

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



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

MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de
MASTER EN SCIENCES ECONOMIQUES
Option : Economie du Développement

L'INTITULE DU MEMOIRE

La problématique des équipements médicaux dans les établissements publique de santé : Distribution spatiale et politique de maintenance (Cas de la wilaya de Bejaia)

Préparé par :

- LAIB EL Mahdi
- TEBBACHE Hadi

Dirigé par :

- Mr. FOU DI Brahim

Date de soutenance : 08 /09/2019.....

Jury :

Président : CHALANE Smail.....

Examineur : MESSAIL.....

Rapporteur : FOU DI Brahim.....

Année universitaire : 2018/2019

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Dieu le tout puissant, qui nous a donné le courage et la volonte pour réaliser ce modeste travail.

Ce travail a bénéficié de la coopération de plusieurs personnes qui méritent d'être remerciées.

Nous tenons d'abord à remercier vivement notre promoteur Mr FOUDI Brahim pour sa disponibilité et son aide inestimable tout au long de ce travail, ses exigences professionnelles nous ont données plus d'ambition. Nous lui sommes redevables de nous avoir fait bénéficier de ses qualités, qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance .

Dans le même sillage, nous voudrions aussi exprimer nos reconnaissances à tout le personnel de la DSP de Béjaïa.

Nous remercions aussi les responsables des établissements de santé publics de la wilaya de Béjaïa ainsi que ceux du CHU de Bejaïa,

Non remerciements vont également aux membres de jury, qui ont accepté d'examiner et d'évaluer ce travail.

Merci à nos amis (es), pour leur disponibilité et leur constance. Sans épargner nos camarades de promotion, qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Enfin, nos reconnaissances à nos familles

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

- *Mes chers parents à qui me serait difficile d'exprimer ma profonde gratitude pour l'éducation qu'ils m'ont prodigué, et pour leur encouragement tout au long de mes études et pour tous les sacrifices qu'ils ont consentis à mon égard*
- *Mes très chers frères et sœurs, ainsi que*
- *Mon binôme mahdi et toute sa famille*
- *Mes amis(es), aussi toutes celles et tous ceux qui m'ont aidé de près ou deloin à la réalisation de ce travail*
- *Toute la promotion 2018/2019 Master II « Economie de développement ».*

TEBBACHE Hadi

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

➤ *Mes très chers parents, qui m'ont soutenu durant la période de mes*

études, que

Dieu les préservent de tous malheurs

➤ *Mes très chers frères et sœurs*

➤ *A tous (es) mes amis (es) qui m'ont également soutenu et encouragé*

afin que je puisse, enfin, présenter ce travail

➤ *À mon binôme, Hadi et toute sa famille*

➤ *Et à Toutes les personnes qui me connaissent.*

LAIB Mahdi

Sommaire

INTRODUCTION.....	01
CHAPTIRE I : FONDEMENTS THEORIQUE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE	
Introduction.....	04
1. Cadre conceptuel d'accès aux soins	05
2. Fondements théorique des inégalités des soins de santé	09
3. La qualité de soin.....	19
Conclusion	22
CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA	
Introduction	23
1. Généralités théoriques et fonctionnelles initial sur le système de soins de santé.....	23
2. Organisation du système de soin en Algérie.....	31
3. Le système de soins de santé Bejaia : quelle place pour les équipements médicaux : cas de la wilaya de Bejaia.....	34
Conclusion.....	38
CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPARTITION DES DISPOSITIFS MEDICAUX DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DANS LA WILAYA DE BEJAIA	
Introduction.....	39

1. Conception et réalisation de l'analyse auprès de la direction de sante publique de la wilaya Bejaia (DSP) et de centre hospitalier universitaire (CHU) de Bejaia.....	39
2. Répartition et disponibilité des équipements médicaux.....	41
3. Essai d'analyse le programmes de maintenance des équipements médicaux auprès des responsables de la maintenance des matériels médicaux dans des établissements de santé publique dans la wilaya de Bejaia.....	51
Conclusion.....	61
Conclusion générale	63

Références bibliographie

Annexes

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CDSS : La Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CD : Chirurgien-dentiste

CNE : Conseil National Economique

DSP : la Direction de Santé et de la Population

EPH : Établissement Public Hospitalier

EHS : Établissement Hospitalier Spécialisé

EHU : Etablissement Hospitalo-universitaire

EH : Etablissement Hospitalier

EPSP : Établissement Public de Santé de Proximité

ISS : Les Inégalités Sociales de Santé

IOM : L'institut de médecine des États-Unis

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

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

MS : Médecin Spécialiste

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondial de la Santé

PH : Pharmacien

PA : Personnel Administrative

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

L'amélioration de l'état de santé d'une population et le développement économique sont étroitement liés¹. 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.

Le système de santé représente l'une des conditions du développement économique, social et individuel, le premier objectif d'une politique de santé est d'améliorer la santé des citoyens qui dépend de tout un ensemble de facteurs, dont le système de soins. L'objectif secondaire de la politique de santé est d'assurer un accès équitable aux soins médicaux diriger efficacement les établissements médicaux et de gérer aussi les équipements de santé publique de manière efficace et équitable.

L'accès aux soins est l'un des droits fondamentaux de l'utilisateur, Il peut s'expliquer comme la faculté offerte à chacun de recevoir des soins préventifs ou curatifs sans référence à une situation sociale ou à un état de santé.

L'offre de soins correspond à l'ensemble des infrastructures, ressources humaines et matériels qui contribuent à la production de services de santé au profit de la population.

Aujourd'hui, les établissements de santé représentent une véritable contribution au développement économique du fait de son rôle dans la lutte contre les maladies et pour l'accès aux soins.

En Algérie, l'offre de soins est assurée par des établissements de santé publique (établissements hospitaliers et extrahospitaliers) et des structures de soins privées (cliniques médicales chirurgicales, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques etc.), qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature curatives ou préventives.

Le matériel médical joue un rôle important dans toutes les étapes de la prestation qualitative des soins de santé, des interventions les plus simples, comme la prise d'une pression artérielle aux chirurgies complexes.

¹Kaïd-Tlilane N. : « système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé de L'enfant, enquête de la wilaya de Bejaïa ». Thèse de doctoral, Université d'Alger, 2003, P.10.

INTRODUCTION GENERALE

Ce matériel vise à améliorer la santé et le bien-être des patients en contribuant à prévenir, diagnostiquer et à soigner les maladies, à soulager la douleur et la souffrance, ainsi qu'à prolongé ou sauver des vies.

Le matériel médical est de plus en plus nombreux et complexes, notamment en raison des progrès médicaux et technologiques. Les dispositifs médicaux sont considérés comme essentiels aux services fournis pour la prévention, le diagnostic, le traitement des maux et maladies, et les soins de réadaptation.

La contribution des ressources humaines et des technologies sanitaires dépendre un système de santé contemporain, les équipements médicaux, permettent de doter les prestataires de soins de santé d'outils pour qu'ils puissent remplir leurs fonctions efficacement, et aussi qu'ils permettent d'améliorer le service de santé.

Partant delà, notre problématique s'articule autour de la question principale suivante :
Quelle est la réalité des matériels médicaux sur sa gestion (disponibilité et répartition) et son état et sa politique de maintenance au niveau de secteur public dans la Wilaya de Bejaia ?

Pour bien mener notre travail, un certain nombre de questions mérite réflexion à savoir :

- Comment le matériel médical est-il réparti au niveau des établissements public dans la wilaya de Bejaia ?
- Dans quel état sont les matériels médicaux déjà sur place ?
- Y a-t-il programme de la maintenance des équipements médicaux ? et dans quelle mesure il est observé sur le terrain ?

Afin de tenter de répondre à toutes ces questions, nous posons les hypothèses suivantes :

- ✓ Les facteurs démographiques influencent sur la disponibilité et la répartition du matériel médical.
- ✓ La gestion du matériel est pauvre au niveau des établissements publics.
- ✓ Le programme de maintenance des équipements médicaux comprend des procédures d'inspection et des maintenances préventives et correctives.

INTRODUCTION GENERALE

Dans le cadre de ce modeste travail, nous tenterons d'apporter des réponses à notre problématique de recherche. C'est pourquoi la méthodologie de notre recherche s'est construite sur trois étapes. D'abord, une recherche documentaire basée sur la consultation des ouvrages, des mémoires, des rapports, des documents, des articles, ainsi que des sites internet. Ensuite, nous avons procédé à une collecte de données secondaires relatives à notre thème effectuées au niveau de la DSP de Bejaïa et du CHU de Bejaia. Enfin, nous avons procédé à une collecte de données primaires. Pour ce faire, nous avons effectué une série d'entretiens explorait avec le responsable de la DSP de Bejaïa et le technicien du CHU de Bejaia. Dans le but de mener à bien notre travail et en fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en trois chapitres, présentés comme suit :

Le premier chapitre correspond aux fondements théoriques de l'accès aux soins de santé ce chapitre contient trois sections : La première section présentera un aperçu sur l'accès aux soins de santé en général. La deuxième section, consacrée pour les inégalités des soins de santé. La troisième section, enfin est consacrée à la qualité de soins.

Le deuxième chapitre s'intitule : Le système de soins algérien, qui contient trois sections. La première section consacrée à la présentation de généralité sur le système de soins en Algérie. La deuxième section est consacrée à l'organisation du système de soins en Algérie ainsi que les ressources et les infrastructures de soins de santé. La troisième section est consacrée pour le système de soins de sante de Bejaïa, ou nous présenterons des statistiques sur les professionnelles de santé et aussi pour les infrastructures de soin de santé dans la wilaya de Bejaïa

Le dernier chapitre s'intitule : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics de la wilaya de Bejaia réalité sur terrain dans la wilaya de Bejaïa. Ce chapitre est basé sur la collecte de données primaires issues des études exploratoires à partir des recherche sur le terrain réalisées au niveau de la Wilaya de Bejaïa, cette collecte pris dans la ville de Bejaïa où nous réaliserons, analyserons et interpréterons, les données que nous avons collecté, nous avons pour but de vérifier sur terrain comment nos techniciens effectuent le programme de maintenance des matériels médicaux.

INTRODUCTION

*"Avoir une bonne hygiène de vie et une santé de fer importe à tout être humain et la durabilité du développement économique et social"*¹, le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins de santé, quel que soit ses revenus, ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux patients par le système de protection sociale fondé sur la solidarité. Tous les acteurs de santé les professionnels, les établissements et les infrastructures de santé, les organismes de protection ou de soins, les autorités sanitaires doivent employer tous les moyens à leur disposition pour le mettre en œuvre au bénéfice de toutes personnes.

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

¹OMS : rapport, 'Système de santé', 2010, in www.who.int.P1

1. CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUS SOINS

Dans cette première section, nous allons essayer de définir quelques concepts de base liés à la notion d'accès aux soins. Ainsi, après avoir défini la notion de d'accès au soin, nous passons aux démentions et caractéristiques d'accès aux soins.

1.1. Définition de l'accès aux soins

La définition de l'OMS sur l'accès aux soins est comme suit : *«droit de jouir du meilleur état de santé possible»* qui compromet un ensemble de critères convenables sociales à l'état de santé de tous, surtout la disponibilité de services de santé, des conditions de travail sans risque, des logements adéquats et la nutrition. L'accomplissement du droit à la santé est profondément liée à la réalisation des autres droits de l'homme, notamment le droit (à l'alimentation, logement, travail, l'éducation, la non-discrimination, l'accès à l'information, la participation)².

Selon Picheral *« c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale»*. Autrement dit, mettre à disposition de tous les moyens nécessaires pour accéder aux services de santé.

Et pour Lambert, lui, il déclare que les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes Nations, où persistent des inégalités régionales et que des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées, c'est-à-dire, qu'il ya certaines populations qui n'ont pas le même droit d'accès à certains équipements et cela est dû en grande partie soit aux inégalités déjà existantes ou bien lié à la géographie.

Quant à Brunet, lui, il voit que *c'est la capacité à être atteint par une clientèle, un message un service. Elle dépend de l'état des moyens de transport et représente un coût : le monde entier est accessible en tous ses points mais le coût d'accès peut être très élevé. On compare l'accessibilité des villes, qui change dans le temps selon le mode de transport³, par ces mots Brunet affirme que l'accès aux soins est définitivement dépendant de la fluidité des*

²<https://www.who.int>

³ Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé<<Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins >>. Dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3 Pascal BONNET © 2002.P (5.6)

transports ainsi que de la somme que ça va engendrer lors de son déplacement.

1.2. Dimension d'accès aux soins :

Nous avons les démentions d'accès aux soins selon Piochera et selon l'OMS à savoir :

➤ **Selon la définition de Piochera** *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : **matérielle** et **sociale**, autrement dit, l'accès ne se fera qu'à travers la prédisposition matérielle et sociale.*

-Matérielle : L'accessibilité d'accès aux soins de santé qui se traduit par la possibilité et la disponibilité matérielle à atteindre aux services de soins, surtout la fonction du couple (distance / temps), donc de la proximité ou de l'éloignement des ressources sanitaires, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet effectuer.

-Social : indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas en soi l'utilisation réelle des soins (c'est-à-dire l'utilisation réelle du système). L'accessibilité fait également référence à la possibilité financière d'utiliser les services de santé (couverture, assurance sociale) ou l'innovation médicale (pratique, technologie, équipement, diffusion)⁴

➤ **Les dimensions de l'accès aux soins selon l'OMS**

L'OMS ne définit pas l'accès aux soins, mais traite des problématiques relatives à l'accessibilité à travers des notions de «droit à la santé» et de «La couverture sanitaire universelle»

Ainsi, la couverture santé universelle est placée lorsque les personnes obtiennent réellement les services de santé dont elles ont besoin. L'accès a trois dimensions :

-L'accessibilité physique: Cela signifie fournir des services de santé de qualité, à une portée raisonnable de ceux qui en ont besoin, et disposer d'heures d'ouverture, de systèmes de rendez-vous, ainsi que d'autres aspects liés à l'organisation et à la prestation des services. Des services permettant aux personnes d'accéder aux services dont ils ont besoin.

⁴Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé<<Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins >>. Dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3 Pascal BONNET © 2002.P(5).

-L'accessibilité financière: est la mesure de l'aptitude des gens au paiement des services sans contraintes financières. Cet élément prend compte et du prix des services sanitaires et des coûts indirects et d'opportunité (par exemple coûts des transports pour les établissements de santé et des congés pris). C'est le système de financement de la santé et les revenus des ménages qui influencent ce facteur.

-L'acceptabilité, qui est fonction de la volonté des gens d'utiliser les services : Cet est difficile à atteindre quand les patients constatent l'inefficacité de ces services ou lorsque des facteurs sociaux et culturels tels que la langue ou l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique ou la religion du répartiteur de soins les dissuadent de consulter⁵.

1.3. Caractéristiques d'accès aux soins

*"L'accès aux soins est l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé"*⁶. Autrement dit, l'individu aura une accessibilité immédiate des services sanitaires au moment du besoin afin de garantir de meilleur résultat.

1.3.1. Accès au soin primaire

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a défini les soins primaires comme suit : *<< le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.>>*⁷.

Alma-Atadéclare que Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils

⁵ Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Couverture sanitaire universelle et accès universel. <https://www.who.int>

⁶ ATELIER SOINS ET PRÉVENTION Réduction ou aggravation des inégalités sociales de santé. Pierre LOMBRAIL.

⁷ Les soins primaires << une définition du champ pour développer la recherche>>HAL.P6

sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Le premier niveau de contacts des personnes, ou groupe individus et de la société avec le système de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens, et ils forment le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire⁸. Et de ce fait soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

1.3.1.1. Rôle de soins de primaires :

- définissent les conditions économiques et les particularités socioculturelles et politiques du pays et des sociétés dont ils découlent et sont conçus sur une base désuète pertinentes de l'étude sociale et biomédicale et de la recherche sur les services sanitaires, ainsi que sur le domaine de la santé publique ;

- Ayant pour but la résolution des problèmes fondamentaux de la santé de la communauté, fournissant ainsi des services promotionnels, préventifs, de soins et de réadaptation nécessaires à cette fin ;

- créent au minimum : éducation sur les problèmes de santé qui se posent, les méthodes de prévention et de contrôle qui leur conviennent, promotion de bonnes conditions d'alimentation et de nutrition, approvisionnement en eau salubre et assainissement de base; soins de santé maternelle et infantile, notamment planification familiale, vaccination contre les principales maladies infectieuses, prévention et contrôle des maladies endémiques locales, traitement des maladies et blessures courantes et fourniture de médicaments essentiels;

- font Impliquer, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, le travail et les communications, et exiger une action coordonnée de tous ces secteurs ;

- Exige et maximise l'autonomie de la communauté et des individus et leur participation à la planification, l'organisation, le fonctionnement et le contrôle des soins de

⁸<<Le soin de santé primaires >>.Rapport de la Conférence internationale sur le soin primaires, Alma-Ata(URSS), 6-12 septembre 1978, OMS Genève, p3, 4

santé primaires, en tirant le meilleur parti des ressources locales et nationales et, à cette fin, par le biais d'un enseignement approprié, la capacité des communautés à participer;

➤ doivent être soutenus par des systèmes / orientation intégrés, fonctionnels et se renforçant mutuellement pour permettre l'amélioration progressive de services de santé complets accessibles à tous et en donnant la priorité à ceux qui en ont le plus besoin ;

➤ Utilisation du niveau local ainsi que les services de personnel médical à savoir: médecins, infirmiers, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, et, le cas échéant, de praticiens, socialement et techniquement, préparés à travailler en équipe et à rencontrer le personnel médical ainsi que les besoins exprimés par la communauté⁹.

1.3.2. Accès au soin secondaire

L'accès aux soins secondaires se fera après avoir pris en considération la nécessité de soin, c'est-à-dire, de la fourniture Par la construction du système de soins,

Primauté des soins curatifs, Multiples partitions, Variations spatiales des taux d'équipement et de la densité des professionnels de la santé.

✓ En omettant les besoins en **soins curatifs**.

✓ En omettant les besoins en **soins préventifs**.

-L'attention portée aux soins préventifs est totalement inadéquate.

-Les soins indiscriminés permettent aux inégalités de soins de perdurer.

-Il peut même les produire ou les aggraver si cela est fait par la source de soins dominante.

L'accessibilité de soin dans les établissements santé, a son rôle d'accueillir, orienter et soigner tous les patients présentant un problème de santé, en même temps qu'une insuffisance de couverture sanitaire qui représente des inégalités de soin de santé.

2. FONDEMENTS THEORIQUE DES INEGALITES DES SOINS DE SANTE

Dans un nombre progressif de population de nos territoires, qu'il soi d'un espace rural ou de zones urbaine faible, l'accès à un médecin, un chirurgien ou une infirmière devient de plus en plus difficile. Et aussi, dans ces territoires comme dans certaines villes, il est d'ailleurs

⁹ OMS/Déclaration d'alma-Ata sur les soins de santé primaires

Chapitre I : Fondements théorique d'accès aux soins de santé

difficile d'obtenir une consultation dans un délai convenable.

À l'inverse, dans les zones qui sont dotées en offre de soins, même si les professionnels ont des surplus d'honoraires pratiqués mais les malades rencontrent de réels difficultés financières d'accès aux soins. C'est a force de ca que les populations, a constater que n'ont pas un accès égal aux soins.

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

2.1. Définition des inégalités de santé

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale »¹⁰. Autrement dit, cette distinction de droit à la santé est dû à ce rapport qu'elle a et avec les soins fournis et avec le groupe ou le milieu social dont la personne est issue. En général, l'état de santé sera encore pire si on se situe dans une catégorie sociale défavorisée, cette distribution se faisant de manière progressive dans l'ensemble de la hiérarchie sociale. Ces inégalités concernent l'ensemble de la population et ne se limitent pas à une opposition entre les plus défavorisés et les autres. Ces inégalités sociales s'accompagnent d'inégalités territoriales reflétant les disparités socio-économiques des territoires, mais aussi les disparités d'offre et d'accessibilité locale des services de santé, sociaux et médico-sociaux.

La définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «équité en matière de santé», fait référence à «*l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement* »¹¹. Cela montre que l'absence de l'équité en matière de santé parmi la population se fait sentir que ça soit sur le plan social, ou sur le plan économique ou encore sur le plan géographique. Cet état de fait n'est pas la solution stricte des différences de santé entre les individus et toutes les inégalités soulignées ne peuvent être perçues comme "injustes".

2.2. Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales en matière de santé sont le résultat d'inégalités causé par les sociétés et exprimées dans des corps. En d'autres termes, les inégalités sociales en matière de santé sont la conséquence des processus par lesquels le social passe sous la peau¹².

Toute allusion à toute relation entre la santé et l'appartenance à une classe sociale provoque des inégalités sociales. Ils font référence aux différences, d'une manière générale, entre

¹⁰ Les inégalités sociales et territoriales de santé. Dossier Documentaire. Edition EHESP.P3

¹¹ Rochaix L., Tubeauf S. (2009) : « mesure de l'équité en santé : fondements éthiques et implications ».Revue Economique, Vol 60, N°2, P327.

¹² Réduire les inégalités sociales en santé. Sous la direction de LOUISE POTVIN MARIE-JOSÉ MOQUET CATHERINE M. JONES. Édition inpes .P38

hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont une incidence sur de nombreux aspects de la santé de la population¹³.

2.3. Les cause des inégalités sociales de santé

La source des inégalités sociales de santé est due à plusieurs facteurs et à sa complexité. Ces nombreux facteurs, situés en avant du système de santé et liés aux conditions sociales et économiques des personnes, à leur parcours de vie (personnel et professionnel), sont à la base de ces inégalités sociales de santé¹⁴.

2.3.1. Les conditions de travail et de vie :

*"Les personnes ayant un faible statut socio- économique sont confrontées à des conditions, matérielles et non matérielles, d'une vie moins saine, qui peuvent avoir des conséquences directes et néfastes sur leur santé. Les conditions matérielles de travail sont, de même, moins favorables aux groupes de faible statut socio-économique"*¹⁵, c'est-à-dire, Les personnes dont le statut socioéconomique est faible sont confrontées à des conditions matérielles et immatérielles d'une vie moins saine, ce qui peut avoir des conséquences directes et néfastes sur leur santé. Les conditions matérielles de travail sont également moins favorables pour les groupes à statut socio-économique bas. Ces conditions constituent une des principales causes expliquant les inégalités sociales de santé. Ainsi, pour « *toutes pathologies et catégories sociales confondues, le travail est tenu pour responsable de près d'un problème de santé sur cinq; mais la proportion peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories* »¹⁶. Cela montre aussi que ça peut s'agir de d'autres contraintes liées à l'immatérialité tel que le stress, le réseau et le soutien social qui sont distribués d'une manière inégale selon, encore une fois, les groupe socio-économiques.

2.3.2. Les comportements individuels :

Les comportements individuels de santé ont, aussi, engendré les inégalités en matière de santé. Ces comportements étant choisis et acceptés par chaque individu, *"qui sont*

¹³ Réduire les inégalités sociales en santé. Sous la direction de LOUISE POTVIN MARIE-JOSÉ MOQUET CATHERINE M. JONES. Édition inpes .P38.

¹⁴ Agence régionales de santé <<Les inégalités sociales de santé >>. Sous la direction de Bernard Basset. P17

¹⁵ Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de Soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université De PARIS DESCARTES, P8.

¹⁶ Bihl Alain, Pfefferkorn Roland, « Les inégalités sociales de santé », dans *revue ; Interrogations ?*, N°6. La santé au prisme des sciences humaines et sociales, juin 2008[enligne], <https://www.revue-interrogations.org/Les-inegalites-sociales-de-sante,271> (Consulté le 29 juin 2019).

dépendant de sa situation socio-économique, affectent négativement la santé publique, et favorisent l'apparition de plusieurs maladies. Exemples : les habitudes alimentaires ou de diverses addictions (tels que le tabagisme ou l'alcoolisme), qui varient significativement avec la catégorie socioprofessionnelle; les activités physiques et de loisirs sont plus importantes chez les personnes ayant un statut socio-économique favorable ; l'activité liée au travail étant plus intense dans les milieux défavorisés¹⁷, en d'autres termes, il semble que les individus qui dépendent de leur situation socio-économique représentent un danger pour la santé publique et agit sur elle d'une manière néfaste et favorisent survenue de certaines maladies chose qui est due aux habitudes alimentaires et à plusieurs dépendances, sans oublier l'impact de l'appartenance à une catégorie socio-économique favorable ou défavorable.

2.3.3. Accessibilité et recours aux soins

Les limites d'accès aux soins représentent certaines différences qui peuvent contribuer à la clarification des inégalités face à la maladie et la mort. Même le rôle du système de santé change avec la condition socio-économique des patients. De plus, « à âge et sexe comparables, un cadre ou assimilé consulte deux fois plus souvent un spécialiste et consomme en moyenne 1,9 fois plus de médicaments prescrits qu'un ouvrier non qualifié »¹⁸, cela démontre encore une fois que le statut socioprofessionnel joue un rôle assez important et décisif concernant la santé de l'individu. L'accessibilité ainsi que le recours aux soins est soumis à plusieurs facteurs. Dans la plupart des cas, la renonciation aux soins a un but financier(*le recours aux soins est fortement corrélé au revenu et au milieu social*)¹⁹. Ce même renoncement s'explique également par des raisons non financières : la fourniture de soins. Ainsi, la probabilité de décès augmente lorsque la densité médicale de la zone résidentielle diminue. Ce rapport est plus important pour les pays et les catégories sociales les plus pauvres²⁰.

2.3.4. La qualité/valeur des soins

Les inégalités sociales en matière de santé peuvent également être en étroite relation avec les différences de qualité des soins. Diverses études internationales ont montré que «*les médecins*

¹⁷Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de Soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université De PARIS DESCARTES, P9

¹⁸Bihl A., Feffberkorn R. : « Partie thématique : Les inégalités sociales... », op.cit. P73.

¹⁹Besnier M. (2008), Op. Cit. P10.

²⁰Idem., P 12.

prescrivaient moins d'examens de dépistage aux patients issus de classes sociales défavorisées »²¹. Ainsi, en plus de l'offre, le système de santé peut fournir différentes réponses, avec une pathologie égale, en onction de certains critères sociaux des patients.

La commission des déterminants sociaux de la santé(CDSS) a conçu ses travaux sur l'idée que les inégalités de santé proviennent d'interactions complexes entre ces divergents facteurs. Elle fait donc valoir que le manque de soins de santé ne soit pas la cause de l'énorme fardeau mondial de la maladie. Par exemple : *«les maladies d'origine hydrique sont causées non pas par le manque d'antibiotiques, mais par l'eau sale et par les forces politiques, sociales et économiques qui ne mettent pas d'eau potable à la disposition de tous; les maladies cardiovasculaires sont causées non pas par le manque d'unités de soins coronariens, mais plutôt par les habitudes de vie, façonnées par les environnements; l'obésité est causée non pas par une défaillance morale des personnes, mais plutôt par la disponibilité excessive d'aliments à forte teneur en gras et en sucre »²². L'intervention principale s'est portée sur les déterminants sociaux en matière de soins devait donc découler de l'extérieur du secteur de la santé.*

Une analyse détaillée des informations a été faite par La CDSS et a préconisé, dans son rapport final, " *trois principes d'action* »²³:

- ✓ les conditions de vie quotidienne doivent être améliorées.
- ✓ Faire face contre les inégalités dans la distribution du pouvoir, de l'argent et des ressources.
- ✓ La Mensuration du problème, l'analyse et l'évaluation de l'efficacité de l'action.

2.4. Les inégalités spatiales de santé

Le seul à faire l'objet d'une définition géographique précise est le territoire de santé, sur lequel sont établis des objectifs quantifiés d'offre de soins et examinés les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour répondre à une étude médicale de territoire.

L'inégalité spatiale de santé est de plus en plus présente dans le débat car le lien réel est partiellement nouveau. Aujourd'hui, le territoire est un concept connue, mais il n'est pas

²¹Idem., P 13.

²²Association des Infirmiers et Infirmières du Canada, « les déterminants de la santé », Edition AIIC, Novembre 2009, P3.

²³Association des Infirmiers et Infirmières du Canada, « les déterminants de la santé »op.cit.P4.

certain que son sens, et plus encore son utilité,

"Le lieu d'habitation des patients ou bien la disponibilité de l'offre de soins dans un territoire peut aussi être des facteurs explicatifs d'inégalités sociales et spatiales de santé, Ainsi, il est possible d'observer de grandes différences, en fonction du lieu de résidence ou de traitement des patients"²⁴. Ainsi, la certitude de l'importance du rôle que jouent l'espace et le traitement des malades qui contribue aux inégalités sociales sont indéniables.

2.4.1 La santé et sa géographie :

Selon le dictionnaire raisonné de la géographie de la santé (Picheral H. 2001), quatre définitions sont à souligner :

2.4.1.1. La santé et sa géographie :

"Synthèse et aboutissement de la géographie des maladies et de la géographie des soins, elle ne se réduit pas à leur juxtaposition. Elle correspond à la conception actuelle de la géographie médicale dans les pays anglo-saxons et germaniques (médical géographie, Geomedizin) trop longtemps assimilée à l'écologie médicale, à la pathologie géographique, voire à l'épidémiologie spatiale. La géographie de la santé adopte une démarche systémique sans renoncer à la macro-échelle, privilégie de plus en plus les échelles les plus fines. Elle a pour objet l'analyse spatiale des inégalités de santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé. Elle se fixe alors les objectifs suivants"²⁵ :

- ✓ Définir les territoires de la santé, l'encadrement des populations et la recherche de l'équité afin d'évaluer l'adaptation du système de soins aux besoins de santé.
- ✓ Participer à la géographie sociale et n'est guère éloignée de la géographie du bien-être (et de la médicométrie) sans cacher sa contribution à la santé publique (sanométrie).

2.4.1.2. Géographie des maladies

Étude de la répartition sociale et spatiale des maladies, souvent mélangée à tort, avec la géographie médicale.

²⁴Dorian Verboux. Variabilités des pratiques et inégalités d'accès aux soins en France : le cas de la cancérologie. Economies et finances. Université Paris-Est, 2016. Français. FfNNT : 2016PESC0065ff. fftel-01529197f

²⁵ <https://mafiadoc.com/la-geographie-de-la-sante> consulter le 15/05/2019

Deux démarches sont à suivre :

- Générale et monographique concernant la répartition de toute maladie à différentes échelles, elle se prête bien à l'analyse spatiale des épidémies et de leur diffusion, dont elles constituent de véritables modèles ;

- Régionale ou locale pour mensuration de l'état de santé d'une population dans un espace donné à travers son profil pathologique.

L'une et l'autre ont recours à la cartographie.

2.4.1.3. Géographie des soins :

C'est l'analyse de la société et de l'espace des ressources sanitaires (offre de soins) et du recours aux soins ainsi que du niveau de la couverture médicale des populations.

- ✓ Elle est non seulement constituante des volets de la géographie médicale mais aussi de celle de la santé.
- ✓ Elle maintient des relations réduites, méthodologiques et conceptuels avec l'économie de la santé, la sociologie et l'anthropologie médicale, et tend à prendre de plus en plus une dimension géopolitique.

Se reposant sur l'étude à différentes échelles des inégalités de santé en ce qui concerne:

- Localiser des professions de santé et des établissements de santé, démonstration de leur vision de l'espace (valeur, localisation) et qui détermine leur territoire professionnel (domaine médical), fruit de stratégies publiques et / ou privées (attraction);
- Distribution dans l'espace et dans le temps du système de santé et de l'ensemble du dispositif de distribution de biens et services médicaux et médico-sociaux (densité médicale, service médical, équipement sanitaire);
- Niveaux de couverture des zones rurales et urbaines (zones rurales et urbaines, développement, gestion, accessibilité) ou des régions ;
- Utilisation et fréquentation de services de santé reflétant les modes de pratique de l'espace (flux, secteur, espace santé) ;
- Utilisation des soins et consommation médicale par sexe, âge, origine sociale, revenus, régimes d'assurance maladie et la nature des prestations.

Elle s'appuie également sur les règles et les méthodes d'allocation de ressources pour un meilleur contentement des besoins de santé et d'une orientation plus opérante des investissements publics et privés concernant la planification sanitaire et d'aménagement sanitaire du territoire.

2.4.1.4. Géographie médicale

Vers 1772, un médecin allemand du nom de Finke l'a utilisée pour la première. Elle est toujours utilisée dans les pays anglo-saxons et anglophones (USA), mais peu à peu abandonnée en Europe au profit de la géographie de la santé. Elle rassemble deux volets :

- *"La géographie des maladies (ou écologie médicale), proche de l'épidémiologie par sa démarche biomédicale"* ;

- *"La géographie des soins, voisine de l'économie de la santé et de la sociologie médicale"*²⁶

L'actualisation du système de soins aux besoins de santé est l'un des objectifs principaux de la géographie des soins. Son objectif est l'étude globale et spéciale de la qualité de santé des populations, et de leur manière de gérer leur entourage (physique, social, économique, culturel) qui conçoivent à l'avancement ou à la détérioration de leur santé.

2.4.2. La carte sanitaire

La carte sanitaire se définit comme étant l'ensemble des ressources sanitaires déployées dans le pays pour réaliser au profit de la population des activités de promotion de prévention et de soins. Carte sanitaire est appelée aussi « offre de soins ». C'est un document technique conforme dans ses principes par un support juridique. Il définit les critères de planification et de régulation de l'offre de soins pour répondre dans les meilleures conditions possibles aux besoins sanitaires de la population.

2.3.2.1. Objectif de la carte sanitaire

- ✓ Garantir une excellente disponibilité des services pour le peuple.
- ✓ Amélioration de l'accessibilité aux soins et la réduction des inégalités par la correction des déséquilibres observés.

- ✓ Rationalisation du développement sanitaire du pays.

²⁶Marie-Odile Safon Véronique Suhard, Juillet 2017, institut de recherche et de la documentation en économie de santé IRDES <<La géographie de la santé>> Bibliographie thématique. P8/9

✓ Détermination du cadre adéquat pour le développement des infrastructures des équipements lourds et des ressources humaines nécessaires par région préfecture ou province et pour tout le territoire.

✓ La disposition d'un instrument efficace de régulation du développement et de l'offre de soins²⁷.

2.4.3. La démographie médicale

Cette démographie concerne l'étude des spécificités, récentes ou attendues, des professions médicales et paramédicales pour moduler les flux d'étudiants (numerus clausus), les autorisations d'exercice (pharmacies, laboratoires) à savoir : l'âge, le genre, les modes d'exercice, les activités et les revenus. Dans la pratique (institutions internationales, ministères et autres administrations), le terme fait référence à tout ce qui est relatif à la localisation des praticiens, à leur répartition dans l'espace, ce qui relève des notions de densité, desserte, voire de désert médical.

2.4.3.1. La densité médicale

Cette masse médicale est un pourcentage (nombre de praticiens pour N habitants) et non une relation d'individus à une unité de surface comme c'est l'usage en géographie. Les Anglo-Saxons utilisent même le terme médecin/population. Afin de déterminer le niveau de médicalisation d'une population dans un espace donné, on peut utiliser le terme de service médical.

2.4.3.2. Le désert médical :

"Le désert médical est une expression imagée pour qualifier une population et un espace peu ou mal médicalisés. Cependant, dans les sociétés développées, rares sont les territoires dépourvus de tout encadrement médical. Le désert médical désigne alors des zones mal desservies par le corps médical faute d'aménités, de pouvoir d'attraction et/ou d'accessibilité. Il s'agit le plus souvent de campagnes isolées ("rural profond") mais aussi de certaines banlieues défavorisées. La lutte contre les déserts médicaux fait l'objet de débats entre les partisans du libre-choix et ceux de la planification sanitaire"²⁸. En d'autres termes, le

²⁷ROYAUME DU MAROC MINISTERE DE LA SANTE INSTITUT DE FORMATION AUX CARRIERES DE SANTE DE RABAT 2^{ème} cycle -EPM, CARTE SANITAIRE ET SROS
MODULE DE L 'OFFRE DE SOIN, 2011/2013? P6/8.

²⁸<http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/demographie-densite-desert-desserte-medical-e>, consulter le 30-06-2019.

désert médical reste une formule métaphorique afin de désigner une population et un espace en mauvaise médicalisation ainsi que des zones dépourvues de dépourvus de couverture médicale.

Il existe plusieurs relations entre inégalités sociales et territoriales de santé. L'environnement géographique constitue un des caractéristiques de la santé. Les disparités sociales d'occupation du territoire sont clairement identifiées. En terme de l'inégalité (capital économique/culturel) de la population, d'une manière on peut dire que le territoire peut produire un impacte sur la santé. Les deux types en considération, des différent ces territoriales de santé et des inégalités sociales de santé se regroupent.

3. LA QUALITE DE SOIN :

La qualité de soin est une notion multidimensionnelle. Plusieurs définitions existent pour la désigner mais l'OMS en a gardé la suivante pour définir la qualité des soins.

«une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures ,de résultats et de contacts humains l'intérieur du système de soins"²⁹, d'après cette définition, on retiendra que la qualité de soin consiste à garantir et à mettre en disposition les services qui ont comme acte de diagnostic et de la thérapeutique pour le patient et cela en ayant comme objectif d'assurer un bon résultat de son bon déroulement et la satisfaction des patients.

3.1. Quelques définitions de la qualité des soins

La qualité des soins est définie par plusieurs auteurs, on citera l'institut de médecine des États-Unis (IOM), qui quant à elle la définit ainsi :

"Capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment"³⁰, autrement dit, la qualité des soins réside dans sa capacité à combiner les résultats de santé souhaitée avec le savoir existant.

²⁹ <http://www.santé-publique.fr/qualite-des-soins-definition> consulter le 20-05-2019.

³⁰ Approche conceptuelle de la qualité du soin, adsp, N°35, JUIN, 2001, P 24

Le concept de qualité des soins comprend les dimensions :

- **De pertinence** (*les soins ou les services sont appropriés aux besoins du patient/client, de la clientèle ou de la population*) ; en d'autres termes, chaque patient représente des besoins spécifiques propres à lui donc il recevra les soins qui lui seront adéquats.
- **D'efficacité** (*les soins ou les services produisent les résultats escomptés pour le patient/client, la clientèle et la population*); cette dimension traite de l'efficacité des soins et des services procurés aux patients les résultats espérés.
- **D'efficience** (*l'efficacité maximale est obtenue au moindre coût*)³¹. quoi de meilleur que d'atteindre un très bon résultat au moindre coût, un exploit pour les patients.

3.2. La qualité de soins et leur dimension principale³² :

Cinq catégories existent, à savoir : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience, sont élaborées par la dimension des soins dans le but d'évaluer la qualité selon les principales dimensions suivantes :

3.2.1. L'efficacité :

Cette dimension pour mesurer la qualité est la capacité d'obtenir les résultats souhaités (soins), à condition qu'ils soient bien administrés à ceux qui en ont besoin et non aux autres. Donabedian insiste sur le fait que l'efficacité est la capacité à obtenir une amélioration des résultats pour la santé. La pertinence (appropriations) est une notion proche qui est généralement intégrée à l'efficacité et signifie que les soins fournis répondent aux besoins cliniques et sont basés sur des recommandations médicales judicieuses.

L'efficacité est la capacité d'atteindre ou améliorer les résultats pour la santé. La pertinence (appropriations) est un concept proche qui est généralement intégré à l'efficacité et signifie que les soins fournis répondent aux besoins cliniques et sont basés sur des recommandations médicales assez solides.

³¹Pierre Éric Langlois(2015), mémoire <<LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS : UNE PRIORITÉ MONDIALE>>, P8.

³²La qualité des soins en France : <<comment la mesurer pour l'améliorer ?>> Zeynep Or (Irdes) Laure Com-Ruelle (Irdes), Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Décembre 2008.P4/15.

3.2.2. La sécurité :

La sécurité des soins repose sur le principe de ne pas nuire aux malades. Elle est la capacité de prévenir ou d'éviter les conséquences non désirées ou les dommages causés par les processus de soins eux-mêmes. Il s'agit d'une dimension étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle se distingue par la prévention des événements indésirables et la réduction des carences qualitatives dans les soins prodigués au patient.

3.2.3. L'accessibilité :

Cette troisième dimension facilite l'accès aux bons services de santé au bon moment. L'accès est envisageable du point de vue géographique, financier ou socio psychologique et nécessite que des services de santé soient disponibles à priori. L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et la capacité d'un système de santé à traiter tous les individus de la même manière, indépendamment de l'âge, du sexe, de la race et des ressources financières. Dans ce cas, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de population indépendamment de leur situation géographique, économique et sociale. La ponctualité est un concept qui concerne l'accès et fait référence au degré auquel les patients obtiennent rapidement les soins nécessaires. Cela inclut un accès opportun aux soins (obtenir des soins aux besoins) et une coordination des soins (parcours de soins).

3.2.4. La réactivité :

Ce point désigne aussi la sensibilité du système à la demande du patient fait référence à des notions tels que le respect du patient, la dignité, la confidentialité, la participation au choix, le soutien social, le choix des prestataires de soins. Il fait référence à la façon dont le système aide les patients à répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé. un autre terme est souvent utilisé « patient-centeredness » :il s'agit de placer le patient au centre des soins en intégrant différents éléments tels que l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais également les informations dont dispose le patient sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, l'accent est mis sur l'expérience du patient avec les aspects spécifiques des soins au-delà de sa satisfaction individuelle. La continuité des soins fait référence à la coordination des soins de santé dans le temps et entre différents professionnels et institutions pour le même utilisateur.

3.2.5. L'efficience :

En dernier point vient l'efficience qui fait référence à l'utilisation complète des ressources existantes afin d'obtenir les avantages ou les meilleurs résultats. L'efficience fait référence à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindre coût sans réduire les résultats possibles et souhaitables. La plupart des problèmes de qualité des soins impose une utilisation insuffisante ou excessive des ressources, ajoutant une dimension connexe à la définition de la qualité afin d'« *s'assurer que des services sont fournis de manière efficiente* ». Mais ce n'est pas vraiment collectif. Par exemple, l'OIM avance que la définition de la qualité ne devrait pas comporter d'inquiétudes sur l'efficacité (contraintes de ressources), qui ne devraient pas varier en fonction des moyens disponibles. Les décideurs, les professionnels de la santé et les utilisateurs devraient être capable de distinguer les problèmes de qualité de ceux résultant de l'indisponibilité des ressources ou de l'inefficacité.

Conclusion

Dans notre recherche sur le système de soin, on note qu'il existe une relation entre le niveau de la santé des individus et le développement des pays pour cela il est intérêt de donner à ce secteur une grande importance et chercher a le développé en améliorants la qualité des services de soins fourni pour satisfaire les besoins des patients.

INTRODUCTION

Il est de plus en plus souvent admis que, pour préserver et améliorer la santé des populations dans ce monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé plus renforcé et efficaces, compétent de prévenir les maladies et d'offrir un remède a toutes les sociétés, sans différenciation, ou qu'ils habitent.

L'Algérie a inscrit, dans ses constitutions successives, le droit des citoyens à la protection de leur santé¹. La concrétisation de ce droit s'est traduit, dès janvier 1974, par le développement du système national de santé basé sur la gratuité des soins pour tous les citoyens, Cette politique a eu pour conséquence un effort gigantesque se traduisant par le développement de programmes nationaux de prévention ayant pour but de maîtriser les épidémies (programme d'éradication du paludisme, programme de lutte contre la tuberculose, programme élargi de vaccinations), par une formation massive dans le domaine médical et paramédical, par la construction et l'équipement de nombreuses infrastructures pour les soins, et par la mise à la disposition du citoyen des produits pharmaceutique nécessaires aux soins de santé de base.

Dans ce deuxième chapitre, nous avons pour prétention d'expliquer, avec un appui de données, la place attribuée aux équipements médicaux dans le système de soins de sante algérien. Pour se faire, nous allons consacrer trois sections. Dans la première section, nous avons pour objectif de présenter des généralités théoriques et fonctionnelles initial sur le système de soin de sante dans un pays. Dans la deuxième section, nous présenterons la place des équipements médicaux dans le système de soins de santé algérien. Dans la troisième section, nous présenterons la place des équipements médicaux dans le système de soins de santé à Bejaia.

I. GENERALITES THEORIQUES ET FONCTIONNELLES INITIAL SUR LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE

Le but de cette section est de faire un aperçu général, conceptuel et théorique sur les notions du système de soins de santé en général ainsi que ses composantes et leur organisation. Ceci fera l'objet de cette présente section.

¹MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE<<Projection du développement du secteur de la santé >>: perspective décennale, juillet-2003, p4.

1. Généralités sur le système de santé

Nous avons la définition du système de sante selon l'OMS : «*Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé*². »

1.1. Définition du système de santé

Un système de santé, c'est l'ensemble des organisations, des institutions et, des ressource, dans le but principal est d'améliorer la santé.

Pour fonctionner, un système de santé a besoin de ressource humaines et financière d'informations, se fournitures et, des moyens de transport et de communication, et d'une orientation globale.

Il doit assurer des services, répondant aux besoins, financièrement juste et toujours veiller à traiter les gens décemment³.

Le système de soins est une partie du système de santé qui correspond à l'offre de soins. L'organisation et les caractères de la distribution des soins sont considérés d'un point de vue administratif, juridique, économique, social et spatial.

Le système de soins peut ainsi être défini comme l'ensemble des services, des structures et des règles ayant pour fonction de prévenir la maladie, de soigner et de réadapter les personnes malades. Il s'appuie sur les acteurs essentiels que sont le personnel de santé et les structures collectives d'hébergement des malades (hôpitaux et cliniques)⁴.

1.2. Les différentes composantes d'un système de santé

L'organisation mondiale de la santé (OMS) met les composantes d'un système de sante en s'appuient sur déférentes éliment.

Pour renforcer les systèmes de santé, il faut surmonter des obstacles des plusieurs domaines :

- ✓ Effectifs du personnel de santé
- ✓ Infrastructures
- ✓ Matériel médical, équipements, médicaments
- ✓ Logistique
- ✓ Efficacité du financement

²<https://www.who.int> consulter le 22/05/2019

³<<Le(s) système(s) de santé>> Immersion en Communauté 13 avril 2015

⁴ Kaïd-Tlilane N: « système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant, enquête de la wilaya de Bejaïa », p17

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia

Dans de nombreux pays en développement, le mauvais état des systèmes de santé est l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins essentiels, toutefois, les pays pauvres ne sont pas les seuls à connaître des problèmes à leur système de santé. Dans certains pays riches, une part importante de la population n'a pas accès aux soins car les systèmes de protection sociale ne sont pas équitables, Dans d'autres pays alors que dans d'autres pays, on assiste à une escalade des dépenses en raison d'une utilisation inefficace des ressources⁵.

1.3. Objectif de système de santé

Le système de santé doit assurer les demandes des usagers tout en étant efficaces au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins. Son organisation se trouve au milieu des débats sur la réforme de la santé.

Un système de santé est un ensemble d'organisations, d'institutions et de ressources visant à améliorer la santé de la population. On peut distinguer deux grands éléments dans ce système : la production et le financement des soins. La production des soins définit la façon dont les soins sont délivrés. Il s'agit par exemple de savoir qui délivre ces soins (médecins, infirmiers, etc.), et dans quel secteur (public ou privé). Le financement des soins définit la manière dont les dépenses de santé sont gérées : elles peuvent par exemple être financées directement par le consommateur, ou bien par la sécurité sociale⁶.

Selon, OMS, rapport sur la santé dans le monde 2000:

« L'objectif premier et final (but) des systèmes de santé est d'améliorer la santé des populations. »

L'amélioration de l'état de santé est non seulement la raison d'être d'un système de santé, Mais aussi son objectif premier ou fondamental. En effet, si les systèmes de santé ne faisaient rien pour protéger ou améliorer la santé, ils n'auraient aucune raison d'exister⁷.

D'après l'OMS, les résultats obtenus par tout système de santé doivent être évalués en termes de qualité et d'équité en regard de trois(03) objectifs⁸ :

- **La protection, la préservation, la promotion, la prévention, le maintien, l'amélioration et la réadaptation de l'état de santé de la population.**

⁵<http://origin.who.int/healthsystems/about/fr/> consulter le 25/06/2019

⁶IOANA MARINESCU01/10/2004ALTERNATIVES ECONOMIQUES N°229<<Quel système de santé pour quels objectifs? >>

⁷OMS: « Rapport sur la santé dans le monde. », Genève.2000, p. 25. Inwww.who.int, page consultée 22mai2019.

⁸ Tanti-Hardouin N. : Economie de la santé, Ed. Armand Colin, 1994, p.12.

- **La réactivité de la performance et de l'efficacité du système de santé, particulièrement le système de soins de santé** (c'est un rôle délégué aux institutions de régulation).
- **L'équité de la contribution financière** : en regard de la capacité financière des personnes, l'équité de la contribution financière consiste à assurer une solidarité entre les couches sociales en matière de cotisation. Ainsi, il doit y avoir réunion d'importance du prépaiement (prime ou cotisation) : celui-ci peut engendrer des contraintes d'épargne ou des restrictions de budget excessives chez les ménages Concernés.

1.4. Les ressources du système de soins de santé

Il s'appuie sur les acteurs essentiels que sont le personnel de santé (professionnels de santé médicaux et paramédicaux, les praticiens d'actes techniques et le corps administratif) et les structures collectives d'accueil, de traitement et de prise en charge médicale des malades (infrastructures hospitalières et infrastructures extrahospitalières). Et matérielles qui contribuent à la production des services de santé au profit de la population.

1.4.1. Les ressources humaines du système de soins de santé

1.4.1.1. Les professionnelles de santé :

Les ressources humaines de la santé sont l'élément important du système de soins de santé ; elles sont formées dans les établissements de l'enseignement supérieur pour se qui a traité au corps médical, et dans diverses structures relevant du ministère de la santé et la protection sociale ce qui concerne les agents paramédicaux et autres personnels auxiliaires de la santé⁹.

Autrement dit, on appelle une profession de santé, une profession dans laquelle une personne exerce ses compétences ou son jugement ou bien fournit un service lié :

- Au maintien ou à l'amélioration de la santé des individus ;
- Au traitement, aux soins des individus blessés, malades et/ou souffrant d'un handicap Ou d'une infirmité.

Selon le Code de la santé publique, les catégories des professions de santé sont en général au Nombre de trois :

- ✓ les professions médicales ;

⁹Brahamia B.: Economie de la santé : évolution et tendances des systèmes de santé (OCDE Europe de l'Est-Maghreb), BAHAEEDDINE EDITIONS, 2010, p59

- ✓ les professions paramédicales ;
- ✓ les professions administratives.

❖ **Les professions médicales**

Les professions médicales sont constituées des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes, et des vétérinaires

❖ **Les professions paramédicales**

Cette catégorie des professionnels de santé est répartie en trois catégories :

- Les professions de soins (infirmier, aide-soignant, podologue, etc.) ;
- Les professions de rééducation et de réadaptation (kinésithérapeute, opticien, diététicien, etc.) ;
- Les professions médio-techniques (ambulancier, technicien de laboratoire, manipulateur en électroradiologie, etc.).

❖ **Les professions administratives**

Les professions administratives de santé regroupent :

- Les différents directeurs (le directeur général, technique, etc.) ;
- Les agents administratifs (le comptable, l'archiviste, etc.) ;
- Les agents techniques et de logistiques (l'électricien, le plombier, les femmes de ménages, les cuisiniers, etc.) ;
- Et, les secrétaires médicales.

1.4.1.2. Les infrastructures de soins de santé¹⁰

Les infrastructures de soins de santé sont classées en deux types :

- ✓ Les infrastructures hospitalières ;
- ✓ Et, les infrastructures extrahospitalières.

1.4.1.2.1. Les infrastructures hospitalières

Dans cette partie nous tenons d'exposer la définition des infrastructures hospitalières et ces différents types.

1.4.1.2.1.1. Définition des infrastructures hospitalières

Les infrastructures hospitalières sont des lieux destinés à prendre en charge des personnes en cas d'urgence plus au moins grave et/ou atteintes de pathologies et des traumatismes trop complexes ne pouvant pas être traités à domicile, dans une infrastructure de santé légère ou dans un cabinet de médecin.

¹⁰<http://www.sante.dz/chusba/page12.html>consulté le 25/06/2019

1.4.1.2.1.2. Types des infrastructures hospitalières

On distingue quatre types d'infrastructures hospitalières :

- **Les infrastructures hospitalières Générales : hôpitaux généraux ou Etablissement Public/privé Hospitalier (EPH)**

Le type le plus connu des infrastructures hospitalières est l'hôpital général, qui est mis en place pour faire face à de nombreux types de maladies et de blessures. Il a généralement un service d'urgence pour faire face à des menaces immédiates pour la santé et la capacité d'envoyer des services médicaux d'urgence. En effet, un hôpital général est souvent le principal établissement de soins de santé dans sa région, équipé avec un grand nombre de lits pour des soins intensifs et des soins de longue durée, et des installations spécialisées pour la chirurgie, la cardiologie et la neurologie.

- **Les infrastructures hospitalières spécialisées : les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS)**

Les infrastructures hospitalières spécialisées sont des centres de traumatologie, de réhabilitation des hôpitaux, pour personnes âgées (gériatrie) par exemple. Ils ont pour objectif de faire face aux besoins médicaux spécifiques, tels que des problèmes psychiatriques, de toxicomanie, etc.

- **Les infrastructures hospitalières Universitaires : Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)**

Un hôpital universitaire ou un hôpital d'enseignement. Il combine l'aide aux patients à l'enseignement aux étudiants en médecine et qui est souvent lié à une école de médecine.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et la recherche scientifique.

- **Les Cliniques**

Un service médical plus petit qu'un hôpital est appelé clinique. Une clinique est souvent gérée par une agence gouvernementale pour les services de santé ou d'un partenariat privé des médecins (dans les pays où le secteur privé est autorisé). Les cliniques ne fournissent généralement que des services ambulatoires.

1.4.1.2.2. Les infrastructures extrahospitalières : (EPSP)

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

- **Définition Des infrastructures extrahospitalières :**

Sont des infrastructures rattachées ou non à une structure hospitalière. Elles ne proposent pas d'hébergement ; c'est-à-dire qu'elle laisse au malade la possibilité de se déplacer et de mener une vie active¹¹.

L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée :

- La prévention et les soins de base;
- Le diagnostic ;
- Les soins de proximité ;
- Les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base;
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population ; Il est chargé également de la contribution à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- La contribution au perfectionnement des personnels des services de santé.

1.4.1.2.2.1. Types des infrastructures extrahospitalières

Dans les types des infrastructures extrahospitalières, nous citons :

- ✓ les polycliniques ;
- ✓ les centres de santé ;
- ✓ les pharmacies (officines) ;
- ✓ les salles de soins et de consultation.

¹¹Décret exécutif n°07-140 au 19 mai 2007 portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

- **Les Polycliniques**

Une polyclinique est un établissement d'hospitalisation et de consultation où exercent des praticiens de spécialités différentes, se sont le siège technico- administratif du sous secteur¹².

Elles coordonnent, contrôlent et évoluent les activités et le fonctionnement de toutes les unités de base existantes dans la commune ou le quartier dont elle a la charge, tout en assurant ses propres prestations sanitaires.

- **Les centres de santé**

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales¹³.

- **Les pharmacies : officines**

La pharmacie désigne également une officine, soit un lieu destiné à l'entreposage et à la dispensation de médicament. Ce lieu est sous la responsabilité d'un pharmacien qui peut y fabriquer des préparations magistrales ordonnées par un médecin pour un patient donné. La dispensation des médicaments dans une officine de pharmacie se fait sous l'entière responsabilité du pharmacien, que ce soient des médicaments délivrés sur prescription médicale ou non. Au sein de l'officine, le pharmacien peut également faire le suivi de la médication du patient, substituer un princeps par un générique, adapter les posologies, renouveler les traitements des pathologies chroniques et proposer des modifications de thérapeutique en accord avec le médecin.

- **Les salles de soins et de consultation**

Les salles de soins et de consultation sont des unités de base de la santé rurale, implantées dans des zones rurales à habitats dispersés. Elles constituent le point de développement de prestation de certaines activités des soins primaires.

Les salles de soins et consultation sont attachées au centre de santé auquel elles dépendent directement dans le cadre du fonctionnement global du secteur sanitaire.

¹²Décret exécutifs n°07-140 du 19 mai 2007 relative à l'organisation et fonctionnement des établissements Publics hospitaliers et des établissements publics de proximité.

¹³Décret exécutifs n°07-140 du 19 mai 2007 op.cit.

1.4.1.3. Les ressources matérielles du système de soins de santé

Le système de soins de santé contient aussi des ressources matérielles :

1.4.1.3.1. Définition des ressources matérielles du système de soins de santé

Les matérielles médicales font partie intégrante du système de santé et ils sont omniprésents auprès des malades : en milieu hospitalier où on les retrouve aussi bien au niveau de la chambre du patient qu'au bloc opératoire, à domicile, en soins ambulatoires, etc.

1.4.1.3.2. Types des ressources matérielles du système de soins de santé

Dans ce qui suit nous tenons de présenter les types des ressources matérielles du système de soins de santé, nous tenons de citer quelque'une :

- **Les équipements**

L'équipement médical est constitué de l'appareillage destiné à aider le diagnostic et le traitement de problèmes médicaux. Il est en général conçu selon des règles rigoureuses de sécurité. L'équipement médical est utilisé aux fins spécifiques du diagnostic et du traitement de maladies ou de traumatismes, ou de la réadaptation des patients, et il peut être employé seul ou en association avec du matériel auxiliaire ou consommable, ou d'autres dispositifs.

- **Les lits médicaux**

Le lit médical a pour principal objectif de répondre aux besoins des personnes malades, âgées ou souffrantes d'un handicap et dont l'état de santé demande de longues périodes alitées. Il permet d'effectuer moins d'efforts physiques aux aidants en leur facilitant le travail lors du lever et du coucher du patient. Il réduit également les risques de mauvaises manipulations et de chutes.

En termes de cette section, nous concluons de même que le principal objectif d'un système de santé est l'amélioration de la santé humaine, sa conception doit être la prestation des services de santé.

II. L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE

Le système national de santé est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé publique¹⁴.

L'offre de soins est assurée par des établissements de santé publics (les établissements hospitaliers et extrahospitaliers), des structures de soins privées (les cliniques médicales et

¹⁴<http://www.andi.dz/index.php/fr/secteur-de-sante> consulter le 26/06/2019

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia

médicaux chirurgicaux, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques...etc.) et des structures parapublic qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature préventive ou curative.

2. LES RESSOURCE DE SOIN EN ALGERIE

L'offre de soins correspond à l'ensemble des infrastructures, ressources humaines qui contribuent à la production des services de santé au profit de la population.

2.1 Les ressources humaines

Les professionnels de santé sont au cœur du système de santé et ils sont les clés de réussite de celui-ci. Leur disponibilité, tant du point de vu quantitatif que qualitatif (compétences) et leur répartition, a une forte incidence sur l'offre et l'accès aux soins des populations.

Le tableau ci-dessous représente l'effectif des professionnels de soins de santé en Algérie.

Tableau n°01 : Evolution des effectifs des professionnels de soins de santé.

Personnel de santé	2012	2015
Praticiens spécialistes	19956	12422
Médecins généralistes	40251	24831
Professeurs, décents, maitres assistants et résidents	**	16897
Chirurgien-dentiste	8068	6965
Personnel paramédical	232574	121976
Pharmaciens	1980	1469
Total	302829	184560
Effectif en %		
Praticiens spécialistes	6,59%	6,73%
Médecins généralistes	13,29%	13,45%
Professeurs, décents, maitres assistants et résidents	**	9,15%
Chirurgien-dentiste	2,66%	3,77%
Pharmaciens	0,65%	0,79%
Personnel paramédical	76,80%	66,09%

Source : Tableau fait à partir des statistiques sanitaires MSPRH, Ed.2012 et 2015.

D'après le tableau n°01, nous remarquerons que les personnels paramédicaux représentent la majorité (66,09%) de l'effectif global du professionnel de santé, cet effectif tend vers une baisse continue.

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia

Le personnel médical représente 33,89% de l'effectif global du personnel de santé en 2015.

Tend vers une augmentation constante, qui concerne essentiellement les médecins spécialistes.

2.2. Les infrastructures de soins de santé

Dans ce point, nous tenons de présenter l'état global des infrastructures de soins de santé (Hospitalières et extrahospitalières) public en Algérie.

2.2.1. Les infrastructures hospitalières

Nous présenterons l'offre hospitalière par les infrastructures hospitalières (CHU, EHU, EH, EPH, EHS, EPSP).

Selon les données statistiques de MSPRH, les infrastructures hospitalières et le nombre de lits en Algérie se présente comme suit :

Tableau n°2 : les infrastructures hospitalières et le nombre de lits en Algérie

Etablissements	Nombre	Nombre de lits	Nombre de lits
Centre Hospitalo-universitaire (CHU) et Etablissement Hospitalo-universitaire (EHU)	15+01	14.343	-Public : 71.770 lits
Etablissement Hospitalier (EH)	09	1.476	
Etablissement Public Hospitalier (EPH)	204	40.175	
Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS)	76	12.552	
Etablissement Public de Santé de Proximité (EPSP)	273	3.224	

Source : Tableau fait à partir des statistiques sanitaires MSPRH, Ed.2012 et 2015

A partir du tableau n°02, nous remarquons que 2015, les infrastructures hospitalières publiques sont constituées de 273(EPSP), 204 établissement public hospitalier (EPH) et 76 établissement hospitalier spécialisé (EHS), 15+01centre hospitalo-universitaire (CHU) et hospitalo-universitaire (EHU), 09 établissement hospitalier (EH), totalisant environ 71770 lits, la couverture en lits d'hospitalisation est en augmentation et se situe à 1,76 lits pour 1000 habitants.

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia

Tableau n°03 : la répartition des infrastructures extrahospitalières (EPSP).

		Année 2015
Les infrastructures extrahospitalières	polyclinique	1706
	Salle de soins	6207
	Maternités de proximité intégrées à des polycliniques	534

Source : Tableau n°03 fait à partir des statistiques sanitaires MSPRH, Ed.2015.

Selon le tableau n°03, les structures extra hospitalières se répartissent en 1706 polycliniques, 534 polycliniques avec maternité et 534 salles de soins. Le ratio de couverture, rapporté à la population générale, est d'une (01) policlinique pour 23.917 habitants et est d'une (01) salle de soins pour 6.886 habitants. Ce nombre tend vers une augmentation continue.

L'objectif principal d'un système de santé est l'amélioration de l'état de santé de la population. Dans cette section nous avons présenté l'état du système de soins de santé algérien en ce qui concerne les infrastructures, les ressources humaines.

Au terme de cette section nous pouvons conclure qu'il y a une répartition géographique inégale de l'encadrement sanitaire, (matériel et humain), ce qui entraîne le renforcement des différenciations sociales dans l'accès aux soins.

III. LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE BEJAIA : *QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX* : Cas de la wilaya de Bejaia

La disponibilité des ressources de soins de santé en quantité satisfaisante jouera un rôle fondamental dans le secteur de santé de la wilaya, d'une manière particulière, et dans le système de santé, d'une manière générale. Plus particulier parmi ces ressources nous avons les équipements médicaux qui ont une importance place dans le secteur de santé de la wilaya pour l'amélioration de la santé des personnes.

En raison du non accès aux données dans le secteur privé, dans cette section, nous allons présenter uniquement la composition du système de soins de santé public de la wilaya de Bejaïa.

3.1. Les professionnels de soins de santé par établissement hospitalier:

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia

Le tableau ci-dessous représente la répartition de la couverture sanitaire des professionnels de santé par établissement public et privé.

3.1.1. L'analyse de la couverture sanitaire :

Tableau n°04: Répartition des professionnels de soins de santé par CHU/ EPH (2016-2018).

Etablissement	Personnel de santé									
	M.S		M.G		PH		C.D		PA	
	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018
CHU Bejaia	99	188	76	**	10	**	00	**	589	**
Amizour	40	09	27	**	02	**	00	**	213	**
Kherrata	23	15	32	**	02	**	00	**	220	**
Sidi Aich	31	28	32	**	02	**	00	**	219	**
Akbou	32	36	17	**	02	**	00	**	115	**
Aokas	17	09	39	**	02	**	00	**	247	**
Total	242	337	223	639	20	34	00	154	1603	2998

Source : Réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de Bejaia : Absence de données pour l'année 2018 en raison de l'absence de la base de données (information inexistante).

D'après les données du tableau n°01, nous remarquons que le rythme d'augmentation des personnels de santé entre 2016 à 2018 est assez faible d'une année à l'autre pour l'ensemble du personnel.

Pour l'année 2018, les paramédicaux représentent la deux tiers (2/3) de l'ensemble de l'effectif du personnel de santé (4162 professionnels), avec une proportion de 72 % pour l'ensemble des effectifs, suivi par des médecins généralistes avec 15 % de la totalité des professionnels de santé. La proportion du personnel médical dans l'ensemble s'élève à près de (8% des médecins spécialistes, 4% des chirurgiens dentistes et 1% des pharmaciens).

3.1.2. Les professionnels de soins de santé par établissement public de santé de proximité

En 2018, en termes d'Établissement Public de Santé de Proximité, la wilaya de Bejaia est dotée de huit (08) EPSP répartis sur le territoire de la wilaya ; ce qui veut dire 1 EPSP pour 122 250 habitants.

Le tableau ci-dessous représente la répartition des professionnels de santé par Etablissement Public de Santé de Proximité.

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia

Tableau n°05: Le personnel de soins de santé par EPSP (2016--2018).

EPSP	Personnel de santé									
	M.S		M.G		C.D		PH		P.M	
	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018
Bejaia	13	11	68	**	30	30	01	**	169	**
Aokas	04	03	49	**	19	15	01	**	196	**
Adekar	03	01	29	**	13	**	01	**	97	**
Tazmalt	04	**	46	**	28	12	01	**	167	**
Seddouk	04	03	40	**	11	12	00	**	141	**
El-kseur	05	07	54	**	21	**	01	**	199	**
Sidi-aich	05	04	39	**	18	15	02	**	137	**
Kherrata	02	**	29	**	20	15	01	**	190	**
TOTAL	40	29	322	**	160	99	08	**	1296	**

Source: réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de la wilaya de Bejaia * Absence de donnée pour l'année 2018.

Le tableau n°05 montre la répartition des professionnels de soins de santé pour huit (08) EPSP existant au niveau du territoire de la wilaya de Bejaia. D'une manière globale, nous remarquons une baisse des effectifs de chacun des professionnels (médecins spécialistes et les chirurgiens dentistes), et cela au niveau de presque tous les EPSP.

De plus, les paramédicaux représentent, comme toujours, la majorité des praticiens dans l'ensemble des EPSP. Les EPSP d'Aokas et de Kherrata et El-kseur présentent l'effectif le plus élevé des paramédicaux ; cela revient peut être à l'existence d'instituts de formation paramédical au niveau de ces trois Daïra. Les EPSP d'Adekar et de Sidi-aich représentent l'effectif le plus faible en terme de paramédicaux.

3.1.3. Les professionnels de santé par établissement hospitalier spécialisé(EHS)

La wilaya de Bejaia dispose seulement d'un établissement public spécialisé, qui est celui de « **Il maten** ». Ce type de structure est destiné pour des soins de « niveau B » qui sont des soins spécialisés.

Le tableau ci-dessous représente la répartition des professionnels de santé par établissement hospitalier spécialisé EHS.

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia

Tableau n°6: Le personnel de soins de santé par EHS (2016-2018).

EHS	Personnel de santé									
	M.S		M.G		PH		P.M		C.D	
	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018	2016	2018
Il maten	09	09	11	**	01	**	72	**	00	**

Source : réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de la wilaya de Bejaia
Absence de donnée. Pour l'année 2018

Les paramédicaux représente la majorité de l'effectif global des professionnels de soins de santé (77,41% de l'effectif des professionnels de santé). Vient, ensuite, les médecins généralistes (11,82% de l'effectif des professionnels de santé) et enfin, les médecins spécialistes (9.67% de l'effectif des professionnels de santé).

3.2. Les infrastructures de soins de santé

Dans la wilaya de Bejaïa, il ya les deux types d'infrastructures hospitalières et extrahospitalières.

3.2.1. Les infrastructures hospitalières

Dans la wilaya de Bejaïa il ya :

- ✓ 1 CHU (CHU Bejaïa composé de : Khellil Amrane, Frantz Fanon et la clinique mère et enfant de Targa Ouzemour);
- ✓ 5 EPH (Amizour, Kherrata, Sidi Aich, Akbou,Aokas);
- ✓ 1 EHS (El maten);
- ✓ 8 EPSP (Kherrata, ELkseur, Aokas, Bejaia, adekar, tazmalt, seddouk, sidi aich)

Nous constatons qu'un EPH pour 195600 individus est une densité très faible pour une population de **978 000**²⁸individus.

3.2.2. Les infrastructures extrahospitalières

- ✓ Polyclinique ;
- ✓ Sal de soin ;
- ✓ Maternité.

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SOIN ALGERIEN : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia

Tableau n°7: Répartition des infrastructures extrahospitalier par EPSP.

	EPSP								TOTAL
	Aokas	Aekar	Bejaia	El Kseur	Sidi Aich	Seddouk	Tazmalt	Kherrata	
Polyclinique	06	04	06	08	07	07	07	07	52
Sal de soin	32	13	23	29	26	23	33	35	214
Maternité	01	01	0	02	02	03	01	01	11

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

D'après les données du tableau n°7, nous constatons que le nombre des polycliniques est plus élevé à El Kseur(8), Suivi Sidi Aich et Tazmalt, de Kherrata et Seddouk Cette répartition est due à l'importance du nombre d'habitant dans ces régions. Avec sept. (7). Enfin, Béjaïa avec six (6) polyclinique et Aokas avec quatre (4). Ceci est dû à l'existence d'un CHU à Bejaïa et un EPH à Aokas.

Conclusion

L'étude de la situation présente montre distinctement que le système de santé algérien, nonobstant des résultats incontestables dans le domaine du développement des ressources humaines et matérielles et des infrastructures sanitaires, s'est toutefois trouvé confronté, depuis les années précédentes, à de différentes contraintes socioéconomiques qui ont diminué son efficacité et ses performances. Cet état de fait rend les chances minces en ce qui concerne la capacité de l'Algérie à atteindre l'objectif, fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de permettre aux populations d'avoir un accès facile et ample aux soins de santé, en se référant à l'indicateur médecin/habitant, que l'OMS a habilement fixé pour les pays ayant un niveau de développement similaire à celui de l'Algérie.

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

INTRODUCTION

Parmi les principaux objectifs soutenus par la politique de santé, on distingue celui d'équilibrer la répartition géographique et la disponibilité de l'offre de soins pour l'amélioration de la santé des individus et des populations.

Les équipements médicaux sont nécessaires et essentiels pour répondre aux besoins sanitaires des patients. Les équipements médicaux ont une direction dans les établissements de santé publique et qu'elle est chargée de l'organisation de la maintenance des équipements médicaux. Ces activités sont effectuées et réalisées par des techniciens en maintenance des équipements médicaux.

Pour cela et afin d'essayer d'évaluer ce qui se passe sur terrain pour les équipements médicaux, nous allons présenter une analyse sur un certain nombre d'équipement médicaux, à savoir leur répartitions et leur disponibilités auprès de la Direction de Santé de Population(DSP) de la wilaya de Bejaïa dans une premier section, et dans la deuxième sections on présentera l'état des lieux de ces équipements médicaux auprès des techniciens des établissements de santé publics dans le centre hospitalo-universitaire (CHU) de la wilaya de Bejaïa. Dans la troisième section, on présentera une analyse réalisée auprès des responsables de maintenance des équipements médicaux dans les établissements de santé publique et dans le CHU de la wilaya de Bejaïa

Ces trois sections feront l'objet de présentation et d'analyse les résultats dans ce présent chapitre.

1. ANALYSE AUPRES DE LA DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA WILAYA BEJAIA (DSP) ET DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE BEJAIA :

Nous allons présenter notre quête à travers sa collecte, son lieu de déroulement, sa durée, sa perception, son intérêt, ses objectifs et les axes fondamentaux des informations obtenues/collectées. Enfin, nous allons présenter les principales difficultés rencontrées sur le terrain.

1.1. Présentation de l'enquête :

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

La collecte d'informations dans notre travail a été réalisée dans deux lieux différents, dans le but de rassembler un grand nombre d'informations auprès de la Direction de Santé de Population (DSP) en ce qui concerne la disponibilité et la répartition des équipements médicaux, d'un côté, et au sein du CHU de Bejaïa au sujet de la maintenance de ces mêmes équipements de l'autre côté.

Cette collecte d'informations a des objectifs. Le premier est de savoir quelle place pour les équipements médicaux et est-ce que tous les habitants de Bejaïa ont accès au matériel médical et aussi la disponibilité de ses équipements dans les établissements de santé publique. Notre deuxième objectif est de faire état des lieux la gestion des équipements et de leur maintenance.

Notre recherche a été lancée le 16 juin 2019 et a pris fin le 03 juillet 2013 (18 jours). En effet, cette courte période est due au nombre limité des établissements de santé visités en vue de la collecte d'informations. Celle-ci s'est faite au niveau d'une direction dite la "DSP" de Bejaïa et dans un établissement de santé publique, à savoir le CHU de Bejaïa.

1.2. Difficultés rencontrée

Lors de la réalisation de cette collecte, nous avons rencontré quelques difficultés :

- **La contrainte de la perte du temps** : les déplacements, vers les régions concernées par notre travail, étaient très difficiles en raison de sa coïncidence avec le mois du ramadan et le déclenchement du mouvement national populaire. Pour cette raison, nous avons pris pas mal du temps pour nous y rendre vers les lieux dits. D'autant plus, nous étions obligé, pour certains d'entre eux, de se présenter plusieurs fois dans l'espérance de rassembler ces informations en raison de leur surcharge de travail, ce qui nous a fait perdre énormément du temps.
- **Les conditions non favorables de la période de la collecte**: la période de notre quête coïncide avec la période chargé de travail des responsables. Pour cette raison, la non disponibilité des personnes concernées nous a présenté un obstacle très décisif pour l'avancement de notre quête et pour la collecte d'un effectif suffisant.

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

- **Les difficultés d'accès à l'information** : certains enquis ont répondu à notre demande, mais il s'est avéré qu'il y a, selon le responsable, des informations à caractère confidentiel dans le sens où personne ne peut y avoir accès. D'autres étaient indisponibles pour coopérer à notre étude faute de leur occupation et surcharge de travail.

2. REPARTITION ET DISPONIBILITE DES QUIPEMENTS MEDICAUX

Dans cette section nous avons opté pour la réalisation d'une étude de terrain, à base d'une collecte des donnes, auprès des responsables de la direction de santé de population (DSP) de la wilaya de Bejaia. L'objectif étant comprendre comment les dispositifs médicaux sont repartis et sa disponibilité dans la wilaya de Bejaïa.

En raison du grand nombre d'équipements, nous avons décidé de prendre un échantillon de dix-huit éléments du genre gros équipements (dispositifs destinés à être utilisés en général chez plusieurs patients et comportant de la mécanique, de l'électronique, de l'électrique, de l'informatique, comme Scanners, IRM, échographes, ...), Nous présenterons juste le nombre des équipements médicaux disponible à la DSP au profit des établissements de santé publique de la wilaya de Bejaïa durant l'année (2016-2018).

2-1. Répartition et disponibilité des équipements médicaux dans le CHU de Khalil Amran de Bejaïa

Le secteur sanitaire de Bejaïa comprend plusieurs structures de santé, parmi lesquelles il y a l'hôpital Khellil Amrane.

2-1.1. Présentation de CHU de Bejaïa:

Le centre hospitalo-universitaire de Bejaia est composé de trois unités hospitalières à savoir : l'hôpital KHELLIL AMRANE, l'hôpital Frantz Fanon et l'hôpital AIT Mokhtar de Targa Ouzemour. Le CHU de Bejaia comprend une direction générale, un secrétariat général et quatre directions, chaque direction comprend un ensemble de sous-direction et de bureaux, et parmi ses directions il existe une direction des moyens et matériels. C'est l'une des directions les plus importantes, vu l'importance de son champ d'intervention, c'est elle qui

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

s'occupe de recueillir tous les besoins du CHU en matière d'équipements matériels et fournitures¹.

	Type d'équipement	TOTAL
1	IRM	1
2	Scanner	2
3	Radio Fixe	7
4	Radio Mobile	4
5	Mammographie	2

Tableau n° 08: les équipements médicaux disponibles au niveau du CHU de Bejaia en (2018)

¹www.CHUbejaia.dz.(Consulté le 23 juin 2019).

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

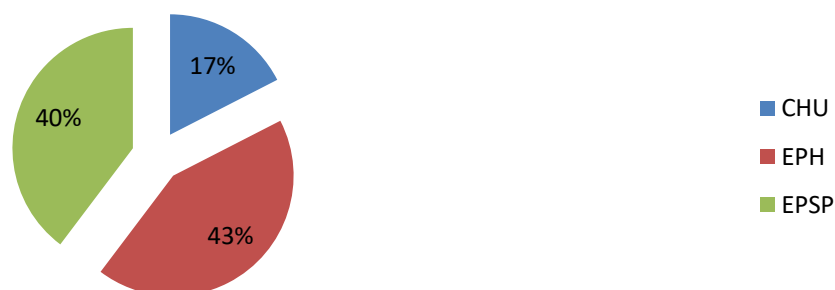
6	Echographe	13
7	Chain elysa	2
8	Banque de Sang	9
9	Générateur de dialyse	19
10	Fauteuil Dentaire	-
11	Colonne de célio chirurgie	6
12	Couveuse	11
13	Station de traitement d'eau	1
14	Table d'accouchement	6
15	Salle Opératoires	11
	TOTAL	95

Source : Réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSP de Bejaïa

D'après le tableau n°08 ci-dessus, nous remarquerons que ces équipements sont de différents types dont les nombres représentent l'équipement global du CHU de la wilaya de Bejaïa, ce lui ci est doté:

- D'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) acquis en 2015, installé au niveau du centre d'imagerie du CHU Khelil Amrane, le seul d'ailleurs installé au niveau de la wilaya pour l'établissement public d'après les donnés de la DSP de Bejaïa,

figure 1: Repartition des équipements médicaux dans la wilaya de bejaia



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données annexe n°8.

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

A travers le graphique précédent, nous distinguons trois types d'établissement de santé publique qui ont différents pourcentages concernant la répartition des équipements médicaux à travers lesquelles nous avons relevé les résultats suivants :

- 17 % des équipements disponible dans le CHU de Bejaïa qui se compose de trois unité, hôpital KHELLIL AMRANE, hôpital Frantz Fanon et l'hôpital AIT Mokhtar de Targa Ouzemour, CHU de Bejaia ce base beaucoup plus sur la répartition des patients annexe 11.
- 40 % et 43 % des équipements se trouve respectivement dans les EPSP et EPH qui sont presque en égalité en ce qui concerne la répartition d'équipements médicaux ces deux grand pourcentage et due à l'existence de plusieurs polyclinique et aussi de salles de soins et de maternités (voir l'annexe 07).

En faveur de ces résultats, on a constaté que la répartition est inégale au niveau du CHU et EPH et les EPSP.

En effet, la répartition et la disponibilité de ces équipements médicaux varient selon la répartition géographique des établissements c'est la densité de la population (répartition des habitants par commune et daïra voir annexe10).

2.2. Les ressources matérielles du système de soins de santé

En ce qui concerne les ressources matérielles, nous présenterons juste le nombre des équipements médicaux acquis par la DSP au profit des établissements de santé publics de la wilaya de Bejaïa durant les années 2016 et 2018

Les tableaux ces-dessous présentent la répartition des équipements médicaux acquis par la DSP au profit des établissements de santé de la wilaya de Bejaïa (par CHU, EPH et EPSP).

Tableau n°09: Les nouvelles acquisitions d'équipements par la DSP au profit des établissements de santé publique de la wilaya de Bejaïa par EPSP (2016 et 2018).

EPSP	Le nombre d'équipement	
	2016	2018
Bejaia	42	50
Aokas	36	35

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

Seddouk	52	47
Tazmalt	39	38
Sidi-Aich	41	29
Adekar	30	35
El-kseur	53	42
Kherrata	37	39
Total	280	315

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

D'après le Tableau ci-dessus, nous constatons que durant les années entre 2016 et 2018 il y a eu des acquisitions des équipements médicaux au niveau des deux EPSP : Bejaia et Adkar (voire le tableaux 5). Il n'y a eu aucune acquisition d'équipements médicaux au niveau du reste des EPSP. Ceci est dû au manque de budget consacré aux équipements médicaux en 2016.

Tableau n°10: L'état des Equipements médicaux acquis par la DSPRH au profit des établissements de santé publique de la wilaya de Bejaïa par EPH (2016 et 2018).

EPH	Le nombre d'équipement	
	2016	2018
AMIZOUR	43	49
AOKAS	26	24
SIDI AICH	55	57
KHARATA	54	63
AKBOU	57	51
TOTAL	235	244

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

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

D'après le tableau ci-dessus, nous remarquerons que durant ces trois ans à savoir : 2016-2017 et 2018, il a eu une faible acquisition des équipements médicaux au niveau des EPH de : Kharata, Sidi-aich, et Amizour, à l'exception des EPH d'Aokas et d'Akbou qui dénote une nulle acquisition d'équipements médicaux qui sont de différents types.

Enfin, au terme de cette section, un constat s'impose : la répartition du personnel de santé (secteur public) sur le territoire est assez inégale. Nous observons ainsi que le nombre des infrastructures hospitalières et extrahospitalières est peu pour une population de 978 000 individus, ainsi que des différences remarquables dans la répartition des dispositifs médicaux acquis par les établissements de santé publique de la wilaya de Bejaïa

2-3. Répartition et disponibilité des équipements médicaux selon l'EPH de Bejaïa

Dans la wilaya de Bejaïa existe 5 EPH qui ce situé dans les daïra suivante :

- ✓ **Amizour**, ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER BENMERAD Elmeki (Amizour)
- ✓ **Kherrata**, ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER Arab HANOUS (Kherrata)
- ✓ **Sidi Aich**, ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER Rachid BELHOCINE (Sidi Aich)
- ✓ **Akbou**, ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER AKLOUL Ali (Akbou)
- ✓ **Aokas**; ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER Aokas

Nous constatons qu'un EPH pour 195610 individus est une densité très faible pour une Population de **979 050²** individus.

²<http://www.dsp-bejaia.dz/population>

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

Tableau n°11: Répartition des équipements médicaux par EPH en (2018)

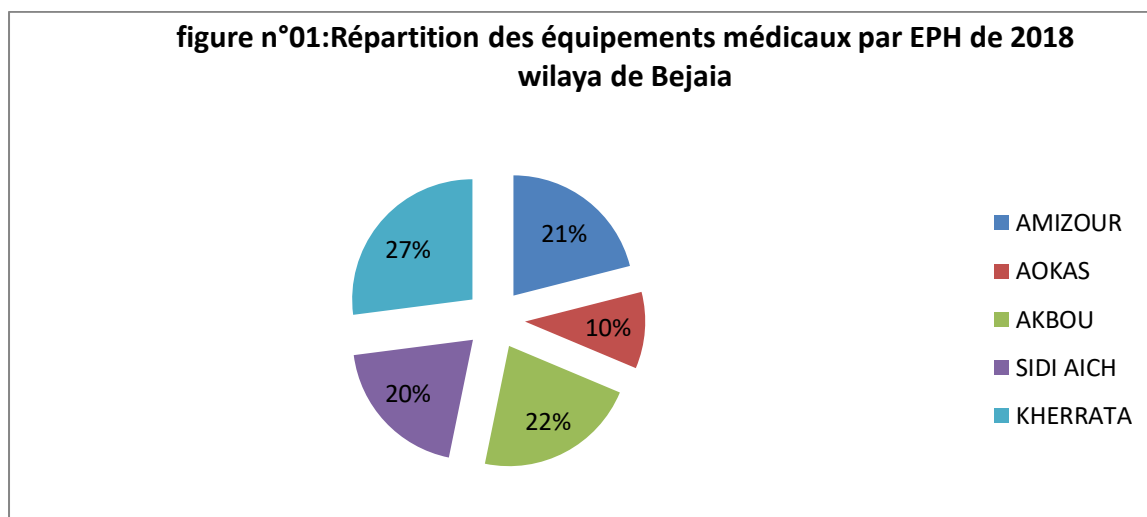
	Type d'équipement	EPH					TOTAL
		AMIZOUR	AOKAS	AKBOU	SIDI AICH	KHERRATA	
1	IRM	0	0	0	0	0	0
2	Scanner	1	0	1	1	1	4
3	Radio Fixe	3	2	3	2	2	12
4	Radio Mobile	2	2	1	2	2	9
5	Angiographie d'ophtalmologie	0	0	0	0	0	0
6	Mammographie	0	0	0	1	0	0
7	Echographe	4	1	3	4	3	15
8	Electrochoc	7	3	5	5	3	23
9	ECG	10	10	7	1	10	38
10	Laser	0	0	0	0	0	0
11	Chaine Elyse	1	0	1	1	1	4
12	Banque de Sang	2	1	3	5	8	19
13	Générateur de dialyse	0	0	12	11	19	42
14	Fauteuil Dentaire	0	0	0	0	0	0
15	Colonne de célio chirurgie	2	1	1	2	1	7
16	Couveuse	9	2	5	8	7	31
17	Station de traitement d'eau	0	0	2	1	2	5
18	Table d'accouchement	8	2	7	3	4	24
	Total	49	24	51	46	63	233

Source : Réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSP de Bejaïa

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

D'après le tableau ci-dessus, nous remarquerons que ces équipements sont de différents types dont les nombres représentent une faible différence pour les EPH de Sidi Aich, d'Amizour et d'Akbou. Sauf pour l'EPH d'Aokas qui marque un manque d'acquisition qui pourrait revenir probablement à l'existence d'une faible densité de la population. Kherrata qui est en tête en raison de l'élargissement de l'hôpital, présente une forte utilisation des ses équipements.

- Nous remarquerons aussi l'indisponibilité totale de certains équipements au niveau de tous les EPH cités en haut tel que : Fauteuil Dentaire, Angiographie d'ophtalmologie et IRM et Laser.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°11.

A travers le graphique suivant, nous distinguons quatre tranches disproportionnées concernant la répartition des équipements médicaux au niveau des établissements de santé publique à travers lesquelles nous avons relevé les résultats suivants:

- 27% pour l'EPH de Kherrata (136 lits) qui représente une forte disponibilité d'équipements dans cet établissement.
- 20%, 21% et 22% sont les résultats qui représentent respectivement les EPH de : Sidi Aich (283 lits), Amizour (200 lits) et Akbou (196 lits) qui sont presque en égalité en ce qui concerne la répartition.
- 10% de L'EPH d'Aokas(88 lits) qui représente la part la plus faible.

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

En effet, la répartition et la disponibilité de ces équipements médicaux varient selon le budget de l'établissement consacré à l'achat des équipements médicaux et selon la répartition des habitants ou il ya la plus grande densité de la population.

2-4. Répartition et disponibilité des équipements médicaux selon les EPSP de Bejaïa

Selon les données de la DSP de la wilaya de Bejaïa, il existe 8 infrastructures extrahospitalières (EPSP) par rapport à des communes différentes, à partir des données collectées au niveau de la DSP de la wilaya de Bejaïa nous apercevons que :

COMMUNE	EPSP	NOMBRE
BEJAIA	Cne Bejaïa,-Cne Oued ghirCne TalaHamza,-CneToudja.	4
AOKAS	-CneAokas,-CneTichy -Cne Tizi N'berber.	3
ADEKAR	-CneAdekar,-CneThfra, -CneBniM'Lila,-CneTaourirtIghil.	4
TAZMALT	-CneTazmalt, -CneBoudjellil -Cne Ait r'zine, -CneIghil Ali,-Cne Beni Mellikeche, -CneAkbou,-CneChellata CneIghram.	7
SEDDOUK	-CneSeddouk,-Cne Beni Maouche, -CneBouhamza, -Cne M'cisna,-CneAmalou CneOuzellaguen.	6
EL-KSEUR	-Cne El kseur, CneAmizour, -CneSemaoune,cneBarbacha, -CneFeraoun,-CneKendira, -Cne Beni djellil,-CneFenaiaIlmaten	8
SIDI AICH	-Cne Sidi Aich,neTimezrit, -Cne El Flay, -CneTnebdar -CneChemini, -CneTibane -CneAkfadou, -Cne Souk Oufella, -Cne Sidi Ayad	9
KHERATA	nekherrata, -Cne Draa el Gaid Taskriout, -Cne Ait Smail neDarguina, -CneTamridjt	6
TOTAL	/	47

D'après ces données de la DSP qui montrent la répartition géographique en 2018 des EPSP et leur concentration par rapport à des communes, on constate que cette concentration

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

due à la densité de la population qui ce suit avec une relation du nombre d'équipement médicaux répartie sur ces commune.

Tableau n°12: Equipements médicaux acquis par la DSP au profit des établissements de santé publique de la wilaya de Bejaïa par EPSP en (2018).

	Type d'équipement	EPSP							TOTAL	
		BELAJA	AOKAS	ADEKAR	TZMELT	SEDDOUK	EL-KSEUR	SIDIAICH		KHERRATA
1	IRM	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Scanner	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Radio Fixe	3	3	4	5	7	6	3	4	35
4	Radio Mobile	0	1	0	1	1	0	2	1	6
5	Angiographie d'ophtalmologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Mammographie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Echographe	0	0	0	0	1	0	0	1	2
8	Electrochoc	7	5	3	3	0	0	0	1	19
9	ECG	2	1	1	1	1	15	6	1	28
10	Laser	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Chaine Elyse	1	0	0	0	0	1	0	0	2
12	Banque de Sang	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Générateur de dialyse	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Fauteuil Dentaire	1	1	1	1	8	15	1	0	28
15	Colonne de céliochirurgie	0	0	0	0	0	0	2	0	2
16	Couveuse	0	1	2	2	5	2	2	3	17
17	Station de traitement d'eau	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Table d'accouchement		02	2	1	4	3	2	2	16
	TOTAL	14	14	13	13	27	42	18	13	216

Source : Réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSP de Bejaïa

Nous remarquerons l'indisponibilité totale, presque de la moitié des équipements au niveau de tous les EPSP cités en haut tel que: Scanner Station de traitement d'eau, Générateur de dialyse, Banque de Sang, Mammographie, Angiographie d'ophtalmologie et IRM et Laser ce manque de matériel est due de l'insuffisance de leur budget (budget fonctionnel), les équipements lourd ne permirent pas être disponible partout.

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

3. ESSAI D'ANALYSE DE L'ETAT DES EQUIPEMENTS MEDICAUX AUPRES DES RESPONSABLES DE MATERIELS MEDICAUX DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLIQUE DANS LA WILAYA DE BEJAIA : CAS CHU KHALIL AMRAN BEJAÏA

Les équipements médicaux sont indispensables pour répondre aux besoins sanitaires des individus, des formations sont nécessaires pour une utilisation rationnelle de ces équipements, pour maximiser l'efficacité de ces équipements, ainsi que pour éviter la défaillance de ces derniers.

Dans cette section, nous présenterons notre inspection sur l'état des équipements, le nombre d'interventions, puis type t'interventions.

3-1. L'intervention sur les équipements médicaux dans CHU KHALIL AMRAN Bejaia :

D'après le responsable de la DSP Bejaia, un certain nombre d'équipements sont déclassés après une courte période de fonctionnement alors que la durée de vie moyenne d'un équipement médical est 10 ans.

D'après notre échantillon des équipements médicaux dans CHU KH.A Bejaia, on présente le nombre d'interventions des techniciens sur les équipements médicaux comme suite :(tableau n°13)

Tableau n°13 : Nombre d'interventions sur des équipements médicaux dans CHU KHalil.Amran Bejaia 2018

N°	Type d'équipements	N° total d'équipements	N° total d'intervention
1	fibroscopie	1	3
2	bronchoscopie	1	2
3	colonoscopie	1	2
4	microscope opératoire	1	2
5	microscope de laboratoire	5	5
6	table d'opération	3	6
7	table d'accouchement	2	6
8	aspirateur de chirurgie	12	22

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

9	respirateurs	26	43
10	autoclave tout type	28	117
11	table de réanimation (nouveau né)	3	5
12	Bistouris de chirurgie (tous)	8	16
13	scialytique plafonnier	12	35
14	scialytique mobile	8	17
15	Analyseur de gaz de sang	2	5
16	appareil d'anesthésie	16	32
17	Audiomètre	2	5
18	table chauffante	5	11
19	Armoire de traitement d'air	6	12
20	Photothérapie conventionnelle	3	3
21	reprographe laser	3	44
	Total	148	393

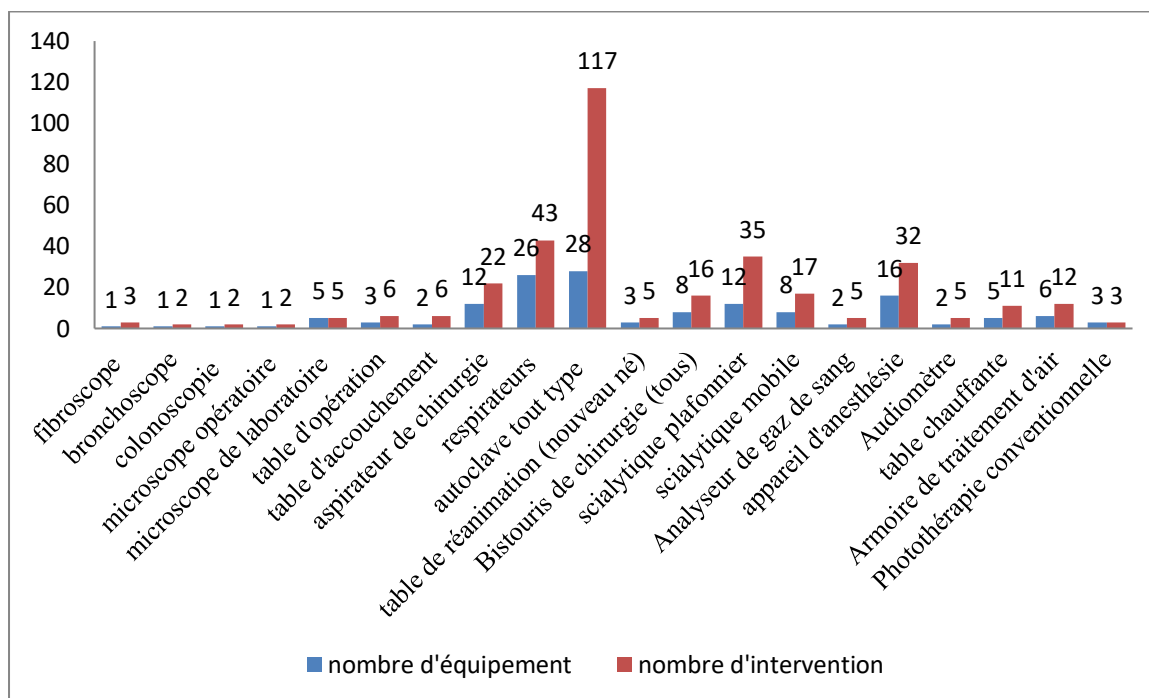
Source : Réalisé par nos soins à partir des données de CHU KH.A Bejaia, 2018.

Le tableau n°13 montre quelques interventions sur les équipements médicaux dans le CHU Khalil Amran de Bejaia

D'après les résultats de tableau n°13, nous pouvons remarque que l'intervention sur les autoclave tout type est intensive de 117 intervention sur 28 équipements et aussi suit par reprographe laser qui prend la deuxième position des interventions avec 44 interventions par 3 équipements disponible qui prend une partie majoritaire dans ce tableau.

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

Figure n°4 : Nombre d'interventions et nombre des équipements médicaux dans CHU KH.A Bejaia



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°13.

Dans ce graphe, nous avons pour ambition de savoir quel sont les catégories plus défaillante. Selon les résultats de ce graphique, on dénombre en tout 140 interventions que (autoclaves tout type) a une forte intervention importante dans ce graphe de 117/28 qui ce traduit par une moyenne : chaque un (1) équipement effectue quatre (4) interventions.

D'après le Figure n°4, on déduit que :

- Manque d'inspection des équipements médicaux, et de contrôlée avant et après chaque utilisation,
- Manque de personnels qualifié (ingénieurs et techniciens biomédical).

3-2. les type d'intervention sur les équipements médicaux dans CHU KH.A Bejaia :

Il existe deux types d'intervention pour les équipements médicaux d'après les données du CHU Khalil Amran qui sont des outils plus efficaces pour maintenir le bon fonctionnement de ses équipements nous avons relevé les explications suivantes :

3-2.1. L'intervention interne :

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

Ce sont des interventions qui mettent sur place dans l'établissement par le personnel disponible du service de maintenance (ingénieur ou technicienne de maintenance)

3-2.2. L'intervention externe :

C'est la sous-traitance de la maintenance aux fournisseurs des équipements médicaux, ou, à une entreprise de maintenance agréée par le ministre de la santé aussi c'est une possibilité qui s'offre aux établissements n'ayant pas le personnel suffisant pour réaliser la maintenance interne. L'intervention externe se fait avec la passation de contrat et sans passation de contrat comme suite :

3-2.2.1. Passation de contrat : assurer la régularité de la maintenance des équipements par l'entreprise sous-traitante (fournisseurs de services)

3-2.2.2. Sans passation de contrat : assurer la régularité de la maintenance des équipements par entreprise ou technicien plus proche, cette démarche se fait dans le cas d'urgence, ou il n'aurait pas du temps pour faire la phase de passation de contrat

Tableau n°14 : Nombre d'interventions internes et externes

N°	Type d'équipements	Nombre d'interventions internes	Nombre d'interventions externes	
			Avec passation de contrat	Sans passation de contrat
1	fibroscope	1	2	//
2	bronchoscope	//	2	//
3	colonoscopie	//	1	//
4	microscope opératoire	1	//	1
5	microscope de laboratoire	5	//	//
6	table d'opération	3	//	3
7	table d'accouchement	3	//	3
8	aspirateur de chirurgie	//	//	9
9	respirateurs	//	20	//
10	autoclave tout type	102	15	//
11	table de réanimation (nouveau né)	4	//	1
12	Bistouris de chirurgie (tous)	12	//	4
1	scialytique	30	//	5

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

	plafonnier			
14	scialytique mobile	11	//	6
15	Analyseur de gaz de sang	2	//	3
16	appareil d'anesthésie	24	8	//
17	Audiomètre	5	//	//
18	table chauffante	11	//	//
19	Armoire de traitement d'air	12	//	//
20	Photothérapie conventionnelle	3	//	//
21	reprographe laser	32	//	12
	Total	261	48	47

Source : Annexe 11, 2018.

D'après le tableau 14, on constate que la plupart des interventions se font dans l'établissement par le service de maintenance disponible.

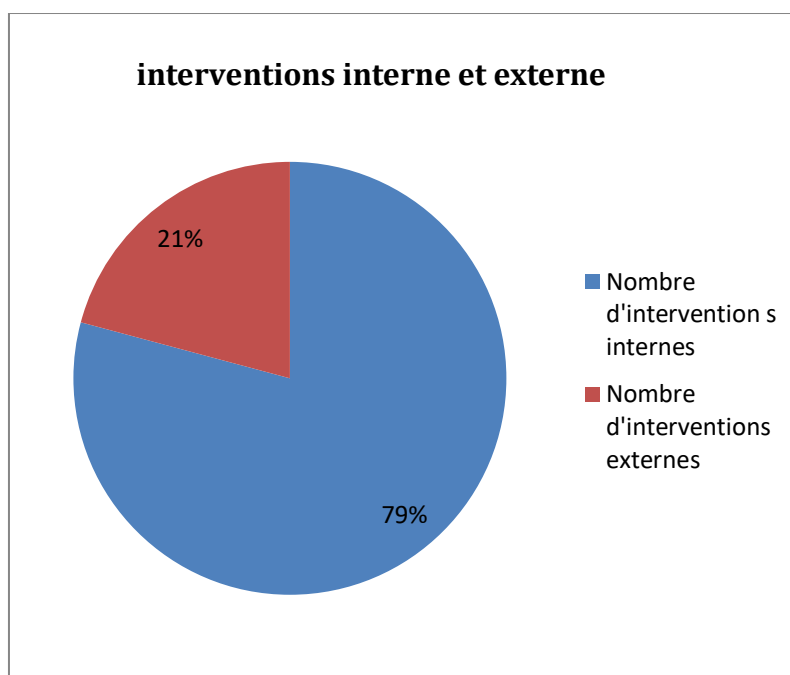
En suite dans le cas d'une intervention externe il existe deux types (avec passation de contrat et sans passation de contrat), on remarque dans le tableau 14 qu'il existe un équipement (aspirateur de chirurgie) que l'établissement n'ayant pas le personnel suffisant pour réaliser sa maintenance, l'établissement fait appel à des services de maintenance externes pour réparer le matériel.

D'après le tableau n°14, on déduit que :

- Il existe un manque d'information sur l'utilisation de ses matériels
- Manque d'effectif de service de la maintenance il existe que deux techniciens dans CHU Khalil Amran Bejaia.

Figure n°5 : Nombre d'interventions interne et externe sur équipements médicaux dans CHU KHalil Amran de Bejaia

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa



Source : Graphe est réalisé par nos soins à partir de tableau N°14

A travers le graphique précédent, nous avons constaté que la majorité des interventions se fait dans l'établissement, 79% des interventions de maintenance sont réalisées par le personnel disponible dans l'établissement, dans le cas des interventions externes on a 21% d'intervention sont réalisées par des agents externes de l'établissement entre passation de contrat (la sous-traitance), et sans passation de contrat avec l'intervention des techniciens en dehors de l'établissement par un appel d'offre.

3-3. Les causes de défaillance des équipements médicaux

Dans cette partie, nous avons pour but d'identifier quelles sont les causes de défaillance des équipements médicaux.

D'après les techniciens du CHU KHalil Amran Bejaia que nous avons interrogé les résultats suivants :

- Sur utilisation (pour manque de doublure) qui permet de respecter des programmes de maintenance préventive ;
- La mauvaise manipulation et exploitation des équipements médicaux par les utilisateurs (absence de formation de l'utilisateur) ;
- Vétusté des équipements médicaux, c'est-à-dire le non renouvellement et surexploitation de ces équipements médicaux ;

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

- Non fiabilité électrique des équipements médicaux et la mauvaise alimentation électrique avec absence d'onduleur.

4. ESSAI D'ANALYSE DU PROGRAMME DE MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS MEDICAUX DU CHU KHALIL AMRAN BEJAIA :

Le programme de maintenance des équipements médicaux est considérée comme la systématisation et la rationalisation de l'ensemble des processus qui conduisent à entreprendre le programme de maintenance des dispositifs médicaux, ainsi qu'à prévoir son déroulement.

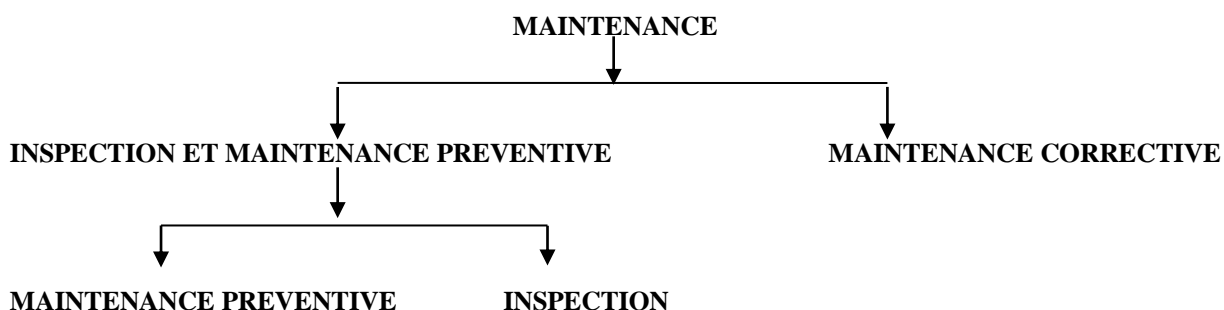
La présente section à pour objectif de d'étudier le programme de maintenance et sa politique de maintenance sur les matériels médicaux les informations requis par la DSP de la wilaya Bejaia et aussi par un ingénieur technicien du CHU de la wilaya de Bejaia.

4-1. Définitions relatives à la maintenance des matériels médicaux :

La maintenance est l'ensemble de toutes les activités techniques, administratives et de management, durant le cycle de vie d'un bien, en l'occurrence, les biens qui sont destinées à maintenir ou rétablir un bien dans l'état pour lequel il peut accomplir une fonction requise³ on distingué deux types de maintenance :

- ✓ **Préventive** : maintenance exécutée à des intervalles prédéterminés ou selon des critères prescrits et destinés à réduire la probabilité de défaillance ou la dégradation du fonctionnement du bien.
- ✓ **Corrective** : maintenance exécutée après détection d'une panne et destinée à remettre un bien dans un état dans lequel il peut accomplir une fonction requise.

Figure n°01 : Composantes d'un programme de maintenance.



Source : réaliser par nos sois .

³M. Yves AUROY Parrain du groupe : ENTRETIEN ET REPARATION DE BIENS A CARACTERE MEDICAL, PHARE performance hospitalière pour des achats responsables p1.

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

4-2. La durée de renouvellement des matériels médicaux :

Dans ce point, nous avons essayé de vérifier si la durée de renouvellement des matériels médicaux est respectée au sein de nos établissements de santé. Nous avons aperçu que la durée de renouvellement des équipements médicaux n'est pas respectée dans les délais dans établissements de santé d'après la DSP de Bejaïa.

Afin de vérifier si la durée de renouvellement des matériels médicaux est respectée, dans ce qui suit, nous avons pour but d'estimer les raisons de non renouvellement des équipements médicaux dans les délais. On a déduit dans notre analyse que la durée de renouvellement des matériels médicaux n'a pas été respectée à cause de la négligence des responsables de la maintenance des matériels médicaux. Pensent que le non respect de la durée de renouvellement des matériels médicaux est dû aux faibles moyens disponibles.

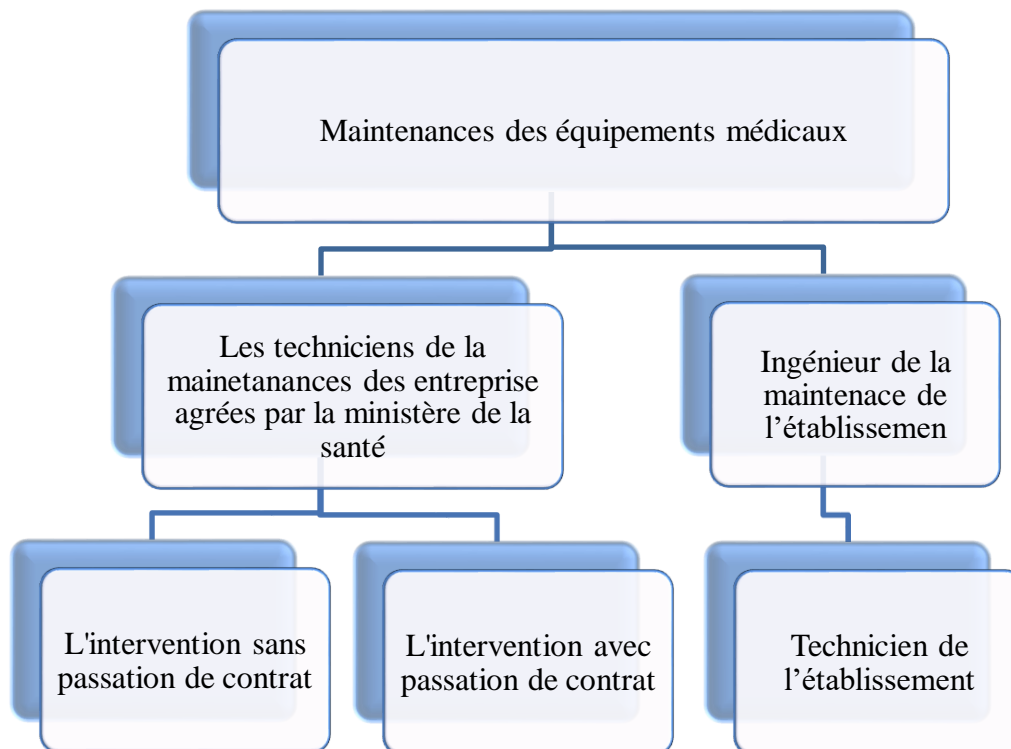
Notre information d'analyse nous a permis de déduire et de confirmer l'absence des formations ou des études sur l'exploitation des équipements médicaux en Algérie. Ce qui pousse les exploitants à utiliser des ressources différentes pour s'en sortir (manuels, ouvrages, internet, etc.) ou demandent l'aide des collègues. Qui se traduit comme une mauvaise utilisation des équipements médicaux qui produit des risques sur les exploitants, les patients et sur les équipements médicaux.

4-3. La réalisation de la maintenance des équipements et matériels :

La réalisation de la maintenance des équipements et matériels soit par les techniciens de maintenance des entreprises agréer par le ministère de la santé (intervention avec passation de contrat et sans passation de contrat) ou par l'ingénieur de la maintenance de l'établissement.

Les différents types de maintenance des équipements peuvent être présentés par l'organigramme suivant :

Figure n°02 : La réalisation de la maintenance des équipements et matériels



Source : réaliser par nos sois à partir les données.

Dans ce qui suit, nous avons pour but de vérifier et d'apprécier comment les techniciens des établissements de santé réalisent la maintenance des équipements médicaux. D'après la DSP de Bejaia, nous avons abouti à ce qui suit :

4-3.1. Les types d'inspection des dispositifs médicaux que les techniciens effectuent :

Dans ce point nous avons pour but de vérifier si les techniciens effectuent les différents types d'inspection pour les équipements médicaux d'après l'ingénieur de la maintenance du CHU Khilil Amran de Bejaia, nous avons trouvé les résultats suivants :

- **Contrôle avant chaque utilisation :** ce type d'inspection est réalisé seulement par des établissements de santé privés.
- **Contrôles quotidiens :** pour les établissements de santé publics, c'est seulement une minorité qui effectuent des contrôles quotidiens sur les équipements médicaux.
- **Contrôles périodiques :** une part importante la majorité effectuent des contrôles périodiques pour les équipements médicaux dans des établissements de santé publics.

4-4. Les différents modèles d'application de la maintenance des équipements médicaux :

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

Dans ce point, nous avons l'intention d'éclairer les différents modèles d'application la maintenance des équipements médicaux dans les établissements de santé. Il existe trois (03) modèles.

D'après la DSP de Bejaïa, nous avons trouvé les résultats suivants par rapport au trois type de maintenance :

- L'application de la maintenance corrective
- L'application de la maintenance préventive
- L'application de la maintenance contractuelle

4-4.1. L'application de la maintenance corrective des équipements médicaux :

Dans l'analyse personnelle, nous avons pour but de vérifier si les techniciens des établissements de santé publique appliquent la maintenance des équipements médicaux.

D'après la DSP de Bejaïa, nous avons constaté que la majorité des établissements de santé publics appliquent la maintenance corrective.

Après analyse des résultats de notre information, nous avons trouvé que la majorité des établissements de santé publics rassemblent tous les moyens nécessaires pour effectuer la maintenance des équipements. Le technicien des établissements de santé publics dit que lors de la réalisation de maintenance, il détecte d'abord la panne de l'équipement.

4-4.2. L'application de la maintenance préventive des dispositifs médicaux :

Dans ce qui suit, nous avons pour but de vérifier si les techniciens des établissements de santé publique appliquent la maintenance préventive des équipements médicaux.

D'après la DSP de Bejaïa, nous avons trouvé que la majorité d'établissements de santé publics réalisent la maintenance préventive des équipements médicaux.

En termes d'application de la maintenance préventive, nous avons constaté que le technicien des établissements de santé publics la minorité qui effectue la vérification de l'alimentation électrique des équipements médicaux et aussi qui ont fait le nettoyage des équipements médicaux.

Pour le technicien qui n'applique pas la maintenance préventive, il répond que le seul obstacle est dû au manque de moyens nécessaires pour effectuer les opérations de la maintenance préventive.

4-4.3. L'application de la maintenance contractuelle des équipements médicaux :

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

Pour ce qui concerne la maintenance des équipements médicaux dans les établissements de santé, il existe trois (03) options.

- ✓ Elle peut être gérée exclusivement en interne
- ✓ soit externalisée partiellement
- ✓ ou externalisée intégralement

De nos jours avec toutes les nouvelles technologies présentes sur le marché, il ne serait pas injuste de dire que le temps de la maintenance exclusivement interne est rectifié, même avec les techniciens ou ingénieurs qualifiés. Pour la disponibilité des moyens nécessaires pour la maintenance des équipements médicaux, on constate que des contrats de maintenance sont établis avec les fournisseurs (service après vente).

Selon le responsable de la DSP Bejaia, on constate que la disponibilité des moyens nécessaires pour la maintenance des équipements médicaux ce dépend la gravité de panne et la qualité des équipements médicaux, en site une modalité d'exécution :

4-4.3.1. Fournitures :

Les composants remplacés sont validés ou spécifiés comme compatibles par le constructeur sont de deux éléments :

- Garantie des pièces remplacées
- Récupération

➤ **Récupération :**

En l'absence de maintenance corrective forfaitaire, le titulaire peut proposer au responsable, ou ce dernier demande au titulaire, la réparation ou l'échange standard des pièces défectueuses en lieu et place de leur remplacement. La pièce remplacée devient propriété du titulaire.

Conclusion

A travers l'analyse des données de notre premier enquête réalisée de la section auprès des responsable de la (DSP), pour la répartition et la disponibilité des équipements médicaux des établissements de santé publics dans la wilaya de Bejaïa, nous avons essentiellement tiré les résultats ci-dessous.

Par rapport à la répartition des équipements médicaux, nous avons obtenu les résultats suivants :

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

- ✓ On a constaté que la répartition est disproportionnée et inégale au niveau des établissements publics qui ce traduit par :
 - La disponibilité des équipements médicaux varient selon le budget de l'établissement consacré à l'achat des équipements médicaux
 - selon la répartition des habitants ou il ya la plus grande densité de la population, cette répartition du secteur sanitaire ce base beaucoup plus sur la répartition des patients.

Le problème de la maintenance a toujours été mentionné à plusieurs reprises par des spécialistes. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de stratégie claire ni d'action efficace de la part des gestionnaires pour y remédier. Et par conséquent, le matériel importé en quantités énormes reste le plus souvent en panne ou sous exploité.

Le matériel médical coute très cher et moins d'importance a été donnée à sa maintenance (intervention et gestion technico-économique) et son exploitation pour une bonne longévité du matériel.

Il est donc nécessaire d'établir une évaluation globale, un diagnostic et un audit de la fonction maintenance au niveau de nos hôpitaux, ce qui permettra d'identifier les points faibles et points forts et d'indiquer le niveau de performance de la fonction via des questions qu'on peut se poser et des constats.

CONCLUSION GENERALE

Le droit à la santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement économique et social, individuel. Compte tenu de ce principe, en matière d'amélioration de l'offre de soins et de la prise en charge médicale des citoyens, on se basant sur l'analyse de la situation actuelle, tendent de prévoir les moyens matériels on particulier les équipements médicaux susceptibles d'apporter des changements qualitatif.

Les équipements médicaux sont indispensable dans les établissements de soins de santé, qui sont aussi des composants essentielle, l'utilisation des équipements médicaux améliorent les résultats sanitaire, ces dernier doivent être répartis efficacement en fonction des besoins d'une population donnée.

Notre travail de recherche s'inscrit dans cette optique et vise essentiellement à prendre conscience de l'importance de répartitions des équipements médicaux et sa disponibilité, puis la politique de la maintenance. Cette étude nous a permis de mesurer la difficulté de la gestion de certains équipements médicaux, car cette dernière est généralement à l'appréciation des décideurs au sein des établissements de santé, en fonction des contraintes financières et de ressources humaines tant au niveau de la formation que des effectifs.

Afin de vérifier notre hypothèse de recherche, nous avons procédé a un essai d'analyse au sein de la DSP et CHU KH.A Bejaia dont les objectifs sont en premier lieu d'essai d'évaluer la répartition et la disponibilité des équipements, en deuxième lieu un essai d'évaluation l'état des lieux des équipements médicaux et en troisième lieu un essai d'analysées programmes maintenance des équipements médicaux.

A travers cette étude nous constatons que :

- en confirme que la répartition et la disponibilité des équipements médicaux varient selon la répartition géographique des établissements et la densité de la population.
- lorsqu'y a une création d'un service important ou l'urgence.
- la qualité de soins est en général liée à la disponibilité des équipements médicaux.
- Par ailleurs, nous avons évalué qu'il ya un manque des équipements médicaux dans les établissements de santé publics de la wilaya de Bejaïa.
- L'insuffisance de l'information sur l'état du matériel médical dans CHU.KHLIL.AMRANE Bejaia par contre en essai d'avoir le nombre d'intervention effectuer dans l'établissement.
- En trouve que les équipements médicaux effectue énormément d'intervention sur ce dernier.

CONCLUSION GENERALE

- Après l'acquisition d'un matériel médical mise en service, des formations des personnels utilisateurs et techniques sont obligatoire, les obligations de contrôles et d'entretien des équipements médicaux.
- Le problème de la maintenance s'est toujours posé avec acuité, a été à plusieurs reprises évoqué par les spécialistes. Jusqu'à maintenant, il n'y a eu aucune stratégie ni action efficace de la part des responsables pour y remédier ; et comme conséquence, des équipements importés a des somme surprenants sont en panne.
- Le matériel médical coute très cher et moine d'importance a été donné à sa maintenance et son exploitation pour une bonne longévité du matériel.
- Il est donc nécessaire d'établir une évaluation globale, un diagnostic et un audit de la fonction maintenance au niveau de nos hôpitaux, ce qui permettra d'identifier les points faibles et point fort et d'indiquer les niveaux de performance de la fonction via des questions qu'on peut se poser et des constats

De cette façon seulement, les patients auront accès à du matériel médical apte à leur fournir un diagnostic précis, un traitement efficace ou un rétablissement juste.

Enfin, il convient de signaler que ce travail de recherche n'est qu'une contribution modeste et préliminaire pour une thématique d'actualité. C'est un préalable à d'autres recherches encore plus approfondies car il ouvre plusieurs pistes à des études plus ciblées. Néanmoins, nous espérons avoir atteint les objectifs fixés, et que notre étude fera appel à d'autres recherches.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages

- BrahamiaB: Economie de la santé : évolution et tendances des systèmes de santé (OCDE Europe de l'Est-Maghreb), BAHAEDDINE EDITIONS, 2010
- Tanti-HardouinN: Economie de la santé, Ed. Armand Colin, 1994.

2.Thèses et Mémoires

- Pierre Éric Langlois: mémoire <<La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale>>2015.
- 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.
- KaïdTililane N.: « Système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant, enquête de la wilaya de Bejaïa». Thèse deDoctorat, Université d'Alger, 2003.
- KENDI. N : « Essai d'analyse de la politique de lutte contre le tabagisme en Algérie » Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Magistère en Sciences Économiques, Option : Économie de la Santé et Développement Durable, université A.MIRA de BÉJAÏA, 2012.

BIBLIOGRAPHIE

3.Rapports et documents officiels

- Alma-Ata(URSS): «Le soin de santé primaires ».Rapport de la Conférence internationale sur le soin primaires, 6-12 septembre 1978, OMS Genève

- Agence régionales de santé «Les inégalités sociales de santé ».Sous la direction de Bernard Basset.Approche conceptuelle de la qualité du soin, , N°35, JUIN, 2001.

- Association des Infirmiers et Infirmières du Canada, « Les déterminants de la santé », Edition AIIC, Novembre 2009.

- atelier soins et prévention réduction ou aggravation des inégalités sociales de santé. Pierre Lombrail.

- Bihl Alain, Pfefferkorn Roland: « Les inégalités sociales de santé », dans *revue ¿ Interrogations ?*, N°6. La santé au prisme des sciences humaines et sociales, juin 2008[enligne], <https://www.revue-interrogations.org/Les-inegalites-sociales-de-sante>.

- Dorian Verboux: Variabilités des pratiques et inégalités d'accès aux soins en France : le cas de la cancérologie. Economies et finances. Université Paris-Est, 2016. Français.
FfNNT : 2016PESC0065ff. fftel-01529197f

- DEA GEOS : Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie

BIBLIOGRAPHIE

de la santé «Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins ». Dossier de Université Paul

Valéry Montpellier 3 Pascal BONNET © 2002.

- ioana marinescu alternatives économiques «Quel système de santé pour quels objectifs?» 01/10/2004/N°229.

- IRDES La qualité des soins en France : «Comment la mesurer pour l'améliorer ?» Zeynep Or () Laure Com-Ruelle (Irdes), Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Décembre 2008.

- Marie-Odile Safon Véronique Suhard, Juillet 2017, institue de recherche et de la documentation en économie de sante IRDES «La géographie de la santé» Bibliographie thématique.

- Les inégalités sociales et territoriales de santé. Dossier Documentaire. Edition EHESP.

- HAL : Les soins primaires << Une définition du champ pour développer la recherche >>.

- ministere de la sante de la population et de la reforme hospitaliere «Projection du développement du secteur de la santé »: perspective décennale, juillet-2003.

- OMS: Déclaration d'alma-Ata sur les soins de santé primaires

- Édition INPES .Réduire les inégalités sociales en santé. sous la direction de louise potvin marie-josé moquet catherine m. jones.

BIBLIOGRAPHIE

- Rochaix L., Tubeauf S. (2009) : « Mesure de l'équité en santé : fondements éthiques et implications ».Revue Economique, Vol 60, N°2.

- royaume du maroc ministere de la sante institut de formation aux carrieres de sante de rabat 2^{ème}cycle -epm, carte sanitaire et sros module de l 'offre de soin, 2011/2013.

4.Réglementation

- **DECRETS**

1- Décret exécutif n°07-140 au 19 mai 2007 portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

2- Décret exécutifs n°07-140 du 19 mai 2007 relative à l'organisation et fonctionnement des établissements Publics hospitaliers et des établissements publics de proximités.

3- Loi n°18-11 Chaoual 1439 corsepondant au 2 juillet 2018 relative à la santé

5.Sites Web

- www.afnor.org
- www.algeria-isp.com
- www.ands.dz
- www.irdes.fr

BIBLIOGRAPHIE

- www.sante.dz
- www.who.int/fr
- www.geoconfluences.ens-lyon.fr
- www.santé-publique.com
- www.CHUbejaia.dz
- www.dsp-bejaia.dz

ANNEXE 09

GUIDE D'ENTRETIEN

AXE01 : répartitions et disponibilité des équipements médicaux

1. comment les dispositifs médicaux sont repartis et quel est leur disponibilité dans la wilaya de Bejaïa

AXE02 : l'intervention de la maintenance dans l'établissement CHU KHLIL AMRAN Bejaia et les causes de la défaillance des équipements médicaux

- 1- Quelles est le type d'intervention de la maintenance dans l'établissement CHU KH AMRAN Bejaia ?
- 2- Quelle sont les causes de la défaillance des équipements médicaux ?

AXE03 : programme de la maintenance des équipements médicaux dans l'établissement publique

- 1- Définition relative a la maintenance des matériels médicaux ?
- 2- Quelle est le programme de la maintenance réalisé dans les établissements publique ?
- 3- Comment réaliser le programme de la maintenance ?

ANNEXE 10

COMMUNE	TOTAL
BEJAIA	190 766
OUED GHIR	20 739
AMIZOUR	40 256
FERAOUN	16 599
SEMAOUN	14 603
BENI DJELLIL	8 355
TIMEZRIT	27 710
SOUK EL TENINE	15 054
MELBOU	12 206
TAMRIDJET	9 019
TICHY	17 734
TALA HAMZA	12 510
BOUKHLIFA	9 389
IGHIL ALI	10 210
AIT R'ZINE	15 606
DARGUINA	15 165
TASKRIOUT	17 303
AIT SMAIL	12 621
AOKAS	17 131
TIZI N'BERBER	13 534
ADEKAR	14 005
TAOURIRT IGHIL	7 129
BENI K'SILA	4 697
AKBOU	57 103
CHELLATA	10 473
TAMOKRA	4 302
IGHRAM	13 270
SEDDOUK	22 036
M'CISNA	8 507
AMALOU	9 217
BOUHAMZA	9 779
TAZMALT	30 968
B. MELIKECHE	9 110
BOUDJELLIL	12 312
CHEMINI	16 371
SOUK OUFELA	9 571
TIBANE	5 432
AKFADOU	7 879
BARBACHA	18 109
KENDIRA	5 746
OUZELLAGUEN	24 346
SIDI AICH	14 765

TINEBDHAR	6 237
TIFRA	9 004
SIDI AYAD	5 802
EL FLAYE	6 896
EL KSEUR	31 977
F. EL MATHEN	12 677
TOUDJA	10 534
KHERRATA	37 591
DRAA EL KAID	31 313
BENI MAUCHE	14 385
TOTAL WILAYA	978 050

RESUME

Dans une institution de santé, la crédibilité, la sûreté ou la sécurité ainsi que la disponibilité des équipements sont nécessaires voire indispensables, car il doivent être utilisés pendant le diagnostic, le traitement et le suivi des malades. Ces équipements médicaux sont confrontés à des obstacles qui peuvent empêcher leur bon fonctionnement et leur utilisation lors de: pannes, la formation insuffisante à l'utilisation de cet équipement, risque d'échec ou le manque de pièces de rechange en cas de pannes.

De ce fait, nous avons d'abord essayé d'étudier la place des équipements médicaux dans le système de santé concernant la wilaya de Bejaia, aussi la mise en disponibilité et la répartition de ces mêmes équipements dans différents lieux. Nous avons aussi traité de la politique de maintenance et de renouvellement des équipements médicaux et leur utilisation rationnelle qui assure l'accès aux soins de santé pour les actes techniques. Nous avons ensuite effectué une quête d'une importante collecte d'informations. On s'est concentré sur cette opportunité liée à la réalité de la politique d'exploitation de la maintenance et des dispositifs médicaux concrètement utilisés sur le terrain au niveau de la Direction de la santé Publique (DSP) et le CHU de la wilaya de Bejaia.

Mots clé : équipements médicaux, disponibilité, répartition, politique de maintenance système de soins accès au soin.

Anglais

In a health institution, credibility, safety or security and the availability of equipment are necessary or even indispensable, because they must be used during the diagnosis, treatment and follow-up of patients. These medical equipments are confronted with obstacles that can prevent their proper functioning and their use during: breakdowns, insufficient training in the use of this equipment, risk of failure or lack of spare parts in case of breakdowns.

Therefore, we first tried to study the place of medical equipment in the health system concerning the city of Bejaia, also the availability and distribution of these same equipment in different places. We also discussed the policy of maintenance and renewal of medical equipment and their rational use which ensures access to health care for technical acts. We then went on a quest for an important collection of information. We focused on this opportunity related to the reality of the operating policy of maintenance and medical devices actually used in the field at the level of the Public Health Department (DSP) and the hospital of the city of Bejaia.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	01
 Chapitre I : Fondements théorique d'accès aux soins de santé	
Introduction.....	04
1. CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUS SOINS	05
1.2. Dimension d'accès aux soins.....	06
1.3. Caractéristiques d'accès aux soins.....	07
1.3.1. Accès au soin primaire.....	07
1.3.1.1. Rôle de soins de primaires	08
1.3.2. Accès au soin secondaire.....	9
2. FONDEMENTS THEORIQUE DES IN2GALITES DES SOINS DE SANTE	9
2.1. Définition des inégalités de santé.....	11
2.2. Les inégalités sociales de santé.....	11
2.3. Les cause des inégalités sociales de santé.....	12
2.3.1. Les conditions de travail et de vie.....	12
2.3.2. Les comportements individuels.....	12
2.3.3. Accessibilité et recours aux soins	13
2.3.4. La qualité/valeur des soins	13
2.4. Les inégalités spatiales de santé.....	14
2.4.1 La santé et sa géographie.....	15
2.4.1.1. La santé et sa géographie.....	15
2.4.1.2. Géographie des maladies	15
2.4.1.3. Géographie des soins.....	16
2.4.1.4. Géographie médicale	17
2.4.2. La carte sanitaire	17
2.3.2.1. Objectif de la carte sanitaire.....	17
2.4.3. La démographie médicale.....	18
2.4.3.1. La densité médicale.....	18
2.4.3.2. Le désert médical	18
3. LA QUALITE DE SOIN.....	19
3.1. Quelques définitions de la qualité des soins.....	19

3.2. La qualité des soins et leur dimension principale.....	20
3.2.1. L'efficacité	20
3.2.2. La sécurité.....	21
3.2.3. L'accessibilité	21
3.2.4. La réactivité.....	21
3.2.5. L'efficience	22
Conclusion	22

CHAPITRE II : le système de soin algérien : quelle place pour les équipements médicaux : cas de la wilaya de Bejaia

Introduction	23
I. GENERALITES THEORIQUES ET FONCTIONNELLES INITIAL SUR LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE.....	23
1. Généralités sur le système de santé	24
1.1. Définition du système de santé.....	24
1.2. Les différentes composantes d'un système de santé	24
1.3. Objectif de système de santé.....	25
1.4. Les ressource du système de soins de santé.....	26
1.4.1. Les ressources humaines du système de soins de santé.....	26
1.4.1.1. Les professionnelles de santé	26
1.4.1.2. Les infrastructures de soins de santé.....	27
1.4.1.2.1. Les infrastructures hospitalières.....	27
1.4.1.2.1.1. Définition des infrastructures hospitalières.....	27
1.4.1.2.1.2. Types des infrastructures hospitalières.....	28
1.4.1.2.2. Les infrastructures extrahospitalières : (EPSP).....	29
1.4.1.2.2.1. Types des infrastructures extrahospitalières.....	29
1.4.1.3. Les ressources matérielles du système de soins de santé.....	31
1.4.1.3.1. Définition des ressources matérielles du système de soins de santé.....	31
1.4.1.3.2. Types des ressources matérielles du système de soins de santé.....	31
II.L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOIN EN ALGERIE.....	31
2. LES RESSOURCE DE SOIN EN ALGERIE.....	32
2.1 Les ressources humaines.....	32
2.2. Les infrastructures de soins de santé.....	33

2.2.1. Les infrastructures hospitalières.....	33
III. LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE BEJAIA : QUELLE PLACE POUR LES EQUIPEMENTS MEDICAUX : cas de la wilaya de Bejaia.....	34
3.1. Les professionnels de soins de santé par établissement hospitalier.....	34
3.1.1. L'analyse de la couverture sanitaire.....	35
3.1.2. Les professionnels de soins de santé par établissement public de santé de proximité...	35
3.1.3. Les professionnels de santé par établissement hospitalier spécialisé (EHS)	36
3.2. Les infrastructures de soins de santé.....	37
3.2.1. Les infrastructures hospitalières.....	37
3.2.2. Les infrastructures extrahospitalières	37
Conclusion.....	38

CHAPITER III : Etat des lieux de la répartition des dispositifs médicaux dans les établissements publics dans la wilaya de Bejaïa

Introduction.....	39
1. conception et réalisation de notre analyse auprès de la direction de sante publique de la wilaya Bejaia (DSP) et de centre hospitalier universitaire (CHU) de Bejaia	39
1.1. Présentation de l'enquête	39
1.2. Difficultés rencontrée.....	40
2 REPARTITION ET DISPONIBILITE DES QUIPEMENTS MEDICAUX.....	41
2-1. Répartition et disponibilité des équipements médicaux selon le CHU de Bejaïa	41
2..2 Les ressources matérielles du système de soins de santé.....	44
2-3. Répartition et disponibilité des équipements médicaux selon l'EPH de Bejaïa	46
2-4. Répartition et disponibilité des équipements médicaux selon les EPSP de Bejaïa.....	49
3. Essai d'analyse de l'état des équipements médicaux auprès des responsables de matériels médicaux des établissements de santé publique dans la wilaya de Bejaia : Cas CHU KHALIL AMRAN Bejaïa.....	51
3-1. L'intervention sur Les équipements médicaux dans CHU KHALIL AMRAN Bejaia	51
3 2. les types d'intervention sur les équipements médicaux dans CHU KH.A Bejaia.....	53
3-2.1. L'intervention interne	53

3-2.2. L'intervention externe	54
3-2.2.1. Passation de contrat	54
3-2.2.2. Sans passation de contrat	54
3-3. Les causes de défaillance des équipements médicaux	56
4. Essai d'analyse le programmes de maintenance des équipements médicaux auprès des responsables de la maintenance des matériels médicaux dans des établissements de santé publique dans la wilaya de Bejaia.....	57
4-1. Définitions relatives à la maintenance des matériels médicaux	57
4-2. La durée de renouvellement des matériels médicaux	58
4-3. La réalisation de la maintenance des équipements et matériels	58
4-3.1. Les types d'inspection des dispositifs médicaux que les techniciens effectuent.....	59
4-4. Les différents modèles d'application de la maintenance des équipements médicaux	59
4-4.1. L'application de la maintenance corrective des équipements médicaux.....	60
4-4.2. L'application de la maintenance préventive des dispositifs médicaux.....	60
4-4.3. L'application de la maintenance contractuelle des équipements médicaux	60
4-4.3.1. Fournitures	61
Conclusion.....	61
Conclusion générale	63

Références bibliographie

Annexes