

UNIVERSITÉ ABDERRRAHMANE MIRA DE BÉJAÏA

Faculté des Sciences Économiques, Commerciales et de Sciences de Gestion

Département des Sciences de Gestion



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de MASTER en sciences de gestion

Option : Management des établissements de santé

L'intitulé du mémoire :

Les inégalités d'accès aux soins maternels :

Cas de clinique Targa Ouzemour

Réalisé par :

BACHA Marina

Dirigé par :

M. CHABANE Lounis

Jury composé de :

Président : M. MOURI Md Ouali

Examineur : M. CHEURFA Taoues

Encadrant : M. CHABANE Lounis

Année universitaire : 2025/2026

REMERCIEMENT

Je remercie avant tout Dieu de m'avoir accordé la force, la patience et la persévérance nécessaires pour accomplir ce travail.

J'adresse ma profonde reconnaissance à mon encadrant pour son suivi constant, sa disponibilité ainsi que ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens également à remercier ma famille pour son affection, sa patience et son soutien sans faille durant toutes ces années d'études. Merci d'avoir toujours été présente à mes côtés et d'avoir cru en moi, même dans les périodes les plus difficiles.

Mes remerciements les plus sincères vont également aux médecins, aux sage-femmes, aux infirmiers ainsi qu'à l'ensemble du personnel du service de maternité de la Clinique Targa Ouzemour pour leur accueil chaleureux, leur collaboration et leur disponibilité. Leur accompagnement a été d'une grande importance et m'a permis d'enrichir considérablement mes connaissances et mon expérience.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à mes amies pour leur présence, leurs encouragements, leurs conseils et leur bonne humeur, qui ont constitué une source de motivation tout au long de ce parcours.

À toutes ces personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail, j'adresse mes plus vifs et sincères remerciements.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **AMPS** : Aide Médico-Psychologique Spécialisée
- **ATS** : Agent Technique de Santé
- **CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire
- **CSU** : Couverture Sanitaire Universelle
- **EHS** : Établissement Hospitalier Spécialisé
- **GHR** : Grossesse à Haut Risque
- **ISP** : Infirmier de Santé Publique
- **OMS** : Organisation mondiale de la Santé
- **OP** : Ouvrier Professionnel
- **SF** : Sage-Femme
- **UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
- **UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population
- **UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

Liste des figures

Figure 1 : Les dimensions de l'accès aux soins	2
Figure 2 : les facteurs influençant l'accès aux soins.....	6
Figure 3 : Les étapes des soins maternels	9
Figure 4 : répartition des accouchements selon l'âge des mères 2025	28
Figure 5 : répartition des accouchements selon l'âge des mères au sein du service de maternité du CHU Targa Ouzemmour en 2026	Erreur ! Signet non défini.
Figure 6 : l'évolution mensuelle des accouchements selon le mode d'accouchement au service de maternité du clinique Targa Ouzemmour (2025)	33

Liste des tableaux

Tableau 1 : personnel du service GHR (grossesse à haut risque)	26
Tableau 2 : personnel du service post-accouchement	26
Tableau 3 : répartition des capacités d'accueil et des infrastructures du service maternité Targa Ouzemmour	27
Tableau 4 : répartition du nombre d'accouchements selon les tranches d'âge des mères au sein du service de maternité	28
Tableau 5 : répartition des patientes selon les tranches d'âge durant le mois d'avril 2026	29
Tableau 6 : l'évolution mensuelle de l'activité obstétricale et néonatale du service de maternité (janvier-décembre 2025)	31
Tableau 7 : Répartition mensuelle des naissances et des indicateurs de prévention néonatale et maternelle au service de maternité de Targa Ouzemmour (2025).....	32
Tableau 8 : nombre d'enfants	34
Tableau 9 : distance au centre de santé	34
Tableau 10 : difficulté d'accès	35
Tableau 11 : accès financiers des patientes.....	35
Tableau 12 : suivi médicale des patientes	35
Tableau 13 : suivi médical des patientes	36
Tableau 14 : qualité des soins perçue	36
Tableau 15 : Profil socio-démographique, géographique et sanitaire de l'échantillon enquêté ...	38
Tableau 16 : Corrélations de Spearman (rho) entre déterminants et recours aux soins.....	39
Tableau 17 : Niveau d'instruction × consultations prénatales (% en ligne).....	39
Tableau 18 : Revenu du conjoint × consultations prénatales (% en ligne)	40
Tableau 19 : Synthèse de la force du lien entre chaque déterminant et le recours aux soins	41

Sommaire :

REMERCIEMENT	I
LISTE DES ABRÉVIATIONS	II
Liste des figures	III
Liste des tableaux	III
Sommaire :	IV
INTRODUCTION GÉNÉRALE	V
Chapitre 01 : Les inégalités d'accès aux soins.....	1
Chapitre 02 : Les inégalités d'accès aux soins maternels	13
Chapitre 03 : Étude des inégalités d'accès aux soins maternels : cas du service de maternité de la clinique Targa Ouzemmour	21
CONCLUSION GÉNÉRALE	43
TABLE DES MATIERES.....	43
BIBLIOGRAPHIE	43

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La santé constitue un élément fondamental du bien-être et du développement. L'accès aux soins repose sur la possibilité pour chaque individu de bénéficier des services de santé nécessaires au moment opportun et dans des conditions adéquates. Toutefois, cet accès dépend de plusieurs facteurs, notamment la disponibilité des services, la distance géographique, les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles des populations.

La santé maternelle est particulièrement concernée par les inégalités d'accès aux soins. Les différences de revenus, de niveau d'instruction ou de lieu de résidence influencent le recours aux services de santé maternelle et peuvent compromettre le suivi de la grossesse ainsi que la prise en charge de l'accouchement. Malgré les progrès réalisés, des disparités sociales et territoriales continuent de limiter l'utilisation de ces services.

En Algérie, d'importants efforts ont été déployés pour améliorer la santé maternelle à travers le développement des infrastructures sanitaires, la mise en œuvre de programmes nationaux et la gratuité des soins dans le secteur public. Cependant, des inégalités persistent entre les régions et les catégories sociales, avec des conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant.

Dans ce contexte, notre étude porte sur les inégalités d'accès aux soins des femmes enceintes au complexe de santé de Targa Ouzmour. Elle vise à identifier les principaux obstacles rencontrés par les patientes et à analyser les facteurs influençant leur accès aux services de santé maternelle. Pour atteindre cet objectif, une enquête a été menée auprès des femmes fréquentant cette structure afin d'évaluer leurs caractéristiques socio-économiques, leurs conditions d'accès aux soins et leur niveau de satisfaction vis-à-vis des services reçus.

La méthodologique :

Notre travail est basé sur deux approches. Nous avons d'abord effectué une recherche documentaire en utilisant des ouvrages, des articles scientifiques et des

rapports institutionnels. Ensuite, nous avons mené une enquête de terrain en administrant un questionnaire aux patientes.

La principale question :

Comment les facteurs socio-économiques et géographiques affectent-ils les disparités dans l'accès aux soins pour les mères chez les patientes qui se rendent au complexe de santé de Targa Ouzemmour ?

Les questions secondaires :

- Le revenu des patientes va-t-il un impact sur leur capacité à accéder aux soins pour les mères ?
- La distance entre leur domicile et l'hôpital rend-elle difficile l'accès aux soins pour les mères ?
- Les patientes sont-elles satisfaites des services de santé pour les mères proposées par le complexe de santé de Targa Ouzemmour ?

Hypothèse principale

- Les inégalités d'accès aux soins maternels observées chez les patientes du complexe de santé de Targa Ouzemmour sont principalement liées à des facteurs socio-économiques et géographiques.

Hypothèses secondaires

- Les femmes qui ont des revenus faibles ont plus de mal à accéder aux soins maternels.
- Le fait d'être loin des services de santé et les difficultés de transport rendent plus difficile l'accès aux soins maternels.

Même si les soins sont gratuits, certaines femmes ne sont pas satisfaites des soins qu'elles reçoivent en raison de problèmes d'organisation ou de matériel.

Notre mémoire est divisé en trois chapitres. Le premier chapitre parle des théories et des concepts liés aux inégalités d'accès aux soins maternels. Le deuxième chapitre traite des inégalités d'accès aux soins maternels. Le troisième chapitre présente le lieu où nous

avons fait notre stage, la méthode que nous avons utilisée et comment nous avons analysé et interprété les résultats de notre enquête sur le terrain.

Chapitre 01 : Les inégalités d'accès aux soins

Section I : Cadre conceptuel de l'accès aux soins

Les économistes considèrent souvent la santé comme un « bien supérieur », ce qui signifie que la demande de soins augmente plus rapidement que les revenus ¹. Lorsque les individus s'enrichissent, ils accordent davantage d'importance à la préservation de leur santé.

Cependant, l'accès aux soins ne dépend pas uniquement de la proximité des structures sanitaires ². Il est influencé par plusieurs facteurs tels que la situation financière, la classe sociale, les croyances personnelles, ainsi que le contexte géographique et social ³.

Les contraintes financières peuvent parfois peser davantage que le besoin de soins. D'autres facteurs comme la culture, le niveau d'éducation et l'environnement influencent également l'accès et le type de soins reçus ⁴. Les politiques publiques et l'organisation du système de santé jouent également un rôle essentiel dans la réduction des inégalités ⁵.

Les disparités dans l'accès aux soins, notamment en matière de maternité, représentent un défi majeur de santé publique ⁶. Elles peuvent entraîner des complications graves et augmenter les risques de mortalité maternelle et infantile ⁷.

L'accès aux soins est un concept complexe qui touche plusieurs disciplines. Il nécessite une compréhension des interactions entre l'économie, la géographie, la sociologie et la psychologie.

Les territoires, les réseaux et les politiques de santé jouent un rôle essentiel dans la gouvernance sanitaire. Les acteurs du système de santé doivent composer avec des contraintes réelles au quotidien.

L'accès aux soins ne peut pas être réduit à la distance ou à la disponibilité des services. Il dépend aussi de la perception des individus, de leur situation sociale et de leur capacité à interagir avec le système de santé.

Pour comprendre réellement les inégalités d'accès aux soins, il est nécessaire d'analyser les dimensions économiques, sociales et organisationnelles dans leur ensemble.

¹ Grossman, M. (1972). *Journal of Political Economy*

² OMS (2010). *Rapport sur la santé dans le monde*

1. Définition de l'accès aux soins

L'accès aux soins de santé est un concept complexe qui ne se limite pas à la disponibilité des services médicaux⁸. Selon Andersen (1968), il correspond à l'utilisation effective des services de santé par les populations⁹. Ainsi, l'accès ne peut être considéré comme réel si les individus ne recourent pas aux soins disponibles.

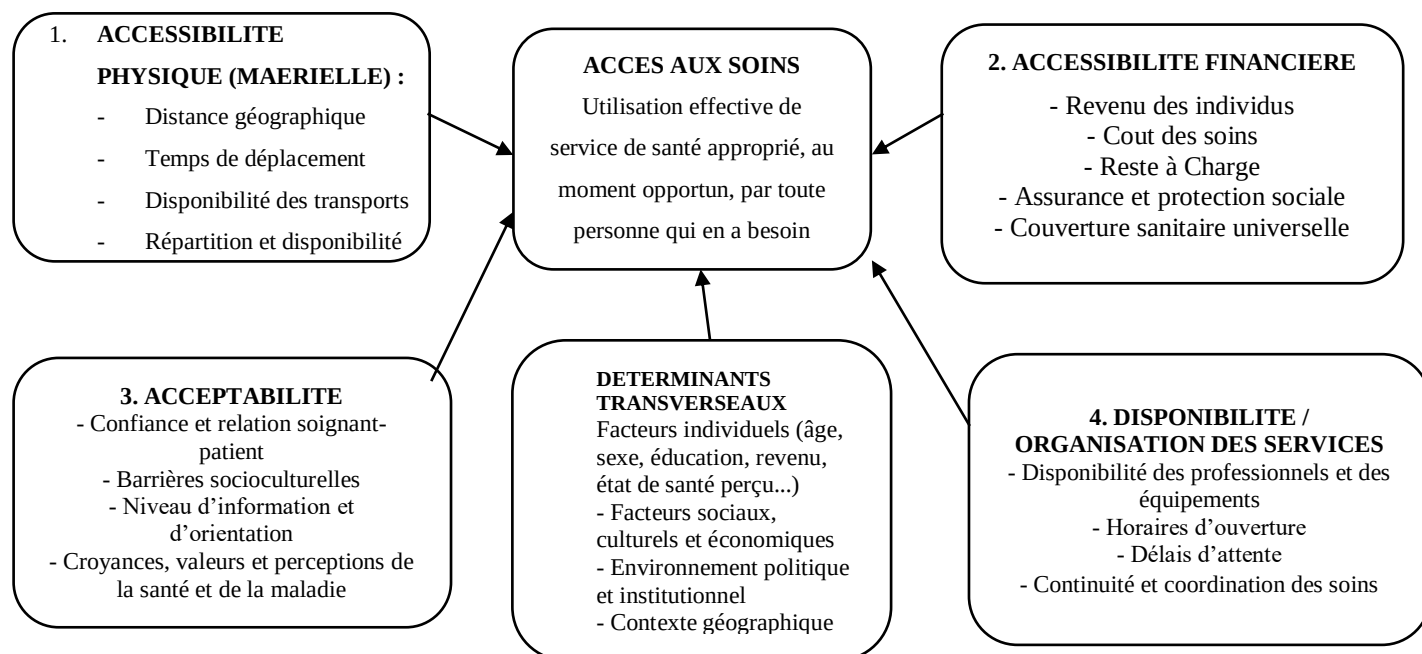
Aday et Andersen (1974) précisent que l'accès dépend de plusieurs facteurs individuels tels que les ressources, l'âge, l'état de santé et le contexte social¹⁰. Dans cette perspective, la simple existence des structures sanitaires ne garantit pas leur utilisation.

Penchansky et Thomas (1981) définissent l'accès comme l'adéquation entre l'offre de services et les besoins des populations.

2. Les dimensions de l'accès aux soins

Ce schéma présente l'accès aux soins comme un concept complexe et s'articule autour de quatre dimension (physique, financière, acceptabilité et disponibilité des services) soutenues par des déterminants transversaux.

Figure 1 : Les dimensions de l'accès aux soins



Source 1 : Schéma élaboré par nos soins à partir de la littérature sur l'accès aux soins

⁸ Andersen (1968), Aday & Andersen (1974).

⁹ Andersen (1968), Aday & Andersen (1974).

¹⁰ Penchansky & Thomas (1981).

Une fois qu'on a fait le tour des définitions théoriques, on comprend vite que l'accès aux soins n'est pas une simple ligne droite. C'est une notion franchement complexe. En fait, tout dépend d'un mélange de facteurs qui se bousculent entre eux. On parle de la façon dont l'offre de soins est structurée et des traits particuliers de chaque patient et puis de tout ce qui touche à l'environnement social ou géographique¹. Tout cela joue ensemble et semble rendre la théorie bien plus fluide en pratique. On ne peut pas limiter l'étude de l'accès aux soins à la simple question des services disponibles. Et ce serait une erreur. Il faut aussi regarder d'autres éléments déterminants parce que c'est ce qui influence vraiment le recours effectif aux membres du corps médical. On se rend compte, peut-être, que les structures seules ne suffisent pas si on analyse mal la façon dont les gens les utilisent vraiment.

2.1 L'accessibilité matérielle ou physique :

L'accessibilité, au fond, c'est d'abord l'offre de soins qui se trouve à une distance que les patients considèrent comme correcte. Tout repose sur ce lien étroit entre la distance et le temps : combien de kilomètres séparent les gens des hôpitaux et combien de minutes il faut pour y arriver¹¹. Mais quand l'espace entre une population et son soignant devient trop grand et dépasse une limite raisonnable, tout se complique. On change d'échelle et les problèmes commencent et l'offre ne suit plus vraiment.

2.2 L'accessibilité financière :

L'accessibilité financière est en réalité très simple : est-ce que nous pouvons nous soigner sans être ruinés ? Cela se mesure par le « reste à charge » qui pèse directement sur le budget des familles¹². Pour nous protéger contre ces risques financiers, l'Organisation mondiale de la santé a introduit la Couverture sanitaire universelle (CSU) dès 2005¹³.

L'accès aux soins ne se limite pas à la présence de structures de santé, mais à une couverture

Effective pour tous. Aday et Andersen font la distinction entre l'accès potentiel, c'est-à-dire la possibilité théorique, et l'accès réalisé, qui correspond à l'utilisation réelle des soins. Leur modèle, affiné en 1995, montre que l'accès dépend de déterminants sociétaux, organisationnels et individuels, qui interagissent constamment. Le recours aux soins résulte ainsi d'un ensemble complexe de facteurs sociaux, structurels et personnels.

¹¹ Andersen, R. (1968), *Behavioral Model of Families* '

¹² *Use of Health Services* ; Aday, L.A. & Andersen, R. (1974) OMS (2005), *Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et financement des systèmes de santé*² Penchansky, R. & Thomas, J.W. (1981),

2.3 L'acceptabilité :

Les dimensions de l'accès aux soins constituent un ensemble de facteurs interdépendants qui déterminent la capacité des individus à recourir aux services de santé¹⁴. Elles ne se limitent pas à la disponibilité des structures sanitaires, mais englobent des aspects géographiques, économiques, sociaux et organisationnels.

2.4 Disponibilité / Organisation des services :

La disponibilité et l'organisation des services de santé renvoient à la manière dont les soins sont réellement accessibles pour les patients. Il ne suffit pas que les structures existent, encore faut-il qu'elles fonctionnent efficacement au quotidien. La disponibilité des professionnels et des équipements constitue un élément central : lorsqu'il y a un manque de personnel ou de matériel, la qualité et la rapidité de la prise en charge diminuent. Les horaires d'ouverture jouent également un rôle important, car des horaires limités ou inadaptés peuvent empêcher certaines patientes d'accéder aux soins au moment opportun. Par ailleurs, les délais d'attente représentent un facteur déterminant : plus ils sont longs, plus ils deviennent un obstacle réel, pouvant décourager ou retarder le recours aux soins. Enfin, la continuité et la coordination des soins sont essentielles, car une prise en charge mal organisée ou fragmentée peut entraîner des ruptures dans le suivi. Ainsi, lorsque les services sont mal organisés ou insuffisamment disponibles, cela crée des difficultés d'accès et renforce les inégalités entre les patientes.

L'accessibilité physique renvoie à la distance entre les populations et les structures de soins ainsi qu'au temps nécessaire pour y accéder¹⁵. Elle reste fortement influencée par les inégalités sociales, notamment en matière de transport et de ressources.

L'accessibilité financière correspond à la capacité des ménages à supporter les coûts des soins sans difficulté¹⁶. Elle est évaluée à travers le reste à charge et encadrée par des politiques comme la Couverture sanitaire universelle (CSU) mise en place par l'OMS¹⁷. L'acceptabilité concerne l'utilisation réelle des services de santé par les patients¹⁸. Elle dépend de la confiance envers le système de santé, de l'information disponible et de la perception des soins.

Enfin, l'organisation du système de santé joue un rôle essentiel dans l'accès aux soins¹⁹, notamment à travers la disponibilité et la répartition des services.

¹⁴ Penchansky R., Thomas J.W., *The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*, Medical Care, vol. 19, n° 2, 1981, pp. 127-140

Ainsi, l'accès aux soins apparaît comme un processus multidimensionnel où les barrières économiques, géographiques et organisationnelles interagissent et influencent fortement le recours aux soins.

3. Notion d'inégalités de santé :

Les questions d'inégalités de santé, c'est avant tout le constat de cet écart énorme dans l'état physique des gens d'un groupe à un autre²⁰. On ne parle pas ici d'une fatalité biologique ou de prédispositions génétiques mais de quelque chose de bien plus ancré dans le social. Et pour l'Organisation mondiale de la santé, le verdict est assez clair : ces différences sont systématiques et évitables et totalement injustes.²¹

Le problème ne vient pas vraiment du hasard mais plutôt des conditions entourant la vie des gens¹⁵. Les facteurs propres à l'économie et les réalités sociales et la qualité de l'environnement immédiat dictent la santé bien plus qu'on ne l'imaginait²². Si on regarde les données fournies par Santé publique France, on voit vite que ces fractures suivent une logique sociale assez brutale²³. C'est même frappant de voir à quel point la situation sociale d'un individu va définir sa propre biologie par extension. Plus on descend l'échelle sociale et plus la santé s'étirole. Les personnes nées dans des milieux précaires sont presque toujours en moins bonne santé²⁴.

Elles n'ont pas le même accès aux soins²⁵ que les autres. L'UNICEF le dit clairement : ces inégalités frappent surtout les mères et les enfants²⁶. Leurs conditions de vie et l'éducation et la proximité des centres de santé finissent par tout décider pour eux. Le poids du milieu social influence fortement l'espérance de vie²⁷.

Les inégalités de santé se résument d'abord à des écarts mesurables entre des personnes ou des groupes. On le voit dans l'état de santé général ou dans l'accès aux soins²⁸. Certains groupes vivent plus longtemps que d'autres²⁹ et ce décalage définit une inégalité.

²⁰ MARMOT M. Wrote The Health Gap in 2015.

²¹ The World Health Organization, which is also known as OMS had a Commission des déterminants sociaux de la santé in 2008

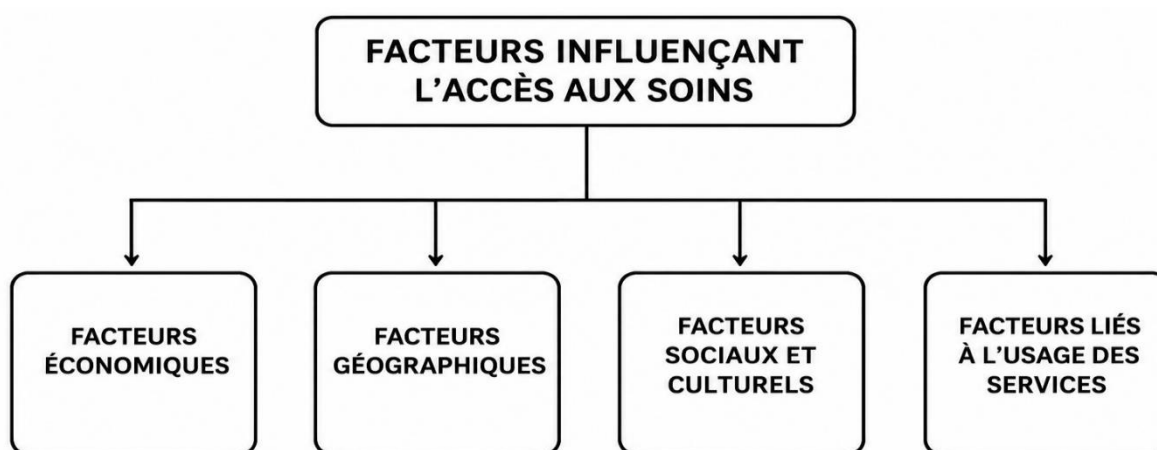
L'iniquité est différente. Elle renvoie aux inégalités considérées comme injustes et évitables. Elles dépendent de facteurs sociaux et économiques sur lesquels il est possible d'agir ³⁰.

L'enjeu en santé publique est donc de réduire ces iniquités pour garantir un accès plus juste aux soins ^{31,32}

4. Facteurs influençant l'accès aux soins

Ce schéma résume les éléments qui déterminent l'accès à la santé en les classant en quatre catégories majeures : les facteurs économiques, les facteurs géographiques, les facteurs sociaux et culturels, et enfin les facteurs liés à l'usage des services.

Figure 2 : les facteurs influençant l'accès aux soins



Source 2 : Schéma élaboré par nos soins à partir de la littérature sur l'accès aux soins

Obtenir des soins ne dépend pas uniquement de la présence d'hôpitaux, mais aussi de nombreux facteurs qui influencent l'accès aux services de santé. Selon l'Organisation Mondiale de la santé, les déterminants sociaux comme les conditions de vie, le lieu de

naissance, et le quotidien des personnes jouent un rôle fondamental ³³. Ces conditions affectent la santé de la population avant même que des maladies ne se manifestent. La relation entre les services de santé et le milieu social est évidente. Ainsi, la structure sociale, l'environnement et la situation économique déterminent l'accès aux soins ³⁴.

³³<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1.OMS>, <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

³⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>. Michael Marmot écrit un livre intitulé *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*, publié en 2015.

Le niveau de revenu est un élément clé. Il influence directement la capacité des individus à consulter un médecin ou à acheter des médicaments, créant des obstacles pour ceux qui ont moins de moyens.³⁵ Cette réalité économique contribue à creuser les inégalités³⁶. La géographie est également cruciale, car l'accès aux soins est souvent limité dans les zones rurales, où les structures de santé sont rares³⁷. Cela entraîne des délais pour obtenir des rendez-vous, rendant le suivi médical difficile.

Les facteurs sociaux et culturels sont tout aussi importants. Le niveau d'éducation conditionne la compréhension des messages de santé. Sans une bonne connaissance des enjeux de santé, l'accès aux soins devient plus compliqué³⁸. Les habitudes culturelles et les croyances peuvent également freiner le recours aux soins.

Finalement, l'organisation du système de santé joue un rôle majeur. La disponibilité des médecins, l'état des infrastructures et le mode de financement impactent directement l'accès aux soins²³. Les inégalités se manifestent davantage lorsqu'un système est sous-financé ou mal organisé. L'accès à la santé est donc un ensemble complexe de facteurs économiques, sociaux, géographiques et institutionnels qui créent des disparités entre les individus, expliquant pourquoi deux personnes avec la même maladie pourraient avoir des parcours de soins très différents.

Section II : Généralités sur les soins maternels

1. Définition des soins maternels

Les soins maternels, c'est l'ensemble du suivi médical d'une femme avant la grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement³⁹. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, ils englobent le suivi prénatal, l'assistance à l'accouchement et le suivi postnatal⁴⁰.

L'objectif principal est de prévenir les complications chez la mère et le nouveau-né²⁴. Ce suivi permet de surveiller l'évolution de la grossesse et de détecter rapidement les risques afin d'agir à temps⁴¹.

³⁹ Andersen, R. (1968), *Behavioral Model of Families' Use of Health Services*, Research Series

⁴⁰ MARMOT M. And WILKINSON R. Worked on Social Determinants of Health in 2006 « (op.cit) »

Les soins incluent également un accouchement sécurisé encadré par du personnel qualifié ainsi qu'un suivi postnatal pour assurer la bonne santé de la mère et du nouveau-né ⁴².

L'UNICEF souligne que la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dépend fortement de l'accès à ces soins⁴³. La Banque mondiale insiste également sur leur importance pour réduire les inégalités de santé et améliorer les systèmes de santé.⁴⁴

2. Les étapes des soins maternels

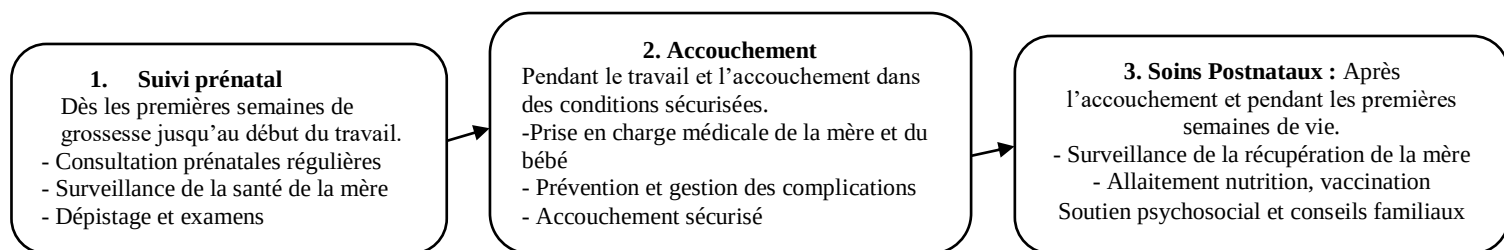
Ce schéma présente le parcours continu des soins maternels visant à protéger la mère et le nouveau-né ils se divisent en trois étapes chronologique indispensable : suivi prénatal, accouchement, soins postnataux.

C'est un parcours de soins qui se joue en trois moments bien précis. D'abord le prénatal, c'est-à-dire tout le suivi au début de la grossesse et les consultations régulières ⁴⁵. Vient ensuite l'accouchement même, l'intra-partum, qui doit absolument se faire dans un cadre sécurisé avec des soignants qualifiés ²⁷ Et on termine avec la phase postnatale, où on surveille la mère et le bébé pendant les premières semaines ²⁷. C'est souvent une période un peu oubliée, on se concentre beaucoup sur le début et un peu moins sur la fin, et pourtant. L'OMS le rappelle d'ailleurs régulièrement pour essayer d'éviter le pire : une vraie rupture dans cette chaîne de soins augmente directement les risques de complications et de drames médicaux, surtout juste après l'accouchement ²⁷. C'est en fait une approche globale et continue, qui commence au tout premier mois et se termine seulement plusieurs semaines après la naissance. Un service continu. Sans ça, la sécurité de la mère et celle de l'enfant ne tiennent plus à grand-chose.

L'OMS et l'UNICEF et la Banque mondiale insistent tous là-dessus. Il faut absolument garantir l'accès à ces soins pour enfin faire baisser la mortalité chez les mères et les nouveau-nés. C'est aussi, semble-t-il, le seul moyen de réduire la fracture flagrante qui existe aujourd'hui face aux services médicaux ⁴⁶.

⁴⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS), *WHO recommendations on intrapartum care for positive*

Figure 3 : Les étapes des soins maternels



Source 3 : *schema inspiré du modele de continuum des soins maternels proposé par l'OMS et L'UNICEF*

3. Importance des soins maternels

On ne soulignera jamais assez l'importance des soins maternels pour protéger la santé des femmes et celle des nouveau-nés⁴⁷, que ce soit pendant la grossesse ou l'accouchement et la période postnatale. Pour l'Organisation mondiale de la santé, c'est là tout le secret de la prévention. Recevoir ces soins permet d'éviter bon nombre de complications et de limiter les risques médicaux⁴⁸. Et un suivi médical bien adapté reste le meilleur moyen d'y parvenir.

La maternité demande une attention constante. Sans cette surveillance, les dangers liés au travail de l'accouchement ou au post-partum augmentent considérablement⁴⁹, c'est un fait. Les spécialistes savent bien que la survie et le bien-être dépendent directement de la qualité du suivi précoce et régulier. On parle ici de santé publique mais au fond, c'est surtout une question de

⁴⁷(OMS), *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy* Organisation mondiale de la Santé (OMS), UNICEF, Banque mondiale, *Trends in maternal mortality 2000–2020, 2023, experience*, 2016 , Organisation mondiale de la Santé (OMS), UNICEF, Banque mondiale, *Trends in maternal mortality 2000–2020*, 2023.

sécurité pour chaque mère et chaque enfant ⁵⁰. Et pas d'autre alternative crédible au suivi médical pour garantir ça. L'essentiel quand on parle de soins maternels, c'est d'abord la question de la vie et de la survie. On le voit bien dans les chiffres de la mortalité maternelle et néonatale. Le fait d'avoir un suivi médical qui tient la route permet de voir venir les complications assez tôt pour agir. C'est ça qui diminue vraiment les risques physiques pour la mère et le bébé ⁵¹, Et puis, il y a la question de l'état de santé général. Des soins réguliers changent la donne sur le long terme pour la mère et l'enfant aussi. C'est peut-être la base d'un système de santé qui fonctionne vraiment, Ces suivis garantissent au final une grossesse mieux surveillée et un accouchement encadré par des professionnels de santé qualifiés. Il y a aussi toute la dimension du suivi après la naissance pour accompagner la récupération de l'organisme de la mère et la croissance du nouveau-né. C'est essentiel et c'est ça qui permet d'éviter des complications bêtes. Et le soutien médical apporte ici une sécurité qu'on ne retrouve pas ailleurs, L'OMS souligne aussi que d'investir dans ces soins maternels aide vraiment à réduire les inégalités de santé. C'est un levier pour garantir un accès un peu plus juste et équitable aux services, peu importe la situation sociale ou l'argent des femmes. Fondamentalement, ces soins sont au cœur même de la santé publique et sauvent des vies concrètes et améliorent l'existence des mères et des enfants sur le long terme. C'est peut-être

l'un des piliers les plus solides que nous ayons. Et c'est justement par ce suivi constant qu'on transforme radicalement les perspectives médicales d'une population entière.

4. Les recommandations en matière de soins maternels

Garantir une grossesse saine et un accouchement sûr, et un suivi post-partum qui tient la route. Il s'agit tout simplement de protéger la vie de la mère et la vie du nouveau-né. L'UNICEF le rappelle d'ailleurs assez clairement puisque l'efficacité d'un tel système repose avant tout sur un accès rapide aux services de santé. Un accès qui doit être continu pendant toute cette période de maternité. Peut-être que la fluidité de ce parcours reste le facteur le plus déterminant pour éviter les complications, Il faut l'admettre, l'essentiel reste de commencer les consultations prénatales assez tôt. Trop souvent, on attend, alors que ce suivi régulier permet vraiment de garder un œil sur l'évolution de la grossesse et d'identifier de possibles soucis avant qu'ils ne s'installent. C'est l'occasion pour la future mère de mieux comprendre sa nutrition et son hygiène et la prévention des risques alimentaires. Sans doute que le plus important ici, c'est l'accompagnement concret et l'anticipation d'éventuelles complications de santé et une bonne

écoute, Ce qu'il faut vraiment privilégier, c'est l'accouchement assisté par des professionnels de santé qualifiés, et surtout que ça se passe dans une structure avec tout le matériel nécessaire. C'est le seul moyen sérieux de limiter les complications et d'intervenir à temps si on fait face à une urgence. Peut-être que la rapidité de la prise en charge reste l'élément pivot ici et la sécurité des patientes en dépend directement, On ne peut pas oublier l'importance du suivi après l'accouchement. C'est là que tout se joue pour la santé de la mère une fois rentrée chez elle. L'UNICEF insiste énormément sur ce point car c'est le moment idéal pour repérer la moindre complication et s'assurer que le bébé grandit normalement pendant ses premières semaines de vie. Et au final, ce sont ces pratiques et ces conseils de base qui font vraiment la différence pour sauver des vies et améliorer les soins. Ils essaient simplement de réduire les chiffres, souvent trop élevés, de la mortalité chez les mères et les nouveau-nés. C'est peut-être l'étape la plus concrète de tout le processus médical.⁵²

Conclusion

L'accès aux soins est un enjeu de santé publique majeur et une condition indispensable à l'amélioration de l'état de santé des populations. Cependant, cet accès est soumis à plusieurs facteurs économiques, géographiques, sociaux et organisationnels qui peuvent créer des inégalités entre les individus. En comprenant les différentes dimensions de l'accès aux soins, on peut mieux comprendre les mécanismes qui expliquent les disparités observées dans l'utilisation des services de santé. Les soins maternels jouent également un rôle clé dans la protection de la santé de la mère et de l'enfant. Ce qui les rend importantes, c'est qu'elles peuvent prévenir les complications de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. La promotion d'un accès équitable aux soins maternels reste donc une priorité pour l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile.

⁵² UNICEF, Guidelines for maternal, newborn and child health interventions, 2023., <https://www.unicef.org/health/maternal-and-newborn-health>, Organisation mondiale de la Santé (OMS), WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016.

Chapitre 02 : Les inégalités d'accès aux soins maternels

Introduction du chapitre

L'accès aux soins maternels constitue un enjeu majeur de santé publique, directement lié à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi qu'à l'amélioration globale de la santé des femmes et des nouveau-nés. Malgré les progrès réalisés dans de nombreux systèmes de santé, cet accès demeure inégal entre les populations, les régions et les catégories sociales, révélant ainsi l'existence de fortes disparités dans la prise en charge des femmes enceintes.

Si les femmes n'ont pas toutes le même accès aux soins maternels, c'est à cause d'un tas de raisons qui se mélangent et se bousculent. L'argent dans les familles joue beaucoup, évidemment, tout comme la route qu'il faut faire pour trouver un médecin et les croyances ou les habitudes locales. Et n'oublions pas les cliniques et les hôpitaux eux-mêmes, souvent mal organisés et qui manquent de ressources de base pour soigner correctement. Tous ces facteurs ne font pas que s'ajouter les uns aux autres. En vrai, ils s'emmêlent et se renforcent, rendant les obstacles déjà là encore plus difficiles à franchir.

Et puis, il y a ce que cela provoque au bout du compte. Ce n'est pas seulement une question de chiffres. Ces inégalités pèsent lourd sur la santé des mamans et des nouveau-nés, et le contrecoup se fait sentir sur toute la société et sur l'économie. Ces ratés finissent par causer des complications qu'on aurait pu éviter, et cela fait grimper les risques de décès, vraiment. Il y a aussi ce sentiment que les inégalités entre les générations et les

Fragilités sociales d'origine s'en trouvent renforcées. D'abord, un constat simple : tout le monde n'accède pas aux soins maternels de la même façon. Le but ici est de fouiller et de comprendre ce qui crée ces profonds écarts, pour ensuite regarder de plus près ce que cela change pour les femmes, leurs proches et la société dans son ensemble. C'est en décortiquant ces mécanismes souvent complexes qu'on réalise enfin pourquoi il nous faut des réponses claires, profondes et surtout des solutions qui durent.

1. Les déterminants des inégalités

Les inégalités d'accès aux soins maternels résultent de plusieurs facteurs économiques, géographiques, socioculturels et organisationnels qui influencent l'utilisation et la qualité des services de santé. Comprendre ces déterminants est essentiel pour mettre en œuvre des politiques efficaces visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles¹

1.1 Factures économiques :

Les ressources financières constituent un déterminant majeur de l'accès aux soins. Les coûts liés aux consultations, aux examens médicaux, aux médicaments et au transport peuvent limiter le recours aux services de santé maternelle, particulièrement chez les populations les plus défavorisées⁵³. L'absence de couverture sanitaire adéquate accentue ces inégalités et expose davantage les femmes pauvres aux risques liés à la grossesse et à l'accouchement⁵⁴.

1.2 Factures géographiques :

La distance pour aller se faire soigner, c'est vraiment le cœur du problème pour la santé des mères. Vivre loin d'un centre médical ou d'un hôpital complique tout, surtout quand on habite dans des campagnes reculées ou des zones un peu bloquées, difficiles d'accès. Forment, si le trajet est trop long et fatigant, les femmes finissent par renoncer. Elles ne décident plus de faire les visites de contrôle avant la naissance et préfèrent accoucher chez elles plutôt que de chercher à rejoindre une clinique trop éloignée. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le vrai problème pour se soigner à la campagne, c'est d'abord la distance. Les hôpitaux sont trop loin et il manque surtout de routes ou de transports corrects pour y aller. For bêttement, une bonne partie des gens qui vivent hors des villes se retrouvent vite bloqués, loin des médecins et de tout secours médical réel. Dans ce cadre, Thaddeus et Maine expliquent que les difficultés à se déplacer et à rejoindre un centre de santé s'inscrivent en fait dans un problème beaucoup plus large. C'est le fameux modèle des trois retards : le retard dans la prise de décision, le temps pour arriver au centre et le délai pour obtenir les soins. Quand ces barrières s'accumulent, les complications graves finissent par arriver et on assiste à des homicides évitables ou des drames pour les mères de famille ⁵⁵. Sur le terrain, les inégalités entre les régions se voient très concrètement dans la brique et le personnel médical. Les villes s'en sortent et s'en tirent toujours mieux, parce que c'est là qu'on trouve la majorité des hôpitaux, des sages-femmes et des médecins spécialisés. À la campagne, c'est l'inverse, on n'a presque rien par endroits, et les ressources de santé font cruellement défaut. L'UNICEF le rappelle assez régulièrement, ces fractures géographiques empêchent des milliers de femmes

⁵³ Organisation mondiale de la Santé, *State of inequality: Reproductive, maternal, newborn and child health*, Genève, 2015.

⁵⁴ Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé, *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*, 2023.

⁵⁵ Thaddeus Steven & Deborah Maine, *Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context*, Social Science & Medicine, vol. 38, n° 8, 1994, pp. 1091-1110.

d'accéder à des soins de maternité décents et creusent un fossé difficile à refermer entre les citoyens ⁵⁶ .

1.3 Facteurs sociaux et culturels :

Les facteurs socioculturels pèsent lourd sur la décision d'utiliser ou non les services de santé maternelle. C'est surtout flagrant quand on regarde le niveau d'instruction des femmes. Plus une femme étudie, mieux elle comprend les risques de sa grossesse et se trouve capable de décider de ce qui est bon pour sa santé ⁵⁷. Et cela change tout, Quand une femme est instruite, elle comprend tout de suite mieux pourquoi il faut se faire suivre par des médecins. Du coup, elle va tout simplement consulter plus souvent et faire confiance aux services de santé. L'UNESCO le répète d'ailleurs assez régulièrement dans ses rapports. L'éducation des femmes reste liée à la qualité de la santé maternelle et ça se voit directement dans les chiffres. C'est indispensable pour encourager le recours aux soins et à un vrai suivi de grossesse et aux visites après l'accouchement. Un suivi médical régulier donne tout simplement de meilleurs résultats pour les mères et les familles, c'est une réalité logique, Pourtant, dans pas mal de pays, les règles de la société et la culture locale bloquent encore l'autonomie des femmes quand on parle de santé. Des chercheuses comme Gabrysch et Campbell l'ont bien montré d'ailleurs. Les décisions à propos des soins dépendent souvent des hommes de la famille, et c'est exactement ce genre de comportement qui finit par retarder, ou même bloquer complètement, l'accès aux médecins (Gabrysch & Campbell, 2009), Certaines croyances traditionnelles et des pratiques culturelles bien ancrées continuent de bloquer l'accès aux soins. On pense notamment à la préférence pour l'accouchement à la maison, ou tout simplement à une méfiance historique envers les hôpitaux et les structures médicales. Pas facile de changer ces habitudes. L'Organisation mondiale de la santé insiste d'ailleurs sur ce point : ces facteurs socioculturels pèsent lourd sur les décisions familiales et collectives et les politiques de santé de l'OMS de 2016 rappellent qu'on ne peut pas ignorer ces réflexes si l'on veut que les campagnes d'aide fonctionnent ⁵⁸.

1.4 Facteurs liés au système de santé :

L'accès aux soins de maternité dépend d'abord de la réalité du système de santé sur le terrain. C'est assez simple : il faut des cliniques ouvertes, du personnel qui sait quoi faire et des traitements qui tiennent la route pour que tout le monde y ait droit de la même manière.

⁵⁶ UNICEF, *Maternal and Newborn Health*, 2021.

⁵⁷ David Gwatkin et al., *Socio-economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, Banque mondiale, 2007.

Un système fonctionne vraiment s'il arrive à suivre les femmes du début de la grossesse jusqu'au bout, même après l'accouchement. Pas seulement quand il y a une urgence de dernière minute, mais tout au long du parcours physique d'une mère. Sans ces bases complémentaires, l'accès réel s'effondre vite. L'Organisation mondiale de la santé le dit clairement : la qualité des soins décide souvent si les gens reviennent ou pas dans un hôpital. Cas d'une femme qui a eu une mauvaise expérience lors d'une consultation peut tout simplement décider de ne plus se faire soigner la fois suivante. C'est tout bête et c'est pourtant un vrai frein ⁵⁹. Et puis, il y a le diagnostic de chercheurs comme Kruk. On parle là de gros soucis dans nos systèmes de soins, des trucs du genre personnel qui manque et matériel insuffisant et services mal organisés. Tout ce bazar sabote complètement l'efficacité du système de santé. Au bout du compte, ce désordre ne fait que creuser un peu plus le fossé entre les gens. (Kruk et al., 2018). Les inégalités dans la répartition des ressources médicales couplées au manque d'une vraie couverture santé universelle continuent de creuser le fossé pour l'accès aux soins. La Banque mondiale le dit d'ailleurs assez clairement dans ses rapports : si on ne renforce pas de fond en comble les systèmes de santé et si on n'améliore pas leur financement, on ne pourra jamais réduire les écarts et garantir un accès juste aux soins pour les mères de famille et les femmes enceintes ⁶⁰ (Banque mondiale, 2019). C'est basique, mais la réalité de terrain montre que le chemin reste long.

2. Les conséquences des inégalités

L'accès aux soins pour les femmes enceintes n'est vraiment pas le même pour tout le monde, et c'est un énorme problème de santé publique aujourd'hui⁶¹. On ne parle pas juste de trouver un hôpital ou un médecin disponible. Quand les mères ne peuvent pas se faire soigner correctement, les conséquences physiques et psychologiques sont lourdes de conséquences, pour elles comme pour les bébés. On sous-estime souvent l'impact social et financier de cette situation, mais tout le reste en découle directement ⁶². Dans les régions où le niveau de vie est déjà bas et où les services publics manquent à l'appel, la réalité est flagrante et devient rapidement intenable pour beaucoup de familles de ces territoires oubliés. On voit bien ce genre de situation dans pas mal de pays en développement. C'est très clair en Algérie et d'autres nations d'ailleurs.

⁵⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns: The WHO Vision*, Genève, 2015.

⁶⁰ Margaret E. Kruk et al., *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*, The Lancet Global Health Commission, 2018., Banque mondiale, *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage*, Washington, 2019.

2.1 Conséquences sanitaires sur la santé maternelle :

Quand on n'a pas accès à un vrai suivi pendant sa grossesse, les complications à l'accouchement s'envolent vite ⁶³. C'est mathématique et humain à la fois. Si personne ne surveille, on passe complètement à côté de problèmes sérieux silencieux. On parle de diabète gestationnel ou d'hypertension gravitationnelle, et même de graves infections lors de l'accouchement. C'est tout bête mais ces pathologies-là ne préviennent pas, et sans un médecin ou une sage-femme pour analyser tout traitement nécessaire dans les temps, ça bascule trop vite. Et on n'arrivera pas à résoudre ça tant que ces soins resteront inaccessibles à une bonne partie des femmes. La plupart des décès maternels peuvent être évités ⁶⁴. L'Organisation mondiale de la Santé le dit régulièrement, mais c'est surtout une question de bon sens : il faut des soins obstétricaux de qualité et un vrai suivi pendant la grossesse. Le problème, c'est l'accès à ces options. Dans les campagnes et les zones vraiment déshéritées, tout se complique. Les hôpitaux de référence sont trop loin et le personnel qualifié manque cruellement sur place. À cela s'ajoutent des routes impossibles et pas de transport fiable pour s'y rendre. Résultat, les délais pour être prise en charge s'allongent et face aux complications, les femmes trinquent le plus. Sans surprise, le taux de morbidité maternelle ne fait que grimper.

2.2 Conséquences sur la santé néonatale et infantile :

Quand on ne soigne pas correctement les futures mères, ce sont les bébés qui écopent direct ⁶⁵. C'est automatique. On le sait, mais ne pas suivre une grossesse de près, ça se termine trop souvent par des accouchements prématurés et des retards en développement et des bébés qui naissent beaucoup trop légers, et c'est toujours un vrai souci médical pour la suite et pour toute la vie qui commence. L'absence de suivi médical sérieux pendant la grossesse reste une fracture majeure ⁶⁶. Selon l'UNICEF, c'est même ce qui explique la majorité des décès de nouveau-nés dans plein de pays. C'est assez simple à comprendre au fond. Quand on ne détecte pas une complication à temps, tout s'emballe lors de l'accouchement ou durant les

tous premiers jours du bébé et les choses finissent très mal, Et voilà comment les écarts dans l'accès aux soins finissent par masquer une réalité bien plus dure : des taux de mortalité infantile

⁶³ Organisation mondiale de la Santé, *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*, Genève, 2016.

⁶⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Trends in Maternal Mortality 2000–2023*, Genève, 2025.

⁶⁵ UNICEF, *Maternal and Newborn Health*, 2021.

⁶⁶ Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, *Survive and Thrive: Transforming Care for Every Small and Sick Newborn*, 2018.

qui refusent de baisser dans notre pays, du moins pas partout. Au bout du compte, on se retrouve avec des fractures sanitaires qui s'imposent à tout le monde.

2.3 Conséquences sociale et reproduction des inégalités :

C'est un fait bien connu : galérer pour voir un médecin quand on attend un bébé, ça ne crée pas seulement des problèmes de santé sur le moment. Cela contribue aussi, carrément, à bloquer ces femmes dans leur classe sociale et à répéter les mêmes injustices de génération en génération⁶⁷. Ce sont les futures mères des milieux les plus pauvres, ou celles qui vivent loin dans les campagnes, qui se retrouvent presque toujours sans vrai suivi pour leur grossesse. Vous ajoutez à ça les problèmes de transport et la rareté des cliniques et la situation devient vite hors de contrôle. Ces situations finissent bien souvent par pousser les jeunes hors de l'école bien trop tôt. Derrière, ce sont des opportunités de boulot qui s'envolent, et une dépendance financière qui s'installe pour de bon. Plusieurs recherches en sociologie de la santé le montrent bien d'ailleurs : quand une mère est en mauvaise santé, c'est tout le cycle de la pauvreté qui se renforce et se referme sur la famille. Au fond, on voit bien que ces inégalités face à la santé ne découlent pas simplement des injustices sociales. Elles bossent activement à les reproduire, et l'écart se creuse encore.

2.4 Conséquences psychologiques et qualité de vie :

Les inégalités pour voir un médecin ou une sage-femme, ça ne Keyboard des impacts physiques. L'impact psychologique est énorme, en fait, et on n'en parle pas assez. Quand on passe une grossesse entière à stresser parce qu'on ne trouve pas de suivi, avec cette peur constante que quelque chose se passe mal, l'anxiété s'installe. Toutes ces futures mères se retrouvent dans une forme d'insécurité permanente et l'angoisse accumulée finit par peser lourd, très lourd sur leur santé mentale. Faute de prise en charge correcte durant la grossesse, les risques de troubles anxieux grimpent en flèche et la qualité de vie des mères trinque sérieusement, comme le soulignent d'ailleurs Say et ses collaborateurs dans leur étude de 2014. Ce genre de difficultés finit presque toujours par gâcher l'expérience même de la maternité. Pire encore, cela crée une ombre sur la relation qui se noue entre la mère et son enfant bien après l'accouchement, sans qu'on s'en rende compte tout de suite.

⁶⁷ Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, 2008.

2.5 Conséquences économique et pression sur le système de santé :

Quand on ne peut pas se soigner facilement, on attend. Le problème, c'est que ces retards de prise en charge finissent par aggraver la santé des gens, et au bout du compte, ça coûte beaucoup plus cher à tout le monde ⁶⁸¹¹. Les cas qui ne sont pas suivis correctement finissent souvent aux urgences. On se retrouve alors à devoir gérer de grosses interventions et des admissions en catastrophe, des soins bien plus lourds et coûteux que si on avait agi plus tôt. Sans doute une question d'organisation générale, mais ce coût humain et financier pèse directement sur le système de santé. Investir dans les soins maternels permet de tailler dans des dépenses de santé largement évitables, c'est la Banque mondiale qui le souligne. Et derrière, cela améliore nettement les chiffres de la mortalité chez les mères et les enfants. Mais il y a un autre aspect. Les familles doivent aussi composer avec des coûts indirects, comme les frais de transport, le temps passé à l'hôpital et la perte de revenus pendant ces périodes. Des détails qui pèsent lourd sur le budget familial ⁶⁹.

Conclusion

L'inégalité d'accès aux soins maternels est une réalité complexe qui résulte de l'interaction de nombreux facteurs économiques, géographiques, sociaux, culturels et institutionnels. Ces facteurs déterminants ont une influence directe sur la capacité des femmes à recevoir les services de santé dont elles ont besoin tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Ces inégalités ont d'importantes conséquences, tant pour la santé des mères et des nouveau-nés que pour le développement social et économique des familles. Elles aggravent les risques sanitaires et perpétuent les inégalités en matière de santé. Pour combattre ces inégalités, il faut donc une approche globale qui passe par l'amélioration de l'accessibilité, de la disponibilité et de la qualité des soins maternels, afin que chaque femme ait les mêmes chances d'être prise en charge de façon adaptée et sécurisée.

⁶⁸ Banque mondiale, *High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage*, Washington, 2019.

⁶⁹ Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*, 2023.

**Chapitre 03 : Étude des inégalités d'accès aux soins
maternels : cas du service de maternité de la
clinique Targa Ouzemmour**

Introduction du chapitre

Dans toute recherche en sciences de la santé, l'analyse du terrain constitue une étape essentielle pour confronter les concepts théoriques à la réalité. Elle permet de mieux comprendre les mécanismes d'accès aux soins ainsi que les inégalités de santé observées au sein des populations.

Cette partie présente le cadre de l'étude, notamment la structure d'accueil du stage, son fonctionnement et les modalités de prise en charge des patientes. Elle vise à décrire le contexte dans lequel l'enquête a été réalisée et à mettre en évidence les conditions réelles d'accès aux soins maternels.

Le chapitre est également consacré à l'analyse des données recueillies auprès des patientes à l'aide d'un questionnaire. L'exploitation des résultats permet d'identifier les principales difficultés rencontrées dans leur parcours de soins et d'analyser l'influence des facteurs sociaux, économiques et géographiques sur l'accès aux services de santé maternelle.

Section I : Présentation générale de lieu de stage et de la structure sanitaire

1. Méthodologie de l'étude et analyse des données

Dans le cadre de cette étude, une démarche méthodologique a été adoptée afin d'analyser les inégalités d'accès aux soins maternels au sein de la structure sanitaire de Targa Ouzemmour « Mère et Enfant », située dans la wilaya de Béjaïa. Cette approche permet de confronter les éléments théoriques développés précédemment à la réalité du terrain et de mieux comprendre les facteurs influençant l'accès aux services de santé maternelle. Il s'agit d'une étude descriptive à visée quantitative, basée sur la collecte de données à l'aide d'un questionnaire structuré. Cet outil a été conçu afin d'identifier les principales difficultés rencontrées par les patientes en matière d'accès aux soins maternels, notamment sur les plans géographique, financier, organisationnel et socioculturel. La population étudiée est constituée de femmes fréquentant le service de maternité de la structure sanitaire concernée, incluant des femmes enceintes ainsi que des patientes ayant déjà bénéficié de soins maternels. L'échantillon a été sélectionné selon une méthode non probabiliste de convenance, en fonction de la disponibilité des participantes et de leur consentement à répondre au questionnaire. La collecte des données a été réalisée durant le mois d'avril 2026, directement au sein de la structure sanitaire. Le questionnaire a été administré sous format papier et comprenait des questions simples,

majoritairement fermées, parfois accompagnées d'un entretien direct afin de faciliter la compréhension et d'assurer la fiabilité des réponses. L'outil d'enquête s'articule autour de plusieurs axes principaux, à savoir : l'accessibilité géographique aux soins, les contraintes financières, la qualité et l'organisation des services de santé, ainsi que les conditions de suivi de grossesse et d'accouchement. Ces dimensions permettent d'évaluer les différentes formes d'inégalités d'accès aux soins maternels. L'analyse des données recueillies a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS, ainsi que par un traitement statistique basé sur le calcul des pourcentages. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques afin de faciliter leur interprétation et leur analyse. Enfin, cette recherche respecte les principes éthiques fondamentaux. L'anonymat des participantes a été garanti, et leur participation était volontaire, sans aucune contrainte. Les données collectées ont été utilisées exclusivement à des fins académiques dans le cadre de ce mémoire

2. Présentation générale de lieu de stage

La maternité de Targa Ouzemmour, située dans la wilaya de Bejaïa (Algérie), est un établissement public spécialisé dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Elle fait partie du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bejaïa, ce qui lui confère un rôle à la fois soignant, universitaire et de formation médicale. Cet établissement est considéré comme une structure de référence dans la région pour les soins gynécologiques, obstétricaux et néonataux. La maternité de Targa Ouzemmour a connu un développement progressif avant son intégration au système hospitalier public dans les années 2000. Grâce à plusieurs extensions, elle est devenue un établissement spécialisé moderne dédié à la santé de la mère et de l'enfant. Rattachée au CHU de Béjaïa, elle assure des missions de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche médicale au profit de la population de la wilaya et des régions voisines. L'établissement prend en charge le suivi des grossesses, les accouchements, les urgences obstétricales et gynécologiques, les soins néonataux, la pédiatrie ainsi que la gynécologie médicale et chirurgicale. Il dispose de services spécialisés en maternité, gynécologie, néonatalogie, pédiatrie et chirurgie, soutenus par un personnel médical qualifié et des équipements adaptés. En tant que structure universitaire, il participe à la formation des étudiants et constitue un centre de référence pour les grossesses à risque et les cas complexes. Par son rôle essentiel dans la prise en charge des urgences mère-enfant et le nombre important

d'accouchements qu'il assure chaque année, cet établissement occupe une place stratégique dans le système de santé de la wilaya de Bejaïa.⁷⁰

Section II : présentation de déroulement de stage et l'analyse des données et du questionnaire

1. Présentation de déroulement de stage

Dans le cadre de notre stage pratique, nous avons effectué une période d'observation d'un mois du 1 avril 2026 au 1 mai 2026 au sein du service de maternité du CHU de Targa Ouzemmour à Bejaia,

Ce stage s'est déroulé en mode observation au niveau des services de grossesse et post accouchement, ou nous avons été en contact avec environs 20 à 30 patientes,

Cette expérience s'est terminée par un questionnaire destiné à collecter des données précieuses sur l'accompagnement des patients, à travers les retours obtenus, l'idée était vraiment de mesurer la qualité des soins pratique,

Puis, on arrive dans ce chapitre qui détaille notre stage et l'analyse brute de tout ce qui a été rassemblé durant cette période,

Le service de maternité du CHU de Targa Ouzemmour, il prend en charge les futures mamans avant et après leur accouchement, il est structuré aux tours de deux unités principales : le service GHR et le service post accouchement,

Le service GHR est responsable du suivi des grossesses et de la surveillance des patientes, tandis que le service post-accouchement prend en charge les femmes après l'accouchement ainsi que le nouveau-né ; Le fonctionnement du service repose sur une équipe médicale et paramédicale qui assure la continuité des soins.

⁷⁰ Documents internes et d l'observation de terrain, clinique Targa Ouzmour

QUESTIONNAIRE : Inégalités d'accès aux soins maternels

.Partie 1 : Informations générales

1. Âge : ☐ Moins de 20 ans ☐ 20–30 ans ☐ 31–40 ans ☐ Plus de 40 ans
2. Situation matrimoniale : ☐ Célibataire ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Veuve
3. Niveau d'instruction : ☐ Sans instruction ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Universitaire
4. Situation professionnelle : ☐ Sans emploi ☐ Femme au foyer ☐ Employée ☐ Autre :

5. Lieu de résidence : ☐ Urbain ☐ Rural

Partie 2 : Situation obstétricale

6. Êtes-vous actuellement enceinte ? ☐ Oui ☐ Non
7. Nombre de grossesses : ☐ 1 ☐ 2–3 ☐ Plus de 3
8. Avez-vous déjà accouché dans un établissement de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Partie 3 : Accès aux soins maternels

Accessibilité géographique

9. Distance au centre de santé : ☐ <5 km ☐ 5–10 km ☐ >10 km
10. Temps d'accès : ☐ <30 min ☐ 30 min–1h ☐ >1h
11. Transport : ☐ Marche ☐ Transport public ☐ Voiture ☐ Autre : _____

Accessibilité financière

12. Coût des soins : ☐ Abordable ☐ Modéré ☐ Élevé
13. Renoncement aux soins pour raisons financières : ☐ Oui ☐ Non

Accessibilité organisationnelle

14. Facilité de rendez-vous : ☐ Oui ☐ Non

15. Temps d'attente : ☐ Court ☐ Moyen ☐ Long

Accessibilité sociale et qualité

16. Mauvais accueil ressenti : ☐ Oui ☐ Non

17. Discrimination ressentie : ☐ Oui ☐ Non

18. Accompagnement : ☐ Toujours ☐ Parfois ☐ Jamais

Partie 4 : Utilisation et satisfaction

19. Consultations prénatales : ☐ Aucune ☐ 1–3 ☐ 4+

20. Satisfaction : ☐ Très satisfaite ☐ Satisfaite ☐ Peu satisfaite ☐ Pas satisfaite

21. Recommandation : ☐ Oui ☐ Non

Partie 5 : Question ouverte

22. Quels sont les principaux obstacles à l'accès aux soins maternels ?

2. Analyse des données

Cette partie se concentre sur l'examen des informations que nous avons collecté durant notre stage au sein du service de maternité du CHU de Targa Ouzemmour. Notre but est de révéler et de décortiquer les découvertes majeures concernant le mode de fonctionnement de la structure du service que nous avons étudié. Notre investigation couvre divers aspects, tel que la manière dont les effectifs sont repartis, l'espace disponible pour accueillir les patientes,

les caractéristiques de la population accueillie, et bien sûr, le travail obstétrical au sein du service. Pour que tout soit plus clair et facile à saisir, nous avons choisi de présenter toutes ces données sous forme de tableaux.

Nous présentons dans le tableau suivant la composition du personnel intervenant dans ce service

Tableau 1 : personnel du service GHR (grossesse à haut risque)

Catégorie professionnelle	Effectif
Sage-femmes (SF)	48
Opération (OP)	9
AMPS	1
Psychologue	1
Total	59

Source : réalisé par nos soins à partir de l'enquête maternité CHU Targa Ouzemmour

Analyse : Le tableau montre une nette prédominance des sages-femmes, qui représentent la majorité du personnel du service avec 48 agentes sur un total de 59. Cette répartition reflète l'importance de leur rôle dans la prise en charge des femmes enceintes, des accouchements et du suivi postnatal au sein de la maternité.

Le tableau suivant présente la répartition du personnel au sein du service post-accouchement :

Tableau 2 : personnel du service post-accouchement

Catégorie professionnelle	Effectif
SF	8
ISP	9
ATS	5

A/PER	7
AMSP	1
OP	5
Total	35

Source : registre du service de maternité, clinique Targa ouzemmour (2025)

Analyse : Le tableau montre une répartition relativement diversifiée du personnel avec un effectif total de 35 agents. Les infirmiers de santé publique (ISP) et les sage-femmes (SF) constituent les catégories les plus représentées, ce qui témoigne de leur rôle essentiel dans la prise en charge et le suivi des patientes. La présence des autres catégories professionnelles contribue également au bon fonctionnement du service et à la continuité des soins.

Le tableau suivant présente la répartition des capacités d'accueil et des infrastructures du service de maternité :

Tableau 3 : répartition des capacités d'accueil et des infrastructures du service maternité Targa Ouzemmour

Eléments	Nombre
Lits d'hospitalisation	64
Salle d'accouchement	1
Bloc opératoire	1
Salle de réveil	1
Salle ERCF	1

Source : registre du service de maternité, clinique Targa Ouzemmour (2025)

Ce tableau présente les principales infrastructures du service de maternité. On constate que le service dispose d'une capacité d'accueil relativement importante avec 64 lits d'hospitalisations, permettant la prise en charge des patientes dans de bonnes conditions. La présence d'une salle d'accouchement normaux et des cas nécessitant une intervention chirurgicale. Tandis que la salle ERCF permet le suivi du rythme cardiaque fœtal.

Le tableau suivant présente la répartition du nombre d'accouchements selon les tranches d'âge des mères au sein du service de maternité :

Tableau 4 : répartition du nombre d'accouchements selon les tranches d'âge des mères au sein du service de maternité

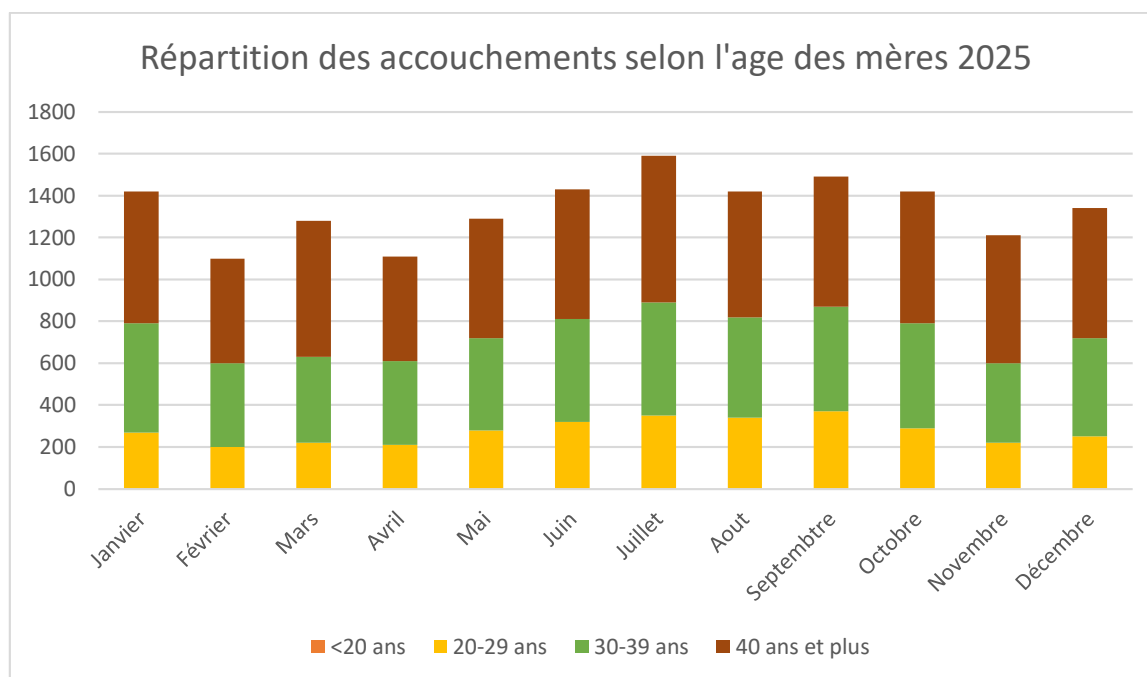
Mois	>20ans	20-29ans	30-39	40 et plus
Janvier	00	259	262	108
Février	00	203	198	108
Mars	00	222	205	230
Avril	00	206	199	111
Mai	00	265	186	118
Juin	02	306	198	116
Juillet	00	336	215	158
Aout	00	323	165	114
Septembre	00	366	150	109
Octobre	00	302	215	118
Novembre	00	230	178	191
Décembre	00	266	220	119

Source : registre du service de maternité, clinique Targa Ouzemmour (2025)

Analyse : Le tableau montre que la tranche d'âge de 20 à 29 ans enregistre le plus grand nombre d'accouchements tout au long de l'année, ce qui indique qu'elle représente la population maternelle la plus active. Elle est suivie par la tranche de 30 à 39 ans, tandis que les femmes âgées de 40 ans et plus présentent des effectifs plus faibles. Les accouchements chez les femmes de moins de 20 ans demeurent très rares, avec seulement deux cas recensés durant l'année.

La figure suivante représente la répartition des accouchements selon l'âge des mères 2025 :

Figure 4 : répartition des accouchements selon l'âge des mères 2025



Source 4 : figure réalisée par nos soins à partir de tableau 4

L'âge des mères lors de l'accouchement en 2025 montre une nette prédominance des femmes âgées de 20 à 29 ans, groupe principal pris en charge en maternité, avec des pics marqués à certaines périodes de l'année. Cette tendance confirme que la maternité concerne en particulier la classe d'âge correspondant à la période optimale de fécondité. La classe d'âge des 30-39 ans occupe la deuxième place. Elle présente des effectifs relativement élevés et assez réguliers au cours de l'année, ce qui traduit une fréquence stable des naissances dans ce groupe d'âge.

À l'inverse, les femmes de 40 ans et plus sont encore peu nombreuses, même si l'on note quelques variations ponctuelles qui pourraient être liées à des grossesses tardives nécessitant un suivi particulier. Enfin, la tranche des moins de 20 ans est quasi inexistante, ce qui témoigne de la rareté des grossesses précoces dans la population étudiée. Globalement, la répartition reflète une structure classique des accouchements dominée par les femmes en âge de forte fécondité (20–29 ans), suivies des 30–39 ans, tandis que les extrêmes d'âge demeurent peu représentés.

Le tableau suivant représente la répartition des patientes selon les tranches d'âge durant le mois d'avril 2026 (période de stage) :

Tableau 5 : répartition des patientes selon les tranches d'âge durant le mois d'avril 2026

Âge de la mère	Moins de 20ans	20-29 Ans	30-39 Ans	40ans et plus

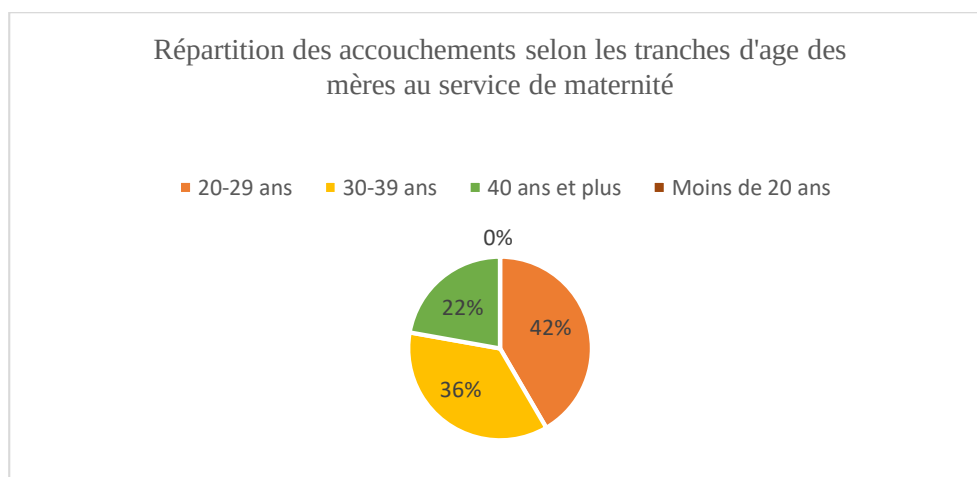
Nombre d'accouchement	00	193	168	103
------------------------------	----	-----	-----	-----

Source : registre du service de maternité, clinique Targa Ouzemmour

Le tableau montre que la majorité des accouchements concerne les femmes âgées de 20 à 29 ans, suivies par celles de 30 à 39 ans. Les femmes de 40 ans et plus représentent une proportion plus faible des accouchements, tandis qu'aucun accouchement n'a été enregistré chez les mères de moins de 20 ans durant la période étudiée.

La figure suivante représente la répartition des accouchements selon l'âge des mères au sein du service de maternité du CHU Targa Ouzemmour en 2026 :

Figure 5 : Répartition des accouchements selon l'âge des mères au services de maternité du CHU Targa Ouzemmour en 2026



Source 5 : Réalisé par nos soins à partir des données de l'enquête menée au service de maternité du clinique Targa Ouzemmour, 2026

La majorité des accouchements concerne les mères âgées de **20 à 29 ans (41,6 %)**, suivies de celles âgées de **30 à 39 ans (36,2 %)**. Les femmes de **40 ans et plus** représentent **22,2 %** des accouchements, tandis qu'aucun cas n'a été enregistré chez les mères de **moins de 20 ans**. Ainsi, les accouchements sont principalement concentrés dans la tranche d'âge de **20 à 39 ans**, qui regroupe **77,8 %** des cas observés.

Le tableau suivant représente l'évolution mensuelle de l'activité obstétricale et néonatale du service de maternité (janvier-décembre 2025)

Tableau 6 : l'évolution mensuelle de l'activité obstétricale et néonatale du service de maternité (janvier-décembre 2025)

Mois	Accouchement normaux	Accouchement voie basse	Césarienne	Forceps	Accouchement dystociques
Janvier	348	355	274	07	00
Février	314	322	187	08	00
Mars	329	338	219	09	00
Avril	308	316	201	08	00
Mai	353	360	258	07	00
Juin	365	373	249	08	00
Juillet	392	409	300	17	00
Aout	365	399	298	11	00
Septembre	395	410	266	14	01
Octobre	375	395	240	15	01
Novembre	262	269	240	07	00
Décembre	352	360	245	08	00

Source : registre du service de maternité, clinique Targa uzemmour (2025)

Analyse : Le tableau montre que les accouchements normaux et par voie basse sont les plus fréquents tout au long de l'année, traduisant une prédominance des accouchements sans complication majeure. Les césariennes occupent également une place importante, avec des effectifs élevés dans plusieurs mois. En revanche, les accouchements par forceps restent peu nombreux, tandis que les accouchements dystociques sont exceptionnels, avec seulement quelques cas enregistrés durant l'année.

Le tableau suivant représente la répartition mensuelle des naissances enregistrées au service de maternité durant l'année 2025

Tableau 7 : Répartition mensuelle des naissances et des indicateurs de prévention néonatale et maternelle au service de maternité de Targa Ouzemmour (2025)

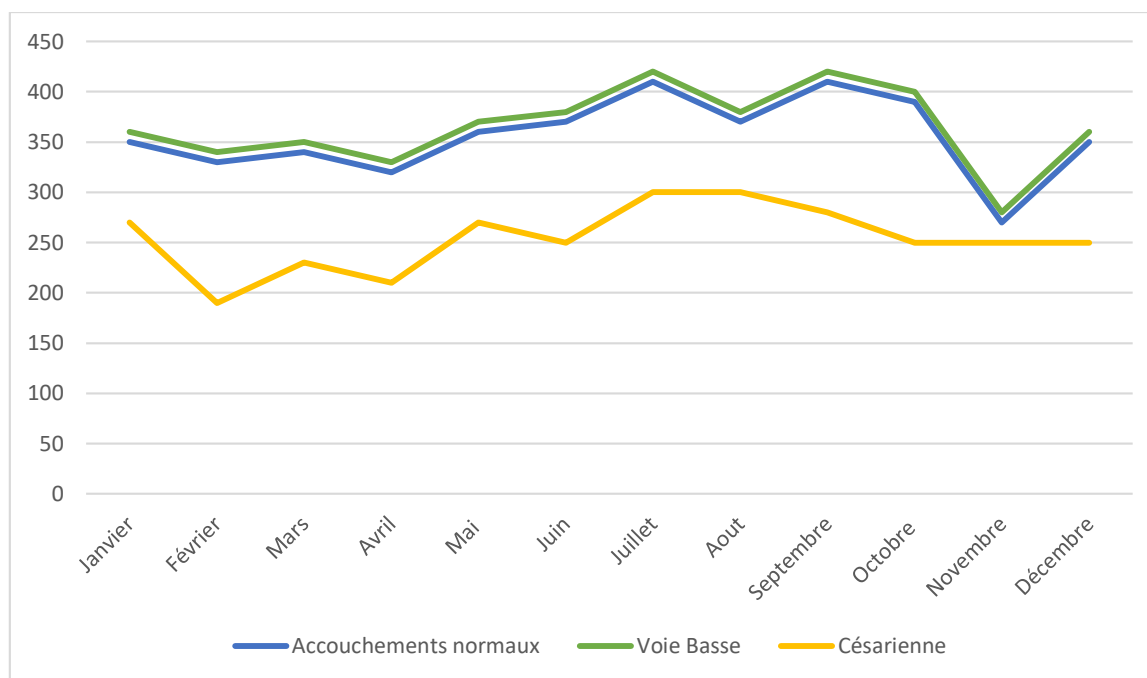
Mois	Naissance vivantes	Naissance vivante à terme	Prématuré	Nouveaux-nés ayant reçu la vitamine k1	Femmes ayant reçu le sérum anti-D	Mort nés
Janvier	671	587	54	641	13	02
Février	516	516	34	482	39	03
Mars	557	524	33	557	31	11
Avril	517	480	37	517	21	07
Mai	597	550	29	560	23	05
Juin	633	615	18	633	24	08
Juillet	706	664	42	706	47	10
Aout	701	640	30	680	44	07
Septembre	671	650	21	671	41	8
Octobre	635	607	26	635	34	11
Novembre	513	486	27	513	20	06
Décembre	616	589	27	616	27	01

Source : registre du service de maternité, clinique Targa Ouzemmour (2025)

Analyse : Le tableau montre une prédominance des naissances vivantes à terme tout au long de l'année, indiquant une évolution favorable de la majorité des grossesses. Les naissances prématurées demeurent relativement limitées par rapport au nombre total des naissances vivantes. La quasi-totalité des nouveau-nés a bénéficié de l'administration de la vitamine K1, témoignant du respect des protocoles de prise en charge néonatale. De même, plusieurs femmes ont reçu le sérum anti-D selon les indications médicales. Les cas de mort-nés restent peu fréquents, bien qu'ils soient observés à différents moments de l'année.

La figure suivante représente l'évolution mensuelle des accouchements selon le mode d'accouchement au service de maternité du clinique Targa Ouzemmour (2025)

Figure 6 : l'évolution mensuelle des accouchements selon le mode d'accouchement au service de maternité du clinique Targa Ouzemmour (2025)



Source 6 : registre de service maternité Targa Ouzemmour

Le service de maternité a été très actif au cours de l'année 2025. On a enregistré davantage d'accouchements par la voie basse et les césariennes ont constitué une part non négligeable des naissances. Les accouchements dystociques et les accouchements par forceps sont restés peu fréquents. La plupart des naissances étaient à terme et vivantes, avec peu de prématurés et de mort-nés. La quasi-totalité des nouveau-nés a reçu la vitamine K1 et les femmes concernées ont reçu le sérum anti-D, ce qui témoigne d'une prise en charge obstétricale et néonatale globalement satisfaisante

Section III : Analyse du questionnaire :

1. Présentation du questionnaire :

Dans le cadre de cette étude, un questionnaire a été élaboré comme outil de collecte de données quantitative auprès des patientes du service de maternité, clinique targa ouzmour.

Le questionnaire est composé de plusieurs fermées et semi ouvertes, permettant à la fois une analyse statistique et compréhension qualitative des perceptions des patientes

L'enquête a été réalisée auprès Dun échantillon de 30 patientes sélectionnées au sein du service de maternité. Le mode d'administration du questionnaire est direct, en face à face, afin de garantir la compréhension des questions et de la fiabilité des réponses

Les données collectées ont été ensuite codifiées, saisies et analysées à l'aide d'outils statistiques simple, notamment, le calcul des effectifs et des pourcentages.

Ce questionnaire a permis de mettre en évidence les principales caractéristiques des patientes ainsi que leur niveau de satisfaction et les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins, contribuant ainsi à répondre à la problématique de recherche.

2. Analyse de résultats du questionnaire :

On a pris les résultats du formulaire rempli par les patientes de la maternité et on a analysé le tout. On a regroupé les chiffres dans des tableaux et ajouté une description pour chaque donnée. Finalement, ce sont 30 femmes au total qui ont participé à l'étude.

Pour faciliter la lecture et l'analyse, les résultats ont été regroupé en plusieurs axes, notamment les caractéristiques sociodémographique, l'accessibilité aux soins, le suivi médicale et la qualité de la prise en charge.

Tableau 8 : nombre d'enfants

Nombre	Effectifs	Pourcentage
00 enfants	2	7%
01 enfants	4	13%
02 enfants	12	40%
03 enfants	5	17%
04 enfants et plus	7	23%
Total	30	100%

Source : enquête réalisée auprès des patientes du service maternité-clinique Targa Ouzemmour avril 2026

Analyse : La majorité des patientes ont deux enfants, ce qui correspond à une fécondité moyenne

Tableau 9 : distance au centre de santé

Distance	Effectif	Pourcentage
< 5 km	5	17%
5– 10 km	15	50%
>10 km	10	33%

Total	30	100%
--------------	-----------	-------------

Source : enquête réalisée auprès des patientes du service maternité-clinique targa ouzemmour avril 2026

Tableau 10 : difficulté d'accès

Réponse	Effectif	Pourcentage
Non	22	73%
Oui	8	27%

Source : enquête réalisée auprès des patientes du service maternité-clinique targa ouzemmour avril 2026

Tableau 11 : accès financiers des patientes

Variable	Modalités	Effectif	Pourcentage
Cout des soins	Oui souvent	3	10%
	Parfois	15	50%
	Non	12	40%
Couverture sociale	Oui	24	80%
	Non	6	20%
Renoncement aux soins	Oui	7	23
	Non	23	77%
Totale		30	100%

Source : enquête réalisée auprès des patientes du service maternité-clinique targa ouzemmour avril 2026

Analyse : les résultats montrent que le coût des soins représente une contrainte pour une partie des patientes, bien que la majorité bénéficie d'une couverture sociale (80%). Le renoncement aux soins reste relativement limité (23%), mais demeure lié principalement aux difficultés financières.

Tableau 12 : suivi médicale des patientes

Variable	Modalités	Effectif	Pourcentage
Couts des soins	Oui souvent	3	10%
	Parfois	15	50%
	Non	12	40%
Couverture sociale	Oui	24	80%

	Non	6	20%
Renoncement aux soins	Oui	7	23%
	Non	23	77%
Total		30	100%

Source : enquête réalisée auprès des patientes du service maternité-clinique targa ouzemmour avril 2026

Analyse : les résultats montrent que le cout des soins représente une contrainte pour une partie des patientes, bien que la majorité bénéficie d'une couverture sociale (80%). Le renoncement aux soins reste relativement limité (23%), mais demeure lié principalement aux difficultés financières

Tableau 13 : suivi médical des patientes

Variables	Modalités	Effectif	Pourcentage
Consultation prénatale	Régulière	22	73%
	Irrégulière	8	27%
Raison de l'irrégularité	Accès difficile	5	-
	Manque de temps	2	-
	Coût	1	-
Total		30	100%

Source : enquête réalisée auprès des patientes du service maternité-clinique Targa Ouzemmour avril 2026

Analyse : la majorité des futures mamans suivent leurs rendez-vous prénataux, mais des obstacles comme la distance des centres de santé, le coût des soins et les contraintes d'emploi de la tempe des parents compliquent l'accès aux soins, rendant le parcours plus difficile que nécessaire.

Tableau 14 : qualité des soins perçue

Variable	Modalités	Effectifs	Pourcentage
Prise ne charge	Bonne	8	27%
	Moyenne	18	60%
	Mauvaise	4	13%

Explication du personnel	Toujours	20	67%
	Parfois	10	33%
Respect du personnel	Oui	26	87%
	Non	4	13%
Satisfaction globale	Oui	20	67%
	Non	10	33%
Total		30	100%

Source : enquête réalisée auprès des patientes du service maternité-clinique Targa Ouzemmour avril 2026

Section IV : Analyse statistique des données

L'objectif de cette analyse est de déterminer dans quelle mesure les caractéristiques sociales des femmes influencent leur recours aux soins maternels. Quatre déterminants sont étudiés : la distance d'accès à la structure de soins, le niveau d'instruction, le revenu du ménage et la situation professionnelle de la femme, qui conditionne son accès à une couverture sociale. Chacun de ces déterminants est croisé avec les principaux indicateurs de recours aux soins (le renoncement aux soins, le nombre de consultations prénatales et la

facilité d'obtention d'un rendez-vous) afin d'identifier, au terme de l'analyse, la cause prépondérante des inégalités observées.

1. Variables et méthode d'analyse

L'analyse porte sur un échantillon de 30 femmes ayant accouché ou suivi une grossesse au niveau de la structure de soins de Targa Ouzemmour.

- Variables explicatives (déterminants). Le temps d'accès à la structure (indicateur de la distance), le niveau d'instruction, le revenu mensuel du conjoint et la situation professionnelle de la femme.
- Variables expliquées (recours aux soins). Le renoncement aux soins (oui / non), le nombre de consultations prénatales — CPN (aucune / 1 à 3 / 4 ou plus) et la facilité d'obtention du rendez-vous (oui / non).

- Méthode statistique. Les variables étant de nature ordinale, le sens et l'intensité des relations entre les déterminants et le recours aux soins sont mesurés à l'aide du coefficient de corrélation de rang de Spearman (ρ). Les tableaux croisés, le test du khi-deux d'indépendance et le V de Cramér (taille d'effet) complètent l'analyse. Le seuil de signification retenu est $\alpha = 0,05$. L'ensemble des traitements a été réalisé sous SPSS.

2. Profil de l'échantillon

L'échantillon est composé majoritairement de femmes âgées de 31 à 40 ans (60 %), au foyer (80 %) et de niveau d'instruction primaire (47 %). Si le recours aux soins paraît globalement assuré, le suivi prénatal demeure insuffisant pour les deux tiers des femmes, qui réalisent moins de quatre consultations.

Tableau 15 : Profil socio-démographique, géographique et sanitaire de l'échantillon enquêté

Variable	Modalité dominante	Répartition
Âge	31–40 ans (60 %)	20–30 : 27 % 31–40 : 60 % >40 : 13 %
Niveau d'instruction	Primaire (47 %)	Sans : 13 % Prim. : 47 % Sec. : 27 % Univ. : 13 %
Situation professionnelle	Femme au foyer (80 %)	Au foyer : 80 % Employée : 20 %
Revenu du conjoint	60–80 000 DA (47 %)	28–40k : 20 % 40–60k : 10 % 60–80k : 47 % $\geq 80k$: 23 %
Temps d'accès	30 min – 1 h (60 %)	<30 min : 17 % 30 min–1 h : 60 % >1 h : 23 %
Renoncement aux soins	Non (70 %)	Oui : 30 % Non : 70 %
Consultations prénatales	1 à 3 (60 %)	Aucune : 7 % 1–3 : 60 % 4+ : 33 %
Facilité du rendez-vous	Oui (72 %)	Oui : 72 % Non : 28 %

Source : Élaboré par nos soins à partir des données de l'enquête (SPSS).

Lecture. Seules 33 % des femmes atteignent le seuil de quatre consultations prénatales et 30 % déclarent avoir renoncé à des soins : ce sont les deux principaux marqueurs d'inégalité que l'analyse cherche à expliquer.

3. Analyse croisée des déterminants

Le tableau suivant présente l'ensemble des corrélations de Spearman entre chaque déterminant et chaque indicateur de recours aux soins.

Tableau 16 : Corrélations de Spearman (rho) entre déterminants et recours aux soins

Déterminant	Renoncement	Consultations prén.	Facilité RDV
Distance (temps d'accès)	-0,05 (p=0,78)	-0,03 (p=0,86)	+0,05 (p=0,79)
Niveau d'instruction	+0,13 (p=0,51)	+0,41 (p=0,026)*	+0,13 (p=0,51)
Revenu du conjoint	-0,02 (p=0,91)	+0,49 (p=0,007)**	-0,02 (p=0,92)
Situation professionnelle	+0,33 (p=0,077)	+0,09 (p=0,64)	+0,26 (p=0,18)

Source : Élaboré par nos soins à partir des données de l'enquête (SPSS).

* significatif à $p < 0,05$; ** significatif à $p < 0,01$. Un rho positif sur les consultations indique que le nombre de consultations augmente avec le déterminant.

3.1 La distance d'accès

Le temps d'accès à la structure n'entretient aucune relation significative avec le recours aux soins. Les corrélations sont quasi nulles avec le renoncement ($\rho = -0,05$), les consultations prénatales ($\rho = -0,03$) et la facilité du rendez-vous ($\rho = +0,05$), toutes très

éloignées du seuil de signification ($p > 0,78$). Ce résultat s'explique par le bon niveau de desserte de la zone : 63 % des femmes disposent d'une voiture personnelle et 60 % accèdent à la structure en 30 minutes à une heure. La distance ne constitue donc pas un facteur d'inégalité dans ce contexte.

3.2 Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction est significativement et positivement associé au nombre de consultations prénatales ($\rho = +0,41$; $p = 0,026$). Le gradient est net : aucune femme sans instruction n'atteint le seuil de quatre consultations, contre 75 % des femmes de niveau universitaire.

Tableau 17 : Niveau d'instruction × consultations prénatales (% en ligne)

Instruction	Aucune CPN	1 à 3 CPN	4 CPN ou +
Sans instruction	0 %	100 %	0 %
Primaire	7 %	71 %	21 %

Secondaire	12 %	38 %	50 %
Universitaire	0 %	25 %	75 %

Source : Élaboré par nos soins à partir des données de l'enquête (SPSS).

L'instruction n'a en revanche pas d'effet sur le renoncement ($\rho = +0,13$) ni sur la facilité du rendez-vous. Son effet se concentre donc sur l'intensité du suivi prénatal : plus une femme est instruite, plus elle multiplie les consultations.

3.3 Le revenu du conjoint

Le revenu est le déterminant le plus fortement lié au suivi prénatal : sa corrélation avec le nombre de consultations est la plus élevée de toute l'analyse ($\rho = +0,49$; $p = 0,007$), confirmée par le khi-deux ($\chi^2 = 14,75$; $p = 0,022$) et un V de Cramér de 0,50, indiquant un effet important. Le gradient économique est frappant.

Tableau 18 : Revenu du conjoint × consultations prénatales (% en ligne)

Revenu mensuel	Aucune CPN	1 à 3 CPN	4 CPN ou +
28 000 – 39 999 DA	0 %	100 %	0 %
40 000 – 59 999 DA	0 %	67 %	33 %
60 000 – 79 999 DA	14 %	64 %	21 %
≥ 80 000 DA	0 %	14 %	86 %

Source : Élaboré par nos soins à partir des données de l'enquête (SPSS).

Aucune femme de la tranche de revenu la plus basse ne réalise quatre consultations ou plus, alors que 86 % des femmes de la tranche la plus élevée y parviennent. Le revenu agit donc avant tout sur la régularité et l'intensité du suivi de grossesse.

3.4 La situation professionnelle

La situation professionnelle de la femme (qui détermine son affiliation à une couverture sociale) est positivement associée au fait de ne pas renoncer aux soins ($\rho = +0,33$; $p = 0,077$). Les femmes employées, qui bénéficient le plus souvent d'une protection sociale, tendent à renoncer moins fréquemment aux soins. La couverture sociale apparaît ainsi comme un facteur de protection contre le renoncement, même si son effet sur le nombre de consultations reste limité ($\rho = +0,09$).

4. Hiérarchisation des déterminants

Deux constats permettent de hiérarchiser les causes des inégalités.

- Un gradient socio-économique commun. L'instruction, le revenu et la situation professionnelle sont étroitement liés entre eux : instruction $\times$ revenu ($\rho = +0,63$; $p < 0,001$), instruction $\times$ situation professionnelle ($\rho = +0,68$; $p < 0,001$) et revenu $\times$ situation professionnelle ($\rho = +0,39$; $p = 0,035$). Ces trois déterminants constituent les trois facettes d'un même gradient socio-économique. La distance, à l'inverse, en est totalement indépendante (ρ proche de 0).
- La confirmation par la régression. Une régression linéaire multiple expliquant le nombre de consultations prénatales par les quatre déterminants restitue 27 % de la variance ($R^2 = 0,273$). Le temps d'accès y a un poids quasi nul, tandis que l'instruction et le revenu portent l'essentiel de l'effet, ce qui confirme la prééminence des facteurs socio-économiques sur la dimension géographique.

Tableau 19 : Synthèse de la force du lien entre chaque déterminant et le recours aux soins

Déterminant	Lien le plus fort observé	Signification
Revenu du conjoint	Consultations prénatales ($\rho = +0,49$)	Significatif ($p = 0,007$)
Niveau d'instruction	Consultations prénatales ($\rho = +0,41$)	Significatif ($p = 0,026$)
Situation professionnelle	Renoncement aux soins ($\rho = +0,33$)	Tendanciel ($p = 0,077$)
Distance (temps d'accès)	Aucun ($\rho \approx 0$)	Non significatif ($p > 0,78$)

Source : Élaboré par nos soins à partir des données de l'enquête (SPSS).

5. La cause prépondérante des inégalités

Au terme de cette analyse, la cause prépondérante des inégalités face aux soins maternels est le niveau socio-économique du ménage, et non l'éloignement géographique.

Le revenu du conjoint constitue le facteur le plus déterminant : il présente la corrélation la plus forte et la plus significative avec l'indicateur central du suivi de grossesse, le nombre de consultations prénatales. Le niveau d'instruction vient en deuxième position, avec un effet de même nature. Ces deux facteurs, fortement liés entre eux, traduisent un même mécanisme : les femmes des ménages les plus modestes et les moins instruites réalisent nettement moins de consultations prénatales, alors que les femmes aisées et instruites réalisent en majorité quatre consultations ou plus.

La situation professionnelle, à travers la couverture sociale qu'elle procure, protège pour sa part contre le renoncement aux soins. À l'inverse, la distance d'accès ne joue aucun rôle significatif dans ce contexte bien desservi. L'inégalité observée n'est donc pas géographique mais sociale et financière : elle relève avant tout d'une barrière économique qui limite le suivi régulier de la grossesse chez les femmes les plus défavorisées.

Conclusion

L'analyse du service de maternité du CHU de Targa Ouzemmour a permis de mieux comprendre son organisation, ses ressources humaines et matérielles ainsi que l'importance de son activité obstétricale et néonatale. Les données étudiées montrent que cette structure occupe une place essentielle dans la prise en charge de la santé maternelle et infantile au niveau de la wilaya de Béjaïa, grâce à ses capacités d'accueil, à son personnel qualifié et à la diversité des soins proposés.

Les résultats du questionnaire révèlent que, malgré une prise en charge globalement satisfaisante, certaines patientes rencontrent encore des difficultés liées principalement aux contraintes économiques, au suivi prénatal insuffisant et, dans une moindre mesure, aux conditions d'accès aux soins. L'analyse statistique met en évidence que les inégalités

observées sont davantage associées aux facteurs socio-économiques, notamment le revenu, le niveau d'instruction et la couverture sociale, qu'aux facteurs géographiques.

Ainsi, cette étude confirme que l'amélioration de l'accès équitable aux soins maternels nécessite non seulement le renforcement des services de santé, mais également la réduction des inégalités sociales et économiques qui influencent le recours aux soins. Ces constats permettent d'apporter des éléments de réponse à la problématique de recherche et ouvrent des perspectives pour l'élaboration d'actions visant à garantir une meilleure prise en charge des femmes enceintes.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de ce travail consacré à l'analyse des inégalités d'accès aux soins maternels, il apparaît clairement que cette problématique constitue un enjeu majeur de santé publique, tant à l'échelle mondiale que dans le contexte algérien.

L'objectif de cette étude était de comprendre les déterminants de ces inégalités, d'en analyser les conséquences et de les confronter à la réalité du terrain à travers le cas du service de maternité de Targa Ouzemmour. L'analyse théorique a mis en évidence que l'accès aux soins maternels repose sur une interaction complexe de facteurs économiques, géographiques, socioculturels et organisationnels.

Ces déterminants influencent directement le recours aux services de santé, la continuité du suivi de la grossesse ainsi que la qualité de la prise en charge. Ainsi, les contraintes financières, l'éloignement des structures de santé, le niveau d'instruction des femmes ou encore les dysfonctionnements du système de santé constituent autant d'obstacles pouvant limiter l'accès équitable aux soins.

Par ailleurs, les conséquences de ces inégalités sont multiples et profondes. Elles affectent non seulement la santé des mères, en augmentant les risques de complications et de mortalité, mais également celle des nouveau-nés, à travers la prématurité ou les faibles poids de naissance. À cela s'ajoutent des impacts sociaux, économiques et psychologiques qui contribuent à la reproduction des inégalités au sein des populations les plus vulnérables.

L'étude de terrain réalisée au sein du service de maternité de Targa Ouzemmour a permis de confronter ces éléments théoriques à la réalité pratique. Les résultats obtenus montrent que, malgré une prise en charge globalement satisfaisante et une organisation structurée du service, certaines inégalités persistent. Celles-ci sont principalement liées aux facteurs socio-économiques, notamment le niveau de revenu, le niveau d'instruction et la couverture sociale des patientes.

Les contraintes financières et l'insuffisance du suivi prénatal apparaissent comme les obstacles les plus significatifs dans le parcours de soins des femmes. Cependant, l'étude met également en évidence le rôle essentiel de cette structure sanitaire dans la prise en charge de la santé maternelle et néonatale au niveau régional, grâce à la qualification du personnel, aux capacités d'accueil et à la diversité des services proposés. Cela souligne l'importance du renforcement des structures existantes afin d'améliorer davantage l'équité d'accès aux soins.

En définitive, la réduction des inégalités d'accès aux soins maternels nécessite une approche globale et multidimensionnelle. Elle passe par l'amélioration de l'accessibilité

financière, le renforcement des infrastructures sanitaires, la sensibilisation et l'éducation des femmes, ainsi que par une meilleure organisation du système de santé. Il est essentiel de mettre en place des politiques publiques efficaces visant à garantir un accès universel, équitable et de qualité aux soins maternels.

Ce travail ouvre ainsi des perspectives pour de futures recherches, notamment en approfondissant l'analyse des politiques de santé maternelle en Algérie ou en élargissant l'étude à d'autres structures sanitaires, afin de mieux comprendre les disparités et proposer des solutions adaptées et durables.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENT	I
LISTE DES ABRÉVIATIONS	II
Liste des figures	III
Liste des tableaux	III
Sommaire :	IV
INTRODUCTION GÉNÉRALE	V
Chapitre 01 : Les inégalités d'accès aux soins.....	1
Section I : Cadre conceptuel de l'accès aux soins.....	1
1. Définition de l'accès aux soins.....	2
2. Les dimensions de l'accès aux soins	2
2.1 L'accessibilité matérielle ou physique :	3
2.2 L'accessibilité financière :	3
2.3 L'acceptabilité :	4
2.4 Disponibilité / Organisation des services :	4
3. Notion d'inégalités de santé :	5
4. Facteurs influençant l'accès aux soins.....	6
Section II : Généralités sur les soins maternels.....	7
1. Définition des soins maternels	7
2. Les étapes des soins maternels	8
3. Importance des soins maternels.....	9
4. Les recommandations en matière de soins maternels	10
Conclusion	11
Chapitre 02 : Les inégalités d'accès aux soins maternels	13
Introduction du chapitre	13
1. Les déterminants des inégalités	13
1.1 Factures économiques :.....	14
1.2 Factures géographiques :.....	14
1.3 Facteurs sociaux et culturels :	15
1.4 Facteurs liés au système de santé :	15

2.	Les conséquences des inégalités.....	16
2.1	Conséquences sanitaires sur la santé maternelle :	17
2.2	Conséquences sur la santé néonatale et infantile :	17
2.3	Conséquences sociale et reproduction des inégalités :	18
2.4	Conséquences psychologiques et qualité de vie :	18
2.5	Conséquences économique et pression sur le système de santé :	19
	Conclusion	19
	Chapitre 03 : Étude des inégalités d'accès aux soins maternels : cas du service de maternité de la clinique Targa Ouzemmour.....	21
	Introduction du chapitre	21
	Section I : Présentation générale de lieu de stage et de la structure sanitaire	21
1.	Méthodologie de l'étude et analyse des données	21
2.	Présentation générale de lieu de stage	22
	Section II : présentation de déroulement de stage et l'analyse des données et du questionnaire	23
1.	Présentation de déroulement de stage.....	23
2.	Analyse des données	26
	Section III : Analyse du questionnaire :	33
1.	Présentation du questionnaire :	33
2.	Analyse de résultats du questionnaire :	34
	Section IV : Analyse statistique des données	37
1.	Variables et méthode d'analyse.....	37
2.	Profil de l'échantillon.....	38
3.	Analyse croisée des déterminants.....	39
3.1	La distance d'accès	39
3.2	Le niveau d'instruction	39
3.3	Le revenu du conjoint	40
3.4	La situation professionnelle	40
4.	Hiérarchisation des déterminants	40
5.	La cause prépondérante des inégalités.....	41

Conclusion	42
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	43
TABLE DES MATIERES	43
BIBLIOGRAPHIE	43

BIBLIOGRAPHIE

- Bourdillon, F., Brücker, G., & Tabuteau, D. (2016). *Traité de santé publique* (3e éd.). Médecine-Sciences Flammarion.
- Gabrysch, S., & Campbell, O. M. R. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(34). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-34>
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. <https://doi.org/10.1086/259880>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Rapport sur la santé dans le monde*. OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *State of inequality: Reproductive, maternal, newborn and child health*. OMS.
- Banque mondiale. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. World Bank.
- UNICEF. (2021). *Maternal and newborn health disparities: Global report*. UNICEF.
- UNESCO. (s.d.). *Education and maternal health: Global monitoring perspectives*. UNESCO.
- Fonds des Nations Unies pour la population. (s.d.). *Maternal health and reproductive services reports*. UNFPA.

Résumé

:

Ce mémoire analyse les inégalités d'accès aux soins maternels à travers l'étude de cas de la clinique Targa Ouzemour. L'analyse théorique et l'enquête de terrain révèlent que les disparités de recours aux soins ne sont pas géographiques, mais principalement dictées par des facteurs socio-économiques. Le niveau de revenu, le degré d'instruction et la couverture sociale des patientes constituent les barrières majeures au suivi prénatal régulier. Ainsi, garantir l'équité sanitaire nécessite des politiques publiques globales combinant renforcement des services de santé et réduction de la précarité.

Abstract:

This thesis analyzes inequalities in access to maternal healthcare through a case study of the Targa Ouzemour clinic. Theoretical analysis and field research reveal that disparities in healthcare utilization are not geographical but primarily driven by socioeconomic factors. Patients' income levels, education, and social security coverage represent the main barriers to regular prenatal care. Therefore, ensuring health equity requires comprehensive public policies that simultaneously strengthen health services and reduce financial vulnerability.

ملخص :

تحلل هذه المذكرة التفاوتات في الاستفادة من رعاية الأمومة من خلال دراسة حالة لعيادة تارقة اوزمور. وقد أظهر التحليل النظري والبحث الميداني أن الفوارق في اللجوء إلى العلاج ليست جغرافية، بل ترجع أساساً إلى عوامل اجتماعية واقتصادية. ويمثل مستوى دخل الأسر، والمستوى التعليمي، والتغطية الاجتماعية للمريضات العوائق الرئيسية أمام المتابعة المنتظمة للحمل. وبالتالي، فإن ضمان العدالة الصحية يستلزم سياسات عمومية شاملة تجمع بين تعزيز الخدمات الطبية والحد من الهشاشة الاقتصادية.