médicaux et des explorations fonctionnelles, calculés sur la base de la nomenclature des actes de 1981 (Mebtoul, 1999).

A partir de 1988, nous constatons une diminution continue de la part de la sécurité sociale. Cela s'explique par les déficits structurels dû à la montée du chômage. La contribution des ménages est considérable, elle atteint 30,62% en 1992. La médecine gratuite a été remise en cause, puis officiellement abandonnée en 1995 (Guillermou, 2003). L'arrêté interministériel du 07 janvier 1995 fixe une contribution des patients aux frais d'hôtellerie et de restauration en milieu hospitalier à 100 Da/jour, de consultation à raison de 50 Da pour la médecine générale et 100 Da pour la médecine spécialisée. Cette décision n'implique pas certaines catégories de malades<sup>16</sup>.

**Tableau 16 :** Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé de 1974 à 1999

Année	État	Sécurité sociale	Ménages
1974	76,51	23,89	0,00
1979	60,88	38,58	2,83
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,6	61,40	2,00
1987	34,21	64,2	1,59
1988	27,5	53,3	21,3
1992	30,50	38,87	30,63
1994	34,50	37,10	28,40
1996	38,45	35,64	25,90
1997	37,93	32,57	29,50
1998	34,10	39,70	26,20
1999	42,56	29,33	28,11

Source : Kaid Tilane N. (2004a). *La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n° 4 vol. 57, P 116.*

La Période de 2000 à 2014, l'Etat est devenu le financeur principal, sa contribution a augmenté considérablement pour atteindre un pic de 50,71% en 2003 grâce à l'amélioration des recettes de l'Etat<sup>17</sup>. Quant à la sécurité sociale, sa part oscille entre 22 et 26 %, malgré les

<sup>16</sup> Il s'agit des personnes émergeant au filet social, les enfants de moins de cinq ans, les malades chroniques, ceux séjournant pour plus d'un mois à l'hôpital, les victimes des fléaux d'épidémies ou de catastrophes naturelles et les personnels des services de santé y compris leurs ayants droits.

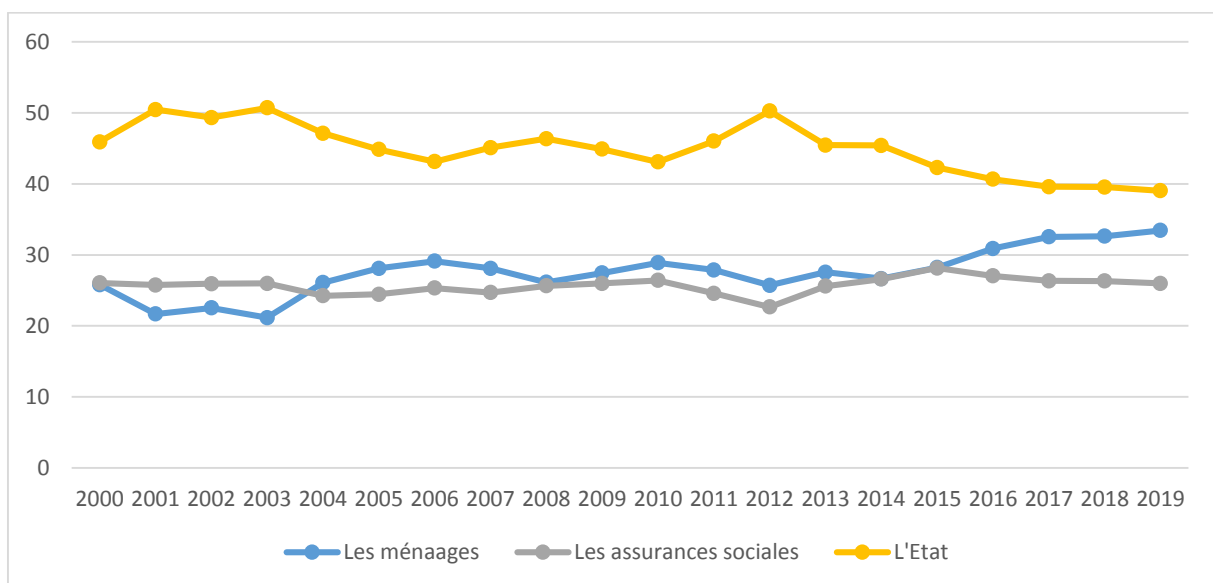
<sup>17</sup> L'amélioration des recettes de l'Etat sont dues à l'embellie financière grâce à la remontée des cours des hydrocarbures sur les marchés internationaux où le prix du baril de pétrole a connu des augmentations continues atteignant 28,9 dollar en 2003 à 65,40 dollar en 2006.



différents dispositifs mis en place pour faciliter l'accès aux soins des assurés sociaux (tels que la carte Chifa, l'élargissement du conventionnement aux maladies cardiovasculaires, le dialyse, le transport de malades...). Par ailleurs, les dépenses des ménages n'ont pas cessé de croître depuis 2000. Les ménages sont devenus, à partir de 2003, le deuxième contributeur au financement du système de santé, avec des contributions oscillantes entre 22% et 30%.

D'après la figure 30, nous remarquons qu'à partir de 2014, les contributions de l'Etat ont régressé passant de 45,41% en 2014 à 39,02% en 2019 soit une diminution de 14% en cinq ans. En parallèle, les contributions des ménages ont progressé de 25,76% durant la même période, passant de 26,59% en 2014 à 33,44% en 2019. Cette régression de la part de l'Etat au financement de la santé s'explique principalement par la tendance baissière des cours du pétrole sur les marchés internationaux depuis 2014. Ce dernier constitue la principale source des devises en lui rapportant plus de 95% de ses revenus extérieurs et comptent pour 60% de son budget.

**Figure 30 :** Evolution des sources de financement des dépenses nationales de santé entre 2000 et 2019



Source : figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l'OMS national Health account (NHA), disponible sur internet à l'adresse : <http://apps.who.int/nha/database>.

Quant à l'augmentation des dépenses des ménages, celles-ci peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs liés aux dysfonctionnement du système de santé (Laamri, 2015) à savoir :

- ❖ **L'inadaptation du mécanisme de l'assurance maladie :** le remboursement des actes medicotechniques et des analyses médicales s'effectue avec la nomenclature générale des actes professionnels qui date de 1987. Cette nomenclature est obsolète, elle ne reflète plus le prix réel des prestations dispensées dans le secteur privé. Ainsi,

en se référant à la nomenclature de 1987, une consultation chez un médecin généraliste, payée dans une fourchette de 700 à 1 000 DA et de 1 300 à 5 000 DA chez un spécialiste, ne sont remboursés qu'à hauteur de 50 et 80 DA respectivement. Autres exemples : une césarienne, payée à 100 000 DA, est remboursée moins à de 5% du débours ; un scanner, payé à 15 000 DA, est remboursé à seulement 800 DA.

- ❖ **Le paiement du ticket modérateur de 20% hormis les malades chroniques de 100% :** c'est un dispositif de responsabilité financière des usagers par la prise en charge d'une partie non remboursable de la sécurité sociale (20% de médicaments) par les assurés sociaux (loi n° 83-11). De plus, à partir de 1995, suite aux dispositions de l'arrêté ministériel du 07 janvier 1995, les usagers contribuent aux frais des soins de santé dans le public (50 DA pour les consultations de généralistes et 100 DA pour les consultations de spécialistes) (Abbou, Brahamia, 2017).
- ❖ **Le paiement du tarif de référence :** l'Algérie a mis en place cette politique depuis avril 2006. Quel que soit le prix de vente effectif d'un médicament, il est soumis à un tarif de référence<sup>18</sup>. Ce dernier est fixé par les pouvoirs publics et est relatif au remboursement des médicaments considérés comme interchangeable. Le prix d'une spécialité pharmaceutique est fixé par la firme et s'il excède le plafond fixé par les autorités, la différence est payée par le patient (Snoussi, 2015). L'objectif principal de cette politique est de préserver les équilibres financiers de la sécurité sociale ainsi que la promotion des médicaments génériques.
- ❖ **La politique de déremboursement :** cette mesure consiste au retrait de certains médicaments de la nomenclature de remboursement, c'est-à-dire qu'ils sont devenus non éligibles au remboursement. Les assurés sociaux payent la totalité du prix de ces médicaments. La liste des médicaments non remboursables est en élargissement continu. Jusqu'à 1995, tous les médicaments prescrits étaient remboursés automatiquement. Entre 1995 et 2000, cette liste de médicaments est limitée aux vitamines et aux sels minéraux. Par la suite, elle s'est élargie aux médicaments antiallergiques, de tube digestif, médicaments de l'appareil respiratoire, psychotropes et médicaments de dermatologie entre 2000 et 2005. Actuellement, la liste touche même les médicaments traitants les maladies chroniques notamment l'hypertension artérielle, l'épilepsie, les maladies cardio-vasculaires (Ziani, Ziani, 2012).
- ❖ **Paiement du coût du transport médical privé :** ce coût du transport est coûteux pour le patient et sa famille non seulement dans les régions enclavées (Rebouha, 2012), il concerne même certains patients qui souffrent des maladies lourdes comme le cancer, les maladies cardio-vasculaires où les centres de santé sont implantés dans

---

<sup>18</sup>Suite à l'application l'arrêté ministériel du 29 janvier 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre. Cet arrêté est paru au journal officiel n°02 (JORADP) du 15 janvier 2006.

les grandes villes à Alger. Signalant qu'en dehors de l'hémodialyse, ce coût est à la charge du patient.

- ❖ **Le dysfonctionnement dans le secteur public :** les capacités limitées du secteur public, la faiblesse des services d'urgences, le manque flagrant d'équipements médicaux, l'indisponibilité de certaines analyses médicales,... sont autant de facteurs qui expliquent le recours au secteur privé même pour les ménages pauvres.
- ❖ **L'augmentation de l'offre privée de soins :** L'expansion du secteur privé a engendré l'augmentation considérable des dépenses des ménages notamment les interventions chirurgicales et certains examens exploratoires qui coutent vraiment chers et qui sont pris en charge intégralement par les ménages. De plus, dans ce contexte de l'expansion de l'offre privée de soins, les parcours de soins des patients ont été modifié. Les professionnels essayent d'orienter au maximum les patients dans le secteur privé afin de maximiser leurs gains financiers ; ils profitent ainsi de l'insuffisance du secteur public dans certaines spécialités notamment chirurgicales où le délai d'attente dans les hôpitaux est vraiment important, pour attirer leurs patients (Zehnati, 2014). Par ailleurs, des cliniques privées utilisent d'autres stratégies dans le recrutement des patients notamment *le bouche à oreille* (la qualité de l'accueil et la personnalisation des relations avec les patients sont des paramètres importants pour diffuser une image positive de la clinique), et le conventionnement avec les entreprises économiques et les administrations (Zehnati, 2020).
- ❖ **Les travailleurs du secteur informel :** Théoriquement, les travailleurs du secteur informel ont certes accès aux soins dans le secteur public, toutefois, ils ne disposent d'aucune couverture sociale. Ils déboursent ainsi des sommes dans les achats de médicaments, les analyses de laboratoires, le transport médical en plus de nombreux autres services notamment spécialisés sans aucun remboursement (Laamri, 2015). Selon les estimations, le secteur informel représenterait aujourd'hui entre 40 et 50 % de l'économie algérienne (PIB). Selon l'Office National des Statistiques, l'économie parallèle emploierait en 2019 plus de 4,7 millions de personnes, soit près de 42 % de la main-d'œuvre totale non agricole (ONS, 2019, p. 13).

Ces dépenses directes importantes des ménages peuvent entraîner deux risques importants : Les dépenses catastrophiques (ventes de bijoux, véhicules, meubles pour se soigner) et l'endettement des ménages. Ce qui peut appauvrir et/ou accentuer la précarité des ménages. En effet, certains ménages même avec une couverture sociale s'endettent pour se soigner. Ce qui est contradictoire à l'un des objectifs de millénaires pour le développement (OMD) pour 2015 qui consiste à réduire la moitié de la pauvreté dans le monde.

Pour mieux comprendre le comportement des ménages en matière de consommation des soins ainsi que la structure de leurs dépenses, nous allons exploiter les deux dernières enquêtes de l'ONS sur les dépenses de consommation des ménages réalisées en 2011. Durant la période 2000 à 2011, les dépenses de soins médicaux des ménages ont progressé de 38,7 %, passant de

65,154 en 2000 à 134,137 milliards de dinar en 2011. Cette augmentation est liée en partie à l'augmentation de l'indice des prix des soins et des services médicaux, notamment à partir de 2005 (Ould Abdeslam, 2018, p 86).

Le tableau 17 montre un écart flagrant dans la répartition des dépenses de soins médicaux des ménages entre zones urbaines et rurales. En 2011, les dépenses de soins des ménages en zone urbaine sont trois fois plus élevées que celles des ménages en zone rurale (73,70% en zone urbaine contre 26,3% dans la zone rurale). De plus, nous constatons que cet écart s'est creusé de plus de 10% entre 2000 et 2011. Cela est lié, en partie, à l'accessibilité de l'offre de soins dans la zone urbaine dans la mesure où les médecins s'installent dans les grandes agglomérations.

**Tableau 17 :** Les dépenses globales de soins médicaux des ménages par zone (urbain/rural)

Zone	Urbain	%	Rural	%	Totale
<b>Enquête 2000</b>	41 300	63,30	23 900	36,70	65 154
<b>Enquête 2011</b>	98 826	73,70	35 310	26,30	134137

Source : réalisé par nos soins à partir de : Enquête consommation des ménages, ONS, 2000, 2011.

La répartition des dépenses de soins médicaux des ménages par quintile montre des inégalités entre les couches sociales. En 2011, les ménages qui appartiennent au cinquième quintile de revenu (les plus favorisés) conservent 42% de l'ensemble des dépenses totales des ménages ; ce qui correspond à 6,76 fois des dépenses des ménages de premier quintile (les moins favorisés). De plus, nous constatons que ces inégalités se sont creusées entre 2000 et 2011 où la valeur de l'indice de Gini est passée de 0,30 à 0,33, soit une augmentation de trois points.

**Tableau 18 :** Répartition des dépenses globales de soins médicaux des ménages par quintiles en millions de DA

Quantiles	Enquête 2000	%	Enquête 2011	%
Q1	4 329	6,64	8 357	6,23
Q2	8 217	12,61	16 266	12,13
Q3	10 901	16,73	21 912	16,34
Q4	16 961	26,03	31 063	23,16
Q5	24 744	37,98	56 538	42,15
Totale	65 154	100,00	134 137	100,00
Indice de GINI	0,3044		0,3315	

Source : Messaili M. (2018). *Dépenses de santé, santé de la population et croissance économique en Algérie* », Thèse de Doctorat- LMD en sciences économiques, Université de Bejaia, P136.

❖ **Dépenses de soins médicaux par produit**

La distribution des dépenses de soins médicaux par type de produits indique que le médicament (avec et sans ordonnance) occupe le premier rang et la majorité des dépenses avec 71,04 % en 2000 et 62,91% en 2011. Cette baisse de 8,13% enregistrée entre les deux périodes est liée à l'instauration du système de tiers payant à partir de 2006. La carte Chifa a réduit les avances sur frais des médicaments. En revanche en terme monétaire, les dépenses de médicaments ont évolué passant de 46,287 milliards de dinars en 2000 à 84,382 milliards de dinars en 2011. Cela est lié au renchérissement des prix de médicaments ainsi que à l'instauration du tarif de référence à partir de 2006. Il faut signaler que l'automédication persiste à occuper une place importante avec 8,34% en 2000 et 7,06% en 2011.

En deuxième position, nous trouverons celles des honoraires des médecins (généralistes et spécialistes) avec plus d'un quart des dépenses (15,84%). En terme monétaire, les dépenses de ce poste ont été multipliées par 2,3 passant de 9,122 milliards en 2000 à 21,243 milliards dinars en 2011. Cette évolution peut s'expliquer par l'augmentation des prix de consultation dans le secteur privé notamment celles des spécialistes. Le troisième poste de dépenses de soins médicaux des ménages est les « dépenses en analyses médicales et en la radiologie » avec 7,21 % en 2011. Ces dernières ont connu une croissance de 158,6 %, passant de 3,737 milliards en 2001 à 9,666 milliards de dinars en 2011. Cette augmentation est liée à l'expansion de l'offre privée notamment les cliniques à partir de 2000.

Enfin, nous trouverons les « frais d'hospitalisation » avec 3,37% en 2000 et 7,19 % en 2011. Ces frais ont été multipliés par 4,38 en espace de 11 ans, passant de 2,198 milliards de dinars 2000 à 9,646 milliards de dinars.

**Tableau 19** : Répartition des dépenses de soins médicaux des ménages par produit.

	Enquête 2000		Enquête 2011	
		%		%
<b>Médicaments avec ordonnance</b>	40 851	62,70	74 912	55,85
<b>Médicaments sans ordonnance</b>	5 436	8,34	9 470	7,06
<b>Honoraire médecin (générale et spécialisée)</b>	9 122	14,00	21 243	15,84
<b>Radiologie, analyses médicales</b>	3 737	5,74	9 666	7,21
<b>Frais d'hospitalisation</b>	2 198	3,37	9 649	7,19
<b>Autres dépenses de soins</b>	3 809	5,85	9 197	6,86
<b>Total</b>	<b>65 154</b>	<b>100</b>	<b>134 137</b>	<b>100</b>

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de l'enquête consommation des ménages, ONS, 2000, 2011.

Enfin, nous constatons à travers l'examen des dépenses de soins des ménages issues des deux enquêtes 2001 et 2011 conduites par l'ONS, la persistance des disparités entre la zone urbaine et rurale liée à l'urbanisation et à la densification de l'offre de soins dans les villes, ainsi

qu'à l'accentuation des inégalités des dépenses de soins entre les ménages aisés et pauvres. Ainsi, plus le niveau de vie est élevé, plus la consommation de soins augmente, ce qui pose la question de l'équité horizontale d'accès aux soins.

## CONCLUSION

En Algérie, de grands efforts ont été consentis dans la construction des infrastructures sanitaires et dans la formation des professionnels de santé notamment à partir de la réforme de 1971 qui a levé la contrainte d'accès médicale. Ce qui a pour effet une augmentation appréciable de la démographie médicale. De ce fait, l'Algérie n'est pas en situation de pénurie, l'offre en matière d'infrastructures et ressources humaines qu'elle soit publique ou privée a été étendue, diversifiée et plus décentralisée.

Bien que le pays ait connu une forte progression de l'offre de soins, néanmoins, il est confronté à un défi majeur de santé publique lié à de fortes disparités territoriales de répartition de cette offre. La couverture en termes d'infrastructures et ressources humaines est ainsi très variable d'une région à une autre et même d'une wilaya à une autre, créant ainsi des inégalités d'accès aux soins. Les disparités sont plus marquées dans le secteur privé notamment pour le corps de spécialistes où 80% de la population soit 39 wilayas concentre seulement 40% des médecins alors que 20% de la population soit 9 wilayas disposent 60% des médecins ; la valeur de l'indice de Gini s'élève ainsi à 0,61 en 2018. Ce manque de médecins dans certaines wilayas et régions pousse les patients pour des déplacements importants et des délais d'attente des fois exagérés à l'origine de besoins en soins de santé non satisfaits. Ce qui pose la question d'équité d'accès aux soins.

Le financement de la santé demeure une préoccupation majeure en Algérie, du fait de l'insuffisance des ressources et l'accroissement continu des besoins, notamment avec la double transition démographique et épidémiologique. À partir de 2000, les dépenses de santé se sont considérablement accrues et l'État s'est davantage impliqué dans le financement du système de santé suite à l'embellie financière qu'a connu le pays due à l'augmentation des prix du pétrole. Néanmoins, la contribution des ménages a accéléré surtout à partir de 2014 suite à la baisse des cours des hydrocarbures. Ces dépenses directes importantes des ménages peuvent entraîner l'appauvrissement et la précarité des ménages et peuvent être également un facteur d'exclusion de l'accès aux soins pour les ménages défavorisés. Cette situation est une source des inégalités d'accès et de recours aux soins.

## **CHAPITRE 3**

### **L'ACCÈS THÉORIQUE AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAIA :**

#### ***Répartition de l'offre de soins et caractéristiques de l'échantillon d'enquête***

Le présent chapitre a pour objet de décrire en détail l'approche méthodologique mise en œuvre dans le cadre de notre étude empirique. Nous commencerons par une présentation du contexte de l'étude (section 1), qui se résumera ici pour l'essentiel à l'analyse de l'offre de soins dans la wilaya de Béjaïa. Ce choix est tout à fait pertinent dans la mesure où ce sont les éventuelles disparités dans la répartition de l'offre de soins qui détermineront en partie les conditions d'accès (faciles ou difficiles) de la population. Le but de cette brève présentation sera donc d'avoir une compréhension préalable d'un aspect primordial de l'environnement résidentiel (offre de soins) de la population enquêtée. Ces informations vont nous servir à éclairer en partie, dans la suite de ce travail, les résultats de notre enquête et notamment le comportement des personnes en termes de recours et de renoncement aux soins. Nous partirons ainsi de l'hypothèse que l'offre de soins, en termes d'infrastructures et de ressources humaines, détermine dans une large mesure la consommation de soins de la population.

Dans un deuxième temps, nous exposerons la méthodologie de l'enquête de terrain et le contenu du questionnaire utilisé (section 2). Rappelons qu'il s'agit d'une enquête sur l'accès et le recours aux soins dans la wilaya de Béjaïa, réalisée auprès d'un échantillon de ménages de la wilaya de Béjaïa. Nous présenterons à ce propos les obstacles rencontrés lors de l'administration du questionnaire et de la collecte des données de l'enquête.

Enfin, nous clorons ce chapitre par la présentation des principales caractéristiques démographiques et socio-économiques de l'échantillon de ménages enquêtés, ainsi que celles des individus qui les composent (section 3).



## I. L'OFFRE DE SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA

Dans cette section, il sera question de présenter l'évolution et la répartition de l'offre de soins, qu'elle soit publique ou privée, dans la wilaya de Béjaïa. L'essentiel des données présentées dans cette section ont été collecté auprès de la *Direction de la Santé et de la Population (DSP)* de la wilaya de Béjaïa, ainsi qu'au niveau de la *Direction de la Programmation et du Suivi Budgétaire (DPSB, ex-DPAT)* de la wilaya.

Après une brève monographie de la wilaya de Béjaïa, nous proposerons une analyse globale de l'évolution et de la répartition géographique de l'offre de soins dont dispose cette dernière. Ce travail préliminaire constituera pour nous une première approche de l'accessibilité géographique des soins de santé dans la wilaya de Bejaia.

### 1. Présentation de la wilaya de Béjaïa

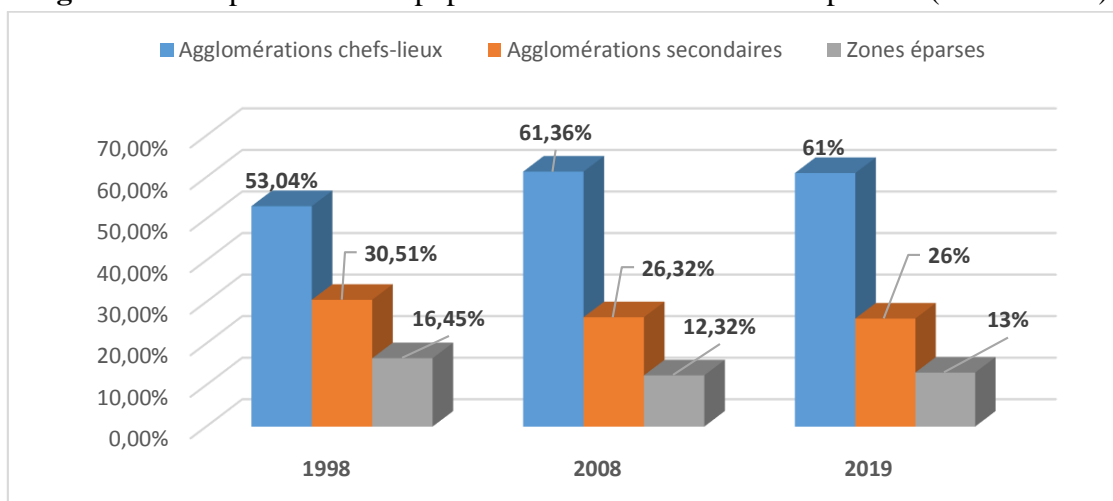
La wilaya de Bejaïa est créée lors du découpage administratif de 1974. Elle était organisée en cinq daïras et vingt-huit (28) communes ; son organisation a été modifiée en 1984 instituant dix-neuf (19) Daïras et cinquante-deux (52) communes. Elle est limitée par :

- La mer méditerranée au Nord
- La Wilaya de Jijel à l'Est
- Les Wilayat de Sétif et de Bordj-Bou-Argeridj au Sud
- Les Wilayat de Tizi-Ouzou et de Bouira à l'Ouest

Géographiquement, la wilaya de Béjaïa est une région côtière du Centre-Est du pays. S'ouvrant sur la mer Méditerranée avec une façade maritime de plus de 100 Km, son territoire s'étend sur une superficie de 322 348 ha, marqué par la prépondérance des reliefs montagneux qui occupe 3/4 de la superficie totale de la Wilaya, coupé par la vallée de la Soummam et les plaines situées près du littoral.

Selon le *Recensement Général de la Population et de l'Habitat* de 2008 (ONS, 2009), s'agissant de la situation démographique, la population de l'ensemble de la wilaya a évolué de 836 301 habitants en 1998 à 912 577 en 2008, pour atteindre à la fin de l'année 2019, 984 048 habitants, soit une progression de 18% en espace de 21 ans. La densité de population à la fin de l'année 2019 est de 305 habitants/Km<sup>2</sup>, avec des pointes dans les communes de Sidi Aich, Béjaïa et Akbou avec 1 929 habitants/Km<sup>2</sup>, 1 597 et 1 101 respectivement ; et des creux de 63 habitants/Km<sup>2</sup> à Toudja, 53 à Ighil Ali et 26 habitants/Km<sup>2</sup> dans la commune de Béni K'sila (ONS, 2009).

**Figure 31** : Répartition de la population résidente selon la dispersion (1998 à 2019)



*Source* : Figure réalisée par nos soins à partir des données de la DPSB de Béjaïa (DPSB, 2020).  
ONS (2009) pour l'année 2008.  
Kaid-Tilane, 2003, *op.cit.*, p. 214 pour l'année 1998.

Pour 2019, la distribution de la population résidente selon la dispersion fait ressortir qu'elle est plus concentrée dans les *agglomérations chefs-lieux* avec un taux de 61%, 26% vivent dans les *agglomérations secondaires* et le reste dans des *hameaux* et des *zones éparses*. Nous remarquons, d'après la figure 31, une tendance à la concentration de la population dans les agglomérations chefs-lieux entre 1998 et 2008. Toutefois, la répartition de la population selon la dispersion n'a pas fondamentalement évolué entre 2008 et 2019.

Le tableau 20 montre la distribution de la population selon l'âge et le sexe. Nous remarquons que 51,02% sont de sexe masculin contre 48,98% pour le féminin. La tranche d'âge des moins de 5 ans représente 7,27% du total de la population. Quant à la population en âge de travailler et donc potentiellement active (15 à 59 ans), elle représente plus des deux tiers (68,68%) de la population totale. Enfin, la part des personnes âgées de 60 ans et plus est de 8,68%.

Par ailleurs, selon les données de la DSPB de Bejaia, la part des personnes occupées pour l'année 2019 est de 35,09%, soit 345 350 personnes, et 31 387 personnes sont au chômage.

**Tableau 20** : Répartition de la population selon le sexe et les tranches d'âge en 2019

<i>Tranches d'âge</i>	<b>Masculin</b>		<b>Féminin</b>		<b>Total</b>	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
<b>0-4 ans</b>	36 715	51,30	34 860	48,70	71 575	7,27
<b>5-9 ans</b>	34 054	51,37	32 244	48,63	66 298	6,74
<b>10-14 ans</b>	42 562	51,10	40 732	48,90	83 295	8,46
<b>15-19 ans</b>	52 881	50,84	51 137	49,16	104 018	10,57
<b>20-24 ans</b>	61 695	51,46	58 203	48,54	119 898	12,18
<b>25-29 ans</b>	56 408	52,15	51 754	47,85	108 162	10,99
<b>30-34 ans</b>	45 280	51,98	41 823	48,02	87 103	8,85
<b>35-39 ans</b>	36 843	51,28	35 002	48,72	71 845	7,30
<b>40-44 ans</b>	30 516	50,82	29 532	49,18	60 048	6,10
<b>45-49 ans</b>	24 302	51,28	23 094	48,73	47 395	4,82
<b>50-54 ans</b>	21 167	51,39	20 025	48,61	41 191	4,19
<b>55-59 ans</b>	18 699	51,73	17 445	48,27	36 144	3,67
<b>60-64 ans</b>	10 680	48,42	11 379	51,58	22 059	2,24
<b>65-69 ans</b>	9 278	46,93	10 492	53,07	19 770	2,01
<b>70-74 ans</b>	7 871	45,72	9 344	54,28	17 216	1,75
<b>75-79 ans</b>	6 296	46,46	7 254	53,54	13 550	1,38
<b>80 ans et +</b>	6 077	47,53	6 709	52,47	12 786	1,30
<b>ND</b>	739	43,52	958	56,42	1 698	0,17
<b>Total</b>	502 063	51,02	481 987	48,98	984 050	100

Source : DPSB de Béjaïa (DPSB, 2020).

ND : Non déclaré.

## 2. Évolution de l'offre de soins

Dans ce point, il sera question de présenter l'évolution de l'offre de soins dans la wilaya de Béjaïa en termes d'infrastructures et de ressources humaines.

### 2.1. Les infrastructures sanitaires

Avant la réforme hospitalière de 2007, le secteur de la santé dans la wilaya de Béjaïa était composé de sept hôpitaux renfermant une capacité de 1173 lits hospitaliers. S'agissant des structures extrahospitalières, on dénombrait 42 centres de santé (dont six centres avec maternité rurale), 21 polycliniques (dont 13 avec maternité intégrée) et 169 salles de soins (cf. Tableau 21). Juste après la réforme (à partir de janvier 2008) et dans le cadre de la nouvelle carte sanitaire, les prestations de soins de proximité sont organisées uniquement en deux paliers, à savoir les *polycliniques* et les *salles de soins*. Dans le but de densifier le réseau des polycliniques afin de rapprocher au mieux les soins des populations, 27 centres de santé sont donc érigés en polycliniques pour atteindre un total de 48 polycliniques, et 16 autres sont déclassés en salles de soins pour atteindre 186 salles. Signalons qu'entre temps, il y a eu la réception d'une salle de soins au niveau de la commune de Bejaia (Sidi Ali Lebhar) pour atteindre finalement un total de 187 salles.

**Tableau 21** : Évolution des infrastructures sanitaires dans la wilaya de Béjaïa de 2001 à 2006

Année	Hôpitaux		Polycliniques			Centres de santé			Salles de soins
	Nbre.	Nbre. lits	Nbre.	Avec maternité intégrée	Nbre. lits	Nbre.	Avec maternité rurale	Nbre. lits	
2001	7	1167	22	13	86	39	13	82	159
2003	7	1157	21	15	75	44	13	24	162
2004	7	1208	21	12	87	43	17	28	167
2005	7	1173	21	13	91	43	7	18	170
2006	7	1173	21	13	91	43	6	24	169

*Source* : Réalisé par nos soins à partir des données de la Direction de la Santé et de la Population (DSP) et de la Direction de la Planification et du Suivi Budgétaire (DPSB, ex-DPAT) de Bejaia.

Le tableau 22 montre l'évolution des infrastructures sanitaires publiques après la réorganisation de l'offre de soins dans la wilaya de Béjaïa dans le cadre de la nouvelle carte sanitaire de 2007. Au 31 décembre 2019, le secteur de la santé de la wilaya de Béjaïa était constitué :

- ✓ d'un *Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)*, avec une capacité de 570 lits, créé en 2010.<sup>1</sup> Il est composé aujourd'hui de trois structures :
  - Hôpital Khellil Amrane
  - Hôpital Frantz Fanon
  - Clinique Targa-Ouzemour
- ✓ d'un *Établissements Hospitaliers Spécialisé (EHS)* dans la « rééducation et réadaptation fonctionnelle » à Fenaia Ilmaten, avec une capacité de 47 lits hospitaliers.
- ✓ de cinq (5) *Établissements Publics Hospitaliers (EPH)*<sup>2</sup> renfermant une capacité de 903 lits hospitaliers.
- ✓ et, enfin, de huit (8) *Établissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)*<sup>3</sup>, englobant toutes les structures extrahospitalières au nombre de 52 polycliniques, dont 11 avec maternités intégrées, renfermant une capacité de 72 lits maternels, et de 213 salles de soins (SS). L'ensemble des polycliniques disposant d'une capacité de 166 lits d'urgence.

<sup>1</sup> Signalons que le CHU de Béjaïa a été créé par le décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009, complétant la liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n° 97-467 du décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

<sup>2</sup> Dans l'organisation du système de soins algérien, rappelons que les Établissements Publics Hospitaliers (EPH), qui correspondent au niveau 2 de la carte sanitaire, sont chargés de dispenser les soins dans les spécialités de base (urgences médico-chirurgicales de base, médecine interne, chirurgie générale...) au profit d'un bassin de population constitué d'une ou de plusieurs daïras.

<sup>3</sup> Constitués d'unités légères de soins (polycliniques, salles de soins et centres de santé), rappelons que les EPSP sont des structures extrahospitalières de proximité (niveau 1 de la carte sanitaire), dont le rôle est de dispenser les soins primaires à la population d'une ou de plusieurs communes.

Nous constatons qu'entre 2008 et 2019, le nombre de polycliniques a augmenté de quatre polycliniques et le nombre de salles de soins de 27. Quant aux lits d'urgence, leur nombre a connu une croissance de plus de 110% entre 2008 et 2019, passant ainsi de 79 à 166. Ce qui correspond, pour l'année 2019, à des ratios de couverture de **18924 habitants/1 polyclinique** et de **4620 habitants/1 salle de soins**.

**Tableau 22** : Évolution de l'infrastructure hospitalière publique dans la wilaya de Béjaïa sur la période 2008-2019

Année	CHU		EPH		EHS		Polycliniques			Salles de soins
	Nb.	Nbre. de lits	Nb.	Nbre. de lits	Nb.	Nbre de lits	Nb.	Avec mat	Lits urg	
<b>2008</b>	-	-	7	1233	1	83	48	11	79	187
<b>2009</b>	-	-	7	1233	1	300	48	11	79	187
<b>2010</b>	1	570	5	903	1	47	50	11	100	190
<b>2011</b>	1	570	5	903	1	47	50	11	100	197
<b>2015</b>	1	570	5	903	1	47	52	11	153	186
<b>2018</b>	1	570	5	903	1	47	52	11	160	199
<b>2019</b>	1	570	5	903	1	47	52	11	166	213

*Source* : Réalisé par nos soins à partir des données de la Direction de la Santé et de la Population (DSP) de Béjaïa, 2020.

Quant à la capacité en lits hospitaliers, nous comptons 1520 lits hospitaliers, soit un ratio de couverture de **647 habitants/1 lit hospitalier** en 2019. Soulignons que ce ratio de couverture est légèrement inférieur à la moyenne nationale qui est de 619,40 habitants/1 lit hospitalier. Par ailleurs, ces lits hospitaliers dans la wilaya de Béjaïa demeurent globalement sous utilisés ; le taux d'occupation demeure ainsi faible en raison de l'insuffisance des effectifs de médecins spécialistes et de certains plateaux techniques dans les EPH. En 2017, le taux d'occupation n'est que de 59,23%. Ce taux d'occupation est inférieur au taux d'occupation moyen au niveau national qui est estimé à 66,34% (cf. Figure 32).

Figure 32 : Évolution du taux d'occupation dans les structures hospitalières (2008-2017)



Source : Réalisée par nos soins à partir des différents Annuaire statistiques de DPSB de Béjaïa.

S'agissant des équipements médicaux, les structures sanitaires de la wilaya disposent d'un nombre important de plateaux techniques. Néanmoins, ces plateaux techniques sont caractérisés par des pannes fréquentes en raison notamment de la vétusté du matériel et de la « pénurie » de médecins spécialistes pour les faire fonctionner. Les patients sont dès lors souvent obligés de s'adresser aux structures privées pour un IRM ou un scanner, et ce même pour des patients hospitalisés. Signalons enfin que pour certains actes techniques, examens radiologiques ou analyses médicales (comme la radiothérapie ou certaines biopsies), les patients de la wilaya doivent carrément se déplacer dans les wilayas limitrophes (Tizi-Ouzou et Alger surtout) pour pouvoir les faire.

Tableau 23 : Les cliniques privées dans la wilaya de Béjaïa en 2020

Nature de la clinique	Localisation	Nbre. de lits	Commune
Établissement hospitalier privé	E.H.P « Le Rameau d'Olivier »	71	Béjaïa
Établissement hospitalier privé	E.H.P « Dr BELAID »	16	El-kseur
Établissement hospitalier privé	E.H.P Clinique privé « Dr Rachid BENMERAD »	13	Béjaïa
Établissement hospitalier privé	SARL E.H.P. « Les Lilas »	40	Béjaïa
Établissement hospitalier privé	Établissement Hospitalier privé clinique « Dr HAMANI »	25	Akbou
Clinique d'hémodialyse	L'Orchidée NACER AOKAS	-	Aokas
Centre d'hémodialyse	EURL Clinique « Dr MOHDEB »	-	Béjaïa
Centre hémodialyse	« BENMOUFFOK »	-	Akbou
Clinique d'Ophthalmologie	Clinique OUALID	-	Tazmalt
Clinique d'ophtalmologie et ORL	EURL Clinique « THAMILA »	-	Akbou

Source : Réalisé par nos soins à partir des données de la DSP de Béjaïa, 2020.

Pour l'infrastructure privée, la wilaya est dotée de cinq (5) établissements hospitaliers privés (EHP) avec une capacité de 165 lits hospitaliers, deux (2) cliniques d'ophtalmologie et quatre (4) centres d'hémodialyse. Ces derniers englobent une capacité de 88 reins artificiels,

soit 57,51% du totale de l'offre, couvrant 429 patients, soit 65% de l'offre totale (Foudi, 2018, p. 148).

Le tableau 23 montre une répartition assez inégale des cliniques privées sur le territoire de la wilaya, où 45% d'entre-elles se concentrent dans la ville de Béjaïa, deux cliniques à Akbou et les trois dernières à El-Kseur, Tazmalt et Aokas. En termes de capacité litière, l'ensemble des cliniques de la wilaya ne dispose que de 165 lits hospitaliers, soit 10,56% de l'ensemble des lits de la wilaya.

Enfin, s'agissant des cabinets médicaux, la wilaya dispose en 2018 de 299 cabinets de spécialistes, 164 cabinets de généralistes et 38 cabinets de groupe.

## 2.2. Les ressources humaines

Dans la wilaya de Béjaïa, l'effectif des personnels médical et paramédical peut varier de façon importante d'une année à l'autre (cf. Tableau 24). Cette variation est liée au recrutement dans le secteur public ou à l'installation à titre privé des médecins nouvellement formés, ainsi qu'aux éventuels déplacements de médecins (surtout les spécialistes) dans d'autres wilayas du pays sachant qu'ils sont tenus d'occuper un poste dans le secteur public durant une période déterminée. De surcroît, l'émigration des personnels de santé a certainement un impact important sur cette variation. En 2019, le secteur public dans la wilaya de Béjaïa dispose d'un effectif de 90 hospitalo-universitaires, 615 médecins généralistes, 289 médecins spécialistes, 166 chirurgiens-dentistes et 2960 paramédicaux.

D'autres remarques sont à relever en ce qui concerne l'évolution des personnels médical et paramédical du secteur public de 2003 à 2019 :

- ✓ Le nombre de médecins spécialistes exerçant dans le secteur public a connu une augmentation de 20,49% en l'espace de 16 ans, passant de 240 en 2003 à 289 en 2019.
- ✓ Le nombre de médecins généralistes a connu une évolution encore plus importante que celle des spécialistes avec une progression de 39,41%, passant ainsi de 444 médecins en 2003 à 615 médecins en 2019.
- ✓ De même, le nombre de chirurgiens-dentistes dans le secteur public a connu une régression de 36,64%, passant de 262 chirurgiens-dentistes en 2003 à 166 en 2019.
- ✓ Quant aux paramédicaux, leur nombre ne cesse d'augmenter pour atteindre 2960 paramédicaux en 2019 contre 1889 en 2003, soit une augmentation de plus de 56%.

**Tableau 24** : Évolution des personnels médical et paramédical publics de 2003 à 2019

<i>Année</i>	<b>Médecins spécialistes</b>	<b>Médecins généralistes</b>	<b>Chirurgiens- dentistes</b>	<b>Personnel Paramédical</b>
<b>2003</b>	240	444	262	1889
<b>2004</b>	258	453	244	1753
<b>2005</b>	259	459	239	1878
<b>2006</b>	253	478	289	1871
<b>2008</b>	138	367	114	1943
<b>2009</b>	163	428	126	2049
<b>2010</b>	193	437	127	2103
<b>2011</b>	180	489	132	1844
<b>2012</b>	200	520	145	2 333
<b>2013</b>	223	536	147	2 748
<b>2014</b>	250	571	157	2 671
<b>2015</b>	272	568	163	2837
<b>2018</b>	261	601	160	-
<b>2019</b>	289	615	166	2960

*Source* : DSP de Béjaïa, 2020.

En ce qui concerne le secteur privé, l'observation du tableau 25, qui rapporte l'évolution des personnels médicaux privés dans la wilaya de Béjaïa, fait ressortir ce qui suit :

- Le nombre de médecins spécialistes a été multiplié par 3,87 en espace de 25 ans, soit 11 nouvelles installations par an et une augmentation annuelle moyenne de 11,52%. Il passe ainsi de 99 en 1995 à 384 médecins en 2020.
- Les médecins généralistes, quant à eux, leur nombre varie d'une année à une autre. Au 31 juillet 2020, la wilaya dispose seulement 171 médecins généralistes privés.
- Les chirurgiens-dentistes, ont connu une augmentation considérable de 164%, évoluant de 99 en 1995 à 262 en 2020.
- Le personnel paramédical privé représente une part faible (3,1%) du total des paramédicaux. Néanmoins, il a connu une évolution importante. Le nombre du personnel privé a été multiplié pratiquement par 3,8 en espace de 25 ans passant de 25 paramédicaux en 1995 à 95 en 2020.
- Enfin, le nombre de pharmaciens a plus que triplé entre 1995 et 2019. Il passe de 83 en 1995 à 252 pharmaciens en 2019 soit une augmentation annuelle moyenne de 8,14%.



**Tableau 25 :** Évolution des personnels médical et paramédical privés entre 1995 et 2020

Année	Médecins spécialistes	Médecins généralistes	Chirurgiens- dentistes	Pharmaciens	Paramédicaux
1995	99	169	99	83	25
1996	109	173	102	89	23
1997	132	177	115	91	32
1998	141	166	116	97	33
2000	165	175	132	112	38
2001	166	181	149	-	-
2002	169	169	165	-	-
2003	165	168	165	-	-
2006	158	159	178	-	-
2007	160	161	177	-	-
2008	168	148	190	202	54
2009	173	154	197	209	55
2010	180	150	204	213	58
2011	186	151	208	206	63
2012	206	153	209	213	70
2013	214	152	206	218	77
2014	241	150	212	218	85
2015	255	148	210	219	82
2016	270	149	219	221	85
2017	308	261	236	221	87
2018	344	168	244	230	87
2019	374	169	259	252	92
2020*	384	171	262	-	95

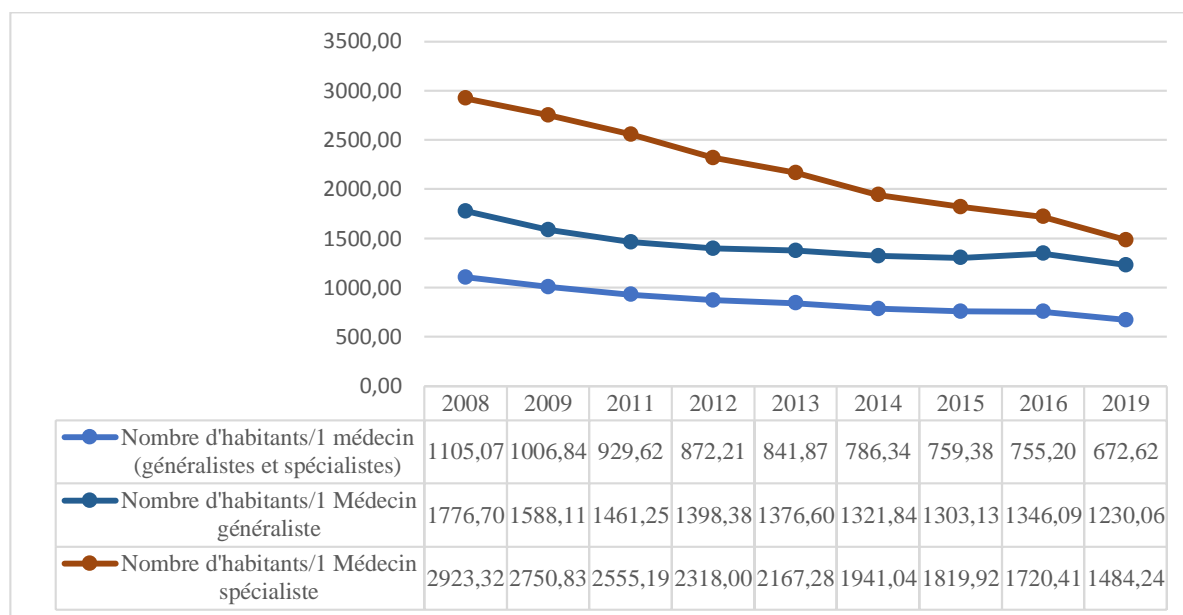
Source : Kaid-Tilane (2003a), p. 222, pour les années de 1995 à 2000.

DPBS pour les années de 2000 à 2020.

\*31 juillet 2020.

S'agissant de la densité médicale, la figure 33 montre une amélioration considérable des ratios de couverture en médecins (généralistes et spécialistes). En 2019, la couverture en médecins (public et privé) est de **672,62 habitants/1 médecin**, alors qu'elle n'était que de 1105,07 habitants/1 médecin en 2008. Quant aux médecins généralistes, le ratio de couverture est passé de 1776,70 habitants/1 médecin généraliste en 2008 à **1230,06 habitants/1 médecin généraliste** en 2019. S'agissant des médecins spécialistes, ils ont connu un rythme d'évolution plus important avec un nombre d'habitants pour un médecin qui a été divisé par deux en l'espace de 11 ans, passant de 2923,32 habitants pour 1 médecin spécialiste en 2008 à **1484,24 habitants/1 médecin spécialiste** en 2019. Nous remarquons également que l'écart entre la couverture en médecins généralistes et celle en médecins spécialistes s'est davantage rétrécie. Néanmoins, la wilaya de Béjaïa continue à enregistrer un déficit en praticiens spécialistes dans certaines spécialités, notamment en Oncologie, en neurochirurgie, en pédo-psychiatrie, en rhumatologie, en médecine interne et en radiologie de pointe.

**Figure 33 :** Évolution des ratios de couverture en médecins (généralistes et spécialistes) de 2003 à 2019

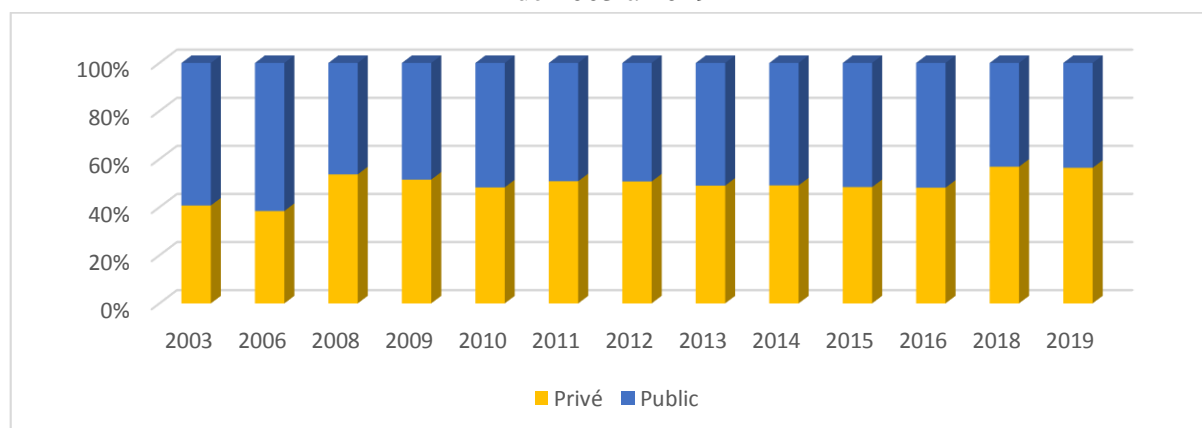


Source : Figure réalisée par nos soins à partir des données de la DSP, 2020.

La figure 34 retrace l'évolution du *partage public/privé* des médecins spécialistes entre 2003 et 2019. En 2003, la part des médecins spécialistes qui exercent dans le secteur public dans la wilaya de Béjaïa dépasse de 19 points celle du privé (59,26% dans le public contre 40,74% dans le privé). En 2019, les proportions se sont carrément renversées, avec les médecins spécialistes privés qui ont pris le pas sur ceux du secteur public (43,59% dans le public contre 56,41% dans le privé).

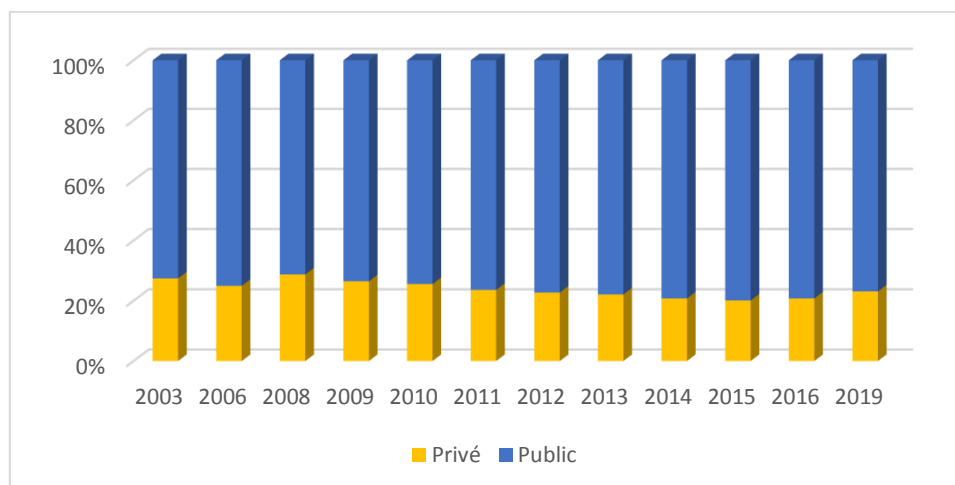
En ce qui concerne les médecins généralistes, c'est le secteur public qui continu à être prédominant avec plus des  $\frac{3}{4}$  (76,88%) des effectifs, contre seulement 23,13% d'omnipraticiens établis à titre privé en 2019 (cf. Figure 35).

**Figure 34 :** Évolution du partage public/privé des médecins spécialistes dans wilaya de Béjaïa de 2003 à 2019



Source : Réalisée par nos soins à partir des données de la DSP, 2020.

**Figure 35 :** Le partage public/privé des médecins généralistes dans wilaya de Béjaïa



Source : Réalisée par nos soins à partir des données de la DSP, 2020.

### 3. Répartition de l'offre de soins

Dans ce point, il sera question d'étudier la répartition territoriale des infrastructures sanitaires et des ressources humaines. Le but sera d'identifier les communes souffrant d'un déficit en matière de couverture sanitaire.

#### 3.1. Répartition des infrastructures par commune

Le tableau 26 montre une très grande concentration spatiale de l'offre de soins dans la commune de Béjaïa, ainsi que des variations assez importantes entre les communes de la wilaya. En effet, la commune de Béjaïa concentre, à elle seule, un CHU, 3 polycliniques, 14 salles de soins et, enfin, plus d'un quart (25,79%) des officines privées... alors que cinq communes (Boukhelifa, Ighram, Sidi-Ayad, Souk-Oufella, Taouririh-Ighil) ne disposent à ce jour d'aucune polyclinique. De plus, sur les 47 communes dotées d'une polycliniques, 11 seulement disposent des maternités intégrées<sup>4</sup>. Nous constatons également que toutes les communes de la wilaya sont dotées d'au moins une salle de soins, à l'exception de la commune de Tinebdar. De même, toutes les communes disposent d'au moins une pharmacie d'officine privée, à l'exception de la commune de Kendira.

<sup>4</sup> En fait, ces maternités accouchent uniquement les femmes ayant des grossesses sans risques et seulement à partir du deuxième enfant.

Tableau 26 : Répartition des infrastructures sanitaires par commune dans la wilaya de Béjaïa en 2019

Commune	CHU		EPH		EHS		Polyclinique			Salle de Soins	Pharmacie	
	Nbr	Nbre lits	Nbr	Nbre lits	Nbr	Nbre lits	Nbr	Avec matern.	Nbre lits		Officines PCA	Officines privées
Bejaia	1	570	0	0	0	0	3	0	0	14	4	57
Oued Ghir	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	5
Amizour	0	0	1	200	0	0	1	0	0	7	0	9
Feraoun	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	2
Semaoun	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
Beni Djellil	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
Timezrit	0	0	0	0	0	0	1	1	10	6	1	5
Souk El tenine	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	4
Melbou	0	0	0	0	0	0	1	1	10	4	0	3
Tamridjet	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	2
Tichy	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	1	3
Tala Hamza	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Boukhelifa	0	0	0	0	0	0		0	0	6	0	1
Ighil Ali	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	2
Ait R'zine	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	2
Darguina	0	0	0	0	0	0	1	1	10	7	1	2
Taskriout	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	1	3
Ait Smail	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2
Aokas	0	0	1	88	0	0	1	0	0	5	1	5
Tizi N'berber	0	0	0	0	0	0	2	0	0	8	1	2
Adekar	0	0	0	0	0	0	2	1	10	1	0	3
Taourirt Ighil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1
Beni-k'sila	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
Akbou	0	0	1	196	0	0	1	0	0	5	3	17
Chellata	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	2
Tamokra	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
Ighram	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2
Seddouk	0	0	0	0	0	0	1	1	8	3	0	4
M'cisna	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1
Amalou	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	2
Bouhamza	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	2
Tazmalt	0	0	0	0	0	0	1	1	10	3	1	7
Beni Melikeche	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	1
Boudjellil	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	1
Chemini	0	0	0	0	0	0	0	1	10	3	1	3
Souk Oufela	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	2
Tibane	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
Akfadou	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1
Barbacha	0	0	0	0	0	0	1	1	8	6	1	4
Kendira	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0
Ouzellaguen	0	0	0	0	0	0	1	1	8	4	0	6
Sidi-Aich	0	0	1	283	0	0	1	0	0	2	2	8
Tinebdhar	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tifra	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	1
Sidi Ayad	0	0	0	0	0	0		0	0	4	0	1
El Flaye	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
El Kseur	0	0	0	0	0	0	1	1	8	3	0	11
Fenaia Ilmathen	0	0	0	0	1	60	1	0	0	4	0	2
Toudja	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0	2
Kherrata	0	0	1	136	0	0	2	0	0	7	1	8
Draa El Gaid	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10	0	6
Beni Maouche	0	0	0	0	0	0	1	1	8	3	0	3
<b>TOTAL WILAYA</b>	<b>1</b>	<b>570</b>	<b>5</b>	<b>903</b>	<b>1</b>	<b>60</b>	<b>52</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>213</b>	<b>24</b>	<b>221</b>

Source : DSP de Béjaïa, 2020.

Signalons enfin que si une commune dispose d'une polyclinique, cela ne signifie pas pour autant que tous les villages de cette commune disposent forcément du même niveau d'accès, du fait notamment de l'existence de villages enclavés (au sein de la plupart des communes rurales) qui n'ont pas accès aux moyens de transport. À titre d'exemple, dans la commune rurale de Beni Djellil, qui dispose pourtant d'une polyclinique, les habitants des villages enclavés (Tigmounine, Ait Sekhar et Tizi Ndjebar) continuent à souffrir de l'indisponibilité des moyens de transport permettant d'accéder à cette polyclinique ou simplement à la ligne de transport permettant de se déplacer en ville. Les habitants sont parfois obligés d'effectuer une marche à pied de 30 à 45 minutes ou de louer un taxi clandestin, ce qui leur coûtera de 500 à 8000 DA en fonction de la distance et du temps de trajet pour accéder à une structure ou à un professionnel de santé, dont la plupart sont concentrés dans la ville de Béjaïa comme on vient de le voir. Comme nous allons le voir plus loin (cf. chap. 6), l'éloignement et/ou l'enclavement de certaines régions explique en partie le renoncement à certains soins.

### 3.2. Répartition du personnel médical privé par commune

Bien que la démographie médicale de la wilaya de Béjaïa ait connu une augmentation considérable cette dernière décennie, elle reste néanmoins répartie d'une manière assez inéquitable sur l'ensemble du territoire de la wilaya. Ainsi, elle se concentre principalement dans les grands centres urbains au détriment des communes enclavées. Cette tendance est particulièrement marquée pour les professionnels libéraux, particulièrement les spécialistes qui manifestent une tendance marquée à s'installer dans les zones « aisées » et densément peuplées.

Le tableau 27 montre à ce propos des inégalités marquées dans la répartition des personnels médicaux et paramédicaux par commune, où nous remarquons une tendance à la concentration dans les principaux centres urbains. Au 31 juillet 2020, cinq communes (Béjaïa, Akbou, El-Kseur, Sidi-Aïch et Souk-El Tenine) concentrent ainsi plus de 80% des médecins spécialistes, 47% des médecins généralistes, 63,74% des chirurgiens-dentistes... alors que 38 communes sont complètement dépourvues de médecins spécialistes, 18 de médecins généralistes et 19 de chirurgiens-dentistes. Remarquons également que la commune de Béjaïa concentre, à elle seule, 43,23% des médecins spécialistes, 27,32% des médecins généralistes, 42,37% des chirurgiens-dentistes et près de la moitié (49,47%) des paramédicaux... pour seulement 19,50% du total de la population de la wilaya. Ce qui correspond à des densités de **1156,24 habitants/ 1 médecin spécialiste, 4083,75 habitants/1 médecin généraliste et 1 729 habitants pour un chirurgien-dentiste**. Pareillement, la commune d'Akbou concentre 79 médecins spécialistes, soit 20,17% des effectifs, 34 médecins généralistes, 24 chirurgiens-dentistes et 16 paramédicaux... pour seulement 57 453 habitants, soit 5,84% du total de la population. Remarquons enfin que les inégalités de répartition des médecins généralistes sont relativement moindres que celles observées pour les spécialistes.

En termes de densité, la commune de Sidi-Aïch arrive au premier rang avec un ratio de couverture de **530,55 habitants/un médecin spécialiste**, suivie par Souk-El Tenine avec **721,23 habitants/1 médecin spécialiste** et Akbou avec **727, 26 habitants pour un médecin spécialiste**. En quatrième position, nous trouvons la commune d'El Kseur avec **1109,41 habitants/un médecin spécialiste**.

**Tableau 27** : Répartition des personnels médical et paramédical privés par commune au 30 juillet 2020

<i>Communes</i>	<b>Médecin Spécialistes</b>	<b>Médecins généralistes</b>	<b>Chirurgiens- dentistes</b>	<b>Paramédicaux</b>	<b>Habitants</b>
Béjaïa	166	47	111	47	191 936
Akbou	79	12	24	16	57 453
Elkseur	29	11	14	7	32 173
Sidi-Aich	28	5	11	6	14 855
Souk-El-Tenine	21	6	7	2	15 146
Kherrata	16	9	10	2	37 821
Tazmalt	14	5	9	3	31 158
Amizour	12	9	9	2	40 503
Aokas	11	5	4	4	17 236
Seddouk	4	5	6	2	22 171
Tychi	1	3	4	1	14 091
Ouzellagen	1	7	9	1	24 495
Adekar	1	2	5	0	17 409
Taskriout	1	6	2	0	17 843
Oued-Ghir	0	2	2	0	15 702
Tala-Hamza	0	2	0	0	12 699
Boukhelifa	0	0	0	0	7 927
Tizi-N'berber	0	0	2	0	9 273
Ighram	0	1	0	0	9 166
Chellata	0	0	0	0	18 220
Tamokra	0	0	0	0	8 406
Beni Melikeche	0	0	1	0	4 726
Boudjellil	0	0	0	0	14 473
Ighil-Ali	0	2	1	0	12 388
Ait-R'zine	0	2	2	0	9 839
Amalou	0	2	0	0	9 446
Bouhamza	0	0	0	0	10 537
M'cisna	0	0	0	0	16 471
Beni-Maouche	0	2	2	0	15 258
El-Fleye	0	0	0	0	31 505
Tinebedar	0	1	0	0	12 755
Tifra	0	0	0	0	16 701
Sidi-Ayad	0	1	0	0	10 272
Chemini	0	2	2	0	13 351
Souk-Oufella	0	1	3	0	5 781
Tibane	0	0	1	0	6 938
Beniksila	0	0	0	0	8 559
Tighil	0	0	0	0	12 281
Akfadou	0	1	1	0	20 866
Timezerit	0	4	3	1	14 692
F.Ilmathen	0	0	1	0	5 837
Beni-djellil	0	0	1	0	9 630
Feraoune	0	1	2	1	12 587
Semaoune	0	2	1	0	4 328
Toudja	0	0	0	0	9 074
Barbacha	0	5	5	0	5 465
Kendiria	0	1	0	0	9 059
Draa-Elkaid	0	0	0	0	7 173
Darguina	0	3	4	0	27 880
Ait-smail	0	1	1	0	6 276
Melbou	0	4	2	0	13 617
Tamridjt	0	0	0	0	10 599
Total	384	172	262	95	984 050

Source : DSP de Béjaïa, 2020.

L'analyse de la répartition géographique des infrastructures et des personnels de santé nous a permis d'identifier des disparités territoriales assez importantes entre les différentes circonscriptions. Ces concentrations de l'offre de soins conduisent évidemment à des pénuries de professionnels à certains endroits, parallèlement à des excédents de professionnels dans d'autres parties de la wilaya. Et cette situation contraint évidemment beaucoup de patients à des déplacements importants (jusqu'à plus de deux heures de trajet), ce qui renforce *de facto* les inégalités d'accès aux soins. En effet, dans certains villages enclavés, les patients démunis, qui ne disposent pas de voiture, doivent le plus souvent louer un taxi clandestin dont le coût peut atteindre 3000 à 4000 DA pour accéder à l'hôpital ou un médecin spécialiste. Ce coût du transport est équivalent au double du montant de la consultation chez un spécialiste. Dans ces conditions de rareté des moyens de transports et/ou de leur coût élevé, combinés évidemment aux frais des soins de santé (coût des consultations, ticket modérateur des médicaments...), le fardeau des contraintes financières dans l'accès aux soins peut s'avérer très lourd à surmonter pour ces catégories de la population. Dès lors, les patients de ces villages enclavés sont souvent contraints de prolonger leurs souffrances faute de moyens financiers, reportant ou parfois renonçant définitivement à des soins de santé dont ils ressentaient pourtant le besoin (consultation de médecin, suivi des soins, analyses de laboratoire...).

En définitive, il y a aujourd'hui d'importantes disparités dans la répartition géographique de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaia. Ce qui peut induire bien évidemment des inégalités dans l'accès de la population aux soins de santé. C'est donc dans ce contexte que nous avons réalisé une enquête de terrain sur l'utilisation des services de santé dans la wilaya de Béjaïa, ainsi que les contraintes et les obstacles à l'accès aux soins auxquels est confronté la population.

## II. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN

Pour affiner notre analyse de l'accès aux soins dans la wilaya de Bejaia, nous avons donc mené une enquête de terrain auprès d'un échantillon de ménages de la wilaya. Cette section a pour objet de présenter la méthodologie et les objectifs de cette enquête sur les obstacles et les conditions d'accès et de recours aux soins des populations. En outre, il sera question de présenter le questionnaire d'enquête, ainsi que les étapes et les conditions de déroulement de l'opération de collecte de données.

### 1. Type d'enquête et méthodologie

La méthodologie et le type d'enquête retenus par un chercheur dépend du sujet d'étude et de l'objet de recherche, ainsi que des moyens et du temps disponible (Angers, 2014). L'étude ici envisagée des inégalités d'accès aux soins revêt essentiellement un caractère exploratoire. La méthode d'enquête adoptée dans le cadre de ce travail est *l'approche directe par un questionnaire interviewé auprès des ménages*. Cette approche nous a permis de collecter des informations directes auprès de la population d'étude qui est, rappelons-le, constituée des ménages de la wilaya de Bejaia. Nous avons ainsi choisi d'utiliser la méthode de l'entretien direct avec le sujet (la mère, le plus souvent), de façon à éviter toute ambiguïté dans les réponses de l'enquêté et à maximiser le taux de réponses au questionnaire.

En définitive, l'enquête par questionnaire auprès des ménages s'avère un procédé incontournable pour mieux comprendre les conditions d'accès, ainsi que les obstacles et les contraintes dans l'utilisation des services de santé. Il s'agira en fait d'étudier l'influence des conditions socio-économiques des ménages et celles des individus sur l'utilisation des services de santé et le renoncement aux soins. Cette étude contribuera, nous l'espérons, à mieux documenter un champ d'investigation encore relativement marginal en Algérie, celui des mécanismes et des déterminants qui sont à l'origine de inégalités d'accès aux soins de santé.

## 2. Échantillonnage et biais de l'enquête

Pour définir le contexte, précisons d'emblée que nous avons nous-même réalisé l'enquête de terrain. La méthode de l'échantillonnage utilisée est celle de *l'échantillonnage aléatoire simple*. Les personnes interviewées ont ainsi été recrutées principalement dans les salles d'attente des hôpitaux, des cabinets médicaux et des cliniques privées. Certains ménages ont toutefois été interrogés à leur domiciles.

Vu la longueur du questionnaire et la complexité de certaines questions, nous avons ainsi fait le choix d'administrer les questionnaires exclusivement « en face-à-face ». Ce mode de diffusion du questionnaire nous a semblé idoine pour assurer un contrôle vigilant de la réalisation de l'enquête sur le terrain afin d'éviter autant que faire se peut les écueils et les biais. En résumé, notre questionnaire est assez long et les questions bien trop compliquées pour envisager raisonnablement la simple distribution d'un questionnaire auprès des enquêtés (questionnaire autoadministré). De plus, au regard de la sensibilité des sujets abordés (état de santé, maladie, difficultés financières...), l'enquête en face-à-face permet plus ou moins de rassurer les enquêtés concernant la confidentialité et l'anonymat des informations transmises. De ce fait, cette méthode permet d'obtenir d'eux des renseignements plus précis sur des comportements qui ne sont pas directement observables et même parfois très « intimes ». En outre, ils n'ont pas à réfléchir longuement avant de répondre. Par ailleurs, nous avons constaté lors de la pré-enquête que certaines personnes sont de fait dans l'incapacité de répondre par écrit sur un formulaire, notamment parce que la langue (le français académique) dans laquelle sont rédigés les questionnaires a des fortes chances d'être différente de celle dans laquelle ils seront administrés (la majorité des enquêtés ne parle pas ce type de français). De plus, les termes techniques utilisés pourraient avoir un sens différent d'une personne à une autre. En réduisant au maximum les éventuelles ambiguïtés dans la compréhension des questions par les enquêtés, cette méthode nous a permis en définitive de minimiser pas mal de biais systémiques.

Rappelons que l'enquête de terrain porte sur un échantillon de 320 ménages, résidants aussi bien dans les centres urbains que dans les zones rurales de la wilaya de Bejaia. La période de référence de la plupart des questions couvre les 12 derniers mois C'est donc une *étude transversale rétrospective*, qui s'est étalée entre le début du mois de janvier 2018 jusqu'à la fin du mois de décembre 2018. Signalons que le temps consacré à l'enquête (environ une année) était un peu plus long que prévu.

Nous n'avons pas pu aller au-delà du nombre de ménages enquêtés par manque de moyens financiers et de disponibilité du temps. De plus, notre questionnaire s'est avéré trop détaillé et assez compliqué, ce qui a nécessité plus de temps pour finaliser l'enquête. En résumé



donc, la taille de notre échantillon est imposée essentiellement par des considérations logistiques et financières.

Enfin, les biais de notre enquête relèvent éventuellement de quelques « biais déclaratifs » dans les réponses des enquêtés, notamment ceux de type culturels (comportement optimiste *versus* pessimiste...). Signalons également les « biais de mémorisation » du fait que le questionnaire fait appel à la mémoire à long terme des sujets, ce qui peut entraîner un biais d'information si le sujet donne une réponse erronée du fait d'un oubli. Rappelons ici que la période de référence de la plupart des questions porte sur *toute l'année écoulée* et concerne *tous les membres du ménage*. Dès lors, il y a de fortes chances que les sujets enquêtés ne se souviennent pas des événements de la même manière.

### 3. Processus d'élaboration du questionnaire d'enquête

Le questionnaire utilisé a été élaboré et validé à la suite d'un long processus. Nous nous sommes appuyés essentiellement sur celui de Kaid Tlilane (2003a), ceux utilisés dans l'enquête TAHINA (INSP, 2007) et enfin ceux des enquêtes socio-sanitaires conduites par l'INSERM U707, dans le cadre du programme de recherche SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales), et l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). Il s'agit d'un questionnaire destiné à recueillir des données inédites sur l'accessibilité et le recours aux soins auprès d'un échantillon de ménages de la wilaya de Béjaïa.

Avant de réaliser notre pré-enquête, nous avons d'abord cherché à faire lire le questionnaire à certains spécialistes dans le domaine (des professeurs en Économie de la santé, des médecins du CHU de Bejaia et bien évidemment des collègues à l'université de Bejaia) en leur demandant de faire tous les commentaires qui leur semblent pertinents. Ainsi, nous avons pris en considération toutes les remarques formulées, ce qui nous a permis de corriger les imperfections de la première version du questionnaire et de l'enrichir en reformulant, en ajoutant et en enlevant des questions. Pour assurer une continuité d'ensemble et une certaine fluidité, nous avons par la suite subdivisé notre questionnaire en plusieurs axes en rassemblant les questions qui traitent plus ou moins du même sous-thème.

Dans une seconde étape, nous avons réalisé une pré-enquête auprès de 25 ménages. Cette enquête probatoire nous a permis de tester le questionnaire et la réception des questions par les enquêtés. Cette étape préalable nous a également permis de réfléchir sur le mode d'administration idoine du questionnaire (*par quelles questions allons-nous débiter le questionnaire interviewé, de façon notamment à mettre en confiance l'enquêté ? Dans quelle mesure la formulation des questions est-elle comprise et interprétée par les répondants ? ...*). Dès lors, pour nous donner du temps pour mettre suffisamment en confiance la personne interviewée, nous avons fait le choix de commencer nos entretiens avec des questions impersonnelles, celles notamment relatives aux obstacles et contraintes dans le recours aux soins, avant de passer, dans un second temps, aux questions plus personnelles et donc sensibles (âge, revenu, niveau d'instruction, région de résidence...). En outre, cette pré-enquête nous a permis d'enrichir considérablement le questionnaire et surtout de tester la cohérence et la compréhension de nos propos par les enquêtés. Nous avons dû ainsi procéder à la reformulation

de certaines questions, notamment celles « esquivées » par les répondants. Ici également, nous avons perçu la nécessité de supprimer des questions et de rajouter d'autres pour rendre l'entretien plus fluide. Enfin, cette pré-enquête nous a permis de préparer des phrases de transition entre les questions pour faciliter le passage d'un thème à un autre, sachant que notre questionnaire comportera au final quatre axes. C'est à l'issue de cette étape que nous avons pu valider notre questionnaire.

En définitive, le pré-test et l'adaptation du questionnaire nous ont permis au final d'assurer une meilleure adéquation de l'instrument de collecte de données à notre problématique de recherche, et ce avant de procéder au lancement de l'enquête de terrain.

#### 4. Contenu et structure du questionnaire d'enquête

Le questionnaire est composé en tout de 29 questions principales et 33 sous-questions. Constitué de 24 questions fermées et de 28 questions ouvertes, l'outil de collecte comprend quatre rubriques :

- **AXE 1 : Identification de l'enquêté** (Questions n° 01 à 12)

Ce premier volet se propose d'identifier les principales caractéristiques sociodémographiques de chacun des membres du ménage enquêté : le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la catégorie socio-professionnelle, le type de contrat de travail, le revenu mensuel, la couverture maladie et la région de résidence. Cet axe rapporte également des caractéristiques socioéconomiques du ménage, notamment en ce qui concerne la perception de leur situation financière. Ces informations vont nous servir de facteurs explicatifs du comportement relatif à l'utilisation des services de santé et au renoncement aux soins.

- **AXE 2 : Le renoncement aux soins** (Questions n° 13 à 20)

Ce volet a pour objet d'étudier les obstacles et entraves à l'accès aux services de santé, saisis à travers l'indicateur du renoncement aux soins. Le but étant de déterminer dans quelle mesure les personnes n'ont pas eu recours aux soins de santé alors qu'elles en auraient eu besoin. Les informations recueillies vont nous permettre de déterminer les raisons (financières, territoriales, psychologiques et organisationnelles) qui conduisent les individus et les ménages à ne pas recourir aux soins malgré le besoin ressenti. Cet axe nous permettra d'examiner l'accessibilité financière et géographiques aux soins de santé à travers donc un ensemble de questions relatives aux différents aspects du renoncement aux soins.

- **AXE 3 : Consommation, fréquentation et recours aux soins** (Questions n° 21 à 25)

Ce troisième axe nous permettra de définir quelques indicateurs d'utilisation des services de santé dans la wilaya de Béjaïa. Deux indicateurs sont ici exploités pour analyser les inégalités de recours aux soins, l'un relatif aux *consultations de médecins généralistes*, l'autre aux *consultations de spécialistes*. Ces indicateurs, qui sont définis comme le pourcentage de personnes utilisant au moins une fois les services

de médecins généralistes et/ou de spécialistes, nous permettrons *in fine* d'étudier les déterminants du recours aux soins dans la wilaya de Béjaïa. L'objectif sera de mettre en évidence, sous un angle comparatif, l'effet de la catégorie socio-professionnelle sur le recours aux soins.

- **AXE 4 : Assurance, remboursement et état de santé** (Questions n° 25 à 29)

Cette rubrique a pour objet de nous fournir des renseignements sur l'état de santé des enquêtés ainsi que leur couverture assurantielle, notamment le type de couverture et la possession d'une carte CHIFFA. En outre, elle nous permettra d'évaluer la satisfaction des usagers de la carte CHIFFA. Ces informations sont cruciales pour comprendre les comportements de recours et de renoncement aux soins. Enfin, nous avons mesuré l'état de santé déclaré comme suit : un individu était considéré comme malade s'il déclarait avoir souffert au cours des 12 derniers mois d'au moins un trouble chronique (asthme, diabète, hypertension, cancer...) et/ou être invalide ou handicapé.

## 5. Les conditions générales de déroulement de l'enquête

L'enquête ménage s'est déroulée dans la wilaya de Béjaïa. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire interviewé mené la plupart du temps avec l'épouse du chef de ménage. Cela n'enlève rien à la qualité des informations que nous avons obtenues, dans la mesure où c'est la femme qui maîtrise le mieux en pratique les caractéristiques du foyer en Algérie. De plus, comparativement aux hommes, elles sont en général plus disposées à participer l'enquête et surtout à répondre à des questions plus personnelles, notamment dans les salles d'attente.

Nous avons ciblé principalement les salles d'attente de cabinets médicaux et celles des EPSP/EPH. Nous avons enquêté aussi certains ménages à leurs domiciles. Nous avons également mené un certain nombre d'entretiens directement dans les lieux de travail, notamment à l'université. Les localités ciblées étant : Béjaïa, El-Kseur, Sidi-Aïch, Beni Djellil, Aokas, Akbou, Timezerit, Semoune, Amizour, Chemini et Oued Ghir.

L'enquête a été adressée à 320 ménages de la wilaya de Béjaïa, dont 155 ménages résidents dans des communes à prédominance urbaine, soit 48,44% des ménages enquêtés, 83 ménages résidents dans des communes qualifiées de « mixtes » et, enfin, 84 ménages ruraux, soit respectivement 25,94% et 25,63% des ménages de notre échantillon. La taille du ménage varie de 1 à 14 personnes. Enfin, l'enquête a couvert un échantillon total qui correspond à 1567 personnes.

### 5.1. La phase de dépouillement des résultats de l'enquête

Une fois l'enquête terminée, nous avons procédé au dépouillement des données. Cette étape consiste d'abord en la réalisation de la matrice des données sur SPSS, la codification des réponses et la numérotation de tous les questionnaires. Nous avons attribué à chaque ménage un code et également un code pour chaque individu composant le ménage en question. Cette codification permet de contrôler les réponses et de revoir éventuellement le questionnaire en cas d'oubli d'un élément. Ensuite, nous avons personnellement procédé à la saisie de la base de

données sur cette matrice. La période de saisi s'est étalée sur quasiment trois mois. Le traitement des résultats et la mise en forme des informations ont été réalisés à l'aide des logiciels *SPSS version 20* et *Excel 2016*.

Enfin, nous avons présenté l'ensemble des résultats sous formes de tableaux et de graphiques. Nous avons utilisé deux formes de tableaux dans le dépouillement des résultats de l'enquête, à savoir la *méthode de tri vectoriel* (tri à plat) et la *méthode de tri matriciel* (tri croisé).

La première méthode (tri plat) consiste à dénombrer simplement l'apparition des différentes modalités d'une seule variable dans des tableaux. Cette distribution des fréquences est absolue et/ou relative. De ce fait, l'examen de ces tableaux nous permet d'éliminer du dépouillement des questions inintéressantes parce qu'elles sont restées la plupart du temps sans réponse, ou que les enquêtes y ont presque tous répondu de la même façon. En outre, elle permet d'éliminer les erreurs d'enregistrement commises lors de la saisie informatique et, enfin, de dégager les principaux résultats de l'enquête et d'identifier les « zones grises » qui nécessitent des analyses supplémentaires.

La seconde méthode (tri croisé) est mobilisée afin de mettre en évidence les éventuelles corrélations entre certaines variables explicatives (caractéristiques socio-économiques, familiales et résidentielles des personnes) et la variable à expliquer (*recours aux soins* de médecins généralistes et/ou spécialistes ; *renoncement au soins*).

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

Nous rapporterons ici deux types de difficultés rencontrées, à savoir la *conception du questionnaire* et les *conditions de réalisation de l'enquête sur le terrain*.

Durant la phase de préparation du questionnaire d'enquête, nous avons ainsi rencontré un certain nombre de difficultés. D'abord, la question des inégalités de santé est multidisciplinaire et peut potentiellement être étudiée sous plusieurs facettes. Dans ce travail, nous avons mobilisé deux approches complémentaires : l'*approche par la consommation des soins* et l'*approche par le renoncement aux soins*. Ce choix nous a conduit à consacrer énormément de temps à la préparation et à la mise en cohérence du questionnaire d'enquête.

Ensuite, rappelons que le comportement de recours aux soins relève à la fois des caractéristiques individuelles et de celles des ménages. Le fait de mêler ces deux dimensions a contribué à rendre encore plus complexe la tâche de conception du questionnaire. Au final, nous avons élaboré un questionnaire assez complexe, avec notamment des tableaux à remplir. Ce qui s'est également traduit par la suite par des difficultés dans la conception de la base de données. Cette dernière nous a pris près de trois mois à constituer, en grande partie en raison des difficultés à déterminer les liens et à séparer les variables dans ces tableaux croisés.

S'agissant des difficultés rencontrées sur le terrain, celles-ci sont d'abord en lien avec l'attitude de la population vis-à-vis de l'enquête en général. Certaines personnes ont ainsi refusé catégoriquement soit de participer à l'enquête, soit de nous communiquer certaines informations capitales (revenu, âge...). De plus, nous avons remarqué que le public n'est pas

trop habitué à ce genre d'enquêtes. De ce fait, il a été très difficile avec certains enquêtés d'obtenir des réponses précises à nos questions. Pour relativiser les choses, il convient de rappeler toutefois que dans tout sondages, il y a toujours des refus catégoriques soit de participer à l'entretien soit de répondre à certaines questions (Guilbert *et al.*, 2008).

Ensuite, il convient de rappeler également que le questionnaire d'enquête concerne tous les membres du ménage, ce qui a induit quelques difficultés pratiques. Notre questionnaire s'est avéré notamment d'une longueur exceptionnelle, avec 30 à 45 minutes pour terminer l'entretien avec un seul ménage. Cette durée trop prolongée des entretiens nous a beaucoup pénalisé, au point où certains enquêtés nous ont laissé carrément au milieu de l'interview, ce qui nous a obligé au final à écarter beaucoup de questionnaires incomplets.

D'autres difficultés sont par ailleurs inhérentes aux nombreux déplacements effectués dans les différentes localités (Bejaia, El-Kseur, Timzerit, Sidi-Aich, Akbou, Beni-Djellil...) pour réaliser l'enquête.

Enfin, nous avons enquêté certaines personnes dont le niveau d'instruction était relativement bas, ce qui a rendu très difficile la conduite à terme des entretiens. Le fait de devoir procéder à des traductions littérales pour simplifier le langage utilisé a ainsi contribué à compliquer davantage notre tâche, sachant que la traduction de certains termes techniques n'est pas une manœuvre facile (pour certains concepts, on ne trouve carrément pas de termes plus ou moins équivalents dans le langage courant).

### III. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON D'ENQUÊTE

Dans ce qui suit, nous allons nous limiter à la présentation des principales variables caractérisant notre échantillon d'enquête. Nous aborderons ainsi la composition par âge et par sexe, la catégorie socioprofessionnelle des enquêtés, leur situation financière, leur prise en charge par les organismes de la sécurité sociale et enfin le lieu de résidence. Nous commencerons par les caractéristiques des ménages enquêtés avant de passer à celles des individus qui les composent.

#### 1. La composition socio-économique des ménages enquêtés

L'enquête a porté sur un échantillon de 320 ménages interviewés avec succès. À partir des données recueillies, nous allons présenter ici les caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages de l'échantillon.

##### 1.1. Le lieu de résidence

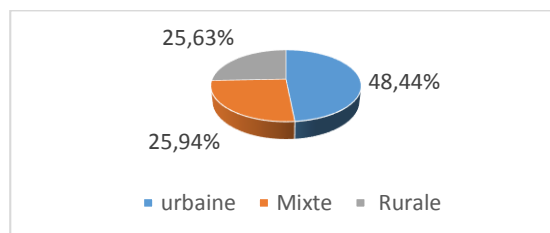
Afin de classer le lieu de résidence des ménages (urbain, mixte, rurale), nous nous sommes appuyés sur le village et la commune déclaré par l'enquêté. Il y a dans notre échantillon d'enquête une prédominance du « milieu urbain » parmi les ménages enquêtés, avec 155 ménages urbains, soit 48,44% des ménages, 83 ménages résidents dans des communes mixtes et 84 ménages ruraux, soit respectivement 25,94% et 25,63% des ménages de notre échantillon (cf. Tableau 28 ; Figure 36).

**Tableau 28 :** Répartition des ménages selon le lieu de résidence

	Effectifs	Pourcentage
Urbaine	155	48,4
Mixte	83	25,9
Rurale	82	25,6
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

*Source :* Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 36 :** Répartition des ménages selon le lieu de résidence



*Source :* Figure réalisée par nos soins à partir des données du tableau 28

### 1.2. La taille des ménages

La taille des ménages correspond au nombre d'individus vivant sous le toit et la responsabilité des chefs de ménages. Dans notre enquête, la taille des ménages varie de 1 à 12 personnes. Nous comptons en moyenne cinq personnes par ménage avec un écart type de 2,02. La taille médiane est un peu moins élevée (4 personnes).

Par ailleurs, nous remarquons que 207 ménages, soit 64,7% du total des ménages enquêtés, sont dans des ménages dont la taille est comprise dans l'intervalle [4-7 personnes] et un quart des ménages, soit 80 ménages, ont moins de quatre personnes. Nous observons également que plus de 10% des ménages enquêtés ont 8 à 12 personnes et seulement un ménage enquêté est composé de 12 personnes (cf. Tableau 29).

**Tableau 29 :** Répartition des ménages enquêtés selon leur taille

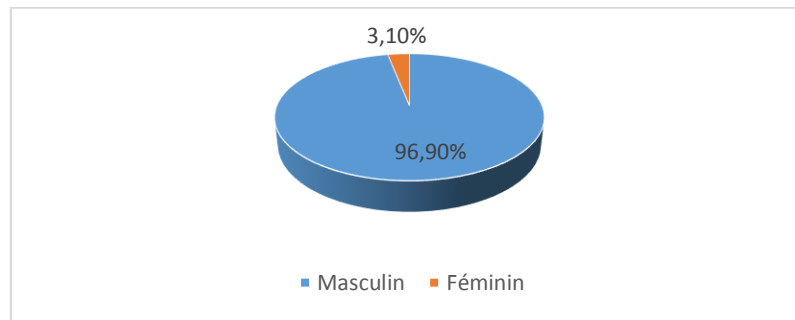
	Effectifs	%
[1-3]	80	25,0
[4-7]	207	64,7
[8-12]	33	10,3
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

*Source :* Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 1.3. La composition des chefs de ménage par âge, sexe et niveau d'instruction

La structure par sexe montre que les chefs de ménage enquêtés sont à majorité de sexe masculin (cf. Figure 37). Ils sont en tout au nombre de 310 ménages, soit une proportion de 97%. Ainsi, seuls 3% des ménages enquêtés, soit 10 ménages, sont de sexe féminin. Cela relève bien évidemment des caractéristiques patriarcales de la société algérienne.

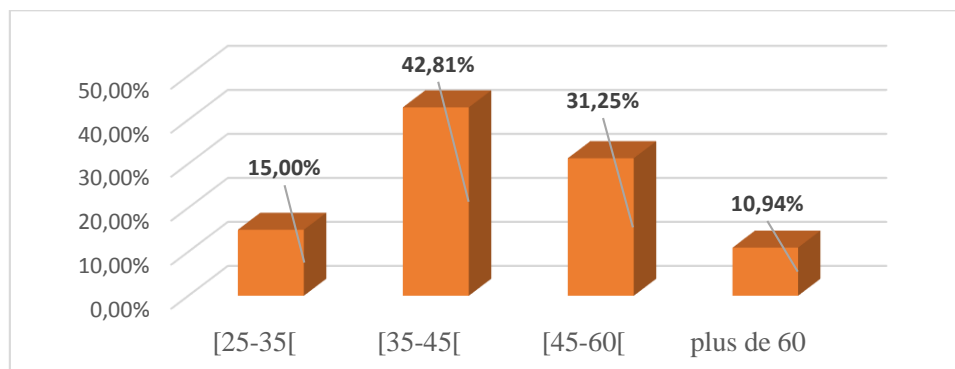
**Figure 37** : Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage



*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Concernant l'âge du chef de ménage, nous remarquons que près de 43% des chefs de ménage enquêtés, soit 137 ménages, ont un âge compris entre 35 ans et 45 ans. Par ailleurs, 31,25% des ménages enquêtés, soit 100 ménages, ont un chef de famille dont l'âge est compris entre 45 et 60 ans. Nous observons également que 15% des chefs de ménage enquêtés possèdent un âge compris dans l'intervalle [25-35]. Les chefs de ménage ayant plus de 60 ans sont les moins nombreux ; ils représentent 10,94% des ménages enquêtés (cf. figure 38).

**Figure 38** : Répartition des chefs de ménage par tranches d'âge



*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Le faible niveau d'instruction peut également constituer un frein à l'accès aux soins des populations. De nombreuses données ont ainsi révélé que l'alphabétisme est l'un des principaux facteurs qui influent sur l'état de santé et l'utilisation des services de soins. Quelle que soit la façon dont on définit ou on mesure la santé, les personnes qui possèdent de faibles capacités d'écriture sont ainsi dans une moins bonne situation que les autres (UNESCO, 2020). Le faible niveau d'alphabétisme est aussi associé généralement à une utilisation plus grande des soins de santé (Kalichman, 2000). En outre, le niveau d'instruction, en facilitant ou entravant l'accès aux informations et/ou aux services offerts par le système de santé, est également considéré comme un des facteurs déterminant de l'accès aux soins, notamment chez les femmes (Raghupathy, 1996 ; Sirpe, 2011 ; Zaouaq, 2017). L'instruction permet ainsi aux femmes de connaître les bonnes pratiques d'hygiène, de protection contre certaines maladies (sida,

paludisme, malaria...), de bien administrer les médicaments, de faire appel à des sages-femmes pour le suivi des grossesses.<sup>5</sup>

D'après le tableau 30, nous remarquons que près d'un tiers (32,50%) et plus d'un cinquième (20,90%) des chefs de ménage enquêtés possèdent respectivement un niveau d'instruction « secondaire » et « universitaire ». Par ailleurs, dans notre échantillon, il existe des ménages « sans niveau d'instruction ». Ils sont au nombre de 53, soit près de 17% des ménages enquêtés. Quant au niveau « moyen », ils sont au nombre de 57 chefs de ménage, soit 17,80% des ménages enquêtés. Enfin, les chefs de ménage ayant un niveau « primaire » sont au nombre de 31, soit 12,19% des ménages enquêtés.

Le tableau 30 montre également la distribution des chefs de ménage en croisant le niveau d'instruction et l'âge. D'abord, nous remarquons pour la tranche d'âge des « 60 ans et plus » que 57,10 % d'entre eux n'ont jamais été à l'école et que 14,30% ont seulement le niveau « primaire ». Ce qui a rendu un peu difficile la conduite de l'enquête chez cette tranche d'âge de l'échantillon. Par contre, un quart des chefs de ménage appartenant à la tranche d'âge [25-35[ et 28,5% de la tranche d'âge [35-45[ ont un niveau « universitaire ». Pour les chefs de famille âgés entre 45 et 60 ans, un tiers d'entre eux ont un niveau « secondaire » et seulement 15% ont un niveau « universitaire ».

**Tableau 30** : Répartition des chefs de ménage selon l'âge et le niveau d'instruction

	[25-35[		[35-45[		[45-60[		Plus de 60		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sans instruction</b>	3	6,20	7	5,10	23	23,00	20	57,10	53	16,60
<b>Primaire</b>	4	8,30	12	8,80	18	18,00	5	14,30	39	12,20
<b>Moyen</b>	15	31,20	30	21,90	11	11,00	1	2,90	57	17,80
<b>Secondaire</b>	14	29,20	49	35,80	33	33,00	8	22,90	104	32,50
<b>Universitaire</b>	12	25,00	39	28,50	15	15,00	1	2,90	67	20,90
<b>Total</b>	48	100	137	100	100	100	35	100	320	100

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

#### 1.4. La situation financière des ménages enquêtés

Dans ce point, il sera question de présenter la situation financière des ménages enquêtés en termes de revenu, de catégorie socioprofessionnelle (CSP) et de couverture assurantielle du chef de ménage, ainsi que quelques indicateurs de précarité sociale des ménages.

<sup>5</sup> Aussi, l'Objectif de Développement Durable (ODD) n° 4 (cible 1) est de faire en sortes que, d'ici à 2030, « toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, qui débouche sur un apprentissage véritablement utile ». En effet, être instruit facilite la communication avec son environnement et aussi pour avoir l'accès à l'information. L'éducation est considérée également comme un facteur favorisant le développement économique des nations, et donc la réduction du niveau de pauvreté.



#### 1.4.1. Le revenu mensuel

Afin de calculer le revenu mensuel des ménages enquêtés, précisons que nous avons d'abord procédé au recueil des informations sur le revenu de chaque membre du ménage avant de faire la somme de ces revenus individuels. Le tableau 31 montre qu'une faible proportion des ménages enquêtés (3,1%) disposent d'un revenu mensuel de moins de 18 000 DA, qui représente le Salaire National Minimum Garantie (SNMG) au moment de l'enquête ; ce sont généralement les salariés bénéficiaires des dispositifs de la DAS ou de l'ANEM et aussi certains retraités. Nous observons également que 17,8% des ménages enquêtés ont un revenu mensuel compris entre 6 fois et 8 fois le SMMG, soit un revenu compris entre 108 000 et 162 000 DA. Nous notons aussi que près de 9,4% des ménages déclarent toucher plus de 8 fois le SMMG ; ce sont généralement ceux de la fonction libérale (entrepreneurs, commerçants, notaires...) et les retraités émigrés.

**Tableau 31** : Répartition des ménages selon les tranches de revenu

	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Moins de 18000</b>	10	3,1
<b>[18000-36000[</b>	39	12,2
<b>[36000-54000[</b>	48	15
<b>[54000-72000[</b>	56	17,5
<b>[72000-90000[</b>	42	13,1
<b>[90000- 108000[</b>	38	11,9
<b>[108000 -162000[</b>	57	17,8
<b>162 000 DA et plus</b>	30	9,4
<b>Total</b>	320	100

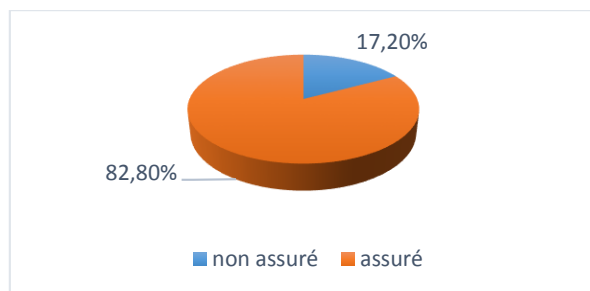
*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

#### 1.4.2. La couverture en assurance maladie des chefs de ménage

Sur les 320 ménages enquêtés, 82,8%, soit 265 chefs de ménage, bénéficient d'une couverture d'assurance maladie contre 17,20 % de chefs de ménage, soit 55 ménages, qui ne sont pas assurés (cf. Figure 39). Précision que ces chefs de ménage sans couverture sociale, ainsi que les personnes sous leur responsabilité, ont accès quasi-gratuitement aux structures publiques de santé. Néanmoins, les dépenses engagées pour l'achat des médicaments, les analyses de laboratoires et l'imagerie médicale, le transport médical et autres services de santé, ne sont pas remboursés.

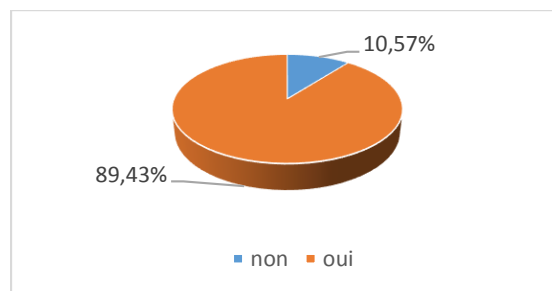
La figure 40 révèle que 89,43% des assurés sociaux disposent d'une carte Chifa, contre seulement 10,57% de ces assurés qui ne possèdent toujours pas cette carte. En plus de dispenser les assurés sociaux de l'avance de frais lors de l'achat des médicaments, rappelons que la carte Chifa permet de dispenser les assurés sociaux de formuler à chaque acte médical une demande de remboursement auprès des organismes de la sécurité sociale, évitant ainsi les longues attentes devant les guichets pour se faire rembourser au niveau des centres payeurs. Aussi, le fait de ne pas disposer d'une carte Chifa peut être considéré comme un frein à l'accès aux soins.

**Figure 39 :** Répartition des chefs de ménage selon la couverture en assurance maladie



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 40 :** Répartition des chefs de ménage selon la disposition d'une carte Chifa



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 1.4.3. La catégorie socio-professionnelle

S'agissant de la catégorie socio-professionnelle, 20,90% des chefs de ménage enquêtés, soit 67 ménages, sont des « indépendants » et 15,10%, soit 51 chefs de ménages, sont des « retraités ou pensionnaires ». Les « ouvriers » et les « employés » représentent quant à eux respectivement 14,10% et 13,10%, ce qui correspond à 45 ouvriers et 42 employés. Remarquons que la catégorie des « non déclarés » représente une proportion assez importante de 11,60%, soit 37 chefs de ménage enquêtés. Ce sont généralement des maçons, des manœuvres et des commerçants. Les « cadres moyens », les « cadres et professions intellectuelles supérieures », les « employeur » et les « profession libérales » atteignent respectivement 8,40%, 6,90%, 5% et 1,30%. Remarquons enfin qu'il y a uniquement trois (3) ménages enquêtés dont le chef de famille est une « femme au foyer » (cf. Tableau 32).

**Tableau 32 :** Répartition des chefs de ménages selon la CSP

	Effectifs	%
<b>Chômeurs</b>	6	1,9
<b>Femmes au foyer</b>	3	0,9
<b>Retraités/pensionnaires</b>	51	15,9
<b>Employeurs</b>	16	5
<b>Professions libérales</b>	4	1,3
<b>Cadres et professions intellectuelles supérieures</b>	22	6,9
<b>Employés</b>	42	13,1
<b>Ouvriers</b>	45	14,1
<b>Cadres moyens</b>	27	8,4
<b>Indépendants</b>	67	20,9
<b>Non déclarés</b>	37	11,6
<b>Total</b>	320	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

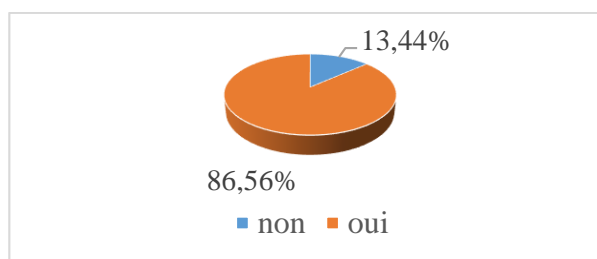
S'agissant du statut d'occupation des résidences, le tableau 33 et la figure 41 indiquent que plus de 86% des ménages enquêtés, soit 277 ménages, sont propriétaires de leurs habitations et seulement 13,44%, soit 43 ménages, sont locataires de leur logement de résidence. Ces derniers payent donc des dépenses de loyers. Près de la moitié de ces locataires payent un loyer dont le montant est compris entre 10 000 à 20 000 DA et 28 % payent une dépense de loyer comprise entre 20 000 et 30 000 DA. Un tiers seulement de ces loyers représentent un montant de moins de 10 000 DA. Enfin, un très faible nombre de ménages, soit 2,33%, payent un loyer de plus de 40 000 DA (cf. Figure 42).

**Tableau 33** : Répartition des ménages selon la propriété d'habitation

	Effectifs	Pourcentage
<b>Non</b>	43	13,4
<b>Oui</b>	277	86,6
<b>Total</b>	320	100

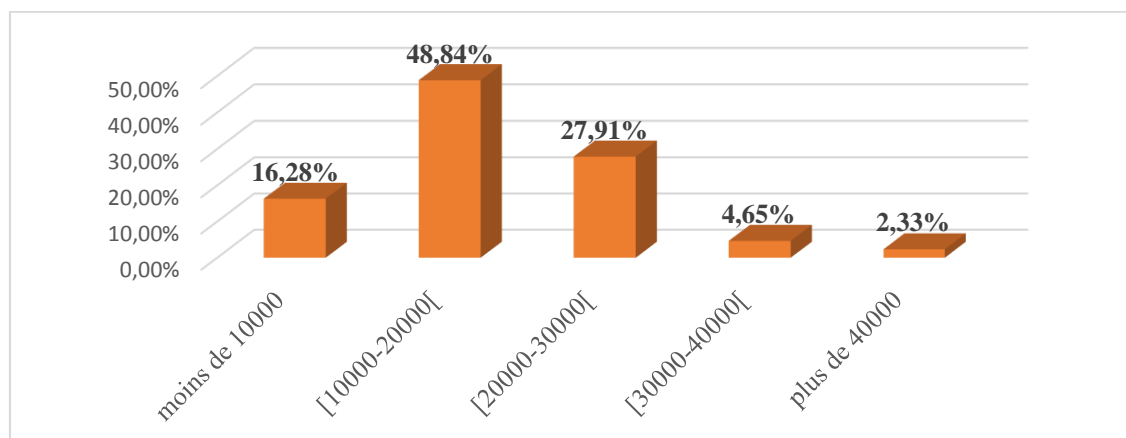
Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 41** : Répartition des ménages selon la propriété d'habitation



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des données du tableau 33

**Figure 42** : Répartition des ménages selon les dépenses de loyers



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

#### 1.4.4. Quelques indicateurs de précarité

Le tableau 34 rapporte quelques indicateurs de précarité pour les ménages enquêtés. En résumant la situation financière des ménages au cours des 12 derniers mois, près de 30% des ménages enquêtés, soit 94 ménages, ont déclaré avoir connu des *difficultés financières* durant cette période. Par contre, 70,63% déclarent ne pas avoir eu de difficultés financières au cours de la même période. Par ailleurs, 92 ménages, soit 28,93%, ont déclaré avoir connu des *périodes d'inactivité professionnelle*, contre 266 sujets enquêtés, soit 71,07%, qui ne sont pas exposés à

cet aspect de la précarité de l'emploi. Concernant la perception des chefs de ménage par rapport à leur emploi, 12% d'entre eux, soit 38 ménages enquêtés, ont déclaré avoir *peur de perdre leur emploi à court terme*, contre 88%, soit 279 chefs de ménage, qui n'ont pas cette crainte de perdre leur emploi. S'agissant de l'*aide de l'entourage*, 263 ménages enquêtés, soit 82,19%, déclarent avoir reçu et/ou vont recevoir de leur entourage une aide matérielle en cas de difficultés financières, contre seulement 17,81%, soit 54 ménages, qui déclarent ne pas être susceptible de recevoir de l'aide en cas de difficultés.

**Tableau 34** : Répartition des ménages selon quelques indicateurs de précarité

	Périodes d'inactivité professionnelle		Crainte de perdre son emploi		Aide de l'entourage		Difficultés financières*	
	Effectif	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<b>Non</b>	227	70,9	280	87,5	57	17,8	226	70,6
<b>Oui</b>	93	29,1	39	12,2	263	82,2	94	29,4
<b>Total</b>	320	100	319	99,7	320	100	320	100

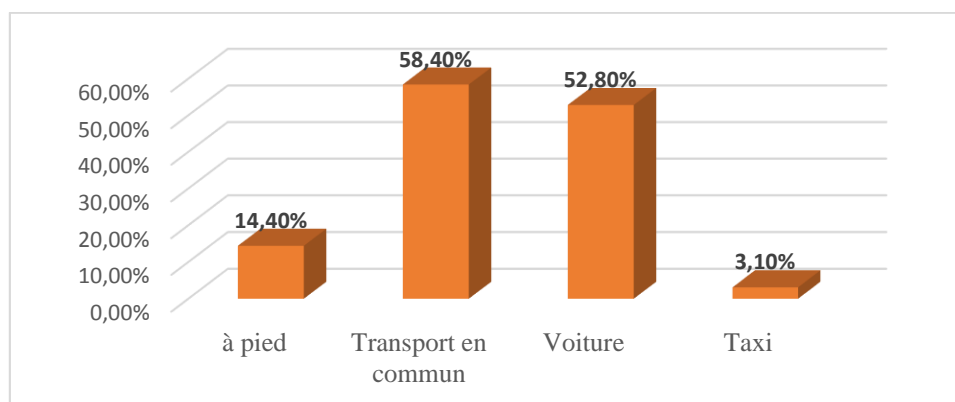
Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018)

\* Il s'agit des difficultés financières au cours des 12 derniers mois.

### 1.5. Le moyen de déplacement utilisé pour se soigner

Nous remarquons d'après la figure 43 que le transport en commun est le moyen de déplacement le plus utilisé pour se soigner (58,4%). Nous constatons également qu'un peu plus de la moitié des ménages utilise la voiture (52,80%) et 14,4% des ménages se déplacent à pied. Seulement 3,1% des sujets enquêtés utilisent le taxi.

**Figure 43** : Répartition des ménages selon le moyen de déplacement utilisé pour se soigner



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

## 2. Les caractéristiques des individus composant les ménages

Dans ce point, nous allons présenter les caractéristiques sociodémographiques et économiques des individus composant les ménages enquêtés. Ces caractéristiques individuelles sont essentielles pour comprendre et expliquer le comportement en matière de recours et de renoncement aux soins des enquêtés.

### 2.1. La composition par sexe, âge et niveau d'instruction

L'enquête a couvert une population de 1567 individus, répartis par moitié entre les deux sexes (cf. Tableau 35).

**Tableau 35** : Répartition de la population enquêtée selon le sexe

<i>Sexe</i>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Masculin</b>	784	50
<b>Féminin</b>	783	50
<b>Total</b>	1567	100

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Au niveau de la pyramide des âges, notre échantillon est composé de toutes les tranches d'âge (cf. Tableau 36). Ainsi, près de 30% des enquêtés sont âgés de 30 à 44 ans et plus d'un cinquième (20,6%) ont un âge compris entre 15 et 29 ans. Et 12,1% des enquêtés sont âgés de 45 à 59 ans. Notons également que 16,3% des enquêtés, soit 256 individus, ont un âge qui oscille entre 5 et 14 ans. Les enfants de moins de 5 ans représentent 13,6% des enquêtés. Remarquons enfin que plus de 70% des enquêtés sont âgés de 15 ans et plus et 7,5%, soit 118 enquêtés, ont 60 ans et plus.

**Tableau 36** : Distribution des individus enquêtés selon l'âge

<b>Tranches d'âge</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>[0-4]</b>	213	13,6
<b>[5-14]</b>	256	16,3
<b>[15-29]</b>	323	20,6
<b>[30-44]</b>	468	29,9
<b>[45-59]</b>	189	12,1
<b>60 ans et plus</b>	118	7,5
<b>Total</b>	1567	100

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Quant à la distribution des enquêtés par niveau d'instruction, remarquons de prime abord que 79,88% de la population enquêtée âgée de 15 ans et plus est scolarisée au moment de l'enquête ou a fréquenté l'école par le passé. Cette part est plus importante chez les hommes où elle représente 83,41%, contre 75,85% seulement pour les femmes. Nous constatons par la suite que 28,51% des sujets enquêtés sont des universitaires, un peu plus d'un quart de la population enquêtée (25,32%) ont le niveau secondaire, 16,67% ont le niveau moyen et 9,38% ont le niveau primaire. Enfin, un peu plus d'un cinquième de nos enquêtés (20,13%), soit 221 individus, déclarent n'avoir jamais fréquenté les bancs de l'école. Ce nombre important d'analphabètes est plus fréquent chez les femmes où elles représentent 61,54% des enquêtées, contre seulement 38,46% pour les hommes (cf. Tableau 37).

**Tableau 37** : Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'instruction

		Masculin	Féminin	Total
<b>Sans instruction</b>	Effectif	85	136	221
	Pourcentage	15,89	24,16	20,13
<b>Primaire</b>	Effectif	59	44	103
	Pourcentage	11,03	7,82	9,38
<b>Moyen</b>	Effectif	116	67	183
	Pourcentage	21,68	11,90	16,67
<b>Secondaire</b>	Effectif	152	126	278
	Pourcentage	28,41	22,38	25,32
<b>Universitaire</b>	Effectif	123	190	313
	Pourcentage	22,99	33,75	28,51
<b>Total</b>	Effectif	535	563	1098
	Pourcentage	48,72	51,28	100

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Le tableau 38 donne la répartition des individus âgés de 15 ans et plus selon le niveau d'instruction et l'âge. Nous constatons pour la tranche d'âge des 60 ans et plus que 81,36% d'entre eux sont analphabètes et 7,6% ont seulement le niveau primaire. On note également que la part du niveau universitaire décroît au fur et à mesure qu'on avance dans les tranches d'âges. En effet, le pourcentage des personnes ayant le niveau universitaire est de 43,96%, 32,26%, 10,05% et 0,85%, respectivement pour les tranches d'âges [15-29 ans], [30-44 ans], [45-59 ans] et 60 ans et plus.

**Tableau 38** : Répartition des enquêtés selon l'âge et le niveau d'instruction

		[15-30]	[30-45]	[45-60]	Plus de 60	Total
<b>Sans instruction</b>	Effectif	2	45	78	96	221
	Pourcentage	0,62	9,62	41,27	81,36	20,13
<b>Primaire</b>	Effectif	21	46	27	9	103
	Pourcentage	6,50	9,83	14,29	7,63	9,38
<b>Moyen</b>	Effectif	69	94	19	1	183
	Pourcentage	21,36	20,09	10,05	0,85	16,67
<b>Secondaire</b>	Effectif	89	132	46	11	278
	Pourcentage	27,55	28,21	24,34%	9,32	25,32
<b>Universitaire</b>	Effectif	142	151	19	1	313
	Pourcentage	43,96	32,26	10,05	0,85	28,51
<b>Total</b>	Effectif	323	468	189	118	1098

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

## 2.2. Le revenu et la catégorie socio-professionnelle

Sur les 595 personnes enquêtées actives, 92, 61% possèdent un revenu mensuel supérieur au Salaire Minimum National Garanti (SNMG). Plus d'un tiers de ces actifs (34,29%) déclarent

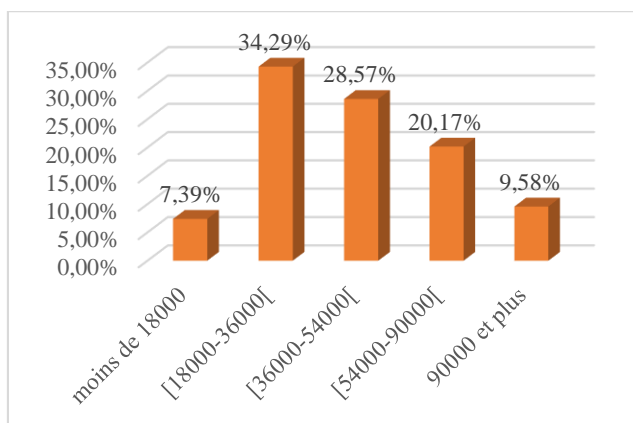
un revenu compris entre 18 000 DA et 36 000 DA, 28,57% ont un revenu compris entre 36 000 DA et 54 000 DA et 20,17% d'entre eux perçoivent un revenu compris entre 54 000 DA et 72 000 DA. En outre, 5,73% des actifs de notre échantillon touchent un revenu mensuel compris entre 72 000 DA et 90 000 DA et seulement 3,71% d'entre eux ont un revenu compris entre 90 000 et 108000 DA. Par ailleurs, les enquêtés touchant cinq fois le SNMG représentent 9,58% de notre échantillon d'enquête. Enfin, signalons que 7,39% des sujets enquêtés touchent un revenu inférieur au SNMG (cf. Tableau 39 et Figure 44).

**Tableau 39** : Répartition des individus selon le revenu mensuel

	Effectif	%
<b>Moins de 18000</b>	44	7,39
<b>[18000-36000[</b>	204	34,29
<b>[36000-54000[</b>	170	28,57
<b>[54000-90000[</b>	120	20,17
<b>90000 et plus</b>	57	9,58
<b>Total</b>	595	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 44** : Répartition des individus selon le revenu mensuel

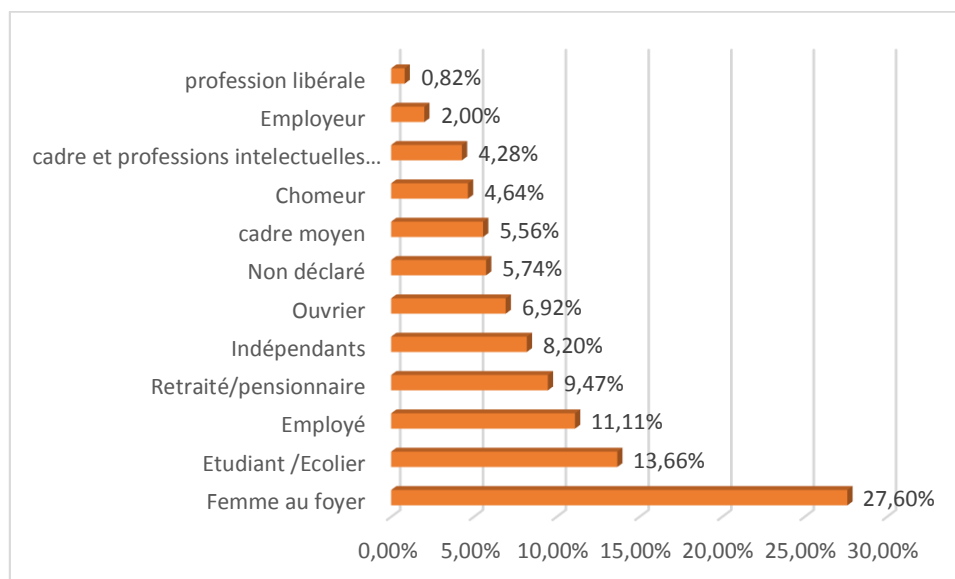


Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 37.

En ce qui concerne la répartition de la population étudiée selon la composante socioprofessionnelle, la figure 45 révèle que 44,63% des enquêtés occupent un poste de travail au moment de l'enquête. On dénombre ainsi 11,11% d'employés, 8,20% d'indépendants, 6,92% d'ouvriers et 5,56% de cadres moyens. La catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » représente 4,28%, celle des « employeurs » un peu plus de 2% et celle des « professions libérales » à peine 0,82%. Enfin, la catégorie des « non déclarés » représente un pourcentage de 5,74%. En outre, s'agissant des inactifs, nous remarquons que la catégorie des « femmes au foyer » représente plus de 27% de notre échantillon, 13,66% pour celle des écoliers et des étudiants et 9,47% pour celle de retraités et pensionnaires. La catégorie des chômeurs, enfin, représente 4,64% de notre échantillon.

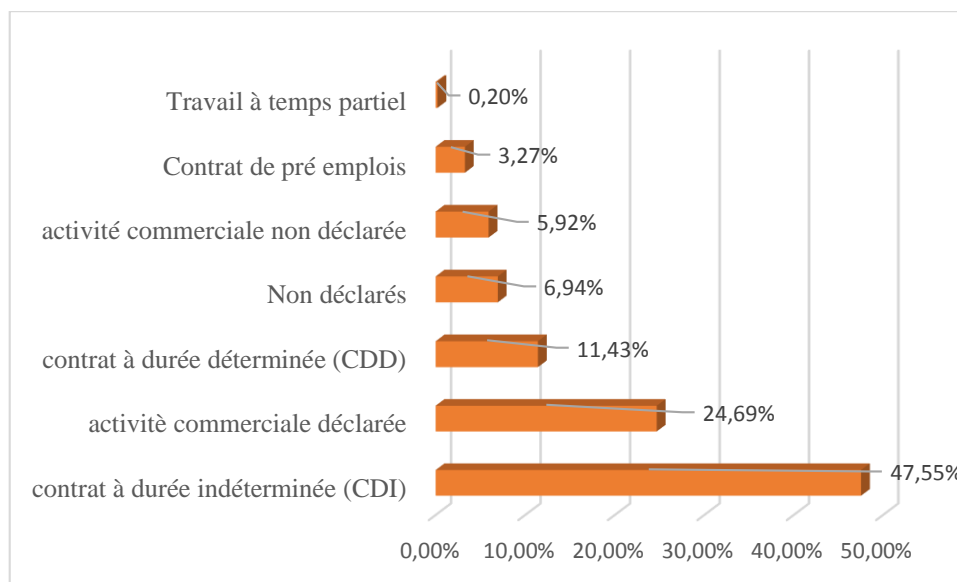
S'agissant de la nature de contrat de travail, 47,55% de la population active enquêtée ont un contrat à durée indéterminée (CDI), contre seulement 11,43% ayant un contrat à durée déterminée (CDD). L'activité commerciale déclarée occupe une part de 23,72% et celle non déclarée atteint un pourcentage de 5,92%. Pour les autres catégories des « non déclarés », la proportion est de 5,75%. La proportion des sujets enquêtés qui travaillent à temps partiel et ceux bénéficiant de contrats de pré-emploi sont respectivement de 3,27% et de 0,20% (cf. Figure 46).

**Figure 45 :** Répartition des individus selon la CSP



*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018)*

**Figure 46 :** Répartition de la population active selon le contrat du travail



*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

### 2.3. La couverture sociale

Concernant la couverture d'assurance maladie, 1283 individus de la population enquêtée sont pris en charge par les organismes de la sécurité sociale, soit un taux de couverture de 81,9%, contre 283 enquêtés ne bénéficiant pas d'une couverture de sécurité sociale, soit 18,1% des sujets enquêtés (cf. Tableau 40). Notons également que près de 90% des assurés sociaux, soit 1154 individus, disposent d'une carte Chifa, contre 10,12% des assurés sociaux qui ne bénéficient donc pas de ce dispositif (cf. Figure 47).

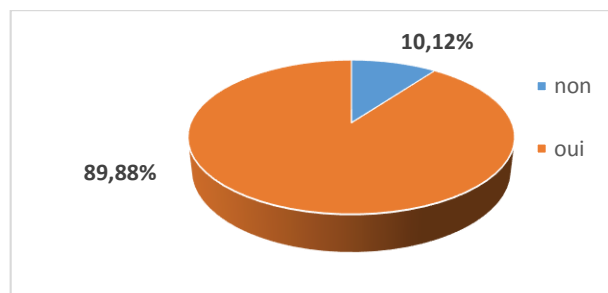


**Tableau 40** : Répartition des individus selon la couverture sociale

	Effectifs	Pourcentage
<b>Non</b>	283	18,1%
<b>Oui</b>	1284	81,9%
<b>Total</b>	1567	100%

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 47** : Répartition des assurés sociaux selon la disposition d'une carte Chifa



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Signalons qu'à la condition d'être déclarés à la sécurité sociale, les étudiants, les pensionnaires et les retraités, ainsi qu'évidemment les personnes occupant un poste de travail, sont systématiquement pris en charge. En revanche, les chômeurs, les inactifs et les femmes au foyer, pour être couverts, doivent répondre à la condition d'être un ayant droit d'un assuré social (Laamri, 2004).

Le tableau 41 donne la répartition des assurés sociaux selon le niveau de prise en charge. Sur l'ensemble des assurés sociaux interrogés, 91,98% sont pris en charge à hauteur de 80% des tarifs réglementaires des médicaments et seulement 8,02% des assurés enquêtés ont une prise en charge à 100%. Ces derniers assurés bénéficient du système du tiers payant à 100% leur permettant ainsi la procuration de leurs médicaments gratuitement auprès des pharmaciens conventionnés. Néanmoins, si le médicament possède un tarif de référence, l'assuré doit payer une somme constituée de la différence entre le prix de ce médicament et son tarif de référence.

**Tableau 41** : Répartition des assurés enquêtés selon le taux de prise en charge par les organismes de la sécurité sociale

Taux de prise charge	Effectifs	Pourcentage
<b>80%</b>	1181	91,98
<b>100%</b>	103	8,02
<b>Total</b>	1284	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018)

Concernant enfin les raisons de la prise en charge intégrale, le tableau 42 indique que plus de la moitié des bénéficiaires du dispositif du tiers payant à 100% ont une ou des maladies chroniques (hypertension, diabète, maladies mentales...). Une proportion assez importante de ces assurés (38,83%) possède une mutuelle, qui couvre donc spécifiquement la différence de frais qui n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Les titulaires d'une « pension d'invalidité » ou d'une « retraite ayant succédé à une pension d'invalidité » représentent une proportion de 4,85%. Un peu moins de 2% d'entre eux sont des adultes handicapés. Enfin, 3,88% de ces assurés correspondent aux autres raisons, notamment les femmes de *Moudjahidines* ou de *Chahids*.

**Tableau 42** : Répartition des assurés sociaux selon les motifs de prise en charge à 100%

<i>Motifs de prise en charge</i>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Maladies chroniques</b>	52	50,49%
<b>Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une retraite ayant succédé à une PI</b>	5	4,85%
<b>Adultes handicapés</b>	2	1,94%
<b>Mutuelles</b>	40	38,83%
<b>Autres</b>	4	3,88%
<b>Total</b>	103	100%

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

## CONCLUSION

Si la wilaya de Béjaïa dispose d'une offre de soins relativement importante, cette dernière reste inégalement répartie sur le territoire régional. Sur les 52 communes, 38 sont dépourvues de spécialistes, 18 de généralistes et 19 de chirurgiens-dentistes. Les zones centrales, denses et aisées sont mieux pourvues que les autres. Les communes moins favorisées sont peu attractives pour les professionnels de santé, libéraux notamment. Les patients dans ces communes éprouvent ainsi des difficultés à accéder aux soins dans des conditions de proximité et de délais satisfaisantes. Cette inégale répartition des professionnels de santé a des répercussions évidentes sur l'équité d'accès aux soins, dans la mesure où la consommation de soins a tendance à diminuer globalement avec la distance ou augmente avec la densité médicale de la zone géographique (cf. chap. 1, sect. 3). Ces potentiels problèmes d'équité dans l'accès aux soins mettent en évidence l'imbrication nécessaire entre politique de santé publique et planification sanitaire.

Dans ce chapitre, nous avons présenté également les axes et les questions qui composent le questionnaire ayant permis la collecte de données au niveau de la population. Nous avons aussi précisé son mode d'administration, ainsi que les obstacles rencontrés lors de l'administration et la collecte de données de l'enquête de terrain. Rappelons que nous avons fait le choix d'administrer les questionnaires exclusivement « en face-à-face ». Nous avons ainsi choisi d'utiliser la méthode de l'entretien direct avec le sujet, de façon à éviter toute ambiguïté dans la compréhension des questions par les enquêtés et de maximiser le taux de réponses au questionnaire.

Enfin, nous avons présenté, dans un troisième temps, les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des ménages et des personnes enquêtées.

Précisons que les chapitres suivants (chap. 4, 5 et 6) seront consacrés à la présentation et à la mise en perspective des résultats de l'enquête sur les disparités d'accès et de recours aux soins de santé dans la wilaya de Béjaïa.

# CHAPITRE 4 :

## ÉTUDE EXPLORATOIRE DU RECOURS AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA

Depuis l'Indépendance, assurer un accès équitable aux services de santé a toujours été affirmé comme l'un des enjeux principaux des politiques de santé en Algérie. Toutefois, la dégradation tendancielle de l'accès aux soins est devenue ces dernières années problématique, notamment parce que la part laissée à la charge du patient au cours des trente dernières années a eu tendance à s'accroître dans des proportions assez importantes. Ainsi, les ménages contribuent de plus en plus au financement du système de santé, si bien que leur part dans la Dépense Nationale de Santé (DNS) dépasse aujourd'hui celle de la sécurité sociale et représente près d'un tiers de la DNS<sup>1</sup>. Et cette tendance risque fort probablement de s'aggraver durant les prochaines années. Dans le contexte actuel en effet, marqué par le creusement du déficit public, le ralentissement de l'activité économique et la crise sanitaire provoquée par la pandémie de la Covid-19, l'accès aux soins tend davantage à se détériorer, aggravant par-là l'exclusion des populations les plus vulnérables socialement. Toutes ces évolutions mettent sur le devant de la scène la problématique de l'accès aux soins et de l'équité (horizontale) du système de santé.

Cette problématique de l'équité d'accès aux soins sera traitée ici sous l'angle des inégalités de *recours aux services de soins*, avant de l'aborder dans les chapitres 5 et 6 dans la perspective du *renoncement aux soins*. L'utilisation des services de santé est l'un des facteurs-clés favorisant une meilleure santé des populations. Le présent chapitre portera donc sur les *expériences auto-déclarées* des enquêtées en ce qui concerne l'accès à certains de ces services de soins de santé au cours de l'année ayant précédé leur participation à l'enquête. Il aborde ainsi la question des inégalités sociales d'utilisation des services de santé primaire dans la wilaya de Béjaïa. Deux indicateurs sont exploités pour analyser les inégalités de consommation de soins, l'un relatif aux *consultations de généralistes*, l'autre aux *consultations de spécialistes*.

Ce chapitre sera structuré de la manière suivante. Dans un premier temps, nous procéderons à une analyse descriptive des résultats de l'enquête sur le recours aux médecins généralistes et

---

<sup>1</sup> Cf. *supra*, Chap. 2, sect. 2.

aux médecins spécialistes. Aussi, nous allons étudier la fréquence du recours aux soins, les motifs et les facteurs de consultations pour chaque type de praticiens (*Section I*). Ensuite, nous présenterons et analyserons les résultats de la modélisation des déterminants du recours aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes (*Section II*).

## I. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LE RECOURS AUX SOINS

Cette section a pour finalité de présenter et d'analyser les résultats de l'enquête sur l'utilisations des services de santé. Le recours aux soins est ventilé en deux rubriques : les consultations de médecins généralistes et les consultations de médecins spécialistes dans les deux secteurs (public et privé). Les résultats sont présentés pour chaque type d'offre de soins en fonction du profil socioéconomiques des enquêtés. L'approche adoptée pour l'analyse des recours thérapeutiques sera essentiellement descriptive. Une analyse approfondie des données (analyse multivariée par modélisation) sera réalisée dans le cadre de la deuxième section.

### 1. Le recours aux médecins généralistes

Le rôle joué par le médecin généraliste diffère selon le type de système de santé. Dans le modèle professionnel « hiérarchisé », l'organisation des soins ambulatoires repose essentiellement sur la profession de médecine générale (Bussière, 2016). Ainsi, le médecin généraliste a un rôle de filtre et de pivot dans le système de santé ; c'est en ce sens le « porte d'entrée » (*gatekeeper*) du système. Ce modèle est appliqué en France, au Royaume-Uni et dans les pays scandinaves. En Algérie, en revanche, le système peut être qualifié de modèle professionnel « non-hiérarchisé », dans la mesure où la coordination des soins repose de fait essentiellement sur le patient. C'est une caractéristique tout à fait aberrante, où l'absence de hiérarchie dans l'organisation des soins peut conduire, par exemple, le patient, comme premier recours, à s'adresser soit à un médecin généraliste, un spécialiste... voir au service des urgences d'un CHU. Ce trait caractéristique du système de santé algérien aura évidemment de lourdes implications sur l'organisation du système de santé et les comportements de recours aux soins des algériens.

Dans ce premier point, nous allons présenter et analyser les résultats de l'enquête sur la fréquentation du médecin généraliste. Nous aborderons aussi les motifs et les déterminants du recours à ce praticien<sup>2</sup>.

#### 1.1. La fréquentation des médecins généralistes

Sur 320 ménages enquêtés, près de 60%, soit 191 ménages, ont déclaré avoir consulté au moins un médecin généraliste (MG) au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, alors que 129 ménages, soit plus de 40%, ont déclaré qu'aucun de leur membre n'a consulté de MG au cours de la période en question (cf. Tableau 43). Sur 1567 personnes composant ces ménages, près de 20%, soit 309 individus, ont eu recours au moins une fois aux soins de ce professionnel

---

<sup>2</sup> Signalons ici que la majorité des enquêtés ont déclaré avoir consulté des médecins généralistes du secteur public.

de santé au cours de l'année précédant l'enquête ; c'est ainsi 80,3% des enquêtés, soit 1258 personnes, qui n'ont pas consulté de MG durant cette période (cf. Figure 48). Ce taux de recours est évidemment très faible étant donné que le MG est normalement le médecin de premier recours. Ainsi, il est censé être « le plus consulté » et « le plus souvent » eu égard à son importance stratégique dans l'organisation des soins, du fait notamment qu'il traite les maux du quotidien tout en connaissant les antécédents médicaux et familiaux de son patient, et ce particulièrement dans les régions rurales où il assure souvent le suivi de toute la famille sur plusieurs générations. En outre, il a un rôle primordial dans l'orientation des patients et les actes de prévention. De plus, l'OMS, dans son rapport « *Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais* », recommande une réorientation des systèmes de santé autour justement des *soins de santé primaires*, dont les généralistes sont le pivot (OMS, 2008).

Cette situation est d'autant plus surprenante que le MG est accessible en Algérie dans tous les établissements de santé de proximité (EPSP) et que les consultations sont de fait quasi-gratuites (50 DA) dans ces dernières. Cette situation s'explique essentiellement par le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé. Cette liberté donnée au patient conduit la plupart d'entre eux aujourd'hui à privilégier le recours en première intention à un spécialiste ou aux urgences hospitalières. En outre, le recours à l'automédication<sup>3</sup> et à la médecine traditionnelle est un autre facteur explicatif non négligeable. En effet, certains enquêtés nous ont déclaré que « *dans le cas des gripes, on préfère la tisane et le miel, et la décision de recourir à un médecin se fait dans la plupart des cas lorsque les symptômes persistent* ». Le choix de la médecine tradition peut être liée non seulement aux ressources financières limitées des patients en situation de précarité sociale, mais aussi à l'attachement de certaines catégories de la population à des pratiques et des croyances traditionnelles. Signalons ici que ces phénomènes d'automédication et de recours à la médecine traditionnelle a été constaté dans la plupart des pays en développement (Haddad *et al.*, 2004 ; Kone, 2012 ; Ouasrhir, Ahid, & Cherrah, 2011) et ils prennent de plus en plus d'ampleur dans la société algérienne (Hassaine, 2009 ; Labiad, & Datoussaid, 2019) dans la mesure où trois algériens sur quatre auraient recours à une médication sans avis d'un professionnel de santé (Labiad, & Datoussaid, 2019). Par ailleurs, l'enquête Tahina (INSP, 2007) révèle que le thérapeute traditionnel est plus sollicité au niveau du Sud avec 2,86% des personnes enquêtées, contre 0,42% au niveau du Tell et des Hautes Plateaux.

---

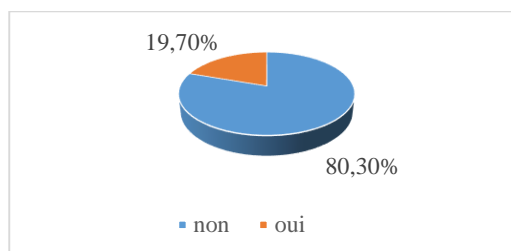
<sup>3</sup> L'automédication consiste en l'utilisation d'un ou de plusieurs médicaments sans l'intervention d'un professionnel de santé, et ce dans l'objectif de soigner une affection ou un symptôme que le malade a lui-même identifié (Fainzang, 2010).

**Tableau 43** : Le recours des ménages au médecin généraliste

Recours	Effectifs	%
<b>Non</b>	129	40,31
<b>Oui</b>	191	59,69
<b>Total</b>	320	100

Source : Enquête personnelle (du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 48** : Le recours des personnes composant les ménages au MG



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des données du tableau 43.

S'agissant du nombre de consultations au cours des douze derniers mois, 35,60% des enquêtés déclarent une seule et unique consultation au cours de la période de référence, 26,5 et 17,5% déclarent respectivement deux et trois consultations, et, enfin, un peu plus de 20% des sujets enquêtés ont déclaré avoir consulté le MG quatre fois et plus (cf. Tableau 44). Par ailleurs, le nombre moyen de consultations est de 2,28. Nous ne constatons pas à ce propos une grande différence en termes de nombre moyen de consultations entre les hommes et les femmes (2,31 pour les femmes et 2,20 pour hommes). Notons qu'il faut interpréter avec beaucoup de prudence ces chiffres en raison notamment des difficultés de remémoration exprimés par les chefs de ménages interrogés pour l'ensemble de la période référence (12 mois). Le nombre de consultations déclaré est en ce sens probablement sous-estimé par rapport au nombre effectif de consultations.

**Tableau 44** : Répartition des consultants de MG selon le nombre de fréquentation au cours des 12 derniers mois

Nombre de fréquentation	Effectifs	Pourcentage
<b>Une fois</b>	110	35,60
<b>Deux fois</b>	82	26,50
<b>Trois fois</b>	54	17,50
<b>Quatre fois</b>	48	15,50
<b>Cinq fois et plus</b>	15	4,90
<b>Total</b>	309	100

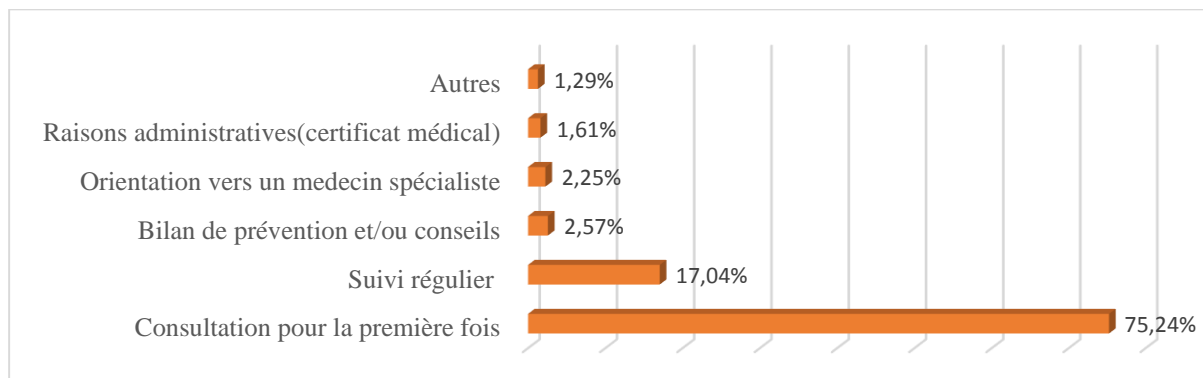
Source : Enquête personnelle (du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

## 1.2. Les motifs de recours aux médecins généralistes

L'analyse des causes de recours aux médecins généralistes porte ici sur le motif de la dernière consultation. Les résultats de l'enquête montrent que les *consultations pour la première fois* représentent plus des trois quart (75,24%) des motifs de recours à ce praticien, ce qui correspond à plus de quatre fois le motif de *suivi régulier* (cf. Figure 49). Les autres motifs de consultations évoqués par les répondants sont tout à fait marginaux et concernent les *bilans de prévention et/ou conseils* (2,57%), l'*orientations vers un médecin spécialiste* (2,25%) et les *raisons administratives* (1,61%).

Nous constatons que malgré la quasi-gratuité des consultations dans les EPSP, le recours à un médecin généraliste pour motifs de prévention et/ou pour une orientation vers un médecin spécialiste sont très limités. Au Maroc, pour prendre un point de comparaison, dans une étude sur le recours aux soins préventifs, 9,07% des personnes interrogées ont eu recours aux consultations préventives, quelque que soit le type d'offreur de soins, durant les 12 derniers mois (Jouilil & Lechheb, 2019). Rappelons à ce propos que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport sur en 2008, estime qu'un meilleur recours aux mesures préventives permettrait de réduire la charge mondiale de morbidité de près de 70% (OMS, 2008).

**Figure 49** : Les motifs de recours aux médecins généralistes exprimés par les patients

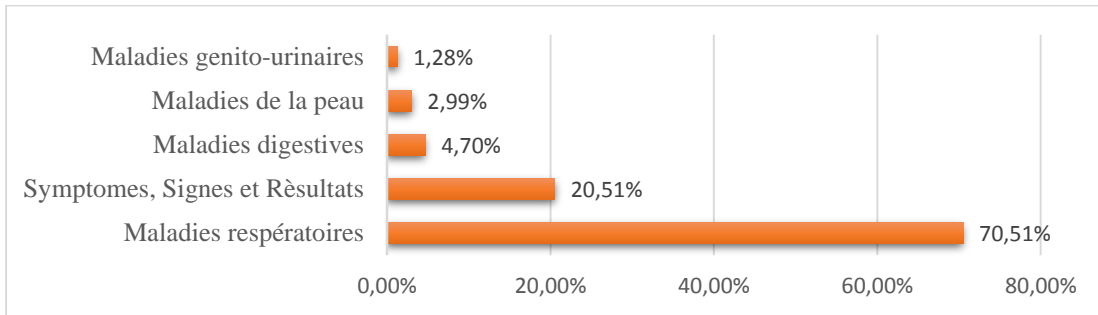


Source : Enquête personnelle (du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Analysons maintenant les motifs de « consultations pour la première fois » pour les soins de médecine générale (cf. Figure 50). Nous remarquons que les *maladies respiratoires* sont en tête des motifs, avec un taux de 70%. Il s'agit le plus souvent de grippe, d'angine, d'asthme et de rhinite allergique. Arrivent en deuxième position la rubrique "*symptômes et signes*"<sup>4</sup> avec 20,51% de l'ensemble des motifs, représentée essentiellement par les douleurs abdominales, la fatigue et la fièvre. Les *maladies digestives* avec 4,70% des cas. Les *maladies de la peau* et les *maladies génito-urinaires* ont été retrouvés respectivement dans 2,99% et 1,28% des consultations.

<sup>4</sup> En médecine, un *symptôme* ou un *signe* sont des indications qui représentent la manifestation d'une maladie, tel qu'exprimé et ressenti par un patient. Le signe (appelé aussi "symptôme objectif") est une manifestation objective, distincte du symptôme ; le symptôme (appelé aussi "signe fonctionnel") étant ce qui est perçu et décrit par le malade (douleur, angoisse, sensations...).

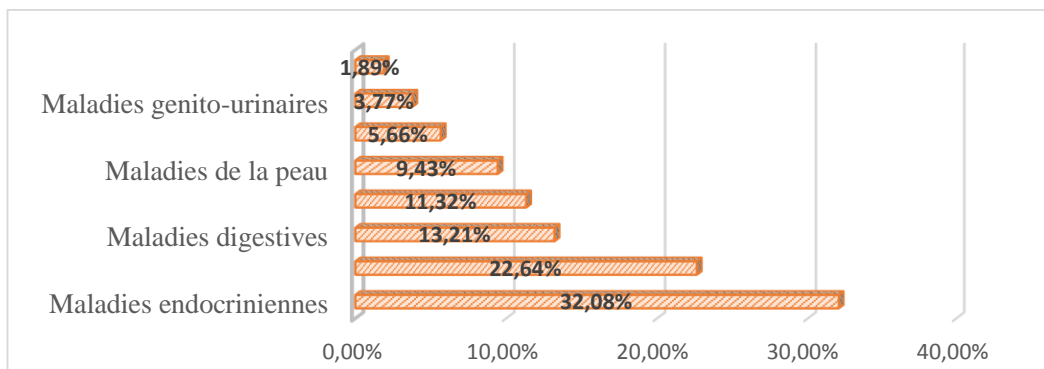
**Figure 50 :** Répartition des enquêtés selon les motifs de consultations pour la première fois



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

La répartition des motifs de « suivi régulier » par le MG au cours des douze derniers mois montre une prédominance des *maladies endocriniennes* avec 32,08%, la plus fréquente étant le diabète, suivies par les *maladies de l'appareil circulatoire*, les *maladies digestives* et les *maladies respiratoires* qui représentent respectivement 22,64 %, 13,21% et 11,32%. Nous remarquons également dans cette répartition l'importance relative qu'occupent les *maladies de la peau* avec 9,43% et les *maladies du système ostéo-articulaire* (SOA) avec 5,66 % (cf. Figure 51).

**Figure 51 :** Répartition des enquêtés selon les motifs de suivi régulier par le médecin généraliste



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 1.3. Les déterminants du recours aux médecins généralistes

Dans ce point, il sera question d'identifier les facteurs qui déterminent le recours au moins une fois aux soins d'un médecin généraliste. À cet effet, il a été effectué un croisement des données entre le recours à cette source de soins et les différents facteurs susceptible d'influer sur ce dernier.

#### 1.3.1. Les facteurs individuels

Les déterminants individuels pris en considération sont le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et l'état de santé.



a) Le sexe et l'âge

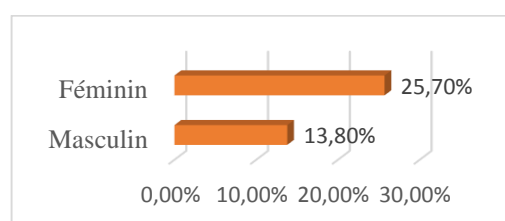
Les résultats de l'enquête indiquent que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à consulter les médecins généralistes. En Effet, plus d'un quart (25,70%) des femmes interrogées, soit 201 femmes, ont eu recours au moins une fois aux médecins généralistes, contre 13,80%, soit 108, pour les hommes (cf. Tableau 45 ; Figure 52). Comme nous l'avons déjà relevé lors de notre revue de la littérature (cf. *supra*, Chap. 1, sect. 2), ce résultat est probablement à mettre en relation avec les besoins de soins qui sont ressentis différemment d'un individu à un autre. Ainsi, les femmes s'estiment notamment en plus mauvaise santé que les hommes.

**Tableau 45 :** Le recours au médecin généraliste selon le sexe

Sexe	Non		Oui		Total
	N	%	N	%	
<b>Masculin</b>	676	86,2	108	13,8	784
<b>Féminin</b>	582	74,3	201	25,7	783
<b>Total</b>	1258	80,3	309	19,7	1567

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 52 :** Le taux recours au moins une fois au médecin généraliste selon le sexe



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des données du tableau 45.

Concernant l'âge de la personne, nous remarquons d'après le tableau 46 que le recours au MG n'est pas spécifique pour une catégorie d'âge bien précise. Toutes les catégories ont ainsi eu recours à ce professionnel de santé. Les enfants consultent dans 20,68% des cas et les adultes dans 19,30% des cas. Les personnes âgées de 45 à 60 ans sont les principaux utilisateurs de médecins généralistes avec une proportion de 26,50%, suivies par les enfants âgés de 5 à 14 ans avec un taux de recours de 24,60%. Pour les autres catégories d'âges, il n'y a pas vraiment de différences significatives en termes de taux de recours. Ainsi, la proportion de recours est de 16%, 17,60%, 17,90% et 17,80% respectivement pour les enfants moins de 5 ans, les personnes âgées de 15 à 29 ans, celles âgées entre 30 ans et 44 ans et les personnes âgées de 60 ans et plus.

**Tableau 46 :** Le recours au médecin généraliste selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Non		Oui		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>[0-4]</b>	179	84,00	34	16,00	213
<b>[5-14]</b>	193	75,40	63	24,60	256
<b>[15-29]</b>	266	82,40	57	17,60	323
<b>[30-44]</b>	384	82,10	84	17,90	468
<b>[45-59]</b>	139	73,50	50	26,50	189
<b>60 ans et plus</b>	97	82,20	21	17,80	118
<b>Total</b>	1258	80,30	309	19,70	1567

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Contrairement aux travaux de Houffoue (2015) et de Wilfried, Jérôme & Valentin (2018) ayant montré que l'âge des chefs de ménages influence l'accès aux services de santé, les résultats

de l'enquête indiquent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les tranches d'âge du chef de ménage et le taux du recours des personnes qui les composent (cf. Tableau 47). Néanmoins, nous remarquons que les personnes dont les chefs des ménages âgés de 25 à 35 ans ont eu un moindre recours aux soins de médecins généralistes. Cela peut être liée à la composition de cette catégorie de ménages qui sont globalement constitués d'individus jeunes et en bonne santé.

**Tableau 47** : Le recours au médecin généraliste selon l'âge du chef de ménage

Âge du chef de ménage	Non		Oui		Total Effectif
	Effectif	%	Effectif	%	
[25-35[	176	85,40	30	14,60	206
[35-45[	471	78,10	132	21,90	603
[45-60[	438	79,90	110	20,10	548
<b>60 ans et plus</b>	173	82,40	37	17,60	210
<b>Total</b>	1258	80,30	309	19,70	1567

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

#### b) Le niveau d'instruction

Les résultats de l'enquête indiquent que le recours au moins une fois à un médecin généraliste n'est pas influencé par le niveau d'instruction de la personne. En effet, c'est la catégorie des universitaires qui a recours le plus aux soins des médecins généralistes avec un taux de 22,70%, suivie des personnes « sans instruction » (21,70%) et de celles ayant un niveau secondaire (20,50%). Les personnes de niveau primaire et secondaire ont un taux identique de 12,60%, inférieur donc au taux moyen de recours au MG (19,30%) (cf. Tableau 48).

**Tableau 48** : Le recours aux soins de médecins généralistes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Recours aux soins de MG				Total
	Non		Oui		
	N	%	N	%	
<b>Sans instruction</b>	173	78,30	48	21,70	221
<b>Primaire</b>	90	87,40	13	12,60	103
<b>Moyen</b>	160	87,40	23	12,60	183
<b>Secondaire</b>	221	79,50	57	20,50	278
<b>Universitaire</b>	242	77,30	71	22,70	313
<b>Total</b>	886	80,70	212	19,30	1098

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Les données présentées dans le tableau 49 montrent également que le niveau d'instruction du chef de ménage n'a pas un effet significatif sur le recours au moins une fois aux consultations de MG des personnes qui composent les ménages. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de Piasser & Raynaud (2002), mais contrastent avec la plupart des travaux sur l'accès aux soins dans les pays en voie du développement, notamment l'étude de Wilfried, Jérôme & Valentin

(2018) qui conclut que le niveau d'instruction des chefs de ménages a bien une influence sur l'accès aux services de santé dans la région du Grand-Bassam en Côte d'Ivoire.

**Tableau 49** : Le recours au MG selon le niveau d'instruction du chef de ménage

Niveau d'instruction du chef de ménage	Recours au MG				Total Effectif
	Non		Oui		
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Sans instruction</b>	267	84,20	50	15,80	317
<b>Primaire</b>	167	83,10	34	16,90	201
<b>Moyen</b>	185	70,30	78	29,70	263
<b>Secondaire</b>	415	81,70	93	18,30	508
<b>Universitaire</b>	224	80,60	54	19,40	278
<b>Total</b>	1258	80,30	309	19,70	1567

*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

### c) L'état de santé

S'agissant de l'effet de l'état de santé déclaré sur le recours au médecin généraliste, le tableau 50 révèle que les personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques consultent moins le médecin généraliste que celles ne souffrent d'aucune maladie chronique (16,90% vs 19,80%). Cela peut s'expliquer du fait que les personnes souffrantes de maladies chroniques ont un suivi régulier auprès des médecins spécialistes (Zehnati & Keddad, 2020).

**Tableau 50** : Le recours au médecin généraliste des personnes ayant une maladie chronique

Avoir une maladie chronique	Non		Oui		Total Effectif
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Non</b>	1209	80,20	299	19,80	1508
<b>Oui</b>	49	83,10	10	16,90	59
<b>Total</b>	1258	80,30	309	19,70	1567

*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

### 1.3.2. Les facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques retenus sont le revenu, la catégorie socio-professionnelle, la taille du ménage et la couverture assurantielle.

#### a) La situation financière de la personne et du ménage

Nous remarquons d'après les résultats de l'enquête que le recours au généraliste est plus important pour les personnes issues des ménages disposant d'un revenu faible (cf. Tableau 51). En effet, la proportion des consultants d'un généraliste « au moins une fois au cours des douze derniers mois » parmi les enquêtées faisant partie des ménages disposant d'un revenu mensuel de 18000 à 36000 DA est plus de deux fois supérieure à ceux issus de ménages dont le revenu est équivalent à huit fois le SNMG (Salaire National Minimum Garanti). Néanmoins, nous

remarquons un faible taux de recours pour les personnes ayant un revenu du ménage inférieur au SNMG. Cela peut être lié au faible nombre de ménages enquêtés appartenant à cette catégorie. Nous constatons également que les taux de recours pour les personnes issues de ménages ayant un revenu de moins de trois fois le SNMG (entre 36000 et 54000 DA) et celles ayant un revenu situé en 90000 et 108000 DA, sont supérieurs au taux de recours moyen (22% et 22,20 respectivement contre 19,7%).

**Tableau 51** : Le recours aux médecins généralistes selon le revenu du ménage

Tranches de revenu	Non		Oui		Total Effectif
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
<b>Moins de 18000</b>	37	86,00	6	14,00	43
<b>[18000-36000[</b>	111	69,80	48	30,20	159
<b>[36000-54000[</b>	163	78,00	46	22,00	209
<b>[54000-72000[</b>	216	81,20	50	18,80	266
<b>[72000-90000[</b>	171	84,70	31	15,30	202
<b>[90000- 108000[</b>	140	77,80	40	22,20	180
<b>[108000 -162000[</b>	245	80,30	60	19,70	305
<b>162 000 DA et plus</b>	175	86,20	28	13,80	203
<b>Total</b>	1258	80,30	309	19,70	1567

*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

Par ailleurs, la répartition des taux de consultations selon le revenu mensuel de la personne montre une différence significative entre les extrémités des classes de revenus (cf. Tableau 52). La proportion des consultants d'un généraliste pour les personnes ayant un revenu inférieur au SNMG (moins de 18000 DA) est plus de cinq fois supérieure à celles ayant un revenu représentant six fois le SNMG et plus (108000 DA et plus) et presque le double du taux moyen de recours. Néanmoins, le recours au médecin généraliste n'est pas lié de façon linéaire au niveau de revenu de la personne. Le taux de recours à un généraliste parmi les enquêtés disposant d'un revenu mensuel de 36000 à 54000DA est à la fois inférieur à ceux disposant d'un revenu de moins de 36000 DA et ceux disposant d'un revenu d'au moins trois fois le SNMG (entre 36000 et 54000 DA).

Tableau 52 : Les consultations de médecins généralistes selon le revenu de la personne

Tranches de revenu	Non		Oui		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
<b>Moins de 18000</b>	30	68,20	14	31,80	44
<b>[18000-36000[</b>	175	86,20	28	13,80	203
<b>[36000-54000[</b>	144	84,70	26	15,30	170
<b>[54000-72000[</b>	68	79,10	18	20,90	86
<b>[72000-90000[</b>	26	76,50	8	23,50	34
<b>[90000- 108000[</b>	18	81,80	4	18,20	22
<b>108000 est plus</b>	33	94,30	2	5,70	35
<b>Total</b>	494	83,20	100	16,80	594

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### b) La catégorie socio-professionnelle

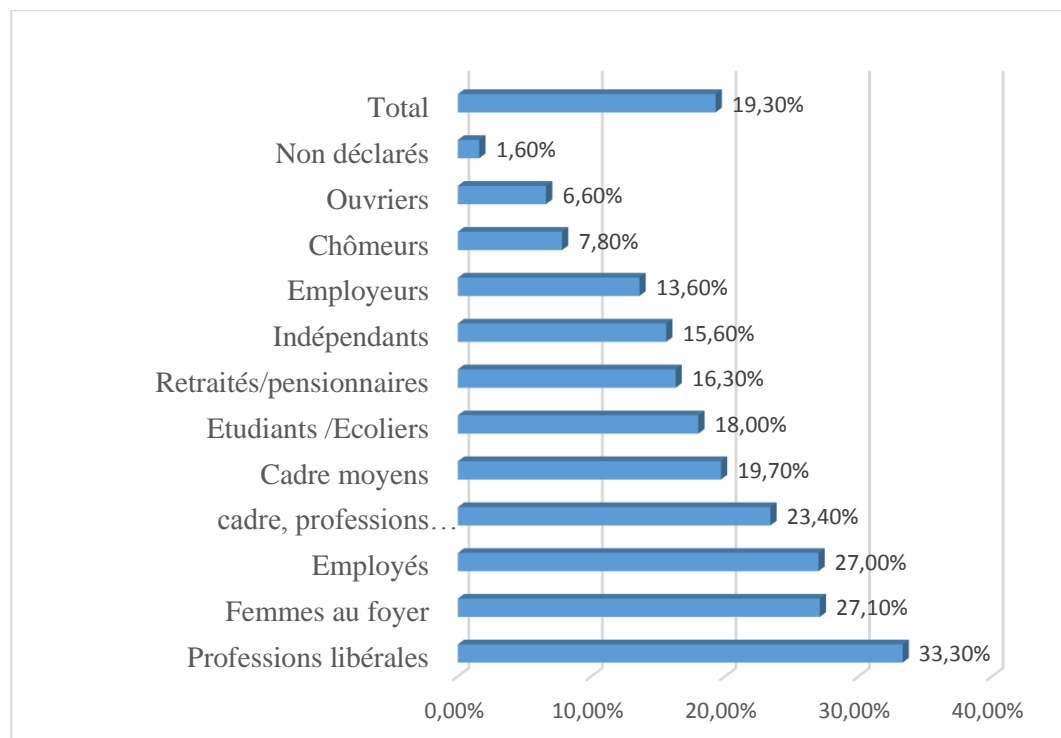
Les résultats de l'enquête montrent également un recours différencié au médecin généraliste selon la catégorie socio-professionnelle (cf. Tableau 53). En effet, les « professions libérales » arrivent en tête des consultants avec un taux de 33,33%, suivis par les « femmes au foyer » (27,1%) et les « employés » (27%), viennent ensuite les « cadres et professions intellectuelles supérieures » (23,4%) puis les « cadres moyens » (23,4%). Toutes ces catégories ont un taux de recours supérieur à la moyenne. Par la suite, il y a les « étudiants » et les « retraités » qui présentent aussi un taux de recours non-négligeable, avec respectivement 18% et 16,3%. S'agissant des « indépendants » et des « employeurs », leur taux de recours est de 15,6% et 13,6% respectivement (cf. Figure 53). Nous constatons également un moindre recours pour les catégories sociales les plus vulnérables, à savoir les « chômeurs », les « ouvriers » et les « non-déclarés », avec respectivement 7,8%, 6,6% et 1,6%. Signalons que ces derniers résultats convergent avec l'étude qualitative de Rebouha (2007) faites à Oran, qui constate également une sous-utilisation des soins pour ces catégories. Néanmoins, ces résultats contrastent avec la plupart des études empiriques traitant de l'utilisation des services de soins (Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Bouba-Olga & Vigé, 2015 ; Coulibaly *et al.*, 2008 ; Doorslaer & Masseria, 2004 ; Haddad, 2004 ; Mizrahi & Mizrahi, 1993 ; Mormiche, 1995 ; Or *et al.*, 2009 ; Sérage-Fonterme, 1983).

**Tableau 53** : Le recours aux soins de médecins généralistes selon la catégorie socio-professionnelle

Catégories socio-professionnelles	Non		Oui		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Professions libérales	6	66,70	3	33,30	9
Femmes au foyer	221	72,90	82	27,10	303
Employés	89	73,00	33	27,00	122
Cadres/Professions intellectuelles supérieures	36	76,60	11	23,40	47
Cadre moyens	49	80,30	12	19,70	61
Étudiants/Écoliers	123	82,00	27	18,00	150
Retraités/Pensionnaires	87	83,70	17	16,30	104
Indépendants	76	84,40	14	15,60	90
Employeurs	19	86,40	3	13,60	21
Chômeurs	47	92,20	4	7,80	51
Ouvriers	71	93,40	5	6,60	76
Non déclarés	62	98,40	1	1,60	63
<b>Total</b>	<b>886</b>	<b>80,70</b>	<b>212</b>	<b>19,30</b>	<b>1098</b>

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 53** : Le recours au MG selon la catégorie socio-professionnelle



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 53.

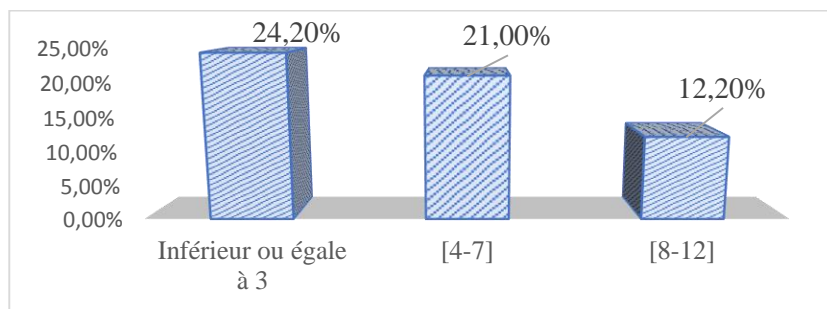
Ce recours inégal aux médecins généralistes, malgré la disponibilité et la gratuité de la consultation dans les EPSP, s'explique en partie par les facteurs économiques et les facteurs psychologiques, notamment la « représentation de la santé ». En effet, le taux faible de recours des ouvriers s'explique par une perception différente de la maladie qui sépare très nettement les

ouvriers des autres catégories sociales et qui doit donc être rattaché à deux formes de « rapport au corps » qui distingue le corps « utilitaire » du travailleurs manuel et le corps « phantasmé » des groupes des cadres et des employés (Sérange-fonterme, 1983). Les travailleurs manuels ou des classes sociales basses considèrent leur corps comme un « outils » et lui demande avant toute chose de « fonctionner ». Par contre, les cadres et, dans une certaine mesure, les employés considèrent la santé comme un élément de bien-être personnel et auraient dès lors une perception très aiguë des messages qu'ils reçoivent de leur corps (Boltanski, 1971).

### c) La taille du ménage

La taille du ménage a également une influence sur l'utilisation des services de santé. La Figure 54 indique en effet qu'il y a une relation inverse entre la taille du ménage et le recours au généraliste. La proportion du recours diminue au fur et à mesure que la taille du ménage augmente. Ainsi, la proportion de recours pour les personnes issues de ménages de petites tailles (inférieur ou égale à trois personnes) représente le double de celles issues de ménages de grandes tailles (24,20% vs 12,20%).

**Figure 54 :** Le recours aux soins de généraliste selon la taille du ménage



*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

### d) La couverture sociale et la carte Chifa

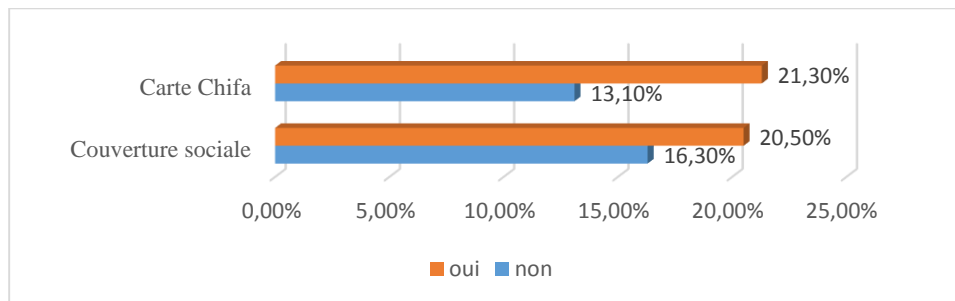
En dépit de la disponibilité de médecins généralistes et de la quasi-gratuité des consultations dans les EPSP, nous constatons des disparités de recours à ce praticien selon la disposition d'une couverture sociale (cf. Tableau 54 ; Figure 55). En effet, les personnes couvertes par une assurance-maladie sont plus nombreuses à consulter un généraliste que celles non assurées (20,50% vs 16,30%). En parallèle, les enquêtés ayant une *carte Chifa* recourent plus à ce praticien que ceux ne disposant pas de cette carte (21,30% vs 13,10%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les bénéficiaires du tiers payant avec la carte Chifa sont dispensés de l'avance de frais dans le cadre de l'achat de leurs médicaments. En toute logique donc, l'assurance-maladie et surtout la carte Chifa encouragent l'utilisation des services de santé.

**Tableau 54** : Le recours au généraliste selon la couverture sociale et la carte Chifa

		Non		Oui		Total
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif
<b>Couverture sociale</b>	Non	237	83,70	46	16,30	283
	Oui	1021	79,50	263	20,50	1284
	Total	1258	80,30	309	19,70	1567
<b>Carte Chiffa</b>	Non	113	86,90	17	13,10	130
	Oui	908	78,70	246	21,30	1154
	Total	1021	79,50	263	20,50	1284

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 55** : Le taux de recours au généraliste selon la disposition d'une couverture sociale et d'une carte Chifa



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 54.

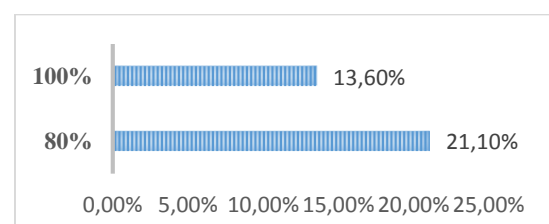
Néanmoins, les résultats de l'enquête indiquent un recours différentiel selon le taux de couverture (cf. Tableau 55 et Figure 56). Les personnes prises en charge intégralement (100%), qui représentent pour l'essentiel des malades chroniques, ont un moindre recours au médecin généraliste (21,1%) par rapport à celles prises en charge que partiellement (80%), dont le taux de recours n'est que de 13,11%. Comme pour la disposition de la carte Chifa, cela peut s'expliquer par le fait que le suivi régulier des assurés sociaux bénéficiant d'un remboursement intégral des dépenses médicamenteuses, est généralement assuré par un médecin spécialiste. Rappelons ici que les bénéficiaires du remboursement à 100% n'ont pas de reste à charge et sont dispensés de l'avance de frais.

**Tableau 55** : Le recours au MG selon le niveau de couverture

Niveau de couverture	Non		Oui		Total
	N	%	N	%	
80%	932	78,9	249	21,1	1181
100%	89	86,4	14	13,6	103
<b>Total</b>	1021	79,5	263	20,5	1284

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 56** : Répartition des consultants de MG selon le niveau de couverture



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 55



### e) Les facteurs de précarité économique et sociale

Les deux facteurs de précarité retenus sont le fait que le ménage a connu des *difficultés financières au cours des douze derniers mois* et le fait que le chef du ménage a connu des *périodes d'inactivité professionnelle*. Les résultats de l'enquête indiquent que la proportion du recours aux consultations de médecins généralistes pour les personnes faisant partie des ménages ayant connu des difficultés financières est légèrement plus élevée que celle des personnes issues des ménages n'ayant pas connu ce genre de difficultés au cours des douze derniers mois (22% vs 18,80%). Nous remarquons également que les chefs de ménages ayant connu des périodes d'inactivité professionnelle n'influencent pas le recours au généraliste des personnes qui les composent (cf. Tableau 56). En définitive, nous concluons que ces deux facteurs de précarité n'ont pas d'influence significative sur le recours au moins une fois aux consultations de médecins généralistes.

**Tableau 56** : Le recours au médecin généraliste et la précarité

<i>Facteurs de précarité</i>		Non		Oui		Total
		Effectif	%	Effectif	%	
<b>Difficultés financières aux cours des 12 derniers mois</b>	Non	903	81,20	209	18,80	1112
	Oui	355	78,00	100	22,00	455
<b>Total</b>		1258	80,30	309	19,70	1567
<b>Périodes d'inactivité professionnelle</b>	Non	880	79,90	222	20,10	1102
	Oui	378	81,30	87	18,70	465
<b>Total</b>		1258	80,30	309	19,70	1567

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

#### 1.3.3. Les déterminants territoriaux

Dans ce point, il sera question d'examiner les différences de taux de recours au médecin généraliste des personnes enquêtées selon la région de résidence. Les résultats de l'enquête mettent en évidence l'existence de disparités dans le recours aux soins de généralistes selon le lieu de résidence (cf. Tableau 57). En effet, il s'avère que les personnes qui habitent dans les régions rurales recourent plus aux MG que celles des régions urbaines ou mixtes (23,30% vs 18,40%). Cela relève essentiellement de l'influence de l'offre sur la demande. En effet, les MG sont de fait les praticiens les plus proches des habitants des régions rurales, notamment ceux qui exercent dans les polycliniques<sup>5</sup>. C'est le plus souvent les seuls personnels soignants à proximité des populations rurales. Par contre, dans les régions urbaines, les deux catégories de praticiens, généralistes et spécialistes, sont accessibles à proximité ; ce qui engendre un moindre recours aux MG des populations urbaines, dont la plupart préfèrent s'adresser directement à des spécialistes ou aux urgences des hôpitaux. Signalons que l'enquête Tahina (INSP, 2007) a trouvé un résultat similaire, à savoir que le médecin généraliste est plus sollicité en milieu rural.

<sup>5</sup> À l'exception évidemment des cinq communes de la wilaya toujours dépourvues de polycliniques (cf. *supra*, Chap. 3, sect. 1).

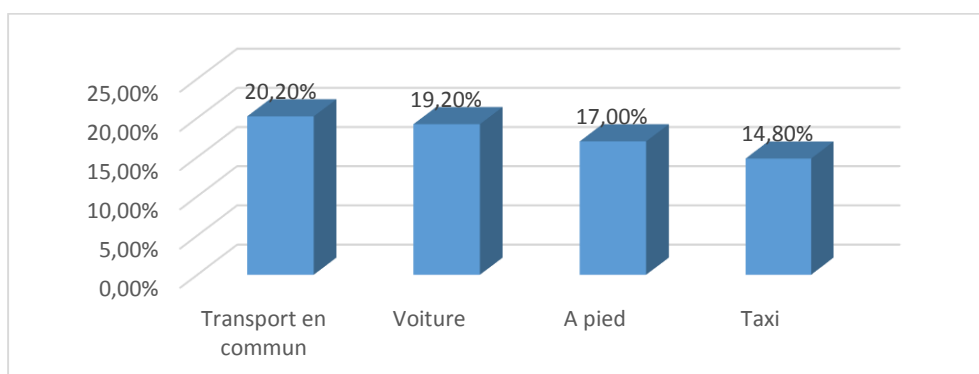
**Tableau 57** : Le recours au médecin généraliste et la région de résidence

La région de résidence	Non		Oui		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Urbaine</b>	581	81,60	131	18,40	712
<b>Mixte</b>	354	81,60	80	18,40	434
<b>Rurale</b>	323	76,70	98	23,30	421
<b>Total</b>	1258	80,30	309	19,70	1567

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

S'agissant finalement des moyens de déplacement utilisés, les résultats de l'enquête montrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre le recours au moins une fois au médecin généraliste et le moyen de déplacement utilisé (cf. Figure 57). Néanmoins, nous constatons que le taux de recours au MG des personnes qui utilisent le taxi comme moyen de déplacement pour se soigner est systématiquement moins important que celui des personnes qui utilisent les autres moyens de déplacement. En effet, seuls 14,80% des personnes qui se déplacent par *taxi* ont consulté au moins une fois un MG au cours de la période de référence, contre 17% pour celles qui se déplacent à *pied*, 19,20% pour la *voiture* et 20,20 % pour le *transport en commun*.

**Figure 57** : Le moyen de déplacement utilisé et le recours au MG



*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Enfin, pour mieux cerner les inégalités territoriales d'accès aux soins, des études plus fines doivent être réalisées en incluant des paramètres de distance et de localisation de l'offre de soins, surtout dans les localités enclavées où la population souffre particulièrement de la disponibilité des moyens de déplacement.

## 2. Le recours aux médecins spécialistes

Partout dans le monde, on observe des inégalités sociales ou inéquités dans la consommation de soins, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à besoin de soins égal. Plusieurs travaux montrent ainsi que la probabilité de recours au médecin et le nombre de visites ne sont pas identiquement distribués parmi les différents groupes socio-économiques, après ajustement par l'âge, le sexe et l'état de santé. Ces travaux ont notamment mis en évidence des inégalités de consommation de soins de spécialistes en faveur

des groupes de revenus les plus élevés dans les pays, le recours aux soins de généralistes étant en revanche plus équitablement réparti (cf. *supra*, Chap. 1, sect. 3).

Dans ce qui suit, nous allons présenter et analyser les résultats de l'enquête sur la fréquentation des médecins spécialistes. Nous aborderons également les motifs et les déterminants du recours à ce type de praticiens<sup>6</sup>.

### 2.1. La fréquentation des médecins spécialistes

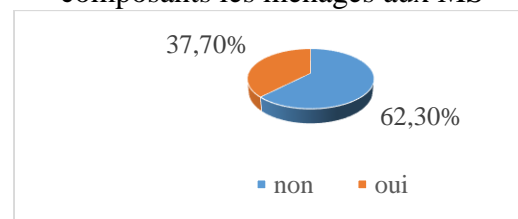
Les informations recueillies portent sur le recours aux médecins spécialistes à l'exception des dentistes, ainsi que le nombre de visites réalisées. Au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, plus de 91% des ménages enquêtés, soit 293, ont eu recours au moins une fois à un médecin spécialiste (cf. Tableau 58). Sur les 1567 personnes composant ces ménages, 591 soit 37,7% se sont présentées au moins une fois à une consultation de médecin spécialiste (cf. Figure 58). Ce taux s'élève à 39,60% pour les personnes âgées de 15 ans et plus. Nous constatons que la proportion de recours aux médecins spécialistes (MS) est presque deux fois plus élevée que celle du médecin généraliste. Remarquons que ce résultat contraste avec celui de l'enquête Tahina (INSP, 2007) qui conclue que le médecin généraliste est plus sollicité que les spécialistes.

**Tableau 58** : Le recours des ménages aux MS

<i>Recours</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Non</b>	27	8,44
<b>Oui</b>	293	91,56
<b>Total</b>	320	100

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 58** : Le recours des personnes composant les ménages aux MS



*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

S'agissant du nombre de visites des enquêtés ayant eu recours à des médecins spécialistes au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, la majorité d'entre eux (27,2%) ont déclaré quatre consultations, avec une moyenne de 3,59 et un écart type de 2,33. Le nombre maximum de visites déclarés par les répondants est de quinze (15), avec un minimum d'une visite (cf. Tableau 59).

<sup>6</sup> Signalons ici que la majorité des enquêtés ont déclaré avoir consulté des médecins spécialistes libéraux.

**Tableau 59** : le nombre de visite des consultants de MS au cours des douze derniers mois

Nombre de visite	Effectifs	Pourcentage
1	103	17,4
2	109	18,4
3	96	16,2
4	161	27,2
5	36	6,1
6	28	4,7
7	15	2,5
8	15	2,5
9	7	1,2
10	12	2
11	2	0,3
12	4	0,7
15	3	0,5
<b>Total</b>	<b>591</b>	<b>100</b>

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

## 2.2. Les motifs de recours aux médecins spécialistes

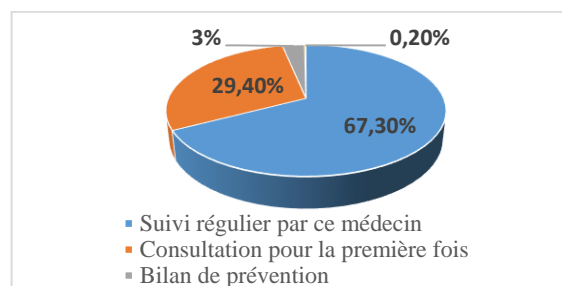
Précisons d'emblée que la question posée sur le motif de recours aux médecins spécialistes porte uniquement sur la dernière consultation. L'analyse des résultats de l'enquête montre que plus des deux tiers (2/3) de la population d'étude a consulté pour un *suivi* (y compris le suivi de grossesse), 29,6% ont consulté *pour la première fois*, 3% pour un *bilan de prévention* et 0,3% pour d'autres raisons (cf. Tableau 60 ; Figure 59). Nous constatons que la majorité des enquêtés bénéficient d'un *suivi régulier* chez un ou plusieurs spécialistes, contrairement à ce qu'on a pu relever pour les généralistes (avec des consultations pour la première fois qui représente plus des 3/4 des motifs de recours).

**Tableau 60** : Les motifs de recours aux MS

Raisons du recours	N	%
<b>Suivi régulier par ce médecin</b>	398	67,3
<b>Consul. pour la première fois</b>	174	29,4
<b>Bilan de prévention</b>	18	3
<b>Autres</b>	1	0,2
<b>Total</b>	<b>591</b>	<b>100</b>

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 59** : Les motifs de recours aux MS



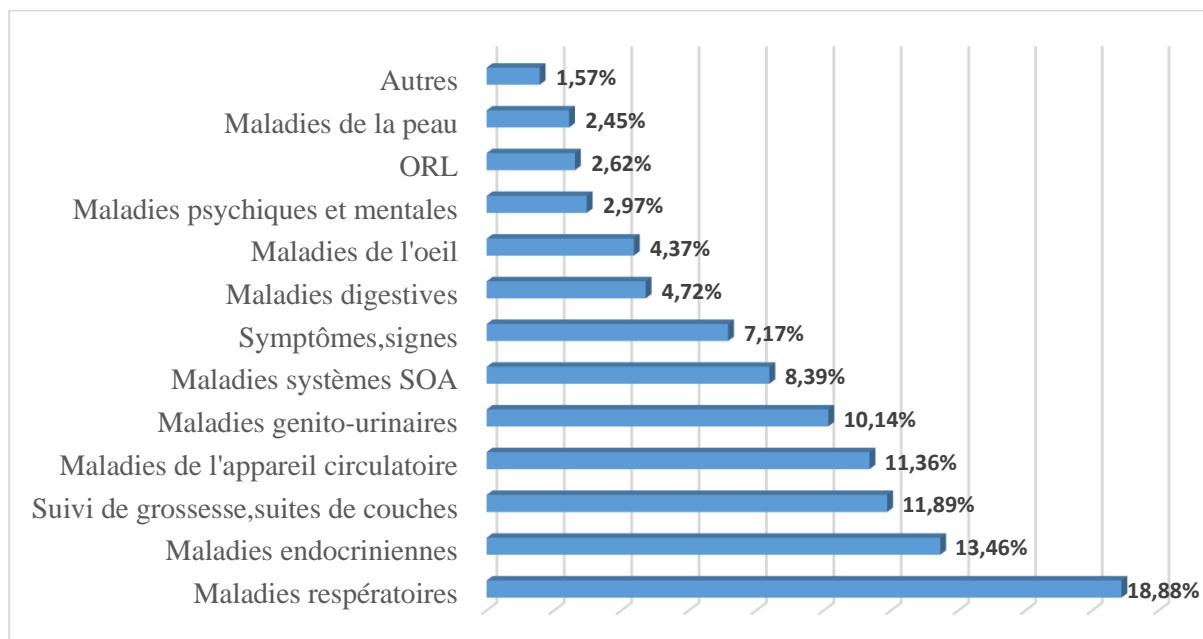
Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 60.

En outre, l'analyse des motifs de consultation des médecins spécialistes (cf. Figure 60) montre que les *maladies respiratoires* sont en tête des motifs de recours aux spécialistes, avec une proportion de 18,88% des consultations. Il s'agit le plus souvent d'angine, de grippe et

d'asthme. En deuxième position, nous trouvons les *maladies endocriniennes* avec une proportion de 13,46%. Il s'agit généralement de diabète et d'affections thyroïdiennes. En troisième position, on retrouve la catégorie "*suivi de grossesse, contraception et suites de couches*" avec 11,89% de l'ensemble des motifs. Les *maladies de l'appareil circulatoire* (dominées par l'hypertension artérielle et les maladies du cœur) et les *maladies génito-urinaires* (représentées essentiellement par les infections urinaires et les problèmes de prostate) concernent respectivement 11,36% et 10,14% des consultations. Par la suite, il y a les *maladies de système ostéo-articulaire* (SOA) qui représentent 8,39% des cas. La rubrique "*symptômes et signes*", représentée essentiellement par les douleurs et la fièvre, représentent 7,17% des cas. Les *maladies digestives*, celles de *l'œil* et les *maladies psychiques* représentent respectivement 4,72 et 4,37 et 2,97% des motifs de consultation. Enfin, nous retrouvons en dernier position les *maladies de la peau* avec 2,45% des consultations.

Signalons que les résultats de l'enquête Tahina (INSP, 2007) montrent également que les maladies de l'appareil respiratoire est le premier motif de consultation des médecins, avec 25,33% de l'ensemble des motifs. Suivi par le chapitre des "symptômes et signes" (15,08%). Les affections de l'appareil digestif et celles de l'appareil circulatoire concernent respectivement 9,51% et 8,67% des consultations. Viennent ensuite les maladies endocriniennes (3,73 %) et les traumatismes (2,44%). Rappelons que l'enquête Tahina n'a pas pris en considérations les consultations pour des actes préventifs, également le suivi de grossesse et l'accouchement n'est pas pris en considération. En outre, l'enquête n'a pas distingué entre les consultations de médecins généralistes et celles de spécialistes.

**Figure 60** : Les motifs de consultation des médecins spécialistes



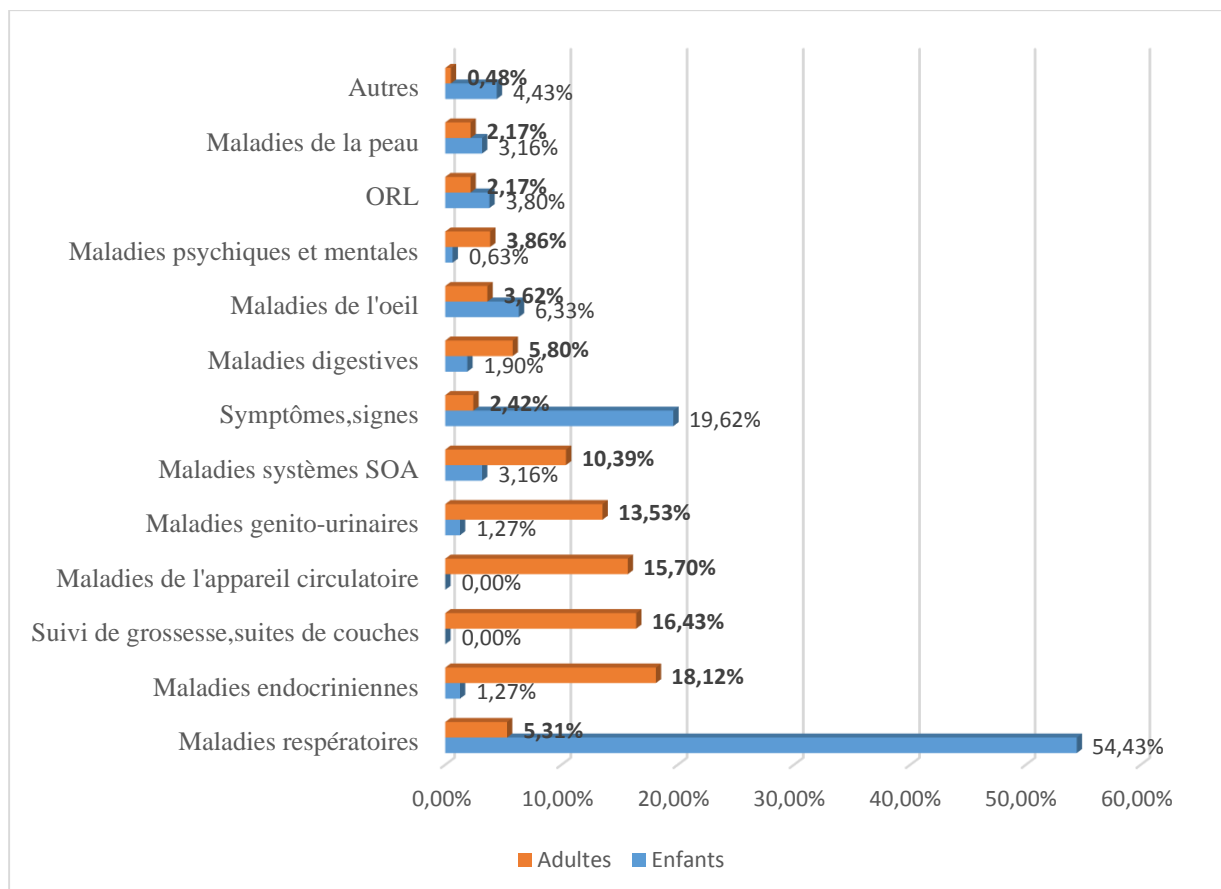
Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Considérons à présent les motifs de recours aux médecins spécialistes selon l'âge. Nous remarquons que chez *l'enfant*, les maladies respiratoires (angine, grippe et asthme) sont en tête

des motifs de consultation de spécialistes avec plus de la moitié des cas (54,43%), suivies par la rubrique "symptômes et signes" avec 19,62% des motifs de consultation. En troisième position, nous trouvons les maladies de l'œil avec 6,33% des consultations. Précisons que l'enquête Tahina (INSP, 2007) a trouvé des résultats similaires par rapport aux motifs de consultation chez l'enfant, avec donc les affections de l'appareil respiratoire qui représentent 47,82% des cas, suivis par le chapitre "symptômes/signes" avec 13,73% des consultations. Les maladies infectieuses et parasitaires occupent la troisième place des motifs de consultation chez l'enfant avec 11,66% des cas.

Chez l'adulte, les maladies endocriniennes représentent le premier motif de consultation avec une proportion de 18.12%. Le « suivi de grossesse, la contraception et les suites de couches » ont été relevé dans 16,43% des cas, occupant ainsi la deuxième place des motifs de consultation pour les adultes. Suivies par les maladies endocriniennes avec un taux de 15,70% des motifs de consultation (cf. Figure 61). L'enquête Tahina indique que, chez l'adulte, 19,14% de la population enquêtée a consulté pour une pathologie respiratoire. Les maladies de l'appareil circulatoire, dominées par l'hypertension artérielle, ont été retrouvées dans 10,81% des cas. Cette différence avec les résultats de notre enquête est vraisemblablement liée à la non prise en compte des consultations pour le suivi de grossesses et l'accouchements dans l'enquête Tahina.

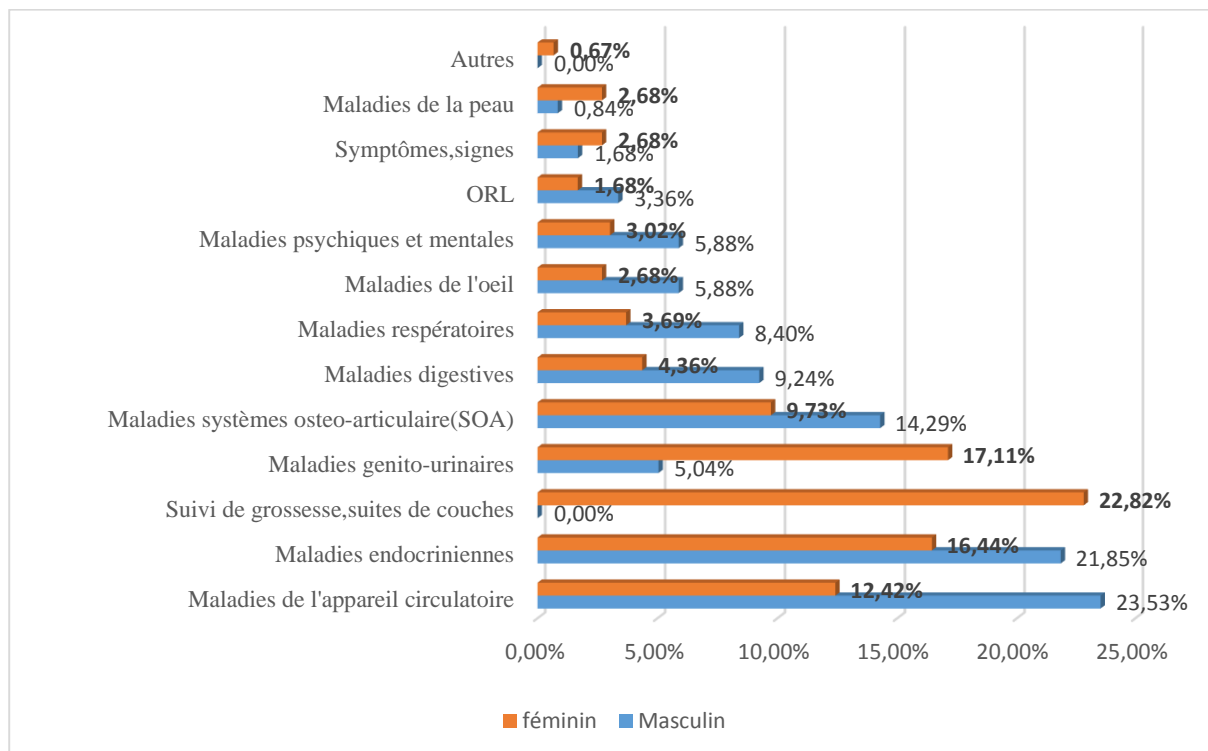
**Figure 61 :** Les motifs de recours aux médecins spécialistes selon l'âge



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Enfin, l'analyse des motifs de consultation chez les adultes révèle des différences selon le genre (cf. Figure 62). Chez les *femmes*, le « suivi de grossesse, la contraception et les suites de couches » ressort comme le premier motif de consultation avec un taux de 22,82% des cas. Suivies par les maladies génito-urinaires et les maladies endocriniennes avec respectivement 17,11% et 16,44% des cas. Chez les *hommes*, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies endocriniennes sont les deux motifs principaux de recours, avec respectivement 23,53% et 21,85% des cas. En troisième position, on retrouve les maladies du système ostéo-articulaire (SOA) avec 14,29% des motifs de consultation.

**Figure 62** : Les motifs du recours aux médecins spécialistes selon le sexe



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 2.3. Les déterminants du recours aux médecins spécialistes

Nous tenterons ici de mettre en relation le recours au moins une fois aux soins d'un médecin spécialiste durant l'année précédant l'enquête et chacune des caractéristiques individuelles et familiales des personnes (le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, le revenu de la personne, le revenu du ménage, le milieu de résidence...).

#### 2.3.1. Les facteurs individuels

Les déterminants individuels pris en considération sont le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et l'état de santé.

a) Le sexe et l'âge

Les résultats de l'enquête montrent une prédominance du sexe féminin dans le recours aux médecins spécialistes. En effet, plus de 49% des femmes enquêtées ont déclaré avoir consulté au moins une fois un spécialiste au cours des douze derniers mois, contre seulement 26,10% des hommes (cf. Tableau 61). Remarquons que les différences entre les deux sexes sont encore plus marquées dans le recours aux médecins spécialistes que dans le cas des généralistes. Comme nous l'avons déjà relevé lors de notre revue de la littérature (cf. supra, Chap. 1, sect. 2), ce résultat est d'abord à mettre en relation avec les *besoins de soins qui sont ressentis différemment* d'un individu à un autre. Ainsi, les femmes s'estiment notamment en plus mauvaise santé que les hommes. Ces disparités de genre s'expliquent également par les *besoins spécifiques des femmes en termes de santé*, avec notamment les suivis médicaux liés à la contraception, la grossesse et la ménopause, qui – rappelons-le – constituent le premier motif de consultation pour les femmes.

**Tableau 61** : Le recours aux médecins spécialistes selon le sexe

Recours	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Non</b>	579	73,90	397	50,70	976	62,30
<b>Oui</b>	205	26,10	386	49,30	591	37,70
<b>Total</b>	784	100	783	100	1567	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

En outre, non seulement les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois, mais celles qui y ont eu recours déclarent également un plus grand nombre de consultations. En effet, le nombre moyen de consultation pour les femmes âgées de 15 ans et plus est de 3,95 contre 3,34 pour les hommes.

S'agissant de l'âge (cf. Tableau 62 ; Figure 63), les résultats de l'enquête révèlent que le recours aux spécialistes est plus élevé pour les adultes (15 ans et plus) que pour les enfants (39,60% vs 33,26%). Néanmoins, nous constatons un taux élevé (44,10%) pour les enfants de moins de 5 ans. Cela s'explique par le suivi pédiatrique du fait de l'attention ou de l'inquiétude spécifique des parents, ainsi que la multiplicité des affections allergiques et des maladies de l'appareil respiratoire à cet âge. Ces résultats sont similaires à ceux de l'enquête Tahina (INSP, 2007). Nous remarquons également que le recours des adultes aux spécialistes est en augmentation continue avec l'âge. Ainsi, 27,60% des personnes âgées de 15 ans à 29 ans ont consulté au moins une fois un médecin spécialiste au cours des douze dernier mois. Cette proportion atteint 40,80% pour les personnes de 30 à 44 ans, 48,10% pour celles âgées de 45 à 59 ans et enfin 54,20% pour les enquêtés âgés de 60 ans et plus. Cela peut s'expliquer à la fois par des raisons de vieillissement des organes et des raisons psychologiques (besoin d'être rassuré, souci de sa santé...). Signalons que ces résultats concordent avec les travaux de Piaser & Raynaud (2002).

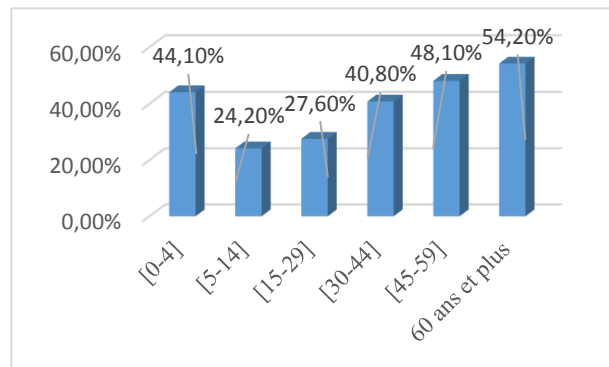


**Tableau 62** : Le recours aux spécialistes selon l'âge

Tranches d'âge	non		oui		Total
	N	%	N	%	
[0-4]	119	55,90	94	44,10	213
[5-14]	194	75,80	62	24,20	256
[15-29]	234	72,40	89	27,60	323
[30-44]	277	59,20	191	40,80	468
[45-59]	98	51,90	91	48,10	189
60 ans et plus	54	45,80	64	54,20	118
<b>Total</b>	<b>976</b>	<b>62,30</b>	<b>591</b>	<b>37,70</b>	<b>1567</b>

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

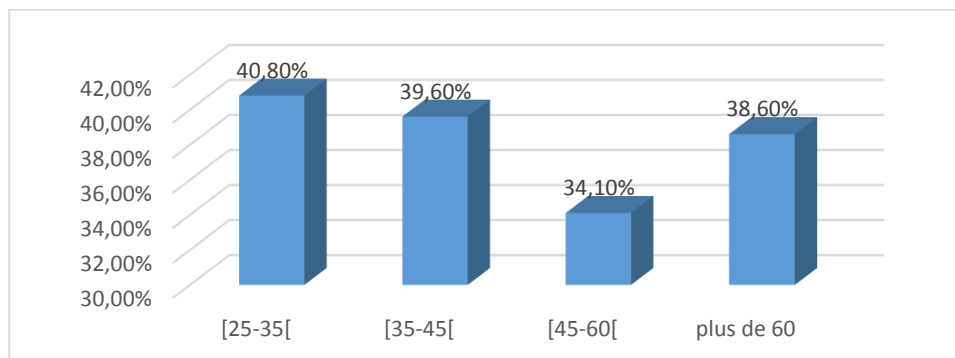
**Figure 63** : Le taux de recours au spécialiste selon l'âge



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des données du tableau 62.

S'agissant de l'influence de l'âge du chef de ménage sur le recours des personnes aux spécialistes, nous ne constatons pas de différence significative entre les différentes tranches d'âge (cf. Figure 64). Dès lors, nous pouvons conclure que l'âge du chef de ménage n'a pas d'influence sur le recours aux spécialistes des personnes qui compose le ménage en question.

**Figure 64** : Répartition des enquêtés selon le recours aux spécialistes et l'âge du chef de ménage



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### b) Le niveau d'instruction

Les résultats de l'enquête indiquent que les personnes non instruites (54,30%) et celles ayant un niveau primaire (50,50%) recourent plus aux soins de médecins spécialistes (cf. Tableau 63). Cependant, nous ne constatons pas de différences significatives dans les taux de recours des personnes ayant un niveau primaire (32,8%), celles de niveau secondaire (34,20%) et enfin les universitaire (34,5%). Dès lors, nous pouvons conclure que le niveau d'instruction de la personne n'a pas un impact significatif sur le recours au moins une fois à un médecin spécialiste.

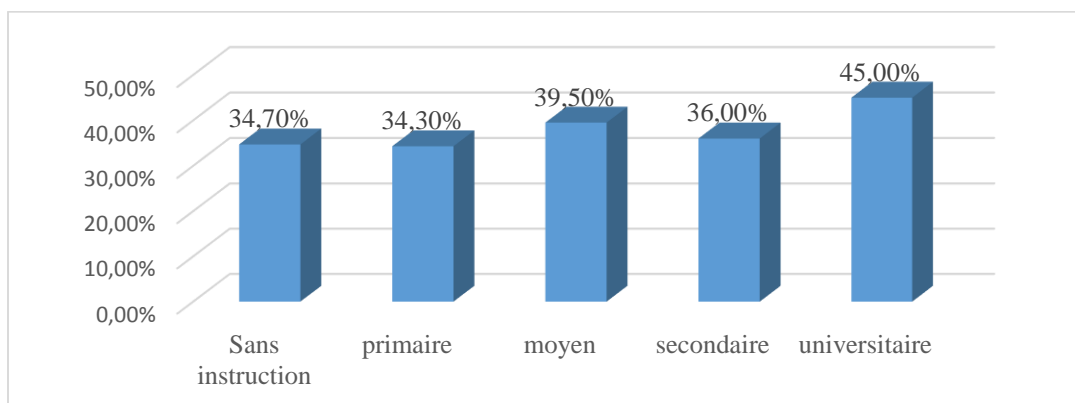
**Tableau 63** : Le recours aux spécialistes selon le niveau d'instruction de la personne

Niveau d'instruction	Fréquentation de médecins spécialistes				Total Effectif
	Non		Oui		
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Sans instruction</b>	101	45,70	120	54,30	221
<b>Primaire</b>	51	49,50	52	50,50	103
<b>Moyen</b>	123	67,20	60	32,80	183
<b>Secondaire</b>	183	65,80	95	34,20	278
<b>Universitaire</b>	205	65,50	108	34,50	313
<b>Total</b>	663	60,40	435	39,60	1098

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

S'agissant du niveau d'instruction du chef de ménage, nous avons constaté que les personnes dont le chef de ménage est « universitaire » consultent relativement plus fréquemment les médecins spécialistes (avec 45% de consultants). *A contrario*, les personnes dont le chef de ménage est « non instruit » et celles dont le chef de ménage possède un « niveau primaire » ont un moindre recours aux spécialistes, avec respectivement 34,70% et 34,30%. Aussi, nous pouvons conclure que le niveau d'instruction des chefs de ménage a une influence sur le recours aux spécialistes des personnes qui composent le ménage en question. On peut expliquer ce résultat par le fait que les parents dont le niveau d'instruction est élevé accordent en général une valeur plus importante à leur santé et à la santé de leurs descendants. Signalons que ces résultats concordent avec ceux de Wilfried, Jérôme & Valentin (2018).

**Figure 65** : Le taux du recours aux spécialistes selon le niveau d'instruction du chef de ménage



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### c) L'état de santé

De tout à fait prévisible, le recours aux médecins spécialistes est plus fréquent pour les personnes se déclarant atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques (cf. Tableau 64). En effet, la proportion de recours pour la population d'étude ayant déclaré avoir une ou plusieurs maladies chroniques est près de *deux fois et demi* celle des enquêtés ne souffrant pas de ces maladies (88,10% vs 35,70%). Signalons que ce résultat est globalement concordant avec celui de l'étude

de Zehnati & Keddad (2020), qui conclue ainsi que les malades chroniques ont presque 10% de chance de consulter un spécialiste que les non-chroniques.

**Tableau 64** : Le recours aux médecins spécialistes selon l'état de santé

Recours	Avoir une maladie chronique				Total
	Non		Oui		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
<b>Non</b>	969	64,30	7	11,90	976
<b>Oui</b>	539	35,70	52	88,10	591
<b>Total</b>	1508	100	59	100	1567

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 2.3.2. Les facteurs socio-économiques

Dans ce point, nous allons dresser le profil socioéconomique des enquêtés ayant sollicité au moins une fois un médecin spécialiste au cours de l'année précédant l'enquête.

#### a) La situation financière de la personne et du ménage

Nous remarquons d'après le tableau 65 que le revenu de la personne n'a pas un impact significatif sur le recours au moins une fois à un spécialiste au cours de l'année précédant l'enquête. En effet, 45,50% des personnes enquêtées qui touchent un revenu mensuel inférieur au SNMG (moins de 18000 DA) consultent au moins une fois un médecin spécialiste. Ce taux est de 41,20% pour la population d'étude ayant un revenu de 72000 à 90000 DA.

**Tableau 65** : Le recours aux médecins spécialistes selon le revenu de la personne

Tranches du revenu	Non recours		Recours		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Moins de 18000</b>	24	54,50	20	45,50	44
<b>[18000-36000[</b>	142	70,00	61	30,00	203
<b>[36000-54000[</b>	118	69,40	52	30,60	170
<b>[54000-72000[</b>	64	74,40	22	25,60	86
<b>[72000-90000[</b>	20	58,80	14	41,20	34
<b>[90000- 108000[</b>	17	77,30	5	22,70	22
<b>108000 est plus</b>	26	74,30	9	25,70	35
<b>Total</b>	411	69,20	183	30,80	594

*Source* : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Les données du tableau 66 montrent également que le recours aux médecins spécialistes n'est pas lié d'une manière linéaire au revenu du ménage. En effet, la proportion du recours aux médecins spécialistes « au moins une fois au cours des douze derniers mois » pour les personnes enquêtées issues des ménages disposant d'un revenu mensuel de 90000 DA à 108000 DA, est ainsi supérieure à la fois à celles issues des ménages disposant de moins de 90000 DA et celles disposant d'un revenu de plus de 108000 DA.

Tableau 66 : Le recours aux spécialistes selon le revenu mensuel du ménage

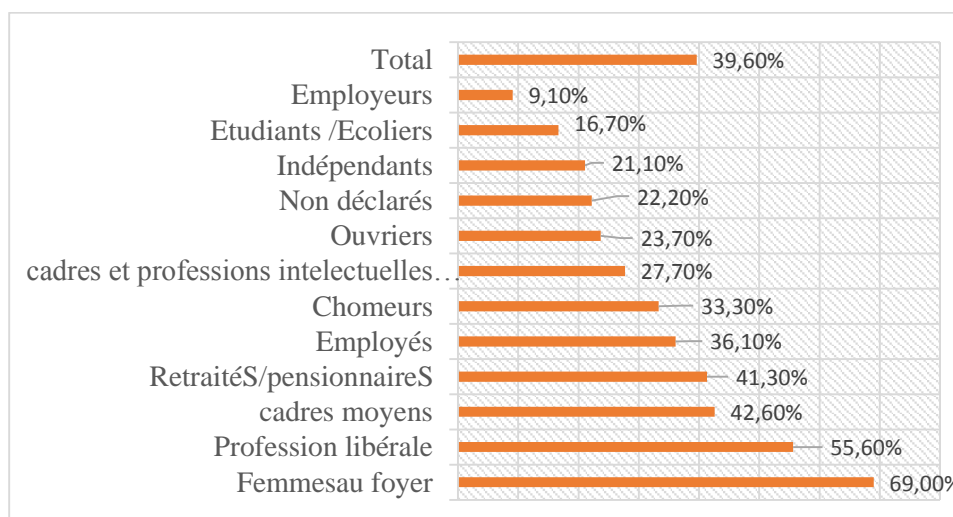
Tranches d'âge	Non recours		Recours		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Moins de 18000	27	62,80	16	37,20	43
[18000-36000[	108	67,90	51	32,10	159
[36000-54000[	129	61,70	80	38,30	209
[54000-72000[	161	60,50	105	39,50	266
[72000-90000[	135	66,80	67	33,20	202
[90000-108000[	100	55,60	80	44,40	180
[108000-162000[	186	61,00	119	39,00	305
162 000 DA et plus	130	64,00	73	36,00	203
<b>Total</b>	<b>976</b>	<b>62,30</b>	<b>591</b>	<b>37,70</b>	<b>1567</b>

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### b) La catégorie socio-professionnelle

La répartition des taux de recours selon la catégorie socio-professionnelle montre que la catégorie des *femmes au foyer* est en tête des consultations de médecins spécialistes avec 69% de consultantes. Suivie par les *professions libérales* (55,60%), les *cadres moyens* (42,60%) et les *pensionnaires* (41,3%). Toutes ces catégories ont un taux de recours supérieur à la moyenne. Le taux élevé pour les femmes au foyer s'explique, d'abord, par les spécificités de la représentation de la santé et de la perception de la maladie chez les femmes (cf. chap. 1, sect. 3), ensuite, par le suivi gynécologique régulier lié notamment à la grossesse et à la ménopause. De plus, nous avons constaté que la plupart des femmes au foyer sont de fait des « ayants droit » des assurés sociaux. Nous constatons également un moindre recours pour les catégories des *ouvriers* (23,7%), des *non déclarés* (22,20%), des *indépendants* (21,10%), des *étudiants* (16,70%) et des *employeurs* (9,10%). Cela peut s'expliquer par le fait que ces catégories de la population sont relativement en bonne santé. Pour le cas des étudiants, rappelons qu'ils disposent dans les campus et les résidences universitaires de centres médicaux gratuits.

Figure 66 : Le recours aux spécialistes selon la catégorie socio-professionnelle



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### c) La taille du ménage

En ce qui concerne la taille du ménage, le tableau 67 indique que la taille du ménage a une influence sur le recours aux médecins spécialistes. Le taux de recours diminue ainsi au fur et à mesure que la taille du ménage augmente. En effet, 50,20% des enquêtés issus de ménages de petite taille (inférieurs à trois personnes) ont consulté un médecin spécialiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois, contre seulement 36,80% pour ceux faisant partie des ménages de 4 à 7 personnes et 31,70% pour ceux issus des ménages de grande taille (8 à 12 personnes).

**Tableau 67** : Le recours aux spécialistes selon la taille du ménage

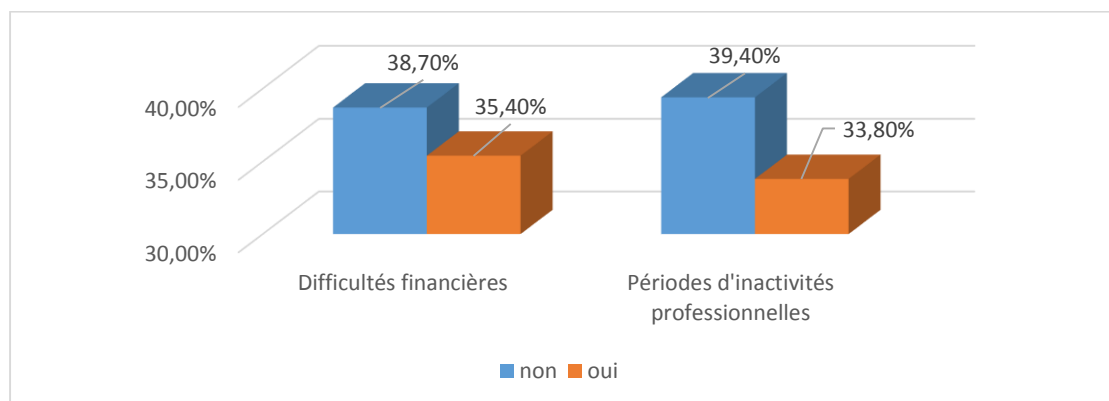
Taille du ménage	Non recours		Recours		Total
	Effectif	%	Effectifs	%	
[0-3]	111	49,80	112	50,20	223
[4-7]	652	63,20	380	36,80	1032
[8-12]	213	68,30	99	31,70	312
<b>Total</b>	<b>976</b>	<b>62,30</b>	<b>591</b>	<b>37,70</b>	<b>1567</b>

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### d) Les facteurs de précarité

Contrairement à la fréquentation de médecins généralistes, les résultats de l'enquête indiquent un moindre recours aux spécialistes pour les personnes faisant partie de ménages ayant connus des difficultés financières au cours des douze derniers mois précédent l'enquête et celles dont le chef de ménage a connu des périodes d'inactivité professionnelle (cf. Figure 67). En effet, 35,40% des personnes issues de ménages ayant connu des difficultés financières ont consulté au moins une fois un spécialiste contre 38,70% pour celles n'ayant pas connu ce genre de difficultés. Cet écart est plus remarqué entre les personnes dont le chef de ménage a connu des périodes d'inactivité professionnelle et celles dont le chef de ménage n'a pas connu des périodes d'inactivité (33,80% vs 39,40%).

**Figure 67** : La fréquentation de médecins spécialistes et les facteurs de précarité



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

e) La couverture sociale et la carte Chifa

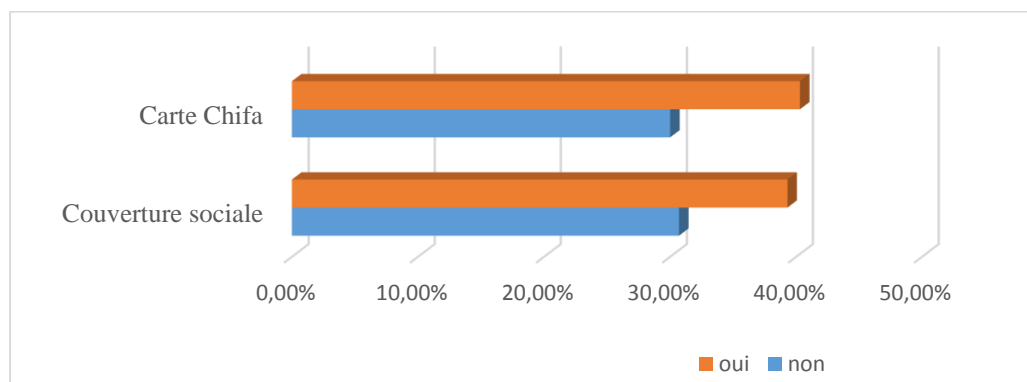
Les résultats de l'enquête indiquent que 39,30% des assurés sociaux ont eu recours au moins une fois à un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, contre seulement 30,70% pour les non assurés (cf. Tableau 68 ; Figure 68). En parallèle, plus de 40% des assurés sociaux disposant d'une carte Chifa ont consulté un médecin spécialiste contre seulement 30% pour ceux ne disposant pas de cette carte (cf. Figure 69). Dès lors, nous pouvons conclure que la couverture sociale et la disposition d'une carte Chifa ont un impact significatif sur la fréquentation des médecins spécialistes.

**Tableau 68** : Le recours aux spécialistes selon la couverture sociale et la disposition d'une carte Chifa

		Non		Oui		Total
		Effectif	%	Effectif	%	
<b>Couverture sociale</b>	Non	196	69,30	87	30,70	283
	Oui	780	60,70	504	39,30	1284
<b>Total</b>		976	62,30	591	37,70	1567
<b>Carte Chifa</b>	Non	91	70,00	39	30,00	130
	Oui	689	59,70	465	40,30	1154
<b>Total</b>		780	60,70	504	39,30	1284

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 68** : La proportion de recours aux spécialistes selon la couverture sociale et la disposition d'une carte Chifa



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Néanmoins, le tableau 69 et la figure 69 montrent un recours différentiel important chez les assurés sociaux selon leur taux de couverture des dépenses de soins. Ainsi, plus de deux tiers des assurés sociaux (68%) pris en charge intégralement (c.-à-d. remboursés à 100%) ont consulté au moins une fois un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois, contre seulement 36,7% pour ceux pris en charge partiellement (donc remboursés à seulement 80%). Ce résultat s'explique essentiellement par le fait que les personnes prises en charge intégralement sont celles qui ont une affection du longue durée (maladie chronique ou handicap). Celles-ci ont ainsi un suivi régulier auprès de leur(s) médecin(s) traitant(s). Ce résultat est dès lors à mettre en relation

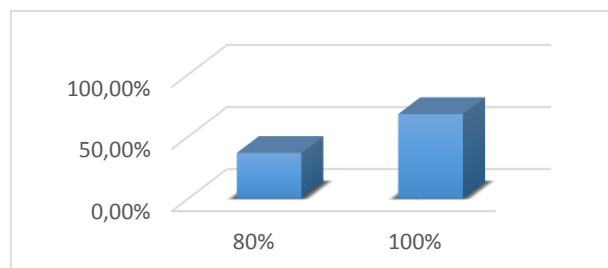
avec ce qu'on a relevé plus haut, à savoir que le recours aux médecins spécialistes est corrélé positivement avec le fait d'avoir au moins une maladie chronique.

**Tableau 69** : Le recours aux MS selon le niveau de couverture

Niveau de couverture	Non		Oui		Total
	N	%	N	%	
80%	74	63,3	434	36,7	1181
	7		0		
100%	33	32,0	70	68,0	103
Total	78	60,7	504	39,3	1284
	0				

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 69** : Répartition des consultants de MS selon le niveau de couverture



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 69

### 2.3.3. Les déterminants territoriaux

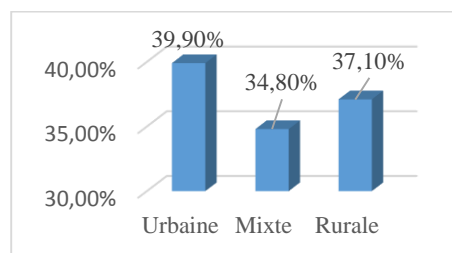
L'analyse descriptive de la fréquentation de médecins spécialistes selon le lieu de résidence montre un recours légèrement plus élevé pour les personnes issues des zones urbaines (cf. Tableau 70 ; Figure 70). En effet, 284 enquêtés, soit près de 40% des personnes enquêtées des régions urbaines, ont eu recours au moins une fois à un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois, contre 156 personnes pour les régions rurales, soit un taux de 37,10% de consultants. Ces disparités s'expliquent principalement par la répartition inégale des médecins spécialistes dans la wilaya de Béjaïa. En effet, ces derniers se concentrent pour l'essentiel dans les villes de Béjaïa, Sidi-Aïch, El-Kseur et Akbou (cf. Chap. 3, Sect. 1). L'enquête Tahina (INSP, 2007) montre également que les médecins spécialistes sont relativement plus sollicités en milieu urbain (16,27% vs 10,88%). En Tunisie, l'enquête « *Tunisian Health Examination Survey - 2016* » révèle également que le pourcentage de consultations chez un médecin spécialiste au cours de la dernière année était statistiquement plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales (Institut National de la Santé – Tunisie, 2019).

**Tableau 70** : La fréquentation des MS selon la région de résidence

Région de résidence	Non recours		recours		Total
	N	%	N	%	
Urbaine	428	60,10	284	39,90	712
Mixte	283	65,20	151	34,80	434
Rurale	265	62,90	156	37,10	421
Total	976	62,30	591	37,70	1567

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

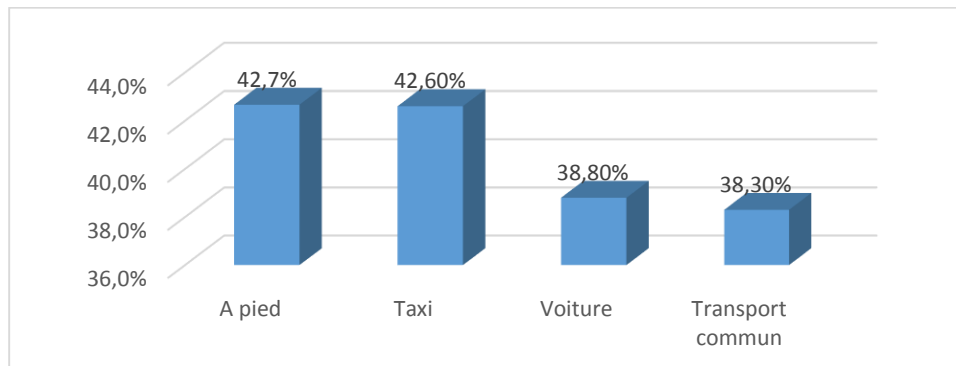
**Figure 70** : Le taux de recours aux MS selon la région de résidence



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des données du tableau 70.

S'agissant finalement du moyen de déplacement utilisé, la figure 71 indique un recours différencié aux médecins spécialistes. En effet, 42,7% des enquêtés qui se déplacent « à pied » pour se soigner ont consulté au moins une fois un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. Ce taux de recours est de 42,60% pour celles qui se déplacent avec le « taxi », 38,8% pour la « voiture » et 38,30% pour le « transport en commun ». Le recours élevé des enquêtés qui se déplace à pied (dont la majorité habitent les centres-villes des principales agglomérations de la wilaya) s'explique par la proximité des médecins spécialistes de leur domicile. Signalons que la distance pour accéder aux médecins spécialistes est le principal obstacle à l'accès aux soins dans certaines régions, notamment celles qui se retrouvent de fait enclavées avec parfois un temps d'accès qui dépasse les deux heures combiné au manque de moyens du transport. Dans ces conditions particulièrement adverses, certains patients enquêtés (dont la plupart sont des malades chroniques) déclarent devoir souvent reporter leurs consultations ; les difficultés de mobilité dont ils sont victimes les empêchent ainsi d'avoir un suivi régulier et dans les délais auprès de leur(s) médecin(s) spécialiste(s) traitant(s). En définitive, il serait opportun de développer des études plus approfondies sur l'accessibilité spatiale aux soins de santé, particulièrement en ce qui concerne les soins spécialisés et hospitaliers, où la distance peut s'avérer un obstacle à l'accès et peut, en conséquence, constituer un facteur de risque supplémentaire pour certaines maladies où la rapidité de la prise en charge des urgences médicales et/ou chirurgicales est un paramètre essentiel dans la survie du patient.

**Figure 71** : Le moyen de déplacement utilisé et le recours au MS



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

En résumé, retenons que nous avons relevé des différences parfois substantielles entre le recours aux médecins généralistes et celui aux médecins spécialistes en ce qui concerne à la fois la fréquentation, les motifs de recours et les profils socio-économiques des consultants.

## II. MODÉLISATIONS DES FACTEURS DÉTERMINANTS LE RECOURS AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA

Les objectifs de l'analyse économétrique menée dans ce chapitre sont de mettre en évidence les déterminants du recours aux soins dans la wilaya de Béjaïa. À cet effet, nous étudierons à l'aide d'une *régression logistique binaire* les déterminants de la probabilité de consulter au moins une fois un médecin généraliste ou un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Nous allons ainsi chercher à identifier les principaux facteurs



sociaux-économiques déterminant l'utilisation des services de santé. Exploitant les résultats de notre enquête auprès de 320 ménages, nous avons sélectionné au final uniquement les personnes ayant 15 ans et plus, dans la mesure où les enfants de moins de 15 ans sont supposés être sous l'autorité et la responsabilité de leurs parents. Dans le cadre de cette modélisation, nous nous baserons donc finalement sur un échantillon constitué de 1098 individus de 15 ans et plus.

Le but de la modélisation économétrique sera de caractériser des relations de corrélation entre le recours aux médecins généralistes ou aux médecins spécialistes (variables à expliquer) et les facteurs susceptibles de les influencer (variables explicatives). Plus précisément, nous allons ici concevoir autrement le problème de manière à prédire la probabilité qu'un individu déclare avoir ou ne pas avoir consulté un médecin.

## **1. Choix des variables et recours à l'approche économétrique**

Comme évoqué tout au long de ce travail, l'analyse des disparités de recours aux soins de santé est l'une des méthodes permettant d'identifier les inégalités sociales de santé au sein d'une population donnée. En ce sens, il est important d'identifier et de mesurer l'importance relative des déterminants multiples de recours aux soins de santé dans les différentes franges de la population. L'analyse économétrique ici mobilisée nous permettra plus spécifiquement de caractériser et de quantifier l'association entre le recours aux médecins (généralistes puis spécialistes) (variable à expliquer) et les multiples facteurs l'influençant (variables explicatives).

Cette analyse des déterminants du recours aux soins s'appuiera sur un modèle *Logit* (ou de régression logistique), qui sera alimenté à partir des données issues de notre enquête de terrain. Rappelons que nous avons pris le soin au préalable de sélectionner uniquement les personnes ayant 15 ans et plus, soit les personnes adultes en capacité de faire des choix en matière de recours et de renoncement aux soins<sup>7</sup>. Après cette sélection, nous avons donc abouti à un échantillon constitué de 1098 individus.

### **1.1. Présentation des variables de l'étude**

Pour expliciter les déterminants du recours aux généralistes et aux spécialistes, nous avons entrepris une modélisation économétrique des résultats de notre enquête réalisée auprès d'un échantillon de ménages de la wilaya de Béjaïa. Essentiellement, le modèle mobilisé dans cette analyse des déterminants du recours aux soins nous permettra de mettre en relation le recours aux généralistes/spécialiste (qui sera la variable à expliquer) et les facteurs multiples susceptibles de l'influencer (variables explicatives).

#### **1.1.1. La variable à expliquer**

Cette étude s'appuie sur les réponses obtenues à une question sur la fréquentation et l'utilisation des services de santé dans notre enquête réalisée auprès des ménages de la wilaya de

---

<sup>7</sup> Signalons que c'est également le choix retenu par les principales enquêtes épidémiologiques réalisées en Algérie (TAHINA 2007 ; MICS 2012-2013...).

Bejaia : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà consulté un médecin (généraliste/spécialiste) pour vos même ou un membre de votre famille ? ».

La variable principale d'intérêt sera donc dichotomique : avoir au moins consulté une fois un médecin (généraliste/spécialiste) ou non au cours des 12 derniers mois.

Soit  $Y_1$  une variable dichotomique qui caractérise la consultation d'un médecin (généraliste ou spécialiste) et qui prend la valeur 1, lorsque la personne déclare avoir consulté un médecin et 0 sinon.

$$Y_1 = \begin{cases} 1 & \text{si l'individue consulte un medecin} \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

Il convient dès lors d'estimer un modèle de régression logistique binaire pour estimer la probabilité de consulter au moins une fois un médecin (généraliste ou spécialiste) au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

### 1.1.2. Les variables explicatives

Le choix des variables explicatives du recours aux médecins (généralistes ou spécialiste) s'est appuyé sur la revue de la littérature en ce qui concerne l'utilisation des services de santé (cf. *supra*, chap. 1). Cette dernière s'avère ainsi influencée à la fois par des facteurs socio-économiques et des facteurs individuels. À cet effet, nous avons sélectionné 13 variables (indépendantes) sociodémographiques et socio-économiques. Notons que nous avons pris en considération aussi bien les caractéristiques individuelles des personnes que celles liées à leur ménage.

#### 1.1.2.1. Les facteurs socio-économiques

La prise en compte de la situation financière du ménage s'avère capitale dans toute étude portant sur l'accès et le recours aux soins, surtout dans le contexte des pays en développement où les solidarités familiales restent encore vivaces (Haddad *et al.*, 2004). Dès lors, nous avons pris en considération un ensemble de variables indépendantes qui résument assez bien la situation financière du ménage et de la personne :

- **Le revenu du ménage** : cette variable nous permettra d'estimer l'effet du revenu des ménages sur le recours aux médecins. Le revenu mensuel du ménage est découpé en huit (8) tranches, codées comme suit :

$$\text{Revenu du ménage} = \begin{cases} 1 & \text{si} & \text{Revenu} < 18000 \text{ DA} \\ 2 & \text{si} & 18000 \leq \text{revenu} < 36000 \text{ DA} \\ 3 & \text{si} & 36000 \leq \text{revenu} < 54000 \text{ DA} \\ 4 & \text{si} & 54000 \leq \text{revenu} < 72000 \text{ DA} \\ 5 & \text{si} & 72000 \leq \text{revenu} < 90\ 000 \text{ DA} \\ 6 & \text{si} & 90\ 000 \leq \text{revenu} < 108000 \text{ DA} \\ 7 & \text{si} & 108000 \text{ DA} \leq \text{revenu} < 162\ 000 \text{ DA} \\ 8 & \text{si} & \text{Revnu} \geq 162\ 000 \text{ DA.} \end{cases}$$

- **La catégorie socio-professionnelle de la personne** : cette variable nous permettra de tester l'hypothèse que le recours aux soins est corrélé à la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance de la personne. Nous distinguerons en tout douze (12) catégories, codées comme suit : 1 (chômeurs) ; 2 (femmes au foyer) ; 3 (retraités/pensionnaires) ; 4 (étudiants/écoliers) ; 5 (employeurs) ; 6 (professions libérales) ; 7 (cadres et professions intellectuelles supérieures) ; 8 (employés) ; 9 (ouvriers) ; 10 (cadres moyens) ; 11 (indépendants) ; 12 (travailleurs non-déclarés).
- **La taille du ménage** : cette variable désigne le nombre de personnes composant le ménage. Le but étant d'étudier l'impact potentiel que peut avoir l'appartenance à un ménage de grande taille ou de petite taille sur le recours aux médecins. Cette variable est regroupée en trois (3) classes et codée comme suit : 1 (inférieur ou égale à trois personnes) ; 2 (4 à 7 personnes) ; 3 (8 personnes et plus).
- **La propriété d'habitation** : il s'agit concrètement d'évaluer l'influence que peut avoir le *statut de locataire* (versus propriétaire) sur la consultation d'un médecin. Cette variable est codée comme suit :

$$\text{Propriété d'habitation} \begin{cases} 1 & \text{si la personne est propriétaire de son habitation} \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

- **La couverture sociale de la personne** : il s'agit de tester le rôle éventuel de l'assurance-maladie dans la fréquence de fréquentation des services de santé des personnes. En d'autres termes, cette variable nous permettra de savoir dans quelle mesure le *statut d'assuré social* encourage ou non le recours aux soins. Elle est codée comme suit :

$$\text{Couverture sociale} = \begin{cases} 1 & \text{si la personne est assurée} \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

- **La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage** : cette variable nous permettra de déduire dans quelle mesure la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage a une influence sur l'utilisation des services de santé des autres membres composant le ménage. Comme pour les personnes, nous distinguerons en tout douze (12) catégories, codées comme suit : 1 (chômeurs) ; 2 (femmes au foyer) ; 3 (retraités/pensionnaires) ; 4 (étudiants/écoliers) ; 5 (employeurs) ; 6 (professions libérales) ; 7 (cadres et professions intellectuelles supérieures) ; 8 (employés) ; 9 (ouvriers) ; 10 (cadres moyens) ; 11 (indépendants) ; 12 (travailleurs non-déclarés).

### 1.1.2.2. Les facteurs individuels

Les travaux empiriques sur l'utilisation des services de santé montrent que les caractéristiques individuelles ont aussi une influence sur la décision des personnes d'avoir recours ou non aux soins<sup>8</sup>. De ce fait, nous allons étudier l'influence des variables individuelles sur le recours aux soins des individus. Ces variables sont codées comme suit :

- **Le genre** : 1 (Homme) ; 2 (femme).
- **L'âge de la personne** : 1 [15 à 29 ans] ; 2 [30 à 43 ans] ; 3 [44 et 59 ans] ; 4 [60 ans et plus].
- **Affection de longue durée (ALD)** : 0 (Non) ; 1 (Oui : avoir au moins une maladie chronique).
- **Le niveau d'instruction de la personne** : 1 (sans instruction) ; 2 (primaire) ; 3 (moyen) ; 4 (universitaire).
- **L'âge du chef de ménage** : 1 [18 à 24 ans] ; 2 [25 à 34 ans] ; 3 [35 à 44 ans] ; 4 [45 à 59 ans] ; 5 [60 ans et plus].
- **Le niveau d'instruction du chef de ménage** : 1 (sans instruction) ; 2 (primaire) ; 3 (moyen) ; 4 (secondaire) ; 5 (universitaire).
- **Le lieu de résidence** : le comportement de recours aux soins est différent selon le milieu de la résidence. Nous avons repris à ce propos la classification retenue par le RGPH, à savoir *urbain*, *mixte* et *rural*. Le but derrière l'introduction de cette variable est de tester s'il y a des différences dans l'utilisation des services de santé entre les régions urbaines, mixtes et rurales. L'existence de telles disparités permet, entre autres, de déduire le rôle que joue la répartition territoriale de l'offre de soins sur le recours aux soins. Cette variable est codée comme suit : 1 (urbaine) ; 2 (mixte) ; 3 (rurale).

### 1.2. Choix et spécification du modèle

Dans notre étude sur des déterminants du recours aux soins, nous avons opté pour une *régression logistique binaire* (modèles dit Logit). Cette approche a été mobilisée dans la mesure où la variable à expliquer (variable dépendante Y) est de nature qualitative binaire (avoir ou non consulté un médecin), alors que les variables explicatives (variables indépendantes Xi) peuvent être par contre soit qualitatives, soit quantitatives. L'intérêt majeur de cette technique est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle (mesure ajustée) (Preux *et al.*, 2005).

Les usages les plus fréquents de la régression logistique se retrouvent en épidémiologie et dans les sciences sociales. Elle permet de mesurer l'association entre la survenue d'un événement (variable à expliquer ou dépendante) et les facteurs susceptibles de l'influencer (variables explicatives ou indépendantes) (El Sanharawi & Naudet, 2013). Lorsque l'on nous fait part de résultats du type « *Vos chances d'avoir un cancer de tel type son trois fois plus grandes si vous*

---

<sup>8</sup> Cf. *supra*, chap. 2.

avez telles caractéristiques ou si vous mangez de telle manière », les informations proviennent ainsi d'une régression logistique. La régression logistique ou modèle Logit nous donne donc des résultats sous forme de probabilités. Plus précisément, la variable dépendante est une fonction logarithmique (d'où le nom logistique) exprimant le rapport entre la probabilité qu'un événement survienne et la probabilité qu'il ne survienne pas. Dit autrement, le modèle Logit permet concrètement de prédire la probabilité qu'un individu déclare avoir ou ne pas avoir recours aux soins selon telle ou telle caractéristique personnelle. La régression logistique offre l'avantage pratique de mesurer l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, indépendamment des autres (c'est en ce sens qu'on parle d'ajustement). La force de l'influence de chaque variable du modèle est estimée par l'*odds ratio*.

Dans notre modèle logistique binaire, la variable dépendante binaire est notée  $Y$  : le fait d'avoir consulté ( $L_2$  ;  $L_2 = 1$ ) ou de ne pas avoir consulté ( $L_1$  ;  $L_1 = 0$ ) un médecin (généraliste ou spécialiste). Nous espérons ainsi expliquer la variable  $Y$  (la consultation d'un médecin) à l'aide des  $k$  variables explicatives (indépendantes)  $X_1, X_2, \dots, X_k$  ; les bêtas ( $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ ) sont justement les paramètres à estimer dans l'équation de régression. En même temps, des seuils de signification (5% ou 10%) sont à définir de manière à classer les résultats obtenus.

Pour la probabilité de déclarer avoir consulté un médecin ( $PL_2$ ), le modèle logistique de base (Bressoux, 2010) se présente comme suit :

$$PL_2 = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)}$$

Que l'on peut aussi écrire de manière formellement équivalente :

$$PL_2 = \frac{1}{1 + \exp[-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)]}$$

Le rapport suivant s'appelle le ratio *Odds* :

$$Odds = \frac{PL_2}{1-PL_2} = \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)$$

L'*odds ratio*<sup>9</sup> (ou rapport des cotes) fournit une information sur la force et le sens de l'association entre la variable explicative ( $X_i$ ) et la variable à expliquer ( $Y$ ) (El Sanharawi & Naudet, 2013).

Si on introduit le logarithme au ratio *odds*, on aura ainsi le modèle Logit suivant :

$$\ln \frac{PL_2}{1-PL_2} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k$$

<sup>9</sup> Il est toujours positif et compris entre 0 et  $+\infty$ . Lorsqu'il vaut 1, les deux variables sont indépendantes. Au contraire, plus l'OR est proche de 0 ou de  $+\infty$ , plus les variables sont liées entre elles.

## 2. Modélisation des facteurs déterminants le recours aux médecins généralistes

Dans ce qui suit, il sera question de modéliser les facteurs déterminants le recours aux médecins généralistes.

### 2.1. Élaboration du modèle logistique binaire

Les résultats suivants portent sur le « traitement des données avec la méthode descendante de Wald ».

#### 2.1.1. Tests « omnibus »

Pour évaluer la validité statistique des différences observées dans notre échantillon, nous allons utiliser les tests des ratios de vraisemblance. Ainsi, la différence entre les *log-vraisemblance* du bloc de départ et du bloc de traitement, appelée le *khi-carré du modèle* (*model Chi-square*) appelé aussi *Log Likelihood ratio* (LR), est confrontée à la table de khi-carré (Stafford et Bodson, p. 210). Si le test est significatif au seuil de 5%, il est admis qu'au moins une variable indépendante exerce une influence sur la variable dépendante. Donc, le modèle est validé et on rejette l'hypothèse (H0) selon laquelle les variables introduites dans l'équation n'ont aucun pouvoir explicatif. Il s'agit ainsi de tester l'hypothèse nulle (H0) et l'alternative (H1).

Les résultats de notre modèle indiquent que le *khi-carré* du modèle est égale à 88,574 (1077,480 – 988,907). Confronté à la table du khi-carré, le khi-carré du modèle est significatif au niveau 0,000 (cf. Tableau 71). Nous rejetons dès lors l'hypothèse nulle (H0) et on accepte (H1) au seuil de signification de 5%. Ce qui nous permet de déduire la validité du modèle dans sa globalité. Nous considérons donc, qu'avec un risque d'erreur fixé à moins de 5%, qu'il y a au moins une des variables indépendantes qui exerce une influence sur la variable dépendante (le recours aux médecins généralistes).

**Tableau 71** : Qualité d'ajustement du premier modèle

<i>Modèle</i>	<i>-2 log de vraisemblance</i>	<i>Chi-square</i>	<i>Degrés de liberté</i>	<i>Sig.</i>
<b>Constante uniquement</b>	1077,480			
<b>Finale</b>	988,907	88,574	7	0,000

*Source* : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

Le tableau 72 montre que les valeurs *Cox and Snell RSquare* (0,078) et *Nagelkerke RSquare* (0,124) sont aussi des *pseudo-Rcarré*. Ils ont tous en commun le fait qu'ils manipulent fondamentalement l'information contenue dans les  $-2LL$  (Stafford et Bodson, p. 210).

Tableau 72 : Récapitulatif du premier modèle

	-2 log de vraisemblance	Cox et Snell	Nagelkerke
La dernière étape	988,907	0,078	0,124

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

### 2.1.2. Estimation des paramètres du modèle

Après plusieurs itérations, le tableau 73 montre les variables indépendantes qui sont significatives et qui permettent de prédire la variable dépendante (le recours aux médecins généraliste) de façon significative ( $\text{Sig} \leq 0,05$ ). Autrement dit, nous allons déterminer les facteurs associés significativement à la consultation au moins une fois d'un médecin généraliste.

Tableau 73 : Estimation des paramètres du modèle pour le recours au moins une fois à un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois

		B	E.S.	Wald	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance : Exp(B) 95%	
							Borne (<)	Borne (>)
Constante		-3,216	0,373	74,322	0,000	0,04		
Genre de la personne	Femme	1,285***	0,175	53,763	0,000	3,613	2,563	5,094
	Homme	0 <sup>b</sup>						
Âge de la personne	15 à 29 ans	0 <sup>b</sup>						
	30 à 44 ans	0,113	0,199	0,323	0,57	1,12	0,758	1,653
	45 à 59 ans	0,762***	0,233	10,658	0,001	2,143	1,356	3,386
	60 ans et plus	0,31	0,295	1,105	0,293	1,364	0,765	2,433
Couverture sociale	Oui	0,708***	0,235	9,034	0,003	2,029	1,279	3,219
	Non	0 <sup>b</sup>						
Taille du ménage	≤3 personnes	0,88***	0,276	10,189	0,001	2,411	1,405	4,139
	4 à 7 personnes	0,548**	0,223	6,072	0,014	1,73	1,119	2,677
	8 personnes et plus	0 <sup>b</sup>						
Région de résidence	Urbain	-0,366*	0,193	3,592	0,058	0,693	0,475	1,013
	Mixte	-0,36	0,217	2,735	0,098	0,698	0,456	1,069
	Rurale	0 <sup>b</sup>						

0<sup>b</sup> : Modalité de référence des variables explicatives

\*\*\*: Pr < 0,01 (1%), Très significatif ; \*\*: Pr < 0,05 (5%), Significatif ; \* : Pr < 0,10 (10%), Moins significatif.

B : Paramètre estimé dont le signe indique le sens de variation de la probabilité.

Erreur std : Écart type du paramètre estimé B.

Sig. : Significativité du paramètre B (si inférieure ou égale à 1%, 5% voire à 10%)

Exp (B) : Le rapport de cote (Odds Ratio) indique combien de fois (« chances »), on a de connaître l'événement quand on possède telle caractéristique de la variable indépendante plutôt que celle de référence.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).



## 2.2. Discussion des résultats de la modélisation économétrique des déterminants du recours aux médecins généralistes

Les résultats de la modélisation pour le recours au moins une fois à un médecin généraliste au cours de l'année ayant précédé l'enquête montrent que huit variables ne sont pas significatives, à savoir le *niveau d'instruction* et la *catégorie socioprofessionnelle de la personne*, l'*âge du chef de ménage*, le *niveau d'instruction et la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage*, le *revenu du ménage*, les *facteurs de précarité économique et sociale* (périodes d'inactivité professionnelles et difficultés financières au cours des douze derniers mois).

Quelques remarques peuvent être avancées ici :

- ❖ Le *niveau d'instruction et la catégorie socioprofessionnelle de la personne* n'ont pas d'influence significative sur les consultations de médecin généraliste. Ces résultats sont similaires aux travaux de Arwidson & Guilbert (2001). Néanmoins, les résultats de l'enquête *Tunisian Health Examination Survey-2016 (THES-2016)* indiquent un recours différentiel au médecin généraliste selon le niveau d'instruction (Institut National de la Santé, 2019). Ainsi, cette étude montre que les personnes sans instruction consultent plus le médecin généraliste que celles ayant un niveau d'instruction supérieur pour les deux genres. Par contre, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le pourcentage des personnes ayant eu un contact avec un médecin généraliste et la profession chez les femmes. Néanmoins, une différence selon l'activité professionnelle chez les hommes a été constaté ; le taux le plus élevé était observé chez les retraités suivi par les cadres intermédiaires. Enfin, l'étude de Jouilil & Lechheb (2019) au Maroc contraste avec les résultats de l'étude tunisienne et conclue notamment que les personnes à haut niveau d'instruction ont plus de chance de recourir à la médecine préventive.
- ❖ Les *caractéristiques du chef de ménage* (âge, niveau d'instruction et catégorie socio-professionnelle) n'ont pas d'effets significatifs sur le recours au médecin généraliste. Notons que ce résultat corrobore l'étude de Piaser & Raynaud (2002). Néanmoins, l'étude de Wilfried, Jérôme & Valentin (2018) a trouvé un résultat contraire, notamment que le niveau d'instruction et l'âge du chef de ménage ont une influence sur l'accès aux services de santé à Grand-Bassam en Côte d'Ivoire. De même, l'étude Jouilil & Lechheb (2019) au Maroc abonde dans le même sens. Selon eux, les ménages dont le chef de ménage est alphabétisé ont plus de chance de recourir aux soins de santé, avec 8,4 points de pourcentage de plus par rapport à leur homologue analphabète. L'étude de Dieng *et al.* (2015) au Sénégal conclue que les personnes faisant partie des ménages où le chef de ménage possède un niveau d'éducation en français au moins équivalent au secondaire comparé à ceux qui n'ont aucun niveau d'éducation, ont une probabilité plus grande de faire un recours externe que de pratiquer l'automédication.



- ❖ Le *revenu du ménage* et les *facteurs de précarité économique et social* (périodes d'inactivité professionnelle et difficultés financières au cours des douze derniers mois) n'ont pas d'influence significatives sur le recours au moins une fois à un généraliste. Ce résultat peut s'expliquer par le tarif négligeable (50 DA) des consultations dans les structures publiques. En effet, l'étude de Aissaoui (2016) dans quatorze (14) EPSP de sept wilayas de l'Est algérien (Oum El Bouaghi, Batna, Tébessa, Skikda, Constantine, Khenchla et Souk Ahras) a trouvé le même résultat. Selon lui, les moyens financiers ne déterminent pas le recours aux médecins généralistes dans les EPSP. Ces résultats sont similaires aussi aux travaux de Arwidson & Guilbert (2001), de Clerc-Urmes (2011), de Or, Jusot & Yilmaz (2009) et de Piasser & Raynaud (2002), qui concluent que le revenu n'est pas un facteur déterminant du recours au moins une fois au médecin généraliste. De même, l'enquête *THES-2016* en Tunisie conclue qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives selon le *proxy* du niveau de vie des ménages (Institut National de la Santé, 2019). Cependant, ces résultats contrastent avec les travaux des pays en développement, notamment en Afrique (Haddad *et al.* 2004 ; Loba et Bosson, 2015 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018). Dans l'étude de Haddad *et al.* (2004), qui traite du cas du Burkina Faso, la consommation de soins est fortement contrainte par la capacité de paiement des ménages. L'étude de Loba & Bosson (2015), qui traite du cas d'Abidjan en Côte d'Ivoire conclue également que les ménages les plus vulnérables économiquement ont un moindre recours aux structures sanitaires publiques.
- ❖ *Avoir une maladie chronique* n'est pas un facteur significatif de recours au moins une fois à un médecin généraliste. Cela peut aisément s'expliquer par le suivi régulier dont bénéficient ces personnes souffrant d'une ou de plusieurs maladies chronique auprès de leur(s) médecin(s) spécialiste(s) traitant(s).

Par ailleurs, la modélisation économétrique a montré que cinq variables sociodémographiques individuelles et familiales, à savoir le *genre*, l'*âge de la personne*, la *couverture sociale*, la *taille du ménage* et le *lieu de résidence*, sont statistiquement significatives. Dans ce qui suit, nous allons analyser l'association entre chacune de ces variables explicatives avec le recours au moins une fois à un médecin généraliste :

- ❖ L'analyse de la variable explicative « **genre de la personne** » montre une très forte corrélation positive entre le recours aux médecins généralistes et le sexe féminin. Le paramètre ( $\beta_1=1,285$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur nulle. Les femmes consultent plus de trois fois davantage le médecin généraliste que les hommes ( $\text{Exp}(\beta_1) = 3,613$ ). Cela peut être expliqué par les spécificités de la représentation de la santé chez les femmes. En outre, cela est également lié à la morbidité ressentie qui est beaucoup plus importante chez les femmes ; l'enquête Tahina (INSP, 2007) en Algérie montre, par exemple, une prédominance féminine dans la morbidité ressentie au sein des ménages. Signalons ici que nos résultats concordent avec ceux de l'enquête Tahina qui conclue que les femmes consultent relativement plus les professionnels de santé. En Tunisie, l'enquête *Tunisian Health Examination Survey-2016* (THES-2016) révèle également que les femmes consultent relativement plus les médecins

généralistes (Institut National de la Santé, 2019). De surcroît, nos résultats sont similaires aux travaux de Costas *et al.* (2003), de Edo-Izquierdo, Martínez-Blanquet & Rovira (2020) et de Gruénais Guillermet (2018), de Ymba (2013) et de Loba Akou *et al.* (2019). Néanmoins, le résultat trouvé par Mariko & Cisse (2000) dans cinq capitales ouest africaines est contraire au notre. Selon eux, le sexe n'est pas un déterminant d'utilisation des services de santé quel que soit le type de formation sanitaire. Dans le même sens, l'étude de Jouilil et Lechheb (2019) affirme qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les sexes quant aux recours aux soins préventifs au Maroc.

- ❖ Les résultats de l'enquête indiquent une forte association positive entre la variable explicative « **âge de la personne** » et le recours aux médecins généralistes. Pour la tranche d'âge « 45 - 59 ans », le coefficient ( $\beta_2=0,761$ ) est très significatif avec une probabilité de moins de 1% ( $Pr=0,001$ ). Ainsi, les personnes faisant partie de cette catégorie d'âge manifestent une tendance plus de deux fois plus élevée à consulter un médecin généraliste que celles âgées entre 15 et 29 ans. Néanmoins, nous remarquons que la catégorie d'âge « 30 - 44 ans » n'est pas significative dans le modèle, car la probabilité est supérieure à 10%. Nous constatons également que la modalité d'âge « 60 et plus » n'est pas significative. Comme indiqué précédemment, cela peut s'expliquer du fait que cette catégorie de la population, qui est souvent atteinte de maladies chroniques, a généralement un suivi régulier plutôt auprès d'un ou de plusieurs médecins spécialistes.
- ❖ Les estimations du modèle montrent en outre une forte corrélation positive entre les consultations de médecins généralistes et la variable explicative « **couverture sociale** ». Le paramètre ( $\beta_3 = 0,708$ ) est très significatif avec une probabilité de moins de 1% ( $Pr=0,001$ ) < 1%. La couverture sociale agit donc positivement sur le recours aux médecins généralistes. Autrement dit, les personnes couvertes par une assurance maladie consultent plus de deux fois davantage le médecin généraliste que les personnes non couvertes ( $Exp(\beta_3) = 2,029$ ). En dépit du fait que les personnes non assurées peuvent accéder gratuitement à un médecin généraliste dans les EPSP, nous remarquons l'existence d'inégalités dans le recours à ce type de soins. Cela relève éventuellement de l'absence de remboursement des médicaments pour les « non assurés ». L'étude qualitative de Rebouha (2007) à Oran conforte nos résultats, dans la mesure où elle conclue que les « non assurés » ont un moindre recours aux soins. Nos résultats sont également similaires à ceux trouvés dans l'enquête *THES-2016* en Tunisie, qui montre que les assurés consultent plus souvent un médecin généraliste que les « non assurés » (Institut National de la Santé, 2019). Enfin, l'étude de Jouilil et Lechheb (2019) au Maroc confortent également nos résultats, en mettant en évidence un recours différentiel aux soins préventifs entre les personnes couvertes par la couverture médicale de base et les « non couvertes ».
- ❖ Les résultats de l'estimation indiquent une relation positive entre la variable explicative « **taille du ménage** » et le recours aux médecins généralistes. Pour la modalité de taille « inférieur ou égale à trois personnes », le coefficient ( $\beta_4 = 0,88$ )

atteste la significativité de la variable qui lui a été accoté avec une probabilité d'erreurs de moins de 1% ( $Pr=0,001$ ). Ce résultat révèle que les personnes faisant partie des ménages de petite taille ont près de deux fois et demi plus de chance d'avoir recours à un médecin généraliste ( $\exp(\beta_4) = 2,411$ ). Nous avons remarqué la même tendance avec la modalité « 4 à 7 personnes » où la probabilité ( $Pr= 0,014$ ) < 5% est significative et le paramètre  $\beta_7$  s'élève à 0,548. Ces résultats concordent avec l'étude de Wilfried, Jérôme & Valentin (2018) qui montre que la fréquentation des établissements de santé à Grand-Bassam (Côte d'Ivoire) dépend de la taille des ménages. En outre, l'étude de Améa (2015) conclue sur le même résultat, à savoir que la taille du ménage conditionne l'accès aux soins dans les centres de santé de Bonoua toujours en Côte d'Ivoire (cité par Wilfried *et al.*, 2018). Selon cette dernière étude, plus la taille du ménage est grande, plus il y a un moindre recours aux centres de santé. Toujours en Côte d'Ivoire, l'étude de Loba & Bosson (2015) conclue également sur le même résultat en matière de recours au formation sanitaire publique. Cependant, au Sénégal, l'étude de Dieng *et al.* (2015) montre que la taille du ménage n'a pas d'effet significatif sur le choix du type de recours (automédication ou recours externe).

- ❖ S'agissant de la variable « **lieu de résidence** », celle-ci fait apparaître une relation négative entre les consultations de médecins généralistes et la modalité « urbaine ». Le paramètre ( $\beta_6 = - 0, 366$ ) est significatif avec une probabilité ( $Pr=0,058$ ) <10%. Ce résultat indique que les personnes dont la région de résidence est urbaine manifestent une moindre tendance à consulter un médecin généraliste que celles résidentes dans les régions rurales. Ce moindre recours en ville peut s'expliquer par la proximité des médecins spécialistes, qui amènent les personnes à faire l'arbitrage entre consulter un médecin généraliste au bien un spécialiste. Dans les régions rurales, le médecin généraliste est plus sollicité car il est le seul à proximité. Signalons que ces résultats sont similaires à ceux de l'enquête Tahina (INSP, 2007). Néanmoins, l'étude de Joulil & Lechheb (2019) au Maroc pour les soins préventifs indique que les ruraux ont moins de 8,3 % de chance de consulter par rapport aux citadins. En Tunisie enfin, les résultats de l'enquête *THES-2016* n'indiquent pas de différences significatives pour le recours au médecin généraliste selon le milieu de résidence (Institut National de la Santé, 2019).

Retenons en définitive, qu'en dépit du fait que les consultations sont gratuites dans le secteur public et que tous les EPSP sont en principe dotés d'au moins un médecin généraliste, les résultats de l'estimation du modèle mettent en évidence l'existence d'inégalités socio-économiques en matière de recours au médecin généraliste. Ainsi, le recours à ce praticien apparaît comme étant lié au fait de disposer d'une couverture maladie, avec donc des assurés sociaux qui consultent plus de deux fois davantage le médecin généraliste que les « non assurés ». Au final, la persistance de ces inégalités en matière de recours au médecin généraliste est surtout révélatrice des problèmes d'accès à une couverture maladie de base, comme l'affirmait déjà la déclaration finale de la fameuse conférence d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires. Rappelons que cette dernière conclue notamment que les inégalités d'accès primaire aux soins sont le fait d'abord des inégalités de protection sociale.

### 3. Modélisation des facteurs déterminants le recours aux médecins spécialistes

L'objectif ici est de déterminer les facteurs du recours au moins une fois à un médecin spécialiste au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Nous allons ainsi caractériser les relations entre les consultations de médecins spécialistes et les facteurs qui sont susceptibles de l'influencer. Rappelons que la variable à expliquer ou dépendante est dichotomique : avoir consulté au moins une fois un médecin spécialiste ( $Y_2 = 1$ ) ou ne pas consulté ( $Y_2 = 0$ ). Elle est estimée à partir d'une régression logistique binaire.

$$Y_2 = \begin{cases} 1 & \text{si l'individu consulte un medecin spécialiste} \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

Les variables indépendantes à tester sont les mêmes que celles testées pour le recours aux médecins généralistes.

#### 3.1. Élaboration du modèle logistique binaire

Les résultats suivants portent sur le traitement des données avec la méthode descendante de Wald.

##### 3.1.1. Tests « omnibus »

Nous allons évaluer la validité statistique des différences observées dans notre échantillon, par les tests des ratios de vraisemblance. Les résultats de notre modèle indiquent que le *khi-carré* du modèle (*Chi-square*) est égale à 303,45 et significatif au niveau 0,000 (cf. Tableau 74). Donc, nous rejetons l'hypothèse nulle ( $H_0$ ) et on accepte ( $H_1$ ) au seuil de signification de 5%. Par conséquent, le modèle est validé dans sa globalité. Nous considérons donc, qu'avec un risque d'erreur fixé à moins de 5%, qu'il y a au moins une des variables indépendantes qui exerce une influence sur la variable dépendante (le recours aux médecins spécialistes).

**Tableau 74** : Qualité d'ajustement du deuxième modèle

<i>Modèle</i>	<i>-2 log de vraisemblance</i>	<i>Chi-square</i>	<i>Degrés de liberté</i>	<i>Sig.</i>
<b>Constante uniquement</b>	1474,471			
<b>Finale</b>	1171,011	303,45	18	0,000

*Source* : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

Le tableau 75 montre que Les valeurs *Cox and Snell RSquare* (0,241) et *Nagelkerke RSquare* (0,327) sont aussi des *pseudo-Rcarré*.

**Tableau 75** : Récapitulatif du deuxième modèle

	<i>-2 log de vraisemblance</i>	<i>R-deux de Cox &amp; Snell</i>	<i>R-deux de Nagelkerke</i>
<b>La dernière étape</b>	1171,011a	0,241	0,327

*Source* : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

### 3.1.2. Estimation des paramètres du modèle

Après plusieurs itérations, nous présentons dans le tableau 76 les variables indépendantes qui sont significatives et qui permettent de prédire la variable dépendante (le recours aux médecins spécialistes) de façon significative ( $Sig \leq 0,05$ ). Autrement dit, nous allons déterminer les facteurs associés significativement aux consultations de médecins spécialistes.

**Tableau 76 :** Estimations des paramètres du modèle pour le recours au moins une fois à un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois

		B	E.S.	Wald	Sig.	Exp (B)	Int. de confiance : Exp(B) 95%	
							Borne (<)	Borne (>)
Constante		-1,216	0,459	7,004	0,008	0,297		
Genre de la personne	Femme	1,217***	0,206	34,965	0,000	3,378	2,256	5,056
	Homme	Ref.						
Âge de la personne	15 à 29 ans	-1,206***	0,377	10,247	0,001	0,299	0,143	0,626
	30 à 44 ans	-0,767**	0,349	4,825	0,028	0,464	0,234	0,921
	45 à 59 ans	-0,54	0,351	2,376	0,123	0,582	0,293	1,158
	60 ans et plus	Ref.						
Avoir une maladie chronique	Oui	2,657***	0,459	33,482	0	14,254	5,795	35,059
	Non	Ref.						
Catégorie socio-professionnelle de la personne	Chômeur	0,426	0,459	0,864	0,353	1,531	0,623	3,763
	Femme au foyer	0,91**	0,383	5,646	0,017	2,486	1,173	5,267
	Retraité/Pensionnaire	-0,484	0,477	1,03	0,31	0,616	0,242	1,569
	Etudiants/Ecoliers	-0,619	0,435	2,025	0,155	0,538	0,229	1,263
	Employeurs	-1,043	0,812	1,649	0,199	0,352	0,072	1,731
	Professions libérales	1,109	0,773	2,061	0,151	3,033	0,667	13,792
	Cadres et PIS	-0,421	0,477	0,776	0,378	0,657	0,258	1,674
	Employés	0,132	0,383	0,118	0,731	1,141	0,538	2,418
	Ouvriers	0,123	0,423	0,085	0,771	1,131	0,494	2,592
	Cadres moyens	0,363	0,427	0,722	0,395	1,437	0,623	3,317
	Indépendants	-0,119	0,411	0,083	0,773	0,888	0,397	1,989
Non déclarés	0 <sup>b</sup>							
Taille du ménage	≤3 personnes	1,181***	0,249	22,429	0	3,257	1,998	5,308
	4 à 7 personnes	0,633***	0,189	11,25	0,001	1,884	1,301	2,727
	8 personnes et plus	0 <sup>b</sup>						

**Ref. :** Modalité de référence des variables explicatives

\*\*\* : Pr < 0,01 (1%), Très significatif ; \*\* : Pr < 0,05 (5%), Significatif ; \* : Pr < 0,10 (10%), Moins significatif.

**B :** Paramètre estimé dont le signe indique le sens de variation de la probabilité.

**Erreur std :** Écart type du paramètre estimé B.

**Sig. :** Significativité du paramètre B (si inférieure ou égale à 1%, 5% voire à 10%)

**Exp (B) :** Le rapport de cote (*Odds Ratio*) indique combien de fois («chances»), on a de connaître l'événement quand on possède telle caractéristique de la variable indépendante plutôt que celle de référence.

**Source :** Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20)



### 3.2. Discussion des résultats de la modélisation économétrique des déterminants du recours aux médecins spécialistes

Les résultats de la modélisation pour le recours au moins une fois à un médecin spécialiste au cours de l'année ayant précédé l'enquête montrent que huit variables ne sont pas significatives, à savoir : le *niveau d'instruction* et la *couverture sociale de la personne* ; l'*âge*, le *niveau d'instruction* et la *profession du chef de ménage* ; le *revenu du ménage* ; les *difficultés financières au cours des douze derniers mois* ; le *lieu de résidence*.

Quelques éléments de commentaire peuvent être apportés ici :

- ❖ Contrairement aux travaux de Arwidson & Guilbert (2001), de Leclerc, Kaminski & Lang (2008) et du DREES (2010), les estimations du modèle ont montré que le *niveau d'instruction de la personne* ne semble pas jouer un rôle significatif sur la fréquence des consultations de médecins spécialistes. Signalons que l'enquête *THES-2016* en Tunisie conclue également en l'existence d'un lien entre niveau d'instruction et fréquence du recours aux consultations de spécialistes. Cette dernière étude montre notamment que les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur consultaient relativement plus les médecins spécialistes que tous les autres niveaux (Institut National de la Santé, 2019).
- ❖ Les associations entre les consultations de médecins spécialistes et les *caractéristiques du chef du ménage*, notamment son niveau d'instruction et sa profession, ne sont plus significatives. Ces résultats convergent avec ceux de l'étude de Piaser & Raynaud (2002).
- ❖ De façon plutôt contre-intuitive, la *couverture sociale* et le *revenu du ménage* n'ont pas d'impact significatif sur la probabilité de consulter au moins une fois un spécialiste. Donc, la consultation médicale spécialisée ne peut aucunement être considérée comme un bien inférieur. Cela peut s'expliquer du fait qu'on a pris ici toutes les spécialités. Par exemple, dans le cas du suivi gynécologique, notamment pour la grossesse, les consultations relèvent de comportements particuliers. Ainsi, quel que soit le niveau de revenu du ménage, les femmes parturientes doivent faire quelques consultations auprès d'un gynécologue ; la question qui se pose ici est alors si ces femmes ont pu faire toutes les visites prénatales pour un bon suivi de grossesse. Notons que « *le suivi de grossesse, la contraception et les suites de couches* » représente le troisième motif de recours au moins une fois à un médecin spécialiste. Ces résultats contrastent avec les travaux de Arwidson & Guilbert (2001), de Leclerc, Kaminski & Lang (2008) et de Piaser & Raynaud (2002), ayant montré que les individus qui sont couverts par une assurance maladie sont les plus susceptibles d'utiliser les services ambulatoires. De surcroît, ses résultats contrastent avec ceux de l'enquête *THES-2016* en Tunisie, qui a donc conclue à un recours plus élevé pour les assurés et à un recours différentiel au médecin spécialiste selon le *proxy* du niveau de vie des ménages (Institut National de la Santé, 2019).

S'agissant des variables qui sont statistiquement significatives, les résultats de la modélisation économétrique mettent en évidence cinq variables sociodémographiques individuelles et familiales, à savoir le *sexe*, l'*âge* et la *catégorie socio-professionnelle de la personne*, le fait d'*avoir au moins une maladie chronique* et la *taille du ménage*. Ces variables ont donc une influence importante sur la décision de recours aux soins.

Présentons dans ce qui suit quelques éléments de commentaire à ces résultats :

- ❖ L'analyse de la variable explicative « **genre de la personne** » indique une très forte corrélation positive entre le recours aux médecins spécialistes et le sexe féminin. Le paramètre  $\beta_1=1,217$  est très significatif avec une probabilité d'erreur nulle. Les femmes ont plus de trois fois de chance de consulter au moins une fois un médecin spécialiste durant l'année que les hommes ( $\text{Exp}(\beta_1) = 3,378$ ). Les résultats de l'enquête Tahina (INSP, 2007) confirment le même résultat, à savoir que les femmes ont tendance à consulter plus souvent les professionnels de santé. Précisons également que l'enquête *THES-2016* en Tunisie révèle aussi que les femmes consultaient relativement plus les médecins spécialistes (Institut National de la Santé, 2019). Ces résultats sont similaires également aux travaux de Arwidson & Guilbert (2001), de Edo-Izquierdo, Martínez-Blanquet & Rovira (2020) et, enfin, de Leclerc, Kaminski & Lang (2008). Deux séries de raisons peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène. La première est d'ordre objectif (suivi de grossesse, suites de couches, problèmes gynécologiques et ménopause) et la seconde est plus subjective (souci de sa santé, morbidité ressentie).
- ❖ L'analyse de la variable explicative « **âge de la personne** » montre une forte association négative entre le recours aux médecins spécialistes et la catégorie d'âge « 15 à 29 ans ». Le coefficient ( $\beta_2 = -1,206$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 1% ( $\text{Pr} = 0,001$ ). Ainsi, les personnes âgées entre 15 et 29 ans ont un moindre recours aux médecins spécialistes que les personnes de 60 ans et plus (qui est donc la catégorie de référence dans notre modèle). Nous avons observé la même tendance avec la catégorie d'âge « 30 à 44 ans », où le paramètre ( $\beta_3 = -0,767$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 5% ( $\text{Pr} = 0,028$ ). Nous avons également observé une relation négative pour la tranche d'âge « 45 à 60 ans », mais toutefois avec une probabilité d'erreur qui dépasse 10%. Le moindre recours aux spécialistes pour ces catégories d'âge peut s'expliquer par un état de santé meilleur que pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Signalons que l'enquête *THES-2016* en Tunisie a trouvé le même résultat que le nôtre (Institut National de la Santé, 2019). Nos résultats sont également similaires aux travaux de Arwidson & Guilbert (2001) et de Piaser & Raynaud (2002). Néanmoins, l'étude de Jouilil & Lechheb (2019) a montré un effet négatif de l'âge sur la probabilité d'aller consulter pour les soins préventifs. Signalons que nos résultats contrastent également avec l'étude d'Akoto *et al.* (2002) qui stipule que les personnes âgées ont un moindre recours aux soins en raison de leurs valeurs culturelles anciennes.

- ❖ L'analyse de la variable explicative « **avoir au moins une maladie chronique** », montre une corrélation positive avec le recours aux médecins spécialistes. Le paramètre ( $\beta_4=2,657$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur nulle. Cela signifie que les personnes déclarant avoir une ou plusieurs maladies chroniques recourent plus de 14 fois davantage aux médecins spécialistes que les autres personnes ( $\text{Exp}(\beta_4) = 14,254$ ). Donc, de façon tout à fait intuitive, l'état de santé de la personne agit positivement sur le recours aux spécialistes. Ce résultat est similaire à l'étude du Zehnati et Keddad (2020) qui précise que les malades chroniques ont presque 10% de chance de consulter un spécialiste que les non-chroniques en Algérie. Ces résultats concordent également avec la plupart des travaux empiriques dans les pays développés, notamment ceux de Arwidson & Guilbert (2001) et de Piaser & Raynaud (2002). Au Maroc, l'étude de Jouilil & Lechheb (2019) sur le recours aux soins préventifs montre que le fait d'avoir une maladie chronique multiplie par 3,5 la probabilité d'aller consulter un professionnel de santé.
- ❖ Pour la variable explicative « **catégorie socio-professionnelle de la personne** », nous avons constaté une association positive entre les consultations de médecins spécialistes et la catégorie « femmes au foyer ». Le paramètre ( $\beta_5=0,91$ ) est significatif avec une probabilité de moins de 5% ( $\text{Pr}=0,017$ ) <5%. Les femmes au foyer ont plus de deux fois de chance de consulter un médecin spécialiste que les non déclarés ( $\text{Exp}(\beta_5) = 2,486$ ). Cela peut s'expliquer, d'une part, du fait que les femmes en général recourent plus aux professionnels de santé. D'autre part, ce résultat peut être lié à la surreprésentation des femmes au foyer dans l'échantillon de l'enquête. Précisons que les autres catégories socio-professionnelles ne sont pas significatives car leur probabilité d'erreur dépasse 10%.
- ❖ L'analyse de la variable explicative « **taille du ménage** » fait apparaître une forte association positive avec les consultations de médecins spécialistes. Au niveau de la modalité de taille « inférieur ou égale à trois personnes », le paramètre ( $\beta_6 = 1,181$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur nulle. Ce résultat nous informe que les personnes faisant partie de ménages de petite taille ont plus de trois fois de chance de consulter un médecin spécialiste que celles faisant partie de ménages de grande taille ( $\text{Exp}(\beta_6) = 3,257$ ). Nous avons remarqué la même tendance pour la modalité de taille « 4 à 7 personnes », où le coefficient ( $\beta_7=0,633$ ) est très significatif avec une probabilité de moins de 1% ( $\text{Pr}=0,001$ ). Cela signifie que les personnes qui appartiennent à des ménages dont la taille est entre 4 à 7 personnes ont plus de chance de consulter un médecin spécialiste que celles issues des ménages de 8 personnes et plus ( $\text{Exp}(\beta_7) = 1,884$ ). Signalons que ces résultats sont similaires à ceux des études portant sur les pays d'Afrique (Améa, 2015 ; Loba et Bosson, 2015).



Remarquons, en définitive, que les estimations de la régression logistique ont montré que les déterminants du recours au moins une fois à un médecin généraliste sont sensiblement différents des déterminants mis en évidence pour les soins spécialisés.

## CONCLUSION

En dépit des réformes engagées par l'État pour favoriser une meilleure utilisation des services de santé, avec notamment celle intervenue en 2007 avec la nouvelle carte sanitaire, les résultats de l'enquête de terrain dans la wilaya de Béjaïa ont mis en exergue un moindre recours aux soins de santé primaire. En effet, sur les 1567 personnes composant ces ménages, moins de 20% seulement ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste. Signalons en outre que le recours aux spécialistes est relativement plus fréquent que le recours aux médecins généralistes.

L'analyse des motifs de consultations pour les médecins généralistes montre que les consultations pour la première fois représentent plus des trois quarts (3/4) des motifs de recours à ce praticien. Le suivi régulier par un médecin généraliste ne représente que 17,20% des motifs de consultation. Les maladies respiratoires (angines, gripes, asthmes...) sont en tête des motifs de consultation, suivi par la rubrique "symptômes et signes". Notons enfin que les consultations pour un bilan de prévention et/ou des conseils ne représentent qu'un taux marginal. Pour ce qui est des consultations de médecins spécialistes, les « maladies respiratoires » représentent le premier motif de consultations, suivis par les « maladies endocriniennes » et la rubrique « suivi de grossesse, contraception et suites de couches ». Néanmoins, soulignons que les motifs de consultations diffèrent selon le sexe et l'âge.

En outre, l'analyse descriptive pour le recours aux médecins (généralistes/spécialistes) montre un recours différentiel selon le sexe, l'âge, la couverture sociale, la catégorie socio-professionnelle et le type de prestataire de soins. Ainsi, quels que soient les professionnels de santé étudiés, ce sont les femmes, les personnes couvertes par une assurance maladie, celles bénéficiaires d'une carte Chiffa, qui déclarent le plus fréquemment consulter. Par ailleurs, les résultats de notre enquête ont montré que les personnes âgées de 45 à 60 ans, les personnes issues de ménages disposant d'un revenu faible et celles résidantes dans des régions rurales, sont les utilisateurs potentiels de médecins généralistes. Pour le recours aux spécialistes, celui-ci augmente sensiblement avec l'âge et il est plus fréquent pour les personnes se déclarant atteintes au moins d'une maladie chronique, celles issues de régions urbaines et les personnes dont le chef de ménage est universitaire.

Enfin, une analyse multivariée par régressions logistiques binaires a été menée pour déterminer les facteurs sociodémographiques liés à la consultation au moins une fois d'un médecin généraliste ou spécialiste. Les résultats des estimations pour le recours aux médecins généralistes ont montré un recours différentiel selon le sexe, l'âge, la taille du ménage et la couverture assurantielle. Un autre facteur statistiquement significatif relève de la région de résidence. Ainsi, il y a un moindre recours au généraliste pour les personnes résidantes dans des régions à prédominance urbaines. Ce qui s'explique essentiellement par la proximité de l'offre

de spécialiste. S'agissant du recours aux spécialistes, les résultats des estimations du modèle ont montré une corrélation positive avec le sexe féminin, le fait d'avoir une ou plusieurs maladies chroniques et la taille du ménage, ainsi qu'une association négative avec l'âge. Toutefois, le niveau d'instruction, le revenu et la couverture sociale ne sont pas des déterminants statistiquement significatifs de consulter au moins une fois un spécialiste.

Rappelons, pour clore ce chapitre, que les indicateurs de recours étudiés ici concernent seulement les inégalités d'accès primaire (recours au moins une fois à un professionnel de santé) et ne renseignent absolument pas sur le suivi de la trajectoire de soins des patients (accès secondaire). De ce fait, analyser les inégalités de recours aux soins supposerait de distinguer plusieurs types de soins et plusieurs étapes. Les soins donnés pour certains problèmes de santé (handicap, santé mentale, cancer...) et le suivi de grossesse nécessiteraient un examen à eux seuls. Par ailleurs, les comportements de recours aux soins sont difficiles à appréhender en raison du différentiel d'état de santé entre individus, ce qui entraîne un besoin différencié en matière de services médicaux et donc de recours aux soins. De ce fait, pour mieux analyser les inégalités de recours aux soins, celles-ci doivent être étudiées dans un contexte de santé particulier où les individus ont les mêmes risques et les mêmes besoins de santé ou bien par l'approche du renoncement aux soins qui reflète directement des difficultés d'accès aux soins. Cette seconde voie est explorée dans les deux derniers chapitres de ce travail.

# **CHAPITRE 5 :**

## **ÉTUDE EXPLORATOIRE DU RENONCEMENT AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA**

Le renoncement aux soins est le comportement produit par des obstacles et des contraintes (financières, organisationnelles, psychologiques, territoriales ...) qui empêchent les personnes d'accéder aux services de santé au moment et tant que le besoin est ressenti. Ainsi, le renoncement, dans sa dimension économique, renvoie principalement à l'insuffisance de remboursement des soins. De ce fait, il interroge de prime abord l'efficacité et les failles de la couverture d'assurance maladie. Plus généralement, l'enjeu, lorsqu'on s'interroge sur l'ampleur du phénomène de renoncement aux soins, est de pouvoir s'assurer du respect du principe d'équité horizontale dans le système de santé, qui stipule un traitement égal à état de santé égal.

Nombreuses sont les études économétriques, sociologiques et psychologiques menées sur les déterminants du renoncement aux soins de santé en générale ou pour des soins bien précis dans les pays développés<sup>1</sup>. Cependant, les études dans ce domaine de la recherche en santé publique sont quasi inexistantes en Algérie. À notre connaissance, aucune étude dans le domaine économique, sociologique ou psychologique n'a été réalisée pour déterminer l'ampleur de ce phénomène, ainsi que les facteurs explicatifs de ce comportement de renoncement ou de non-recours aux soins de santé, à l'exception de l'étude de Chalane, Cheurfa et Kaid Tlilane (2020) sur le renoncement aux soins maternels. Afin d'identifier les dimensions et les principales difficultés et contraintes d'accès aux soins qui se posent aujourd'hui en Algérie, une enquête auprès des ménages de la wilaya de Béjaïa a ainsi été

---

<sup>1</sup> Cf. chap. 1, sect. 3.

réalisée. Cette étude permettra de croiser les caractéristiques démographiques, socio-économiques et résidentielles de la population avec les comportements de renoncement aux soins.

Dans ce chapitre, nous allons donc présenter et analyser les résultats de l'enquête portant sur les renoncements aux soins déclarés au sein d'un échantillon de la population de la wilaya de Béjaïa. Nous allons ainsi étudier les inégalités sociales associées au comportement de renoncement aux soins de santé dans la Wilaya de Béjaïa. Nous commencerons par une analyse globale du renoncement aux soins et de ses manifestations multiples (section 1), avant de nous focaliser sur ses déterminants individuels, socio-économiques et territoriaux (section 2). En fait, les objectifs principaux de notre investigation étaient les suivants :

- ✓ d'abord, estimer la fréquence du renoncement par type de soins dans la Wilaya de Béjaïa, ainsi que les principaux motifs qui poussent les individus à ne pas avoir recours aux soins. En d'autres termes : *À quels soins renonce-t-on et pour quels motifs ?*
- ✓ ensuite, rechercher les facteurs démographiques (âge, sexe), socio-économiques (revenu de l'individu/du ménage, niveau d'éducation, couverture maladie) et résidentiels, associés au renoncement aux soins dans la Wilaya de Bejaïa. En d'autres termes : *Quel est l'effet des différentes caractéristiques individuelles et/ou sociales sur le renoncement aux soins ?*

Rappelons que l'objet ultime de l'enquête sur le renoncement aux soins est avant tout à saisir les difficultés et les contraintes pour accéder aux services de santé. Plus particulièrement, il s'agira ici de savoir si le renoncement aux soins est inéquitable ou systématiquement lié à des caractéristiques socio-économiques ou à d'autres caractéristiques personnelles.

## I. PANORAMA GÉNÉRAL DU PHÉNOMÈNE DE RENONCEMENT AUX SOINS

Le présent développement a pour objectif de dresser un premier diagnostic quantitatif relatif au renoncement aux soins afin de rendre compte de l'importance du phénomène, de ses principales caractéristiques et de ses causes. Comme premier niveau d'analyse, nous commencerons par évaluer la fréquence globale de renoncement aux soins déclaré au sein de notre échantillon, avant de le détailler par catégorie (type) de soins. Nous aborderons, dans un deuxième temps, les raisons évoquées par les répondants à l'origine de leur renoncement aux soins de santé. Nous nous intéresserons par la suite à la question de la nature ou du type de renoncement aux soins, qui peut donc signifier un *simple report dans le temps* ou carrément une *renonciation définitive*. Enfin, nous croiserons, dans un dernier temps, les données sur le renoncement aux soins avec la gravité ressentie du problème de santé par les renonçants.

### 1. La fréquence globale de renoncement aux soins

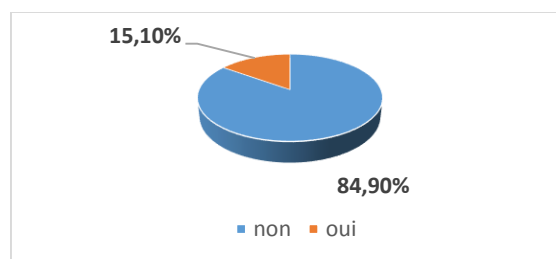
Au total, plus de 57% des ménages enquêtés déclarent renoncer actuellement ou avoir renoncé à des soins de santé, alors qu'ils en avaient ressenti le besoin, au cours de l'année écoulée (cf. Tableau 77). Parmi les 1567 personnes composant les ménages enquêtés, 15,12% d'entre eux déclarent avoir renoncé au moins une fois à un type de soins au cours des 12 derniers mois précédant l'entretien. Le taux global de renoncement aux soins grimpe à près de 21% pour les personnes âgées de 15 ans et plus (cf. Figure 73). Ce premier diagnostic confirme que le renoncement aux soins n'est pas un phénomène marginal dans le système de santé algérien ; il concerne en effet un peu plus d'un cinquième de la population qui a été enquêtée. L'ampleur du phénomène met en évidence les difficultés multiples d'accès et de recours aux soins de santé éprouvées par une bonne partie de la population.

**Tableau 77 :** Le renoncement aux soins des ménages

<i>Renoncement</i>	Effectifs	%
<b>Oui</b>	184	57,5
<b>Non</b>	136	42,5
<b>Total</b>	320	100

Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018

**Figure 73 :** Le renoncement aux soins des personnes



Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018

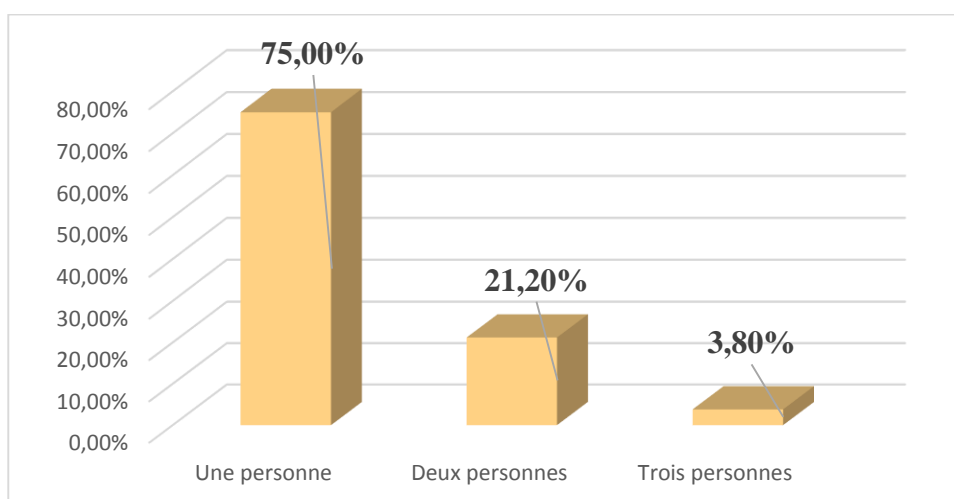
### 2. Des renoncements qui s'accumulent dans les familles

Nous décrivons à travers la figure 74 le nombre moyen de renonçants au sein des ménages ayant déclaré au moins un renoncement aux soins au niveau de l'échantillon. Nous observons que la proportion des ménages en question déclarant uniquement une personne renonçant aux soins est exactement de 75%. C'est en conséquence un quart (25%) des ménages renonçants qui signalent une ou plusieurs autres personnes du foyer également en situation de renoncement à un ou plusieurs soins. En définitive, le renoncement se présente en partie comme une situation partagée entre les membres du ménage, ce qui met en exergue la dimension « familiale » du renoncement aux soins (au sens où il peut aussi impacter les autres membres du ménage, notamment les enfants à charge).

Un autre signe du caractère familial du phénomène est confirmé indirectement lors des entretiens exploratoires. Ainsi, dans les familles aux moyens limités, bon nombre de parents qui déclarent renoncer eux-mêmes à des soins cherchent à tout prix à éviter cette privation à leurs enfants. En l'espèce, les entretiens rendent compte d'une « *parentalité active* » (Warin & Chauveaud, p. 19) dans la mesure où les enquêtés disent clairement donner (ou avoir donné)

la priorité à leurs enfants... même si parfois ils sont malheureusement contraints de faire des choix également pour leurs enfants et de renoncer ou de reporter certains soins. En outre, la solidarité se retrouve également dans des cas de report/renonciation définitive dus au choix du chef de famille de s'occuper en priorité de la santé de son/sa conjoint(e) ou d'un proche (les parents notamment).

**Figure 74 :** Nombre moyen de renonçants parmi les ménages comptabilisant au moins un renoncement aux soins



Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018

### 3. Le renoncement par type de soins

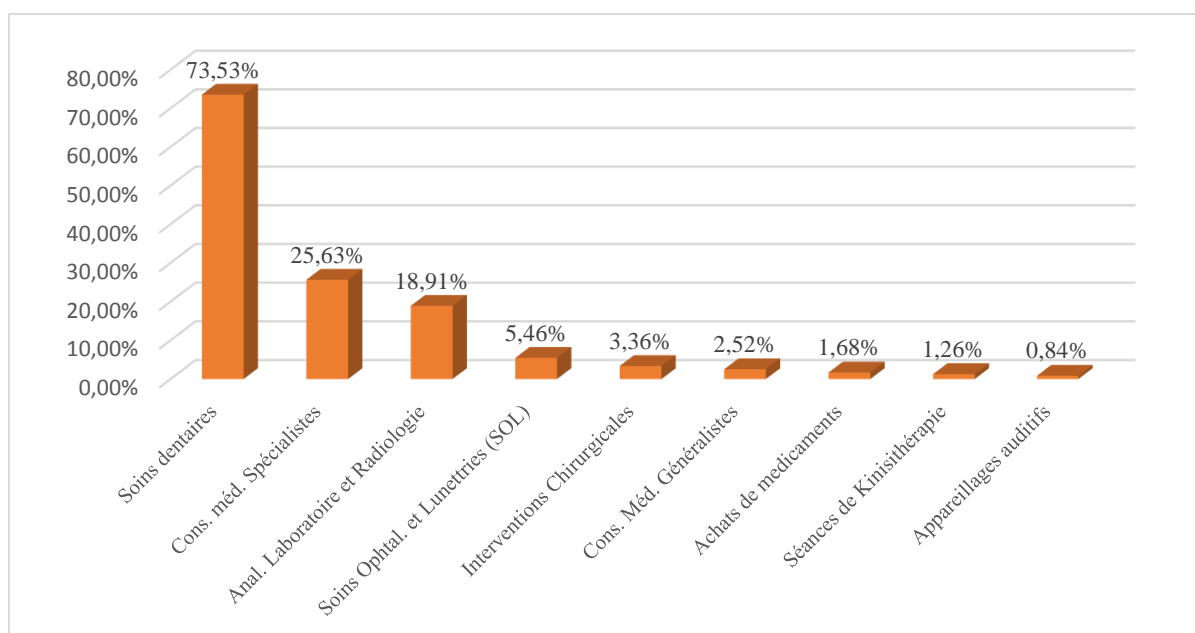
Nous allons décomposer à présent l'indicateur global de renoncement en réalisant un classement des différents types de soins faisant l'objet d'un renoncement (cf. Figure 75). Le but étant d'identifier les soins les plus concernés par le phénomène. Sans surprise aucune et en parfaite concordance avec la plupart des études empiriques (cf. chap. 1, sect. 3), les *soins dentaires* font l'objet du taux le plus élevé de non-recours. C'est même de loin le premier poste de renoncement aux soins de santé. Il concerne ainsi plus de 73% de la population enquêtée ayant déclaré avoir renoncé à des soins, loin devant les *consultations de médecins spécialistes* (25,63%) et les *analyses de laboratoire/examens de radiologie* (18,91%). Ainsi, c'est quasiment les  $\frac{3}{4}$  de l'ensemble des renonçants qui déclarent ne pas avoir accès aux soins dentaires. Nous observons ensuite que la part de personnes en situation de renoncement, actuellement ou dans l'année qui vient de s'écouler, aux *soins ophtalmologiques et de lunetterie* (SOL), aux *interventions chirurgicales* et aux *consultations de médecins généralistes*, restent également non négligeables (5,88%, 3,36% et 2,52% respectivement). Viennent enfin les *achats de médicaments* (1,68%), les *séances de kinésithérapies* (1,26%) et les *appareillages auditifs* (0,84%)<sup>2</sup>. De toute évidence, ces résultats contrastés sont à

<sup>2</sup> Remarquons ici que le total dépasse 100% car une personne peut renoncer à un soin ou plus.

rapprocher en premier lieu avec les différences dans le niveau de la prise en charge par la sécurité sociale pour les différents types de soins. Signalons que les résultats de l'enquête "Tunisian Health Examination Survey-2016" en Tunisie indiquent que les pathologies aiguës constituaient le premier motif de renoncement aux soins, suivies par les problèmes bucco-dentaires.

Plus spécifiquement, le taux élevé de renoncement pour les soins dentaires s'explique, d'une part, par les barrières financières à l'accès aux soins dentaires et, d'autre part, par la spécificité de la santé dentaire. Ainsi, une extraction dentaire chez un dentiste libéral, payé dans une fourchette de 500 DA à 1200 DA, est remboursée à hauteur de 40 DA. Pour le remplacement (plombage) d'une dent, le remboursement n'est que de 100 DA, alors le coût de la prestation à la charge du patient varie entre 2 000 DA et 7 000 DA. Pour le traitement des dents par implant, bridges et couronnes, aucun remboursement n'est prévu alors que le coût financier pour le patient est encore plus exorbitant. Par ailleurs, les prix des différents soins dentaires ont connu des augmentations importantes ces dernières années. Enfin, les soins dentaires (ou tout au moins certains d'entre eux tels que l'implant dentaire, le bridge ou encore les soins de gencive) sont généralement considérés comme peu prioritaires par rapport à d'autres soins et une partie de la population n'y fait quasiment jamais appel.

**Figure 75 : Le taux de renoncement par type de soins**

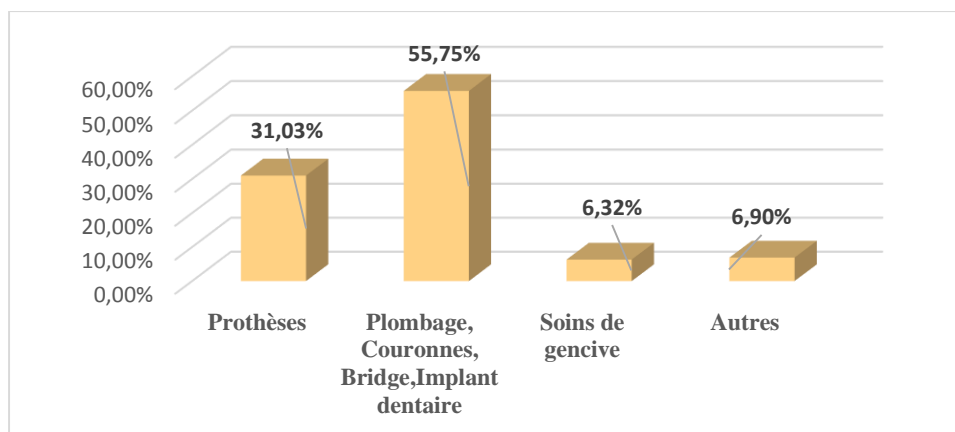


Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018.

Dans cette perspective, la figure 76 montre la répartition des renonçants selon le type de soins dentaires objet du renoncement. Comme on peut logiquement s'y attendre, nous remarquons que les soins dentaires renoncés sont constitués à plus de 55% de la catégorie

« *plombage, couronne, implant dentaire et bridge* », contre 31,03% pour les *prothèses* et seulement 6,32% pour les *soins de gencive*.

**Figure 76** : La répartition des renonçants selon le type de soins dentaires



Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018.

Le second poste de renoncement concerne les *consultations de médecins spécialistes*. Ce résultat est d'abord lié aux tarifs excessifs pratiqués par certains médecins spécialistes. En effet, le tarif pour une consultation chez un spécialiste peut varier dans une fourchette allant de 1300 DA à 5000 DA, selon le type de spécialité et le lieu d'exercice (en cabinet *versus* en clinique ; grande ville *versus* petite ville...). Ainsi, pour la même spécialité, force est de constater un « désordre tarifaire » avec les prix de prestations qui diffèrent dans des proportions importantes d'un médecin à l'autre. Rappelons que les tarifs appliqués ne sont aucunement réglementés et ne répondent à aucune logique du fait de l'absence d'une grille officielle de tarification. Ainsi, la tarification appliquée au remboursement d'une consultation chez un spécialiste se révèle anachronique et bien loin de refléter le coût réel des prestations, avec un tarif de remboursement fixé à 100 DA... qui n'a pas été réévalué depuis plus de trente ans. Enfin, il faut signaler que dans neuf spécialités (cardiologie, dermatologie, endocrinologie-diabétologie, radiologie, rhumatologie, urologie, ORL, ophtalmologie et gynécologie-obstétrique<sup>3</sup>), l'offre privée est aujourd'hui supérieure à l'offre publique (Zehnati, 2018).

Ce raisonnement est globalement confirmé par les résultats de l'enquête. Ainsi, d'après la figure 77, nous remarquons que l'*endocrinologie-diabétologie* et la *gynécologie* sont les spécialités les plus fréquemment citées par les enquêtés ayant renoncé à consulter un médecin spécialiste, avec respectivement 19,67% et 18,03% des renonçants. Arrivent ensuite la *dermatologie* (13,11%), l'*orthopédie* (11,48%) et la *rhumatologie* (11,48%). Les consultations en *ophtalmologie*, *psychiatrie* ou *gastro-entérologie* sont quant à elle déclarées comme renoncées par près de 5% de l'ensemble des renonçants. La part de personnes en

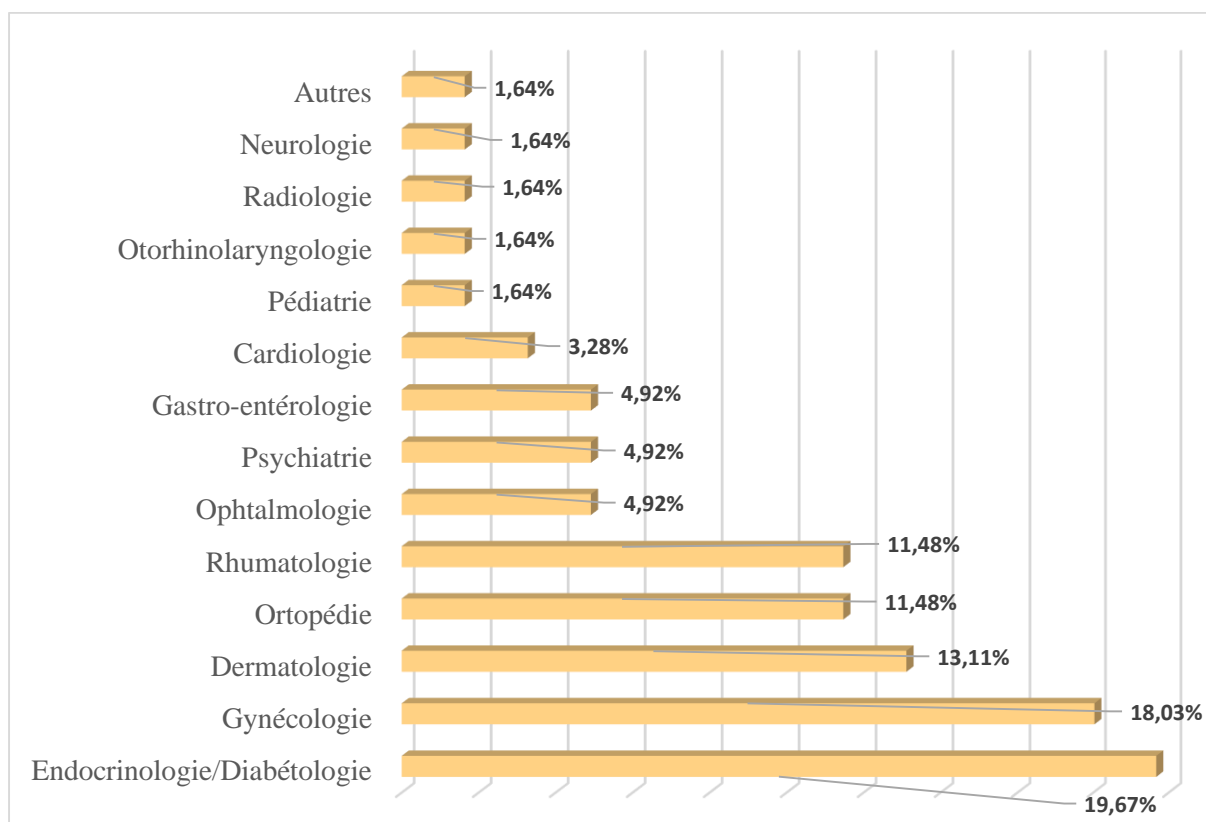
<sup>3</sup> La gynécologie-obstétrique est exemplaire à ce propos, avec un peu plus de 70% des effectifs de médecins en activité dans cette spécialité (Zehnati, 2016).



renoncement à des consultations en *cardiologie*, actuellement ou dans l'année qui vient de s'écouler, n'est que de l'ordre de 3,28%. Enfin, pour les autres spécialités (pédiatrie, neurologie...), cette part semble tout à fait marginale.

Cela dit, quelques précisions s'imposent en ce qui concerne les consultations en ophtalmologie. Nous avons remarqué lors des entretiens que le renoncement à ces dernières fonctionne, pour partie, « en binôme » avec le renoncement à l'achat d'optique. Sur ce point, les entretiens ont également montré que le renoncement aux consultations en ophtalmologie était bien souvent un renoncement « par anticipation » : les personnes anticipant les coûts potentiellement élevés de l'achat de matériel optique et pensant ne pas pouvoir donner suite à d'éventuelles prescriptions, n'allaient pas en conséquence consulter d'ophtalmologiste.

**Figure 77** : La répartition des renonçants aux consultations selon le type de spécialité



Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018.

Enfin, il faut rappeler qu'une consultation implique généralement (en plus des honoraires versés au médecin) le paiement des frais connexes, comme ceux liés à l'imagerie radiologique, aux analyses médicales et à bien d'autres prestations en cas de maladie grave. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que ces dépenses constituent le troisième poste de renoncement, dès lors que le coût pris en charge directement par le patient se révèle particulièrement exorbitant. À titre d'illustration, une césarienne payée à plus de 100 000 DA est remboursée à moins de 10% du débours initial, un scanner payé à 15 000 DA est remboursé

à 800 DA, un bilan biologique payé à plus 5 000 DA est remboursé à 400 DA... À toutes ces dépenses de santé induites non couvertes, il faut additionner les autres paiements directs, notamment les dépenses engagées pour le transport médicalisé privé qui est lui aussi, en dehors de l'hémodialyse, non remboursée. En définitive, la dégradation tendancielle de la protection sociale depuis le début des années 1990 n'a eu cesse de renforcer les inégalités sociales de santé (cf. chap. 2, sect. 2).

#### 4. Les raisons du renoncement aux soins

Les motifs mentionnés à l'origine du renoncement aux soins de santé sont multiples, même si dans les faits le recours aux soins reste principalement contraint économiquement. Les raisons financières constituent ainsi près de la moitié des motifs cités par les enquêtés (48,90%) (cf. Figure 78). Dans une très large mesure, cette importance du renoncement pour des raisons financières s'explique, comme évoqué à plusieurs reprises dans ce travail, par la contribution croissante des ménages dans financement de la santé<sup>4</sup>. Cette croissance des dépenses à la charge des ménages est due à plusieurs raisons.

Discutant, à titre illustratif, du poste « médicaments ». Afin de freiner l'augmentation des dépenses de la sécurité sociales, nombreux sont aujourd'hui les médicaments qui ne sont pas remboursables ou remboursables à titre dérisoire. Le « déremboursement des médicaments » est, par exemple, un des instruments de maîtrise des dépenses pharmaceutiques mis en œuvre ces dernières années. Au début, la liste des médicaments déremboursés concernait seulement les spécialités représentant des vitamines ou sels minéraux, actuellement elle touche même certains médicaments prescrits dans le cadre du traitement de maladies chroniques. Prenons un autre exemple, le « tarif de référence », qui est également un des instruments de maîtrise des dépenses pharmaceutiques mis en œuvre depuis la fin des années 2000. Il consiste concrètement, pour l'assureur, à définir un forfait servant de base pour le remboursement (variable selon le groupe thérapeutique auquel appartient le médicament). En d'autres termes, quel que soit le prix de vente effectif d'un médicament soumis à un tarif de référence, l'assureur rembourse toujours sur la base du même montant. Lorsqu'on considère les effets à long terme de cette mesure, la politique du tarif de référence est encore bien loin de ses objectifs initiaux. Loin de favoriser une réduction de l'écart de prix entre les génériques et le premier entrant (appelé *princeps*) de la classe, elle a au contraire entraîné un creusement sans précédent des écarts de prix entre les différents génériques « bioéquivalents » à l'intérieur de chaque classe (Chalane, 2010). Si bien qu'il est devenu

---

<sup>4</sup> Durant la dernière décennie, la dépense annuelle totale de santé des ménages a doublé, en passant de 95,8 milliards de DA en 2000 à 214,2 milliards de DA en 2011 (ONS, 2014). En fait, les dépenses des ménages n'ont pas cessé de croître depuis 2000. Les ménages sont même devenus, à partir de 2003, le deuxième contributeur au financement du système de santé. La part des ménages dans le financement de la dépense nationale de santé (DNS) est ainsi passée de 21,67% en 2001 à 27,45% en 2009, avant d'atteindre quasiment 33% en 2018 soit un quart de la DNS (OMS, *National Health Accounts - NHA*. <http://apps.who.int/nha/database>).

aujourd'hui fréquent de trouver des médicaments génériques dont le prix est de deux jusqu'à quatre fois supérieur au tarif de référence, sensé pourtant refléter le prix du générique le moins cher.

Avec près de 63% des dépenses de santé des ménages selon l'enquête réalisée par l'ONS en 2011 (ONS, 2014), les médicaments sont devenus par toutes ces dynamiques le premier poste de dépenses en soins médicaux pour les ménages. D'ailleurs, les résultats de notre enquête montrent que les raisons du renoncement aux achats de médicaments sont intégralement financières (cf. Figure 79).

Par ailleurs, les structures sanitaires publiques souffrent d'un manque flagrant d'équipements médicaux, notamment avec la vétusté du matériel – à l'origine de pannes récurrentes – et l'indisponibilité de certaines analyses médicales. Dès lors, les patients sont le plus souvent obligés de faire des analyses médicales et des examens radiologiques dans le privé avec un tarif de remboursement très en-deçà du coût réel de la prestation. En effet, le remboursement des actes médico-techniques et des analyses médicales s'effectue toujours sur la base de la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux de 1987, qui est depuis longtemps obsolète et ne reflète aucunement le coût effectif des prestations dispensées dans le secteur privé. Ainsi, en se référant à la nomenclature de 1987, une consultation chez un médecin généraliste, payée dans une fourchette de 700 à 1 000 DA et de 1 300 à 5 000 DA chez un spécialiste, ne sont remboursés qu'à hauteur de 40 et 80 DA respectivement. Autres exemples : une césarienne, payée à 100 000 DA, est remboursé moins de 5% du débours initial ; un scanner, payé à 20 000 DA, est remboursé à seulement 800 DA.

Enfin, avec le développement fulgurant du secteur privé et notamment des cliniques privées, les dépenses des ménages ont augmenté considérablement (Zahnati, 2014). En effet, certaines catégories de dépenses, notamment les interventions chirurgicales et certains examens exploratoires qui coutent vraiment chères, sont prises en charge intégralement par les ménages.

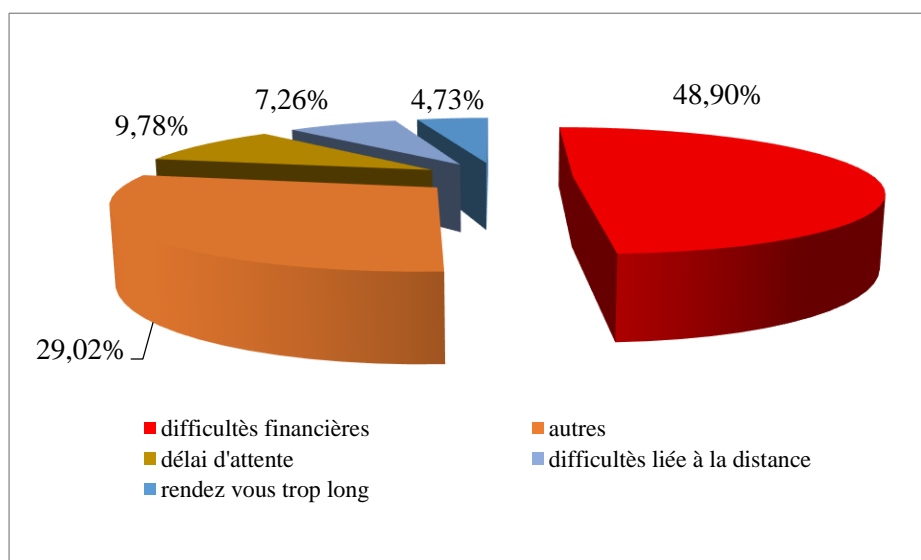
En définitive, les difficultés financières d'accès aux soins sont en grande partie expliquées par les limites et les failles de la couverture d'assurance-maladie en Algérie. Ainsi, le reste à charge élevé pour les patients les poussent à renoncer aux soins de santé qu'ils jugent pourtant nécessaires au regard de leur état de santé. En fait, plus de 45% des ménages ayant déclaré avoir renoncé aux soins ont également annoncé avoir rencontré des difficultés financières aux cours des douze derniers mois.

Plusieurs raisons concomitantes ont également été invoquées par les personnes interrogés (cf. Figure 78). Parmi les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à des soins, 9,78% ont renoncé pour des raisons de délais d'attente et 4,73% du fait de rendez-vous trop longs. L'éloignement géographique est avancé comme raison essentielle dans 7,26% des cas. Ce dernier motif de renoncement peut être expliqué par la répartition inégale de l'offre de soins, déjà mise en évidence dans les chapitres 2 et 3 de ce travail. Ce renoncement subi relève

fondamentalement du système de santé. Il est lié à des facteurs de *disponibilité* (la présence d'infrastructures et/ou le temps d'attente pour y accéder) et *d'accessibilité* (raisons de coût ou de transport).

Notons également que 29,02% des individus composant notre échantillon ont déclaré avoir renoncé aux soins du fait d'autres soucis ou encore de ne pas avoir eu le temps. Ce renoncement « choisi » renvoie à la notion d'acceptabilité. Il est lié à une négligence de sa propre santé, des peurs (des soins, de perdre son travail en cas d'arrêt maladie...) ou encore à une lassitude des soins. Toutefois, ces « choix », apparemment délibérés, se révèlent souvent en réalité très fortement contraints socialement.

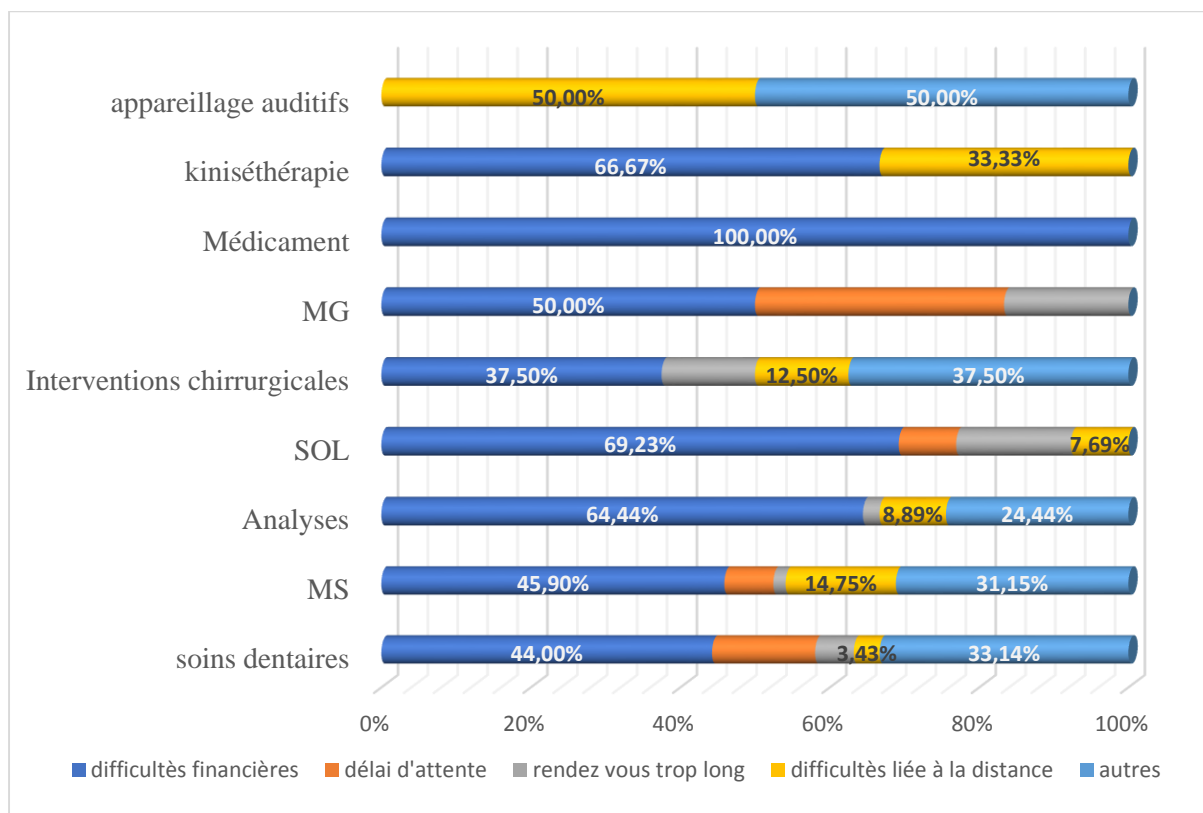
**Figure 78** : Les motifs de renoncement aux soins de santé



Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018.

Analysons à présent les motifs de renoncement pour chaque type de soins. Nous remarquons d'après la figure 79 que les obstacles financiers constituent la principale raison de renoncement pour les différents soins de santé. Comme signalé plus haut, parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des achats de médicaments, les raisons purement financières sont ainsi avancées dans 100% des cas. S'agissant des *soins ophtalmologiques et de lunetterie* (SOL), les *séances de kinésithérapie* et les *analyses de laboratoire/examens de radiologie*, les motifs financiers constituent aux alentours des 2/3 des cas de renoncement, avec respectivement 69,23%, 66,67% et 64,44% des personnes ayant déclaré avoir renoncé à ce type de soins. Enfin, en ce qui concerne les « *consultations de médecins généralistes* », les « *consultations de médecins spécialistes* » et les « *soins dentaires* », les raisons financières sont invoquées respectivement dans 50%, 45,90% et 44% des cas.

**Figure 79 :** Les motifs de renoncement pour chaque type de soins



Source: Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018.

Nous observons cependant une exception pour les prothèses auditives, dans la mesure où les difficultés liées à la distance constituent la moitié des causes de renoncement. Cela s'explique essentiellement par les inégalités de répartition de l'offre à l'échelle nationale pour ce type de soins. En effet, les patients de la wilaya de Béjaïa sont aujourd'hui obligés de se déplacer à Alger, où sont concentrés les principaux centres d'audiométrie et de prothèse auditive du pays.

### 5. Nature du renoncement aux soins : report dans le temps ou renonciation définitive ?

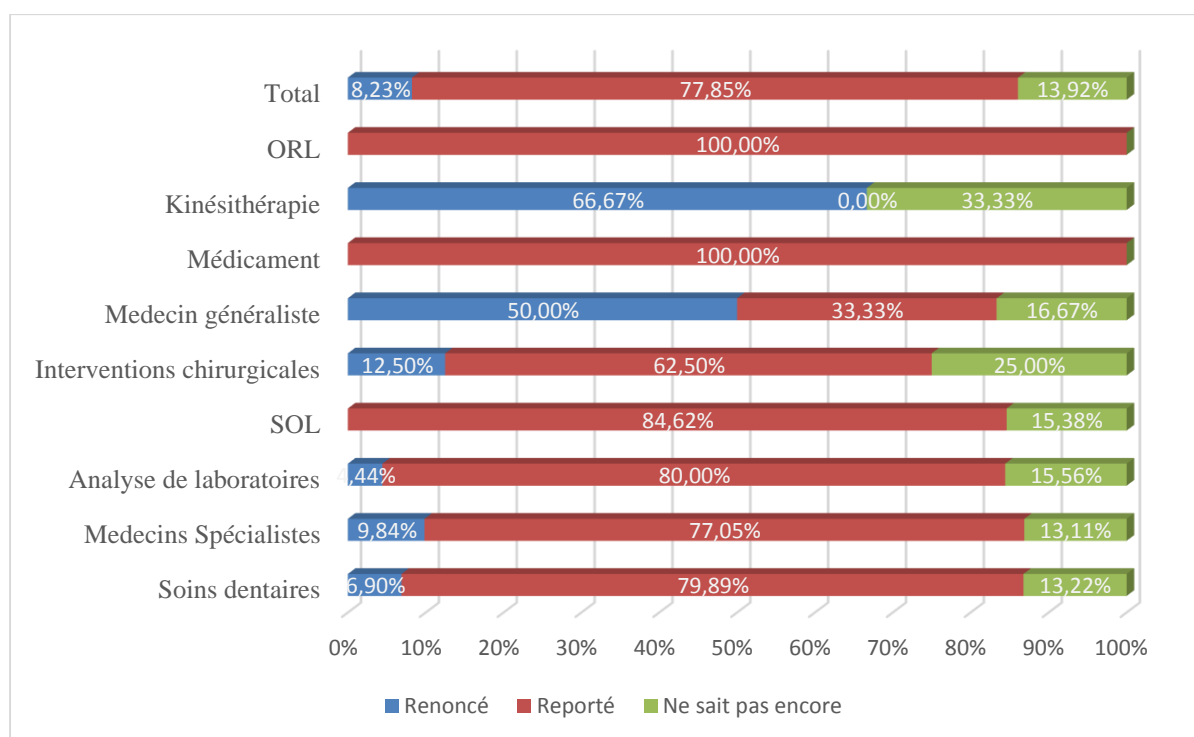
Nous allons aborder à présent la question de la nature ou du type de renoncement aux soins, qui – rappelons-le – peut signifier aussi bien un *report dans le temps* qu'une *privation définitive*. Nous remarquons d'après la figure 80 que, sur l'ensemble des enquêtés ayant renoncé aux soins, 77,85% d'entre eux déclarent avoir juste reporté dans le temps les soins en question, contre 8,23% des renonçants qui déclarent plutôt un renoncement définitif. Par ailleurs, 13,92% des renonçants déclarent qu'aucune décision n'a encore été prise dans ce sens (« *ne sais pas encore* »).

Considérons maintenant la nature du renoncement par type de soins. La fréquence du report durable atteint 84,62%, 80%, 79,85 % et 77,05% respectivement pour les *soins*

ophtalmologiques et de lunetterie (SOL), les analyses de laboratoire/examens radiologiques, les soins dentaires et les consultations de médecins spécialistes. Il atteint 62,5% en ce qui concerne les interventions chirurgicales. Par ailleurs, les consultations de médecins généralistes enregistrent un taux assez faible de report dans le temps des soins, avec exactement un tiers (1/3) des renonçants. Enfin, nous remarquons que les soins ORL et les achats de médicaments sont intégralement reportés dans temps par les renonçants, d'où l'absence de renoncement définitif pour ce type de soins (cf. Figure 80).

Précisons ici que le report des soins peut s'expliquer, d'une part, par les personnes qui retardent les soins en attendant d'avoir les moyens nécessaires pour se soigner. Ce comportement s'explique, d'autre part, par une forme de solidarité entre les membres du ménage. Ainsi, une personne peut repousser les soins par un choix délibéré pour s'occuper en priorité de la santé de ses enfants, de son/sa conjoint(e) ou d'un proche. Enfin, d'autres personnes déclarent accepter de se passer de certains soins (jugés pour le coup superflus) pour en préserver d'autres qu'ils jugent indispensables.

**Figure 80** : Nature du renoncement par type de soins



Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018.

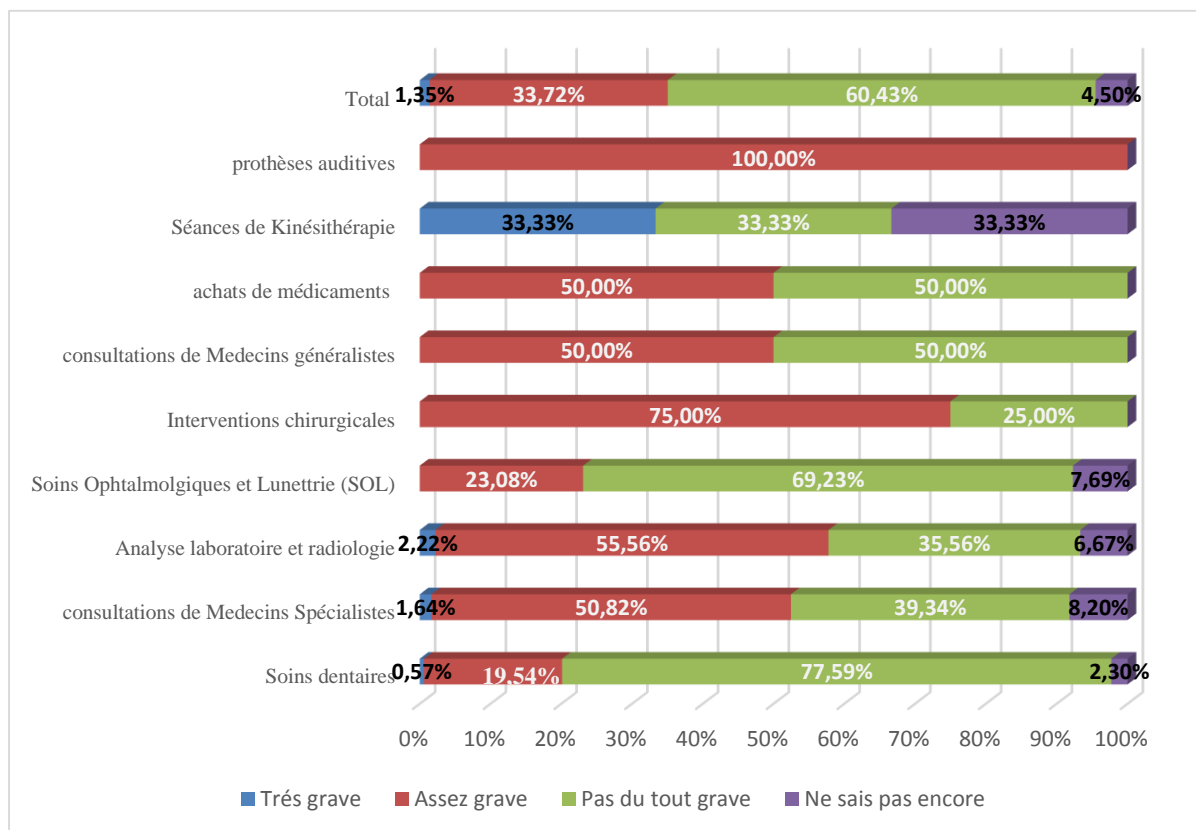
Enfin, la fréquence du renoncement définitif aux soins varie aussi fortement selon le type de soins. Il concerne deux tiers des renonçants pour les séances de kinésithérapie et touche la moitié des renonçants s'agissant des consultations de médecins généralistes. A *contrario*, les interventions chirurgicales, les consultations de médecins spécialistes, les soins dentaires et les analyses de laboratoire/examens radiologiques enregistrent un taux de

renoncement définitif nettement plus faible, avec respectivement 12,50%, 9,84%, 6,90% et 4,44%.

### 6. Le renoncement aux soins selon la gravité ressentie du problème de santé

Le renoncement aux soins doit être à chaque fois resitués dans son contexte, dans la mesure où « *le même individu pourra adopter une tout autre attitude dans des circonstances différentes* » (Després *et al.*, 2011b, p. 4). L'évocation d'un renoncement dépend notamment de la gravité ressentie du problème de santé. Il est ainsi très largement admis que la perception de la gravité d'un besoin de santé ressenti joue un rôle important dans la décision finale de recourir ou non aux soins (Després *et al.*, 2011a). Sur l'ensemble des enquêtés qui ont déclaré avoir renoncé à des soins durant les 12 derniers mois, plus de 60% jugent leur problème de santé (objet du renoncement) comme « *pas du tout grave* », contre 13,72 et 1,35% des enquêtés qui l'appréhendent respectivement comme étant « *assez grave* », voir « *très grave* ». Signalons enfin que 4,50% des renonçants n'arrivent pas à se prononcer sur le degré de gravité du besoin de santé ressenti auquel ils ont dû renoncer à se soigner (cf. Figure 81).

**Figure 81** : Le renoncement aux soins selon la perception de la gravité du besoin de santé



Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018.



Intéressons-nous à présent à la perception de la gravité du besoin de santé selon le type de soins. Parmi les soins renoncés jugés « très grave » par les renonçants parmi les enquêtés, nous trouvons principalement les *séances de kinésithérapie* (avec un tiers des renonçants à ce type de soins), les *analyses de laboratoire/examens radiologiques* (2,22%), les *consultations de médecins spécialistes* (1,64%) et les *soins dentaires* (0,57%).

Enfin, parmi les soins renoncés jugés « assez grave » par les renonçants parmi nos enquêtés, nous retrouvons par ordre décroissant les *prothèses auditives* (pour la totalité des renonçants à ce type de soins), les *interventions chirurgicales* (pour les trois quart des renonçants), les *analyses de laboratoire/examens radiologiques* (avec 55,56% des renonçants), les *consultations de médecins spécialistes* (avec plus de la moitié des renonçants), les *consultations de médecins généralistes* (également pour la moitié des renonçants) et, enfin, les *soins ophtalmologiques et de lunetterie* (SOL) (23,08%).

Rajoutons enfin qu'au niveau de notre échantillon, les personnes en situation de renoncement ont d'une façon générale une perception davantage négative de leur état de santé que les non renonçants.

## II. LES DÉTERMINANTS DU RENONCEMENT AUX SOINS

Pour identifier les déterminants du renoncement aux soins de santé, il a été effectué un croisement des données entre le renoncement et les différents facteurs susceptible d'influer sur ce dernier.

### 1. Les facteurs socio-économiques

Le présent développement présente les caractéristiques sociales des renonçants. Les indicateurs socio-économiques retenus sont le revenu de la personne et du ménage, la catégorie socio-professionnelle de la personne et celle du chef de ménage, la taille de ménages, le type d'habitation, la couverture sociale et quelques indicateurs de précarité.

#### 1.1. Le revenu

Pour étudier l'impact du revenu de la personne sur le renoncement aux soins, nous avons divisé le revenu en trois classes : le revenu mensuel inférieur au Salaire National Minimum Garanti (SNMG) (inférieur à 18000 DA), le revenu mensuel supérieur au SNMG et inférieur au revenu médian (entre 18000 et 35000), et, enfin, le revenu mensuel supérieur ou égale au revenu médian (supérieur à 35000)<sup>5</sup>. Il ressort de notre enquête que le renoncement aux soins est une fonction décroissante du revenu de l'individu. Les résultats de l'enquête montrent que la proportion du renoncement est de 34,10% pour les personnes ayant un revenu inférieur au

---

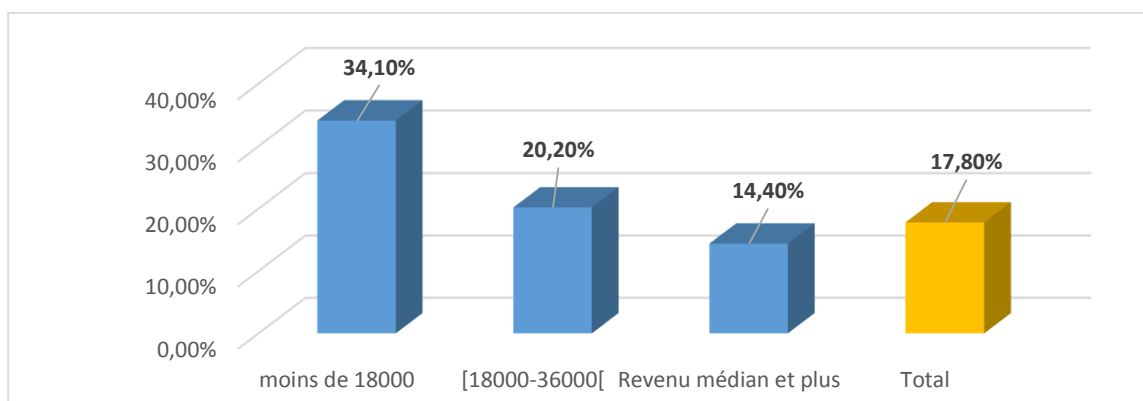
<sup>5</sup> Le *revenu médian* ici utilisé dans le découpage des classes de revenus est issu de l'enquête de l'ONS sur les revenus salariaux de 2011 (ONS, 2014).



SNMG, contre seulement 20,20% pour celles qui touchent un revenu situé entre le SNMG et le revenu médian, et, enfin, de 14,4% pour ceux qui touchent un revenu supérieur au revenu médian (cf. Figure 82). En moyenne, le taux de renoncement pour les personnes disposant d'un revenu atteint 17,4%. Signalons que ces résultats sont similaires à la plupart des travaux empiriques traitant de l'accès aux soins (Chauvin *et al.*, 2012 ; Dourgnon, 2012 ; Thomas & Menager, 2017).

Néanmoins, le revenu de la personne ne reflète pas à lui seul les capacités financières de la personne, d'où la nécessité de prendre en considération d'autres indicateurs, notamment le revenu du ménage, le nombre de personnes à charge et les difficultés financières rencontrées par le ménage.

**Figure 82** : Le revenu de la personne et le renoncement aux soins

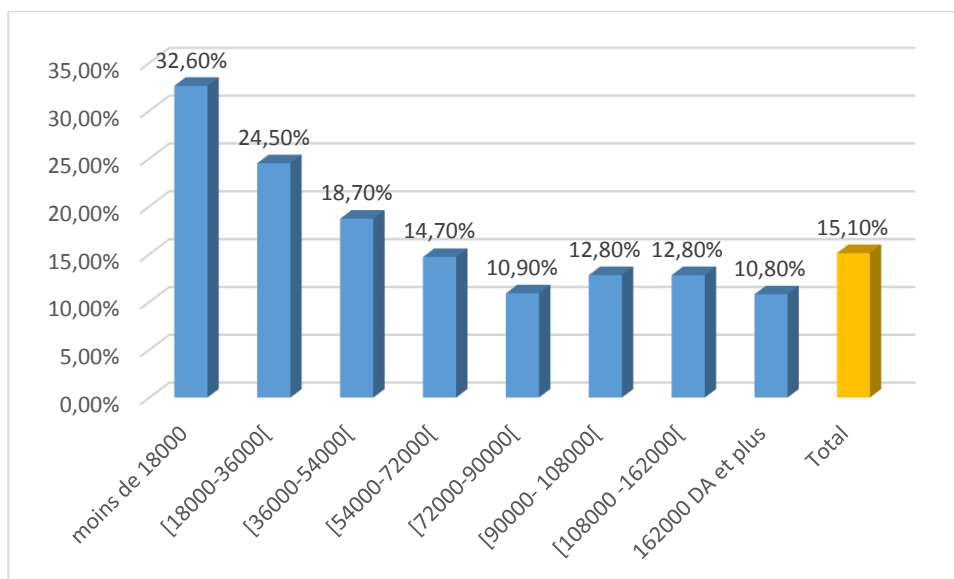


*Source* : Enquête personnelle menée du 01 janvier au 31 décembre 2018.

Concernant le revenu du ménage, parmi les ménages enquêtés ayant un revenu inférieur au SNMG, 32,60% des personnes appartenant à ces ménages ont déclaré avoir renoncé à des soins de santé, soit une proportion plus de deux fois plus élevée que le taux de renoncement moyen et à celui des ménages ayant un revenu situé entre 54000 DA et 72000 DA. La propension au renoncement des ménages ayant un revenu inférieur au SNMG se révèle encore plus important lorsqu'on la compare aux autres classes de revenus : deux fois et demi plus importante que celle des ménages ayant un revenu situé entre 6 fois et 8 fois le SNMG ; trois fois plus importante que celle des ménages ayant un revenu équivalent à 6 fois le SNMG et plus (cf. Figure 83).

En définitive, on peut conclure que le renoncement aux soins des personnes suit globalement l'échelle de revenu du ménage. Il ressort ainsi de notre enquête que le revenu du ménage a une influence déterminante sur l'accès et le renoncement aux soins des personnes les plus démunies. Ces résultats sont bien évidemment similaires à la plupart des travaux empiriques traitant de l'accès aux soins (Chaupain-Guillot *et al.*, 2014 ; Chauvin *et al.*, 2012 ; Haddad *et al.*, 2004 ; Kaid-Tlilane, 2003 ; Kone, 2012 ; Sibley & Glazier, 2009 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018).

**Figure 83** : Le revenu du ménage et le renoncement aux soins



*Source* : Figure réalisée par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

## 1.2. La catégorie socio-professionnelle

La revue de la littérature montre que la situation professionnelle joue aussi un rôle dans le renoncement aux soins (Lee *et al.*, 2015 ; Mizrahi et Mizrahi, 1993 ; Thomas et Menager, 2017). Pour illustrer la production des inégalités de santé attribuables au travail, nous proposerons dans ce qui suit une *analyse comparative* du renoncement aux soins entre les différentes catégories socioprofessionnelles.

Les résultats de l'enquête montrent que sur les 1098 enquêtés âgés de 15 ans et plus, plus d'un cinquième, soit 20,9%, ont déclaré avoir renoncé à des soins (cf. Tableau 78). Ce taux de renoncement grimpe à près d'un quart (24,6%) pour les personnes sans activités professionnelles autres que les retraités. Cette proportion est de 20,4% pour les sujets enquêtés exerçant une activité professionnelle. En outre, on remarque que les « employés » présentent un taux de renoncement assez élevé : il y a quasiment 1 renonçant pour 2 non-renonçants. Ce rapport est de 1 à 2,35 pour les « cadres et professions intellectuelles supérieures », de 1 à 3,4 pour les « employeurs ». Le rapport renonçants/non-renonçants tombe à plus de 1/4 pour les « non-déclarés ». Enfin, il atteint le seuil de 1 à 5,75 pour les « cadres moyens » et de 1 à 7 pour les « indépendants ».

En définitive, les résultats de l'enquête indiquent clairement que les renonçants sont sur-représentés parmi les « employés » (32,8%) et les « femmes au foyer » (32,6%), et à l'inverse ils sont sous-représentés parmi les professions libérales (11,10%), les « ouvriers » (9,2%) et davantage encore parmi les « retraités » (5,8%). Nous remarquons également que près de 30% des « cadres et professions intellectuelles supérieures », dont la majorité sont des enseignants universitaires, et 22,7% des « employeurs » ont déclaré avoir renoncé à des soins

malgré le besoin ressenti. Ces taux sont paradoxalement supérieurs à celui enregistré par les « non-déclaré » (19%) qui ne disposent pourtant pas d'une couverture d'assurance-maladie.

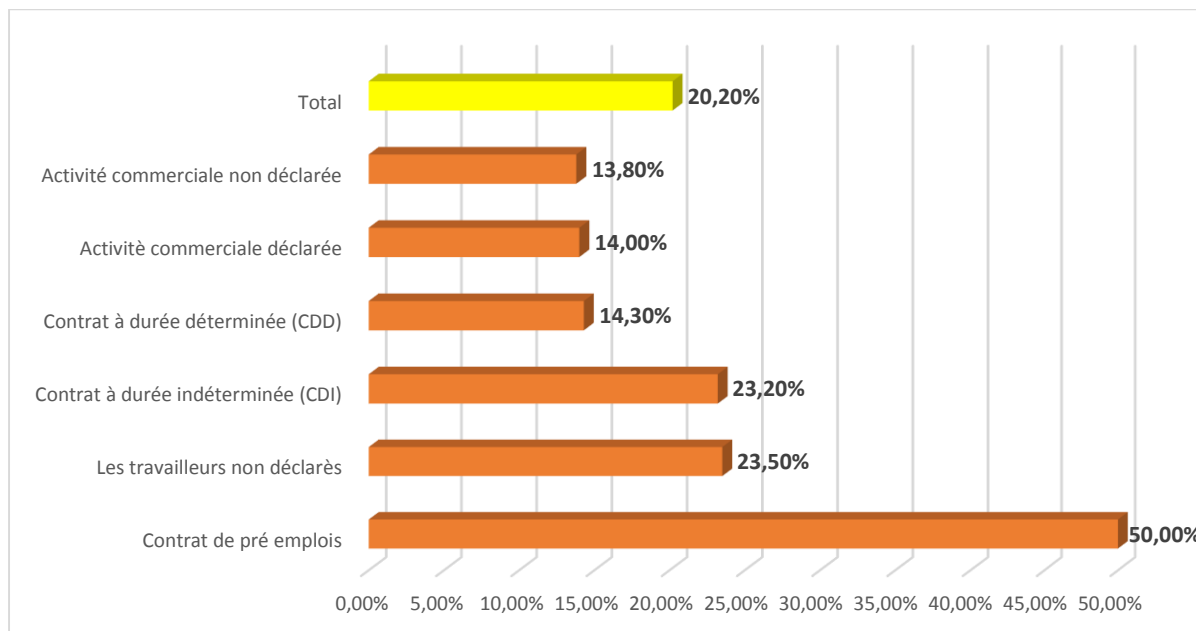
**Tableau 78 :** Le renoncement aux soins selon la catégorie socio-professionnelle

<i>Catég. Socio-prof.</i>	<b>Non-renonçants</b>		<b>Renonçants</b>		<i>Total</i>
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Chômeurs</b>	45	88,20%	6	11,80%	51
<b>Femmes au foyer</b>	205	67,70%	98	32,30%	303
<b>Retraités/pensionnaires</b>	98	94,20%	6	5,80%	104
<b>Étudiants/Écoliers</b>	130	86,70%	20	13,30%	150
<b>Employeurs</b>	17	77,30%	5	22,70%	22
<b>Professions libérales</b>	8	88,90%	1	11,10%	9
<b>Cadres et professions Intellectuelles supérieures</b>	33	70,20%	14	29,80%	47
<b>Employés</b>	82	67,20%	40	32,80%	122
<b>Ouvriers</b>	69	90,80%	7	9,20%	76
<b>Cadres moyens</b>	52	85,20%	9	14,80%	61
<b>Indépendants</b>	79	87,80%	11	12,20%	90
<b>Non-déclarés</b>	51	81,00%	12	19,00%	63
<b>Total</b>	869	79,10%	229	20,90%	1098

*Source : Enquête personnelle menée du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2018.*

Considérant à présent le renoncement aux soins selon le type de contrat de travail de la personne (cf. Figure 84). Sur l'ensemble des personnes exerçant une activité professionnelle, les enquêtés ayant un « contrat de pré-emploi », malgré qu'ils disposent en pratique d'une couverture sociale, présentent un taux de renoncement exceptionnellement élevé (50%), viennent ensuite les « non-déclarés » (23,50%) et les personnes avec un « contrat à durée indéterminée » (CDI) (23,20%). Signalons que le taux de renoncement pour ces trois catégories dépasse le taux moyen de renoncement. Le taux élevé de renoncement pour les travailleurs en situation de pré-emploi s'explique probablement par le salaire bas qu'ils touchent et le caractère instable du travail. La proportion de renoncement pour les travailleurs à « contrat à durée déterminée » (CDD) est paradoxalement inférieure aux détenteurs de CDI (14,3%). Nous constatons également qu'il n'y a pas de différences significatives entre les personnes qui exercent une « activité commerciale déclarée » (14%) et celles ayant une « activité commerciale non-déclarée » (13,80%).

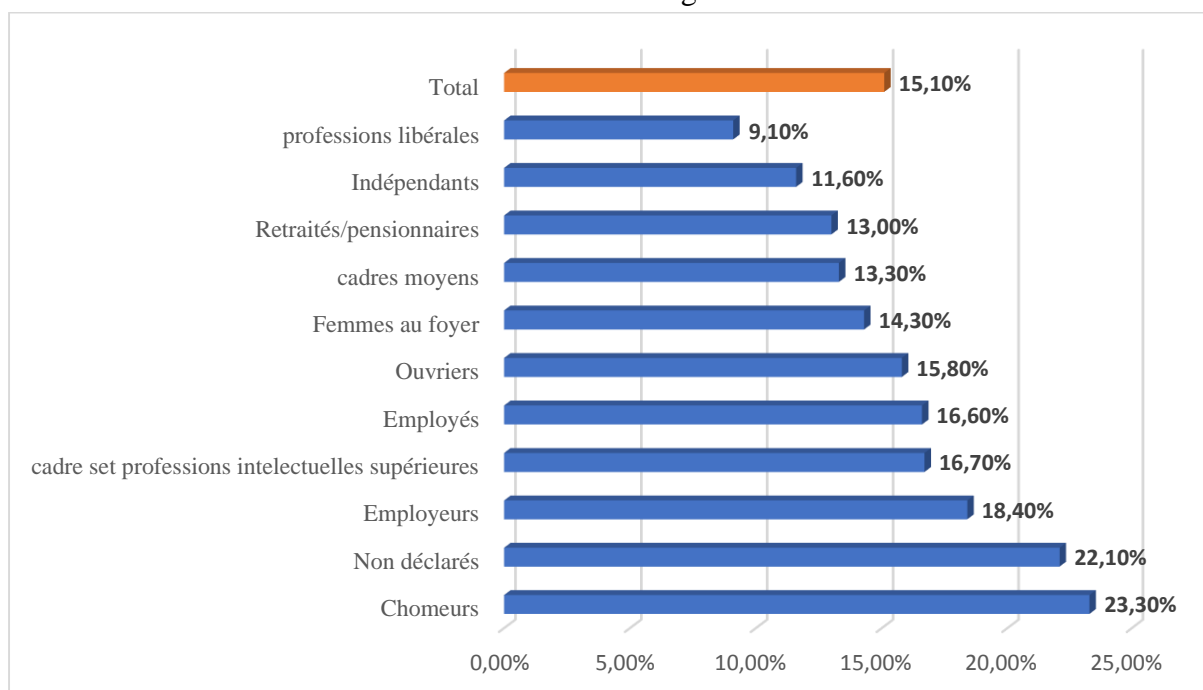
**Figure 84** : Le renoncement aux soins selon le type de contrat de travail



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

S'agissant enfin de la catégorie socio-professionnelle des chefs de ménage, les résultats de l'enquête indiquent que les personnes dont le chef de ménage est en situation de chômage renoncent davantage aux soins avec un taux de 23,3% (cf. Figure 85). On retrouve ensuite la catégorie des « non déclarés » avec un taux de renoncement de 22,10%. Signalons que ces résultats contrastent avec ceux de Chauvin *et al.* (2012) en France et l'étude de Levesque *et al.* (2007) au Canada. Cela s'explique du fait qu'en Algérie les chômeurs ne disposent ni d'une allocation ni de couverture sociale. S'agissant des « non déclarés », leur taux de renoncement élevé s'explique par le fait qu'ils n'ont pas de couverture maladie. En outre, le taux de renoncement pour les personnes dont le chef de ménage est une « femme au foyer » est de 14,30%. Le taux de renoncement relativement faible de cette dernière catégorie s'explique, à notre sens, par le faible nombre de chefs de ménage dont le statut est une femme au foyer dans notre échantillon. Enfin, nous remarquons que pour les personnes dont le chef de ménage appartient à certaines catégories socioprofessionnelles relativement « aisées » présentent paradoxalement des taux de renoncement assez élevés. C'est le cas notamment des « employeurs » et des « cadres et professions intellectuelles supérieures » dont le taux de renoncement est respectivement de l'ordre de 18,40% et 16,70%. Remarquons que ces résultats sont contradictoires avec l'étude de Dourgnon *et al.* (2011c), qui conclue notamment que les personnes dont le chef de ménage est un « entrepreneur » ou exerce une « profession libérale » renoncent relativement moins que les autres catégories socioprofessionnelles.

**Figure 85** : Le renoncement aux soins selon la catégorie socio-professionnelle des chefs de ménage



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 1.3. La taille du ménage

Conformément aux travaux de Bazin *et al.* (2006), le renoncement aux soins est plus fréquemment déclaré par les personnes vivant dans des ménages de petite taille (inférieurs à quatre personnes) que dans les ménages de taille supérieure. Les résultats de notre enquête s'inscrivent dans cette tendance, avec un taux de renoncement des personnes qui diminue globalement avec l'augmentation de la taille du ménage. Il passe ainsi de 18,40 % pour les personnes dont le ménage est inférieur à trois personnes à 15,90% pour ceux appartenant aux ménages dont la taille varie de 4 à 7 personnes, puis, enfin, à 10,30% pour les sujets dont la taille du ménage se situe entre 8 et 12 personnes (cf. Tableau 79).

**Tableau 79** : Le renoncement aux soins selon la taille des ménages

<i>Renoncement</i>	<b>Taille du ménage</b>						<i>Total</i>	
	[0-3]		[4-7]		[8-12]		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Non</b>	182	81,60%	865	84,10%	283	89,70%	1330	84,90%
<b>Oui</b>	41	18,40%	164	15,90%	32	10,30%	237	15,10%
<b>Total</b>	223	100%	1029	100%	315	100%	1567	100%

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

#### 1.4. Le type d'habitation

Nous remarquons, d'après le tableau 80, que le fait de « *ne pas être propriétaire de son habitation* » augmente le risque de renoncement aux soins. En effet, 20,60% des personnes qui sont locataires de leur logement de résidence déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois, contre seulement 14,50% pour les personnes qui sont propriétaire de leur habitation. Cela s'explique évidemment par le supplément de dépense en loyer qui greffe le budget des ménages les plus modestes, sachant que la wilaya de Béjaïa reste parmi les régions du pays où les prix de la location sont les plus élevés.

**Tableau 80** : Le renoncement aux soins selon la propriété d'habitation

	Propriété de l'habitation				Total	
	Non		Oui			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Non renonçants</b>	135	79,40	1195	85,50	1330	84,90
<b>Renonçants</b>	35	20,60	202	14,50	237	15,10
<b>Total</b>	170	100	1397	100	1567	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

#### 1.5. Les facteurs de précarité économique et sociale

La précarité est l'absence d'un ou de plusieurs éléments de sécurité permettant aux personnes et aux familles de faire face aux aléas de l'existence. Elle provient d'un manque et engendre de l'insécurité et des empêchements (Pierret, 2013). La précarité est « multidimensionnelle » ; c'est précisément quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de la personne/la familles de reconquérir son autonomie et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible (Cingolani, 2017). Quand elle s'inscrit dans la durée et qu'elle touche à plusieurs champs de l'existence, elle conduit souvent à la « grande pauvreté » (Pierret, 2013). Il existe évidemment un continuum entre les notions de précarité, de pauvreté et d'exclusion, qui peuvent ainsi coexister dans différents champs de la vie d'une personne. À la limite, la pauvreté n'est que la conséquence potentielle de la précarité. La précarité se caractériserait par son caractère instable, alors que la pauvreté et l'exclusion sociale seraient plus durables, plus installées (Savidan, 2018).

Il y a évidemment une relation entre précarité et inégalités sociales. Les expériences de la précarité passées et présentes, mais aussi anticipées, jouent dès lors sur l'accès financier aux soins et peut induire en conséquence une asymétrie dans les conditions d'accès aux soins de la population (Castiel, 2010). Dans notre enquête, nous avons retenu trois indicateurs de précarité centrés sur les expériences de difficultés financières :

- ✓ au cours de la vie, avec les *périodes d'inactivité professionnelles* ;

- ✓ dans le présent et/ou durant la période récente (au cours des 12 derniers mois), avec les *expériences récentes de difficultés financières* ;
- ✓ et, enfin, anticipées dans un futur proche, avec la  *Crainte de perdre son emploi et de se retrouver sans soutien* au cours de l'année qui vient.

### 1.5.1. Les difficultés financières au cours des 12 derniers mois

Il ressort de la revue de la littérature empirique que la situation financière des ménages au cours des douze derniers mois peut avoir une influence importante sur l'accès et le recours aux soins des personnes (Chaupain-Guillot *et al.*, 2014 ; Haddad *et al.*, 2004 ; Wilfried *et al.*, 2018). Les résultats de notre enquête confirment globalement cette tendance (cf. Tableau 81). Ainsi, le taux de renoncement des personnes dans les ménages ayant déclaré avoir connu des difficultés financières au cours des 12 derniers mois atteint 23,70%, soit un taux plus de deux fois plus élevé que les personnes dans les ménages n'ayant pas rencontré ce genre de difficultés.

**Tableau 81** : Difficultés financières des ménages au cours des 12 derniers mois et renoncement aux soins

	Difficultés financières aux cours des 12 derniers mois					
	Non		Oui		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Non renonçants</b>	983	88,40	347	76,30	1330	84,90
<b>Renonçants</b>	129	11,60	108	23,70	237	15,10
<b>Total</b>	1112	100	455	23,70	1567	100

*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

### 1.5.2. L'existence de périodes d'inactivité professionnelle

La plupart des études empiriques conclues que les expériences de difficultés au cours de la vie, notamment les périodes d'inactivité professionnelle, ont un impact sur le renoncement aux soins (Bihr et Pfefferkorn, 2008 ; Chauvin *et al.*, 2012 ; Haddad *et al.*, 2004 ; Lafortune et Devaux, 2012 ; Sérance-Fonterme, 1983). Les résultats de notre enquête confirment bien cette tendance. D'après le tableau 82, nous remarquons que 19,20% des personnes dont le chef de ménage a connu des périodes d'inactivité professionnelle déclaraient avoir renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois, contre seulement 13,50% pour celles n'ayant pas rencontré ce genre de problèmes au cours de leur existence.

**Tableau 82** : Le renoncement aux soins et les périodes d'inactivité professionnelle

	Périodes d'inactivité professionnelle				Total	
	Non		Oui			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Non renonçants</b>	951	86,50	367	80,80	1318	84,90
<b>Renonçants</b>	148	13,50	87	19,20	235	15,10
<b>Total</b>	1099	100	454	100	1553	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 1.5.3. La crainte de perdre son emploi

Une perception « anxieuse » d'un future proche a évidemment une influence sur la décision d'avoir ou non recours aux soins, particulièrement la peur d'être mis au chômage technique ou de carrément perdre son travail. Cette peur du lendemain habite littéralement la plupart des travailleurs journaliers, ceux qui ont des contrats précaires ou qui travaillent à temps partiel, ce qui favorise *in fine* un moindre recours aux soins. Plus encore, ces craintes peuvent être à l'origine de formes de déni de la maladie et d'un certain nombre de symptômes qui seraient une entrave à la poursuite de l'activité professionnelle de ces personnes dont la survie en dépend (Boltanski, 1971 ; Sérange-Fonterme, 1983). Les résultats de l'enquête montrent ainsi que 24% des personnes dont le chef de famille manifeste une crainte latente de perdre son emploi déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois, contre seulement 13,80% pour celles dont le chef de ménage n'a pas de crainte particulière pour la perte de son emploi à court et moyen termes (cf. Tableau 83).

**Tableau 83** : La crainte de perdre son travail et le renoncement aux soins

	Crainte de perdre son emploi				Total	
	Non		Oui			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Non renonçants</b>	1191	86,20	130	76,00	1321	85,10
<b>Renonçants</b>	190	13,80	41	24,00	231	14,90
<b>Total</b>	1381	100	171	100	1552	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 1.5.4. L'aide potentielle de l'entourage

Une attente défavorable vis-à-vis de l'aide potentielle de l'entourage est un autre facteur de précarité sociale mis en évidence par la littérature empirique (Bazin *et al.*, 2006 ; Bihl et Pfefferkorn, 2008 ; Castiel, 2010 ; Chauvin *et al.*, 2012 ; Haddad *et al.*, 2004). Les résultats de notre enquête confirment bien cette tendance. Il ressort en effet de notre enquête que le taux de renoncement des personnes dont le chef de famille anticipe favorablement l'aide et le soutien de son entourage en cas de besoin (14,20%), est inférieur à celui des personnes dont le chef de ménage ne s'attend pas à recevoir une telle aide de son entourage (19%).



**Tableau 84** : L'aide de l'entourage et le renoncement aux soins

	Aide de l'entourage				Total	
	Non		Oui		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Non renonçants</b>	238	81,00	1092	85,80	1330	84,90
<b>Renonçants</b>	56	19,00	181	14,20	237	15,10
<b>Total</b>	294	100	1273	100	1567	100

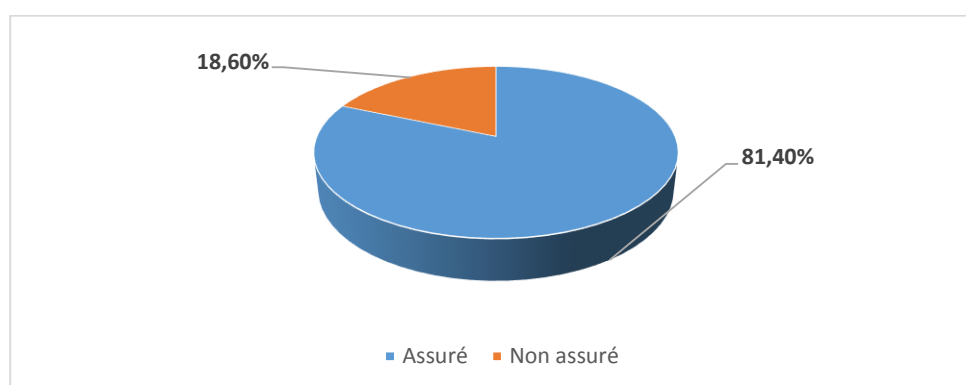
Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

En définitive, conformément aux conclusions de la plupart des études empiriques consultés (notamment Azogui-Lévy & Rochereau, 2005 ; Bazin *et al.*, 2006 ; Desprès, 2011a, 2011b, 2012 ; Dourgnon *et al.*, 2012 ; Haddad *et al.*, 2004 ; Lafortune & Devaux, 2012), les résultats de notre enquête indiquent clairement que *la précarité passée, présente et future* a une influence décisive sur le renoncement aux soins. Les personnes en situation de précarité sont systématiquement les plus touchées par les inégalités sociales de santé. Ainsi, la mesure subjective de la situation financière des ménages nous a permis d'affiner notre analyse du renoncement aux soins pour des raisons financières et de mettre en lumière d'autres difficultés que le revenu, considéré à lui seul, ne peut pas dévoiler.

### 1.6. La couverture sociale et la carte Chifa

En Algérie, force est de constater que l'assurance-maladie n'a pas réussi à éliminer l'ensemble des obstacles économiques à l'accès aux soins. En effet, plus de 81% des personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins sont des assurés sociaux (cf. Figure 86). En clair, le fait de disposer aujourd'hui d'une couverture sociale ne protège en rien du risque de renoncement aux soins.

**Figure 86** : Répartition des renonçants selon la couverture sociale



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des résultats de l'enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018)

Par ailleurs, le fait même de disposer d'une couverture intégrale n'épargne pas les assurés sociaux du risque de renoncement aux soins. En effet, 11,70% des assurés sociaux dont la prise en charge est intégrale (100%) ont déclaré avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois, tandis que 15,3% des personnes assurés dont le niveau de couverture est partiel (taux de couverture à 80%) n'ont pas eu recours aux soins malgré le besoin ressenti (cf. Tableau 85). Comme nous l'avons relevé plus haut, cette situation paradoxale s'explique essentiellement par les nombreuses défaillances du système de protection sociale.

**Tableau 85** : Niveau de couverture et renoncement aux soins

Renoncement	Niveau de couverture du chef de ménage				Total	
	80%		100%		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
<b>Non</b>	1000	84,70	91	88,30	1091	85
<b>Oui</b>	181	15,30	12	11,70	193	15
<b>Total</b>	1181	100	103	100	1284	100

*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

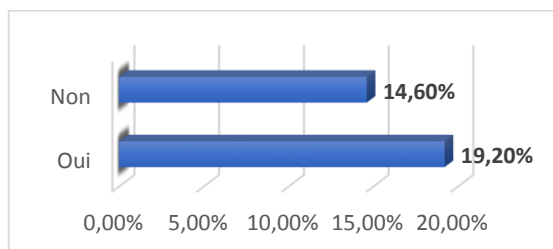
Rappelons que le tiers payant est un mécanisme qui permet au patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la sécurité sociale ou un organisme de complémentaire santé. La possession d'une carte Chifa, par cette exonération de l'avance des frais qu'elle permet, peut ainsi avoir une influence dans les décisions de recours et/ou de renoncement aux soins. Les résultats de notre enquête confirment bien cette intuition. Ainsi, nous remarquons, d'après le tableau 86 et la figure 87, que 14,60% des titulaires de la carte Chifa, soit 168 personnes, ont déclaré avoir renoncé aux soins, contre 19,20% des assurés sociaux qui ne disposent pas encore de cette carte. En définitive, la généralisation (toujours en cours) de la carte Chifa a permis de soulager en partie les assurés sociaux de condition modeste du fardeau de l'avance des frais lors de l'achat des médicaments, ce qui est évidemment de nature à favoriser l'accès aux soins de ces catégories vulnérables de la population.

**Tableau 86 :** La carte Chifa et le renoncement aux soins

Renoncement	Possession d'une carte Chifa			
	Non		Oui	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Non</b>	105	80,80	986	85,40
<b>Oui</b>	25	19,20	168	14,60
<b>Total</b>	130	100	1154	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

**Figure 87 :** Répartition des renonçants selon la possession d'une carte Chifa.



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 86.

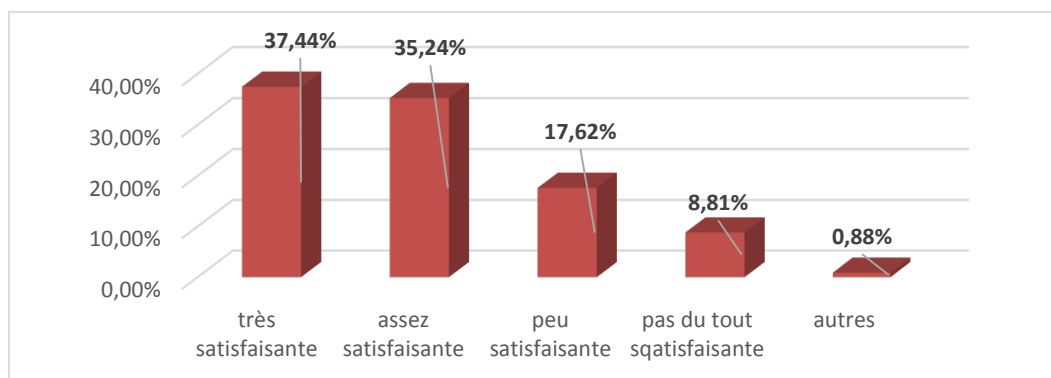
Remarquons cependant que la possession d'une carte n'a pas empêché non plus certains patients de renoncer à des soins de santé dont ils avaient pourtant ressenti le besoin. Cela s'explique par les nombreuses limites et imperfections attachées à cette carte. Ainsi, la possession d'une carte Chifa par un assuré social n'est pas toujours synonyme d'une facilitation des procédures de remboursement. En effet, le plafonnement à trois ordonnances pour chaque trimestre, le montant de chaque ordonnance qui ne doit pas dépasser les 3000 DA et la nécessité de mettre à jour chaque année la carte, sont autant d'obstacles auxquels restent confrontés les titulaires de la carte Chifa. Ainsi, si l'assuré social dépasse les trois ordonnances par trimestre ou qu'une ordonnance dépasse le montant de 3000 DA, l'assuré social sera de fait contraint de passer au mode classique de remboursement à travers l'avance de frais en espèce sur la part des dépenses en officine remboursées par la sécurité sociale ; le remboursement se fera uniquement après dépôt et traitement du dossier par la caisse. Signalons que certains assurés sociaux renoncent parfois à présenter leurs dossiers de remboursement, en raison notamment des longs délais d'attente au niveau des guichets des agences de la CNAS et de la lenteur du virement des sommes remboursées. Pis encore, certains patients renoncent carrément à l'achat de tout ou d'une partie des médicaments prescrits en raison du montant élevé de la facture. Aussi, ces restrictions constituent l'un des principaux motifs d'insatisfaction des usagers de la carte Chifa. En fait, beaucoup de nos enquêtés se plaignent de ces restrictions, dont ils ne perçoivent souvent pas la pertinence et l'utilité (cf. Figures 88 et 89).

Par ailleurs, rappelons que le mécanisme du tiers payant que permet la carte Chifa se limite aujourd'hui uniquement à l'achat de médicaments dans les officines conventionnées. Des pans entiers du système de soins continus ainsi à fonctionner sous le régime classique de remboursement... avec surtout des tarifs de remboursement dérisoires qui n'ont pas été actualisés depuis l'année 1987. Comme indiqué à maintes reprises dans ce travail, c'est le cas non seulement des consultations, mais aussi de l'imagerie médicale (scanner, IRM...), des analyses de laboratoire et à bien d'autres prestations en cas de maladie grave, sachant que le recours aux prestataires privés s'avère aujourd'hui – la plupart du temps – une nécessité

impérieuse. Rajoutant également tous les médicaments « déremboursés » ou encore ceux soumis au tarif de référence qui impose des débours supplémentaires aux assurés sociaux. En définitive, cette multiplication des paiements directs des patients constitue autant d'entraves à l'utilisation des services de santé.

Enfin, dans le cadre de notre enquête, nous nous sommes intéressés au degré de satisfaction des usagers de la carte Chifa. La figure 88 indique que 37,44% des chefs de ménage, soit 85 ménages, se déclarent « très satisfaits » de la carte Chifa. Par ailleurs, 35,34% des sujets enquêtés estiment le dispositif comme étant « assez satisfaisant », considérant ainsi que le fait de disposer de la carte leur facilite dans une large mesure la vie et les encouragent à utiliser davantage les services de santé, malgré les limites avérées de ce dispositif. En outre, 17,62% des chefs de ménage estiment la carte Chifa comme étant « peu satisfaisante », en raison notamment du plafonnement à trois ordonnances par trimestre et à 3000 DA pour chaque ordonnance. Enfin, 8,81% des chefs de ménage estiment le dispositif comme étant « pas du tout satisfaisant », également en raison des plafonds imposés qui pénalisent surtout les familles nombreuses (c'est le cas, par exemple, d'un père de famille avec trois enfants ou plus à charge qui risque de dépasser plus fréquemment le plafond des trois ordonnances par trimestre), mais aussi en raison du nombre important de médicaments déremboursés et plus encore du « déremboursement » lié à l'application du tarif de référence à un nombre de plus en plus important de médicaments.

**Figure 88** : La satisfaction des chefs de ménages de la carte Chifa

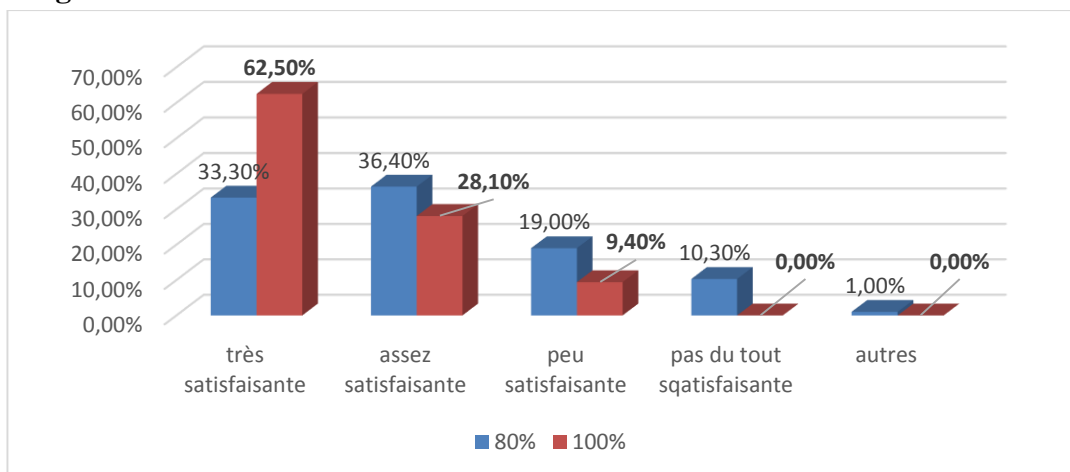


Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

La satisfaction des usagers de la carte Chifa diffère cependant selon le taux de couverture des dépenses (cf. Figure 89). En effet, 62,50% des chefs de ménage bénéficiant d'une couverture intégrale (couverture à 100%) estiment que la carte Chifa est « très satisfaisante », 28,10% d'entre eux la considère comme étant « assez satisfaisante », 9,40% comme « peu satisfaisante » et, enfin, aucun bénéficiaire du tiers payant intégral n'a déclaré que ce dispositif n'était « pas du tout satisfaisant ». Cependant, pour les assurés sociaux bénéficiant uniquement d'une couverture partielle (couverture à 80%), seuls 33,30% d'entre eux se déclarent comme étant « très satisfaits », 36,40% comme « assez satisfaits », 19%

comme étant « peu satisfaits » et, enfin, 10,30% d'entre eux se déclarent comme étant « pas du tout satisfaits ».

**Figure 89** : La satisfaction de la carte Chifa et le taux de couverture en assurance



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

## 2. Les facteurs individuels

Les déterminants individuels pris en considération ici sont le sexe, l'âge et le niveau d'instruction.

### 2.1. Le genre

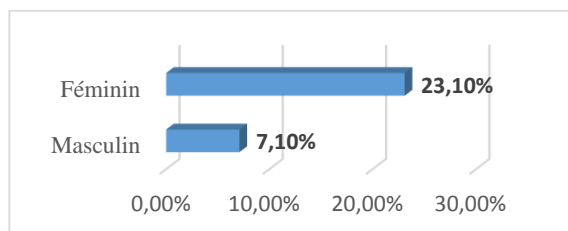
La plupart des travaux empiriques traitant du renoncement aux soins dans une perspective de genre concluent que les femmes sont un peu plus « exposées » au renoncement que les hommes (Chauvin *et al.*, 2012 ; Dourgnon, 2012 ; Montaut, 2010 ; Renahy *et al.*, 2011 ; Revil *et al.*, 2018 ; Sibley & Glazier, 2009 ; Tchicaya & Lorentz, 2011). Cette plus forte probabilité de renoncer (ou de le déclarer) pour les femmes par rapport aux hommes est confirmée dans le cadre de notre enquête. Ainsi, le renoncement aux soins de santé chez les femmes est pratiquement trois fois plus élevé que celui observé chez les hommes (cf. Tableau 87 ; Figure 90). En conséquence, toutes choses égales par ailleurs, le risque pour les femmes de renoncer à des soins est supérieur à celui des hommes. Cela s'explique en partie par le fait que les femmes s'estiment plus en mauvaise santé par rapport aux hommes. En outre, elles ont généralement des problèmes gynécologiques, notamment pendant la ménopause. De ce fait, elles ont une tendance à ressentir plus les besoins de soins et, par conséquent, sont plus susceptibles d'y renoncer.

**Tableau 87** : Le sexe et le renoncement aux soins de santé

Renoncement	Masculin		Féminin	
	Eff.	%	Eff.	%
<b>Non</b>	728	92,9	602	76,9
<b>Oui</b>	56	7,10	181	23,1
<b>Total</b>	784	100	783	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

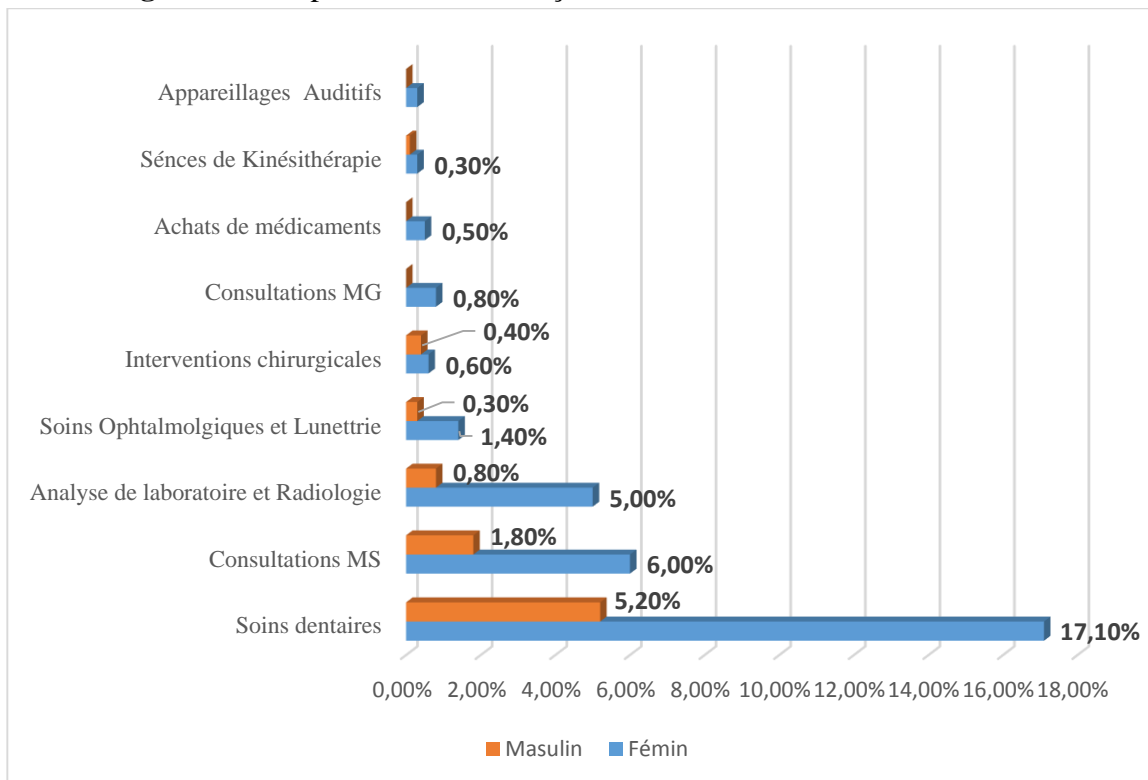
**Figure 90** : Le taux de renoncement aux soins selon le sexe



Source : Figure réalisée par nos soins à partir du tableau 87.

Contrairement aux travaux de Revil (2017), la répartition des déclarations de renoncement des enquêtés selon le sexe et le type de soins montre la prédominance des femmes pour tous les types de soins (cf. Figure 91). Les femmes renoncent notamment plus que les hommes aux soins dentaires (74% contre 71,9%, respectivement). Signalons que ce dernier résultat est similaire à celui de Azogui-Lévy & Rochereau (2005) et de Revil (2017). L'importance du renoncement déclaré aux soins dentaires chez les femmes s'explique principalement par une plus forte attention portée par ces dernières à leur santé bucco-dentaire. Nous notons également que les femmes renoncent plus de six fois davantage que les hommes aux analyses de laboratoire et aux examens de radiologie (5% pour les femmes contre 0,8% pour les hommes). Ce résultat s'explique en grande partie par l'importance du renoncement des femmes aux *mammographies*. En effet, avec 40% des cas de renoncement aux actes de radiologie, la mammographie constitue pour les femmes le principal poste de renoncement de cette rubrique « examens radiologiques ». Rappelons que ce type d'examen est systématiquement préconisé par les médecins aux femmes qui dépassent les 40 ans. Le *frottis* est également un examen auquel renoncent fréquemment les femmes enquêtées. Ce dernier examen est notamment préconisé pour les femmes mariées afin de prévenir le cancer du col de l'utérus.

**Figure 91** : Répartition des renonçants selon les soins renoncés et le sexe

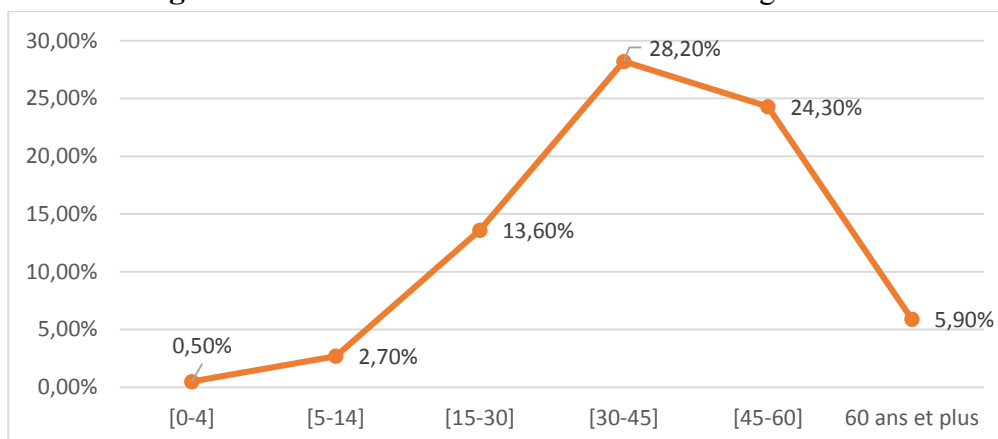


Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

## 2.2. L'âge

Concernant l'âge, le renoncement semble suivre une *courbe en cloche*, plutôt élevé entre 30 et 45 ans et légèrement décroissant entre 45 et 60 ans, assez faible pour les enfants et les personnes âgées (cf. Figure 92). Nos résultats sont globalement conformes aux conclusions de la littérature empirique (Dourgnon, 2011). Cela s'explique en partie par le fait que les personnes vieillissantes sont plus attentives à leur santé que les plus jeunes. Notons qu'on a relevé un seul cas de renoncement pour les enfants de moins de quatre ans. En fait, nombreux sont les parents qui déclarent renoncer eux-mêmes à des soins et ont essayé au maximum d'éviter cette privation à leurs enfants.

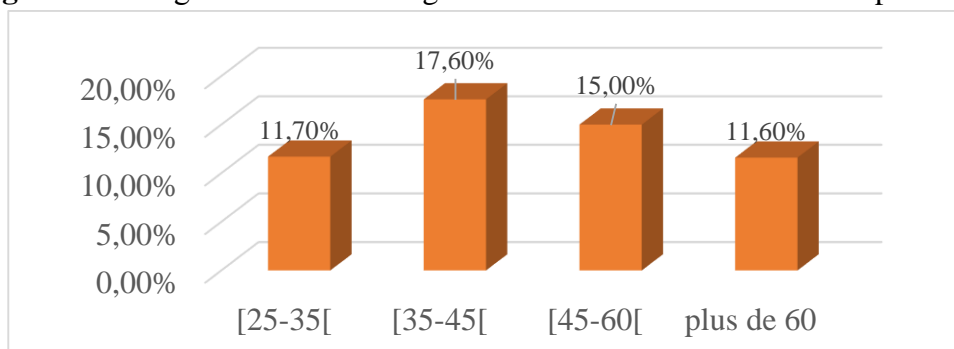
**Figure 92 :** Le renoncement aux soins selon l'âge



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Quant à l'âge du chef de ménage, l'enquête révèle que celui-ci n'a pas d'influence particulière sur le renoncement aux services de santé des personnes composant le ménage. En effet, 11,17% des personnes dont l'âge du chef de ménage est compris entre 25 et 35 ans ont déclaré avoir renoncé aux soins, contre 17,60% des enquêtés dont l'âge du chef de ménage est compris entre 35 et 45 ans et 11,60 % pour ceux dont le chef de ménage est âgé de 60 ans et plus (cf. Figure 93). Signalons que ces résultats contrastent avec les travaux de Houffouet (2015) et de Wilfried, Jérôme & Valentin (2018), qui suggèrent que l'âge du chef de ménage peut avoir un impact non négligeable sur l'accès aux soins de santé.

**Figure 93 :** L'âge du chef de ménage et le renoncement aux soins des personnes



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Néanmoins, nous constatons, d'après la figure 94, que le renoncement aux soins des différents groupes d'âge diffère selon le type de soins considéré :

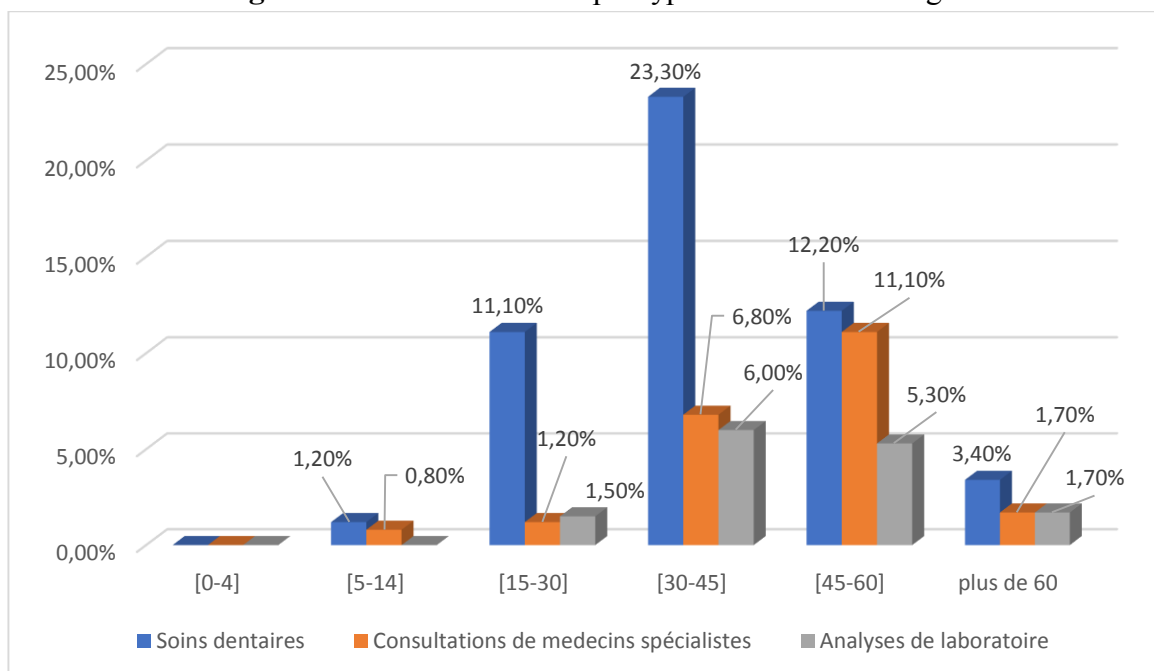
- ✓ Pour les soins dentaires, le taux de renoncement augmente continuellement avec l'âge pour atteindre le maximum pour les personnes âgées entre 30 et 45 ans, dont le taux de renoncement avoisine les 23,30%. Cela s'explique par les premiers soins dentaires, qui apparaissent en général à cette tranche d'âge [30-45]. Et il



faut savoir que ces soins, notamment le détartrage, le plombage et les prothèses, sont vraiment coûteux et ne sont pas remboursables ou remboursables à titre dérisoire. Le renoncement décroît ensuite pour les tranches d'âges de 45 ans et plus. Cette baisse s'explique, d'une part, par le fait qu'en avançant dans l'âge les soins dentaires sont réduits à l'extraction et aux soins de caries. D'autres part, les personnes âgées considèrent les soins dentaires non prioritaires par rapport aux autres soins, notamment pour ceux qui souffrent de maladies chroniques. Signalons que ces résultats sont similaires avec les travaux de Mezrahi & Mezrahi (2011) et de Chaupain-Guillot *et al.* (2014), mais contrastent toutefois avec l'étude de Chauvin *et al.* (2012) qui conclue que le renoncement aux soins dentaires augmente avec l'âge.

- ✓ Pour les consultations de médecins spécialistes, les déclarations de renoncement sont plus fréquentes pour les personnes âgées entre 45 et 60 ans, soit plus de 6 fois plus élevé que le taux de renoncement des personnes âgées de 60 ans et plus et près de deux fois plus important que la proportion des personnes âgées entre 30 et 45 ans. Le faible taux de renoncement des personnes âgées s'explique en partie par le suivi régulier auprès de leur médecin traitant.
- ✓ Pour les analyses de laboratoire et les examens de radiologie, les personnes âgées entre 30 et 60 ans renoncent davantage. Ainsi, le taux de renoncement pour ces personnes est trois fois plus élevé que celui des personnes âgées de 60 ans et plus et celui des moins de 30 ans.

Figure 94 : Le renoncement par type de soins selon l'âge

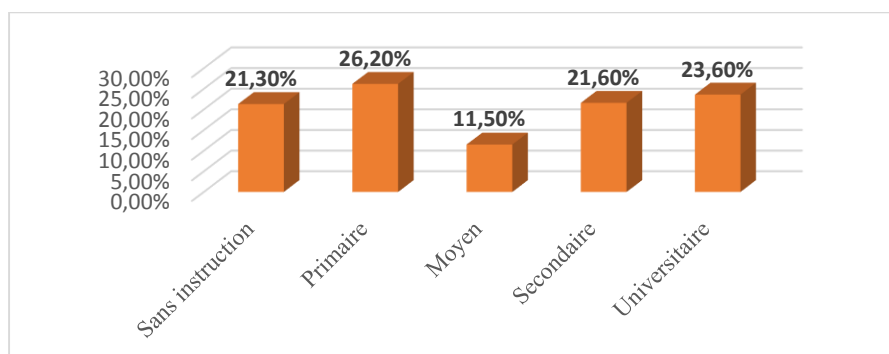


Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 2.3. Le niveau d'instruction

S'agissant du niveau d'instruction (cf. Figure 95), l'enquête révèle que le renoncement est plus important pour les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (26,2%) et universitaires (23,6%). Ce résultat, quelque peu contre-intuitif, nous conduit à conclure que le niveau d'instruction a une assez faible influence sur le risque de renoncement aux soins. Signalons que ces résultats sont similaires à un certain nombre de travaux empirique (Chauvin *et al.*, 2012 ; Fjær *et al.*, 2017).

Figure 95 : Le renoncement et le niveau d'instruction



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Concernant le niveau d'instruction du chef de ménage, nous n'avons pas observé de différences significatives entre le niveau d'étude de ce dernier et le renoncement aux soins des

personnes qui composent le ménage en question. En effet, le taux de renoncement est de 15,50%, 16,90%, 16%, 13,80% et 15,10% respectivement pour les personnes dont le niveau d'instruction du chef de famille est « sans instruction », « primaire », « moyen », « secondaire » et « universitaire » (Cf. Tableau 88). Signalons que ces résultats contrastent avec les études de Houffouet (2015) et de Wilfried, Jérôme & Valentin (2018), qui concluent *a contrario* que le niveau d'instruction des chefs de ménage a une influence sur la décision de recours ou de renoncement aux soins de santé.

**Tableau 88** : Le renoncement aux soins des personnes selon le niveau d'instruction du chef de ménage

<i>Niveau d'instruction</i>	<b>Non Renonçants</b>		<b>Renonçants</b>		<i>Total</i> Effectif
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Sans instruction</b>	268	84,50	49	15,50	317
<b>Primaire</b>	167	83,10	34	16,90	201
<b>Moyen</b>	221	84,00	42	16,00	263
<b>Secondaire</b>	438	86,20	70	13,80	508
<b>Universitaire</b>	236	84,90	42	15,10	278
<b>Total</b>	1330	84,90	237	15,10	1567

*Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).*

### 3. Les déterminants territoriaux

Dans ce point, il sera question d'examiner les disparités dans les déclarations de renoncement des personnes enquêtées selon la région de résidence. Rappelons que le milieu de résidence peut véhiculer de façon consubstantielle des difficultés plus ou moins importante pour accéder aux services de soins appropriés (cf. chap. 1).

#### 3.1. La région de résidence des ménages

Nous remarquons, d'après le tableau 89, qu'il n'y a pas de différence significative entre les régions de résidence en termes de taux de renoncement des personnes enquêtés. Ainsi, 16,20% des personnes qui habitent dans des zones urbaines ont déclaré avoir renoncé aux soins, contre 16,60% pour celles qui habitent dans des régions rurales et 12% pour celles dont la région de résidence est « mixte ». En définitive, les résultats de l'enquête ne font pas apparaître de différences notables entre les régions de résidence au regard de l'ensemble des besoins de soins non satisfaits. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que la distance n'est pas ici le facteur primordial dans la décision de renoncement aux soins, dans la mesure où le motif financier est avancé par plus de la moitié des enquêtés.

**Tableau 89** : Le renoncement aux soins et la région de résidence

<i>Renoncement</i>	<b>Urbain</b>		<b>Mixte</b>		<b>Rural</b>	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Non</b>	597	83,80	382	88,00	351	83,40
<b>Oui</b>	115	16,20	52	12,00	70	16,60
<b>Total</b>	712	100	434	100	421	100

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

### 3.2. Le moyen de déplacement utilisé

Le tableau 90 indique que le taux de renoncement pour les personnes qui utilisent leur propre voiture, comme moyen de déplacement pour se soigner, est moins important que pour les personnes qui utilisent d'autres moyens de déplacement. En effet, 13,30% des personnes qui se déplacent en « voiture personnelle » ont déclaré avoir renoncé aux soins. Ce taux de renoncement augmente à 15,10% pour celles qui se déplacent « à pied », à 17,50% pour ceux qui utilisent le « transport en commun » et, enfin, à 18,50% pour le « taxi ».

**Tableau 90** : Le moyen de déplacement utilisé et le renoncement aux soins

<i>Moyen de déplacement</i>	<b>Non Renonçants</b>		<b>Renonçants</b>		<b>Total</b>
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>À pied</b>	185	84,90	33	15,10	218
<b>Transport en commun</b>	738	82,50	157	17,50	895
<b>Voiture personnelle</b>	721	86,70	111	13,30	832
<b>Taxi</b>	44	81,50	10	18,50	54

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

## CONCLUSION

L'étude exploratoire du renoncement aux soins dans la wilaya de Béjaïa a mis en évidence l'existence d'inégalités sociales dans l'accès aux soins. En effet, les résultats de l'enquête ont montré que plus de 15 % des personnes enquêtées ont renoncé à des soins de santé au moins une fois au cours des douze derniers mois, alors qu'elles en ressentaient le besoin. Ce taux monte à 21% pour les individus âgés de 15 ans et plus. Ces taux de renoncement sont assez élevés et reflètent les multiples difficultés pour accéder aux soins de santé. Par ailleurs, il ressort de notre étude que la santé dentaire est le premier poste de renoncement aux soins. Il concerne plus de 73% de la population enquêtée, devant les consultations de médecins spécialistes (25,63%) et les analyses de laboratoire et examens de radiologie (18,91%).

En outre, il ressort également de notre étude que l'obstacle financier constitue près de la moitié des motifs de renoncement cités par les répondants. Cependant, nombreux sont ceux qui mettent en avant des raisons autres que financières. Ainsi, 29,02% ont déclaré avoir

renoncé aux soins du fait d'autres soucis ou de ne pas avoir eu de temps. Pour les soins dentaires particulièrement, le « manque de temps » et la « peur » sont souvent invoqués. Ils constituent le second motif de renoncement aux soins dentaires. Dans le cas des appareillages auditifs, les difficultés liées à la distance constituent la moitié des causes de renoncement.

Les résultats de l'enquête montrent aussi que la situation financière du ménage (revenu du ménage, taille du ménage...) est l'un des principaux facteurs qui interviennent dans la décision de renoncement aux soins de santé des personnes. En outre, les expériences de précarité *passées* (avoir connu des périodes d'inactivité professionnelle), *présentes* (difficultés financières au cours des douze derniers mois), mais aussi anticipées (crainte de perdre son emploi) jouent également sur l'accès financier aux soins. Le coût des soins laissé à la charge des patients peut expliquer ici que les plus pauvres renoncent à des soins qu'ils jugent pourtant nécessaires au regard de leur état de santé. Cependant, le niveau d'instruction et l'âge du chef de ménage n'ont aucune influence sur la décision de renoncement aux soins. Enfin, une autre caractéristique du ménage est associée à une proportion plus élevée de renoncement aux soins, à savoir le fait que celui-ci soit *locataire*.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête ne font pas apparaître de différences notables entre les régions de résidence au regard de l'ensemble des besoins de soins non satisfaits. Néanmoins, les contraintes de déplacement et les inégalités devant la mobilité semblent avoir une influence sur le renoncement aux soins. Ainsi, les personnes qui utilisent leur propre voiture, comme moyen de déplacement pour se soigner, déclarent relativement moins de renoncement aux soins que les personnes qui utilisent les autres moyens de déplacement.

Concernant les caractéristiques individuelles, retenons que les femmes déclarent plus souvent renoncer à des soins que les hommes. En outre, le lien entre l'âge et le taux de renoncement suit une *courbe en cloche* ; plutôt élevé entre 30 et 45 ans, et plus faible pour les enfants et les personnes âgées. Par ailleurs, le niveau d'instruction et le niveau de revenu semblent avoir une influence sur le renoncement.

Enfin, nous sommes arrivés à la conclusion que l'assurance-maladie n'a pas réussi à éliminer l'ensemble des obstacles économiques à l'accès aux soins. Au regard des résultats de l'enquête, force est d'admettre en effet que la couverture sociale n'est plus aujourd'hui le déterminant essentiel de l'accès aux soins de santé. En outre, malgré que la généralisation en cours du dispositif du tiers payant ait permis de faciliter les conditions d'accès aux soins pour les assurés sociaux et leurs ayants droit, il ressort également de notre étude que la possession d'une carte Chifa ne protège aucunement du risque de renoncement aux soins. Comme nous l'avons relevé plus haut, cette situation assez inattendue s'explique essentiellement par les nombreuses défaillances du système de protection sociale et du dispositif du tiers payant (notamment le plafonnement à trois ordonnances pour chaque trimestre et à 3000 DA du montant de chaque ordonnance).

Dans le cadre du sixième et dernier chapitre de notre travail, nous tenterons d'approfondir cette première approche du phénomène de renoncement aux soins dans la wilaya de Béjaïa à travers une modélisation des déterminants du renoncement.

# **CHAPITRE 6 :**

## **ANALYSE DES DÉTERMINANTS DU RENONCEMENT AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA :**

### *Approche par modélisation logistique*

Les analyses menées dans le chapitre précédent ont permis de montrer que plusieurs variables avaient une influence propre sur la décision de renoncement aux soins. Néanmoins, les analyses de statistique descriptive ne peuvent constituer qu'un préalable à une explication plus globale des déterminants du renoncement aux soins, dans la mesure où certaines variables sont parfois liées entre elles ce qui ne permet évidemment pas de spécifier l'effet propre de chacune d'entre elles. En conséquence, l'utilisation de modèles de régression logistique nous permettra de déterminer l'effet spécifique de chacune des variables en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle (mesure ajustée) (Preux *et al.*, 2005).

L'analyse économétrique menée dans le présent chapitre se propose de mettre en évidence les déterminants du renoncement aux soins dans la wilaya de Béjaïa. À cet effet, nous allons étudier, à l'aide d'une régression logistique, les déterminants de la probabilité de déclaration d'un renoncement aux soins au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Cette analyse est tout d'abord menée en considérant le *renoncement aux soins en général* (tous types de soins confondus) (section 1), puis en considérant séparément les trois types de renoncement les plus fréquents, à savoir les *soins dentaires*, les *consultations de médecins spécialistes* et les *analyses de laboratoire/examens radiologiques* (section 2). Les quatre modèles retenus nous permettront concrètement de *hiérarchiser les facteurs de risque* intervenant dans la décision de renoncement selon le type de soins.

## I. MODÉLISATION DES FACTEURS DÉTERMINANTS LE RENONCEMENT AUX SOINS EN GÉNÉRAL

Nous nous intéresserons dans cette première section aux déterminants du renoncement aux soins en général (tous types de soins confondus). À cet effet, une analyse multivariée (régression logistique) sera menée afin de déterminer l'effet des différents facteurs influençant la décision de renoncement aux soins. Avant de présenter et d'analyser les résultats des différents modèles, nous présenterons d'abord les variables choisies pour la modélisation et l'intérêt de l'approche économétrique retenue.

### 1. Choix des variables et recours à l'approche économétrique

Comme évoqué tout au long de ce travail, le renoncement aux soins de santé est un véritable problème de santé publique, d'où l'impératif d'identifier et de mesurer l'importance relative des déterminants multiples du renoncement aux soins de santé dans les différentes franges de la population. L'analyse économétrique ici mobilisée nous permettra justement de caractériser et de quantifier l'association entre le renoncement aux soins (variable à expliquer) et les multiples facteurs l'influençant (variables explicatives).

Cette analyse des déterminants du renoncement aux soins s'appuiera sur un modèle dit *Logit* (ou de régression logistique), qui sera alimenté à partir des données issues de notre enquête de terrain auprès de 320 ménages, équivalents à 1 567 individus. Précisons que nous avons pris le soin au préalable de sélectionner uniquement les personnes ayant 15 ans et plus, soit les personnes adultes en capacité de faire des choix en matière de recours et de renoncement aux soins<sup>1</sup>. Après cette sélection, nous avons abouti à un échantillon constitué de 1098 individus.

#### 1.1. Choix et spécification du modèle Logit

Dans notre analyse des déterminants du renoncement aux soins, au regard de la nature des variables, nous avons opté pour des régressions du type « logit ». En effet, le *modèle de régression logistique binaire* (dit Logit) a été mobilisé dans la mesure où la variable à expliquer (variable dépendante Y) est de nature qualitative binaire (avoir ou non renoncé à des soins), alors que les variables explicatives (variables indépendantes Xi) peuvent être par contre soit qualitatives, soit quantitatives. Dit autrement, le modèle Logit permet concrètement de prédire la probabilité qu'un individu déclare avoir ou ne pas avoir renoncé aux soins selon telle ou telle caractéristique personnelle. La régression logistique offre l'avantage pratique de mesurer l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible, indépendamment des autres (c'est en ce sens qu'on parle d'ajustement). La force de l'influence de chaque variable du modèle est estimée par l'*odds ratio*. Pour une présentation détaillée du modèle de régression logistique binaire, nous renvoyons ici le lecteur à la section 2 du chap. 4.

---

<sup>1</sup> Signalons que c'est également le choix retenu par les principales enquêtes épidémiologiques réalisées en Algérie (TAHINA 2007 ; MICS 2012-2013...).



Dans notre modèle logistique binaire, la variable dépendante binaire est notée  $Y$  : le fait d'avoir déclaré ( $L_2 ; L_2 = 1$ ) ou de ne pas avoir déclaré ( $L_1 ; L_1 = 0$ ) renoncer à des soins de santé. Nous souhaitons expliquer la variable  $Y$  (le renoncement aux soins) à l'aide des  $k$  variables explicatives (indépendantes)  $X_1, X_2, \dots, X_k$ ; les bêtas ( $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ ) sont justement les paramètres à estimer dans l'équation de régression. En même temps, des seuils de signification (5% ou 10%) sont à définir de manière à classer les résultats obtenus.

Pour la probabilité de déclarer avoir renoncé aux soins ( $PL_2$ ), le modèle logistique de base (Bressoux, 2010) se présente comme suit:

$$PL_2 = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)}$$

Que l'on peut aussi écrire de manière formellement équivalente :

$$PL_2 = \frac{1}{1 + \exp[-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)]}$$

Le rapport suivant s'appelle le ratio *Odds* :

$$Odds = \frac{PL_2}{1-PL_2} = \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)$$

L'*odds ratio*<sup>2</sup> (ou rapport des cotes) fournit une information sur la force et le sens de l'association (El Sanharawi & Naudet, 2013), entre la variable explicative ( $X_i$ ) et la variable à expliquer ( $Y$ ).

Si on introduit *le logarithme* au ratio *odds*, on aura ainsi le modèle Logit suivant :

$$\ln \frac{PL_2}{1-PL_2} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k$$

## 1.2. Présentation des variables de l'étude

Pour expliciter l'origine et les causes des renoncements aux soins, nous avons entrepris une modélisation économétrique des résultats de notre enquête réalisée auprès d'un échantillon de ménages de la wilaya de Béjaïa. Essentiellement, le modèle mobilisé dans cette analyse des déterminants du renoncement aux soins nous permettra de mettre en relation le renoncement aux

<sup>2</sup> Il est toujours positif et compris entre 0 et  $+\infty$ . Lorsqu'il vaut 1, les deux variables sont indépendantes. Au contraire, plus l'OR est proche de 0 ou de  $+\infty$ , plus les variables sont liées entre elles.

soins (qui est la variable à expliquer) et les facteurs multiples susceptibles de l'influencer (variables explicatives).

### 1.2.1. La variable à expliquer

La présente étude économétrique s'appuiera sur les réponses obtenues à une question précise sur le renoncement aux soins : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà renoncé à des soins pour vos même ou un membre de votre famille ? »

La variable principale d'intérêt sera donc dichotomique : *avoir renoncé* ou *non* à des soins au cours des 12 derniers mois. Il en est de même pour les variables spécifiques à un type de soin particulier (soins dentaires, consultations de médecins spécialistes et analyses de laboratoire/examen radiologiques).

Soit  $Y_3$  une variable dichotomique qui caractérise le renoncement aux soins et qui prend la valeur 1 lorsque la personne déclare avoir renoncé à des soins et 0 sinon.

$$Y_3 = \begin{cases} 1 & \text{si l'individu renonce aux soins en général} \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

Il convient dès lors d'estimer un **modèle de régression logistique binaire**, qui nous permettra *in fine* d'évaluer le risque de renoncer aux soins en fonction des caractéristiques tant individuelles que familiales de la personne.

### 1.2.2. Les variables explicatives du renoncement aux soins

Le choix des variables explicatives est implicitement basé sur la revue de la littérature sur le renoncement aux soins (cf. chap. 1). En résumé, les travaux empiriques sur les inégalités d'accès aux soins concluent à l'influence des facteurs socio-économiques et individuelles dans le risque de renoncer aux soins. À cet effet, nous avons sélectionné 13 variables (indépendantes) sociodémographiques et socio-économiques. Notant que nous avons pris en considération aussi bien les caractéristiques individuelles des personnes que celles liées aux ménages.

#### 1.2.2.1. Les facteurs socio-économiques

La prise en compte de la situation financière du ménage s'avère capitale dans toute étude portant sur l'accès et le recours aux soins, surtout dans le contexte des pays en développement où les solidarités familiales restent encore vivaces (Haddad *et al.*, 2004). Dès lors, nous avons pris en considération un ensemble de variables indépendantes qui résument assez bien la situation financière du ménage et de la personne.

- **Le revenu du ménage** : cette variable nous permettra d'estimer l'effet du revenu des ménages sur le renoncement aux soins. Le revenu mensuel du ménage est découpé en huit (8) tranches, codées comme suit :

$$\text{Revenu du ménage} = \left\{ \begin{array}{ll} 1 & \text{Si Revenu} < 18000 \text{ DA} \\ 2 & \text{si } 18000 \leq \text{revenu} < 36000 \text{ DA} \\ 3 & \text{si } 36000 \leq \text{revenu} < 54000 \text{ DA} \\ 4 & \text{si } 54000 \leq \text{revenu} < 72000 \text{ DA} \\ 5 & \text{si } 72000 \leq \text{revenu} < 90\ 000 \text{ DA} \\ 6 & \text{si } 90\ 000 \leq \text{revenu} < 108000 \text{ DA} \\ 7 & \text{si } 108000 \text{ DA} \leq \text{revenu} < 162\ 000 \text{ DA} \\ 8 & \text{si Revnu} \geq 162\ 000 \text{ DA.} \end{array} \right.$$

- **La catégorie socio-professionnelle de la personne** : cette variable nous permettra de tester l'hypothèse que le renoncement aux soins est corrélé à la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance de la personne. Nous distinguerons en tout douze (12) catégories, codées comme suit : 1 (chômeur) ; 2 (femme au foyer) ; 3 (retraité/pensionnaire) ; 4 (étudiant/écolier) ; 5 (employeur) ; 6 (profession libérale) ; 7 (cadre et profession intellectuelle supérieure) ; 8 (employé) ; 9 (ouvrier) ; 10 (cadre moyen) ; 11 (indépendant) ; 12 (travailleur non-déclaré).
- **La taille du ménage** : cette variable désigne le nombre de personnes composant le ménage. Le but étant d'étudier l'impact potentiel que peut avoir l'appartenance à un ménage de grande taille ou de petite taille sur le renoncement aux soins de la personne. Cette variable est regroupée en trois (3) classes et codée comme suit : 1 (inférieur ou égale à trois personnes) ; 2 (4 à 7 personnes) ; 3 (8 personnes et plus).
- **La propriété d'habitation** : il s'agit concrètement d'évaluer l'influence que peut avoir le *statut de locataire* (versus propriétaire) sur le renoncement aux soins de la personne. Le coût parfois exorbitant de la location dans la wilaya de Bejaia, surtout en milieu urbain, est considéré ici comme un potentiel indicateur de fragilité financière du ménage. Cette variable est codée comme suit : 0 (non) ; 1 (oui).
- **La couverture sociale de la personne** : il s'agit de tester le rôle potentiel de l'assurance-maladie dans la fréquence du renoncement aux soins des personnes. En d'autres termes, cette variable nous permettra de savoir dans quelle mesure le *statut d'assuré social* protège ou non contre le risque de renoncement aux soins. Elle est codée comme suit : 0 (non) et 1 (oui).

- **La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage :** cette variable nous permettra de déduire dans quelle mesure la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage a une influence sur le renoncement aux soins des autres membres composant le ménage. Comme pour les personnes, nous distinguerons en tout douze (12) catégories, codées comme suit : 1 (chômeur) ; 2 (femme au foyer) ; 3 (retraité/pensionnaire) ; 4 (étudiant/écolier) ; 5 (employeur) ; 6 (profession libérale) ; 7 (cadre et profession intellectuelle supérieure) ; 8 (employé) ; 9 (ouvrier) ; 10 (cadre moyen) ; 11 (indépendant) ; 12 (travailleur non-déclaré).

### 1.1.2.2. Les facteurs individuels

La revue de la littérature montre que les caractéristiques individuelles ont également une influence sur le comportement de renoncement aux soins des personnes<sup>3</sup>. À cet effet, nous allons étudier la contribution des variables individuelles sur la déclaration de renoncement aux soins des individus. Ces variables sont codées comme suit :

- **Le genre :** 1 (Homme) ; 2 (femme).
- **L'âge de la personne :** 1 [15 à 29 ans] ; 2 [30 à 44 ans] ; 3 [44 et 59 ans] ; 4 [60 ans et plus].
- **Affection de longue durée (ALD) :** 0 (Non) ; 1 (Oui : avoir au moins une maladie chronique).
- **Le niveau d'instruction de la personne :** 1 (sans instruction) ; 2 (primaire) ; 3 (moyen) ; 4 (secondaire) ; 5 (universitaire).
- **L'âge du chef de ménage :** 1 [18 à 24 ans] ; 2 [25 à 34 ans] ; 3 [35 à 44 ans] ; 4 [45 à 60 ans] ; 5 [60 ans et plus].
- **Le niveau d'instruction du chef de ménage :** 1 (sans instruction) ; 2 (primaire) ; 3 (moyen) ; 4 (secondaire) ; 5 (universitaire).
- **Le lieu de résidence :** le comportement de recours aux soins est différent selon le milieu de la résidence. Nous avons repris à ce propos la classification retenue par le RGPH, à savoir *urbain*, *mixte* et *rural*. Le but derrière l'introduction de cette variable est de tester s'il y a des différences en termes de renoncement aux soins entre les régions *urbaines*, *mixtes* et *rurales*. L'existence de telles disparités permet, entre autres, de déduire le rôle que joue la répartition territoriale de l'offre de soins sur le renoncement aux soins. Cette variable est codée comme suit : 1 (urbaine) ; 2 (mixte) ; 3 (rurale).

## 2. Tests statistiques et estimation du modèle

Les résultats suivants portent sur le traitement des données avec la *méthode descendante de Wald*.

---

<sup>3</sup> Cf. chap. 1.

## 2.1. Tests omnibus

Afin d'évaluer la validité statistique des différences observées dans notre échantillon, nous allons utiliser les tests des ratios de vraisemblance. Ainsi, la différence entre les *log-vraisemblance* du bloc de départ et du bloc de traitement, appelée le *khi-carré du modèle* (*Chi-square model*) ou encore *Log Likelihood ratio* (LR), est confrontée à la table de khi-carré (Stafford & Bodson, 2006). Si le test est significatif au seuil de 5%, il est admis qu'au moins une variable indépendante exerce une influence sur la variable dépendante. En conséquence, le modèle est validé et on rejette l'hypothèse (H0) selon laquelle les variables introduites dans l'équation n'ont aucun pouvoir explicatif. En d'autres termes, il s'agit concrètement de tester l'hypothèse nulle et l'alternative (H1).

Les résultats de notre modèle indiquent que le *khi-carré* du modèle est égale à 217,742 (1124,448 – 906,706). Confronté à la table du khi-carré, le khi-carré du modèle est significatif au niveau 0,000 (cf. Tableau 91). Dès lors, nous rejetons l'hypothèse nulle (H0) et on accepte (H1) au seuil de signification de 5%. Ce qui induit la validité du modèle dans sa globalité. Nous considérons donc, avec un risque d'erreur fixé à moins de 5%, qu'il y a au moins une des variables indépendantes qui exerce une influence sur la variable dépendante (le renoncement aux soins).

**Tableau 91** : Qualité d'ajustement du modèle « renoncement aux soins en général »

Modèle	Critères d'ajustement du modèle		Tests des ratios de vraisemblance	
	- 2 log-vraisemblance	Chi-square	Degrés de liberté	Sig.
<b>Constante uniquement</b>	1124,448			
<b>Final</b>	906,706	217,742	28	0,000

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

En divisant le *khi-carré du modèle* (217,742) par 1124,448 (c'est-à-dire par le log-vraisemblance du bloc de départ [-2LL(1)]), on obtient un *pseudo-R carré* ( $R^2 = 0,194$ ). Les valeurs *Cox and Snell RSquare* (0,180) et *Nagelkerke RSquare* (0,281) sont aussi des *pseudo-R carré* (cf. Tableau 92). Cela signifie que globalement 28% de l'information est exprimée dans le modèle. En résumé, les *pseudo-R<sup>2</sup>* quantifient la contribution des variables indépendantes dans l'explication de la variable dépendante : lorsque les variables indépendantes n'ont aucun pouvoir explicatif sur la variable dépendante, le *pseudo-R<sup>2</sup>* vaut 0 ; lorsque la régression est parfaite, le *pseudo-R<sup>2</sup>* vaut 1. En définitive, les *pseudo-R carré* de notre modèle ont tous les trois en commun le fait qu'ils traitent fondamentalement l'information contenue dans les -2LL, d'où un modèle globalement significatif à cette étape de l'analyse (Stafford & Bodson, 2006) ; nous en saurons d'avantage lorsque nous aborderons la phase d'évaluation statistique.

**Tableau 92** : Récapitulatif du modèle « renoncement aux soins en général »

	- 2 log-vraisemblance	R <sup>2</sup> de Cox & Snell	R <sup>2</sup> de Nagelkerke
<b>Dernière étape de l'estimation</b>	906,706	0,180	0,281

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

## 2.2. Estimation des paramètres du modèle

Par la division de chaque coefficient estimé par son écart type et la prise de la valeur absolue du résultat calculé, on obtient le Wald ( $Z$  dans le logiciel).  $Z$  peut être confronté à la table normale si on dispose d'un échantillon relativement large, ou bien à la table de Student pour un échantillon relativement petit. Mis au carré,  $Z$  suit approximativement le *khi-carré* avec un degré de liberté (on teste l'hypothèse de nullité d'un seul paramètre) (Stafford & Bodson, 2006).

Après plusieurs itérations, nous présentons les variables indépendantes qui sont significatives et qui permettent de prédire la variable dépendante (le renoncement aux soins) de façon significative (Sig.  $\leq 0,05$ ) (Cf. Tableau 93). Autrement dit, nous allons identifier les facteurs les plus significatifs associés aux renoncements aux soins (tous type de soins confondu). De surcroît, nous allons étudier les paramètres de chaque modalité des variables explicatives qui figurent dans le tableau suivant pour expliquer son degré de signification.

Pour plus de précision, nous pourrions également interpréter les valeurs des coefficients du modèle ( $\beta_1, \beta_2, \beta_3 \dots \beta_n$ ) et déterminer lesquels sont significatifs. En effet, les coefficients B associés aux variables explicatives figurant dans le tableau 93 permettent d'estimer la contribution de chaque variable indépendante. Ainsi, l'ordre de grandeur des coefficients B permet de désigner le degré de signification des facteurs qui influencent le renoncement aux soins des personnes enquêtées. Le signe du coefficient de régression informe sur le sens de la relation (positif ou négatif), soit si la présence de la caractéristique chez un enquêté fait augmenter ou diminuer la probabilité de renoncer aux soins. Pour chaque catégorie d'une variable, la fonction exponentielle du coefficient indique combien de fois plus ou moins de risque on a de renoncer aux soins, selon que l'on possède telle caractéristique indiquée par la variable indépendante plutôt que la caractéristique de référence. De ce qui suit, nous ferons toujours référence à ces modalités dans notre analyse.

Tableau 93 : Estimation *logit* des facteurs associés au renoncement aux soins

		B	E.S.	Wald	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance Exp(B) 95%	
							Borne (<)	Borne (>)
<b>Constante</b>		-3,506***	0,759	21,317	0	0,03		
<b>Genre de la personne</b>	Femme	2,005***	0,279	51,738	0	7,425	4,3	12,821
	Homme	Ref.						
<b>Âge de la personne</b>	15 à 29 ans	0,251	0,579	0,189	0,664	1,286	0,414	3,996
	30 à 44 ans	1,258**	0,53	5,636	0,018	3,52	1,245	9,948
	44 à 59 ans	1,346***	0,506	7,083	0,008	3,844	1,426	10,36
	60 ans et plus	Ref.						
<b>Niveau d'instruction de la personne</b>	Sans instruction	-0,228	0,355	0,413	0,521	0,796	0,397	1,597
	Primaire	0,075	0,362	0,043	0,835	1,078	0,53	2,192
	Moyen	-0,797**	0,338	5,57	0,018	0,451	0,232	0,874
	Secondaire	-0,222	0,257	0,748	0,387	0,801	0,484	1,325
	Universitaire	Ref.						
<b>Catégorie socio-professionnelle de la personne</b>	Chômeurs	-0,964	0,634	2,314	0,128	0,381	0,11	1,32
	Femmes au foyer	-0,818*	0,455	3,23	0,072	0,441	0,181	1,077
	Retraités/Pensionnaires	-1,244**	0,641	3,765	0,052	0,288	0,082	1,013
	Étudiants/Écoliers	-0,996*	0,548	3,304	0,069	0,369	0,126	1,081
	Employeurs	1,029	0,673	2,335	0,126	2,798	0,748	10,467
	Professions libérales	-1,254	1,207	1,08	0,299	0,285	0,027	3,039
	Cadres et PIS	0,044	0,583	0,006	0,94	1,045	0,333	3,279
	Employés	0,039	0,476	0,007	0,934	1,04	0,409	2,645
	Ouvriers	-0,809	0,552	2,148	0,143	0,445	0,151	1,314
	Cadres moyens	-0,98	0,599	2,674	0,102	0,375	0,116	1,215
	Indépendants	-0,189	0,506	0,14	0,709	0,828	0,307	2,231
	Non déclarés	0 <sup>b</sup>						
<b>Revenu mensuel du Ménage (en DA)</b>	Moins de 18000 DA	1,677***	0,54	9,659	0,002	5,349	1,858	15,4
	[18000-36000[	1,484***	0,39	14,455	0,000	4,409	2,052	9,473
	[36000-54000[	0,821**	0,355	5,349	0,021	2,273	1,133	4,56
	[54000-72000[	0,565	0,35	2,599	0,107	1,759	0,885	3,494
	[72000-90000[	-0,033	0,372	0,008	0,93	0,968	0,467	2,007
	[90000- 108000[	0,047	0,371	0,016	0,899	1,048	0,506	2,17
	[108000 -162000[	0,069	0,325	0,045	0,832	1,071	0,567	2,025
	162 000 DA et plus	0 <sup>b</sup>						
<b>Taille du ménage</b>	≤ 3 personnes	0,147	0,322	0,208	0,648	1,158	0,616	2,178
	4 à 7 personnes	0,501**	0,26	3,719	0,054	1,65	0,992	2,744
	8 personnes et plus.	0 <sup>b</sup>						

\*\*\* : Pr < 0,01 (1%), Très significatif, \*\* : Pr < 0,05 (5%), Significatif, \* : Pr < 0,10 (10%), Moins significatif.

B : Paramètre estimé dont le signe indique le sens de variation de la probabilité.

Erreur std : Écart type du paramètre estimé B.

Signif : Significativité du paramètre B (si inférieure ou égale à 1%, 5% voire à 10%)

Exp (B) : Le rapport de cote (*Odds Ratio*) indique combien de fois («chances»), on a de connaître l'événement quand on possède telle caractéristique de la variable indépendante plutôt que celle de référence.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).



### 3. Discussion des résultats

Les résultats de la modélisation des déterminants du renoncement aux soins en général (tous types de soins confondus) ont montré que six variables ne sont pas significatives : *l'âge du chef du ménage*, *le fait d'avoir une maladie chronique*, *le niveau d'instruction du chef de ménage*, *le lieu de résidence*, *la profession du chef de ménage*, *la couverture sociale* et *la propriété d'habitation*.

Quelques éléments d'explication peuvent être avancés ici :

- ❖ Les résultats de l'estimation *logit* montrent que beaucoup des caractéristiques personnelles du chef de ménage (âge, niveau d'instruction et profession), n'ont pas d'influence significative sur le renoncement aux soins des personnes composant le ménage. Ces résultats sont contradictoires avec des études empiriques portant sur les pays en développement (Houffouet, 2015 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018), qui conclut sur le rôle déterminant des caractéristiques du chef de ménage dans l'accès aux soins de santé en général.
- ❖ Par ailleurs, le résultat de l'estimation ne fait pas apparaître de différences notables entre les régions de résidence au regard de l'ensemble des besoins de soins non satisfaits. Le fait d'être résident dans une région urbaine, mixte ou rurale ne semble pas jouer un rôle significatif dans le comportement de renoncement aux soins. Plusieurs explications peuvent être avancées ici. D'abord, rappelons que le motif financier est avancé par plus de la moitié des enquêtés. Ensuite, nous avons noté quelques disparités dans la répartition de l'offre de soins, mais, il n'est pas possible d'avoir dans ces conditions des conclusions très précises. En définitive, la région d'habitation est ici juste un *proxy* – un peu grossier – de l'influence que peut avoir sur le système de soins.
- ❖ L'estimation conclue également que le fait d'être locataire n'est pas un déterminant du renoncement aux soins en général. Il n'y a donc pas de différence significative entre les locataires et les « non locataires » (propriétaires d'habitation) en la matière. Ce résultat peut être lié à la faible représentation des personnes locataires au sein de notre échantillon d'enquête (13,44% des ménages enquêtés ne sont pas propriétaires de leur habitation).
- ❖ En outre, les résultats de l'estimation arrivent à la conclusion assez surprenante que la couverture sociale n'a pas d'influence significative sur le renoncement aux soins. Cette importance du taux de renoncement chez les assurés sociaux révèle l'ampleur des "failles" dans la couverture sociale (avec les nombreux soins hors nomenclature, en plus du déremboursement implicite induit par le retard pris dans la mise à jour de la nomenclature de remboursement qui date de 1987) et les nombreux coûts que les usagers doivent assumer en conséquence – dont le ticket modérateur ou encore le coût réel différent du tarif de référence de la sécurité sociale pour les achats de médicaments. Cette augmentation des dépenses privées de santé constitue assurément un obstacle à l'accès aux soins des personnes malades, particulièrement



les plus défavorisées. Dès lors, le fait d'être couvert par la sécurité sociale ne protège pas suffisamment les personnes du risque de renoncement aux soins.

Par ailleurs, la modélisation économétrique a montré que six variables sociodémographiques individuelles et familiale sont statistiquement significatives, à savoir le *sexe*, l'*âge*, le *niveau d'instruction* et la *profession de la personne*, le *revenu du ménage* et la *taille du ménage*. Ces variables ont une influence sur la décision de renoncer aux soins. Plus précisément, nous remarquons d'après le tableau 93 que les variables *niveau d'instruction* et *profession de la personne* ont un signe négatif, tandis que les variables *sexe*, *âge*, *revenu du ménage* et *taille du ménage* ont un signe positif. Dans le premier cas, ces variables agissent négativement sur le risque de renoncer aux soins et, pour le second cas, ces variables agissent positivement sur le comportement de renoncement aux soins.

Dans ce qui suit, nous allons analyser l'association entre chaque variable explicative avec le renoncement aux soins en général (tous types de soins confondus) :

- ❖ Comme attendu, l'analyse de la variable explicative « **genre de la personne** » montre une forte corrélation positive pour le sexe féminin ; son paramètre estimé ( $\beta_1=2,005$ ) est ainsi très significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 1% ( $Pr=0,002$ ). Le fait d'être de sexe féminin agit donc positivement sur le risque de renoncer aux soins. Autrement dit, les femmes seraient presque *sept fois et demi plus exposées* au risque de renoncer aux soins que les hommes ( $Exp(\beta_1) = 7,425$ ). Rappelons que ce résultat est conforme à la plupart des travaux empiriques consultés (Allin et al. 2010 ; Bazin et al., 2006 ; Castry et al., 2019 ; Célant et al. 2014; Dourgnonet al., 2012; Fjær et al., 2017, Levesque et al. 2007). Nous pouvons expliquer ce résultat par les différences d'attente en matière de soins. Les femmes s'estiment généralement en plus mauvais état de santé que les hommes. De plus, les femmes ont habituellement un suivi gynécologique régulier, donc un meilleur suivi médical que les hommes. De ces conditions, les femmes ont tendance à ressentir plus les besoins de soins et, par conséquent, sont plus susceptibles d'y renoncer.
- ❖ Les résultats de l'estimation montrent également que la variable explicative « **âge de la personne** » agit positivement sur le risque de renoncer aux soins. Pour la tranche d'âge [30 à 44 ans], il y a une corrélation positive ; son paramètre estimé ( $\beta_2=1,258$ ) est ainsi significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 5% ( $Pr=0,018$ ). Ainsi, les personnes faisant partie de cette catégorie d'âge ont *trois fois et demi davantage* de risque de renoncer aux soins que celles âgées de 60 ans et plus ( $Exp(\beta_2) = 3,52$ ). Nous remarquons la même tendance avec la catégorie d'âge [45 à 59 ans] qui apparaît fortement significative ; son paramètre estimé ( $\beta_3=1,346$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 1% ( $Pr = 0,008$ ). Les personnes appartenant à cette catégorie d'âge ont quasiment *quatre fois plus* de risque de renoncer aux soins que les personnes âgées de 60 ans et plus ( $Exp(\beta_3) = 3,844$ ). Néanmoins, nous remarquons que la catégorie d'âge [15 à 29 ans] n'est pas significative dans l'estimation du modèle, dans la mesure où la probabilité d'erreur est supérieure à

10%. En conclusion, nous retiendrons que le lien entre âge et taux de renoncement suit une *courbe en cloche* : les personnes âgées entre 30 et 59 ans sont statistiquement les plus exposés au risque de renoncement aux soins. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les personnes vieillissantes (à partir de 60 ans) sont plus attentives à leur santé que les plus jeunes et, par conséquent, sont moins susceptibles de renoncer aux soins. Signalons que ces résultats sont conformes à l'étude économétrique de Dourgnon (2011) et les résultats de l'enquête *THES-2016* mais contrastent toutefois avec ceux de l'étude de Bouba-Olga et Vigé (2014).

- ❖ L'analyse de la variable explicative « **niveau d'instruction de la personne** » pour la modalité « **moyen** » montre une relation négative (inverse) avec le renoncement aux soins ; le paramètre estimé ( $\beta_4 = -0,797$ ) est ainsi significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 5% ( $Pr=0,018$ ). Le niveau d'instruction « moyen » agit donc négativement sur le risque de renoncer aux soins par rapport au niveau d'instruction universitaire (qui est ici la modalité de référence). Autrement dit, les personnes ayant le niveau d'instruction « moyen » ont une moindre tendance à renoncer aux soins que les personnes ayant un niveau universitaire. Notant que les autres niveaux d'instruction (sans instruction, primaire, secondaire) ne sont pas significatifs dans l'estimation du modèle, dans la mesure où leur probabilité d'erreur est supérieure à 10%. En définitive, nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que les universitaires sont généralement plus soucieux de leur état de santé, d'où une certaine propension à ressentir plus les besoins de soins et, par conséquent, à y renoncer. Signalons enfin que ces résultats contrastent avec un certain nombre d'études empiriques (Bouba-Olga et Vigé, 2014 ; Litaker, 2004; Tchicaya et Lorentz, 2011).
- ❖ L'analyse de la variable explicative « **catégorie socio-professionnelle de la personne** » indiquent une corrélation négative entre le renoncement aux soins et la modalité « Retraités/Pensionnaires » ; le coefficient estimé ( $\beta_5 = -1,244$ ) atteste la significativité de la variable avec un risque d'erreur d'à peine égale à 5% ( $Pr=0,052$ ). Ce résultat révèle que le fait d'être retraité agit négativement sur le risque de renoncer aux soins. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que les retraités ont généralement un suivi médical régulier, en plus de bénéficier d'un remboursement à 100% dans le cas d'une maladie chronique. Dans ces conditions, les retraités sont moins susceptibles de déclarer avoir renoncé à des soins. Précisons que ces résultats sont similaires aux travaux de Chauvin *et al.* (2012) en France et à l'étude de Levesque *et al.* (2007) au Canada. Nous avons également constaté une association négative entre la modalité « femme au foyer » et le renoncement aux soins ; le paramètre estimé ( $\beta_6 = -0,818$ ) est cependant peu significatif, étant donné que la probabilité d'erreur est inférieure à 10% ( $Pr=0,072$ ). Précisons que la catégorie « non déclaré » est ici la modalité de référence. Ce résultat s'explique en partie par le fait que la majorité des « femmes au foyer » (contrairement aux travailleurs « non déclarés ») peuvent prétendre à une couverture sociale en tant qu'ayant droit de leur conjoint, à la condition évidemment que celui-ci soit un assuré social. S'agissant de la catégorie « Étudiant/Écoliers », nous remarquons pratiquement la même

tendance ; le paramètre ( $\beta_7 = -0,996$ ) est ainsi peu significatif étant donné une probabilité d'erreur de moins de 10% ( $Pr=0,069$ ). Les étudiants étant généralement sous la responsabilité de leurs parents, qui leurs financent tous leurs besoins. Rappelons également la disponibilité des dispensaires au niveau de l'université et dans les résidences universitaires. Enfin, concernant les catégories socio-professionnelles restantes, le résultat final de l'estimation confirme leur caractère marginal étant donné que les probabilités d'erreur dépassent les 10%.

- ❖ L'analyse de la variable explicative « **revenu mensuel du ménage** » met clairement en évidence des associations positives avec le renoncement aux soins pour *les trois premières tranches de revenu*. Ainsi, pour la catégorie « moins de 18000 DA (inférieur au SNMG) », le paramètre ( $\beta_8=1,667$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 1% ( $Pr=0,002$ ). Ce résultat montre que la probabilité de renoncement aux soins pour les personnes dont le revenu mensuel du ménage est inférieur au SNMG (moins de 18000 DA) est *cinq fois plus élevée* que celles ayant un revenu de 162 000 DA et plus (9 fois le SNMG et plus). Nous remarquons une tendance presque identique pour la modalité de revenu « supérieur ou égal à 18000 DA jusqu'à moins de 36000 DA » ; le paramètre ( $\beta_9=1,484$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur nulle ( $Pr=0,000$ ). Aussi, les personnes appartenant à cette modalité de revenu ont *quatre fois plus* de risque de renoncer aux soins que ceux appartenant à la catégorie de référence (9 fois le SNMG) ( $Exp(\beta_9) = 4,409$ ). Nous avons également constaté une corrélation positive entre le renoncement aux soins et la catégorie de revenu « supérieur ou égal à 36000 DA jusqu'à moins de 54000 DA ». Pour cette modalité de revenu, le paramètre estimé ( $\beta_{10}=0,821$ ) est significatif avec une probabilité inférieure à 5% ( $Pr=0,021$ ). Ainsi donc, les personnes dont le revenu du ménage appartient à cette catégorie serait *deux fois plus à risque* que celles ayant un revenu équivalent ou supérieur à 9 fois le SNMG ( $Exp(\beta_{10}) = 2,273$ ). L'enquête *THES-2016* en Tunisie a trouvé le même résultat à savoir le renoncement aux soins au cours des trois dernières années est plus fréquent dans les ménages défavorisés.

En définitive, il n'y a pas de différences suffisamment marquées en termes d'exposition au risque de renoncement aux soins pour les trois premières tranches de revenus ; ces catégories de revenu manifestent quasiment les besoins « non satisfaits » (assez importants). Toutefois, nous concluons tout de même que le risque de renoncer aux soins est globalement lié au revenu du ménage, bien que la relation soit clairement non linéaire. Ainsi, le renoncement est statistiquement plus fréquent dans les classes sociales les plus défavorisées. Les personnes qui renoncent le plus à se soigner sont dès lors celles pour qui l'effort financier est relativement important, parce que justement leurs revenus sont modestes et les remboursements souvent dérisoires. En définitive, l'estimation du modèle fait ressortir clairement que les écarts de revenus constituent des facteurs de différenciation dans l'accès aux soins ; la décision de renoncement aux soins reste tributaire *in fine* de la capacité de paiement des ménages. Signalons que ces résultats corroborent la plupart des études empiriques (Allin, Masseria, 2009; Bazin et al., 2006; Boisguérin et al., 2010 ;

Bouba-Olga et Vigé, 2014; Berchet, 2013 ; Desprès et al., 2011a, 2011b, 2011c ; Dourgnon, 2012; Haddad *et al.*, 2004; Lafortune & Devaux, 2012 ; Raynaud, 2005; Fjær et al., 2017 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018).

- ❖ Enfin, l'analyse de la variable explicative « **taille du ménage** » fait apparaître une corrélation positive entre le renoncement aux soins et la modalité « 4 à 7 personnes ». Le paramètre ( $\beta_{11}=0,051$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur à peine supérieure à 5% ( $Pr= 0,054$ ). Ce résultat indique que les personnes dont la taille du ménage est de 4 à 7 personnes, est statistiquement plus exposée au risque de renoncement aux soins que les personnes faisant partie des ménages de grande taille (8 personnes et plus). Par ailleurs, nous remarquons que la modalité « inférieur à trois personnes » n'est pas significative étant donné que la probabilité d'erreur dépasse 10%. Signalons que ces résultats contrastent notamment avec l'étude de Bazin *et al.* (2006), qui conclue que le renoncement est plus fréquent dans les ménages de petites tailles que ceux de grandes tailles.

## II. MODÉLISATION DES FACTEURS DÉTERMINANTS LE RENONCEMENT PAR TYPE DE SOINS

Cette seconde section aborde l'analyse par modélisation des déterminants de renoncement aux soins pour les trois types de soins les plus fréquents : le *renoncement aux soins dentaires*, le *renoncement aux consultations de médecins spécialistes* et le *renoncement aux analyses de laboratoire/examens radiologiques*.

### 1. Le renoncement aux soins dentaires

De prime abord, remarquons que le renoncement aux soins dentaires est un problème de santé publique à part entière, notamment du fait de l'impact des lésions carieuses non traitées sur la qualité de vie de l'individu, sur la santé générale mais aussi du coût élevé des soins dentaires qu'elles peuvent engendrer (Chala et al., 2016 ; Clerc- Urmès, 2011).

Rappelons que l'enquête révèle que les soins dentaires constituent le premier poste de renoncement aux soins, avec 73% de la population enquêtée ayant déclaré avoir renoncé à ce type de soins. Dans ce qui suit, nous essayerons – toujours à travers un modèle *logit* – d'identifier les déterminants du renoncement aux soins dentaires. Nous allons concrètement quantifier l'association entre le renoncement aux soins dentaires et les principaux facteurs susceptibles de l'influencer. La variable à expliquer ou dépendante est donc dichotomique : *avoir renoncé aux soins dentaires* ou *non*.

Soit  $Y_4$  la variable dichotomique qui caractérise le renoncement aux soins dentaire, qui prend la valeur 1 lorsque la personne déclare avoir renoncé aux soins dentaires et 0 si non.

$$Y_4 = \begin{cases} 1 & \text{si l'individu renonce aux soins dentaires} \\ 0 & \text{si non} \end{cases}$$

Les variables indépendantes à tester sont exactement les mêmes que celles testées pour le renoncement aux soins en général (cf. *supra*).

### 1.1. Tests statistiques et estimation du modèle

Les résultats suivants portent sur le traitement des données avec la *méthode descendante de Wald*.

#### 1.1.1. Tests omnibus

Nous allons évaluer la validité statistique des différences observées dans notre échantillon à travers les tests des ratios de vraisemblance. Les résultats de notre modèle indiquent que le *khi-carré* du modèle (*Chi-square*) est égale à 162,202 et significatif au niveau 0,000 (cf. Tableau 94). En conséquence, nous rejetons l'hypothèse nulle (H0) et on accepte (H1) au seuil de signification de 5%. Par conséquent, le modèle est validé dans sa globalité. Ce qui implique concrètement qu'avec un risque d'erreur fixé à moins de 5%, il y a au moins une des variables indépendantes qui exerce une influence sur la variable dépendante (le renoncement aux soins dentaires).

**Tableau 94** : Qualité d'ajustement du modèle « renoncement aux soins dentaires »

<i>Modèle</i>	Critères d'ajustement du modèle		Tests des ratios de vraisemblance	
	- 2 log-vraisemblance	Chi-square	Degrés de liberté	Sig.
<b>Constante uniquement</b>	953,218			
<b>Final</b>	791,017	162,202	22	0,000

*Source* : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

En divisant le *khi-carré* du modèle (162,202) par 953,218 (c'est-à-dire par le log-vraisemblance du bloc de départ), on obtient un *pseudo-R carré* ( $R^2 = 0,170$ ). Les valeurs *Cox and Snell RSquare* (0,137) et *Nagelkerke RSquare* (0,237) sont également des *pseudo-R carré* (cf. Tableau 95). Cela signifie que globalement plus 23% de l'information est exprimée dans le modèle. La valeur de ces trois paramètres permet de conclure que le modèle est globalement significatif à cette étape de l'analyse.

**Tableau 95** : Récapitulatif du modèle « renoncement aux soins dentaires »

	- 2 log-vraisemblance	R <sup>2</sup> de Cox & Snell	R <sup>2</sup> de Nagelkerke
<b>Dernière étape de l'estimation</b>	791,017	0,137	0,237

*Source* : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

### 1.1.2. Estimation des paramètres du modèle

Après plusieurs itérations, nous présentons dans le tableau suivant les variables indépendantes qui sont significatives et qui permettent de prédire la variable dépendante (le renoncement aux soins dentaires) de façon significative (Sig.  $\leq 0,05$ ) (cf. Tableau 96).

**Tableau 96** : L'estimation *logit* des facteurs associés au renoncement aux soins dentaires

		B	E.S.	Wald	Sig.	Exp(B)	Inter. De confiance Exp(B) 95%	
							Borne (<)	Borne (>)
<b>Constante</b>		- 4,357***	0,809	28,966	0,000	0,013		
<b>Genre de la personne</b>	Femme	2,176***	0,312	48,763	0,000	8,81	4,784	16,226
	Homme	0 <sup>b</sup>						
<b>Âge de la personne</b>	15 à 29 ans	1,066	0,709	2,257	0,133	2,902	0,723	11,654
	30 à 44 ans	1,972***	0,677	8,48	0,004	7,187	1,906	27,103
	44 à 59 ans	1,445**	0,679	4,532	0,033	4,243	1,121	16,057
	60 ans et plus	0 <sup>b</sup>						
<b>Catégorie socio-professionnelle de la personne</b>	Chômeurs	-1,484**	0,695	4,565	0,033	0,227	0,058	0,885
	Femmes au foyer	-1,331***	0,474	7,903	0,005	0,264	0,104	0,668
	Retraités/Pensionnaires	-0,771	0,714	1,167	0,28	0,462	0,114	1,874
	Étudiants/Écoliers	-1,306**	0,554	5,566	0,018	0,271	0,091	0,802
	Employeurs	1,253*	0,658	3,629	0,057	3,501	0,965	12,709
	Professions libérales	-19,994	12593,851	0	0,999	0	0	.
	Cadres et PIS	0,098	0,568	0,03	0,863	1,103	0,362	3,36
	Employés	-0,484	0,48	1,017	0,313	0,616	0,241	1,579
	Ouvriers	-1,075*	0,599	3,227	0,072	0,341	0,106	1,103
	Cadres moyens	-0,75	0,581	1,67	0,196	0,472	0,151	1,474
	Indépendants	-0,312	0,519	0,361	0,548	0,732	0,265	2,023
Non déclarés	0 <sup>b</sup>							
<b>Revenu mensuel du Ménage (en DA)</b>	Moins de 18000 DA	1,585***	0,554	8,172	0,004	4,88	1,646	14,466
	[18000-36000[	1,599***	0,395	16,369	0,000	4,95	2,281	10,741
	[36000-54000[	1,093***	0,373	8,588	0,003	2,983	1,436	6,197
	[54000-72000[	0,8**	0,372	4,622	0,032	2,225	1,073	4,612
	[72000-90000[	0,303	0,4	0,572	0,449	1,354	0,618	2,966
	[90000- 108000[	0,339	0,396	0,735	0,391	1,404	0,646	3,049
	[108000 -162000[	0,057	0,367	0,024	0,876	1,059	0,516	2,175
	162 000 DA et plus	0 <sup>b</sup>						

\*\*\* : Pr < 0,01 (1%), Très significatif ; \*\* : Pr < 0,05 (5%), Significatif ; \* : Pr < 0,10 (10%), Moins significatif.

**B** : Paramètre estimé dont le signe indique le sens de variation de la probabilité.

**E.S.** (Erreur std) : Écart type du paramètre estimé B.

**Sig.** : Significativité du paramètre B (si inférieure ou égale à 1%, 5% voire à 10%)

**Exp(B)** : Le rapport de cote (*Odds Ratio*) indique combien de fois (chances) on a de connaître l'événement quand on possède telle caractéristique de la variable indépendante plutôt que celle de référence.

*Source* : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).



## 1.2. Discussion des résultats

Les résultats de l'estimation permettent de conclure que huit variables ne sont pas significatives : le *niveau d'instruction de la personne*, la *couverture sociale de la personne*, le *lieu de résidence*, l'*âge du chef de ménage*, le *niveau d'instruction du chef de ménage*, la *profession du chef de ménage*, la *propriété d'habitation* et la *taille du ménage*.

Quelques remarques peuvent être avancées ici :

- ❖ Comme pour le renoncement aux soins en général, les caractéristiques individuelles du chef de ménages (âge, niveau d'instruction et profession) n'ont pas d'influence sur le renoncement aux soins dentaires des personnes composantes du ménage.
- ❖ Contrairement au renoncement aux soins en générale, les résultats du présent modèle révèlent que le niveau d'instruction de la personne n'a pas d'impact significatif sur le renoncement aux soins dentaires. Précisons enfin que ce résultat est similaire avec les travaux de Chauvin *et al.* (2012) et Fjær *et al.* (2017), qui concluent que le niveau d'éducation a une influence peu significative sur le risque de renoncer aux soins. Nos résultats contrastent par contre avec l'étude de Chaupain-Guillot *et al.* (2014).
- ❖ Tout comme le renoncement aux soins en général, les résultats de l'estimation révèlent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les personnes couvertes par une assurance-maladie et celles « non couvertes ». Ainsi, la couverture sociale n'a pas d'influence significative sur le renoncement aux soins dentaires. Toutefois, l'explication de l'importance du taux de renoncement chez les assurés sociaux s'avère finalement beaucoup plus aisée. En fait, les soins dentaires incarnent de manière exemplaire les "failles" de la couverture sociale dans notre pays. Aujourd'hui, la plupart des soins dentaires sont hors nomenclature (donc non remboursables), sans parler du déremboursement implicite induit par le retard pris dans la mise à jour de la nomenclature de remboursement qui date de 1987. En conséquence, la plupart des soins dentaire sont présentement à la charge des assurés sociaux. En définitive, les assurés sociaux et les non-assurés avancent aujourd'hui pratiquement les mêmes frais pour leurs soins dentaires.
- ❖ Contrairement au renoncement aux soins en général, l'estimation du modèle pour les soins dentaires révèle que la *taille du ménage* n'a pas d'influence significative sur le renoncement. Ainsi, le fait d'être dans un ménage de petite taille ou de grande taille n'a pas d'impact significatif sur le renoncement aux soins dentaires.
- ❖ Pour le lieu de résidence, les résultats du modèle pour les soins dentaires sont similaires avec ceux pour les soins en général. Ainsi, il n'y a pas de différence significative entre les régions de résidence (urbaines, mixtes et rurales) en matière de renoncement aux soins dentaires.
- ❖ Enfin, comme pour le renoncement aux soins en général, l'estimation conclue que le fait d'être locataire n'est pas un déterminant du renoncement aux soins dentaire. Il

n'y a donc pas de différence significative entre les locataires et les « non locataires » (propriétaires d'habitation) en la matière. Ce résultat peut être lié à la faible représentation des personnes locataires au sein de notre échantillon d'enquête.

Par ailleurs, les résultats du modèle de régression logistique pour les soins dentaires montrent quatre variables sociodémographiques, à savoir le *sexe de la personne*, *l'âge de la personne*, la *profession de la personne* et le *revenu du ménage*, sont statistiquement significatives.

Présentons dans ce qui suit quelques éléments de commentaire à ces résultats :

- ❖ Comme attendu, l'analyse de la variable explicative « **genre de la personne** » montre une forte corrélation positive entre le renoncement aux soins dentaires et la modalité « sexe féminin » ; le paramètre ( $\beta_1=2,176$ ) est très significatif à moins de 1% d'erreur ( $Pr=0,000$ )  $<0,01$ . Aussi, le risque de renoncer aux soins dentaires pour les femmes est presque neuf fois plus élevé que pour les hommes ( $Exp(\beta_1) = 8,81$ ). En résumé donc, les femmes déclarent plus souvent renoncer à des soins dentaires que les hommes. Cet écart ne s'explique pas exactement pour les mêmes raisons que pour les soins en général (cf. *supra*), dans la mesure où, en ce qui concerne les soins dentaires, il n'y a pas de différences physiologiques objectives expliquant cet écart entre hommes et femmes. Ce résultat peut s'expliquer en fait par la représentation de la santé bucco-dentaire particulière aux femmes. Ainsi, en manifestant davantage le souci de la « bonne apparence » (désire de plaire), les femmes essayent au maximum (dans la mesure de leurs possibilités financières) de conserver leurs dents grâce aussi bien à l'hygiène dentaire qu'à des soins appropriés. D'où, en général, une plus forte attention portée par les femmes à la santé orale ; jusqu'à un certain âge, les femmes ne sont donc pas enclines à se passer de certains soins dentaires. De ce fait, elles auront une demande de soins dentaires plus élevée et par conséquent une forte tendance à déclarer des renoncements si elles n'arrivent pas à satisfaire cette demande. Précisons que ces résultats sont similaires à la plupart des études empiriques consultées (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005 ; Chala et al., 2016, Clerc-Urmes, Revil, 2017), mais divergent avec ceux de Chaupain-Guillot *et al.* (2014) qui concluent qu'il n'y a pas de différences de genre significatives pour le renoncement aux soins dentaires.
- ❖ L'analyse de la variable explicative « **âge de la personne** » montre une forte corrélation positive entre le renoncement aux soins dentaires et les deux modalités d'âge « 30 à 44 ans » et « 45 à 59 ans ». Pour la première modalité d'âge, le coefficient ( $\beta_2=1,972$ ) est très significatif avec une probabilité moins de 1% ( $Pr=0,004$ ). Ainsi donc, les personnes âgées de 30 à 44 ans ont statistiquement *sept fois plus* de risque de renoncer aux soins dentaires que les personnes âgées de 60 ans et plus ( $Exp(\beta_2) = 7,187$ ). Pour la deuxième modalité, le paramètre ( $\beta_3=1,445$ ) est significatif avec une probabilité de moins de 5% ( $Pr=0,033$ )  $<0,05$ . Aussi, la probabilité de renoncer aux soins dentaires est quatre fois plus élevé pour les



personnes âgées entre 45 et 59 ans que pour celles âgées de 60 ans et plus ( $\text{Exp}(\beta_3) = 4,243$ ). S'agissant de la tranche d'âge « 15 à 29 ans », l'estimation conclue que celle-ci n'est pas significative dans la mesure où la probabilité d'erreur dépasse 10%. Le risque accru de renoncer aux soins pour ces deux modalités d'âge, peut être expliqué par l'ampleur des besoins non satisfaits en soins dentaires (prothèses, plombages, détartrages...) qui concernent spécifiquement ces catégories d'âge. Ces soins s'avèrent en effet très coûteux et ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Enfin, l'état bucco-dentaire se détériore avec l'avancée en âge ; paradoxalement, les personnes âgées de 60 ans et plus ne déclarent quasiment pas des renoncements aux soins dentaires. Cela peut être liée, d'une part, à la faible croyance en l'utilité des soins dentaires une fois dépassé un certain âge. D'autre part, la plupart des personnes âgées optent pour des prothèses (appareils), ce qui rend « caducs » la plupart des soins dentaires. Précisons que ces résultats sont similaires à l'étude de Mezrahi (1993) sur le renoncement aux soins dentaires.

- ❖ De manière assez contre-intuitive, l'analyse de la variable explicative « **catégorie socio-professionnelle** » révèle une corrélation inverse (négative) avec les catégories dites « inactives » (chômeurs, femmes au foyer, Étudiants/Écoliers). En effet, pour la catégorie « chômeurs », le paramètre estimé ( $\beta_3 = -1,484$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 5% ( $\text{Pr}=0,033$ ). Nous constatons pratiquement la même tendance avec la modalité « femmes au foyer » ; le paramètre estimé ( $\beta_4 = -1,331$ ) s'avère ainsi très significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 1% ( $\text{Pr}=0,005$ ). Ce qui implique évidemment que la variable en question est très significative dans le modèle. Pour la catégorie « Étudiants/Écoliers », le coefficient ( $\beta_5 = -1,306$ ) est également significatif avec une probabilité moins de 5% ( $\text{Pr}=0,018$ ). En outre, nous remarquons aussi une relation négative avec la catégorie « ouvriers », mais le paramètre estimé ( $\beta_6 = -1,075$ ) s'avère peu significatif dans la mesure où la probabilité d'erreur est de moins de 10% ( $\text{Pr}=0,072$ ). Néanmoins, nous constatons un phénomène inverse pour « les employeurs » ; le paramètre estimé ( $\beta_7$ ) est ainsi positif et égale à 1,253. Ce qui indique une relation positive significative avec une probabilité d'erreur de moins de 5% ( $\text{Pr}=0,057$ ). Ainsi donc, les employeurs ont concrètement *trois fois et demi plus* de risque de renoncer aux soins que les « travailleurs non déclarés » ( $\text{Exp}(\beta_7) = 3,501$ ). Signalons que ces résultats sont contradictoires avec les travaux empiriques de Azogui-Lévy et Rochereau (2005) et Mizrahi (1993), ayant montrés que le renoncement suit globalement l'échelle sociale. Une explication possible à ce risque accru de renoncer aux soins dentaires pour les employeurs, est le manque de temps pour ces derniers qui n'ont généralement pas d'horaires de travail fixes, ni de congés le plus souvent. Le moindre risque de renoncement pour les chômeurs et les ouvriers renvoi vraisemblablement à la représentation de la santé bucco-dentaire chez ces catégories sociales relativement précarisées ; leurs conditions d'existence particulièrement adverses les conduisent à ne pas prendre au sérieux les éventuels besoins ressentis, d'où une demande de soins dentaire socialement différenciée. En résumé, les ouvriers et les chômeurs ne

considèrent pas la santé bucco-dentaire comme une priorité. De ce fait, ils expriment de moindres besoins « non satisfaits » en matière de soins dentaires.

- ❖ Les résultats du modèle pour la variable explicative « **revenu du ménage** » indiquent, par ailleurs, une très forte corrélation positive entre le renoncement aux soins dentaire et les quatre premières tranches de revenus. En effet, pour la tranche de revenu « moins de 18000 DA », le paramètre ( $\beta_8 = 1,585$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 1% ( $Pr=0,004$ ) <1%. Aussi, les personnes ayant un revenu du ménage inférieur au SNMG ont quasiment *cinq fois plus* de risque de renoncer aux soins dentaires que celles ayant un revenu équivalent ou supérieur à 8 fois le SNMG ( $Exp(\beta_8) = 4,88$ ). Nous constatons pratiquement la même tendance avec la catégorie « 18000 à 36000 DA » ; le coefficient ( $\beta_9 = 1,599$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur nulle ( $Pr=0,000$ ). Ainsi, les personnes appartenant à cette catégorie de revenu ont *cinq fois plus* de risque de renoncer aux soins dentaires que la catégorie de référence. S'agissant de la modalité de revenu « 36000 à 54000 DA », le paramètre ( $\beta_{10}=1,093$ ) est très significatif avec une probabilité ( $Pr=0,003$ ) <1%. Aussi, les personnes ayant cette modalité de revenu ont quasiment *trois fois plus* de risque de renoncer aux soins que les personnes disposant d'un revenu équivalent ou supérieur à 162 000 DA ( $Exp(\beta_{10}) = 2,983$ ). En ce qui concerne la catégorie « 54000 à 72000 DA », le coefficient estimé ( $\beta_{11}=0,8$ ) est significatif au seuil de 5% ( $Pr=0,032$ ). Ainsi donc, les personnes ayant un revenu du ménage égal ou supérieur à 3 fois le SNMG et en dessous de quatre fois le SNMG, ont *deux fois plus* de risque de renoncer aux soins dentaires que celles ayant un revenu équivalent ou supérieur à huit fois le SNMG ( $Exp(\beta_{11}) = 2,225$ ). Signalons que ces résultats sont similaires à la plupart des travaux empiriques (Azogui-Lévy & Rochereau, 2005, Chala et al., 2016 ; Chaupain-Guillot *et al.*, 2014, Clerc-Urmes, 2011).  
En définitive, il n'y a pas de différences suffisamment marquées en termes d'exposition au risque de renoncement pour les trois premières tranches de revenus ; ces catégories de revenu manifestent quasiment les besoins « non satisfaits » (assez importants) en matière de soins dentaires. Toutefois, comme pour le renoncement aux soins en général, nous concluons tout de même que le risque de renoncer aux soins dentaires est globalement lié au revenu du ménage, bien que la relation soit clairement non linéaire. Ainsi, le renoncement reste statistiquement plus fréquent dans les classes sociales les plus défavorisées. Les personnes qui renoncent le plus à se soigner sont dès lors celles pour qui l'effort financier est relativement important, parce que justement leurs revenus sont modestes et les remboursements dérisoires. Comme nous l'avons déjà expliqué dans le chapitre précédent, les soins dentaires sont remboursés sur la base d'une nomenclature des actes médicaux aujourd'hui complètement obsolète parce que ne reflétant plus les coûts réels des soins. De plus, cette nomenclature ignore la plupart des traitements buccodentaires. En conséquence, le reste à charge laissé à la charge des ménages se révèle exorbitant pour ce type de soins. En définitive, l'estimation du modèle fait ressortir clairement que les écarts de revenus constituent des facteurs de différenciation dans l'accès aux soins dentaire ;

la décision de renoncement aux soins dentaire reste tributaire *in fine* de la capacité de paiement des ménages.

Enfin, les résultats de l'estimation du modèle de régression logistique pour les soins dentaires sont assez comparables à celui du renoncement tous types de soins confondus. Quelques exceptions sont à noter toutefois pour les variables « *taille du ménage* » et « *niveau d'instruction de la personne* », qui s'avèrent au final ne pas être des facteurs significatifs associés au risque de renoncer aux soins dentaires.

## 2. Le renoncement aux consultations de médecins spécialistes

Le second poste de soins pour lequel les enquêtées affirment renoncer le plus concerne les consultations de médecins spécialistes. Il a ainsi été mentionné par plus d'un quart (25,63%) de la population enquêtée ayant déclaré avoir renoncé à des soins.

L'objectif ici sera de déterminer les facteurs de renoncement aux consultations de médecins spécialistes. Nous allons ainsi caractériser les relations entre le renoncement aux consultations de médecins spécialistes et les facteurs qui sont susceptibles de l'influencer. La variable à expliquer ou dépendante sera donc dichotomique : *avoir renoncé aux consultations de médecins spécialistes ou non*.

Soit  $Y_5$  la variable dichotomique qui caractérise le renoncement aux soins spécialisés qui prend la valeur 1 lorsque la personne déclare avoir renoncé aux consultations de médecins spécialistes et 0 si non.

$$Y_5 = \begin{cases} 1 & \text{si l'individu renonce aux consultations de médecins spécialistes} \\ 0 & \text{si non} \end{cases}$$

Précisons enfin que les variables explicatives à tester sont exactement les mêmes que celles testées pour les deux précédentes modélisations.

### 2.1. Tests statistiques et estimation du modèle

Les résultats suivants portent sur le traitement des données avec la *méthode descendante de Wald*.

#### 2.1.1. Tests omnibus

Nous allons évaluer à présent la validité statistique des différences observées dans notre échantillon par les tests des ratios de vraisemblance. Les résultats de l'estimation indiquent que le *khi-carré* du modèle (*Chi-square*) est égale à 88,406 et significatif au niveau 0,000 (cf. Tableau 97). Dès lors, nous rejetons l'hypothèse nulle ( $H_0$ ) et nous acceptons ( $H_1$ ) au seuil de signification de 5%. Par conséquent, le modèle est validé dans sa globalité. En d'autres termes, nous considérons, avec un risque d'erreur fixé à moins de 5%, qu'il y a au moins une des variables

indépendantes qui exerce une influence sur la variable dépendante (le renoncement aux consultations de médecins spécialistes).

**Tableau 97 :** Qualité d'ajustement du modèle « renoncement aux consultations de médecins spécialistes »

<i>Modèle</i>	Critères d'ajustement du modèle		Tests des ratios de vraisemblance	
	- 2 log-vraisemblance		Chi-square	Degrés de liberté
<b>Constante uniquement</b>	459,769			
<b>Final</b>	371,363		88,406	15
				<b>Sig.</b> 0,000

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

En divisant le *khi-carré du modèle* (88,406) par 459,769 (c'est-à-dire par log-vraisemblance du bloc de départ), on obtient un *pseudo-R carré* ( $R^2 = 0,193$ ). Les valeurs *Cox and Snell RSquare* (0,077) et *Nagelkerke RSquare* (0,226) sont également des *pseudo-R carré* (cf. Tableau 98). Cela signifie que globalement 22% de l'information est exprimée dans le modèle. Comme pour les précédentes régressions, la valeur de ces trois paramètres permet de conclure que le modèle est globalement significatif à cette étape de l'analyse.

**Tableau 98:** Récapitulatif du modèle "renoncement aux consultations de médecins spécialistes"

	- 2 log-vraisemblance	R <sup>2</sup> de Cox & Snell	R <sup>2</sup> de Nagelkerke
<b>Dernière étape de l'estimation</b>	371,363	0,077	0,226

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20)

### 2.1.2. Estimation des paramètres du modèle

Après plusieurs itérations, nous présentons dans le tableau suivant le résultat final de l'estimation des paramètres du modèle *logit*, qui illustre donc les variables indépendantes qui sont significatives et qui permettent de prédire la variable dépendante (le renoncement aux consultations de médecins spécialistes) de façon significative (Sig.  $\leq 0,05$ ) (cf. Tableau 99).

**Tableau 99** : L'estimation *logit* des facteurs associés au renoncement aux consultations de médecins spécialistes au cours des 12 derniers mois.

Déterminants de la décision de renoncement aux soins spécialisés		B	E.S.	Wald	Sig.	Exp(B)	Inter. De confiance Exp(B) 95%	
							Borne (<)	Borne (>)
<b>Constante</b>		-5,745***	1,093	27,631	0	0,003		
<b>Genre de la personne</b>	Femme	1,665***	0,343	23,644	0	5,288	2,702	10,347
	Homme	0 <sup>b</sup>						
<b>Âge de la personne</b>	15 à 29 ans	-0,833	0,89	0,876	0,349	0,435	0,076	2,487
	30 à 44 ans	1,088	0,76	2,053	0,152	2,969	0,67	13,162
	44 à 59 ans	1,826**	0,768	5,656	0,017	6,21	1,379	27,968
	60 ans et plus	0 <sup>b</sup>						
<b>Niveau d'instruction du chef de ménage</b>	Sans instruction	-0,734	0,432	2,891	0,089	0,48	0,206	1,119
	Primaire	-0,589	0,496	1,411	0,235	0,555	0,21	1,466
	Moyen	-1,437**	0,575	6,233	0,013	0,238	0,077	0,734
	Secondaire	-1,082**	0,421	6,61	0,01	0,339	0,149	0,773
	Universitaire	0 <sup>b</sup>						
<b>Revenu mensuel du ménage (en DA)</b>	Moins de 18000 DA	3,168***	0,903	12,292	0	23,75	4,042	139,542
	[18000-36000[	2,349***	0,837	7,87	0,005	10,48	2,03	54,104
	[36000-54000[	1,99**	0,806	6,097	0,014	7,314	1,507	35,491
	[54000-72000[	1,854**	0,802	5,343	0,021	6,386	1,326	30,762
	[72000-90000[	0,791	0,895	0,78	0,377	2,205	0,381	12,739
	[90000- 108000[	1,467	0,829	3,127	0,077	4,336	0,853	22,037
	[108000 -162000[	1,526	0,792	3,707	0,054	4,598	0,973	21,729
	162 000 DA et plus	0 <sup>b</sup>						
<b>Lieu de résidence</b>	Urbain	-0,696**	0,356	3,818	0,051	0,499	0,248	1,002
	Mixte	-0,426	0,404	1,113	0,291	0,653	0,296	1,441
	Rural	0 <sup>b</sup>						

0<sup>b</sup> : Modalité de référence des variables explicatives.

\*\*\* : Pr < 0,01 (1%), Très significatif ; \*\* : Pr < 0,05 (5%), Significatif ; \* : Pr < 0,10 (10%), Moins significatif.

**B** : Paramètre estimé dont le signe indique le sens de variation de la probabilité.

**E.S.** (Erreur std) : Écart type du paramètre estimé B.

**Sig.** : Significativité du paramètre B (si inférieure ou égale à 1%, 5% voire à 10%)

**Exp(B)** : Le rapport de cote (*Odds Ratio*) indique combien de fois (chances) on a de connaître l'événement quand on possède telle caractéristique de la variable indépendante plutôt que celle de référence.

**Source** : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

## 2.2. Discussion des résultats

Les résultats de la modélisation des déterminants du renoncement aux consultations de médecins spécialistes indiquent que huit variables ne sont pas significatives : le *niveau d'instruction de la personne*, la *couverture sociale de personne*, la *catégorie socio-professionnelle de la personne*, le *lieu de résidence*, l'*âge du chef de ménage*, la *profession du chef de ménage*, la *propriété d'habitation* et la *taille du ménage*.

Quelques éléments de commentaire peuvent être apportés ici :

- ❖ Tout comme les deux précédentes modélisations, l'estimation du présent modèle permet de conclure que l'*âge du chef de ménage* et sa *profession* n'ont pas d'influence sur le renoncement aux consultations de médecins spécialistes des personnes qui composent le ménage en question.
- ❖ Contrairement aux résultats du modèle pour le renoncement aux soins en général (tous types de soins confondus), l'estimation du modèle spécifique aux consultations de médecins spécialistes permet de conclure que le *niveau d'instruction* et la *catégorie socio-professionnelle de la personne* ne semblent pas avoir un impact significatif sur le risque de renoncement.
- ❖ Comme le laissait présager les résultats pour le renoncement aux soins en général, l'association entre le renoncement aux consultations de médecins spécialistes et la *couverture sociale* n'est pas significative. Cela s'explique probablement par le tarif dérisoire de remboursement des consultations de médecins spécialistes, fixé à 100 DA... alors que le coût réel se situe dans une fourchette comprise entre 1500 et 3000 DA ! Comme évoqué précédemment, la plupart des tarifs de référence pour les remboursements se révèlent aujourd'hui anachroniques et bien loin de refléter le coût réel des prestations.
- ❖ Contrairement au renoncement aux soins en général, la *taille du ménage* n'a pas d'influence significative sur le renoncement aux consultations de médecins spécialistes. Ainsi, le fait d'être dans un ménage de petite taille ou de grande taille n'a pas d'effet sur le renoncement à ce type de soins.
- ❖ Enfin, comme pour le deux précédent modèles, l'estimation conclue que le fait d'être locataire n'est pas un déterminant du renoncement aux soins spécialisés. Il n'y a donc pas de différence significative entre les locataires et les « non locataires » (propriétaires d'habitation) en la matière. Comme pour les cas précédents, ce résultat peut être lié à un éventuel « biais d'échantillonnage », lié à la faible représentation relative des personnes locataires au sein de notre échantillon d'enquête.

S'agissant des variables qui sont statistiquement significatives, les résultats de l'estimation mettent en évidence quatre variables sociodémographiques individuelles et une autre caractérisant le chef de ménage.



Là aussi, quelques éléments d'explication s'imposent :

- ❖ Les résultats de l'estimation pour la variable explicative « **genre de la personne** » ont révélé pratiquement les mêmes résultats que pour ceux du renoncement aux soins en général (tous les autres types de soins confondu) et aux soins dentaires, à savoir une très forte corrélation positive entre le *renoncement aux consultations de médecins spécialistes* et le *sexe féminin*. Le paramètre ( $\beta_1 = 1,665$ ) est ainsi très significatif avec une probabilité d'erreur nulle. Aussi, les femmes ont *cinq fois plus* de risque de renoncer aux consultations de médecins spécialistes que les hommes ( $\text{Exp}(\beta_1) = 5,28$ ).
- ❖ L'analyse de la variable explicative « **âge de la personne** » montre une forte association positive entre le *renoncement aux consultations de médecins spécialistes* et la *catégorie d'âge « 44 à 59 ans »*. D'après le coefficient ( $\beta_2=1,826$ ) et la probabilité d'erreur de moins de 5% ( $\text{Pr}=0,017$ ), la variable en question est significative. Aussi, les personnes âgées entre 44 et 59 ans ont *six fois plus* de risque de renoncer aux consultations de médecins spécialistes que les personnes de 60 ans et plus ( $\text{Exp}(\beta_2) = 6,21$ ). Le risque accru de renoncer aux consultations de médecins spécialistes pour cette catégorie d'âge peut être expliqué en partie par les problèmes de ménopause qu'ont en général les femmes âgées de 40 ans et plus. Rappelons que la « gynécologie » est la deuxième spécialité à laquelle les enquêtées déclarent renoncer le plus. En outre, la plupart des problèmes de santé, dont notamment les maladie chroniques, apparaissent une fois dépassé la quarantaine. Signalons à ce propos que l'« endocrinologie-diabétologie » arrive en tête de liste des spécialités auxquelles les enquêtées renoncent le plus.
- ❖ L'analyse de la variable explicative « **niveau d'instruction du chef de ménage** » permet de conclure que le risque de renoncer aux soins spécialisés est globalement lié au niveau d'instruction du chef de ménage, bien que la relation soit clairement non linéaire. Ainsi, comme cela a pu être observé pour le renoncement aux soins en général, le renoncement aux soins spécialisés est statistiquement moins fréquent pour les catégories d'instruction inférieures (sans instruction, primaire, moyen et secondaire) par rapport au niveau d'instruction universitaire (qui est ici la modalité de référence). Autrement dit, les personnes dont le chef de famille a un niveau d'instruction inférieur manifestent en général une moindre tendance à renoncer aux soins que ceux dont le chef du ménage est universitaire. Le niveau d'instruction « supérieur » du chef de ménage agit donc positivement sur le risque de renoncer aux soins. Notons cependant que le niveau « primaire » n'est pas significatif dans l'estimation du modèle, dans la mesure où sa probabilité d'erreur est supérieure à 10%. Comme évoqué précédemment, nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que les universitaires sont généralement plus soucieux de leur état de santé, d'où une certaine propension à ressentir plus les besoins de soins et, par conséquent, à y renoncer. Signalons enfin que ces résultats contrastent avec un certain nombre

d'études empiriques (Bouba-Olga et Vigé, 2014 ; Litaker, 2004 ; Tchicaya et Lorentz, 2011).

- ❖ S'agissant de la variable explicative « **revenu du ménage** », l'analyse statistique fait apparaître une forte association positive entre le *renoncement aux consultations de médecins spécialistes* et les *quatre premières tranches de revenu*. Pour la catégorie « moins de 18000 DA », le paramètre ( $\beta_4 = 3,168$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur nulle. Ainsi donc, les personnes dont le revenu du ménage est inférieur au SNMG ont près de *vingt-quatre fois plus* de risque de renoncer aux consultations de médecins spécialistes que celles ayant un revenu équivalent à 8 fois le SNMG et plus ( $\text{Exp}(\beta_4) = 23,75$ ). Nous avons remarqué la même tendance pour la modalité de revenu « 18000 à 36000 DA » ; son coefficient ( $\beta_5 = 2,349$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 1% ( $\text{Pr} = 0,005$ ). Aussi, les personnes qui appartiennent à cette modalité de revenu ont près de *dix fois et demi plus* de risque de renoncer aux consultations de médecins spécialistes ( $\text{Exp}(\beta_5) = 10,48$ ). Pour la tranche de revenu « 36000 à 54000 DA », le paramètre ( $\beta_6 = 1,99$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 5% ( $\text{Pr} = 0,014$ ) <5%. Ainsi donc, les personnes qui se situent dans cette tranche de revenu ont *sept fois plus* de risque de renoncer aux consultations de médecins spécialistes ( $\text{Exp}(\beta_6) = 7,314$ ). Nous remarquons presque la même tendance pour la catégorie de revenu « 54000 à 72000 DA » ; le coefficient ( $\beta_7 = 1,854$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur inférieure à 5% ( $\text{Pr} = 0,021$ ) <5%. Ainsi donc, les personnes appartenant à cette catégorie de revenu du ménage ont presque *six fois et demi plus* de risque de renoncer aux soins spécialisés ( $\text{Exp}(\beta_7) = 6,386$ ). Notons enfin que les deux dernières tranches de revenu, à savoir « 90000 à 108000 DA » et « 10800 à 162000 DA », sont peu significatives dans la mesure où leur probabilité d'erreur est supérieure à 5%. Signalons aussi que l'estimation pour la catégorie de revenu « 72000-90000 DA » se révèle non significative. En conclusion, la force de l'association entre le *revenu mensuel du ménage* et la propension au renoncement aux consultations de médecins spécialistes révèle un *gradient social* très prononcé : plus le niveau de revenu du ménage est faible, plus la probabilité de renoncer aux consultations de médecins spécialistes est forte chez les personnes composant le ménage en question. Ces résultats s'expliquent par le reste à charge élevé et l'avance des frais dans le cas des consultations en médecine ambulatoire (notamment avec les achats de médicament et les éventuels examens complémentaires qu'une consultation peut induire), qui constituent en définitive autant d'obstacles freinant l'accès aux soins des populations précaires dont l'effort financier est relativement plus important que le reste de la population. Signalons que ce résultat converge avec celui de l'étude de Jusot, Carré & Wittwer (2019).
- ❖ Enfin, l'analyse de la variable explicative « **lieu de résidence** » fait apparaître une corrélation négative entre le renoncement aux consultations de médecins spécialistes et la modalité « urbain ». En effet, le paramètre ( $\beta_8 = - 0,696$ ) est significatif avec une



probabilité d'erreur d'à peine 5% ( $Pr = 0,051$ ). Ainsi, les personnes dont le lieu de résidence se situe dans une région classée urbaine ont moins de risque de renoncer aux consultations de médecins spécialistes que celles dont le lieu de résidence est rural. Ce résultat confirme de manière implicite le constat de la répartition inégale de l'offre de soins dans la wilaya de Bejaia, qui est – comme on l'a mis en évidence – particulièrement accentuée dans le cas des médecins spécialistes (cf. chap. 2). Ce qui se traduit évidemment par des inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

Enfin, les résultats de l'estimation du modèle ont confirmé, comme pour les précédents modèles, le rôle primordial du statut socio-économique dans le renoncement aux soins. Néanmoins, les écarts de revenu ont un effet encore plus important (en force et en significativité) pour les consultations de médecins spécialistes que pour les autres types de soins. L'aspect financier semble ainsi une barrière majeure pour accéder à des soins spécialisés. Une autre particularité relève de la variable « lieu de résidence » qui est un facteur associé significativement au risque de renoncer aux consultations spécialisées : le fait de vivre dans un milieu urbain diminue ainsi significativement la probabilité de renoncer à ce type de soins. Ce dernier résultat permet de conclure à l'existence d'inégalités territoriales fortes dans les déclarations de renoncement aux consultations de spécialistes dans la wilaya de Béjaïa.

### 3. Le renoncement aux analyses de laboratoire et imagerie médicale

Il ressort de l'enquête que le post « *analyses de laboratoire et imagerie médicale* » se place au troisième rang des soins faisant l'objet de renoncement. Il a ainsi été mentionné par pratiquement un 1/5<sup>ème</sup> (18,91%) des personnes ayant déclarés avoir renoncé aux soins. Le but de la présente modélisation sera d'identifier les facteurs associés significativement aux renoncements à ce type de soins. Là également, la variable à expliquer ou dépendante est dichotomique : *avoir renoncé* ou *non*.

Soit  $Y_6$  la variable dichotomique qui caractérise le renoncement aux analyses de laboratoire et imagerie médicale qui prend la valeur 1 lorsque la personne déclare avoir renoncé aux analyses de laboratoire et 0 si non.

$$y_6 = \begin{cases} 1 & \text{si } l'invidue renonce \text{ aux analyses de laboratoire/imagerie médicale} \\ 0 & \text{si non} \end{cases}$$

Précisons enfin que les variables indépendantes à tester sont exactement les mêmes que celles testées pour les trois précédentes modélisations.

#### 3.1. Tests statistiques et estimation du modèle

Les résultats suivants portent sur le traitement des données avec la *méthode descendante de Wald*.

### 3.1.1. Tests omnibus

L'évaluation de la validité statistique des différences observées dans notre échantillon, sera effectuée par les tests des ratios de vraisemblance. Les résultats de notre modèle indiquent que le *khi-carré* du modèle (*Chi-square*) est égale à 88,406 et significatif au niveau 0,000 (cf. Tableau 100). Donc, nous rejetons l'hypothèse nulle (H0) et on accepte (H1) au seuil de signification de 5%. Par conséquent, le modèle est validé dans sa globalité. Nous considérons donc, avec un risque d'erreur fixé à moins de 5%, qu'il y a au moins une des variables indépendantes qui exerce une influence sur la variable dépendante (le renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale).

**Tableau 100** : Qualité d'ajustement du modèle « renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale »

<i>Modèle</i>	Critères d'ajustement du modèle		Tests des ratios de vraisemblance	
	- 2 log-vraisemblance		Chi-square	Degrés de liberté
<b>Constante uniquement</b>	375,642			
<b>Final</b>	278,621		97,022	18
				0,000

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

En divisant le *khi-carré* du modèle (97,022) par 375,642 (c'est-à-dire par le log-vraisemblance du bloc de départ), on obtient un *pseudo-R carré* ( $R^2 = 0,258$ ). Les valeurs *Cox and Snell RSquare* (0,085) et *Nagelkerke RSquare* (0,292) sont aussi des *pseudo-R carré* (cf. Tableau 101). Cela signifie que globalement plus de 29% de l'information est exprimée dans le modèle. Comme pour les précédentes régressions, la valeur de ces trois paramètres permet de conclure que le modèle est globalement significatif à cette étape de l'analyse.

**Tableau 101** : Récapitulatif du modèle « renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale »

	- 2 log-vraisemblance	R <sup>2</sup> de Cox & Snell	R <sup>2</sup> de Nagelkerke
<b>Dernière étape de l'estimation</b>	278,621	0,085	0,292

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

### 3.1.2. Estimation des paramètres du modèle

Les résultats de l'estimation de la régression logistique sont donnés dans le tableau 102 ci-après. Ce dernier présente donc les variables indépendantes qui sont significatives et qui permettent de prédire la variable d'intérêt (le renoncement aux analyses de laboratoire et examens radiologiques) de façon significative (Sig.  $\leq 0,05$ ). Autrement dit, nous allons dévoiler les

facteurs associés significativement au risque de renoncement aux consultations de médecins spécialistes.

**Tableau 102** : L'estimation *logit* des facteurs associés au renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale au cours des 12 derniers mois

Déterminants de la décision de renoncement aux analyses de laboratoire/examens radiologiques		B	E.S.	Wald	Sig.	Exp(B)	Inter. De confiance Exp(B) 95%	
							Borne (<)	Borne (>)
<b>Constante</b>		-8,183***	1,583	26,716	0	0		
<b>Genre de la personne</b>	Femme	2,572***	0,67	14,73	0	13,086	3,519	48,654
	Homme	0 <sup>b</sup>						
<b>Affection de longue durée (ALD)</b>	Oui	1,511***	0,581	6,772	0,009	4,533	1,452	14,149
	Non	0 <sup>b</sup>						
<b>Difficultés financières</b>	Oui	0,873**	0,35	6,234	0,013	2,395	1,207	4,752
	Non	0 <sup>b</sup>						
<b>Taille du ménage</b>	≤ 3 personnes	2,115*	1,09	3,77	0,052	8,293	0,98	70,174
	4 à 7 personnes	2,461**	1,038	5,615	0,018	11,715	1,53	89,678
	8 personnes et plus	0 <sup>b</sup>						
<b>Lieu de résidence</b>	Urbain	0,89**	0,454	3,832	0,05	2,434	0,999	5,932
	Mixte	-0,212	0,595	0,126	0,722	0,809	0,252	2,598
	Rural	0 <sup>b</sup>						

0<sup>b</sup> : Modalité de référence des variables explicatives.

\*\*\* : Pr < 0,01 (1%), Très significatif ; \*\* : Pr < 0,05 (5%), Significatif ; \* : Pr < 0,10 (10%), Moins significatif.

**B** : Paramètre estimé dont le signe indique le sens de variation de la probabilité.

**E.S.** (Erreur std) : Écart type du paramètre estimé B.

**Sig.** : Significativité du paramètre B (si inférieure ou égale à 1%, 5% voire à 10%)

**Exp(B)** : Le rapport de cote (*Odds Ratio*) indique combien de fois (chances) on a de connaître l'événement quand on possède telle caractéristique de la variable indépendante plutôt que celle de référence.

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de la régression logistique binaire (SPSS v20).

### 3.2. Discussion des résultats

Les résultats de la régression logistique pour le renoncement aux analyses de laboratoire et imagerie médicale indiquent que neuf variables ne sont pas significatives : *l'âge de la personne*, *le niveau d'instruction de la personne*, *la couverture sociale de personne*, *la catégorie socio-professionnelle de la personne*, *l'âge du chef de ménage*, *le niveau d'instruction du chef de ménage*, *le revenu du ménage*, *la profession du chef de ménage* et *la propriété d'habitation*.

Quelques éléments d'éclaircissement s'imposent ici :

- ❖ Comme pour les précédents modèles, l'estimation *logit* conclue que les caractéristiques personnelles du chef de ménage (âge, niveau d'instruction et

profession) n'ont pas d'influence significative sur le renoncement au poste de soins « *analyses de laboratoire et imagerie médicale* ».

- ❖ De même, la modélisation des facteurs associés au renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale fait ressortir que certaines des caractéristiques individuelles de la personne (âge, niveau d'instruction, profession) ne semblent pas jouer un rôle dans le comportement de renoncement à ce type de soins.
- ❖ Comme pour les autres types de soins, la couverture sociale (assurance maladie) n'influence pas le renoncement aux analyses de laboratoire/examens de radiologie. Ce qui est prévisible du fait des faibles remboursements attachés à ce poste de soins en particulier<sup>4</sup>.
- ❖ De même, le fait d'être « propriétaire » ou bien « locataire » n'a pas d'influence sur la décision de renoncement aux analyses de laboratoire/imageries médicale.
- ❖ Enfin, le revenu du ménage s'avère statistiquement non significatif dans l'explication du renoncement aux analyses de laboratoire/examens de radiologie. Par contre, les « difficultés financières du ménage au cours des 12 derniers mois » apparaissent comme étant significatives. Cette dernière variable résume assez efficacement la situation financière du ménage, d'où son caractère statistiquement significatif dans l'explication du renoncement à ce type de soins.

Par ailleurs, les résultats de la régression logistique pour le renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale montrent que quatre variables (*sexe de la personne, difficultés financières du ménage au cours des 12 derniers mois, taille du ménage, région de résidence*) sont statistiquement significatives.

Là également, quelques éléments d'explication peuvent être avancés :

- ❖ L'analyse de la variable explicative « **genre de la personne** » montre une très forte corrélation positive entre le « renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale » et le « sexe féminin ». Le paramètre ( $\beta_1=2,572$ ) est ainsi très significatif avec une probabilité d'erreur nulle. Aussi, les femmes ont *treize fois plus* de risque de renoncer aux analyses de laboratoire/imagerie médicale que les hommes ( $\text{Exp}(\beta_1) = 13,086$ ). Le risque accru de non-recours pour les femmes à ce type de soins traduit surtout le renoncement à certains examens préventifs comme la mammographie. Précisons que ce type d'examen radiologique est généralement préconisé par les médecins dans le cadre de la prévention du cancer du sein pour les femmes qui dépassent les 40 ans. Ajoutant également le renoncement au *frottis* qui est préconisé notamment pour les femmes mariées afin de prévenir le cancer du col de l'utérus.

---

<sup>4</sup> Cf. chap. 2.

- ❖ S'agissant de variable explicative « **affection de longue durée (ALD)** », nous constatons une forte corrélation positive entre le « renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale » et le fait d'avoir aux moins une maladie chronique. En effet, le paramètre ( $\beta_2 = 1,511$ ) est très significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 1% ( $Pr = 0,009$ )  $< 1\%$ . Ainsi donc, les personnes ayant au moins une maladie chronique ont *quatre fois et demi plus* de risque de renoncer à ce type de soins que celles n'ayant aucune maladie chronique ( $Exp(\beta_2) = 4,533$ ). Ce résultat s'explique probablement par le « sous remboursement » de ces analyses et examens pour les patients atteints de maladies chroniques, qui sont de fait obligé de refaire à chaque trimestre quasiment un bilan général. En effet, si la couverture sociale assure un remboursement plus ou moins intégrale pour les médicaments, il n'en est pas de même pour les examens radiologiques et les analyses de laboratoire, dont le remboursent reste très marginal... pour ne pas dire « insignifiant ». Ce qui constitue une charge importante pour les patients, particulièrement ceux atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques ; cette charge devient permanente pour ces derniers dans la mesure où ils font régulièrement des bilans quasi-complets. La charge financière de ce type d'examen est évidemment décuplée pour les nombreux patients qui souffrent de plusieurs maladies à la fois. Signalons également à ce propos les éventuels frais de transport d'une wilaya à une autre pour certains analyses (biopsie...) et examens radiologiques, notamment pour les patients atteints du cancer ou d'autres maladies chroniques graves. En définitive, comparativement aux autres types de soins, la « reste à charge » (i.e. ce que paye le patient de sa poche) pour ce poste de soins reste particulièrement exorbitant pour les patients atteints d'une maladie chronique et pour leurs familles.
  
- ❖ En ce qui concerne la variable explicative « **difficultés financières au cours des douze derniers mois** », celle-ci indique une très forte association positive entre le renoncement aux analyses de laboratoire/examens de radiologie et le fait que le ménage ait connu des difficultés financières au cours des douze derniers mois. En effet, le coefficient ( $\beta_3 = 0,873$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 5% ( $Pr = 0,013$ ). Aussi, les personnes dont le ménage a connu des difficultés financières ont presque 2,4 fois plus de risque de renoncer à ce type de soins ( $Exp(\beta_3) = 2,395$ ). En résumé, ces résultats permettent de déduire que l'accès aux analyses de laboratoire et examens radiologiques est contraint par les capacités financières du ménage. Comme cela a pu être souligné à maintes reprises dans ce travail, cela s'explique principalement par le faible remboursement de ces analyses et examens dont une part importante est réalisée dans le secteur privé des soins. Rappelons ici que les prix de référence pour le remboursement de la sécurité sociale (qui remontent toujours à la nomenclature des actes médicaux de 1987) sont aujourd'hui jusqu'à vingt fois inférieurs aux coûts réels des actes que devra déboursier *in fine* le patient aux prestataires privés. En effet, le remboursement des actes médicotechniques et des analyses médicales s'effectue toujours sur la base de la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux de 1987, qui est depuis longtemps obsolète et ne reflète

aucunement le coût réel des prestations dispensées dans le secteur privé. Signalons, qui plus est, que les patients sont le plus souvent contraints de recourir aux laboratoires et aux centres d'imagerie médicale privés en raison de la « *non disponibilité* » (absence de l'équipement ou son éloignement) et des *difficultés d'accès* (avec notamment les délais de rendez-vous trop longs ou encore les difficultés de permanence des soins durant les périodes de garde : nuit, weekend, jour férié) de ces prestations aux niveaux des hôpitaux publics. Remarquons au passage que dans les hôpitaux publics, c'est souvent un déficit en « personnels qualifiés » (cas des manipulateurs en radiologie médicale) qui est à l'origine de cette sous-utilisation des équipements et plateaux techniques, dont beaucoup (si chèrement acquis, parfois depuis des années) sont laissés dans leur emballage dans les stocks des différentes structures de santé à travers le pays... alors que les citoyens se retrouvent souvent obligés d'aller payer des radios ou des examens dans des cliniques privées, à des prix exorbitants et pratiquement sans prise en charge financière. Rajoutons à ce propos les nombreux problèmes de maintenance (curative et préventive) des équipements médicaux et plateaux techniques dans les hôpitaux (ici également en raison du déficit d'ingénieurs et de techniciens), à l'origine des pannes à répétition et de la mise à l'arrêt prolongée de certaines installations (parfois depuis des années).

- ❖ L'analyse de la variable explicative « **taille du ménage** » met en évidence une corrélation positive avec le renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale. En effet, pour la modalité « inférieure ou égale à trois personnes », le coefficient ( $\beta_4=2,115$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur qui dépasse à peine 5% ( $Pr=0,052$ ) <10%. Ainsi donc, le fait d'être dans un ménage de petites tailles (inférieur ou égale à trois personnes) augmente de *huit fois* le risque de renoncer aux analyses de laboratoire/examens de radiologie comparativement aux ménages de grandes tailles (12 personnes et plus) ( $Exp(\beta_4) = 8,29$ ). Concernant la modalité « 4 à 7 personnes », le paramètre ( $\beta_5 = 2,411$ ) est significatif avec une probabilité d'erreur de moins de 5% ( $Pr=0,018$ ). Aussi, les personnes appartenant à des ménages composés de quatre à sept personnes ont *onze fois plus* de risque de renoncer à ce type de soins ( $Exp(\beta_5) = 11,715$ ). Ces résultats montrent, dans une certaine mesure, l'importance des mécanismes de *solidarité familiale* (toujours en



œuvre dans le cadre des familles élargies) dans la réduction de l'exposition des individus au risque de renoncement aux soins<sup>5</sup>.

- ❖ S'agissant de la variable « **lieu de résidence** », l'estimation fait apparaître une relation positive significative entre le renoncement à ce poste de soins et la modalité « urbain ». Le paramètre ( $\beta_6 = 0,85$ ) est ainsi significatif avec une probabilité ( $Pr=0,018$ )  $<5\%$ . Ainsi donc, les personnes dont le lieu de résidence se situe en milieu urbain ont quasiment *deux fois et demi plus* de risque de renoncer aux analyses de laboratoire/imagerie médicale que celles issues de régions rurales ( $Exp(\beta_6) = 2,434$ ).

En définitive, retenons que les résultats de l'estimation du modèle *logit* pour le renoncement aux « analyses de laboratoire et imagerie médicale » soulignent un effet plus important en force et en significativité du *genre* sur le renoncement à ce type de soins, et ce plus que tous les autres types de soins. Rajoutons, en outre, que le renoncement à ce type de soins est plus important pour les personnes souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Une autre particularité du renoncement aux analyses de laboratoire/examens radiologiques est l'impact non significatif des autres caractéristiques démographiques, notamment l'âge et le niveau d'instruction de la personne. S'agissant de l'aspect financier, nous avons pu relever un *gradient social* très prononcé dans la « force d'association » entre les difficultés financières passées du ménage et le renoncement à ce type de soins. L'ensemble de ces résultats parcellaires nous conduisent à confirmer l'existence d'inégalités sociales dans l'accès aux analyses de laboratoire/examens de radiologie.

## CONCLUSION

En utilisant des modèles logistiques binaires, nous avons essayé dans ce chapitre d'identifier les facteurs déterminants, d'abord, le renoncement aux soins en général (tous types de soins confondus), puis en considérant séparément les trois types de soins les plus fréquents en termes de renoncement (soins dentaires, consultations de médecins spécialistes, analyses de laboratoire/examens de radiologie). Les résultats que nous avons obtenus sont globalement conformes à ceux trouvés dans la plupart des travaux empiriques, notamment en ce qui concerne les principales populations présentant un risque élevé de renoncer aux soins.

---

<sup>5</sup> Face au délitement tendanciel de la solidarité « publique », à travers le système de protection sociale des personnes vulnérables ou pauvres, la solidarité « privée » reste encore très vivace en Algérie. La solidarité "privée" ou familiale se manifeste, au quotidien, par l'entraide, les visites, la mobilisation de tous les membres lors des événements heureux (mariage, naissance, etc.) ou malheureux (décès, maladies, etc.). Elle se traduit aussi par des transferts, en espèces ou en nature, entre les membres de la parentèle. Ces dernières années, une autre forme de solidarité « privée » s'exprime à travers les « cagnottes de solidarité » au profit des malades graves en situation de précarité. *Dans quelle mesure cette solidarité palie-t-elle efficacement à l'atonie de la solidarité publique dans le domaine des soins de santé ?* Cette interrogation suggère des pistes de recherche intéressantes pour des travaux pluridisciplinaires autour de cette problématique émergente de la réactivation des solidarités « privées ».

À l'issus des résultats de l'estimation de nos différents modèles, une hiérarchisation des facteurs déterminants le renoncement aux soins peut être établie. Tout d'abord, il apparaît que les *caractéristiques socio-économiques du ménage* ont un effet très important sur le risque de renoncement, et ce pour tous les types de soins. Ainsi, le revenu et les difficultés financières du ménage au cours des douze derniers mois sont les facteurs les plus significativement associés au renoncement aux soins. De manière assez contre-intuitive, il apparaît également que la couverture sociale n'a aucune influence sur le risque de renoncer aux soins. Ce résultat paradoxal révèle la persistance d'obstacles financiers à l'accès aux soins malgré une couverture sociale quasi généralisée de la population. Les politiques de déremboursement menées *en catimini* depuis le début des années 1990, conjuguées à l'expansion fulgurante du secteur privé des soins, ont ainsi progressivement laminé les capacités de l'assurance-maladie à corriger les inégalités sociales d'accès aux soins.

Par ailleurs, nous avons aussi constaté que les déterminants démographiques ont un impact différencié selon le type de soins, à l'exception notable du genre. Une autre particularité relève de l'état de santé mesuré par la déclaration au moins d'une maladie chronique ; le renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale est ainsi plus fréquent pour cette catégorie de personnes, contrairement aux autres types de renoncement où cette variable n'a aucune influence significative sur le renoncement aux soins.

S'agissant des déterminants géographiques, et contrairement aux autres types de soins, nous avons soulevé une particularité pour le renoncement aux consultations de médecins spécialistes, avec la variable « région de résidence » qui a donc une influence significative sur le renoncement aux soins. Le fait de vivre dans une région urbaine diminue ainsi significativement le risque de renoncer aux soins de médecins spécialistes. Ce résultat s'explique en partie par la répartition inégale de l'offre de soins en médecins spécialistes. Ce qui nous permet de conclure à l'existence d'inégalités territoriales d'accès aux soins dans la wilaya de Bejaia.

Au final, le résultat des estimations menées dans ce dernier chapitre souligne que le renoncement aux soins est lié essentiellement aux *facteurs financiers* qui entravent l'accès aux soins. Ce comportement de renoncement est considéré comme un véritable problème de santé publique du fait des répercussions sanitaires et des coûts élevés qu'il peut engendrer. Dès lors, la réduction des obstacles financiers dans l'accès au système de soins apparaît comme une condition impérieuse pour rétablir l'équité de notre système de santé.



## CONCLUSION GENERALE

Bien que les inégalités sociales d'accès et de recours aux soins soient un problème émergent du système de santé algérien au moins depuis le début des années 1990, devenu entre-temps un système « mixte » avec un fort et très dynamique secteur libéral, les études empiriques dans ce domaine reste aujourd'hui le "parent pauvre" de la recherche en économie et en sociologie de la santé. Aussi, notre travail, en s'inscrivant dans ce domaine de recherche aux marges des sciences économiques, avait pour objectif principal d'étudier les inégalités sociales d'accès aux soins en Algérie dans un contexte de transition plurielle du système de santé et de resserrement budgétaire depuis 2015. En fait, les évolutions économiques et sociales depuis le début des années 1990 ont engendré une augmentation tendancielle des dépenses laissés à la charge des ménages, qui représentent aujourd'hui près d'un tiers de la dépense nationale de santé (DNS). Ces dépenses importantes des ménages peuvent entraîner deux risques. La premier est liée à l'appauvrissement et/ou accentuation de la précarité des ménages. Le second est lié à l'exclusion de l'accès aux soins pour les ménages défavorisés.

À ces problèmes d'accessibilité financière des soins de santé se rajoute l'iniquité géographique dans la répartition de la démographie des professions de santé, entre régions, entre ville et campagne, entre grandes agglomération (notamment la capitale) et villes moyennes, entre quartiers des grandes villes... Bien que l'offre de soins en matière d'infrastructures et de ressources humaines, qu'elle soit publique ou privée, a connu un essor considérable ces dernières décennies, sa répartition sur le territoire reste néanmoins caractérisée par de fortes concentrations, notamment dans les grandes métropoles au détriment des régions des Hauts Plateaux et du Sud. Notons que ces concentrations sont plus marquées dans le secteur privé où l'indice Gini s'élève à 0,61 en 2018 pour les spécialistes. Ces disparités dans la répartition territoriales de l'offre de soins ont eu tendance à se creuser au fil du temps, créant par-là des pénuries « localisées » pour certains soins. Ce qui contraint évidemment les patients à faire de longs déplacements, allongeant par là même les délais d'accès aux soins pour une part importante de la population. En définitive, ces inégalités dans la répartition de l'offre de soins, conjuguées à l'accroissement des dépenses privées de santé, peuvent remettre en cause l'équité de l'accès aux soins dans le système de santé algérien et donc, *in fine*, le principe constitutionnel du droit à la santé et la prétention à l'universalité du système de santé.

Dans notre travail empirique, sur la base d'une enquête de terrain dans la wilaya de Béjaïa, nous avons cherché à appréhender – à travers une analyse essentiellement quantitative – les comportements de recours et de renoncement aux soins de santé. Revenons ici sur quelques-uns de nos résultats.

D'abord, l'étude exploratoire sur le **recours aux médecins (généraliste et spécialistes)** a montré :

- Un moindre recours aux médecins généralistes. En effet, sur les 1567 personnes composant les ménages enquêtés, près de 20% seulement ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste.
- Le recours aux spécialistes est relativement plus fréquent qu'à celui des généralistes.
- Les « consultations pour la première fois » représentent plus de trois quarts des motifs de recours aux médecins généralistes. Les maladies respiratoires (angines, gripes, asthmes) sont en tête des motifs, avec un taux de 70%.

Ces trois premiers résultats sont à notre sens révélateurs de l'anarchie qui prévaut dans les parcours de soins et l'échec patent à imposer dans les faits la hiérarchie des soins, malgré toutes les réformes engagées par les pouvoirs publics pour favoriser une meilleure utilisation des services de santé, intervenues principalement en 2007 avec la nouvelle carte sanitaire. Force est de constater en effet que cette dernière, malgré le renforcement de l'offre de soins notamment publique, n'a pas réussi à favoriser un accès équitable aux soins de santé.

- Un recours différentiel aux médecins généralistes selon le sexe, l'âge, la taille du ménage, la couverture assurantielle et la région de résidence.
- S'agissant du recours aux spécialistes, les résultats des estimations du modèle ont montré une corrélation positive avec le *sexe féminin*, l'*âge* et le *fait d'avoir une ou plusieurs maladies chroniques*, et une association négative avec la *taille du ménage*. Toutefois, le niveau d'instruction, le revenu et la couverture sociale ne sont pas des déterminants statistiquement significatifs pour consulter au moins une fois un spécialiste.

Ensuite, nous retiendrons de notre étude exploratoire sur les **facteurs déterminants le renoncement aux soins** en général (tous type de soins confondus) et en considérant séparément les trois types de soins les plus fréquents (soins dentaires, consultations de médecins spécialistes et imagerie médicale) les résultats suivants :

- Sur les 1567 personnes enquêtées, 21% des individus âgés de 15 ans et plus ont déclarés avoir renoncé au moins une fois au cours des douze derniers mois à des soins de santé, alors qu'elles en ressentaient le besoin. Ce taux est énorme et reflète des difficultés pour accéder aux soins de santé.
- Les soins de santé restent encore financièrement inaccessibles à un trop grand nombre des patients, avec notamment plus de la moitié des enquêtées déclarant avoir renoncées à des soins de santé pour des raisons essentiellement financières.
- Les caractéristiques socio-économiques du ménage ont une influence considérable sur le risque de renoncement, et ce pour tout type de soins. Ainsi, le

revenu et les difficultés financières du ménage au cours des douze derniers mois sont les facteurs les plus significativement associés au renoncement aux soins. **Ce qui confirme notre PREMIÈRE HYPOTHÈSE**, à savoir que *les caractéristiques individuelles et familiales de la personne (qui reflètent in fine son statut socioéconomique : revenu individuel, revenu du ménage, niveau d'étude, lieu de résidence, capital relationnel...) déterminent, dans une large mesure, son niveau d'accès réel (facile ou difficile) aux différents soins de santé.*

➤ Il apparaît aussi que la couverture sociale n'a aucune influence sur le risque du renoncement aux soins. Ce résultat paradoxal révèle la persistance d'obstacles financiers à l'accès aux soins malgré une couverture sociale quasi-généralisée de la population. Toutes les « failles » dans la couverture des soins (soins hors nomenclature, sachant que le remboursement s'effectue avec la nomenclature de 1987) et les divers coûts que les usagers doivent assumer, dont le ticket modérateur ou encore le coût réel différent du tarif de référence de la sécurité sociale, constituent autant d'embûches pour l'accès aux soins des personnes malades, notamment les plus défavorisées. **Ce qui confirme notre TROISIÈME HYPOTHÈSE**, à savoir que *la qualité de la couverture que propose aujourd'hui la sécurité sociale ne parvient pas à éliminer l'ensemble des obstacles économiques à l'accès aux soins.*

➤ Les déterminants démographiques ont en outre un impact différencié selon le type de soins, à l'exception notable de la variable « genre ».

➤ Le renoncement aux analyses de laboratoire et examens de radiologie est plus fréquent pour les personnes avec au moins une maladie chronique, contrairement aux autres types de soins où cette variable n'a aucune influence significative sur le renoncement.

➤ Enfin, le fait de vivre dans une région urbaine diminue significativement le risque de renoncer aux soins de spécialistes. Cela s'explique par la répartition géographique inégale de l'offre de soins en médecins spécialistes. Ce qui tend à confirmer l'existence d'inégalités territoriales d'accès aux soins dans la wilaya de Béjaïa. Ainsi, sur les 52 communes, 38 sont totalement dépourvues de spécialistes. **Ce qui confirme notre DEUXIÈME HYPOTHÈSE**, à savoir que *la répartition de l'offre de soins, et particulièrement l'implantation géographique du corps médical, peut influencer la demande de soins médicaux des différents groupes sociaux et, par conséquent, l'accès aux services de soins.*

Bien que le système de santé algérien pose comme objectif principal de garantir l'équité d'accès aux soins, force est de constater, au regard de tous ces résultats, que des inégalités sociales existent et que le renoncement aux soins pour des raisons financières reste un problème majeur. Ce comportement de renoncement aux soins risque fort probablement de s'accroître durant les prochaines années sous l'effet croisé de la crise sanitaire de la Covid-19 et surtout de la crise économique et sociale liée à la baisse drastique des cours du pétrole depuis le second semestre 2014. Aussi, les inégalités d'accès aux soins auront tendance vraisemblablement à se

creuser dans ce contexte. Les conséquences pourraient en être désastreuses à la fois *sur le plan sanitaire*, avec la dégradation de l'état de santé des franges les plus fragiles de la société, et *sur plan économique*, dans la mesure où le report dans le temps ou le renoncement définitif aux soins, qui se traduisent par un retard dans la prise en charge, débouche souvent sur des complications sanitaires plus coûteuses à prendre en charge pour les individus comme pour la collectivité.

Ce qui nécessite un double regard critique. Le premier sur le *système de protection sociale* car il n'a pas joué suffisamment son rôle de « protecteur » du fait des entraves qui persistent, alors qu'il est censé lever l'ensemble des obstacles financiers à l'accès aux soins. Le second sur le *système de santé* (organisations des soins, distance d'accès et disponibilité des professionnels de santé...).

La présente étude a permis de rassembler quelques éléments factuels pouvant éclairer les décisions des pouvoirs publics. Toutefois, les limites de notre recherche sont nombreuses. Loin d'épuiser le débat sur cette problématique, ces premiers résultats incite à engager tout une série d'études complémentaires. Parmi ces limites, qui constituent donc autant de pistes pour de futures recherches, on peut citer :

- L'étude des déterminants du recours aux médecins généralistes et spécialistes s'est limitée uniquement aux inégalités d'accès « primaire », avec des questions qui portent sur le « *recours au moins une fois* » à tel ou tel type de soins. Elle ne renseigne donc pas sur les potentielles inégalités d'accès « secondaire » dont l'étude nécessite *le suivi au long court de la trajectoire de soins des patients*.
- Le présent travail a proposé une analyse essentiellement quantitative des comportements de recours et de renoncement aux soins de santé. Ainsi, les aspects plus qualitatifs du phénomène débordent largement l'objectif de la présente étude, lesquels n'ont été qu'effleurés ici. Aussi, il serait intéressant de compléter le présent diagnostic quantitatif en réalisant une enquête qualitative, auprès notamment des renonçants aux soins.
- La prise en charge spécifique de certains problèmes de santé (handicap, santé mentale, cancer...), le suivi de grossesse ou encore l'accès aux équipements médicaux nécessiteraient – à eux seuls – un examen complet. Des études « par pathologie » ou « par type d'équipement médical » seraient ainsi un prolongement assez intéressant à notre travail.
- En outre, une étude plus détaillée du recours aux soins serait nécessaire en intégrant davantage les dimensions géographiques, notamment en termes de « distances parcourues ».
- Enfin, une extrapolation de cette étude à d'autres wilayat du pays serait un projet assez prometteur. Il permettrait ainsi d'engager une analyse comparative des conditions de recours et d'accès aux soins entre les différentes régions du pays.

## BIBLIOGRAPHIE

---

---

### I. OUVRAGES

- Aguzzoli, F., Le Fur, P., Sermet, C., & Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (France). (1994). *Clientèle et motifs de recours en médecine libérale : France 1992*. CREDES.
- Aïach, P. (2000). 5. De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. Dans : Didier Fassin éd., *Les inégalités sociales de santé* (pp. 81-91). Paris: La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2000.01.0081>
- Arwidson P., Guilbert P. (2001). Consommation de soins et de médicaments. Dans : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. :Baromètre santé 2000. Résultats volume 2 (pp. 313-324). Vanves : CFES (Comité Français d'Education pour la Santé).
- Basset, B. (Éd.). (2008). *Agences régionales de santé : Les inégalités sociales de santé*. Paris: INPES. URL: [http://www.handipole.org/IMG/pdf/Inpes\\_inegalites-sante.pdf](http://www.handipole.org/IMG/pdf/Inpes_inegalites-sante.pdf)
- Bihr, A., & Pfefferkorn, R. (1999). *Déchiffrer les inégalités* (2<sup>e</sup> éd.). Syros/Alternatives économiques. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/bihr\\_alain/dechiffrer\\_les\\_inegalites/dechiffrer\\_les\\_inegalites.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/bihr_alain/dechiffrer_les_inegalites/dechiffrer_les_inegalites.html)
- Brahamia B. (2010). Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est- Maghreb. Ed. Bahaeddine, Alger
- Bressoux, P. (2010). *Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Castiel, D. (2010). 1. Croissance des dépenses de santé et précarité. In *Solidarités, précarité et handicap social* (p. 11-29). Presses de l'EHESP; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ehesp.casti.2010.01.0011>
- Chauvin, P. (Éd.). (2005). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. INSERM.
- Cingolani, P. (2017). *La précarité* (5<sup>e</sup> éd.). Presses Universitaires de France (PUF).
- Équipe santé des populations et services de santé (Québec). (2008). Besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact, Canada, Québec, Montréal : Analyse des données de l'enquête sur l'accès aux services de santé, 2003. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. <http://deslibris.ca/ID/252751>
- Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.snd11.arn.dz/10.3917/puf.fain.2012.01>
- Fargeon, V. (2014). Chapitre 3. Besoins de soins et consommations de soins médicaux. Dans : , V. Fargeon, *Introduction à l'économie de la santé* (pp. 67-79). FONTAINE, France: Presses universitaires de Grenoble.

- Farmer, P. (2006). *Fléaux contemporains : Des infections et des inégalités*. Paris: Economica/Anthropos.
- Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. & Leclerc, A. (2000). Les inégalités sociales de santé. Paris: INSERM/La Découverte.
- Gérard, E., & Henaff, N. (2019). *Inégalités en perspectives*. Éditions des Archives contemporaines.
- Girod, R. (1984). *Les inégalités sociales*. Presses Universitaires de France.
- Guilbert, P. et al. (2008). *Méthodes de sondage : enquêtes électorales, enquêtes dans le domaine de la santé, enquêtes dans les pays en développement : Cours et cas pratique*. Paris : Dunod.
- Juteau, D. (2000). *La différenciation sociale : Modèles et processus*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Labourdette A. (1988). *Economie de la santé*. Ed. PUF, paris.
- Lamri L. (2004). *Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique*, Office des Publications Universitaires, Alger.
- Larousse. (2018). *Le grand Larousse illustré : 90000 articles, 5000 illustrations, 355 cartes, 160 planches, chronologie universelle, atlas géographique, drapeaux du monde et de la francophonie*. Larousse.
- Lavoué, J. (2004). *La demande de justice en protection de l'enfance*. Paris : L'Harmattan.
- Le nouveau Petit Robert (2014). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Renoncer, Paris, Le Robert.
- Leclerc, A., Kaminski, M., & Lang, T. (2008). *Inégaux face à la santé : Du constat à l'action*. La Découverte.
- Lombrail, P. (2000). 26. Accès aux soins. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 403-418). La Découverte; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2000.01.0403>
- Mebtoul M. (2004). *Médecins et patients en Algérie*. Editions Dar El Gharb.
- Mebtoul, M. (2000). 2. Les recours thérapeutiques : élaboration de la décision profane en Algérie. Dans : Geneviève Cresson éd., *Les usagers du système de soins* (pp. 263-270). Rennes, France: Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.schwe.2000.01.0263>
- Niewiadomski, C. & Aïach, P. (2008). *Lutter contre les inégalités sociales de santé: Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes, France: Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.niewe.2008.01>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? In Y. Jaffré & J.-P. Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière* (p. 263). Paris (France): Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.jaffr.2003.01.0263>

- Ouchfoun A. (2009). L'épidémiologie et l'aide à la décision en santé publique dans les pays en développement, In Transition et système de santé en Algérie, Edition CREAD.
- Oufriha F. Z. (2002). Système de santé et population en Algérie, édition ANEP.
- Oufriha F-Z. (1992). Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie, Ed. OPU, Alger.
- Oufriha F-Z. (2006). De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, CREAD.
- Parizot, I. (2014). 25—L'accès aux soins comme reconnaissance de la citoyenneté ? In S. Paugam, *L'intégration inégale* (p. 445). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2014.01.0445>
- Pascal, J., & Lombrail, P. (2016). 17. Inégalités sociales de santé. In F. Bourdillon, G. Brücker, & D. Tabuteau, *Traité de santé publique* (p. 140). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0165>.
- Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier, France: GEOS, Université de Montpellier-III.
- Potvin, L., Jones, C. M., Moquet, M.-J., & Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2012). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Quesnel-Vallée, A., & Bourque, M. (2008). Les inégalités sociales de santé : L'impact de l'assurance-maladie. In F. Beland, A.-P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée, & L. Robert (Éds.), *Le privé dans la santé : Les discours et les faits*. Presses de l'Université de Montréal. [https://www.researchgate.net/publication/255685602\\_Les\\_inegalites\\_sociales\\_de\\_sante\\_L'impact\\_de\\_l'assurance-maladie](https://www.researchgate.net/publication/255685602_Les_inegalites_sociales_de_sante_L'impact_de_l'assurance-maladie)
- Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Savidan, P. (Éd.). (2018). *Dictionnaire des inégalités et de la justice sociale*. Presses Universitaires de France (PUF).
- Sen A. (2003). *Un nouveau modèle économique : Développement, Justice, Liberté*. Ed. Odile Jacob, Paris.
- Sérange-Fonterme, R. (1983). *Les disparités sociales de consommation médicale*. Paris: Economica.
- Stafford, J., & Bodson, P. (2006). *L'analyse multivariée avec SPSS*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Verschave, F.-X. (2004). *La santé mondiale entre racket et bien public*. Charles Léopold Mayer. [https://docs.eclm.fr/pdf\\_livre/293LaSanteMondiale.pdf](https://docs.eclm.fr/pdf_livre/293LaSanteMondiale.pdf)

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Chapter 34 Equity in health care finance and delivery. In *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, p. 1803-1862). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80047-5)

Zehnati A. (2018). *Démographie médicale en Algérie*. Alger : Loumi.

Zehnati A. (Ed.). (2017). *Développement récent des systèmes de santé*. Alger : CREAD.

## II. ARTICLES DE REVUE ET DOCUMENTS DE TRAVAIL (WORKING PAPERS)

Abbou, Y., & Brahamia, B. (2015). Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*, 5. <https://doi.org/10.35393/1730-000-044-009>

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208–220. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074>

Aissaoui, N. (2016). Les déterminants de l'accessibilité aux services de soins en Algérie: Le cas des services de soins de proximité [article original rédigé en langue arabe]. *مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية*, 3(1), 103-122. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5218>

Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70(3), 465-472. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>

Allin, S., Masseria, C. (2009). *Research note: Unmet need as an indicator of access to health care in Europe*. London: European Commission Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Amar, A., & Abdelhak, A. (2017). Les motifs des choix d'installation des médecins privés à Annaba. *Revue internationale de soins palliatifs*, Vol. 32(1), 5-14.

Ancelot, L. & Depret, M.-H. (2016). Le renoncement aux soins chez les femmes enceintes : Une analyse empirique à partir de l'Enquête nationale périnatale. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 4970(1002), S41. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.07.002>

Ancelot, L., Bonnal, L. & Depret, M. (2016). Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse. *Revue Française d'Économie*, vol. xxxi (4), 63-107. <https://doi.org/10.3917/rfe.164.0063>

Ancelot, L., Bonnal, L. & Depret, M. (2018). Renoncer aux soins périnataux : quelles conséquences sur l'état de santé du nourrisson? *Revue économique*, vol. 69(3), 373-405. <https://doi.org/10.3917/reco.693.0373>

Ancelot, L., Bonnal, L., Depret, M.-H., Favard, P., Jemna, D.-V., & Sandu, C. B. (2020). Unmet need for health care during pregnancy : A French – Romanian comparison. *Applied Economics*, 52(12), 1298-1310. <https://doi.org/10.1080/00036846.2019.1660301>



- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care : Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R.M. (1968). A Behavioral Model of Families'Use of Health Services. *Research series n° 25*, Center for Health Administration Studies, University of Chicago. <https://www.proquest.com/docview/302351484>
- Ayanian, J. Z. (2000). Unmet health needs of uninsured adults in the united states. *JAMA*, 284(16), 2061. <https://doi.org/10.1001/jama.284.16.2061>.
- Azogui-Levy, S. & Boy-Lefèvre, M. (2017). Inégalités d'accès aux soins dentaires. *Après-demain*, n° 42, nf (2), 30-32. <https://doi.org/10.3917/apdem.042.0030>
- Azogui-Lévy, S., Rochereau, T. (2005). Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'Enquête santé et protection sociale, Questions d'économie de la santé, n° 94, mai.
- Azzouzi, A. &Acidi, A. (2017). La répartition spatiale inégale de l'offre de soins à Annaba (Est algérien). *Les Tribunes de la santé*, 56(3), 83-95. doi:10.3917/seve.056.0083.
- Baggett, T. P., O'Connell, J. J., Singer, D. E., & Rigotti, N. A. (2010). The unmet health care needs of homeless adults : A national study. *American Journal of Public Health*, 100(7), 1326-1333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.180109>
- Bago d'Uva, T., & Jones, A. M. (2009). Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP. *Journal of Health Economics*, 28(2), 265-279. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.11.002>
- Balaj, M., McNamara, C. L., Eikemo, T. A., & Bambra, C. (2017). The social determinants of inequalities in self-reported health in Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(suppl\_1), 107–114. doi:10.1093/eurpub/ckw217.
- Bas, A. C., & Azogui-Lévy, S. (2020). L'effet du non-recours aux soins médicaux et dentaires sur les dépenses de santé des personnes ayant une maladie chronique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(2), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.12.002>
- Bazin, F., Parizot, I. & Chauvin, P. (2006). Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001. *Sciences sociales et santé*, vol. 24(3), 11-31. doi:10.3917/sss.243.0011.
- Bellali, H., Harizi, C., Hechaichi, A., Boussaida, F., Aissaoui, S., Mrabet, A., & Chahed, M. K. (2014). Type de morbidité et recours aux soins dans une population rurale à Sidi Bouzid, Tunisie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 62, S239. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2014.06.221>
- Beltran, G. (2017). Explications et modes de justification du renoncement aux soins dans une population rurale-agricole. Rôles et ajustements d'un modèle de masculinité traditionnelle. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, (48-1), 87-107. <https://doi.org/10.4000/rso.1822>

- Ben Mahmoud, A. (2002). Mieux adapter le système de soins tunisien à la santé des adolescents. *Santé Publique*, 14(1), 57. <https://doi.org/10.3917/spub.021.0057>
- Benoist, Y. (2008). Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, 26(3), 5-34. <https://doi.org/10.3917/sss.263.0005>
- Berchet, C. (2013). Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 61S, pp. S69-S79.
- Bietry, G. (2020). Une enquête pour évaluer le renoncement aux soins pendant le confinement. *Soins*, 65(847), 5. [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(20\)30125-0](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30125-0)
- Bihl, A., & Pfefferkorn, R. (2008). Les inégalités sociales de santé. *Revue ¿Interrogations ?*, 2008(6). <https://www.revue-interrogations.org/Les-inegalites-sociales-de-sante,271>
- Boisguérin B., Després C., Dourgnon P., Fantin R., Legal R. (2010). Étudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins. In Santé, soins et protection sociale en 2008. Paris : Irdes, 2010/06, 31-40.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales*, 26(1), 205-233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>
- Bouayed, A., Bedjaoui, A., Bouchenak, D., & Bouayed, I. (2017). La télémédecine « TM » au service des patients du grand sud d'Algérie. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, 6(1), 43. <https://doi.org/10.1016/j.eur-tel.2017.02.034>
- Bouba-Olga, O. & Vigé, M., (2015). Le renoncement aux soins : une analyse empirique à partir de la base SHARE. *Assurances et gestion des risques*, Mars-juin 2015, Vol. 82 (1-2).
- Bouledroua, A. (2010). L'accès aux soins en Algérie. Éléments pour une problématique sociologique du fait sanitaire. *Revue Des Sciences Humaines*, 21(1), 07 16. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/3405>
- Bouledroua, A. (2017). Approche sociologique de la question des inégalités d'accès aux soins en Algérie. *Revue Des Sciences Humaines*, 28(2), 07 45. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/89250>
- Bouyoucef-Barr D. (2015). L'organisation territoriale de l'offre de soins : quelles réalités en Algérie. *La revue des sciences commerciales*. Volume 14, Numéro 1, Pages 70-85.
- Braveman, P. (2003). *Defining equity in health*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254–258. doi:10.1136/jech.57.4.254
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167-194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Bréchat, P.-H., Lebas, J., Bachelot-Narquin, R., & Sicard, D. (2015). *Innover contre les inégalités de santé*.

- Carr, W., & Wolfe, S. (1976). Unmet Needs as Sociomedical Indicators. *International Journal of Health Services*, 6(3), 417–430. doi:10.2190/mcg0-uh8d-0ag8-vfnu.
- Castray, M., Wittwer, J., Montagni, I. & Tzourio, C. (2019). Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share. *Revue d'économie politique*, vol. 129(4), 467-488. <https://doi.org/10.3917/redp.294.0467>
- Caussat, L., & Raynaud, D. (2004). La régulation de la demande de soins : Le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé. *Revue d'économie financière*, 76(3), 129-151. <https://doi.org/10.3406/ecofi.2004.4918>
- Celant, N., Dourgnon, P., Guillaume, S., Pierre, A., Rocherau, T., Sermet, C. (2014). L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats, *Questions d'économie de la santé*, n° 198, mai 2014.
- Chala, S., Silorh, K., Abouqal, R., & Abdallaoui, F. (2016). Facteurs associés au recours aux soins dentaires dans une population d'adolescents marocains. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*, 117(6), 367-371. <https://doi.org/10.1016/j.revsto.2016.05.005>
- Chalane S., Cheurfa T. & Kaid-Tlilane N. (2020). Les inégalités sociales et territoriales d'accès aux services de soins maternels dans la wilaya de Bejaia. *Revue EL-Bahith en Sciences Humaines et Sociales*, 12 (04), p 471-483.
- Chambaud, L. (2018). Accès aux soins : éléments de cadrage. *Regards*, 53(1), 19-28. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>
- Charreire, H., & Combier, É. (2006). Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain. Utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire. *Espace Populations Sociétés/Space Populations Societies*, 2006/2-3, 313-327. <https://doi.org/10.4000/eps.1699>
- Chaupain-Guillot, S., Guillot, O., & Jankeliowitch-Laval, É. (2014). Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : Une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Economie et statistique*, 469(1), 169-197. <https://doi.org/10.3406/estat.2014.10426>
- Chauvin P, Parizot I, Revet S. (2005). *Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social.* », Ed. Vuibert et INSERM, Paris.
- Chauvin, P., Renahy, E., Parizot, I. & Vallée, J. (2012). Le Renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. Document de travail, no 120, mars, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). URL: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud120.pdf>
- Chen, J., & Hou, F. (2002). Soins de santé : Besoins non satisfaits. *Rapports sur la santé*, 13(2), 27-40. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2001002/article/6061-fra.pdf?st=MIjUqkX7>

- Chkair, S., Bouvet, S., Daurès, J.-P., Landais, P., & Castelli, C. (2014). Valorisation d'un parcours de soins : Entre difficultés et alternatives. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(4), 280. <https://doi.org/10.3917/jgem.144.0280>
- Clarke J. (2016). Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada, No 82 624 X au catalogue ISSN 1925 6507. 8 Décembre 2016.
- Coldeffy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L. (2011) « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007 », *Rapports de l'IRDES*, n° 1838/1839.
- Coppieters, Y., Bivort, P., Madani, K. & Metboul, M. (2011). Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud algérien. *Santé Publique*, 5(5), 413-426. <https://doi.org/10.3917/spub.115.0413>
- Couffinhal, A., Tubeuf, S., & Dourgnon, P. (2004). Outils de mesure des inégalités de santé : Quelques débats d'actualité. *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 163-171. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1008>
- Coulibaly I., Keita B., Kuepie M. (2008) . Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique ; CEPS/INSTEAD, Afrilux-n°3-2008
- Cunningham, P. J., & Kemper, P. (1998). Ability to obtain medical care for the uninsured : How much does it vary across communities? *JAMA*, 280(10), 921. <https://doi.org/10.1001/jama.280.10.921>.
- Daniels, N. (2009). L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé. *Raisons politiques*, n° 34(2), 9-29. <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2009-2-page-9.htm>
- Des Forts, J. (1998). Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : Vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne. *Insaniyat / إنسانيات*. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales, 4, 35 46. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.11662>
- Desai, M. M., & Rosenheck, R. A. (2005). Unmet need for medical care among homeless adults with serious mental illness. *General Hospital Psychiatry*, 27(6), 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.06.003>.
- Desprès, C. (2012). Le renoncement aux soins pour raisons financières : Analyse socio-anthropologique. *Document de travail*, n° 119, Série Études et Recherche, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), France. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud119.pdf>
- Desprès, C. (2013a). Significations du renoncement aux soins : Une analyse anthropologique. *Sciences sociales et sante*, Vol. 31(2), 71-96. <http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-2-page-71.htm>

- Desprès, C. (2013b). Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 6, Article 6. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1078>
- Desprès, C. (2018). Parcours de soins en situation de précarité : Entre détermination et individualisation. *Santé Publique*, S2(HS2), 157. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0157>
- Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011a). Dépense de santé et accès financier aux services de santé : Une étude du renoncement aux soins. In *Les comptes de la santé 2010* (p. 87-97). Série Statistiques – Document de travail de la Drees, n° 161. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Comptes\\_nationaux\\_sante\\_2010.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Comptes_nationaux_sante_2010.pdf)
- Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011b). Le renoncement aux soins pour raisons financières : Une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, 169. <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>
- Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011c). Le renoncement aux soins pour raisons financières : Une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé (IRDES)*, 170. <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
- Devaux M, de Looper M. (2012). Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008–2009. *OECD health working papers*, No. 58, OECD publishing. <https://doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>
- Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., ... Gelberg, L. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American Journal of Public Health*, 94(5), 783-789. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.5.783>
- Dieng, M., Audibert, M., Hesran, J.-Y. L., & Dial, A. T. (2015). *Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01027504>
- Doorslaer, E. van, & Masseria, C. (2004). Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. In *OECD Health Working Paper* (Numéro 14). <https://doi.org/10.1787/687501760705>
- Doorslaer, E. van, Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ Canadian Medical Journal*, 174(2), 177-183. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>
- Doumbouya M.L. (2008). Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée. In : Workingpaper no 2008-2, Lyon : Université de Lyon II, 20 p.
- Dourgnon P, Or Z, Sorasith C. (2012). Les inégalités de recours aux soins en France, retour sur une décennie de réformes ». *Actualités Dossier Santé Publique* 2012; 80:33–5
- Dourgnon, P., Jusot, F., & Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : Une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics*, 28-29, 123-147. <http://journals.openedition.org/economiepublique/8851>



- Dusing, S. C., Skinner, A. C., & Mayer, M. L. (2004). Unmet need for therapy services, assistive devices, and related services : Data from the national survey of children with special health care needs. *Ambulatory Pediatrics*, 4(5), 448-454. <https://doi.org/10.1367/A03-202R1.1>
- Edo-Izquierdo, S., Martínez-Blanquet, L. J., & Rovira, T. (2020). Hierarchy of the main factors predicting the decision to go to the doctor in a general population sample : A factorial survey design. *Patient Education and Counseling*, 103(7), 1407-1414. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.004>
- El Sanharawi, M., & Naudet, F. (2013). Comprendre la régression logistique. *Journal Français d'Ophtalmologie*, 36(8), 710-715. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2013.05.008>
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546-546A. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Faure, E., & Rican, S. (2017). Les déterminants du recours aux médecins généralistes des hommes et des femmes : Constructions sociales de la distance et inscriptions territoriales. *Géocarrefour*, 91(91/1). <https://doi.org/10.4000/geocarrefour.10050>
- Fjær, E. L., Stornes, P., Borisova, L. V., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2017). *Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. European Journal of Public Health*, 27(suppl\_1), 82-89. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw219>
- Fleurbaey, M., & Schokkaert, E. (2009). Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*, 28(1), 73-90. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.07.016>
- Fortaki M, Brahmia I. Evaluation de l'efficacité des réformes appliquées au système de santé algérien, *Algerian Journal of Health Sciences*. Vol. 01 Num. 01 (2019) 40-47. IN AYACHI ? 2018.
- Gruénais, M.-É., & Guillermet, É. (2018). Décider d'accéder à des soins de santé au Maroc. À propos du " premier délai ". *Insaniyat / إنسانيات*, 80-81, 71-89. <https://doi.org/10.4000/in-saniyat.19213>
- Guend H. et Tesseron A.-L. (2009). Unmet needs for primary care in the context of a universal healthcare system. The case of Québec », *Working paper*, n°2009-04, Centre - Urbanisation Culture Société, Montréal.
- Guillermou, Y. (2003). Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience algérienne. *Sciences sociales et santé*, 21(2), 79-108. <https://doi.org/10.3406/so-san.2003.1587>
- Hachem, A. (2019). Les contraintes socio-économiques et culturelles d'accès aux soins reproductifs chez femmes en Algérie. *Journal El-Bahith in Human and Social Sciences*, 10(4), 271-278. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/76982>.

- Haddad, S., & Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Social Science & Medicine*, 40(6), 743-753. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00134-F](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00134-F)
- Haddad, S., Nougara, A., & Ridde, V. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 199-210. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1012>
- Hammouda N., Zidouni H. (2020). Quelques statistiques sur la population algérienne âgée de 65 ans et plus. *Revue Gériatrie* 1 (1), 7-13.
- Hernández-Quevedo, C., & Masseria, C. (2020). Measuring income-related inequalities in health in multi-country analysis. *Studies of Applied Economics*, 31(2), 455. <https://doi.org/10.25115/eea.v31i2.3336>
- Hill, K. S., Freeman, L. C., Yucel, R. M., & Kuhlthau, K. A. (2008). Unmet need among children with special health care needs in massachusetts. *Maternal and Child Health Journal*, 12(5), 650-661. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0283-3>
- Houngnihin, R. & Sossou, A. (2017). Comprendre le renoncement à la référence obstétricale à la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou. *Santé Publique*, vol. 29 (5), 719-729. Doi :10.3917/spub.175.0719.
- Huber, H. (2008). Decomposing the causes of inequalities in health care use : A micro-simulations approach. *Journal of Health Economics*, 27(6), 1605-1613. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.07.013>
- Jouilil Y., Lechheb H. (2019). Impact de de la couverture médicale de base sur le recours aux soins préventifs au Maroc : une investigation théorique et empirique. *Revue d'Études en Management et Finance d'Organisation*, n° 8, mars ; ISSN 2489-205X
- Jusot, F. (2013). Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, S163-S169. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.011>.
- Jusot, F., Carré, B. & Wittwer, J. (2019). Réduire les barrières financières à l'accès aux soins. *Revue française d'économie*, vol. xxxiv(1), 133-181.
- Kaïd Tlilane N. (2004a). La problématique du financement des soins en Algérie », revue internationale de sécurité sociale, n°4, vol.57,
- Kaid Tlilane, N. (2003b). Les déterminants de la mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie. *Revue Sciences Humaines*, 2003(19), 87-102. <http://revue.umc.edu.dz/index.php/h/article/view/1015>
- Kaid Tlilane, N. (2004). Crise économique et état de santé des enfants algériens. *Santé Conjuguée*, 29, 03-14. <https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/62/42d9ac0e38c82c2e0266bccbd2f7cd1fb95094c/pdf/art29.pdf>
- Kaid Tlilane, N., & Ferfera, M. Y. (2006). Le besoin de santé chez l'enfant. *Les cahiers du MECAS*, 2(1), 115-131. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/9947>

- Kaid Tlilane, N., & Grangaud, J. P. (2005). La situation vaccinale des enfants en période du PAS en Algérie : Résultats d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Béjaïa. *Revue des Sciences Économiques et de Gestion*, 2005(5), 01–23. <http://dspace.univ-se-tif.dz:8888/jspui/bitstream/123456789/633/1/01-TLILANE.pdf>
- Kaid Tlilane, N., & Grangaud, J. P. (2007). Soins de maternité durant la période du PAS en Algérie : Résultats d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaïa. *Revue des Sciences Économiques et de Gestion*, 2007(7), 61-76. <http://dspace.univ-se-tif.dz:8888/jspui/handle/123456789/658>
- Kalichman, S. C., Benotsch, E., Suarez, T., Catz, S., Miller, J., & Rompa, D. (2000). Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(4), 325-331. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00121-5](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00121-5)
- Kasman, N. M., & Badley, E. M. (2004). Beyond access: Who reports that health care is not being received when needed in a publicly-funded health care system? *Canadian Journal of Public Health*, 95(4), 304-308. <https://doi.org/10.1007/BF03405137>.
- Kehrer, B. H. (1972). A Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Paying the Doctor : Systems of Remuneration and Their effects. *The Journal of Human Resources*, 7(1), 125-127. <https://ideas.repec.org/a/uwp/jhriss/v7y1972i1p125-127.html>
- Labiad, N., & Datoussaid, A. (2019). Marketing social et changement de comportement dans la santé publique en Algérie : Vers une automédication responsable (Social marketing and behavioral change in public health in algeria: towards responsible selfmedication). *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3436829>
- Lafortune, G., & Devaux, M. (2012). Accès financier aux soins de santé : Enseignements et limitations des comparaisons internationales. *Actes du colloque « Renoncement aux soins » organisé le 22 novembre 2011 à Paris (France)*, 21-36. [http://www.epsilon-insee.fr/jspui/bitstream/1/14266/1/actes\\_renoncement\\_soins\\_2012.pdf](http://www.epsilon-insee.fr/jspui/bitstream/1/14266/1/actes_renoncement_soins_2012.pdf).
- Lardellier R., Legal R., Raynaud D., Vidal G. (2012). Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de micro simulation Omar. DREES, *Document de travail, Série sources et méthodes*, n° 34, 2012.
- Law, M., Wilson, K., Eyles, J., Elliott, S., Jerrett, M., Moffat, T., & Luginaah, I. (2005). Meeting health need, accessing health care : The role of neighbourhood. *Health & Place*, 11(4), 367-377. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.05.004>
- Lee, S.-Y., Kim, C.-W., Kang, J.-H., & Seo, N.-K. (2015). Unmet healthcare needs depending on employment status. *Health Policy*, 119(7), 899-906. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.007>
- Lefèvre, T. (2013). *Recherche d'une typologie de recours aux soins et des déterminants associés, à partir de la cohorte SIRS, vague 2010*. <https://doi.org/10.13140/2.1.2074.2723>



- Levesque J-F, Pineault R, Robert L, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, et al. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : Un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? Gouvernement du Québec.
- Lewis, C. (2005). Unmet dental care needs among children with special health care needs : Implications for the medical home. *PEDIATRICS*, 116(3), e426-e431. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0390>
- Lewis, J. H., Andersen, R. M., & Gelberg, L. (2003). Health care for homeless women : unmet needs and barriers to care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), 921-928. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20909.x>
- Lia-Hoagberg, B., Rode, P., Skovholt, C. J., Oberg, C. N., Berg, C., Mullett, S., & Choi, T. (1990). Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. *Social Science & Medicine*, 30(4), 487-494. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90351-R](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90351-R)
- Libert B., Dang Tran P., Derouet C. *et al.*, 2002. État dentaire et renoncement aux soins : influence des facteurs socio-économiques et professionnels. *Documents pour le médecin du travail*, 2001, n° 88, pp. 389-394. URCAM des Pays de la Loire, *Analyse du phénomène de renoncement aux soins dentaires*, 2002.
- Litaker, D., & Love, T. E. (2005). Health care resource allocation and individuals' health care needs : Examining the degree of fit. *Health Policy*, 73(2), 183-193. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.11.010>
- Livinec, B., Milleliri, J.-M., Rey, J.-L., & Saliou, P. (2013). Inégalités d'accès aux soins en Afrique. *Médecine et Santé Tropicales*, 23(2), 120-127. <https://doi.org/10.1684/mst.2013.0162>
- Loba A.V., Bosson, E. (2015). Les déterminants du recours aux formations sanitaires publiques à Abidjan (Côte d'Ivoire), *Revue de géographie du laboratoire Leïdi*—ISSN 0851 –2515 –N°13, décembre 2015, P 155-170.
- Loba Akou et al. (2019). Analyse de la structure socioéconomique et géographique de la population sollicitant la Formation Sanitaire Urbaine de Wassakara à Yopougon, en Côte d'Ivoire », *Annales de l'Université de Bangui, série A*, n° 10, décembre 2019, [www.cre-def-ub.org/category/annales](http://www.cre-def-ub.org/category/annales).
- Lombrail P., Pascal J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. », *Les Tribunes de la santé*, n° 8, (3), pp. 31-39.
- Lombrail, P. (2007). Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2006.12.002>
- Lombrail, P., Lang, T., & Pascal, J. (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : Que sait-on de l'accès secondaire ? : Dossier « Inégalités sociales de santé ». *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 61-71. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.995>
- Mané, P. (2013). Décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins de santé au Sénégal. *Revue d'économie du développement*, 1(1), 61-89. <https://doi.org/10.3917/edd.271.0061>

- Measuring disparities in health status and in access and use of health care in oecd countries* (OECD Health Working Papers N° 43). (2009a). <https://doi.org/10.1787/225748084267>
- Mebtoul, M. (1999). La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie. *Socio-anthropologie*, 5. <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.56>
- Mebtoul, M. (2004). « L'introuvable » césure public-privé en Algérie : De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins. *Autrepart*, 29(1), 13-28. <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2004-1-page-13.htm>
- Mebtoul, M. (2010). La privatisation des soins : L'exemple des cliniques privées en Algérie. In J.-L. Olive & M. Mebtoul, *Le Soins, Sociomorphose* (p. 17-28). Presses universitaires de Perpignan.
- Mebtoul, M. (2015). Le système de soin algérien. De l'étatisation aveugle à un marché hybride et éclaté (1962–2012). *psychologie clinique*, 39, 113-126. <https://doi.org/10.1051/psyc/201539113>
- Mebtoul, M., Aroui, K., Benabed, A., Daheur, K., Hachem, A., Kerzabi, Z., & Mouffok, N. (2017). Grossesse et accouchement : Les logiques sociales des responsables, du personnel de santé et des femmes (Algérie). *Face à face. Regards sur la santé*, 14, Article 14. <http://journals.openedition.org/faceaface/1149>
- Mekelat K., Brahamia B. (2015). Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, conférence RR.
- Ménard, B. (2002). Questions de géographie de la santé. *Espace géographique*, 31(3), 264. <https://doi.org/10.3917/eg.313.0264>
- Mizrahi, A., & Mizrahi, A. (2011). Le renoncement aux soins médicaux est-il un concept scientifique ? Philosophique ? Sociologique ? Psychologique ? In *Arguments socio-économiques pour la santé (ARGSES)*. <http://argses.free.fr/textes/renoncementdefinition.pdf>
- Moisy M. (2015). La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 36-37, 662-70. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015\\_36-37\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_2.html)
- Mollborn, S., Stepanikova, I., & Cook, K. S. (2005). Delayed Care and Unmet Needs among Health Care System Users : When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter? *Health Services Research*, 40(6p1), 1898-1917. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00457.x>
- Mormiche, P. (1986). Consommation médicale : Les disparités sociales n'ont pas disparu. *Économie et Statistique*, 189(1), 19-38. <https://doi.org/10.3406/estat.1986.2467>
- Mormiche, P. (1993). Les disparités de recours aux soins en 1991. *Économie et Statistique*, 265(1), 45-52. <https://doi.org/10.3406/estat.1993.5756>
- Nauleau, M., Destremau, B. & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » [\*]: Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 129-148. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0129>.

- Nelson, C. H., & Park, J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2291-2300. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.014>
- Nguyen-Khac, A. (2017). Mesures de l'accès aux soins : L'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 187. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0187>
- Or, Z., Jusot, F. & Yilmaz, E. (2009). Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?. *Revue économique*, 2(2), 521-543. <https://doi.org/10.3917/reco.602.0521>
- Ouasshir, A., Ahid, S., & Cherrah, Y. (2011). Automédication à l'officine dans la région de l'Orientale du Maroc. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59, S74. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.08.023>
- Ouchtati, M., Mezhoud, S., & Rahmoun, F. C. (2009). OMD 5 et mortalité maternelle : Confluence et sommation croisées de toutes les inégalités. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 19(3), 167-170. <https://doi.org/10.1684/san.2009.0171>
- Oufriha F-Z. (1993). La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? », *Cahiers du CREAD*, n°35-36, pp. 7-58.
- Pagan, J. A., & Pauly, M. V. (2006). Community-level uninsurance and the unmet medical needs of insured and uninsured adults. *Health Services Research*, 41(3p1), 788-803. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00506.x>
- Pearl, M., Braveman, P., & Abrams, B. (2001). The Relationship of Neighborhood Socioeconomic Characteristics to Birthweight Among 5 Ethnic Groups in California. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1808-1814. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1808>
- Pegon-Machat, E., Jourdan, D., & Tubert-Jeannin, S. (2018). Inégalités en santé orale : Déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. *Santé Publique*, 30(2), 243. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0243>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access : Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Piaser, G., & Raynaud, D. (2002). Consultation médicale. L'influence du revenu et de l'assurance complémentaire. *Revue économique*, 53(1), 113-133. <https://doi.org/10.3406/reco.2002.410393>
- Pierret, R. (2013). Qu'est-ce que la précarité ? *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 2, 307-330. <https://doi.org/10.4000/socio.511>
- Polton, D. (2016). Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins. *Regards*, 50(2), 35-45. <https://doi.org/10.3917/regar.050.0035>

- Preux, P. M., Odermatt, P., Perna, A., Marin, B., & Vergnenègre, A. (2005). Qu'est-ce qu'une régression logistique ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(1), 159-162. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(05\)85450-6](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(05)85450-6)
- Raghupathy, S. (1996). Education and the use of maternal health care in Thailand. *Social Science & Medicine*, 43(4), 459-471. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00411-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00411-4)
- Raynaud, D. (2005). Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », Drees, *Études et Résultats*, n° 378, février
- Rebouha, F. (2007). Concentration des services de santé, contraintes de mobilité et difficultés d'accès aux soins dans la métropole d'Oran. *Territoire en mouvement*, 4, 3-16. <https://doi.org/10.4000/tem.852>
- Redjel, S., & Yeghni, S. (2011). La prise en charge adéquate de la parturiente est-elle un impératif pour l'établissement public hospitalier ? Cas de la maternité de Jijel. *Economie & Société*, 2011(7), 95-130. [https://www.univ-constantine2.dz/laboratoires/labgmes/index\\_htm\\_files/Revue\\_num7\\_article4\\_fr.pdf](https://www.univ-constantine2.dz/laboratoires/labgmes/index_htm_files/Revue_num7_article4_fr.pdf)
- Renahy, E., Parizot, I., Vallée, J., & Chauvin, P. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00645136>
- Reschovsky J. D., Kemper P., Tu H. T. (2000). Does Type of Health Insurance Affect Health Care Use and Assessments of Care Among the Privately Insured? *Health Services Research*, vol.35, no.1, Part II (April 2000): 219-237. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1808>
- Revil H. (2017). *Femmes et Hommes face au renoncement aux soins. Dossier genre et santé. LA SANTÉ EN ACTION – N° 441 – Septembre 2017.*
- Revil, H. (2018). Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire *Regards*, N 53(1), 29. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0029>.
- Rochaix, L., & Tubeuf, S. (2009). Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications. *Revue économique*, 60(2), 325. <https://doi.org/10.3917/reco.602.0325>.
- Salem, G. (1995). *Géographie de la santé, santé de la géographie. Espace Populations Sociétés*, 13(1), 25-30. <https://doi.org/10.3406/espos.1995.1667>
- Sandrin, B., Carpentier, P.-H., Quéré, I., & Satger, B. (2007). Associer des patients à la conception d'un programme d'éducation thérapeutique. *Santé Publique*, 19(4), 313. <https://doi.org/10.3917/spub.074.0313>
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2010). How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Affairs*, 29(12), 2323-2334. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0862>.

- Shi, L., & Stevens, G. D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs : The influence of multiple risk factors. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 148-154. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40136.x>.
- Shmueli A. (2003). Socio-Economic and Demographic Variation in Health and in its Measures: The Issue of Reporting Heterogeneity, *Social Science and Medicine*, 57, p 125-134.
- Sibley, LM, Glazier, R.H. (2009). Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison. *Healthcare Policy*,;5:87-101.
- Sirpe, G. (2011). Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso. *Mondes en développement*, n°153(1), 27-40. <https://doi.org/10.3917/med.153.0027>
- Snoussi, Z. (2015). Tarif de référence et entrée des génériques : L'impact sur les prix des médicaments en Algérie. *Revue d'économie industrielle*, 149, 103-147. <https://doi.org/10.4000/rei.6091>
- Sopena, P. (2012). Accès aux soins pour tous : rien n'est jamais acquis. Le sujet dans la cité, 3(2), 108-119. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.003.0108>
- Tchicaya, A. Lorentz N. (2011). *Inégalités sociales dans le renoncement aux soins de santé et dans leur utilisation*. Working paper n° 2011-19, CPES.
- Thouez, J.-P., Munan, L., & Nabahi, I. (1981). *Facteurs associés avec l'utilisation des soins de santé en milieu rural*. *Social Science & Medicine. Part D: Medical Geography*, 15(3), 379-387. doi:10.1016/0160-8002(81)90056-3
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U.-G., Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Häkkinen, U., Leu, R. E., O'Donnell, O., Propper, C., Puffer, F., Rodríguez, M., Sundberg, G., & Winkelhake, O. (1997). Income-related inequalities in health : Some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 16(1), 93-112. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(96\)00532-2](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(96)00532-2)
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. In *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, p. 1803-1862). Amsterdam (North-Holland): Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80047-5)
- Warin, P., & Chauveaud, C. (2014). *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard* (hal-01099989, version 1) [Rapport d'étude commandé par la CPAM du Gard (France), Septembre]. HAL Archives Ouvertes. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01099989/document>
- Wilfried, M. G.-H., Jérôme, A.-N., & Valentin, E. K. (2018). Les Déterminants De L'accès Aux Services De Santé À Grand Bassam. *European Scientific Journal, ESJ*, 14(6), 124. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n6p124>
- Wu Z., Penning M.J. & Schimmele C.M. (2005). Immigrant Status and Unmet Health Care Needs, *Canadian Journal of Public Health*, 96(5):369-73.
- Zaouaq, K. (2017). Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc. *L'Année du Maghreb*, 17, 169-183. <https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.3236>



- Zehenati, A. (2013). Les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire », Les cahiers du CREAD, n°105/106-2013
- Zehnati A, Peyron C. (2013). Les raisons de la double activité des médecins : le cas de l'Algérie. Maghreb-Machrek, 89-112
- Zehnati, A. & Keddad A. (2020). Les facteurs influençant le coût de la prescription médicamenteuse en Algérie. Les cahiers du Cread, 34(3), 95-120
- Zehnati, A. & Peyron, C. (2015). Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement. *Mondes en développement*, 2(2), 123-140. <https://doi.org/10.3917/med.170.0123>
- Zehnati, A. (2009). Les inégalités de répartition des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales. *Journal d'épidémiologie et de santé publique*, 19-33
- Zehnati, A. (2020). Transition démo-épidémiologique et vieillissement de la population en Algérie. *Revue Gériatrie 1* (1), 37-40.
- Zehnati, A. Bousmah, M.a.Q., & Abu-Zaineh M. (2017). Public-private differentials in health care delivery: The case of cesarean deliveries in Algeria. AHEAD Working Paper N°02/2017. Réseau de recherche appliquée en équité, santé et développement.
- Ziani L. (2020a). Le financement des dépenses de santé dans les pays du Maghreb, *Journal of Management and Economic Sciences Prospects*, Volume : 40 / N° : 40 (2020), p 226-240.
- Ziani L. (2020b). La couverture du risque maladie par l'assurance maladie sociale en Algérie : Etat des lieux et contraintes, *Revue d'excellence pour la recherche en économie et en gestion*, Volume : 04 / N°: 01 (2020), p 173- 188.
- Ziani, F., & Brahamia, B. (2016). La consommation de médicaments en Algérie entre croissance, financement et maîtrise. *Les cahiers du MECAS*, 12(2), 191-209. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/8743>
- Zuckerman, S., Shen, Y.-C. (2004). Characteristics of occasional and frequent emergency department users: Do insurance coverage and access to care matter? *Medical Care*, 42(2), 176-182. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000108747.51198.41>

### III. COMMUNICATIONS

- Aday, L. (1993). *Access to What and Why? Toward a New Generation of Access Indicators*. Washington D.C, Proceedings of the public Health Conference on Records and Statistics, Government Printing Office. <https://www.cdc.gov/nchs/data/phcrs/phcrs95.pdf>
- Ahmed Fouatih & col, (2018). *Epidémiologie des cancers colorectaux dans les cancers digestifs, wilaya d'Oran, 1996-2016*. 4<sup>èmes</sup> Journées Internationales d'Oncologie Médicale d'Oran ; Oran, 6,7,8 décembre 2018 ? Hôtel Sheraton

- Atchessi N. (2016). Recours aux soins de santé des indigents et des personnes âgées en Afrique de l'Ouest. Cas du Burkina Faso et du Nigeria. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en Santé Publique. Université de Montréal
- Banmansour S. (2018). La contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement des hôpitaux. Thèse de doctorat En sciences économiques, Université de Tizi-Ouzou.
- 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 d'Etat en médecine, Université Paris Descartes (Paris 5), France. URL: [http://www.urml-idf.org/upload/these/besnier\\_2008.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/these/besnier_2008.pdf)
- Bonnet, P. (2002). Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins [Mémoire DEA, Montpellier : GEOS : Université Paul Valéry]. <http://agritrop.cirad.fr/527450/>
- Bussière, C. (2016). Recours aux soins de santé primaires des personnes en situation de handicap : analyses économiques à partir des données de l'enquête Handicap-Santé. Santé publique et épidémiologie. Thèse de doctorat en santé publique et sciences économiques, Université Paris Saclay (COMUE), 2016. Français. NNT : 2016SACLS049. tel-01320990
- Chalane, S. (2010). Essai d'analyse du système de régulation dans le secteur pharmaceutique algérien : Du contrôle centralisé aux procédures incitatives décentralisées. [Mémoire de Magister en Sciences Économiques, option : Économie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia]. <http://www.univ-bejaia.dz/jspui/handle/123456789/7119>
- Cheurfa T. (2012). Essai d'évaluation des coûts économiques de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en Algérie : Cas de la wilaya de Béjaïa », p 106.
- Cisse, S. (2018). Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capacités : le cas du Mali. Thèse de doctorat, Univ. Genève, no. SdS 96. <https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:107221>
- Clerc-Urmès I. (2011). Modèles multiniveaux pour l'analyse des comportements de santé : Quatre illustrations concernant l'offre et la demande de soins. Thèse de doctorat en sciences économiques, l'Université de la Méditerranée Aix-Marseille II
- Dourgnon, P. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique ». Colloque DREES sur le renoncement aux soins, Paris, 22 novembre 2011.
- Dourgnon, P. (2013). Évaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé. Thèse de doctorat de sciences économiques, Université Paris-Dauphine, Ecole doctorale de Dauphine.
- Dourgnon, P., (2011). *Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique*. Colloque DREES sur le renoncement aux soins, Paris, 22 novembre 2011.
- Foudi B. (2018). Le partenariat public-privé (PPP) dans le système de santé algérien : Défis et enjeux de la coordination des acteurs, Analyse à travers la délégation du service de dialyse

aux cliniques privées dans la wilaya de Béjaïa » Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Béjaïa.

Hassaine, M. (2009). Médecins et patients : leurs rapports à l'ordonnance. Mémoire de Magister en Sociologie de la Santé, Université d'Oran 2.

Hassaine, M. (2019). Les inégalités sociales de la santé : Étude du processus de mise en forme des inégalités des trajectoires de malades atteints du cancer en Algérie [Thèse de Doctorat en Sociologie de la Santé, Université d'Oran 2]. <https://ds.univ-oran2.dz:8443/handle/123456789/1297>.

Houffouet, J. (2015). *Infrastructures sanitaires et accès aux soins de santé à Agboville*, mémoire de master en géographie de la santé, UFHB. 159 p.

#### IV. THÈSES ET MÉMOIRES

Jusot F. (2003). Revenu et Mortalité : Analyse Economique des Inégalités Sociales de Santé en France, Thèse de doctorat en Sciences Économiques, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

Kadi, N. (2013). *Santé reproductive et pauvreté en Algérie* [Thèse de Doctorat en Démographie, Université d'Oran 2]. <https://theses.univ-oran1.dz/document/03201304t.pdf>

Kaïd Tlilane N., (2003). Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Béjaïa », Thèse de Doctorat d'Etat en Sciences Economiques, Université d'Alger.

Kara Terki A. (2010). La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public », Thèse de doctorat En sciences économiques, Université de Tlemcen.

Kone, K. G. (2012). L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar. Thèse pour le Doctorat Unique en Sciences Economiques à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Laamri L. (2015). L'accroissement de la dépense nationale des ménages dans le financement de leurs soins, Essai d'identification des facteurs explicatifs. Journée d'étude sur le système de santé algérien à l'épreuve de transition plurielle, Cread, 2015.

Lafortune, G., Devaux, M. (2012). Accès financier aux soins de santé : enseignements et limitations des comparaisons internationales ». ». Colloque DREES sur le renoncement aux soins, Paris, 22 novembre 2011.

Lamri L., (2001). Monographie de l'assurance maladie, Séminaire RESSMA, Tunis, Hammamet 14/16 novembre, 2001

Lamri, L. (2015). Accroissement de la Dépense Nationale de Santé des Ménages: Facteurs explicatifs », Journée d'étude sur « Le système de santé Algérien à l'épreuve de la transition plurielle », le 03 Mai 2015- Hôtel Mazafran-Zéralda.



- Mahfoud N. (2020). La réforme du système de santé algérien : Etat des lieux et perspectives. Thèse de Doctorat ès Sciences Economiques, Université de Bejaia.
- Messaili M, (2018). Dépenses de santé, santé de la population et croissance économique en Algérie », Thèse de Doctorat-LMD en sciences économiques, Université de Bejaia, 2018.
- Ould Abdeslam S. (2018). Analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie. Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Bejaia.
- Petitclerc-Roche, S. (2013). Influence de la précarité sur la prise en charge médicale [Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, option Médecine Générale, Nantes]. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/1e4a3df0-a5d6-48c2-a748-f587ff019af4>
- Pilkington, H., & Zeitlin, J. (2014). Distance, accessibilité et inégalités de santé périnatale. Workshop « Renoncement aux soins », le 26 novembre 2014, CRIEF IRIAF, Niort, France. <https://afar.info/wp-content/uploads/2019/01/texte-pilkington-et-zeitlin.pdf>.
- Prophète F. (2012). Équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources en matière de santé dans la province de Québec », mémoire de Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en santé communautaire, université de Montréal.
- Raynaud J. (2013). L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable. Thèse doctorat en géographie et en aménagement du territoire, Université Paul Valéry - Montpellier III, 2013.
- Richard J.-L. (2001). *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Quésse (Bénin)*. Thèse de doctorat de géographie de la santé, Université Neuchatel, Suisse.
- Rode A., (2010). Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Thèse de doctorat en sciences politiques. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2010. Français. <tel:00488403>
- Salmi M., (2012). Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat en sciences économiques, université Mouloud MAMMERRI Tizi-Ouzou ,<https://dl.ummtto.dz/handle/ummtto/1499>
- Terroni, S., (2005). *Le recours aux soins à Paris et Antananarivo : Une comparaison des facteurs sociaux associés au renoncement aux soins pour raisons financières et au fait de disposer, ou non, d'un médecin régulier*. Rapport de stage, Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement, Université Victor Segalen – Bordeaux 2.
- Thomas , C. , & Menager, G. (2017). *Renoncement aux soins des patients qui consultent aux urgences*. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Université d'Angers.
- Warin, P. (2011). *Renoncement à des soins et précarité*. Colloque DREES sur le renoncement aux soins, Paris, 22 novembre 2011.
- Wislez, C. (2006). *Les permanences d'accès aux soins de santé en Vaucluse : Un dispositif perfectible ?* [Mémoire « Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale », École Nationale de la Santé Publique]. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/iass/wislez.pdf>

- Ymba M. (2013). Accès et recours aux soins de santé modernes en milieu urbain : cas de la ville d'Abidjan, thèse de Doctorat en Géographie de la santé, Université d'Artois – Arras.
- Zehnati A. (2015). Émergence et développement du secteur privé des soins en Algérie. Journée d'étude sur le système de santé algérien à l'épreuve de transition plurielle, Cread. *Mazafran 3 Mai 2015*.
- Zehnati A. (2016). La démographie médicale privé en Algérie : formation, activité et répartition territoriale. 4<sup>ème</sup> conférence scientifique de l'AfHEA. Rabat du 26 au 29 Septembre 2016.
- Zehnati, A. (2014). *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie*. Thèse de doctorat ès Sciences Économiques, en cotutelle : Université de Bejaia et Université de Dijon. <http://www.theses.fr/2014DIJ0E008>
- Ziani F., Ziani Z. (2012). La consommation de médicaments en Algérie : entre croissance, financement et maîtrise. Actes de la journée d'étude « sciences sociales et santé en Algérie : cinquante ans après ». Unité de recherche en sciences sociales et santé, Université d'Oran, 2012.

## VI. RAPPORTS, ÉTUDES ET DOCUMENTS OFFICIELS

- Akoto, E., Kouamé, A., & Lamle, S. B. (2002). *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : Pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali)*. Institut de formation et de recherche démographiques n°27 Yaoundé, 169 P.
- Aliaga C. (2002). Les femmes sont plus attentives à leur santé que les hommes, Paris, INSEE première, n°869.
- Besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact, Canada, Québec, Montréal : Analyse des données de l'enquête sur l'accès aux services de santé, 2003 : Kapetanakis, Costas, Ouellet, Diane, Pineault, Raynald—DesLibris.* (s. d.). Consulté 5 février 2021, à l'adresse <https://www.deslibris.ca/ID/252751>
- Chaoui F., Legros M., Achour N., Fikri Benbrahim N., Grangaud J.P. (2012). Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, défis nationaux et enjeux partagés. Notes de l'Institut pour la Prospective en Méditerranée, Etudes et analyses N°13.
- Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L. (2011). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007. Rapports de l'IRDES, n° 1838/1839.
- Collet M., Menahem G., Picard H. (2006). Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits - Enquête Précalog 1999-2000, Questions d'Économie de la Santé, 113, 1-8.
- Couffinhal, A., Dourgnon, P., Masseria, C., Tubeuf, S., Van Doorslaer, E. (2004). Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries ». In *Towards High-Performing Health Systems*, OECD Report, pp. 109-165. URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/31743034.pdf>

- DPSB (2020). *Annuaire Statistique de la Wilaya de Bejaia*. Bejaia : Direction de la Planification et du Suivi Budgétaire (ex-DPAT).
- DREES (2010). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. ÉTUDES et RÉSULTATS n° 717 - février 2010
- FIDH/LADDH/CFDA. (2010). La « mal-vie » : Rapport sur la situation des droits économiques, sociaux et culturels en Algérie. <https://www.fidh.org/IMG/pdf/AlgerieDESCfr.pdf>
- Groupe de la banque mondiale (2020). Le Rapport 2020 sur la pauvreté et la prospérité partagée : Revers de fortune.
- Institut National de la Santé. (2019). Tunisian Health Examination Survey—2016. INSP-Tunisie avec l'appui du Ministère de la Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé. <http://www.santetunisie.rns.tn/images/rapport-final-enquete2020.pdf>
- Institut National de Santé Publique (2007). Enquête TAHINA, transition épidémiologique et impact sur la santé en Afrique du Nord. Alger.
- Kaid Tlilane, N., & Arabi Megherbi, K. (2000). *L'impact de la crise économique sur la situation sanitaire des enfants : cas de la wilaya de Béjaïa*. Projet de recherche CNEPRU, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS), code : M 0601/10/2005.
- Legal, R. R. (2010). Financement des dépenses de santé et restes à charge des ménages : une approche par micro-simulation,. Comptes nationaux de la santé 2009, DREES
- Mariko M. et Cisse B. (2000). Équité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : Cas de cinq capitales ouest africains, (Rapport final). IRD, UNICEF, Coopération française, p129-130. 169 p.
- Mizrahi, A., & Mizrahi, A. (1993). *L'évolution à long terme de la consommation médicale 1970-1992* (N° 1993/10; Rapport CREDES). Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé. <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1993/rap995.pdf>
- Montaut A., (2010). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes, DREES, Études et résultats, n°717, février.
- MSPRH (2001). Développement du Système National de Santé : stratégie et perspectives, Mai, p.22.
- MSPRH (2003). Projection du développement du secteur de la santé : Perspective décennale, Alger.
- MSPRH (2004). Santé des algériennes et des algériens, en 2003, disponible sur [www.ands.dz](http://www.ands.dz)
- MSPRH (2016). Direction des études et de la planification, « sante, en chiffres 2015 ». Alger
- MSPRH (2019). Direction des études et de la planification, « sante, en chiffres 2018 ». Alger
- MSPRH et Unicef (2015). Suivi de la situation des enfants et des femmes : enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013 », Alger.

- MSPRH, « Annuaires statistiques : 1993-2010 ».
- Office National des Statistique (2015). Enquête Nationale sur les Dépenses de Consommation et le Niveau de Vie des Ménages 2011 : dépenses de santé et d'hygiène corporelle », n°716.
- Office National des Statistiques (2020) : démographie algérienne 2019, n° 890.
- Office National des Statistiques (ONS) : rétrospective 1962-2011.
- Office National des Statistiques : démographie algérienne 2012-2018, Alger.
- OMS (1946). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, et entrée en vigueur le 7 avril 1948. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- OMS (2000). *Pour un système de santé plus performant*. OMS.
- OMS (2005). *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences*. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health, March. URL: [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/action\\_sd.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf?ua=1)
- OMS (2008). Rapport sur la santé dans le monde, les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais », Genève.
- OMS (2009). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. URL: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)
- OMS (2018). Profils des pays pour les maladies non transmissibles, Genève, p1.
- OMS, National Health account indicators (NHA) (2020): <http://apps.who.int/nha/database/>.
- ONS (2000). Enquête sur les dépenses consommation des ménages en 2000 », n° 352.
- ONS (2005). *L'Algérie en quelques chiffres*. Résultats 2006, N°37.
- ONS (2005). *L'Algérie en quelques chiffres*. Résultats 2004, N° 35.
- ONS (2006). *L'Algérie en quelques chiffres*. Résultats 2005, N° 36.
- ONS (2009). Résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2008. <https://www.ons.dz/collections/>
- ONS (2010). *L'Algérie en quelques chiffres*. Résultats 2007-2009, N° 40.
- ONS (2012). *L'Algérie en quelques chiffres*. Résultats 2009-2011, N°42.
- ONS (2014). *L'Algérie en quelques chiffres*. Résultats 2011-2013, N°44.
- ONS (2014). *Dépenses de santé et d'hygiène corporelle* (N° 716). Enquête Nationale sur les Dépenses de Consommation et le Niveau de Vie des Ménages 2011). Office National des Statistiques. [http://www.ons.dz/IMG/pdf/Enqcons\\_sant11.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/Enqcons_sant11.pdf)

- ONS (2014). *Revenus salariaux et caractéristiques individuelles. Enquête Nationale sur les Dépenses de Consommation et le Niveau de Vie des Ménages 2011* (N° 189; Série S : Statistiques Sociales). Office National des Statistiques. <http://www.ons.dz/IMG/pdf/pub-finsal13-2.pdf>
- ONS (2015). *L'Algérie en quelques chiffres* » résultats 2012-2014, N° 45.
- ONS (2016). *L'Algérie en quelques chiffres* » résultats 2013-2015, N° 46.
- ONS (2017). *L'Algérie en quelques chiffres* » résultats 2014-2016, N° 47.
- ONS (2018). *L'Algérie en quelques chiffres* » résultats 2015-2017, N° 48.
- ONS (2019). Démographie Algérienne 2018, N°853.
- ONS, (2014). *Revenus salariaux et caractéristiques individuelles. Enquête Nationale sur les Dépenses de Consommation et le Niveau de Vie des Ménages 2011*. Collections Statistiques N° 189, Série S : Statistiques Sociales. <https://www.ons.dz/IMG/pdf/consfinal.pdf>
- Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (2017). *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE, Paris, p 141.
- Revil H. (2017). *Femmes et Hommes face au renoncement aux soins. Dossier genre et santé. La santé en action, n° 441, Septembre*.
- Revil, H et Bailly, S. (2018). *Diagnostic du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS. Rapport pour la CNAMTS, ODE-NORE/Programme LIFE, mars*.
- Revil, H., Casagran A. et Chauveaud C. (2016). *Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux de 18 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Rapport au régime général de l'assurance maladie, Odenore, 78 p*.
- Sanmartin C., Houle C., Tremblay S, Berthelot J-M. (2002). *Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. Statistique Canada, no 82-003 au catalogue. Rapports sur la santé, mars 2002 ;13(3) :17-24*.
- UNESCO. (2020). *Rapport mondial de suivi sur l'éducation, 2020 : Inclusion et éducation*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373718>
- Warin P. and al., (2013). *CERESO : Ce que renoncer aux soins veut dire*, ODENORE, Rapport de recherche pour l'IRESP
- Warin, P., & Chauveaud, C. (2014). *Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard*. Consulté à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01099989>.
- Word Bank. (2020). *World Bank Open Data*. Washington (USA): The World Bank Group. URL: <https://donnees.banquemonde.org/>
- Zitouni, M. (2016). *Pathologie du cancer en Algérie, l'invité de la rédaction, Alger, chaîne 3, Radio Algérienne, 12 Octobre 2016 à 08 h15, Algérie*.

## VII. DOCTRINES

**Arrêté interministériel du 4 juillet 1987**, fixant la valeur monétaire des lettres clefs relatives aux actes professionnels des médecins, chirurgiens- dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

**Décret 81-242 et 81-243 du 05 septembre 1981**, portant création et organisation des secteurs sanitaires.

**Décret 88-204 du 18 octobre 1988** fixant les conditions de création, d'ouverture, et de fonctionnement des cliniques privées.

**Journal officiel de la république algérienne, n°07140 du 19 mai 2007**, Décret exécutif portant sur la réorganisation des structures de santé.

**La loi 18-11 du 18 Chaoual1439 correspondant au 2 juillet 2018** relative à la santé. Journal officiel de la république algérienne n° 46 du 29 juillet 2018.

**Loi 85-05 du 16 février 1985**, relative à la protection et à la promotion de la santé.

**Loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales** (J.O.R.A. n° 28 du 05 juillet 1983) portant institution d'un régime unique d'assurances sociales

**Loi n° 15-02 du 4 janvier 2015** relative aux mutuelles sociales. Journal officiel, 2015-01-07, n° 1, pp. 8-20

**Ordonnance 76-79 du 23 octobre 1976**, portant code de la santé publique.

**Ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973** (J.O.R.A. n° 1 du 1 janvier 1974) portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires.

**Ordonnance n°66-65 du 04 avril 1966**, portant réglementation de l'exercice des professions des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes

**Révision constitutionnelle de 2016**. Loi n° 16-01 du 6 mars 2016 - Journal officiel n° 14 du 7 mars 2016. <https://www.joradp.dz/trv/fcons.pdf>

**Révision constitutionnelle de 2020**. Décret présidentiel n° 20-442 du 30 décembre 2020 - Journal officiel n° 82 du 30 décembre 2020. <https://www.joradp.dz/FTP/jo-pc/2020/F2020082.pdf>.

## VIII. SITES INTERNET RÉGULIÈREMENT CONSULTÉS

[www.ahead-network.org](http://www.ahead-network.org)

[www.banquemondiale.org](http://www.banquemondiale.org)

[www.casnos.com.dz](http://www.casnos.com.dz)

[www.cnas.dz](http://www.cnas.dz)

[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

[www.joradp.dz/](http://www.joradp.dz/)

[www.ons.dz/](http://www.ons.dz/)

[www.sante.gov.dz/](http://www.sante.gov.dz/)

[www.santemaghreb.com](http://www.santemaghreb.com)

[www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)

## TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACES .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	III
SOMMAIRE.....	VI
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>01</b>
<b>CHAPITRE 1 : LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS : <i>Cadre conceptuel et revue de la littérature</i>.....</b>	<b>09</b>
I. LE CADRE CONCEPTUEL DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	10
1. L'équité en santé.....	10
2. Les inégalités sociales de santé.....	11
3. Les inégalités spatiales de santé.....	11
4. L'accès aux soins et ses multiples dimensions.....	12
5. La notion de besoin de soins.....	16
6. Le cadre conceptuel du renoncement aux soins .....	18
6.1. La notion de renoncement aux soins de santé .....	18
6.2. Les facteurs de renoncement aux soins .....	20
6.3. Le renoncement : un phénomène qui s'exprime à différentes étapes du parcours de soins .....	22
6.4. Le renoncement et le non recours .....	23
II. QUANTIFIER LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : MESURE OBJECTIVE ET MESURE SUBJECTIVE.....	24
1. La mesure objective : la consommation de soins .....	24
2. La mesure subjective : le renoncement aux soins.....	26
2.1. Le renoncement aux soins comme un indicateur des inégalités d'accès aux soins.....	26
2.2. Le renoncement aux soins comme un problème de santé publique .....	27
2.3. Les limites du renoncement aux soins.....	28
III. ETAT DE L'ART SUR LES DETERMINANTS DES INEGALITES SOCIALES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE .....	29
1. Analyse de la littérature sur les déterminants d'utilisation des services de santé .....	30
1.2. La logique individualiste.....	30
1.2. La logique de différenciation sociale .....	31



1.3. La logique du système d'offre .....	33
2. Analyse de la littérature sur les déterminants du renoncement aux soins .....	34
2.1. Les déterminants socio-économiques.....	36
2.1.1. La situation financière de l'individu et/ou du ménage .....	36
2.1.2. La catégorie socio-professionnelle.....	38
2.1.3. La couverture d'assurance maladie .....	39
2.2. Les déterminants individuels .....	40
2.2.1. Le genre .....	40
2.2.2. L'âge.....	42
2.2.3. Le niveau d'éducation.....	43
2.2.4. L'état de santé.....	44
2.3. Les déterminants liés au système de santé .....	44
2.4. Les déterminants psycho-sociaux .....	46
2.5. L'utilisation des services de santé.....	47
2.6. Autres déterminants .....	49
3. Revue de la littérature sur les inégalités d'accès aux soins en Algérie .....	49
Conclusion.....	53

**CHAPITRE 2 : L'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE : de l'inégale répartition de l'offre de soins aux limites de la couverture collective des dépenses de santé .....** 55

I. ORGANISATION ET EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS EN ALGERIE.....	56
1. Organisation du système de santé.....	56
1.1 Niveau central.....	56
1.2. Au niveau régional.....	57
1.3. Au niveau local.....	58
2. Évolution de l'offre de soins .....	63
2.1. L'évolution des infrastructures .....	63
2.1.1. Les infrastructures sanitaires publiques.....	63
2.1.2. L'évolution des infrastructures privées .....	68
2.2. Les ressources humaines.....	71



II. LES INEGALITES DE REPARTITION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS .....	78
1. La répartition des infrastructures sanitaires .....	78
1.1. La répartition d'infrastructure publique .....	78
1.2. La répartition de l'infrastructure privée.....	83
2. La répartition des ressources humaines .....	85
III. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE : QUEL ROLE DANS LA DYNAMIQUE DES INEGALITES ?.....	94
1. Evolution des dépenses totales de santé .....	95
2. Les facteurs explicatifs de l'augmentation des dépenses de santé .....	98
3. Structure de financement des dépenses nationales de santé .....	100
4. Les agents de financement de la santé.....	102
Conclusion.....	109
<b>CHAPITRE 3 : L'ACCÈS THÉORIQUE AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAIA: Répartition de l'offre de soins et caractéristiques de l'échantillon d'enquête -----</b>	<b>110</b>
I. L'OFFRE DE SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAÏA .....	111
1. Présentation de la wilaya de Béjaïa .....	111
2. Évolution de l'offre de soins .....	113
2.1. Les infrastructures sanitaires .....	113
2.2. Les ressources humaines.....	117
3. Répartition de l'offre de soins .....	121
3.1. Répartition des infrastructures par commune .....	121
3.2. Répartition du personnel médical privé par commune .....	123
II. PRESENTATION DE L'ENQUETE DE TERRAIN.....	125
1. Type d'enquête et méthodologie .....	125
2. Échantillonnage et biais de l'enquête .....	126
3. Processus d'élaboration du questionnaire d'enquête.....	127
4. Contenu et structure du questionnaire d'enquête .....	128
5. Les conditions générales de déroulement de l'enquête .....	129
5.1. La phase de dépouillement des résultats de l'enquête.....	129
5.2. Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête.....	130

III. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON D'ENQUETE .....	131
1. La composition socio-économique des ménages enquêtés.....	131
1.1. Le lieu de résidence .....	131
1.2. La taille des ménages.....	132
1.3. La composition des chefs de ménage par âge, sexe et niveau d'instruction.....	132
1.4. La situation financière des ménages enquêtés .....	134
1.4.1. Le revenu mensuel.....	135
1.4.2. La couverture en assurance maladie des chefs de ménage .....	135
1.4.3. La catégorie socio-professionnelle .....	136
1.4.4. Quelques indicateurs de précarité.....	137
1.5. Le moyen de déplacement utilisé pour se soigner .....	138
2. Les caractéristiques des individus composant les ménages.....	138
2.1. La composition par sexe, âge et niveau d'instruction .....	139
2.2. Le revenu et la catégorie socio-professionnelle .....	140
2.3. La couverture sociale.....	142
Conclusion.....	144

#### **CHAPITRE 4 : ETUDE EXPLORATOIRE DU RECOURS AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA .....**

I. RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LE RECOURS AUX SOINS.....	146
1. Le recours aux médecins généralistes .....	146
1.1. La fréquentation des médecins généralistes .....	146
1.2. Les motifs de recours aux médecins généralistes .....	149
1.3. Les déterminants du recours aux médecins généralistes .....	150
1.3.1. Les facteurs individuels .....	150
a) Le sexe et l'âge .....	151
b) Le niveau d'instruction.....	152
c) L'état de santé.....	153
1.3.2. Les facteurs socio-économiques .....	153
a) La situation financière de la personne et du ménage.....	153
b) La catégorie socio-professionnelle .....	155
c) La taille du ménage.....	157
d) La couverture sociale et la carte « Chifa ».....	157
e) Les facteurs de précarité économique et sociale .....	159
1.3.3. Les déterminants territoriaux .....	159

2. Le recours aux médecins spécialistes.....	160
2.1. La fréquentation des médecins spécialistes.....	161
2.2. Les motifs de recours aux médecins spécialistes.....	162
2.3. Les déterminants du recours aux médecins spécialistes .....	165
2.3.1. Les facteurs individuels .....	165
a) Le sexe et l'âge.....	166
b) Le niveau d'instruction.....	167
c) L'état de santé.....	168
2.3.2. Les facteurs socio-économiques .....	169
a) La situation financière de la personne et du ménage.....	169
b) La catégorie socio-professionnelle .....	170
c) La taille du ménage.....	171
d) Les facteurs de précarité.....	171
e) La couverture sociale et la carte Chifa.....	172
2.3.3. Les déterminants territoriaux .....	173
<b>II. MODELISATIONS DES FACTEURS DETERMINANTS LE RECOURS AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAÏA.....</b>	<b>174</b>
1. Choix des variables et recours à l'approche économétrique.....	175
1.1. Présentation des variables de l'étude .....	175
1.1.1. La variable à expliquer.....	175
1.1.2. Les variables explicatives .....	176
1.1.2.1. Les facteurs socio-économiques.....	176
1.1.2.2. Les facteurs individuels .....	178
1.2. Choix et spécification du modèle.....	178
2. Modélisation des facteurs déterminants le recours aux médecins généralistes.....	180
2.1. Élaboration du modèle logistique binaire.....	180
2.1.1. Tests « omnibus » .....	180
2.1.2. Estimation des paramètres du modèle.....	181
2.2. Discussion des résultats de la modélisation économétrique des déterminants du recours aux médecins généralistes .....	182
3. Modélisation des facteurs déterminants le recours aux médecins spécialistes .....	186
3.1. Élaboration du modèle logistique binaire.....	186
3.1.1. Tests « omnibus » .....	186
3.1.2. Estimation des paramètres du modèle.....	187

3.2. Discussion des résultats de la modélisation économétrique des déterminants du recours aux médecins spécialistes .....	188
Conclusion.....	191

## **CHAPITRE 5 : ETUDE EXPLORATOIRE DU RENONCEMENT AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BÉJAÏA.....193**

I. PANORAMA GENERAL DU PHENOMENE DE RENONCEMENT AUX SOINS .....	194
1. La fréquence globale de renoncement aux soins .....	195
2. Des renoncements qui s'accumulent dans les familles.....	195
3. Le renoncement par type de soins.....	196
4. Les raisons du renoncement aux soins .....	200
5. Nature du renoncement aux soins : report dans le temps ou renonciation définitive ? .....	203
6. Le renoncement aux soins selon la gravité ressentie du problème de santé .....	205
II. LES DETERMINANTS DU RENONCEMENT AUX SOINS .....	206
1. Les facteurs socio-économiques .....	206
1.1. Le revenu .....	206
1.2. La catégorie socio-professionnelle.....	208
1.3. La taille du ménage.....	211
1.4. Le type d'habitation .....	212
1.5. Les facteurs de précarité économique et sociale .....	212
1.5.1. Les difficultés financières au cours des 12 derniers mois .....	213
1.5.2. L'existence de périodes d'inactivité professionnelle.....	213
1.5.3. La crainte de perdre son emploi .....	214
1.5.4. L'aide potentielle de l'entourage .....	214
1.6. La couverture sociale et la carte Chifa .....	215
2. Les facteurs individuels .....	219
2.1. Le genre .....	219
2.2. L'âge.....	221
2.3. Le niveau d'instruction .....	224
3. Les déterminants territoriaux .....	225
3.1. La région de résidence des ménages .....	225
3.2. Le moyen de déplacement utilisé .....	226
Conclusion.....	226

**CHAPITRE 6 : ANALYSE DES DÉTERMINANTS DU RENONCEMENT AUX SOINS DANS LA WILAYA DE BEJAIA : Approche par modélisation logistique.....229**

I. MODELISATION DES FACTEURS DETERMINANTS LE RENONCEMENT AUX SOINS EN GENERAL .....	230
1. Choix des variables et recours à l’approche économétrique.....	230
1.1. Choix et spécification du modèle Logit .....	230
1.2. Présentation des variables de l’étude .....	231
1.2.1. La variable à expliquer.....	232
1.2.2. Les variables explicatives du renoncement aux soins .....	232
1.2.2.1. Les facteurs socio-économiques.....	232
1.1.2.2. Les facteurs individuels .....	234
2. Tests statistiques et estimation du modèle .....	234
2.1. Tests omnibus .....	235
2.2. Estimation des paramètres du modèle.....	236
3. Discussion des résultats .....	238
II. MODELISATION DES FACTEURS DETERMINANTS LE RENONCEMENT PAR TYPE DE SOINS .....	242
1. Le renoncement aux soins dentaires .....	242
1.1. Tests statistiques et estimation du modèle .....	243
1.1.1. Tests omnibus .....	243
1.1.2. Estimation des paramètres du modèle.....	244
1.2. Discussion des résultats .....	245
2. Le renoncement aux consultations de médecins spécialistes.....	249
2.1. Tests statistiques et estimation du modèle .....	249
2.1.1. Tests omnibus .....	250
2.1.2. Estimation des paramètres du modèle.....	250
2.2. Discussion des résultats .....	252
3. Le renoncement aux analyses de laboratoire et imagerie médicale.....	255
3.1. Tests statistiques et estimation du modèle .....	255
3.1.1. Tests omnibus .....	256
3.1.2. Estimation des paramètres du modèle.....	256
3.2. Discussion des résultats .....	257
Conclusion.....	261

<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....	263
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	267
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	293
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	301
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	305
<b>LISTE DES SCHEMAS</b> .....	308
<b>ANNEXES</b> .....	309
<b>RESUME</b> .....	323
<b>ABSTRACT</b> .....	324
<b>ملخص</b> .....	325

# LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Structures des régions sanitaires et leur composition (2018).....	8
<b>Tableau 2</b> : Répartition des établissements publics de soins par type de structure en 2018 ....	62
<b>Tableau 3</b> : Evolution des capacités litières selon le type de structure hospitalière de 1993 à 2018 .....	65
<b>Tableau 4</b> : Evolution de l'infrastructure extra hospitalière après la réforme (2008 à 2018). ..	67
<b>Tableau 5</b> : Évolution du nombre de cabinets de consultation et des officines pharmaceutiques du secteur privé (2005-2018) .....	68
<b>Tableau 6</b> : Evolution d'infrastructures privées de soins de 2005 à 2018.....	71
<b>Tableau 7</b> : Evolution des personnels médicaux (public et privé) en Algérie (1990-2017)....	72
<b>Tableau 8</b> : Evolution du partage secteur public/ secteur privé du personnel médical (1998-2018).....	73
<b>Tableau 9</b> : La répartition des structures hospitalières par régions sanitaires en 2018 .....	79
<b>Tableau 10</b> : La répartition des structures de proximité par régions sanitaires en 2018 .....	81
<b>Tableau 11</b> : La répartition des structures privées par régions sanitaires en 2018 .....	83
<b>Tableau 12</b> : La répartition des cabinets de consultation et des officines pharmaceutiques du secteur privé en 2018.....	84
<b>Tableau 13</b> : La répartition des médecins généralistes et spécialistes selon les régions sanitaires en 2018 .....	86
<b>Tableau 14</b> : La couverture en médecins (généralistes et spécialistes) dans les deux secteurs public et privé en 2018 .....	87
<b>Tableau 15</b> : Le personnel médical selon le sexe en 2018 .....	93
<b>Tableau 16</b> : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé de 1974 à 1999 .....	103
<b>Tableau 17</b> : Les dépenses globales de soins médicaux des ménages par zone (urbain/rural) .....	107
<b>Tableau 18</b> : Répartition des dépenses globales de soins médicaux des ménages par quintiles en millions de DA .....	107
<b>Tableau 19</b> : Répartition des dépenses de soins médicaux des ménages par produit.....	108
<b>Tableau 20</b> : Répartition de la population selon le sexe et les tranches d'âge et en 2019.....	113
<b>Tableau 21</b> : Évolution des infrastructures sanitaires dans la wilaya de Béjaïa de 2001 à 2006 .....	114

<b>Tableau 22</b> : Évolution de l'infrastructure hospitalière publique dans la wilaya de Béjaïa après la réforme (2008-2019).....	115
<b>Tableau 23</b> : Les cliniques privées dans la wilaya de Béjaïa en 2020.....	116
<b>Tableau 24</b> : Évolution du personnels médicaux et paramédicaux publics de 2003 à 2019. ....	118
<b>Tableau 25</b> : Évolution du personnel médical et paramédical privé entre 1995 et 2020. ....	119
<b>Tableau 26</b> : Répartition des infrastructures sanitaires par commune dans la wilaya de Béjaïa en 2019 . ....	122
<b>Tableau 27</b> : Répartition du personnel médical et paramédical privé par commune au 30 juillet 2020. ....	124
<b>Tableau 28</b> : Répartition des ménages selon le lieu de résidence.....	132
<b>Tableau 29</b> : Répartition des ménages enquêtés selon leur taille .....	132
<b>Tableau 30</b> : Répartition des chefs de ménage selon l'âge et le niveau d'instruction.....	134
<b>Tableau 31</b> : Répartition des ménages selon les tranches de revenu .....	135
<b>Tableau 32</b> : Répartition des chefs de ménages selon la CSP .....	136
<b>Tableau 33</b> : Répartition des ménages selon la propriété d'habitation.....	137
<b>Tableau 34</b> : Répartition des ménages selon quelques indicateurs de précarité.....	138
<b>Tableau 35</b> : Répartition de la population enquêtée selon le sexe .....	139
<b>Tableau 36</b> : Distribution des individus enquêtées selon l'âge. ....	139
<b>Tableau 37</b> : Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'instruction .....	140
<b>Tableau 38</b> : Répartition des enquêtés selon l'âge et le niveau d'instruction .....	140
<b>Tableau 39</b> : Répartition des individus selon le revenu mensuel. ....	141
<b>Tableau 40</b> : Répartition des individus selon la couverture sociale .....	143
<b>Tableau 41</b> : Répartition des assurés enquêtés selon le taux de prise en charge par les organismes de la sécurité sociale.....	143
<b>Tableau 42</b> : Répartition des assurés sociaux selon les motifs de prise en charge à 100% ...	144
<b>Tableau 43</b> : Le recours des ménages au médecin généraliste .....	148
<b>Tableau 44</b> : Répartition des consultants du MG selon le nombre de fréquentation au cours des 12 derniers mois.....	148
<b>Tableau 45</b> : Le recours au médecin généraliste selon le sexe .....	151
<b>Tableau 46</b> : Le recours au médecin généraliste selon les tranches d'âge .....	151
<b>Tableau 47</b> : Le recours au médecin généraliste selon l'âge de chefs du ménage .....	152
<b>Tableau 48</b> : Le recours aux soins de médecins généralistes selon le niveau d'instruction .	152
<b>Tableau 49</b> : Le recours au MG selon le niveau d'instruction du chef des ménage.....	153
<b>Tableau 50</b> : Le recours au médecin généraliste des personnes ayant une maladie chronique .....	153



<b>Tableau 51</b> : Le recours aux médecins généralistes selon le revenu du ménage.....	154
<b>Tableau 52</b> : Les consultations de médecins généralistes selon le revenu de la personne ...	155
<b>Tableau 53</b> : Le recours aux soins de médecins généralistes selon la catégorie socio-professionnelle.....	156
<b>Tableau 54</b> : Le recours au généraliste selon la couverture sociale et la carte Chifa.....	158
<b>Tableau 55</b> : Le recours au MG selon le niveau de couverture.....	158
<b>Tableau 56</b> : Le recours au médecin généraliste et la précarité .....	159
<b>Tableau 57</b> : Le recours au médecin généraliste et la région de résidence .....	160
<b>Tableau 58</b> : Le recours des ménages MS.....	161
<b>Tableau 59</b> : le nombre de visite des consultants de MS au cours des douze derniers mois.	162
<b>Tableau 60</b> : les motifs de recours aux médecins spécialistes.....	162
<b>Tableau 61</b> : Le recours au spécialiste selon le sexe .....	166
<b>Tableau 62</b> : Le recours aux spécialistes selon l'âge.....	167
<b>Tableau 63</b> : Le recours aux spécialistes selon le niveau d'instruction de la personne.....	168
<b>Tableau 64</b> : Le recours aux médecins spécialistes selon l'état de santé .....	169
<b>Tableau 65</b> : Le recours aux médecins spécialistes selon le revenu de la personne.....	169
<b>Tableau 66</b> : Le recours au spécialiste et le revenu mensuel du ménage .....	170
<b>Tableau 67</b> : Le recours aux spécialistes selon la taille du ménage .....	171
<b>Tableau 68</b> : Le recours aux spécialistes selon la couverture sociale et disposition d'une carte Chifa .....	172
<b>Tableau 69</b> : Le recours au MS selon le niveau de couverture.....	173
<b>Tableau 70</b> : La fréquentation de médecins spécialiste selon la région de résidence.....	173
<b>Tableau 71</b> : Qualité d'ajustement du premier Modèle.....	180
<b>Tableau 72</b> : Récapitulatif du premier modèle .....	181
<b>Tableau 73</b> : Estimation des paramètres du modèle pour le recours au moins une fois à un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois .....	181
<b>Tableau 74</b> : Qualité d'ajustement du deuxième Modèle.....	186
<b>Tableau 75</b> : Récapitulatif du deuxième modèle.....	186
<b>Tableau 76</b> : Estimations des paramètres des variables explicatives de la régression logistique pour le recours au moins une fois aux médecins spécialistes au cours des 12 derniers mois.	187
<b>Tableau 77</b> : Le renoncement aux soins des ménages.....	195
<b>Tableau 78</b> : Le renoncement aux soins selon la catégorie socio-professionnelle.....	209
<b>Tableau 79</b> : Le renoncement aux soins selon la taille des ménages .....	211
<b>Tableau 80</b> : Le renoncement aux soins selon la propriété d'habitation.....	212

<b>Tableau 81:</b> Difficultés financières des ménages au cours des 12 derniers mois et renoncement aux soins .....	213
<b>Tableau 82 :</b> Le renoncement aux soins et les périodes d'inactivité professionnelles .....	214
<b>Tableau 83 :</b> La crainte de perdre son travail et le renoncement aux soins.....	214
<b>Tableau 84:</b> L'aide de l'entourage et le renoncement aux soins .....	215
<b>Tableau 85 :</b> Niveau de couverture et le renoncement aux soins .....	216
<b>Tableau 86 :</b> La carte Chifa et le renoncement aux soins.....	217
<b>Tableau 87 :</b> Le sexe et le renoncement aux soins de santé .....	220
<b>Tableau 88 :</b> Le renoncement aux soins des personnes selon le niveau d'instruction des chefs de ménages. ....	225
<b>Tableau 89 :</b> Le renoncement aux soins et la région de résidence .....	226
<b>Tableau 90 :</b> Le moyen de déplacement utilisé et le renoncement aux soins.....	226
<b>Tableau 91 :</b> Qualité d'ajustement du modèle « renoncement aux soins en général » .....	235
<b>Tableau 92 :</b> Récapitulatif du modèle « renoncement aux soins en général » .....	236
<b>Tableau 93 :</b> Estimation logit des facteurs associés au renoncement aux soins.....	237
<b>Tableau 94 :</b> Qualité d'ajustement du modèle « renoncement aux soins dentaires ».....	243
<b>Tableau 95 :</b> Récapitulatif du modèle « renoncement aux soins dentaires » .....	243
<b>Tableau 96 :</b> L'estimation logit des facteurs associés au renoncement aux soins dentaires .	244
<b>Tableau 97 :</b> Qualité d'ajustement du modèle « renoncement aux consultations de médecins spécialistes » .....	250
<b>Tableau 98 :</b> Récapitulatif du modèle "renoncement aux consultations de médecins spécialistes" .....	250
<b>Tableau 99 :</b> L'estimation logit des facteurs associés au renoncement aux consultations de médecins spécialistes au cours des 12 derniers mois. ....	251
<b>Tableau 100:</b> Qualité d'ajustement du modèle « renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale » .....	256
<b>Tableau 101 :</b> Récapitulatif du modèle « renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale ».....	256
<b>Tableau 102 :</b> L'estimation logit des facteurs associés au renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale au cours des 12 derniers mois.....	257

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Evolution des infrastructures hospitalières de 1974 à 2018 .....	64
<b>Figure 2</b> : Le taux d'occupation des lits hospitaliers par type de structure hospitalière en 2018..	66
<b>Figure 3</b> : Evolution du partage généraliste/spécialistes des cabinets privés de consultation (2005 à 2018).....	69
<b>Figure 4</b> : Evolution du nombre de cliniques privés en Algérie (1990 à 2018).....	70
<b>Figure 5</b> : Le nombre de médecins pour 100 milles habitants dans les pays du Maghreb et quelques pays de la région MENA en 2017 .....	73
<b>Figure 6</b> : Evolution du partage public/privé des médecins généralistes (1998-2018).....	74
<b>Figure 7</b> : Évolution du partage public/privé des médecins spécialistes (1998-2018) .....	74
<b>Figure 8</b> : Évolution du partage public/privé des chirurgiens-dentistes (1998-2018). .....	75
<b>Figure 9</b> : Répartition public-privé des spécialités médicales en Algérie, en 2015.....	76
<b>Figure 10</b> : La répartition public/privé des spécialités chirurgicales en Algérie, en 2015 .....	77
<b>Figure 11</b> : Répartition des lits hospitaliers selon les régions sanitaires en 2018.....	80
<b>Figure 12</b> : Répartition des structures de proximité par régions sanitaires en 2018.....	81
<b>Figure 13</b> : La répartition des cliniques privées selon les régions sanitaires en 2018 .....	84
<b>Figure 14</b> : La répartition des médecins (généralistes et spécialistes) selon les régions sanitaires en % en 2018 .....	86
<b>Figure 15</b> : Indice de Gini pour les médecins généralistes et spécialistes selon le secteur public et privé en 2018 .....	89
<b>Figure 16</b> : Courbe de Lorentz des médecins en activité en 2018 .....	90
<b>Figure 17</b> : Courbe de Lorentz des médecins généralistes publics en 2018 .....	90
<b>Figure 18</b> : Courbe de Lorentz des médecins spécialistes publics en 2018.....	90
<b>Figure 19</b> : Courbe de Lorentz des médecins généralistes privés en 2018.....	91
<b>Figure 20</b> : Courbe de Lorentz des médecins spécialistes privés en 2018.....	91
<b>Figure 21</b> : Courbe de Lorentz des chirurgiens-dentistes privés en 2018.....	92
<b>Figure 22</b> : Répartition du personnel médical selon le sexe en 2018 .....	93
<b>Figure 23</b> : Evolution des dépenses totales de santé en Algérie sur la période 2000-2019 en (en millions de USD courants) .....	95
<b>Figure 24</b> : Evolution des dépenses de santé par habitant en Algérie sur la période 2000-2019 (en USD courants). .....	96
<b>Figure 25</b> : Les dépenses de santé par habitant dans quelques pays en 2019 (en USD courants) .....	96

<b>Figure 26</b> : Evolution des dépenses de santé en proportion du PIB (2000-2019) .....	97
<b>Figure 27</b> : Les dépenses nationales de santé en proportion du PIB dans certains pays en 2019 .....	97
<b>Figure 28</b> : Evolution de la répartition public-privé du financement des DNS en Algérie de 2000 à 2019 .....	101
<b>Figure 29</b> : La répartition public-privé du financement des DNS dans quelque pays en 2019 .....	102
<b>Figure 30</b> : Evolution des sources de financement des dépenses nationales de santé entre 2000 et 2019 .....	104
<b>Figure 31</b> : Répartition de la population résidente selon la dispersion (1998 à 2019) .....	112
<b>Figure 32</b> : Évolution du taux d'occupation dans les structures hospitalières (2008-2017) .	116
<b>Figure 33</b> : Évolution des ratios de couverture en médecins (généralistes et spécialistes) de 2003 à 2019 .....	120
<b>Figure 34</b> : Évolution du partage public/privé des médecins spécialistes dans wilaya de Béjaïa de 2003 à 2019.....	120
<b>Figure 35</b> : Le partage public/privé des médecins généralistes dans wilaya de Béjaïa .....	121
<b>Figure 36</b> : Répartition des ménages selon le lieu de résidence .....	132
<b>Figure 37</b> : Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage .....	133
<b>Figure 38</b> : Répartition des chefs de ménages par tranches d'âge .....	133
<b>Figure 39</b> : Répartition des chefs de ménages selon la couverture en assurance maladie.....	136
<b>Figure 40</b> : Répartition des chefs de ménages selon la disposition d'une carte Chifa .....	136
<b>Figure 41</b> : Répartition des ménages selon la propriété d'habitation .....	137
<b>Figure 42</b> : Répartition des ménages selon les dépenses de loyers.....	137
<b>Figure 43</b> : Répartition des ménages selon le moyen de déplacement utilisé pour se soigner .....	138
<b>Figure 44</b> : Répartition des individus selon le revenu mensuel .....	141
<b>Figure 45</b> : Répartition des individus selon la CSP .....	142
<b>Figure 46</b> : Répartition de la population active selon le contrat du travail.....	142
<b>Figure 47</b> : Répartition des assurés sociaux selon la disposition d'une carte Chifa.....	143
<b>Figure 48</b> : Le recours des personnes composant les ménages au MG .....	148
<b>Figure 49</b> : Les motifs de recours au médecins généralistes exprimés par les patients .....	149
<b>Figure 50</b> : Répartition des enquêtés selon les motifs de consultations pour la première fois .....	150
<b>Figure 51</b> : Répartition des enquêtés selon les motifs de suivi par le médecin généraliste ...	150
<b>Figure 52</b> : Le taux recours au moins une fois au médecin généraliste selon le sexe .....	151

<b>Figure 53</b> : Le recours au médecin généraliste selon la catégorie socio-professionnelle.....	156
<b>Figure 54</b> : Le recours aux soins de généraliste selon la taille du ménage .....	157
<b>Figure 55</b> : Le taux de recours au généraliste selon la couverture sociale et la disposition d'une carte Chifa.....	158
<b>Figure 56</b> : Répartition des consultants de MG selon le niveau de couverture .....	158
<b>Figure 57</b> : Le moyen de déplacement utilisé et le recours au MG .....	160
<b>Figure 58</b> : Le recours des personnes composant les ménages aux MS.....	161
<b>Figure 59</b> : les motifs de recours aux MS .....	162
<b>Figure 60</b> : Motifs de consultations des médecins spécialistes.....	163
<b>Figure 61</b> : Les motifs de recours aux médecins spécialistes selon l'âge.....	164
<b>Figure 62</b> : Les motifs du recours aux médecins spécialistes selon le sexe .....	165
<b>Figure 63</b> : Le taux de recours au spécialiste selon l'âge .....	167
<b>Figure 64</b> : Répartition des enquêtés selon le recours aux spécialistes et l'âge du chef de ménage.....	167
<b>Figure 65</b> : Le taux du recours aux spécialistes selon le niveau d'instruction du chef de ménage .....	168
<b>Figure 66</b> : Le recours aux spécialistes selon la catégorie socio-professionnelle .....	170
<b>Figure 67</b> : La fréquentation de médecins spécialistes et les facteurs de précarité .....	171
<b>Figure 68</b> : La proportion du recours aux spécialistes selon la couverture sociale et disposition d'une carte Chifa .....	172
<b>Figure 69</b> : Répartition des consultants de MS selon le niveau de couverture.....	173
<b>Figure 70</b> : Le taux de recours aux médecins spécialistes selon la région de résidence .....	173
<b>Figure 71</b> : Le moyen de déplacement utilisé et le recours au MS.....	174
<b>Figure 72</b> : Le renoncement aux soins des personnes.....	190
<b>Figure 73</b> : Nombre moyen de renonçants parmi les ménages comptabilisant au moins un renoncement aux soins.....	195
<b>Figure 74</b> : Nombre moyen de renonçants parmi les ménages comptabilisant au moins un renoncement aux soins.....	196
<b>Figure 75</b> : Le taux de renoncement par type de soins .....	197
<b>Figure 76</b> : La répartition des renonçants selon le type de soins dentaires.....	198
<b>Figure 77</b> : La répartition des renonçants aux consultations selon le type de spécialité. ....	199
<b>Figure 78</b> : Les motifs de renoncement aux soins de santé .....	202
<b>Figure 79</b> : Les motifs de renoncement pour chaque type de soins.....	203
<b>Figure 80</b> : Nature du renoncement par type de soins .....	204
<b>Figure 81</b> : Le renoncement aux soins selon la perception de la gravité du besoin de santé.....	205

<b>Figure 82</b> : Le revenu de la personne et le renoncement aux soins .....	207
<b>Figure 83</b> : Le revenu du ménage et le renoncement aux soins.....	208
<b>Figure 84</b> : Renoncement aux soins selon le type de contrat de travail.....	210
<b>Figure 85</b> : Le renoncement aux soins selon la catégorie socio-professionnelle des chefs de ménages .....	211
<b>Figure 86</b> : Répartition des renonçants selon la couverture sociale.....	215
<b>Figure 87</b> : Répartition des renonçants selon la possession d'une carte Chifa. ....	217
<b>Figure 88</b> : La satisfaction des chefs de ménages de la carte Chifa .....	218
<b>Figure 89</b> : La satisfaction de la carte Chifa et le taux de couverture en assurance .....	219
<b>Figure 90</b> : Le taux de renoncement aux soins selon le sexe.....	220
<b>Figure 91</b> : Répartition des renonçants selon les soins renoncés et le sexe .....	221
<b>Figure 92</b> : Le renoncement aux soins selon l'âge .....	222
<b>Figure 93</b> : L'âge de chef de ménage et le renoncement aux soins des personnes.....	222
<b>Figure 94</b> : Le renoncement par type de soins selon l'âge .....	224
<b>Figure 95</b> : Le renoncement et le niveau d'instruction.....	224

## **LISTE DES SCHEMAS**

<b>Schéma 1</b> : Organisation des établissements publics de santé depuis 2007 .....	61
--	----

## Annexe 1 : Données globales sur le système de santé algérien

**Tableau 103 :** Évolution des infrastructures sanitaires publiques (hospitalières et extrahospitalières), entre 1974 et 2018.

	Hôpitaux*	Centres de Santé	Polycliniques	Salles de Soins	Nombre de lits d'hôpitaux
<b>1974</b>	143	558	106	1 402	43 404
<b>1975</b>	142	612	123	1 452	44 135
<b>1976</b>	183	590	139	1 295	44 594
<b>1977</b>	183	620	153	1 325	45 029
<b>1978</b>	183	664	162	1 364	45 168
<b>1979</b>	182	747	175	1 422	44 347
<b>1980</b>	183	662	161	1 364	43 028
<b>1981</b>	188	745	192	1 431	44 315
<b>1982</b>	196	820	228	1 660	45 830
<b>1983</b>	198	910	249	1 664	47 360
<b>1984</b>	197	869	279	2 197	49 280
<b>1985</b>	211	969	319	2 454	49 315
<b>1986</b>	238	1 025	359	2 574	52 898
<b>1987</b>	261	1 205	412	2 693	55 001
<b>1988</b>	263	1 238	434	3 041	56 214
<b>1989</b>	275	1 238	485	---	58 605
<b>1990</b>	284	1 309	510	3 344	60 124
<b>1991</b>	263	1 112	445	3 618	52 728
<b>1992</b>	263	1 117	451	3 848	53 068
<b>1993</b>	267	1 131	459	3 958	52 802
<b>1994</b>	274	1 160	462	---	53 612
<b>1995</b>	251	1 152	471	4 174	54 213
<b>1996</b>	232	1 098	446	3 748	53 125
<b>1997</b>	223	1 110	462	3 601	52 968
<b>1998</b>	245	1 126	478	3 780	53 529
<b>1999</b>	261	1 185	482	3 851	54 170
<b>2000</b>	268	1 252	497	3 964	54 618
<b>2001</b>	275	1 268	504	4 100	54 869
<b>2002</b>	272	1 281	513	4 228	55 233
<b>2003</b>	275	1 285	516	4 412	57 086
<b>2004</b>	276	1 275	512	4 545	58 906
<b>2005</b>	278	1 292	516	4 628	54 460
<b>2006</b>	284	1 248	520	4 684	57 597
<b>2007</b>	308	338	1 477	5 117	58 379
<b>2008</b>	265	---	1419	5077	60532
<b>2009</b>	271	---	1436	5258	61690
<b>2010</b>	276	---	1491	5350	61779

	Hôpitaux*	Centres de Santé	Polycliniques	Salles de Soins	Nombre de lits d'hôpitaux
2011	274	---	1551	5491	61848
2012	279	---	1601	5545	62328
2013	284	---	1627	5484	63212
2014	288	---	1637	5726	64108
2015	300	---	1659	5762	64762
2016	300	---	1684	5875	65184
2017	307	---	1695	5957	67162
2018	310	---	1715	6003	67509

\* y compris les cliniques d'hospitalisation.

Source : réalisé par nos soins à partir de :

ONS, rétrospective 1962\_2011 pour les années de 1974 à 2011 :

MSPRH, Algérie en quelques chiffres, De 2011 à 2014

Les annuaires statistiques du MSPRH, santé en quelques chiffres, de 2015 à 2018

**Tableau 104** : Évolution des dépenses de santé et des dépenses/habitant (2000-2019)

	Dépenses totales de santé (en millions de USD courants)	Dépenses de santé par habitant
2000	143870,27	61,58
2001	162230,90	66,80
2002	168702,32	66,46
2003	189137,48	75,74
2004	217928,60	92,51
2005	244642,89	100,71
2006	285238,69	116,71
2007	357412,83	150,97
2008	464043,45	206,89
2009	534226,16	208,12
2010	613628,71	229,29
2011	768472,78	287,39
2012	972658,66	335,56
2013	1004827,73	331,94
2014	1127993,31	359,64
2015	1166293,37	291,55
2016	1157276,48	260,76
2017	1185309,14	258,06
2018	1260480,56	256,01
2019	1275414,58	248,21

Source : figure réalisée par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l'OMS national Health account (NHA). <http://apps.who.int/nha/database>.



**Tableau 105:** Le nombre d'habitant par wilaya en 2018

<b>Wilaya</b>	<b>Population</b>	<b>Wilaya</b>	<b>Population</b>
<b>Illizi</b>	72984	Bouira	820050
<b>Tindouf</b>	91792	El Oued	873200
<b>Tamanrasset</b>	240446	Mostaganem	887564
<b>Naama</b>	281848	Ain Defla	899063
<b>El Bayadh</b>	334787	Mila	909373
<b>Béchar</b>	345355	Biskra	930580
<b>Tissmessilt</b>	355455	Relizane	940678
<b>Saida</b>	398502	Mascara	969407
<b>Ain Temouchent</b>	426675	Béjaia	978053
<b>El Taref</b>	467020	Boumerdes	980090
<b>Ghardaia</b>	471656	Tiaret	988139
<b>Khenchela</b>	479900	Medéa	995240
<b>Adrar</b>	512711	Skikda	1076292
<b>Souk Ahres</b>	523693	Tlemecen	1086985
<b>Guelma</b>	550073	Tizi-ouzou	1191751
<b>Annaba</b>	670087	Constantine	1263051
<b>Laghouat</b>	674690	Chlef	1 268 212
<b>Tipaza</b>	696910	M'sila	1310414
<b>Sidi Belabas</b>	702404	Blida	1312565
<b>B.B Arridj</b>	721325	Batna	1328000
<b>Ouargla</b>	721366	Djelfa	1566057
<b>O.E Bouaghi</b>	763114	Setif	1908235
<b>Jijel</b>	765513	Oran	2053205
<b>Tebessa</b>	768188	Alger	3242501
	<b>Total</b>		<b>41815199</b>

*Source* : réalisé par nos soins à partir de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffres, 2018.

**Tableau 106** : La répartition de des cabinets de médecins (généralistes et spécialistes), cabinets dentaires, cabinets de groupe et pharmaciens par wilaya en 2018

	<b>cabinets MS</b>	<b>cabinets MG</b>	<b>Cabinets dentaires</b>	<b>Pharmacies</b>	<b>Cabinets de groupe</b>
<b>Adrar</b>	22	36	21	64	0
<b>Chlef</b>	196	251	153	334	15
<b>Laghouat</b>	70	108	67	122	1
<b>O.E Bouaghi</b>	177	207	132	189	11
<b>Batna</b>	312	333	318	349	22
<b>Béjaia</b>	299	164	222	230	38
<b>Biskra</b>	116	157	134	199	24
<b>Béchar</b>	40	31	25	83	0
<b>Blida</b>	441	266	315	356	45
<b>Bouira</b>	187	125	116	167	15
<b>Tamanrasset</b>	16	26	13	37	1
<b>Tebessa</b>	89	171	102	178	9
<b>Tlemecen</b>	383	296	199	449	30
<b>Tiaret</b>	130	179	91	278	4
<b>Tizi-ouzou</b>	404	234	340	303	51
<b>Alger</b>	2572	1152	1594	1047	161
<b>Djelfa</b>	119	210	96	241	0
<b>Jijel</b>	131	131	168	244	22
<b>Setif</b>	466	426	420	395	75
<b>Saida</b>	58	65	33	87	2
<b>Skikda</b>	194	228	182	279	29
<b>Sidi Belabas</b>	176	147	94	256	15
<b>Annaba</b>	348	171	179	254	43
<b>Guelma</b>	115	102	90	148	7
<b>Constantine</b>	512	189	221	370	15
<b>Medéa</b>	149	140	104	180	22
<b>Mostaghanem</b>	176	143	91	179	10
<b>M'sila</b>	166	275	195	239	18
<b>Mascara</b>	182	148	98	227	11
<b>Ouargla</b>	97	119	76	187	7
<b>Oran</b>	726	415	350	641	89
<b>El Bayadh</b>	33	30	17	55	3
<b>Illizi</b>	0	4	4	13	0
<b>B.B Arridj</b>	138	197	190	238	21
<b>Boumerdes</b>	250	175	168	227	32
<b>El Taref</b>	92	88	61	112	11
<b>Tindouf</b>	3	6	6	12	0
<b>Tissmessilt</b>	44	39	33	68	3
<b>El Oued</b>	76	157	75	173	11

**Tableau 106 : (suite)**

	<b>Cabinets MS</b>	<b>Cabinets MG</b>	<b>Cabinets dentaires</b>	<b>Pharmacies</b>	<b>Cabinets de groupe</b>
<b>Mila</b>	166	210	146	255	5
<b>Khenchela</b>	49	75	82	116	5
<b>Souk Ahres</b>	64	85	53	113	4
<b>Tipaza</b>	188	138	134	228	26
<b>Ain Defla</b>	130	135	93	189	7
<b>Naama</b>	47	39	21	63	2
<b>Ain Temouchent</b>	97	91	56	173	6
<b>Ghardaia</b>	52	58	63	97	2
<b>Relizane</b>	122	175	85	256	8
<b>Total</b>	10620	8347	7526	10700	938

*Source : réalisé par nos soins à partir de l'annuaire statistique du MSPRH (2019), santé en chiffres, 2018.*

## ANNEXE 2 : Questionnaire d'enquête

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION

### Sujet de thèse :

**Les inégalités sociales d'accès aux soins en Algérie :**

***Cas de la wilaya de Béjaïa***

- *Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une **recherche universitaire**.*
- *L'enquête s'adresse aux ménages résidant dans la Wilaya de Béjaïa.*
- *Les données recueillies contribueront à caractériser le **niveau** et les **déterminants** de l'utilisation **des services de santé et d'accessibilité aux soins**.*
- *Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront totalement **confidentielles** et traitées de façon **anonyme** ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.*
- *Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec le plus d'**objectivité** possible, et ce afin de ne pas « fausser » les résultats de la recherche.*

- Numéro du questionnaire : .....
- Date de l'enquête : .....

« NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION A CETTE ETUDE »

## I. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE DE L'ENQUETE

### 1. Composition du ménage

Code N°	Lien de parenté	Age	Sexe	Niveau d'instruction	Profession

### 2. Revenus de ménage

Titulaire du revenu (code n°)	Montant du revenu	Nature du contrat de travail					Nature de l'activité commerciale	
		CDD	CDI	Contrats de Près-emplois	Contrat à temps partiel	Autres	déclarée	Non déclarée

**3. Quel est votre lieu de résidence ?**

Village : .....Commune : .....

.....

**4. Quelle est la distance entre votre lieu de résidence et ces structures de soins ?**

La structure de soins	Distance
Médecin généraliste	
Médecin spécialiste	
Salle de soins, Centre de santé, Polyclinique	
EPSP	
EPH	
CHU	

**5. Êtes-vous propriétaire de votre habitation ?**

- Oui
- Non

**6. Si oui, votre habitation est :**

- Acquises à 100%
- En cours d'acquisition

**7. Dans le cas où vous êtes locataire ou si votre habitation est en cours d'acquisition, combien vous déboursez en moyenne chaque mois ? .....DA**

**8. Vous est-il déjà arrivé au cours de votre vie d'avoir des difficultés à faire face à vos besoins ?**

- Oui
- Non

**9. Vous est-il déjà arrivé au cours de votre vie de connaître des périodes d'inactivités professionnelles ?**

- Oui
- Non

**10. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il des périodes où vous avez rencontré des difficultés financières à faire face à vos besoins ?**

- Oui
- Non

**11. Craignez-vous de perdre votre emploi ?**

- Oui
- Non

**12. En cas de difficultés, y a-t-il quelqu'un dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?**

- Oui
- Non

## II. RENONCEMENT AUX SOINS

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

- Oui  
 Non

**14. Si oui, pour qui, pour quel type de soins et pour quelles raisons ?**

Type de prestations	Pour qui ?	Pour quelles raisons ?				
		Difficultés financières	Délai d'attente	Rendez-vous trop long	Difficultés liées à la distance	Autres précisez ?
Soins dentaires						
Soins ophtalmologiques et lunetterie						
Pharmacie, médicaments						
Prothèses						
Imagerie médicale						
Analyses de laboratoire, prises de sang, et radiologie						
Soins généraux paramédicaux (injections, petits soins chirurgicaux...)						
Consultations, visite et soins de généralistes						
Consultations, visite et soins de spécialistes.						
ORL et appareillage auditif						
Séances de kinésithérapie						
Autres, précisez ? .....						

**17. 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

**18. Est - ce que le problème de santé était jugé par la famille comme**

Type de soins	Le problème de santé était jugé par la famille comme :			
	Très grave	Assez grave	Pas du tout grave	Ne sais pas encore

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

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

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

- Radiologie
- Gynécologie
- Ophtalmologie
- Pédiatrie
- Dermatologie
- Cardiologie
- Rhumatologie
- Psychiatrie
- ORL
- Chirurgie
- Gastro-entérologie



- Pneumo-phtisiologie
- Diabétologie, endocrinologie
- Autres, précisez :.....

**21. Si vous avez renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières, précisez les soins:**

- Dentier
- Couronne, Bridge, Implant dentaire
- Soins de gencives
- Autres, (précisez).....

**III.C ONSOMMATION, FREQUENTATION ET RECOURS AUX SOINS**

**22. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin généraliste pour vous-même (ou un membre de votre famille) ?**

- Oui
- Non

**23. Si oui, Pour qui et Pour quelles raisons avez-vous vu ce médecin ?**

Code n°	Nombre de fois	Pour quelles raisons avez-vous vu ce médecin ?					
		Suivi régulier par ce médecin. Précisez : .....	Consultation pour la première fois. Précisez le type de problème de santé : .....	Orientation vers un médecin spécialiste	Raison administrative (certificat médical...)	Bilan de prévention ou des conseils	Autres, précisez : .....





**28. Si oui, la carte à puce CHIFFA vous permet-elle un accès plus facile aux prestations couvertes par la sécurité sociale dans le cadre de l'assurance maladie ?**

- Oui
- Non

**29. Avant la mise à votre disposition d'une carte CHIFFA, avez-vous renoncé à des soins à cause de l'importance des frais à avancer et/ou des délais de remboursement ?**

- Oui
- Non

**30. Comment jugez-vous le plafonnement à 3000 DA par ordonnance et à deux ordonnances par trimestre ?**

- Très satisfaisante
- Assez satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante
- Un obstacle à l'accès aux soins

## RÉSUMÉ

Cette recherche se propose d'explorer les contraintes multiples (sociales, économiques et géographiques) entravant l'accès aux soins en Algérie. Pour ce faire, nous avons entrepris une enquête de terrain auprès d'un échantillon de 320 ménages (correspondants à 1567 personnes) de la wilaya de Béjaïa. Une analyse multivariée par régressions logistiques binaires a été menée dans le but d'identifier et de tester les associations entre les déterminants multiples de l'utilisation des services de santé et du renoncement aux soins.

S'agissant de l'utilisation des services de soins, il ressort de cette étude un recours différentiel aux médecins (généralistes et spécialistes) selon le sexe, l'âge et la taille du ménage. En outre, la couverture assurantielle et la région de résidence ont un effet significatif sur le recours aux médecins généralistes. Le recours aux spécialistes, quant à lui, est corrélé positivement avec le fait d'avoir une ou plusieurs maladies chroniques.

Par ailleurs, nous avons pu hiérarchiser les principaux facteurs de risque intervenant dans la décision de renoncement selon le type de soins. Il ressort ainsi que les caractéristiques socio-économiques des enquêtés (revenu du ménage, difficultés financières au cours des douze derniers mois, taille du ménage...) ont un effet significatif, et ce pour tout type de soins. D'ailleurs, l'obstacle financier représente à ce propos près de la moitié des motifs de renoncement cités par les répondants. Paradoxalement, la couverture sociale n'a aucune influence sur le risque de renoncement aux soins. En outre, le lieu de résidence ressort également comme un déterminant majeur du renoncement aux soins spécialisés. Aussi, le renoncement aux analyses de laboratoire/imagerie médicale est plus fréquent pour les personnes atteintes d'une maladie chronique. Enfin, les déterminants démographiques ont un impact différencié selon le type de soins, à l'exception notable de la variable "genre".

**MOTS-CLÉS :** Inégalités sociales de santé – Accès aux soins – Demande de soins - Recours aux soins – Renoncement aux soins – Béjaïa – Algérie.

**ABSTRACT**

This research aims to explore the multiple constraints (social, economic and geographical) hindering access to healthcare in Algeria. To this end, we undertook a field survey of a sample of 320 households (corresponding to 1567 people) in the wilaya of Bejaia. A multivariate analysis using binary logistic regressions was conducted in order to identify and test the associations between the multiple determinants of health service use and health care refusal.

With regard to the use of health care services, this study shows a differential use of doctors (general practitioners and specialists) according to gender, age and household size. In addition, insurance coverage and region of residence have a significant effect on the use of general practitioners. The use of specialists is positively correlated with having one or more chronic diseases.

Furthermore, we were able to rank the main risk factors involved in the decision to refuse care according to the type of care. This shows that the socio-economic characteristics of the respondents (household income, financial difficulties over the last twelve months, household size, etc.) have a significant effect, for all types of care. Moreover, the financial obstacle represents nearly half of the reasons for not seeking care cited by respondents. Paradoxically, social security coverage has no influence on the risk of not seeking care. Moreover, place of residence also emerges as a major determinant of the renunciation of specialised care. Also, the renunciation of laboratory tests/medical imaging is more frequent for people suffering from a chronic disease. Finally, demographic determinants have a differentiated impact according to the type of care, except for the "gender" variable.

**KEYWORDS:** Social Inequalities in Health - Access to Health Care services - Demand for Health Care - Use of Health Care - Renunciation of Health Care - Bejaia - Algeria.

ملخص

يهدف هذا البحث إلى استكشاف القيود المتعددة (الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية) التي تعيق الحصول على الرعاية الصحية في الجزائر. ولهذا الغرض قمنا بإجراء مسح ميداني على عينة من 320 أسرة مقيمة في ولاية بجاية (ما يعادل 1567 شخصًا). تم إجراء تحليل متعدد المتغيرات عن طريق الانحدار اللوجستي الثنائي (بإجمالي ستة نماذج) من أجل تحديد واختبار الترابطات بين عدد من العوامل المتعلقة باستعمال الخدمات الصحية والتنازل عن الرعاية الصحية

فيما يتعلق باستعمال خدمات الرعاية الصحية أظهرت الدراسة تباينًا في اللجوء إلى الأطباء العامين أو المختصين وذلك حسب اختلاف الجنس والسن وحجم الأسرة. علاوة على ذلك فإن لكل من التغطية التأمينية ومنطقة الإقامة أثرا كبيرا على اللجوء إلى الأطباء العامين، بينما نجد ارتباطا إيجابيا بين عدد الأمراض المزمنة واللجوء إلى الأطباء الأخصائيين.

وفضلا عن ذلك تمكنا من ترتيب العوامل الرئيسية التي تفضي إلى قرار التنازل عن الرعاية بأنواعها. وفي هذا السياق تبين أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية للمشاركين في الاستبيان (دخل الأسرة، الصعوبات المالية خلال الاثني عشر شهرا الماضية، حجم الأسرة...) ذات تأثير كبير مهما كان نوع الرعاية. وفي هذا الصدد يمثل العائق الاقتصادي ما يقارب نصف الأسباب التي تقف وراء التنازل المذكورة من طرف المشاركين. ومن المفارقات أن التغطية الاجتماعية ليس لها أي تأثير على قرار ترك الرعاية. وفي نفس السياق تبين أن مكان الإقامة عامل رئيسي يحدد التخلي عن الرعاية المتخصصة. ترجع هذه الظاهرة أساسا إلى الفوارق الملحوظة في التوزيع الإقليمي لتوفير الرعاية المتخصصة. وأظهرت الدراسة كذلك أن الأشخاص ذوي الأمراض المزمنة أكثر عرضة للتخلي عن التحاليل المخبرية والفحوصات بالأشعة. وأخيرا تبين أن العوامل الديموغرافية ذات تأثير متباين حسب نوع الرعاية، مع استثناء ملحوظ لمتغير الجنس.

الكلمات الرئيسية : التفاوتات الاجتماعية في الصحة - الحصول على الرعاية الصحية - طلب الرعاية الصحية -اللجوء إلى الرعاية الصحية -التنازل عن الرعاية الصحية- الجزائر- بجاية