

UNIVERSITE ABDE RAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION

Département des Sciences Economiques

MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques

Option : Economie de développement

Thème

**Contribution à l'étude des inégalités sociales
d'accès aux soins maternels en Algérie : Cas de la
wilaya de Bejaïa**

Présenté par : Ayache Nawel

Ben Cherif Samira

Sous la direction de : CHEURFA Taous

Devant le jury composé de :

Président : KENDI Nabila

Examineurs : FERROUDJ Kahina

Rapporteur : CHEURFA Taous épouse CHALANE

Promotion 2017-2018

Remerciement

Avant tout, nous aimerions remercier dieu le tous puissant de nous avoir donné la volonté et la patience de pouvoir mener ce travail à terme.

Nous remercions également et s'sincèrement :

Notre promotrice, Mme CHEURFA TAOUS pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et pour nous avoir éclairé dans notre démarche de recherche par sa disponibilité et ses précieux conseils tout en offrant une certaine liberté dans la réalisation de ce travail; mais aussi pour tout ce qu'elle nous a transmis.

Merci a ceux qui prennent le temps d'évaluer notre travail, mesdames les membres de jury.

Merci à toutes les personnes de la DSP.

Merci aussi a tous les sujets de la recherche.

Nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près et de loin à la réalisation de ce travail et une pensée va également à tous nous amis (e) qui nous ont soutenus au cours de ces années.

Dédicaces

Je dédie ce travail

*A mes chers parents que j'aime énormément
et qui m'ont soutenu avec tous les moyens durant
tout mon parcours universitaire et à qui je pris
dieu pour leur accorder santé et longue vie*

A mes chers frères : HAFIT, NABIL, SAMIR, SALIM

*A mes chers sœurs : LINDA, KATIA, CELIA, HANANE
Et ma cher sœur LOUIZA et son marie RACHID et leurs enfants AMINE
, LINA et ASSMA*

Et ma sœur NADIA et son marie NASSIM

À Mme Cheurfa Taous merci pour tout ce que vous avez fait pour nous

*Que je n'oublierais jamais
À ma binôme, et ma sœur Samira pour son respect et sa confiance
A tous ceux qui me sont chers*

AYACHE NAWEL

Dédicaces

Je dédie ce travail

*A mes chers parents que j'aime énormément
et qui m'ont soutenu avec tous les moyens durant
tout mon parcours universitaire et à qui je pris
dieu pour leur accorder santé et longue vie*

A mes frères : ZAHIR, RAZIK, LAKHEL, KRIMO

et ma sœur ZAKIA

pour leurs soutiens et leurs aides

pendant mes études

À Mme Cheurfa Taous merci pour tout ce que vous avez fait pour nous

Que je n'oublierais jamais

À ma binôme, et ma sœur Nawel pour son respect et sa confiance

A mes amis : HAFIDA, SIHAM, KOKO

A quelqu'un qui ma aidée beaucoup « MIMI »

A tous ceux qui me sont chers

BEN CHERIF SAMIRA

Liste des abréviations

DSP : Direction de la Santé de la Population.

DSPRH: Direction de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

EHS: Établissements Hospitaliers Spécialisés.

EPH: Établissement Public Hospitalier.

EPSE : Etablissement publique de santé et de proximité.

HBT : Habitants

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

MMMP: Programme de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale.

MG : médecin généraliste

OCDE : Organisation et coopération pour le développement économique.

OMC : Organisation mondiale du commerce.

ONU : Organisation des nations unies.

OMS: Organisation Mondiale de la Santé.

ONS : Office National des Statistiques.

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RGPH : recensement général de la population et d'habitat.

VIH : Virus d'Immunodéficience Humains

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
-----------------------------------	----------

CHAPITRE I :

LES INEGALITES DE SANTE ,L'ACCES AUX SOINS

I. CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUX SOINS	4
II. GENERALITE SUR LES SOINS MATERNELS	18

CHAPITRE II :

LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA

I. LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS MATERNELS EN ALGERIE.....	25
II. LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA.....	30

CHAPITRE III :

ETUDE EXLORATOIRE SUR LE NIVEAU ET LES DETERMINANTS DE L'ACCESSIBILITE DES SOPINS DE SANTE MATERNELLE DANS LA WILAYA DE BEJAIA

I. PRESENTATION ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE	43
II. ANALYSE DES ENTRETIENS	45

CONCLUSION GÉNÉRALE.....	79
---------------------------------	-----------

La sante est, selon l'expression des économistes, un bien supérieur. Ceci signifie qu'il s'agit d'un service d'un bien dont la consommation augmente plus que proportionnellement à l'augmentation de revenu, toute chose étant égale par ailleurs. La santé tout comme les services relatifs aux voyages ou à la culture sont des biens supérieurs parce que les somme qui y sont consacrés s'accroissent au fur et à mesure de l'élévation de revenus ou des ressources, et baissent en cas inverse.

L'accès aux soins qui est la capacité naturelle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé présente au moins deux dimensions. Une dimension matérielle qui a trait à la distance, à la proximité, à l'éloignement et au temps nécessaire à la satisfaction de la demande de soins ; une dimension sociale qui a trait aux mécanismes sociaux, culturels et économiques qui favorisent ou font obstacle à cet accès aux soins, dont la possibilité financière.

Les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins sont deux réalités intimement liées en ce sens où le plus souvent, le processus cumulatif des inégalités sociales de santé est exprimé par son résultat final qui consacre tout le processus qui est l'inégalité d'accès aux soins.

L'Algérie a déployé de grands efforts et a investi énormément dans l'amélioration du niveau de vie de l'ensemble de la population. Malgré cette amélioration de la santé des populations, les inégalités en termes d'accès aux soins persistent notamment les soins maternels.

En effet, la mortalité maternelle enregistrée chaque année pèse lourdement sur la population algérienne. Le taux de mortalité maternelle, constitue toujours, un problème de santé publique (OMS), et cela malgré les efforts consentis par le pays en matière de santé publique et plus particulièrement en santé maternelle (création de centres de PMI, programme d'espacement des naissances, programme de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale (MMMP), programme de périnatalité...).

L'objectif de notre travail est de tenter d'étudier les inégalités sociales d'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaia. De ce fait, nous essayons d'analyser les déterminants

d'accès et de recours aux soins maternels ainsi que les raisons du choix de lieu d'accouchement. Par ailleurs nous allons essayer d'analyser la satisfaction des enquêtées par les services des maternités. A cet effet, nous avons entrepris une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia.

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

- La couverture sociale des dépenses de sante a-t-elle-réussi à éliminer l'ensemble des obstacles économiques d'accès aux soins maternels ?
- Le revenu global détermine –t-il le niveau d'accès aux soins maternels?
- Quelles sont les raisons du choix de lieu d'accouchement ?

De ce fait, nous nous sommes basées sur les hypothèses suivantes :

- ✓ Le revenu de l'individu détermine son niveau d'accès aux différents soins de sante
- ✓ La possibilité financière limitée est la raison principale qui pousse les parturientes à choisir les maternités publiques comme lieu d'accouchement.
- ✓ La couverture sociale a réussi à éliminer l'ensemble des obstacles économiques et sociaux d'accès aux soins.

Sur le plan méthodologique, notre travail est mené en deux étapes. D'abord, une recherche documentaire basée sur la consultation des mémoires, des revues, des documents, des articles ainsi que des sites internet. Ensuite, nous avons procédé à une collecte de données au niveau de la DPSPRH et la DPSB. Enfin, nous avons entrepris une enquête de terrain auprès des ménages de la wilaya de Bejaia.

Nous avons structuré notre travail autour de trois chapitres :

Le premier chapitre est consacré au cadre conceptuel et théorique des inégalités de santé, l'accès aux soins et soins maternels. Dans le deuxième chapitre, nous allons analyser la répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaïa ainsi que l'activité des maternités de cette dernière. Enfin, le troisième chapitre est réservé à l'interprétation et l'analyse des résultats de notre enquête.

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

Introduction

La santé est selon l'expression des économistes, un bien supérieur. Ceci signifie qu'il s'agit d'un service d'un bien dont la consommation augmente plus que proportionnellement à l'augmentation de revenu, toute chose étant égale par ailleurs¹.

La santé tout comme les services relatifs aux voyages ou à la culture sont des biens supérieurs parce que les sommes qui y sont consacrées s'accroissent au fur et à mesure de l'élévation de revenus ou des ressources, et baissent en cas inverse. Ainsi, l'accès aux soins peut être déterminé par des choix et des contraintes, qui dépendent aussi bien des croyances, des arbitrages individuels et collectifs, et d'autres facteurs tels que l'environnement géographique, social, économique et médical. Mais ces choix sont toujours fortement influencés par la situation du pays et les décisions posées en termes d'infrastructures de santé.

Ce présent chapitre traite le cadre conceptuel et théorique des inégalités sociales de santé. Nous allons présenter d'abord, différents concepts liés aux inégalités de santé. Ensuite, le cadre conceptuel d'accès aux soins. Enfin, nous allons exposer un aperçu général sur les soins maternels.

I. CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUX SOINS

L'objectif de cette section est de cerner la notion d'accès et les inégalités d'accès aux soins avec toutes ses dimensions.

1. Définition de la santé

La notion de santé peut être définie de plusieurs manières, nous retenons les suivantes :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme étant : « un état complet de bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladies ou d'infirmités »². Cet état complet a une grande influence sur les autres domaines de la vie d'un individu (éducation, vie professionnelle et sociale). De ce fait, au niveau individuel et collectif, on accorde une importance considérable à ce facteur, ce qui engendre une demande de santé et de soins afin de préserver et d'améliorer la santé des individus.

¹. Achioue M. et Amirouche. S: « *Essai d'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie* », Mémoire de Master en Sciences Economiques, Option économie appliqué et ingénierie, Université de Bejaïa, 2016. P 1.

² OMS : rapport "système de santé", 2010, in www.who.int

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

Selon M. Blum : « La santé consiste : premièrement en la capacité de l'organisme à maintenir un équilibre approprié à son âge et à ses besoins sociaux, dans lequel il est raisonnablement indemne de profonds inconforts, insatisfactions, maladies ou incapacités, Deuxièmement à se comporter d'une façon qui permette la survie de l'espèce aussi bien que l'accomplissement personnel ou le contentement de l'individu. »³

Pour **M. Dubos :** « La santé est un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu ou le hasard ou le choix l'on placé »⁴.

2. Les déterminants sociaux de la santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonce que les déterminants sociaux de la santé constituent l'une des principales causes des inégalités en santé, appelés aussi « causes des causes ». En conséquence : ignorer les déterminants sociaux des disparités sociales de santé conduit à laisser de côté des explications pertinentes pour les changements observés dans la morbidité et la mortalité des populations.

Pour répondre aux préoccupations soulevées sur le sujet de la relation entre les inégalités en santé et les déterminants sociaux de la santé, l'OMS a créé, en 2005, la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). Cette commission soutient que « *les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus systèmes mis en place pour faire face à la maladie.* En d'autres termes, c'est l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations.

Ces déterminants peuvent être regroupés dans une liste non exhaustive incluant: les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, le revenu, l'environnement, l'exclusion et le soutien social, le stress, l'alimentation, les parcours de la vie, etc.

La commission des déterminants sociaux de la santé a fondé ses travaux sur l'idée que les inégalités de santé résultent d'interactions complexes entre ces différents facteurs. Elle soutient, donc, que le manque de soins de santé n'est pas la cause de l'énorme fardeau mondial imposé par les maladies. Par exemple : « *les maladies d'origine hydrique sont causées non pas par le manque d'antibiotiques, mais par l'eau sale et par les forces politiques, sociales et*

³ Da Silva. F, Rusch. E, "santé et déterminants de la santé: le temps des indicateurs", 2005, p 4

⁴ Idem. p 5

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

économiques qui ne mettent pas d'eau potable à la disposition de tous; les maladies cardiovasculaires sont causées non pas par le manque d'unités de soins coronariens, mais plutôt par les habitudes de vie, façonnées par les environnements; l'obésité est causée non pas par une défaillance morale des personnes, mais plutôt par la disponibilité excessive d'aliments à forte teneur en gras et en sucre »⁵. La principale intervention portant sur les déterminants sociaux de la santé doit donc provenir de l'extérieur du secteur de la santé.

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

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

3. Les inégalités de santé

3.1. Définition des inégalités de santé

Les définitions données aux inégalités distinguent entre plusieurs formes d'inégalités, à savoir : les inégalités économiques, sociales, culturelles politiques, etc. Ces différentes formes font référence aux mêmes dimensions de la pauvreté, de la précarité et de l'exclusion sociale. En général, l'inégalité est le caractère de ce qui n'est pas égal. Elle peut être définie comme « *le résultat d'une distribution inégale au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette société* »⁶.

En matière de santé, l'OMS définit les inégalités sanitaires comme « *les causes inévitables et évitables de problèmes de santé face auxquelles les populations, à l'intérieur d'un pays ou de différents pays, ne sont pas sur un pied d'égalité. Ces inégalités sanitaires sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général dans une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient* »⁷.

⁵ Association des Infirmiers et Infermières du Canada: « les déterminants de la santé », Edition AIIC, Novembre 2009, P3.

⁶ L'OMS : rapport "système de santé ", 2010, in www.who.int

⁷L'OMS : rapport "système de santé ", 2010, in www.who.int

2.2. Définition des inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé relèvent pour beaucoup des conditions d'existence et renvoient donc aux disparités en termes de revenus, d'emploi, d'éducation, de logement, de loisirs, etc. Ces inégalités agissent à leur tour sur les modes de vie comme les comportements alimentaires, les pratiques à risque, etc.⁸

En général, l'inégalité est le caractère de ce qui n'est pas égal. Elle peut être définie comme « *le résultat d'une distribution inégale au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette société* »⁹.

Ainsi, les inégalités sociales sont celles qui sont due à la structure mêmes de la société où elles sont constatées faisant naître un sentiment d'injustice. Elles représentent les **traitements de différence et de faveur** qui peuvent être au profil d'une personne (d'un groupe ou d'une classe sociale) par rapport à d'autres, en fonction de ce qu'elle représente dans la hiérarchie sociale, et qui engendre des disparités d'accès à certains droits fondamentaux. Dans ce sens, elles opposent aux inégalités dite naturelle (appelées aussi supra sociales et individuelles ou infra sociales)¹⁰ qui sont établie par la nature comme les facteurs génétiques, la force du corps, la qualité de l'esprit, etc.

Les inégalités de sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale »¹¹. Deux éléments sont importants dans cette définition. Tout d'abord, l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ensuite, de fait que ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

⁸ Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, p. 8.

⁹Le système des inégalités -Observatoire des inégalités ,11 Avril 2008.www ; inegalites.fr

¹⁰BOUDA A.: « Essai d'évaluation des dispositifs publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale à partir du cas de la wilaya de Bejaïa », Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Gestion de Développement, Université de Bejaïa, 2003

¹¹ Guichard A. et Potvin L. « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? »In : Ptvin .L et coll, La réduction des inégalités sociales de sante : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.

2.3. Les déterminants des inégalités sociales de santé

A cote de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires¹², les comportements individuels (consommation de tabac et de d'alcool, alimentation, exercice physique...), les communautés dans les quelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelle et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiées.

La façon dont ces déterminants se construisent et s'enchainent renvoie à des modèles théoriques mais surtout, in fine, à des choix politiques en termes de justice sociale.

Mettre en place une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé s'ancre dans un double constat. Le premier est qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas, puisque non seulement les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas, mais qu'elles tendent même à s'aggraver pour partie, la proportion d'enfants obèses chez les ouvriers était dix fois plus élevée que chez les cadres en 2008, contre quatre fois en 2002¹³. Le second est que l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus.

4. Les inégalités territoriales de santé

Les inégalités se creusent de façon diverse au sein des territoires. Face à des pathologies en augmentation (asthme, cancers, diabète), certaines populations sont plus touchées en raison de leur situation. Si les zones urbaines concentrent par essence les populations, et donc les consommations et les émissions, la majorité des impacts environnementaux induits par la ville se ressentent cependant en dehors d'elles.

La réduction des inégalités territoriales et environnementales de santé passe ainsi par de nouvelles solidarités entre services, entre territoires, elle passe aussi à terme par de nouvelles formes d'organisation de l'économie au plan territorial pour prévenir les difficultés et développer des aménités.

¹²Qualifier de déterminants individuels de la santé, à la déférence des déterminants sociaux.

¹³Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action, M. Moleux, Dr F. SChaetzel, Rapport Mai 2011.

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

Dans les définitions des inégalités sociales et territoriales de santé, il n'y a pas que des inégalités de ressources, mais aussi et surtout des inégalités d'accès à ce qui peut améliorer la santé ; le soin, l'éducation, la culture, l'information.¹⁴

4. L'accès aux soins

4.1. Définition

Selon Picheral, l'accès aux soins est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions: matérielle et sociale¹⁵.

- ✓ **Matérielle** : “L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer”.
- ✓ **Sociale** : “Indicateur **social (inégalités)** et indicateur de **santé** fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le **recours** aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité **financière** de recourir à des services de santé (**couverture, assurance sociale**) ou à une **innovation** médicale (pratique, technique, **équipement, diffusion**)”.

L'OMS ne définit pas à proprement parler de l'accès aux soins, mais traite des problématiques relatives à l'accessibilité au travers des notions de “couverture médicale” (“le pourcentage de personnes bénéficiant d'une intervention spécifique parmi celles qui en ont besoin”) et de “droit à la santé”¹⁶.

Ainsi, d'après le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la santé se compose de quatre éléments¹⁷:

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

¹⁴ Les inégalités sociales de santé : des constats à l'action. Conférence ; 10ème rencontre régionale des acteurs en éducation et promotion de la santé d'Alsace

¹⁵ Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé, 2001

¹⁶ OMS, Aide-mémoire N°323, Août 2007 www.who.int/fr

¹⁷ OMS, Aide-mémoire N°323, Août 2007 www.who.int/fr

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

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

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

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

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

4.2. Les dimensions d'accès aux soins :

Selon L' OMS, nous distinguons quatre dimensions d'accès aux soins¹⁸ :

- **La disponibilité** : implique que l'approvisionnement de tels services est adéquat en nombre et en répartition. Ce qui signifie que les services devraient être disponibles et prodigués quand désirés ou requis. C'est donc la présence physique de l'offre de soins et de la disponibilité temporelle des services.
- **L'accessibilité** est « la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle.
- **La commodité** est « la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient (horaires d'ouverture, accueil sans rendez-vous, délai d'attente, etc.) et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre ».
- **La capacité financière** : elle réside dans la relation entre le **prix des prestations** et la capacité du patient à payer. Elle se mesure à la capacité des populations dans leur

¹⁸ OMS, Aide-mémoire N°323, Aout 2007 www.who.int/fr

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

diversité s'offrir des prestations sanitaires. Dans les développements qui suivront, cette dimension intégrera la dimension de l'accessibilité

- **L'acceptabilité**, selon Penchansky et Thomas (1981), est la relation entre les caractéristiques (âge, sexe, ethnie, langue, religion, localisation...) et les attitudes des patients et celles du personnel et des structures de santé¹⁹. L'acceptabilité fait essentiellement référence à la capacité, à la fois du prestataire de services et du patient, de surmonter des barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux. Elle confronte aussi les attentes réciproques des uns et autres et renvoie notamment aux notions de qualité de l'accueil et d'efficacité thérapeutique.

Ces dimensions sont étroitement liées et constituent autant de difficultés potentielles pour le patient qui souhaite obtenir une consultation. Ils peuvent constituer des barrières (obstacles ou des facilitateurs à l'obtention des services de soins. Leur réunion permettra en principe un meilleur accès aux soins.

4.3. Les facteurs d'utilisation des services de santé

Selon le modèle développé par Andersen et Aday en 1973, des facteurs d'utilisation des services de santé dont le recours aux soins sont les suivants :

- **Facteurs prédisposant** : La prédisposition d'un individu à recourir aux soins existe avant l'apparition d'un épisode morbide particulier. Certaines caractéristiques natives des individus leur confèrent une probabilité supérieure à la moyenne de recourir aux soins sont :

- Variables démographiques : âge, sexe, statut marital.
- Structure sociale : race, niveau d'éducation, ethnie, occupation, mobilité, taille de la famille,
- Valeurs et croyances : perception des maladies, attitude face au risque, connaissance des maladies et de leur impact.

- **Facteurs de capacité** : Les facteurs favorisant le recours aux soins permettent à une famille de satisfaire un besoin en lien avec l'utilisation des services de soins sont :

¹⁹ Penchansky R., Thomas J. W. (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", *Medical Care*, Vol. 22, n°6, p. 127-140.

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

- Indicateurs familiaux : revenus, assurances, source régulière de soins, facilité d'accès aux sources de soins,
- Indicateurs communautaires : densité et disponibilité des ressources sanitaires dans le lieu de vie, prix des services, habitat rural vs urbain

- **Facteurs déclenchant** : Les facteurs des recours certains traitent directement de la notion d'accessibilité aux ressources en fonction de variables géographique sur le demandeur ou l'offreur de soins sont :

- Besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçu des besoins,
- Conséquences attendues de la maladie,
- Symptôme et diagnostic fait par l'individu,
- Etat général concomitant ou niveau de besoin évalué par un tiers,
- Symptôme et diagnostic fait par les experts.

4. 4. Les enjeux de l'accès aux soins

Les enjeux de l'accès aux soins sont différents selon le niveau de développement du pays, il n'en reste pas moins que cela reste un enjeu majeur pour l'amélioration de l'état sanitaire et des conditions de vie des populations.

Dès lors, les enjeux en matière d'accès aux soins sont de différents ordres, ainsi que le rapport l'OCDE, dans un rapport sur la santé dans les pays en développement. On relèvera parmi les principaux enjeux²⁰:

- **Promouvoir l'accès aux soins par** : La définition de politiques de prévention (dont les campagnes de vaccination), de formation à l'hygiène et à la nutrition de base (nourriture saine et en quantité suffisante), incluant aussi des campagnes de sensibilisation aux ravages du tabagisme, de l'alcoolisme, de la violence, de l'insécurité routière, etc.
- **L'adaptation aux déterminants socioculturels de la population** : comprendre les croyances et représentations de la maladie des populations pour adapter le discours des soignants ; comprendre et parler la(les) langue(s) locale(s),

²⁰ OCDE, Santé et pauvreté dans les pays en développement. Les grandes lignes d'action, Avril 2004 www.ocde.org.

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

- **Amélioration de la qualité des soins fournis** : formation du personnel soignant local, notamment par le partage de pratiques avec les pays développés, et amélioration des conditions d'emploi pour lutter contre l'émigration du personnel de santé vers les pays développés,
- **Lutte contre les inégalités entre hommes et femmes** : les femmes pauvres sont particulièrement pénalisées, puisqu'elles courent souvent le risque d'être privées d'accès aux ressources indispensables pour se soigner, qu'il s'agisse d'argent liquide, d'autres sources de financement, ou de moyens de se faire entendre,
- **Recentrage de la R&D menée par les laboratoires universitaires et privés sur les maladies négligées des pays en développement** : à l'heure actuelle, sur la totalité des sommes investies dans la recherche médicale, moins de 10 % sont alloués aux maladies et aux problèmes de santé qui représentent 90 % de la charge de morbidité à l'échelle mondiale,
- Développement de partenariats publics / privés (ONG et entreprises).

➤ *Améliorer et préserver l'accès aux soins*

- L'instauration d'un système de santé publique axé sur les plus pauvres : le secteur public doit s'acquitter au mieux de ses fonctions fondamentales de formulation des politiques, d'élaboration des réglementations et de prestation de services de santé
- Le développement de structures sanitaires de proximité
- Développement de structures sanitaires de proximité comme réponses aux populations isolées dans les campagnes et à la surpopulation urbaine : unités proches de la population qui vont non seulement soigner les malades, mais aussi participer à l'éducation alimentaire, à l'hygiène, à la santé des mères et des enfants et à la lutte contre les maladies transmissibles,
- L'amélioration de la qualité de l'environnement : lutte contre la pollution, assainissement de l'eau, accès à un logement salubre,
- La mise en place de mécanismes équitables et durables de financement de la santé : stratégies efficaces de protection sociale, privilégiant la mutualisation des risques et les systèmes de prépaiement, et non la rétribution directe par le patient des prestataires de soins primaires,
- La définition et réglementation des prix abordables pour les traitements (soins et médicaments) jugés préalablement essentiels,

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

- La mise en place d'un service d'approvisionnement des médicaments fiable.

Cependant, ainsi que la note l'OCDE, "faire en sorte que les pauvres aient accès à des services de santé de qualité à un prix abordable ne suffit pas, en soi, à améliorer leur état de santé car celui-ci dépend essentiellement de facteurs extérieurs au secteur de la santé. Il est donc primordial, pour commencer, de mettre en œuvre des politiques efficaces de croissance. Si leurs revenus ne progressent pas, les pauvres ne seront pas en mesure de payer les soins dispensés par les services de santé. Et si leurs recettes n'augmentent pas, les gouvernements ne pourront accroître les financements alloués à la santé."²¹

4.5. Caractéristiques d'accès aux soins

4.5.1. Définition de l'accès primaire

Les inégalités d'accès primaire aux soins sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale, comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)²², mais elles concernent l'ensemble de la population, à des degrés divers selon les postes de dépense²³.

4.5.2. Les inégalités d'accès primaire

Les inégalités d'accès primaire aux soins sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale, comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)²⁴, mais elles concernent l'ensemble de la population, à des degrés divers selon les postes de dépense²⁵.

Les inégalités d'accès primaire s'expliquent du fait de²⁶ :

- Méconnaissance du besoin (par la personne),

²¹ OCDE, Santé et pauvreté dans les pays en développement Les grandes lignes d'action, Avril 2004 www.oecd.org.

²² Grignon M., Perronin M., « Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins », Questions d'économie de la santé, 74, 1-6, 2003.

²³ Raynaud D., « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Solidarité santé, 1, 29-58, 2002

²⁴ Grignon M., Perronin M., « Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins », Questions d'économie de la santé, 74, 1-6, 2003.

²⁵ Raynaud D., « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Solidarité santé, 1, 29-58, 2002

²⁶ Op cit

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

- Renoncement aux soins (par la personne) du fait d'obstacles multiples : économiques (paiement/avance de frais), géographiques (éloignement des services), administratifs (avoir des droits sociaux et les faire valoir), psycho sociaux (attention à soi, regard de l'autre), culturels (intelligibilité du système), personnels (choix de priorité), discrimination,

Refus (du professionnel) : pour des motifs économiques mais aussi du fait d'une acceptation limitée des dispositifs de solidarité redistribués et d'une méfiance irréductible vis-à-vis du social. Vous arrangez la forme

4.5.3. Définition de l'accès secondaire

L'accès secondaire est la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact. Les soins secondaires se produisent après la phase de contact avec le système de soins (professionnel / institution) de l'identification du besoin de soins reconnu jusqu'à la délivrance des soins nécessaires c'est-à-dire la provision.²⁷

4.5.4. Les inégalités d'accès secondaire

Les inégalités d'accès secondaires s'expliquent par²⁸:

- La construction du système de soins Primauté du soin curatif, cloisonnements multiples, variations spatiales des taux d'équipement et des densités de professionnels de santé, Absence de responsabilité populationnelle des acteurs,

Systemes d'information aveugles sur la question sociale (migration, etc.)

- L'omission de besoins de soins curatifs.
- L'omission de besoins de soins préventifs
- Une prise en charge indiscriminée laisse perdurer des inégalités de soins

Elle peut même les produire ou les aggraver si elle est le fait de la source de soins dominante.

²⁷ Nutting et al. Medical Care, 1981

²⁸ Nutting et al. Medical Care, 1981

5. Le renoncement aux soins

5.1. Définition

Le renoncement aux soins est un phénomène complexe, qui renvoie en partie au « non recours aux soins » et aux « besoins de santé non satisfaits ». Deux notions proches également mobilisées par la littérature sur les inégalités sociales de santé. Le renoncement est bien sûr lié aux moyens (financiers, sociaux, organisationnels, etc.) des personnes, mais s'avère également dépendant des représentations et des expériences vécues concernant leur envie de recourir à la médecine.

Déclarer (dans une enquête) 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 (le renoncement aux soins tel que des professionnels pourraient par exemple l'estimer n'étant pas nécessairement perçu par les individus). Le non recours aux soins peut en outre traduire un manque de connaissances ou d'information. Les besoins de soins, au même titre que les besoins d'information, varient d'un individu à l'autre, notamment en fonction de leurs compétences en matière de santé lesquelles sont largement discriminées socialement.²⁹

5.2. Les cause du renoncement aux soins

Les causes du renoncement aux soins sont multiples. Nous distinguons ainsi les différents formes du renoncement suivant selon leurs origines:

- **Renoncement barrière** : il est du aux ³⁰:
 - Contraintes budgétaires en lien avec protection sociale. Ou se qu'on appelle les raisons financières du renoncement.
 - Causes en rapport avec le droit (méconnaissance, non respect)

²⁹ Pour l'émergence du non recours aux soins dans le débat public et la santé publique, ainsi que l'étude qualitative de ses déterminants dans des populations précaires, on se reportera utilement à la thèse d'A. Rode (Rode A. Les « non-retours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Sciences Po Grenoble, mai 2010).

³⁰ Le renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation ? Caroline Des prés (chercheur associé à l'IRDES) recherche et Documentation en Economie de la Santé Colloque du 22 novembre);

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

– Causes liées à l'offre (délais de RDV, distance géographique, refus de soins)

➤ **Renoncement refus (ou résistance) :** il est lié aux :

– Critiques explicite de l'institution médicale (iatrogénie, qualité de la relation, place du patient) mais aussi renvoie à des attentes nouvelles dans le monde contemporain (recherche de bien-être, nouvelles normes de santé, quête spirituelle...)

– Formes de résistance dans le cadre des relations médecin/patient : rapports de domination, perte de maîtrise, humiliations (refus de soins)

➤ Distance à l'égard de la médecine

– Place dans la société (rapport au travail, questions d'estime de soi) /valeurs identitaires (autonomie, courage)

II. GENERALITES SUR LES SOINS MATERNELS

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

1. Notions relatives aux soins maternels

1.1. Définition des soins maternels

De manière générale, selon l'OMS qui constitue la référence en matière de définition des concepts relatifs à la santé maternelle et infantile, les soins obstétricaux comprennent généralement les soins dispensés à la femme ou à la future mère (les adolescentes) avant la conception, les soins dispensés pendant la grossesse (soins prénatals) et les soins dispensés pendant et après l'accouchement (soins post-partum). On y ajoute les soins aux nouveau-nés (soins postnatals), la planification familiale, les soins en cas d'avortement et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection au VIH/SIDA³¹.

³¹ OMS, Aide-mémoire N°324, Août 2007 www.who.int/fr

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

Les soins de maternité désignent les soins donnés à une femme et à son bébé pendant la grossesse (soins prénataux), l'accouchement et les premières semaines suivant l'accouchement (soins postnataux ou post-partum).

Les soins prénataux permettent en effet de dépister de soigner les problèmes de santé dus ou antérieurs à la grossesse mais aggravés par celle-ci. Ils aident également à déterminer les femmes enceintes ayant besoins de soins et d'un contrôle particuliers durant cette période ou au moment de l'accouchement.

Les soins prodigués au moment de l'accouchement dépendent de :

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

1.2. La santé maternelle

La santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum.

Si la maternité est souvent une expérience positive et satisfaisante, elle est, pour trop de femme, synonyme de souffrance, de maladie et même de mort.

Les principales causes directes de morbidité et de la mortalité maternelles sont les hémorragies, les infections, l'hypertension artérielle, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et de dystocie, c'est-à-dire les complications survenant lors de l'accouchement.

1.3. Les Soins obstétricaux

Les soins gynécologiques, obstétricaux et néonataux sont un ensemble de soins qui permettent d'assurer les soins, les services, les conseils nécessaires aux filles, aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum et d'effectuer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

Ces soins incluent la prévention, la détection des anomalies chez la mère et l'enfant, une assistance médicale et l'exécution des mesures d'urgence en l'absence d'un gynécologue obstétricien. La sage-femme joue un rôle important de conseillère et d'éducatrice sanitaire, non seulement à l'égard de la femme mais également au sein de la famille et de la collectivité. Ces fonctions englobent l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent et elles s'étendent à certains aspects de la gynécologie et de la planification familiale³².

1.4. Les femmes enceintes

Les femmes enceintes sont des femmes en état de grossesse. Du fait de cet état, elles bénéficient d'un traitement spécial dans l'entreprise, tant du point de vue physique que du point de vue de la loi.

Certain risque sont incompatibles avec l'état de grossesse. C'est pourquoi la salariée enceinte peut demander un changement provisoire d'emploi lorsqu'elle est exposée à certains risques (substances toxiques pour la reproduction, etc.). De plus, les femmes enceintes venant d'accouchement ou allaitant bénéficient d'une surveillance médicale renforcée.

1.5. L'accouchement

1.5.1. Définition

Dictionnaire petit Larousse de la médecine définit l'accouchement Le comme « ensemble des phénomènes mécanique et physiologique ayant pour conséquence la sortie du fœtus et du placenta hors des voies maternelles, à partir du moment théorique de viabilité, c'est-à-dire du sixième mois de grossesse. Avant 6mois; il s'agit d'un avortement. S'il se produit entre le 270^{ème} et le 280eme jour; l'accouchement est dit à terme s'il se produit entre six et huit mois de grossesse; il est dit prématuré, il est spontané s'il se produit à la suite d'une intervention extérieure. Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention. Enfin, il est eutocique quand il s'accomplit selon le déroulement normal; il est dystocique quand le déroulement est perturbé »³³

1.5.2. Les différents types d'accouchement

Les différents types d'accouchements sont les suivants :

³²Normes des soins infirmiers, gynécologues, obstétricaux, néonataux, octobre, 2008.

³³. Bourneuf J. et al., 1995, « le petit Larousse de la médecine », Larousse, Paris 7.

- **L'accouchement par épisiotomie**

L'épisiotomie ou périnéotomie est la section de la vulve ou plus la section du périnée généralement. C'est une incision chirurgicale depuis la vulve consistant à sectionner, généralement aux ciseaux, la paroi du vagin, la peau et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter et accélérer l'accouchement. La longueur de l'épisiotomie est de 6 cm, elle est effectuée sur le périnée, au « *petit couronnement* », c'est-à-dire lorsque la présentation commence à distendre le périnée, lors d'une contraction utérine et pendant un effort expulsif. La distension du périnée doit être telle que le faisceau pubo-rectal du releveur est intégré dans le plan superficiel. L'épisiotomie entraîne un saignement de 200 ml en moyenne.

- **L'accouchement par forceps**

Le forceps est un instrument de préhension d'orientation et de traction, destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles. Il existe de nombreux et excellents forceps. En raison de la rigueur actuelle des conditions d'emploi le choix de l'instrument a perdu de son importance. Chaque opérateur se sert de l'instrument qui lui convient et dont il a l'habitude³⁴.

- **L'accouchement par césarienne**

Une césarienne est l'extraction de l'enfant par voie abdominale. Elle est parfois prévue, mais elle peut être décidée en urgence en cas de complications pendant le travail. Lorsqu'elle est programmée à l'avance, elle est parfois effectuée sous anesthésie péridurale, ce qui permet à la mère d'être parfaitement réveillée et consciente, et de prendre son bébé contre elle dès sa naissance. On peut aussi effectuer une péridurale lorsque l'opération est décidée alors que la mère est déjà en travail, mais il est parfois préférable de procéder à une anesthésie générale³⁵.

1.6. La mortalité maternelle

1.6.1. Définition

La mortalité maternelle est définie selon l'OMS « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 40 de jours après sa terminaison, qu'elles qu'en

³⁴ Pierre.A., 2011, « étude de l'impact de recommandation en 2005 sur la formation des étudiant en France », thèse de doctorat, en psychologie, université Henri Poincaré I, école de sage femme et de Metz. P8

³⁵ Macalon .H, 2009, « Accouchement par forceps à l'hôpital foussyni DAO de kays à propos de 101 cas », thèse de doctorat, en psychologie, université de Bamako. P2

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

soient la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminé ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite »³⁶

1.6.2. Les cause du décès maternel

Pour mettre au point, appliquer et évaluer les politiques et les programmes, il est important de savoir pourquoi les femmes meurent des suites de grossesse et de l'accouchement. Selon l'OMS, les causes de décès maternels sont les suivantes³⁷ :

- ✓ **Infections** : 5,2 millions de nouveau cas d'infections maternelles apparaissent chaque année et l'on estime qu'il en résulte 62.000 décès maternels. Afin de prévenir les infections, il est essentiel que les femmes accouchent dans des conditions optimum d'hygiène et si une infection se déclare, il faut la traiter avec des antibiotiques. En plus du risque qu'elle présente pour la survie de la mère, cette condition est aussi liée à plus d'un million de morts de nourrissons et peut avoir sur la femme des conséquences à long terme telles que la stérilité.

- ✓ **Avortements risqués**

Près de la moitié des avortements pratiqués dans le monde sont menés dans des conditions précaires ; 98% de ces avortements à risque surviennent dans les pays en voie de développement. Réduire le nombre de décès dus aux avortements à risque nécessite une approche à multiples facettes. Toute femme qui se rend dans une unité médicale car elle souffre de complications après un avortement à risque (avortement incomplet, infection, hémorragie) doit pouvoir recevoir des soins appropriés. Déjà, afin d'éviter les avortements à risque, les femmes doivent avoir accès au planning familial et à la pilule contraceptive afin de limiter le nombre de grossesses non désirées et à une solution d'interruption de grossesse pratiquée par un personnel médical qualifié dans un environnement sûr et hygiénique.

³⁶ Barry B, 2008, « Mortalité maternelle : cause et facteur favorisants déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel », Université cheikh Anta Diop de Dakar – Master de recherche 2008.

³⁷ World Health Organization, World Health Report 2005

✓ **Hémorragies**

Les hémorragies (saignements graves) comptent pour près d'un quart des décès maternels et peuvent causer la mort d'une femme en parfaite santé en seulement deux heures. La majorité des cas d'hémorragies surviennent immédiatement après l'accouchement et peuvent être évitées et traitées grâce à des mesures simples. Par exemple, une injection d'ocytocine administrée immédiatement après un accouchement est très efficace pour réduire le risque d'hémorragie postpartum.

✓ **Obstruction lors de l'accouchement**

Une obstruction à l'accouchement peut être causée par la morphologie de la mère - un pelvis trop étroit pour le passage de la tête du bébé, par une mauvaise position de l'enfant ou par des contractions utérines trop faibles. Sans une intervention médicale appropriée, la femme peut subir un accouchement de plusieurs jours et éventuellement mourir des suites d'une rupture de l'utérus. Généralement le bébé est mort-né ou décède rapidement après sa naissance.

✓ **Hypertension artérielle (pré éclampsie/éclampsie)**

La pré-éclampsie est une complication de la grossesse provoquée par de l'hypertension artérielle qui se manifeste vers la fin du terme, pendant ou après l'accouchement. Son évolution – éclampsie – se caractérise par les convulsions. Dans sa forme légère, la pré-éclampsie est simplement surveillée pendant la grossesse mais une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie nécessitent une intervention à l'hôpital d'urgence. Si la tension artérielle peut être contrôlée grâce à des médicaments contre l'hypertension et si les convulsions peuvent être évitées grâce à l'administration de sulfate de magnésium, le seul remède contre cette condition est la naissance même du bébé qui doit avoir lieu le plus vite possible soit par voie vaginale soit par césarienne.

1.6.3. Les facteurs de la mortalité maternelle

- **Fécondité élevée** : la forte fécondité est un facteur aggravant de la mortalité maternelle. Dans de nombreuses sociétés la fécondité d'une femme est le fondement de son acceptation par la communauté. Elles subissent d'énormes pressions et doivent

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

très vite prouver leur fécondité après le mariage en donnant naissance à beaucoup d'enfants.

- **Maternité précoce** : Les grossesses précoces constituent la principale cause de décès des adolescentes. Ceci est dû au fait que leur organisme est insuffisamment développé pour mener à terme une grossesse dans des bonnes conditions de sécurité. c'est un problème qui touche fortement la société sénégalaise³⁸.
- **Ignorance et analphabétisme** : Elles touchent 85% des femmes africaines et 37% des sénégalaises³⁹. Elles représentent un obstacle à la planification familiale, au suivi prénatal et à l'accouchement assisté. Elles entretiennent les pratiques anciennes dangereuses et inutiles. La scolarisation, et le maintien à l'école des filles deviennent être encouragés pour combattre ces tares.
- **Habitudes socioculturelles** : l'environnement social et culturel dans lequel vit une femme, la religion ou ses interprétations et les croyances personnelles peuvent constituer des facteurs favorisant la mortalité maternelle en empêchant la prise de bonnes décisions. Les femmes peuvent être amenées à choisir d'accoucher dans des conditions dangereuses pour des raisons culturelles ou religieuses. Pour nombreuses femmes, une grossesse accidentelle peut entraîner un ostracisme social voire le rejet par la famille.
- **Facteurs liés au système de santé** : le système de santé est caractérisé par un déficit en structures, en équipements, en personnel sanitaire qui est mal réparti, non recyclé et ou peu motivé. Il faut noter aussi la mauvaise organisation des services, des infrastructures et du personnel et surtout leur inaccessibilité géographique, physique et financière qui débouchent le plus souvent par des retards dans la prise de décision de recours, dans l'atteinte des structures et la dispensation des soins.
- **Facteurs politico-économiques** : L'instabilité politique permanente qui prévaut dans les pays en développement, les guerres civiles, l'ajustement structurel, la dévaluation des monnaies, l'inflation entraînent la baisse du pouvoir d'achat des populations, augmentation du chômage, la pauvreté, la précarité et une diminution de la fréquentation des services sanitaires.

³⁸ Barry.B., 2008, « Mortalité maternelle : cause et facteur favorisant déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel », Université cheikh Anta Diop de Dakar – Master de recherche 2008.P10

³⁹ Idem

Chapitre 1 : Les inégalités de santé, l'accès aux soins, et soins maternels : cadre conceptuel et théorique

Conclusion

Les inégalités sociales de santé sont définies comme des différences existant dans le domaine de la santé entre les divers groupes sociaux. S'il existe des inégalités de santé liées à des facteurs individuels généralement non-modifiables (âge, sexe, facteurs génétiques), les inégalités sociales de santé sont, elles, en rapport avec des déterminants multiples trouvant leur origine dans le contexte politique et socioéconomique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) les considère ainsi comme « d'évitables injustices ».

Au-delà de problèmes d'accès et/ou de recours aux soins de première ligne (accès primaire), il existe aussi des inégalités d'accès secondaire, qui peuvent concerner toutes les étapes du parcours de soins qui suivent un premier contact avec le système de soins, depuis l'identification du besoin jusqu'à la délivrance des soins nécessaires, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

La mortalité maternelle dans le monde et dans les pays en voie de développement particulièrement demeure un véritable problème de santé publique. Une meilleure accessibilité financière et territoriale aux soins maternels est primordiale afin de réduire cette mortalité.

Introduction

La santé n'est pas seulement la médecine, c'est la vie sociale, elle est régie par la formule, offre de soins et demande de soins. La disponibilité de personnels de santé en quantité satisfaisante jouera un rôle primordial dans l'accessibilité aux soins de santé. A côté de la quantité, s'ajoute la détermination de la répartition de ces professionnels de santé sur le territoire. Ainsi, une mauvaise répartition des professionnels de santé entraînent sans doute des conséquences « fâcheuses », en termes notamment d'équité dans l'accès aux soins.

Ce chapitre traite l'état des lieux des soins maternels en Algérie (section 1), ensuite, la répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia (section 2).

I. ETAT DES LIEUX DES SOINS MATERNELS EN ALGERIE

Cette section est consacrée à l'état des lieux des soins maternels en Algérie. Ainsi, nous allons présenter d'abord la répartition de l'offre de soins maternels. Ensuite, nous allons exposer l'évolution et les causes de la mortalité maternelle.

1. La répartition de l'offre de soins maternels en Algérie

L'offre de soins maternels est assurée par les médecins généralistes, les gynécologues et les sages femmes.

1.1. L'offre de soins en maternités

En 2014, le nombre de maternités publiques est de 452 avec 3909 lits.

D'après le tableau 01, nous remarquons que le nombre de maternité intégrée à une polyclinique est plus élève avec un effectif de 412 maternités par rapport au nombre de maternités autonomie avec 29 maternités et le nombre de maternité intégrée a une salle de soins avec 11 maternités. (Cf. Tableau 01).

Tableau 01: Les infrastructures sanitaires de maternités en 2014

Maternités	nombre	lits
maternité intégrée à une polyclinique	412	3082

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

maternité intégrée à une salle de soins	11	45
maternité autonomie	29	782
total	452	3909

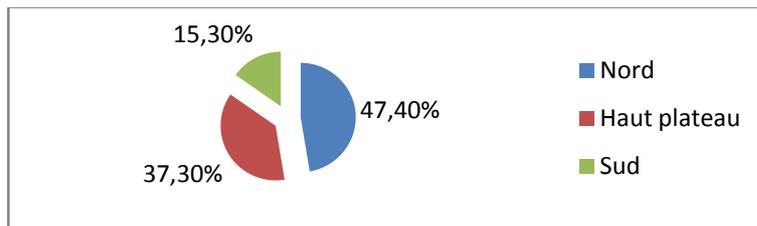
Source : Direction de la population –MSPRH

Tableau 02 : La répartition de maternités par régions en 2014

Régions	Nombre	%
Nord	211	47,4
Haut plateau	166	37,3
Sud	68	15,3
Total	445	100

Source : Direction de la population –MSPRH

Figure 1: La répartition de maternité par régions en 2014



Source : Direction de la population

D'après le tableau 02 et la figure 01, nous remarquons que près de la moitié des maternités se trouvent dans le nord. Ensuite vient les maternités dans les Hauts plateaux avec une proportion de 37,3%, enfin vient les maternités dans le Sud avec une proportion de 15,3%.(Cf. Tableau 02 et figure 01).Donc, il y a des inégalités dans la répartition des maternités en Algérie.

1.2.L'offre de soins en PMI

D'après le tableau 03, le nombre de PMI en Algérie est de 2971, 52,17% de ces PMI se trouve dans les polycliniques et 47,83% dans les salles de soins. (Cf. Tableau 03).

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

Tableau 03 : Les infrastructures sanitaires de PMI en 2014.

Les infrastructures sanitaires	nombre	%
Les polycliniques	1421	47.83
Salle de soins	1550	52.17
total	2971	100

Source : Direction de la population –MSPRH

1 .3. La répartition des PMI par régions

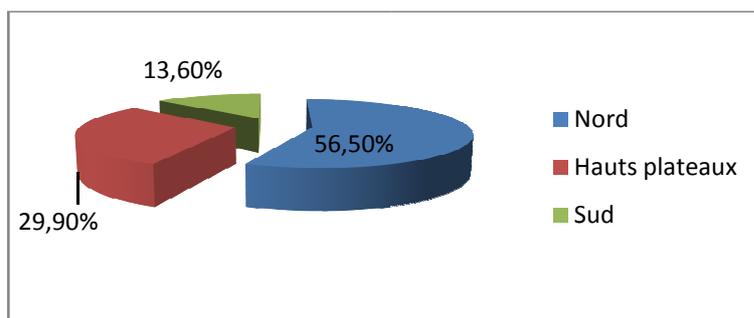
D'après le tableau 04 et la figure 02, nous remarquons que les PMI dans les polycliniques dans la région de nord est plus élevé avec une proportion de 66,5%, après vient la région hauts plateaux avec 29,9%, enfin la région de sud avec 13,6%.

Tableau 04 : la répartition des PMI par régions en 2014

Régions	les polycliniques		Les salles de soins		total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nord	803	56,5	1027	66,3	1830	61,6
Hauts plateaux	425	29,9	363	23,4	788	26,6
Sud	193	13,6	160	10,3	353	11,8
total	1421	100	1550	100	2971	100

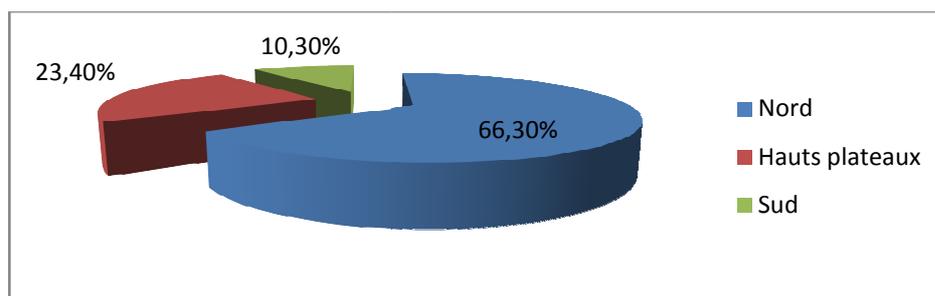
Source : Direction de la population –MSPRH.

Figure 02 : la répartition des PMI dans les polycliniques par régions en 2014



Source : Direction de la population –MSPRH

Figure 03 : la répartition des PMI dans les salles de soins par régions en 2014



Source : figure réalisé par nos soins à partir du tableau 04.

Pour les salles de soins les PMI sont dominé dans le nord avec une proportion de 66,3%, ensuite vient les hauts plateaux avec 23,4%, enfin les PMI dans les salles de soins avec 10,3% de total des salles de soins. Cf. Tableau 04 et les figure 02, et 03).

1.3. Etat des lieux sur la mortalité maternelle en Algérie

Dans cette partie nous allons parler sur l'évolution de la mortalité maternelle en Algérie.

1.3.1. Evolution de taux de la mortalité en Algérie

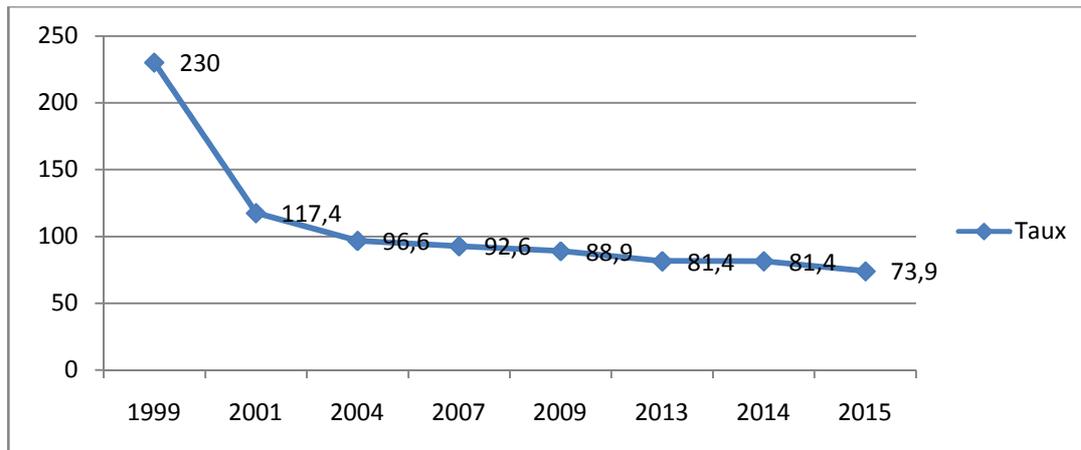
La mortalité maternelle a régulièrement diminué depuis des décennies dans le pays. Elle a été ramenée de 230 pour 100 000 naissances vivantes en 1989 à 66,9 pour 100 000 naissances vivante en 2013, selon les estimations nationales du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière (MSPRH), et de 160 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 89 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013, selon les estimations internationales. (Cf. Tableau 05)

Tableau 05 : Evolution de taux de la mortalité entre 1999 et 2014.

Année	1999	2001	2004	2007	2009	2015	2013	2014
Taux	230	117,4	96,6	92,6	88,9	81,4	81,4	73,9

Source : Revue à mi-parcours du programme de coopération Algérie /UNFPA 2012-2014.

Figure 04 : Evolution de taux de la mortalité entre 1999 et 2014.



Source : figure réalisée par nos soins à partir des données de tableau 05.

1.4.2. Les cause de la mortalité maternelles en Algérie

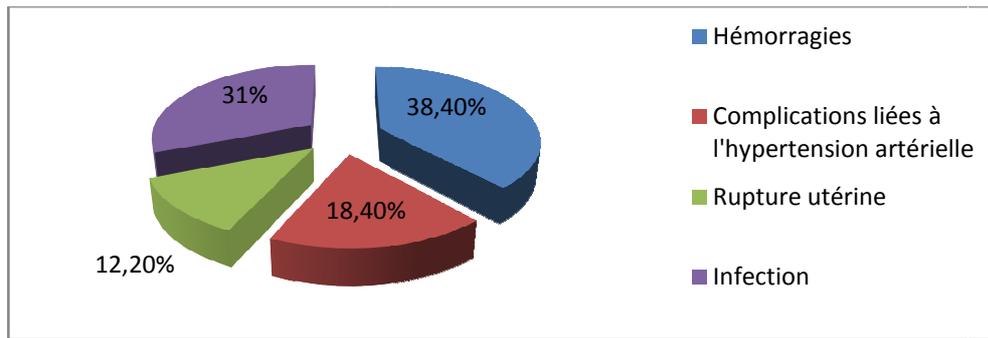
Nous remarquons que les premières causes de la mortalité en Algérie sont l'hémorragie les infections avec respectivement 31% et 38,4%. Puis, les complications liées à l'hypertension artérielle avec un taux de 18,4 %, enfin vient la rupture utérine avec un taux de 12,2%. (Cf. Tableau 06).

Tableau 06 : Les causes de la mortalité maternelle en 2009

Les causes	%
Hémorragies	38,4
Complications liées à l'hypertension artérielle	18,4
Rupture utérine	12,2
Infections	31

Source : Revue à mi-parcours du programme de coopération Algérie /UNFPA 2012-2014.

Figure 05: Les causes de la mortalité maternelle en 2009



Source : figure réalisée par nos soins à partir des données de tableau 05

1.5. Les décès maternels selon les régions

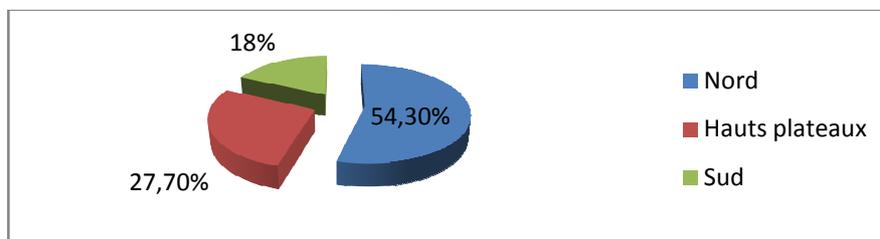
Nous remarquons d'après le tableau 07 et la figure 06, que les décès maternels dans le Nord est plus élevé avec une proportion de 54,3%. Le pourcentage décès dans le l'haut plateau et le Sud est respectivement 27,7% et 18%. Ces chiffres suivent le taux de natalité qui est élevé au nord. (Cf. Tableau 07).

Tableau 07 : Répartition des décès par région au cours du 2^{ème} semestre 2014

Décès		
Régions	Effectif	%
Nord	184	54,3
Hauts plateaux	94	27,7
Sud	61	18
Total	339	100

Source : Direction de la population –MSPRH. In :

Figure 06: Répartition des décès par région au cours du 2^{ème} semestre 2014



Source : Direction de la population –MSPRH

II. LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAÏA

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

1. PRESENTATION DE LA WILAYA DE BEJAÏA

Dans ce qui suit, nous allons présenter la situation géographique, organisation administrative et la population.

1.1. Situation géographique

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

1.2 .Organisation Administrative

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

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

1. 3.Population

A la fin de l'année 2018, la population totale de la wilaya de Bejaïa a atteint 41 267 046 Individus, d'où la densité de 289 habitants/Km² avec des pointes dans les communes de Sidi Aich, Bejaia et Akbou avec 39 839 habitants/Km², 197 333 habitants/Km² et 78 454 habitants/Km² respectivement ; et des creux de 49 496 habitants/Km² à Toudja et El kseur, à Ighil Ali est de 24 089 habitants/Km², et dans les communes de Béni K'sila avec Adekar est de 24 105.

2. La répartition des médecins généralistes et gynécologues

Dans cette partie en va parle sur la répartition des médecins généralistes par les deux secteurs et les gynécologues dans la wilaya de Bejaïa en 2018.

2.1. La répartition de médecin généraliste public

En 2018, le nombre total de médecins généralistes dans les EPH de la Wilaya est de 120 .

Tableau 08 : La repartions des médecins généralistes par daïra en 2018

EPH	Médecins généralistes	%
Aokas	19	15,33
Akbou	28	23,33
Amizour	35	29,17
Sidi Aich	21	17,5
kharrata	17	14,67
total	120	100

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

Le tableau 08 , nous montrons qu'il y a une inégalité dans la répartition des professionnels de santé entre les EPH de la wilaya de Bejaïa, une concentration des médecins généralistes en majorité au niveau des EPH dans daïras d'Amizour (29,17%) ,Akbou (23,33%), Sidi Aich(17,5%), Aokas (15,33%), enfin vient Kharatta (14,67%) du personnel de santé. (Cf. Tableau 08).

Tableau 09: Répartition du médecin généraliste par établissement public de santé de proximité en 2018

Etablissement	médecins généralistes	%
Bejaia	61	18,9
AOKAS	44	13,7
SIDI AICH	18	5,6
KHERRATA	36	11,2
EL KSEUR	54	16,7
TAZMELT	48	15
SEDDOUK	33	10,2
ADEKAR	28	8,7
TOTAL	322	100

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

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

En 2018, les EPSP de Béjaïa disposent 322 médecins généralistes. Ainsi, nous remarquons que le nombre de médecins généralistes dans les EPSP de Bejaia est supérieur aux autres EPSP avec nombre 61 médecins généralistes soit un pourcentage de 18,9%. Ensuite, vient El Kseur en deuxième position avec une proportion de 16,7%, et Tazmalt en troisième position avec un taux de 15 %. (Cf. Tableau 09)

2.2. La répartition des médecins généralistes privés par Daïra

En 2018, le nombre de médecins spécialistes privés de la wilaya de Bejaia est de 234 répartis sur 19 daïra.

Tableau 10: Répartition des médecins généralistes privés par Daïra dans la wilaya de Bejaia en 2018

Daïra	Nombre de MG	%
BEJAIA	141	60.25
TYCHI	3	1.28
AOKAS	5	2.13
AKBOU	12	5.12
TAZMELT	7	2.99
OUZELLAGUEN	7	2.99
IGHIL ALI	2	0.85
SEDDOUK	5	2.13
BENI MAOUCHE	2	0.85
SIDI- AICH	5	2.13
CHEMINI	2	0.85
ADEKAR	2	0.85
TIMEZRIT	4	1.70
AMIZOUR	8	3.41
EL KSEUR	10	4.27
BARBACHA	3	1.28
KHARRATA	9	3.84
DARGUINA	2	0.85
SOUK -EL- TENINE	5	2.13
TOTAL	234	100

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

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

Nous remarquons d'après le tableau 10, qu'il y a une inégalité très importante en termes de répartition géographique par daïra des médecins spécialistes privés. Ces derniers se sont concentrés dans les grandes villes de la wilaya. En effet, la daïra de Bejaïa concentre plus de la moitié des médecins généralistes privés, soit un taux de 60,25 %. La Daïra d'Akbou vient en deuxième position avec un taux de 5,12%. La daïra de El-Kseur occupe la troisième position avec 4,25 % du total des médecins généralistes privés.(Cf. Tableau 10).

2.3. Les gynécologues privés

En 2018, le nombre des gynécologues privés de la wilaya de Bejaïa est de l'ordre de 43. La daïra de Bejaia occupe près de la moitié de ces gynécologues. La daïra d'Akbou est en deuxième position avec un pourcentage de 14% et la daïra de Sidi Aich en troisième position avec 9,4%. (Cf. Tableau 11). Donc, les gynécologues s'installent dans les villes près des EPH.

Tableau 11 : Répartition des gynécologues privés par daïra en 2018

Daïras	Effectif	%
Bejaia	21	49,9
Akbou	6	14
Tazmelt	2	4,6
Sidi Aich	4	9,4
Amizour	1	2,3
Kharrata	2	4,6
Souk-EL- TENINE	3	7
El Kseur	3	7
Aokas	1	2,3
Total	43	100

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

3. La répartition géographique des maternités dans la wilaya de Bejaia

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

3.1. Les maternités publiques

En 2017, la wilaya de Bejaïa dispose 11 maternités publiques réparties sur l'ensemble des EPSP.

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

Tableau 12 : Répartition des maternités intégrée dans les (EPSP) de la wilaya de Bejaia en 2017

EPSP	Nombre De Maternités	Lits Occupés
TAZMELT	1	6
SEDDOUK	3	18
SIDI AICH	2	12
EL KSEUR	2	12
ADEKAR	1	08
AOKAS	1	10
KHERRATA	1	10
TOTAL	11	76

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

D'après le tableau 12, nous remarquons que chaque EPSP dispose d'une maternité, sauf les deux EPSP Sidi Aich et El Kseur qui ont deux maternités, ainsi que la daïra de Seddouk qui a trois maternités.

3.1.1. La répartition des maternités intégrée dans les centres hospitalo-universitaires et les établissements publics hospitaliers

En 2017, la wilaya de Bejaia dispose 232 lits gynéco- obstétriques répartis dans les établissements publics hospitaliers et le centre hospitalo-universitaire.

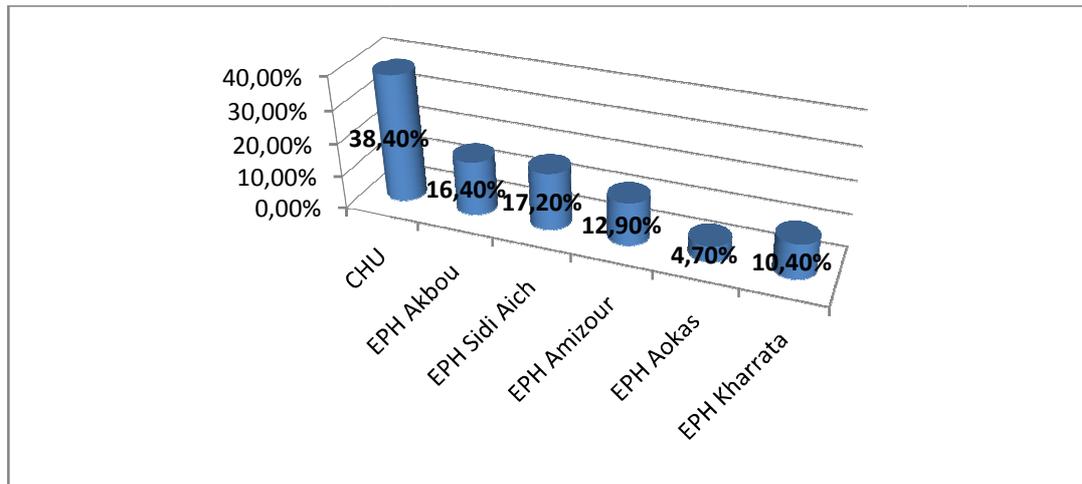
Tableau 13 : Répartition des maternités intégrée dans les EPH et CHU de la wilaya de Bejaia par daïras en 2017.

Etablissement	nombre de lits /gynéco obstétrique	(%)
CHU	89	38,4
EPH Akbou	38	16,4
EPH Sidi aich	40	17,2
EPH Amizour	30	12,9
EPH Aokas	11	4,7
EPH Kherrata	24	10,4
TOTAL	232	100

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

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

Figure 07: Répartition des maternités intégrée dans les EPH et CHU de la wilaya de Bejaia par dairas en 2017.



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

D'après le tableau 13 et la figure 6, nous remarquons que le nombre de lits occupés par les gynéco- obstétriques dans les CHU est plus élevé avec une proportion de 38,4 %, suivis par les EPH de Sidi aich et Akbou avec un pourcentage de 17,2 % et 16,4 % respectivement, après vient EPH d'Amizour avec une proportion de 12,9 %, enfin vient les deux EPH de Kharrata et Aokas avec des proportions de 10,4% et 4,7% respectivement (Cf. Tableau 13).

3.1.2. Activités des maternités publiques de la wilaya de Bejaia

Le tableau 14 indique l'évolution de l'activité de maternités du CHU et des EPH de la wilaya de Bejaia en 2017.

Tableau 14 : Evolution de l'activité des maternités du CHU et les EPH) en 2017

Activités		CHU	EPH Akbou	EPH Sidi aich	EPH Amizour	EPH Kharreta	EPH Aokas	Total
Admission		14137	5240	2757	3530	3900	318	29882
Accouchement	Total	8432	3373	2025	2756	2460	263	19309
	Normaux	5466	2319	1211	1791	972	262	12021
	Césariennes	2737	1022	733	758	707	1	5958
	Forceps	182	32	8	64	71	0	357

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

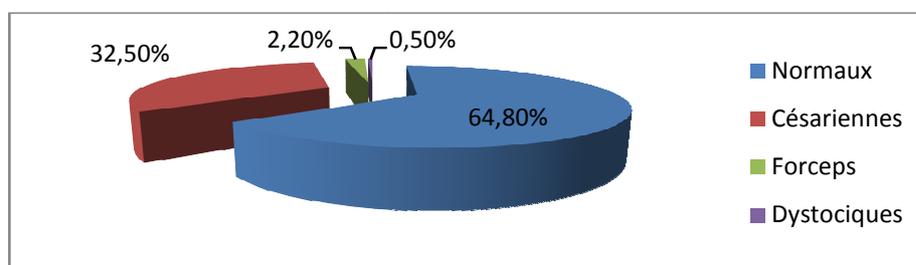
	Dystociques	47	0	73	143	710	0	973
Mort nés		117	40	11	34	20	3	225
Naissances vivantes		8483	3375	2035	2757	2481	260	19391
Naissance a terme		8132	3245	1996	2706	2434	261	18774
Prématurés		351	130	39	51	47	0	618
Décès enfant nés viables		9	0	0	7	24	5	45
Décès enfants 0-6 jrs en maternité		110	0	1	7	29	5	152
Avortement		264	357	325	221	222	6	1395
Décès maternels		4	0	0	0	0	0	4
Consultation gynéco		3812	1478	1760	9292	4181	0	20523

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

En 2017, la maternité de Targa Ouzmour du CHU de Béjaïa a enregistré 14 137 admissions dont 8432 étaient des accouchements (normaux 5466, césariennes 2737, forceps 182, dystociques 47). Le nombre de naissances vivantes était 8483 tandis que le nombre de morts nés s'élève à 117. Cette maternité a enregistré quatre décès maternels. (Cf. Tableau 14).

Concernant les maternités des EPH, le nombre d'accouchement était de l'ordre 10877 (Normaux 6555, césariennes 3221, forceps 175, dystociques 926) dont le nombre des naissances vivantes 10908 et le nombre des morts nés sont 108 morts. Ces maternités n'ont enregistré aucun cas de décès maternels pour l'année 2017. (Cf. Tableau 14).

Figure 08 : Les types d'accouchement du CHU en 2017

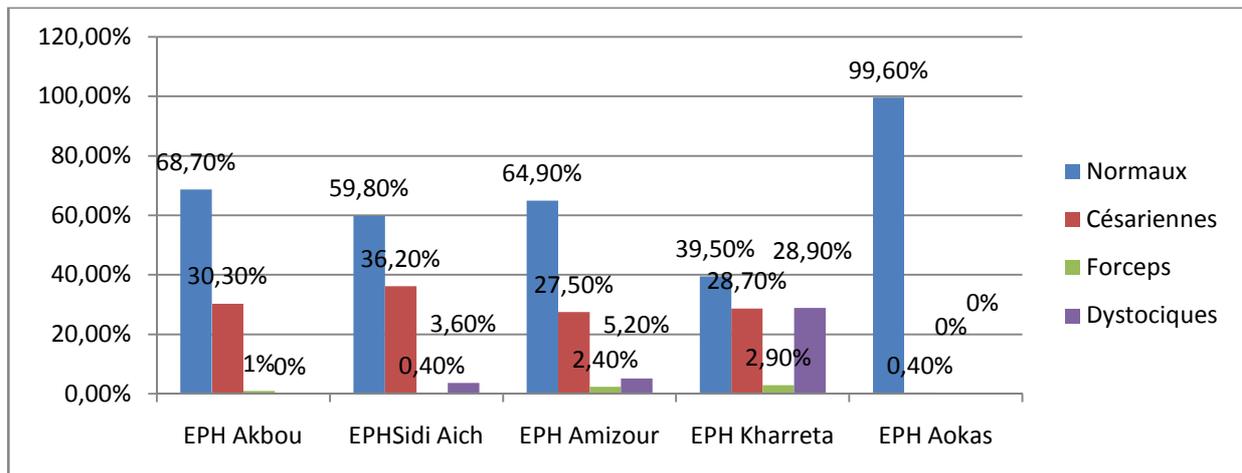


Source : réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de Bejaia.

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

Concernant les types d'accouchement dans le CHU de Bejaia en 2017, près deux tiers des accouchements étaient normaux ; 32,50% étaient des césariennes, 2,2% étaient forceps et étaient 0,5 % dystocique. Donc, l'accouchement par voie normale est le plus dominant. (Cf. Figure 08).

Figure 09 : Les types d'accouchements de l'EPH en 2017



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

Dans les EPH de Bejaia, l'accouchement normal est le plus dominant avec respectivement 99,6%, 68,7%, 64,9%, 59,8%, 39,5 % dans l'EPH Aokas, Akbou, Amizour, Sidi Aich et Kharreta. Notons que le forceps n'est pas pratiqué dans les EPH d' Akbou et Aokas. (Cf. Tableau 14, Figure 09).

3.1.3. Activités de maternités publiques des établissements publics de santé et de proximité

Le tableau 15, indique les activités des maternités des EPSP au niveau de la wilaya de Bejaia par daïra en 2017.

En 2017, les EPSP de la wilaya de Bejaia ont enregistré un nombre de 1638 accouchements dont 1574 étaient des accouchements normaux et 63 étaient dystociques. Signalons qu'il n'y avait aucun décès maternel. (Cf. Tableau 15).

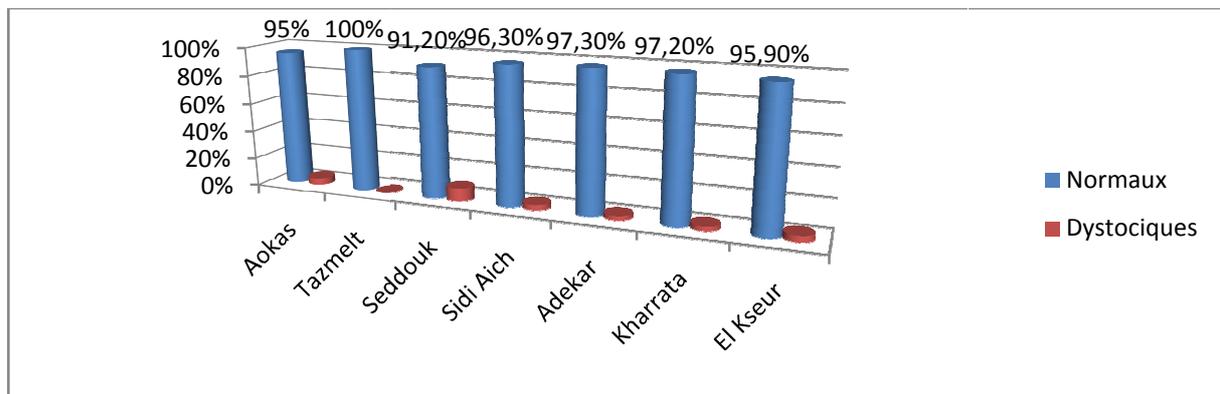
Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

Tableau 15: Répartition des types d'accouchement dans les (EPSP) au niveau de la wilaya de Bejaia par daïras en 2017

Activités	Aokas	Tazmalt	Seddouk	Sidi aich	Adekar	Kharreta	El Kseur	Total	
Admission	238	313	247	271	155	319	426	1969	
Accouchement	158	254	228	267	113	249	369	1638	
	Normaux	150	254	208	257	109	242	354	1574
	Césariennes	0	0	0	0	0	0	0	0
	Forceps	0	0	0	0	0	0	0	0
Dystociques	8	0	20	10	3	7	15	63	
Mort nés	1	3	1	0	0	2	1	8	
Naissances vivantes	157	253	227	269	113	247	369	1635	
Naissance a terme	156	253	221	269	110	147	366	1522	
Prématurés	1	2	6	0	0	1	1	11	
Décès enfant nés viables	0	0	0	0	3	0	3	6	
Décès enfants 0-6 jrs en maternité	0	0	0	0	0	1	1	2	
Avortement	8	1	2	10	40	19	0	80	
Décès maternels	0	0	0	0	0	0	0	0	
Consultation gynéco	1609	0	676	213	181	244	264	3187	

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

Figure 10 : Répartition des activités des maternités des (EPSP) au niveau de la wilaya de Bejaia par daïras en 2017.



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

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

Dans les EPSP de Bejaia, l'accouchement normal est le plus dominant avec respectivement 95%, 100%, 91,20%, 96,30%, 97,30%, 97,20% et 95,90% dans l'EPSP Aokas, Tazmalt, Seddouk, Sidi Aich, Adekar, Kharrata et Elkseur. Notons que le forceps et Césariennes ne sont pas pratiqués dans les EPSP faute de la non disponibilité des gynécologues.

3.2. Les maternités privées

En 2018, la wilaya de Bejaïa compte cinq maternités privées. Les cinq maternités sont réparties seulement sur trois daïras à savoir :

- Clinique « Le Rameau d'olivier » à Bejaia
- Clinique « Les Lilas » à Bejaia
- Clinique « Hamani » à Akbou
- Clinique « Belaid » à El kseur
- Clinique « Benmerad » à Bejaia

3.2.1. L'activité des maternités des cliniques privées

En 2017, le nombre d'accouchements dans les cliniques privées était de 2104 accouchements (normaux 377, césariennes 1715, forceps 3, dystociques 0), et le nombre de naissances vivantes était de l'ordre 2139, et pour les morts nés 3 morts. Nous remarquons d'après le tableau que ces cliniques n'ont enregistré aucun décès maternels. (Cf. Tableau 16).

Tableau 16 : La répartition des types d'accouchement dans les cliniques privées en 2017

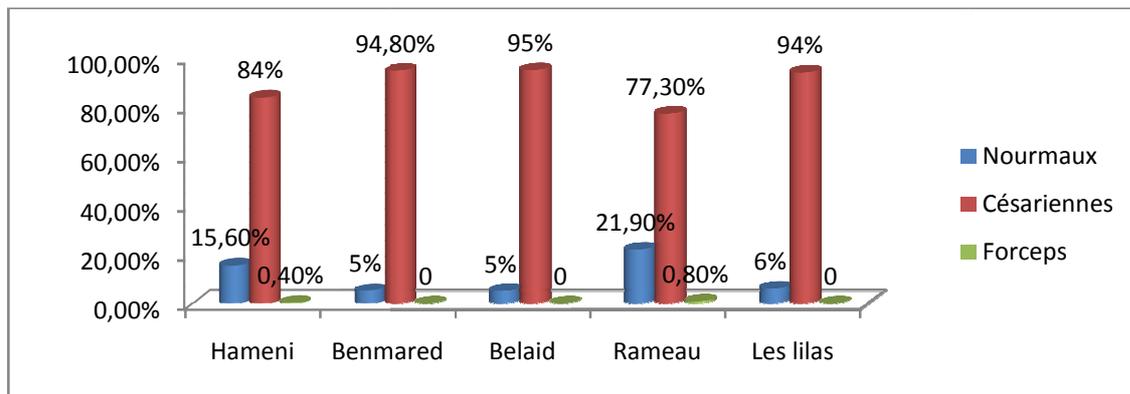
Activités	Hamani	Benmared	Belaid	Rameau	Les lilas	Total	
Admission	653	446	20	1685	163	2967	
Accouchement	Total	653	173	20	1191	67	2104
	Normaux	102	9	1	261	4	377
	Césariennes	548	164	19	921	63	1715
	Forceps	3	0	0	9	0	12
	Dystociques	0	0	0	0	0	0
Mort nés	2	1	0	0	0	3	

Chapitre II : La répartition de l'offre de soins maternels dans la wilaya de Bejaia

Naissances vivantes	673	176	21	1201	68	2139
Naissance a terme	652	128	21		68	869
Prématurés	0	0	0		0	0
Décès enfant nés viables	21	0	0		0	21
Décès enfants 0-6 jrs en maternité	0	0	0		0	0
Avortement	0	2	1		0	3
Décès maternels	0	0	0		0	0
Consultation gynéco			0			0

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

Figure 11 : les types d'accouchement dans les cliniques privées au niveau de la wilaya de Bejaia en 2017



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

Dans les cliniques privées de la wilaya de Bejaia, les accouchements césariens sont plus dominés avec respectivement, 95%, 94,8%, 94%, 84% pour la clinique Belaid, Benmerad, les Lilas, Hamani et Rameau d'Olivier.

Conclusion

En Algérie, la mortalité maternelle enregistrée chaque année pèse lourdement sur notre population. Le taux de mortalité maternelle, constitue toujours, un problème de santé publique (OMS), et cela malgré les efforts consentis par le pays en matière de santé publique et plus particulièrement en santé maternelle (création de centres de PMI, programme d'espacement des naissances, programme de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale (MMMP), programme de périnatalité...).

Nous avons constaté qu'il y ait des inégalités dans la répartition de l'offre de soins maternels. Cela se traduit par le manque du personnel médical et des centres de soins de santé maternelle et infantile dans plusieurs régions du pays notamment la région Sud mais aussi les zones rurales du Nord du pays. Cela pourrait s'expliquer par l'isolation de ces zones ainsi que le manque d'infrastructures médicales pour la prise en charge des patientes.

Concernant l'activité des maternités, en 2017, dans les cliniques privées, l'accouchement par césarienne était le plus dominant avec un pourcentage de plus de 95% alors que dans les maternités publiques c'était l'accouchement normal.

Introduction

Les inégalités de santé rendent compte de plusieurs phénomènes qui s'imbriquent, et dont les causes sont à rechercher dans les effets cumulatifs des inégalités sociales, liés à la faiblesse des revenus, à la précarité des conditions de vie et au déficit éducatif. Aux inégalités proprement sociales se surajoutent les disparités associées aux contextes résidentiels et aux caractéristiques de l'habitat.

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

I. PRÉSENTATION ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Nous avons réalisé notre enquête par remise d'un questionnaire administré aux enquêteurs. La conception du questionnaire a été réalisée après une étude de la littérature et la consultation de plusieurs questionnaires d'enquêtes nationales et internationales. Néanmoins, des difficultés n'ont pas manqué à se manifester lors de la réalisation de l'enquête.

1. L'objectif du questionnaire

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

2. L'échantillon d'enquête

Notre questionnaire d'enquête a été adressé aux ménages de la wilaya de Bejaïa. Plus précisément aux femmes dont la dernière grossesse date depuis moins de 5 ans. Le temps et les moyens disponibles nous ont obligés à restreindre la taille de notre échantillon à 150 enquêtées.

Une partie de l'enquête a été réalisé par nous-mêmes. Ainsi, certains questionnaires sont administrés en « face-à-face » et d'autre non administré (à cause du nombre important de questions, certains interrogés ont demandé à garder le questionnaire au moins pour une

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

journée). L'enquête a été réalisée par des enquêtrices choisies en fonction de leurs aptitudes (toutes des femmes) et de leur lieu de résidence.

3. Le déroulement de l'enquête

Le temps consacré à l'enquête a été d'environ un mois et 15 jours, qui s'est étalée entre le mois de mai jusqu'au mois de juin. Notre questionnaire d'enquête comprend en tout 39 questions. En fonction du besoin, certaines questions sont fermées, d'autres sont à choix multiples. En outre, le questionnaire est décomposé en grands axes, à savoir

- **Situation socio professionnelle** : l'objectif est de dégager le profil personnel de chaque interrogé (âge, la profession ...), qui nous servira notamment au croisement de variables et à l'évaluation de la représentativité de l'échantillon.
- **Emploi et revenu** : Le revenu étant l'un des déterminants des inégalités sociales d'accès aux soins maternels, on tentera donc ici d'identifier la situation financière de chaque femme enquêtée, afin de la comparer à son niveau d'accès aux soins.
- **Consommation, accès aux soins maternels** : qui nous permettra de déterminer le niveau d'accès des ménages aux soins maternels et les facteurs influençant leurs choix (public ou privé). Le but est de caractériser le rôle des facteurs financiers dans la demande de soins maternel.
- **Renoncement aux soins maternels** : Le renoncement est lié aux moyens (financiers, sociaux, organisationnels, etc.) des personnes. Le but est de voir les raisons de ce renoncement aux soins maternels.

4. Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête

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

- Le nombre important de questions a poussé certaines personnes à demander de garder le questionnaire pour quelques jours sous prétexte du temps qu'il faut pour le remplir. Ceci nous a conduits à nous déplacer plusieurs fois chez la même personne, ce qui nous a pris beaucoup de temps.
- La majorité des enquêtés ont répondu à notre questionnaire. Mais d'autres non. Pour les questionnaires que nous avons dû récupérer plus tard, le temps d'y aller pour le récupérer, certains enquêtés nous ont informés qu'ils ont perdu leur questionnaire. De plus, certains enquêtés ont complètement refusé de coopérer à notre étude au motif qu'ils sont occupés et

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

à défaut de volonté de participer à la réalisation de tels travaux, ou encore le manque d'information et connaissances sur les travaux de recherches.

- Le manque de temps a rendu difficile le traitement des données. Certaines insuffisances que comportent notre questionnaire n'ont pas été corrigées, faute de temps et par manque de connaissances sur l'application.
- Prendre beaucoup de temps pour maîtriser le logiciel Sphinx et l'Excel.
- Manque de données et de littérature concernant notre thème en Algérie.

Après avoir présenté la conception, la réalisation, les procédures de déroulement et les difficultés rencontrées lors de la réalisation de notre enquête, nous allons présenter dans ce qui suit l'essentiel des résultats de notre travail.

II. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

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

1. Caractéristiques générales de l'échantillon

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

Le tableau 16 est un récapitulatif des résultats obtenus sur la distribution des enquêtées selon l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction de l'enquêtée et de leurs conjoints, l'état matrimonial, le nombre d'enfants et le nombre des personnes vivant au foyer. Nous rappelons que notre échantillon a été choisi aléatoirement.

Par rapport à l'âge, la tranche la plus représentative est celle des [30-34ans] avec une proportion de 53 %.

La répartition de nos enquêtées par lieu de résidence entre rural et urbain (ville) est respectivement de 44% et 56%. En ce qui concerne le niveau d'instruction des enquêtées, les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 38,7 %. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Primaire : 8 %, Moyen : 18,7 %, Lycée : 28 %, Sans instruction : 6,7 %.

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Pour le niveau d'instruction des conjoints, le niveau qui occupent la première place dans notre échantillon c'est le lycée avec une proportion de 34,3 %. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Primaire :8,6 %, Moyen :27,9 %, Universitaire : 26,4%, Sans instruction :2,9 %.

Nous avons essayé toute fois de toucher toutes les tranches d'âge, aussi bien tous les niveaux d'instruction, les milieux aussi bien ruraux village et ruraux montagne qu'urbains.(Cf. Tableau 17).

Tableau 17 : Profil personnel des enquêtées

Caractéristiques		Effectifs	%
Age	Moins de 25 ans	13	8,7
	De 24 à 29 ans	34	22,7
	De 30 à 35 ans	58	35,3
	De 36 à 41 ans	28	18,7
	De 42 à 47 ans	17	11,3
	48 ans et plus	5	3,3
lieu de résidence	Rural	66	44
	Urbain	84	56
Niveau d'instruction des enquêtées	Primaire	12	8
	Moyen	28	18,7
	Lycée	42	28
	Universitaire	58	38,7
	Sans instruction	10	6,7
Etat matrimonial	Marie	140	93,3
	Divorce	7	4,7
	Veuve	3	2
Disposition d'enfant	Oui	150	100
	Non	0	0
Nombre d'enfant	moins de 2	51	34
	2	46	30,7
	3	36	24
	4	13	8,7
	5	2	1,3
	6et plus	2	1,3
Niveau d'instruction des conjoints	Primaire	12	8,6
	Moyen	39	27,9
	Lycée	48	34,3
	Universitaire	37	26,4
	Sans instruction	4	2,9

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

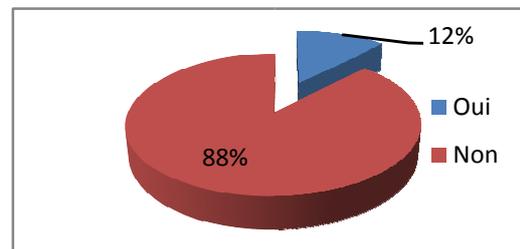
Nombre des personnes vivent au foyer	Moins de 4	24	16
	4 à 5	68	42,7
	6 à 7	44	29,3
	8 à 9	11	7,3
	10 à 11	5	3,3
	12 et plus	2	1,3

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

Tableau 18 : Paiement de loyer de Logement.

Paiement de loyer	Effectif	%
Oui	18	12
Non	132	88
Total	150	100

Figure 12 : paiement de loyer de logement



Source : réalisé par nos soins à partir des Résultats de tableau 18

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

Dans notre échantillon seulement 12% des enquêtées payent le loyer. (Cf. Tableau 18 et figure 12).

❖ Emploi et revenu

Le revenu constitue un déterminant important dans l'accès et le recours aux soins.

Dans ce qui suit, nous allons essayer de présenter la situation financière des enquêtées.

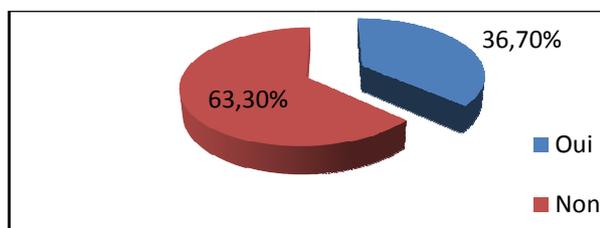
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 19 : Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité

L'exercice d'une activité	Effectif	%
Oui	55	36,7
Non	95	63,3
Total	150	100

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

Figure 13 : Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité



Source : Réalisé par nos soins à partir de tableau 19.

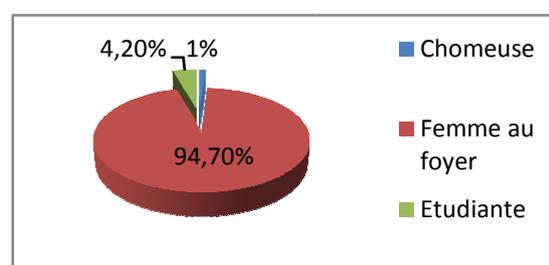
Le tableau 19 et la figure 13, nous montrons que sur l'ensemble des enquêtés la majorité n'exerce pas une activité rémunérée avec une proportion de 63,3%. (Cf. Tableau 19).

Tableau 20 : catégorie des enquêtées qui ne travaillent pas

Situation professionnelle	Effectif	%
Chômeuse	1	1,1
Femme au foyer	90	94,7
Etudiante	4	4,2
Total	95	100

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

Figure 14 : Catégorie des enquêtées qui ne travaillent pas



source : Réalisé par nos soins à partir de tableau 20

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

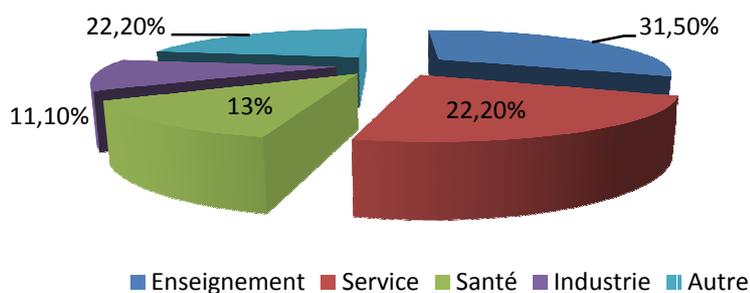
En ce qui concerne les enquêtées qui n'exercent pas une profession, les femmes au foyer occupent la première place avec une proportion de 94,7%, les étudiantes avec 4,2% et les chômeuses avec 1,1% .(Cf. Tableau 20).

Tableau 21 : Branche d'activité des enquêtées

Branche d'activité	Effectif	%
Enseignement	17	31,5
Service	12	22,2
Santé	7	13
Industrie	6	11,1
Autres	12	22,2
Total	54	100

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

Figure 15: Branche d'activité des enquêtées



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

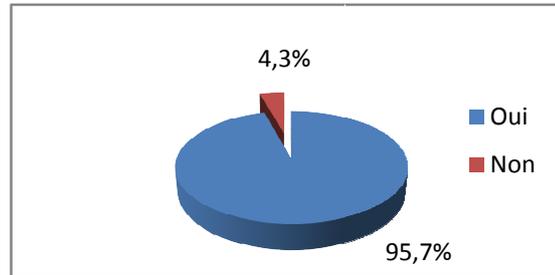
Concernant la catégorie des actives , l'enseignement se situe en première position avec une proportion de 31,5% , le service avec 22,2%, le commerce/artisanat avec 22,2%, la santé avec 13% , et en dernier lieu l'industrie qui représente que 11,1%.(Cf. Tableau 21)

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 22 : Distribution des conjoints selon l'exercice ou non d'une activité
chiffres

L'exercice d'une activité	Effectif	%
Oui	134	95,7
Non	6	4,3
Total	140	100

Figure 16 : Distribution des conjoints selon l'exercice d'une activité les



Source : Réalisé par nos soins à partir de tableau

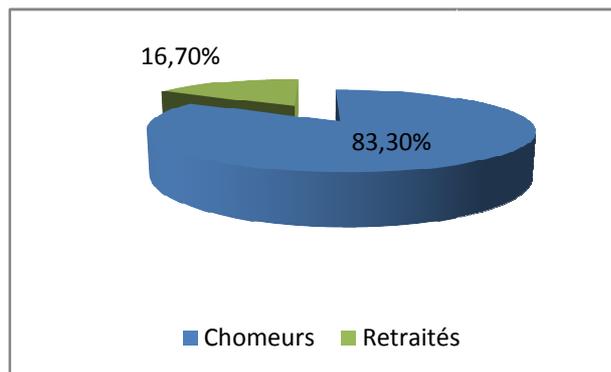
22Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats du
Notre enquête

D'après le tableau 22 et la figure 16, nous remarquons que la majorité des conjoints de nos enquêtées exercent une activité rémunérée avec 95,7% contre seulement 4,3% des conjoints inactifs. (Cf. Tableau 22)

Tableau 23 : Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas

Situation professionnelle	Effectif	%
Chômeurs	5	83,3
Retraités	1	16,7

Figure 17 : Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas



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

Source : Réalisé par nos soins à partir de tableau 23

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

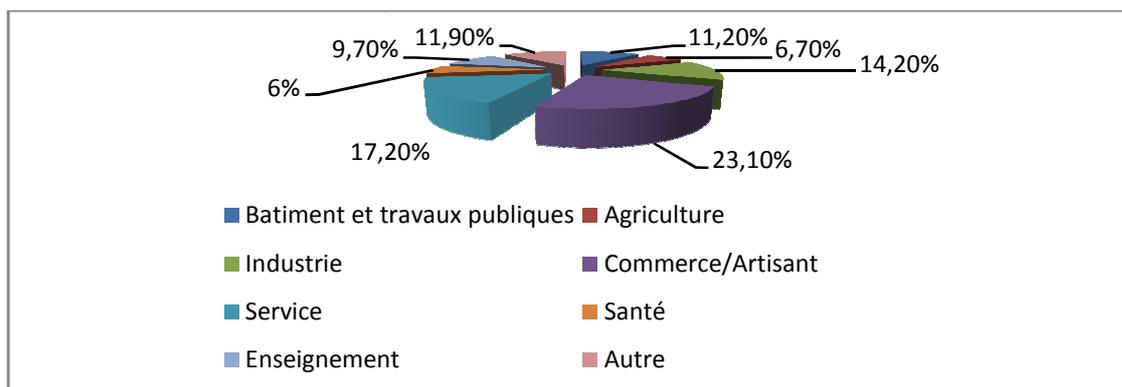
En ce qui concerne les conjoints qui n'exercent pas une profession, le pourcentage des chômeurs et retraités est respectivement de l'ordre de 83,3% et 16,7%. (Cf. Tableau 23)

Tableau 24 : La branche d'activité des conjoints

Branches d'activité	Effectif	%
Bâtiment et travaux public	15	11,2
Agriculture	9	6,7
Industrie	19	14,2
Commerce /Artisanat	31	23,1
Service	23	17,2
Santé	8	6
Enseignement	13	9,7
Autres	16	11,9

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

Figure 18: La répartition de Branche d'activité des conjoints



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

Sur les 95,7% des conjoints exerçant une activité, le secteur de le commerce/artisanat se situe en première position avec une proportion de 23,1%, le service avec 17,2%, l'industrie avec 14,2% , %, autres avec 11,9%, bâtiment et travaux publics avec 11,2%, enseignement avec 9,7%, l'agriculture avec 6,7%, et en dernier lieu la santé avec seulement 6%.(Cf. Tableau 24).

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

2. Le renoncement aux soins maternels

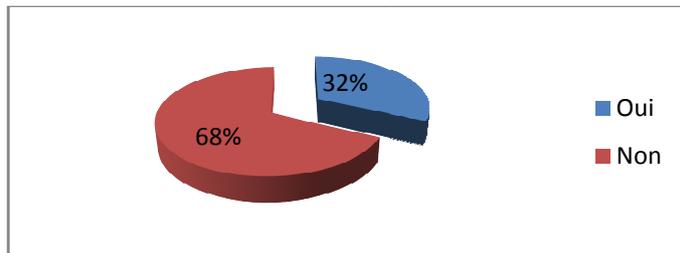
Dans ce point, nous allons essayer d'identifier les raisons du renoncement aux soins maternels aux cours des douze derniers moi ainsi que ses déterminants.

Tableau 25 : Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins maternels

Le renoncement	Nombre	%
Oui	48	32
Non	102	68
Total	150	100

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

Figure 19 : Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins maternels



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

D'après le tableau 25 et la figure 19, nous remarquons que 32% des enquêtées ont déclaré d'avoir renoncé aux soins maternels au cours des douze derniers mois. (Cf. Tableau 25). Ce taux de renoncement est énorme. Donc nous allons essayer dans ce qui suit d'étudier les raisons et déterminants du renoncement à ces soins maternels.

2.1.Le renoncement aux soins maternels et l'âge

D'après le tableau 26 et la figure 19, nous remarquons que les enquêtées qui ont l'âge de 40 ans à 44 ans déclaraient avoir renoncé plus à leur soins maternels avec 53,3 % contre 46,7% pour celles n'ayant pas déclaré avoir renoncé à ces soins. Cela peut être expliqué par la période de ménopause pour les femmes à cet âge. Donc, les femmes ont ressenti beaucoup

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

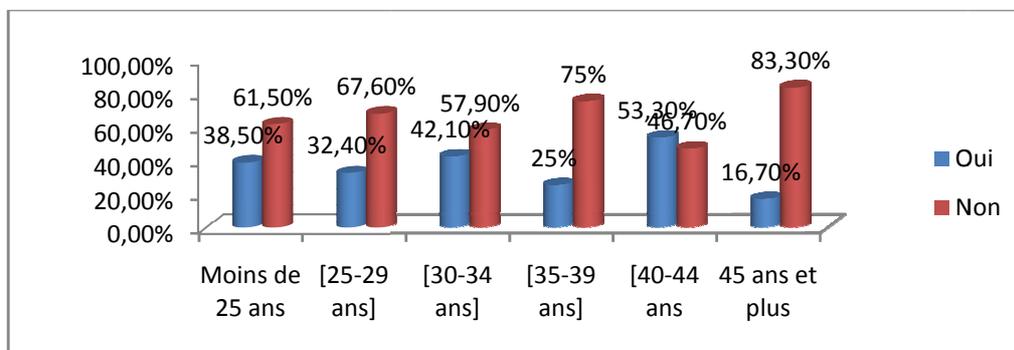
plus le besoin de consulter un gynécologue dans cette période. Cependant, les enquêtées de tranche d'âge de 45 ans et plus ont moins déclaré renoncer aux soins avec 16,7% contre 83,3% pour celle n'ayant pas déclaré avoir renoncé. Cela peut être expliqué par un biais dans l'échantillon. (Cf. Tableau 26 et figure 19).

Tableau 26 : distribution des enquêtées selon l'âge et le renoncement aux services de santé maternels

Tranches d'âge	Le renoncement aux soins maternels					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 25 ans	5	38,5	8	61,5	13	100
[25-29]	11	32,4	23	67,6	34	100
[30-34]	16	42,1	38	57,9	54	100
[35-39]	7	25	21	75	28	100
[40-44]	8	53,3	7	46,7	15	100
45 ans et plus	1	16,7	5	83,3	6	100
Total	48	32	102	68	150	100

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

Figure 20 : l'âge et le renoncement aux soins maternels.



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 26.

Pour les tranches d'âge [25-29] et [35, 39], le pourcentage des enquêtées ayant déclaré renoncer aux soins maternels est respectivement la moitié et un tiers de celles qui n'ont pas avoir déclaré renoncer. Nous pouvons expliquer ces pourcentages par l'importance donnée aux soins maternels pour ces catégories d'âge qui correspondent aux âges de procréation. Donc l'âge des femmes a une influence sur le renoncement aux soins maternels.

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

1.1. Le renoncement aux soins maternels et l'état civil

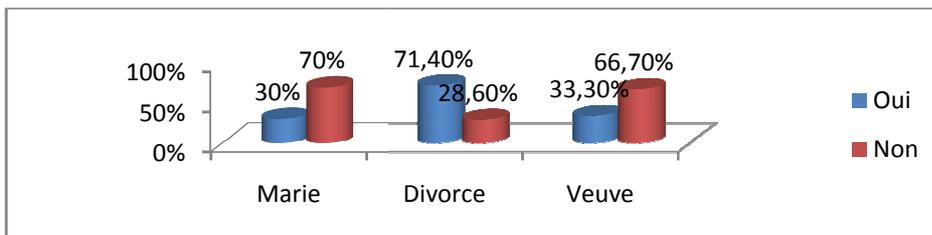
D'après le tableau 27 et la figure 21, nous remarquons que les enquêtées divorcées ayant déclaré avoir renoncé aux soins maternels 71,4% alors que celles n'ayant pas avoir déclaré renoncer est de l'ordre de 28,6% lors des douze derniers mois. Nous pourrions expliquer ces chiffres par la capacité financière limitée des femmes divorcées dans notre société. Le pourcentage des femmes mariées et les veuves ayant déclaré d'avoir renoncé aux soins est respectivement, 30% et 33,3%, lors des douze derniers mois. (Cf. Tableau 27 et figure 20). Donc l'état civil a une influence sur le renoncement aux soins maternels

Tableau 27 : L'état civil et le renoncement aux soins maternels

Etat civil	LE RENONCEMENT					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Mariées	42	30	98	70	140	100
Divorcés	5	71,4	2	28,6	7	100
Veuves	1	33,3	2	66,7	3	100
Total	48	32	102	68	150	100

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

Figure 21 : Distribution des enquêtés selon l'état civil et le renoncement aux services de santé maternels.



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

1.2. Le renoncement et niveau d'instruction des enquêtées

Le niveau d'instruction des enquêtées n'influence pas sur le renoncement aux services de santé maternels. Nous remarquons, d'après le tableau 28 que le pourcentage du renoncement pour les femmes sans instructions est le moins élevé avec 20%. (Cf. Tableau 28). L'explication que nous pourrions avancer est que les femmes donnent d'importance à leur santé reproductive.

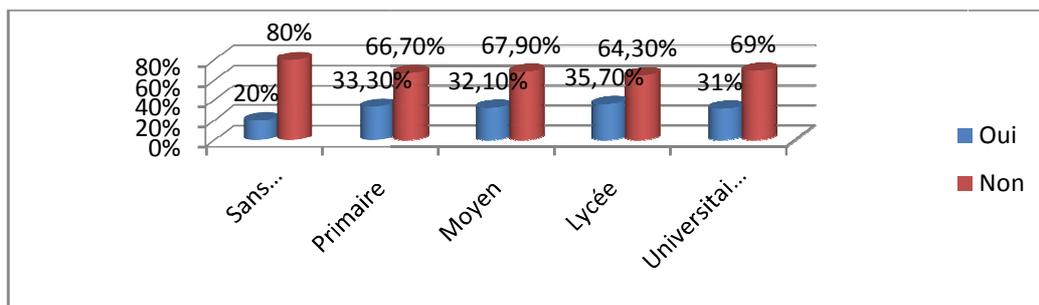
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 28: Le niveau d'instruction et le renoncement aux services de santé maternels

Niveau d'instruction	Le renoncement					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Primaire	4	33,3	8	66,7	12	100
Moyen	9	32,1	19	67,9	28	100
Lycée	15	35,7	27	64,3	42	100
Universitaire	18	31	40	69	58	100
Sans instruction	2	20	8	80	10	100
Total	48	32	102	68	150	100

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

Figure 22: Le niveau d'instruction et le renoncement aux services de santé maternels.



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 28.

1.3. Le renoncement aux soins maternels et le niveau d'instruction du conjoint

Le niveau d'instruction du conjoint influence sur le renoncement soins maternels. En effet, le pourcentage des enquêtées ayant déclaré d'avoir renoncé aux soins est de 25%, 35,90%, 35,90% et 50% pour les enquêtées dont le niveau du conjoint est respectivement primaire, moyen, secondaire et sans instruction. De plus, le pourcentage de renoncement des conjoints de niveaux universitaires est le plus faible avec 16,20%. (Cf. Tableau 29).

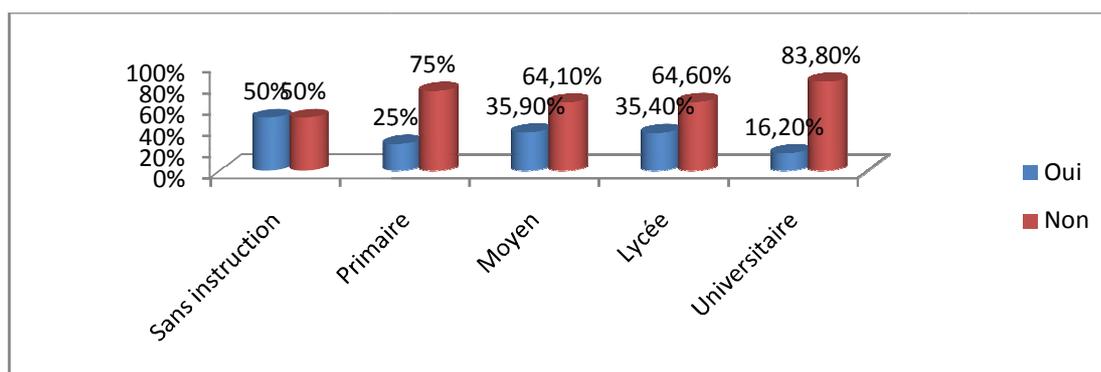
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 29 : Le niveau d'instruction de conjoints et le renoncement aux soins maternels

Niveau d'instruction	Le renoncement					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Primaire	3	25	9	75	12	100
Moyen	14	35,9	25	64,1	39	100
Lycée	17	35,4	31	64,6	48	100
Universitaire	6	16,2	31	83,8	37	100
Sans instruction	2	50	2	50	4	100
Total	42	30	98	70	140	100

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

Figure 23: Distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction de leurs conjoints et le renoncement aux soins maternels



Source: réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 29.

1.4. Le renoncement aux soins maternels et le revenu

Le revenu des enquêtées n'influence pas sur le renoncement à leurs soins maternels. En effet, le taux de renoncement pour le revenu moins de 20 000 DA est de 14,30%, entre 25 000 et 40 000 DA est de 34,6%, entre 45 000 et 50 000 DA est 45,5%, entre 60 000 et 65 000 DA est 28,6 %, plus de 65 000 DA est 33,3%. Cela est dû à un biais dans l'échantillon car plus de 90% dans notre échantillon ne travaillent pas. (Cf. Tableau 30 et Figure 24).

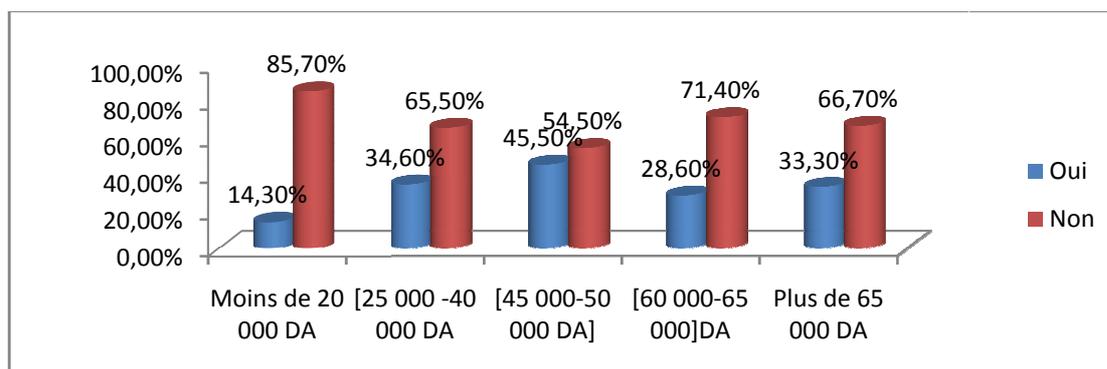
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 30 : Le revenu et le renoncement aux soins maternels

Tranches de revenu	LE RENONCEMENT					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 20 000 DA	1	14,3	6	85,7	7	100
Entre [25000 ET 40 000]	9	34,6	17	65,4	26	100
Entre [45000 et 50 000 DA]	5	45,5	6	54,5	11	100
Entre [60 000 et 65000 DA]	2	28,6	5	71,4	7	100
Plus de 65000 DA	1	33,3	2	66,7	3	100
Total	18	32	102	68	150	100

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

Figure 24 : Le revenu et le renoncement aux soins maternels



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

1.5. Le renoncement et le revenu global

Le revenu global des enquêtées influence sur le renoncement aux soins maternels. En effet, le pourcentage du renoncement pour les femmes appartenant aux tranches de revenu [45000- 60000[, [60000- 100000] est respectivement de l'ordre 28% et 13,30%. Ces taux sont inférieurs au taux moyen de renoncement qui est de 32%. (Cf. Tableau 31 et Figure 25).

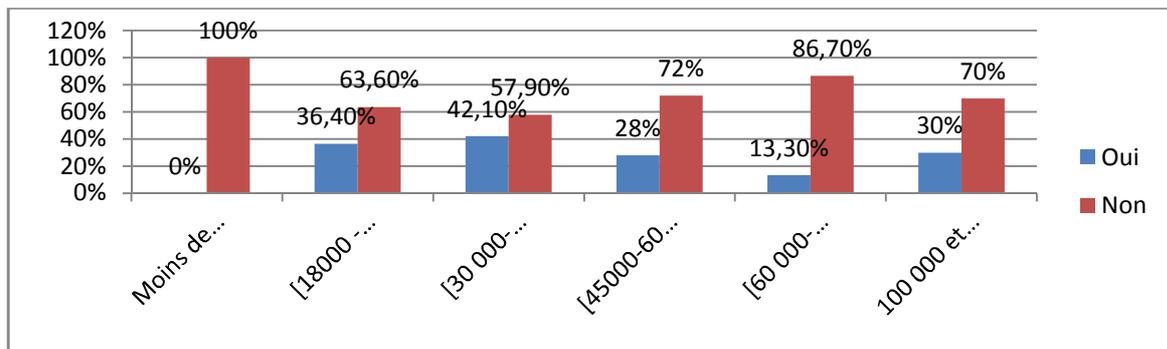
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 31 : Distribution des enquêtées selon le revenu global et le renoncement aux soins maternels

Le revenu global	LE RENONCEMENT					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 18 000 DA	0	0	1	100	1	100
Entre [18 000 et 30 000] DA	4	36,4	7	63,6	11	100
Entre [30 000 et 45 000] DA	16	42,1	22	57,9	38	100
Entre 45000 et 60 000] DA	14	28	36	72	50	100
Entre [60 000 et 100 000] DA	4	13,3	26	86,7	30	100
100 000 et plus	3	30	7	70	10	100
Total	48	32	102	68	150	100

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

Figure 25 : Distribution des enquêtées selon le revenu global et le renoncement aux soins maternels



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

1.6. L'exercice d'une activité et le renoncement aux soins maternels

L'exercice d'une activité des enquêtées n'influence pas sur le renoncement aux soins maternels. En effet, le pourcentage de renoncement pour les enquêtées qui travaillent est 32,7%, pour celles qui ne travaillent pas le pourcentage est de 31,6%. Il ya pas vraiment une grande différence. Donc, les femmes sont prises en charges par leurs maris. (Cf. Tableau 32).

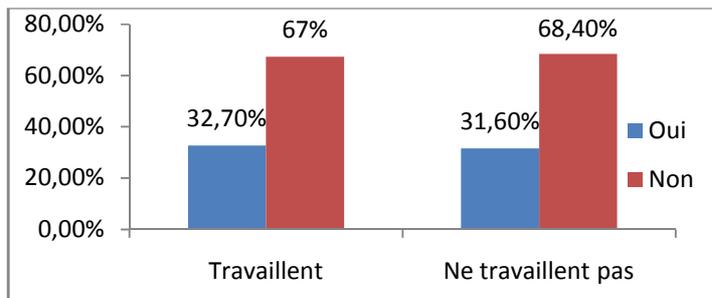
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 32: L'exercice d'une activité et le renoncement aux soins maternels

	Le renoncement					
	Oui		Non		Total	
L'exercice d'une activité	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Travaillent	18	32,7	37	67,3	55	100
ne travaillent pas	30	31,6	65	68,4	95	100
Total	48	32	102	68	150	100

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

Figure 26 : L'exercice d'une activité et le renoncement aux soins maternels



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

1.7. Le renoncement et l'exercice d'une activité des conjoints

Après l'analyse du tableau 33 et la figure 27, nous constatons que 83,3 % des enquêtées dont leurs conjoints ne travaillent pas, renoncent à des soins maternels contre 27,60 % des enquêtées dont le conjoint travaille. Donc, le travail de conjoint a une influence sur le renoncement aux soins maternels. (Cf. Tableau 33).

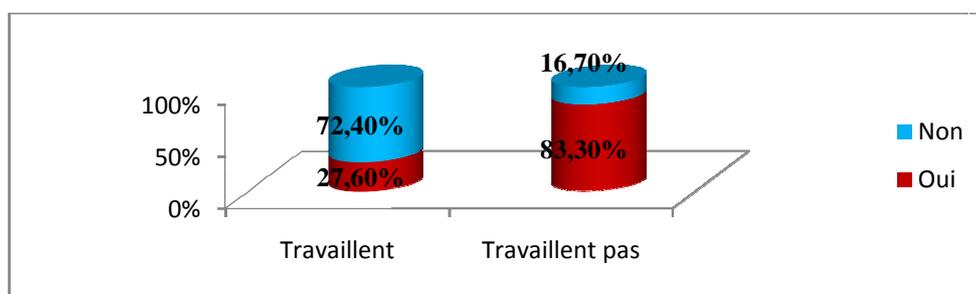
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 33 : L'exercice d'une activité de leurs conjoints et le renoncement

L'exercice d'une activité	Le renoncement					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Travaillent	37	27,6	97	72,4	134	100
Ne travaillent pas	5	83,3	1	16,7	6	100
Total	42	30	98	70	140	100

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

Figure 27 : L'exercice d'une activité de conjoints et le renoncement aux soins maternels.



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

1.8. Le renoncement et le paiement de loyer

Le paiement de loyer influence sur le renoncement des soins maternels. Le taux du renoncement pour les enquêtées qui payent le loyer est 50% alors pour celles qui ne payent pas le taux est de l'ordre 29,5%. (Cf. tableau 34 et figure 27).

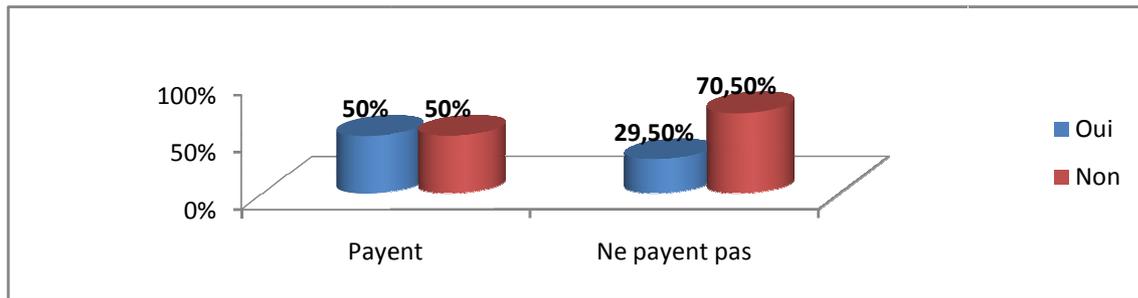
Tableau 34 : Le paiement de loyer et le renoncement aux soins maternels

Paiement loyer	LE RENONCEMENT					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	9	50	9	50	18	100
Non	39	29,5	93	70,5	132	100
Total	48	32	102	68	150	100

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

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Figure 28 : Le paiement de loyer et le renoncement aux soins maternels



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

1.9. La couverture sociale et le renoncement aux soins maternels

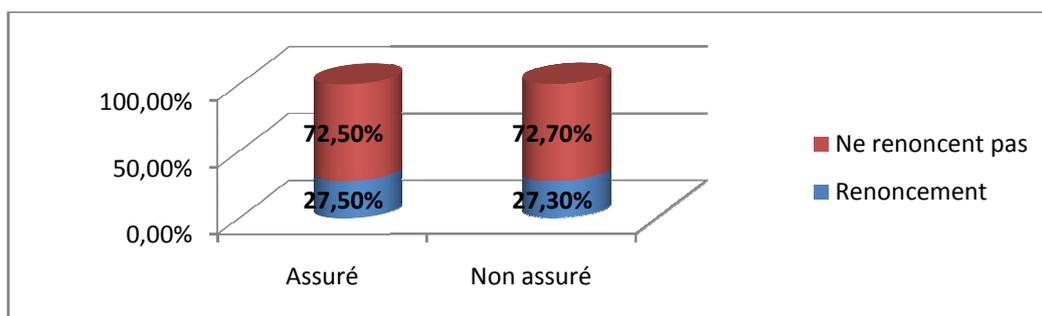
Le taux de renoncement des enquêtées assurées et non assurées est respectivement de l'ordre 27,5% et 27,3% au cours des douze derniers mois. Donc la couverture sociale n'a pas d'influence sur le renoncement aux soins maternels. (Cf. Tableau 35)

Tableau 35 : L'assurance et le renoncement aux soins maternels

La couverture sociale	Renoncent		Ne renoncent pas		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Assuré	28	27,5	74	72,5	102	100
Non assuré	9	27,3	24	72,7	33	100
Total	37	27,4	98	72,6	135	100

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

Figure 29 : L'assurance et le renoncement aux soins



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

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

1.10. Le lieu de résidence et le renoncement aux soins maternels

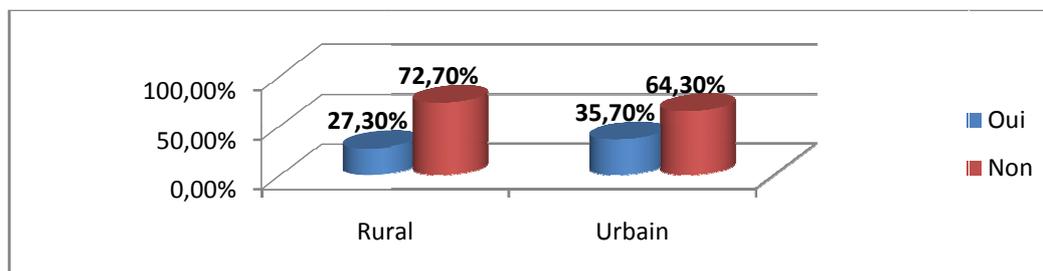
D'après le tableau 36 et la figure 30, nous remarquons que les enquêtées qui habitent dans des régions urbaines renoncent aux soins maternels avec un taux de 35,7% contre 27,3% pour celles qui habitent dans les régions rurales. (Cf. Tableau 36 et Figure 30)

Tableau 36 : Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement aux soins maternels

Région	Renoncement					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Rural	18	27,3	48	72,7	66	100
Urbain	30	35,7	54	64,3	84	100
Total	48	32	102	68	150	100

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

Figure 30 : Le lieu de résidence et le renoncement aux soins maternels



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 36.

1.11. Le renoncement et le temps à mettre pour accéder à un gynécologue

Le pourcentage des enquêtées ayant renoncés aux soins est de l'ordre 25,5% pour celles qui mettent moins 30 minutes pour accéder au gynécologie et 44, 4% pour celles qui mettent plus de deux heures pour y accéder. (Cf. Tableau 37).

Tableau 37 : Le renoncement et le temps à mettre pour accéder à un gynécologue

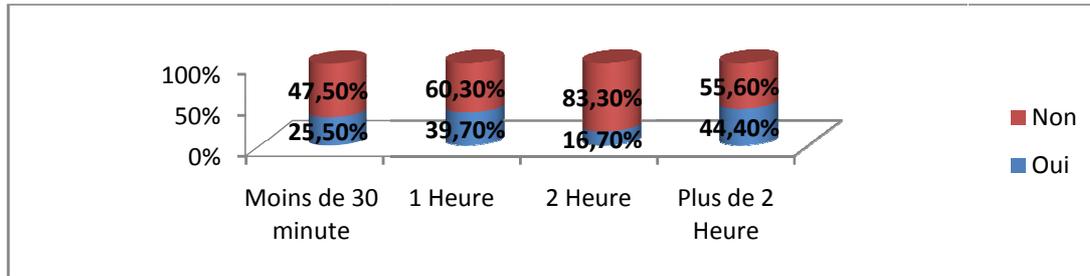
Le temps	Le renoncement					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 30 Minute	14	25,5	41	74,5	55	100
1 Heure	27	39,7	41	60,3	68	100

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

2 Heure	3	16,7	15	83,3	18	100
Plus de 2 Heure	4	44,4	5	55,6	9	100
Total	48	100	102	100	150	100

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

Figure 31 : Distribution des enquêtées selon le renoncement et le temps à mettre pour accéder à un gynécologue



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 37.

D'après la figure 31, nous remarquons que plus la distance entre le lieu de résidence des enquêtées et le gynécologue le plus proche de chez elles, est longue plus le renoncement des enquêtées aux soins augmente, ce qui explique l'influence de la distance sur le renoncement aux soins de santé maternel. A l'exception des enquêtées qui mettent deux heures pour accéder à un gynécologue ou le taux de renoncement était de l'ordre de 44,4%.

1.12. Le renoncement et le moyen de déplacement

Le mode de déplacement pour accéder à un gynécologue influence également sur le renoncement aux services de santé maternels. En effet, le pourcentage du renoncement des enquêtées qui se déplacent en voiture est trois fois moins élevé que celles qui utilisent le transport en commun comme de déplacement pour se soigner. (Cf. Tableau 38).

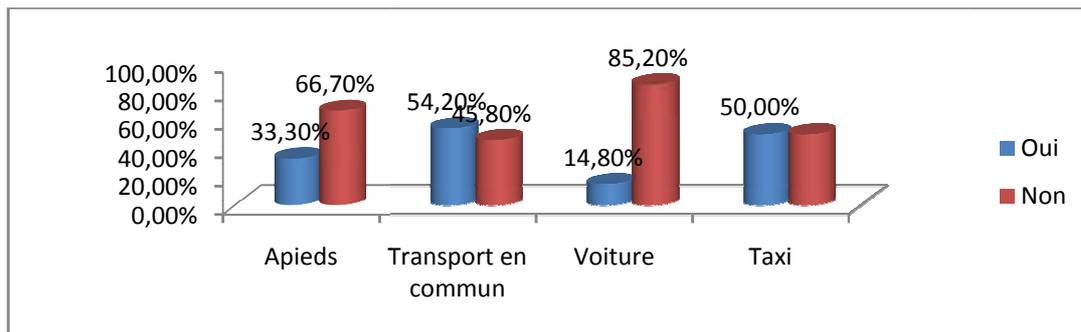
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 38 : Distribution des enquêtées selon le mode de déplacement pour accéder au gynécologue et le renoncement aux soins maternels

Le mode de déplacement	Le renoncement					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A pieds	6	33,3	12	66,7	18	100
Transport en commun	26	54,2	22	45,8	48	100
Voiture	11	14,8	63	85,2	74	100
Taxi	5	50	5	50	10	100
Total	48	32	102	68	150	100

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

Figure 32 : Distribution des enquêtées selon le mode de déplacement pour accéder au gynécologue et le renoncement aux services de soins de santé maternel



Source : réalisée par nos soins à partir des résultats de tableau 38.

1.13. Les raisons du renoncement aux soins maternels

D'après le tableau 39 et la figure 33, nous remarquons que le pourcentage de renoncement aux soins maternels pour de raisons financières est presque le double du renoncement pour des raisons d'éloignement géographique. Donc, l'obstacle financier est la première cause qui pousse les femmes à renoncer ou reporter les soins maternels. La sécurité sociale n'a pas réussi à éliminer les obstacles d'ordre économiques d'accès aux soins.

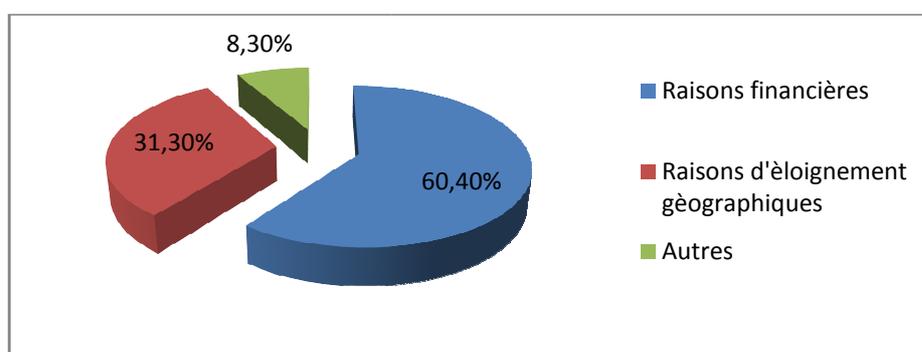
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 39: Les raisons de renoncement aux soins maternels

Les raisons	Nombre	%
Raisons financières	29	60,4
Raisons d'éloignement géographiques	15	31,3
Autres	4	8,3
Total	48	100

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

Figure 33 : La répartition des raisons de renoncement aux soins maternels



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 39.

2. L'accouchement dans les maternités publiques et privées

D'après le tableau 40 et la figure 34, nous remarquons que le taux des enquêtées qui ont accouché dans les maternités publiques est trois fois plus élevé que celles qui ont accouché au cliniques privés, avec respectivement 76,7 % et 23,3%. Donc, la majorité des femmes accouchent dans les maternités publiques. A cet effet, les raisons du choix de lieu d'accouchement sont développées dans le point suivant. (Tableau 40, Figure 34).

Tableau 40 : La répartition de lieu d'accouchement des enquêtées

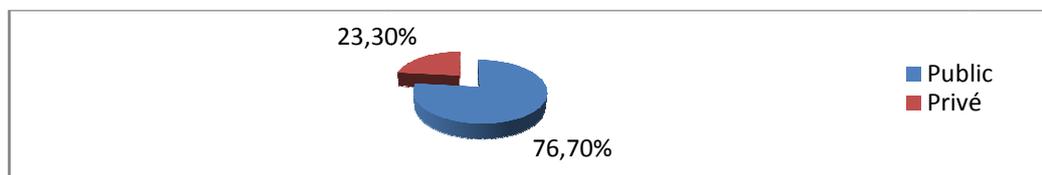
Lieu d'accouchement	Nombre	%
Public	115	76,7
Privé	35	23,3

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Total	150	100
-------	-----	-----

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

Figure 34 : La répartition de lieu d'accouchement des enquêtées



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 40.

3.1. Les raisons du choix des maternités

Dans cette section nous allons analyser les raisons du choix des maternités.

3.1.1. Les raisons du choix de maternité publiques

D'après le tableau 41 et le figure 35, nous remarquons que les deux raisons principales qui poussent les enquêtées à accoucher dans les maternités publiques sont la proximité avec un taux de 37,40% et la possibilité financière limitée avec 35,6%. (Cf. Tableau 41).

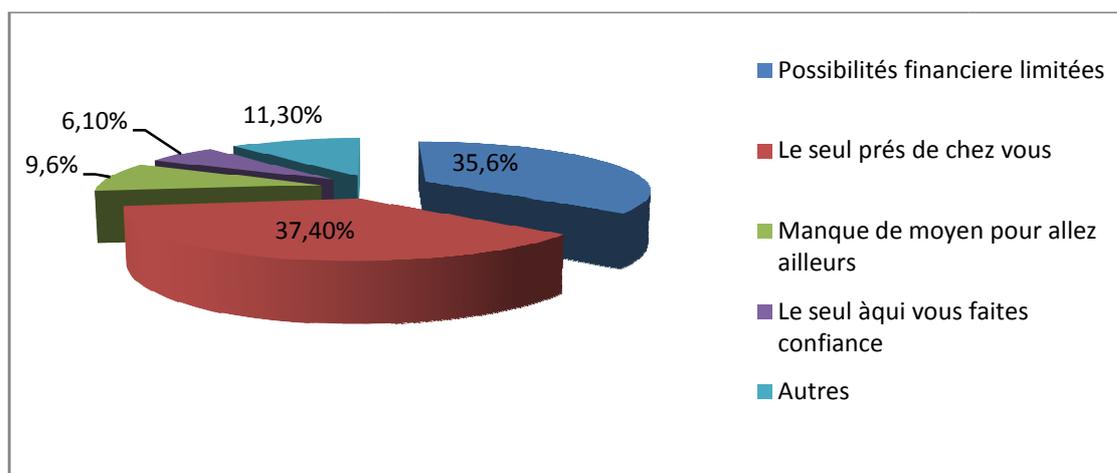
Tableau 41 : Les raisons du choix des maternités publiques

les raisons	Effectif	%
Possibilité financière limitée	41	35,6
Le plus près de chez vous	43	37,4
Manque de moyen pour aller ailleurs	11	9,6
Le seul à qui vous faite cofinance	7	6,1
Autres	13	11,3
Total	115	100

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

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Figure 35 : les raisons du choix de maternités publiques



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 41

2.1. Les raisons du choix des maternités privées

La confiance est principale raison du choix des maternités privés. En effet, 82,8% des enquêtées ont choisi d'accoucher dans les maternités privées pour la raison de la confiance totale offerte à ces maternités. (Cf. Tableau 42).

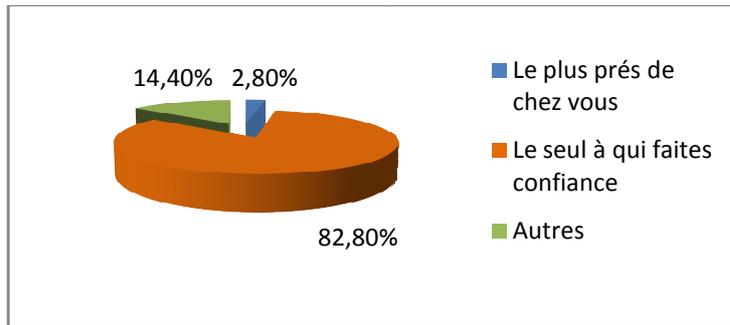
Tableau 42 : Les raisons du choix de maternités privées

les raisons	Lieu d'accouchement	
	Privé	
	Effectif	%
Possibilité financier limite	0	0
Le plus prés de chez vous	1	2,8
Manque de moyen pour allez ailleurs	0	0
Le seul à qui vous faite cofinance	29	82,8
Autre	5	14,4
Total	35	100

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

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Figure 36 : Les raisons du choix de maternités privées



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

3.2. Le revenu et le lieu d'accouchement

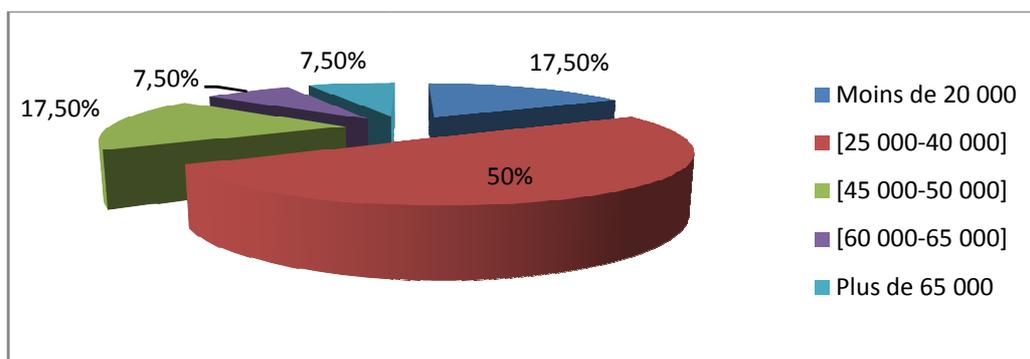
Dans ce qui suit, nous allons essayer d'étudier l'influence du revenu sur le choix de lieu d'accouchement.

Tableau 43 : Le revenu et le choix des maternités publiques

Tranches de revenu	Effectif	%
Moins de 20 000 DA	7	17,5
Entre 25 000 et 40 000 DA	20	50
Entre 45 000 et 50 000 DA	7	17,5
Entre 60 000 et 65 000 DA	3	7,5
Plus de 65 000 DA	3	7,5
Total	40	100

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

Figure 37 : Le revenu et le choix de maternités publiques



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 43.

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

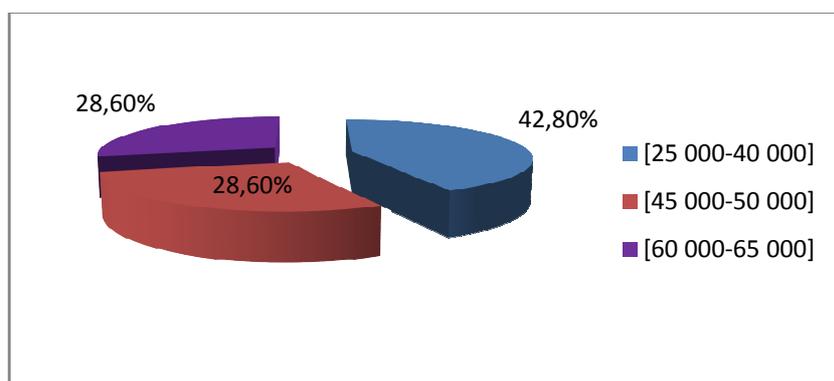
Pour le secteur public, nous remarquons que 50% des enquêtées qui ont un revenu de [25 000- 40 000 DA] ont accouché dans ce secteur. Pour la tranche de revenu de [45 000- 50 000 DA] et moins de 20 000 DA avec une même proportion de 17,5%. La proportion des enquêtées appartiennent aux tranches de revenu de [60 000-65 000 DA] et plus de 65 000 DA est de l'ordre de 7.5%. Le revenu influence sur le choix du secteur public pour l'accouchement. (Cf. Tableau 43). Seulement, il faut signaler qu'il ya un biais dans l'échantillon par rapport au travail.

Tableau 44: Le revenu et le choix des maternités privées

Tranche de revenu	Effectif	%
Moins de 20 000 DA	0	0
Entre 25 000 et 40 000 DA	6	42,8
Entre 45 000 et 50 000 DA	4	28,6
Entre 60 000 et 65 000 DA	4	28,6
Plus de 65 000 DA	0	0
Total	14	100

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

Figure 38 : Le revenu et le choix de maternités privées



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 44.

À partir du tableau 44 et la figure 38, nous remarquons que le pourcentage des enquêtées ayant fait recours au secteur privé pour les tranches [25000- 40000], [45000- 50000], [60000-65000] est respectivement de l'ordre 42,8%, %, 28,6% et 28,6%. (Cf. Tableau 44 et figure 38). Le revenu n'influence sur le choix du secteur privé pour l'accouchement.

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

2.2. Le revenu global et le lieu d'accouchement

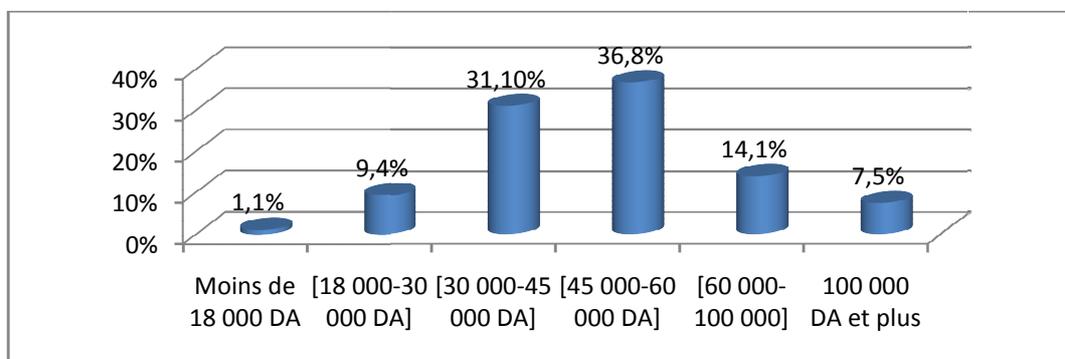
Le revenu global des enquêtés a une influence plus au moins sur le choix du secteur public. Ainsi, le pourcentage des enquêtées ayant fait recours au secteur public pour les tranches [18000- 30000], [30000- 45000], [45000-60000] et [60000-10000], 10000 est plus est respectivement de l'ordre 9,4%, %, 31,1% et 36,8%, 14,1 % et 7.5%. le choix des maternités publiques n'est pas liée seulement aux revenu, il est lié également à d'autre facteurs dont la qualité des soins pour le bébé. Le privé ne dispose pas de service néonatal. (Cf. Tableau 45 et figure 39).

Tableau 45: Le revenu global et le choix de maternités publiques

Les tranches de revenu	Effectif	%
Moins de 18000 da	1	1,1
[18000 et 30 000 da	10	9,4
[30 000 et 45000 da]	33	31,1
[45000 et 60 000 da]	39	36,8
[60 000 et 100 000 da]	15	14,1
100 000 da et plus	8	7,5
Total	106	100

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

Figure 39 : distribution des conjoints des enquêtées selon la tranche de revenu global et le choix de maternité publique



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 45

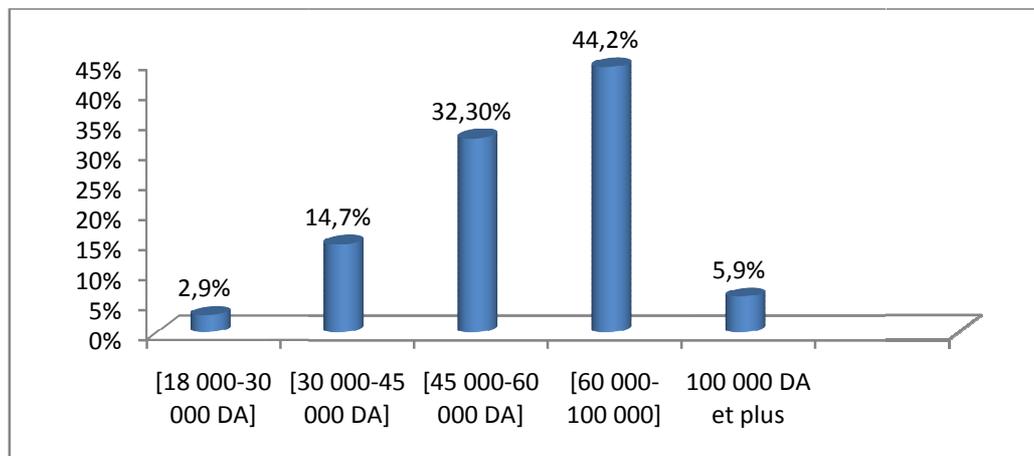
CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Tableau 46: distribution des enquêtées selon la tranche de revenu global et le choix de maternités privées

Les tranches de revenu	Effectif	%
Moins de 18000 da	0	0
[18000 et 30 000 da	1	2,9
[30 000 et 45000 da]	5	14,7
[45000 et 60 000 da]	11	32,3
[60 000 et 100 000 da]	15	44,2
100 000 da et plus	2	5,9
Total	34	100

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

Figure 40 : Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu global et le choix de maternités privées



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 45.

Le revenu global des enquêtés a une influence sur le choix du secteur privé. Ainsi, le pourcentage des enquêtées ayant fait recours au secteur public pour les tranches [18000-30000], [30000- 45000], [45000-60000], [60000-10000], et 100 000 DA et plus est respectivement de l'ordre 2,9%, 14,7%, 32,3% et 44,2%, et 5,9%. (Cf. Tableau 45 et figure 40).

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées ayant accouché dans les cliniques privées, 44,2% ont un revenu globale entre 60000 et 100 000 DA. Ces catégories des ménages ont un revenu qui leur permettent d'accoucher dans le privé.

3.4. Le niveau d'instruction et le choix de lieu d'accouchement

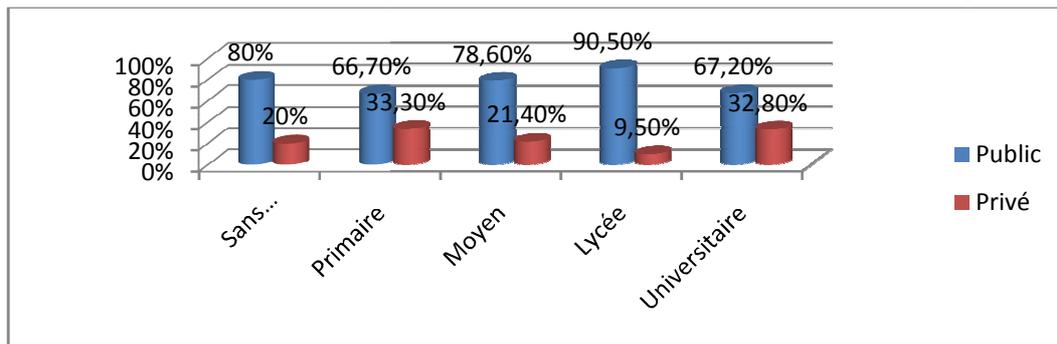
Dans ce qui suit, nous allons présenter le niveau d'instruction et le choix de lieu d'accouchement.

Tableau 47 : Le niveau d'instruction et le lieu d'accouchement

Niveau d'instruction	Public		Privé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Primaire	8	66,7	4	33,3	12	100
Moyen	22	78,6	6	21,4	28	100
Lycée	38	90,5	4	9,5	42	100
Universitaire	39	67,2	19	32,8	58	100
Sans instruction	8	80	2	20	10	100
Total	115	76,7	35	23,3	150	100

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

Figure 41 : Le niveau d'instruction et le choix de lieu d'accouchement



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 46.

Le niveau d'instruction n'a pas d'influence sur le choix de lieu d'accouchement. Le taux d'accouchement dans les maternités publiques est de 80%, 66,7%, 78,6%, 90,5% et 67,20% respectivement pour les enquêtées sans instruction, niveau primaire, moyen, lycée et les universitaires. Dans les maternités privées, le taux d'accouchement est de 33,3%, 21,4%,

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

9,5%, 32,2%,20% respectivement pour les enquêtées sans instruction, niveau primaire, moyen, lycée et les universitaires.

3.5. Le nombre d'enfant et le choix de lieu d'accouchement

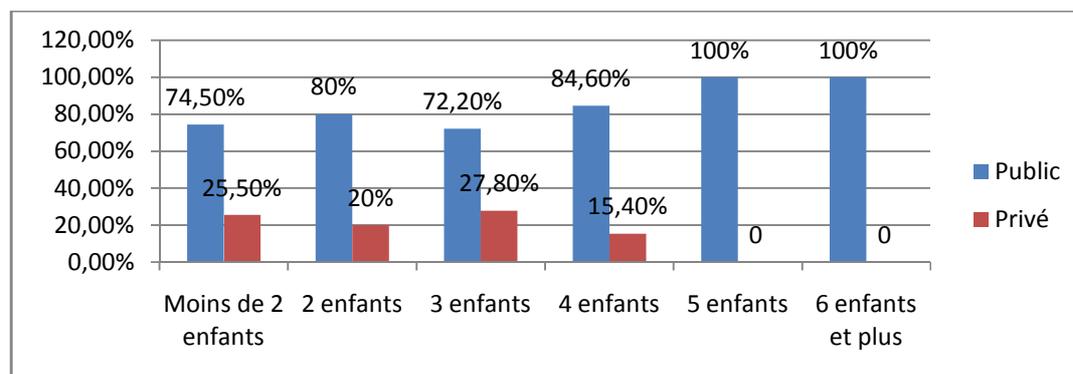
Dans ce qui suit, nous allons présenter le nombre d'enfants et le choix de lieu d'accouchement dans les deux secteurs (public et privé).

Tableau 48 : Le nombre d'enfant et le choix de lieu d'accouchement

Nombre d'enfant	Public		Privé		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 2 enfants	38	74,5	13	25,5	51	100
2 enfants	36	80	9	20	45	100
3 enfants	26	72,2	10	27,8	36	100
4 enfants	11	84,6	2	15,4	13	100
5 enfants	2	100	0	0	2	100
6 enfants et plus	2	100	0	0	2	100
Total	115	76,7	35	23,3	150	100

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

Figure 42 : Le nombre d'enfant et le choix de lieu d'accouchement



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 48.

D'après le tableau 48 et le figure 42, nous remarquons que les enquêtées qui ont cinq enfant et plus ont accouché dans le secteur public, par contre les enquêtées qui ont trois ou moins de deux enfants ont accouché dans le secteur privé avec des proportions de 27,8%, 25,5% respectivement. (Cf. Tableau 48 et Figure 42).

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

2.5. Le lieu de résidence et le choix de lieu d'accouchement

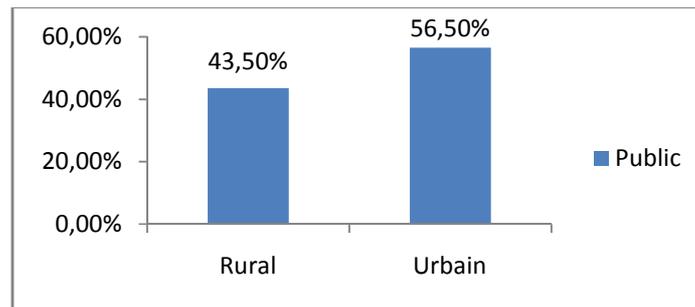
D'après le tableau 49 et la figure 43, nous remarquons que les enquêtées qui ont accouché dans le secteur public se sont celles qui habitent dans la zone urbaine qui est plus élevée avec une proportion de 56,5% par rapport à celles qui habitent dans la zone rurale. (Cf. Tableau 49, Figure 43).

Tableau 49 : Lieu d'accouchement dans les maternités publiques et le lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif	%
Rural	50	43,5
Urbain	65	56,5
Total	115	100

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

Figure 43 : Lieu d'accouchement dans les maternités publiques et le lieu de résidence



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 49

3.6. Le lieu de résidence et le choix de lieu d'accouchement

D'après le tableau et la figure, nous remarquons que les enquêtées qui ont accouché dans le secteur privé se sont celles qui habitent dans la zone urbaine qui est plus élevée avec une proportion de 54,3%, par rapport à celles qui habitent dans la zone rurale avec 45,7%. (Cf. Tableau 50, Figure 44).

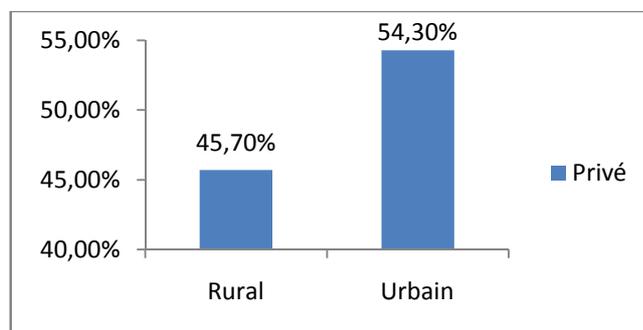
Tableau 50 : le lieu de résidence et le lieu d'accouchement privé

Lieu de résidence	Effectif	%
Rural	16	45,7
Urbain	19	54,3
Total	35	100

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

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Figure 44 : distribution des enquêtées selon le lieu de résidence et le lieu d'accouchement public



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 50

4. La satisfaction des services de maternités

Dans ce qui suit, nous allons tenter d'étudier la satisfaction des services de maternités publiques et privées.

4.1. La satisfaction des services de maternités publiques

D'après le tableau 52 et la figure 46, nous remarquons que dans les maternités publiques, près de la moitié des enquêtées, était moyennement satisfaite et seulement 13,7% des femmes étaient très satisfaites. Ainsi, 35,6% des enquêtées n'étaient pas du tout satisfaites. Ce pourcentage est énorme d'où la problématique de la satisfaction dans les maternités publiques. (Cf. Tableau 52 et Figure 46).

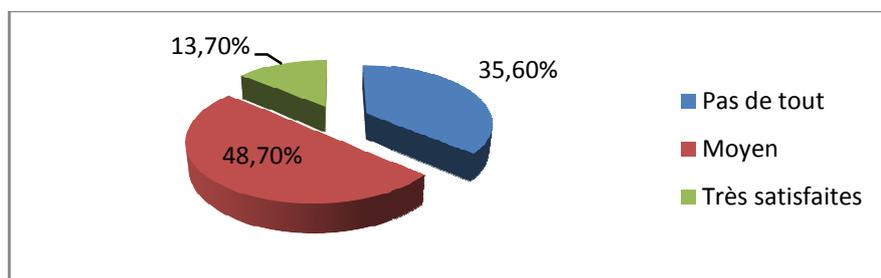
Tableau 52 : La satisfaction des services des maternités publiques

La satisfaction des services	Effectif	%
Pas de tout	41	35,6
Moyen	56	48,7
Très satisfaites	18	15,7
Total	115	100

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

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Figure 46 : Distribution des enquêtées selon la satisfaction des services maternités et le lieu d'accouchement public.



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 52

4.2. La satisfaction des maternités privées

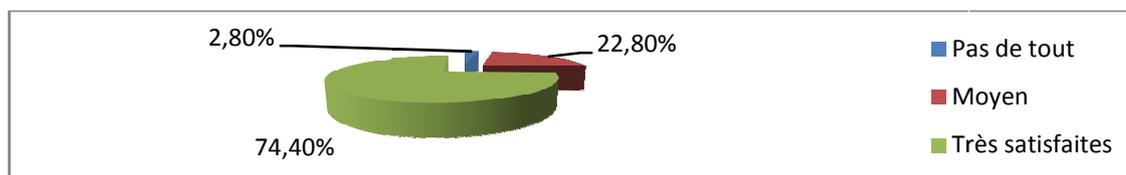
Contrairement aux maternités publiques, 74,4 % % étaient très satisfaites et seulement 2,80% des enquêtées qui n'étaient pas satisfaites de ces services. Donc, la qualité des services dans les maternités privées est meilleure que celles de publiques d'après les résultats de notre enquête. (Cf. Tableau 53 et Figure 47).

Tableau 53 : La satisfaction des services de maternités privées

La satisfaction des services	Effectif	%
Pas de tout	1	2,8
Moyen	8	22,8
Très satisfaites	26	74,
Total	35	100

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

Figure 47 : La satisfaction des services maternités privées



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 53

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

Conclusion

Nous avons rencontré beaucoup de difficultés et de contraintes pour réaliser cette enquête. La principale des difficultés a trait à l'accès à l'information. Ainsi, certains enquêtées n'ont pas rempli le questionnaire et d'autres ont carrément refusé d'y répondre. Tous ces obstacles se rajoutent aux difficultés logistiques. C'est notamment ce qui nous a poussé à réduire la taille de notre échantillon.

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

- 32% des enquêtées ont renoncé aux soins maternels au cours des douze derniers mois. Ce taux de renoncement est énorme.
- Le niveau d'instruction des enquêtées n'a pas d'influence sur le renoncement aux services de santé maternels. Par contre, le niveau d'instruction du conjoint influence sur le renoncement soins maternels.
- Contrairement au revenu global qui influence sur le renoncement de leurs soins maternels, Le revenu des enquêtées n'influence pas sur le renoncement de leurs soins maternels.
- En parallèle, L'exercice d'une activité des enquêtées n'influence pas sur le renoncement aux soins maternels. Par contre, 83,3 % des enquêtées dont leurs conjoints ne travaillent pas, renoncent à des soins maternels contre 27,60% des enquêtées dont le conjoint travaille. Donc, le travail de conjoint influence sur le renoncement aux soins maternels.
- Le pourcentage des enquêtées qui ont accouché dans les maternités publiques est trois fois plus élevé que celles qui ont accouché dans les cliniques privés.
- La confiance est la principale raison du choix des maternités privées. Par contre, les deux raisons principales qui poussent les enquêtées à accoucher dans les maternités publiques sont la proximité et la possibilité financière limitée.
- Le taux des enquêtées qui ont accouché dans les maternités publiques est trois fois plus élevé que celles qui ont accouché au cliniques privés, avec respectivement 76,7 % et 23,3%.
- Le niveau d'instruction n'a pas d'influence sur le choix de lieu d'accouchement.

CHAPITRE III : Etude exploratoire sur les déterminants de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaïa

- Contrairement aux maternités publiques, 74,4 %% étaient très satisfaites et seulement 2,80% des enquêtées qui n'étaient pas satisfaites de ces services. Donc, la qualité des services dans les maternités privées est meilleure que celles de publiques d'après les résultats de notre enquête.

Enfin, on conclure que il y'a des inégalités sociales d'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaia.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Les inégalités de santé ne sont pas uniquement liées à la disponibilité ou à l'accessibilité des services de santé, mais également à d'autres déterminants liés à la position socio-économique d'un individu dans la société. Les indicateurs les plus fréquemment utilisés pour décrire cette position sont le niveau d'instruction, de revenu, et la catégorie socioprofessionnelle.

Dans notre travail, nous avons tenté d'étudier les inégalités sociales d'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaia. De ce fait, nous avons essayé d'analyser les déterminants d'accès et de recours aux soins maternels. Ainsi, nous avons pu aboutir à quelques conclusions:

Nous avons constaté des inégalités dans la répartition géographique de l'offre de soins maternels. Cela se traduit par le manque du personnel médical et des centres de soins de santé maternelle et infantile dans plusieurs régions du pays notamment la région Sud mais aussi les zones rurales du Nord du pays. Cela pourrait s'expliquer par l'isolation de ces zones ainsi que le manque d'infrastructures médicales pour la prise en charge des patientes.

La répartition des maternités de la wilaya de Bejaia compte 11 maternités publiques réparties sur l'ensemble des daïras. Leur répartition par daïra nous donne un ratio inférieur à une maternité par daïra. Le ratio moyen de couverture est une maternité pour 27 998.

Concernant l'activité des maternités, dans les cliniques privées, l'accouchement par césarienne est le plus dominé avec 81,5%, alors que dans les maternités publiques c'est l'accouchement normal. Le taux de ce dernier est de l'ordre 32,5% pour le CHU, 60,3% pour EPH, 96,1% pour EPSP.

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

CONCLUSION GENERALE

- 32% des enquêtées ont renoncé aux soins maternels au cours des douze derniers mois.
- Le niveau d'instruction des enquêtées n'a pas d'influence sur le renoncement aux services de santé maternels.
- Le niveau d'instruction du conjoint influence sur le renoncement soins maternels.
- Contrairement au revenu global qui influence sur le renoncement de leurs soins maternels, Le revenu des enquêtées n'influence pas sur le renoncement de leurs soins maternels.
- Le paiement de loyer influence sur le renoncement des soins maternels. Le taux du renoncement pour les enquêtées qui payent le loyer est 50% alors pour celles qui ne payent pas le taux est de l'ordre 29,5%.
- La couverture sociale n'a pas d'influence sur le renoncement aux soins maternels.
- La sécurité sociale n'a éliminé les obstacles d'ordre économiques d'accès aux soins
- Les enquêtées qui habitent dans des régions urbaines renoncent aux soins maternels avec un taux de 35,7% contre 27,3% pour celles habitent dans les régions rurales.
- Le taux des enquêtées qui ont accouché dans les maternités publiques est trois fois plus élevé que celles qui ont accouché dans cliniques privées, avec respectivement 76,7 % et 23,3%.
- Dans les maternités publiques, près de la moitié des enquêtées, la satisfaction était moyenne et seulement 13,7% des enquêtées ont été très satisfaites. Ainsi, 35,6% des enquêtées n'étaient pas du tout satisfaites.
- Contrairement aux maternités publiques, 74,4 % des enquêtées ayant accouchées dans les maternités privées étaient très satisfaites et seulement 2,80% des enquêtées qui n'étaient pas satisfaites de ces services. Donc, la qualité des services dans les maternités privées est meilleure que celles de publiques.

Ouvrage :

- ✓ Association des Infirmiers et Infirmières du Canada, « les déterminants de la santé », Edition AIIC, Novembre 2009, P3.
- ✓ Bourneuf.J et autre, 1995, « le petit Larousse de la médecine », Larousse, Paris 7.
- ✓ Da Silva. F, Rusch. E, "santé et déterminants de la santé: le temps des indicateurs", 2005, p 4, p 5.
- ✓ Grignon M., Perronin M., « Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins », Questions d'économie de la santé, 74, 1-6, 2003.
- ✓ Guichard. A et Potvin. L « Pourquoi s'intéresser aux tes sociales de santé ? »In Ptvin .L et coll, La réduction des inégalités sociales de sante : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.
- ✓ LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. : « *les inégalités sociale de santé* », Ed la Découverte et Syros, Paris, 2000.
- ✓ Michel Vernières. Les inégalités territoriales : le cas des territoires ruraux. Colloque international Inégalités et développement dans les pays méditerranéens, May 2009, Istanbul, Turquie.
- ✓ Observatoire Régional de Santé : « Etat de santé et déterminants sociales de santé en Alsace, quatrième partie : déterminants de santé », Edition ORS, septembre 2010, P 184.
- ✓ Penchansky R., Thomas J. W. (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer.
- ✓ Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé, Ed. 2001.
- ✓ Raynaud D., « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Solidarité santé, 1, 29-58, 2002.

Mémoires et thèses :

- ✓ Achioue M. et Amirouche. S: « *Essai d'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie* », Mémoire de Master en Sciences Economiques, Option économie appliqué et ingénierie, Université de Bejaïa, 2016. P 1.
- ✓ A. Rode (Rode A. Les « non-retours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Sciences Po Grenoble, mai 2010).
- ✓ Barry.B., 2008, « Mortalité maternelle : cause et facteur favorisant déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel », Université cheikh Anta Diop de Dakar – Master de recherche 2008.

- ✓ Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, p. 8.
- ✓ BOUDA A.: « *Essai d'évaluation des dispositifs publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale à partir du cas de la wilaya de Bejaïa* », Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Gestion de Développement, Université de Bejaïa, 2003.
- ✓ Macalon.H., 2009, « Accouchement par forceps à l'hôpital foussyni DAO de kays à propos de 101 cas », thèse de doctorat, en psychologie, université de Bamako. P2
- ✓ Pierre.A., 2011, « étude de l'impact de recommandation en 2005 sur la formation des étudiant en France », thèse de doctorat, en psychologie, université Henri Poincaré I, école de sage femme et de Metz.

Articles et rapports :

- ✓ Conférence ; 10ème rencontre régionale des acteurs en éducation et promotion de la santé d'Alsace, Les inégalités sociales et de santé : des constats à l'action.
- ✓ Ecole nationale de la santé publique : « *inégalités sociales de santé et plan du cancer: les pays de la Loire* », Edition ENSP, 2005.
- ✓ Le système des inégalités -Observatoire des inégalités ,11 Avril 2008.[www ; inegalites.fr](http://www.inegalites.fr)
- ✓ Le rapport sur la santé dans le monde de 2008 approfondira cette définition
- ✓ Le renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation ? Caroline Des prés (chercheur associé à l'IRDES) recherche et Documentation en Economie de la Santé Colloque du 22 novembre);
- ✓ Normes des soins infirmier, gynécologue, obstétricaux, néonataux, octobre ,2008
- ✓ Nutting et al. Medical Care, 1981
- ✓ OMS : rapport "système de santé", 2010, in www.who.int
- ✓ OMS, Aide-mémoire N°323, Août 2007 www.who.int/fr

- ✓ OMS, Rapport : statistique sanitaire mondiale, 2011.
- ✓ OCDE, Santé et pauvreté dans les pays en développement Les grandes lignes d'action, Avril 2004
- ✓ Qualifier de déterminants individuels de la santé, à la déférence des déterminants sociaux.
- ✓ Rapport : les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action, M.Moleux, Dr F.SChaetzel, Mai 2011.
- ✓ Satisfaction”, Medical Care, Vol. 22, n°6, p. 127-140
- ✓ World Health organization, World Raport 2005

Site internet

- ✓ www.ons.dz (10/02/2012)
- ✓ www.revue-interrogations.org
- ✓ www.ocde.org.
- ✓ www.who.int
- ✓ [www .inegalites.fr](http://www.inegalites.fr)
- ✓ www.who.int/fr

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01: Les infrastructures sanitaires de maternités en 2014.....	P 24
Tableau 02: La répartition de maternité par régions en 2014.....	P 25
Tableau 03: Les infrastructures sanitaires de PMI en 2014.....	P 25
Tableau 04 : La répartition des PMI par régions en 2014.	P 26
Tableau 05: Evolution de taux de la mortalité entre 1999 et 2014.....	P 27
Tableau 06: Les causes de la mortalité maternel en 2009.....	P 28
Tableau 07: Répartition des décès selon la wilaya au cours du 2 ^{ème} semestre 2014.....	P 29
Tableau 08: La repartions des médecins généralistes par daïra en 2018.....	P 31
Tableau 09: Répartition du médecin généraliste par établissement public de santé de proximité en 2018.....	P 32
Tableau 10: Répartition des médecins généralistes privés par Daïra dans la wilaya de Bejaia en 2018.....	P 32
Tableau 11: Répartition des gynécologues de la wilaya de Bejaia par daïras en 2018.....	P 33
Tableau 12: Répartition des maternités intégrée dans les (EPSP) de la wilaya de Bejaia par daïras en 2017.....	P 34
Tableau 13 : Répartition des maternités intégrée dans les EPH et CHU de la wilaya de Bejaia par daïras en 2017.....	P 35
Tableau 14 : Activités des maternités du CHU et les EPH) en 2017.....	P 36
Tableau 15: Répartition des activités des maternités des (EPSP) au niveau de la wilaya de Bejaia par daïras en 2017.....	P 38
Tableau 16 : les activités des maternités des cliniques privées en 2017.....	P 40
Tableau 17 : Profil personnel des enquêtés.....	P 47
Tableau 18 : Paiement de loyer de logement.....	P 48
Tableau 19 : Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité.....	P 48

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableau 20 : catégorie des enquêtées qui ne travaillent pas.....	P 49
Tableau 21 : Branche d'activité des enquêtées	P 50
Tableau 22 : Distribution des conjoints selon l'exercice ou non d'une activité.....	P 50
Tableau 23 : Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas	P 51
Tableau 24 : La répartition de Branche d'activité des conjoints.....	P 52
Tableau 25 : Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins maternels.....	P 53
Tableau 26 : distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux services de santé maternels.....	P 54
Tableau 27 : distribution des enquêtés selon l'état civil et le renoncement aux services de santé maternels.....	p 54
Tableau 28 : distribution des enquêtés selon leurs niveau d'instruction et le renoncement aux services de santé maternels.....	P 55
Tableau 29 : Distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction de leurs conjoints et le renoncement aux soins maternels	P 56
Tableau 30 : Distribution des enquêtées selon leur revenu et le renoncement aux maternels.....	P 57
Tableau 31 : Distribution des enquêtées selon le revenu global et le renoncement aux soins maternels	P 58
Tableau 32 : Distribution des enquêtées selon l'exercice d'une activité ou non et le renoncement aux soins maternels.....	P 59
Tableau 33 : Distribution des enquêtée selon l'exercice d'une activité de leurs conjoints ou non et le renoncement.....	P 60
Tableau 34 : Distribution des enquêtée selon le paiement de loyer ou non et le renoncement aux soins maternels.....	P 61
Tableau 35 : Distribution des enquêtées selon l'assurance ou non et le renoncement à des soins de santé maternels.....	P 62.

LA LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 36 :** Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement au soins maternels.....P 62
- Tableau 37 :** Distribution des enquêtées selon le renoncement et le temps à mettre pour accéder à un gynécologue.....P 63
- Tableau 38 :** Distribution des enquêtées selon le mode de déplacement pour accéder au gynécologue et le renoncement aux soins maternels.....P 64
- Tableau 39:** La répartition des raisons de renoncement aux soins maternels.....P 65
- Tableau 40 :** La répartition de lieu d'accouchement des enquêtées.....P 66
- Tableau 41 :** Distribution des enquêtées selon le lieu d'accouchement et les raison du choix de maternité publicP 67
- Tableau 42 :** Distribution des enquêtées Selon le lieu d'accouchement et les raison du choix de maternité privé.....P 68
- Tableau 43 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le choix de maternité public.....P 69
- Tableau 44:** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le choix de maternité privé.....P 70
- Tableau 45:** distribution des enquêtées selon la tranche de revenu global et le choix de maternité public.....P 70
- Tableau 46:** distribution des enquêtées selon la tranche de revenu global et le choix de maternité privé.....P 72
- Tableau 47 :** distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction et la première destination en cas d'accouchement.....P 73
- Tableau 48 :** distribution des enquêtées selon le nombre d'enfant et la première destination en cas d'accouchement.....P 74
- Tableau 49 :** distribution des enquêtées selon le lieu de résidence et le lieu d'accouchement publicP 75

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableau 50 : distribution des enquêtées selon le lieu de résidence et le lieu d'accouchement privé.....P 75

Tableau 51 : distribution des enquêtées selon la branche d'activité et le lieu d'accouchement.....P 76

Tableau 52 : distribution des enquêtées selon la satisfaction des services maternités et le lieu d'accouchement public P 77

Tableau 54 : distribution des enquêtées selon la satisfaction des services maternités et le lieu d'accouchement privé.....P 78

LA LISTE DE FIGURE

Figure 01 : La répartition de maternité par régions en Algérie en 2014.....	P 25
Figure 02: la répartition des PMI par régions en 2014.....	P 27
Figure 03: Evolution de taux de la mortalité entre 1999 et 2014.....	P 28
Figure 04: Les causes de la mortalité maternelle en 2009.....	P 29
Figure 05: Répartition des décès par région au cours du 2 ^{ème} semestre 2014.....	P 30
Figure 06: Répartition des maternités intégrée dans les EPH et CHU de la wilaya de Bejaia par dairas en 2017.....	P 35
Figure 07: Les types d'accouchement du CHU en 2017.....	P 37
Figure 08 : Les types d'accouchement du EPH en 2017.....	P 38
Figure 09 : Les types d'accouchements dans les EPSP en 2017.....	P 39
Figure 10 : Les types d'accouchements dans les cliniques privés en 2017	P 41
Figure 11 : Payer le loyer de logement.....	P 48
Figure 12 : Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité.....	P 49
Figure 13 : Catégorie des enquêtées qui ne travaillent pas.....	P 49
Figure 14 : Branche d'activité des enquêtées	P 50
Figure 15 : Distribution des conjoints selon l'exercice ou non d'une activité.....	P 51
Figure 16 : Catégorie des conjoints qui ne travaillent pas.....	P 51
Figure 17 : Branche d'activité des conjoints	P 52
Figure 18 : Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins maternels.....	P 53
Figure 19 : Distribution des enquêtées selon l'âge et le renoncement au service de santé maternel	P 54
Figure 20 : Distribution des enquêtées selon l'état civil et le renoncement au service de santé maternels.....	P 55

LA LISTE DE FIGURE

- Figure 21:** distribution des enquêtés selon leurs niveau d’instruction et le renoncement aux services de santé maternels.....P 56
- Figure 22 :** Distribution des enquêtées selon le niveau d’instruction de leurs conjoints et le renoncement aux soins maternelsP 57
- Figure 23:** distribution des enquêtées selon leur revenu et le renoncement en aux soins maternels.....P 58
- Figure 24 :** distribution des enquêtées selon le revenu global et le renoncement en aux soins maternels.....P 59
- Figure 25 :** Distribution des enquêtées selon l’exercice d’une activité ou non et le renoncement aux soins maternels.....P 60
- Figure 26:** Distribution des enquêtée selon l’exercice d’une activité de leurs conjoints ou non et le renoncement.....P 60
- Figure 27 :** Distribution des enquêtée selon le payement de loyer ou non et le renoncement aux soins maternels.....P 61
- Figure28 :** Distribution des enquêtées selon l’assurance ou non et le renoncement ou non à des soins de santé maternels.....P 62
- Figure 29 :** Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins de santé maternelsP 63
- Figure 30 :** Distribution des enquêtées selon le temps à mettre pour accéder a un gynécologue et le renoncement aux soins santé maternelsP 64
- Figure 31:** Distribution des enquêtées selon le mode de déplacement pour accéder au gynécologue et le renoncement aux soins maternels.....P 65
- Figure 32:** La répartition des raisons de renoncement aux soins maternels.....P 65
- Figure 33 :** La répartition de lieu d’accouchement des enquêtées.....P 66
- Figure 34:** Distribution des enquêtées selon le lieu d’accouchement et les raison du choix de maternité publicP 67

LA LISTE DE FIGURE

- Figure 35 :** Distribution des enquêtées Selon le lieu d'accouchement et les raison du choix de maternité privé.....P 68
- Figure 36 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le choix de maternité public.....P 69
- Figure 37 :** Distribution des enquêtées selon la tranche de revenu et le choix de maternité privé.....P 70
- Figure 38:** distribution des enquêtées selon la tranche de revenu global et le choix de maternité public.....P 71
- Figure 39:** distribution des enquêtées selon la tranche de revenu global et le choix de maternité privé.....P 72
- Figure 40 :** distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction et la première destination en cas d'accouchement.....P 73
- Figure 41 :** distribution des enquêtées selon le nombre d'enfant et la première destination en cas d'accouchement.....P 74
- Figure 42 :** distribution des enquêtées selon le lieu de résidence et le lieu d'accouchement publicP 75
- Figure 43:** distribution des enquêtées selon le lieu de résidence et le lieu d'accouchement privé.....P 76
- Figure 44 :** distribution des enquêtées selon la branche d'activité et le lieu d'accouchement.....P 77
- Figure 45 :** distribution des enquêtées selon la satisfaction des services maternités et le lieu d'accouchement publicP 77
- Figure 46 :** distribution des enquêtées selon la satisfaction des services maternités et le lieu d'accouchement privé.....P 78

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

Sujet du mémoire

Contribution à l'étude des inégalités sociales d'accès aux soins maternels en Algérie.

Cas de la wilaya de Bejaia.

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

- Numéro du questionnaire :
- Commune de:
- Date de l'enquête :.....
- Nom de l'enquêteur : **Ayache Nawel et Ben Cherif Samira**

I-Situation socio professionnelle :

1. Quel âge avez –vous ?

.....Ans.

2. Quel est votre état civil ?

Marie Veuve

Divorcé

3. Avez –vous des enfants ?

Oui Le nombre.....

Non

4. Combien de personnes vivent dans votre foyer ?

.....personnes

5. Quel est votre niveau d’instruction ?

Primaire Universitaire

Moyen Sans instruction

Lycée

6. Quel est le niveau d’instruction de votre conjoint ?

Primaire Universitaire

Moyen Sans instruction

Lycée

7. Quel est votre lieu de résidence ?

Rural

Urbain (ville)

8. Vous ou votre famille, payez-vous un loyer pour votre logement ?

Oui Non

9. Dans le cas où vous êtes locataire ou si votre habitation est en cours d’acquisition, combien vous déboursez en moyenne chaque mois ?DA

II -Emploi et revenu :

10. Exercez –vous une profession :

Oui Non

11. Si non, êtes-vous :

Chômeuse Etudiante

Femme au foyer Retraité

12. Si oui, dans quelles branches d'activité ?

Enseignement Industrie

Service Autres....

Santé

13. Est-ce dans le :

Public

Privé

14. Si dans le privé, êtes vous assurés ?

Oui

Non

15. Quel est le type de contrat de travail ?

Contrat à durée déterminée (CDD)

Contrat à durée indéterminée (CDI)

Contrat de pré-emplois

Autres....

16. Veuillez situer la tranche de revenu au quel vous appartenez ?

Moins de 20 000 DA

Entre 25000 da et 40 000 DA

Entre 45000 da et 50 000 DA

Entre 60 000 da et 65000 DA

Plus 65000 DA

17. Votre conjoint exerce-t-il une profession ?

- Oui Non

18. Si non, est –il :

- Chômeur Etudiant Retraité

19. Si oui, dans quelle branche d'activité ?

- Bâtiments et travaux publics (BTP)
 Agriculture
 Industrie
 Commerce /Artisanat
 Service
 Santé
 Enseignement
 Autres....

20. Votre conjoint est –il assuré ?

- Oui
 Non

21. Quel est le Type de contrat de travail de votre conjoint ?

- Contrat à durée déterminée (CDD)
 Contrat à durée indéterminée (CDI)
 Contrat de prés emplois
 Autres....

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

- Moins de 18000 DA
 Entre 18000 et 30000 DA
 Entre 30 000 et 45000 DA
 Entre 45000 et 60 000 DA
 Entre 60 000 et 100 000 DA

100 000 DA et plus

III Consommation, accès aux soins maternels

23. Comment est votre état de santé lors de la dernière grossesse?

Très bon

Mauvais

Bon

Très mauvais

Moyen

24. Combien de temps vous mettez pour accéder au gynécologue le plus proche de chez vous ?

Moins de 30 minutes

1 heures

2 heures

Plus de 2 heures

25. Quel mode de déplacement utilisez –vous ?

A pieds

Transport en commun

Voiture

Taxi

26. Au cours de votre dernière grossesse, avez-vous été suivi par un gynécologue ?

Oui

Non

27. Si oui, combien de fois avez-vous consulté ce gynécologue au cours de la grossesse ?

.....fois

28. Pour la consultation chez un gynécologue, avez- vous pris rendez-vous ?

Moins de 5 jours

10 jours

Deux semaines

Un mois

Plus d'un mois

Autres

29. Ce délai d'attente vous semble-t-il ?

Acceptable

Normal

Déjà trop long

30. Où avez-vous accouché lors de la dernière grossesse ?

Public

Privé

31. Pour quelles raisons ?

Possibilités financières limitées

Le plus près de chez vous

Manque de moyen pour aller ailleurs

Le seul à qui vous faites confiance

Autres, précisé

32. Êtes-vous satisfaites des services de ces maternités ?

Pas du tout

Très satisfaites

Moyen

33. Avez-vous déjà eu un frottis cervico-utérin (appelé «également frottis) ?

Oui, il y a moins de 3 ans

Non, jamais

Oui, il y a entre 3 et 5 ans

Oui, il y a plus de 5 ans

34. Si non, pourquoi ?

Votre médecin ne vous a pas demandé de le faire ?

Vous n'aimez pas cet examen ?

Pour des raisons financières ?

Autres, précisez

35- Avez-vous déjà eu une mammographie (radiographie des seins) ?

Oui

Non, jamais

36. Si oui, votre dernière mammographie vous a été prescrite :

- Car vous aviez des problèmes (nodule...), des symptômes concernant vos seins...
- Pour une simple surveillance
- Alors que vous aviez déjà eu un cancer du sein....
- Autres, (précisez)

37. Si non, pourquoi ?

- La peur de découvrir une éventuelle maladie
- Votre médecin ne vous a pas proposé de la faire
- Pour des raisons financières
- Autres, précisez.....

IV-Renoncement aux soins maternels

38. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour vous-même, à des soins maternels dont vous aviez besoin?

- Oui Non

39. Si oui, pour quelles raisons avez-vous renoncé à ces soins ?

- Raisons financières
- Raisons d'éloignement géographiques
- Autres, veuillez préciser

TABLE DE MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	III
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1

CHAPITRE I :LES INEGALITESDE SANTE, L'ACCES AUX SOINS ET SOINS MATERNELS :CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQU

Introduction	4
1.CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUX SOINS	4
1.1.La santé	4
1.1.1.Définition.....	4
1.1.2.Les determinants sociaux de la santé	5
2. Les inegalités de santé.....	6
2.1.Définition	6
2.2.Definition des inegalités sociales de santé	7
2.3.Les determinants des inegalités sociales de santé	8
3.Les inegalités territoriales de santé.....	8
4.1.L'accés aux soins	9
4.1.Definition	9
4.1.Les dimensions d'accés aux soins.....	10
4.2.Les facteurs d'utilisation des services de santé.....	11

4.4. Les enjeux de l'accès aux soins	12
4.5. Les carecteristiques d'accès aux soins.....	14
4.5.1. Les inégalites d'accès primaire.....	15
4.5.2. Les inégalites d'accès secondaire.....	15
5. Le renoncement aux soins.....	16
5.1. Definition.....	16
5.2. Les causes de renoncement.....	16
5.3. Les raisons financières du renoncement.....	17
II. GENERALITE SUR LES SOINS MATERNELS	18
1. Notion relatives aux soins maternels	18
1.1. Définition des soins maternels	18
1.2.La santé maternelle.....	19
1.3.Les soins obstétricaux.....	19
1.4.Les femmes enceintes.....	20
1.5.L'accouchements.....	20
1.5.1Définition	20
1.5.2.Les déffirents types d'accouchement.....	20
1.6.La mortalité maternelle	21
1.6.1.Définition	21
1.6.2.Les causes du décès.....	21
1.6.3.Les facteurs de la mortalité	23
Conclusion.....	24

CHAPITRE II :

LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Introduction 25

1. LA REPRITION DE L'OFFRE DE SOINS MATERNELS EN ALGERIE..... 25

1.La répartition de l'offre de soins maternels en algérie 25

1.1.L'offre de soins maternels 25

1.2.L'offre de soins en PMI 26

1.3.La répartition des PMI par régions..... 27

2.Etat des lieux sur la mortalités maternels 28

2.1.Evolution de la mortalité maternelle en Algérie.....28

2.2.Les causes de la mortalité maternelle en Algérie 29

3.Les décès maternels selon les régions en 2014 30

II.LA REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS MATERNELS DANS LA WILAYA DE BEJAIA 30

1.Présentation de la wilaya de Béjaia 30

1.1.Situation géographique..... 31

1.2.Organisation Administrative31

1.3.Population.....31

2.La répartition de médecin gènèraliste et gynécologues 31

2.1.La répartition de médecin généraliste public31

2.2.La répartition de médecin gènèraliste privé par daïra 33

2.3.La répartition de gynécologue.....34

3.La répartition géographique des maternités dans la wilaya de Béjaïa.....34

3.1.Les maternités publics.....34

3.1.1.La répartition des maternités intégrée dans les EPH et les CHU.....	35
3.1.2.L'activité des maternités public dans les CHU et EPH.....	36
3.1.3.L'activité des maternités public dans les EPSP.....	38
3.2.Les maternités privés.....	40
3.2.1.L'activités du maternités privé.....	40
Conclusion.....	42

CHAPITRE III :

ETUDE EXPLORAIRE SUR LE NIVEAU ET LES DETERMINANTS DE L'ACCESSIBILITE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Introduction	43
I. PESENTATION ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE	43
1.L'objectif du questionnaire.....	43
2.L'échantillon et la méthode l'enquête	43
3.Le déroulement de l'enquete	44
4.Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête.....	44
II.ANALYSE ET INTERPR2TATION DES RESULTATS	45
1.Caractéristique générales de l'échantillon.....	45
1.1. Emploi et revenu.....	47
2.Présentation et analyse les tableau	52

1. Le renoncement aux soins maternels.....	52
1.1. Le renoncement et l'âge	52
1.2. Le renoncement et l'état civil.....	54
1.3. Le renoncement et niveau d'instruction des enquêtées.....	54
1.4. Le renoncement aux soins maternels et le niveau d'instruction du conjoint.....	55
1.5. Le renoncement et revenu des enquêtées.....	56
1.6. Le renoncement et le revenu global.....	57
1.7. L'exercice d'une activité et le renoncement aux soins maternels.....	58
1.8. Le renoncement et l'exercice d'une activité des conjoints ou non	59
1.9. Le renoncement et le paiement de logement.....	60
1.10. La couverture sociale et le renoncement aux soins maternels.....	60
1.11. Le lieu de résidence et le renoncement aux soins maternels.....	61
1.12. Le renoncement et Le temps à mettre pour accéder à un gynécologue.....	62
1.13. Le renoncement et le moyen de déplacement.....	63
1.14. Les raisons du renoncement aux soins maternels.....	64
2. L'accouchement dans les maternités publiques et privés.....	65
2.1. Les raisons du choix des maternités.....	66
2.1.1. Les raisons du choix de maternité public.....	66
2.1.1. Les raisons du choix de maternités privés.....	67
2.2. Le revenu et la première destination en cas d'accouchement.....	67
2.3. Le revenu global et la première destination en cas d'accouchement	69
2.4. Le niveau d'instruction et le choix de lieu d'accouchement.....	71
2.5. Le nombre d'enfant et le choix de lieu d'accouchement.....	72

2.6. Le lieu de résidence et le choix de lieu d'accouchement public.....	73
2.7. Le lieu de résidence et le choix de lieu d'accouchement privé.....	74
2.8. La branche d'activités des enquêtées et le lieu d'accouchement.....	74
3. La satisfaction des services maternités.....	75
3.1. La satisfaction des services maternités public.....	75
3.2. La satisfaction des maternités privée.....	76
Conclusion.....	77
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	79

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

Liste des tableaux

Liste des figures

RESUME

En Algérie, la mortalité maternelle enregistrée chaque année pèse lourdement sur la population. Le taux de mortalité maternelle, constitue toujours, un problème de santé publique, et cela malgré les efforts consentis par le pays en matière de santé publique et plus particulièrement en santé maternelle.

L'objectif de notre travail est de tenter d'étudier les inégalités sociales d'accès aux soins maternels la wilaya de Bejaia. De ce fait, nous essayer d'analyser les déterminants d'accès et de recours aux soins maternels ainsi que les raisons du choix de lieu d'accouchement. Par ailleurs nous allons essayer d'analyser la satisfaction des enquêtées par aux services des maternités. A cet effet, nous avons entrepris une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia. Nous concluons ainsi d'après les résultats de l'enquête que le revenu global des enquêtés a une influence plus au moins sur le choix du secteur, et le niveau d'instruction des enquêtées influence sur le renoncement aux services de santé maternels , par contre le niveau d'instruction du leurs conjoints n'a pas d'influence sur le renoncement de soins maternels.

Mot clés : Soins maternels, , Inégalité sociale de santé, renoncement aux soins, Algérie. Bejaïa,