

**Les inégalités sociales et territoriales d'accès aux services de soins maternels
dans la wilaya de Bejaia**
**Social and territorial disparities in maternal healthcare services access
in the county of Bejaia**

Chalane Smail¹, Cheurfa Taous^{2,*}, Kaid-Tilane Nouara³

¹ Maître-Assistant, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Laboratoire d'Informatique Médicale (LIMED), Algérie. Email : taous.cheurfa@yahoo.fr

² Maître-Assistante, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Laboratoire d'Informatique Médicale (LIMED), Algérie. Email : chalanemail@gmail.com

³ Professeure, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Laboratoire d'Informatique Médicale (LIMED), Algérie. Email : tilane_n@yahoo.fr

Date de réception : 2019-05-14 ; Date de révision : 2020-11-16 ; Date d'acceptation : 2020-12-31

Résumé :

Dans ce papier, nous nous proposons d'explorer les contraintes multiples (sociales, économiques, géographiques) entravant l'accès des femmes algérienne aux soins maternels. Pour ce faire, nous avons entrepris une enquête de terrain auprès d'un échantillon de nouvelles mères résidant dans la wilaya de Bejaia. Il ressort de cette étude que les caractéristiques individuelles et familiales de la parturiente (niveau d'instruction, revenu du ménage, lieu de résidence...) ont un effet sur la décision de renoncement ou de non-recours aux soins maternels.

Mots-clés : Inégalités de santé ; Accès aux soins ; Renoncement aux soins ; Soins maternels ; Bejaia.

Codes de classification JEL : D63 ; I11 ; I31

Abstract:

In this study, we conducted a survey involving rural and urban households in the county of Bejaia in order to understand the influence of both maternal care offer share-out and social class affiliation on the healthcare renunciation. The study findings emphasized the part played by revenues in determining maternal care services and confirmed the correlation between the residence and care renunciation, hence the existence of social and spatial disparities for this type of healthcare.).

Keywords: Health disparities ; Access to care ; Healthcare renunciation ; Maternal care ; Bejaia.

JEL Classification Codes: D63 ; I11 ; I31

I- Introduction :

La possibilité de mener à bien une grossesse et de donner naissance à un enfant en bonne santé sans hypothéquer celle de sa mère est une des priorités affichées par les objectifs de développement durable (ODD) qui préconisent de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Dans bien des régions du monde, la grossesse et l'accouchement demeurent en effet risqués et connaissent parfois des issues dramatiques. En 2017, 295 000 femmes sont ainsi décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement, soit environ 830 femmes qui meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement¹. Naturellement, la santé maternelle et la santé du nouveau-né sont étroitement liées. Ainsi, la probabilité qu'un nourrisson naisse avec un problème de santé augmente si sa mère a, durant sa grossesse, à la fois rencontré un problème de santé et renoncé à des soins².

Aussi, *l'accès à des soins maternels de qualité* a un effet considérable et décisif sur la santé future de la mère et de l'enfant. Et parmi les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse et l'accouchement, il y a notamment la pauvreté, la distance, le manque d'informations, l'inadéquation des services ou encore les pratiques culturelles. La présente étude s'intéressera spécifiquement aux *contraintes socio-économiques et territoriales* entravant l'accès aux soins maternels. En d'autres termes, cette contribution se propose d'étudier l'influence que peut avoir *l'appartenance à une catégorie sociale* et la *répartition de l'offre de soins* sur le renoncement aux soins maternels.

Notre étude s'inscrit dans un champ d'investigation bien plus large, mais relativement marginal en Algérie, celui des *inégalités sociales et spatiales d'accès aux soins de santé*. Les connaissances empiriques sur l'accès et le recours aux soins en général, et aux soins maternels en particulier, restent en effet très parcellaires en Algérie. Pour identifier les obstacles qui limitent aujourd'hui l'accès aux soins

maternels en Algérie, nous avons dès lors entrepris une enquête de terrain auprès d'un échantillon de « nouvelles mères » résidant dans la wilaya de Bejaia.

Avant de dérouler les résultats et conclusions de notre étude de cas, nous commencerons d'abord par une mise au point sur la situation de la santé maternelle et infantile en Algérie dans une perspective d'accès aux soins. Nous proposerons par la suite une revue de la littérature sur les inégalités de santé, notamment en matière de soins maternels.

I.1. La santé maternelle et infantile en Algérie :

L'Algérie a connu une importante amélioration de l'état de santé de sa population au cours des vingt dernières années, comme en attestent l'allongement de l'espérance de vie qui a atteint 77,8 ans en 2019. Elle a également enregistré des progrès importants dans l'amélioration de la survie et de la santé des enfants et des mères, avec notamment un net recul de la mortalité maternelle et infantile. Le taux de mortalité maternelle est ainsi passé de 117,4 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 1999 à 70,3 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2012, puis à 60,3 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2014.³ Entre 1990 et 2010, le taux de mortalité infantile⁴ est passé de 46,8 à 23,7 décès d'enfants pour 1000 naissances vivantes.⁵ La mortalité infantile a continué à baisser durant la décennie écoulée, en passant de 23,1 en 2011 à 22,3 décès d'enfants pour 1000 naissances vivantes en 2015, pour atteindre finalement 20,1 décès d'enfants pour 1000 naissances vivantes en 2018.⁶ Selon l'enquête MICS4 (2012-2013) sur la santé maternelle et infantile⁷, Il est à remarquer qu'en Algérie la majorité des décès de moins de cinq ans surviennent la première année de vie (89%). Parmi ces derniers, près des trois quarts surviennent le premier mois de vie (73%).

Toutefois, malgré les progrès tangibles réalisés dans le domaine de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, les « *indicateurs de mortalité infantile et maternelle ne sont pas en adéquation avec les moyens consentis par les pouvoirs publics* » comme le relevait déjà le rapport de présentation du Plan National de la Réduction Accélérée de la Mortalité Maternelle (PNRAMM) 2015-2019⁸. Les décès évitables des mères continuent malheureusement à survenir trop souvent, dans un contexte inédit de forte poussée démographique et de crise économique latente depuis au moins 2015. En 2019, l'Algérie a ainsi dépassé en volume de naissances vivantes le seuil d'un million de naissances pour la sixième année consécutive, bien qu'il y ait eu une légère baisse par rapport à 2018. Avec la contraction des revenus tirés des exportations d'hydrocarbures, cet accroissement des naissances pose un défi important à relever par les autorités sanitaires, particulièrement en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant.

En outre, les progrès accomplis ne profitent pas à tous de la même manière. Plusieurs travaux empiriques ont ainsi confirmé l'existence d'inégalités dans le système de santé algérien⁹, notamment en matière de santé et de soins maternels¹⁰. De plus, il persiste des disparités importantes dans la répartition de l'offre de soins maternels, avec certaines régions qui « *manque de médecins spécialistes et de sages-femmes* » et des ressources existantes « *parfois mal réparties y compris à proximité des grandes métropoles* »¹¹.

Tandis que la Constitution algérienne garantit le droit des citoyens à la protection de leur santé (principalement par le libre accès aux services de santé dans le secteur public), des disparités d'accès et d'utilisation entre les régions et les groupes sociaux persistent malheureusement. Pis encore, nous assistons à une véritable dégradation tendancielle de l'accès aux soins, qui est devenue préoccupante ces dernières années, notamment parce que la part laissée à la charge du patient a eu tendance à s'accroître depuis la vague de libéralisation et d'ouverture économique au début des années 1990. Dès lors, l'accès aux soins de santé est devenu de plus en plus inégal, avec des pauvres condamnés à un système public en déshérence et des riches ayant accès à la médecine privée dont les dépenses induites ne sont quasiment pas prises en charge par la sécurité sociale. Bien évidemment, les catégories sociales les plus nanties ont également accès au meilleur de ce que propose le secteur public via leur capital relationnel. Cette question de l'accessibilité des soins ne se pose pas uniquement en termes financiers. Elle se manifeste aussi par la forte variation géographique de la démographie des professions de santé, entre régions (notamment entre le Tell et l'arrière-pays), entre ville et campagne, entre grandes agglomération (particulièrement la capitale) et villes moyennes, entre quartiers des grandes villes... Ces variations sont d'authentiques inégalités, car le plus souvent ce sont les territoires peuplés par les habitants les moins favorisés socialement, donc avec les besoins de soins les plus importants, qui ont les densités les plus faibles.

La population des parturientes est particulièrement vulnérable lorsqu'elle est confrontée à des situations de précarité économique et/ou d'enclavement résidentiel. Dès lors, il peut exister également des différences importantes dans l'accès aux services de santé maternelle et infantile selon les caractéristiques socio-économiques et géographiques des ménages. La dernière enquête nationale approfondie sur la santé maternelle et infantile (MICS4 2012-2013), réalisée sur un échantillon de 28 000 ménages, a par exemple mis à jour des disparités importantes en termes de mortalité infantile¹². En 2012, le taux de mortalité infanto-juvénile¹³ variait ainsi entre 34,5 décès pour 1000 naissances vivantes dans le Sud et 15,7 dans le Centre-Nord du pays. Remarquons que ces écarts sont accentués autant pour la mortalité infantile que

pour la mortalité juvénile. Le risque de décéder avant d'atteindre l'âge d'un an passe de 14% chez les enfants de la région Centre-Nord du pays à 32% pour ceux du Sud. Quant au risque de décéder avant d'atteindre l'âge de 5 ans, il passe respectivement de 16% à 35% entre les deux régions considérées. En définitive, les risques de décéder chez les enfants varient du simple au double selon la région d'habitation des enfants. Des inégalités substantielles persistant également entre les groupes socioéconomiques. Les résultats de l'enquête MICS4 2012-2013 montrent ainsi que le risque de décès chez les enfants de moins d'un an est près de deux fois plus élevé parmi les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres (31%) que chez ceux vivant dans les ménages les plus riches (18%). Concernant la mortalité infanto-juvénile, le risque de décès varie entre 35% et 21% respectivement chez les enfants appartenant au 1^{er} et au 5^{ème} quintile de richesse. Selon le milieu de résidence, le taux de mortalité néonatale¹⁴ était ainsi à son plus haut niveau en zone rurale, avec 19,2 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes, contre seulement 13,3 en zone urbaine. Les résultats de l'enquête montrent également que la mortalité infantile est relativement plus faible en milieu urbain (19%) qu'en milieu rural (25%). C'est aussi en milieu rural et dans le Sud, particulièrement dans les milieux les plus défavorisés, que la prévalence du faible poids à la naissance augmente. Selon le niveau d'instruction de la mère, les résultats de l'enquête révèlent que plus le niveau d'instruction de la mère est élevé plus la mortalité tant chez les moins d'un an que chez les enfants de moins de 5 ans est basse. Le risque de décéder chez les enfants de moins d'un an passe de 26 décès pour 1000 naissances vivantes issues de mères non instruites à 19 décès pour 1000 naissances vivantes issues de mères jouissant d'un niveau secondaire et plus.

L'enquête MICS4 2012-2013 montrent également que la consommation de soins maternel varie sensiblement selon les facteurs géographiques et socio-économiques¹⁵. Par exemple, pour le nombre de consultations prénatales (quel que soit le personnel consultant), l'enquête révèlent que près de 8% des femmes non célibataires âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête, n'ont effectué aucune visite auprès d'un professionnel de santé qualifié (médecin ou sage-femme) durant toute la période de leurs grossesses. Et seules 67% des nouvelles mères ont bénéficié de quatre visites ou plus pendant leur grossesse... alors que l'OMS et l'UNICEF recommandent un minimum de quatre visites prénatales¹⁶. Plus de 94% des femmes de la région Nord Centre ont consulté au moins une fois durant leurs grossesses contre seulement 87% dans le Sud. La proportion de consultations prénatales varie également selon le niveau d'instruction des femmes et le niveau de vie des ménages. Elle est ainsi plus faible chez les femmes ayant le niveau primaire avec 61% contre 86% de celles ayant le niveau supérieur. Il en est de même pour les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres, où 54% d'entre elles seulement ont recouru à quatre visites prénatales ou plus contre 82% de celles appartenant au quintile le plus riche.

En dehors de l'enquête à indicateurs multiples (MICS) sur le suivi de la situation des enfants et des femmes, réalisées en 2006 (MICS 3) et 2012/2013 (MICS 4), conjointement par le MSPRH et l'UNICEF¹⁷, nous n'avons identifié que très peu d'étude empirique traitant spécifiquement de la santé maternelle et infantile en Algérie dans une perspective d'accès aux soins. Dans le champ de l'économie de la santé, nous évoquerons notamment les travaux pionniers de Kaid Tilane Nouara de l'Université de Bejaia¹⁸. Signalons également les travaux en sociologie de la santé autour de Mebtoul Mohamed de l'Université d'Oran¹⁹ et quelques autres études plus éparées²⁰. De plus, à l'instar d'autres domaines relevant de la santé publique, la santé maternelle reste en Algérie encore très mal documenter d'un point de vue statistique. Pour ne prendre qu'un exemple, la dernière étude nationale détaillée sur les décès maternels a eu lieu en 1999²¹, et ce malgré la mise en place d'un système de déclaration obligatoire depuis 1994.²² C'est précisément l'insuffisance de telles études systématiques qui nous a conduit à recourir à la *méthode de l'enquête individuelle* afin d'apprécier le *niveau réel* d'accès aux soins maternels, qui ne peut pas être appréhender uniquement à partir des indicateurs globaux de santé maternel disponibles.

I.2. Une brève revue de la littérature sur les inégalités de santé :

Dans ce qui suit, nous nous intéresserons aux principaux déterminants des inégalités de santé tels qu'identifiés dans les études empiriques récentes sur le recours aux soins, et ce dans leurs deux volets : *sociales* et *territoriales*. Nous aborderons également les méthodes et indicateurs couramment utilisés pour mesurer ces dernières. Ce rapide tour d'horizon nous permettra de définir les principaux thèmes et questions soulevés par le sujet de l'étude.

Les inégalités sociales de santé sont des disparités dans l'état de santé ou dans l'accès aux soins, constatées entre des groupes humains socialement hiérarchisés. Elles sont appréhendées, le plus souvent, au moyen des techniques quantitatives et des concepts théoriques de l'épidémiologie. Ces études, dites d'« épidémiologie sociale », s'attachent à mettre en évidence le rôle des déterminants sociaux, tels que les *revenus* ou le *niveau d'éducation*, dans la production de ces inégalités²³. Les origines de ces inégalités sont multifactorielles et complexes. En effet, de nombreux facteurs, situés en amont du système de santé et liés aux conditions socio-économiques des personnes, à leur parcours de vie (personnel et professionnel), sont à l'origine des inégalités sociales de santé²⁴. Elles sont le produit des inégalités dans

les conditions d'existence construites dès l'enfance, et qui concernent l'éducation, l'emploi, le logement et le lien social²⁵. Les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées à des différences de qualité de prise en charge. Plusieurs études internationales ont pu montrer, par exemple, que « *les médecins prescrivaient moins d'exams de dépistage aux patients issus de classes sociales défavorisées* »²⁶. Ainsi, en plus de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

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

L'étude des inégalités territoriales de santé est l'objet d'une spécialité relativement jeune, la *géographie des soins médicaux*, qui est l'étude de la localisation des professionnels de santé et des établissements de soins, la répartition dans l'espace des équipements et personnels médicaux, les inégalités territoriales d'utilisation et de fréquentation des services de santé, ainsi que les disparités dans le recours aux soins et la consommation médicale²⁷. L'approche géographique des faits de santé permet ainsi d'appréhender la maladie ou l'état sanitaire d'une population dans son environnement²⁸. Il est à signaler à ce propos que l'approche de géographie de la santé a souvent été mobilisée dans l'étude de d'accès aux soins maternels²⁹.

Dans la réalité toutefois, les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé ne sont pas dissociable. Prenons un exemple pour illustrer notre propos. Les inégalités territoriales qui sont le plus souvent dénoncées sont principalement liées aux différences d'offre de soins entre le milieu rural (offre faible) et le milieu urbain (offre importante) et leurs impacts sur les distances à parcourir. Ainsi, la ville, parce qu'elle concentre le potentiel humain et les services sur de faibles distances physiques, est souvent perçue comme le lieu où tout est accessible. Mais dans le champ de la santé, *proximité* n'implique pas systématiquement *accessibilité*. En périnatalité notamment, l'influence des conditions de vie sur le recours aux services de santé maternels a été souvent relevée³⁰.

La quantification des inégalités de santé mobilise deux approches complémentaires. D'abord, une mesure dites *subjective*, le *renoncement aux soins*, qui se base sur les déclarations individuelles de renoncement aux soins durant l'année écoulée. C'est en ce sens un assez bon indicateur d'inégalité d'accès aux soins à un moment donnée au sein d'une population³¹, malgré les éventuels biais dans les réponses (par nature subjectives) des individus interrogés qu'il est difficile – voire impossible – de contrôler. Le renoncement aux soins évoque concrètement l'idée d'un « *besoin de soins non satisfait, c'est-à-dire une situation où un individu ne reçoit pas un soin dont, selon lui, il aurait eu besoin* »³². Ce renoncement est lié à un ensemble des contraintes qui ne permettent pas d'accéder aux soins désirés : *financières* (coût des soins, reste à charge, transport) ; *organisationnelles* (qualité des soins, qualité de l'accueil, présence d'infrastructures, temps d'attente pour y avoir accès) ; *territoriales* (distance pour accéder à un service de santé) ; *psychologiques* (peur de révélation d'un diagnostic ou de la souffrance).

Le *recours aux soins* est une autre mesure, plus *objective*, fréquemment utilisé pour apprécier l'ampleur des inégalités de santé. Elle se fonde sur les données de santé relatives aux consommations (objectives et mesurées) de soins et d'exams de santé de la population étudiée. L'analyse en termes de recours aux soins fait apparaître généralement des inéquités dans la consommation de soins dans la plupart des pays, c'est-à-dire des différences de consommation de soins – à besoin de soins égal – entre groupes sociaux et/ou selon le degré d'enclavement résidentiel ; le niveau et le sens de ces inégalités varient également de manière significative d'un pays à l'autre³³. Par exemple, plusieurs travaux ont montré que la probabilité de recours au médecin et le nombre de visites ne sont pas identiquement distribués parmi les différents groupes socio-économiques, après ajustement par l'âge, le sexe et l'état de santé³⁴.

II- Méthodes et Matériels :

L'étude ici envisagée des inégalités d'accès aux soins maternels revêt essentiellement un caractère exploratoire. Comme première approche de l'accessibilité géographique des soins de santé maternelle dans la wilaya de Bejaia, nous avons tout d'abord procéder à une *analyse comparative* de la répartition géographique de l'offre de soins en maternités et des ratios de couverture par région.

Nous avons entamé par la suite une *enquête de terrain* auprès d'un échantillon de « nouvelles mères », constitué de 260 femmes non célibataires de la catégorie d'âge 18-49 ans ayant eu une naissance au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, résidant aussi bien dans les centres urbains que dans les zones rurales de la wilaya de Bejaia. C'est donc une *étude transversale rétrospective*, effectuée pendant trois mois de mars à mai 2012. La méthode d'échantillonnage utilisée est celle de

l'échantillonnage aléatoire simple. Les femmes interviewées ont ainsi été recrutées principalement dans les salles d'attente d'hôpitaux, de cliniques privées et de cabinets de gynécologues-obstétriciens.

Pour définir le contexte, précisons d'emblée que nous avons nous-même réalisé l'enquête de terrain. Vu la complexité de certaines questions, nous avons ainsi fait le choix de l'administrer exclusivement « en face-à-face ». Ce mode de diffusion du questionnaire nous a semblé idoine pour assurer un contrôle vigilant de la réalisation de l'enquête sur le terrain afin d'éviter autant que faire se peut les écueils et les biais. En résumé, les questions posées sont bien trop compliquées³⁵ pour envisager raisonnablement la simple distribution d'un questionnaire auprès des enquêtées (questionnaire autoadministré). De plus, au regard de la sensibilité du sujet, l'enquête en face-à-face permet de rassurer les femmes enquêtées concernant la confidentialité et de l'anonymat des informations transmises.

Sur le plan théorique, l'étude s'appuiera sur le concept de *renoncement aux soins* (Cf. *supra*), qui évoque l'idée d'un *besoin de soins non satisfait*. Contrairement aux recours aux soins, il s'agit d'un indicateur subjectif (auto-déclaré), permettant de relever l'ampleur des inégalités d'accès aux soins à un moment donné à partir des déclarations des personnes interrogées. Notre indicateur de renoncement est ainsi obtenu directement à partir de la réponse aux deux questions suivantes :

- *Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer à certains soins maternels pour des raisons financières ?*
- *Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer à certains soins maternels pour des raisons d'éloignement ?*

Plus concrètement, nous nous proposons d'analyser ici ce phénomène du renoncement aux soins maternels en se focalisant sur un ensemble limité de déterminants tels qu'identifiés lors de notre revue de la littérature empirique : *niveau d'instruction, exercice d'une activité professionnelle, couverture d'assurance-maladie, revenu du ménage, lieu de résidence et éloignement par rapport aux services de santé maternelle*. Ainsi, les problèmes d'*accessibilité financière* (coût des soins, reste à charge, transport) et *territoriale* (distance pour accéder à un service de santé) sont considérées ici comme les principales contraintes qui ne permettent pas d'accéder aux soins désirés et qui contribuent donc à la formation des inégalités d'accès aux soins maternels. Dans le périmètre nécessairement limité de cette étude, nous avons dès lors volontairement ignoré les *contraintes organisationnelles* (qualité des soins, qualité de l'accueil, présence d'infrastructures, temps d'attente pour y avoir accès) et *psychologiques* (peur de révélation d'un diagnostic ou de la souffrance) pouvant intervenir également dans la décision de non-recours aux soins chez les parturientes. Nous ferons toutefois une brève allusion à ce qu'on pourrait qualifier de « syndrome dysfonctionnel » de la santé publique en Algérie, et notamment aux mauvaises conditions d'accueil et de séjour dans certains établissements publics, ainsi que le manque d'information et d'écoute.

Enfin, le traitement des données et la mise en forme des résultats ont été réalisés à l'aide des logiciels *SPSS version 20* et *Excel 2016*. Dans le dépouillement des résultats de l'enquête, nous nous appuyerons principalement sur la méthode de *tri matriciel* (tri croisé). Cette dernière est mobilisée afin de mettre en évidence les éventuelles corrélations entre certaines variables explicatives (caractéristiques socio-économiques et résidentielles des parturientes) et la variable à expliquer (renoncement aux soins maternels).

III- Résultats et Discussion :

L'enquête de terrain dans la wilaya de Bejaia a permis de mettre à jour l'importance relative du renoncement aux soins maternels. Ainsi, près de la moitié des enquêtées, soit 49,20%, ont déjà renoncé au moins une fois à des soins de santé maternels pour des raisons financières ou géographiques. Avant de détailler ces disparités d'accès aux soins maternels selon les groupes sociaux et les régions d'habitation, nous commencerons par une analyse globale de l'offre de soins en maternités dans la wilaya de Bejaia.

III.1. La répartition territoriale de l'offre de soins en maternités dans la wilaya de Bejaia

Nous proposerons dans ce qui suit une analyse comparative de la répartition géographique de l'offre de soins en maternités de la wilaya. Ce travail préliminaire constituera pour nous une première approche de l'accessibilité géographique des soins de santé maternelle dans la wilaya de Bejaia.

Tableau (1) : Répartition des maternités publiques par Daïra au niveau de la wilaya de Bejaia en 2019

Daïra	Nbre. de maternités	Type et nom de la Structure	Nbre. d'habitants	Lits ouverts	Nbre. de lits/1000 hab.
Bejaia	01	CHU "Mère et Enfant"	212 802	72	0,34
Aokas	01	EPH Aokas	30 853	11	0,36
Tichy	00	Néant	39 876	00	00
Akbou	01	EPH Akbou	85 669	34	0,40
Beni Maouche	01	EPSP Beni Maouche	14 473	05	0,35
Seddouk	01	EPSP Seddouk	49 842	06	0,12
Tazmalt	01	EPSP Tazmalt	52 712	05	0,09
Ighil Ali	00	Néant	25 975	00	00
Ouzellaguen	01	EPSP Ouzellaguen	24 495	06	0,24
Sidi-Aïch	01	EPH Sidi-Aïch	42 965	40	0,93
Chemini	01	EPSP Chemini	39 494	08	0,20
Timezrit	01	EPSP Timezrit	27 880	08	0,29
Adekar	01	EPSP Adekar	25 989	06	0,23
Amizour	01	EPH Amizour	80 302	23	0,29
Barbacha	01	EPSP Barbacha	24 001	04	0,17
Kherrata	01	EPH Kherrata	69 327	24	0,35
Souk El Tenine	01	EPSP Melbou	36 501	10	0,27
Darguina	01	EPSP Amridj	45 366	12	0,26
El-Kseur	01	El Kseur	55 526	04	0,07
Total	17	///	984 048	278	0,28

La source : Réalisé par nos soins à partir des données de la Direction de la Santé et de la Population (DSP) et de la Direction de la Planification et du Suivi Budgétaire (DPSB, ex-DPAT) de Bejaia.

En 2019, la wilaya de Bejaia dispose de dix-sept (17) maternités publiques réparties sur l'ensemble de ses 19 Daïras. Leur répartition nous donne un ratio inférieur à une maternité par Daïra. Le ratio moyen de couverture est d'une maternité pour 57 885 habitants. Nous remarquons que deux Daïras, *Tichy* et *Ighil Ali*, ne disposent à ce jour d'aucune maternité, alors que le nombre de leurs habitants atteint respectivement 39 876 et 25 975 habitants (Cf. Tableau 1).

En termes de ratio de couverture, la Daïra de Sidi-Aïch se place en première position avec un ratio de 0,93 lit de maternité pour 1000 habitants, suivie par les Daïras d'Akbou et d'Aokas avec respectivement 0,40 et 0,36 lit, puis les Daïras de Kherrata et de Beni Maouche avec 0,35 lit pour 1000 habitants. La Daïra de Bejaia n'arrive qu'en sixième position avec 0,34 lit de maternité pour 1000 habitants. Les autres Daïras présentent toutes des ratios de couverture inférieurs à 0,30 lit de maternité pour 1000 habitants. El-Kseur, Tazmalt et Seddouk ont les ratios de couverture les plus faibles de la wilaya, avec respectivement 0,07, 0,09 et 0,12 lit de maternité pour 1000 habitants (Cf. Tableau 1).

L'analyse de la répartition géographique des maternités de la wilaya nous a permis d'identifier des disparités territoriales assez importantes entre les différentes circonscriptions. Signalons, par ailleurs, que plusieurs communes « très peuplées » et relativement enclavées ne disposent pas encore de maternité, notamment Beni Djellil, Smaoun et Faroun, dont la population totale avoisine les 40 000 habitants. Dans ces communes, qui plus est particulièrement isolées, les parturientes doivent parcourir de longues distances afin d'accéder à une maternité. En conséquence, certaines d'entre-elles sont encore malheureusement contraintes d'accoucher à domicile ou carrément durant le trajet, en raison de l'éloignement et du climat rigoureux en hiver. Rappelons que, selon l'OMS et l'UNICEF, il est fondamental que toutes les naissances aient lieu en présence d'un professionnel de la santé doué de réelles compétences obstétricales, assisté par la disponibilité de transport dans les cas où une évacuation en urgence est requise, car une prise en charge et un traitement rapide peuvent sauver la vie de la mère et de l'enfant³⁶. Comme nous allons le voir plus loin, l'éloignement et/ou l'enclavement de certaines régions explique en partie le renoncement à certains soins gynécologiques.

Concernant les maternités privées, la wilaya de Bejaia dispose de cinq (5) cliniques, uniquement localisées dans les trois plus importantes agglomérations urbaines, à savoir :

- Les cliniques « *Le Rameau d'Olivier* », « *Les Lilas* » et celle du « *Dr. Rachid BENMERAD* » à Bejaia-ville, le chef-lieu de la wilaya ;
- La clinique « *Dr. Hamani* » à Akbou ;
- La clinique « *Dr Belaid* » à El-Kseur.

En définitive, il y a aujourd'hui d'importantes disparités dans la répartition géographique de l'offre de soins en maternités dans la wilaya de Bejaia. Ce qui peut induire bien évidemment des inégalités dans l'accès des parturientes aux soins de santé maternels.

Pour affiner notre analyse de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaia, nous avons mené une enquête individuelle auprès d'un échantillon de femmes parturientes. Dans ce qui suit, nous allons présenter les principaux résultats de cette dernière.

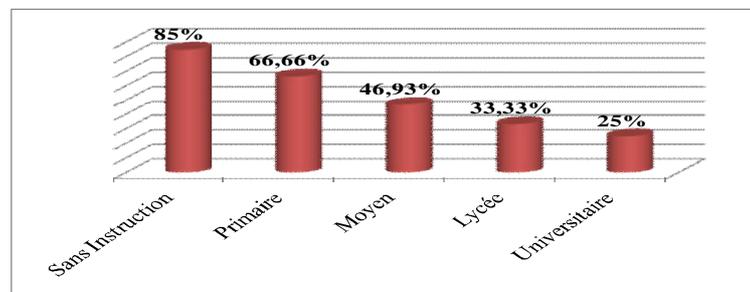
III.2. Résultats de l'enquête de terrain

L'enquête a clairement révélé l'importance relative du renoncement aux soins maternels dans la wilaya de Bejaia, avec près de la moitié des enquêtées, soit 49,20%, qui déclarent avoir déjà renoncé au moins une fois à des soins de santé maternels pour des raisons financières ou géographiques. Explorons à présent les différents facteurs socio-économiques et géographiques qui peuvent expliquer de telles disparités dans l'accès aux soins maternels.

III.2.1. Le niveau d'instruction et le renoncement aux soins maternels

L'enquête révèle clairement que le niveau d'instruction a une influence sur le renoncement aux services de santé maternels. En effet, d'après la *Figure 3*, on remarque que le renoncement aux soins chez les parturientes sans aucun niveau d'instruction, qui atteint les 85%, est beaucoup plus élevé que tout le reste des catégories, notamment chez les universitaires dont le renoncement n'est que de l'ordre de 25%.

Figure (3) : Le renoncement aux soins maternels selon le niveau d'instruction

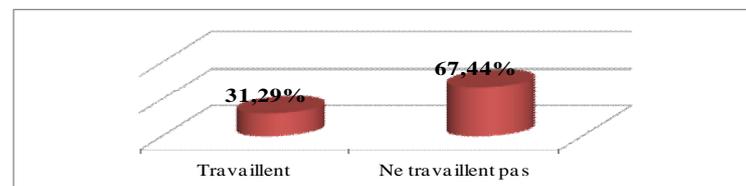


La source : Réalisée par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

III.2.2. L'exercice d'une activité professionnelle et le renoncement aux soins de santé maternels

Nous remarquons, d'après la *Figure 4*, que 67,44% des enquêtées qui n'exercent pas d'activité professionnelle renoncent à des soins de santé maternels. Par contre, seules 31,29% de celles qui travaillent y renoncent. En d'autres termes, les femmes parturientes ayant un emploi renoncent moins aux soins que celles qui n'exercent pas d'activité.

Figure (4) : Renoncement aux soins maternels selon l'exercice d'une activité professionnelle

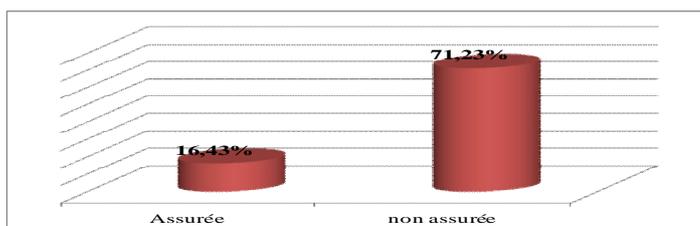


La source : Réalisée par nos soins à partir des résultats de l'enquête

III.2.3. La couverture sociale et le renoncement aux soins maternels

D'après la *Figure 5*, nous remarquons que les enquêtées couvertes par l'assurance maladie renoncent moins aux soins maternels comparativement aux femmes parturientes non-assurées. En effet, seules 16,43% des enquêtées assurées y renoncent. Pour les non-assurées, le renoncement atteint plus de 71%.

Figure (5) : Assurance maladie et renoncement aux soins de santé maternels

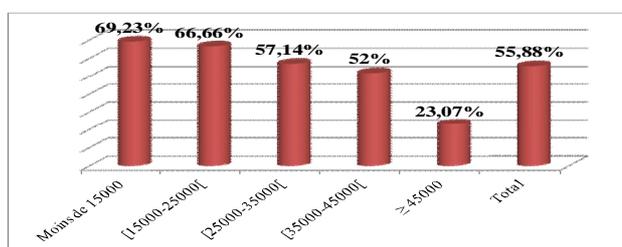


La source : Réalisée par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

III.2.4. Le revenu du ménage et le renoncement aux soins maternels

Étudions maintenant l'impact du *revenu du ménage* sur le *renoncement aux soins des parturientes*. Il ressort de notre enquête que les femmes parturientes appartenant à des ménages aisés renoncent moins aux soins de santé maternels. Elles accordent généralement plus d'importance à leur santé, et à chaque besoin de soins exprimé, elles s'adressent directement aux différentes structures de santé. *A contrario*, celles issues de ménages à revenus modestes ont tendance à négliger leur état de santé ; leur accès aux soins se voit dès lors limité pour des raisons financières. En résumé, le renoncement aux soins maternels pour des raisons financière apparait comme une fonction décroissante du revenu du ménage.

Figure (6) : Le renoncement aux soins maternels selon le revenu du ménage



La source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

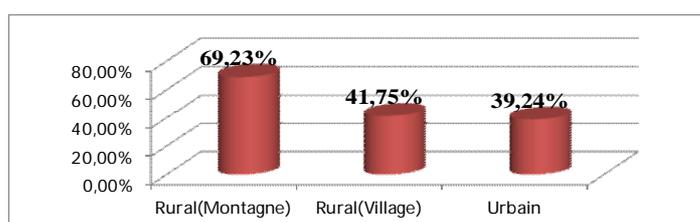
Rappelons d'abord que le renoncement général est déjà très important. En moyenne, c'est ainsi plus de 55% des enquêtées qui déclarent avoir déjà renoncé, au moins une fois, à des soins de santé maternel pour des raisons financières. En croisant le renoncement aux soins des parturientes avec les différentes tranches de revenu des ménages, il ressort que plus de 69% des enquêtées dont le revenu du ménage de dépasse pas les 15 000 DA renoncement aux soins, contre seulement 23% pour celles ayant un revenu supérieur à 45 000 DA. D'une façon générale, plus le revenu du ménage augmente, plus la proportion des parturientes qui renoncent aux soins pour des raisons financières diminue (Cf. Figure 6).

Néanmoins, le revenu ne reflète pas à lui seul les capacités financières du ménage, d'où la nécessité de prendre en considération d'autres indicateurs, notamment le nombre de personnes à charge et les difficultés financières rencontrées par le ménage durant le passé. Cette omission constitue une limite certaine à la présente étude.

III.2.5. Le degré d'enclavement résidentiel et le renoncement aux soins maternels

Les résultats de l'enquête donnent à voir une certaine corrélation entre le lieu de résidence et le renoncement aux soins maternels des parturientes. Ainsi, les enquêtées résidant dans des régions rurales et montagneuses (particulièrement enclavées) sont sensiblement les plus touchées, avec un taux de renoncement déclaré aux soins médicaux atteignant les 69,23%, contre seulement 41,75% pour celles qui habitent dans les villages (moins enclavés) et 39,24% pour les citadines (beaucoup mieux desservies par les services de soins maternels existants) (Cf. Figure 7). Ce premier résultat permet de déduire l'importance relative du renoncement aux soins de santé maternels pour des raisons d'isolement résidentiel et d'éloignement des structures de soins.

Figure (7) : Le renoncement aux soins maternels selon le lieu de résidence



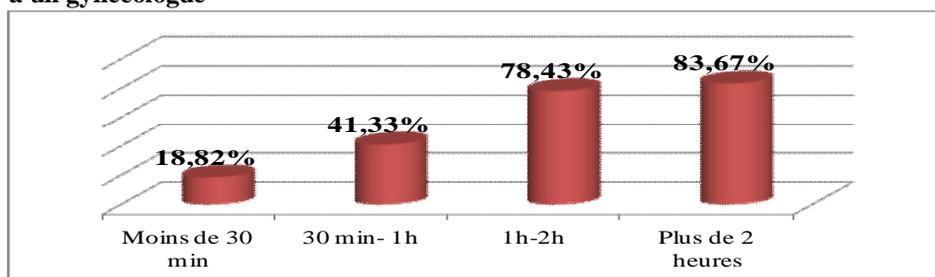
La source : Réalisée par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

Dans ce qui suit, nous allons affiner notre analyse des disparités territoriales, en nous intéresserons au renoncement aux soins maternels pour des raisons de distance et d'éloignement géographique d'une composante essentielle de l'offre de soins maternels, à savoir le gynécologue-obstétricien. L'objectif étant de mettre en évidence plus spécifiquement la corrélation éventuelle entre le lieu de résidence des femmes parturientes et la décision de renoncement aux soins de santé maternels.

III.2.6. La distance pour accéder à un gynécologue et le renoncement aux soins maternels

En observant la *Figure 8*, il ressort clairement que plus la distance entre le lieu de résidence des enquêtées et le gynécologue le plus proche est longue, plus le renoncement aux soins des parturientes augmente. En effet, plus de 83% des enquêtées mettant plus de deux heures pour accéder à un gynécologue renoncent aux soins, contre seulement 18,82% pour celles mettant moins de 30 minutes pour y accéder. Ce qui confirme l'influence de la distance sur la décision de non-recours aux soins de santé maternels.

Figure (8) : Le renoncement aux soins maternels selon la distance à parcourir pour accéder à un gynécologue



La source : Réalisée par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Remarquons que le renoncement aux soins maternels augmente sensiblement dès lors que le trajet entre le lieu de résidence de l'enquêtée et le gynécologue le plus proche dépasse une heure ; le renoncement aux soins maternels passe ainsi de 41,33%, lorsque la durée du trajet se situe entre 30 min. et 1 heure, à plus de 78% lorsque celui-ci représente 1 à 2 heures.

III.2.7. D'autres résultats issus des entretiens exploratoires

D'une manière tout à fait fortuite, notre enquête a trop souvent débordé sur des entretiens individuels approfondis avec les interviewées. Ces discussions informelles – parfois très intimes – ont constitué pour nous des échanges stimulants qui nous ont permis de collecter des compléments d'informations sur les contraintes (sociales, économiques, géographiques) auxquelles les femmes sont confrontées quotidiennement pour le suivi de leur grossesse et pour faire face aux éventuelles complications obstétricales et post partum. Ces entretiens ont été menés à l'improviste avec la plupart des enquêtées avec prises spécifiques de notes, mais en l'absence de tout enregistrement.

Les quelques témoignages recueillis montrent d'abord la fragilité des interactions entre les parturientes et les sages-femmes. Ils évoquent la prégnance d'une « médecine inhospitalière ». La plupart des femmes rencontrées décrivent ainsi leur expérience de la grossesse et de l'accouchement avec précision, relatant notamment les péripéties d'un accouchement à haut risque dans un service de maternité profondément déshumanisé et socialement distant quand il s'agit de parturientes « anonymes ».

Paradoxalement, le système public en lui-même contribue à reproduire les inégalités sociales et la logique (injuste) d'une médecine à deux vitesses. Force est de constater en effet que tous les patients de l'hôpital ne sont pas logés à la même enseigne. Ils ne sont pas reçus de la même façon, selon le capital relationnel détenu dans la structure de soins. Le patient privilégié n'attendra pas. Les moyens techniques redeviennent disponibles. La pénurie disparaît brusquement. *A contrario*, celui qu'on ne connaît pas, attendra le temps qu'il faut, sans regard ni attention. L'hôpital, structure dite « publique », aboutit en conséquence à sélectionner « ses malades », selon le degré de proximité ou de distance sociale avec le personnel de santé³⁷. Au final, l'hôpital sera plus ouvert et plus accueillant pour les patients privilégiés, et fortement « rigide » et « très peu hospitalier » pour les malades anonymes qui n'ont pas la chance de « connaître » quelqu'un. La phrase « *on ne nous regarde même pas* » est revenue sans cesse au cours des entretiens avec les parturientes enquêtées, dont les propos étaient quasi-unanimes pour dénoncer le sort fait au « patient anonyme ». Ces témoignages expriment bien les sentiments de manque de respect, d'inexistence, d'humiliation, éprouvés par les usagers des services de maternité publics. Ils donnent l'image d'une médecine « vétérinaire » (« *on nous traite comme des animaux* » est aussi une phrase fréquente). En définitive, c'est tout le « syndrome dysfonctionnel » de la santé publique qui est ainsi évoqué par la grande majorité des enquêtées, où, tout à la fois, les soignants témoignent d'une solide

indifférence à l'égard des malades qui tourne souvent au mépris (on va parfois jusqu'à les rudoyer et les insulter), et font généralement des consultations expéditives et de mauvaise qualité, dépourvues de toute information et de tout dialogue... Au service de maternité, les conflits ne sont pas en conséquence rares entre parturientes et sages-femmes. Les femmes mettent en exergue cette absence de dignité sanitaire et parfois les mauvais traitements qu'elles subissent.

En outre, face à une grossesse risquée, les femmes interrogées sont généralement contraintes à l'errance thérapeutique qui les conduit à multiplier et à conjuguer différents traitements. La plupart s'inscrivent dans un « *syncrétisme thérapeutique face aux diagnostics contradictoires ou à des douleurs non reconnues ou ignorées par le corps médical* »³⁸. Pour les familles, l'errance thérapeutique, avec son lot de consultations tout azimut et d'inflation de médicaments, coûte en argent, en temps et en énergie. La multiplicité et l'hétérogénéité des recours thérapeutiques traduisent la plupart du temps la défiance croissante de la population à l'égard du système de soins en général. L'absence de confiance représente ici un élément majeur qui tente à expliquer cette errance thérapeutique aux conséquences parfois lourdes sur la santé de la mère et de l'enfant. Toutefois, nous avons remarqué que la satisfaction des parturientes interrogées varie sensiblement d'une maternité à une autre. Paradoxalement, toujours d'après les témoignages recueillis, une petite maternité, comme celle de l'EPH d'Amizour, arrive à produire un service de bien meilleure qualité que le CHU « Mère et Enfant ».

Par ailleurs, l'errance thérapeutique se manifeste également dans la réorientation et les transferts inter-hospitaliers des femmes enceintes entre les maternités publiques en vue de l'accouchement. Face à certaines grossesses risquées, nous avons ainsi remarqué que les hôpitaux généraux (EPH) ont tendance à se défausser trop souvent sur le CHU « Mère et Enfant », en l'absence de critères médicaux précis d'orientation et de réorientation des femmes enceintes – en fonction des risques fœto-maternels – au sein du réseau de maternités publiques de la wilaya. En raison de l'importance de ces transferts inter-hospitaliers, souvent justifiés, la principale maternité publique que compte la wilaya se trouve ainsi saturée à longueur d'année. La surcharge de cette maternité, pourtant dotée des ressources humains et techniques les plus importantes à l'échelle de la wilaya (qui plus est, adossée au CHU), se manifeste notamment par des scènes « ubuesques » avec deux ou trois parturientes partageant le même lit faute de places disponibles. Il y a en outre les problèmes posés par la carte sanitaire de la wilaya, qui est quasiment calquée sur un découpage administratif et territorial hasardeux. Il ressort de nos entretiens que certaines enquêtées se sont ainsi vues refuser la prise en charge par certains EPH, prétextant que la commune de résidence de la parturiente ne relève pas spécifiquement de leur bassin de population... alors, qu'en termes de distance, c'est bien la structure d'accueil néonatal la plus proche d'elle.

Par ailleurs, nous avons remarqué que peu de femmes et de nouveau-nés restent dans l'établissement pendant le délai recommandé (les 24 heures suivant l'accouchement), période pendant laquelle le risque de complication est le plus élevé³⁹. De plus, le risque de décès du nouveau-né augmente sensiblement en raison d'un renvoi précoce au domicile, de difficultés d'accès aux soins ou de retards à consulter. Ce phénomène s'observe aussi bien pour les accouchements dans les structures publiques que ceux ayant lieu dans les cliniques privés.

III.3. Discussion

L'analyse de la répartition géographique des maternités de la wilaya nous a permis d'identifier des disparités territoriales assez importantes entre les différentes localités en matière d'accessibilité géographique des soins de santé maternelle. Cette répartition inégale du réseau de maternités de la wilaya est en partie due à la transposition sans nuance du découpage administratif et territorial (assez hasardeux) de la wilaya sur la carte sanitaire. Signalons également le retard pris dans la restructuration de l'offre de soins et du schéma d'organisation sanitaire, qui n'ont pas fondamentalement évolués depuis les années 1980-1990. En définitive, une partie non négligeable des inégalités d'accès aux soins maternels, que révèle justement l'enquête de terrain, est vraisemblablement induite par cette répartition incohérente de l'offre de soins en maternités dans la wilaya.

L'enquête individuelle auprès d'un échantillon de parturientes nous a permis de faire une analyse plus fine de l'accès aux soins maternels dans la wilaya de Bejaia. Les résultats de l'enquête sont cohérents avec ceux de la littérature et suggèrent l'existence d'inégalités marquées d'accès aux soins au sein de la population des parturientes de la wilaya de Bejaia. Il s'avère ainsi que les caractéristiques individuelles et familiales de la parturiente (niveau d'instruction, revenu du ménage, lieu de résidence...) ont un effet sur la décision de renoncement ou de non-recours aux soins maternels.

L'enquête montre notamment que les soins spécialisés restent encore financièrement inaccessibles à un trop grand nombre des parturientes, avec notamment 55,88% des enquêtées déclarant avoir renoncées à des soins de santé maternels pour des raisons financières. Ce qui confirme l'influence du revenu sur le renoncement aux soins maternels, et donc l'existence d'inégalités sociales d'accès à ces services de santé... malgré un système de santé et d'assurance-maladie « socialisé » et à prétention « universelle ». Plus largement, l'enquête a montré que l'accès aux soins des patients est indissociable de

leurs ressources financières, relationnelles et administratives. Malheureusement, l'argent reste encore un facteur important dans la construction de la décision de recours à certains soins maternels. Signalons que ces résultats sont similaires à la plupart des travaux empiriques traitant de l'accès aux soins en générale⁴⁰ et, plus spécifiquement, de l'accès aux soins maternels⁴¹.

Par ailleurs, les parturientes renoncent aussi aux soins maternels pour des raisons de distance et d'éloignement. Nous avons ainsi pu relever une corrélation entre la distance qui sépare la résidence de la parturiente avec le service/professionnel de santé le plus proche, et le renoncement aux soins maternels ; ce qui confirme la persistance des inégalités territoriales dans l'accès aux soins des femmes parturientes... et ce malgré une extension considérable de l'offre ces deux dernières décennies. Nous avons par ailleurs mis en évidence des inégalités importantes dans la répartition de l'offre de soins en maternités sur le territoire de la wilaya de Bejaia. Ces disparités spatiales dans la répartition des maternités, se manifestant par des ratios de densité médicale fortement contrastés entre les différentes circonscriptions de la wilaya, sont à l'origine d'une partie des inégalités d'accès aux soins mises à jour par notre enquête.

Ces inégalités de santé sont d'autant plus surprenantes que la wilaya de Bejaia, située au cœur de la région Centre-Nord du pays, peut être considérée comme étant relativement bien dotée en infrastructures sanitaires et en personnels de santé que la plupart des wilayat situées dans l'arrière-pays, notamment dans le Grand Sud⁴².

Dans un tout autre registre, les entretiens exploratoires avec les parturientes enquêtées ont montré la récurrence des propos sur les dysfonctionnements relationnels à l'hôpital public, qui témoignent de leur permanence et de leur profondeur. Les faits et les propos rapportés lors des entretiens, qui peuvent paraître parfois très anecdotiques, méritent d'être « pris au sérieux » ; considérés comme une amorce dans les recherches en sciences sociales, lorsque l'on fait varier les points de vue des enquêtées, par des entretiens répétés dans des contextes différents, ils permettent de rapporter des éléments d'information complémentaires qui rendent plus intelligibles la problématique étudiée⁴³. Les données qualitatives récoltées nous ont permis *in fine* d'avoir une compréhension plus fine des contraintes multiples limitant l'accès des femmes aux soins maternels.

On s'arrêtera enfin sur les enjeux et les implications d'un système de santé devenu "mixte", avec un fort secteur libéral, et même très largement dominant pour certaines spécialités. Le développement incontrôlé du secteur privé des soins pose un réel problème d'accessibilité, dans un contexte marqué par une privatisation rampante du financement de la santé. Rappelons que le développement des cliniques privées en Algérie a eu lieu dans le contexte macroéconomique particulièrement contraint du début des années 1990 et dans le cadre d'un système public dysfonctionnel, après plusieurs décennies d'ostracisme⁴⁴. Le secteur privé des soins s'est dès lors développé de façon importante, notamment pour les cliniques d'accouchement. La plupart des établissements privés de santé disposent aujourd'hui d'un service de maternité, qui constitue généralement le cœur de leurs activités. D'après l'enquête MICS4 2012-2013⁴⁵, 88% des naissances en Algérie ont eu lieu dans une structure de santé publique contre environ 9% au niveau des établissements privés. Cette extension fulgurante du secteur privé des soins s'est opérée au détriment de l'accès aux soins des catégories sociales les plus défavorisées, dans un contexte caractérisé par une quasi-absence de prise en charge collective des dépenses de soins occasionnées dans le secteur privé⁴⁶.

IV- Conclusion

Bien que les inégalités sociales d'accès et de recours aux soins soient un problème émergent du système de santé algérien au moins depuis le début des années 1990, devenu entre-temps un système « mixte » avec un fort et très dynamique secteur libéral, les études empiriques dans ce domaine restent aujourd'hui le "parent pauvre" de la recherche en économie de la santé. La présente étude a essayé d'apporter une modeste contribution à la compréhension des déterminants de l'accès aux soins maternels en Algérie. Elle a permis de rassembler quelques éléments factuels pouvant éclairer les décisions des pouvoirs publics. Pour améliorer la santé maternelle, il convient en effet d'identifier au préalable les obstacles qui limitent l'accès des parturientes à des services de santé maternelle de qualité, avant de prendre des mesures pour y remédier à tous les niveaux du système de santé. Loin d'épuiser le débat sur cette problématique, ces résultats incitent à engager tout une série d'études complémentaires sur les contraintes multiples entravant l'accès des femmes algériennes aux soins maternels, dans ses différentes phases (prénatale, accouchement et postnatale), au-delà de la seule dimension économique qui ne les explique qu'en partie. Il s'agira en outre d'élargir les perspectives sur la problématique de l'accès et du recours aux soins maternel, en engageant une étude détaillée du recours aux soins maternel et en intégrant davantage les dimensions socio-culturelles qui font défaut à la présente étude.

Références :

- ¹ ONU, (2019). *Maternal mortality: Levels and trends*. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>
- ² Ancelot, L., Bonnal, L. & Depret, M. (2018). Renoncer aux soins périnataux : quelles conséquences sur l'état de santé du nourrisson ? *Revue économique*, vol. 69(3), 373-405. <https://doi.org/10.3917/reco.693.0373>
- ³ INSP. (2001). *Enquête nationale exhaustive sur la mortalité maternelle pour l'année 1999*. Institut National de Santé Publique (INSP). Alger: ANDS ; INSP. (2017). *Audit des décès maternels*. Institut National de Santé Publique (INSP). <http://www.insp.dz/images/PDF/CATenir/Audit%20Introduction%20audit%20des%20d%C3%A9c%C3%A8s%20maternels.pdf> ; MSPRH. (2015a). *Plan National de Réduction de la Mortalité Maternelle 2015-2019*. Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé (MSPRH) en collaboration avec le bureau de l'UNICEF en Algérie. <https://www.unicef.org/algeria/sites/unicef.org.algeria/files/2018-08/Plan%20National%20de%20R%C3%A9duction%20de%20la%20Mortalit%C3%A9%20Maternelle%202015-2019.pdf> ; MSPRH. (2015b). *Suivi de la situation des enfants et des femmes : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013*. MSPRH en collaboration avec les agences de l'ONU (UNICEF et UNFPA). [https://www.unicef.org/algeria/media/186/file/Enqu%C3%AAt%20par%20Grappes%20%C3%A0%20Indicateurs%20Multiples%20\(MICS\)%202012-2013.pdf](https://www.unicef.org/algeria/media/186/file/Enqu%C3%AAt%20par%20Grappes%20%C3%A0%20Indicateurs%20Multiples%20(MICS)%202012-2013.pdf)
- ⁴ Le *taux de mortalité infantile* mesure la probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire. Il correspond concrètement au nombre de décès survenant au cours de la première année de vie pour 1000 naissances vivantes.
- ⁵ MSPRH. (2016). *Programme National de Périnatalité : Programme quinquennal 2016 – 2020*. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) en collaboration avec les agences de l'ONU (OMS et UNICEF). <http://www.dsp-khenchela.dz/images/PDF/programmeprinatalit20162020.pdf>
- ⁶ MSPRH, 2016, *op. cit.* ; Word Bank. (2020). *World Bank Open Data*. Washington (USA): The World Bank Group. URL: <https://donnees.banquemondiale.org/>
- ⁷ MSPRH, 2015b, *op. cit.*
- ⁸ MSPRH, 2015a, *op. cit.*, p. 13.
- ⁹ Cf. entre autres : Aissaoui, N. (2016). Les déterminants de l'accessibilité aux services de soins en Algérie : Le cas des services de soins de proximité [article original rédigé en langue arabe]. *مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية*, 3(1), 103-122. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5218> ; Bouledroua, A. (2010). L'accès aux soins en Algérie. Éléments pour une problématique sociologique du fait sanitaire. *Revue Des Sciences Humaines*, 21(1), 07-16. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/3405> ; Hassaine, M. (2019). *Les inégalités sociales de la santé : Étude du processus de mise en forme des inégalités des trajectoires de malades atteints du cancer en Algérie* [Thèse de Doctorat en Sociologie de la Santé, Université d'Oran 2]. <https://ds.univ-oran2.dz:8443/handle/123456789/1297>
- ¹⁰ Parmi ces études : Kaid Tlilane, N. (2003a). *Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la Wilaya de Bejaia*. Thèse de Doctorat d'État ès Sciences Économiques, Université d'Alger ; Kaid Tlilane, N., & Grangaud, J. P. (2007). Soins de maternité durant la période du PAS en Algérie : Résultats d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Bejaia. *Revue des Sciences Économiques et de Gestion*, 2007(7), 61-76. <http://dspace.univ-setif.dz:8888/jspui/handle/123456789/658> ; MSPRH, & ONS. (2007). *Suivi de la situation des enfants et des femmes : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2007*. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) et Office National des Statistiques (ONS) en collaboration avec les agences de l'ONU (UNICEF et UNFPA). https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS3/Middle%20East%20and%20North%20Africa/Algeria/2006/Final/Algeria%202006%20MICS_French.pdf ; Kadi, N. (2013). *Santé reproductive et pauvreté en Algérie* [Thèse de Doctorat en Démographie, Université d'Oran 2]. <https://theses.univ-oran1.dz/document/03201304t.pdf> ; Coppieters, Y., Bivort, P., Madani, K., & Metboul, M. (2011). Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud algérien. *Santé Publique*, 23(5), 413. <https://doi.org/10.3917/spub.115.0413> ; MSPRH, 2015b, *op. cit.* ; Mebtoul, M., Aroui, K., Benabed, A., Daheur, K., Hachem, A., Kerzabi, Z., & Mouffok, N. (2017). Grossesse et accouchement : Les logiques sociales des responsables, du personnel de santé et des femmes (Algérie). *Face à face. Regards sur la santé*, 14, Article 14. <http://journals.openedition.org/faceaface/1149> ; INSP, 2001, 2017, *op. cit.*
- ¹¹ MSPRH, 2015a, *op. cit.*, p. 18.
- ¹² Cf. MSPRH, 2015b, *op. cit.*, pp. 53-59.
- ¹³ Le *taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ou infanto-juvénile* mesure la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire. Il correspond concrètement au nombre de décès survenant avant l'âge de cinq ans (enfants d'âge préscolaire) pour 1000 naissances vivantes.
- ¹⁴ Le *taux de mortalité néonatale* mesure la probabilité de décéder durant le premier mois de vie avant d'atteindre le 28^{ème} jour. Il correspond concrètement au nombre de décès survenant au cours du premier mois de vie pour 1000 naissances vivantes.
- ¹⁵ Cf. MSPRH, 2015b, *op. cit.*, pp. 125-153
- ¹⁶ Cf. OMS, (2003). *Soins liés à la grossesse et à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43227/9242590843_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y; ONU. (2016). *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*. http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf
- ¹⁷ MSPRH et ONS, 2007, *op. cit.*; MSPRH, 2015b, *op. cit.*
- ¹⁸ Cf. Kaid Tlilane, N., & Arabi Megherbi, K. (2000). *L'impact de la crise économique sur la situation sanitaire des enfants : cas de la wilaya de Béjaïa*. Projet de recherche CNEPRU, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS), code : M 0601/10/2005; Kaid Tlilane, 2003a, *op. cit.*; Kaid Tlilane, N. (2003b). Les déterminants de la mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie. *Revue Sciences Humaines*, 2003(19), 87-102. <http://revue.umc.edu.dz/index.php/h/article/view/1015>; Kaid Tlilane, N. (2004). Crise économique et état de santé des enfants algériens. *Santé Conjugée*, 29, 03-14; Kaid Tlilane, N., & Grangaud, J. P. (2005). La situation vaccinale des enfants en période du PAS en Algérie: Résultats d'une enquête auprès des ménages de la wilaya de Béjaïa. *Revue des Sciences Économiques et de Gestion*, 2005(5), 01-23. <http://dspace.univ-setif.dz:8888/jspui/bitstream/123456789/633/1/01-TLILANE.pdf>; Kaid Tlilane, N., & Ferfera, M. Y. (2006). Le besoin de santé chez l'enfant. *Les cahiers du MECAS*, 2(1), 115-131. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/9947>; Kaid Tlilane et Grangaud, 2007, *op. cit.*
- ¹⁹ Coppieters et al., 2011, *op. cit.*; Mebtoul et al., 2017, *op. cit.*
- ²⁰ Cf. notamment : Des Forts, J. (1998). Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : Vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne. *Insaniyat / إنسانيات. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, 4, 35-46. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.11662>; Ouchtati, M., Mezhoud, S., & Rahmoun, F. C. (2009). OMD 5 et mortalité maternelle : Confluence et sommation croisées de toutes les inégalités. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 19(3), 167-170. <https://doi.org/10.1684/san.2009.0171>; Redjel, S., & Yeghni, S. (2011). La prise en charge adéquate de la parturiente est-elle un impératif pour l'établissement public hospitalier ? Cas de la maternité de Jijel. *Economie & Société*, 2011(7), 95-130. https://www.univ-constantine2.dz/laboratoires/labgmes/index_htm_files/Revue_num7_article4_fr.pdf; Kadi, 2013, *op. cit.*; Hachem, A. (2019). Les contraintes socio-économiques et culturelles d'accès aux soins reproductifs chez femmes en Algérie. *Journal El-Bahith in Human and Social Sciences*, 10(4), 271-278. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/76982>
- ²¹ INPS, 2001, *op. cit.*
- ²² Il faudra attendre 2013 pour l'instauration d'une *Déclaration obligatoire des décès maternels*. Et en 2015, il a été procédé à l'installation officielle d'un *Comité d'experts chargé de l'audit des décès maternels* (INSP, 2017, *op. cit.*; MSPRH, 2015a, 2015b, *op. cit.*).
- ²³ Aïach, P. (2000). 5. De la mesure des inégalités : Enjeux sociopolitiques et théoriques. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 81-91). La Découverte. <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-page-81.htm>
- ²⁴ Livinec, B., Milleliri, J.-M., Rey, J.-L., & Saliou, P. (2013). Inégalités d'accès aux soins en Afrique. *Médecine et Santé Tropicales*, 23(2), 120-127. <https://doi.org/10.1684/mst.2013.0162>
- ²⁵ Basset, B. (Éd.). (2008). *Agences régionales de santé : Les inégalités sociales de santé*. Paris: INPES. URL: http://www.handipole.org/IMG/pdf/Inpes_inegalites-sante.pdf
- ²⁶ Besnier, M. (2008). *Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature*. Thèse de doctorat d'Etat en médecine, Université Paris Descartes (Paris 5), France [URL: http://www.urml-idf.org/upload/these/besnier_2008.pdf], p. 13.
- ²⁷ Ménard, B. (2002). Questions de géographie de la santé. *L'Espace géographique*, tome 31(3), 264-275. <https://doi.org/10.3917/eg.313.0264>; Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier, France: GEOS, Université de Montpellier-III.
- ²⁸ Salem, G. (1995). Géographie de la santé, santé de la géographie. *Espace Populations Sociétés*, 13(1), 25-30. <https://doi.org/10.3406/espos.1995.1667>
- ²⁹ Charreire, H., & Combiér, É. (2006). Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain. Utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire. *Espace Populations Sociétés/Space Populations Societies*, 2006/2-3, 313-327. <https://doi.org/10.4000/eps.1699>; Sirpe, G. (2011). Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso. *Mondes en développement*, 153(1), 27-40. <https://doi.org/10.3917/med.153.0027>
- ³⁰ Pearl, M., Braveman, P., & Abrams, B. (2001). The relationship of neighborhood socioeconomic characteristics to birthweight among 5 ethnic groups in California. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1808-1814. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1808>; Charreire et Combiér, 2006, *op. cit.*; Ancelot, L. & Depret, M.-H. (2016). Le renoncement aux soins chez les femmes enceintes : Une analyse empirique à partir de l'Enquête nationale périnatale. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 4970(1002), S41. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.07.002>; Ancelot, L., Bonnal, L., Depret, M.-H., Favard, P., Jemna, D.-V., & Sandu, C. B. (2020). Unmet need for health care during pregnancy : A French – Romanian comparison. *Applied Economics*, 52(12), 1298-1310. <https://doi.org/10.1080/00036846.2019.1660301>
- ³¹ Dourgnon, P., Jusot, F., & Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : Une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics*, 28(29), 123-147. <http://journals.openedition.org/economiepublique/8851>; Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada : What are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70(3), 465-472. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>; Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le

- renoncement aux soins pour raisons financières : Une approche économétrique. *Question d'économie de la santé*, 170, Novembre. URL: <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
- ³² Dourgnon et al., *op. cit.*, 2012, p. 127.
- ³³ Couffinhal, A., Dourgnon, P., Masseria, C., Tubeuf, S., Van Doorslaer, E. (2004). Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries ». In *Towards High-Performing Health Systems*, OECD Report, pp. 109-165. URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/31743034.pdf>
- ³⁴ Cf. notamment Doorslaer, E. van, Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 13(7), 629-647. <https://doi.org/10.1002/hec.919> ; Doorslaer, E. van, Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ Canadian Medical Journal*, 174(2), 177-183. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>
- ³⁵ Il faut avoir en tête que certaines femmes ne sont pas aptes à répondre par écrit sur un formulaire, notamment celles qui sont analphabètes. En outre, les termes techniques utilisés dans le questionnaire pourraient avoir notamment un sens différent.
- ³⁶ OMS, 2003, *op. cit.*
- ³⁷ Olivier de Sardan, J.-P. (2003). 8. Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? In Y. Jaffré & J.-P. Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière* (p. 263). Paris (France): Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.jaffr.2003.01.0263>
- ³⁸ Coppieters et al., 2011, *op. cit.*, p. 420.
- ³⁹ OMS, 2003, *op. cit.* ; ONU, 2016, *op. cit.*
- ⁴⁰ Litaker, D., & Love, T. E. (2005). Health care resource allocation and individuals' health care needs : Examining the degree of fit. *Health Policy*, 73(2), 183-193. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.11.010> ; Mollborn, S., Stepanikova, I., & Cook, K. S. (2005). Delayed Care and Unmet Needs among Health Care System Users : When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter? *Health Services Research*, 40(6p1), 1898-1917. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00457.x> ; Chauvin, P., Renahy, E., Parizot, I. & Vallée, J. (2012). *Le Renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010*. Document de travail, n° 120, mars, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). URL: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud120.pdf> ; Dourgnon, Jusot & Fantin, 2012, *op. cit.*
- ⁴¹ Ancelot, Bonnal & Depret, 2016, 2018, *op. cit.* ; Ancelot & Depret, 2016, *op. cit.* ; Ancelot et al., 2020, *op. cit.*
- ⁴² Cf. Coppieters et al., 2011, *op. cit.*
- ⁴³ Gruénais, M.-É., & Ouattara, F. (2010). 14. Le « prix de l'accouchement ». La prise en charge de la grossesse en Afrique Subsaharienne. In G. Cresson & M. Mebtoul, *Famille et santé* (p. 213). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.mebto.2010.01.0213>
- ⁴⁴ Oufriha, F.-Z. (2002). *Système de santé et population en Algérie*. Alger: Editions Anep ; Zehnati, A. (2014). *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie* [Thèse de Doctorat ès Sciences Economiques, en cotutelle Université de Bejaia et Université de Dijon]. <http://www.theses.fr/2014DIJOE008>
- ⁴⁵ MSPRH, 2015b, *op. cit.*
- ⁴⁶ À titre d'illustration, la consultation de spécialiste payée dans la fourchette 2000-4000 DA est remboursée pour la modique somme de 80 DA ; une césarienne payée à plus de 100 000 DA est remboursée à moins de 10% du débours ; un scanner payé à 15 000 DA est remboursé à 800 DA.

Comment citer cet article par la méthode APA:

Chalane Smail, Cheurfa Taous et Kaid Tilane Nouara (2020), *Les inégalités sociales et territoriales d'accès aux services de soins maternels dans la wilaya de Bejaia*, El-Bahith Review, Volume12 (04), Algérie : Université Kasdi Marbah Ouargla, PP. 471-484