

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de
Gestion
Département des Sciences Economiques

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques
Option : Economie de la Santé

Thème

*Essai d'analyse des inégalités de santé :
Calcul d'un indice d'inégalité sur notre
échantillon dans la wilaya de Bejaïa*

Présenté par :

M^{elle}. MECHHAT Zohra
Mr. MOUSSAOUI Fares

Sous la direction de :

Mr. ZOUAOUA Mohamed Djamil

Membres de jury :

Président : M^{elle}. KASSA fouzia

Examineurs : Mr. HAMMICHE Azzedine

Rapporteur : Mr. ZOUAOUA Mohamed Djamil

Promotion 2012/2013

**Remerciements
&
Dédicaces**



*Nous tenons à remercier le bon DIEU de m'avoir donné le courage et la volonté
d'aller au bout de nous cursus.*

*Nous tenons à remercier M. ZOUAOUA M, notre encadreur, pour ses orientations,
ses encouragements et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire. Et pour
tous le corps professoral de l'Economie de la Santé.*

*Un vif remerciement pour L'ensemble des ménages de la wilaya de Béjaia qui ont participé
à la réalisation de notre enquête.*

*Finalement, nous tenons à remercier vivement nos parents, nos frères et sœurs pour leur soutien
constant et leur amour qui est le meilleur des encouragements*

*MECHHAT Zohra
MOUSSAOUI Fares*

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Mes chers parents qui m'ont soutenu tout au long de mes études ;

Ma sœur Lila, son mari Gacmi Abdelkader ainsi que tout nombre de sa famille en particulier les deux bijoux : Issam, Mahdi Saïd ;

Ma sœur Salîha, son mari Ighil Hakim ;

Mes deux frères soufiane et Fatah ;

Ma grande mère Mama dahbia ;

Mes Chers oncles et tantes, et leurs enfants, en particulier ma cousine karima ;

Mon Promoteur Mr Zouaoua M;

Mes très chers amis (es) : Anies, Sonia, Souad, Monia, Linda, Malika, Fatima, Ghania, Ali, Kamel et Fahim ;

Tous mes camarades de la section économie de la santé.

MECHHAT Zohra

DEDICACES

- *Je dédie ce modeste travail à :*
- *Mes très chers parents que dieu les garde pour moi.*
- *Mes grands parents.*
- *Mon frère Yousef.*
- *Mes sœurs Kahina, wahiba et mon petit neveu ilyas.*
- *Mes amis : nassim, rafik, hakim, et les autres.*
- *Toute la promotion économie de la santé.*
- *Tous ceux qui me connaissent.*

Moussaoui fares

LISTE DES ABREVIATIONS

CSPS : Conseil supérieur de promotion de la santé.

ESPS : l'Enquête santé protection sociale.

ES : Etat de Santé.

HUI : Health Utility Index.

INPES : L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.OMS : L'organisation mondiale de la santé.

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique.

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance.

OSM : Observatoire de la Santé de la Martinique.

PSE : promotion de la santé à l'école.

SES : Science Economique Sociales.

Table des matières

Introduction générale	1
Chapitre I : Les fondements de la santé	4
Introduction.....	4
Section 1 : santé, mesure et déterminant de la santé	4
1.1. Définition de la santé	4
1.2. Mesure et déterminant de la santé	5
1.3. Les déterminants de la santé	10
Section 2 : les inégalités de la santé	15
2.1 Définition des inégalités de santé	15
2.2. Pauvreté – inégalité de santé	16
2.3. Les déterminant des inégalités de santé	19
Conclusion.....	23
Chapitre II : mesure des inégalités de santé et leur réduction	24
Introduction.....	24
Section 1 : la mesure des inégalités de santé	24
1.1. Trois approches des inégalités	24
1.2. Indices des inégalités	29
Section 2 : La réduction des inégalités de santé	32
2.1. Les inégalité de la santé physiques mentales	32
2.2. La réduction des inégalités de la pauvreté	34
2.3. Les système de santé public, à la fois source et solution en matière de santé.....	35
2.4. Préservé, voir renforcé, l’universalité des efforts de santé sur continuum des soins à la promotion de la santé	36
2.5. Résultat de quelques études en égalités de santé	41
Conclusion.....	46
Chapitre III : calcul de l’inégalité de santé sur notre échantillon	48
Introduction.....	48
Section 1 : la conception et le déroulement de l’enquête	48
1.1. Présentation de l’enquête	48
1.2. Objectifs de l’enquête	49

1.3. Caractéristiques général de l'enquête	49
1.4. Difficulté rencontré	51
Section 2 : présentation et analyse des résultats de l'enquête	51
2.1. Caractéristiques générales de l'échantillon	51
2.2. La répartition des enquêtés selon l'état de santé	54
2.3. La répartition des enquêtes selon l'état de revenu	62
2.4. Consommation, accès aux soins	65
2.5. Calcul de l'indice de Gini.....	71
Conclusion.....	75
Conclusion générale.....	74
Bibliographie.....	78

Introduction générale

Au lendemain de l'indépendance, l'état sanitaire de la population algérienne était médiocre. Le départ massif des cadres européens a contraint l'état à trouver des solutions rapides. L'Algérie a déployé de grands efforts et a investi énormément dans l'amélioration du niveau de vie de l'ensemble de la population. Malgré cette amélioration de la santé des populations, les inégalités sont persistantes. Ces inégalités sont dues en grande partie aux caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

La santé est une composante essentielle du bien-être physique, Mental et social dans une population, et les questions relatives à sa distribution dans la société ainsi que sa mesure font l'objet d'un grand intérêt de la part des économistes et des épidémiologistes depuis de nombreuses années.

La perception par les individus de leur état de santé, indicateur employé dans cette recherche, a été largement utilisée dans des études relatives au rapport entre la santé et le style de vie et entre la santé et le statut social.

Que ce soit à l'échelle du monde ou des nations, il n'existe pas de système de santé où l'on ne constate des inégalités de santé. Ces inégalités sont retrouvées à tous les niveaux : entre les différents groupes socio-économiques, entre les deux sexes ou entre les diverses zones géographiques.

Le Parlement européen a adopté une résolution en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité qui doit être mise en œuvre dans les principes du « Health in all policies » (une inclusion de la santé dans toutes les politiques). Il rappelle que la lutte contre les inégalités de santé ne pourra être efficace sans une politique commune et des stratégies de santé publique coordonnées et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé.

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 comportements à risque, le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de la vie, la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales.

Définir des indicateurs de mesure des inégalités sociales en matière de santé suppose, d'une part, de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et, d'autre part, d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts.

L'objectif de notre travail est de tenter de montrer l'ampleur de distribution inégale de la santé dans un échantillon composé de ménages pris au hasard dans la wilaya de Bejaia. En fait, la problématique qui a constitué notre point de départ est celle-ci : **Est ce que la santé est répartie d'une façon égale face aux effets socio-économiques ?**

Pour répondre à cette question, un certain nombre de questions complémentaires méritent réflexion à savoir:

- Y a-t-il un rapport entre inégalité sociales et de santé?
- Quels sont les facteurs qui expliquent les inégalités de santé?
- Quelle est l'ampleur des cette inégalités de santé?
- Comment lutter contre les inégalités de santé ?

Pour répondre à notre problématique, nous nous appuyons sur les hypothèses suivantes :

- La situation socioéconomique (revenu, niveaux d'éducation, statut marital.....etc.) et l'emplacement géographique seraient des facteurs qui ont un impact direct sur les inégalités de la santé.
- Le revenu est corrélé positivement à la santé.
- Les interventions de la lutte contre les inégalités de santé devraient par conséquent être plurisectorielles et s'étendre au-delà du seul domaine de la santé en prenant en compte des déterminants sociaux et économiques comme la malnutrition, le logement, l'assainissement et la pauvreté.

Sur le plan méthodologique, notre travail est mené en deux étapes. D'abord, une recherche documentaire basée sur la consultation des mémoires, des revues, des documents, des articles ainsi que des sites internet. Ensuite, nous avons procédé à une collecte de données primaires. Pour se faire, nous avons effectué une enquête de terrain. Ainsi, cette dernière est réalisée à base de questionnaire auprès de 200 ménages de la wilaya de Bejaïa.

Nous avons structuré notre travail autour de trois chapitres :

- Le premier chapitre est consacré à l'étude des fondements théoriques des inégalités de santé. Ce chapitre a pour but d'apporter des éclaircissements sur la notion des inégalités de santé, ainsi que les différents déterminants de ces inégalités.
- Le deuxième chapitre est consacré aux mesures des inégalités de santé et aux moyens de lutter contre les inégalités de santé.
- Le troisième chapitre est réservé à l'interprétation et l'analyse des résultats de notre enquête où nous allons essayer de répondre à notre problématique de recherche.

Chapitre I

Les fondements de la santé

Introduction

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel.

L'objectif premier d'une politique de santé est d'améliorer la santé des citoyens qui dépend de tout un ensemble de facteurs, dont le système de soins. Les objectifs secondaires de la politique de santé sont d'assurer un accès équitable aux soins médicaux, de gérer efficacement les établissements médicaux, et de financer les programmes de santé publique de manière efficace et équitable.

Section 1 : santé, mesure et déterminants de santé

Dans cette première section, nous allons nous focaliser sur la définition de quelques concepts de base liés à la notion de la santé. Ainsi, après avoir défini la notion de santé en elle-même, nous passons aux mesures et déterminants de la santé.

1.1 Définition de la santé

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

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

Quelques définitions de la santé selon certains auteurs

M. Blum

« La santé consiste :

_ Premièrement en la capacité de l'organisme à maintenir un équilibre approprié à son âge et à ses besoins sociaux, dans lequel il est raisonnablement indemne de profonds inconforts, insatisfactions, maladies ou incapacités;¹

¹ Da Silva. F, Rusch. E, "santé et déterminants de la santé: le temps des indicateurs", 2005, p 4

« Deuxièmement à se comporter d'une façon qui permette la survie de l'espèce aussi bien que l'accomplissement personnel ou le contentement de l'individu. »

M. Dubos

« La santé est un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu ou le hasard ou le choix l'on placé ».²

M. Canguilhem

- « La santé, c'est la marge de tolérance aux infidélités du milieu...., c'est le volant régulateur des possibilités de réactions....
- Être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique ».³

1.2 Mesures et déterminants de la santé

On peut distinguer des méthodes subjectives et objectives. Les premières demandent aux individus eux-mêmes d'évaluer leur état de santé. Les secondes demandent à des tiers (personnels médicaux notamment) d'évaluer différents état de santé quant à leur gravité. Les premières méthodes, de loin les plus répondues, permettent de capter des notions de bien-être, d'autonomie et de respect de soi-même. Les secondes sont peut-être plus efficaces si l'on cherche des mesures objectives des fonctionnalités physiques que possèdent les personnes. Elles ont l'avantage de se rapprocher d'avis informé.⁴

1.2.1. Les indicateurs de santé

A l'origine de toute action de santé, la connaissance de la situation s'élabore à l'aide de différents indicateurs.

Trois grandes catégories d'indicateurs d'état de santé :

1. La morbidité : la morbidité concerne tout ce qui est relatif à la maladie étudiée. Elle est représentée par le nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné.
2. L'espérance de vie : Concrètement elle correspond à la durée de vie en parfaite santé, c'est-à-dire sans incapacité. Cette notion englobe donc tous les éléments relatifs à la santé d'une population et non pas uniquement la morbidité.

² Da Silva. F, Rusch. E, "santé et déterminants de la santé: le temps des indicateurs", 2005, p 5

³ Idem, p 6

⁴ S. Zuber, « inégalités sociales de santé et éthique », université paris Descartes, 2011-2012, p 10

3. La mortalité : La mesure de la santé ou plutôt absence de celle-ci concerne aussi bien la maladie que la mortalité. Les données de mortalité représentent des éléments essentiels pour la quantification des problèmes de santé.

1.2.2 Avantages, limites et principaux indicateurs utilisés dans la mesure de santé

Morbidité⁵

Avantages :

- Distinguer différents aspects de la santé: générale, physique, mentale, intégration sociale
- Pour certaines mesures : obtenir une gradation des ES, voire attribuer à tous les ES une valeur sur une échelle unique (mesures continues). Ceci soulève des problèmes méthodologiques.

Limites :

- Manque de standardisation des indicateurs
- Biais liés :
 - aux modes de recueil (ex. : le recours ne donne d'information que sur les personnes accédant
 - au système de santé, l'enquête en population générale touche difficilement des personnes très malades ou désocialisées...)
 - À la perception de la morbidité par la personne qui déclare ou recueille l'information (interactions complexes avec l'âge, le sexe, et les variables socio-économiques et culturelles).

Principaux indicateurs utilisés :

Plus souvent des mesures déclaratives qu'évaluées par examen médical. Trois catégories :

- mesures binaires : indicatrice de bonne santé, malnutrition, présence de maladies de longue durée incapacitantes ;
- mesures ordinales : incapacité, santé perçue ;
- mesures continues : SF-36 ; Euroqol ; indice des utilités de santé (HUI).

Mortalité - Esperance de vie

Avantages :

- Mesure synthétique des processus constituant la santé
- Disponibilité des données

Limites :

- Information binaire
- Qualité de l'information non-démographique associée

⁵ Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Sandy Tubeuf « Outils de mesure des inégalités de santé : où en est la recherche ? », janvier 2003, p 2

- Principaux indicateurs utilisés : - Mortalité (prématurée)

Combinaisons morbidité – mortalité

Avantages : - Caractère synthétique

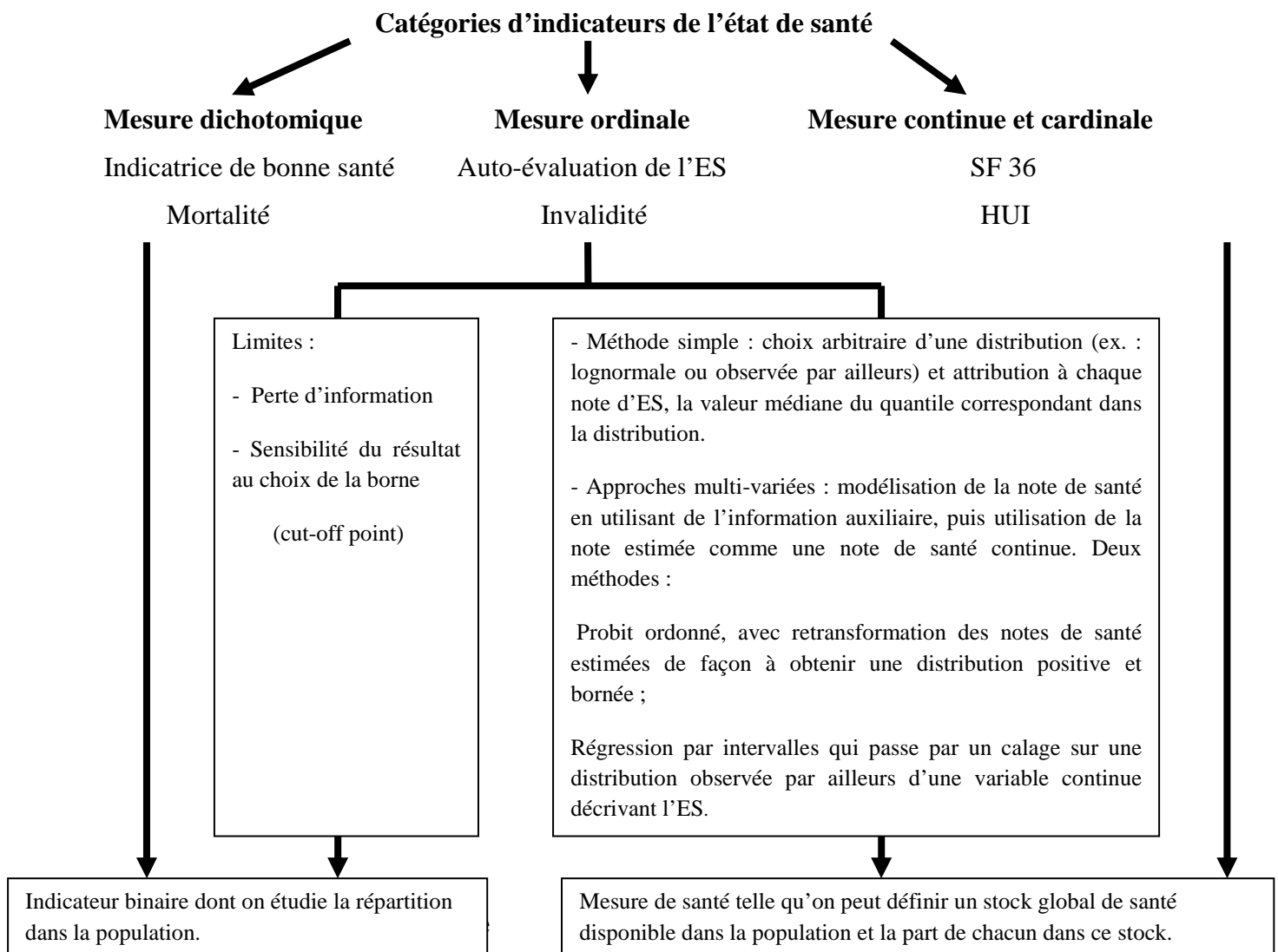
Limites :

- Celles des mesures de morbidité associées (standardisation)
- Valorisation des années passées dans un état de santé non parfait

Principaux indicateurs utilisés :

- Esperance de vie sans incapacité
- Esperance de vie en bonne santé de l’OMS

Pour étudier la répartition de la santé, on se ramène à un indicateur binaire ou à une variable quantifiant l’état de santé.⁶



⁶ Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Sandy Tubeuf « Outils de mesure des inégalités de santé : où en est la recherche ? », janvier 2003, p 2

Les études sur les disparités d'état de santé requièrent l'utilisation d'indicateurs continus mesurant globalement l'état de santé. En effet, du fait de leur caractère synthétique, ces indicateurs permettent de situer les différentes catégories de la population sur une échelle unique et facilitent ainsi les comparaisons. De plus, leur aspect continu permet de nombreux calculs statistiques (moyenne, variance, indices de concentration). Or, la plupart du temps, lorsque des individus sont enquêtés sur leur santé, plusieurs dimensions sont abordées par le biais de questions à items de réponse multiples : liste de maladies, incapacités, état de santé auto-évalué (très bon, bon, moyen, mauvais et très Mauvais).

1.2.3 Les indicateurs de qualité de vie liée à la santé

La qualité de vie liée à la santé renvoie aux aspects qui sont tributaires de l'état de santé de la personne. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la qualité de vie liée à la santé est définie comme un « état global de bien-être physique, mental et social et non pas de la simple absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1998). Ainsi, un instrument convenable de mesure de la qualité de vie doit permettre d'évaluer plusieurs aspects de la vie de l'individu, comme les dimensions biologique, psychologique, fonctionnelle, interpersonnelle ou encore sociale. Une mesure de la qualité de vie est particulièrement intéressante puisqu'elle permettra de comparer les répercussions des maladies ou des blessures sur la santé d'une population, de suivre l'état de santé de la population au fil du temps, de classer ces états de santé et de cerner les disparités entre divers groupes sociodémographiques.

Les instruments qui permettent les mesures de santé perceptuelle et de qualité de vie sont maintenant utilisés dans de nombreux domaines de la recherche et de l'évaluation en santé. Les études de qualité de vie ont le plus souvent pour objectif de contribuer à l'explication de la demande pour les soins et les services, l'observance ou la satisfaction des patients.

Illustrons la spécificité de construction de ces indicateurs de qualité de vie liée à la santé à travers les exemples du SF36 et du HUI.⁷

✓ Le SF36 : la qualité de vie selon l'état de santé physique et mental :

Le SF36 permet d'évaluer l'état de santé physique et mental lié à la qualité de vie.

Cet instrument de mesure s'appuie sur un auto-questionnaire de trente-six questions de type généraliste qui permet de construire des sous-échelles de la qualité de vie liée à la santé, sous la forme de scores compris entre 0 (pire état de santé) et 100 (parfait état de santé). Huit

⁷, M. PERRONNIN, L. ROCHAIX, S. TUBEUF : « Bulletin d'information en économie de la santé », questions d'économie de la santé, N°107, mai 2006, P 1 In www.irdes.fr.

dimensions sont explorées initialement : l'activité physique, les limitations liées à des problèmes physiques, la santé psychique, les limitations liées à des problèmes émotionnels, les relations sociales, la vitalité, la douleur physique et la perception générale de l'état de santé. Il n'y a pas de score global du SF36 mais deux scores résumés l'un « physique » et l'autre « mental ». L'Enquête Santé 2003 de l'Insee a administré le questionnaire spécifique au SF-36.

✓ Le HUI : les préférences de la qualité de vie liée à la santé :⁸

Le Health Utility Index (HUI) ou « indice de l'état de santé » est une mesure générique de l'état de santé, destinée à évaluer les aspects à la fois quantitatif et qualitatif de la vie, au moyen de scores de préférence allant de 0 (pire état de santé, décès) à 1 (meilleur état de santé, parfaite santé).

Ces scores sont comparables à des cotes de préférence. Le HUI fournit une description de la santé fonctionnelle générale du sujet à la lumière de huit attributs : vision, audition, élocution, mobilité (aptitude à se déplacer), dextérité (usage des mains et des doigts), cognition (mémoire et pensée), émotion (sentiments), douleurs et malaise. Les réponses à la quinzaine de questions qui le composent sont pondérées et les scores calculés décrivent l'état de santé fonctionnel général du sujet. Pour une documentation plus complète à propos des indicateurs de qualité de vie : Atkinson M., Zibin S. (1996), Évaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : Analyse critique des mesures et des méthodes, Minister of Supply and Services Canada, Systems for Health Directorate, Health Promotion and Programs Branch.

Les limites de l'indicateur auto-évaluation :

- Premièrement, cet indicateur n'est, en général, pas mesuré sur une échelle continue, mais au travers d'items ordonnés. Quand bien même ces items sont numérotés, comme c'est le cas pour la note, la mesure de la différence entre deux d'entre eux n'a pas de sens quantitatif. En effet, un individu qui se note à 8 ne peut pas être considéré comme ayant un état de santé deux fois meilleur qu'un individu qui se note à 4. Or, les calculs de statistiques simples (moyennes, variances) ou plus complexes (indices de concentration, critères de dominance) nécessitent des indicateurs numériques.

⁸ M. PERRONNIN, L. ROCHAIX, S. TUBEUF : « Bulletin d'information en économie de la santé », questions d'économie de la santé, N°107, mai 2006, P2 In www.irdes.fr.

- Deuxièmement, pour un même état de santé ressenti, les enquêtés apprécient leur santé de manière différente selon leurs caractéristiques individuelles (âge, sexe, situation sociale). On parle alors de biais de déclaration.

1.3 Les déterminants de la santé

Un déterminant de santé est un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs. Plusieurs définitions sont données à ce concept, permettant de saisir de façon plus pointue ce que sont les déterminants de la santé.

« Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé ». (Agence de la santé publique du Canada, 2007; Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, 2007).⁹

Il existe plusieurs classifications des déterminants de santé parmi lesquelles celle de (Agence de la santé publique du Canada, 2007; Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, 2007), qui propose une liste de 12 déterminants de santé :

1.3.1 Le niveau de revenus et la situation sociale

L'état de la santé s'améliore à chaque étape de la hiérarchie des revenus et du niveau social. Des revenus plus élevés permettent de meilleures conditions de vie comme un logement plus sûr et la capacité d'acheter suffisamment de bons aliments. Les populations les plus en santé sont celles qui se trouvent dans les sociétés prospères où la richesse est répartie de façon équitable.

1.3.2 Les réseaux de soutien social

On associe l'appui reçu de la famille, des amis et de la collectivité à une meilleure santé. De tels réseaux de soutien social pourraient se révéler très importants pour aider les gens à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité, ainsi que pour nourrir le sentiment

⁹ Agence de la santé publique du Canada, « Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick », 2007.

d'être maîtres ou d'avoir une influence sur ses conditions de vie. L'entraide et le respect qui se manifestent dans les relations sociales, le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découlent semblent constituer un coussin protecteur contre les problèmes de santé.

1.3.3 Le niveau d'instruction

Il y a des liens étroits entre le niveau d'instruction et la situation socio-économique. Une bonne instruction pour les enfants et un apprentissage tout au long de la vie pour les adultes sont des éléments essentiels de la santé et de la prospérité des personnes et du pays. Le niveau d'instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et le sentiment d'influencer et de maîtriser leur vie. Le niveau d'instruction accroît également les possibilités d'emploi, de sécurité du revenu et de satisfaction au travail. Il améliore enfin la capacité des gens de se renseigner et de comprendre l'information pour soigner leur santé.

1.3.4 L'emploi et conditions de travail

On associe le chômage, le sous-emploi, le travail stressant ou dangereux avec une piètre santé. Les gens qui disposent de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail et qui sont soumis à moins de stress au travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui sont exposés à davantage de stress ou de risques au travail.

1.3.5 L'environnement social

L'importance du soutien social s'étend à l'ensemble de la collectivité. La vitalité civique désigne la solidité des réseaux sociaux au sein d'une collectivité, d'une région, d'une province ou d'un pays. Elle se manifeste dans les institutions, les organisations et, de façon informelle, dans les pratiques que les gens adoptent pour partager les ressources et instaurer des liens avec les autres. L'éventail des valeurs et des normes d'une société influence à divers degrés la santé et le bien-être des personnes et des populations. De plus, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, les bonnes relations de travail et des collectivités qui se tiennent résultent en une société solidaire qui réduit ou évite de nombreux risques potentiels menaçant la santé.

1.3.6 L'environnement physique

L'environnement physique est un déterminant important de la santé. À certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol peuvent

provoquer divers effets néfastes sur la santé parmi lesquels on peut citer les cancers, les malformations à la naissance, les maladies respiratoires et les malaises gastro-intestinales.

Dans le milieu bâti, les éléments qui concernent le logement, la qualité de l'air intérieur et la conception des agglomérations et des systèmes de transport peuvent influencer de façon marquée notre bien-être physique et psychologique.

1.3.7 Les habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles

Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles désignent les mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir de la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé.

1.3.8 Le développement sain durant l'enfance

De nouveaux éléments probants sur les effets des premières expériences sur le développement du cerveau, sur la maturité scolaire et sur la santé dans la vie ultérieure suscitent un consensus sur le fait que les premières phases du développement de l'enfant sont un déterminant puissant de la santé pour l'avenir. Parallèlement, nous avons appris davantage sur la façon dont tous les autres déterminants de la santé influencent le développement physique, social, mental, émotif et spirituel des enfants et des jeunes. C'est ainsi que le développement d'un jeune est fortement influencé par son logement et son voisinage, les revenus de sa famille et le niveau d'instruction de ses parents, l'accès à des aliments nutritifs et à des activités physiques, son patrimoine génétique et l'accès à des soins dentaires et médicaux.

1.3.9 Patrimoine biologique et génétique

La composition biologique et organique de base de l'être humain est un élément déterminant fondamental de la santé.¹⁰

Les gènes confèrent une prédisposition inhérente à une vaste gamme de réactions individuelles influençant la santé. Même si les éléments socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé globale, dans certains cas, le patrimoine génétique semble prédisposer certaines personnes à des maladies précises ou à des problèmes de santé particuliers.

¹⁰ Agence de la santé publique du Canada, « Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick », 2007.

1.3.10 Les services de santé

Les services de santé, en particulier ceux conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour restaurer la santé et les diverses fonctions de l'Homme, contribuent à la santé de la population. L'ensemble des soins offerts par ces services de santé englobe le traitement et la prévention secondaire.

1.3.11 Le sexe

Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme des rôles déterminés par la société, des traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en les différenciant.

Les normes associées aux sexes influencent les pratiques et les priorités du système de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes.

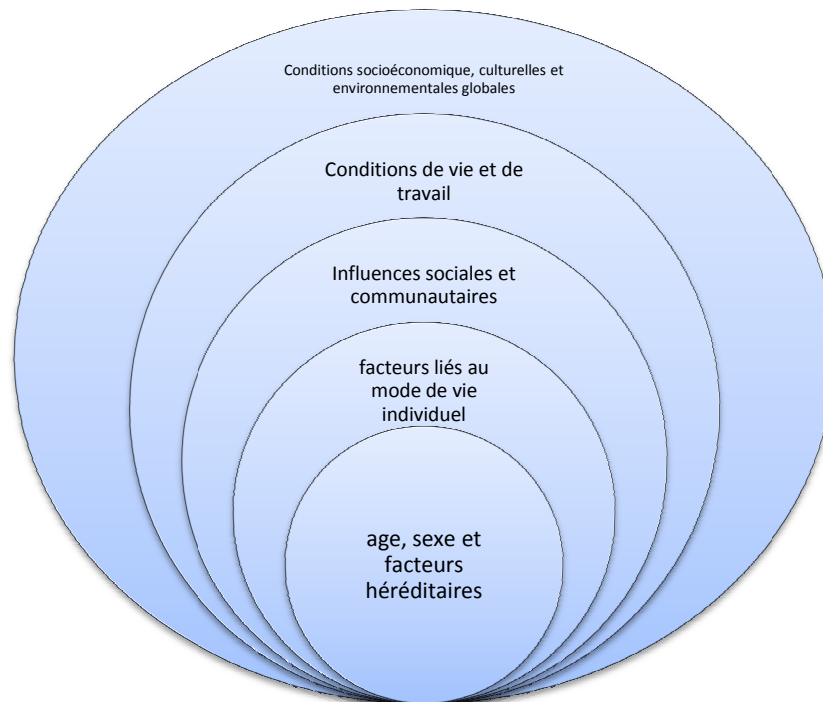
1.3.12 La culture

Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes, contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture et le manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture du patient.

1.4 La relation entre les différents déterminants de sante

Plusieurs modèles tentent de démontrer la relation qui existe entre différents déterminants et la santé. Le schéma ci-dessous de Whitehead et Dahlgren (2006) est très souvent utilisé pour donner un aperçu des déterminants de santé. Les niveaux de l'état de santé ne varient pas au hasard mais selon des différences systématiques dans la répartition des facteurs qui les influencent.

Se sont tout élément pouvant influencer positivement ou négativement l'état de sante des populations. Les déterminants de la sante sont dit intrinsèques lorsqu'ils prédisposent les individus a un risque accru, c'est le cas notamment du sexe, l'âge, caractéristiques génétiques,... ou extrinsèques lorsqu'ils décrivent les facteurs d'exposition au risque comme les comportements individuels, l'environnement, le climat

Figure n° 1 : La relation entre les différents déterminants de santé

Source : Dahlgren-Whitehead, «European stratégies for Tackling social Inequities in health: levelling up Part 2», OMS, Comité régional de l'Europe, 2007, avec référence à D et G/source antérieure, 1993.

Au centre du schéma se concentrent une première catégorie de déterminants, les caractéristiques individuelles telles que l'âge, le sexe et les facteurs physiques qui déterminent la santé, ainsi que les comportements et modes de vie tels que le tabagisme, les habitudes alimentaires etc., sont influencés par des facteurs socio-économiques et culturels. Cet état de fait peut expliquer en partie les inégalités de santé entre groupes sociaux et entre pays et régions. Selon la majorité des études, le comportement individuel peut être à l'origine de 25 à 35 % des différences d'état de santé des personnes. On constate de grandes variations entre les pays européens et parmi les groupes socio-économiques en ce qui concerne une alimentation saine, la prévalence du tabagisme, la consommation d'alcool et l'activité physique ainsi que les résultats de ces facteurs, comme l'obésité et une mauvaise santé.

Une deuxième catégorie est formée des interactions sociales et des interactions avec la communauté au sein de laquelle l'individu évolue. Le fait que quelqu'un soit ou non en mesure de conserver sa santé est également déterminé par les conditions de vie et de travail, qui incluent notamment l'accès à des biens et des services importants (tels que les soins de santé).

Enfin, la santé est également influencée par une troisième catégorie de déterminants qui sont les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales générales. Par exemple, l'état de santé des personnes la situation socio-économique de la famille (y compris les revenus et l'intérêt à l'égard des études) peut être largement déterminant pour le niveau d'études atteint par un enfant et, plus tard, pour ses perspectives d'emploi, ses revenus et sa santé. Certaines études indiquent que les enfants dont les parents ont un statut socio-économique élevé seront, une fois adultes, moins exposés aux risques d'accident vasculaire cérébral et de cancer de l'estomac. De même, les privations socio-économiques de la mère sont fortement associées à un poids faible à la naissance, un facteur qui influence la santé d'une personne pendant toute sa vie. En outre, comme nous l'avons déjà mentionné, des conditions de vie précaires durant l'enfance peuvent avoir des répercussions à un stade ultérieur de la vie.

Ce modèle souligne le fait que les catégories interagissent les unes avec les autres : les modes de vie individuels sont ancrés dans des normes sociales et des réseaux, ainsi que dans des conditions de vie, de travail ou de non travail, qui à leur tour sont fortement liées à l'environnement socioéconomique et culturel.

Section 2 : les inégalités de la santé

Les inégalités de santé figurent parmi les principales préoccupations des responsables des politiques de santé. Les seuls résultats moyens ne sont plus considérés comme suffisants pour refléter la performance d'un pays sur le plan sanitaire, et la distribution de la santé dans une population est aussi un indicateur essentiel.

Dans Cette deuxième section, nous allons appuyer sur l'étude des inégalités de santé et ses déterminants. Ensuite la relation pauvreté-inégalité de santé et en fin une brève présentation de trois études faite sur les inégalités de santé.

2.1 Définition des inégalités de santé

Les inégalités sont des disparités « injustes et évitables » constatées aussi bien à l'intérieur des frontières nationales qu'entre les différents pays. Les inégalités face à la santé sont systémiques, dans la mesure où elles touchent généralement des groupes particuliers d'individus. Elles affectent souvent de manière particulièrement aigüe les personnes les plus

vulnérables qui ont le moins accès non seulement aux services de santé, mais aussi aux ressources nécessaires pour jouir d'une bonne santé.

2.2 pauvreté-inégalité de santé

Pauvreté et mauvaise santé vont de pair. En matière de santé, les pays pauvres tendent à réaliser de moins bons résultats que les pays plus riches et, à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches. Cette association révèle un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté.

2.2.1 Les inégalités entre pauvres et non-pauvres face à la santé

En Europe, on mesure depuis longtemps les inégalités socio-économiques face à la santé et cela, qu'il s'agisse des aspects méthodologiques ou de l'analyse empirique. Moins de travaux empiriques ont été menés sur le sujet dans les autres régions et notamment dans les pays en développement.¹¹

Il convient d'insister sur les constatations fondamentales suivantes faites dans les publications portant sur des données empiriques:

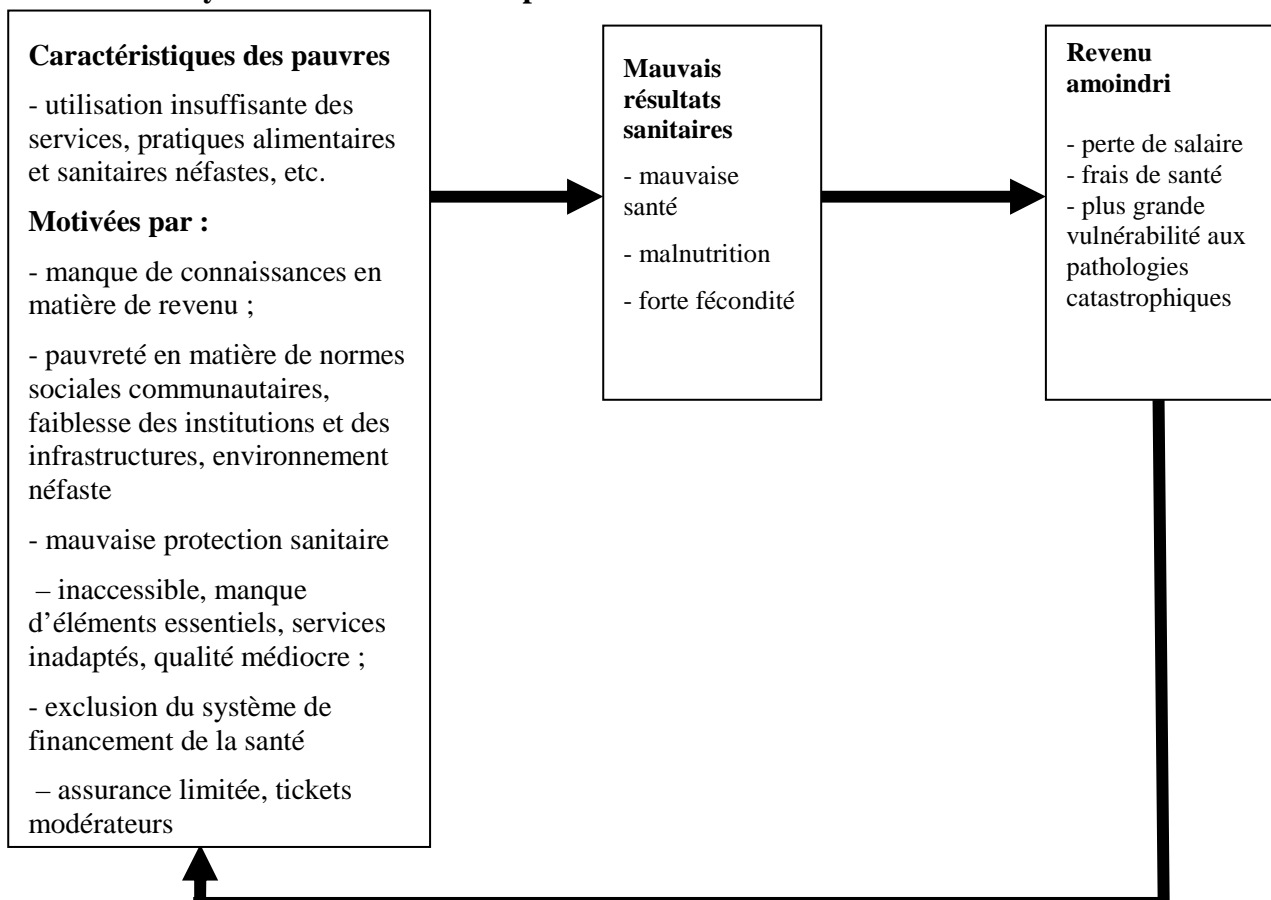
- Premièrement, les inégalités en matière de santé s'exercent presque toujours au détriment des pauvres : ceux-ci ont tendance à mourir plus tôt et à présenter des niveaux de morbidité plus élevés que les plus riches.
- Deuxièmement, les inégalités tendent à être plus prononcées pour les indicateurs objectifs de mauvaise santé, comme les mesures anthropométriques de la malnutrition et de la mortalité, par exemple, que pour les indicateurs subjectifs. Dans les pays en développement, on observe souvent qu'il arrive que ces indicateurs produisent des profils de répartition déformés, les plus riches se déclarant en moins bonne santé que les pauvres. Mais cela tend à se produire avec des indicateurs qui sont fortement tributaires de facteurs transitoires (par exemple, le fait qu'un enquêté ait ou non été malade au cours de la quinzaine précédente). D'ailleurs, de tels indicateurs dessinent un profil analogue dans les pays industrialisés. Dans les pays en développement comme dans le monde industrialisé, les indicateurs d'affections de plus longue durée

¹¹ A. WAGSTAFF, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N° 7, 2002.

(par exemple, longue maladie, limitation d'une activité majeure et état de santé auto-évalué) tendent à révéler des inégalités qui sont au détriment des pauvres.

- Troisièmement, l'ampleur des inégalités varie beaucoup d'un pays à l'autre, bien que ces variations soient elle-même fonction des indicateurs de santé et de situation économique utilisés. C'est ainsi qu'en matière de santé de l'enfant, l'Amérique latine semble présenter des inégalités plus grandes entre pauvres et non-pauvres que d'autres parties du monde en développement, quel que soit l'indicateur de santé utilisé. En revanche, pour la mortalité infanto-juvénile et la malnutrition, les inégalités sont moins prononcées en Afrique subsaharienne qu'en Afrique du Nord, en Asie ou au Proche-Orient, mais c'est l'inverse pour les inégalités concernant la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.
- Quatrièmement, il semble que les inégalités socioéconomiques face à la santé aillent en se creusant plutôt qu'en se comblant. Et cela s'observe aussi bien dans les pays en développement que dans le monde industrialisé.

- Le cycle de la santé et de la pauvreté



2.2.2 Pauvreté et paiement des soins

En plus du souci qu'ils ont d'améliorer la santé des pauvres, les responsables du développement international se préoccupent aussi de l'incidence du coût des soins et des pertes de revenu sur la capacité des ménages d'acheter autre chose que des soins. Autrement dit, outre le désir de faire en sorte que la santé s'améliore, notamment parmi les pauvres, il y a celui d'y parvenir sans susciter pour autant une baisse excessive du niveau de vie des ménages en cause.

Ces préoccupations peuvent s'interpréter de différentes façons. L'une d'elles est que la répartition du coût des soins ne doit pas être telle qu'elle accroisse encore l'inégalité des revenus. Les paiements dégressifs, c'est-à-dire ceux qui, au titre du prépaiement, absorbent une part plus grande du revenu d'un ménage pauvre que celle d'un ménage riche, violent ce principe. Les paiements directs de soins sont dégressifs dans la plupart des pays de l'OCDE ainsi que dans certains pays en développement dont le Bangladesh rural, le Burkina Faso, la Chine, le Paraguay, la Sierra Leone et la Thaïlande.

Dans plusieurs pays en développement, ils sont soit proportionnels au revenu, comme c'est le cas au Viet Nam, soit progressifs, comme en Afrique du Sud, au Guatemala, en Inde, au Mexique, au Népal. Dans le premier groupe de pays, les pauvres utilisent manifestement les services mais y laissent une bonne part de leur revenu, alors que, dans le dernier groupe, ce sont essentiellement les plus riches qui utilisent les services de santé mais qui les financent également. En s'inquiétant de la dégressivité des paiements directs, on oublie qu'elle peut être compensée, tout au moins en partie, par une progressivité des prépaiements, c'est-à-dire des impôts, des cotisations d'assurance sociale et des primes d'assurance privée. Dans beaucoup de pays de l'OCDE¹², la progressivité de ces paiements indirects suffit largement, en réalité, à compenser la dégressivité des paiements directs.

Une deuxième interprétation de ces préoccupations relatives au coût des soins consiste à dire que les ménages ne doivent pas être contraints de dépenser plus d'un certain pourcentage de leur revenu en frais de santé, toute somme dépassant ce seuil étant considérée

¹² A. WAGSTAFF, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N° 7, 2002.

comme catastrophique. Dans plusieurs pays, plus de 1 % de tous les ménages ont consacré ces derniers temps la moitié ou plus de leurs dépenses extra-alimentaires à se faire soigner

Une troisième interprétation consiste à dire que les dépenses de santé ne doivent pas conduire les ménages à la pauvreté ou les rendre plus pauvres encore. L'impact de la pauvreté peut se mesurer d'après l'évolution de l'effectif des pauvres (c'est-à-dire de la proportion de la population vivant dans la pauvreté), ou de l'écart de pauvreté (c'est-à-dire du déficit moyen par rapport au seuil de pauvreté) provoqué par le paiement des frais de santé. Avec l'écart de pauvreté, il est possible de différencier, d'une part, les pauvres qui deviennent encore plus pauvres et, d'autre part, les non pauvres qui deviennent pauvres

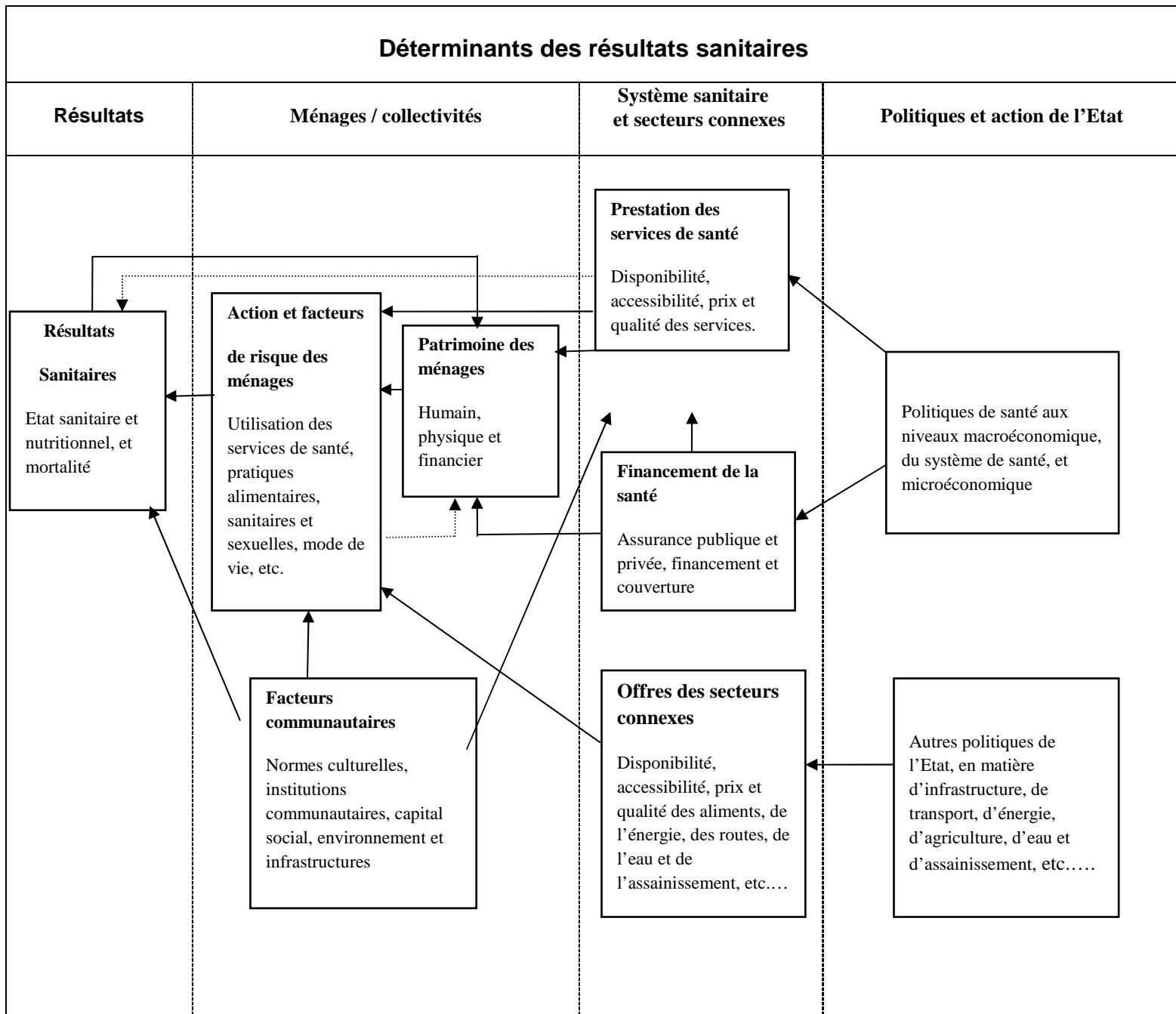
2.3 Les déterminants d'inégalités de santé :

La Figure 1 schématise une méthode permettant de conceptualiser les différents itinéraires qui déterminent les résultats sanitaires. Elle fournit un canevas qui permet de comprendre les inégalités entre les pauvres et les plus riches face à la santé.

2.3.1 Comment les déterminants immédiats varient-ils d'un groupe à l'autre?

Les différents facteurs qui, aux niveaux des ménages et de la collectivité, influent sur les résultats sanitaires sont désignés, dans certains milieux, sous le nom de déterminants immédiats de la santé et, dans d'autres, sous celui d'apports sanitaires à l'instauration de la santé. On sait un certain nombre de choses sur ce qu'ils sont et sur étiologie. Ils varient beaucoup selon les ménages et tendent à être moins bons dans les foyers pauvres que dans les foyers plus riches. A un certain niveau, cela explique pourquoi il existe des inégalités socioéconomiques en matière de santé et pourquoi elles défavorisent les pauvres. Toutefois, les inégalités en matière de déterminants immédiats de la santé varient selon les déterminants et, comme les inégalités dans la santé elle-même, varient également selon les pays.

- **Cadre conceptuel permettant de comprendre les inégalités face à la santé**



Source: Adam Wagstaff "pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé* page 3

L'exemple le plus frappant est celui de l'utilisation des services de santé. Dans les pays de l'OCDE, les pauvres ont tendance à utiliser davantage les services de santé que les plus riches et la question se pose de savoir si, leurs besoins en soins médicaux étant plus grands, cette plus grande utilisation suffit. La situation est assez différente dans le monde en développement. Les enfants pauvres des pays pauvres ont généralement beaucoup moins de chances d'être vaccinés que les enfants plus riches. Le recours à la réhydratation par voie

orale est moins fréquent chez les enfants pauvres que chez les enfants plus riches, et cela même si l'incidence de la diarrhée est plus élevée chez les pauvres. Dans les pays où le recours à la réhydratation par voie orale est plus fréquent parmi les pauvres, l'inégalité est beaucoup plus faible que l'inégalité de l'incidence de la diarrhée.

Si, dans les pays en développement, les services de santé n'atteignent pas les pauvres, bien que leur morbidité soit plus forte, ce n'est pas uniquement parce que les plus riches utilisent leurs revenus plus élevés pour se faire soigner dans le secteur privé. Les pauvres reçoivent aussi une moindre part des crédits de l'Etat au secteur de la santé. La préférence pour les riches est particulièrement marquée dans le secteur hospitalier qui bénéficie de la plus grande part des dépenses publiques. Toutefois, quelques pays en développement parviennent, semble-t-il, à répartir les dépenses publiques de protection sanitaire en faveur des pauvres ; c'est le cas du Costa Rica et de la Malaisie. En Inde, l'Etat du Kerala parvient à répartir à peu près également le budget de la santé entre les différentes tranches de revenu. Il semble que l'on dispose de moins d'éléments quantitatifs sur le degré d'inégalité face à d'autres déterminants immédiats de la santé.

La prévalence de l'allaitement au sein est souvent plus élevée parmi les groupes socio-économiques inférieurs, mais cela ne semble pas être vrai des autres déterminants immédiats de la santé des enfants.

Les niveaux de consommation d'alcool sont plus élevés parmi les groupes socio-économiques défavorisés dans plusieurs pays d'Europe orientale, en Finlande et en France.

Le tabagisme et la mauvaise alimentation semblent se concentrer parmi les groupes socio-économiques défavorisés aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe septentrionale, mais non en Europe méridionale et en France. Parmi les populations noires d'Afrique du Sud, le tabagisme est positivement associé à la condition socio-économique, alors que c'est l'inverse parmi les populations blanches.

2.3.2 Rôle des déterminants immédiats dans les inégalités

Savoir seulement que la distribution de tel ou tel déterminant immédiat défavorise les pauvres ne nous dit pas dans quelle mesure cette inégalité explique les inégalités face à la santé.

Le rôle qu'un déterminant immédiat particulier joue dans l'inégalité face à la santé dépend, d'une part, de sa répartition à travers les groupes socio-économiques et, d'autre part, de son impact sur la santé. L'étude de l'Administration centrale portant sur les fonctionnaires

britanniques a évalué la contribution relative des inégalités dans les différents déterminants immédiats de la santé aux inégalités face à la santé..

Plusieurs facteurs de risque ont été recensés et notamment des comportements liés à la santé, des caractéristiques de travail, des faibles niveaux de satisfaction professionnelle et des situations sociales défavorable hors du travail. Grâce à des méthodes de standardisation, on a montré que les inégalités dans ces facteurs de risque n'intervenaient que dans un tiers environ des différences de ce genre d'absence selon les grades.

2.3.3 Comment les déterminants initiaux varient-ils d'un groupe socio-économique à l'autre ?

Le patrimoine et les revenus, dont les inégalités varient beaucoup selon les pays, constituent un élément fondamental des ressources des ménages. Dans les pays en développement, toutes choses demeurant égales par ailleurs, les revenus plus élevés sont associés à une utilisation plus fréquente et plus intensive des services de santé du secteur public comme du secteur privé ; au recours à des fournisseurs de soins modernes plutôt qu'à des tradipraticiens ; ainsi qu'au nombre d'enfants qu'une femme met au monde et à l'âge auquel elle a le premier. La plupart des pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants s'améliorent à mesure que les revenus augmentent, de même que les pratiques d'hygiène (lavage des mains et élimination des selles, par exemple). Le patrimoine intellectuel (savoir, alphabétisme et instruction), dont les niveaux tendent à être plus bas chez les pauvres, a aussi une influence sur les décisions des ménages quant aux déterminants immédiats de la santé. L'instruction, notamment celle des femmes, est étroitement liée à de nombreux comportements et choix propices à une bonne santé, même en tenant compte du revenu.

Ce ne sont pas seulement les niveaux de ces variables qui importent, mais aussi leur répartition à l'intérieur du ménage, et notamment entre l'homme et la femme. Si la femme n'a guère la maîtrise des ressources du ménage, ce qui semble particulièrement fréquent dans les milieux pauvres, les résultats sanitaires s'en ressentent souvent, qu'il s'agisse d'elle-même ou de sa famille.

2.3.4 Rôle des déterminants initiaux dans les inégalités

Comme pour les déterminants immédiats de la santé, le simple fait de savoir que la distribution de tel ou tel déterminant initial défavorise les pauvres n'indique pas le degré d'importance de cette inégalité en tant qu'élément d'explication des inégalités face à la santé. La méthode utilisée dans l'étude de l'Administration centrale du Royaume-Uni offre un exemple de moyen possible d'examiner cette question. On peut aussi recourir à l'analyse de décomposition, en reliant les inégalités dans les différents déterminants de la santé, grâce à un modèle de régression des déterminants de la santé, à une mesure des inégalités face à la santé.¹³

Conclusion

Il existe différents type d'indicateurs de santé comme la morbidité, l'espérance de vie, la mortalité.

Les indicateurs de morbidité présentent des avantages comme la distinction entre aspects de la santé et la possibilité d'attribuer a tous les états de santé une valeur sur une échelle unique. Parmi ces limites, le manque de standardisation et l'existence de biais.

Les indicateurs de mortalité offrent certains avantages comme la disponibilité des données toutefois, le caractère binaire de l'information rend son utilisation directe pour l'analyse, par exemple des inégalités de santé impossible.

Parmi les indicateurs de morbidité ceux de santé auto-évaluée, qui constitue l'indicateur le plus répandu dans les enquêtes de santé vu la facilité de leur obtention par apport a des indicateurs plus objectifs toutefois, comme pour les variables binaires, cette variable est qualitative et reste inutilisable, sans transformation adéquat, dans l'analyse des inégalités de santé. De l'autre coté, il existe ce qu'on appelle un biais de déclaration (lorsque deux individus ayant le même état de santé déclarent deux états différents) et qui peut être traité statistiquement.

¹³ A. WAGSTAFF, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N° 7, 2002.

L'étude des déterminants de santé nous a permis de mettre en avant un certain nombre de facteurs comme le niveau de revenu, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction, l'emploi, l'environnement physique, les habitudes de vie et le patrimoine génétique...Etc.

Chapitre II

Mesure des inégalités de Santé Et leur réduction

Introduction

La question de la mesure des inégalités est un objet d'étude qui a fait l'objet de très nombreux travaux. Tout d'abord en statistique puis en économie.

Nous nous intéresserons, dans la première section aux mesures des inégalités de santé, l'objectif est de caractériser à l'aide d'un certain nombre de bonnes propriétés une telle mesure. Dans le cas d'un indice d'inégalité, on veut bien sûr capter des notions intuitives de dispersion (les premiers indices statistiques d'inégalités étaient d'ailleurs des indices de dispersion).

Mais on veut également qu'il représente un certain nombre de principes éthiques : par exemple un transfert d'un riche vers un pauvre doit diminuer l'inégalité (principe de Pigou-dalton).

Dans la deuxième section, nous nous intéresserons aux stratégies et mesure qui permettent de réduire les inégalités.

Section 1: La mesure des inégalités de santé

Supposons que vous ayez une base de données comprenant une mesure de la santé pour un ensemble d'individus. Comment visualiser/représenter l'inégalité qui prévaut entre ses individus ?

1.1 Trois approches des inégalités

Trois méthodes de faire sont possibles : représenter la distribution de la santé au sein de la population; construire la courbe de Lorenz ; calculer un indice d'inégalité.

Pour illustrer ses méthodes, nous utiliserons l'exemple très simple suivant :

Considérons une base de données pour une population N . pour chaque individu $i \in N$ on connaît la valeur de la mesure de santé x_i .¹

¹ S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris Descartes 2011-2012

Tableau n° 1 : Exemple imaginaire d'une population de cinq individus

	1	2	3	4	5	Total
x_i	1	0,5	1	0,8	0,2	3,5

Source : S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris descartes 2011-2012

1.1 La courbe cumulative de distribution

La première chose que l'on peut faire (et qui comporte le plus d'information), c'est de construire une distribution empirique de la variable santé. On suppose qu'une valeur plus élevée de la variable santé signifie une meilleure santé (par exemple, la variable santé est comprise entre 0 et 1 (ou 0 est la mort et 1 la pleine santé). Il s'agit alors de classer la population en ordre croissant de la variable santé (de réordonner les données) ce qui donne une distribution \tilde{x}_i .²

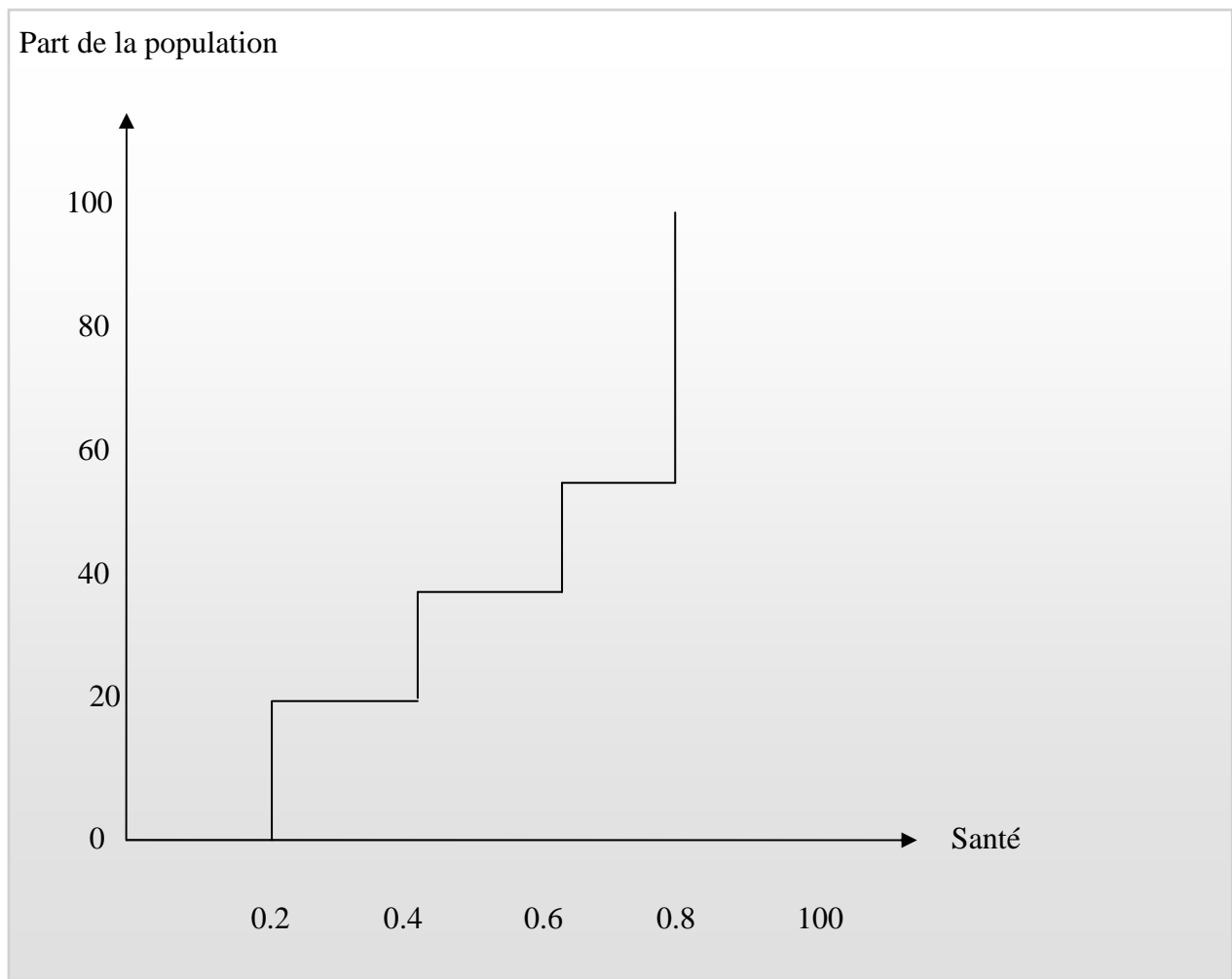
La distribution cumulative empirique pour la variable santé nous donne pour chaque niveau de santé le pourcentage de la population avec un niveau de santé inférieur à ce niveau. Cette représentation graphique est la base de l'analyse statistique des distributions.

Tableau n° 2 : Exemple d'une population de cinq individus (suite)

	1	2	3	4	5	Total
x_i	1	0.5	1	0.8	0.2	3.5
\tilde{x}_i	0.2	0.5	0.8	1	1	3.5

Source : S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris descartes 2011-2012

² S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris Descartes 2011-2012

Figure 3 : Courbe cumulative de distribution

Source : S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris descartes 2011-2012

A partir des courbes de distribution, il est possible de voir si des situations sont plus ou moins favorables. Il s'agit d'une analyse en termes de dominance.

1.2 La courbe de Lorenz et courbe de Lorenz généralisée

En théorie des inégalités, on utilise cependant plus souvent une autre représentation, appelée courbe de Lorenz.

La courbe de Lorenz consiste à représenter, pour chaque percentile de la population (chaque pourcentage de la population réordonnée en ordre croissant selon la variable santé) la part du total de santé possédée par cette population.³

³ S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris Descartes 2011-2012

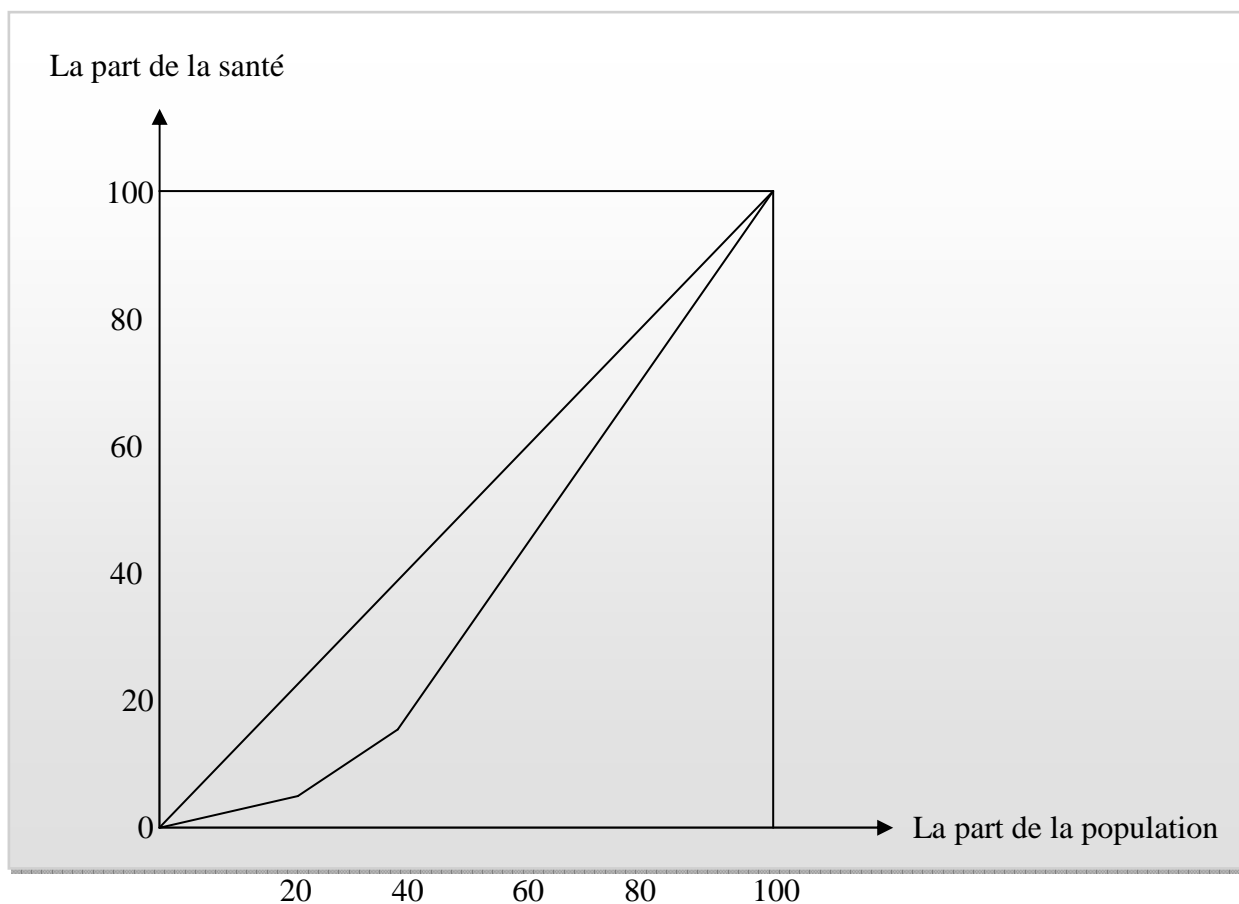
Tableau n°3 : Exemple d'une population de cinq individus (suite)

	1	2	3	4	5	Total
x_i	1	0.5	1	0.8	0.2	3.5
\tilde{x}_i	0.2	0.5	0.8	1	1	3.5
Population cumulée	1	2	3	4	5	5
Population cumulée (%)	20%	40%	60%	80%	100%	100%
Santé cumulée	0.2	0.7	1.5	2.5	3.5	3.5
Santé cumulée (%)	5.7%	20%	42.9%	71.4%	100%	100%
Santé moyenne	0.2	0.35	0.5	0.626	0.7	0.7

Source : S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris Descartes 2011-2012

A partir de cet exemple très simple, on peut facilement construire une distribution empirique ; on peut construire la courbe de Lorenz :

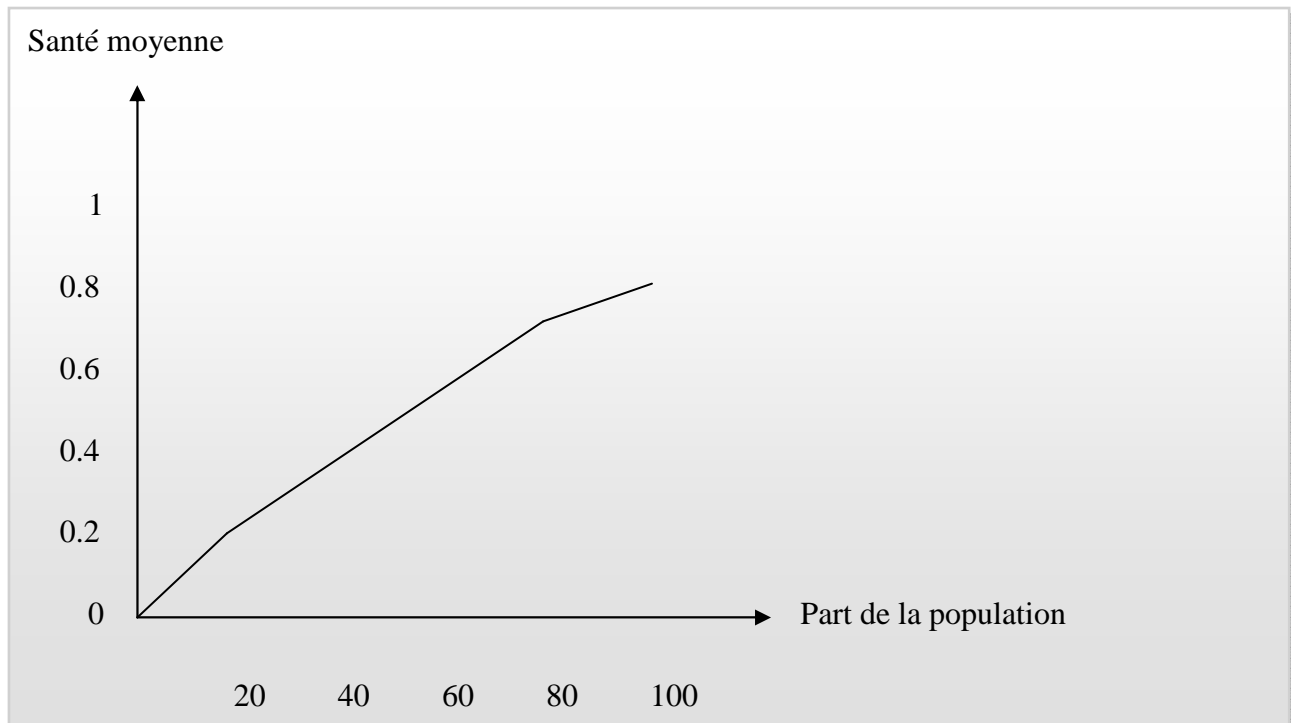
Figure n° 4 : La courbe de Lorenz : la part de la santé possédée par les Q% en moins bonne santé



Source : S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris Descartes 2011-2012

La courbe de Lorenz se focalise uniquement sur l'inégalité relative, sans tenir compte du revenu générale (moyen) de santé (contrairement à la distribution empirique).

Figure n° 5 : courbe de Lorenz Généralisée : moyenne de la santé Q% en moins bonne santé



Source : S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris Descartes 2011-2012

Si l'on veut représenter l'information sur ce niveau généralisé, on peut construire la courbe de Lorenz généralisée, celle-ci représente le niveau de santé moyen des Q% en moins bonne santé.

Il faut également remarquer que la construction de la courbe de Lorenz est bien définie uniquement pour des variables prenant des valeurs positives (cela peut être un problème pour des variables comme la richesse, qui peut être négative, ou les états de santé pires que la mort, si on accorde à celle-ci la valeur 0).

Intuitivement, plus la courbe de Lorenz est proche de la première bissectrice, moins il y a d'inégalité.

Dans le cas extrême où tout le monde a le même niveau de santé, la courbe de Lorenz est confondue avec cette bissectrice. Dans le cas extrême opposé où un seul possède toute la santé, la courbe de Lorenz tendant vers le haut, cela signifie que les plus pauvres possèdent

une plus grande part de la santé et donc que l'inégalité diminue, ce qui ne vaut pas nécessairement dire que la situation nécessairement pire.⁴

Courbe de Lorenz et courbe de Lorenz généralisé sont équivalentes pour des distributions de même moyenne.

2. indices d'inégalité

Voici quelques uns des indices les plus populaires en théorie des inégalités, notamment concernant les inégalités de revenus.

- L'indice de Gini : c'est l'indice le plus populaire dans les travaux appliqués (notamment par ce qu'il est bien défini pour les variables négatives). Il correspond à deux fois l'aire au dessus de la courbe de Lorenz (donc 0 correspond à l'absence d'inégalité et 1 l'inégalité la plus extrême). On peut l'exprimer de plusieurs façons :⁵

$$\begin{aligned}
 G(x) &= \frac{2}{n^2 \bar{x}} \sum_i \left(i\bar{x} - \sum_{k \leq i} \tilde{x}_k \right) \\
 &= 1 - \left(\sum_i \frac{2(n-1) + 1}{n^2} \times \frac{\tilde{x}_i}{\bar{x}} \right) \\
 &= \frac{1}{2n^2 \bar{x}} \sum_{i,j} |x_i - x_j|
 \end{aligned}$$

G : est l'indice de Gini

n : l'effectif de la population

i : l'indice de l'individu

⁴ S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université Paris Descartes 2011-2012

⁵ Idem

L'indice de Gini généralisé :

$$GG(x) = 1 - \left(\sum_i \alpha_i \times \frac{\tilde{x}_i}{\bar{x}} \right)$$

Avec : $\alpha < \alpha_{i+1}$. Si $\alpha_i = \frac{(1-i+1)^\delta - (n-i)^\delta}{n^\delta}$, on a le Gini en série simple de Donaldson et Weymark (1980), avec l'indice de Gini correspond au cas $\delta = 2$.

- L'indice de Gakidou, Murray, et Frenk (2000), utilisé dans plusieurs travaux de l'OMS

$$GMF(x) = \frac{1}{2n^2\bar{x}^\beta} \sum_{i,j} |x_i - x_j|^\alpha$$

Gakidou, Murray et Frenk (2000) propose de prendre $\alpha = 3$ et $\beta = 1/2$. En arguant que dans ce cas $GMF = 1$ correspond à la distribution la plus inégalitaire jamais mesurée.

- L'indice de Theil : c'est un indice inspiré de la mesure d'entropie appréciée des statisticiens⁶

$$T(x) = \frac{1}{n} \sum_i \frac{x_i}{\bar{x}} \ln \frac{x_i}{\bar{x}}$$

⁶ La mesure d'entropie de l'information de Shannon est définie par $H(p) = \sum_i p_i \ln(1/p_i)$ et prend pour valeur maximal $\ln n$ (cas équiprobable). En définissant $p_i = x_i/n\bar{x}$, on a $T(p) = \ln p - H(p)$.

- L'indice de Kolm-Atkinson : cet indice a été proposé par Atkinson (1970) et Kolm (1976).

Il est populaire dans la théorie économique des inégalités pour son interprétation en termes de bien-être social.

$$KA(x) = 1 - \left[\frac{1}{n} \sum_i \left(\frac{x_i}{\bar{x}} \right)^{1-\varepsilon} \right]^{\frac{1}{1-\varepsilon}} \quad \varepsilon > 0, \neq 1$$
$$= 1 - \left[\prod_i \frac{x_i}{\bar{x}} \right]^{\frac{1}{n}} \quad (\varepsilon = 1)$$

- L'indice de kolm-pollak : la aussi, c'est un indice apprécié en théorie économiques des inégalités, qu'est l'équivalent absolu du précédent.

$$KP(x) = \frac{1}{\alpha} \ln \left(\frac{1}{n} \sum_i e^{-\alpha(x_i - \bar{x})} \right) \quad \alpha > 0$$

Section 2 : La réduction des inégalités de la santé

Nous allons présenter dans cette section les inégalités de la santé physique et mentale, la réduction des inégalités de la pauvreté et les systèmes de santé publique, à la fois source et solution des inégalités en matière de santé. La santé est une des conditions nécessaires à l'individu pour réaliser pleinement son potentiel. Il n'est pas juste que ce potentiel soit déterminé par son lieu de naissance ou par son appartenance à un groupe racial ou ethnique. Heureusement, la réduction des inégalités en matière de santé est également rentable du point de vue économique. Des mesures simples et peu coûteuses, appliquées à grande échelle, suffisent à améliorer la santé de tous de manière significative.

L'orientation des programmes de recherche et des priorités nécessitera l'implication des chercheurs, des décideurs, des intervenants ainsi que des personnes des milieux impliqués dans la problématique des inégalités et de la santé.

Les ministres de la santé sont d'accord pour cibler les inégalités devant la santé comme la priorité dans leurs efforts pour améliorer la santé de la population. Les groupes défavorisés ont une susceptibilité plus grande à toutes les maladies, autant sur les plans physique que mental, et cela entraîne des dépenses élevées.

1. Les inégalités de la santé physique et mentale

Le niveau socio-économique constitue sans doute l'influence la plus forte sur la santé...

Qu'on se penche sur la façon dont les gens évaluent leur propre santé, sur la mortalité précoce, sur le bien-être psychologique ou sur l'incidence des maladies chroniques, le statut socioéconomique demeure fortement lié à l'état de santé.

L'étude des répercussions des inégalités et de l'exclusion sur la santé physique et mentale constitue un champ de recherche incontournable ; d'autant que les disparités augmentent avec la mondialisation, les mutations dans les marchés du travail et les coupures budgétaires des gouvernements.

Trois approches dominent ce champ de recherche pour le moment.

1.1. L'état de santé selon les conditions matérielles et la structure de classes

Les indices établis pour mesurer le statut socio-économique (SES), la santé et la mortalité montrent sans équivoque que les inégalités influent sur l'état de santé. Au Canada, des études macro-économiques et sociologiques, menées selon cette perspective matérialiste-structurelle, explorent par exemple la présence de relations significatives entre le chômage et la santé, la

pauvreté et la dépression, le statut de défavorisé économique et les maladies cardiovasculaires.

1.2. Les différences de comportement selon les classes sociales.

Que les défavorisés ou les exclus font moins d'exercice, fument plus, se brossent moins les dents font partie des résultats de recherches adoptant cette approche exploratoire. Ces recherches, d'ordre culturel-comportemental, ont permis de dégager certains des déterminants psychosociaux qui interviennent sur l'occurrence des problèmes de santé : écologie, type de domicile, instabilité de l'environnement physique et social, incompréhension de l'environnement et absence de contrôle sur sa propre existence, valeurs culturelles, ethnicité, milieu de vie, systèmes familiaux, support social, caractéristiques de personnalité, estime de soi, foyer de contrôle, etc.

Cette perspective de recherche semble plus prometteuse pour identifier les mécanismes psychosociaux qui peuvent intervenir comme médiateurs entre la position sociale et la santé, et attirer l'attention sur les facteurs neuroendocrinologiques, immunologiques et autres. Elle s'avère aussi plus apte à cerner les processus sous-jacents à la santé et au bien-être et ainsi à mieux préparer les programmes d'intervention. Ces recherches tendent par ailleurs à se situer souvent dans une perspective holistique qui tient compte des différents niveaux d'interaction.

1.3. L'évaluation des programmes d'intervention

L'évaluation des programmes visant à l'amélioration de la santé et du bien-être dans une perspective de réduction des inégalités a permis de dégager certaines des conditions susceptibles d'entraîner leur succès : précocité du programme, intensité, continuité, participation, types de clientèles à haut risque, relations de confiance, amélioration des conditions de vie et d'emploi.

Plusieurs sous-thèmes se dégagent des études portant sur la santé, les inégalités et l'exclusion

- les grands indicateurs de la santé, de la mortalité et leurs déterminants socio-économiques ;
- la santé et les inégalités à partir d'une perspective développementale, en particulier sur les enfants ;
- les inégalités, la santé physique et les conduites à risque (tabac, nutrition, consommation d'alcool, usage de drogues, exercice, maladies, risques face aux MTS/sida) ;
- la santé mentale ;
- les inégalités dans les conditions de travail et leurs répercussions sur la santé ;

- les groupes immigrants, les autochtones, les groupes marginalisés et les réfugiés ;
- les interventions dans la promotion de la santé et l'évaluation des programmes.

2. La réduction des inégalités de la pauvreté :

Ces axes de développement font l'objet d'un traitement qui cherche à traduire un équilibre entre la stabilisation macroéconomique, perçue comme une condition nécessaire à la croissance économique, et des réformes micro-structurelles, mieux à même d'enrichir le contenu social de cette croissance.

Il existe un écart entre les riches et les pauvres pour la plupart des maladies et la quasi-totalité des causes de décès. En d'autres termes, les pauvres et d'autres groupes qui ont des taux de mortalité élevés ne souffrent pas davantage d'une ou de quelques maladies en particulier. On observe plutôt que les gens défavorisés sur le plan socio-économique sont plus susceptibles biologiquement de tomber malades et de mourir; ils ont une susceptibilité plus grande à toutes les maladies qui circulent.

L'Organisation mondiale de la santé fait de la lutte à la pauvreté et aux inégalités sa priorité d'action. Selon le Rapport sur la Santé dans le Monde de l'OSM, les gouvernements, la communauté internationale et la société civile se trouvent confrontés à quatre défis majeurs en cette fin du XX^e siècle. Il s'agit d'accroître sensiblement la qualité du vie partout dans le monde, d'améliorer la santé des pauvres et de s'attaquer à l'une des causes profondes de la misère.⁷

Les quatre défis portent écho aux préoccupations quant à la pauvreté et aux inégalités et se lisent comme suivent :

- Concentrer l'action des systèmes de santé sur un nombre limité d'interventions les plus susceptibles de réduire la charge de sur morbidité qui pèse sur les pauvres.
- Donner aux systèmes de santé les moyens de contrer activement les menaces potentielles pour la santé qui résultent des crises économiques, d'environnements malsains ou de comportements à risque.
- Mettre en place des systèmes de santé offrant un accès universel à des soins cliniques dispensés gratuitement ou moyennant un prix modique, ce qui suppose un financement public, un système national de sécurité sociale, ou les deux.

⁷ Samahi Ahmed, « micro finance et pauvreté : Quantification de la relation sur la population de Tlemcen », Thèse de doctorat en Science économique, Faculté des Science Economiques et de Gestion, Université de Tlemcen, 2009/2010. P 27

- Encourager les systèmes de santé à investir dans le développement de la base de connaissances qui a rendu possible la révolution sanitaire du XX e siècle et qui fournira les outils nécessaires pour continuer à progresser au XXI e siècle. Les secteurs dans lesquels les besoins sont les plus aigus sont la recherche-développement sur les maladies infectieuses qui sévissent principalement chez les pauvres et la mise à jour d'une base de données que les pays puissent utiliser pour développer leurs propres systèmes de santé.

3. Les systèmes de santé publique, à la fois source et solution des inégalités en matière de santé

Si les systèmes de santé contribuent au bien-être général, ils peuvent aussi favoriser les inégalités. Pour que les inégalités en matière de santé diminuent, il faut que tout le monde et plus particulièrement les groupes vulnérables comme les femmes et les enfants aient facilement accès à des services acceptables et de qualité. Cela suppose que les établissements de soins soient situés aux bons endroits, que les gens soient informés de leur existence et des services disponibles et qu'ils soient ouverts à tous, quels que soient le lieu de résidence et les moyens financiers. A titre d'exemple, l'investissement dans les hôpitaux à forte dotation de technologie et les centres médicaux spécialisés bénéficie essentiellement aux plus aisés, au détriment des plus pauvres.⁸

De même, la facturation des soins peut dissuader les personnes démunies de se faire traiter. A l'inverse, leur gratuité favorise de façon spectaculaire l'accès aux services de santé. La Sierra Leone a instauré la gratuité des soins, une mesure qui s'est traduite par une augmentation de 214% du nombre d'enfants de moins de cinq ans accueillis dans les établissements de santé. Mais d'autres facteurs peuvent également être dissuasifs, comme le coût du transport, la fatigue causée par de longs trajets ou la perte de gains ou d'emplois. Pour que des services soient acceptables, ils doivent se conformer aux usages et coutumes locaux. Ainsi, les usages s'opposent souvent à ce que l'on évoque ouvertement la sexualité et ses pratiques, sans parler du viol et autres formes de violences. Lorsqu'il s'agit d'améliorer l'accès et le recours aux services de santé pour les femmes, il est essentiel de tenir compte de leurs besoins particuliers, notamment en prévoyant du personnel de santé féminin. L'accessibilité du point de vue

1- ⁸ Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et de Croissant Rouge « Éliminé les inégalités en matière de santé », 2011.P 25 In www.ifrc.org.

culturel comporte également d'offrir les services de prévention, de soins et d'assistance dans des langues comprises et pratiquées par les patients. En l'absence de personnels et services spécialisés, comme les accoucheuses ou les services obstétricaux d'urgence, les soins disponibles peuvent s'avérer non seulement inadaptés, mais préjudiciables. Une planification précise et opportune des soins est cruciale. Des directives claires quant aux mesures à prendre en cas de problèmes peuvent sauver des vies.

La grande majorité des prestataires de soins assure de précieux services, souvent dans des conditions très difficiles. Ils détiennent des connaissances, des compétences et des moyens vitaux et jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de systèmes de santé accessibles, conformes aux besoins et aux usages, et de bonne qualité. Néanmoins, il y a comme toujours des exceptions à la règle sous forme d'abus à l'encontre de patientes, de déni de services ou de corruption, par exemple. Certains praticiens de la santé ont des convictions morales qui les conduisent à refuser des services de santé génésique aux adolescentes, aux femmes célibataires ou aux femmes sans progéniture, les privant ainsi des soins dont elles auraient besoin.

Il peut arriver que, de manière intentionnelle ou non, les personnels de santé dispensent des soins embarrassants, humiliants ou manquant de respect pour les femmes, avec pour conséquence de dissuader les gens de recourir à leurs services. En améliorant la qualité et la nature des interactions entre patients et prestataires de soins à travers une adhésion renforcée à l'éthique et aux droits de l'homme, y compris en termes d'indépendance et de confidentialité, on contribuerait à réduire les entraves et à améliorer l'accès à la santé. Sur le plan pratique, cela peut consister à afficher les droits des patients dans les centres de soins, à adopter des chartes d'éthique et à former des commissions d'éthique indépendantes.

4. Préserver, voire renforcer, l'universalité des offres de santé sur le continuum des soins à la promotion de la santé

L'organisation du programme de vaccination comme un programme de santé publique cohérent vise à permettre l'accès de tous aux recommandations vaccinales inscrites dans un calendrier vaccinal et ainsi éviter l'instauration d'inégalités de santé.

L'expérience montre qu'en l'absence de gestion globale et cohérente du programme, la mise sur le marché d'un nouveau vaccin génère des inégalités sociales d'accès à la vaccination.⁹

L'offre de santé comprend les soins, la prévention et la promotion de la santé. Des offres universelles de santé existent : programmes de vaccination ou de dépistage, promotion de la santé à l'école, services de l'ONE, campagnes d'information...

Ces offres sont essentielles et constituent un socle à préserver sur lequel les intervenants de proximité s'appuient. En effet, organiser une offre universelle n'est qu'un volet du problème. Pour permettre aux différents publics d'accéder à ces offres universelles, pour toucher tous les groupes de population concernés, il faut également développer des stratégies complémentaires, diversifiées et de proximité...

Il importe aussi d'être exigeant sur l'universalité de l'offre en matière de promotion de la santé. Il s'agit en particulier de s'assurer que dans les services universels existants, une part significative des activités et des missions soit consacrée à la promotion de la santé.

4.1. Rendre l'offre de santé accessible en l'adaptant

L'approche de promotion de la santé à l'école (PSE) classique est-elle pertinente ?

En ce qui concerne les bilans de santé dans l'enseignement fondamental et la transmission des résultats de ce bilan et des recommandations aux parents, la transmission des observations par l'intermédiaire de formulaires écrits, tout autant que le recueil de l'anamnèse par l'écrit sont totalement inadéquats. En effet, les parents des populations défavorisées, « infériorisés » par ce mode de communication, sont très souvent dans l'incapacité d'en comprendre en tout cas les nuances et la présentation par choix multiples. Une approche de proximité s'impose. Elle est malheureusement irréalisable à grande échelle dans les conditions de subsidiassions actuelle.

Encourager la pro-activité de nos différents services vis-à-vis des membres. Ceci implique d'aller davantage vers le membre, et dès lors de prévoir des lieux de rencontre et de dégager du temps.

La quasi-totalité de nos activités est accessible aux personnes sourdes, car une interprète en langue des signes est présente : ¹⁰

⁹ « La réduction des inégalités sociales de santé », Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS), avril 2011, P 9

Si les personnes sourdes de milieux favorisés peuvent plus aisément accéder à l'information d'une part et aux soins d'autre part par la mise en place de stratégies compensatoires au handicap (recours à l'information par la lecture ou par le biais d'interprète, formations qualifiantes, etc.), tel n'est pas le cas des personnes cumulant handicap physique et handicap social par l'appartenance à des catégories socio-économiques vulnérables et/ou précaires et/ou défavorisées.

Accessibilité à l'offre : géographique et financière. La prévention du diabète passe par l'accès à des activités à des prix très démocratiques : activités physiques, activités liées à la diététique (consultations, ateliers, formations), soins pédologiques et soins dentaires (en développement).

Nos objectifs généraux et opérationnels sont par exemple attentifs à augmenter pour les jeunes/les enfants (et leurs familles) l'accès et le recours (adapté) aux services, réseaux, ressources (informations, outils, savoir-faire et savoir-être) promotrices de bien-être/de santé.

Notre objectif principal est de donner la possibilité aux personnes en situation de précarité sociale extrême, d'accéder aux soins de santé pour ensuite, en fonction du processus de resocialisation, les réorienter vers un réseau de soins classique.

Plusieurs voies se dégagent pour adapter l'offre universelle de départ en vue d'une meilleure accessibilité à des publics diversifiés Favoriser l'accès en fonction de la maîtrise de la langue orale et écrite, de la prise en compte des représentations culturelles de la santé, de la prise en compte des différences sensorielles...

- Recueillir les points de vue du public sur les contenus et l'organisation de l'offre. Faire de l'accessibilité un des objectifs du service.
- Réorganiser les services pour une meilleure accessibilité dans le temps et dans l'espace (horaires et lieux).
- Ces critères d'accessibilité doivent être également pris en compte pour les activités de promotion de la santé que pour les activités de soins et de prévention
- Veiller à l'accessibilité financière, géographique de la promotion de la santé via des services de proximité.
- Développer des actions dans les milieux de vie.

4.2. Pérenniser l'offre de promotion de la santé

¹⁰ « La réduction des inégalités sociales de santé », Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS), avril 2011, P 10

Nous bénéficions en cela de l'ancienneté de l'able : si le maintien de la fréquence des participants et leur renouvellement est un travail de chaque instant, la pérennité de l'infrastructure participe à nous maintenir dans un cercle vertueux du point de vue de la fréquentation et de la mixité des publics ; le bouche à oreille participe d'ailleurs de ces outils efficaces liés à l'ancienneté d'une association comme la nôtre. ¹¹

La pérennisation est une condition nécessaire au maintien de l'universalité de l'offre tout comme à son accessibilité. La pérennisation de l'offre en promotion de la santé est également cruciale.

Garantir des programmes, services et offres de promotion de la santé pérennes permettant de construire et de maintenir le lien avec les usagers, assurant la présence à long terme de professionnels. Compétents et reconnus.

4.3. Communiquer sur l'offre de santé

Mais pour rendre la prévention accessible à toute la population et éviter que des sous groupes sociaux ne soient pas informés de leur droit à y accéder, le programme doit veiller à développer des stratégies de communication vers les publics peu ou pas lettrés, de langue étrangère, peu familier avec le français. Ces stratégies doivent éviter la stigmatisation d'une population analphabète et donc utiliser des méthodes participatives de construction d'outils. De plus, les outils d'information ainsi élaborés, tout en étant ciblés sur ce public peu lettré sont également utiles à un public plus général.

Adaptation à notre public de nos modes de communication :

1. Recours à la communication verbale si nécessaire pour les anamnèses, autorisations diverses, conseils (par téléphone),
2. Mise au point de formulaires explicatifs simples et explicites (support de dessins)
3. Invitation des parents à participer à une des activités au moins d'un projet-santé mené dans l'école.

Depuis 10 ans, le Centre local de promotion de la santé a mis en place une dynamique de concertation des professionnels de l'arrondissement de Liège qui vise à mettre en évidence des besoins, des enjeux et des pistes de travail pour faire face aux inégalités de santé.

La diversification des modes et formes de communication a pour but non seulement d'adapter l'offre de services elle-même mais aussi de faire connaître cette offre, d'en assurer la visibilité en particulier pour les activités de promotion de la santé.

¹¹ « La réduction des inégalités sociales de santé », Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS), avril 2011, P 11

4.4. Accroître le dialogue entre les publics et les professionnels

Cela peut impliquer de notre part la création de dynamiques/projets locaux qui augmentent (en les adaptant aux spécificités du public) l'offre d'espaces/lieux où les habitants/jeunes d'un quartier par exemple, peuvent se retrouver autour de la santé/du bien-être/de préoccupations éducatives, être en contact avec les ressources des habitants ou de professionnels locaux.

Dans le cadre de la commission santé de C., un des projets portés par notre association, nous mettons en contact les habitants et des professionnels qui n'ont pas d'occasion, de contexte pour se rencontrer (chercheurs, politiques, etc.) ou si c'est le cas, pour certains corps de métiers.

Pour adapter leurs interventions à des publics diversifiés échelonnés le long du gradient social, il faut encourager les professionnels à construire un dialogue avec les usagers. Seul ce dialogue construit en individuel et en collectif permettra de poser les bases d'une meilleure adaptation des services et offres de santé (promotion de la santé, prévention, soins).

De façon complémentaire, il faut favoriser et soutenir les usagers dans leurs contacts avec les professionnels de santé.¹²

4.5. Renforcer les compétences des professionnels

Le projet vise à aider les professionnels, œuvrant spécifiquement ou non en petite enfance, à participer à la réduction des inégalités de santé sur leur territoire, en documentant mieux la question des inégalités de santé et des mécanismes d'action, pour mieux prendre en compte ces réalités, leviers et ressources des inégalités de santé, et adapter leurs actions en vue d'une réduction des inégalités de santé.¹³

Il vise à dégager et communiquer un ensemble de pistes méthodologiques pouvant aider les professionnels à adapter leurs pratiques pour prendre en compte les inégalités de santé sur leur territoire. Il s'agit de proposer un recueil de ressources et de points de repères qui permettront au professionnel qui le souhaite de s'inspirer en partie, de confronter ou compléter ses idées, méthodes, pratiques...

Développer les compétences des professionnels pour mener des projets de promotion de la santé auprès de personnes en situation de précarité ; participer à la construction de nouveaux

¹² « La réduction des inégalités sociales de santé », Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS), avril 2011, P 12

¹³ Idem P 13

savoirs et pratiques spécifiques à la promotion de la santé des publics en situation de précarité.

L'intégration des stratégies de réduction des inégalités de santé dans les pratiques professionnelles nécessite de renforcer les compétences des professionnels. Ceux-ci doivent notamment être capables de :

- Analyser les mécanismes de production des inégalités de santé ;
- Développer un travail intersectoriel en réseau ;
- Identifier les stratégies les plus porteuses en terme de réduction des inégalités de santé ;
- Adapter et utiliser des méthodes, des ressources et des outils aux défis posés par la réduction des inégalités de santé ;
- S'adapter à des publics de profils variés, échelonnés le long du gradient social et plus particulièrement aux personnes en situation de précarité.

5. Résultats de quelques études en inégalité de santé

Dans ce sens, nous pouvons citer la contribution de :

- Adam Wagstaff dans son étude sur « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé ». Une étude qui révèle un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté.

Dans son étude, l'auteur expose les faits concernant les inégalités de santé entre pauvres et non-pauvres et les conséquences des dépenses de santé sur l'appauvrissement et les inégalités de revenus. Il fait succinctement le point de ce que l'on sait de l'origine des inégalités ainsi que de l'efficacité des politiques destinées à les combattre (telles que les caractéristiques d'éducation, de revenu, de localisation et de logement). Enfin, il soutient que l'on ne connaît pas assez l'impact de telles politiques, malgré la variété des techniques de mesure et l'abondance des données sur l'étendue des inégalités et sur leurs causes.¹⁴

En conclusion trois points méritent d'être soulignés :

- Premièrement, on sait beaucoup de choses de l'ampleur des inégalités face à la santé entre pauvres et non-pauvres dans les pays en développement, et l'on a une certaine connaissance des inégalités en matière de déterminants de la santé. Le plus frappant, à cet

¹⁴ A. WAGSTAFF, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N° 7, 2002.

égard, est l'incapacité dans laquelle se trouvent les systèmes de soins financés par l'Etat d'atteindre les pauvres dans tous les pays en développement, question qui mérite que les gouvernements et les organismes d'aide y réfléchissent sérieusement.

- Deuxièmement, on sait trop peu de choses de l'importance relative des inégalités en matière de déterminants de la santé et d'utilisation des services de santé.

Ce que l'on sait incite à penser que les inégalités face à la santé, et très vraisemblablement en matière d'utilisation des services, traduit des inégalités dans des variables qui interviennent aux niveaux des individus et des ménages, telles que les caractéristiques d'éducation, de revenu, de localisation et de logement.

Cela tend à montrer que les politiques qui s'attaquent aux inégalités dans le secteur de la santé devraient viser à réduire à la fois les inégalités sur le plan de la qualité et de la disponibilité des services de santé, par exemple (du côté de l'offre), et les inégalités en matière de revenu, de savoir (notamment dans le domaine de la santé), d'accessibilité des services de santé, d'alimentation en eau potable, de conditions d'assainissement, etc. (du côté de la demande). Il faut que les ministères de la santé collaborent plus étroitement avec d'autres ministères, mais aussi qu'ils prennent un peu plus de hauteur, par exemple en étudiant d'autres méthodes de prestation des soins permettant d'atteindre les pauvres et en trouvant de meilleurs moyens d'enrichir la connaissance que les pauvres ont des comportements propices à la santé.

- Troisièmement, on n'en sait pas assez de l'impact des programmes et des politiques axés sur les inégalités dans le secteur de la santé. Nous en savons sans aucun doute trop peu sur les meilleurs moyens d'atteindre les pauvres. Pour combler cette lacune, davantage de travaux s'imposent dans le droit-fil des études dont il vient d'être question sur les inégalités dans le secteur de la santé et la politique des pouvoirs publics.

➤ D. Doumont, C. Feulien, dans leur étude « En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention », Septembre 2010

D. Doumont et C. Feulien considèrent « Les inégalités de santé sont le fruit de l'injustice sociale qui tue à grande échelle, les réduire est un impératif éthique ».¹⁵

Et la réduction des inégalités de santé devient d'ailleurs progressivement une question

¹⁵ D. DOUMONT, C. FEULIEN, « En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention », UCL-RESO Dossier technique 10-61, septembre 2010

« Politique » pour de nombreux pays.

Cette étude technique est composée de deux parties, la première s'attachera à définir les différents concepts recouverts par la thématique des inégalités de santé et à expliciter les raisons de la perpétuation de celles-ci. Elle dressera ensuite un inventaire non exhaustif des programmes mis en place en Belgique, et dans trois pays avoisinants : les Pays-Bas, la Suède et l'Angleterre.

La seconde sera ensuite consacrée aux actions locales de terrain mises en place en Communauté française, ayant pour objectif la réduction des inégalités de santé.

En conclusion ; Dans de nombreux pays européens, les inégalités de santé subsistent, voire même pour certains, augmentent. Plusieurs d'entre eux toutefois, comme les Pays-Bas, l'Angleterre et la Suède se sont déjà dotés « d'une politique de réduction des inégalités de santé ».

L'Angleterre semble quelque peu se distancier par rapport aux deux autres pays précédemment cités. En effet, ce pays a non seulement été l'un des premiers à marquer son intention politique de lutter contre les inégalités de santé (Health inequalities : an action report, 1999), mais il a aussi rapidement défini des objectifs quantifiés (d'abord généraux puis intermédiaires) et développé des indicateurs précis. Des stratégies d'intervention adaptées ont été élaborées et menées tant à un niveau national qu'à un niveau plus loco-régional en impliquant/ favorisant de nombreux partenariats et donc une multiplicité d'acteurs. Il s'agit notamment d'agir sur les déterminants sociaux de santé, de prendre en compte les structures de soins de première ligne et d'améliorer l'accessibilité aux soins.

De plus, un programme d'action transversal de lutte contre les inégalités de santé (Tackling Health Inequalities : A Programme for Action, 2003) a déjà fait l'objet d'un rapport d'évaluation. Autant de stratégies répondant aux normes de promotion de la santé !

Quels enseignements pour l'élaboration de telle(s) politique(s) en Belgique ?

A la lecture des expériences anglaises, suédoises et néerlandaises, quelques constantes apparaissent :

- le développement de recherches et donc de connaissances est indispensable pour soulever le débat et donc l'intérêt auprès des autorités politiques ;
- il y a un consensus politique sur le caractère intolérable de l'existence de telles inégalités dans nos pays (développés) ;

- il faut s'atteler au développement de stratégies d'intervention pertinentes et cohérentes, avec l'élaboration d'objectifs clairs et précis ;
- l'implication et le soutien de tous les niveaux d'action et de pouvoirs sont indispensables ;
- enfin, il faut poursuivre d'autres recherches et travaux concernant l'efficacité des interventions et des politiques mises en œuvre dans la lutte contre les inégalités de santé.

En Belgique, force est de constater que si à l'heure actuelle, on possède de nombreuses données chiffrées concernant les inégalités de santé, les « mécanismes producteurs » de celles-ci ne sont pas encore tout à fait maîtrisés et aucun consensus n'existe quant à la manière d'agir.

Il est toutefois évident, à la lecture des nombreuses références qui constituent le présent dossier, que la lutte contre les inégalités de santé n'échoit pas seulement au secteur de promotion de la santé. Il est de la responsabilité de tous, tant à l'échelon national, régional que communautaire (ministères, partenaires sociaux, prestataires de soins, secteur de l'enseignement, mouvements associatifs, etc.) de mettre en place un plan d'actions coordonné pour lutter contre les inégalités de santé, comme l'expérience positive de nos voisins devrait nous y encourager.

- Caroline Berchet et Florence Jusot, dans leur étude sur les inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition.¹⁶

Cet article étudie la contribution du capital social à l'explication des différences d'état de santé entre la population immigrée et la population native en France à partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) menée en 2006 et 2008.

Méthodologie et résultats

L'objectif de cette étude était d'étudier les inégalités sociales de santé observées entre la population française et la population immigrée en France et d'analyser, à l'aide d'une méthode de décomposition, la contribution relative des déterminants sociaux de la santé à la différence de santé existante entre ces deux sous-populations.

Conformément aux études précédentes (Attias-Donfut et Tessier, 2005 ; Lert *et*

¹⁶ Caroline Berchet et Florence Jusot, « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition »

Al. 2007 ; Jusot *et al.* 2009), les résultats confirment que les personnes immigrées de première et de seconde générations sont en plus mauvais état de santé que la population française, la différence d'état de santé entre les deux populations s'élevant à 6 points de pourcentage. Selon la méthodologie proposée par Fairlie, 39 % de cette différence sont attribuables à la différence de distribution des caractéristiques observables entre les deux populations. Parmi l'ensemble des caractéristiques considérées, le capital social joue un rôle important aux cotés des conditions socio-économiques.

Ainsi, les différences d'accès au capital social entre les deux populations expliquent environ 54 % de la différence de santé attribuable aux caractéristiques observables.

Nos résultats confirment, par conséquent, l'importance du capital social dans la détermination de l'état de santé perçu des populations comme le suggère la littérature (Sirven, 2006 ; Folland, 2007 ; Jusot *et al.*, 2008).

L'analyse montre également que le différentiel d'état de santé entre la population immigrée et la population native est largement expliqué par des différences de revenu et de profession.

La différence de santé qui n'est pas expliquée par la différence des caractéristiques observables représente la part attribuable à des différences de coefficients estimés. Ainsi, environ 61 % de la différence totale de santé observée entre les deux populations est due à un effet différent des caractéristiques observables. L'analyse des déterminants de la santé menée sur chaque sous-population confirme que les conditions socio-économiques et le capital social n'exercent pas la même influence sur les deux populations considérées.

L'éducation, le statut d'occupation ou le revenu influencent plus fortement l'état de santé des populations immigrées que celui de la population française. Les effets plus importants des conditions socioéconomiques sur l'état de santé observés au sein de la population immigrée que dans la population française peuvent alors suggérer l'existence de discriminations envers la population immigrée résidant en France. Une autre explication peut être la moindre transférabilité du capital humain accumulé à l'étranger qui expliquerait un effet plus important de l'éducation sur la santé.

À l'inverse, le capital social exerce un impact plus important sur la déclaration d'un bon état de santé au sein de la population française. En comparaison au soutien social, l'engagement civique apparaît comme moins pertinent pour l'explication de l'état de santé perçu de la population immigrée. Au regard de ce résultat, il est probable que l'engagement civique des immigrés soit différent de celui des français. Il se peut, par ailleurs, que la diffusion d'information ou le soutien émotionnel induit par la participation sociale ne soient pas

identiques selon la population considérée, suggérant des conséquences différentes sur l'état de santé perçu.

Ainsi, cette analyse confirme les résultats de l'estimation basée sur la méthodologie de Fairlie qui montre l'importante part de la différence de santé totale attribuable aux effets des caractéristiques ou aux coefficients estimés. Il est, par ailleurs, envisageable que cette forte différence de santé soit le résultat de variables omises dans l'analyse telles que les déterminants liés à l'histoire de la migration.

En effet, la durée de résidence, le pays d'origine, la maîtrise de la langue ou encore les habitudes culturelles ne sont pas introduits dans notre analyse alors que ces déterminants exercent une influence importante sur l'état de santé des immigrants (Khlat et Courbage, 1995 ; Attias-Donffut et Tessier, 2005 ; Lert, Melchior et Ville, 2007). De plus, la différence attribuable aux coefficients estimés peut être liée à une différence dans la compréhension de notre variable d'état de santé perçu.

Conclusion

Pour combattre les inégalités de santé il faut commencer par les mesures ou les apprécie, parmi les outils statistiques développés, les plus communs et utilisés, la courbe cumulative, la courbe de Lorenz et l'indice de Gini.

Les stratégies de réduction de la pauvreté jouent aujourd'hui un rôle central dans l'aide financière et l'appui à la réforme des politiques économiques réalisées sous l'égide des pays en développement, notamment ceux considérés comme pauvres.

Ces stratégies s'articulent généralement autour de 4 piliers principaux qui participent directement ou indirectement à l'allègement de la pauvreté :¹⁷

- La création de richesses dans une logique de croissance inclusive.
- Un développement accéléré de l'accès aux services sociaux de base.
- Une action sur la vulnérabilité économique par la protection sociale et la gestion des risques
- Une gouvernance renouvelée et plus conforme à un management participatif et décentralisé.

¹⁷ Smahi Ahmed, « micro finance et pauvreté : Quantification de la relation sur la population de Tlemcen », Thèse de doctorat en Sciences économiques, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université de Tlemcen, 2009/2010.

Les systèmes de santé publique, à la fois source et solution des inégalités en matière de santé. Si les systèmes de santé contribuent au bien-être général, ils peuvent aussi favoriser les inégalités – tout en offrant par ailleurs un énorme potentiel d'amélioration. Pour que les inégalités en matière de santé diminuent, il faut que tout le monde – et plus particulièrement les groupes vulnérables comme les femmes et les enfants – aient facilement accès à des services acceptables et de qualité.

La revue de quelques études des inégalités de santé montre que d'après Wagstaff, Premièrement, on sait beaucoup de choses de l'ampleur des inégalités face à la santé entre pauvres et non-pauvres dans les pays en développement, et l'on a une certaine connaissance des inégalités en matière de déterminants de la santé. Le plus frappant, à cet égard, est l'incapacité dans laquelle se trouvent les systèmes de soins financés par l'Etat d'atteindre les pauvres dans tous les pays en développement, question qui mérite que les gouvernements et les organismes d'aide y réfléchissent sérieusement.¹⁸

Deuxièmement, on sait trop peu de choses de l'importance relative des inégalités en matière de déterminants de la santé et d'utilisation des services de santé.

Ce que l'on sait incite à penser que les inégalités face à la santé, et très vraisemblablement en matière d'utilisation des services, traduit des inégalités dans des variables qui interviennent aux niveaux des individus et des ménages, telles que les caractéristiques d'éducation, de revenu, de localisation et de logement.

Troisièmement, on n'en sait pas assez de l'impact des programmes et des politiques axés sur les inégalités dans le secteur de la santé. Nous en savons sans aucun doute trop peu sur les meilleurs moyens d'atteindre les pauvres. Pour combler cette lacune, davantage de travaux s'imposent dans le droit-fil des études dont il vient d'être question sur les inégalités dans le secteur de la santé et la politique des pouvoirs publics.

¹⁸ A. WAGSTAFF, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N° 7, 2002.

Chapitre III

**Le calcul des inégalités de santé
Sur notre échantillon**

Introduction

Dans ce chapitre, il sera question d'exposer les résultats d'enquête sur les inégalités de la santé menée de notre échantillon dans la wilaya de Béjaïa. Il est composé de deux sections, la première section fera l'objet de la présentation et de la conception et le déroulement de l'enquête. La deuxième section tentera d'analyser les différents résultats obtenus à partir de notre enquête.

Section1 : La conception et le déroulement de l'enquête

Dans cette section, nous avons l'ambition de présenter notre enquête par son échantillon, son lieu de déroulement, sa durée, sa perception, son intérêt et ses objectifs ainsi que les axes fondamentaux des questions posées. Enfin, nous allons montrer les principales difficultés rencontrées sur le terrain.

1. Présentation de l'enquête

Notre enquête a été réalisée par un questionnaire auprès des ménages au niveau de certaines communes de la wilaya de Béjaïa. L'enquête s'est déroulée au niveau de la commune de Béjaïa et sur les villages des autres communes de la Wilaya de Béjaïa qui sont : AMIZOUR, BARBACHA, EL KSEUR, OUED GHIR, SIDI-AÏCH, SEMAOUN, BENI DJELLIL, AKBOU, TAZMALT, KHARATA et enfin, TIMEZRIT.

Les principaux axes de notre questionnaire d'enquête sont planifiés comme suit :

- **Caractéristiques de l'échantillon enquêtée** : il s'agit de l'information générales pour l'identification de l'enquêté ainsi que son établissement, cet axe comporte dans une description des enquêtés, l'objectif est de dégager le profil personnel de chaque interrogé (âge, le sexe), qui nous servira notamment au croisement de variables (Question n°01 à question n°08).
- **Emploi et revenu** : Le revenu étant l'un des déterminants des inégalités de santé, on tentera donc ici d'identifier la situation économique de chaque individu de notre échantillon, afin de la comparer à son niveau d'accès aux soins (Question n°09 à question n°17).
- **Consommation, accès aux soins et fréquentation** : qui nous permettra de déterminer le niveau d'accès des ménages aux soins et les facteurs influençant leurs choix (public vers privé ; généraliste vers spécialiste). Le but est de caractériser le rôle des facteurs financiers dans la demande de soins (Question n°18 à question n°32).

2. Objectifs de l'enquête

L'enquête a pour objectif de tenter d'évaluer les indicateurs suivants :

- d'étudier les liens existant au niveau individuel entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut socio-économique.
- Calculer les indicateurs d'inégalité de la santé en terme absolu et par apport a des caractéristiques socio-économiques comme le revenu.
- Des recherches sur les liens entre état de santé et emploi ou revenu.

3. Caractéristiques générales de l'enquête

Il s'agit d'une enquête devant rassembler les données sur l'information et les comportements des personnes qui rapport à l'accès aux différents soins de santé.

3.1. Collecte d'informations

La collecte d'information a été accomplie par nous-mêmes, Ainsi, certains questionnaires sont administrés en « face-à-face ». Nous avons choisi d'utiliser la méthode d'entretien direct avec le sujet, de façon à éviter toute ambiguïté dans les réponses des enquêtés et de minimiser la perte de questionnaires.

L'enquête à été lancée le 20 avril 2013 et a pris fin le 20 mai 2013 (01 mois). Elle a globalement bien acceptée et bien déroulée, exceptés certaines individu qu'ont pas répondu a certaines questions (tranche de revenu, état civil, profession).

Nous avons travaillé sur un échantillon de 200 personnes âgées de 15 ans et plus sélectionnées de manière aléatoire. Notre questionnaire est composé de deux parties :

La première contient 17 questions sur les caractéristiques générales ; la deuxième contient 15 questions sur la consommation, accès aux soins et fréquentations des établissements de santé.

3.2. Contrôle des questionnaires

Nous avons dû vérifier les questionnaires et notamment la cohérence des réponses, numéroter tous les documents d'enquête et relever les documents incomplets pour les compléter en se présentant pour la deuxième fois chez les personnes en question.

Le contrôle des questionnaires avait pour objectifs de vérifier les oublis ou les erreurs des personnes interrogées avec la cohérence des réponses fournies par ces derniers.

Une fois les vérifications terminées, les corrections possibles ont été apportées et les documents ont été classés.

3.3 Dépouillement

Le dépouillement de notre enquête a été informatisé en utilisant le logiciel sphinx plus et l'Excel 2007. Nous avons d'abord procédé à la saisie des données contenues dans les questionnaires, puis leur traitement afin d'aboutir aux différents résultats sous forme de tableaux et de figures.

En ce qui concerne les traitements statistiques qui sont réalisés pour mettre en évidence les informations fournies par l'étude, nous avons utilisé deux formes de tableaux dans le dépouillement, à savoir, la méthode de tri vectoriel (tri plat), puis la méthode de tri matriciel (tri croisé).

Dans un premier temps, nous avons réalisé des tris à plat des données, c'est-à-dire nous avons établi la distribution des fréquences pour toutes les variables sous forme de tableaux. Dans chaque tableau, nous avons calculé le nombre de réponses obtenues par chaque modalité figurant dans la question. Cette distribution des fréquences est absolue, relative et dans certains cas elle est cumulée. Le simple examen de ces tableaux va nous permettre de :

- Déterminer les erreurs d'enregistrement commises lors de la saisie informatique ;
- Dégager les principaux résultats de l'enquête ;
- Identifier les zones qui demandent une interprétation et celles demandant des analyses supplémentaires.

Par ailleurs, pour mieux expliquer certaines variables et rechercher des corrélations entre les indicateurs, nous avons réalisé des tris croisés pour prendre en considération l'influence d'une variable sur une autre. Nous avons, donc, vérifié l'existence de relations entre variables prises deux à deux, notamment entre variables explicatives (questions signalétiques) et celles à expliquer (comportement, attitudes, etc.).

4. Difficultés rencontrées

La réalisation d'un travail de master II sur les inégalités de santé en wilaya de Béjaïa est un projet intéressant mais difficile. Nous avons principalement rencontré quelques difficultés :

- ✓ D'abord, un manque flagrant de documentations relatives au thème ainsi que des données statistiques.
- ✓ Nous avons rencontré des cas similaires tout spécialement avec les personnes du sexe masculin.
- ✓ Durant notre enquête, nous avons interviewé quelques personnes dont le niveau d'instruction est bas ou nul. Elles ne pouvaient donc pas répondre à certaines questions.

Section2 : Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Dans cette section, nous avons tenté d'expliquer les données obtenues après traitement du questionnaire d'enquête à l'aide du logiciel SPSS et de l'Excel 2007.

Notre échantillon se compose de 200 personnes intéressé au problème les inégalités de santé, ainsi, dans ce point nous avons pour objectif de présenter des informations sur les principales variables caractérisant notre échantillon d'enquête.

1. Caractéristiques générales de l'échantillon enquêté

En effet, l'âge, le sexe, lieu de résidence, le niveau d'instruction, état de santé et la disposition d'enfants des enquêtés de notre échantillon sont déterminés aléatoirement dans l'enquête.

Tableau N° 4 : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, l'état civil et la disposition d'enfants

Caractéristiques		Effectif	%
Age	[15-25[	50	24
	[25-35[	77	38,5
	[35-45[	34	17
	[45-55[	20	10
	[55-65[	9	4,5
	>65	10	5
	Total	200	100
Sexe	Féminin	96	48
	Masculin	104	52
	Total	200	100
Lieu de résidence	Rural	71	35,5
	Urbain	129	64,5
	Total	200	100
Niveau d'instruction	Primaire	10	5
	Moyen	24	12
	Lycée	21	10,5
	Universitaire	127	63,5
	Sans instruction	18	9
	Total	200	100
État civil	Marié	87	43,5
	Divorcé	2	1
	Veuve	2	1
	Célibataire	109	54,5
	Total	200	100
Disposition d'enfants	Oui	63	35,5
	Non	129	64,5
	Total	200	100

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

La répartition de nos enquêtés par la tranche d'âge la plus intéressées est celle des [25-35[avec un pourcentage de 38,5%.48% d'entre eux ont été interrogés du sexe féminin et 52% du sexe masculin.

Ainsi, par le lieu de résidence 35,5% des enquêtés sont dans le lieu rural contre 64,5% dans le lieu urbain.

De plus, la supériorité signifiante du niveau d'instruction des enquêtés au niveau universitaire (63,5%) ce qui veut peut s'expliquer par le fait que la plupart de ceux qui ont accepté de répondre a notre questionnaire sont des étudiants ou des diplômés.

L'état civil, 54,5% des enquêtés sont des célibataires.

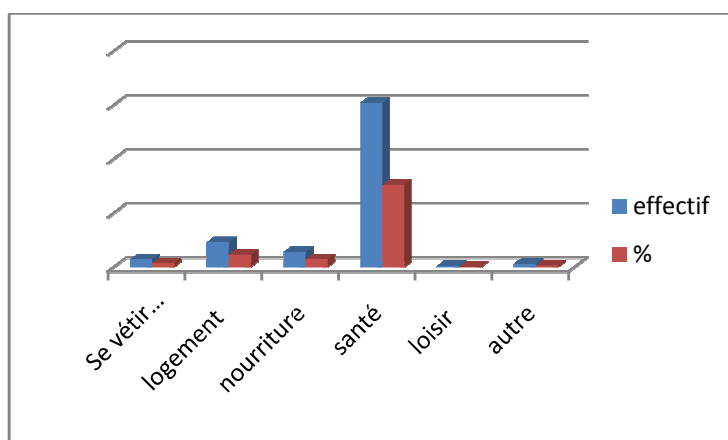
Cependant, 35,5% des réponses oui et 64,5% des réponses non pour la disposition d'enfants
Le tableau n°1 résume les principales caractéristiques générales de notre échantillon.

Tableau n° 5 : Répartition des enquêtés selon les priorités de leur besoins

Besoins	effectif	%
Se vêtir (vêtement)	7	3,5
Logement	23	11,5
Nourriture	14	7
Santé	152	76
Loisirs	1	0,5
Autre	3	1,5
Total	200	100

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 5 : Répartition des enquêtés selon les priorités de leur besoins



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

La liaison entre la priorité des besoins des enquêtes, nous avons demandé aux enquêtés de classer les besoins selon un ordre croissant de leur priorité. Les résultats du tableau n°2 qui, nous montrent que les priorités des besoins sont prédominées en première position par la santé qui constitue 76% de notre échantillon. En deuxième la priorité de logement (11,5%). La nourriture occupe la troisième priorité de notre échantillon (7%). Se vêtir (vêtement) occupent la quatrième priorité de notre échantillon (3,5%). Les autres besoins occupent la cinquième position de notre échantillon (1,5%), ils sont précisés: l'étude, les voitures, le

travail, la famille...etc. Enfin, loisirs (0,5%) qui présentent de résultats significatifs suite à son petit nombre.

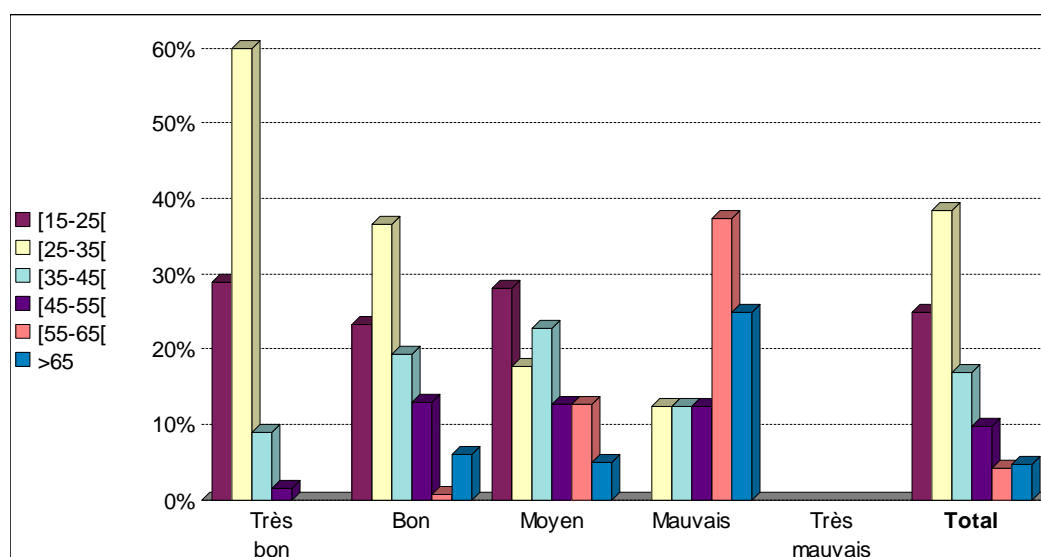
2. La répartition des enquêtés selon l'état de santé

Tableau n° 6 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon la tranche d'âge

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
[15-25[	16	29,1%	23	23,5%	11	28,2%	0	0,0%	0	0,0%	50	25%
[25-35[	33	60%	36	36,8%	7	17,9%	1	12,5%	0	0,0%	77	38,5%
[35-45[	5	9%	19	19,4%	9	23,1%	1	12,5%	0	0,0%	34	17%
[45-55[	1	1,8%	13	13,5%	5	12,8%	1	12,5%	0	0,0%	20	10%
[55-65[	0	0,0%	1	1,1%	5	12,8%	3	37,5%	0	0,0%	9	4,5%
>65	0	0,0%	6	6,1%	2	5,1%	2	25%	0	0,0%	10	5%
Total	55	100%	98	100%	39	100%	8	100%	0	0,0%	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 6 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon la tranche d'âge



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Pour déclarer l'état de santé de notre échantillon par rapport à l'âge, nous avons demandé aux enquêtés de préciser leur état de santé et leur âge dans le tableau n°6. Qui nous

a donné les résultats suivants : 27,5% en très bonne santé, 49% en bonne santé, 19,5% en état de santé moyenne et 4% qui sont en mauvaise santé.

L'état de santé est déclaré très bon à 42,5% dans la tranche d'âge [25-35[, et aussi dans la même tranche d'âge, 36% se déclarent dans un état de santé bon.

22% de la tranche d'âge [15-25[se déclarent dans un état de santé moyen.

33,3% de la tranche d'âge [55-65 [se déclarent en mauvaise état de santé, ce taux baisse a 20% pour la tranche d'âge de > 60ans.

On peut conclure que :

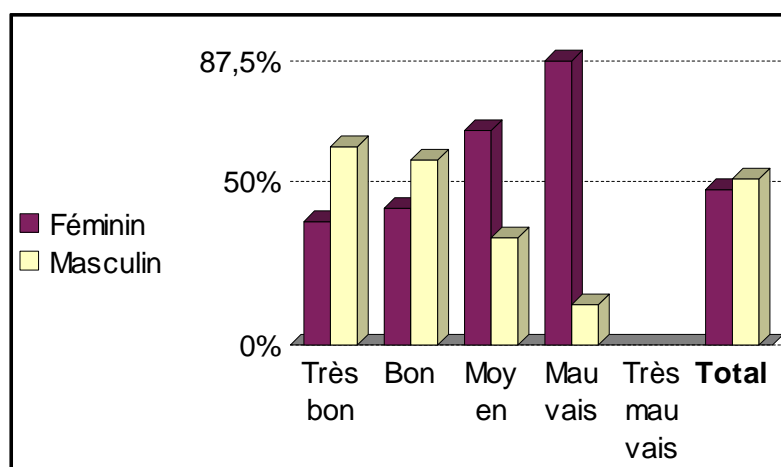
- Les personnes qui se déclarent le plus en bon et très bon état de santé situent dans la tranche d'âge [25-35[.
- La tranche d'âge [55-65 [et > 65 ans, se déclarent le plus en mauvaise état de santé.

Tableau n° 7 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le sexe

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Féminin	21	38,2%	42	42,8%	26	66,7%	7	87,5%	0	0,0%	96	48%
Masculin	34	61,8%	56	57,2%	13	33,3%	1	12,5%	0	0,0%	104	52%
Total	55	100%	98	100%	39	100%	8	100%	0	100%	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 7 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le sexe



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau n° 7 montre que 53,8% des hommes se disent en bon état de santé contre 43,8% pour les femmes.

32,7% des hommes se disent en très bon état de santé contre 21,9% pour les femmes.

7,3% des femmes se disent en mauvais état de santé contre 1% pour les hommes.

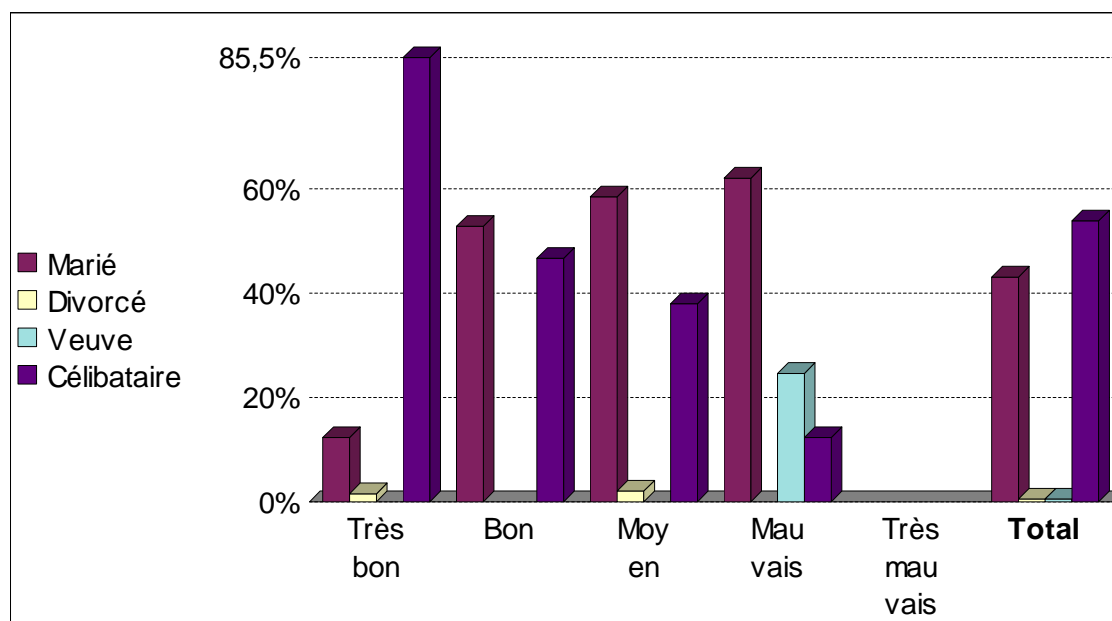
On peut conclure que les femmes déclarent toujours un plus mauvais état de santé par rapport aux hommes.

Tableau n° 8 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon l'état civil

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Marié	7	12,7%	52	53,1%	23	59%	5	62,5%	0	0,0%	87	43,5%
Divorcé	1	1,8%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	1%
Veuve	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	25%	0	0,0%	2	1%
Célibataire	47	85,5%	46	46,9%	15	38,5%	1	12,5%	0	0,0%	109	54,5%
Total	55	100%	98	100%	39	100%	8	100%	0	0,0%	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 8 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon l'état civil



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N° 8 montre que 59,8 des personnes mariées se disent en bon état de santé, 50% des personnes divorcés se disent en état de santé moyen.

42,2% des célibataires se disent en bon état de santé et 43,1% en très bon état de santé.

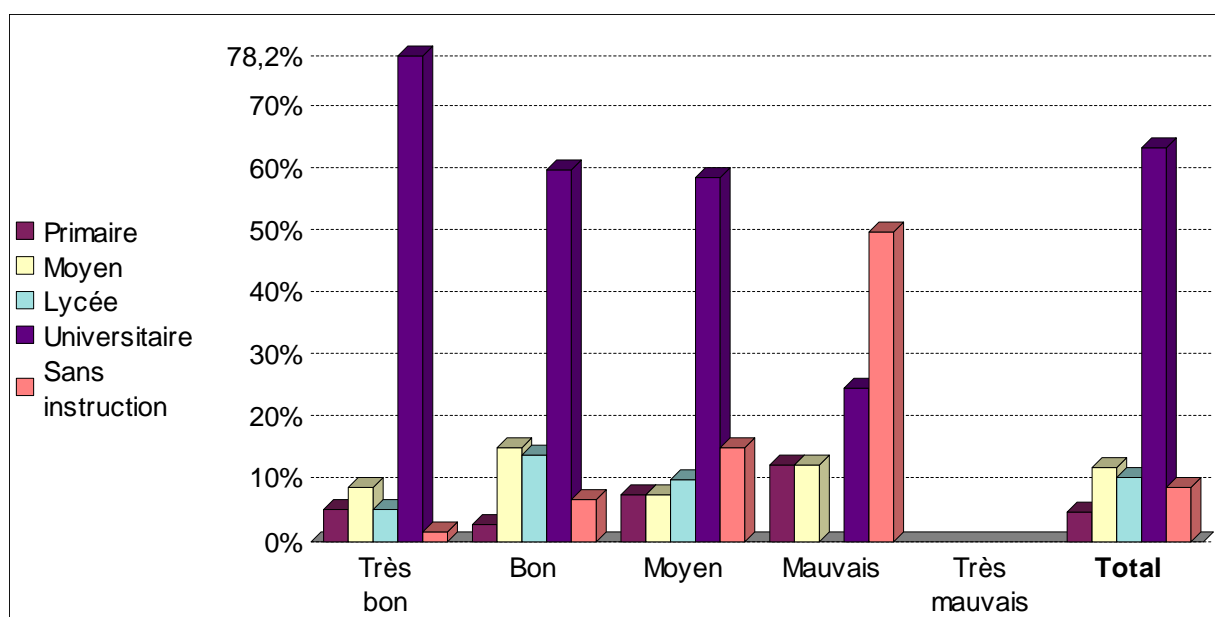
On peut conclure que les personnes mariées déclarent plus un bon état de santé.

Tableau n° 9 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le niveau d'instruction

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Sans instruction	1	1,8%	7	7,1%	6	14,4%	4	50%	0	0,0%	18	9%
Primaire	3	5,4%	3	3,1%	3	7,7%	1	12,5%	0	0,0%	10	5%
Moyen	5	9,1%	15	15,3%	3	7,7%	1	12,5%	0	0,0%	24	12%
Lycée	3	5,4%	14	14,3%	4	10,2%	0	0,0%	0	0,0%	21	10,5%
Universitaire	43	78,2%	59	60,2%	23	59%	2	25%	0	0,0%	127	63,5%
Total	55	100%	98	100%	39	100%	8	100%	0	0,0%	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 9 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le niveau d'instruction



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N° 9 montre que 30% des personnes dont le niveau d'instruction est le primaire se disent en bon état de santé.

62,5% des personnes dont le niveau d'instruction est le moyen se disent en bon état de santé.

66,7% des personnes dont le niveau d'instruction est le lycée se disent en bon état de santé.

46,5% des personnes dont le niveau d'instruction est universitaire se disent en bon état de santé et 20,8% se disent en très bon état de santé.

22,2% des personnes ayant déclaré un mauvais état de santé sont sans instruction.

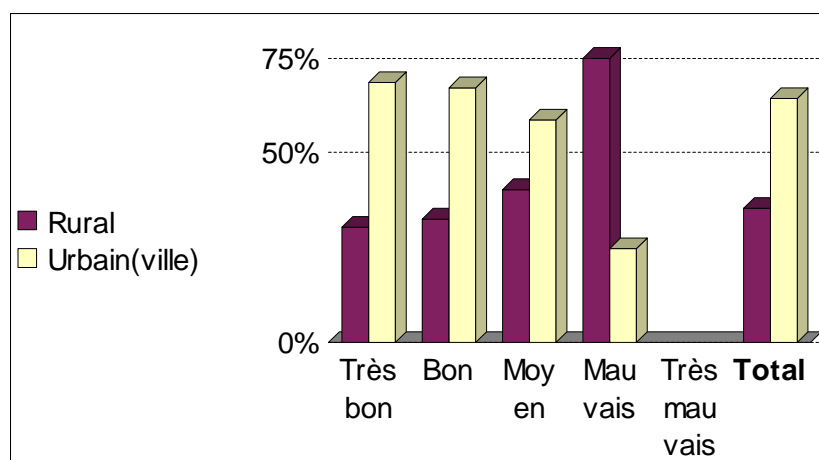
Donc on peut dire que le niveaux d'instruction a un impact sur l'état de santé.

Tableau n° 10 : Répartition des enquêtés par le lieu de résidence, selon l'état de santé

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Rural	17	30,9%	32	32,6%	16	41%	6	75%	0	0,0%	71	35,5%
Urbain (ville)	38	69,1%	66	67,4%	23	59%	2	25%	0	0,0%	129	64,5%
Total	55	100%	98	100%	39	100%	8	100%	0	0,0%	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 10 : Répartition des enquêtés par le lieu de résidence, selon l'état de santé



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N° 10 montre que : 45,1% des ruraux se déclarent en bon état de santé contre 51,2% d'urbains qui déclarent le même état de santé.

8,5% des ruraux se déclarent en mauvais état de santé contre 1,6% d'urbains.

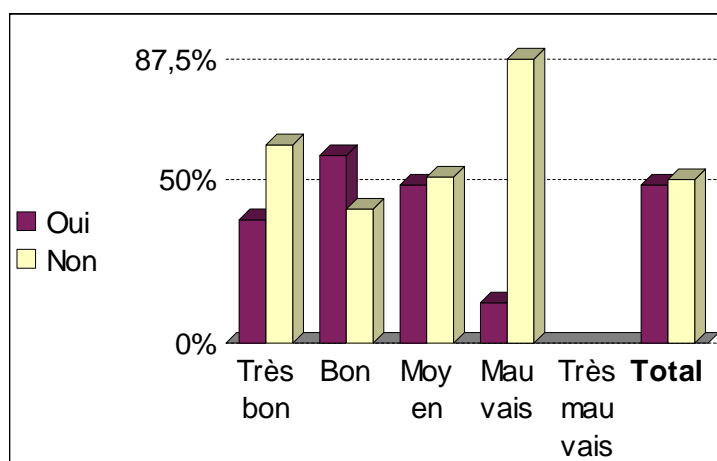
8,5% de ruraux se disent en mauvais état de santé contre 1,6% d'urbains. On peut conclure que les ruraux déclarent un plus mauvais état de santé que les urbains. Et cela on peut l'expliquer par la disponibilité des moyennes de soins et les services de santé.

Tableau n° 11 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le fait d'exercer une profession

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Oui	21	38,2%	57	58,2%	19	48,7%	1	12,5%	0	0,0%	98	49%
Non	34	61,8%	41	41,8%	20	51,3%	7	87,5%	0	0,0%	102	51%
Total	55	100%	98	100%	39	100%	8	100%	0	0,0%	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 11 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le fait d'exercer une profession



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Tableau N° 11 montre que 58,2 % des personnes qui travaillent se déclarent en bon état de santé contre 40,2% des personnes au chômage.

14,3% des personnes qui travaillent déclarent un mauvais état de santé contre 6,9% des personnes au chômage.

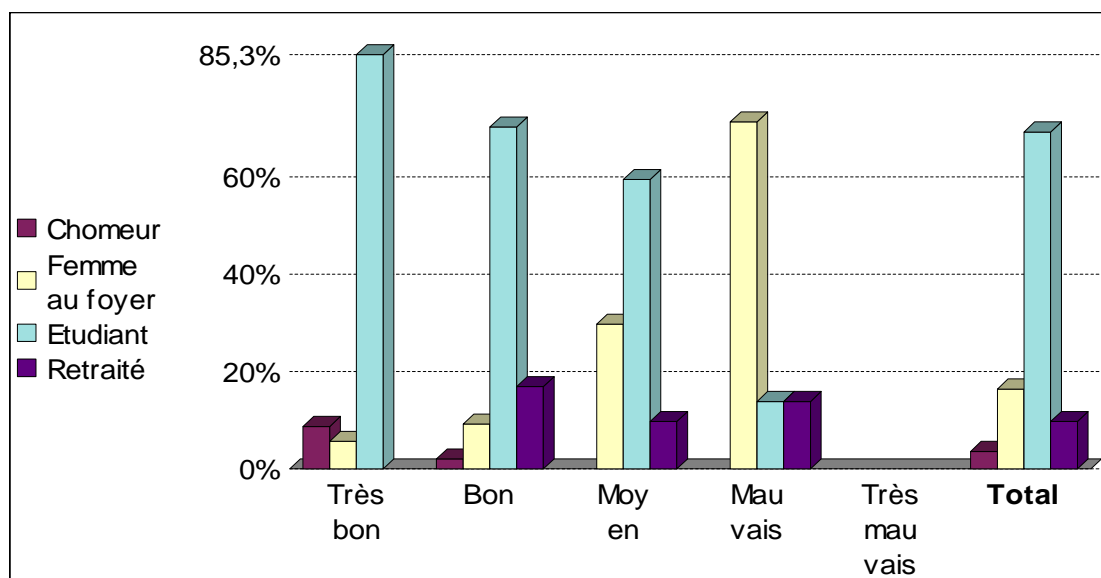
Donc on peut dire que les personnes qui travaillent déclarent le plus en bon état de santé.

Tableau n° 12 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon la composante socioprofessionnelle

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Chômeur	3	8,8%	1	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	3,9%
Femme au foyer	2	6,9%	4	9,8%	6	30%	5	71,4%	0	0,0%	17	16,7%
Etudiant	29	85,3%	29	70,8%	12	60%	1	14,3%	0	0,0%	71	69,6%
Retraité	0	0,0%	7	17%	2	10%	1	14,3%	0	0,0%	10	9,8%
Total	34	100%	41	100%	20	100%	7	100%	0	0,0%	102	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 12 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon la composante socioprofessionnelle



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N° 12 montre que 75% des chômeurs se disent en très bon état de santé.

40,8% des étudiants se disent en très bon état de santé.

35,3% des femmes au foyer se disent en moyen état de santé.

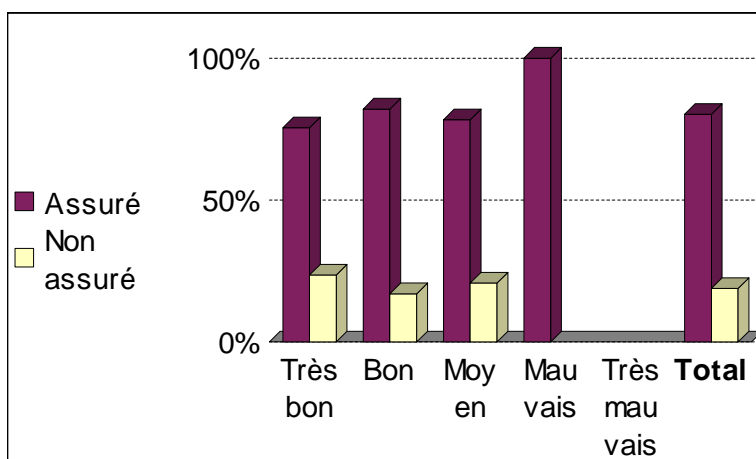
10% des retraités se disent en mauvais état de santé.

Tableau n° 13 : Répartition des enquêtés par l'assurance de leur activité, selon l'état de santé

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Assuré	16	76,2%	47	82,4%	15	78,9%	1	100%	0	0,0%	79	80,6%
Non assuré	5	23,8%	10	17,6%	4	21,1%	0	0,0%	0	0,0%	19	19,4%
Total	21	100%	57	100%	19	100%	1	100%	0	0,0%	98	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 13: Répartition des enquêtés par l'assurance de leur activité, selon l'état de santé



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau n° 13 nous montre que : 82,4% des assurés déclarent en bon état de santé contre 17,6% pour les non assurés. Donc on remarque que les assurés déclarent le plus en bon état de santé, et cela explique l'importance de l'assurance pour la santé.

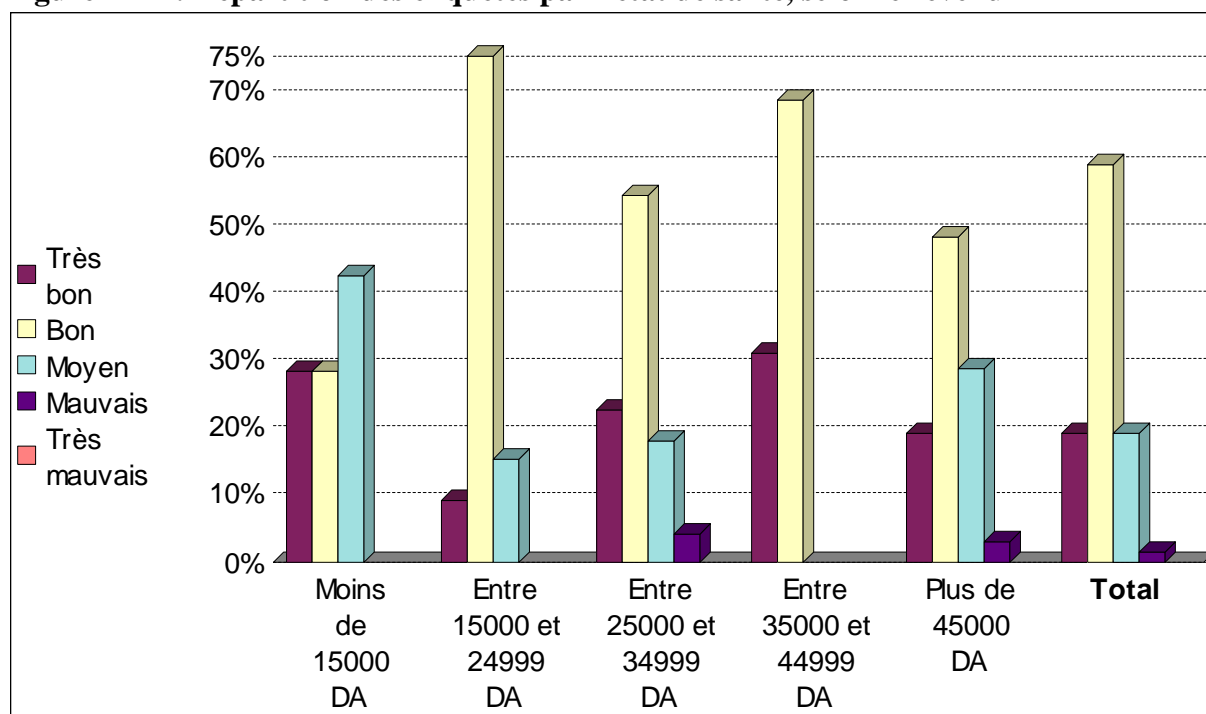
3. La répartition des enquêtés selon le revenu

Tableau n° 14 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le revenu

	Très bon		Bon		Moyen		Mauvais		Très mauvais		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Moins de 15000 DA	2	28,6%	2	28,6%	3	42,9%	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%
Entre 15000 et 24999 DA	3	9,4%	24	75,0%	5	15,6%	0	0,0%	0	0,0%	32	100,0%
Entre 25000 et 34999 DA	5	22,7%	12	54,5%	4	18,2%	1	4,5%	0	0,0%	22	100,0%
Entre 35000 et 44999 DA	5	31,3%	11	68,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	100,0%
Plus de 45000 DA	6	19,4%	15	48,4%	9	29,0%	1	3,2%	0	0,0%	31	100,0%
Total	21	19,4%	64	59,3%	21	19,4%	2	1,9%	0	0,0%	108	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 14: Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le revenu



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N°14 montre que 42,9% des personnes qui touchent moins de 15000 DA déclarent un état de santé moyen.

48,4% des personnes qui touchent plus de 45000DA déclarent un état de santé bon.

75% des personnes qui touchent entre 15000DA et24999DAse disent en bon état de santé.

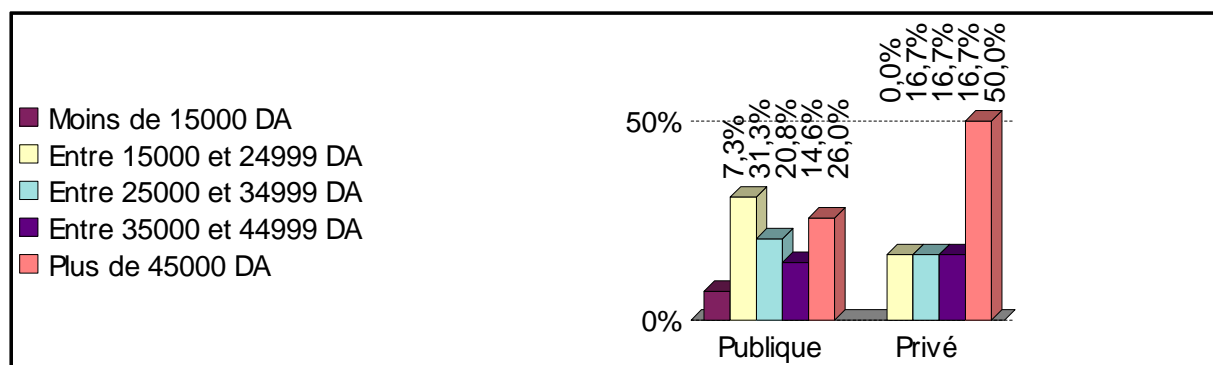
Donc on peut dire que les personnes qui touche un revenu élevé déclarent le plus un bon état de santé.

Tableau n° 15 : Répartition des enquêtés par la première destination en cas d'urgence, selon le revenu

Caractéristiques	Publique		Privé		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Moins de 15000 DA	7	7,3%	0	0,0%	7	6,5%
Entre 15000 et 24999 DA	29	31,3%	2	16,7%	31	29%
Entre 25000 et 34999 DA	20	20,8%	2	16,7%	22	20,5%
Entre 35000 et 44999 DA	14	14,6%	2	16,7%	16	15%
Plus de 45000 DA	25	26%	6	50%	31	29%
Total	95	100 %	12	100%	107	100%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n°15 : Répartition des enquêtés par la première destination en cas d'urgence, selon le revenu



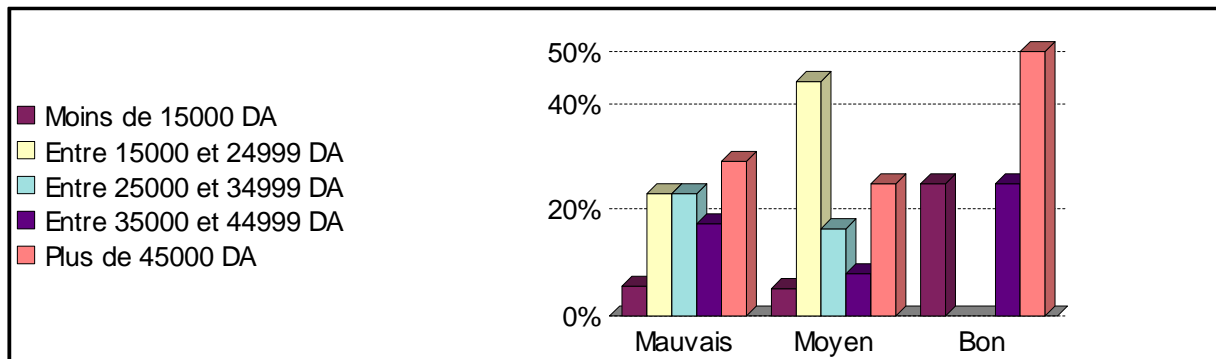
Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Quelque soit la tranche de revenu, on cas d'urgence la majorité (plus de 80%) recours au public, ce taux est de 100% pour ceux qui touchent moins de 15000DA. Le taux le plus élevé de cours au privé concerne les personnes qui touchent plus de 45000DA (19,4%).

Tableau n° 16 : Répartition des enquêtés par le jugement d'accès aux services de santé, selon le revenu

	Mauvais		Moyen		Bon		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Moins de 15000 DA	4	5,9%	2	5,5%	1	25%	7	6,5%
Entre 15000 et 24999 DA	16	23,5%	16	44,4%	0	0,0%	32	29,6%
Entre 25000 et 34999 DA	16	23,5%	6	16,7%	0	0,0%	22	20,4%
Entre 35000 et 44999 DA	12	17,6%	3	8,3%	1	25%	16	14,8%
Plus de 45000 DA	20	29,4%	9	25%	2	50%	31	28,7%
Total	68	100%	36	100%	4	100%	108	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 16 : Répartition des enquêtés par le jugement d'accès aux services de santé, selon le revenu

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N° 16 montre que quelque soit la tranche de revenu, 50% on plus trouve l'accès au service de santé mauvais.

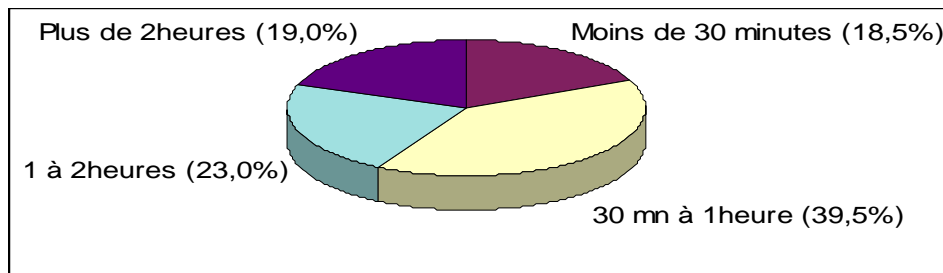
4. Consommation et accès aux soins

Tableau n° 17 : répartition des enquêtés selon le temps patienter avant d'être examiné dans la dernière consultation chez le secteur public

	effectif	%
Moins de 30 minutes	37	18,5%
30 mn à 1heure	79	39,5%
1 à 2heures	46	23,0%
Plus de 2heures	38	19,0%
Total	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n°17 : répartition des enquêtés selon le temps patienter avant d'être examiné dans la dernière consultation chez le secteur public



Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N°17 montre que :

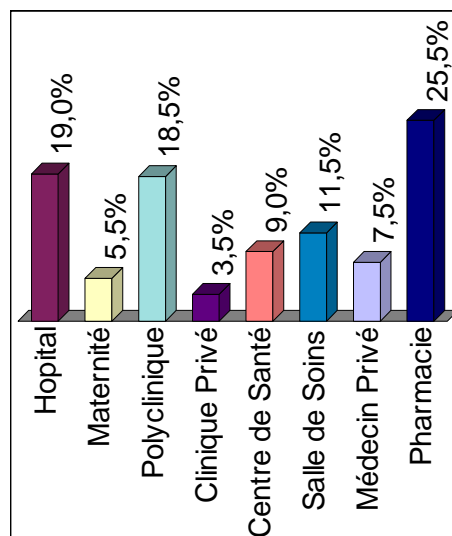
La durée d'attente de la majorité de la population situe entre (30min à 1heure)

18,5% population patiente moins de 30min et 39,5% entre 30 mn et 1h.

Tableau n°18 : Répartition des enquêtés selon la structure de santé la plus proche

	effectif	%
Hôpital	38	19,0%
Maternité	11	5,5%
Polyclinique	37	18,5%
Clinique Privé	7	3,5%
Centre de Santé	18	9,0%
Salle de Soins	23	11,5%
Médecin Privé	15	7,5%
Pharmacie	51	25,5%
Total	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 18 : Répartition des enquêtés selon la structure de santé la plus proche

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

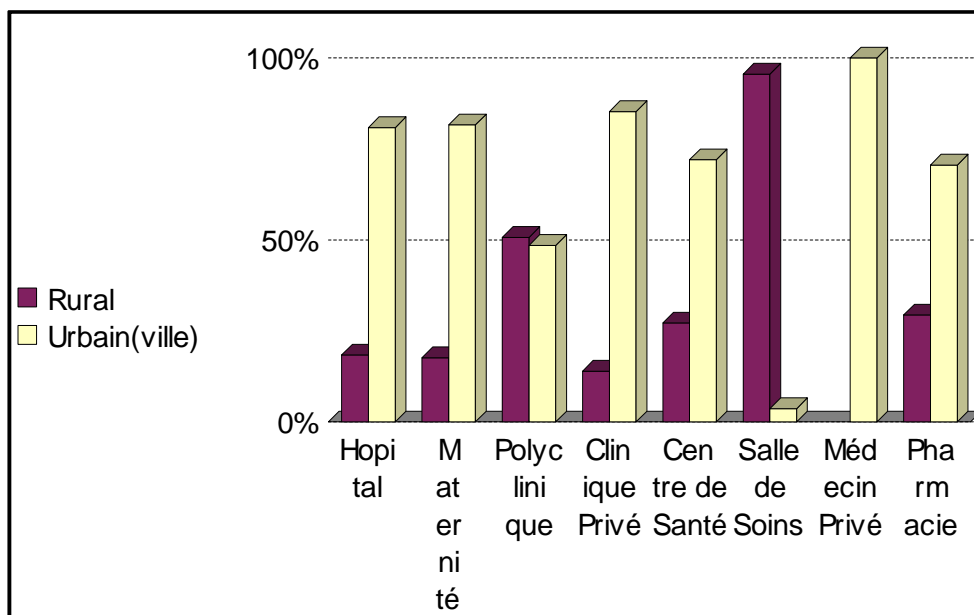
Le tableau N° 18 montre que La structure de santé la plus proche chez les individus qui ont répondu à notre enquête est la pharmacie (25,8%), et l'hôpital (19,2%).

Tableau n° 19 : Répartition des enquêtés par le lieu de résidence, selon la structure de santé la plus proche

	Rural		Urbain (ville)		Total	
	effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hôpital	7	18%	31	82%	38	19%
Maternité	2	18,2%	9	81,8%	11	5,5%
Polyclinique	19	51,3%	18	48,7%	37	18,5%
Clinique Privé	1	14,3%	6	85,7%	7	3,5%
Centre de Santé	5	27,8%	13	72,2%	18	9%
Salle de Soins	22	96%	1	4%	23	11,5%
Médecin Privé	0	0,0%	15	100%	15	7,5%
Pharmacie	15	21,1%	36	70,6%	51	25,5%
Total	71	35,5%	129	64,5%	200	100,0%

e

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Figure n° 19 : Répartition des enquêtés par le lieu de résidence, selon la structure de santé la plus proche

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N° 19 nous montre que la structure de soins la plus proche pour les ruraux est la salle de soins avec un taux de 96% et polyclinique avec un taux de 51,3%.

On remarque que presque toutes les structures de santé sont proche a les urbains et l'absence de secteur privé chez les ruraux (clinique privé 14,3%, médecin privé).

Tableau n° 20 : Répartition des enquêtés selon les soins renoncé pour des raisons financières

Type de soins	effectif	%
Dentier	10	23,2%
Auditifs	1	2,3%
Consultation, visite et soins de spécialiste	5	11,63%
Consultation, visite et soins de généraliste	0	0%
Radio et autre examen d'imagerie	2	4,65%
Médicament non remboursable	17	39,53%
Médicaments remboursables	0	0%
Kinésithérapie, massage	3	6,78%
Analyses de laboratoire	5	11,63%
Total	43	100%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

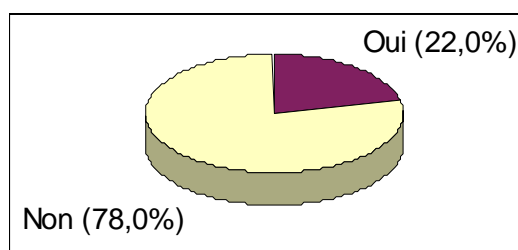
Le tableau n° 20 nous montre que parmi les 200 enquêtés on a que 43 personnes (21,5%) qui sont renoncé aux certains soins pour des raisons financières.

Les soins les plus renoncé par ses personnes pour des raisons financières sont les médicaments non remboursables (39,53%), les consultations, visite et soins de spécialiste et analyse de laboratoire (11,63%).

Tableau n° 21 : Répartition des enquêtés selon un suivi médical régulière

	effectif	%
Oui	44	22,0%
Non	156	78,0%
Total	200	100,0%

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

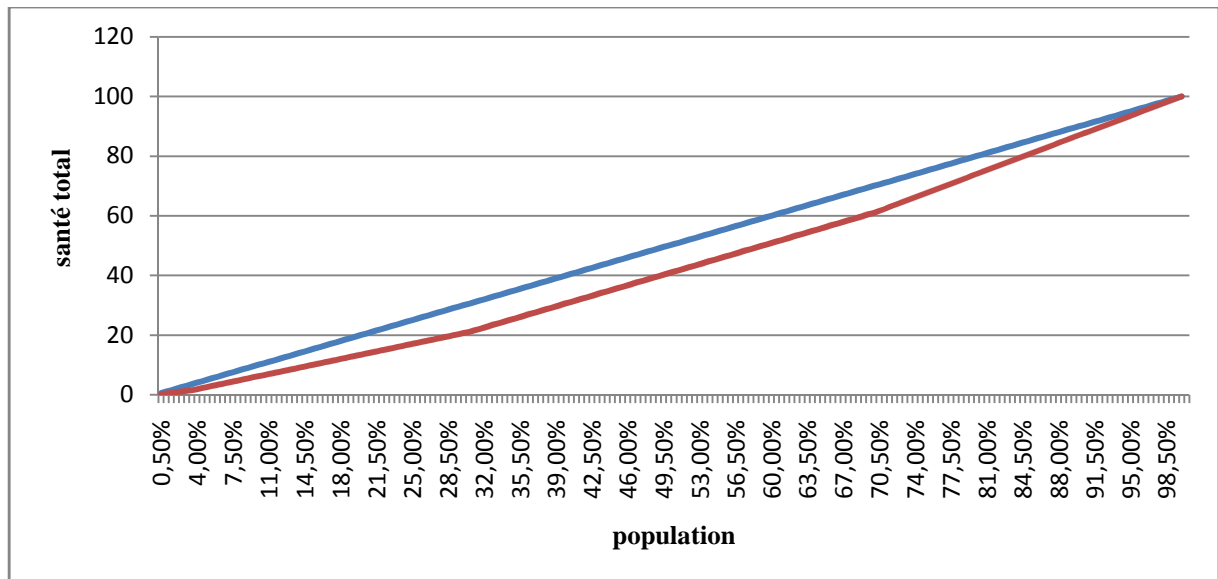
Figure n°20 : Répartition des enquêtés selon un suivi médical régulière

Source : Enquête personnelle (20 avril 2013 au 20 mai 2013)

Le tableau N° 21 nous montre que : La majorité de notre population (78%) n'ont pas un suivi médical.

5. Calcul de l'indice de Gini :

Figure N° 21: La courbe de Lorenz pour la répartition de l'état de santé



Source : réaliser par nous soit sur la base des données de notre enquête dans l'annexe N° 3

La figure N° 21 nous montre que 25% personnes les plus malades ne possèdent que 18% de la santé total.

50% personnes les plus malades possèdent 40% de la santé total.

75 % personnes les plus malades possèdent 60% de la santé total.

Calcul de l'indice de Gini :

$$G(x) = 1 - \frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (x_i + x_{i+1})$$

D'après les données de notre enquête dans l'annexe N° on a les résultats suivants :

$$G(x) = 1 - \left(\frac{1}{200} \times 87,3280347 \right)$$

$$G(x) = 0,56$$

L'indice de Gini de la santé est égale à 0,56 ce qui nous permet d'affirmer que la santé est concentrée entre les individus en bonne santé, c'est-à-dire que la santé est inégalement répartie.

Figure n° 22 : La courbe de Lorenz pour la répartition de l'état de santé selon le revenu des individus



Source : réaliser par nous soit sur la base des données de notre enquête dans l'annexe N° 4

La figure N° 22 nous montre que 25% les moins riches détiennent 16.7% de la santé total.

50% les moins riches détiennent 40% de la santé total.

75% les moins riches détiennent 63% de la santé total.

Calcul de l'indice de Gini :

$$G(x) = 1 - \frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (x_i + x_{i+1})$$

D'après les données de notre enquête dans l'annexe N° on a les résultats suivants :

$$G(x) = 1 - \left(\frac{1}{108} \times 49,1604278 \right)$$

$$G(x) = 0,54$$

L'indice de Gini est égale 0,54 ce qui nous permet d'affirmer que la santé est inégalement répartie entre les riches et les moins riches.

Puisque la santé est inégalement répartie par apport au revenu, donc il existe des inégalités sociale de santé, tel que le revenu.

Conclusion

A travers la réalisation de notre enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia, nous arrivons aux conclusions présentées ci-dessous.

- 42,9% des [25-35] se déclarent en très bon état de santé.
- 22% de la tranche d'âge [15-25] se déclarent dans un état de santé moyen.
- 33,3% de la tranche d'âge [55-65] se déclarent en mauvaise état de santé, ce taux baisse a 20% pour la tranche d'âge de > 60ans.

On peut conclure que la population qui déclare le plus en bon état de santé se situe dans la tranche d'âge [25-35].

- 53,8% des hommes se disent en bon état de santé contre 43,8% pour les femmes.

On conclure que les femmes se déclarent beaucoup plus en mauvaise état de santé que les hommes.

- 59,8 des personnes mariées se disent en bon état de santé, 50% des personnes divorcés se disent en état de santé moyen.
- 42,2% des célibataires se disent en bon état de santé et 43,1% en très bon état de santé.

On conclure que les mariées se déclarent le plus en bon état de santé que les personnes divorcés et les célibataires.

- 75% des chômeurs se disent en très bon état de santé.
- 40,8% des étudiants se disent en très bon état de santé.
- 35,3% des femmes au foyer se disent en moyen état de santé.
- 10% des retraités se disent en mauvais état de santé.

On conclure que les femmes au foyer et les retraités se déclarent le plus en mauvaise état de santé.

- 82,4% des assurés déclarent en bon état de santé contre 17,6% pour les non assurés.

On peut conclure que l'assurance a un impact positif sur l'état de santé des travailleurs.

- L'indice de Gini de la santé en elle-même est égal à 0,56.

Cela explique que la santé est concentrée entre les individus en bonne santé, c'est-à-dire que la santé est inégalement répartie.

- L'indice de Gini de la santé par rapport au revenu est égal à 0,54

Cela nous permet d'affirmer que la santé est inégalement répartie entre les riches et les pauvres.

Il faut dire que les résultats de l'enquête nous indiquent, malgré le non-représentativité de notre échantillon, l'existence d'inégalité de santé et d'inégalité sociale de santé.

Conclusion générale

Conclusion générale

Le problème des inégalités de santé, connu depuis longtemps, est d'envergure mondiale touchant à des niveaux différents les pays riches et pauvres de la planète.

Les inégalités en matière de santé minent l'existence et compromettent l'avenir de tous les groupes vulnérables de la planète en instaurant des systèmes marqués par l'injustice sociale.

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

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, avec pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population. Or, malgré l'importante amélioration de l'état de santé de la population générale, comme en attestent des indicateurs de santé publique (allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc.), force est de constater que les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable.

L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées. Au-delà des écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée qui sont les plus grands, les épidémiologistes ont, en outre, pu objectiver des écarts existants pour l'ensemble de la hiérarchie sociale, selon la catégorie socioprofessionnelle, le revenu, la situation familiale, etc.

Les inégalités en matière de santé et l'injustice sociale qui en résulte sont étroitement liées à d'autres problèmes comme la pauvreté, les inégalités entre hommes et femmes ou les violations des droits de l'homme – problèmes qui ont eux-mêmes un impact sur l'éducation, les transports, la santé, l'agriculture et le bien-être général. Nos interventions devraient par conséquent être plurisectorielles et s'étendre au-delà du seul domaine de la santé en prenant en compte des déterminants sociaux et économiques comme la malnutrition, l'alcoolisme, le logement, l'assainissement et la pauvreté, entre autres.

Pour améliorer la situation effective de la population en matière de santé de la population, il est impératif de stimuler l'emploi, d'accroître la qualité du travail et de mettre en place un environnement de travail sain et sûr pour tous. Nous devons également nous atteler aux

problèmes du chômage de longue durée et de la pauvreté, de façon à minimiser leur incidence négative sur la santé en général. En outre, nous devons nous efforcer de fournir une protection sociale adéquate et accessible, dotée de filets de sécurité efficaces, afin d'atténuer les répercussions du contexte économique et social actuel sur la santé.

Les stratégies de réduction de la pauvreté jouent aujourd'hui un rôle central dans l'aide financière et l'appui à la réforme des politiques économiques réalisées sous l'égide des pays en développement, notamment ceux considérés comme pauvres.

Ces stratégies s'articulent généralement autour de 4 piliers principaux qui participent directement ou indirectement à l'allègement de la pauvreté :

- La création de richesses dans une logique de croissance inclusive.
- Un développement accéléré de l'accès aux services sociaux de base.
- Une action sur la vulnérabilité économique par la protection sociale et la gestion des risques
- Une gouvernance renouvelée et plus conforme à un management participatif et décentralisé.

La revue de quelques études des inégalités de santé montre que d'après Wagstaff, Premièrement, on sait beaucoup de choses de l'ampleur des inégalités face à la santé entre pauvres et non-pauvres dans les pays en développement, et l'on a une certaine connaissance des inégalités en matière de déterminants de la santé. Le plus frappant, à cet égard, est l'incapacité dans laquelle se trouvent les systèmes de soins financés par l'Etat d'atteindre les pauvres dans tous les pays en développement, question qui mérite que les gouvernements et les organismes d'aide y réfléchissent sérieusement.

Deuxièmement, on sait trop peu de choses de l'importance relative des inégalités en matière de déterminants de la santé et d'utilisation des services de santé.

Ce que l'on sait incite à penser que les inégalités face à la santé, et très vraisemblablement en matière d'utilisation des services, traduit des inégalités dans des variables qui interviennent aux niveaux des individus et des ménages, telles que les caractéristiques d'éducation, de revenu, de localisation et de logement.

Troisièmement, on n'en sait pas assez de l'impact des programmes et des politiques axés sur les inégalités dans le secteur de la santé. Nous en savons sans aucun doute trop peu sur les meilleurs moyens d'atteindre les pauvres. Pour combler cette lacune, davantage de travaux s'imposent dans le droit-fil des études dont il vient d'être question sur les inégalités dans le secteur de la santé et la politique des pouvoirs publics.

Ce travail a constitué une étude sur les inégalités de santé, qu'on a développé par une enquête sur un échantillon des ménages auprès de la wilaya de Bejaïa.

Cette étude nous a permis de conclure que malgré notre échantillon n'est pas vraiment représentative, mais on a affirmé l'existence d'inégalité dans la répartition de la santé en elle-même et une inégalité qu'est due au revenu.

Nous recommandations :

- Amélioration de la gestion des services de santé (l'organisation, la régularisation, le financement).
- La répartition des salaires d'une façon plus rational (augmentation de salaire minimum)
- Une réforme de système de santé qui permettras d'amélioré le niveau de vie et l'accès aux services de soins.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

- **Ouvrage :**

- 1- D. DOUMONT, C. FEULIEN, « En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention », UCL-RESO Dossier technique, septembre 2010, p 10-61.

- **Revue, articles :**

- 1- Agnès Couffinhal, Paul Dourgnon, Sandy Tubeuf « *Outils de mesure des inégalités de santé : où en est la recherche ?* », CREDES, janvier 2003,
- 2- Agence de la santé publique du Canada. : « Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick », 2007.
- 3- A. WAGSTAFF, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N° 7, 2002.
- 4- Caroline Berchet et Florence Jusot, «Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition »,2009.
- 5- DAHLGREN-WHITEHEAD, «European stratégies for Tackling social Inequities in health: levelling up Part 2», OMS, Comité régional de l'Europe, 2007, avec référence à D et G/source antérieure, 1993.
- 6- Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et de croissant rouge « Éliminé les inégalités en matière de santé », 2011. In www.ifrc.org.
- 7- La réduction des inégalités sociales de santé, CSPS, avril 2011.
- 8- M. PERRONNIN, L. ROCHAIX, S. TUBEUF : « Bulletin d'information en économie de la santé», questions d'économie de la santé, N°107, mai 2006, In www.irdes.fr.

- **Mémoires et Thèses :**

1. Samahi Ahmed, « micro finance et pauvreté : Quantification de la relation sur la population de Tlemcen », Thèse de doctorat en Science économique, Faculté des Science Economiques et de Gestion, Université de Tlemcen, 2009/2010.

- **Rapports :**

1- Da Silva. F Rusch. E, "santé et déterminants de la santé: le temps des indicateurs", 2005.

- **Cours :**

S. Zuber « inégalités sociales de santé et éthique », université paris Descartes 2011-2012.

- **Les sites internet :**

– www.irdes.fr

– www.memoireonline.com

– www.who.int/fr

– www.revue-interrogations.org

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES
OPTION : Economie de la santé

Thème

Essai d'analyse des inégalités de la santé : cas
de la wilaya de Bejaia

- ✓ Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une **recherche universitaire** (réalisation d'un mémoire de master2 en économie de la santé).
- ✓ L'enquête s'adresse aux ménages vivant de la wilaya de Bejaïa
- ✓ l'enquête permet d'étudier les liens existant au niveau individuel entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut socio-économique.
- ✓ Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront totalement **confidentielles** et traitées de façon **anonyme** ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
- ✓ Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec le plus d'**objectivité** possible, et ce afin de ne pas « fausser » les résultats de la recherche.

- Enquêteur :
- Commune de:
- Date de l'enquête :..... /...../.....

Caractéristiques générales

1. Quel est votre âge ?

:.....ans

2. Quel est votre sexe ?

Féminin

Masculin

3. Quel est votre état civil ?

Marié (e)

Veuve

Divorcé (e)

Célibataire

4. Avez-vous des enfants ?

Oui Le nombre :

Non

5. Combien de personnes vivent dans votre foyer ?..... Personnes

6. Quel est votre lieu de résidence ?

Rural

Urbain (ville)

7. Quel est votre niveau d'instruction ?

Primaire

Universitaire

Moyen

Sans instruction

Lycée

8. Classez ces besoins en fonction de la priorité que vous donnez à chacun d'eux (en leur attribuant une note de 1 à 5) :

Se vêtir (vêtement)

Santé

Logement

Loisirs

Nourriture

Autres, précisez:

I. Emploi et revenu

9. Exercez-vous une profession ?

Oui

Non

10. Si non, êtes-vous :

Chômeur

Etudiant

Femme au foyer

Retraité

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

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bâtiment et travaux publics (BTP) | <input type="checkbox"/> Industrie |
| <input type="checkbox"/> Agriculture | <input type="checkbox"/> Services |
| <input type="checkbox"/> Santé | <input type="checkbox"/> Commerce / artisanat |
| <input type="checkbox"/> Enseignement | <input type="checkbox"/> Autre : |

12. Est-ce dans le :

- Publique
- Privé
- Assuré
 - Non assuré

13. Etes-vous :

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise (patron) | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Profession libéral | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Cadre | |

14. Type de contrat de travail :

- | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée (CDD) | <input type="checkbox"/> Stagiaire |
| <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée (CDI) | <input type="checkbox"/> Travail à temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Contrat de pré emplois | <input type="checkbox"/> Autre : |

15. Veuillez situer la tranche de revenu auquel vous appartenez :

- | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000 DA | <input type="checkbox"/> Entre 35 000 et 44999 DA |
| <input type="checkbox"/> Entre 15 000 et 24999 DA | <input type="checkbox"/> Plus de 45000 DA |
| <input type="checkbox"/> Entre 25 000 et 34999 DA | |

16. Avez-vous une autre source de revenu ?

- oui non

17. Avez-vous quelqu'un dans votre foyer qui exerce une activité rémunérée ?

- Oui Non

➤ Si oui, est-t-il assuré ?

- Oui Non

II. Consommation, Accès aux soins et Fréquentation

18. Comment est votre état de santé en général ?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> très bon | <input type="checkbox"/> Mauvais |
| <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> très mauvais |
| <input type="checkbox"/> Moyen | |

19. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Non | |

20. Êtes-vous limité (e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

21. Quelle est la structure de santé la proche de chez vous ?

- | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hôpital | <input type="checkbox"/> Centre De Santé |
| <input type="checkbox"/> Maternité | <input type="checkbox"/> Salle De Soins |
| <input type="checkbox"/> Polyclinique | <input type="checkbox"/> Médecin Privé |
| <input type="checkbox"/> Clinique Privé | <input type="checkbox"/> Pharmacie |

22. En cas d'urgence, quelle est votre première destination ?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Publique | <input type="checkbox"/> Privé |
|-----------------------------------|--------------------------------|

23. Comment jugez-vous l'accès aux services de santé ?

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mauvais | <input type="checkbox"/> Bon |
| <input type="checkbox"/> Moyen | |

24. Êtes-vous satisfait de ces services de santé ?

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Très satisfait |
| <input type="checkbox"/> Moyen | |

25. Avez-vous un suivi médical régulier ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

➤ Si oui, ce suivi est fait auprès d'un :

- | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Généraliste du secteur public | <input type="checkbox"/> Spécialiste dans le secteur public |
| <input type="checkbox"/> Généraliste dans le privé | <input type="checkbox"/> Spécialiste dans le privé |

26. Combien de fois avez-vous fait un bilan de santé dans votre vie ? Fois.

➤ De quand date votre dernier bilan de santé ?

27. A quels soins avez-vous renoncé pour des raisons financières? (une ou plusieurs réponses sont possible)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dentier | <input type="checkbox"/> Radio et autre examen d'imagerie |
| <input type="checkbox"/> Auditifs | <input type="checkbox"/> Médicament non remboursables |
| <input type="checkbox"/> Consultation, visite et soins de spécialiste. Spécialité : | <input type="checkbox"/> Médicaments remboursables |
| <input type="checkbox"/> Consultation, visite et soins de généraliste | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie, massage |
| | <input type="checkbox"/> Analyses de laboratoire |
| | <input type="checkbox"/> Autres : |

28. Avez-vous renoncé à ces soins :

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> À la suite d'une consultation | <input type="checkbox"/> Sans même avoir consulté |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

29. Quand vous êtes malade, quelle est votre première destination ?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Généraliste | <input type="checkbox"/> Spécialiste |
|--------------------------------------|--------------------------------------|

30. Au cours de ces 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ce médecin?

|_|_| Fois

31. Pour cette consultation (ou cette visite), avez-vous pris rendez-vous ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui :

➤ Combien de temps s'est écoulé entre le moment où vous avez pris rendez-vous et la séance ? (précisez en heures ou en jours)

➤ Ce délai d'attente vous semble :

Normal

Acceptable

Exagérément long

32. Pour votre dernière consultation dans le secteur publique, combien de temps avez dû patienter avant d'être examiné ?

Moins 30 minutes

1 à 2 heures

30 mn à 1 heure

Plus de 2 heures

Merci pour votre collaboration

Annexe 2

La codification

Pour mesurer l'état de santé on a donné la codification suivante :

Très mauvais	mauvais	moyenne	Bon	Très bon
0,5	1,5	2,5	3,5	4,5

Annexe 3

Donnés de la répartition de l'état de santé

santé i	distrubution santé	santé.R	x_i	$x_i + x_{i+1}$	pop. i	pop.R.	y_i	y_i %	x_i %
1,5	0,00216763	0,00216763			1,5	1	0,005	0,5	0,21676301
1,5	0,00216763	0,00433526			3	2	0,01	1	0,43352601
1,5	0,00216763	0,00650289			4,5	3	0,015	1,5	0,65028902
1,5	0,00216763	0,00867052			6	4	0,02	2	0,86705202
1,5	0,00216763	0,01083815			7,5	5	0,025	2,5	1,08381503
1,5	0,00216763	0,01300578			9	6	0,03	3	1,30057803
1,5	0,00216763	0,01517341			10,5	7	0,035	3,5	1,51734104
2,5	0,003612717	0,01878613			13	8	0,04	4	1,87861272
2,5	0,003612717	0,02239884			15,5	9	0,045	4,5	2,23988439
2,5	0,003612717	0,02601156			18	10	0,05	5	2,60115607
2,5	0,003612717	0,02962428			20,5	11	0,055	5,5	2,96242775
2,5	0,003612717	0,03323699			23	12	0,06	6	3,32369942
2,5	0,003612717	0,03684971			25,5	13	0,065	6,5	3,6849711
2,5	0,003612717	0,04046243			28	14	0,07	7	4,04624277
2,5	0,003612717	0,04407514			30,5	15	0,075	7,5	4,40751445
2,5	0,003612717	0,04768786			33	16	0,08	8	4,76878613
2,5	0,003612717	0,05130058			35,5	17	0,085	8,5	5,1300578
2,5	0,003612717	0,05491329			38	18	0,09	9	5,49132948
2,5	0,003612717	0,05852601			40,5	19	0,095	9,5	5,85260116
2,5	0,003612717	0,06213873			43	20	0,1	10	6,21387283
2,5	0,003612717	0,06575145			45,5	21	0,105	10,5	6,57514451
2,5	0,003612717	0,06936416			48	22	0,11	11	6,93641618
2,5	0,003612717	0,07297688			50,5	23	0,115	11,5	7,29768786
2,5	0,003612717	0,0765896			53	24	0,12	12	7,65895954
2,5	0,003612717	0,08020231			55,5	25	0,125	12,5	8,02023121
2,5	0,003612717	0,08381503			58	26	0,13	13	8,38150289
2,5	0,003612717	0,08742775			60,5	27	0,135	13,5	8,74277457
2,5	0,003612717	0,09104046			63	28	0,14	14	9,10404624
2,5	0,003612717	0,09465318			65,5	29	0,145	14,5	9,46531792
2,5	0,003612717	0,0982659			68	30	0,15	15	9,8265896
2,5	0,003612717	0,10187861			70,5	31	0,155	15,5	10,1878613
2,5	0,003612717	0,10549133			73	32	0,16	16	10,5491329
2,5	0,003612717	0,10910405			75,5	33	0,165	16,5	10,9104046
2,5	0,003612717	0,11271676			78	34	0,17	17	11,2716763
2,5	0,003612717	0,11632948			80,5	35	0,175	17,5	11,632948
2,5	0,003612717	0,1199422			83	36	0,18	18	11,9942197
2,5	0,003612717	0,12355491			85,5	37	0,185	18,5	12,3554913
2,5	0,003612717	0,12716763			88	38	0,19	19	12,716763
2,5	0,003612717	0,13078035			90,5	39	0,195	19,5	13,0780347
2,5	0,003612717	0,13439306			93	40	0,2	20	13,4393064
2,5	0,003612717	0,13800578			95,5	41	0,205	20,5	13,800578
2,5	0,003612717	0,1416185			98	42	0,21	21	14,1618497
2,5	0,003612717	0,14523121			100,5	43	0,215	21,5	14,5231214
2,5	0,003612717	0,14884393			103	44	0,22	22	14,8843931
2,5	0,003612717	0,15245665			105,5	45	0,225	22,5	15,2456647
2,5	0,003612717	0,15606936			108	46	0,23	23	15,6069364
2,5	0,003612717	0,15968208			110,5	47	0,235	23,5	15,9682081
2,5	0,003612717	0,1632948			113	48	0,24	24	16,3294798
2,5	0,003612717	0,16690751			115,5	49	0,245	24,5	16,6907514
2,5	0,003612717	0,17052023			118	50	0,25	25	17,0520231
2,5	0,003612717	0,17413295			120,5	51	0,255	25,5	17,4132948

2,5	0,003612717	0,1849711	128	54	0,27	27	18,4971098
2,5	0,003612717	0,18858382	130,5	55	0,275	27,5	18,8583815
2,5	0,003612717	0,19219653	133	56	0,28	28	19,2196532
2,5	0,003612717	0,19580925	135,5	57	0,285	28,5	19,5809249
2,5	0,003612717	0,19942197	138	58	0,29	29	19,9421965
2,5	0,003612717	0,20303468	140,5	59	0,295	29,5	20,3034682
2,5	0,003612717	0,2066474	143	60	0,3	30	20,6647399
2,5	0,003612717	0,21026012	145,5	61	0,305	30,5	21,0260116
3,5	0,005057803	0,21531792	149	62	0,31	31	21,5317919
3,5	0,005057803	0,22037572	152,5	63	0,315	31,5	22,0375723
3,5	0,005057803	0,22543353	156	64	0,32	32	22,5433526
3,5	0,005057803	0,23049133	159,5	65	0,325	32,5	23,0491329
3,5	0,005057803	0,23554913	163	66	0,33	33	23,5549133
3,5	0,005057803	0,24060694	166,5	67	0,335	33,5	24,0606936
3,5	0,005057803	0,24566474	170	68	0,34	34	24,566474
3,5	0,005057803	0,25072254	173,5	69	0,345	34,5	25,0722543
3,5	0,005057803	0,25578035	177	70	0,35	35	25,5780347
3,5	0,005057803	0,26083815	180,5	71	0,355	35,5	26,083815
3,5	0,005057803	0,26589595	184	72	0,36	36	26,5895954
3,5	0,005057803	0,27095376	187,5	73	0,365	36,5	27,0953757
3,5	0,005057803	0,27601156	191	74	0,37	37	27,6011561
3,5	0,005057803	0,28106936	194,5	75	0,375	37,5	28,1069364
3,5	0,005057803	0,28612717	198	76	0,38	38	28,6127168
3,5	0,005057803	0,29118497	201,5	77	0,385	38,5	29,1184971
3,5	0,005057803	0,29624277	205	78	0,39	39	29,6242775
3,5	0,005057803	0,30130058	208,5	79	0,395	39,5	30,1300578
3,5	0,005057803	0,30635838	212	80	0,4	40	30,6358382
3,5	0,005057803	0,31141618	215,5	81	0,405	40,5	31,1416185
3,5	0,005057803	0,31647399	219	82	0,41	41	31,6473988
3,5	0,005057803	0,32153179	222,5	83	0,415	41,5	32,1531792
3,5	0,005057803	0,3265896	226	84	0,42	42	32,6589595
3,5	0,005057803	0,3316474	229,5	85	0,425	42,5	33,1647399
3,5	0,005057803	0,3367052	233	86	0,43	43	33,6705202
3,5	0,005057803	0,34176301	236,5	87	0,435	43,5	34,1763006
3,5	0,005057803	0,34682081	240	88	0,44	44	34,6820809
3,5	0,005057803	0,35187861	243,5	89	0,445	44,5	35,1878613
3,5	0,005057803	0,35693642	247	90	0,45	45	35,6936416
3,5	0,005057803	0,36199422	250,5	91	0,455	45,5	36,199422
3,5	0,005057803	0,36705202	254	92	0,46	46	36,7052023
3,5	0,005057803	0,37210983	257,5	93	0,465	46,5	37,2109827
3,5	0,005057803	0,37716763	261	94	0,47	47	37,716763
3,5	0,005057803	0,38222543	264,5	95	0,475	47,5	38,2225434
3,5	0,005057803	0,38728324	268	96	0,48	48	38,7283237
3,5	0,005057803	0,39234104	271,5	97	0,485	48,5	39,234104
3,5	0,005057803	0,39739884	275	98	0,49	49	39,7398844
3,5	0,005057803	0,40245665	278,5	99	0,495	49,5	40,2456647
3,5	0,005057803	0,40751445	282	100	0,5	50	40,7514451
3,5	0,005057803	0,41257225	285,5	101	0,505	50,5	41,2572254
3,5	0,005057803	0,41763006	289	102	0,51	51	41,7630058
3,5	0,005057803	0,42268786	292,5	103	0,515	51,5	42,2687861
3,5	0,005057803	0,42774566	296	104	0,52	52	42,7745665
3,5	0,005057803	0,43280347	299,5	105	0,525	52,5	43,2803468

3,5	0,005057803	0,44797688	310	108	0,54	54	44,7976879
3,5	0,005057803	0,45303468	313,5	109	0,545	54,5	45,3034682
3,5	0,005057803	0,45809249	317	110	0,55	55	45,8092486
3,5	0,005057803	0,46315029	320,5	111	0,555	55,5	46,3150289
3,5	0,005057803	0,46820809	324	112	0,56	56	46,8208092
3,5	0,005057803	0,4732659	327,5	113	0,565	56,5	47,3265896
3,5	0,005057803	0,4783237	331	114	0,57	57	47,8323699
3,5	0,005057803	0,4833815	334,5	115	0,575	57,5	48,3381503
3,5	0,005057803	0,48843931	338	116	0,58	58	48,8439306
3,5	0,005057803	0,49349711	341,5	117	0,585	58,5	49,349711
3,5	0,005057803	0,49855491	345	118	0,59	59	49,8554913
3,5	0,005057803	0,50361272	348,5	119	0,595	59,5	50,3612717
3,5	0,005057803	0,50867052	352	120	0,6	60	50,867052
3,5	0,005057803	0,51372832	355,5	121	0,605	60,5	51,3728324
3,5	0,005057803	0,51878613	359	122	0,61	61	51,8786127
3,5	0,005057803	0,52384393	362,5	123	0,615	61,5	52,3843931
3,5	0,005057803	0,52890173	366	124	0,62	62	52,8901734
3,5	0,005057803	0,53395954	369,5	125	0,625	62,5	53,3959538
3,5	0,005057803	0,53901734	373	126	0,63	63	53,9017341
3,5	0,005057803	0,54407514	376,5	127	0,635	63,5	54,4075145
3,5	0,005057803	0,54913295	380	128	0,64	64	54,9132948
3,5	0,005057803	0,55419075	383,5	129	0,645	64,5	55,4190751
3,5	0,005057803	0,55924855	387	130	0,65	65	55,9248555
3,5	0,005057803	0,56430636	390,5	131	0,655	65,5	56,4306358
3,5	0,005057803	0,56936416	394	132	0,66	66	56,9364162
3,5	0,005057803	0,57442197	397,5	133	0,665	66,5	57,4421965
3,5	0,005057803	0,57947977	401	134	0,67	67	57,9479769
3,5	0,005057803	0,58453757	404,5	135	0,675	67,5	58,4537572
3,5	0,005057803	0,58959538	408	136	0,68	68	58,9595376
3,5	0,005057803	0,59465318	411,5	137	0,685	68,5	59,4653179
3,5	0,005057803	0,59971098	415	138	0,69	69	59,9710983
3,5	0,005057803	0,60476879	418,5	139	0,695	69,5	60,4768786
3,5	0,005057803	0,60982659	422	140	0,7	70	60,982659
4,5	0,00650289	0,61632948	426,5	141	0,705	70,5	61,632948
4,5	0,00650289	0,62283237	431	142	0,71	71	62,283237
4,5	0,00650289	0,62933526	435,5	143	0,715	71,5	62,933526
4,5	0,00650289	0,63583815	440	144	0,72	72	63,583815
4,5	0,00650289	0,64234104	444,5	145	0,725	72,5	64,234104
4,5	0,00650289	0,64884393	449	146	0,73	73	64,8843931
4,5	0,00650289	0,65534682	453,5	147	0,735	73,5	65,5346821
4,5	0,00650289	0,66184971	458	148	0,74	74	66,1849711
4,5	0,00650289	0,6683526	462,5	149	0,745	74,5	66,8352601
4,5	0,00650289	0,67485549	467	150	0,75	75	67,4855491
4,5	0,00650289	0,68135838	471,5	151	0,755	75,5	68,1358382
4,5	0,00650289	0,68786127	476	152	0,76	76	68,7861272
4,5	0,00650289	0,69436416	480,5	153	0,765	76,5	69,4364162
4,5	0,00650289	0,70086705	485	154	0,77	77	70,0867052
4,5	0,00650289	0,70736994	489,5	155	0,775	77,5	70,7369942
4,5	0,00650289	0,71387283	494	156	0,78	78	71,3872832
4,5	0,00650289	0,72037572	498,5	157	0,785	78,5	72,0375723
4,5	0,00650289	0,72687861	503	158	0,79	79	72,6878613
4,5	0,00650289	0,7333815	507,5	159	0,795	79,5	73,3381503

4,5	0,00650289	0,75289017	521	162	0,81	81	75,2890173
4,5	0,00650289	0,75939306	525,5	163	0,815	81,5	75,9393064
4,5	0,00650289	0,76589595	530	164	0,82	82	76,5895954
4,5	0,00650289	0,77239884	534,5	165	0,825	82,5	77,2398844
4,5	0,00650289	0,77890173	539	166	0,83	83	77,8901734
4,5	0,00650289	0,78540462	543,5	167	0,835	83,5	78,5404624
4,5	0,00650289	0,79190751	548	168	0,84	84	79,1907514
4,5	0,00650289	0,7984104	552,5	169	0,845	84,5	79,8410405
4,5	0,00650289	0,80491329	557	170	0,85	85	80,4913295
4,5	0,00650289	0,81141618	561,5	171	0,855	85,5	81,1416185
4,5	0,00650289	0,81791908	566	172	0,86	86	81,7919075
4,5	0,00650289	0,82442197	570,5	173	0,865	86,5	82,4421965
4,5	0,00650289	0,83092486	575	174	0,87	87	83,0924855
4,5	0,00650289	0,83742775	579,5	175	0,875	87,5	83,7427746
4,5	0,00650289	0,84393064	584	176	0,88	88	84,3930636
4,5	0,00650289	0,85043353	588,5	177	0,885	88,5	85,0433526
4,5	0,00650289	0,85693642	593	178	0,89	89	85,6936416
4,5	0,00650289	0,86343931	597,5	179	0,895	89,5	86,3439306
4,5	0,00650289	0,8699422	602	180	0,9	90	86,9942197
4,5	0,00650289	0,87644509	606,5	181	0,905	90,5	87,6445087
4,5	0,00650289	0,88294798	611	182	0,91	91	88,2947977
4,5	0,00650289	0,88945087	615,5	183	0,915	91,5	88,9450867
4,5	0,00650289	0,89595376	620	184	0,92	92	89,5953757
4,5	0,00650289	0,90245665	624,5	185	0,925	92,5	90,2456647
4,5	0,00650289	0,90895954	629	186	0,93	93	90,8959538
4,5	0,00650289	0,91546243	633,5	187	0,935	93,5	91,5462428
4,5	0,00650289	0,92196532	638	188	0,94	94	92,1965318
4,5	0,00650289	0,92846821	642,5	189	0,945	94,5	92,8468208
4,5	0,00650289	0,9349711	647	190	0,95	95	93,4971098
4,5	0,00650289	0,94147399	651,5	191	0,955	95,5	94,1473988
4,5	0,00650289	0,94797688	656	192	0,96	96	94,7976879
4,5	0,00650289	0,95447977	660,5	193	0,965	96,5	95,4479769
4,5	0,00650289	0,96098266	665	194	0,97	97	96,0982659
4,5	0,00650289	0,96748555	669,5	195	0,975	97,5	96,7485549
4,5	0,00650289	0,97398844	674	196	0,98	98	97,3988439
4,5	0,00650289	0,98049133	678,5	197	0,985	98,5	98,0491329
4,5	0,00650289	0,98699422	683	198	0,99	99	98,699422
4,5	0,00650289	0,99349711	687,5	199	0,995	99,5	99,349711
4,5	0,00650289	1	692	200	1	100	100
692	1	87,3280347					

Annexe 4

Donnés de la répartition de l'état de santé selon le revenu

pop. i	salaires	santé.i	santé.R. x_i	$x_i + x_{i+1}$	pop.R. y_i	$y_i\%$	$x_i\%$
1	40000	1,5	0,0040107	0,0040107	0,00925926	0,92592593	0,40106952
2	50000	1,5	0,0040107	0,00802139	0,01851852	1,85185185	0,80213904
3	7500	2,5	0,00668449	0,01470588	0,02777778	2,77777778	1,47058824
4	7500	2,5	0,00668449	0,02139037	0,03703704	3,7037037	2,13903743
5	7500	2,5	0,00668449	0,02807487	0,0462963	4,62962963	2,80748663
6	20000	2,5	0,00668449	0,03475936	0,05555556	5,55555556	3,47593583
7	20000	2,5	0,00668449	0,04144385	0,06481481	6,48148148	4,14438503
8	20000	2,5	0,00668449	0,04812834	0,07407407	7,40740741	4,81283422
9	20000	2,5	0,00668449	0,05481283	0,08333333	8,33333333	5,48128342
10	20000	2,5	0,00668449	0,06149733	0,09259259	9,25925926	6,14973262
11	30000	2,5	0,00668449	0,06818182	0,10185185	10,1851852	6,81818182
12	30000	2,5	0,00668449	0,07486631	0,11111111	11,1111111	7,48663102
13	30000	2,5	0,00668449	0,0815508	0,12037037	12,037037	8,15508021
14	30000	2,5	0,00668449	0,08823529	0,12962963	12,962963	8,82352941
15	50000	2,5	0,00668449	0,09491979	0,13888889	13,8888889	9,49197861
16	50000	2,5	0,00668449	0,10160428	0,14814815	14,8148148	10,1604278
17	50000	2,5	0,00668449	0,10828877	0,15740741	15,7407407	10,828877
18	50000	2,5	0,00668449	0,11497326	0,16666667	16,6666667	11,4973262
19	50000	2,5	0,00668449	0,12165775	0,17592593	17,5925926	12,1657754
20	50000	2,5	0,00668449	0,12834225	0,18518519	18,5185185	12,8342246
21	50000	2,5	0,00668449	0,13502674	0,19444444	19,4444444	13,5026738
22	50000	2,5	0,00668449	0,14171123	0,2037037	20,3703704	14,171123
23	50000	2,5	0,00668449	0,14839572	0,21296296	21,2962963	14,8395722
24	7500	3,5	0,00935829	0,15775401	0,22222222	22,2222222	15,7754011
25	7500	3,5	0,00935829	0,1671123	0,23148148	23,1481481	16,7112299
26	20000	3,5	0,00935829	0,17647059	0,24074074	24,0740741	17,6470588
27	20000	3,5	0,00935829	0,18582888	0,25	25	18,5828877
28	20000	3,5	0,00935829	0,19518717	0,25925926	25,9259259	19,5187166
29	20000	3,5	0,00935829	0,20454545	0,26851852	26,8518519	20,4545455
30	20000	3,5	0,00935829	0,21390374	0,27777778	27,7777778	21,3903743
31	20000	3,5	0,00935829	0,22326203	0,28703704	28,7037037	22,3262032
32	20000	3,5	0,00935829	0,23262032	0,2962963	29,6296296	23,2620321
33	20000	3,5	0,00935829	0,24197861	0,30555556	30,5555556	24,197861
34	20000	3,5	0,00935829	0,2513369	0,31481481	31,4814815	25,1336898
35	20000	3,5	0,00935829	0,26069519	0,32407407	32,4074074	26,0695187
36	20000	3,5	0,00935829	0,27005348	0,33333333	33,3333333	27,0053476
37	20000	3,5	0,00935829	0,27941176	0,34259259	34,2592593	27,9411765
38	20000	3,5	0,00935829	0,28877005	0,35185185	35,1851852	28,8770053
39	20000	3,5	0,00935829	0,29812834	0,36111111	36,1111111	29,8128342
40	20000	3,5	0,00935829	0,30748663	0,37037037	37,037037	30,7486631
41	20000	3,5	0,00935829	0,31684492	0,37962963	37,962963	31,684492
42	20000	3,5	0,00935829	0,32620321	0,38888889	38,8888889	32,6203209
43	20000	3,5	0,00935829	0,3355615	0,39814815	39,8148148	33,5561497
44	20000	3,5	0,00935829	0,34491979	0,40740741	40,7407407	34,4919786
45	20000	3,5	0,00935829	0,35427807	0,41666667	41,6666667	35,4278075
46	20000	3,5	0,00935829	0,36363636	0,42592593	42,5925926	36,3636364
47	20000	3,5	0,00935829	0,37299465	0,43518519	43,5185185	37,2994652
48	20000	3,5	0,00935829	0,38235294	0,44444444	44,4444444	38,2352941

50	30000	3,5	0,00935829	0,40106952	0,46296296	46,2962963	40,1069519
51	30000	3,5	0,00935829	0,41042781	0,47222222	47,2222222	41,0427807
52	30000	3,5	0,00935829	0,4197861	0,48148148	48,1481481	41,9786096
53	30000	3,5	0,00935829	0,42914439	0,49074074	49,0740741	42,9144385
54	30000	3,5	0,00935829	0,43850267	0,5	50	43,8502674
55	30000	3,5	0,00935829	0,44786096	0,50925926	50,9259259	44,7860963
56	30000	3,5	0,00935829	0,45721925	0,51851852	51,8518519	45,7219251
57	30000	3,5	0,00935829	0,46657754	0,52777778	52,7777778	46,657754
58	30000	3,5	0,00935829	0,47593583	0,53703704	53,7037037	47,5935829
59	30000	3,5	0,00935829	0,48529412	0,5462963	54,6296296	48,5294118
60	30000	3,5	0,00935829	0,49465241	0,55555556	55,5555556	49,4652406
61	30000	3,5	0,00935829	0,5040107	0,56481481	56,4814815	50,4010695
62	40000	3,5	0,00935829	0,51336898	0,57407407	57,4074074	51,3368984
63	40000	3,5	0,00935829	0,52272727	0,58333333	58,3333333	52,2727273
64	40000	3,5	0,00935829	0,53208556	0,59259259	59,2592593	53,2085561
65	40000	3,5	0,00935829	0,54144385	0,60185185	60,1851852	54,144385
66	40000	3,5	0,00935829	0,55080214	0,61111111	61,1111111	55,0802139
67	40000	3,5	0,00935829	0,56016043	0,62037037	62,037037	56,0160428
68	40000	3,5	0,00935829	0,56951872	0,62962963	62,962963	56,9518717
69	40000	3,5	0,00935829	0,57887701	0,63888889	63,8888889	57,8877005
70	40000	3,5	0,00935829	0,58823529	0,64814815	64,8148148	58,8235294
71	40000	3,5	0,00935829	0,59759358	0,65740741	65,7407407	59,7593583
72	40000	3,5	0,00935829	0,60695187	0,66666667	66,6666667	60,6951872
73	50000	3,5	0,00935829	0,61631016	0,67592593	67,5925926	61,631016
74	50000	3,5	0,00935829	0,62566845	0,68518519	68,5185185	62,5668449
75	50000	3,5	0,00935829	0,63502674	0,69444444	69,4444444	63,5026738
76	50000	3,5	0,00935829	0,64438503	0,7037037	70,3703704	64,4385027
77	50000	3,5	0,00935829	0,65374332	0,71296296	71,2962963	65,3743316
78	50000	3,5	0,00935829	0,6631016	0,72222222	72,2222222	66,3101604
79	50000	3,5	0,00935829	0,67245989	0,73148148	73,1481481	67,2459893
80	50000	3,5	0,00935829	0,68181818	0,74074074	74,0740741	68,1818182
81	50000	3,5	0,00935829	0,69117647	0,75	75	69,1176471
82	50000	3,5	0,00935829	0,70053476	0,75925926	75,9259259	70,0534759
83	50000	3,5	0,00935829	0,70989305	0,76851852	76,8518519	70,9893048
84	50000	3,5	0,00935829	0,71925134	0,77777778	77,7777778	71,9251337
85	50000	3,5	0,00935829	0,72860963	0,78703704	78,7037037	72,8609626
86	50000	3,5	0,00935829	0,73796791	0,7962963	79,6296296	73,7967914
87	50000	3,5	0,00935829	0,7473262	0,80555556	80,5555556	74,7326203
88	7500	4,5	0,01203209	0,75935829	0,81481481	81,4814815	75,9358289
89	7500	4,5	0,01203209	0,77139037	0,82407407	82,4074074	77,1390374
90	20000	4,5	0,01203209	0,78342246	0,83333333	83,3333333	78,342246
91	20000	4,5	0,01203209	0,79545455	0,84259259	84,2592593	79,5454545
92	20000	4,5	0,01203209	0,80748663	0,85185185	85,1851852	80,7486631
93	30000	4,5	0,01203209	0,81951872	0,86111111	86,1111111	81,9518717
94	30000	4,5	0,01203209	0,8315508	0,87037037	87,037037	83,1550802
95	30000	4,5	0,01203209	0,84358289	0,87962963	87,962963	84,3582888
96	30000	4,5	0,01203209	0,85561497	0,88888889	88,8888889	85,5614973
97	30000	4,5	0,01203209	0,86764706	0,89814815	89,8148148	86,7647059
98	40000	4,5	0,01203209	0,87967914	0,90740741	90,7407407	87,9679144

100	40000	4,5	0,01203209	0,90374332	0,92592593	92,5925926	90,3743316
101	40000	4,5	0,01203209	0,91577754	0,93518519	93,5185185	91,5775401
102	40000	4,5	0,01203209	0,92780749	0,94444444	94,4444444	92,7807487
103	50000	4,5	0,01203209	0,93983957	0,9537037	95,3703704	93,9839572
104	50000	4,5	0,01203209	0,95187166	0,96296296	96,2962963	95,1871658
105	50000	4,5	0,01203209	0,96390374	0,97222222	97,2222222	96,3903743
106	50000	4,5	0,01203209	0,97593583	0,98148148	98,1481481	97,5935829
107	50000	4,5	0,01203209	0,98796791	0,99074074	99,0740741	98,7967914
108	50000	4,5	0,01203209	1	1	100	100
	4E+06	374	1	49,1604278			

Liste des figures :

Figure N° 1 : La relation entre les différents déterminants de santé	14
Figure N° 2 : Courbe cumulative de distribution	27
Figure N° 3 : La courbe de Lorenz : la part de la santé possédée par les Q% en moins bonne santé	28
Figure N° 4 : courbe de Lorenz Généralisée : moyenne de la santé Q% en moins bonne santé	29
Figure N° 5 : Répartition des enquêtés selon les priorités de leur besoin.....	54
Figure N° 6 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon la tranche d'âge.....	55
Figure N° 7 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le sexe.....	56
Figure N° 8 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et l'état civil.....	57
Figure N° 9 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et le niveau d'instruction.....	58
Figure N° 10 : Répartition des enquêtés par le lieu de résidence selon l'état de santé.....	59
Figure N° 11 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et le fait d'exercer une profession.....	60
Figure N° 12 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et la composante socio professionnelle.....	61
Figure N° 13 : Répartition des enquêtés par l'assurance de leur activité, selon l'état de santé.....	62
Figure N° 14 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le revenu.....	63
Figure N° 15 : Répartition des enquêtés par la première destination en cas d'urgence, selon le revenu.....	64
Figure N° 16 : Répartition des enquêtés par le jugement d'accès aux services de santé, selon le revenu.....	65
Figure N° 17 : répartition des enquêtés selon le temps patienter avant d'être examiné dans la dernière consultation chez le secteur publique.....	66
Figure N° 18 : Répartition des enquêtés selon la structure de santé la plus proche.....	67
Figure N° 19 : Répartition des enquêtés par le lieu de résidence, selon la structure de santé la plus proche.....	68
Figure N° 20 : Répartition des enquêtés selon un suivi médical régulière	70
Figure N° 21 : La courbe de Lorenz pour la répartition de l'état de santé	71

Figure N° 22 : La courbe de Lorenz pour la répartition de l'état de santé selon le revenu des individus.....72

Liste des tableaux :

Tableau N° 1 : Exemple imaginaire d'une population de cinq individus	26
Tableau N° 2 : Exemple d'une population de cinq individus (suite)	26
Tableau N° 3 : Exemple d'une population de cinq individus (suite)	28
Tableau N° 4 : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, l'état civil et la disposition d'enfants.....	54
Tableau N° 5 : Répartition des enquêtés selon les priorités de leur besoins.....	55
Tableau N° 6 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et la tranche d'âge.....	56
Tableau N° 7 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et le sexe.....	57
Tableau N° 8 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et l'état civil.....	58
Tableau N° 9 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et le niveau d'instruction.....	59
Tableau N° 10 : Répartition des enquêtés par le lieu de résidence selon l'état de santé.	60
Tableau N° 11 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et le fait d'exercer une profession.....	61
Tableau N° 12 : Répartition des enquêtés selon l'état de santé et la composante socioprofessionnelle	62
Tableau N° 13 : Répartition des enquêtés par l'assurance de leur activité, selon l'état de santé	63
Tableau N° 14 : Répartition des enquêtés par l'état de santé, selon le revenu	64
Tableau N° 15 : Répartition des enquêtés par la première destination en cas d'urgence, selon le revenu	65
Tableau N° 16 : Répartition des enquêtés par le jugement d'accès aux services de santé, selon le revenu	66
Tableau N° 17 : répartition des enquêtés selon le temps patienter avant d'être examiné dans la dernière consultation chez le secteur publique.....	67
Tableau N° 18 : Répartition des enquêtés selon la structure de santé la plus proche.....	68
Tableau N° 19 : Répartition des enquêtés par le lieu de résidence, selon la structure de santé la plus proche.....	69
Tableau N° 20 : Répartition des enquêtés selon les soins renoncé pour des raisons financières	70

Tableau N° 21 : Répartition des enquêtés selon un suivi médical régulière72