

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



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

## MEMOIRE

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

Option : Economie Quantitative

### L'INTITULE DU MEMOIRE

LES DISPARITES D'ACCES ET DE RECOURS AUX SOINS  
ENTRE LES SECTEURS FORMEL ET INFORMEL :  
*Une étude exploratoire dans la wilaya de Bejaia*

Préparé par :

- BOUMAZA Lyes
- AMROUCHE Atmane

Dirigé par :

Mr. CHALANE Smail

**Jury :**

Examineur 1 : Mr. MOURI Mohand Ouali

Examineur 2 : Mr. KIROUANI Lyes

Rapporteur : Mr. CHALANE Smail

Année universitaire : 2020/2021

## *Remerciements*

*Nous tenons tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail.*

*Ce mémoire est la présentation personnelle d'un travail collectif ayant impliqué de nombreuses personnes directement, comme notre encadreur, ou indirectement par leurs conseils, leurs encouragements. Certains appartiennent à notre sphère professionnelle, d'autres à nos sphères familiales ou au cercle de nos amis. Je souhaite leur adresser nos remerciements et leur dédier ce travail*

*Nos remerciements vont ainsi : A notre encadreur Chalane Smaïl, pour sa disponibilité et sa perspicacité. Son humilité et son talent sont pour moi exemplaires, et la confiance qu'ils nous a accordée nous a confortés dans nos efforts et nous a permis d'avancer à pas constants et à accomplir notre mémoire de fin d'étude.*

*Nos remerciements vont aussi Aux membres du Jury pour avoir accepté de prendre le temps de relire et d'expertiser notre mémoire. Puisse ce travail leur apporter en retour des éléments de réflexion.*

*A madame Taous Cheurfa , qui a été d'une aide vraiment précieuse et qui a manifesté beaucoup d'intérêts pour les travaux que nous avons menés .*

*Aux enseignants qui ont tous prodigué des conseils et ont permis l'aboutissement de ce travail, qu'ils trouvent, ici, l'expression de notre gratitude et de reconnaissance, car ils nous ont beaucoup appris durant notre cursus de graduation.*

*A L'ensemble des ménages de la wilaya de Béjaïa qui ont participé à la réalisation de notre enquête.*

*A nos amis et a notre entourage qui nous ont apporté leurs contributions à la réalisation de ce mémoire, à eux tous, nous disons « Merci ».*

*Amrouche Atmane*

*Boumaza Lyes*

*Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail à Dieu Tout Puissant*

*A mes parents*

*A mon frère et ma sœur*

*A Ma très chère tante*

*A tous mes amis sans exception*

*Atmane*

*Je dédie ce modeste travail à Dieu Tout Puissant*

*A mes parents*

*A mes frères et mes sœurs*

*A tous mes amis*

*LYES*

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

# LISTE DES ABRÉVIATION

**BIT** : *Bureau International du Travail*

**BTP** : *Bâtiments et Travaux Public*

**CASNOS** : *Caisse Nationale de Sécurité Sociale Des Non Salariés*

**CHU** : *Centre Hospitalier Universitaire*

**CMU** : *Couverture Maladie Universelle*

**CNAS** : *Caisse Nationale des Assurances Sociales*

**CNR** : *Caisse National des Retraites*

**EER** : *Energy Efficiency Ratio*

**FMI**: *Fonds Monétaire International*

**LSMS**: *Living Standards Measurement Study*

**MENA**: *Middle East and North Africa*

**MOD** : *Main d'œuvre Démographie*

**OIT** : *Organisation International du Travail*

**OMS** : *Organisation Mondiale de Santé*

**ONG** : *Organisation Non gouvernementale*

**ONS** : *Office National des Statistiques*

**PAS** : *Programme d'Ajustement Structurel*

**PIB** : *Produit Intérieur Brut*

**PME** : *Petites ou Moyennes Entreprises*

**PNB** : *Produit National Brut*

**PNUD** : *Programme des Nations Unies pour le Développement*

**RGPH** : *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*

**SROS** : *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*

**UNICEF** : *United Nations Children's Fund*

# **SOMMAIRE**



# **SOMMAIRE**

## ***PLAN PAGES***

Remerciements .....	I
Dédicaces .....	II
Liste des abréviations .....	III

## ***INTRODUCTION GÉNÉRALE*** ***1***

### **CHAPITRE I :**

#### ***PROBLEMATIQUE ET ENJEUX DU SECTEUR INFORMEL EN ALGERIE***

Introduction .....	8
I. Cadre conceptuel du secteur informel .....	8
II. Les enjeux du secteur informel.....	14
III. L'économie informelle en Algérie : cas de la Wilaya de Bejaia .....	26
Conclusion.....	31

### **CHAPITRE II :**

#### ***LES DISPARITES SOCIO-PROFESSIONNELLES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE ET DANS LE MONDE : UNE REVUE DE LA LITTERATURE***

Introduction .....	33
I. Cadre conceptuelle sur l'accès au soin Déterminant d'accès et de renoncement au soin.....	33
II. Revue de littérature sur les inégalités d'accès au soin.....	42
III. L'influence des catégories sociale et socioprofessionnelle sur l'accès aux soins.....	45
Conclusion.....	54

### **CHAPITRE III :**

## ***UNE ETUDE COMPARATIVE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTÉ ENTRE LES SECTEURS FORMEL ET INFORMEL DANS LA WILAYA DE BEJAIA***

Introduction .....	56
I. Présentation et déroulement de l'enquête .....	56
II. Analyse et interprétations des résultats .....	59
Conclusion.....	88
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	91
Références bibliographiques .....	94
Annexes .....	101
Liste des tableaux .....	108
Liste des figures .....	110
Table des matières .....	112

# **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

## I. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé, où on constate des écarts selon les territoires et les catégories socioprofessionnelles en termes de risques pour certaines pathologies ou d'espérance de vie en bonne santé. Les inégalités concernent l'exposition aux risques, mais aussi l'accès à l'offre de soins, que celui-ci soit limité par des obstacles tels que le financement, l'insuffisance d'offre, l'éloignement géographique, la pénurie de prestataires ou le temps d'attente excessifs... La Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, établit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* ». À l'échelle nationale, le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus. Ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place progressivement après l'indépendance en Algérie.

### La santé en Algérie :

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (OMS, 1946). Cette définition n'a pas été modifiée depuis. Cette définition souligne la part subjective, globale, contextuelle, évolutive et multidimensionnelle de la notion de santé. Autrement dit, une personne en fauteuil roulant peut-être en meilleure santé qu'une personne ayant perdu son emploi. Deux personnes ayant strictement la même maladie peuvent avoir une santé totalement différente.

Le système de santé algérien est opéré par la CNAS (Caisse nationale des assurances des travailleurs salariés), la CASNOS (Caisse nationale de sécurité sociale des travailleurs des non-salariés) et la CNR (Caisse nationale des retraites). Ces trois organismes sont gérés par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale.

La CNAS et la CASNOS s'occupent de la gestion des prestations en espèces et en nature des assurances sociales, des maladies professionnelles, des accidents du travail et des prestations familiales, alors que la CNR assure la gestion des pensions et allocations de retraite ainsi que les pensions et allocations des survivants. Dans chaque division administrative (wilaya), ces organismes ont une structure qui est appelée « Agence de wilaya ». Ce sont des annexes de la caisse nationale concernée. Les personnes qui ont une activité professionnelle ou qui sont en formation professionnelle en Algérie sont obligatoirement assurées à la sécurité sociale, quelle que soit leur nationalité. Les prestations médicales qui sont couvertes par la CNAS sont les suivantes : les soins médicaux, l'hospitalisation, les soins chirurgicaux en ambulatoire, les médicaments, la lunetterie, les analyses de laboratoires, les prothèses, les soins et les prothèses dentaires, les transports sanitaires, les cures thermales et les prestations du planning familial.

Le remboursement des soins médicaux de la CNAS est de 80 % et les assurés qui ont une carte « Chifa » ainsi que leurs ayants droit peuvent bénéficier du système du tiers payant pour les produits pharmaceutiques conventionnés.

Concernant les hôpitaux, dans le secteur public, on trouve 185 hôpitaux, 32 établissements hospitaliers et 13 CHU en Algérie. Dans le secteur privé, il existe une centaine de cliniques fonctionnelles. D'autres sont en construction et il y a également des projets en cours d'étude.

La mauvaise répartition des effectifs médicaux est depuis longtemps décriée dans les établissements de santé (un médecin pour 1 200 habitants et un pharmacien pour 8 000 habitants en moyenne). Il y a également le problème de la prise en charge financière qui se pose avec acuité. Une consultation chez un médecin généraliste en Algérie coûte autour de 1000 DA et 1 500 DA chez un spécialiste, on peut ajouter 500 dinars de plus dans les grandes villes.

#### À propos de secteur informel en Algérie :

Secteur qui peut se caractériser, d'une façon générale, comme étant constitué d'unités de production qui opèrent typiquement à petite échelle, avec un faible niveau d'organisation, avec peu ou pas de division entre le travail et le capital en tant que facteurs de production et avec l'objectif premier de créer des emplois et d'engendrer des revenus pour les personnes concernées, pour les besoins statistiques, le secteur informel est défini en fonction des circonstances nationales comme un ensemble d'entreprises non constituées en sociétés appartenant à des ménages, qui produisent au moins quelques produits pour le marché mais

qui ont soit moins d'un nombre spécifié de salariés et/ou qui ne sont pas enregistrées selon les formes spécifiques de la législation nationale, l'enregistrement peut se référer, par exemple, à l'inscription prévue par les obligations fiscales ou des cotisations de sécurité sociale ou d'autres dispositions administratives.

L'accroissement de l'emploi informel dans tous les pays en développement au cours de la décennie 2000 (Jutting et Laiglesia, 2009) fait de celui-ci une composante structurelle du marché du travail. Cet accroissement, qui intervient dans un contexte de faible création d'emplois par le secteur privé formel affectant la plupart des pays de la région MENA, dont l'Algérie (Elbadawi and Loayza, 2008), L'emploi informel en Algérie a connu une croissance significative (Charmes, 2009) depuis le processus de libéralisation de l'économie des années 1990. Et dans ces derniers temps le secteur informel représente 45% du PNB selon des chiffres avancés par le sous-directeur des statistiques et de l'information économique auprès du ministère du Commerce, Abderrahmane Saâdi, en citant une enquête réalisée par l'ONS en 2012. Selon cette enquête, l'économie informelle employait 1,6 million de personnes en 2001 avant d'augmenter à 3,9 millions de personnes en 2012, et en 2019 plus de 4,7 millions de personnes, soit près de 42% de la main-d'œuvre totale non agricole (ONS, 2019, p. 13).

Contexte de la recherche : les disparités d'accès et de recours aux soins entre les secteurs formels et informel dans les pays en développement et en Algérie en particulier :

On peut dire que l'économie informelle joue un rôle important et considérablement décisif à remettre en cause l'accès équitable de la population algérienne aux soins de santé. Sachant que ce secteur est généralement constitué de petites entreprises généralement familiales, où ils utilisent des ressources les plus disponibles, c'est-à-dire les ressources locales, avec l'usage intensif de la main d'œuvre plutôt que de recourir à des technologies plus coûteuses. Les activités du secteur informel sont relativement invisibles et elles ne sont pas comptabilisées dans l'économie nationale. Donc la plupart des actifs du secteur informel sont extrêmement précarisés, avec l'absence d'une protection sociale et droits, et en plus ils doivent subir des conditions de travail particulièrement défavorables.

## **II. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES DE TRAVAIL**

Des inégalités d'accès et de recours aux soins de santé subsistent dans tous les pays du monde. Dans notre cas, nous nous proposons d'appréhender la réalité des inégalités, ses causes et les solutions possibles pour ce phénomène en Algérie à travers le cas spécifique de

la wilaya de Bejaia. Dès lors, notre étude se propose de comparer en quelques sous-éléments entre le secteur informel avec les autres catégories socioprofessionnelles du secteur formel pour comprendre comment le comportement des actifs du secteur informel (les non-déclarés) sont significativement différents en matière de consommation médicale des autres catégories socioprofessionnelles. Et pour cela, nous nous interrogeons sur les différences entre les non déclarés et les actifs du secteur formel (profil et caractéristiques des membres), les motivations des membres du secteur informel et les logiques qui sous-tendent leurs comportements. Aussi, nous nous interrogeons sur **les disparités d'accès et de recours aux soins entre les secteurs formel et informel (la capacité de ses membres à recourir et accéder aux services médicaux), ainsi que les éléments qui influencent le plus la décision de recours/non recours aux services médicaux.**

Pour répondre à cette problématique, nous formulons quelques hypothèses que nous tentons de vérifier sur la base de données empiriques, particulièrement celles issues de notre enquête de terrain :

**Hypothèse 1 :** La fragilité sociale de la plupart des « non déclarés » constitue un élément désavantageux à leur accès équitable aux soins de santé. En théorie, le système de santé algérien offre une couverture relativement complète pour tout le monde, dont les travailleurs et les petits entrepreneurs du secteur informel, néanmoins dans la pratique il faut admettre que cette couverture est fortement limitée de par certains problèmes structurels dont souffre le pays.

**Hypothèse 2 :** La communauté du secteur formel qui possède une couverture sociale à plus de capacité à accéder aux services de soins que les travailleurs non déclarés non assurés, ce qui créer des disparités entre les diverses catégories socioprofessionnelles du secteur informel en termes d'accès et de recours aux soins.

**Hypothèse 3 :** Les gens qui vivent dans des ménages de petite taille sont plus vulnérable aux inégalités d'accès et de recours aux soins, cela peut être expliqué par la solidarité entre les membres de la famille.

**Hypothèse 4 :** La distance entre le lieu de résidence et les services de soins joue un rôle essentiel dans la prise de décision de non recours aux soins de santé, cela est lié à un autre type d'inégalité à savoir les « inégalités de mobilité » avec l'incapacité de tout le monde d'avoir un véhicule ou d'accéder à des transports en commun...

### III. CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIE

Il ressort d'un nouveau rapport de la Banque Mondiale et de l'OMS que la moitié au moins de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentielle. Chaque année un nombre considérable de famille sont plongées dans la pauvreté en raison des dépenses de santé qu'elles doivent régler directement. La Commission des Déterminants Sociaux de l'OMS rappelle que l'équité d'accès aux soins est une condition primordiale pour réduire les inégalités de santé (OMS, 2009). L'équité d'accès aux soins, qui est une dimension du principe d'équité horizontale (traitement égal à besoin égal), étant un indicateur de l'équité des systèmes de soins (Dourgnon, Jusot et Fantin, 2012 ; Jusot, 2013)

La situation financière du ménage est l'un des principaux facteurs qui interviennent dans la décision de ne pas recourir aux soins (Chaupain-Guillot, 2014 ; Haddad et al. 2004 ; Wilfried, Jérôme et Valentin, 2018). Ainsi, le revenu du chef de ménage, sa perception du coût des soins ou encore la taille du ménage sont des facteurs qui déterminent l'accès et le recours des individus aux services de santé (Wilfried, Jérôme et Valentin, 2018 ; Haddad et al., 2004). En outre, le niveau d'instruction et l'âge du chef de ménage ont aussi une influence sur l'accès des individus aux soins de santé (Houffouet, 2015 ; Wilfried, Jérôme et Valentin, 2018). Le problème de l'accès aux soins se pose d'abord de manière vitale pour les personnes démunies ou en situation de précarité, mais aussi à celles qui, bien que légèrement au-dessus des seuils de pauvreté, rencontrent des difficultés pour rendre effectifs leurs droits aux soins. La hausse du chômage et des inégalités de revenus a renforcé les difficultés d'accès au système de soins (Bonnet et François, 2018).

Nombreux sont les travaux empiriques ayant mis en évidence des inégalités sociales liées à l'utilisation différentielle des services de soins de santé. Et Nombreuses sont les études ayant montré dans cette perspective que l'utilisation du système de santé varie avec la position socio-économique des patients (Bihl et Pfefferkorn, 2008 ; Haddad et al., 2004). Théoriquement, cette recherche s'inscrit implicitement dans la *logique dedifférentiation sociale*, qui consiste à expliquer les disparités de consommation médicale selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne. La consommation d'actes spécialistes diminue ainsi au fur et à mesure qu'on descend dans l'échelle sociale (Sérange-Fonterme, 1983 ; Lafortune et Devaux, 2012). une très abondante littérature empirique (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005 ; Raynaud, 2005 ; Bazin et al. 2006 ; Després et al., 2011 ; Dourgnon, 2011) montre que la couverture d'assurance-maladie complémentaire contribue de façon assez significative à réduire le taux de renoncement. À âge et sexe comparables, un cadre ou assimilé consulte



ainsi deux fois plus souvent un spécialiste et consomme en moyenne 1,9 fois plus de médicaments prescrits qu'un ouvrier non qualifié (Bihr&Pfefferkorn, 2008, p. 7). L'incapacité des individus à accéder aux services médicaux les conduisent renoncer. Le renoncement suppose d'abord que la personne ait pris conscience d'un besoin de soins, auquel elles auraient renoncé, et que le système de santé soit susceptible d'y répondre ; il s'agit par conséquent d'un besoin de soins identifié mais non satisfait (Desprès, Dourgnon, Fantin et Jusot, 2011a). Ainsi, pour Renahy, Vallée, Parizot et Chauvin (2011, p10), « *déclarer avoir renoncé à des soins suppose en effet que la personne ait ressenti l'envie de recourir à des soins, qu'elle ne l'ait finalement pas fait, et qu'elle interprète cela comme un renoncement* ». Les personnes en situation de précarité ont plus de mal à recourir aux soins à cause de la fragilité de leurs conditions de vie, de leurs liens sociaux, l'instabilité de leur emploi. L'étude de Lee et al. (2015), portant sur le renoncement aux soins et la situation d'emploi, montre que les travailleurs salariés irréguliers étaient plus susceptibles de déclarer avoir renoncé aux soins en raison du fardeau économique que les travailleurs salariés réguliers.

Pour en finir vu les connaissances qui sont à notre disposition, nous remarquons qu'il n'y a pas d'études antérieures ou récentes qui traitent spécifiquement la thématique qu'on a abordé qui est les disparités de l'accès et de recours aux soins entre le secteur formel et informel en Algérie.

**L'objet de notre étude consiste à analyser l'accès aux services médicaux en Algérie et définir les conditions et les obstacles qui causent les inégalités d'accès et de recours aux soins entre les actifs des secteurs formel et informel**, et pour ça nous nous appuyerons sur les approches théoriques et empiriques évoquées précédemment.

Pour tenter de vérifier les hypothèses formulées ci-dessus, nous adoptons une démarche méthodologique d'enquête de terrain. Dans le cadre de ce travail, nous avons mobilisé plus concrètement l'approche directe par un « questionnaire interviewé ». Cette approche nous a permis de collecter des informations directes auprès de notre population d'étude. Nous avons choisi d'utiliser la méthode de l'entretien direct avec le sujet, de façon à éviter toute ambiguïté dans les réponses des enquêtés et de minimiser la perte de questionnaires.

#### **IV. PLAN DE TRAVAIL**

Ce travail est structuré en trois chapitres qui abordent les disparités d'accès et de recours aux soins entre les secteurs formel et informel dans une perspective nationale (en Algérie) et dans la région de Bejaia.

Ainsi, le premier chapitre est consacré à la problématique et aux enjeux du secteur informel en Algérie. Il traite dans un premier point de recenser et d'analyser les différentes approches et définitions du secteur informel, les caractéristiques du secteur et comment il influence l'ensemble de l'économie en générale et dans l'Algérie en particulier.

Le deuxième chapitre porte sur les disparités socio-professionnelles d'accès aux soins en Algérie et dans le monde : une revue de la littérature présente la définition de l'accès aux soins, son cadre conceptuelle, ces déterminants, et l'influence des catégories sociale et socioprofessionnelle sur l'accès aux soins.

Finalement, le troisième chapitre est consacré à une étude comparative de l'accessibilité aux soins de santé entre les secteurs formel et informel dans la wilaya du Bejaia. Dans ce chapitre, nous expliquons dans un premier point les objectifs et la méthodologie de l'enquête (questionnaire d'enquête, méthode d'échantillonnage, étapes de l'enquête...) que nous avons menée dans la région de Bejaia pour appréhender les disparités dans l'accès aux soins. Dans le deuxième point, nous justifions et expliquons les techniques statistiques retenues pour le traitement des données de l'enquête (la méthode du tri-croisé).

# **CHAPITRE I :**

## **PROBLEMATIQUE ET ENJEUX DU SECTEUR INFORMEL EN ALGERIE**

## **Introduction :**

L'économie informelle était absente du champ d'analyse de l'économie du développement. Celui-ci était dominé principalement par des thèmes relatifs à l'économie formelle (l'industrialisation des pays du Tiers monde, l'endettement extérieur, le commerce mondial, etc.). Ce concept de secteur informel ou non structuré est apparu au début des années 70 avec le lancement du Programme Mondial de l'Emploi par le Bureau International du Travail et la publication du fameux rapport sur le Kenya (1972). Les recherches qui se succédèrent durant cette décennie mirent l'accent sur l'importance du secteur informel en termes d'emplois, et depuis, l'économie informelle est devenue une question centrale de l'économie du développement et une littérature abondante a été produite à cet effet.

L'objet de ce chapitre est de dresser une revue de la littérature sur le secteur informel dans les pays en développement. Dans la première section, on va parler du cadre conceptuel du secteur informel. La deuxième section recense et analyse les enjeux du secteur informel sur l'ensemble de l'économie. Enfin, la dernière section traite précisément l'économie informelle en Algérie à partir du cas de la wilaya de Bejaia.

## **I. Cadre conceptuelle du secteur informel**

### **1. Concept et définition du secteur et de l'emploi informelle :**

Le concept de secteur informel ou non structuré est apparu au début des années 70, avec le lancement du Programme Mondial de l'Emploi par le Bureau International du Travail et la publication du fameux rapport sur le Kenya (1972) qui faisait prendre conscience que l'exode rural et la croissance urbaine qui en résultait ne se traduisaient pas par l'existence d'un taux élevé de chômage ouvert, mais bien par le développement de petites activités permettant aux migrants ruraux et aux citadins n'ayant pu avoir accès aux emplois du marché du travail, de vivre et de survivre.

Depuis son origine, le concept de secteur informel est souvent assimilé à la pauvreté, au sous-emploi et au chômage : confusion regrettable car si les phénomènes se recouvrent, ce n'est qu'en partie et, sans que l'on puisse généraliser, il existe cependant quelques évidences

empiriques indiquant que leur intersection ne constitue pas toujours, ni même souvent, l'aspect essentiel de ce qu'il est aujourd'hui convenu d'appeler secteur informel. Cette ambiguïté prend naissance dans l'origine même du concept et dans les définitions successives et parfois contradictoires qui ont été données du phénomène : ces définitions sont liées à l'existence et au contenu des sources statistiques disponibles et utilisées en vue de mesurer le phénomène, sources qui ont pu orienter par la suite les méthodes d'investigation spécifiques mises en œuvre pour appréhender le secteur informel.

Le concept de secteur informel a fait son apparition dans la théorie économique du développement avec les premiers travaux du Programme mondial de l'Emploi entrepris par le Bureau International du Travail au début dans les années 70. Si Keith Hart (1971) fut le premier à employer ce terme, c'est véritablement le rapport du BIT sur le Kenya (ILO, 1972) qui lança et vulgarisa le concept. Le BIT a défini le secteur informel (1972) partir de sept critères<sup>1</sup> bien connus, parmi lesquels la facilité d'entrée était au premier rang avec des marchés de concurrence non réglementés, la propriété familiale des entreprises, la petite échelle des opérations, l'utilisation de ressources locales, des technologies rudimentaires à forte intensité de travail, des formations acquises en dehors du système scolaire. Le secteur informel représente l'ensemble des unités économiques non agricoles<sup>2</sup> qui appartiennent, en tant qu'entreprises individuelles, au secteur institutionnel des ménages, qui ne tiennent pas une comptabilité complète et dont la personnalité juridique est confondue avec celle des ménages dont elles dépendent et qui ne sont pas enregistrées. Il comprend ainsi les entreprises familiales n'employant aucun salarié permanent mais pouvant employer des travailleurs issus de la famille et/ ou des salariés occasionnels et les micros entreprises employant un nombre de salariés permanents inférieur à un certain seuil (5 ou 10 salariés).

---

<sup>1</sup>Jacques Charmes : Les origines du concept de secteur informel et la récente définition de l'emploi informel. Institut de recherche pour le développement. IRD Paris.2014.

<sup>2</sup>L'exclusion des activités agricoles se justifie par la taille importante de l'agriculture dans les pays en développement.

## **2. Le secteur informel dans les modèles du marché du travail :**

Le secteur informel été absent dans les premiers modèles du marché du travail des pays en développement dits dualistes de (Lewis 1954<sup>3</sup>) et de (Todaro 1969<sup>4</sup>). Ces modèles décrivent les processus migratoires des zones rurales vers les zones urbaines. Par rapport au modèle d'inspiration classique de Lewis, le modèle probabiliste de Todaro distingue trois états possibles du marché du travail : outre l'emploi dans le secteur traditionnel/rural et le secteur moderne considéré par Lewis, Todaro introduit la situation de chômage dans le milieu urbain.

Mais après dans les modèles de mobilité : (Fields en 1990<sup>5</sup>, 1975<sup>6</sup>) et (Lopez Castano 1989<sup>7</sup>) qui ont été les premiers à recruter le secteur informel. Le modèle de (Lopez 1970<sup>8</sup>) introduit la possibilité pour les urbains, exclus du marché du travail formel, de travailler dans le secteur informel, cependant, il ne prend pas en considération le chômage urbain. Et dans le modèle de (Fields 1975), le secteur informel est défini essentiellement comme un secteur de subsistance, d'accès facile et dont les rémunérations sont inférieures à celles du secteur moderne et du secteur rural traditionnel.

Il y'a aussi l'emploi informel selon Maloney (1999<sup>9</sup>, 2004<sup>10</sup>), : parcours initiatique et choix volontaire en 2004, 1999, Maloney identifie les caractéristiques de la segmentation du secteur informel et les facteurs de mobilité. Il retient quatre modalités : l'emploi salarié formel, l'auto-emploi, l'emploi contractuel et l'emploi salarié informel. L'emploi contractuel et l'auto-emploi représenteraient le segment supérieur de l'emploi informel. Ces modèles, qui mettent en exergue une forte mobilité des actifs du statut de salarié formel à celui d'indépendant informel, procèdent d'une vision selon laquelle l'auto-emploi informel

---

<sup>3</sup>LEWIS A. W. (1954) Economic Development with Unlimited Supplies of Labour, Manchester School of Economic and Social Studies, 2, May, 139-191.

<sup>4</sup>TODARO M. P. (1969) A Model of Labor Migration and Urban Unemployment in Less Developed Countries, American Economic Review, 59 (1), 138-148.

<sup>5</sup>FIELDS G. S. (1990) Labour market modelling and the urban informal sector : Theory and evidence, in D. Turnham et al. (Eds.), The Informal Sector Revisited, Development Centre of the Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, Chap. 2, 49-69.

<sup>6</sup>FIELDS G. S. (1975) Rural urban migration, urban unemployment and underemployment, and job search activity in LDCs, Journal of Development Economics, 2, 165-187.

<sup>7</sup>LOPEZ CASTANO H. (1989) Le secteur informel, substitut d'un système d'assurances sociales en Colombie, Problèmes d'Amérique latine, 92, 113-129.

<sup>8</sup>LOPEZ T. A. (1970) Migration and Urban Marginality in Underdeveloped Countries, Demographia y Economia, Juanaguato, Mexique.

<sup>9</sup>MALONEY W. F. (1999) Does Informality Imply Segmentation in Urban Labor Markets ? Evidence from Sectoral Transitions in Mexico, The World Bank Economic Review, May, 13, 275-302.

<sup>10</sup>MALONEY W. F. (2004) Informality Revisited, World Development, 32, 1159-1178.

représenterait une destination de choix, qui s'oppose radicalement à la vision dualiste du secteur informel.

Et selon le BIT en (1993<sup>11</sup>) le secteur informel est constitué des unités économiques (non agricoles) qui appartiennent, en tant qu'entreprises individuelles, au secteur institutionnel des ménages, il comprend, ainsi, les entreprises familiales n'employant aucun salarié permanent mais pouvant employer des travailleurs familiaux et/ou des salariés occasionnels et les micros entreprises employant un nombre de salariés permanents inférieur à un seuil déterminé (5 ou 10 salariés). L'emploi informel englobe le secteur informel et l'ensemble des emplois non déclarés des entreprises du secteur formel.

### **3. Caractéristiques du secteur informel :**

Selon le Bureau International du Travail (BIT) l'informalité économique est caractérisée par : une facilité d'entrée, un recours aux ressources locales, une appropriation familiale des ressources, une production à petite échelle, des techniques simples et un nombre réduit de travailleurs, des marchés ou des transactions à l'abri de toute réglementation et sujets à la concurrence déloyale, les qualifications sont acquises en dehors du système scolaire officiel (Husmanns, 1997)<sup>12</sup>. A partir d'observations effectuées au Bangladesh, Canagarajah et Sethuraman proposent huit indicateurs permettant de caractériser l'économie informelle : un effectif d'au plus 10 personnes par entreprise, la non application des règles légales et administratives, l'emploi d'aides familiales, l'absence d'horaire ou de jours fixes de travail, l'absence d'engagement de crédits institutionnels, une formation scolaire des travailleurs inférieure à six ans, dans certains cas, l'absence d'énergie mécanique et électrique, le caractère ambulatoire ou semi permanent de l'activité (mobilité sociale) (Pesqueux, s.d). Cependant, les caractéristiques du secteur informel sont loin d'être homogènes dans tous les pays.

A partir de ces caractéristiques générales, a été construite une définition opérationnelle du secteur informel pour en permettre l'observation (Husmanns, 1997). Selon cette définition opérationnelle, le secteur informel est un sous-ensemble du secteur institutionnel des ménages en comptabilité nationale. Il est constitué par une fraction des entreprises individuelles qui

---

<sup>11</sup>BIT (1993) Rapport pour la 15ème Conférence internationale des statisticiens du travail, Bureau international du travail, Genève, 19-28 janvier.

<sup>12</sup>Husmanns, R. 1997. Informal Sector: Background and statistical definition. Paper presented during a seminar on the informal sector, Bamako, 10-14 March 1997.

font partie de ce secteur institutionnel des ménages. Ces entreprises se distinguent des sociétés et quasi sociétés en ce qu'elles ne tiennent pas un ensemble complet de comptes et ne constituent pas des personnes morales distinctes des ménages dont elles dépendent. Quels que soient le lieu d'exercice de l'activité, le degré d'utilisation du capital fixe, la durée de l'activité (permanente, saisonnière ou occasionnelle) et le caractère principal ou secondaire de son exercice, sont rattachées au secteur informel les entreprises individuelles répondant aux critères suivants (Husmanns, 1997) :

- les entreprises familiales ou « entreprises informelles de personnes travaillant pour leur propre compte ». Ce sont des entreprises individuelles qui n'emploient pas de salariés de manière continue, mais peuvent employer des travailleurs familiaux et/ou des salariés occasionnels.

- les microentreprises familiales ou « entreprises d'employeurs informels ». Il s'agit d'entreprises individuelles employant un ou plusieurs salariés de manière continue. Cette catégorie comprendra les entreprises répondant à un ou plusieurs des critères suivants :

- a. Une taille des établissements inférieure à un certain niveau, variable selon les pays et les branches, et dépendant des législations nationales et du champ des enquêtes statistiques sur les grandes unités.

- b. Le non-enregistrement de l'entreprise.

- c. Ou le non-enregistrement de ses salariés.

Pour des raisons pratiques, le champ du secteur informel pourrait se limiter aux activités non agricoles, ce qui n'exclut évidemment pas les activités non agricoles exercées par les agriculteurs (cas fréquent). La production non marchande est exclue du champ du secteur informel, les travailleurs domestiques pourront ou non être inclus selon les circonstances nationales. Il est recommandé de constituer les travailleurs en catégorie séparée. En revanche, les professions techniques et libérales, dès l'instant qu'elles satisfont aux critères de la définition proposée, devraient être incluses. Enfin, en ce qui concerne les travailleurs extérieurs à l'entreprise (travail, ou sous-traitance à domicile), leur appartenance au secteur informel dépend de l'appartenance à ce secteur de l'unité qu'ils constituent ou dont ils dépendent (Husmanns, 1997).



#### 4. L'apport des écoles de pensée économique :

Les différents travaux sur l'économie informelle peuvent être rattachés à trois grands courants de pensée économique :

Dans la lignée des travaux sur le dualisme (Lewis, 1954<sup>13</sup>, Harris et Todaro, 1970<sup>14</sup>), la voix dominante tenait pour acquis que les travailleurs pauvres étaient forcés d'exercer dans le secteur informel, du fait de l'insuffisante capacité d'absorption du secteur formel au regard de l'offre de travail existante. L'emploi informel constitue un emploi en dernier ressort pour échapper au chômage. L'économie informelle a été considérée comme un phénomène transitoire, appelé à se transformer en secteur organisé avec le développement économique.

Les tenants de l'école structuraliste (Moser, 1978<sup>15</sup>, Portes et alii, 1989<sup>16</sup>) : le travail dans la sphère informelle est une caractéristique structurelle et constitutive du système capitaliste ; la stratégie de minimisation des coûts et la concurrence mondialisée conduisent les entreprises formelles à externaliser et à sous-traiter une part croissante de leur production au secteur informel, dont la main-d'œuvre est surexploitée et exclue du système de protection sociale

Cependant à partir de la fin des années 1980, un nouveau courant qualifié de "légaliste" suppose que l'économie informelle est le lieu du développement de la concurrence pure et parfaite qui est empêchée de se déployer dans le secteur moderne vu les multiples entraves créées par l'État : protectionnisme, mesures légales, bureaucratie excessives, rigidité ... suggère que nombre d'informels "choisissent" d'échapper aux régulations publiques, jugées trop contraignantes et inefficaces (De Soto, 1994)<sup>17</sup>. De ce fait l'informalité est synonyme d'extra légalité. En ce sens, l'origine de l'économie informelle est la pression fiscale et bureaucratique de l'État.

---

<sup>13</sup>Lewis A.W: "Economic Development with Unlimited Supplies of Labour", Manchester School of Economic and Social Studies, n°2, May.1954

<sup>14</sup>Harris, J.R., Todaro M.P : «Migration, Unemployment, and Development : a two sector analysis, American Economic Review, vol. 60(1).1970

<sup>15</sup>Moser.CN (1978): informal sector or petty commodity production: dualism or dependence in urban development. World development 6.

<sup>16</sup>Portes A, Castells M, Benton L : The informal economy : studies in advanced and less developed countries. Johns Hopkins University Press, Baltimore.1989.

<sup>17</sup>De Soto H. (1994) : l'autre sentier, la révolution informelle dans le tiers monde. La découverte, Paris.

## II. les enjeux du secteur informel

### 1. Les causes de l’informalité :

Pour l’informalité on distingue deux de type de cause qui sont soit endogène ou exogène qui sont spécifiés ci-dessous,

#### 1.1. Les facteurs exogènes de l’informalisation :

Moldano, Badiane et Mielot (2004)<sup>18</sup> identifient comme facteurs exogènes à l’informalisation, l’environnement économique et institutionnel. En effet, les règles auxquelles les acteurs choisissent de se plier ou non sont fixées par l’extérieur (Gaillot, 2016), par les institutions (North, 1990<sup>19</sup>). C’est aussi ces institutions qui jouent le rôle d’entrepreneur de moral appelé à étiqueter (Becker, 1985<sup>20</sup>) les activités de formelles ou d’informelles. Mamine (2014<sup>21</sup>) révèle, dans ce sens, la pertinence d’appréhender les notions de formel et d’informel par les pratiques plus ou moins respectueuses des normes et des règles publiques. Ainsi, un axe important d’étude de l’informalité s’est concentré sur les systèmes et arrangements institutionnels. Cette perspective conclut donc que c’est l’action des institutions qui stimulent les processus d’informalisation. En effet, selon Boudreau et *al.* (2016<sup>22</sup>), les compagnies saisissent des opportunités dans les vides et tolérances institutionnels ou l’excès de réglementation pour développer les activités informelles. Généralement, la théorie économique distingue deux sources institutionnelles pour expliquer le choix de l’informalisation : soit les excès institutionnels (De Soto, 1994) soit le défaut de la normalisation étatique (Lautier et *al.* 1991<sup>23</sup>).

---

<sup>18</sup>MOLDANO, C., BADIANE C., MIELOT A-L., 2004, « Méthodes et instruments d’appui au secteur informel en Afrique francophone », Document de travail, No 24, Genève, OIT.

<sup>19</sup>NORTH, D., 1990, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge, Cambridge University Press, 159 p.

<sup>20</sup>BECKER, H. S., 1985, *Outsiders*, Métailié : Paris. Traduction française.

<sup>21</sup>MAMINE, F., 2014, *Rationalité de l’informel : une analyse néo-institutionnelle de la filière lait à Souk Ahras en Algérie* », Thèse en vue de l’obtention du grade de Docteur en Sciences de Gestion, MONTPELLIER SUPAGRO (Centre International d’Études Supérieures en Sciences Agronomiques).

<sup>22</sup>BOUDREAU, J-A., LESEMANN F., MARTIN C., 2016, « Présentation : L’État en processus d’informalisation », *Lien social et Politiques* 76, pp. 3-23.

<sup>23</sup>LAUTIER, B., DE MIRAS C., MORICE A., 1991, *L’Etat et l’informel*, L’Harmattan, Paris, décembre, 212 p.

- Excès institutionnels :

La littérature indique que face à un excès de réglementations (Treillet, 2013<sup>24</sup>) étatiques les petits acteurs économiques sont obligés de jouer en dehors des règles (Hernando de Soto, 1989<sup>25</sup>), tandis que les grands ont les moyens soit de les contourner, soit de négocier des arrangements formels, soit de se délocaliser. Cette perspective est surtout défendue par le courant néolibéral ou légaliste dont le pionnier est De Soto. Du point de vue néolibéral, le niveau de l'emploi informel résulte de taxes élevées, de la corruption des agents de l'État et d'une trop grande ingérence dans le marché libre, ce qui conduit les entrepreneurs à prendre une décision économique rationnelle pour sortir volontairement de l'économie formelle et échapper un temps aux coûts et aux efforts déployés dans l'économie formelle (Becker, 2004 ; De Soto, 1989, 2001<sup>26</sup> ; London et Hart, 2004<sup>27</sup> ; Nwabuzor, 2005<sup>28</sup>). Comme l'affirme Nwabuzor (2005, p. 126), « l'informalité est une réponse à des contrôles encombrants et une tentative de les contourner », ou comme le dit Becker (2004, p. 10<sup>29</sup>), « les accords de travail informels constituent une réponse rationnelle des micros entrepreneurs à l'excès de réglementation par les bureaucraties gouvernementales ». Aussi, certains n'ont pas hésité à considérer les entrepreneurs informels comme des héros, des résistants qui choisissent de défier volontairement la bureaucratie étatique et d'opérer dans l'économie informelle afin de rejeter les contraintes réglementaires imposées par l'État (Sauvy, 1984 ; De Soto, 1989). Ainsi, certains défenseurs de cette perspective ont associé cette logique aux travaux sur la « tax moral » (ou « civisme fiscal ») qui fait référence à la perception d'un niveau d'honnêteté et d'équité du régime fiscal ainsi qu'à l'utilisation judicieuse des produits de l'impôt par l'État (Mbaye, 2014 : 4).

---

<sup>24</sup>TREILLET, S., 2013, « Changement de statut paradoxal du secteur informel dans la doctrine de la Banque mondiale. Des Politiques d'ajustement structurel aux Stratégies de réduction de la pauvreté », Les Cahiers de l'Association Tiers-Monde, No 29-2014, pp. 19-26.

<sup>25</sup>DE SOTO, H., 1994, L'autre sentier : la révolution informelle dans le tiers-monde, La Découverte, Paris.

<sup>26</sup>DE SOTO, H., 2000, The Mystery of Capital : Why Capitalism Triumphs in the West and Fails Everywhere else, New York, Basic Book.

<sup>27</sup>LONDON, T., HART S. L., 2004, « Reinventing Strategies for Emerging Markets : Beyond the Transnational Model », Journal of International Business Studies, Vol. 35, septembre, pp. 350-370.

<sup>28</sup>NWABUZOR, A., 2005, « Corruption and Development : New Initiatives in Economic Openness and Strengthened Rule of Law, Journal of Business Ethics, Vol. 59, No 1-2, pp. 121-138.

<sup>29</sup>BECKER, Kristina Flodman, 2004, The Informal Economy. Fact Finding Study, Stockholm, Swedish International Development Agency.

Selon cette logique, Menguelti et *al.* (2014<sup>30</sup>) font remarquer que les pays d'Amérique Latine et d'Afrique de l'Ouest dans lesquels les contribuables sont confiants en la bonne gestion des fonds publics, ont des niveaux de recouvrement plus élevés que les autres et donc un niveau de pratiques informelles faibles. Ils observent que les pays où le niveau de satisfaction, quant à la gestion des ressources publiques, est le plus faible, sont également ceux qui connaissent le niveau d'évasion fiscale (pratique informelle) le plus élevé. Les auteurs évoquent également pour le cas de l'Algérie le manque de confiance dans les institutions (en grande partie du fait de la perception de la corruption) et l'incapacité à assurer jusqu'à la sécurité physique (Menguelti et *al.* 2014). L'informalisation dans cette logique est une logique volontaire, mais de nécessité justifiée par certaines injustices, procédures et pratiques.

- Défaillances institutionnelles :

Une autre perspective néo-institutionnelle soutient que l'informalité économique découle plutôt de l'absence d'action étatique dans l'économie en raison de déficits institutionnels se situant principalement au niveau des capacités de l'État à réglementer les activités économiques sur son territoire. Ce courant soutient alors que l'étendue et la portée de ce secteur varient au fil du temps et de l'espace, selon, d'une part, les conditions macroéconomiques – les crises économiques ayant tendance à accroître la disponibilité de travailleurs dans le secteur - et selon, d'une autre, la capacité régulatrice de l'État (*regulatory reach of the state*) c'est-à-dire la mesure dans laquelle les cadres institutionnels à travers lesquels l'État intervient sont capables de réguler l'activité économique.

En s'appuyant sur les travaux de Jessop (1990<sup>31</sup> ; 1999<sup>32</sup>) sur la « sélectivité stratégique de l'État » (*strategic selectivity of the state*), Theodore (2016<sup>33</sup>) soutient que l'effritement des réglementations étatiques dans des secteurs de l'économie est le reflet de choix des politiques publiques. Dans ce sens, l'intervention ou non des institutions publiques favorise selon le cas,

---

<sup>30</sup>MENGUELTI, S., PERRET C., ABRIKA B., 2014, « A la croisée du formel et de l'informel : les entreprises créées par le dispositif de l'Agence Nationale de Soutien à l'Emploi des Jeunes dans la Wilaya de Tizi-Ouzou », Notes de Recherches, IREGE, Université de Savoie.

<sup>31</sup>JESSOP, B., 1990, *State Theory : Putting Capitalist States in their Place*, University Park, PA, The Pennsylvania State University Press.

<sup>32</sup>JESSOP, B., 1999, « The Strategic Selectivity of the State : Reflections on a Theme of Poulantzas », *Journal of the Hellenic Diaspora*, 25, 1-2, pp. 41-77.

<sup>33</sup>THEODORE N., 2016, « L'informalité et la sélectivité stratégique de l'État : la montée de l'emploi précaire dans l'industrie de la construction aux États-Unis », *Lien social et Politiques*, 76, pp. 114-136.

certaines pratiques formelles ou informelles. Ainsi, « la relation entre la puissance de l'État et l'informalité » est affectée par « a) l'intention réglementaire (*regulatory intent*) de l'État, et b) la structure sociale et la culture de la population qui est concernée » (Centeno et Portes, 2006, pp. 27-28<sup>34</sup>).

## 1.2. Les facteurs endogènes :

Les facteurs endogènes d'informatisation sont associés à l'entrepreneur lui-même (Rauch, 1991<sup>35</sup> ; Savere, 2010) ou à la nature des activités et à leur mode de fonctionnement (Moldano et al., 2004).

- Calcul stratégique de l'entrepreneur :

Ce courant s'appuie sur l'argument selon lequel tous les acteurs concernés ne s'inscrivent pas nécessairement dans des stratégies de survie ; la rentabilité de leurs activités peut en effet être forte (Baby-Collin, p. 9<sup>36</sup>). Ainsi, l'informalisation est également, parfois, un choix volontaire opportuniste et calculé. Cet axe peut trouver une explication à partir de la théorie du « retrait volontaire » d'Hirschmann (1970, 1981<sup>37</sup>). Bien que le sujet soit jusqu'ici peu documenté dans la littérature, les rares études qui se soient intéressées à expliquer ce problème, ont surtout insisté sur le calcul économique coût/avantage des entrepreneurs.

Selon les auteurs comme Perry et al. (2007<sup>38</sup>) qui ont revisité l'informel à partir de cette théorie, dans le cadre d'une étude de la Banque Mondiale, cette dernière stratégie peut expliquer la mobilité et les choix d'activité (formel, informel, pluri-activité). Selon Hirschman (1970, 1981) dans l'ouvrage *ExitVoice-Loyalty* (1970), les entrepreneurs auraient le choix entre trois stratégies : Loyalty (la loyauté), le respect et reconnaissance des institutions, la prise de parole (formalisation) ; Voice, la négociation individus/institutions en vue d'améliorer les actions et pratiques de ces dernières (informalisation partielle, ajout d'activité

---

<sup>34</sup>CENTENO, M A., PORTES A., 2006, « The Informal Economy in the Shadow of The State », dans FERNÁNDEZKELLY Patricia et SHEFNER Jon (dir.), *Out of the Shadows : Political Action and the Informal Economy in Latin America*. University Park, PA, The Pennsylvania State University Press, pp. 23-48.

<sup>35</sup>RAUCH, J., 1991, « Modeling the Informal Sector Formally », *Journal of Development Economics*, 35, pp. 33-47.

<sup>36</sup>BABY-COLLIN, V., 2010, « Informalités et inégalités dans les Amériques », in *Les Papiers de l'Axe TVME (Territoires, Villes ; Modes de vie, Environnement)*, 6, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, pp. 9-24.

<sup>37</sup>HIRSCHMANN, A. O., 1981, *Essays in trespassing. Economics to Politics and Beyond*. Cambridge, Cambridge University Press.

<sup>38</sup>PERRY, G. E., MALONEY W., ARIAS O. S., FAJNZYLBER P., MASON A. D., SAAVEDRA-CHANDUVI J., 2007, *Informality, Exit and Exclusion*, Washington D.C. : The World Bank.

informelle à une activité formelle) ; et Exit (le retrait volontaire, la sortie), à la fois moyen d'échapper, mais aussi de se protéger des règles et pratiques des institutions (informalisation des entreprises formelles). Cette approche implique un questionnement non plus sur l'excès de réglementation, mais davantage sur la qualité des services de l'État, sa capacité à faire respecter des normes. Ainsi, Campos et Mahieu (2006) formulent l'hypothèse selon laquelle l'informalité s'explique par « le vide institutionnel » qui signifie que l'État a perdu son pouvoir politique ou que certains segments de la société ont pu se l'approprier pour défendre leurs intérêts. Ils soutiennent que ce vide institutionnel peut être mesuré par les « indicateurs de contrôle de l'État » du modèle de Johnson, Kaufmann et Shleifer (1997) et parmi lesquels on a : « l'équité fiscale », « la criminalité et la corruption » et « la réglementation » (p. 189), ainsi que des « indicateurs du système juridique » qui comprennent « l'État de droit », « l'efficacité du système juridique » et « l'étendue du domaine d'application de la loi » (p. 193).

Johnson, McMillan et Woodruff (1999<sup>39</sup>), quant à eux, retiennent quatre hypothèses pour apprécier le « vide institutionnel » :

- a) une fiscalité trop lourde et des réglementations coûteuses,
- b) un comportement prédateur (corruption bureaucratique),
- c) l'extorsion par des bandes criminelles, et
- d) l'inadéquation de l'environnement institutionnel (l'accent étant mis sur le respect des contrats).

- Volonté de reconversion après la défaillance des entreprises formelles :

La définition de la défaillance d'entreprise est fonction des différentes disciplines qui s'y intéressent : sciences juridiques, économiques et de gestion. Cependant, dans cette recherche nous laissons volontairement de côté la perspective juridique (une entreprise est défaillante du moment qu'elle se soumet à une procédure de défaillance judiciaire) et nous nous concentrons

---

<sup>39</sup>JOHNSON, S., MCMILLAN J., WOODRUFF C., 1999, « Why do Firms Hide ? Bribes and Unofficial Activity After Communism, London : CEPR », Discussion Paper No. 2105.

plutôt aux perspectives économiques et financières. Kherrazi et Ahsina (2016<sup>40</sup>) indiquent qu'au sens économique, la défaillance peut par exemple se caractériser par l'état d'une dégradation de la situation de l'entreprise en termes de valeur ajoutée négative, en matière de performance ou encore en matière de positionnement face à l'environnement économique. Ils ajoutent qu'au sens financier, la notion de défaillance est souvent assimilée à un état de détresse financière, c'est-à-dire l'incapacité d'une entreprise débitrice à honorer ses engagements, lorsqu'elle n'arrive pas, par le biais de son actif, à honorer son passif. Ainsi, certaines entreprises informalisent leurs activités parce qu'elles ne s'en sortent pas ou plus dans l'informel. Selon cette logique, les entreprises « marginales », caractérisées par des volumes de marchandises vendues ne permettant pas de couvrir la totalité des coûts fixes ni les coûts variables, vont disparaître (Malécot, 1991<sup>41</sup>). Une autre explication souvent rattachée à cette acception de l'informalisation est associée au concept schumpétérien de destruction créatrice. Celui-ci considère l'informalisation à la faillite et le décrit comme un processus de sélection par le marché et la sanction de mauvais choix productifs de la part des entreprises. Dans ce sens, l'informalisation est le recourt des entreprises défaillantes c'est-à-dire qui sont l'un des cas de figure suivante : baisse de la demande et difficultés d'accès aux débouchés, problème de management, mauvais choix stratégiques et erreurs de gestion, compétence et formation de l'équipe, obsolescence de l'outil de production, sous-capitalisation, fraudes ... et qui ont comme conséquence : la réduction de l'activité, la diminution de la rentabilité, les problèmes de trésorerie, les déséquilibres financiers (Jabeur et Fahmi, 2000<sup>42</sup>). Au plan empirique, Bellache (2010<sup>43</sup>) indique que durant la crise économique qui a frappé la plupart des pays en développement dans les années 1980 et les politiques d'ajustement structurel qui s'en étaient suivies, le recours à des pratiques informelles (travail non déclaré, fraude fiscale...) a constitué pour nombre d'entreprises privées, un moyen efficace pour garder un certain niveau de rentabilité. Cet état des lieux théoriques des différentes motivations qui poussent à l'informalisation des entreprises formelles impose une étude en profondeur à partir d'un des pays africains au sud du Sahara, terrain où « l'informel » constitue un mode de

---

<sup>40</sup>KHERRAZI, S., AHSINA K., 2016, « Défaillance et politique d'entreprises : modélisation financière déployée sous un modèle logistique appliqué aux PME marocaines », La revue gestion et organisation, 8, pp. 53-64.

<sup>41</sup>MALECOT, J-F., 1991, « Analyses théoriques des défaillances d'entreprises : Une revue de la littérature », Revue d'économie financière, No 19, La sécurité des systèmes financiers : II/ Les voies de régulation. pp. 205-227.

<sup>42</sup>JABEUR, S. B., FAHMI Y., 2013, « Prédiction de la défaillance des entreprises : une approche de classification par les méthodes de Data-Mining », Gestion 2000, Vol. 30, No 4, pp. 31-45.

<sup>43</sup>BELLACHE, Y., 2010, « L'économie informelle en Algérie, une approche par enquête auprès des ménages : le cas de Bejaia », Thèse en vue de l'obtention du grade de docteur en Sciences Économiques, Université Paris-Est Créteil et Université de Bejaia.

fonctionnement socioéconomique dominant (Cheneau-Loquay, 2008<sup>44</sup>). C'est ce qui est proposé dans les lignes qui suivent.

## **2. Les effets positifs et négatifs de l'économie informelle :**

L'économie informelle possède des spécificités constituant des atouts au développement économique. Même s'elle ne peut pas être considérée comme un modèle alternatif aux grandes organisations et la constitution d'un système économique industriel, l'exercice dans la sphère informelle fournit des biens et services adaptés aux besoins des populations, notamment aux ménages à faibles revenus

- L'économie informelle est le lieu de manifestation de la concurrence pure et parfaite empêchée de se dérouler dans l'économie formelle par les entraves de l'Etat. Elle possède une plus grande flexibilité de création d'emploi puisque cette dernière n'est pas entravée par des barrières réglementaires ; et peut être perçue comme une alternative utile pour éviter une mise à l'écart pouvant être dramatique aussi bien sur le plan social et matériel que psychique.

Génère des revenus en plus de la valorisation des ressources humaines exclues des instituts de formation officiels. Cela lui confère un rôle appréciable de lutte contre la pauvreté, d'intégration et d'amortissement des crises et des chocs sociaux.

Pour toutes ces potentialités qu'elle recèle, cette économie peut être considérée comme un vecteur de croissance qui peut avoir une issue positive sur le développement économique et appelle à sa formalisation. L'appui à l'économie informelle est imaginé comme stratégie de réduction de la pauvreté. Bien plus, l'économie informelle ne séduit les opérateurs économiques, ONG et pouvoirs publics. Elle a tellement pris de l'importance que les institutions financières internationales (Banque mondiale, Fonds monétaire international...) et les agences des Nations Unies (PNUD, UNICEF...) ont décidé de l'encourager et d'insérer ces activités dans les stratégies de développement (Paquette, 1997<sup>45</sup>), mais avant cela faudrait s'interroger sur la qualité de ces activités informelles et leur efficacité. Car il ne suffit pas de

---

<sup>44</sup>CHENEAU-LOQUAY, A., 2008, « Rôle joué par l'économie informelle dans l'appropriation des TIC en milieu urbain en Afrique de l'Ouest », Netcom [En ligne], 22-1/2 | 2008, Sociétés africaines de l'information, pp. 109-126.

<sup>45</sup>Paquette.D : L'appui au secteur informel : nouvelles stratégies de développement. Université du Québec.1997.



créer davantage d'emplois, encore faut-il que ceux-ci soient de meilleure qualité, c'est-à-dire qu'ils s'accompagnent d'un salaire adéquat et d'un niveau de protection sociale suffisant.

L'économie informelle a plusieurs avantages et potentialités, cependant elle a aussi des conséquences négatives, et des effets pervers du fait qu'elle est formée d'unités de production de biens et services principalement de subsistance opérant dans la majorité des cas à petite échelle qui échappent, par la force des choses, au fisc et aux autres réglementations de l'Etat. Elle contribue à la fraude fiscale et à la dissimulation des revenus qui dépendent elles même du contexte institutionnel en vigueur qui mène au manque de recettes budgétaires pour l'Etat et compromet de ce fait sa capacité à financer les dépenses publiques socialement utiles (sécurité, éducation...), elle freine donc le développement socio-économique du pays.

Second effet pervers du secteur informel, cette fois auprès du secteur moderne : Les entrepreneurs du premier secteur exercent une concurrence déloyale à l'égard de ceux du second - en développant des coûts moindres puisqu'ils échappent aux charges fiscales et sociales – tout en maintenant une productivité plus faible, ce faisant, et ceci constitue un handicap supplémentaire pour les entreprises modernes : celles-ci deviennent moins attractives, notamment pour les investisseurs, ce qui a pour effet de freiner l'investissement au sein du secteur régulier ;

De ce fait, l'informel est un obstacle à l'établissement de relations juridiques stables, condition indispensable à la vie des affaires.

Par ailleurs, l'économie informelle est une solution juste temporaire pour les travailleurs en quête d'emplois et les personnes dont les options sont limitées, mais elle ne constitue pas une source durable de croissance. A cause de son faible niveau de productivité et des coûts de transaction élevés, l'économie dite informelle semble être un facteur de blocage de croissance économique dans le long terme.

- Enfin, sur le plan social, cette faiblesse de la productivité et ce frein à la croissance constituent un des éléments constitutifs d'une « trappe à pauvreté », freinant le développement à moyen et long terme même si, à court terme, il permet à beaucoup de survivre : faible valeur ajoutée du secteur informel, entraînant une rentabilité insuffisante pour investir, d'où peu de création d'emplois, de faibles rémunérations, un non-respect des conditions de travail décent et des risques importants en termes de santé publique (Travailleurs et consommateurs). En outre, le secteur informel, qui est doté d'une très faible capacité d'autofinancement, se développe par un processus de croissance extensive, en réduisant les recettes de ceux qui sont déjà installés. De ce fait un véritable cercle vicieux

s'installe, qui empêche et contredit toute amorce de démarrage d'un véritable processus de développement.

### **3. Les obstacles et les solutions adéquates pour réduire le secteur informel**

L'accroissement de la taille du secteur informel dans les pays en développement pose le problème de la capacité des Etats à disposer des recettes fiscales nécessaires pour répondre aux énormes défis de développement. En dépit des stratégies de politiques publiques mises en œuvre jusqu'aujourd'hui, la taille du secteur informel continue d'augmenter. Le principal enjeu du secteur informel dans les pays en développement réside dans le manque à gagner qu'il crée pour les recettes fiscales de l'Etat. Ce manque à gagner entrave la capacité de l'Etat à mettre en place des politiques publiques destinées à organiser la migration vers le secteur formel. Ainsi le secteur informel semble entretenir ses conditions d'existence. Face à ce cercle vicieux, la question qui se pose est de savoir s'il faut l'éradiquer, et si oui, comment ?

Après l'adoption d'une nouvelle recommandation de l'OIT sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, OIT Info s'intéresse à certaines des meilleures pratiques dans le monde qui ont contribué à donner forme à cette norme internationale du travail historique. GENÈVE (OIT Info)« L'économie informelle est vaste : elle absorbe plus de la moitié de la main-d'œuvre mondiale et recouvre plus de 90 pour cent des petites et moyennes entreprises, un chiffre qui ne prend pas en compte la myriade de micro entreprises présentes dans les pays en développement ».De ce fait, des millions de travailleurs et d'unités économiques dans le monde souffrent de mauvaises conditions de travail et de l'absence de droits au travail. Peu d'emplois de qualité, une protection sociale inadéquate, une gouvernance médiocre et une faible productivité sont quelques-uns des obstacles auxquels sont confrontés les travailleurs et les entreprises pris dans le piège de l'informalité. L'économie informelle, sous toutes ses formes, constitue une entrave de taille aux droits des travailleurs, y compris les principes et droits fondamentaux au travail, à la protection sociale, à des conditions de travail décentes, au développement inclusif et à la primauté du droit, et qu'elle a un impact négatif sur l'essor des entreprises durables, les recettes publiques, le champ d'action de l'Etat, notamment pour ce qui est des politiques économiques, sociales et environnementales, ainsi que sur la solidité des institutions et la concurrence loyale sur les

marchés nationaux et internationaux (OIT 2015<sup>46</sup>). «Il n'est pas seulement question d'adopter une nouvelle recommandation, c'est en fait son application qui importe», explique Azita Berar Awad, Directrice du département des politiques d'emploi de l'OIT. «Il existe de nombreux exemples de bonnes pratiques dans le monde qui montrent la voie pour sortir de l'informalité.» En Uruguay par exemple, l'administration de la sécurité sociale et l'administration fiscale ont décidé de s'associer pour établir un système de collecte simplifié et unifié pour les petites contribuables appelé Monotaxe («Monotributo»). Les personnes couvertes par le dispositif ont droit aux mêmes prestations de sécurité sociale que les travailleurs de l'économie formelle. Quant aux activités de l'OIT aux Philippines sont un bon exemple d'une possible transition vers l'économie formelle. Elles n'ont pas seulement apporté un revenu indispensable aux victimes du typhon, mais aussi un salaire minimum garanti, la protection sociale et la santé et la sécurité au travail, chacun étant une étape importante sur la voie de la formalité et du travail décent. L'un des changements positifs pour les travailleurs qui sont en transition entre l'économie informelle et l'économie formelle est l'accès à la protection sociale. Beaucoup de bonnes pratiques sont maintenant disponibles pour étendre ou améliorer la couverture de catégories particulières de travailleurs telles que les travailleurs indépendants, les travailleurs à domicile et les travailleurs domestiques.

Pour l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, l'emploi informel représente aussi une proportion significative de l'emploi, variant de 30 à 70 pour cent<sup>47</sup>. Dans le cas de l'économie Algérienne qui se caractérise à l'instar des autres pays en développement par un secteur informel important et croissant : 21,8% de l'emploi total non agricole durant la période 1975-1979, 25,6% en 1985-1989 et 41,3% durant la période 2000-2007 [Charmes, 2002 ; Jutting et Laiglesia, 2009].

En effet, la forte demande du marché du travail dans le secteur formel pousse certains actifs vers le marché du travail informel, qui absorbe effectivement une part importante de l'excédent de main d'œuvre (1/3 à 2/3 du marché formel). L'informel revêt un caractère anticrise soutenu par les ménages pour leur survie. L'absence du système d'assurance chômage contraint les personnes n'ayant pu trouver d'emploi dans le secteur formel à chercher des moyens de subsistance en développant des activités qui ne sont pas soumises à la réglementation du marché du travail dans le secteur formel. Néanmoins, ce choix délibéré

---

<sup>46</sup> Depuis OIT. (2015). Des solutions pour sortir de l'informalité : une nouvelle norme de l'OIT face au piège de l'économie informelle, à [www.ilo.org](http://www.ilo.org).

<sup>47</sup> OIT info, (2015). Des solutions pour sortir de l'informalité : une nouvelle norme de l'OIT face au piège de l'économie informelle, à [www.ilo.org](http://www.ilo.org).

pour l'informel ne se justifie pas uniquement par le devoir d'accomplir son droit fiscal, bien d'autres mesures peuvent justifier ce choix. Selon Djamila Bensaadi, Membre du Club d'Alger du Centre Algérien de Diplomatie Économique (2021) dans son article<sup>48</sup>, on peut distinguer comme obstacles à la formalisation :

- Obstacles réglementaires : Une réglementation lourde et coûteuse, source d'informalité et de corruption affectant l'environnement des affaires.

- Obstacles administratifs : Lourdeur des formalités, abus d'autorité, méthode de travail archaïque, manque de moyens, centralisation excessive et retard dans les décisions administratives.

- Obstacles financiers : Un niveau d'imposition élevé, de nombreux obstacles liés à l'immatriculation des entreprises, un excès de formalités administratives (coût inhérent et perte de temps).

- Corruption : Elle est l'une des raisons pour lesquelles beaucoup d'entrepreneurs évitent de s'immatriculer. Leur but étant d'échapper à la corruption administrative.

- Obstacles Socioculturels : Certaines défaillances émanant de l'État accentuent le développement de l'économie informelle, laquelle s'autorégule et parfois allant même jusqu'à se substituer à l'État quant à certaines fonctions régaliennes ou souveraines.

- Absence de services dédiés aux entreprises : On peut considérer que l'état actuel des offres de service financier par exemple et d'autres types de prestations manquantes ou non optimisées sont autant d'obstacles qui ne facilitent pas l'action de formalisation de l'économie informelle.

- Criminalité : La réticence évidente de certaines personnes disposant de fonds issus d'activités douteuses en vue d'une quelconque conversion vers le secteur formel, en supposant qu'une telle initiative pourrait inciter le crime organisé.

Et pour éliminer ces obstacles de formalisation elle suggère :

- Soutenir les vastes programmes de réformes réglementaires.
- Instaurer une culture ouverte sur les entreprises et améliorer le service rendu.
- Simplifier les formalités administratives.
- Éviter l'imposition rétroactive.
- Instaurer un impôt en adéquation avec l'activité économique sachant que certaines activités revêtent un caractère saisonnier.

---

<sup>48</sup> Djamila Bensaadi. (12 Janvier 2021). « L'économie informelle en Algérie : Enjeux et avantages de son intégration ». Publié en [algeriancenter.com](http://algeriancenter.com).

- Rationaliser les régimes et les droits d'immatriculation.
- Promouvoir la réforme relative au droit du travail (flexibilité des contrats/emplois).
- Restaurer la confiance à travers des mesures de lutte contre la corruption.
- Bancarisation l'argent circulant hors circuit bancaire et proscrire la culture du cash par la mise en place des instruments de paiements électroniques.

Repenser l'usage et l'exploitation de l'espace public, lieu d'afflux et de passage, par la création davantage de commerces de proximité.

Quant aux solutions préconiser pour une formalisation réussite le Bureau international du travail « BIT » et d'après certains experts, l'intégration de l'économie informelle vers l'économie formelle demeure un impératif dès lors qu'elle contribue à la résorption de l'excédent de main d'œuvre à juste titre. Selon les statistiques officielles, en Algérie, près de 6,2 millions de personnes ne sont pas affiliées à l'administration fiscale contre 4,7 millions de personnes bénéficiant d'une couverture sociale, ce qui donne un taux de non affiliation de 57% des travailleurs versés dans l'informel. L'impact est conséquent en termes de manque à gagner sur les recettes fiscales et parafiscales nationales. Ces faits ne peuvent être désormais occultés. Quant aux activités illicites de contrebande, de trafic en tout genre et de contrefaçon, ceux-là doivent faire l'objet d'une lutte ardue en vue de leur éradication.

Parmi les outils d'intégration, la mise en place de politiques d'accompagnement comme par exemple le microcrédit, la micro-assurance, ..., pour promouvoir la productivité du secteur et assurer des conditions de travail décentes aux travailleurs. Ces politiques sont notamment soutenues par la plupart des institutions internationales œuvrant dans le domaine du développement<sup>49</sup>. Cependant, il n'existe pas d'évidences suffisantes sur leur efficacité. La plupart des études empiriques qui évaluent ces politiques n'ont pas trouvé d'impact sur les flux vers le secteur formel<sup>50</sup>.

Il y a aussi l'inclusion financière ou la finance inclusive qui considéré comme facteur essentiel de réduction de la pauvreté et de promotion de la prospérité. L'inclusion financière définit la possibilité pour les individus et les entreprises d'accéder à moindre coût à toute une gamme de produits et de services financiers utiles et adaptés à leurs besoins (transactions, paiements, épargne, crédit et assurance) proposés par des prestataires fiables et responsables.

---

49

<sup>50</sup>Aterido, Reyes & Hallward-Driemeier, Mary & Pagés, Carmen, 2011. "Does Expanding Health Insurance Beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality? Measuring the Impact of Mexico's Seguro Popular," IZA Discussion Papers 5996, Institute for the Study of Labor (IZA).

Les banques peuvent participer à l'éducation financière des clients fragilisés en leur proposant des services adaptés à leurs besoins et revenus.

### **III. L'économie informelle en Algérie : cas de la Wilaya de Bejaia**

#### **1. L'évolution du secteur informel en Algérie :**

L'Algérie a connu trois phases de dévolution dans le secteur informel, la période coloniale bien avant l'invention du concept et sa popularisation par le BIT en 1972. Avant cette date, les termes utilisés pour désigner ce type d'activités sont la marginalité et le sous-emploi. Cette période a vu se développer essentiellement des activités informelles de subsistance « informel de misère ». Durant cette période particulière de l'histoire de l'Algérie, les activités informelles, particulièrement de subsistance, occupaient une place importante dans l'économie locale indigène tant l'emploi était rare dans le secteur moderne de l'économie, dominé par les français. Les activités informelles étaient présentes dans pratiquement toutes les branches d'activité : le commerce, services aux ménages, industrie de transformation notamment textile, artisanat, le BTP et l'agriculture.

Le secteur informel dans le contexte de l'économie administrée (1967-1985), marquée par le développement de l'économie parallèle de distribution, induit par la rigidité du système économique dans son ensemble, mais aussi par une poussée de l'emploi informel. L'économie informelle durant cette période se développe aussi bien dans la production que dans la distribution (économie de spéculation). L'adoption d'un modèle de développement centralisé et rigide, basé sur le monopole de l'Etat sur les principaux secteurs d'activité, a favorisé le développement d'activités spéculatives mais aussi un développement important de petites entreprises privées relevant pour l'essentiel du secteur informel.

Et le secteur informel dans la période de transition à l'économie de marché, qui débute face à l'ampleur de la crise économique et sociale qui a marqué la fin des années 1980, avec les premières réformes économiques libérales, qui avec le PAS, visant à instaurer l'économie de marché sont entreprises progressivement et connaîtront un élargissement et une nette

accélération à partir de 1994 et induire un développement significatif des activités informelles, aussi bien dans la sphère de la production que dans la sphère de la distribution.

## **2. Les déterminants de l'accès au secteur informel en Algérie cas de la Wilaya de Bejaia**

En 2014, selon une analyse transversale répétée grâce à un logit multinomial, puis à travers l'estimation d'une fonction de gains faite par (Bellache Y, Adair P, et Bouznit M<sup>51</sup>), les déterminants de l'accès à l'emploi, l'étude économétrique est portée sur deux échantillons comprenant respectivement 1252 actifs (non agricoles), issus de l'enquête de 2007 et 2026 actifs (non agricoles), issus de l'enquête de 2012 (Les deux échantillons des ménages enquêtés ont été tirés de façon aléatoire au niveau des mêmes 12 communes urbaines et rurales de Bejaia). Les deux échantillons, quoique représentatifs, sont affectés par deux biais.

Le premier est relatif à la surreprésentation des urbains par rapport aux ruraux. Le second biais est lié à la qualité des informations recueillies : dans certains cas, ce sont les femmes qui ont répondu à la place de leurs maris absents lors du passage des enquêtrices, engendrant parfois des réponses imprécises et/ou des données manquantes. Chaque échantillon a les caractéristiques (variables indépendantes) selon la taille et composition de l'échantillon, l'âge, le milieu (urbain/rural), le genre, la situation matrimoniale, niveau d'instruction et emploi antérieur, dont (salarié formel, salarié informel, indépendant formel ou indépendant informel).

La variable dépendante est l'accès aux différents segments du marché du travail, qui comprend cinq modalités : chômeur, salarié dans le secteur formel, salarié dans le secteur informel, indépendant formel et indépendant informel. L'utilisation du modèle logistique multinomial permis d'identifier les facteurs explicatifs de l'accès des individus aux différents segments du marché du travail, particulièrement aux segments du salariat et du travail indépendant informels.

$y = \frac{j}{x} = \frac{e(x)}{\sum_{j=1}^j e(x \beta_j)}$  ..... (1) est l'équation de probabilité qu'un individu s'insère sur l'un des

segments du marché du travail plutôt que de rester au chômage. Dans l'équation (1) les (i) et (j) sont les indices, respectivement des individus et des choix,  $\beta_j$  représente le vecteur des paramètres liés aux caractéristiques  $x_i$  tel que le modèle génère une indétermination levée par

---

<sup>51</sup>Bellache Y, Adair P, et Bouznit M, (2014), SECTEUR INFORMEL ET SEGMENTATION DE L'EMPLOI À BEJAIA (ALGÉRIE) : DÉTERMINANTS ET FONCTIONS DE GAINS, De Boeck Supérieur, « Mondes en développement », 2014/2 n° 166, pages 31 à 44  
ISSN 0302-3052 ISBN 9782804189730 disponible en <https://www.cairn.info/>

la simple normalisation  $\beta_j = 0$ . Chaque probabilité (P) est comprise entre 0 et 1 et la somme des probabilités équivaut à l'unité. Le modèle s'écrit alors :

$$p(y = \frac{j}{x}) = \frac{e(x)}{1 + \sum_{j=1}^{j-1} e(x)} \dots\dots (2) \text{ Avec } j= 1,2, 3\dots, j-1$$

Ce modèle permet d'identifier le rôle des déterminants de l'offre de travail de l'ensemble des individus âgés de 15 ans et plus et issus des deux échantillons et qui sont regroupés en 5 classes correspondant chacune à un segment du marché du travail.

Les résultats des deux modèles estimés selon le maximum de vraisemblance pour l'ensemble des actifs des deux échantillons (1252 et 2026) sont de qualité acceptable. Les variables explicatives sont significatives, les déterminants de l'accès aux différents segments du marché du travail et particulièrement aux segments du secteur informel reposent sur l'influence des variables relatives à la démographie et au capital humain. Premièrement il y'a le rôle des variables sociodémographiques (genre, âge et situation matrimoniale des actifs) sont tous significatives dans les deux modèles ce qui veut dire qu'elles influencent l'accès aux différents segments du marché du travail. Et le capital humain qui joue un rôle important dans l'accès aux segments du travail (par rapport au niveau d'instruction). Et enfin il y'a la mobilité socioprofessionnelle qui agit négativement sur l'accès à l'emploi dans le premier modèle, et positivement sur l'accès à l'emploi dans le deuxième modèle, cela s'explique par la différence de taille et de composition entre les deux échantillons.

### **3. Les déterminants des gains des salariés : le modèle de Mincer**

Les déterminants des gains des salariés : le modèle de Mincer (1974<sup>52</sup>). L'évolution de la fonction de gains élémentaire (l'éducation et l'expérience professionnelle), pour les deux sous-échantillons (2007 et 2012) la variable éducation n'est pas significative et ne contribue donc pas à l'amélioration des gains des salariés informels. Contrairement à la variable expérience professionnelle qui est significative.

Et la fonction de gains augmentée (en intégrant les autres variables indépendantes, sexe, âge et situation matrimoniale) permet d'améliorer la qualité de ces modèles et de mettre en évidence l'influence d'autres variables sur la fonction de gains des salariés informels. Les nouvelles variables influant sur les gains de ces salariés informels sont l'âge, le genre et le secteur d'activité (BTP) pour l'échantillon de 2007 et l'âge et le secteur d'activité (BTP et

---

<sup>52</sup>MINCER J. (1974) *Schooling, Experience and Earnings*, National Bureau of Economic Research (NBER) and Columbia University Press, New York.



services) pour l'échantillon de 2012. Et d'après l'estimation de la fonction de gains pour les salariés formels issus de l'enquête permet d'identifier les principaux déterminants des revenus de ces derniers. Les deux variables du capital humain (éducation et ancienneté), toutes deux significatives, permet d'expliquer (18,7%) des différentiels de gains des salariés du secteur formel, et la prise en considération de nouvelles variables (âge, genre, secteur d'activité) améliore la qualité du modèle, et légèrement la qualité du modèle (R<sup>2</sup>).

#### 4. La mesure de la taille du secteur informel en Algérie :

Le secteur informel en Algérie a fait l'objet, depuis 1988, de quelques tentatives de mesure. La taille de celui-ci diffère d'un auteur à un autre, parfois dans des proportions importantes, en fonction de l'approche utilisée (directe ou indirecte), des critères retenus et des sources mobilisées (RGPH, enquête MOD, enquête Emploi - Salaires, enquête LSMS, statistiques administratives, etc.).

Tableau 01 : Évaluation de l'emploi informel en Algérie

Approche	Critères Sources	Année	Emploi non salarié (selon statut)	Emploi salarié	Emploi Total	Emploi urbain %
<b>Indirecte</b> [Bernard, 1988]	Salariés du secteur privé : Recensement 1977 Salariés du secteur privé : Enquête emploi-salaires (entreprises < 10 salariés)	1977	Employeurs < 10 salariés = 10.440 Indépendants = 208.101 Apprentis, aides-familiaux, femmes partiellement occupées = 89.894	Solde 209.684 - 187.588	320.091	19,5% (1.645.000 occupés)
<b>Indirecte</b> [Charmes, 1990a, 1990b]	Enquête (MOD) main d'œuvre et démographie salariés du secteur public et de l'administration Statistiques des établissements (ONS)	1985	Emplois non-salariés informels < 5 salariés Femmes partiellement occupées	emplois non enregistrés	777.275	25,4% ou 25,6% (3.037.875 occupés)
<b>Directe</b> [Benissad, 1993]	270 Etablissements localisés (Alger) <10 employés	1992	3 branches (industrie et services) : mécanique, textile, restauration			
<b>Indirecte</b> [Ecotechnics, 1998]	Enquête (MOD) main d'œuvre et démographie	1992	Non déclarés = 190.000 + Travailleurs à domicile = 142.800 (ou 164.000) +Chômeurs occupés = 213.00 + Pluriactifs = 142.114	Non déclarés (Sécurité sociale) = 217.00	407.000  762.920	32,95% (1.235.000 occupés)  47,96% (1.590.800 occupés)

<b>Indirecte</b> [Ecotechnics, 1998]	Ménages (LSMS) [World Bank] N = 5.910	1995			331.000	23,57% (1.400.000 occupés)
<b>Indirecte</b> [Ecotechnics, 1998]	Main d'œuvre (EER 1er trimestre) N = 6.146	1996	+ Travailleurs à domicile = 117.000 + Chômeurs occupés (18,4%) = 476.000		499.000  1.092.000	30,27% (1.648.000 occupés)  48,73% (2.241.000 occupés)
<b>Indirecte</b> [Hammouda, 2002]	Main d'œuvre (EER)	1997	indépendants non cotisants SS = 68% non enregistrés = 50% non imposés = 50%			50% (actifs occupés)

*Source* : Adair [2003]

Quel que soit le critère considéré (taille, enregistrement, situation dans la profession), les résultats des enquêtes de l'ONS révèlent la progression constante de l'emploi informel (Cf. Tableau 02).

**Tableau 02 : Évolution de l'emploi informel en Algérie (en milliers et en % de l'emploi non agricole)**

Année	1985	1992	1997	2001	2004	2005	2006	2007
<b>Taille * &lt; 10 emplois, taille ** &lt; 5 emplois</b>	737* (25,6%)	1.232** (28,9%)	1.542** (33,1%)	1.868** (39,4%)	2.609** (43,8%)	-	-	-
<b>Sécurité sociale (non affiliation)</b>	-	1.134 (26,6%)	1.408 (30,2%)	1.648 (34,7%)	2.559 (43%)	2.600 (39%)	3.265 (45%)	3.251 (43,7%)
<b>Informel (travailleurs à domicile, occupés marginiaux)</b>	-	898 (21%)	-	1.321 (27,8%)	-	-	-	-
<b>Intermédiaire (sous déclaration)</b>	-	776 (18,2%)	-	1.080 (22,8%)	-	-	-	-
<b>Enregistrement RC ou AA (non effectué)</b>	-	-	572 (12,3%)	-	1.090 (18,3%)	1.382 (20,7%)	1.438 (19,8%)	-
<b>Entreprises individuelles</b>	-	1.657 (38,9%)	1.991 (42,7%)	2.266 (47,7%)	-	-	-	-
<b>Emploi non-agricole</b>	2.878	4.264	4.660	4.747	5.954	6.664	7.260	7.423

*Source* : Hammouda [2006] et [Adair et Bellache, 2008]

## Conclusion

La croissance de l'emploi informel dans la plupart des économies en développement fait de celui-ci une composante structurelle des marchés du travail de ces économies. Certains auteurs vont plus loin en considérant l'emploi informel comme la norme, et non l'exception, dans de nombreux pays en développement ou en transition où celui-ci représente entre 50 et 80% de l'emploi total non agricole (Jutting et Laiglesia, 2009)<sup>53</sup>. Ceci résulte par le fait que ce secteur est considéré comme le principal secteur permettant de réduire le chômage.

Afin d'utiliser ce phénomène en faveur du gouvernement pour relancer l'économie, il ressort de notre revue de la littérature qu'il est plus adéquat d'aider les activités exercées dans le secteur informel à intégrer le secteur formel et à respecter le système fiscal (du moins sous le régime forfaitaire) et leur permettre ainsi une couverture sociale. Une politique d'encouragement à la formalisation devrait avoir comme piliers : la réduction des coûts de l'emploi formel, l'augmentation des bénéfices de la formalisation et l'amélioration de l'application de la loi.

Les bénéfices de la formalisation pourraient être mis en exergue à travers de nombreuses mesures. Les plus importantes sont :

- L'amélioration de la prestation des services publics dans le but de garantir une connaissance accrue des avantages existants dans la formalité.
- La mise en évidence du lien fort entre les contributions et les avantages. Si les gens perçoivent nettement plus d'avantages en s'acquittant de leurs contributions, ils seront moins susceptibles de fuir vers l'informel.
- L'établissement d'un lien fort entre les cotisations et les prestations sociales. La cotisation ne devrait plus être vue comme un impôt.
- L'instauration de l'allocation de chômage avec un système de contrôle efficace. En effet, l'assurance chômage peut donner aux chômeurs le temps de chercher un emploi formel.

Dans la mesure où l'informalité pourrait correspondre à des stratégies de survie, il est important de s'assurer que les moyens de subsistance des travailleurs vulnérables ne sont pas menacés. D'ailleurs, de nombreuses entreprises informelles sont fondamentalement différentes des entreprises formelles, notamment en ce qui concerne les compétences

---

<sup>53</sup>Jutting J P et Laiglesia J R (eds.), 2009, L'emploi informel dans les pays en développement. Une normalité indépassable, Centre de développement de l'OCDE

entrepreneuriales et les pratiques de gestion. Il serait donc très difficile de s'attendre à ce que ces entreprises se transforment en entreprises formelles.

## **CHAPITRE II :**

### **LES DISPARITES SOCIO-PROFESSIONNELLES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE ET DANS LE MONDE : UNE REVUE DE LA LITTERATURE**

## **Introduction**

La santé est une composante principale pour chacun de nous qui nous permet de vivre paisiblement sans désagrément, mais dans le cas où notre santé se désagrège notre première réflexe sera de se diriger directement vers un professionnel de la santé pour accéder à des soins pour rétablir notre santé ou diminuer son impact sur notre vie. Toutefois, cela n'est pas forcément égale entre chacun de nous dans la mesure où on trouve souvent des inégalités pour se procurer les soins nécessaires. Les sociétés développées ou en cours de développement font de la réduction des inégalités un souci permanent. Dans le cadre particulier de la santé et plus particulièrement de l'accès et de l'accessibilité aux services de santé, une priorité absolue à résoudre et à diminuer ses effets néfastes, principalement dans les catégories de la population la plus démunies et les disparités entre les catégories socio-professionnelles qui sont soit avantager ou désavantager par rapport aux autres et rendre l'accès aux soins un droit fondamentale pour toute la population.

Dans ce chapitre, on commencera d'abord par présenter le cadre conceptuelle autour l'accès aux soins, les déterminants d'accès et de renoncement aux soins. Dans un second point, nous présenterons une brève revue de la littérature sur les inégalités d'accès aux soins. Enfin, dans la troisième partie, nous discuterons de l'influence des catégories sociales et socioprofessionnelles sur l'accès aux soins.

## **I. Cadre conceptuelle sur l'accès aux soins, les déterminants d'accès et de renoncement aux soins**

### **1. Le concept d'accès<sup>1</sup>:**

Définie brièvement comme l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins (PICHERAL, 1984), la géographie des soins de santé repose sur le concept d'accès ou d'accessibilité; les deux termes n'étant d'ailleurs pas forcément équivalents selon les auteurs. La position clé occupée par ce concept explique sans doute la multiplicité de ses définitions, tantôt très étroites, tantôt extrêmement larges, mais alors souvent plus vagues. Frenk (1992) affirme à juste titre qu'une revue de la littérature à ce sujet laisse l'impression d'un inextricable réseau de mots et de significations. Il expose quelques-unes des raisons,

---

<sup>1</sup> Jean Lucrichard, . (2001). Accès et recours aux soins de santé dans la sous préfecture de Ousse (bénin) (thèse géographie de la santé, Université de Neuchâtel).

renvoyant à la multiplicité des approches, qui empêchent toute élaboration d'un cadre conceptuel unifié. Tout d'abord, différents termes, notamment accessibilité et disponibilité, sont utilisés par certains auteurs comme synonymes d'accès. De plus, l'accès est tantôt considéré comme la propriété des ressources sanitaires, tantôt comme celle des utilisateurs potentiels, et tantôt encore (DONABEDIAN, 1973; FIEDLER, 1981; PENCHANSKY et THOMAS, 1981) comme le degré d'ajustement entre les caractéristiques de la population et celles des ressources sanitaires. Finalement, le champ couvert par le concept d'accès reste mal défini, notamment quant à ses limites avec celui d'utilisation.

### **1.1.Disponibilité :**

Cette dimension, proche de la notion de couverture sanitaire, est définie comme la relation entre, d'une part, le volume et le type des services existants et, d'autre part, le volume et le type de besoins des patients. A l'existence d'un besoin de santé doit donc répondre celle d'une offre de santé effective. La disponibilité des services de santé comporte au moins trois composantes principales: présence physique, disponibilité temporelle et fourniture de prestations adaptées en volume et en nature aux besoins. Par disponibilité il ne faut en effet pas seulement entendre la simple présence physique d'une infrastructure sanitaire, mais sa capacité réelle à produire un service (DONABEDIAN, 1973). Cependant, surtout dans les pays en développement, il convient de vérifier tout d'abord l'existence effective d'une infrastructure de santé, d'une part, et d'un personnel adéquat la desservant, d'autre part, avant même de considérer le volume et la qualité des prestations fournies, ou même le niveau d'équipement médical. Ces deux exigences triviales prêteraient à sourire, si de trop nombreux exemples ne venaient confirmer la pertinence et souvent la gravité du problème. Comme le remarque Phillips (1990), la mention d'un dispensaire, d'un hôpital dans un rapport ou sur une carte sanitaire ne prouve pas qu'il soit desservi, ni même qu'il existe. Au Bénin, le gel du recrutement des fonctionnaires entre 1987 et 1994 et l'encouragement aux départs volontaires de la fonction publique ont considérablement dégarni les services de santé, au point que certains dispensaires sont au mieux tenus par des aides-soignants formés sur le tas et, au pire, fermés. De même, certains centres de santé de sous- préfecture (hôpital de base) n'y sont pas ou plus dirigés par un médecin. Cette absence totale de personnel qualifié dans les centres de santé peut prendre des proportions effarantes, comme par exemple au Pakistan (ZAÏDI, 1985), où, dans le Pendjab, 75 % des postes ruraux de docteurs et 41 % de ceux de sages-

femmes sont vacants (contre respectivement "seulement" 27 et 15 % en milieu urbain).<sup>2</sup>

### **1.2. Accessibilité :**

Définie par Penchansky et Thomas (1981) comme la relation entre la localisation des services et celle des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance et le coût du trajet, l'accessibilité est une mesure de proximité. C'est tout naturellement cette dimension de l'accès que les géographes ont le plus explorée. Leurs travaux consistent d'abord à mesurer et à modéliser – il s'agit souvent de modèles de type gravitaire – l'effet de la distance sur les contacts entre prestataires de services et patients. Autrement dit, il s'agit de quantifier la friction de la distance, qui devrait progressivement diminuer l'interaction entre les services de santé et leurs patients potentiels, au fur et à mesure que croît la distance les séparant<sup>1</sup>. Cet effet de dissolution par la distance existe toujours. Mais son intensité est fort variable en fonction d'autres facteurs, comme le niveau hiérarchique du service de santé, l'âge et le sexe du malade, la disponibilité d'un véhicule ou le type de problèmes de santé (MORRILL, *in*: GESLER, 1984).

### **1.3. Commodité :**

Il s'agit de la relation entre la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. La notion de commodité renvoie à la possibilité d'un contact pratique et facile (ou non!) entre le patient et le système de santé. Les aspects temporels sont ici souvent prépondérants (jours et heures d'ouverture des services de santé, présence régulière d'un agent de santé<sup>1</sup>, temps d'attente), mais pas exclusifs (système de paiement, prise en charge des urgences, consultations téléphoniques, système de référence...).

### **1.4. Capacité financière :**

La capacité financière peut se définir comme la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient (ou de sa famille, ou de son assurance) à payer (ou à emprunter ou encore à recevoir une aide de son entourage).

---

<sup>2</sup>idem



### **1.5. Acceptabilité :**

Toujours selon Penchansky et Thomas(1981), l'acceptabilité est la relation entre les caractéristiques (âge, sexe, ethnie, langue, religion, localisation...) et les attitudes des patients et celles du personnel et des structures de santé. L'acceptabilité fait essentiellement référence à l'accès, à la fois du prestataire de services et du patient, de surmonter des barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux. Elle confronte aussi les attentes réciproques des uns et des autres et renvoie notamment aux notions de qualité de l'accueil et d'efficacité thérapeutique.<sup>3</sup>

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

Depuis les années 60, plusieurs géographes et économistes anglo-saxons se sont appliqués à définir ce concept clé pour améliorer la performance de tout système de santé<sup>4</sup>.

L'institut de médecine des Etats Unis définit l'accès aux soins comme « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat

Possible en terme de santé ». <sup>5</sup>

Pour L. Aday et R. M. Andersen<sup>6</sup>, le concept d'accès se définit comme le rapport entre les besoins en soins d'une population (caractéristiques sociodémographiques) et l'utilisation du système de soins (prise en charge effective des patients).

Pour R. Penchansky et J. W. Thomas <sup>7</sup>, l'accès correspond à l'adéquation entre les caractéristiques des professionnels de santé et les attentes des patients évaluées à travers leur satisfaction. Ainsi, il ne s'agit plus seulement d'accès géographique ou financier mais d'un accès multidimensionnel.

---

<sup>3</sup>Ibid

<sup>4</sup>Ricketts T.-C., Goldsmith L.- J. (2005) : "Access in health services research ; The Battle of the Framework" Nursing Outlook, vol. 53, n°6, p.274-280

<sup>5</sup>Lombail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415

<sup>6</sup>Aday L. A, Andersen R.M. (1974): "A Framework for the study of access to medical care", Health Services Research, vol.9, p.208-220.

<sup>7</sup>Penchansky R, Thomas J.W., (1981) "The concept of access : definition and Relationship to consumer Satisfaction", Medical Care, vol.22, n°6, p.127-140

Pour Lambert « les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes Nations, où persistent des inégalités régionales et des régions de Peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées) ». <sup>8</sup>

### **3. Dimension d'accès aux soins :**

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

#### **3.1. Les dimensions de l'accès aux soins selon Picheral :**

Selon Picheral l'accès aux soins traduit la capacité matérielle d'accéder aux ressources Sanitaires et aux services de santé. Elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale ». <sup>9</sup>

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

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

#### **3.2. Les dimensions de l'accès aux soins selon l'OMS :**

L'OMS ne définit pas à proprement parler l'accès aux soins, mais traite des Problématiques relatives à l'accessibilité à travers des notions de «couverture sanitaire». Joseph Kutzin, affirme que la couverture sanitaire universelle non seulement conduit à Améliorer la santé et la protection financière des ménages, mais est aussi utile en soi. La couverture sanitaire universelle est instaurée lorsque les gens obtiennent Effectivement les services de santé dont ils ont besoin et bénéficient d'une protection contre le risque financier. L'accès, d'autre part, est la possibilité ou la capacité de remplir ces deux conditions. En effet, l'accès aux soins a trois dimensions suivantes :

3.2.1. L'accessibilité physique : Elle est liée à l'organisation et la disponibilité de l'offre de

---

<sup>8</sup>BONNET. P, (2002), le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3, p5

<sup>9</sup>Picheral H. (2001), Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé.

soins. Ainsi, l'offre de Services de santé de qualité à portée raisonnable de ceux qui en ont besoin et l'existence d'heures d'ouverture, de systèmes de rendez-vous et autres aspects de l'organisation et de la prestation des services qui permettent aux gens de se procurer les services dont ils ont besoin.

3.2.2. L'accessibilité financière : Il s'agit de mesurer la capacité des gens à payer les services sans difficultés financières. Ce facteur tient compte non seulement du prix des services de santé mais également des coûts indirects et d'opportunité (par exemple coûts des transports pour les établissements de santé et des congés pris). Ce facteur est influencé par le système plus large de financement de la santé et par les revenus des ménages.

3.2.3. L'acceptabilité : Qui est fonction de la volonté des gens d'utiliser les services. L'acceptabilité est faible lorsque les patients perçoivent les services comme inefficaces ou lorsque des facteurs sociaux et culturels tels que la langue ou l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique ou la religion du dispensateur de soins les découragent de consulter.<sup>10</sup>

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

Andersen et ses collaborateurs ont enrichi ultérieurement le cadre conceptuel de l'accès aux soins en distinguant accès potentiel caractérisant la possibilité d'accéder aux soins et accès réalisé. On peut parler d'accessibilité dans le premier cas « accès primaire » et de recours ou utilisation dans le second « accès secondaire ».<sup>11</sup>

##### **4.1. Accès primaire :**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.<sup>12</sup>

L'accès primaire a trois propriétés fondamentales qui sont continuité, coordination et globalité

- La continuité :

Est une notion complexe qui recouvre plusieurs dimensions. La dimension la plus communément prise en compte temporelle et renvoie à la constance des mêmes

---

<sup>10</sup>David B.-E. et Justine H. et Ties B. (2013), Couverture sanitaire universelle et accès universel.' OMS'. Genève, Suisse.

<sup>11</sup>Idem. p 403-405.

<sup>12</sup>OMS, (1978), ' Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, ALMA ATA Genève. Disponible in [www.who.int](http://www.who.int)

intervenant auprès d'un malade au cours du temps. Elle se double d'une dimension géographique qui porte sur la délivrance des soins dans une même institution. La dimension relationnelle renvoie aux attentes réciproques placées par les malades et les professionnels dans la relation de soin. À l'égard de la gestion de l'information, la continuité caractérise la capacité des outils disponibles (carnet de santé, courriers, Etc.) à permettre la communication entre professionnels et avec le malade.<sup>13</sup>

- La coordination :

La continuité la coordination renvoie dans cette acceptation à la capacité du système de gérer le recours à des expertises spécialisées multiples en accord avec les besoins de soins des patients.<sup>14</sup>

- La globalité :

La coordination des soins n'a de sens qu'en regard de besoins de prise en charge des individus qui entrent en contact avec le système de soins.<sup>15</sup>

#### **4.2. Accès secondaire :**

Manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact<sup>16</sup>. Les soins secondaires se produisent après la phase de contact avec le système de soins (professionnel/ institution) de l'identification du besoin de soins reconnu jusqu'à la délivrance des soins nécessaires c'est-à-dire la provision.<sup>17</sup>

L'accès secondaire a trois propriétés fondamentales qui sont continuité, coordination et globalité :

- La continuité :

Est un terme qu'il vaudrait mieux ne pas employer isolément. On devrait distinguer continuité de la trajectoire de soins (la succession des contacts d'un patient) et continuité des soins eux-mêmes. La continuité de la trajectoire traduit l'adéquation apparente entre la fréquence et le type des contacts et la nature des besoins de soins diagnostiqués, indépendamment de la cohérence des soins prodigués lors de chaque contact (accès primaire). Pour que les soins eux-mêmes soient continus, il faut que la trajectoire le soit et que des soins coordonnés soient délivrés à chaque contact, la continuité de la trajectoire

---

<sup>13</sup>Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415

<sup>14</sup>Ibid

<sup>15</sup>Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415

<sup>16</sup>Lurie, Health Services Research, 1997.

<sup>17</sup>Nutting et al. Medical Care, 1981

pouvant favoriser lacoordination des soins (accès secondaire).<sup>18</sup>

- La globalité :

Désigne la capacité des professionnels à envisager l'ensemble des besoins de soins d'une personne indépendamment des limites de leurs compétences et (ou) capacités d'action propres.<sup>19</sup>

- La coordination :

Caractérise la prise en compte lors de chaque contact d'un enchaînement logique dans la délivrance de soins finalisés par l'atteinte d'un résultat (état de santé du bénéficiaire) plus ou moins explicite.<sup>20</sup>

## **5. Les facteurs d'utilisation des services de sante :**

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. Le modèle de recours d'Andersen et Adey conçu pour l'étude de l'accessibilité des soins peut être affilié au modèle antérieur d'Andersen et Newman qui décrit des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire. Les facteurs y sont regroupés en trois catégories : facteurs prédisposant, facteurs de capacité et facteurs déclenchant.<sup>21</sup>

### **5.1. Facteurs prédisposant :**

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

### **5.2. Facteurs de capacité :**

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

---

<sup>18</sup>Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415

<sup>19</sup>Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415

<sup>20</sup>Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415

<sup>21</sup>BONNET P, (2002).Le concept d'accessibilité dans le système de santé. Dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry, P2

### 5.3.Facteurs déclenchant :

Les facteurs déclenchant sont les besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçue besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu, état général concomitant ou niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, symptômes et diagnostic établi par les experts).<sup>22</sup>

Ainsi, l'accès aux soins peut être déterminé par des choix et des contraintes, qui dépendent aussi bien des croyances, des arbitrages individuels et collectifs, et d'autres facteurs tels que l'environnement géographique, social, économique et médical. Mais ces choix sont toujours fortement influencés par la situation du pays et les décisions posées en termes d'infrastructures de santé. (CMU) en France., mais elles concernent l'ensemble de la population, à des degrés divers selon les postes de dépense. À titre d'exemple, En France, le Baromètre santé 2000 de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (souligne que, si le recours aux différents professionnels de santé est très fréquent parmi les 18-75 ans, quels que soient l'âge et le sexe, des différences apparaissent selon le niveau d'études ou de revenu. Les personnes les plus diplômées ou ayant un niveau élevé de revenu ont significativement moins consulté des médecins généralistes au cours des douze mois précédant l'enquête, mais sont plus nombreuses à être allées chez un gynécologue ou un autre spécialiste.

Toutes les variations de recours primaires aux soins ne peuvent être qualifiées d'inégalités en toute rigueur. Le terme « inégalité » se réfère à des besoins de soins non suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques.<sup>23</sup>

Les inégalités d'accès primaires s'expliquent du fait de méconnaissance du besoin ou d'annonce au soin par la personne du fait d'obstacles multiples.<sup>24</sup>

- économiques (paiement/avance de frais),
- géographiques (éloignement des services),
- administratifs (avoir des droits sociaux et les faire valoir),
- psycho-sociaux (attention à soi, regard de l'autre), culturels (intelligibilité du système),
- personnels (choix de priorité),
- discrimination refus (du professionnel) : pour des motifs économiques mais aussi du

---

<sup>22</sup>Ibid.

<sup>23</sup>Lombrail. P. et Pascal. J, (2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé p. 31-39.

<sup>24</sup>Lombrail P, (2010), Le rôle du système de soins dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, 20th IUHPE World Conference on Health, Promotion Geneva, Switzerland, Nantes

fait d'une acceptation limitée des dispositifs de solidarité redistribués et d'une méfiance irréductible vis-à-vis du social.

## **6. Les inégalités d'accès secondaire :**

Les inégalités d'accès secondaire se produisent après la phase de contact avec le système de soins et vont de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin nécessaire.<sup>25</sup>

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

### **6.1. Inégalités par « omission » :**

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

### **6.2. Inégalités par « construction » :**

Les inégalités par « construction » résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à perpétuer, voire accentuer, des inégalités.<sup>26</sup>

## **II. Revue de littérature sur les inégalités d'accès aux soins**

### **1. les inégalités d'accès au soin du point de vue de l'économie de la santé :**

Pour Lambert « les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes Nations, au persistent des inégalités régionales et des régions de

---

<sup>25</sup>Lombrail P, « Atelier soins et prévention réduction ou aggravation des inégalités sociales de santé », In Nutting et al. Medical Care, 1981

<sup>26</sup>Lombrail P. et Pascal. J. (2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé, p. 36-37.

peuplement disperse (zones de montagne, régions sous peuplées OU dépeuplées). Des enquêtes d'économie de la sante permettront d'identifier, sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre offre et demande de soins. La progression du taux d'utilisation des services existants (consultation, hospitalisation) accompagne la diminution des barrières d'accès aux soins (fréquence et commodité des transports, prise en charge des dépenses par les assurances). La concentration des médecins et celles des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire. Les zones d'attraction et de rayonnement des grands hôpitaux spécialisés (CHU) se sont souvent étendues au détriment de filières de soins moins coûteuses. De même l'implantation des médecins libéraux, celle des pharmacies ou laboratoires d'analyses révèle des déséquilibres d'implantations. Par voie de conséquence les populations peu médicalisées de centres de soins seront transportées à des coûts élevés (hospitalisation de personnes âgées) au contraire elles connaîtront une morbidité associée à une faible consommation de soins. À l'opposé, les populations de régions suréquipées révéleront de forts taux d'utilisation, mais on observera une duplication des services médicaux. Peu de pays sont parvenus à construire une carte sanitaire optimale. La planification sanitaire peut favoriser un rationnement des ressources et l'unification qu'elle impose s'accompagne des effets pervers de la bureaucratie. Les inégalités spatiales d'accès aux soins persistent dans tous les pays occidentaux ; elles ne semblent pas avoir disparu en Union Soviétique ». L'auteur n'y privilégie pas l'économie mais fait apparaître intimement liées les deux dimensions portant un regard très éclairé sur la géographie de la sante. Le service public et les équipements collectifs de service sont abordés en rapport à la demande exprimée et selon la localisation de la population. Sont aussi entendus les rôles respectifs de la démographie (dynamique du peuplement), des activités économiques et de l'Organisation du territoire national, du développement économique et spatial. L'étude de l'accessibilité n'a donné d'intérêt que dans le rapprochement de l'offre (capacité et situation des ressources) et de la demande (peuplement et besoin de sante, capacité de payer). On peut aborder les problèmes d'accessibilité par les études d'utilisation des services qui intègrent l'ensemble de facteurs déterminant la fréquentation des services de sante et en particulier les entraves (barrières) à l'usage, ou au contraire les incitations et les moyens qui facilitent une bonne accessibilité des services (transports, assurance, démographie et localisation des médecins). La distribution spatiale des équipements sanitaires (concentrations v/s dispersion, en rapport avec la forme du peuplement qui peut être regroupé ou isolé) et la capacité de certains équipements d'attirer plus que d'autres doivent aussi être abordées. Mais la simple réorganisation appropriée des services (sans référence à la délocalisation ou relocalisation) peut permettre d'améliorer l'accessibilité



(organisation en filières et réseaux) a des confits raisonnables (en particulier par rapport au transport) et pour une efficacité conservée sinon améliorée. Sous peine de conforter des différences de mortalité et de morbidité dans les populations et donné de remettre en cause le modèle de droit devant la sante, les inégalités doivent être étudiées et réduites grâce à des décisions d'aménagement territorial et d'allocation budgétaire de certains équipements dans un contexte de décision publique. Les outils tels que les cartes sanitaires sont mis en avant (SROS).

## **2. revue littérature sur les inégalités d'accès au soin :**

Les inégalités de santé sont des disparités dans l'état de santé ou dans l'accès aux soins, constatées entre des groupes humains socialement hiérarchisés. Elles sont appréhendées, le plus souvent, au moyen des techniques quantitatives et des concepts théoriques de l'épidémiologie. Ces études, dites d'« épidémiologie sociale », s'attachent à mettre en évidence le rôle des déterminants sociaux, tels que les *revenus* ou le *niveau d'éducation*, dans la production de ces inégalités<sup>27</sup>. Les origines de ces inégalités sont multifactorielles et complexes. En effet, de nombreux facteurs, situés en amont du système de santé et liés aux conditions socio- économiques des personnes, à leur parcours de vie (personnel et professionnel), sont à l'origine des inégalités sociales de santé<sup>28</sup>. Elles sont le produit des inégalités dans les conditions d'existence construites dès l'enfance, et qui concernent l'éducation, l'emploi, le logement et le lien social<sup>29</sup>. Les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées à des différences de qualité de prise en charge. Plusieurs études internationales ont pu montrer, par exemple, que « *les médecins prescrivaient moins d'examen de dépistage aux patients issus de classes sociales défavorisées* »<sup>30</sup>. Ainsi, en plus de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

---

<sup>27</sup> Aïach, P. (2000). 5. De la mesure des inégalités : Enjeux sociopolitiques et théoriques. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 81-91). La Découverte. <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-page-81.htm>

<sup>28</sup> Livinec, B., Milleliri, J.-M., Rey, J.-L., & Saliou, P. (2013). Inégalités d'accès aux soins en Afrique. *Médecine et Santé Tropicales*, 23(2), 120-127. <https://doi.org/10.1684/mst.2013.0162>

<sup>29</sup> Basset, B. (Éd.). (2008). *Agences régionales de santé : Les inégalités sociales de santé*. Paris: INPES. URL: [http://www.handipole.org/IMG/pdf/Inpes\\_inegalites-sante.pdf](http://www.handipole.org/IMG/pdf/Inpes_inegalites-sante.pdf)

<sup>30</sup> Besnier, M. (2008). *Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature*. Thèse de doctorat d'Etat en médecine, Université Paris Descartes (Paris 5), France p13

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

Dans la réalité toutefois, les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé ne sont pas dissociable. Prenons un exemple pour illustrer notre propos. Les inégalités territoriales qui sont le plus souvent dénoncées sont principalement liées aux différences d'offre de soins entre le milieu rural (offre faible) et le milieu urbain (offre importante) et leurs impacts sur les distances à parcourir. Ainsi, la ville, parce qu'elle concentre le potentiel humain et les services sur de faibles distances physiques, est souvent perçue comme le lieu où tout est accessible. Mais dans le champ de la santé, *proximité* n'implique pas systématiquement *accessibilité*. En périnatalité notamment, l'influence des conditions de vie sur le recours aux services de santé maternels a été souvent relevée<sup>31</sup>.

### **III. L'influence des catégories sociale et socioprofessionnelles sur l'accès au soin**

#### **1. Des inégalités sociales aux inégalités de santé :**

Nous avons constaté au vus de nos recherche mener et dans la section précédente qu'il existe une relation entre les facteurs sociaux et l'état de santé de chaque individu. La répartition inégale de ces facteurs conduit à des inégalités de santé. Alors on se demande comment les inégalités sociales et se transforment en inégalités de santé.

##### **1.1.L'effet de sélection :**

La santé de l'individu peut avoir un effet sur la détermination de son niveau socioéconomique. Cet effet est appelé « effet de sélection », qui veut dire que la mobilité sociale de l'individu est déterminer par son état de santé. En d'autres termes, les inégalités

---

<sup>31</sup> Pearl, M., Braveman, P., & Abrams, B. (2001). The relationship of neighborhood socioeconomic characteristics to birthweight among 5 ethnic groups in California. *American Journal of Public Health, 91*(11), 1808-1814.

sociales de santé sont la conséquence du fait que les individus en mauvaise santé ont plus de mal et moins de chance à accéder à des positions sociales plus favorables.

Il est nécessaire ici de soulever quelques remarques. Premièrement : cet effet est *direct* ; la mobilité sociale étant la conséquence de l'état de santé. Ceci engendre une accumulation de personnes présentant plus de problèmes de santé dans les catégories socio-économiques les plus faibles. Deuxième remarque : il est aussi indirect, puisque les facteurs ayant un impact sur la mobilité sociale influencent également l'état de santé à long terme. Ainsi, une sorte de cercle vicieux s'installe. A titre d'exemple, nous pouvons dire que « *l'attitude favorable d'une personne envers le futur est susceptible d'influencer à la fois la décision de s'investir dans une formation, permettant une mobilité sociale ascendante, mais aussi d'adopter un comportement bénéfique pour la santé* »<sup>32</sup>. Mais cet effet n'explique qu'une faible part des inégalités, essentiellement, par le risque de sortie du marché du travail engendré par un mauvais état de santé.

Plusieurs études ont pu confirmer l'existence de ce phénomène. Néanmoins, elles mettent, également, en valeur le caractère marginal par rapport à la causalité inverse qui fait découler l'état de santé de la position sociale<sup>33</sup>.

### **1.2.L'effet de causalité :**

Dans ce modèle, la santé d'un individu est considérée comme un résultat de sa situation socioéconomique. En effet, l'espérance de vie et beaucoup de maladie sont plus fréquentes au bas de l'échelle sociale. Cette influence ne s'exerce pas directement mais par l'intermédiaire de divers facteurs, comme les conditions de vie, les comportements individuels, l'accès et le recours aux soins et la qualité des soins.

- *Les conditions de vie et de travail*: Les personnes ayant un faible statut socio-économique sont confrontées à des conditions, matérielles et non matérielles, d'une vie moins saines, 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 socioéconomique. Ces conditions constituent une des principales causes expliquant les inégalités sociales de santé. Ainsi, pour « *toutes pathologies et catégories sociales*

---

<sup>32</sup>BESNIER M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P8.

<sup>33</sup>Observatoire Régional de Santé : « Etat de santé et déterminants sociales de santé en Alsace, quatrième partie : déterminants de santé », Edition ORS, septembre 2010, P 184.

*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* »<sup>34</sup>. Il peut s'agir également d'éléments non matériels, comme le stress, le réseau social et le soutien social, répartis inégalement selon les groupes socio-économiques.

- *Le comportement individuel* : les inégalités de santé sont, également, une conséquence des comportements individuels de santé. L'ensemble des comportements choisis et acceptés par chaque individu, qui sont dépendants de sa situation socioéconomique, 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<sup>35</sup> ; les activités physiques et de loisirs sont plus importantes chez les personnes ayant un statut socio-économique favorable ; l'activité liée au travail étant plus intense dans les milieux défavorisés.

- *Accès et recours aux soins* : Les différences en termes d'accès aux soins contribuent à l'explication des inégalités devant la maladie et la mort. Ainsi, l'utilisation du système de santé varie avec la position socioéconomique des patients. D'ailleurs, « 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 »<sup>36</sup>. L'accès et le recours aux soins est déterminé par plusieurs facteurs. Le renoncement aux soins s'explique dans la majorité des cas pour des raisons financières (le recours aux soins est fortement corrélé au revenu et au milieu social)<sup>37</sup>. Le renoncement aux soins s'explique aussi par des raisons non financières : l'offre de soins. Ainsi, la probabilité de décès augmente lorsque la densité médicale de la zone d'habitation diminue ; ce rapport est plus important pour les pays et les catégories sociales les plus pauvres<sup>38</sup>.

- *La qualité des soins* : les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées à des différences de qualité de prise en charge. Plusieurs études internationales ont pu montrer que « les médecins prescrivaient moins d'examen de dépistage aux patients issus de classes

---

<sup>34</sup>BIHR A., FEFFBERKORN R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales de santé », *Interrogations ?* Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société, N°6, La santé au prisme des sciences sociales, Juin 2008, P64. <http://www.revue-interrogations.org>

<sup>35</sup>BESNIER M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P9.

<sup>36</sup>BIHR A., FEFFBERKORN R. : « **Partie thématique: Les inégalités sociales...., op.cit. P73.**

<sup>37</sup>BESNIER M. (2008), Op. Cit. P10.

<sup>38</sup>Idem., P 12.

*sociales défavorisées* »<sup>39</sup>. Ainsi, en plus de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

## **2. inégalités sociales de santé en Algérie :**

Dans ce point, nous avons envisagé de traiter les inégalités sociales de santé en Algérie. Mais pour le faire il nous fallait les indicateurs de mesure de ces inégalités, telles que la variation de l'espérance de vie pour les différentes catégories sociales, ou bien les taux de mortalité par catégorie socioprofessionnelles et autre. Cependant, le non disponibilité des études qui ont déjà traité ce sujet nous a empêchés de procéder ainsi. Ainsi les indicateurs ne sont pas disponible, nous n'avons pas pu les trouver à partir nos recherches. Ceci nous a conduits à procéder autrement en utilisant d'autres indicateurs de mesure.

### **2.1. Aperçu sur l'état de santé de la population algérienne :**

Les indicateurs-clés relatifs pour déterminer l'état de la santé d'une population donné se révèlent en deux aspects : démographique et épidémiologique.

La mortalité et l'espérance de vie constituent les indicateurs démographiques les plus importants en santé publique. La variation de ces indicateurs représente une description de l'état global de santé d'une population.

En Algérie, l'espérance de vie est passée de 52,6 ans en 1970 pour atteindre 75,7<sup>40</sup> ans en 2008. Ceci se traduit par une diminution du taux de natalité qui passe de 47/1000 (habitant) dans les années 1970 à 25/1000 en 2008. La pyramide des âges se modifie et, aujourd'hui, la majorité de la population algériens est âgée de plus de 25 ans (âge médian, en 2008 : 25,5 ans). Cette transition a de multiples raisons. Nous citons à titre d'exemple: le recul de l'âge de mariage et l'éducation des filles facteurs qui conduisent à la limitation de la taille de leur famille.

La variation des taux de mortalité infantile est remarquable pendant ces dernières années. Le taux de mortalité infantile, culminait à 110/1000 dans les années 1960, est passé de 61/1000 en 1990 pour atteindre 46/1000 en 2000 et 32/1000 en 2009<sup>41</sup>. Ce taux est proche de celui de nos voisins, mais loin encore de celui de la France (5/1000).

---

<sup>39</sup>Ibid., P 13.

<sup>40</sup>[www.ons.dz](http://www.ons.dz) (10/02/2012)

<sup>41</sup> OMS, Rapport : statistique sanitaire mondiale, 2011, p.53.

La mortalité maternelle quand à elle réalise le meilleur score de la région (88,9/100000). Quant aux indicateurs de développement qui réunissent l'accès à l'assainissement l'accès aux soins, l'électrification la scolarisation, l'espérance de vie, le PIB/habitant/an, égalité de pouvoir d'achat, ils placent notre pays en position d'émergence prochaine.

Dont celle des adultes a connu une diminution depuis les années 1990 qui a passée de 169/1000 à 153/1000 en 2000 et à 120/1000 en 2009<sup>42</sup>. c'est vrai qu'il existe une baisse de mortalité mais, elle est effectivement légère, par rapport, aux moyens employés dans le système de santé Algérien compte tenu de l'objectif principale de tout système de santé c'est d'améliorer l'état de la santé de la population.

La situation sanitaire en Algérie, qui a été caractérisée pendant longtemps par des maladies transmissibles (202/100000)<sup>43</sup> en 2008, enregistre une montée des maladies non transmissibles (523/100000)<sup>44</sup> en 2008. Parmi ces pathologies, l'on citera les maladies cardiovasculaires, l'asthme, l'hypertension artérielle, le diabète, les cancers... Cette transition épidémiologique se caractérise, aujourd'hui, par la persistance de certaines maladies transmissibles (tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonose..), notamment les maladies cardiovasculaires constituent les causes de décès les plus fréquentes (20% de total des décès), suivies des tumeurs (8%), des traumatismes (6%), des maladies respiratoires (5,5%).

Cependant, le niveau de taux des indicateurs de santé restent nécessaire mais insuffisant il faut, en particulier connaître les causes de décès dont l'utilisation doit permettre la surveillance épidémiologique de la population.

## **2.2. Les inégalités sociales de santé en Algérie<sup>45</sup> :**

### **2.2.1. Accessibilité économique aux soins en Algérie :**

L'État a été et demeure toujours responsable de la santé des citoyens, particulièrement des activités de prévention et de promotion de la santé. Il organise et réglemente les actions en matière de santé des différents domaines et veille à l'équité du système de santé en assurant l'accès aux soins pour les démunis.

Cependant, en théorie, les soins et les médicaments sont couverts par l'assurance maladie. Mais dans les faits il en va autrement : « Les médicaments sont, souvent, à la charge des

---

<sup>42</sup> OMS, Rapport : statistique sanitaire mondiale, op cit. p 79.

<sup>43</sup> Idem

<sup>44</sup> Idem

<sup>45</sup> FIDH, LADDH, CFDA. : La « mal-vie »: rapport sur la situation des droits économiques, sociaux et culturels en Algérie, FIDH, LADDH, CFDA, 2010, P32.

malades bien que leur condition de malade hospitalisé leur ouvre droit au bénéfice des médicaments de lapharmacie de l'établissement hospitalier».En plus des médicaments, les patients doivent généralement payer de leur poche tout ce qui entoure les soins, par exemple les bilans sanguins, les analyses, les radiographies, etc. En raison de l'engorgement du système public, ils n'ont souvent d'autre choix que de s'adresser au secteur privé pour avoir leurs résultats dans des délais raisonnables.

La privatisation est d'autant plus inquiétante que le système privé ne se développe pas en parallèle avec le système public, mais plutôt dans une relation de parasitisme : le privé récolte l'argent des patients, tout en utilisant les ressources humaines des praticiens formés dans le public, et souvent même en utilisant les équipements publics. On rapporte, par exemple, que : « si au niveau de certains établissements de santé, les relations entre [secteur public et praticien exerçant en cabinet] sont à l'exemple de frontières étanches, dans d'autres établissements, le secteur privé, partant de relations interpersonnelles, utilise largement les moyens techniques du secteur public sans que cela soit codifié ».

#### 2.2.2. Un système de sécurité sociale témoin des inégalités :

Nos organisations constatent, à la lecture du rapport de l'Etat algérien, que bon nombre d'Algériens se retrouvent en marge du système de sécurité sociale. Ainsi, l'exercice du droit à la sécurité sociale est problématique pour « [...] deux millions de travailleurs qui ne sont pas déclarés à la sécurité sociale ». Par conséquent, ils ne bénéficient d'aucun droit en matière de sécurité sociale.

L'essence même du droit à la sécurité sociale est pourtant qu'il soit appliqué sans discrimination

Cependant, au paragraphe 210 du rapport de l'Etat algérien, il est mentionné que les personnes de sexe masculin, sans revenu, ne bénéficient pas de couverture sociale alors que les « personnes de sexe féminin, sans revenu, quel que soit leur âge » y ont accès.

Par ailleurs, au paragraphe 208 de son rapport, l'Etat algérien indique que des catégories « particulières » de la population algérienne, hors travailleurs salariés et non salariés, sont protégées par un filet social. En d'autres termes, ces personnes démunies sont censées percevoir des prestations sociales. D'une part, les critères d'attribution, le montant et la périodicité de ces aides ne sont pas mentionnés. D'autre part, aucune statistique n'est présentée sur le nombre de bénéficiaires de ces prestations sociales que l'on qualifie, dans la presse algérienne, de « structures de la solidarité nationale ». A travers la population

algérienne, le caractère aléatoire de ces prestations et leur insuffisance sont toutefois un secret de polichinelle.

### 2.2.3. La santé précarisée par le régime de sécurité sociale :

Le régime public de sécurité sociale algérien est composé d'une Caisse nationale d'assurance sociale (CNAS), mais aussi d'une Caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés destinée entre autres aux personnes exerçant des professions libérales ou aux artisans. Il n'existe pas, en

Algérie, de régime privé d'assurance sociale. Ce sont donc ces structures qui devraient permettre, ou du moins en partie, l'exercice du droit à la sécurité sociale. Toutefois et notamment en matière médicale, la pratique contraint plutôt la population à utiliser des ressources financières personnelles pour combler les lacunes du régime de sécurité sociale.

A cet effet, nos organisations tiennent à porter à l'attention du Comité l'inadéquation entre la tarification pratiquée par les médecins et les remboursements de la sécurité sociale. En la matière, il faut souligner que la tarification des actes médicaux n'a pas été revue depuis plusieurs années. En conséquence, les tarifs trop peu élevés incitent certains médecins à pratiquer des honoraires plus élevés que les minimas remboursés par la sécurité sociale.

Ainsi, de tels dépassements, s'ils ne sont pas pris en charge par le régime de sécurité sociale, sont une source probante d'inégalités entre les bénéficiaires du dit régime. En mars 2009, la tarification des actes médicaux et leur remboursement par la sécurité sociale étaient les suivants : 40 DA pour les médecins généralistes et 90 DA pour les médecins spécialistes.

L'indexation de ces remboursements d'actes médicaux a été expérimentée à Annaba. Ainsi, un projet pilote, augmentant les tarifications, a été mis en œuvre par l'Etat selon les taux suivants : 250 DA pour les généralistes et 450 DA pour les spécialistes. Ces mesures n'ont pas fait l'objet d'une évaluation rendue publique. L'inadéquation entre les tarifs et les remboursements remet en question l'accès dit universel à la santé en Algérie.

### **3. les inégalité d'accès au soin par rapport a la catégorie socioprofessionnelle :**

A défaut de trouver des source et donnée traiton de ses inégalité d'accès au soin et autre variable qui concorde avec le statue socioprofessionnelle en Algérie comme expliquer déjà en haut en ses tourner vers des source a l'étranger comme la France comme les exemples montrer ci-dessous en forme de tableaux



### **3.1. Le constat des inégalités sociales de santé**

- Il existe en France de fortes inégalités face à la santé et la mort

–A 35 ans, un homme ouvrier peut s'attendre à vivre 39 ans, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre 46 ans

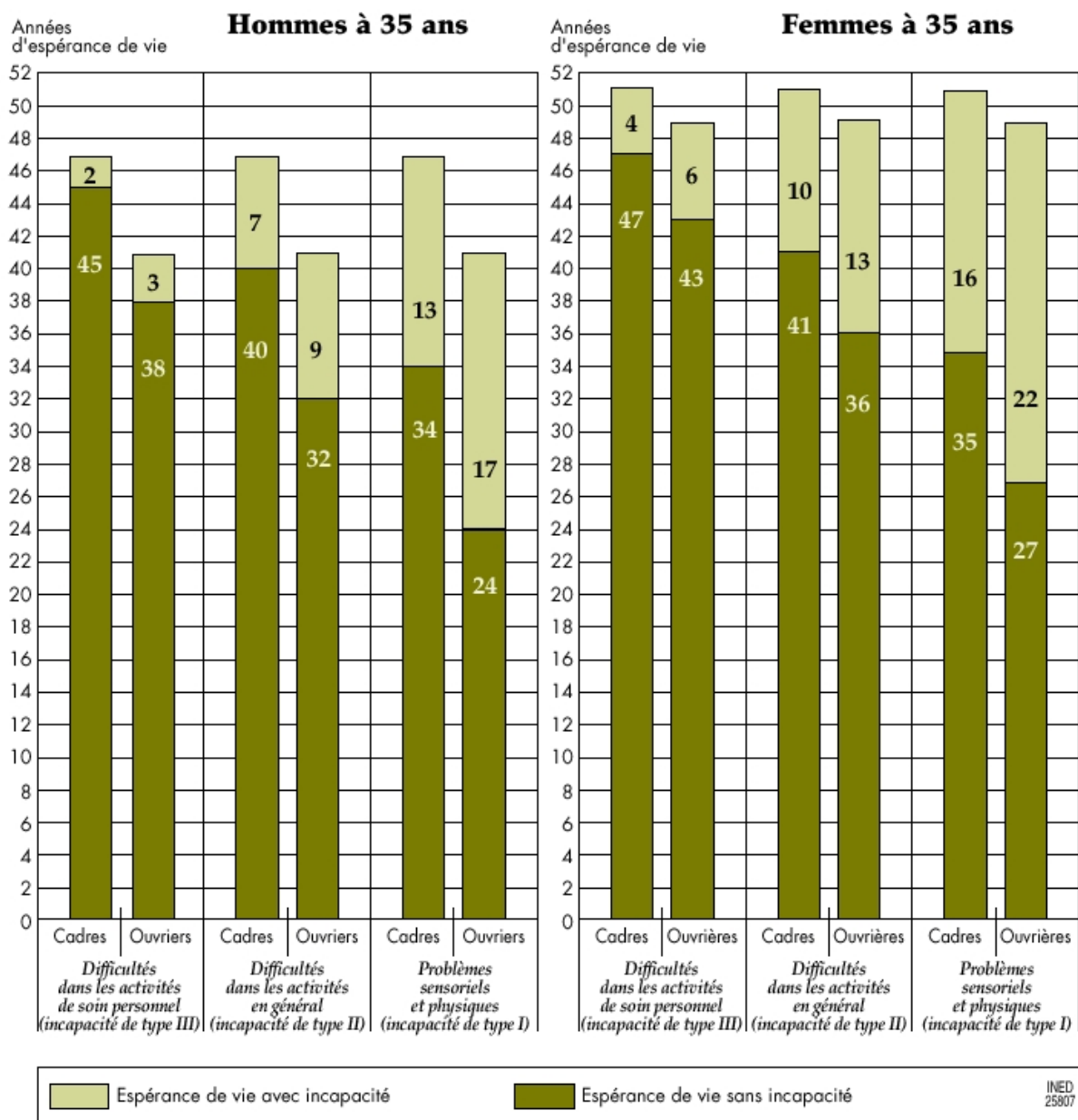
–A 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre 47 ans, alors qu'une femme cadre peut s'attendre à vivre 50 ans

- Les différences d'espérance de vie se doublent par des différences d'incapacité : les ouvriers ont une vie plus courte et au sein de cette vie plus courte passent plus de temps en mauvaise santé

–A 35 ans, un homme ouvrier peut s'attendre à vivre 17 années avec au moins une limitation fonctionnelle physique ou sensorielle, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre 13 années avec ces problèmes

–Un homme ouvrier de 35 ans vit en moyenne 60% de son espérance de vie totale sans incapacité alors qu'un homme cadre du même âge vit en moyenne 73 % de son espérance de vie totale sans incapacité.

**Figure 01** :L'espérance de vie pour les catégories socioprofessionnelles



**Source** : Cambois E., Laborde C., Robine J.M. (2008), "La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte", Population et sociétés, 441

Ces inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre pauvres /non pauvres ou manuels/non manuels

Le risque de mauvaise santé diminue tout au long de la hiérarchie sociale : on appelle ceci le gradient social de santé

**Tableau 03 :L'espérance de vie pour les catégories socioprofessionnelles**

Esp. de vie à 35 ans 1991-99	Cadre	Prof. Interméd	Agriculteur	Artisan commerce	Employé	Ouvrier	Inactif	Ens
hommes	46.0	43.0	43.5	43.0	40.0	39.0	28.5	41.0
femmes	50.0	49.5	48.5	49.0	48.5	47.0	47.0	48.0

**Source :** Monteil C., Robert-BobéeI. (2005), Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes", Insee Première, 1025

Les inégalités sociales de santé ne semblent pas se réduire, au contraire elles semblent en augmentation

### 3.2.Evolution de l'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale en France :

Profession et Catégorie Sociale (Homme)	Espérance de vie à 35 ans 1976-84	84Espérance de vie à 35 ans1983-91	Espérance de vie à 35 ans 1991-99
Cadre	41.5	43.5	46.0
Prof Intermédiaire	40.5	41.5	43.0
Agriculteur	40.5	41.5	43.5
Indépendant	39.5	41.0	43.0
Employé	37.0	38.5	40.0
Ouvrier	35.5	37.5	39.0
Inactif	27.5	27.5	28.5
Ensemble	38.0	39.0	41.0

**Source :** Monteil C., Robert-BobéeI. (2005), Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes", Insee Première, 1025.

Tableaux 5: recours aux soins en fonction des variables socioéconomique (en %)

Généralistes	Niveau d'éducation				Statut d'occupation			
	Aucune ou Primaire	Secondaire inférieur	Secondaire supérieur	Universitaire	Non Emploi	Non manuel	Manuel	Prof. Libérales*
Allemagne	72,9	71,8	68,6	59,3	71,5	66,8	71,3	54,5
Angleterre	18,5	15,4	14,0	11,7	19,5	12,3	12,3	.
Belgique	49,9	44,6	41,3	35,6	46,7	38,4	36,3	40,0
Denmark	41,0	38,8	37,0	33,8	45,7	34,4	33,6	31,7
Estonie	67,7	64,5	67,8	66,0	63,7	68,6	65,8	67,8
France	80,8	77,6	78,8	78,7	80,0	80,5	73,0	70,9
Hongrie	78,8	78,2	77,0	80,6	77,7	82,5	80,7	66,2
Irlande	75,3	69,4	68,0	67,7	78,5	69,5	60,7	61,2
Italie	17,5	11,5	10,6	9,2	14,2	10,6	11,7	10,0
Lettonie	64,3	61,6	63,4	66,7	62,6	69,5	59,8	54,5
Norvège	66,7	80,1	73,5	70,5	80,6	71,7	73,5	64,8
Pays-bas	36,7	34,9	32,2	29,8	37,8	29,6	31,3	26,0
Portugal	58,7	56,0	54,3	56,5	66,5	54,7	51,0	52,0

\*Cette catégorie comprend les professions libérales et les agriculteurs

Source : inégalité de recours au soin en Europe : quel rôle attribuer au system de sante ?

Florence jusot, zeynep or, enginyilmaz

## Conclusion

Malgré l'amélioration des conditions de vie et les progrès des prises en charge médicales, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en Algérie. L'OMS souligne depuis longtemps que l'on observe des inégalités sociales de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers, mais elles demeurent dans notre pays plus importantes que dans la plupart des autres pays environnants et, pour certains indicateurs de santé, ils se sont aggravées au cours des dernières décennies. De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de vie et notamment de travail, les modes de vie et les comportements à risque. Toute l'échelle sociale est concernée par les inégalités sociales de santé, et des mesures visant à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou tout du moins une partie plus large que les populations en situation de précarité sociale, sont nécessaires.

En définitive, il semble nécessaire en Algérie de mener une réflexion plus large sur les causes des inégalités sociales de santé et sur les moyens d'y remédier. Il est nécessaire de poursuivre et de développer des travaux de recherche, d'une part, sur les facteurs explicatifs

des barrières à l'accès aux soins et, d'autre part, sur les déterminants sociaux et psychosociaux de l'état de santé, pour pouvoir élaborer et mettre en œuvre des politiques et programmes de santé adaptés.

## **CHAPITRE III :**

**UNE ETUDE COMPARATIVE DE  
L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE  
ENTRE LES SECTEURS FORMEL ET  
INFORMEL DANS LA WILAYA DE BEJAIA**

## **Introduction :**

Les disparités, les inégalités et les discriminations dans la santé sont des faits incontournables quel que soit la société considérée. L'idée de disparités et d'inégalités sociales de santé est quelque chose de très relatif, les inégalités peuvent être minimales, légitimes, moralement acceptables ou grandes, illégitimes et moralement inacceptables.

L'un des objectifs principaux des politiques de santé est d'équilibrer la répartition géographique de l'offre de soins et de réduire les effets engendrés de l'informalité afin d'assurer un minimum d'équité dans l'accès aux soins. La partie théorique que nous avons effectuée au cours des chapitres précédents nous a permis de constater l'existence des inégalités géographiques de l'offre de soins en générale et des inégalités causées par l'informalité en particulier. Ainsi, les écarts de santé entre les différentes catégories sociales ont fait l'objet de plusieurs études empiriques qui ont démontré la persistance de ce fléau. Ce constat est remarqué partout dans le monde, même dans les pays développés.

Ainsi, notre étude nous a mené, à partir de sources multiples et disparates, à recenser des formes diverses d'inégalité de santé dont la caractéristique essentielle est d'être cumulatives, c'est-à-dire que les inégalités de santé se surajoutent les unes aux autres<sup>1</sup>

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

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

Dans cette section, nous avons réalisé notre enquête par la conception d'un questionnaire qui a été réalisée après une étude de la littérature et la consultation de plusieurs questionnaires d'enquêtes nationales et internationales, dans le but d'étudier et d'analyser les inégalités d'accès aux soins entre le secteur formelle et informelle, nous avons mené notre questionnaire d'enquêtes, auprès de la population de la wilaya de Bejaia.

---

<sup>1</sup> BENDJIDER Amina BOUDJADJA Tanina (2013) ESSAI D'ANALYSE DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS EN ALGÉRIE La problématique de l'accessibilité aux soins maternels Cas de la Wilaya de Bejaïa, université de Bejaia

### **1. L'objectif de l'enquête**

L'objectif de ce questionnaire consiste à identifier les déterminants influençant l'accès aux soins de santé entre le secteur formelle et informelle. Le questionnaire a été traité de façon confidentielle et anonyme, à travers les éléments suivants :

- Le taux du renoncement aux soins de santé
- Les catégories des soins les plus renoncées
- Les raisons du renoncement aux soins de santé

Selon les déterminants suivants :

- Les niveaux de revenu
- Les niveaux de scolarité
- La sécurité sociale
- Le type d'emploi occupé (formelle informelle)
- La catégorie socioprofessionnelle
- Et plain d'autres déterminants qui seront cités dans les éléments ci-dessous

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

Notre questionnaire d'enquête a été adressé aux habitants de la wilaya de Bejaia. Le temps et les moyens disponibles nous ont obligés à restreindre la taille de notre échantillon à 164 personnes. Les individus sont sélectionnés au hasard parmi les habitants de la wilaya de Bejaia.

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

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

Le temps consacré à l'enquête était d'environ deux mois, qui s'est étalé entre le mois de mai jusqu'au mois de juillet. Notre questionnaire d'enquête comprend en tout 34 questions.



En fonction de nos besoins, certaines questions sont fermées, d'autres sont à choix multiple. En outre, le questionnaire est décomposé en 3 grands axes, à savoir

- **Caractéristiques générales :**

L'objectif est de dégager le profil personnel de chaque interrogée (âge, sexe ....). Ces informations vont nous servir comme des facteurs explicatifs et exogènes affectant les variables que nous souhaitons analyser.

- **Emploi et revenu :**

Le revenu étant l'un des déterminants des inégalités d'accès aux soins, on tentera donc ici d'identifier la situation économique (formelle/informelle) de chaque enquêtée de notre échantillon, afin de la comparer à son niveau d'accès aux soins.

- **Renoncement aux soins de santé :**

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

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

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

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

#### **4. Dépouillement :**

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

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

Au cours de la réalisation de notre enquête nous avons rencontré de nombreuses difficultés dont les principales sont :

- La maîtrise du temps a constitué la principale difficulté. En effet, le manque de temps a rendu difficile le traitement des données.
- La situation sanitaire qui nous a mis en difficulté (difficulté de recensement)
- Prendre beaucoup de temps pour maîtriser le logiciel SPSS.
- Manque de données et de littérature concernant notre thème en Algérie.
- L'absence d'enquêtes similaires antérieures que l'on aurait utilisées comme base comparaison et de référence.
- Certaines personnes ont refusé de participer dans notre enquête et de répondre aux questionnaires.
- Constitution de la base de données qui nous a prit beaucoup de temps.
- Le manque de compréhension et connaissance des personnes interrogées au sujet de leur assurance complémentaire (œuvre sociale mutualité....)

## **II. Analyse et interprétations des résultats**

Ce chapitre présente la démarche méthodologique ainsi que les éléments méthodologiques qui ont été utilisés pour répondre aux questions de recherche. Il s'agit du choix du matériau et de la stratégie d'analyse des données pour répondre à la question de savoir ce qui dans l'ensemble des données recueillies permet d'exprimer la perception de la situation par ceux qui la vivent et ceux qui prennent une part de responsabilité dans le vécu de cette situation problématique. Cette démarche a par ailleurs permis d'identifier les solutions à la situation en étude.

La première étape du recueil d'informations a été la recherche documentaire. L'exploration de la littérature nous a permis de définir le cadre théorique du travail et d'élaborer la problématique et les premières hypothèses de recherche. Les entretiens de terrain ont complété très utilement l'exploitation de la littérature sur le sujet. Ils nous ont permis de prendre conscience des aspects de la question auxquels notre propre expérience et les seules lectures ne nous auraient pas rendus sensibles. Aussi, ils nous ont disposés à quitter certaines idées préconçues et nous ont révélé de nouvelles idées. Le projet de recherche

orienté par les questions de départ s'est décentré de la vision initiale qui s'est révélée à un moment donné limitée, et s'est enrichi d'informations qui nous ont permis de trouver différentes manières d'aborder le sujet dans ses multiples dimensions. En bref, les entretiens nous ont permis de découvrir d'autres aspects du problème qu'il fallait nécessairement prendre en considération dans l'étude; de trouver de nouvelles idées et de nouvelles pistes de réflexion qui ont enrichi considérablement la problématique et nos hypothèses de travail.

Nous avons ainsi procédé à l'analyse des données obtenues après traitement du questionnaire d'enquête à l'aide du logiciel SPSS 20. De ce fait, nous allons d'abord présenter l'échantillon final analysé.

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

Dans la constitution de l'échantillon, nous avons fait le choix d'un échantillonnage raisonné, car la recherche porte sur une catégorie sociale déjà définie : les travailleurs de l'informel en situation de vulnérabilité. Cependant, nous avons inclus dans l'échantillon la diversité des participants de manière à ce que les multiples facettes de la réalité apparaissent dans le résultat final. Pour répondre à cette exigence, sur le terrain, nous avons fait un choix raisonné des sujets à interviewer à partir des critères de ciblage prédéfinis afin d'écarter l'aléa.

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

Le tableau 6 est un récapitulatif des résultats obtenus sur la distribution des enquêtés selon l'âge, le sexe, l'Etat civil, le niveau d'instruction, le nombre de personnes, le lieu de résidence, Nous rappelons que notre échantillon a été choisi aléatoirement. Par rapport à l'âge, la tranche la plus représentée est celle des [18-30ans] avec une proportion de 45 %. Pour le genre, 61 % de nos enquêtés sont des hommes contre 39 % pour les femmes.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 50 %. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : sans instruction : 1 %, primaire : 4 %, moyen : 17% et secondaire : 27%

La répartition de nos enquêtés par lieu de résidence entre rural (hors ville) et urbain (ville) est respectivement de 57 %, et 43 %.

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

**Tableau6** : caractéristiques générales de l'échantillon

Caractéristiques		Effectifs	Pourcentage
Lieu de résidence	rural (hors ville)	94	57%
	urbain (ville)	70	43%
	Total	164	100%
Sexe	masculin	100	61%
	féminin	64	39%
	Total	164	100%
Age	[18-30[	73	45%
	[30-40[	42	26%
	[40-50[	27	16%
	[50-60[	15	9%
	60 ans et plus	7	4%
	Total	164	100%
Etat civil	célibataire	85	52%
	marié(e)	73	45%
	divorcé(e)	5	3%
	veuf/veuve	1	1%
	Total	164	100%
Niveau d'instruction	sans instruction	2	1%
	primaire	7	4%
	moyen	28	17%
	secondaire	45	27%
	universitaire	82	50%
	Total	164	100%
Nombre de personnes dans le foyer (maison)	[1-3[	33	20%
	[4-6[	90	55%
	plus de 6	41	25%
	Total	164	100%

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

**Tableau 7 : caractéristiques de l'échantillon selon la nature du contrat de travail**

		Effectifs	Pourcentage
<b>nature de contrat de travail</b>	contrat de travail à durée déterminée (CDD)	24	15%
	contrat à durée indéterminée (CDI)	58	35%
	contrat de pré-emploi	18	11%
	contrat à temps partiel	1	1%
	non déclaré(e) (informel)	38	23%
	autre	4	2%
	Total	143	87%
<b>nature de l'activité commerciale (déclaré ou non déclarée)</b>	activité commerciale déclarée	30	18%
	activité commerciale non déclarée (informelle)	22	13%
	Total	52	32%

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

## 2. Présentation et analyse des résultats :

Nous tenterons ici croiser un certain nombre de questions dans l'objectif est d'identifier L'existence de corrélations.

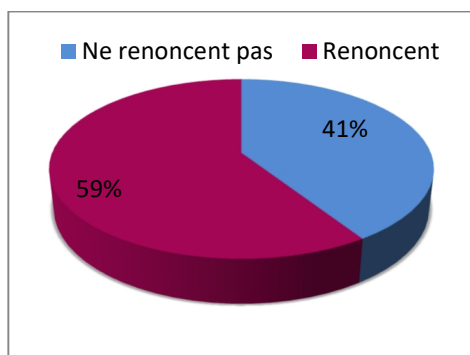
### 2.1. Le renoncement aux soins De Santé selon la structure sociale :

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

**Tableau 8 : Répartition des Enquêtés selon le renoncement aux Soins.**

Renoncement	Effectifs	Pourcentage
Ne renoncent pas	67	41%
Renoncent	97	59%
<b>Total</b>	164	100%

**figure 2 : Répartition des enquêtés selon le renoncement aux soins.**



Source :réaliser par nos soins à partir les résultats de source :réaliser par nos soins à partir les

Notre enquête de notre enquête

résultats de notre enquête

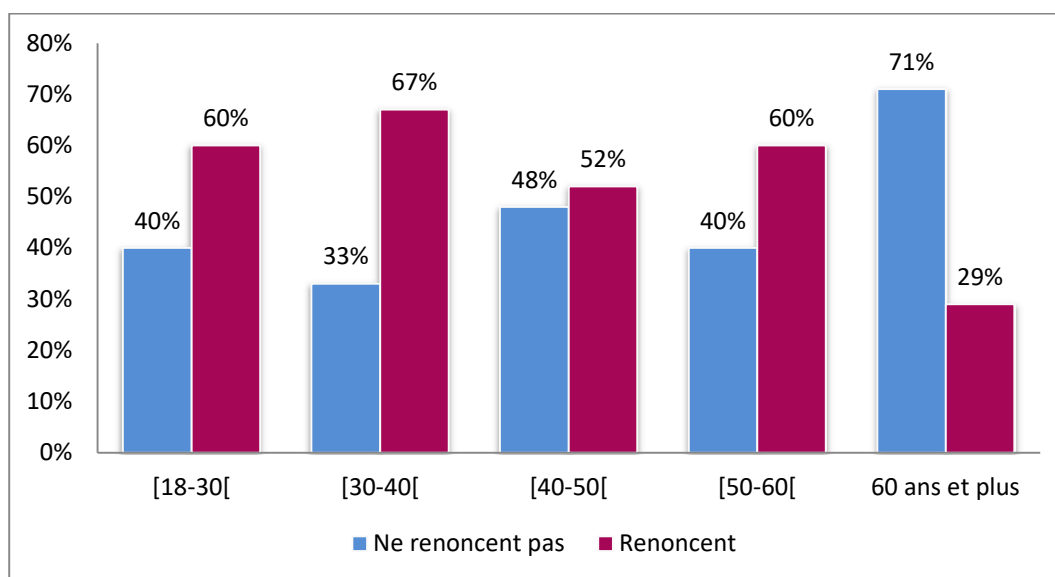
D'après le tableau 8, nous constatons que plus de la moitié des enquêtés ont renoncé aux soins de santé d'où l'existence des inégalités d'accès aux soins

**Tableau 9 :** Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins de santé

Age	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[18-30[	29	40%	44	60%	73	45%
[30-40[	14	33%	28	67%	42	26%
[40-50[	13	48%	14	52%	27	16%
[50-60[	6	40%	9	60%	15	9%
60 ans et plus	5	71%	2	29%	7	4%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>41%</b>	<b>97</b>	<b>59%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>

Source :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 3 :** Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins



Source :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 9

Le tableau 9 et la figure 3, montre que la tranche d'âge [30-40[, détient la première place au renoncement aux soins de santé avec plus de 67% suivi par les deux tranches [18-30[, [50-60[,avec 60% et la tranche [40-50[, avec 52 %. La tranche de 60 ans et plus est la tranche qui renonce moins aux soins de santé avec 29 %. Nous pouvons expliquer ce taux par l'importance des maladies atteints par cette catégorie, qui représente majoritairement des retraités, leur santé qui se détériore au fil du temps sans compter les maladies chroniques. . Par

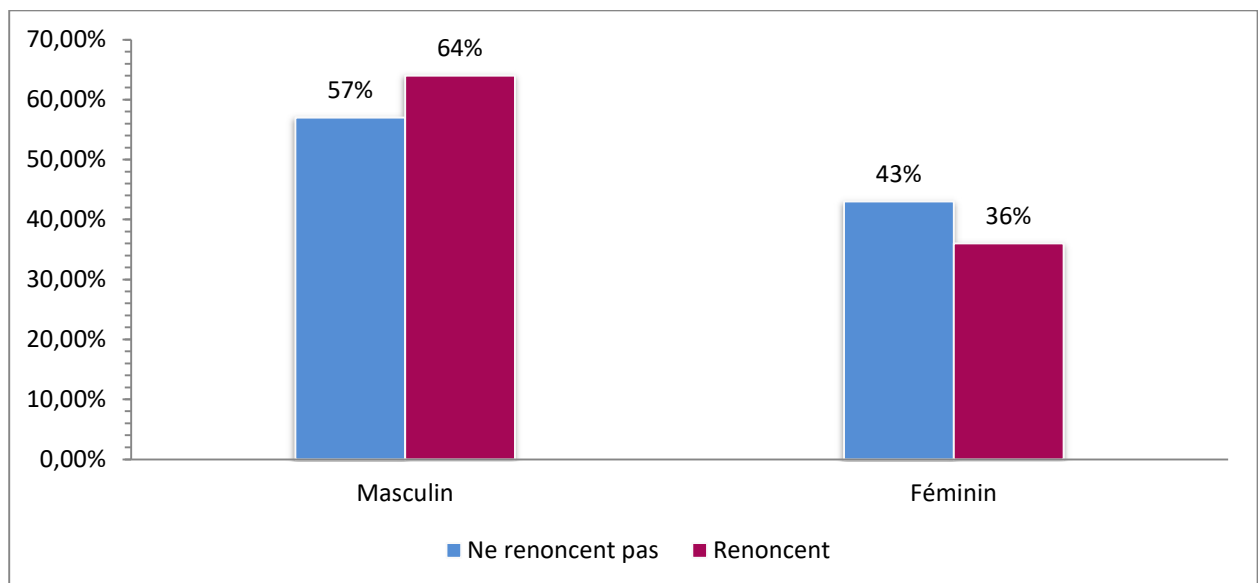
ailleurs, ils disposent majoritairement d'un revenu mensuelle qui leurs assure une accessibilité financière aux différents soins de plus de la solidarité des lien familiales.

**Tableau 10** : Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins de santé

Sexe	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<b>Masculin</b>	38	57%	62	64%	100	61%
<b>Féminin</b>	29	43%	35	36%	64	39%
<b>Total</b>	67	100%	97	100%	164	100%

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 04** :Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins de santé



*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 10

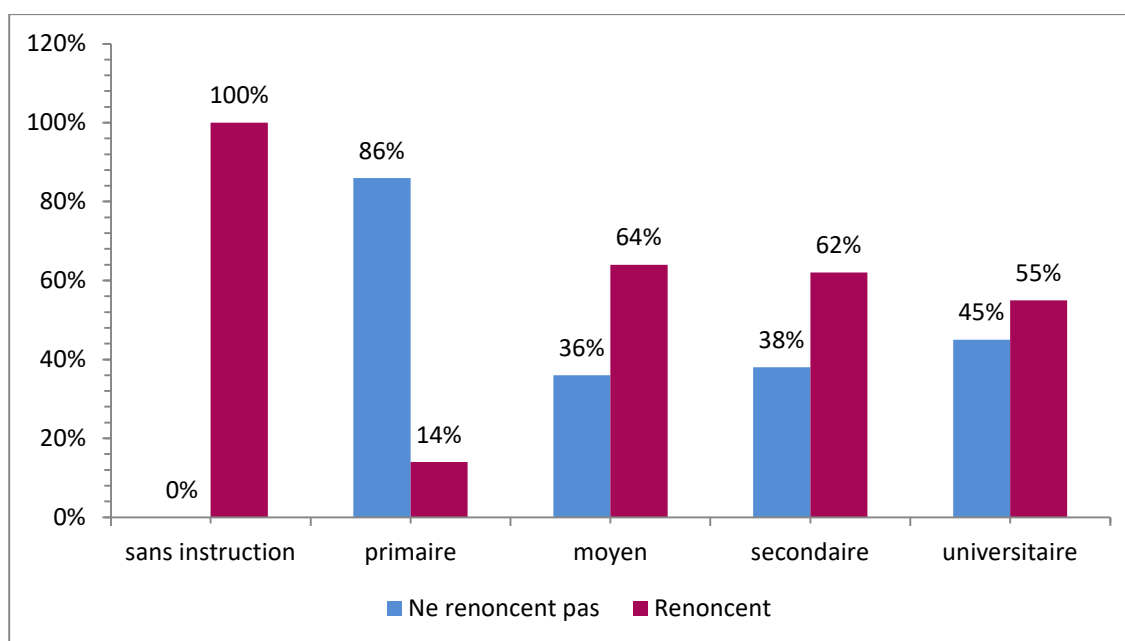
D'après le tableau 10 et le graphe 4, nous remarquons que le renoncement chez le sexe masculin est plus élevé avec 64 % que le renoncement chez le sexe féminin, avec 36%. Ce qui peut être expliqué par la pression sociale exercée pour les hommes qui épargne plus et qui ont plus de charge financière.

**Tableau 11** : Distribution des enquêtés selon le niveau d’instruction et le renoncement aux soins de santé

Niveau d'instruction	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
sans instruction	0	0%	2	100%	2	1%
primaire	3	86%	4	14%	7	4%
moyen	10	36%	18	64%	28	17%
secondaire	17	38%	28	62%	45	27%
universitaire	37	45%	45	55%	82	50%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>41%</b>	<b>97</b>	<b>59%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 5** :Distribution des enquêtés selon le niveau d’instruction et le renoncement aux soins de santé



*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 11

Nous remarquons d’après le tableau 11 et la figure 5, que le renoncement aux soins de santé pour le niveau d’instruction moyen et secondaire est plus élevé que pour les autres niveaux d’instruction avec 64% et 62%. Suivi par le niveau universitaire avec 55%,et le niveaux primaire qui a le taux le plus bas qui est de 14% et à la fin le niveau sans instruction avec 100% qu’on va pas prendre on considération vu qu’on dispose d’un effectif très réduite qui ne peut pas refléter la réalité . Donc, pour conclure le renoncement aux soins de santé



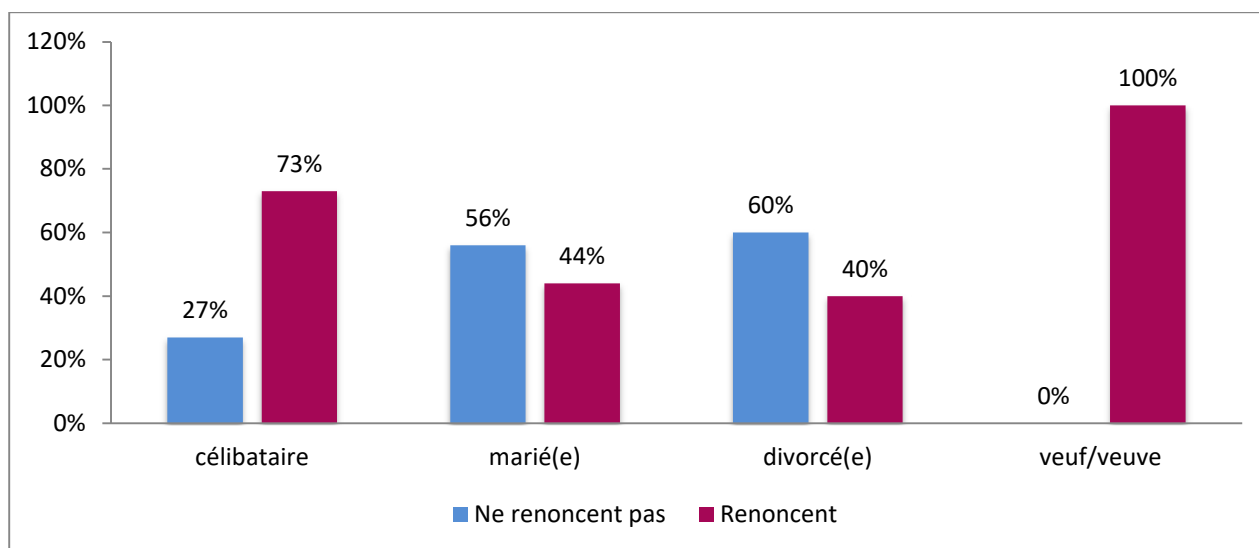
n'est pas corrélé avec le niveau universitaire qui na aucune ascendance sur l'accessibilité au soin.

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

L'état civil	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<b>célibataire</b>	23	27%	62	73%	85	52%
<b>marié(e)</b>	41	56%	32	44%	73	45%
<b>divorcé(e)</b>	3	60%	2	40%	5	3%
<b>veuf/veuve</b>	0	0%	1	100%	1	1%
<b>Total</b>	67	41%	97	59%	164	100%

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 6** : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins de santé



*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 12

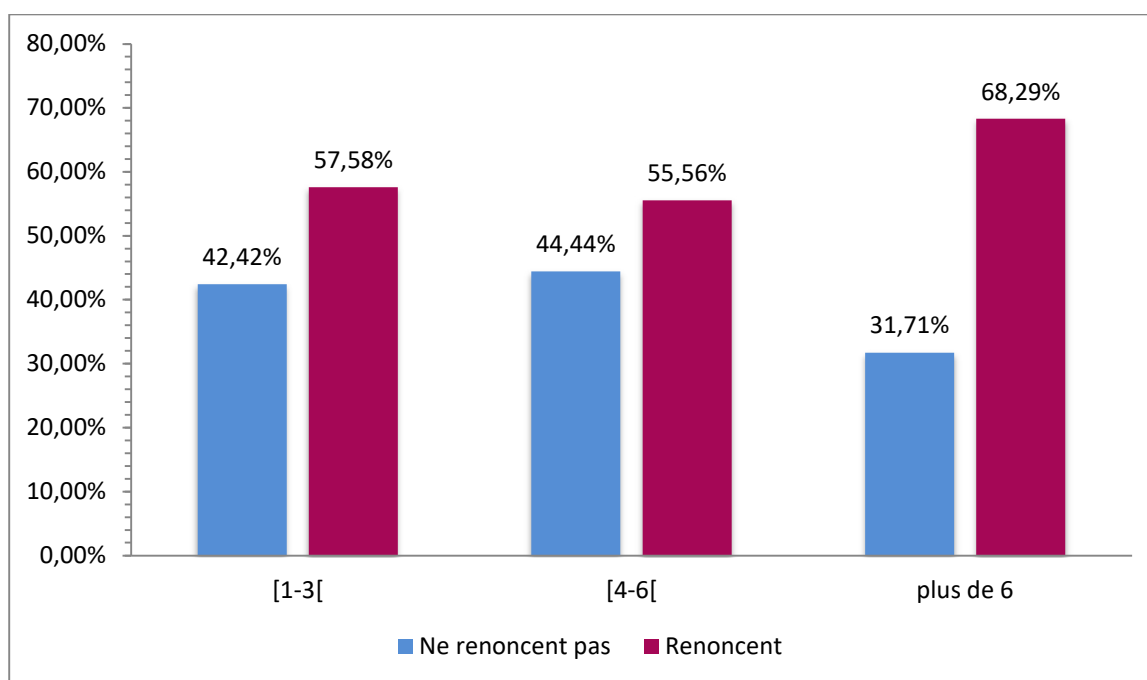
D'après les résultats du tableau 12, nous constatons que Les enquêtés célibataires renoncent plus aux soins que les enquêtés mariés avec respectivement 73% contre 44%, et pour les enquêtés divorcés et veuf/veuve qui sont malheureusement non représentatif vu que leur effectif est trop bas Cela peut être expliqué du non présentatif de l'échantillon pour ces catégories.

**Tableau 13** : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins de santé

Nombre de personnes	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
[1-3]	14	42,42%	19	57,58%	33	20%
[4-6]	40	44,44%	50	55,56%	90	55%
plus de 6	13	31,71%	28	68,29%	41	25%
<b>Total</b>	67	40,85%	97	59,15%	164	100%

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 7** : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins de santé



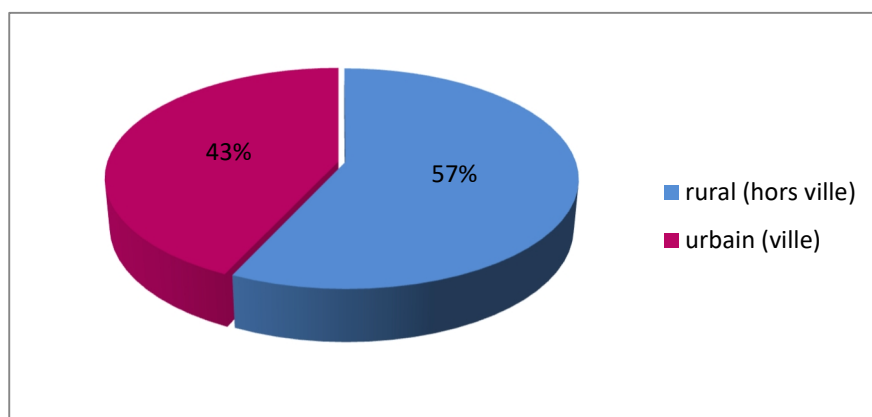
*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 13

D'après les résultats enregistrer du tableau 13, nous constatons que, les enquêtés de la tranche plus de 6 est la plus élevé avec 68.29% de renoncement aux soins, par rapport aux autres tranches, [1-3], avec 57.58%, et [4-6]avec 55.56 %. L'explication que nous pouvons avancer est que les enquêtés ne sont pas tous des chefs de ménages. Il s'agit d'une enquête individuelle.

**Tableau 14** : Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.

<b>Lieu de résidence</b>	rural (hors ville)	94	57%
	urbain (ville)	70	43%
	Total	164	100%

**Figure 8** : Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.



*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 14

D'après le tableau 14, nous remarquons que les enquêtées qui habitent dans des régions urbaine (ville) occupent la première place dans le renoncement aux soins avec 52%, puis les habitants des régions rurales (hors-ville) avec 48%.

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

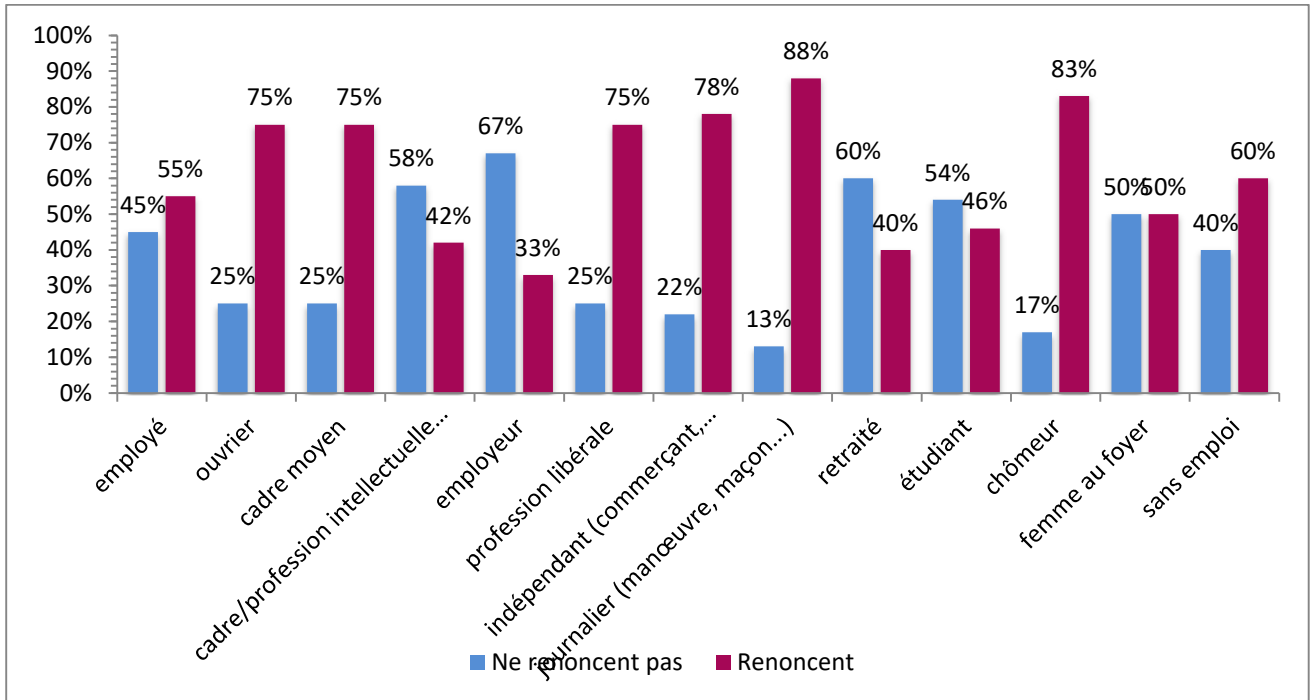
La situation financière et l'un des indicateurs primordiaux pour constater les inégalités d'accès aux soins de santé.

**Tableau 15** : Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins

catégories socioprofessionnelles	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
employé	30	45%	36	55%	66	40%
ouvrier	1	25%	3	75%	4	2%
cadre moyen	1	25%	3	75%	4	2%
cadre/profession intellectuelle supérieur	7	58%	5	42%	12	7%
employeur	2	67%	1	33%	3	2%
profession libérale	1	25%	3	75%	4	2%
indépendant (commerçant, agriculteur...)	5	22%	18	78%	23	14%
journalier (manœuvre, maçon...)	1	13%	7	88%	8	5%
retraité	6	60%	4	40%	10	6%
étudiant	7	54%	6	46%	13	8%
chômeur	1	17%	5	83%	6	4%
femme au foyer	3	50%	3	50%	6	4%
sans emploi	2	40%	3	60%	5	3%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>41%</b>	<b>97</b>	<b>59%</b>	<b>164</b>	<b>100%</b>

*Source* : réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 09 :** Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins



**Source :** réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 15

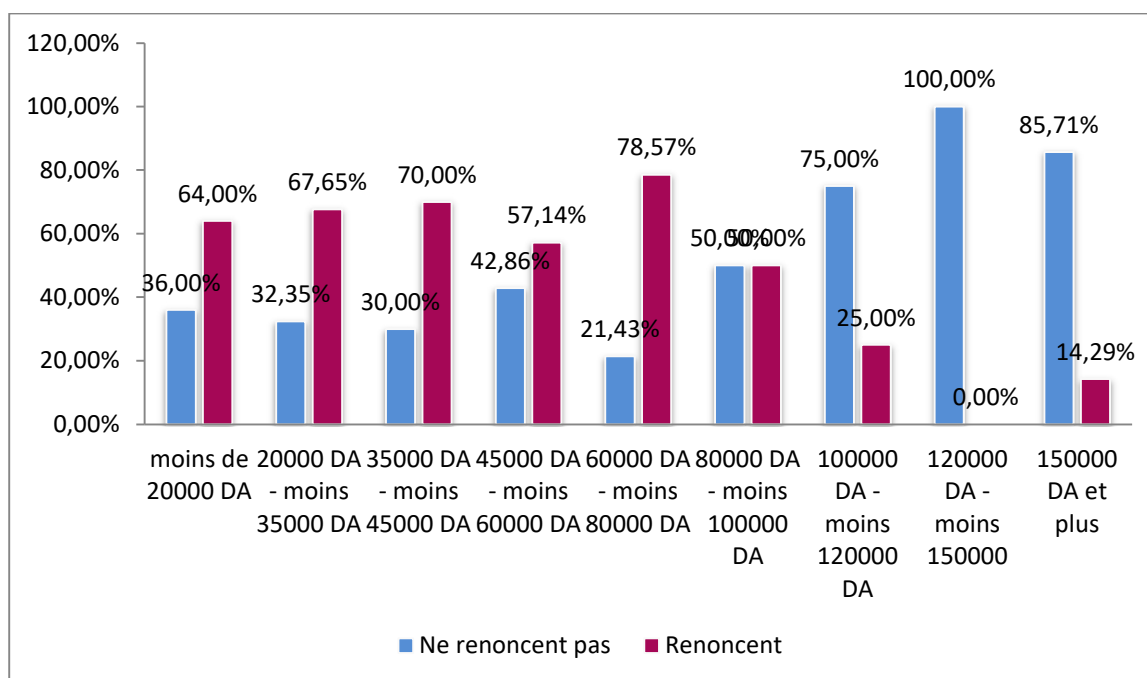
D’après le tableau 15 et les figures 9, nous remarquons que les journaliers et les chômeurs Renoncent plus que les autres catégories. Comme le démontre le tableau respectivement de 88 % et 83 % qui détiennent la première place, suivie des autres catégorie suivantes en deuxième place les indépendant avec 78%, les professions libérales, les ouvrier, les cadre moye avec 75%, suivie des sans emploi avec 60%, et par les employé avec 55 %, suivie des femmes au foyer avec 50 % et des étudiant avec 46 %, et pour finir des catégorie qui ont un taux plus faible de renoncement qui sont les cadre avec 42 % ,et les retraitées avec 40 %, suivie des employeur qui ont le taux le plus faible qui est de 33 % . Ce qui démontre clairement une inégalité réelle entre le différente catégorie de profession.

**Tableau 16** :Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins de Santé

Montant de revenu	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
moins de 20000 DA	9	36,00%	16	64,00%	25	15,24%
20000 DA - moins 35000 DA	11	32,35%	23	67,65%	34	20,73%
35000 DA - moins 45000 DA	9	30,00%	21	70,00%	30	18,29%
45000 DA - moins 60000 DA	12	42,86%	16	57,14%	28	17,07%
60000 DA - moins 80000 DA	3	21,43%	11	78,57%	14	8,54%
80000 DA - moins 100000 DA	2	50,00%	2	50,00%	4	2,44%
100000 DA -moins 120000 DA	3	75,00%	1	25,00%	4	2,44%
120000 DA - moins 150000	1	100,00%	0	0,00%	1	0,61%
150000 DA et plus	12	85,71%	2	14,29%	14	8,54%
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>40,26%</b>	<b>92</b>	<b>59,74%</b>	<b>154</b>	<b>93,90%</b>

Source :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 10** : Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins de santé



Source :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 16

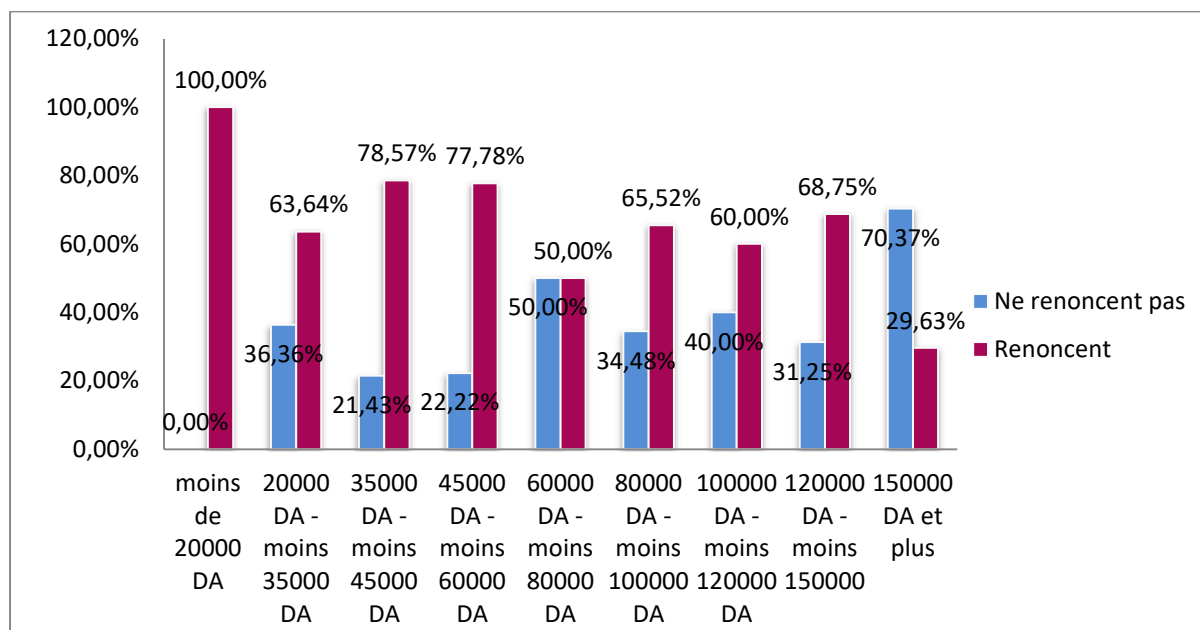
D'après les résultats obtenus de notre enquête, nous remarquons que plus le revenu augmente, plus la proportion du renoncement aux soins diminue à l'exception de la catégorie de personnes qui touchent 60000DA-80000DA. Donc les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins de santé, contrairement aux personnes les moins favorisées financièrement. De ce fait, le renoncement aux soins de santé est corrélé avec le revenu d'où l'existence des inégalités sociales d'accès aux soins de santé.

**Tableau 17** : Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins

Revenu G	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
moins de 20000 DA	0	0,00%	1	100,00%	1	0,61%
20000 DA - moins 35000 DA	4	36,36%	7	63,64%	11	6,71%
35000 DA - moins 45000 DA	3	21,43%	11	78,57%	14	8,54%
45000 DA - moins 60000 DA	4	22,22%	14	77,78%	18	10,98%
60000 DA - moins 80000 DA	14	50,00%	14	50,00%	28	17,07%
80000 DA - moins 100000 DA	10	34,48%	19	65,52%	29	17,68%
100000 DA -moins 120000 DA	8	40,00%	12	60,00%	20	12,20%
120000 DA - moins 150000	5	31,25%	11	68,75%	16	9,76%
150000 DA et plus	19	70,37%	8	29,63%	27	16,46%
<b>Total</b>	67	40,85%	97	59,15%	164	100,00%

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 11** : Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins



*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 17

D’après les résultats obtenue de nos analyse sur Les enquêtés on constate que les ménage qui ont un revenu globale faible renonce plus souvent au soin de santé que les autres tranches de revenu, et les tranches qui ont un revenu élevé leur taux de renoncement est généralement plus faible alors on peut conclure que plus le revenu du ménage augmente plus il ont tendance a moins renoncer au soin de santé donc ya une forte corrélations .

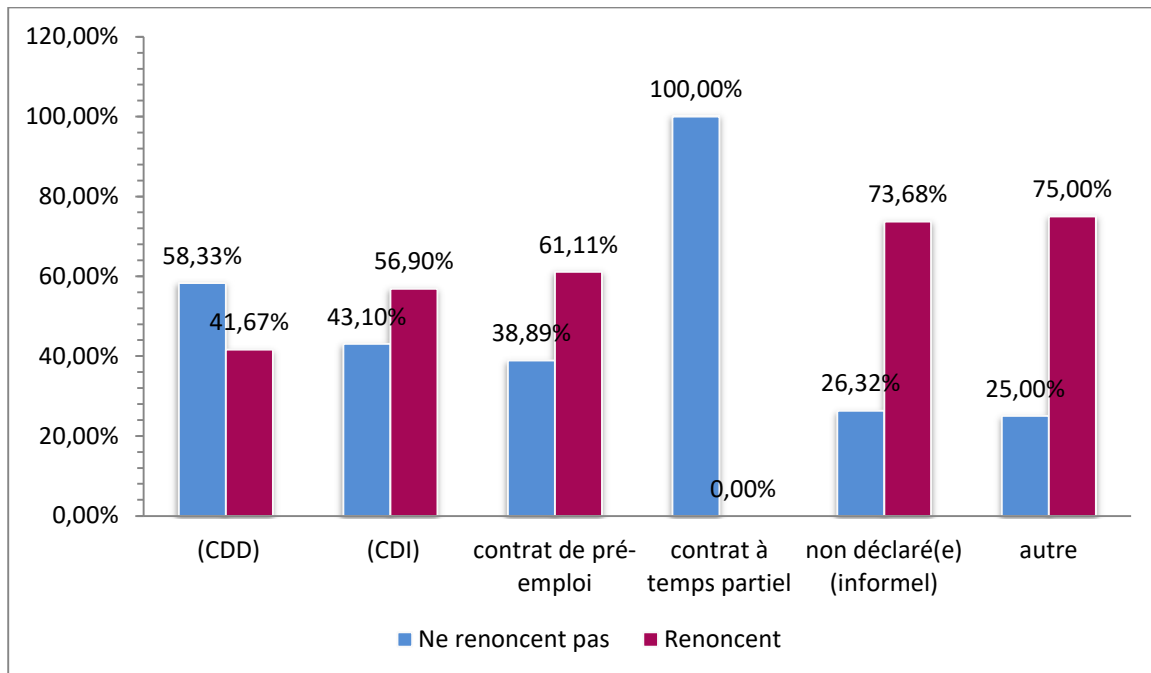
**Tableau 18** : Distribution des enquêtés selon la nature du contrat de travail et le renoncement aux soins

nature de contrat de travail	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
contrat de travail à durée déterminée (CDD)	14	58,33%	10	41,67%	24	14,63%
contrat à durée indéterminée (CDI)	25	43,10%	33	56,90%	58	35,37%
contrat de pré-emploi	7	38,89%	11	61,11%	18	10,98%
contrat à temps partiel	1	100,00%	0	0,00%	1	0,61%
non déclaré(e) (informel)	10	26,32%	28	73,68%	38	23,17%
autre	1	25,00%	3	75,00%	4	2,44%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>40,56%</b>	<b>85</b>	<b>59,44%</b>	<b>143</b>	<b>87,20%</b>

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête



**Figure 12 :** Distribution des enquêtés selon la nature du contrat de travail et le renoncement aux soins



**Source :** réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 18

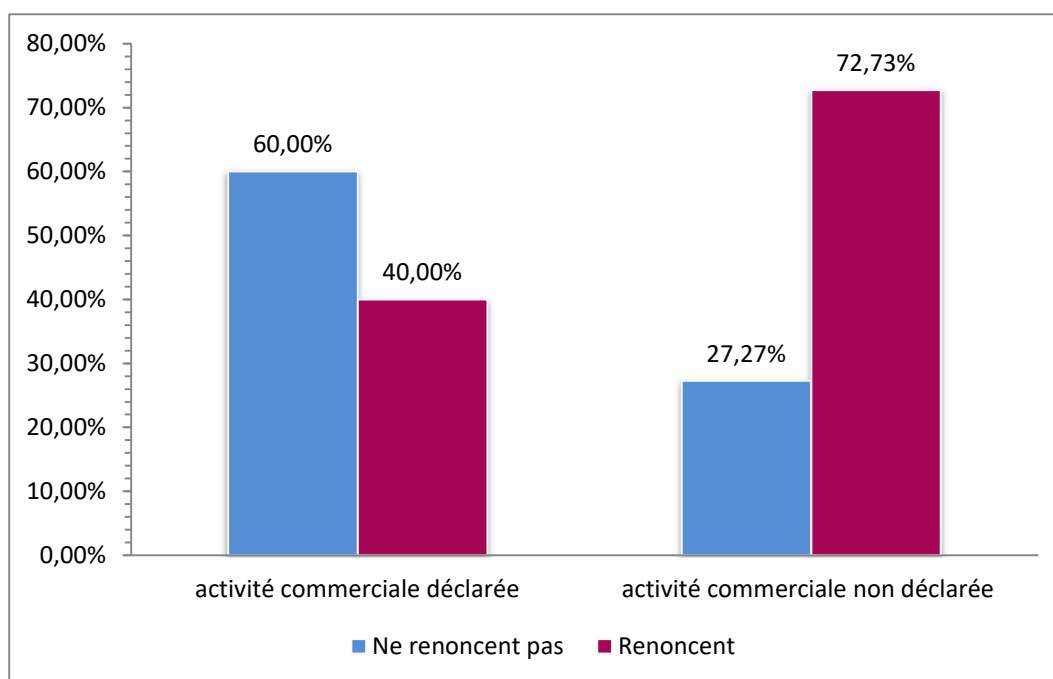
D'après les résultats qu'on a obtenue, nous constatons que, les enquêtés non déclaré(e) et la catégorie autre occupe la première place aux renoncement aux soins de santé respectivement avec 73.68% et 75 %, suivi de contrat de prés-emploi et à durée indéterminée (cdi) avec 61.11% et 56.90 %, et pur finir on trouve les ceux qui dispose d'un contre a durée indéterminé avec le taux el plus faible de renoncement au soin qui est de 41.67 % et pour la catégorie des enquêter disposent d'un contrat a temps partielle qu'on a pas prit en compte en cause de la faible représentation de la réalité vu que son effectif est très faible, d'après tout ses information on peut dire que les enquêter qui ont un contrat de type non permanent ou autre renoncent plus au soins de santé que la catégorie cdi qui est plus sur est stable.

**Tableau 19** : Distribution des enquêtés selon la nature de l'activité commerciale et le renoncement aux soins

Nature de l'activité commerciale	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
activité commerciale déclarée	18	60,00%	12	40,00%	30	18,29%
activité commerciale non déclarée	6	27,27%	16	72,73%	22	13,41%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>46,15%</b>	<b>28</b>	<b>53,85%</b>	<b>52</b>	<b>31,71%</b>

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 13** :Distribution des enquêtés selon la nature de l'activité commerciale et le renoncement aux soins



*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 19

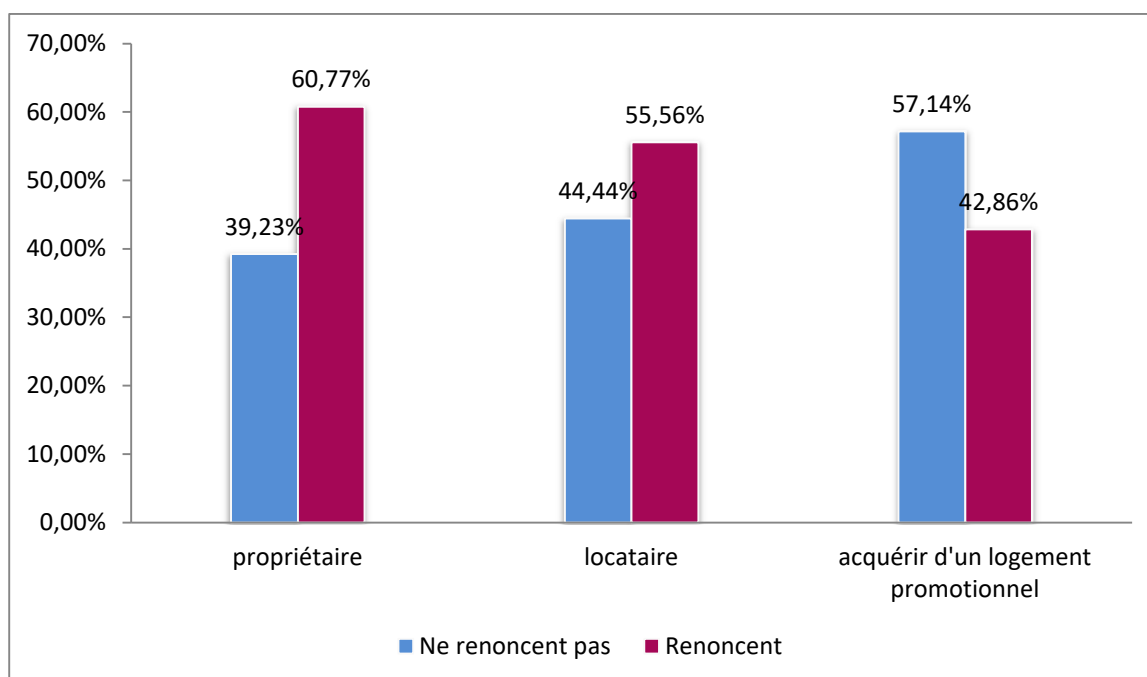
D'après les résultats qu'on a obtenue, nous constatons que, les enquêtés ayant une activité commerciale déclarée renonce moins que c'eut qui ont leur activité commerciale non déclarer avec respectivement 40 % et 72.73 %, c'eut ci peut être expliqué par les difficultés engendrer par l'informalité qui complique l'accessibilité au soin et a la sécurité sociale.

**Tableau 20** : Distribution des enquêtés selon le statut du logement et le renoncement aux soins

Statut de logement	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
propriétaire	51	39,23%	79	60,77%	130	79,27%
locataire	12	44,44%	15	55,56%	27	16,46%
acquérir d'un logement promotionnel	4	57,14%	3	42,86%	7	4,27%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>40,85%</b>	<b>97</b>	<b>59,15%</b>	<b>164</b>	<b>100,00%</b>

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 14** : Distribution des enquêtés selon le statue du logement et le renoncement aux soins



*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 20

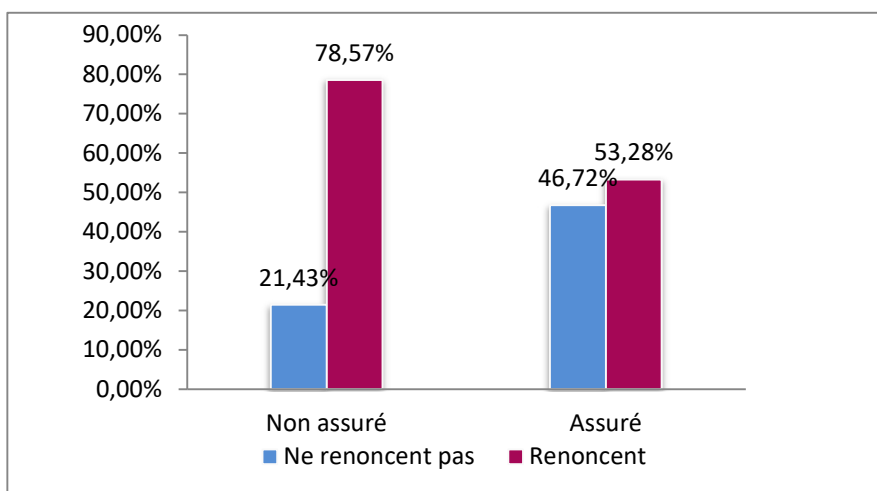
D'après le résultat obtenue de nos analyse on constate que les enquêté ayant un statue de locataire ou en cour d'acquisition d'un logement promotionnelle ont un taux de renoncement élever vus les difficultés financières engendrer par leur situation charge financières supplémentaire de la location et en situation de crédit et pour les enquêter étant propriétaire on ne la pas prit en considération vus que la plus part vive dans leur maison familiale.

**Tableau 21** : Distribution des enquêtés selon la couverture sociale et le renoncement aux soins

Couverture sociale	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Non assuré	9	21,43%	33	78,57%	42	25,61%
Assuré	57	46,72%	65	53,28%	122	74,39%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>40,24%</b>	<b>94</b>	<b>59,76%</b>	<b>164</b>	<b>100,00%</b>

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 15** : Distribution des enquêtes selon la couverture sociale et le renoncement aux soins



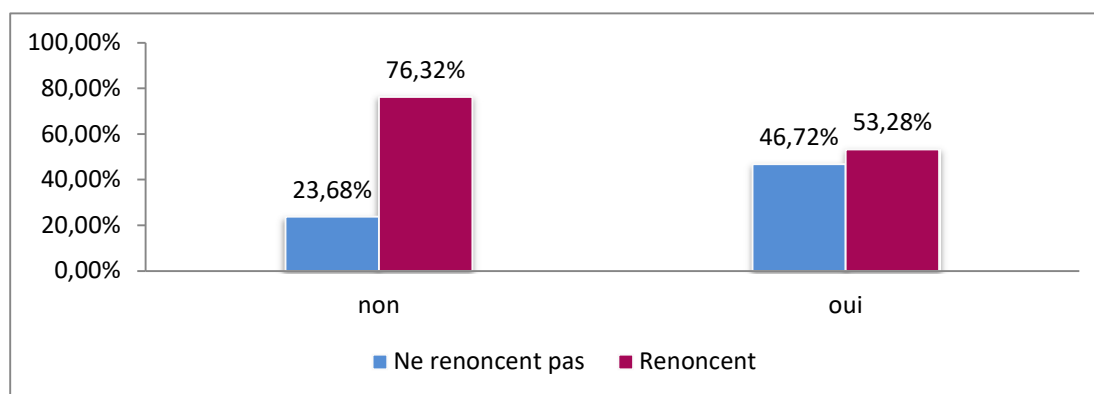
*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Tableau 22** : Distribution des enquêtés selon la carte chifa et le renoncement aux soins

Carte CHIFA	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
non	9	23,68%	29	76,32%	38	0,2317073
oui	57	46,72%	65	53,28%	122	0,7439024
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>41,25%</b>	<b>94</b>	<b>58,75%</b>	<b>160</b>	<b>0,9756098</b>

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 16 :** Distribution des enquêtes selon la carte CHIFAet le renoncement aux soins



*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 22

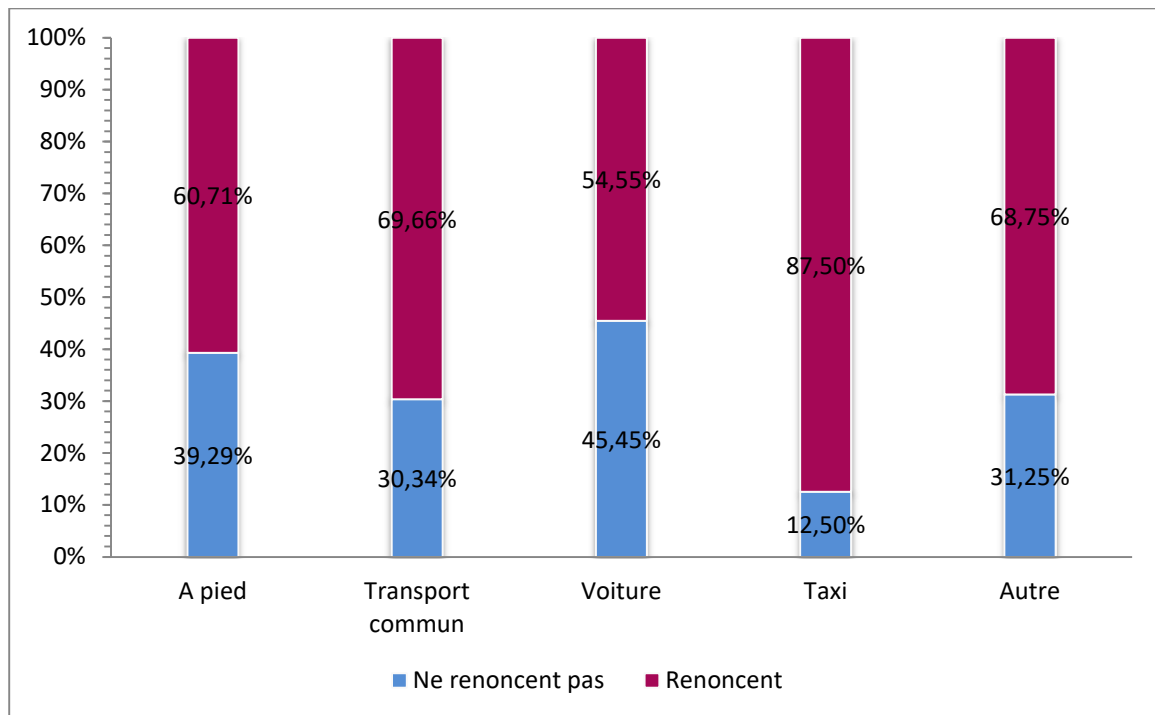
Nous remarquons d'après les résultats obtenus des deux tableaux et figure précédente que les enquêtés n'ayant pas une couverture sociale renoncent le plus aux soins de santé par rapport à ceux qui ont une couverture. En effet, les enquêtés assurés ont un taux de renoncement de 53,28%, alors que les non assurés ont un taux de 78,57%. Nous pouvons expliquer ce taux par le remboursement de la sécurité sociale mais qui reste dérisoire. Le statut assuré offre quelque avantage au terme d'accès aux soins de santé mais reste largement insuffisant. De ce fait, la carte CHIFA n'a pas également une influence sur l'accès aux soins de santé.

**Tableau 23 :** Distribution des enquêtés selon les moyens de déplacement et le renoncement aux soins

Moyen déplacement		Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
A pied	Oui	11	39,29%	17	60,71%	28	17,07%
	Non	56	41,18%	80	58,82%	136	82,93%
Transport commun	Oui	27	30,34%	62	69,66%	89	54,27%
	Non	40	53,33%	35	46,67%	75	45,73%
Voiture	Oui	45	45,45%	54	54,55%	99	60,37%
	Non	22	33,85%	43	66,15%	65	39,63%
Taxi	Oui	1	12,50%	7	87,50%	8	4,88%
	Non	66	42,31%	90	57,69%	156	95,12%
Autre	Oui	5	31,25%	11	68,75%	16	9,76%
	Non	62	41,89%	86	58,11%	148	90,24%

*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 17 :** Distribution des enquêtés selon les moyens de déplacement et le renoncement aux soins



**Source :** réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 23

D’après les résultats du tableau 21, nous remarquons que les enquêtés qui se déplacent en taxi pour leurs soins renoncent plus que les autres enquêtés qui utilisent d’autres moyens de déplacement avec 87.50%, suivi par la catégorie autre et le déplacement avec transports en commun avec respectivement 68.75% et 69.66% et puis le déplacement à pied avec 60.71%, et le déplacement en voiture avec un taux de 54.55%, ce qui pourrait être expliqué par la facilité d’accès au soin par la facilité de déplacement voiture plus rapide et à tout moment et à pied par la proximité des centres et établissements de soins comparés à d’autres catégories qui ont un coût financier supplémentaire sans compter les désagréments engendrés.

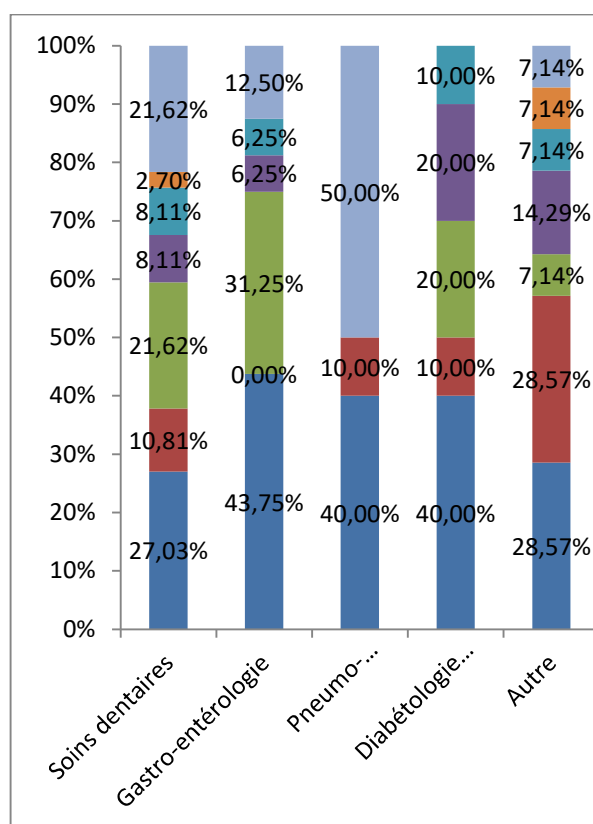
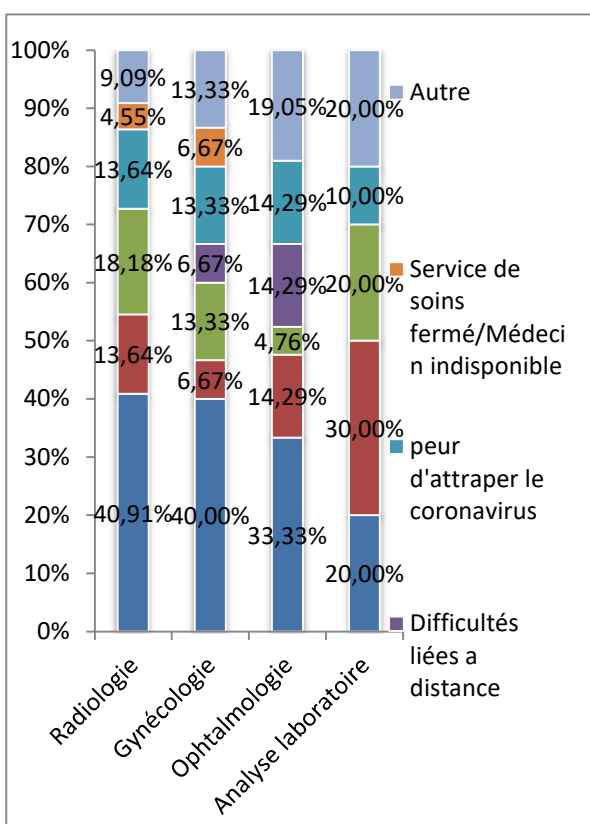
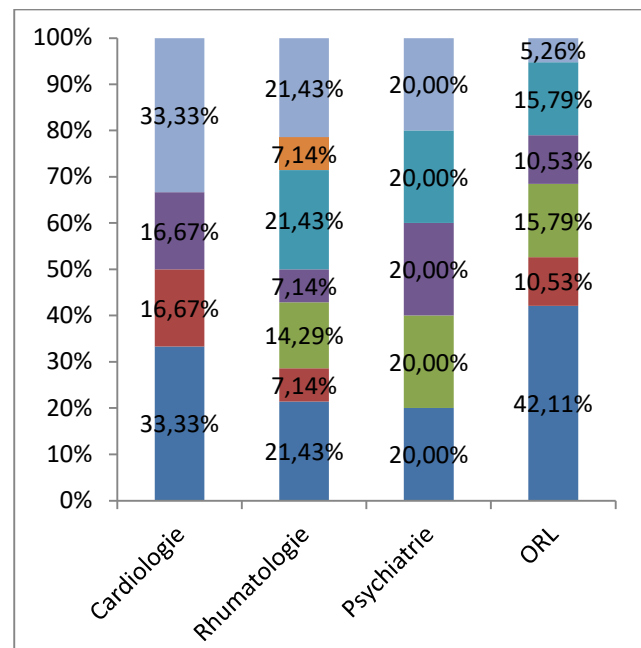
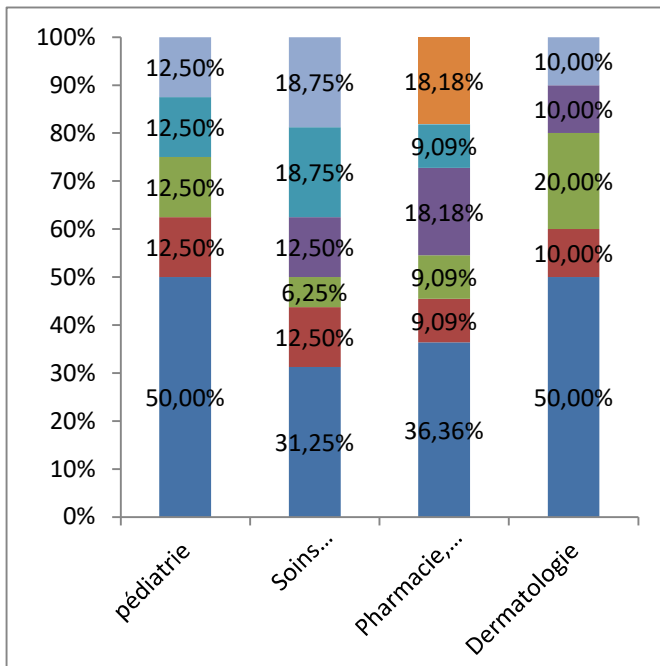
### 2.3. Les différents types de soins de santé renoncée et leur cause :

**Tableau 24** : Distribution des enquêtés selon les types de soins renoncer et les raison de renoncement

	Difficulté financière		Non disponibilité des transports pendant le confinement		Délai D'attente rendez-vous très loin		Difficultés liées a distance		peur d'attraper le coronavirus		Service de soins fermé/Médecin indisponible		Autre		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<b>Radiologie</b>	9	40,91%	3	13,64%	4	18,18%	0	0,00%	3	13,64%	1	4,55%	2	9,09%	22	9,02%
<b>Gynécologie</b>	6	40,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	2	13,33%	15	6,15%
<b>Ophtalmologie</b>	7	33,33%	3	14,29%	1	4,76%	3	14,29%	3	14,29%	0	0,00%	4	19,05%	21	8,61%
<b>Analyse laboratoire</b>	2	20,00%	3	30,00%	2	20,00%	0	0,00%	1	10,00%	0	0,00%	2	20,00%	10	4,10%
<b>pédiatrie</b>	4	50,00%	1	12,50%	1	12,50%	0	0,00%	1	12,50%	0	0,00%	1	12,50%	8	3,28%
<b>Soins généraux</b>	5	31,25%	2	12,50%	1	6,25%	2	12,50%	3	18,75%	0	0,00%	3	18,75%	16	6,56%
<b>Pharmacie, médicaments</b>	4	36,36%	1	9,09%	1	9,09%	2	18,18%	1	9,09%	2	18,18%	0	0,00%	11	4,51%
<b>Dermatologie</b>	5	50,00%	1	10,00%	2	20,00%	1	10,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	10,00%	10	4,10%
<b>Cardiologie</b>	2	33,33%	1	16,67%	0	0,00%	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	2	33,33%	6	2,46%
<b>Rhumatologie</b>	3	21,43%	1	7,14%	2	14,29%	1	7,14%	3	21,43%	1	7,14%	3	21,43%	14	5,74%
<b>Psychiatrie</b>	1	20,00%	0	0,00%	1	20,00%	1	20,00%	1	20,00%	0	0,00%	1	20,00%	5	2,05%
<b>ORL</b>	8	42,11%	2	10,53%	3	15,79%	2	10,53%	3	15,79%	0	0,00%	1	5,26%	19	7,79%
<b>Soins dentaires</b>	10	27,03%	4	10,81%	8	21,62%	3	8,11%	3	8,11%	1	2,70%	8	21,62%	37	15,16%
<b>Gastro-entérologie</b>	7	43,75%	0	0,00%	5	31,25%	1	6,25%	1	6,25%	0	0,00%	2	12,50%	16	6,56%
<b>Pneumo-phtisiologie</b>	4	40,00%	1	10,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	50,00%	10	4,10%
<b>Diabétologie endocrinologie</b>	4	40,00%	1	10,00%	2	20,00%	2	20,00%	1	10,00%	0	0,00%	0	0,00%	10	4,10%
<b>Autre</b>	4	28,57%	4	28,57%	1	7,14%	2	14,29%	1	7,14%	1	7,14%	1	7,14%	14	5,74%
<b>Total</b>	85	34,84%	29	11,89%	36	14,75%	22	9,02%	27	11,07%	7	2,87%	38	15,57%	244	100%

*Source* :réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

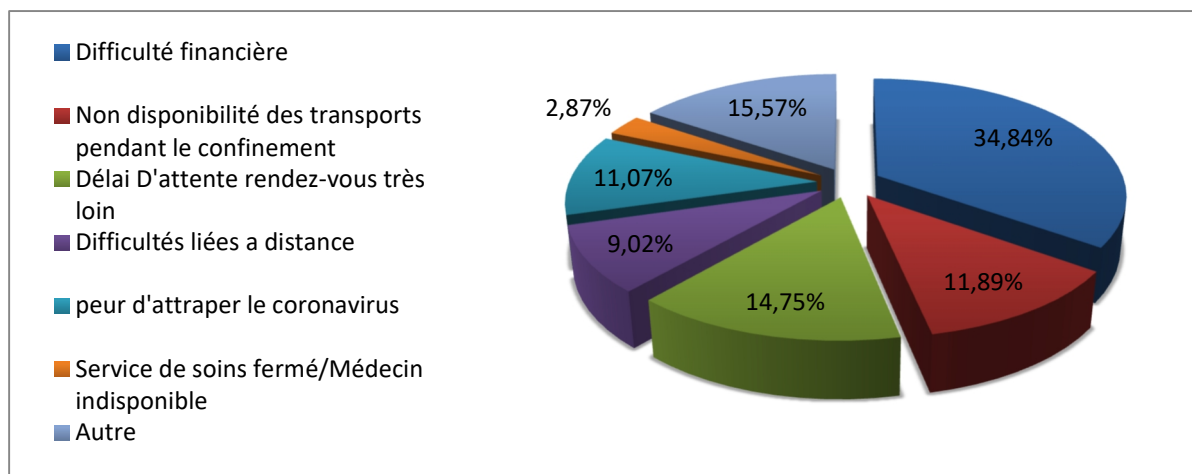
**Figure 18 :** Distribution des enquêtés selon les types de soins renoncer et les raison de renoncement



Source :réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 24



**Figure 19 :** Distribution des enquêtés selon les raison de renoncement

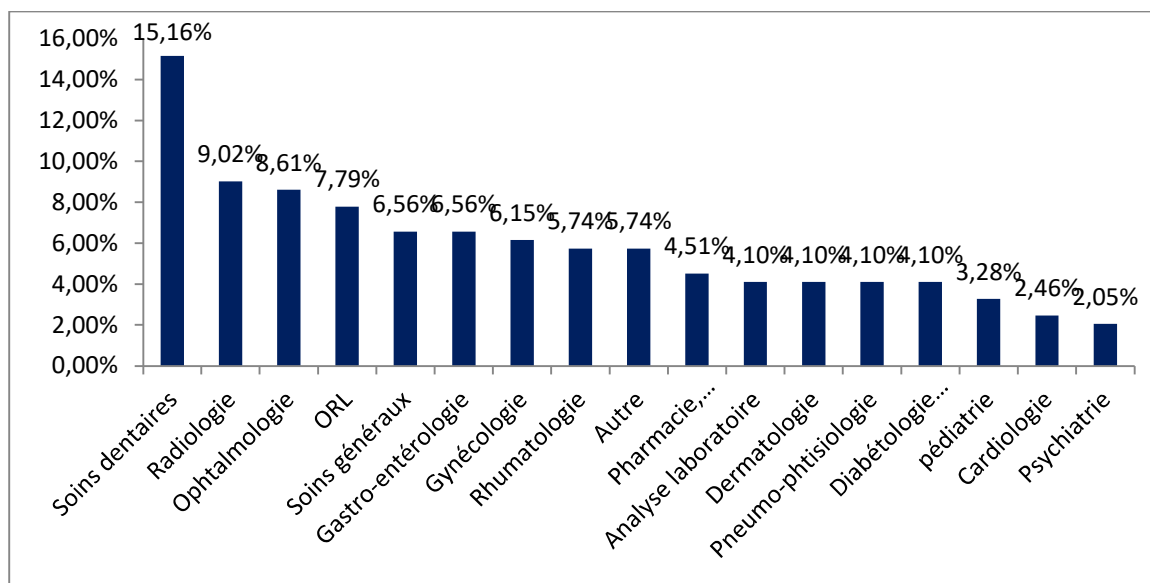


**Source :** réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 24

Nous constatons d'après les différents résultats obtenue du tableau 24 et des figure 18 et 19 que les rasons principale de renoncement aux soins est du en premier lieux aux difficultés financières a hauteur de 34.84% qui s'explique par les revenue faible et insuffisant de nos enquêter et le pouvoir d'achat des algérien qui ce détérioré constamment au fille des années.

Suivie par la catégorie autre a hauteur de 15.57% qui est du a plusieurs raison non mentionner dans les choix donner au questionnaire, et ensuite par la catégorie délai d'attente très loin a hauteurs de 14.75% qui peut être du a la surcharge des établissement de soin et au circonstance de la pandémie mondiale ,et ensuite par la catégorie manque de transport pendant le confinement et la peur d'attraper le coronavirus respectivement a hauteur de 11.89% et 11.07% qui est du simplement a la situation sanitaire actuelle, et enfin des catégorie suivante a des taux plus faible difficulté liée a la distance et service de soin fermer respectivement a hauteurs de 9.02% et 2.87% .

**Figure 20 :** Distribution des enquêtés selon le niveau de renoncement au différent service de santé



*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 24

Nous constatons d’après les différents résultats obtenue du tableau 24 et des figure 20 que les niveaux de renoncement aux différents services de soins sont à différents niveaux, les soins dentaires prennent la 1<sup>er</sup> place à hauteur de 15.16% qui peut être considéré comme un taux excessif comparé au autre service mais qui peut être facilement expliqué du aux prix exorbitant des soins dentaires et des degrés très faibles des remboursements de la sécurité sociale, suivie des autres services de santé radiologie à hauteur de 9.02%, ophtalmologie avec 8.61% et ORL avec 7.79% suivie des autres services avec des taux plus faibles.

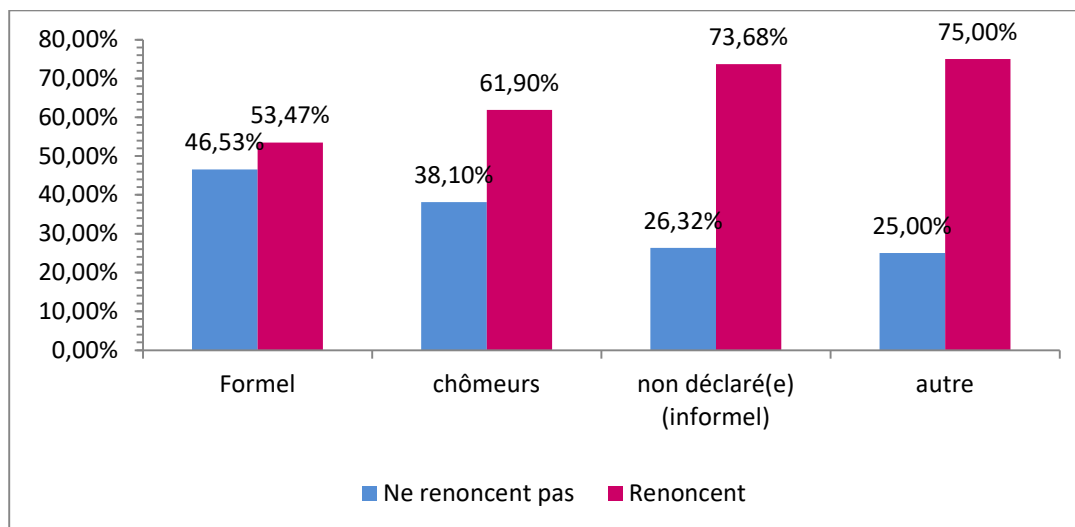
#### 2.4. Le renoncement aux soins de santé en fonction de leur informalité :

**Tableau 25 :** Distribution des enquêtés selon la situation de l’emploi des enquêtés et l’accessibilité aux soins

Situation socioprofessionnelle	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<b>Formel</b>	47	46,53%	54	53,47%	101	61,59%
<b>chômeurs</b>	8	38,10%	13	61,90%	21	12,80%
<b>non déclaré(e) (informel)</b>	10	26,32%	28	73,68%	38	23,17%
<b>autre</b>	1	25,00%	3	75,00%	4	2,44%
<b>Total</b>	66	40,24%	98	59,76%	164	100%

*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 21 :** Distribution des enquêtés selon les statue de emploi des enquêté et l'accessibilité aux soins



**Source :** réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 25

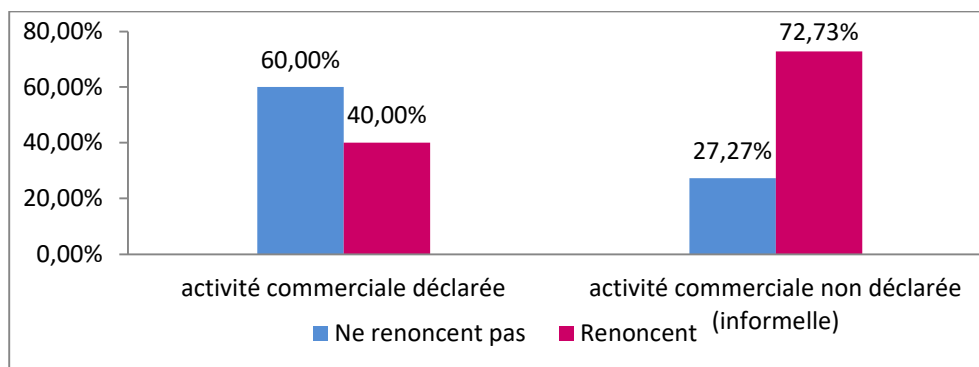
D'après les résultats qu'on a obtenue on constater que les enquêter travaillent dans le formelle renonce moins avec 53.47% que les autre ayant un emploi non déclarer (informelle) avec 73.68% et les chômeurs avec 75% ca nous confirme qu'il ya réellement des inégalités entre les différents statuts d'emploi qui sont avérer tellement les différence est flagrante

**Tableau 26 :** Distribution des enquêtés selon les statue de l'activité commerciale des enquêté et l'accessibilité aux soins

	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
activité commerciale déclarée	18	60,00%	12	40,00%	30	18,29%
activité commerciale non déclarée (informelle)	6	27,27%	16	72,73%	22	13,41%
<b>Total</b>	24	46,15%	28	53,85%	52	31,71%

**Source :** réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 22 :** Distribution des enquêtés selon les statut de emploi des enquêté et l’accessibilité aux soins



*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 26

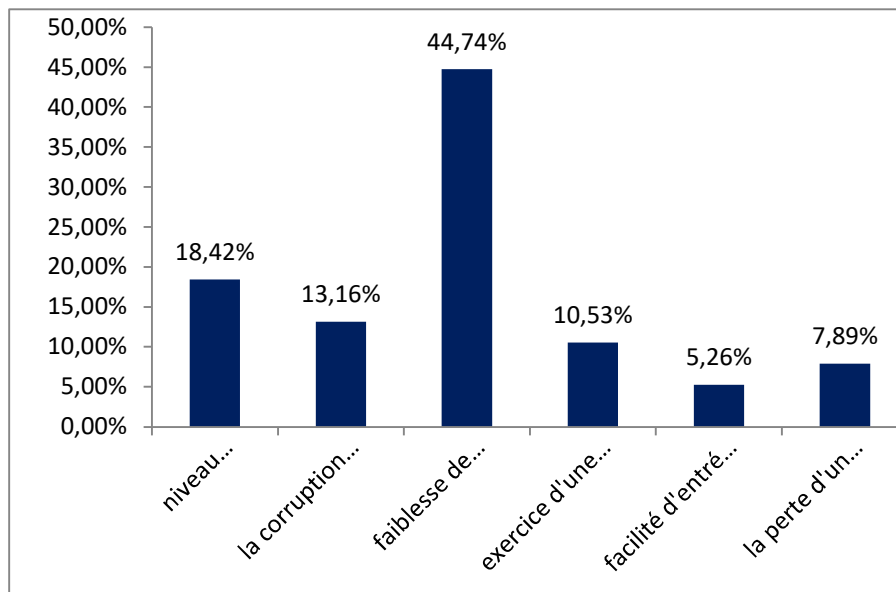
D’après les résultats obtenu son remarque que le constat est le même que le résultat précédant, les commerçant déclarer renonce moins au soin de sante que les commerçant non déclarer avec des taux largement différent 40% pour les commérant déclarer et 72.73% pour les non déclarer.

**Tableau 27 :** Distribution des enquêtés non déclarer selon les raison qu’il les pousse a travailler dans l’informalité

les raisons qui poussent l'enquêté à travailler dans l'informel		niveau d'imposition élevé et le poids de la réglementation	la corruption et l'absence de l'état de droit	faiblesse de l'emploi	exercice d'une activité supplémentaire	facilité d'entré dans l'informel	la perte d'un emploi	Total
non déclaré(e) (informel)	Effectifs	7	5	17	4	2	3	38
	%	18,42%	13,16%	44,74%	10,53%	5,26%	7,89%	100%

*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 23 :** Distribution des enquêtés non déclarer selon les raison qu'il les pousse a travailler dans l'informalité



*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 27

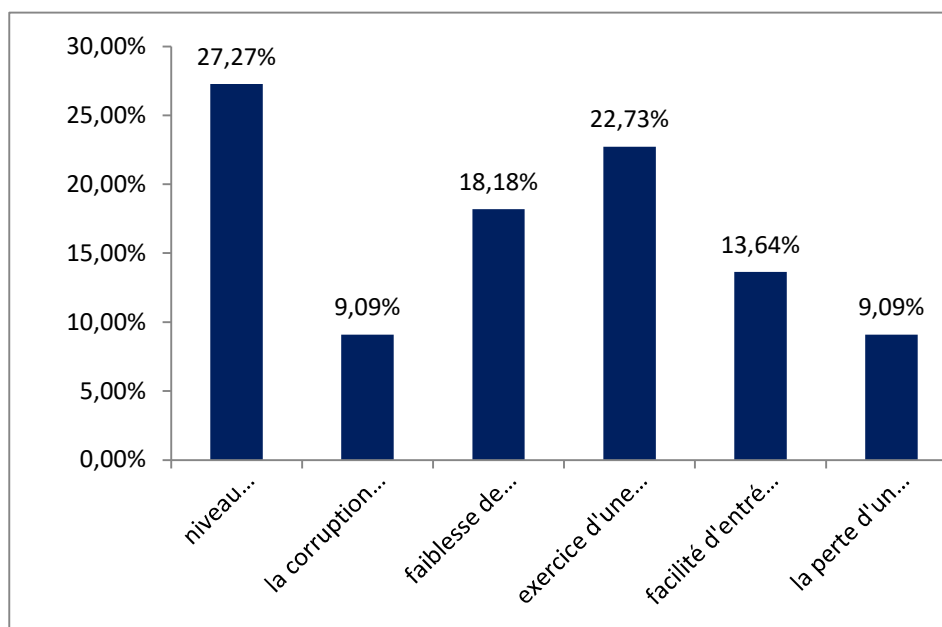
D'après les résultats obtenue du tableau 27 et figure 23 on constate que la raison principale qui a pousser les enquêté a travailler dans l'informalité est la faiblesse de l'emploi a hauteur de 44.74% suivie du niveau d'imposition élevé et le poids de la réglementation avec 18.42%, et de la corruption et l'absence de l'état de droit avec 13.16 %,suivie des autre raison qui sont a des taux largement plus faible .

**Tableau 28 :** Distribution des enquêtés commercent non déclarer selon les raison qu'il les pousse a être dans l'informalité

les raisons qui poussent l'enquêté à travailler dans l'informel		niveau d'imposition élevé et le poids de la réglementation	la corruption et l'absence de l'état de droit	faiblesse de l'emploi	exercice d'une activité supplémentaire	facilité d'entré dans l'informel	la perte d'un emploi	Total
activité commerciale non déclarée (informelle)	Effectifs	6	2	4	5	3	2	22
	%	27,27%	9,09%	18,18%	22,73%	13,64%	9,09%	100,00%

*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 24 :** Distribution des enquêtés commerçant non déclarer selon les raison qu'il les pousse a être dans l'informalité



*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 28

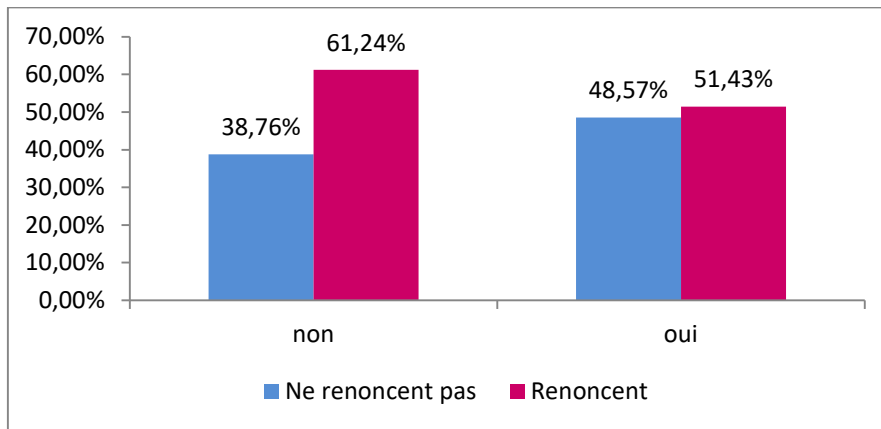
On constate d'après nos résultat obtenue que les commerçant non déclarer exerce dans l'informalité principalement a cause du niveau d'imposition élevé et le poids de la réglementation a hauteur de 27.27% et de exercice d'une activité supplémentaire avec 22.73%, suivie des autre rasons tell que la faiblesse de l'emploi avec 18.18% , la facilité d'entrée dans l'informelle 13.64% , la corruption et l'absence de l'état de droit avec 9.09% , la perte d'un emploi avec 9.09 %.

**Tableau 29 :** Distribution des enquêtés ayant ou non une autre source de revenu selon l'accessibilité au soin

Autre source de revenu	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
non	50	38,76%	79	61,24%	129	78,66%
oui	17	48,57%	18	51,43%	35	21,34%
<b>Total</b>	67	40,85%	97	59,15%	164	100,00%

*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de notre enquête

**Figure 25 :** Distribution des enquêtés ayant ou non une autre source de revenu selon l'accessibilité au soin



*Source :* réaliser par nos soins à partir les résultats de tableau 29

Nous constatons d'après ces résultats que les enquêtés ayant une autre source de revenu renonce largement moins aux soins de santé que ce qui ne dispose pas de revenu supplémentaire qui est parfaitement logique plus on a de moyen financier moins on renonce au soin de santé

## Conclusion

L'enquête qu'on a effectué a touché les habitants des zones rurales et urbaines de la wilaya de Bejaia. A cet effet, nous avons rencontré beaucoup de difficultés et de contraintes pour réaliser cette enquête. L'une des principales difficultés a été l'accès à l'information. Ainsi, certains enquêtés n'ont pas rempli le questionnaire, et on a même rencontré des difficultés causées par la non compréhension de certains enquêtés et leur non connaissance sur certains points, comme l'état de leur sécurité sociale (œuvre sociale, mutuelle) et d'autres ont carrément refusé d'y répondre. Tous ces obstacles se rajoutent aux difficultés logistiques. C'est notamment ce qui nous a poussé malheureusement à réduire la taille de notre échantillon.

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

- Nous estimons que la majorité des enquêtés (45%) qui ont entre 18 à 30 ans sont la deuxième tranche d'âge qui renonce le plus aux soins de santé avec 60%, et que les

hommes renoncent le plus aux soins de santé à hauteur de 64% avec un effectif de 61%

- 59 % des enquêtés renoncent aux soins de santé, d'où la problématique de l'accessibilité aux soins pour des raisons financières principalement avec 34.84%. Par conséquent, la sécurité sociale n'a pas éliminé l'ensemble des obstacles d'ordre économiques à l'accès aux soins de santé.
- Plus le revenu des enquêtées augmente, plus il a tendance à ne pas renoncer aux soins de santé, ce qui explique l'influence du revenu sur le renoncement aux soins de la santé.
- Plus le revenu des ménages enquêtés est faible, plus ils renoncent aux soins de santé avec un taux de 100% pour le revenu le plus faible contre 29.63% pour le revenu des ménages le plus haut
- La majorité des enquêtées qui ont renoncé aux soins de santé sont les niveaux d'instruction moyen et secondaire. Il est plus élevé que pour les autres niveaux d'instruction avec 64% et 62% respectivement. Suivi par le niveau universitaire avec 55 %, et le niveau primaire qui a le taux le plus bas qui est de 14%. Donc, pour conclure, le renoncement aux soins de santé n'est pas corrélé avec le niveau de scolarité qui n'a aucune ascendance sur l'accessibilité aux soins.
- Les catégories socioprofessionnelles qui renoncent le plus sont les journaliers et les chômeurs, avec 88% et 83% respectivement, ce qui explique l'impact du statut socioprofessionnel sur leur situation financière et l'accessibilité aux soins de santé.
- Plus le nombre de personnes dans le foyer augmente, plus il y a renoncement aux soins de santé avec 68.29% contrairement aux petits ménages entre 55.56% et 57.58%, mais cela ne reflète pas la réalité dans la mesure où notre enquête est individuelle et tous les enquêtés ne sont pas chef de ménage.
- Les enquêtés n'ayant pas une couverture sociale renoncent le plus aux soins de santé par rapport à ceux qui ont une couverture. En effet, les enquêtés assurés ont un taux de renoncement de 53.28%, alors que les non assurés ont un taux de 78.57%. Nous pouvons expliquer ce taux par les remboursements de la sécurité sociale qui reste dérisoires. Le statut d'assuré social offre quelques avantages en termes d'accès aux soins de santé mais reste largement insuffisant.
- Les principales raisons qui poussent la proportion des non déclarés de notre échantillon à travailler dans informelle est principalement dû à la faiblesse de



l'emploi qui est un problème majeur vu le manque flagrant de l'offre d'emplois à Bejaia.

En définitive, nous pouvons conclure que les inégalités d'accès aux soins existent réellement et les soins de santé ne sont pas accessibles financièrement à toute la population principalement la catégorie de l'informelle qui rencontre des difficultés multiples comparer aux autres.

# **CONCLUSION GÉNÉRALE**

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Les inégalités sociales de santé représentent un problème majeur de santé publique. Ces inégalités font référence à un objectif d'équité et de justice qui n'est pas atteint. L'amélioration de l'état de santé de la population nécessite des politiques fiables, ainsi qu'une bonne régulation du système de santé en Algérie et la refonte du système de la sécurité sociale contribuera en grande partie à atténuer ces inégalités et principalement pour atténuer le méfait de l'informalité.

Bien que le système de santé algérien pose comme objectif principal de garantir l'équité d'accès aux soins, force est de constater que des inégalités sociales persistent et s'aggravent au fil du temps et que le renoncement aux soins pour des raisons financières reste la cause majeure. Toutes les failles dans la couverture sociale et les nombreux coûts que les ménages doivent assumer en conséquence, dont le ticket modérateur ou encore le coût réel différent du tarif de référence de la sécurité sociale pour les achats de médicaments ou encore pire les prix exorbitants exercés par le secteur privé de la santé, constituent autant d'obstacles à l'accès aux soins des personnes malades, notamment les plus défavorisées.

De tout cela, nous nous tournons vers le secteur le plus touché et défavorisé qui est le secteur informel, qui est considéré comme le principal secteur permettant de réduire le chômage, c'est-à-dire l'un des objectifs du carré magique macroéconomique. Les politiques économiques à mettre en œuvre par le gouvernement afin d'utiliser ce phénomène en sa faveur pour relancer l'économie devraient donc être en premier lieu de mettre en œuvre des mécanismes d'identification des acteurs qui sont volontairement dans ce secteur et deuxièmement de mettre en place des politiques de soutien et de promotion de l'emploi pour ceux dont l'emploi informel constitue la seule voie de sortie contre le chômage.

Alors que l'État a pu atténuer ce phénomène et le réguler aux lieux de travail, les choses comme elles sont se désagrègent au fil des années, problème qui deviendra de plus en plus important avec un manque à gagner pour l'État, surtout que ce secteur a tellement été délaissé et mis de côté. Aussi, de nombreuses inégalités et sources de déséquilibre sont apparues sans compter leur situation financière et de santé qui est catastrophique, et qui représente l'une des inégalités principales de revenus et d'accès au soin de santé.

Pour atténuer l'ampleur de ce phénomène, nous suggérerons quelques propositions résumées en quelques points :

➤ **L'intégration de l'économie informelle au processus de développement**

La première marche à franchir pour la formalisation de l'emploi et du secteur informels vers le respect des normes et de la réglementation semble être l'identification des populations évoluant dans l'économie informelle parce que c'est un préalable nécessaire à toute prise en compte de ces individus. Il faut les identifier (connaître) pour pouvoir les aider, les encadrer et les inciter pour la formalisation.

➤ **Le rôle nécessaire des juridictions et réglementations :**

Nous estimons donc que l'introduction dans l'économie informelle de législations moins contraignantes que dans l'économie actuelle, qui permettrait le maintien et l'amélioration de cette activités, n'est pas souhaitable et elle est inopérante car si une législation moins contraignante sera créée, les entreprises formelles vont vouloir être soumises à cette législation. Nous risquons de ce fait de voir les activités formelles se déplacer vers l'informel, ce qui serait une chose à éviter. Il faudrait tout simplement simplifier les lois et rendre le climat des affaires plus accueillant et chaleureux déjà pour les entreprises formelles et pour attirer les entreprises exerçant dans l'informalité à se régulariser

➤ **La mise en place d'institutions fortes :**

L'existence d'un cadre institutionnel solide et stable est essentielles et cela à tous les niveaux : international, national et local. En Algérie, des lacunes existent encore aujourd'hui et l'institution parfaite semble utopique et lointaine, mais il apparaît tout de même nécessaire de mettre en place des institutions fortes pour répondre au défi de l'emploi décent et une équité à l'accès aux soins et aussi pour faire respecter la loi.

Globalement, la faiblesse de la situation financière des enquêtés et la faiblesse de l'emploi occupé sont les principaux déterminants du renoncement aux soins. Cela s'explique par la persistance de barrières financières à l'accès aux soins y compris pour les personnes bénéficiant d'une couverture maladie. Ce qui pousse certaines catégories à recourir à l'emploi informel et par suite à l'exposition aux inégalités d'accès et de recours aux soins.

En définitive, ce travail a montré comment les « non déclarés », en plus de toutes les vulnérabilités socioéconomiques qui les accablent, éprouvent également des difficultés

considérables à accéder financièrement aux soins du fait notamment de l'exigence du paiement direct en l'absence d'une couverture maladie. L'OMS (2013) estime que tout type de paiement direct imposé aux particuliers, même s'il est en apparence faible, peut dissuader les catégories sociales les plus défavorisées d'utiliser les services de santé ou pousser sous le seuil de pauvreté les familles qui les utilisent.

Il convient de souligner que les résultats de cette étude sont à relativiser au regard de la taille réduite de l'échantillon ainsi que sa limitation géographique (région de Bejaia), mais en définitive, les résultats de notre enquête démontrent que l'absence d'une couverture maladie universelle constitue un facteur aggravant le renoncement aux soins des actifs précaires et de leur entourage. Loin d'épuiser le débat sur cette problématique, ces résultats incitent à engager tout une série d'études complémentaires et d'élargir les perspectives sur les contraintes multiples entravant l'accès aux soins en Algérie.

**RÉFÉRENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

## Références Bibliographiques

- ❖ Aday L. A, Andersen R.M. (1974): ‘‘A Framework for the study of access to medical care’’, Health Services Research, vol.9, p.208-220.
- ❖ Aïach, P. (2000). 5. De la mesure des inégalités : Enjeux sociopolitiques et théoriques. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 81-91). La Découverte. <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-page-81.htm>
- ❖ Aterido, Reyes & Hallward-Driemeier, Mary & Pagés, Carmen, 2011. "Does Expanding Health Insurance Beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality ? Measuring the Impact of Mexico's Seguro Popular," IZA Discussion Papers 5996, Institute for the Study of Labor (IZA).
- ❖ BABY-COLLIN, V, 2010, « Informalités et inégalités dans les Amériques », in Les Papiers de l’Axe TVME (Territoires, Villes ; Modes de vie, Environnement), 6, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, pp. 9-24.
- ❖ Basset, B. (Éd.). (2008). *Agences régionales de santé : Les inégalités sociales de santé*. Paris: INPES. URL: [http://www.handipole.org/IMG/pdf/Inpes\\_inegalites-sante.pdf](http://www.handipole.org/IMG/pdf/Inpes_inegalites-sante.pdf)
- ❖ BECKER, H. S., 1985, *Outsiders, Métaillé* : Paris. Traduction française.
- ❖ BECKER, Kristina Flodman, 2004, *The Informal Economy. Fact Finding Study*, Stockholm, Swedish International Development Agency.
- ❖ Bellache Y, Adair P, et Bouznit M, (2014), SECTEUR INFORMEL ET SEGMENTATION DE L'EMPLOI À BEJAIA (ALGÉRIE) : DÉTERMINANTS ET FONCTIONS DE GAINS, De Boeck Supérieur, « Mondes en développement », 2014/2 n° 166, pages 31 à 44
- ❖ BELLACHE, Y., 2010, « L'économie informelle en Algérie, une approche par enquête auprès des ménages : le cas de Bejaia », Thèse en vue de l'obtention du grade de docteur en Sciences Économiques, Université Paris-Est Créteil et Université de Bejaia.
- ❖ BENDJIDER Amina BOUDJADJA Tanina (2013) *ESSAI D'ANALYSE DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS EN ALGÉRIE* La problématique de l'accessibilité aux soins maternels Cas de la Wilaya de Bejaïa, université de Bejaia.
- ❖ BESNIER M. (2008), Op. Cit. P10.

- ❖ 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.
- ❖ 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, P9.
- ❖ Besnier, M. (2008). *Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature*. Thèse de doctorat d'Etat en médecine, Université Paris Descartes (Paris 5), France p13
- ❖ BIHR A., FEFFBERKORN R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales de santé », ¿Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société, N°6, La santé au prisme des sciences sociales, Juin 2008, P64. <http://www.revue-interrogations.org>
- ❖ BIHR A., FEFFBERKORN R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales..., op.cit. P73.
- ❖ BIT (1993) Rapport pour la 15ème Conférence internationale des statisticiens du travail Bureau international du travail, Genève, 19-28 janvier.
- ❖ BONNET P, (2002).Le concept d'accessibilité dans le système de santé. Dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry, P2
- ❖ BONNET. P, (2002), le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3, p5
- ❖ BOUDREAU, J-A., LESEMANN F., MARTIN C., 2016, « Présentation : L'État en processus d'informalisation », Lien social et Politiques 76, pp. 3-23.
- ❖ CamboisE., Laborde C., Robine J.M. (2008), "La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte", Population et sociétés, 441
- ❖ CENTENO, M A., PORTES A., 2006, « The Informal Economy in the Shadow of The State », dans FERNÁNDEZKELLY Patricia et SHEFNER Jon (dir.), Out of the Shadows : Political Action and the Informal Economy in Latin America. University Park, PA, The Pennsylvania State UniversityPress, pp. 23-48.
- ❖ CHENEAU-LOQUAY, A., 2008, « Rôle joué par l'économie informelle dans l'appropriation des TIC en milieu urbain en Afrique de l'Ouest », Netcom [En ligne], 22-1/2| 2008, Sociétés africaines de l'information, pp. 109-126.



- ❖ David B.-E. et Justine H. et Ties B. (2013), Couverture sanitaire universelle et accès universel.' OMS'. Genève, Suisse.
- ❖ De Soto H. (1994) : l'autre sentier, la révolution informelle dans le tiers monde. La découverte, Paris.
- ❖ DE SOTO, H., 1994, L'autre sentier : la révolution informelle dans le tiers-monde, La Découverte, Paris.
- ❖ DE SOTO, H., 2000, The Mystery of Capital : Why Capitalism Triumphs in the West and Fails Everywhere else, New York, Basic Book.
- ❖ Depuis OIT. (2015). Des solutions pour sortir de l'informalité : une nouvelle norme de l'OIT face au piège de l'économie informelle, à [www.ilo.org](http://www.ilo.org).
- ❖ Djamila Bensaadi. (12 Janvier 2021). « L'économie informelle en Algérie : Enjeux et avantages de son intégration ». Publié en [algeriancenter.com](http://algeriancenter.com).
- ❖ FIDH, LADDH, CFDA. : La « mal-vie »: rapport sur la situation des droits économiques, sociaux et culturels en Algérie, FIDH, LADDH, CFDA, 2010, P32.
- ❖ FIELDS G. S. (1975) Rural urban migration, urban unemployment and underemployment, and job search activity in LDCs, Journal of Development Economics, 2, 165-187.
- ❖ FIELDS G. S. (1990) Labour market modelling and the urban informal sector : Theory and evidence, in D. Turnham et al. (Eds.), The Informal Sector Revisited, Development Centre of the Organisation for Economic Co-Operation and Development, Paris, Chap. 2, 49-69.
- ❖ Harris, J.R., Todaro M.P : «Migration, Unemployment, and Development : a two sector analysis, American Economic Review, vol. 60(1).1970
- ❖ HIRSCHMANN, A. O., 1981, Essays in trespassing. Economics to Politics and Beyond. Cambridge, Cambridge University Press.
- ❖ Hussmanns, R. 1997. Informal Sector: Background and statistical definition. Paper presented during a seminar on the informal sector, Bamako, 10-14 March 1997.
- ❖ inégalité de recours au soin en Europe : quel rôle attribuer au system de sante ?, Florence jusot, zeynep or, engin yilmaz.
- ❖ ISSN 0302-3052 ISBN 9782804189730 disponible en <https://www.cairn.info/>
- ❖ JABEUR, S. B., FAHMI Y., 2013, « Préviation de la défaillance des entreprises : une approche de classification par les méthodes de Data-Mining », Gestion 2000, Vol. 30, No 4, pp. 31-45.

- ❖ Jacques Charmes : Les origines du concept de secteur informel et la récente définition de l'emploi informel. Institut de recherche pour le développement. IRD Paris.2014.
- ❖ Jean luc richard , . (2001). Accès et recours aux soins de santé dans la sous préfecture de oussé (bénin) (thèse géographie de la santé, Université de Neuchâtel).
- ❖ JESSOP, B., 1990, *State Theory : Putting Capitalist States in their Place*, University Park, PA, The Pennsylvania State University Press.
- ❖ JESSOP, B., 1999, « The Strategic Selectivity of the State : Reflections on a Theme of Poulantzas », *Journal of the Hellenic Diaspora*, 25, 1-2, pp. 41-77.
- ❖ JOHNSON, S., MCMILLAN J., WOODRUFF C., 1999, « Why do Firms Hide ? Bribes and Unofficial Activity After Communism, London : CEPR », Discussion Paper No. 2105.
- ❖ Jutting J P et Laiglesia J R (eds.), 2009, *L'emploi informel dans les pays en développement. Une normalité indépassable*, Centre de développement de l'OCDE.
- ❖ KHERRAZI, S., AHSINA K., 2016, « Défaillance et politique d'entreprises : modélisation financière déployée sous un modèle logistique appliqué aux PME marocaines », *La revue gestion et organisation*, 8, pp. 53-64.
- ❖ L'exclusion des activités agricoles se justifie par la taille importante de l'agriculture dans les pays en développement.
- ❖ LAUTIER, B., DE MIRAS C., MORICE A., 1991, *L'Etat et l'informel*, L'Harmattan, Paris, décembre, 212 p.
- ❖ LEWIS A. W. (1954) *Economic Development with Unlimited Supplies of Labour*, Manchester School of Economic and Social Studies, 2, May, 139-191.
- ❖ Lewis A.W: "Economic Development with Unlimited Supplies of Labour", Manchester School of Economic and Social Studies, n°2, May.1954
- ❖ Livinec, B., Milleliri, J.-M., Rey, J.-L., & Saliou, P. (2013). Inégalités d'accès aux soins en Afrique. *Médecine et Sante Tropicales*, 23(2), 120-127. <https://doi.org/10.1684/mst.2013.0162>
- ❖ Lombrail P, (2010), Le rôle du système de soins dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, 20th IUHPE World Conference on Health, Promotion Geneva, Switzerland, Nantes
- ❖ Lombrail P, « Atelier soins et prévention réduction ou aggravation des inégalités sociales de santé », In Nutting et al. *Medical Care*, 1981

- ❖ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415
- ❖ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415
- ❖ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in FassinD,Leclerc A, Grandjean H,Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415
- ❖ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415
- ❖ Lombrail P.et Pascal. J,(2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé, p. 36-37.
- ❖ Lombrail. P. et Pascal. J, (2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », LesTribunes de la santé p.31-39.
- ❖ LONDON, T., HART S. L., 2004, « ReinventingStrategies for EmergingMarkets : Beyond the Transnational Model », Journal of International Business Studies, Vol. 35, septembre, pp. 350-370.
- ❖ LOPEZ CASTANO H. (1989) Le secteur informel, substitut d'un système d'assurances sociales en Colombie, Problèmes d'Amérique latine, 92, 113-129.
- ❖ LOPEZ T. A. (1970) Migration and UrbanMarginality in Underdeveloped Countries, Demographia y Economia, Juanaguato, Mexique.
- ❖ Lurie, Health Services Research, 1997.
- ❖ MALECOT, J-F., 1991, « Analyses théoriques des défaillances d'entreprises : Une revue de la littérature », Revue d'économie financière, No 19, La sécurité des systèmes financiers : II/ Les voies de régulation. pp. 205-227.
- ❖ MALONEY W. F. (1999) DoesInformalityImply Segmentation in Urban Labor Markets ? Evidence fromSectoral Transitions in Mexico, The World Bank EconomicReview, May, 13, 275-302.
- ❖ MALONEY W. F. (2004) InformalityRevisited, World Development, 32, 1159-1178.
- ❖ MAMINE, F., 2014, Rationalité de l'informel : une analyse néo-institutionnelle de la filière lait à Souk Ahras en Algérie », Thèse en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences de Gestion, MONTPELLIER SUPAGRO (Centre International d'Études Supérieures en Sciences Agronomiques).

- ❖ MENGUELTI, S., PERRET C., ABRIKA B., 2014, « A la croisée du formel et de l’informel : les entreprises créées par le dispositif de l’Agence Nationale de Soutien à l’Emploi des Jeunes dans la Wilaya de Tizi-Ouzou », Notes de Recherches, IREGÉ, Université de Savoie.
- ❖ MINCER J. (1974) *Schooling, Experience and Earnings*, National Bureau of Economic Research (NBER) and Columbia University Press, New York.
- ❖ MOLDANO, C., BADIANE C., MIELOT A-L., 2004, « Méthodes et instruments d’appui au secteur informel en Afrique francophone », Document de travail, No 24, Genève, OIT.
- ❖ Monteil C., Robert-BobéeI. (2005), *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*", Insee Première, 1025
- ❖ Moser.CN (1978): *informal sector or petty commodity production: dualism or dependence in urban development*. *World development* 6.
- ❖ NORTH, D., 1990, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge, Cambridge University Press, 159 p.
- ❖ Nutting et al. *Medical Care*, 1981
- ❖ NWABUZOR, A., 2005, « Corruption and Development : New Initiatives in Economic Openness and Strengthened Rule of Law, *Journal of Business Ethics*, Vol. 59, No 1-2, pp. 121-138.
- ❖ Observatoire Régional de Santé : « Etat de santé et déterminants sociaux de santé en Alsace, quatrième partie : déterminants de santé », Edition ORS, septembre 2010, P 184.
- ❖ OIT info, (2015). *Des solutions pour sortir de l’informalité : une nouvelle norme de l’OIT face au piège de l’économie informelle*, à [www.ilo.org](http://www.ilo.org).
- ❖ OMS, (1978), ‘ *Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires*, ALMA ATA Genève. Disponible in [www.who.int](http://www.who.int)
- ❖ OMS, *Rapport : statistique sanitaire mondiale*, 2011.p.53.
- ❖ OMS, *Rapport : statistique sanitaire mondiale*, op cit. p 79.
- ❖ Paquette.D : *L’appui au secteur informel : nouvelles stratégies de développement*. Université du Québec.1997.
- ❖ Pearl, M., Braveman, P., & Abrams, B. (2001). *The relationship of neighborhood socioeconomic characteristics to birthweight among 5 ethnic groups in California*. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1808-1814.

- ❖ Penchansky R, Thomas J.W., (1981)''The concept of access : definition and Relationship to consume Satisfaction'', Médical Care, vol.22, n°6, p.127-140
- ❖ PERRY, G. E., MALONEY W., ARIAS O. S., FAJNZYLBER P., MASON A. D., SAAVEDRA-CHANDUVI J., 2007, Informality, Exit and Exclusion, Washington D.C. : The World Bank.
- ❖ Picheral H. (2001), Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé.
- ❖ Portes A, Castells M, Benton L : The informaleconomy : studies in advanced and lessdeveloped countries. Johns Hopkins UniversityPress, Baltimore.1989.
- ❖ RAUCH, J., 1991, « Modeling the Informal SectorFormally », Journal of DevelopmentEconomics, 35, pp. 33-47.
- ❖ Ricketts T.-C., Goldsmith L.- J. (2005) : ''Access in health services research ; The Battle of the Framework' 'Nursing Outlook, vol. 53, n°6, p.274-280
- ❖ THEODORE N., 2016, « L'informalité et la sélectivité stratégique de l'État : la montée de l'emploi précaire dans l'industrie de la construction aux États-Unis », Lien social et Politiques, 76, pp. 114-136.
- ❖ TODARO M. P. (1969) A Model of Labor Migration and UrbanUnemployment in LessDeveloped Countries, American EconomicReview, 59 (1), 138-148.
- ❖ TREILLET, S., 2013, « Changement de statut paradoxal du secteur informel dans la doctrine de la Banque mondiale. Des Politiques d'ajustement structurel aux Stratégies de réduction de la pauvreté », Les Cahiers de l'Association Tiers-Monde, No 29-2014, pp. 19-26.
- ❖ [www.ons.dz](http://www.ons.dz) (10/02/2012)

# **ANNEXES**

# Questionnaire d'enquête

*UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA  
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES  
ET DES SCIENCES DE GESTION*

## Sujet de mémoire :

Les disparités d'accès et de recours aux soins  
entre les secteurs formel et informel :  
Une étude exploratoire dans la wilaya de  
Bejaia

- ❖ *Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une **recherche universitaire**.*
- ❖ *L'enquête s'adresse aux **personnes résidentes de la wilaya de Bejaïa**.*
- ❖ *Les données recueillies contribueront à caractériser les **inégalités en termes d'accès aux soins de santé entre les secteurs formel et informel**.*
- ❖ *Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront **totalemtent confidentielles et traitées de façon anonyme** ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.*
- ❖ *Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec **le plus d'objectivité possible**, et ce afin de ne pas « fausser » les résultats de la recherche.*

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

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

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

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

**7. Quelle est le statut de votre logement ?**

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

**8. Quelle est votre lieu de résidence ?**

- Rurale
- Urbain

**9. Dans quelle branche d'activité exercez-vous ?**

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



**PARTIE 2 : INFORMATIONS SUR LA SITUATION DE L'EMPLOI ET LE REVENU**

**10. Situation de l'emploi :**

Montant du revenu	Nature du contrat de travail					Nature de l'activité commerciale	
	CDD	CDI	Contrats de Pré-emploi	Contrat à temps partiel	Non déclaré	Déclarée	Non déclarée (informelle)
<input type="checkbox"/> Moins de 18000 DA <input type="checkbox"/> Entre 18000 DA et 25000 DA <input type="checkbox"/> Entre 25000 DA et 35000 DA <input type="checkbox"/> Entre 35000 DA et 45000 DA <input type="checkbox"/> Entre 45000 DA et 55000 DA <input type="checkbox"/> Entre 55000 DA et 65000 DA <input type="checkbox"/> Entre 65000 DA et 85000 DA <input type="checkbox"/> Entre 85000 DA et 100000 DA <input type="checkbox"/> 100000 DA et plus							

**11. Si l'emploi que vous occupez actuellement est "non déclaré", quelles sont les raisons qui vous poussent à travailler dans l'informalité ?**

Spécifier : .....  
 .....  
 .....

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

- Oui
- Non

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

- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise

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

- Oui
- Non

**15. Si OUI, veuillez spécifier sa nature :**

- Revenu de location
- Travail non déclaré supplémentaire
- Rente financière
- Activité commerciale
- Autre : .....

**16. Quelle est la distance qui vous sépare de votre emploi ?**

- Sans lieu fixe(on se déplace de chantier en chantier)
- Moins de 5 Km
- De 5 à 10 Km
- De 10 à 20 Km
- De 20 à 30 Km
- De 30 à 40 Km
- De 40 à 50 Km
- De 50 à 60 Km
- Plus de 60 Km

**PARTIE 3 : INFORMATIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ  
ET LE RENONCEMENT AUX SOINS**

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

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

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

- Oui  Non

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

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

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

- Oui
- Non

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

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

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

Type de soins	Renoncé	Reporté	Ne sait pas encore

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

- Radiologie  Gynécologie  Ophtalmologie
- Pédiatrie  Dermatologie  Cardiologie
- Rhumatologie  Psychiatrie  ORL
- Chirurgie  Gastro-entérologie
- Pneumo-phtisiologie  Diabétologie, endocrinologie
- Autres, précisez : .....

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

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

**25. Couverture complémentaire :**

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

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

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

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

- Oui  Non

# **LISTE DES TABLEAUX**

## Liste des tableaux

<b>Tableau 01:</b> Evaluation de l'emploi informel en Algérie.....	29
<b>Tableau 02:</b> Evolution de l'emploi informel en Algérie (en milliers et en % de l'emploi non agricole).....	30
<b>Tableau 03:</b> L'espérance de vie pour les catégories socioprofessionnelles .....	54
<b>Tableau 04 :</b> Evolution de l'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale en France .....	54
<b>Tableau 05:</b> Recours aux soins en fonction des variables socioéconomique (en %).....	55
<b>Tableau 06:</b> Caractéristiques générales de l'échantillon.....	62
<b>Tableau 07:</b> Caractéristiques de l'échantillon selon la nature du contrat de travaille.....	63
<b>Tableau 08:</b> Répartition des enquêtés selon le renoncement aux soins .....	63
<b>Tableau 09:</b> Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins de santé .	64
<b>Tableau 10:</b> Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins de santé .....	65
<b>Tableau 11:</b> Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins de santé.....	66
<b>Tableau 12 :</b> Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins de santé .....	67
<b>Tableau 13:</b> Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins de santé .....	68
<b>Tableau 14:</b> Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.....	69
<b>Tableau 15 :</b> Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins..	70
<b>Tableau 16:</b> Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins de santé.....	72
<b>Tableau 17 :</b> Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins .....	73
<b>Tableau 18 :</b> Distribution des enquêtés selon la nature du contrat de travail et le renoncement aux soins.....	74

<b>Tableau19 :</b> Distribution des enquêtés selon la nature de l'activité commerciale et le renoncement aux soins .....	76
<b>Tableau 20 :</b> Distribution des enquêtés selon le statue du logement et le renoncement aux soins.....	77
<b>Tableau 21 :</b> Distribution des enquêtés selon la couverture sociale et le renoncement aux soins.....	78
<b>Tableau 22 :</b> Distribution des enquêtés selon la carte CHIFA et le renoncement aux soins .....	78
<b>Tableau 23:</b> Distribution des enquêtés selon les moyens de déplacement et le renoncement aux soins.....	79
<b>Tableau 24:</b> Distribution des enquêtés selon les types de soins renoncer et les raison de renoncement .....	81
<b>Tableau 25:</b> Distribution des enquêtés selon les statue de emploi des enquêté et l'accessibilité aux soins.....	84
<b>Tableau 26:</b> Distribution des enquêtés selon les statue de l'activité commerciale des enquêté et l'accessibilité aux soins .....	85
<b>Tableau 27:</b> Distribution des enquêtés non déclarer selon les raison qu'il les pousse a travailler dans l'informalité.....	86
<b>Tableau 28:</b> Distribution des enquêtés commercer non déclarer selon les raison qu'il les pousse a être dans l'informalité.....	87
<b>Tableau 29:</b> Distribution des enquêtés ayant ou non une autre source de revenue selon l'accessibilité au soin .....	88



# **LISTE DES FIGURES**

## Listes des figures

<b>Figure 01 :</b> L'espérance de vie pour les catégories socioprofessionnelles .....	53
<b>Figure 02:</b> Répartition des enquêtés selon le renoncement aux soins .....	63
<b>Figure 03:</b> Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins .....	64
<b>Figure 04:</b> Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins de santé.	65
<b>Figure 05:</b> Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins .....	66
<b>Figure 06:</b> Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins de santé .....	67
<b>Figure 07:</b> Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins de santé .....	68
<b>Figure 08 :</b> Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence et le renoncement à des soins pour des raisons d'éloignement.....	69
<b>Figure 09 :</b> Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins ....	71
<b>Figure 10 :</b> Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins de santé.....	72
<b>Figure 11 :</b> Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins.....	74
<b>Figure 12 :</b> Distribution des enquêtés selon la nature du contrat de travail et le renoncement aux soins.....	75
<b>Figure 13 :</b> Distribution des enquêtés selon la nature de l'activité commerciale et le renoncement aux soins .....	76
<b>Figure 14 :</b> Distribution des enquêtés selon le statue du logement et le renoncement aux soins .....	77
<b>Figure 15 :</b> Distribution des enquêtes selon la couverture sociale et le renoncement aux soins .....	78
<b>Figure 16 :</b> Distribution des enquêtes selon la carte CHIFA et le renoncement aux soins	79
<b>Figure 17 :</b> Distribution des enquêtés selon les moyens de déplacement et le renoncement aux soins.....	80
<b>Figure 18 :</b> Distribution des enquêtés selon les types de soins renoncer et les raison de renoncement .....	82

<b>Figure 19</b> : Distribution des enquêtés selon les raison de renoncement .....	83
<b>Figure 20</b> : Distribution des enquêtés selon le niveaux de renoncement au différent service de santé.....	84
<b>Figure 21</b> : Distribution des enquêtés selon les statue de emploi des enquêté et l’accessibilité aux soins.....	85
<b>Figure 22</b> : Distribution des enquêtés selon les statue de emploi des enquêté et l’accessibilité aux soins.....	86
<b>Figure23</b> : Distribution des enquêtés non déclarer selon les raison qu’il les pousse a travailler dans l’informalité .....	87
<b>Figure 24</b> : Distribution des enquêtés commercent non déclarer selon les raison qu’il les pousse a être dans l’informalité.....	88
<b>Figure 25</b> : Distribution des enquêtés ayant ou non une autre source de revenue selon l’accessibilité au soin .....	89

# **TABLE DES MATIÈRE**

DEDICACES .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
LISTE DES ABREVIATIONS .....	III
SOMMAIRE .....	IV
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE ET ENJEUX DU SECTEUR INFORMEL EN ALGERIE</b>	
INTRODUCTION.....	8
<b>I. Cadre conceptuelle du secteur informel</b>	
1 Concept et définition du secteur et de l'emploi informelle.....	8
2. Le secteur informel dans les modèles du marché du travail .....	10
3. Caractéristiques du secteur informel .....	11
4. L'apport des écoles de pensée économique .....	13
<b>II. les enjeux du secteur informel</b>	
1. Les causes de l'informalité .....	14
1.1. Les facteurs exogènes de l'informalisation .....	14
1.2. Les facteurs endogènes .....	17
2. Les effets positifs et négatifs de l'économie informelle .....	20
3. Les obstacles et les solutions adéquates pour réduire le secteur informel .....	22
<b>III. l'économie informelle en Algérie : cas de la Wilaya de Bejaia</b>	
1. L'évolution du secteur informel en Algérie .....	26
2. Les déterminants de l'accès au secteur informel en Algérie cas de la Wilaya de Bejaia	27
3. Les déterminants des gains des salariés : le modèle de Mincer .....	28
4. La mesure de la taille du secteur informel en Algérie.....	29
CONCLUSION .....	31
<b>CHAPITRE II : LES DISPARITES SOCIOPROFESSIONNELLES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE ET DANS LE MONDE : UNE REVUE DE LA LITTERATURE</b>	
INTRODUCTION.....	33
<b>I. Cadre conceptuelle sur l'accès au soin Déterminant d'accès et de renoncement au soin</b>	
1. Le concept d'accès.....	33

1.1.Disponibilité.....	34
1.2.Accessibilité.....	35
1.3.Commodité.....	35
1.4.Capacité financière.....	35
1.5.Acceptabilité.....	36
2. Définition de l'accès aux soins .....	36
3. Dimension d'accès aux soins.....	37
3.1.Les dimensions de l'accès aux soins selon Picheral .....	37
3.1.1. La dimension Matérielle.....	37
3.1.2. La dimension Sociale .....	37
3.2. Les dimensions de l'accès aux soins selon l'OMS .....	37
3.2.1. L'accessibilité physique .....	37
3.2.2. L'accessibilité financière .....	38
3.2.3. L'acceptabilité.....	38
4. L'accessibilité selon Andersen est ces collaborateurs .....	38
4.1.Accès primaire .....	38
4.2.Accès secondaire .....	39
5. Les facteurs d'utilisation des services de sante .....	40
5.1.Facteurs prédisposant .....	40
5.2.Facteurs de capacité .....	40
5.3.Facteurs déclenchant .....	41
6. Les inégalités d'accès secondaire .....	42
6.1. Inégalités par « omission » .....	42
6.2. Inégalités par « construction » .....	42

## **II. Revue de littérature sur les inégalités d'accès au soin**

1. les inégalités d'accès au soin du point de vue de l'économie de la sante.....	42
2. revue littérature sur les inégalités d'accès au soin .....	44

### III. L'influence des catégories sociale et socioprofessionnelles sur l'accès au soin

1. Des inégalités sociales aux inégalités de santé .....	45
1.1. L'effet de sélection.....	45
1.2. L'effet de causalité .....	46
2. inégalités sociales de santé en Algérie .....	48
2.1. Aperçu sur l'état de santé de la population algérienne .....	48
2.2. Les inégalités sociales de santé en Algérie .....	49
2.2.1. Accessibilité économique aux soins en Algérie .....	49
2.2.2. Un système de sécurité sociale témoin des inégalités .....	50
2.2.3. La santé précarisée par le régime de sécurité sociale .....	51
3. les inégalité d'accès au soin par rapport a la catégorie socioprofessionnelle .....	51
3.1. Le constat des inégalités sociales de santé .....	52
3.2. Evolution de l'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale en France ...	54
CONCLUSION .....	55

### CHAPITRE III : UNE ETUDE COMPARATIVE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE ENTRE LES SECTEURS FORMEL ET INFORMEL DANS LA WILAYA DE BEJAIA

INTRODUCTION.....	57
-------------------	----

#### I. PRESENTATION ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE

1. L'objectif de l'enquête .....	58
2. L'échantillon et la méthode de l'enquête .....	58
3. Le déroulement de l'enquête .....	58
4. Dépouillement .....	59
5. Les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'enquête .....	60

#### II. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales de l'échantillon .....	61
--	----

2. Présentation et analyse des résultats (tri croisé).....	63
2.1. Le renoncement aux soins De Santé selon la structure sociale .....	63
2.2.Le renoncement aux soins selon la situation financière et socioprofessionnelle des ménages .....	70
2.3.Les différents types de soins de santé renoncée et leur cause .....	81
2.4.Le renoncement aux soins de sante en fonction de leur informalité .....	84
CONCLUSION .....	89
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>92</b>
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	95
LISTE DES ANNEXES .....	102
LISTE DES TABLEAUX.....	109
LISTE DES FIGURES.....	111
TABLE DES MATIERES .....	113



## **RÉSUMÉ :**

L'équité en termes d'accès et de recours aux soins de santé constitue une priorité majeure des politiques publiques dans la plupart des pays. C'est une exigence primordiale pour mettre fin à toute discrimination en matière d'accès aux soins. Le droit à la santé implique ainsi un accès aux soins pour chaque membre de la société ; sans tenir compte de son statut social ou socioprofessionnel, chacun doit ainsi avoir les mêmes chances et doit accéder aux différents services de santé de la même manière. En définitive, les inégalités sociales de santé demeurent un problème majeur de santé publique qui appelle en conséquence une intervention énergique de l'État pour atténuer ces inégalités qui demeurent illégitimes et moralement inacceptables.

L'objet de notre travail est d'analyser les inégalités d'accès et de recours aux soins de santé en Algérie. Nous nous intéresserons particulièrement aux disparités entre les secteurs formel et informel à partir du cas de la wilaya de Bejaïa. Pour cela, nous avons entrepris une enquête de terrain auprès d'un échantillon constitué de 164 personnes, réparties sur toute la wilaya de Bejaïa et établis en zones urbaines et rurales.

Il ressort de cette étude que la fragilité de la situation financière des enquêtés, principalement les « non déclarés », constitue le déterminant majeur d'accès et de renoncement aux soins de santé.

**MOTS-CLÉS :** Accès aux soins – Recours aux soins – Renoncement aux soins – Secteur informel – Béjaïa – Algérie.