



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

**UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA BEJAÏA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master

Spécialité: Sociologie de la santé

Thème

**Disparités territoriales et Inégalités sociales à l'accès pour une
admission dans un centre hospitalier spécialisé
(gynéco- obstétrique)**

**Cas d'étude : l'Hôpital Mère et enfant targa ouzemour
Bejaia.**

Réalisé par :

Melle BOUCHILLAOUENE Thiziri

Encadré par :

Dr. ZAABAR Salim

Session : juin 2018

Remerciement

Je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenues durant ma recherche, ainsi que mon encadreur qui m'a accompagné durant ma recherche avec patience, ses conseils et ses orientations.

Dédicace

Je dédie ce travail à toute ma famille, mes amis et à toutes les personnes
que j'aime.

SOMMAIRE

Le sommaire :

La liste des abréviations	1
La liste des cartographies	2
La liste des schémas	2
Introduction	4

Partie théorique

Chapitre I : Problématisation de l'objet

1. Préambule	8
2. Les objectifs de la recherche	9
3. Problématique	10
4. Les hypothèses	16
5. Définitions des concepts	16

Chapitre II : les déterminants sociaux des inégalités de la santé

Introduction	20
1. Les déterminants sociaux de la santé	20
2. Les inégalités d'accès primaires	22
3. Les inégalités d'accès secondaire	24

Chapitre III : Le système de santé algérien et inégalités de santé

Introduction	27
1. Le système de santé publique en Algérie	27
2. Aperçu historique de système de santé algérien	20
3. La carte sanitaire algérienne	32

Chapitre IV : Les inégalités de la santé sur les territoires des individus et les groupes sociaux

Introduction	36
1. Les inégalités territoriales de santé	36
2. Géographie de la santé	37
2.1. La géographie de la maladie	38
2.2. La géographie des soins	39

Partie pratique et méthodologique

Chapitre I : Méthodologie et techniques de recherche

Introduction	42
1. La méthode utilisée	42
2. Les techniques utilisées	42
1.1. L'entretien	42
1.2. L'observation	43
3. La pré-enquête	44
4. La population ciblée	44
5. Déroulement de l'enquête	44
1.1. Les entretiens	45
1.2. Le contexte de l'observation	45

Chapitre II : La représentation de l'hôpital Mère et enfant TARGA OUZEMOUR

Introduction	47
1. Présentation de l'organisme d'accueil	47
2. Les services de l'organisme d'accueil	47
1.1. Maternité	47
1.2. Gynécologie obstétrique	48
1.3. Néonatalogie	49
3. L'organigramme de l'organisme	51

Chapitre III : Analyse et interprétation des résultats

Introduction	53
1. Les inégalités sociales de la santé	53
2. Les disparités territoriales	58
3. Les conduites informelles	65

Chapitre IV : Discussions des résultats

Introduction	70
1. Résultats de l'observation	70
2. Résultats des entretiens	70

Conclusion	73
-------------------------	-----------

Références bibliographiques

Les annexes

La liste des abréviations

HTA : Hypertension artérielle

PMI : Protection maternelle et infantile

OMS : Organisation mondiale de la santé

CMU : Couverture maladie universelle

WHA : World Health Assembly

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

MSPRH : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

EHS : Etablissement hospitalier spécialisé

MNT : Maladie non transmissible

MSP : Ministère de la Santé et de la Population

RH : Ressources humaines

CNRH : Conseil national de la réforme hospitalière

CHU : Centre hospitalo-universitaire

GHR : Grossesse à haut risque

CNAS : Caisse nationale des assurances sociales

La liste des cartographies :

N° de la cartographie	le titre de la cartographie	la page
cartographie n° 1	Départ arrivée des femmes en phase d'accouchement	62
cartographie n° 2	Départ et mobilisation (réorientation) de la femme enceinte en phase d'accouchement	64
cartographie n° 3	Les distances en kilomètre entre le lieu de résidence des femmes enceintes (en phase d'accouchement) et le centre spécialisé gynéco obstétrique de Bejaia.	65

La liste des schémas :

Schéma n° : 1. trajectoire des mobilisations des femmes enceintes en phase d'accouchement.

INTRODUCTION

Introduction :

La question des inégalités sociales de santé est un enjeu central de santé publique. Sa prise en compte est indispensable pour mener une politique de santé efficace à différents niveaux (national, régional et local), ainsi que pour la mise en place de programmes ou d'actions en éducation pour la santé auprès des populations.

Aujourd'hui des inégalités sociales dans le domaine de la santé persiste d'une manière continue se qui le rend devenir un phénomène incontestable. Les inégalités sociales de la santé sont présentes à nos jours dans nos sociétés. Ces inégalités concernent toutes les classes d'âges et toutes les périodes de la vie. Même dans le domaine de la mortalité infantile, où les seuils atteints semblent incompressibles dans certains pays du moins, la recherche continue¹.

La grossesse, processus normal, sain et créateur de vie, comporte un sérieux risque de décès et de séquelles. D'ailleurs, ce risque constitue un défi mondial dans la mesure où, entre 1990 et 2013, on enregistre, chaque année dans le monde, entre 300 000 et 500 000 décès maternels liés à des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement du fait que ces femmes enceintes ont un accès limité aux soins médicaux².

La femme a le droit de protéger sa grossesse et sa maternité par l'accès aux services de la santé. Ce droit a été aussi affirmé par la quatrième conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing (OSMO .K, 2000; SOLI .A-J, 1998)³.

la protection de la santé de la mère et de l'enfant a toujours constitué une priorité de santé publique appuyée par une volonté politique soutenue traduisant l'engagement résolu de l'Algérie à concrétiser ses objectifs, en adoptant des politiques et programmes visant à réduire les inégalités et assurer une vie de qualité à l'ensemble des citoyens notamment les mères et les nouveau-nés.

L'Algérie a adopté un programme national de périnatalité en 2005. Les objectifs de ce programme consistent à réduire la mortalité maternelle et périnatale par la prévention, le dépistage et la prise en charge efficace des grossesses à risque (diabète et HTA....). Selon les statistiques de 2009, la proportion des femmes enceintes présentant une grossesse à risque

¹ Pierre BOITE, Ethique, justice et santé : allocation des ressources en soins dans une population vieillissante, Ed. Fides, 1995, p. 33

² PLAN NATIONAL DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE 2015 - 2019. UNICEF. Tiré de site : https://www.unicef.org/algeria/Rapport_UNICEF consulté le 14/03/2018 à 23: 30

³ Nadjat KADI, Santé reproductive et pauvreté en Algérie, thèse doctorat, Algérie, 2013, p. 13

adressées par les PMI et prises en charge par les centres de référence a dépassé 86%. Cela montre que la plupart des grossesses à risque en Algérie sont prises en charge par les centres de référence⁴.

Notre travail est composé de deux parties complémentaires :

Une partie théorique et une partie pratique et méthodologique.

La partie théorique se compose de quatre chapitres :

- Le premier chapitre se compose de la problématisation de l'objet qui englobe les objectifs de la recherche, la problématique, les hypothèses et la définition des concepts.
- Le deuxième chapitre est porté sur les déterminants sociaux des inégalités de la santé.
- La troisième partie présente le système de santé algérien et inégalités de santé.
- Le quatrième chapitre est porté sur les inégalités de la santé sur les territoires des individus et les groupes sociaux

La partie pratique et méthodologique contient quatre chapitres :

- Le premier chapitre inclut la méthodologie et les techniques de recherche.
- Le deuxième chapitre contient la représentation de l'hôpital Mère et enfant TARGA OUZEMOUR.
- Le troisième chapitre comporte l'analyse et interprétation des résultats.
- Le quatrième chapitre renferme les discussions des résultats.

⁴ Nadjat KADI, op.cit., p. 66.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I

Problématisation de l'objet

Chapitre I : Problématisation de l'objet

1. Préambule :

« Dans la plupart des recherches en sociologie, le choix initial d'un objet est souvent guidé par des sensibilités ou des orientations qui n'ont rien de scientifiques et dont il faut s'affranchir progressivement. Or, ce processus n'est pas facile car il implique au moins autant un travail sur soi qu'un travail sur les notions de sens commun, sur les catégories de la vie courante dont l'usage systématique peut conduire à l'aveuglement. La construction d'un objet d'étude passe par la déconstruction au moins partielle de ces prénotions ou de ces préjugés qui constituent des obstacles épistémologiques. Avoir conscience que le choix d'un sujet est rarement neutre, qu'il est souvent une composante de l'expérience vécue du chercheur, est déjà un premier pas vers l'objectivation ou ce que l'on pourrait appeler une « sociologie réflexive ».⁵

⁵ Serge PAUGAM et al., « Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie », Sociologie, 2011/4, vol. 2, p. 418.

2. Les objectifs de recherche :

Dans cette étude, nous cherchons à :

- Étudier et comprendre les concepts reliés aux inégalités sociales de la santé.
- Identifier les problèmes rencontrés par les femmes enceintes dans l'accès aux soins.
- Analyser les contraintes d'accès aux centres hospitaliers spécialisés gynéco-obstétriques de la femme enceinte.
- Comprendre les facteurs et les déterminants des inégalités sociales d'accès aux soins.

3. Problématique :

Réfléchir à la question sociale des inégalités de santé est une problématique relativement récente⁶. Historiquement, la notion d'inégalité de santé est apparue dans des enquêtes mises en œuvre essentiellement pour comparer la mortalité entre les individus appartenant des corps de métiers hiérarchisés tant du vue de leur richesse que de celui de leur prestige sociale.⁷

En fait, depuis le XIX^e siècle, les inégalités sociales de santé mises en évidence ont trait à la mortalité et, plus tardivement, à la morbidité, puis à l'utilisation des services de santé.⁸

La définition des inégalités sociale de la santé est loin de faire l'unanimité. Les deux termes renvoient à l'idée d'une différence de santé entre les individus liée à des facteurs ou à des critères sociaux de différenciation (classes sociales, catégories socioprofessionnelles, catégorie de revenu ou niveau d'étude)⁹. Donc les inégalités sociales existent à partir du moment où la différence entre les groupes sociaux renvoie à une hiérarchie sociale.

L'accès aux soins des populations constitue un objectif prioritaire de santé publique. Certaines décisions politiques ont eu pour l'objectif d'améliorer la situation en permettant à des patients de consulter et de pouvoir bénéficier des soins ; tous les patients ont le droit à des soins de qualité sans discrimination quelles que soient leurs conditions sociales, économiques et leurs territoires, et de bénéficier d'une vie décente est ainsi un droit fondamental. Il doit permettre l'égalité dans l'accès aux soins.

Tous les politiques de la santé publique visent une répartition plus homogène de soins afin de garantir une meilleure égalité d'accès des populations aux soins sur l'ensemble des territoires.

Réfléchir à l'égalité des territoires suppose de penser l'articulation entre justice sociale et justice spatiale, entre égalité des personnes et égalité des territoires. Et la problématique des inégalités territoriales est reconnue récemment.

⁶ Olivier WERMESTER, ACTIVITE MEDICALE ET SOCIALE DE LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE VERON EN 2011, thèse doctorat, France, 2013, p. 22

⁷ Pierre AIACH, « De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques », *in* (sous la direction). LECLERC Annette et *al*, les inégalités sociales de la santé, Ed. La découverte/INSERM, 200, p. 84.

⁸ *Ibid.*, p. 86

⁹ *Ibidem*, p. 84

Les inégalités sociales de santé dépendent du système de soins, de la répartition des richesses et de la solidarité nationale. Elles sont l'aboutissement des disparités structurelles (ressources, logement, alimentation, emploi et travail, école et formation), qui caractérisent l'état de la justice sociale dans un pays ou un territoire à un moment de son histoire et de son développement économique.

Les inégalités sociales de santé font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

La question des inégalités sociales de la santé étudiée et élargie au territoire est riche et divers. Uniquement pour le concept d'inégalités sociales par les acteurs met de sa définition jusqu'à différent paradigme.

Certains auteurs à l'image de VOLTAIRE (1755) ont affirmé que l'inégalité est dans la nature des hommes et dans la raison du monde¹⁰.

ROUSSEAU (1754) dans son ouvrage « discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes » cherche à déterminer le moment où la société succède à l'état de nature. Pour cela ROUSSEAU énonce une distinction entre l'inégalité naturelle ou physique et l'inégalité morale ou politique : *« je conçois dans l'espèce humain deux sortes d'inégalités ; l'un que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler inégalité morale ou politique, parce que elle dépend d'une sorte de convention, et qui consiste dans les différences privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux, ou même de s'en faire obéir. »* et il ajoute aussi : *« On ne peut pas demander quelle est la source de l'inégalité naturelle, parce que la réponse se trouverait énoncé dans la simple définition du mot. On peut encore moins chercher s'il n'y aurait point quelque liaison essentielle entre les deux inégalités, car ce serait demander, en d'autres termes, si ceux qui commandent valent mieux que ceux qui obéissent et si la force du corps ou de l'esprit, la sagesse ou la vertu, se trouvent toujours dans les mêmes individus, en*

¹⁰ Frédéric TEULON, *Changement social et inégalités*, Ellipses, Paris, 2000, p3.

proportion de la puissance, ou de la richesse. »¹¹ Autant que les inégalités sont naturelle donc sont inscrit dans le corps. Mais il n'y a pas seulement des disparités physiques qui sont inscrit biologiquement entre les individus, il y a aussi les inégalités que la société constitue. On doit chercher et demander quelle est la source de l'inégalité physique, et chercher aussi la liaison entre l'inégalité morale et sociale. On doit s'intéresser à la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans le corps, dont le social se transcrit dans le biologique.

TEULON (2000) dans son ouvrage « Changement social et inégalités » a cité certain auteurs qui ont expliqué les inégalités sociales. A titre d'exemple, Raymond BOUDON et Pierre BOURDIEU. BOURDIEU a relié les inégalités sociales à l'école, les inégalités sociales sont un héritage d'une génération à une génération qui se fait par la reproduction qui va passer par l'école ; l'école produise les mêmes classes sociales. Les inégalités scolaires sont liées au fonctionnement de l'institution scolaire. Alors que BOUDON a expliqué que la transmission de statut ce fait par le milieu d'origine sociale et le niveau d'étude qui va influencer sur la vie active (occuper une place sur le marché du travail). Les inégalités scolaires et donc sociales s'expliquent par les actions, les stratégies individuelles des familles dans le système scolaire et non pas par le fonctionnement de l'école. Les inégalités sociales renvoient aux questions d'accès à l'emploi, d'accès aux études, d'accès à la mobilité sociale ou au système de soin¹².

Parlant sur les inégalités sociales de la santé ne peut pas éviter de citer les travaux de VILLERME sur la mortalité dans les quartiers de Paris (1830) et sur l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie (1840)¹³, qui sont considéré comme des premiers travaux sur les inégalités sociales de santé au 19^e siècle.

AÏACH et FASSIN stipulent que, la définition des inégalités de santé est essentielle. Selon eux, « *deux conditions doivent être remplies pour que l'on puisse parler d'inégalités sociales. La première est qu'il doit s'agir d'un objet socialement valorisé (la vie, le bien-être...) et cet objet doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés (classes sociales,*

¹¹ Didier FASSIN et al, « connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », in (sous la direction). Annette LECLERC, Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI, Thierry LANG, *les inégalités sociales de la santé*, Ed. La Découverte/INSERM, paris, 2000, p13.

¹² Frédéric TOULON, op.cit., p3.

¹³ Anne-Sophie COUSTEAUX, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, thèse doctorat, paris, 2011, p 38.

catégories socioprofessionnelles...»)»¹⁴. Pour ces deux auteurs « les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique »¹⁵. Cependant, puisqu'elles sont inscrites dans les corps, il est souvent difficile de distinguer ce qui relève de la dimension sociale et ce qui se situe dans l'ordre du biologique. D'où les difficultés pour faire apparaître des différences entre les groupes sociaux, en particulier en matière de maladie en raison du jeu de facteurs comme l'âge, le sexe, les «biais liés aux méthodes d'enquête et aux différences de perception et d'interprétation d'ordre culturel. D'où aussi le fait que l'inégalité sociale de santé n'est pas perçue comme les autres, et que le plus souvent elle est mise sur le compte de la fatalité ou du hasard »¹⁶. Les inégalités de santé sont donc le résultat d'un processus subtil et complexe d'inégalités sociales, d'incorporation d'inégalités dans les corps. « Les inégalités sont moins le fait d'une inégalité devant les soins que la résultante d'un ensemble d'inégalités économiques, sociales et culturelles dont l'effet cumulatif négatif est d'autant plus marqué que la catégorie sociale est défavorisée »¹⁷.

Pour FASSIN, la question des inégalités de santé revêt une forme particulière d'inégalité, la santé étant un objet socialement et historiquement construit. Les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique. Cependant, puisqu'elles sont inscrites dans les corps, il est souvent difficile de distinguer ce qui relève de la dimension sociale et ce qui se situe dans l'ordre du biologique. D'où les difficultés pour faire apparaître des différences entre les groupes sociaux, en particulier en matière de maladie en raison du jeu de facteurs comme l'âge, le sexe, les « biais » liés aux méthodes d'enquête et aux différences de perception et d'interprétation d'ordre culturel¹⁸.

La question de l'accès au soin renvoie d'abord à la répartition et à l'organisation de l'offre de soins. E. VIGNERON (2001) : « Lorsque nous parlons de soins de santé, nous parlons assez rapidement d'accessibilité aux soins et de proximité. Pourtant, la proximité, qui

¹⁴ Pierre AIACH, Didier FASSIN, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », la revue de praticien 2004 :54. P 2225.

¹⁵ Pierre AIACH, Didier FASSIN, op.cit., p 2225.

¹⁶ Pierre AIACH, Dominique CEBE, Expression des symptômes et conduites de maladie, Facteurs socioculturels et méthodologies de différenciation, Ed. INSERM/Dion, paris, 1991. p

¹⁷ Pierre AIACH, Didier FASSIN, op.cit., p 2225

¹⁸ Pierre AIACH, Didier FASSIN, op.cit., p 2225 et 2226.

*est une mesure de la distance réelle, vécue ou perçue entre deux lieux, n'est pas nécessairement synonyme de l'accessibilité qui est une mesure plus qualitative ». Ainsi, « La distance est au cœur de notre relation au monde et la société a donné à des femmes et des hommes – les géographes – mission d'éclairer cette relation. Le domaine de la santé et des soins de santé n'y échappe pas. C'est la raison fondamentale pour laquelle l'organisation des soins de santé est aussi une affaire de géographie et pas seulement de médecine, encore moins de technocrates aveugles aux réalités locales ».*¹⁹

L'accès aux soins une question de géographie de la santé dont H. PICHERAL est l'un des principaux fondateurs de cette discipline en France.

La géographie de la santé est issue de la géographie des maladies, c'est-à-dire à « l'étude de la distribution sociale et spatiale des maladies » et de la géographie des soins. Elle correspond à ce que l'on appelle « la géographie médicale »²⁰.

Parler du territoire, ce n'est pas en effet limiter la discussion à des périmètres, mais avant tout réfléchir au contenu des services qui doivent être disponibles dans les espaces ainsi définis, à la manière de les organiser, de mobiliser les acteurs pour les assurer vis-à-vis de la population résidente²¹ et la qualité des services.

L'expression « accès aux soins » sert à désigner à la fois l'accessibilité en termes d'offre de soin et de droits sociaux, ainsi que le recours ou non à cette offre et à ces droits. On parle d'inégalités sociales dans l'accès aux soins « lorsque les besoins de soins ne sont pas suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques » (LOMBRAIL et al. 2004).²²

Le système de santé national a connu plusieurs réformes depuis l'indépendance à ce jour. Le but de ces derniers est de garantir une accessibilité et une prise en charge des patients ainsi que des malades selon les normes internationales qui sont dans le sens de gratuité des soins et de la prise en charge de qualité.

¹⁹ Joy RAYNAUD, L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable, thèse doctorat, France, 2013, p 64.

²⁰ Ibid. p 69.

²¹ Ibidem. p37.

²² Sylvie MOREL, L'urgence à plusieurs « vitesses »: Fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire, thèse doctorat, France, 2014, p 30.

Ce système de santé est censé de garantir la vie des demandeurs de soins et de la prise en charge, sans autant rejeter ou préférer une couche ou un groupe social sur un autre.

La gratuité des soins, l'accessibilité à tous au système de santé est protégée par un cadre législatif qui devient un droit, garanti par la constitution.

Entre un discours officiel et une réalité sociale, des écarts existent. Ils se manifestent par des erreurs médicales, de négligence et parfois par la mort des malades en cours d'hospitalisation ou au moment de l'hospitalisation.

De ce constat, la presse nationale sur tout ses formes ne cesse de rapporter des cas de décès qui sont portés sur le dos de la négligence, ou par manque de moyens humains et matériels ont causé des préjudices sur les familles et la société : parmi ces cas la femme enceinte et son enfant.

Nous accordons beaucoup d'intérêt à cette polémique qui prend, parfois, ce statut de guerre entre l'institution hospitalière, en montrant de doigt celle-ci comme une institution qui produit des inégalités sociales de la prise en charge de la femme enceinte par le système de santé nationale, ces inégalités sont produites dans l'espace géographique qui est défini par le cas de notre étude par la disparité territoriale.

Traiter les inégalités sociales dans le cadre d'une territorialité, veut dire c'est la recherche de lien entre le temps et le parcours de l'hospitalisation (ici arrive au bureau d'accueil), de la maternité (admission) et l'orientation de la femme enceinte pour un établissement spécialisé. Là commence une nouvelle procédure qui va aboutir soit par une admission ou en renvoi à la case de départ, et c'est là où réside le problème d'exposition au danger.

De ce fait, nous portons un regard tantôt ethnographique tantôt sociologique pour comprendre les modalités de l'admission et la révocation ou réorientation.

Les femmes enceintes, c'est une catégorie qui est devenu vulnérable aux yeux de la santé. Cette vulnérabilité qui fragilise le processus de la vie de les concernés, reconnus d'un suivi rigoureux pendant la période de grossesse et une prise en charge pour assurer l'accouchement réussi médicalement on cherchant à préserver la vie de la maman et du nouveau né, du débout de processus, du transport jusqu'à l'admission.

Notre champ d'intérêt va se porter sur l'analyse du processus de l'accueil de la femme enceinte depuis son départ de la maison, afin de comprendre les différentes étapes dans le temps et l'espace propre à un territoire. Cela va me permettre de vérifier cette trajectoire pour le but de situer les inégalités sociales de la santé, ou ce qui concerne la prise en charge.

Inégalités sociales à la santé et territorialités vont se mêlés dans cette étude.

De ce fait on pose la question de départ :

- ❖ Comment sont créés les inégalités sociales à la santé dans un territoire, pour le cas de l'admission des femmes enceintes pour la phase d'accouchement ?
- Le flux vers l'unité spécialisé est-il un indicateur d'inégalité sociale à la santé ?
- Le flux est-il un indicateur de disparité territoriale de la prise en charge de la femme enceinte ?

4. Les hypothèses :

- Les inégalités sociales dans leurs expressions en inégalités sociales de santé sont créés par un processus de renvois et de réorientation dès début du transport de la femme en phase d'accouchement jusqu' à son admission.
- L'absence d'une répartition territoriale égalitaire sur l'ensemble de l'espace géographique de la wilaya en matière de prise en charge de la femme en phase d'accouchement, est un indicateur fort d'inégalité sociale de la santé concrétisé par des difficultés de gérer un flux vers le bureau d'accueil et d'admission au niveau du centre spécialisé (gynéco-obstétrique) de Bejaia.
- Toutes conduites du personnels au niveau du bureau non hospitalière ni convaincante pour leur accompagnateur est perçu comme un indicateur d'inégalité sociale de la prise en charge de la femme enceinte.

5. Définition des concepts :

➤ **Inégalités sociales :**

CHENU A. (2000) suppose que l'on s'accord sur une définition explicite ou implicite. Explicite, elle renverra à une théorie sociologique, généralement formulée en termes de stratification sociale ou de classes sociales. Les strates sont des agrégats statistiques regroupant des individus qui occupent des positions semblables et ont des perspectives d'évolution similaire ; plus elles sont définies finement, plus la structure sociale peut s'apparenter à un espace continu. Une classe, pour autant qu'elle diffère d'une strate, est

souvent définie par ses capacités d'action collective et sa place dans des rapports de pouvoir, marqué eux par des discontinuités. Une définition implicite privilégiera empiriquement telle ou telle nomenclature statistique – souvent une nomenclature de position « socioprofessionnelles » ou de « socio-economic status », parfois aussi des indicateurs aussi des indicateurs tels que le type de logement, la « race », le niveau de vie...²³

C'est les différences entre les individus ou groupe sociaux dans l'accès à des ressources sociales.

➤ **Santé :**

L'OMS a défini la santé « *un état complet bien-être physique, mental et social* ». ²⁴

Être sein physiquement, mentalement et socialement sans aucune maladie et avoir la capacité d'agir.

➤ **Inégalités sociales de la santé :**

Les inégalités sociales de santé font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

Les inégalités sociales de santé renvoient aux différences de niveau de santé entre les individus qui ne sont pas le fait de facteurs biologiques individuels.

➤ **Accès aux soins :**

L'expression « accès aux soins » sert à désigner à la fois l'accessibilité en termes d'offre de soin et de droits sociaux, ainsi que le recours ou non à cette offre et à ces droits. On parle d'inégalités sociales dans l'accès aux soins « *lorsque les besoins de soins ne sont pas suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques* » (LOMBRAIL et al. 2004)²⁵.

C'est la capacité d'atteindre un service de santé par des malades dans un territoire.

²³ Alain CHENU, « Le repérage de la situation sociale », in (sous la direction) LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry, *les inégalités sociales de la santé*, Ed. La Découverte/INSERM, paris, 2000, p. 93

²⁴ Pierre AIACH, « de la mesure des inégalités : enjeux sociopolitique et théorique », op.cit. p. 85

²⁵ Sylvie MOREL, op.cit., p. 29

➤ **Accessibilité aux soins :**

Selon PICHERAL « *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion) »²⁶*

C'est la facilité d'accéder à un service de santé et la prise en charge des malades plus homogène et plus équitable sur le territoire.

➤ La géographie de la santé : « *l'analyse sociale et spatiale des ressources sanitaires et du recours aux soins et du niveau de médicalisation des populations* » (PICHERAL, 2001)²⁷.

Etude territoriale de la qualité de la santé des populations et aussi une description et analyse les faits de santé d'une société par l'étude géographique.

²⁶ Pascal BONNET, concept d'accessibilité et d'accès aux soins, France, 2002, p. 5

²⁷ Joy RAYNAUD, op.cit. p. 69

CHAPITRE II

LES DETERMINANTS

SOCIAUX DES

INEGALITES DE LA

SANTE

Chapitre II : Les déterminants sociaux des inégalités de la santé

Introduction :

Dans ce chapitre, on veut présenter les inégalités face à la santé, qui nécessite d'analyser les déterminants qui leur sont associés on montrant le rôle du milieu social dans l'état de la santé des individus dans la formation des inégalités de la santé.

1. Les déterminants sociaux de la santé :

Le concept de déterminants sociaux des inégalités de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé. Voir comment l'ensemble des conditions socialement produites (conditions de vie, logement, transport, l'éducation, ...) influencent sur la santé des populations.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS. 1946) telle qu'elle a été adoptée et dont le premier paragraphe stipule que « la santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁸.

La santé d'une personne est d'abord le résultat de conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles. C'est pour cette raison il est important d'élargir la notion de santé d'une vision purement médicale en intégrant les facteurs sociaux et environnementaux qui la conditionnent.

La qualité et l'espérance de vie ne sont pas seulement l'expression d'inégalités biologiques, mais qu'elles sont également le miroir d'inégalités sociales structurelles qui dépassent largement le champ d'action de système de soins²⁹.

Les inégalités sociales correspond à une différence de situation des individus en raison des ressources qu'ils détiennent (éducation, revenus, capital social, etc.) ou de pratiques (santé, logement, situation d'emploi, etc.) qui peuvent être classées hiérarchiquement. Ce sont les conditions sociales dans les quelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Comme aussi elles font référence à toute relation étroite entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables,

²⁸ Danièle CARRICABURU, Marie MENORET, sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies, Ed. ARMAND COLIN/SEJER, 2004, p139.

²⁹ Ibid. p. 150.

entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

Les déterminants de santé ne concernent pas seulement les soins individuels et notamment l'accès aux soins. Ils concernent aussi d'autres déterminants socio-économiques : l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, les relations sociales, mais aussi des comportements individuels de santé largement liés aux facteurs sociaux. Ce là veut dire que l'absence de barrières à l'accès aux soins, comme c'est le cas dans la couverture universelle en santé, ne suffit pas à garantir l'égalité des soins.

Le niveau d'études est un acquis fondamental de l'individu. Un bon niveau de scolarité signifie un meilleur emploi aussi un revenu plus élevé. Il influence les styles de vie et les comportements de santé, grâce aux connaissances acquises, à la capacité à en acquérir d'autres. Le niveau d'études oriente vers une profession, ensuite à une catégorie sociale et un niveau de revenu. Il protège l'individu de chômage.

Accès à l'emploi : ne pas travailler est un risque pour la santé. Le chômage influence par la réduction de ressources qui est un élément négatif sur la santé des personnes au chômage. Les personnes qui travaillent ont accès à des possibilités qui peuvent influencer sur leur santé personnelle et celle de leur famille. Toutefois, l'environnement de travail peut conduire à avoir des effets considérables sur la santé physique et mentale des travailleurs y compris le type de travail et les conditions de travail : les contraintes au travail (exigences professionnelles et gestion de la charge de travail), la satisfaction, etc.

Le revenu est un privilège fondamental. Il n'influence pas directement l'état de santé, mais il conditionne d'autres facteurs matériels, tel que les conditions de vie, conditions de travail, accès à un emploi. Les personnes ayant un très faible revenu manquent de ressources et aient un accès limité à des aliments nutritifs, à un logement convenable ainsi qu'à des sentiers piétonniers et à des conditions de travail sécuritaires, ce qui peut avoir des effets négatifs sur leur état de santé.

La sécurité alimentaire joue un rôle primordial dans la santé des individus, avoir un accès physique et économique à une quantité suffisante de sains et nutritifs mènent à une vie saine et active. En raison de difficultés financières, manger sainement n'est pas accessible pour tout le monde.

La précarité est un élément essentiel dans la santé de l'individu, qui veut dire l'instabilité sociale. Elle se caractérise par l'absence d'une sécurité l'emploi, qui permet aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Lorsque les conditions de vie (concernant le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative) sont défavorables, la situation de précarité se développe. Elle se définit par rapport à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe. Elle peut être matérielle (faisant allusion aux biens et aux commodités de la vie) et/ou relationnelle (relations familiales, au travail ou dans la communauté), objective ou subjective. Le terme précarité a tendance à se substituer à ceux, plus classiques, de défaveur sociale, marginalité, misère, pauvreté. Selon certains auteurs, la précarité ne conduirait à la *pauvreté* que lorsqu'elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle «se chronicise» et qu'elle compromet ainsi gravement les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible.

Avoir le sentiment d'appartenance à une communauté, donne l'impression aux personnes de faire partie de quelque chose de plus grand qu'elles-mêmes. Avoir aussi la satisfaction par rapport à soi et à la communauté, l'aptitude à résoudre des problèmes et la capacité de gérer les situations de tous les jours peuvent contribuer à un meilleur état de santé en générale.

L'environnement agit de manière directe sur la santé humaine. La qualité de l'air que nous respirons, de l'eau que nous buvons et des aliments que nous mangeons, ainsi que les objets que nous utilisons, le bruit que nous subissons sont autant de facteurs qui influencent notre santé de manière positive ou négative. Ils agissent sur le corps humain à travers les voies respiratoires, le système digestif, la peau et les organes des sens.

2. Les inégalités d'accès primaires :

Les inégalités d'accès primaire aux soins sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale, comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), mais elles concernent l'ensemble de la population, à des degrés divers selon les postes de dépense. À titre d'exemple, le Baromètre santé 2000 de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (ex-Comité français d'éducation pour la santé)

souligne que, si le recours aux différents professionnels de santé est très fréquent parmi les 18-75 ans, quels que soient l'âge et le sexe, des différences apparaissent selon le niveau d'études ou de revenu. Les personnes les plus diplômées ou ayant un niveau élevé de revenu ont significativement moins consulté de médecins généralistes au cours des douze mois précédant l'enquête, mais sont plus nombreuses à être allées chez un gynécologue ou un autre spécialiste. Toutes les variations de recours primaires aux soins ne peuvent être qualifiées d'inégalités en toute rigueur. Le terme « inégalité » se réfère à des besoins de soins non suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques. Certains écarts concernent des disparités de soins. Il en est ainsi de la consommation de soins ambulatoires de spécialistes, dont on ne saurait affirmer que les résultats sanitaires sont, pour la prise en charge de certaines pathologies, préférables à des soins délivrés en médecine générale³⁰.

Dans les milieux modestes, en termes d'accès aux soins primaires, les personnes ont plus tendance à recourir à l'hôpital qu'à la médecine de ville (Surault, 2004). L'enquête sur la santé et la protection sociale menée en 2000 (Auvray et al., 2001) montre que le recours au médecin spécialiste chez les cadres est près de deux fois plus fréquent que pour les ouvriers non qualifiés, mais le taux d'hospitalisation est plus faible³¹.

Les soins de santé primaires sont devenus un concept de base pour l'OMS à la suite de la Déclaration d'Alma-Ata (1978), qui devait donner naissance à l'objectif de la santé pour tous. L'Assemblée mondiale de la Santé a renouvelé son engagement en faveur d'une amélioration globale de la santé, en particulier pour les populations les plus défavorisées, dans la résolution WHA51.7 (1998), dans laquelle les Etats Membres ont affirmé qu'ils entendaient rendre accessibles les éléments essentiels des soins de santé primaires tels qu'ils sont définis dans la Déclaration d'Alma-Ata et dans la politique de la santé pour tous au XXI^e siècle³².

Le concept de soins primaires est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. De cette définition initiale a découlé différentes interprétations et stratégies d'application selon les politiques locales. Cela est illustré par le rapport de l'Institut de Médecine américain « Primary Care: America's Health in a New Era », publié en 1996 où les soins primaires sont définis comme « des soins de santé intégrés,

³⁰ Pierre LOMBRAIL, Jean PASCAL, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé 2005/3 (no 8), p. 34 et 35.

³¹ Jean PASCAL, Hélène ABBEY-HUGUENIN, Pierre LOMBRAIL, « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », Lien social et Politiques, (55), 2006, p. 117

³² Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire.

accessibles, réalisés par des médecins prenant en charge une grande majorité des besoins personnels de soins, développant une relation soutenue avec le patient et pratiquant dans le contexte de la famille et de la communauté » ou encore par le rapport « Brazil's primary care strategy » de la Banque Mondiale qui présente un état des lieux des stratégies mises en place au Brésil afin de permettre à tous l'accès aux soins³³.

Les soins primaires sont définis ainsi : « *Les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurant pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé* »³⁴.

Une mortalité maternelle, infantile et des moins de cinq ans élevée révèle un manque d'accès à des services de base tels que l'approvisionnement en eau propre et l'assainissement, la vaccination et une nutrition appropriée, » a déclaré la Directrice générale de l'UNICEF, Ann M. Veneman. « Des soins de santé primaires incluant des services intégrés au niveau de la collectivité peuvent contribuer à améliorer la santé et à sauver des vies. »³⁵

3. Les inégalités d'accès secondaire :

Si l'on considère le rôle du système de soins dans la genèse d'inégalités sociales de santé, le rôle de l'accessibilité secondaire aux services de santé nous semble avoir longtemps été sous-estimé³⁶.

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

LOMBRAIL P. et PASCAL J. (2005) ont proposé de distinguer deux catégories d'inégalités d'accès secondaire aux soins : des inégalités par « omission » et des inégalités par « construction ». Bien que ces deux catégories procèdent du même déterminisme, ce que Jonathan Mann appelait la « socioparésie » du système de soins, ou son incapacité à

³³ Amandine VERGA-GERARD, Mélanie AFONSO, Antoine BENARD, Anthony CHAPRON, Kenora CHAU, et al., « Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche », Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Elsevier Masson, 2018, 66 (2), p 7

³⁴ Ibid. p. 5

³⁵ OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008 préconise un retour aux soins de santé primaires.

³⁶ Jean PASCAL, Hélène ABBEY-HUGUENIN H. et Pierre LOMBRAIL, op.cit. p. 117

appréhender la dimension sociale des problèmes de santé, la distinction paraît importante car, dans un cas, y pallier suppose rien moins qu'un changement de paradigme systémique, alors que dans l'autre il est conceptuellement pensable d'éviter d'en « rajouter ».

- Les inégalités par « omission » : sont celles que produit le fonctionnement en routine du système de soins tel qu'il est, avec notamment son orientation curative dominante et la balkanisation qui le caractérise. Elles ne sont pas intentionnelles et résultent soit de la non-reconnaissance d'un besoin de soins (opportunité perdue d'intervention, côté professionnel, ou perte de chance, côté usager), soit de sa non-satisfaction au moment de son identification. Les raisons sont multiples et complexes et tiennent autant aux représentations que les professionnels se font de leur rôle qu'aux moyens dont ils disposent (compétences, temps) ou aux défauts de coordination entre eux.
- Les inégalités par « construction » : résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à perpétuer, voire accentué, des inégalités. Elles paraissent d'autant plus dommageables qu'un minimum de conscience de la socioparésie ambiante permettrait de les éviter à la source³⁷.

³⁷ Pierre LOMBRAIL, Jean PASCAL, op.cit., p. 31, 35, 36, 37, 39.

CHAPITRE III

**LE SYSTEME DE SANTE
ALGERIEN ET
INEGALITES DE SANTE**

Chapitre III : Le système de santé algérien et inégalités de santé

Introduction :

Dans ce chapitre, on va présenter le système de santé publique en Algérie, le processus de réforme qui a subit le système de santé Algérien afin d'ajuster le système national de santé pour répondre aux inégalités sociales de la santé et la carte sanitaire algérienne.

1. Le système de santé publique en Algérie :

Le système national de santé est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Il est organisé de manière à pouvoir prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de façon globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire. Il est conçu dans l'objectif d'améliorer la santé des populations, l'équité et la capacité de répondre aux attentes légitimes des populations³⁸.

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa Constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé. Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances. L'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socio-économiques que connaît le pays doit être combattu sans pour autant remettre en cause les principes d'équité, de solidarité qui fondent le système national de santé³⁹.

Selon le Rapport sur la Santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'Algérie occupe le 45ème rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 Etats Membres du classement. Elle est classée au 81ème rang en matière de performance globale du système de santé⁴⁰.

³⁸ Koukha MEKALT, Brahim BRAHAMIA, Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, tiré de www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?c3. Consulté le 20/03/2018 à 00 :42.

³⁹ Abdelkadir REMAL, système de santé en Algérie, tiré de <https://abdelkadirremal.xordpress.com/2013/04/27> consulté le 15/12/2017 à 00:30.

⁴⁰ OMS, stratégie de coopération avec les pays 2002-2005. In: http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr.P10. Consulté le: 29/03/2018 à 23:18

Le système national de santé est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé du public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé⁴¹.

En Algérie, l'offre de soins est assurée par des établissements de santé publics (les établissements hospitaliers et extrahospitaliers), des structures de soins privées (les cliniques médicales et médicaux chirurgicaux, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques...etc.) et des structures parapublic qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature préventive ou curative. Une offre en médicament dans le but de couvrir les besoins des citoyens algériens. Le financement de l'offre est assuré par trois bailleurs de fonds : le budget de l'Etat, la sécurité sociale et les ménages. Leur participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays. Mais les usagers sont impliqués de plus en plus dans le financement de la santé à partir de 1984 et surtout à partir de l'application du plan d'ajustement structurel.⁴²

Le système de santé doit être :

- Efficace : Cette efficacité est de deux ordres :
 - technique : par l'intermédiaire, sinon l'obligation des résultats.
 - économique : des choix compatibles avec des efforts des pays pour assurer le financement des besoins de santé, tout en respectant les progrès de la science.
- Accessible : sur deux plans: géographique et économique. Et pour ce dernier, le coût ne devant pas lui faire obstacle.
- Acceptable : le système de santé doit avoir l'assentiment (accord, consentement volontaire) de la population;
- Planifiable et évaluable ;
- Souple et modifiable: Le system de sante doit pouvoir s'adapter a toute situation nouvelle imposée par le type de morbidité, le progrès technologique et les conditions socio- économiques.

⁴¹ OMS (WHOSIS) : Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2006, ONUSIDA Rapport sur le développement humain 2006, PNUD. Système de santé et couverture sociale, P2.

⁴² Mourad AMALOU « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital », cas du CHU de Sétif, thèse de magister en science économie, université de Bejaïa, 2009, p7.

Les systèmes de santé constituent, en fait, une composante fondamentale de la protection sociale, puisque sans elle, les coûts des soins pourraient se révéler insupportables pour la majorité de la population, en particulier pour les personnes souffrant de maladies chroniques et infectieuse.

Le système de santé algérien souffre de multiples dysfonctionnements, et parmi les principaux de ces dysfonctionnements on cite :

Inégalité de la répartition des ressources humaines et matérielles entre les régions et à l'intérieur des régions⁴³.

Le manque de spécialistes dans les hôpitaux fait que de nombreux soins n'y sont pas dispensés. Ceci est ressenti dans la faiblesse du taux d'occupation des lits qui est souvent inférieur à 50 % à l'exception des services de gynécologie obstétrique qui ont un taux d'occupation des lits de 92 %⁴⁴.

Le manque de moyens financiers qui se répercute directement sur la quantité et la qualité des prestations attendues par le citoyen, compromettant ainsi le fonctionnement normal des établissements qui sont contraint à réduire les programmes de prévention de population et de maintenance. Cette situation est le plus souvent génératrice de ruptures de stocks de vaccins et de médicaments. Ce qui entraîne une diminution de l'accès aux soins⁴⁵.

En Algérie, la dispense des soins de santé est de qualité très inégale et varie d'une région géographique à une autre et à l'intérieur d'une même région. Cette situation s'explique par une disparité dans la répartition des compétences et des ressources sanitaires à l'échelle du pays. Elle est à l'origine de dysfonctionnements multiples qui intéressent la gestion des besoins en soins de santé et la qualité des services offerts aux patients. En ce qui concerne les soins hospitaliers, les évacuations d'un établissement à un autre sont un indicateur de cette désorganisation de notre système de santé où un hôpital régional oriente la simple fracture vers un CHU et où un CHU adresse ses patients vers un autre CHU pour une simple

⁴³ Brahim FOU DI, la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : état des lieux, thèse de magister en économie de la santé et développement durable, Université de Bejaïa 2011. P121.

⁴⁴ Abdelhak SAIHI, Le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives, Maître de conférences, ENA, Alger, avril 2006. P243.

⁴⁵ NABNI 2020, Cinquantenaire de l'I indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 synthèse rapport, 26 janvier 2010.

coronarographie ou un acte de chirurgie courante⁴⁶. L'afflux des patients des hôpitaux de régions oblige les CHU et les EHS à répondre, au cas par cas, à une demande en soins non programmée⁴⁷.

Le rapport sur l'état de santé en Algérie en 2000 (publié en 2002) note que: Le système de santé dans son ensemble manque d'une organisation cohérente de prise en charge des malades, ce qui entraîne l'absence de continuité des soins, particulièrement angoissante pour les malades chroniques ou ceux atteints de pathologies sévères. Par ailleurs, il n'existe pas de procédures suffisantes de contrôle de la qualité des prestations⁴⁸.

2. Aperçu historique de système de santé algérien :

Le système de santé algérien est subit à plusieurs réformes dont l'objectif est la correction des dysfonctionnements constatés dans la production des soins hospitaliers, afin d'être conformes, efficaces et satisfaisants pour les malades.

L'Algérie hérite en 1962 d'un système de soins organisé sur le modèle de celui de la France. En 1962 sont mis en place les secteurs sanitaires, organes de gestion commune des hôpitaux et des structures légères dans un secteur géographique⁴⁹.

À partir de janvier 1974, l'Algérie adopte une politique de gratuité des soins dans les structures publiques de santé qui a facilité l'accès aux soins, par la suppression de l'obstacle financier, disposition bénéfique, surtout pour les démunis⁵⁰. C'est à partir de cette période commence les mouvements de réforme. Le principe de gratuité est intégré dans la Constitution de 1976 ; la Charte Nationale de 1976 stipule : « L'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population », aussi que « Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. Ce droit est assuré par un service de

⁴⁶ Mouhamed OUCHTATI, La réforme hospitalière, point de vue d'un praticien, Directeur de recherche Laboratoire des Techniques de la Qualité des Soins Unité de Recherche en Médecine Faculté de Médecine Université Mentouri Constantine. Tiré de : www.sante.dz/reforme-hospitaliere/presse1.htm consulté le 18/04/2018 à 23 :04.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ AGUERCIF M. et AGUERCIFMEZIANE F., « le système de santé en Algérie », Cahier du CREAD n° 3536, 3ème et 4ème trimestres 1993, Le système de santé publique en Algérie (Evaluation et perspectives) : prise en charge et financement, tiré de www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?c3. Consulté le : 18/04/2018 à 01 :02. p. 97.

⁵⁰ Louisa CHACHOUA, « Le système National de santé, 1962 à nos jours ». Colloque international sur les politiques de santé. Alger, les 18 et 19 janvier 2014.

santé général et gratuit ... »⁵¹. La santé va y inscrire ses premiers programmes de réalisation d'infrastructures de soins et de formation (amélioration qualité de l'enseignement , renforcement de l'encadrement) et d'un grand nombre de praticiens médicaux (toutes spécialités) , pour corriger les disparités entre régions, villes et campagnes de couverture en infrastructures et en ressources humaines au niveau national. En 1986, crise financière et ajustements structurels majeurs qui ont causé un ralentissement des premiers programmes d'investissement remettant en partie en cause la réduction des disparités de couverture sanitaire. En 1991, c'est la crise sociale (tragédie nationale), le départ massif des cadres de la santé à l'étranger d'une part et d'une autre part il y a un forte demande en soins alors que les budgets stagnent et une fermeture de certaines structures en raison de l'insécurité.

En 1999: il y a une conjoncture politique, économique et sociale favorable. Les cours du pétrole vont permettre au pays une aisance financière et un développement sectoriel sans précédent. Et la volonté politique de changement clairement assumée avec la mise en œuvre d'une politique nationale de sante ciblée et des plans de développement quinquennaux en appui. Cette période est caractérisée par :

- Accentuation de l'incidence des MNT qui deviennent une priorité de santé publique.
- Les mesures prises un Large programme d'action du MSP.
- La réhabilitation du secteur public de santé (service civil, décentralisation de la gestion des RH, financement et des investissements, informatisation et le système d'information).
- Le renforcement des programmes nationaux de promotion, prévention et protection de la santé.
- La disponibilité et la facilité d'accès aux médicaments et l'encouragement de l'industrie pharmaceutique.
- Le renforcement des programmes de formation et de population.

Entre 2000-2014: c'est la mise à profit des Plans : de relance économique, complémentaire de soutien à la croissance et, de développement, avec pour objectifs de réduire, par la réalisation ou la réhabilitation des infrastructures, les disparités de couverture sanitaire et d'offrir des plateformes d'exploration et de traitement de très haut niveau. En

⁵¹ Sonia BENMANSOUR, « LA CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN: SON IMPACT SUR LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS », revue critique de droit et sciences politiques Volume 2, Numéro 2. P. 59.

2002 le Conseil National de la Réforme Hospitalière a élaboré, après une analyse du système actuel et de ses problèmes, un rapport²⁰ qui énonce les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier, et indique au Ministre et au Gouvernement les mesures plus urgentes à prendre. Le CNRH a indiqué au MSPRH comme prioritaires les suivants six objectifs:

- Recentrage et adaptation du dispositif d'offre de soins et d'hospitalisation aux besoins de santé du citoyen en s'appuyant sur un système d'information performant.
- Donner aux professionnels de santé, quels que soient leurs statuts et leurs responsabilités, les moyens de répondre efficacement aux besoins sanitaires et sociaux.
- Réaffirmation des obligations contractuelles de tous les intervenants dans la santé des citoyens.
- Affirmation des droits et des devoirs des usagers et de la protection des malades en particulier.
- Assurer les ressources financières nécessaires au bon fonctionnement des établissements de santé.
- Améliorer l'efficacité des dépenses consacrées par la collectivité sous quelle que forme que ce soit aux établissements de santé.

Les différents ajustements et textes de réforme s'accordent, depuis 32 ans, sur l'essentiel (prioriser la prévention, réduire les disparités, approfondir l'organisation et la gestion en développant la proximité, développer les urgences, organiser la santé sud, adapter et développer la formation, mieux gérer les investissements, développer le système d'information)⁵².

3. La carte sanitaire algérienne :

La carte sanitaire est le schéma directeur du système national de santé. Ainsi la carte sanitaire est conçue à la fois comme :

- Instrument de planification et de programmation tenant compte des aspects d'intégration, de décentralisation et de complémentarité des différentes fonctions du système de santé;

⁵² Louisa CHACHOUA, op.cit.

- Instrument de répartition judicieuse et équitable des ressources humaines matérielles et financières affectées au secteur et prenant en compte l'adaptation du système de santé aux évolutions de la situation.

La Carte Sanitaire est le schéma directeur de l'organisation du système national de santé. Elle fixe les normes de couvertures sanitaire au niveau national et régional au but d'assurer une répartition équitable des soins, détermine la constitution des régions sanitaires, prévoit les évolutions nécessaires pour adapter l'offre de soins et de satisfaire la demande en santé⁵³.

La carte sanitaire, élément essentiel de la nouvelle loi sanitaire en projet, est sensée consacrer l'équité dans l'accès aux soins pour toute la population. Celle-ci bute encore à ce jour sur un déséquilibre important au niveau de l'offre de soins. Cette situation est en fait une « séquelle » de la médecine coloniale⁵⁴ en Algérie.

Cette carte a entraîné la multiplication anarchique voire démesurée de l'offre des moyens matériels des hôpitaux et autres structures de santé. En outre la levée des contraintes liées aux autorisations d'installation et le zoning supprimées dès 1986, et les autorisations d'ouverture de cliniques privés accordées à partir de 1990. Cette situation anarchique à entraîner la mise à jour de la carte sanitaire⁵⁵.

La carte sanitaire a pour objet de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins et satisfaire de manière optimale la demande de santé. A cette fin, la carte sanitaire détermine l'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Elle fixe aussi les limites des régions ainsi que les réseaux de prise en charge de problèmes particuliers de santé. La carte sanitaire est révisée périodiquement et, de manière obligatoire, tous les cinq ans⁵⁶, afin de garantir à la population un accès universel aux services de santé, réduire les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins et assurer la durabilité des services.

⁵³ Guide de la médecine et de la santé en Algérie_Avant projet de loi, in www.santemaghreb.com/algerie/loisanit4.htm consulté le 02/04/2018 à 22 :20.

⁵⁴ Abdelkadir REMAL, op.cit.

⁵⁵ Youcef ABBOU, « Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie », thèse de magistère en science économique, université de Bejaia, 2010. P. 9.

⁵⁶ Guide de la médecine et de la santé en Algérie_Avant projet de loi, op.cit.

Les objectifs de la carte sanitaire sont formulés par une série de réflexions et de propositions en faveur d'un renforcement de l'efficacité du système de santé. Ainsi, au-delà de l'amélioration du flux des informations et de la formalisation des processus.

La répartition inégale et insuffisance des infrastructures sanitaires au sein de la population Algérienne , la concentration des infrastructures, des moyens et des personnels dans les grands centres urbains, manque de coordination entre acteurs de la santé, disparités dans la répartition des moyens médicaux entre différents types de maladies, sont les caractéristiques de dysfonctionnement de système de santé Algérien.

En Algérie la carte sanitaire a été mise en place en 1982 comme principal outil de régulation et de modalisation de l'offre publique⁵⁷.

⁵⁷ Louisa CHACHOUA, op.cit.

CHAPITRE IV

LES INEGALITES DE LA

SANTE SUR LES

TERRITOIRES DES

INDIVIDUS ET LES

GROUPES SOCIAUX

Chapitre IV : Les inégalités de la santé sur les territoires des individus et les groupes sociaux

Introduction :

Dans ce chapitre on va étudier les inégalités territoriales de la santé en utilisant des concepts géographiques pour étudier le contexte de l'accès aux soins et on va voir aussi le rôle et l'objet de la géographie de la santé.

1. Les inégalités territoriales de santé :

La question des inégalités territoriales de santé et particulièrement de l'accès aux soins et à la santé est aujourd'hui un sujet de préoccupation pour le système de santé. Les inégalités sociales de santé se recoupent et se potentialisent avec les inégalités territoriales de santé.

La définition du concept de territoire met en évidence le rôle majeur des acteurs et de leurs perceptions qui permettront de définir l'accès aux soins.

L'accès aux soins est un sujet complexe qui est relié à de nombreuses thématiques (santé, acteurs, territoires, réseaux, gouvernance, distance, proximité, perceptions, comportements, etc.) relevant de champs disciplinaires variés dont la géographie est à la croisée (économie, sociologie, psychologie, etc.).

Accessibilité aux soins, selon PICHERAL « *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins* »⁵⁸.

L'accessibilité géographique c'est la notion de distance temps entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours (la notion de desserte bien que l'intégrant est limitée).

⁵⁸ Pascal BONNET, op.cit. p. 5

L'accès aux soins et une qualité de prise en charge plus homogènes et plus équitables sur l'ensemble des territoires.

En tant qu'espace, le territoire se trouve soumis aux forces des marchés, aux flux de capitaux, de biens, de services et de personnes. En tant que pouvoir, il dispose, en prise avec ces flux, d'un degré d'autonomie dans ses décisions politiques, dans une relation verticale et horizontale avec les autres territoires⁵⁹. Donc, on peut dire que le territoire de santé est le produit d'un système de santé entre des acteurs et l'espace géographique.

Si la distance ne semble pas être un problème au niveau national, les résultats peuvent être très différents pour les régions avec des populations rurales et isolées et qui ont subi de fermetures importantes de maternités.

Les territoires ne possédant pas le même niveau d'offre, des inégalités territoriales de santé peuvent résulter des disparités dans les taux d'équipement.

Pour parler précisément des inégalités territoriales, il faut pouvoir isoler la composante des disparités entre populations qui ressortent précisément de différences existant dans l'organisation du soin, de la prévention, de l'accompagnement des patients. La notion des « inégalités territoriales » au sens strict correspond à cette dimension proprement organisationnelle. Elle est le plus souvent occultée, et les disparités d'état de santé associées à des contextes résidentiels (quartiers d'habitat social, zones rurales...) sont généralement présentées comme des « inégalités sociales ».

Les inégalités territoriales de santé sont donc un enjeu d'importance pour le système de santé publique.

2. Géographie de la santé :

Les études relatives à la santé se sont progressivement imposées aux sciences sociales, dont la géographie, qui ont investi ce champ des connaissances et de la recherche. Théorisée, en France, par Max Sorre, la "géographie médicale" couvrirait un champ d'étude aux limites et à la cohérence encore incertaines⁶⁰.

⁵⁹ Eloi LAURENT, rapport vers l'égalité des territoires : Dynamiques, mesures, politiques, in www.cohesion-territoires.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_001-542webc. p. 7 consulté le 21/12/2017 à 23 : 48.

⁶⁰ geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/geographie-de-la-sante

Les travaux des géographes de la santé tirent leur source d'une histoire médicale ancienne que les progrès fulgurants de l'art médical au XX^e siècle ont cependant quelque peu négligée. Les crises et les mutations des territoires justifient un intérêt soutenu pour une telle approche dont le but est d'assurer à chacun, où qu'il se trouve, l'accès à une prévention et à des soins de qualité.

La géographie de la santé, à la croisée de la géographie des maladies et de la géographie des soins, a pour objet l'analyse sociale et spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins, des inégalités de santé des populations, de la distribution des maladies, depuis l'échelle internationale et nationale jusqu'aux échelles locales. Elle met l'accent sur l'observation des faits de santé à différentes échelles géographiques (territoires spécifiques définis par elle) et cherche à expliquer les relations entre les indicateurs sanitaires et l'environnement qu'il soit social, culturel ou physique. Elle permet de définir les aires géographiques homogènes pour les besoins, l'offre et la demande⁶¹.

La géographie de la santé s'appuie sur des connaissances concrètes des territoires. Elle est pour but d'appréhender la maladie ou l'état sanitaire d'une population dans son environnement afin de déterminer les origines des inégalités de santé. Et cela pour mettre en place les actions pour réduire les distances d'accès aux soins.

2.1 La géographie de la maladie :

La géographie des maladies étudie leur distribution sociale et spatiale. Bien qu'elle procède d'une filiation ancienne, depuis l'Antiquité jusqu'à l'époque contemporaine, en passant par l'école hippocratique, la médecine arabe, les géographes ne s'y sont vraiment intéressés qu'aux lendemains de la Première guerre mondiale, en France avec Maximilien Sorre par ex. Cette géographie procède de deux démarches principales:

- générale et monographique à propos de la répartition de n'importe quelle maladie à différentes échelles ; elle se prête bien en particulier à l'analyse spatiale des épidémies et de leur diffusion dont elles constituent de véritables modèles ;

⁶¹ Robert Jean FREUND, Santé et territoire : réalité et utilités de l'approche géographique en santé. ENSP, 2001, p3

- régionale ou locale afin de mesurer l'état de santé d'une population dans un espace, sur un territoire ou un lieu donné, à travers son profil pathologique⁶².

2.2 La géographie des soins :

La géographie des soins vise à l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins. Inspirée par l'attention croissante des politiques gouvernementales de l'Etat à l'égard de la santé des populations, cette géographie a pour motivation l'étude de la répartition des ressources sanitaires par rapport aux besoins de santé de la population. On retrouve plusieurs démarches :

- Mesure de la densité de l'appareil de soin et du personnel médical en vue de déterminer l'accessibilité potentielle d'une population et le taux d'encadrement sanitaire. (Constat d'inégalités).
- Mesure du recours effectif de la population.

Pour établir l'état de santé d'une population, il convient donc de définir des indicateurs de santé que le géographe situera dans l'espace. Le but de son propos revient dès lors à transposer des inégalités sociales en inégalités spatiales. Nous sommes alors au cœur d'une géographie sociale⁶³.

⁶² geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/géographie-des-maladies

⁶³ coinderecherche.over-blog.com/article-qu-est-ce-que-la-geographie-de-la-sante-66888882.

PARTIE PRATIQUE
ET
METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I

METHODOLOGIE ET

TECHNIQUES DE

RECHERCHE

Chapitre I : Méthodologie et techniques de recherche

Introduction :

Toute recherche scientifique nécessite une méthode précise à suivre pour assurer une bonne réalisation et pour aussi pouvoir vérifier les hypothèses liées au thème de recherche.

1. La méthode utilisée :

Durant notre enquête, notre choix est porté sur la méthode qualitative. Le choix de la méthode d'enquête est déterminé par la nature du thème et les objectifs de notre étude, qui consiste à décrire et comprendre comment sont créés les inégalités sociales de la santé dans un territoire pour le cas de l'admission des femmes enceintes pour la phase d'accouchement. A cet effet, la méthode qualitative c'est une méthode qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes (Taylor et Bogdan, 1984). Elle renvoie à une méthode de recherche intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Elle traite des données difficilement quantifiables. Elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques mais ne leur accorde tout simplement pas la première place⁶⁴.

2. Les techniques utilisées :

2.1. L'entretien :

Dans le but de collecter des données qualitatives nécessaires à la réalisation empirique de notre sujet d'étude, on a utilisé la technique d'entretien semi directif, ou semi dirigé, qui est certainement le plus utilisé en recherche sociale, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il « laissera venir » l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de rencontrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et poser les questions auxquelles l'interviewé ne

⁶⁴ RECHERCHE QUALITATIVE: DEFINITION, BUT ET METHODES, in www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.

vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible⁶⁵.

L'entretien est considéré comme outil privilégié d'accès aux informations de nature qualitative sur les enquêtés.

Nous avons mené les entretiens à partir d'un guide d'entretien. Notre guide d'entretien comportait des questions ouvertes élaborés à partir des hypothèses. Ces différentes questions n'ont été pas formulées dans l'ordre et certaines questions ont aussi été suscitées par le discours de nos enquêtés. Les entretiens ont été conduits par la langue kabyle. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de nos enquêtés et retranscrits dans leur intégralité. La durée moyenne de nos entretiens a été environ cinquante minutes. Nous avons réalisé 10 entretiens avec les parturientes.

Les parturientes avec lesquelles nous nous sommes entretenues, avaient un âge entre vingt trois et quarante ans. Cinq, entre elles, sont des fonctionnaires, les treize autres sont des femmes au foyer.

2.2. L'observation :

Pour faire une étude descriptive et analytique, sur le terrain, on a fait appel à l'ethnographie qui est un moyen incontournable d'accès à la connaissance dans le champ des sciences sociales⁶⁶. La particularité de l'ethnographie réside dans son caractère visuel. À ce titre, Laplantine (2006) précise que « l'ethnographie est d'abord une activité visuelle ou, comme le disait Marcel Duchamp de la peinture, une activité "rétinienne" ». Cette particularité visuelle de la méthode ethnographique vient notamment des travaux de Malinowski (1963, 1985), imposant l'observation directe de la « vie réelle » (Malinowski, 1963) comme un des principes fondateurs de toute recherche ethnographique⁶⁷.

Pour compléter nos données d'entretiens, on a associé cette technique avec l'observation directe qui est celle où le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations, sans s'adresser aux sujets concernés. Il fait directement appel à son sens de

⁶⁵ Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, Manuel de recherche en sciences sociales, Ed. DUNOD, Paris, 1995, p174.

⁶⁶ Alain MARCHIVE, « Introduction. Les pratiques de l'enquête ethnographique », Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2012/4 (Vol. 45), p. 8.

⁶⁷ Baptiste CLERET, « L'ethnographie comme démarche compréhensive : immersion dans les dynamiques consommatoires du rap en France », RECHERCHES QUALITATIVES / VOL. 32(2). p 51.

l'observation⁶⁸. Leur complémentarité permet d'effectuer un travail d'investigation en profondeur qui présente un degré de validité satisfaisant.

Notre présence dans la salle d'attente et aux urgences obstétriques (accueil et salle de soins) nous a permis, à partir d'une grille élaborée, d'observer les rapports malades-soignants et les attitudes et les comportements des malades. Cela nous a donné l'avantage d'entendre certains discours aux quel nous n'aurions pas au cours des entretiens.

Dans ce cas l'observation porte sur tous les indicateurs pertinentes prévus. Elle a comme support un guide d'observation qui est construit à partir de ces indicateurs et qui désignent les comportements à observer ; mais le chercheur enregistre directement les informations⁶⁹. A cet effet, on a élaboré une grille d'observation centré sur les concepts, dimensions et indicateurs de nos hypothèses. Cette grille orientera les yeux de l'observateur⁷⁰.

3. La pré-enquête :

Dans l'objectif de faire une description d'une situation ou une population, on fait appel à la pré-enquête, qui est une étape cruciale, pour améliorer la qualité de notre enquête.

C'est une enquête qu'on a porté sur un petit nombre d'enquêtés afin de tester nos hypothèses et les questions de l'entretien, avant qu'on a entrepris l'enquête elle-même.

4. La population ciblée :

Dans notre recherche, notre population d'enquête été choisi intentionnel (échantillon typique). Cette technique se fond sur un choix raisonné fait par le chercheur. Ce dernier veut orienter sa recherche sur un type de phénomène ou d'individus qui se distinguent des autres selon certaines caractéristiques⁷¹. Notre enquête été fait sur (18) parturientes de centre spécialisé gynéco-obstétrique de targa ouzemour (maternité et gynécologique). Elles avaient un âge entre vingt trois et quarante ans. Une n'est pas scolarisée. Trois ont un niveau de sixième année primaire. Trois ont un niveau de neuvième année moyenne. Cinq, ont un niveau de troisième année secondaire. Six ont un niveau universitaire.

5. Déroulement de l'enquête :

⁶⁸ Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, op.cit. p151.

⁶⁹ Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, op.cit. p152.

⁷⁰ François DEPELTEAU, La démarche d'une recherche en sciences sociales, Ed. de boeck, Québec, 2000, p.351.

⁷¹ Ibid. p 226.

Notre enquête de terrain est durée soixante jours (du 20 Décembre 2017 au 20 février 2018). Elle a consisté essentiellement à observer et à identifier les personnes qui remplissent les critères de notre population d'étude et à recueillir leurs discours.

1-Les entretiens :

Nous avons choisi la deuxième semaine de notre enquête pour mener les entretiens. Touts nos entretiens ont été faits la matinée à partie de 10 :30, après la visite médicale faite par les médecins et les gynécologues. On ne peut pas mener des entretiens l'après midi à cause des visites de leur famille. Et à ce moment là, les malades n'ont pas la liberté d'expression à cause de cambrement de visiteurs dans leur chambre.

2-Le contexte d'observation :

Nous avons choisis le premier jour de nos observations, un certain dimanche, après avoir mis en place notre grille déjà soumise a l'expérimentation. L'autorisation d'être présent sur place, c'est-à-dire assurer une présence systématique au niveau du bureau d'accueil et a la salle des soins.

Les observations ont commencé de 08 heures de matin jusqu'à 16 heures après midi et se sont interrompu de 12 heures jusqu'à 13 heures.

CHAPITRE II

LA REPRESENTATION DE

L'HOPITAL MERE ET

ENFANT TARGA

OUZEMOUR

Chapitre II : La représentation de l'hôpital Mère et enfant TARGA OUZEMOUR

Introduction :

Dans ce chapitre, on va présenter l'organisme d'accueil, présenté aussi ses différents services et l'organigramme de l'organisme.

1. Présentation de l'organisme d'accueil :

La structure de l'hôpital Mère et enfant de Bejaïa est à l'origine d'une structure de la CNAS, versée à la santé et qui a été réaménagée en clinique mère et enfant qui faisait partie du secteur sanitaire de Bejaïa en 1991.

Le décret exécutif n° 07/140 du 2 Joumada el oula 1428 correspondant au 19 mai 2007, modifié et complété, portant création, organisation et fonctionnements des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité a permis de mettre en place en 2008 l'EHS est née.

Le centre gynéco obstétrique de targa ouzemour est le seul établissement public que la wilaya de Bejaia dispose. Ce type de structure ainsi que les CHU sont destinés pour les soins de « niveau A » qui sont des soins hautement spécialisés. Ce centre gynéco obstétrique joue un rôle soit régional, soit national.

2. Les services de l'organisme d'accueil :

Ses services sont : maternité, gynécologie obstétrique et néonatalogie.

2.1. Maternité :

Présentation :

- Médecin chef de service : Dr IHARKOUKENE LAALDJA Gynécologue.
- Capacité litière : 38lits.
- Personnel médical : 05 Gynécologues +02 Généralistes.
- Nombre d'unité : 03.

- Date de création : 1990.

Localisation :

- Hôpital targua Ouzemmour 1er étage.

Activité principale :

- GHR//post partum

Contenu :

- Visite médicale et consultation.

Perspectives du service

Les objectifs de développement sont nombreuses avec comme objectifs principaux :

- L'extension du service (augmenter le nombre de lits d'hospitalisations).
- la répartition en deux vraies unités : femme.
- avoir notre propre bloc opératoire.
- introduire de nouvelles techniques opératoires qui sont liées directement à l'amélioration du plateau technique existant
- faire des formations de perfectionnement pour les médecins du service.
- Avoir son rôle de service formateur avec accueil des résidents, étudiants en médecine ainsi que les élèves infirmiers.

2.2. Gynécologie obstétrique :

Présentation :

- Médecin chef de service : **Dr B. BELLOUZE Gynécologue**
- Capacité litière : **41 lits**
- Médecin Généraliste : **07**
- Médecin Spécialiste : **04**

- Hospitalo-universitaire : **04**
- Personnel paramédical : **47**
- Nombre d'unité : **02 unités**
- Date de Création : **1990**

Localisation

- Clinique Mère et Enfant de Targa-Ouzemmour

Activité principale

- Urgences Gynécologiques et Obstétricales.
- Grossesse à haut Risque.
- Accouchement 10 000 act/an.
- Chirurgie Gynécologique.
- Pathologie bénigne des ovaires de l'utérus, chirurgie de prolapsus.
- Chirurgie Cancérologique et Gynécologique.
- Chirurgie carcinome du col ulvin, endontri.
- Chirurgie Cancer du Sein.

Perspectives du service :

- développer la chirurgie endoscopique, coelioscopique.

2.3. Néonatalogie.

Présentation :

- Médecin chef de service : **Dr F. MALLA**
- Capacité litière : **18 NNES**
- Médecin Généraliste : **03**
- Médecin Spécialiste : **01**
- Hospitalo-universitaire : **01**
- Personnel paramédical : **11**
- Nombre d'unité : **01**

- Date de création : **12/06/2002**

Localisation :

Hôpital Targua Ouzemmour (Clinique mère enfant).

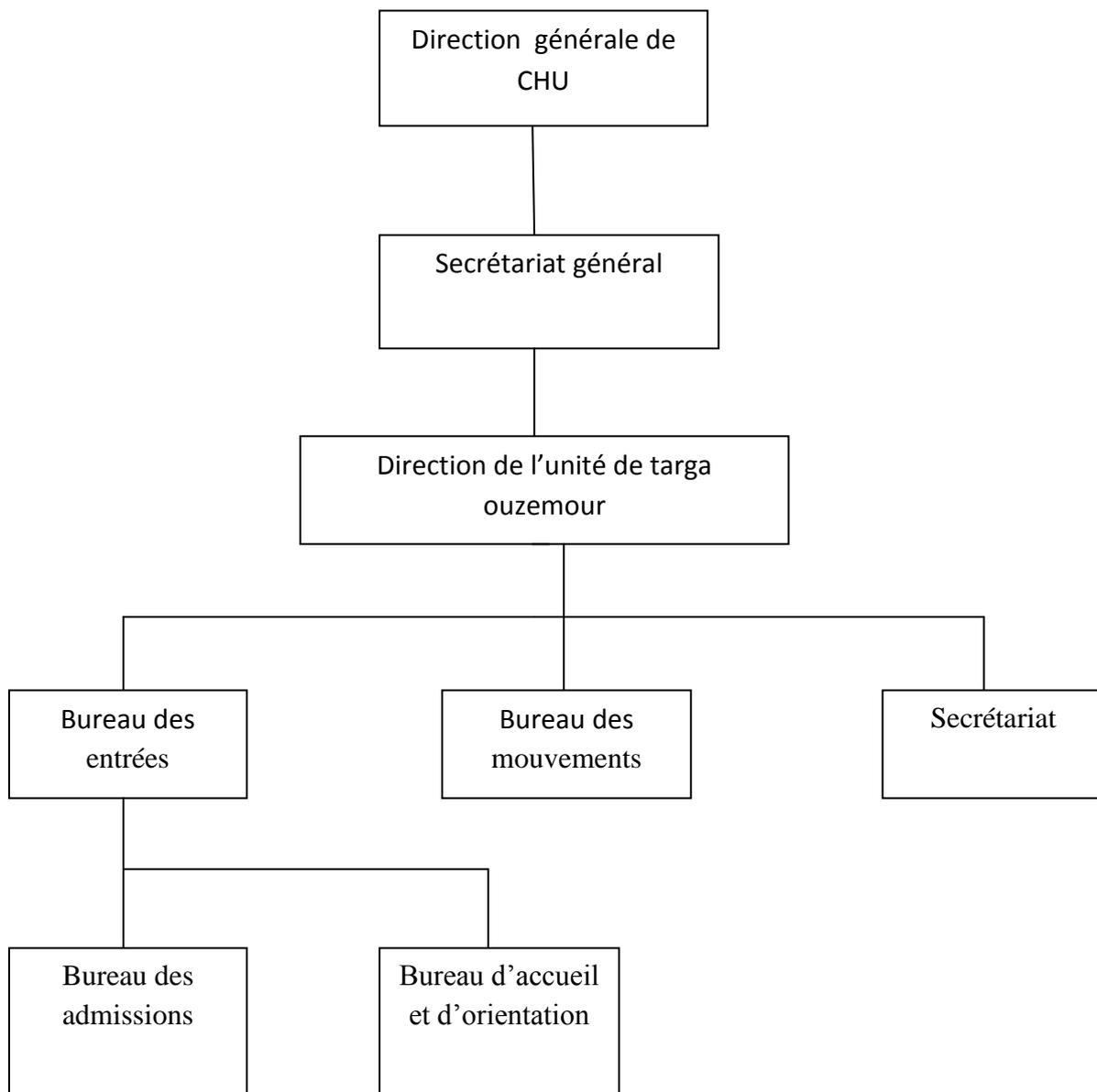
Activité principale :

- Réanimation du nouveau né.
- Soins intensifs.
- Soins de néonatalogie.
- Nursing.
- Urgences.
- Hôpital de jour (en observation).

Perspectives du service :

- Ouvrir la nouvelle structure mère-enfant en urgence.
- Visite poste natale.
- Prise en charge des nés mis en observation dans la nurserie.

3. L'organigramme de l'organisme :



CHAPITRE III
ANALYSE ET
INTERPRETATION DES
RESULTATS

Chapitre III : Analyse et interprétation des résultats

Introduction :

Dans ce chapitre, on va analyser et interpréter nos données qu'on a recueillies durant notre enquête de terrain à partir des entretiens semi-directifs et l'observation.

1. Les inégalités sociales de la santé :

Les inégalités sociales sont une réalité objective constatable et mesurable, mais aussi un ressenti qui se rapproche ou s'éloigne de cette réalité objective. La question des inégalités sociales et des inégalités de santé en Algérie, n'a jamais fait, à notre connaissance, l'objet d'études systématiques, ou comme objectif explicitement exprimé⁷².

Un accès aux soins adéquat et une prise en charge médicale rapide sont en effet impératifs lors de situations mettant en danger la vie de la mère ou du fœtus et afin d'éviter un accouchement inopiné hors structure hospitalière (Blondel et al., 2011; Jones et al., 2011; Sheiner et al., 2002). De plus, des études ont montré que les difficultés d'accès aux soins obstétricaux sont plus fréquentes dans les populations les plus défavorisées (Attar et al., 2006; Kaminski et al., 2000)⁷³.

L'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour l'accouchement reste un problème pour les femmes algériennes, qui ne peuvent pas être prises en charge dans les centres de maternité de niveau D, ce qui contribue à mettre en péril la vie des milliers d'entre elles.

L'expression de toutes les difficultés quelles que soient leurs origines ou leur détermination qui font qu'en fin de parcours cet accès aux soins devient socialement très discriminant⁷⁴.

Nos observations et nos entretiens nous ont permis de décrire toutes les discriminations sociales en matière d'accès aux soins. Les discriminations s'expliquent aussi

⁷² Abdelkrim BOULEDROUA, Approche sociologique de la question des inégalités d'accès aux soins en Algérie, n°47, Juin2017, Vol B, pp07-45, p8.

⁷³ Hugo PILKINGTONA et Jennifer ZEITLIN, Distance, accessibilité et inégalités de santé périnatale, tiré de iriaf.univ-poitiers.fr/images/medias/.../texte-pilkington-et-zeitlin_1416414521020- p. 1. Consulté le 15/02/22/37.

⁷⁴ Op.cit., Abdelkrim BOULEDROUA p. 9

bien et en même temps par des mécanismes sociaux comportant une grande part d'informel devant les soins publics supposés gratuits.⁷⁵

Les mécanismes explicatifs doivent faire appel à une notion plus subtile de liens sociaux nécessaire à déployer pour naviguer correctement dans le système de santé qui peut représenter des obstacles à l'accès aux soins pour certaines femmes enceintes au centre gynéco-obstétrique de Bejaia.

D'après le témoignage de mes enquêtées et mes observations, la femme enceinte n'est pas traitée comme des autres malades. Les centres de santé algériens n'utilisent pas les ambulances pour évacuer la femme enceinte. *«Je suis orienté à ce centre car mon hypertension est très élevée et risque de perdre le bébé (...). Mon mari m'a évacué par le taxi à ce centre (...).»*. [Amel 32 ans, femme au foyer de SET]. Et une autre malade ajoute : *« (...) je n'avais pas des contractions et mon col est fermé (...) les sage femmes de centre de maternité de m'ont orienté à ce centre spécialisé (...) je me suis venu par voiture avec mon mari »*. [Lina 38 ans, femme au foyer. Habite à Tizi n berber]. Le seul recours de la femme enceinte est le taxi et les moyennes de déplacement personnel (voiture privé). C'est à partir de là que les inégalités de santé en Algérie commence.

Aux urgences obstétriques, toutes les malades se présentent à l'examen physique et elles sont reçues d'une manière égalitaire avant de prendre la décision de l'admission. Et les femmes qui sont admises reçoivent un examen complémentaire (laboratoire, radiologie) et un diagnostic afin de procéder la prise en charge.

D'après nos observations, on a remarqué qu'il existe un rapport de force obéissant à une logique sociale et non médicale.

Les malades qui ont des liens familiaux ou amicaux au niveau du centre arrivent à assurer une place au niveau du bureau d'accueil et une admission certaine pour l'accouchement sans aucune difficulté ou contrainte. Comme l'affirme l'une des enquêtées : *« (...) concernant l'admission je n'étais pas inquiétée, car j'ai ma sœur qui travaille ici et c'est elle qui s'est occupée de tout, je n'ai même pas passé par les urgences obstétriques, j'ai monté directement ici pour accoucher. »* Elle a ajouté aussi que : *« même les soins c'est ma sœur qui s'est occupée de tout, donc je n'ai pas de problème, les soins sont bien assurés et je suis vraiment satisfaite »*. [Samia, 32ans de SET. Femme au foyer]. Même j'ai observé qu'elle

⁷⁵ Abdelkrim BOULEDROUA, op.cit., p. 9.

a sortie de centre avant l'heur de visite, par contre les autres, ils attendent l'heur de visite pour faire les procédures (billet de sortie) et faire sortir leurs malades. Et autre malade ajoute : « *Je me suis partie le 20 décembre à targa ouzemour. Je me suis passée par les urgences obstétriques. Les sages femmes m'ont examiné comme les autres malades et elles ont refusé de m'admettre pour l'accouchement. Elles m'ont réorienté. Elles m'ont dit vas t'accoucher à sidi aich. Après je suis partie à sidi aich. A sidi aich encore elles ont refusé de m'admettre et elles m'ont réorienté à amizour. A amizour elles ont refusé de m'admettre aussi. (...) A sidi aich, elles m'ont donné un rendez vous pour le 31 décembre. Et quand je me suis partie, elles ont refusé de m'admettre et elles m'ont orienté vers targa ouzemour. Même à targa ouzemour elles ont refusé de m'admettre. C'est la fille de ma tente qui m'a fait une intervention pour que je serai admise et programmé césarienne ici à targa ouzemour* ».

Toutes les femmes qui n'ont pas des liens sociaux risquent d'être réorientées vers le point de départ (le centre de maternité de niveau D ou de niveau C) surtout si sa grossesse n'est pas à haut risque. Et ces réorientations qui vont mettre en péril l'état de santé de la femme enceinte ou de son bébé.

A 11 :10 une malade qui est venu de ziyama (Jijel) a entré aux urgences. Elle est en bonne santé d'après les examens. La sage femme a demandé à la malade de s'expliquer pourquoi elle est venue. La malade a dit qu'elle est venue pour qu'elle fasse un dossier pour l'accouchement. La sage femme l'a expliqué que le dossier ne se fait pas comme ça au hasard, en plus tu es de ziyama alors tu vas aller au centre le plus proche de vous (Melbou, Aokas). Ici on accepte que les cas urgents et si tu es d'un cas d'urgent, on va te faire l'admission.

Et des fois ces réorientations finissent par des bagarres :

Le mercredi 03/01/2018. A 10 :30 une malade vienne de kherrata a entré, la sage femme a demandé des renseignements à propos sa grossesse. Puis elle a demandé son lieu de résidence. La malade a répondu qu'elle est venue de Kherrata. La sage femme a dit : « *Alors pourquoi t'es venu ici vous avez des gynécologues à kherrata* ». La malade s'explique : « *j'ai 43 ans et c'est ma 1^{ere} grossesse ici chez vous, vous avez tous les moyens* », la sage femme : « *M^{me} ta santé est stable il n y a pas d'urgence* ». La malade « *je suis venu pour vous me déclenchez* », alors que les sages femmes refusent sa demande et elles expliquent que dans son cas, s'elle se déclenche elle va faire une césarienne, les césariennes se déclenchent pas avant ce n'est pas comme l'accouchement naturelle. La malade commence à s'énerver. Elle a redit que c'est un gynécologue qui m'a demandé de venir à cet hôpital (targa ouzemour) pour me programmer une césarienne, car ils ont tous les moyens, en plus c'est un gynécologue qui travaille ici et il m'a dit que c'est lui qui va charger de ma césarienne.

A 10 :45 une malade qui est venue de kherrata a perturbé tout les malades et les travailleurs dont l'une des sages femmes a demandé de se calmer. La sage femme a dit : « *c'est bien de revendiquer vos droit sa me fait plaisir que tous les femmes enceintes sortent faire des marches pour que le gouvernement entendre vos voix et pour que les budgets qui dépense dans ces centres qui ne fait pas leurs travail va se transformer à ce centre pour que nous pourront vos prendre en charge* ». La malade a pris son dossier médical et elle a sortie.

A 10 :50 son mari a entré à la salle malgré interdiction d'accès aux hommes à ce service, il a posé le dossier médical de sa femmes dans le bureau, les sages ont lui demandé de sortir et de prendre le dossier avec lui car l'entré aux hommes est interdit et elles l'ont dit : « *Monsieur, si vous voulez réclamez allez chez le surveillant général ou au chef de service* ». Puis le mari a sorti, et les sages femmes ont continu leurs fonctions. Le couple a dirigé vers la surveillance. J'ai entendu leur discussions qui a duré 5min. le surveillant a sorti et il a effectué un appel, puis il a entré dans son bureau et il a fermé la porte. Un bon moment, le mari sort du bureau et dirige vers l'entré rejoint sa femme et discute avec un couple. Puis sa femme a dirigé vers les urgences obstétriques et attend son tour pour continuer le reste d'examen (ERCF, examen médical, etc.).

A 10 :55 j'ai monté au 1^{er} étage devant le secrétariat médical ou j'ai trouvé le surveillant général discute avec le gynécologue dont la malade a raconté que c'est lui qui l'a demandé de venir pour qu'elle sera opérer par lui dans ce centre. A 11 :45 a entré avec une lettre pour faire l'ERCF. A 13 :50 a entré au bureau c'était calmé, la sage femme l'a expliqué les procédures à suivre et qu'elle sera programmé à kherrata.

Ce qui attire notre attention, que la plupart des interventions s'effectuent par l'usage de téléphone, afin de réussir une admission plus facile et moins contraignante. C'est-à-dire la personne du staff médical qui a la fonction de relais charge une autre personne du personnel, afin de masquer l'intervention qui risque d'attirer l'attention des autres malades. Comme affirme une de nos enquêtées : « (...) quand je me suis arrivée à ce centre je me suis dirigé vers l'accueil, (...) celle qui travaille m'a demandé d'attendre mon tour. Un quart d'heure après mon téléphone portable sonne. (...) C'est ma belle sœur qui m'a fait une intervention par téléphone (...) ». [Amel 32 ans, femme au foyer de SET]. Et autre ajoute : « (...) quand je suis entré aux urgences obstétriques, la sage femme m'a demandé où j'habite. Je l'ai dit que je suis venu de ziama. La sage femme m'a bien examiné, mais elle m'a orienté vers Jijel (...). J'ai sorti, et j'ai appelé ma copine qui travaille dans ce centre, puis elle a appelé les urgences pour me faire une intervention pour l'admission ». [Zakia, 33ans, secrétaire. Habite à Ziama].

Le délai d'attente pour passer aux urgences obstétrique prend plus d'un heure de temps en raison du grand nombre de malades.

Même dans la salle d'attente les femmes enceintes cherchent des liens pour passé aux urgences obstétrique plus vite que possible mieux que d'attendre son tour.

Le jeudi /02/2017 à 11heurs, un agent de sécurité a entré aux urgences obstétriques et a demandé aux sages femmes de faire passé une malade qui est la femme de son ami lors de son arrivé. Et lorsque la malade a arrivé, elle est passée directement aux urgences obstétriques sans s'inscrire dans la liste d'attente.

2. Les disparités territoriales :

Selon les géographes de la santé Emmanuel VINGERON et François TONNELIER (1999), la santé comporte trois dimensions. L'offre de soins, la demande et la consommation effective. L'offre de soins tout d'abord, se caractérise par des points cartographiables sur le territoire, et correspondant à la répartition spatiale des établissements de santé, des équipements et des professionnelles de la santé. La demande de soins, émane à priori de besoins conditionnés par l'état de santé des populations. Calculée en fonction d'indicateurs démographiques et de morbidité. Elle peut être cartographiée sur des aires géographiques données. La consommation effective enfin, ou recours aux soins, peut se dessiner sous forme de flux de patients vers un point de l'offre⁷⁶.

L'offre, la demande et la consommation agissent à première vue en interaction. En effet, la prise en compte de la demande doit permettre de garantir à la population une offre de soins adaptée aux besoins, efficiente, accessible pour tous et répartie équitablement sur le territoire. Une répartition équitable de l'offre doit favoriser un recours qui apparaîtrait de manière idéal comme l'exact corolaire de la demande.

En matière de santé, l'importance de la distance provient de la non-adéquation entre la localisation de l'offre et de la demande, elle est donc un facteur important de l'accessibilité aux soins (Vigneron, 2001).

L'obstacle majeur est alors la proximité à une structure de soins, c'est-à-dire la distance en termes de kilomètres, temps ou coût. Si on considère l'échelle géographique de la commune sur un territoire départemental ou régional, il est peu réaliste de supposer que l'offre et la demande soient homogènes sur l'ensemble de ce territoire. C'est pour cette raison que ce type d'indicateurs a été fréquemment utilisé pour représenter l'accessibilité spatiale dans les espaces ruraux dans lesquels la demande est souvent supérieure à l'offre sur l'ensemble du territoire⁷⁷.

Toutes les femmes qui présentent une complication de la grossesse ou de l'accouchement devraient accoucher dans une structure sanitaire offrant des soins obstétricaux d'urgence de base ou des soins obstétricaux d'urgence complète.

⁷⁶ Emmanuel VINGERON et François TONNELIER, La géographie de la santé en France, Paris, 1999, P. 3.

Les obstacles s'accumulent pour les femmes qui doivent accéder aux centres spécialisés. Parmi ces obstacles, les longues distances à parcourir pour atteindre un centre de santé spécialisé. « *Je suis venu avec une lettre d'orientation de mon gynécologue, accompagnée de mon mari. Nous sommes venus de l'école à 14 :15 où je travaille et nous sommes arrivés à 15 :30 à el kasseur. Après je me suis réorienter vers targa ouzemour, car J'ai un problème avec l'hypertension. On a démarré à 17 :15 arrivé à 18 :10. Vraiment j'étais stressé j'ai beaucoup pleurée sur mon chemin vers targa ouzemour, j'avais vraiment peur de perdre mon bébé* ». [Saadia 35 ans, habite à beni kessila, Adekar, enseignante].

Les pertes de temps par le transport se situent sur le parcours de longues distances, village centre ville, ainsi que l'inaccessibilité géographique des centres de santé. « *J'habite à Sedouk (...), Je me suis réveillée tôt et j'ai ressenti une vive douleur dans le bas de ma ventre et au-dessous du mon dos, puis le poche d'eau a été rompu et j'ai ensuite saigné du sang après que j'ai su que je donnerais naissance. Durant mon trajet j'avais des contractions intenses qui se répètent d'un moment à un autre. Nous sommes allés à 08 :30 et nous sommes arrivés à 10 :30.*», [Saida 36 ans femme au foyer]. Et l'autre ajoute « *Le dimanche à 10 :00 Je suis partie directement à sidi aich accompagner de mon mari et nous sommes arrivés à 11 :00. Ils ont refusé de m'admettre et je me suis orienté vers targa ouzemour. Car il n y a pas de gynécologue même la lettre d'orientation est faite par un médecin généraliste. Nous sommes arrivés 13 :30 à targa ouzemour. Et j'ai attende mon tour jusqu'à 16 :00. J'étais très inquiète, et j'avais peur de perdre mon bébé. On tout les cas je ne veux pas accoucher ici à targa ouzemour car c'est loin* ». [Samira 31 ans, secrétaire à l'APC, Habit à el kseur].

Et dans certaines régions souffre d'absence d'infrastructure sanitaire ou de traitement et aussi de manque de personnel médical qualifié. « *On n'a pas un centre spécialisé à mechedalah (...) malgré c'est loin mais je suis obligé de déplacer.* » [samira 33 ans femme au foyer]. En milieu rural, dans des configurations territoriales très isolées, l'éloignement est ainsi susceptible de présenter un facteur spécifique de risque pour la mère et le bébé⁷⁸. Et l'autre ajoute : « *Quand je suis venue pour la première fois à centre, une parmi les sages femmes m'a demandé mon lieu résidence et lorsque j'ai dit que je suis de Bouandas, elle a crié et a dit pourquoi t'as venus ici, je ne sais pas pourquoi vous les femmes vous aimez d'aller loin. Pourquoi tu n'a aller au centre le plus proche de vous. Elle m'a examiné. Après l'examen, elle m'a dit tu peux attendre 15 jours de plus. Vraiment j'étais dessus. Après*

⁷⁸ Hugo Pilkingtona et Jennifer Zeitlinb, Distance, accessibilité et inégalités de santé périnatale, tiré de : iriaf.univ-poitiers.fr/images/medias/.../texte-pilkington-et-zeitlin_1416414521020- p. 8.

2 jours j'ai partie à kherrata et elles ont dit la même chose. J'ai attend jusqu'au 24 de ce mois. Je suis retourné à ce centre. Elles ont refait toutes les examens, puis elles m'ont programmé pour une césarienne (...). Depuis mon départ, je n'ais pas arrêté de penser, vraiment j'ais peur d'accoucher dans la route, car j'avais des contractions intenses». [Khadija 23 ans de tizi nebrahem, Bouandas].

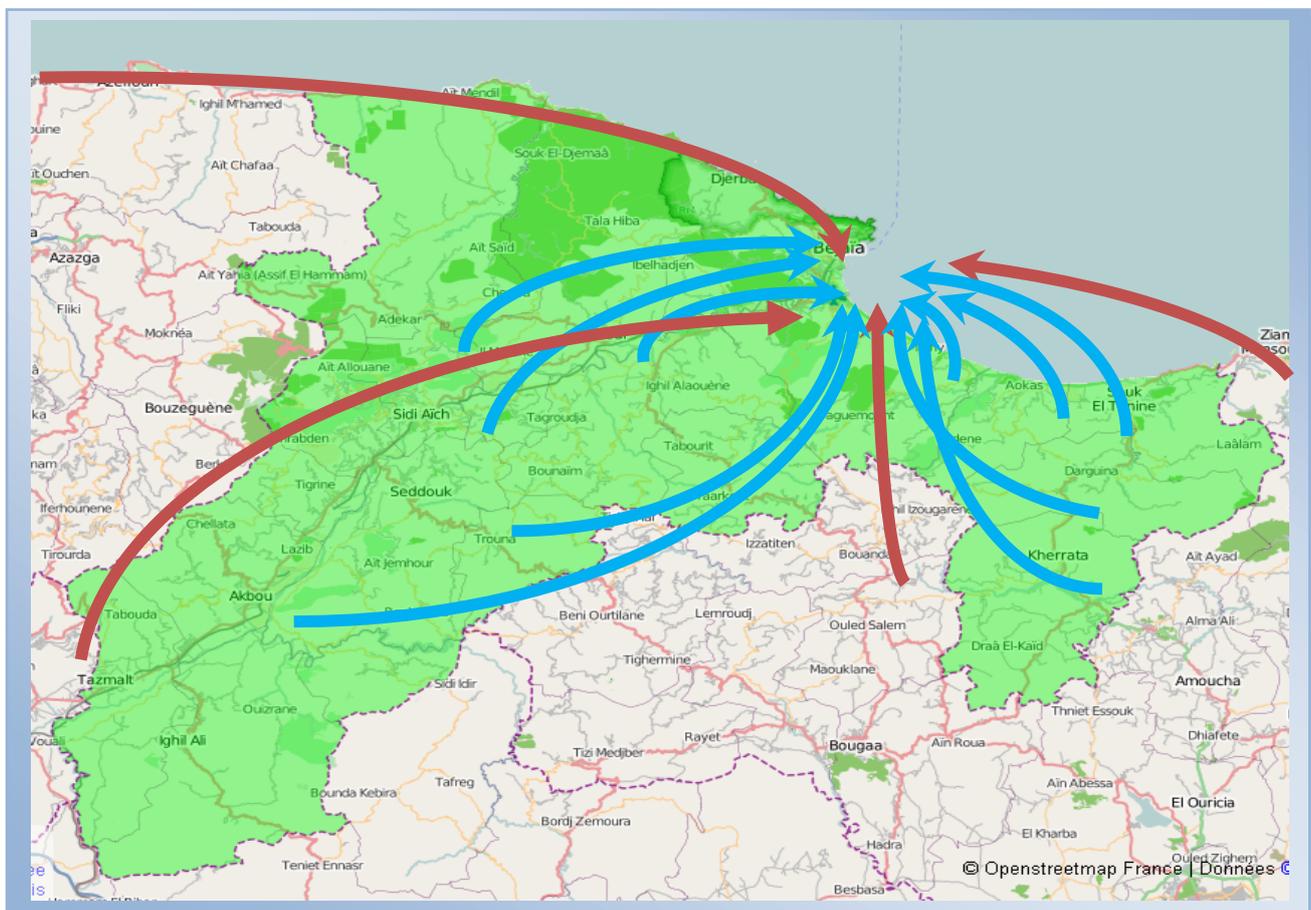
Toutes les complications obstétricales non dépistées précocement dans le cadre des consultations prénatales, et non prises en charge à temps dans les maternités suffisamment équipées vont causer la mortalité maternelle ou de perte de bébé comme le cas de l'une de mes enquêtés (SABAH) : *«je ne revienne jamais à ce centre ». C'est arrêté, j'ai relancé l'entretien en posant la question pourquoi, sa réponse était la suivante : « j'ai perdu mon bébé à cause d'euxj'ai senti que mon bébé bouge trop pas comme toujours, il donne trop de coups. Alors j'ai senti que mon bébé était en danger et je devais aller au centre de maternité le plus tôt possible avant de le perdre, (.....). Nous sommes partie de ait smail à khrrata à 16 :00. (...) il n y a pas de gynécologue pour me programmer une césarienne, ils ont refusé de m'admettre pour un accouchement à voie basse à cause de ma maladie, j'ai un kyste du rein. Ils ont dit que votre état est très grave. Nous ne pouvons pas risquer votre vie ou la vie de votre bébé. Ils m'ont orienté à targa ouzemour. Ils ont même appelé le centre de maternité d'amrej et ils les ont dit que sa grossesse est à haute risque, elle doit accoucher césarienne à targa ouzemour. (...) Nous sommes arrivés à targa ouzemour à 20 :00 (...). Aux urgences obstétriques, j'ai expliqué aux sages femmes qu'il me faut une césarienne en urgence. Je les ai dit que mon col est fermé et je n'ai pas des contractions en plus j'ai je ne peux pas donner une naissance à voie basse à cause de ma maladie il me faut une césarienne. Et je les ai montré la lettre d'orientation et le reste des dossiers médicaux. Mais elles ont refusé de me faire l'admission et de m'envoyer au bloc opératoire sans m'examiner. Au moment de l'examen j'ai senti des douleurs intenses et mon bébé bouge trop. Soudainement le bébé a arrêté de bouger, j'ai informé la sage femme que mon bébé ne bouge pas puis elle a vérifié avec les appareils et elle a trouvé que le bébé ne bouge pas. Puis elle a appelé le gynécologue. Et le gynécologue l'a demandé de m'envoyé au bloc en urgence. Puis il m'a fait la césarienne, mais s'été trop tard, le bébé est more. ». Ces parcours des longues distances ainsi que l'inaccessibilité géographique contribuent à rendre long les temps des évacuations et aussi aggravent la situation de l'état de santé des femmes enceintes. Le décès de certains fœtus (bébé) est très souvent la conséquence de longue attente avant la prise en charge dans la structure spécialisée.*

Le taux de mortalité maternelle et périnatale est en relation directe avec le taux d'accouchements, qui est lié à des problèmes d'accessibilité aux soins qualifiés de facteurs de risque extrinsèques de mortalité maternelle (véhicule, distance à parcourir).

Tous les territoires ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins, malgré un système de santé reconnu comme étant un des plus performants. L'accès aux soins inégal est dépendant de l'endroit où l'on se trouve car les disparités dans l'offre de soins demeurent entre les zones rurales et urbaines.

En milieu rural, la distance est essentiellement kilométrique puisque bien souvent, le territoire où il y a un centre spécialisé de la santé recouvre de nombreuses communes. Les pertes de temps par le transport se situent sur le parcours village centre ville.

Cartographier l'accessibilité c'est une représentation cartographique de l'accès qui est particulièrement intéressante lorsqu'il s'agit de la proximité en distances-temps par rapport à un service d'urgence. Dans ce cas là, on ne cherche pas à mesurer le concept d'accès, mais bien la représentation cartographique de l'accessibilité spatiale potentielle aux services gynéco obstétrique de la wilaya de Bejaia.



Cartographie n° : 1. Départ arrivée des femmes en phase d'accouchement :

La légende :

Bleu : départ-arrivée territoire local à la wilaya.

Rouge : départ-arrivée territoire hors à la wilaya.

Le flux de patients entre régions (flux transfrontaliers au sens inter-région administratives) qui signent une attractivité et une désaffection de certains centres par rapport à d'autres signant là la valeur relative affectée à des lieux différents et la polarisation des territoires de santé⁸⁰. Ces flux rendent difficile l'accessibilité à l'accouchement au centre gynéco- obstétrique de Bejaia. Et ces à partir de ces flux que les inégalités sociales de la santé sont créés.

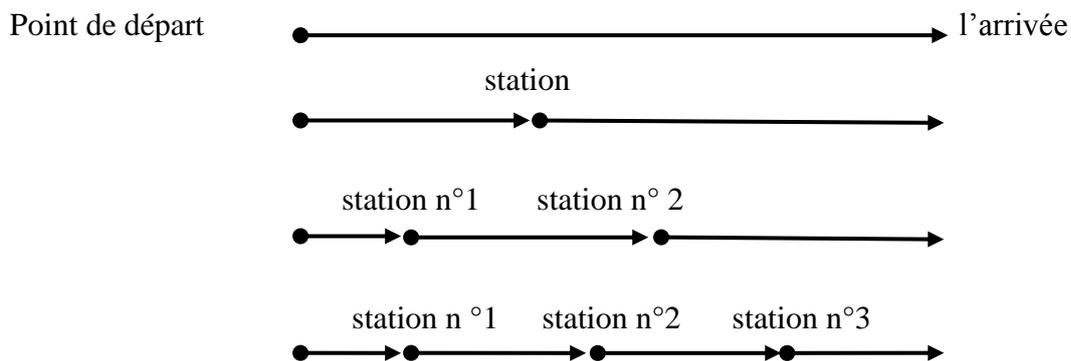
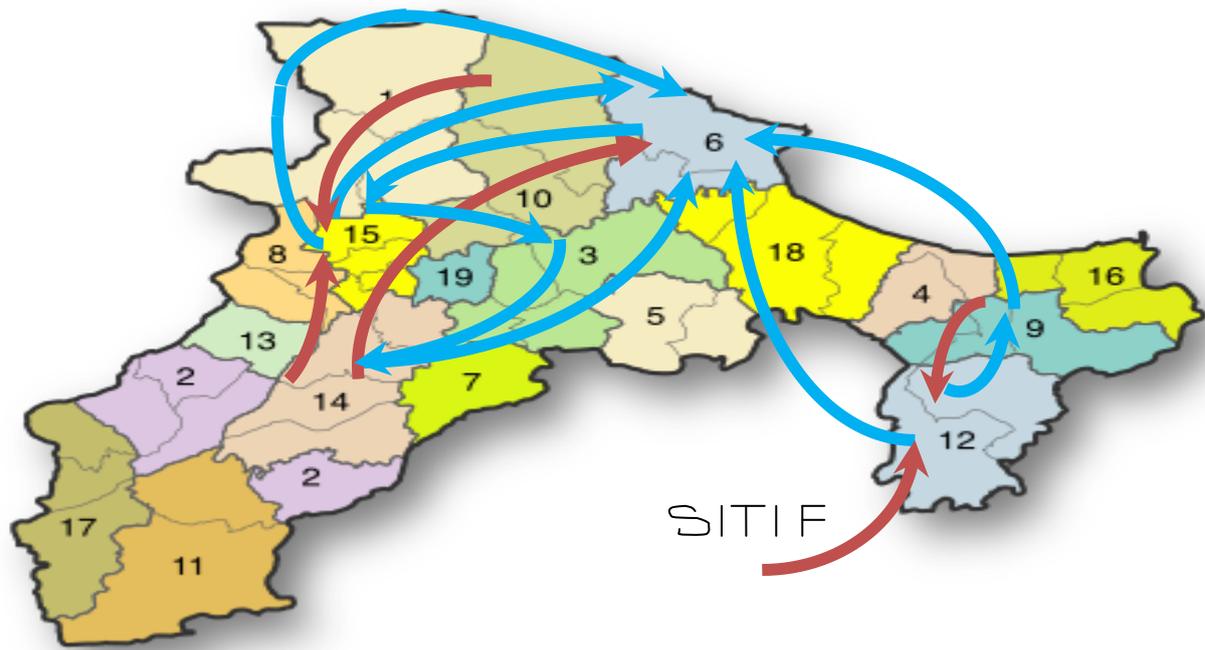


Schéma n°01 : trajectoire des mobilisations des femmes enceintes en phase d'accouchement.

⁸⁰ Pascal BONNET, op.cit., p. 4



1. Adekar • 2. Akbou • 3. Amizour • 4. Aokas • 5. Barbacha • 6. Béjaïa • 7. Beni Maouche • 8. Chemini • 9. Darguina • 10. El Kseur • 11. Ighil Ali • 12. Kherrata • 13. Ouzellaguen • 14. Seddouk • 15. Sidi-Aïch • 16. Souk El Ténine • 17. Tazmalt • 18. Tichy • 19. Timezrit.

Cartographie n° : 2. Départ et mobilisation (réorientation) de la femme enceinte en phase d'accouchement.

La légende :

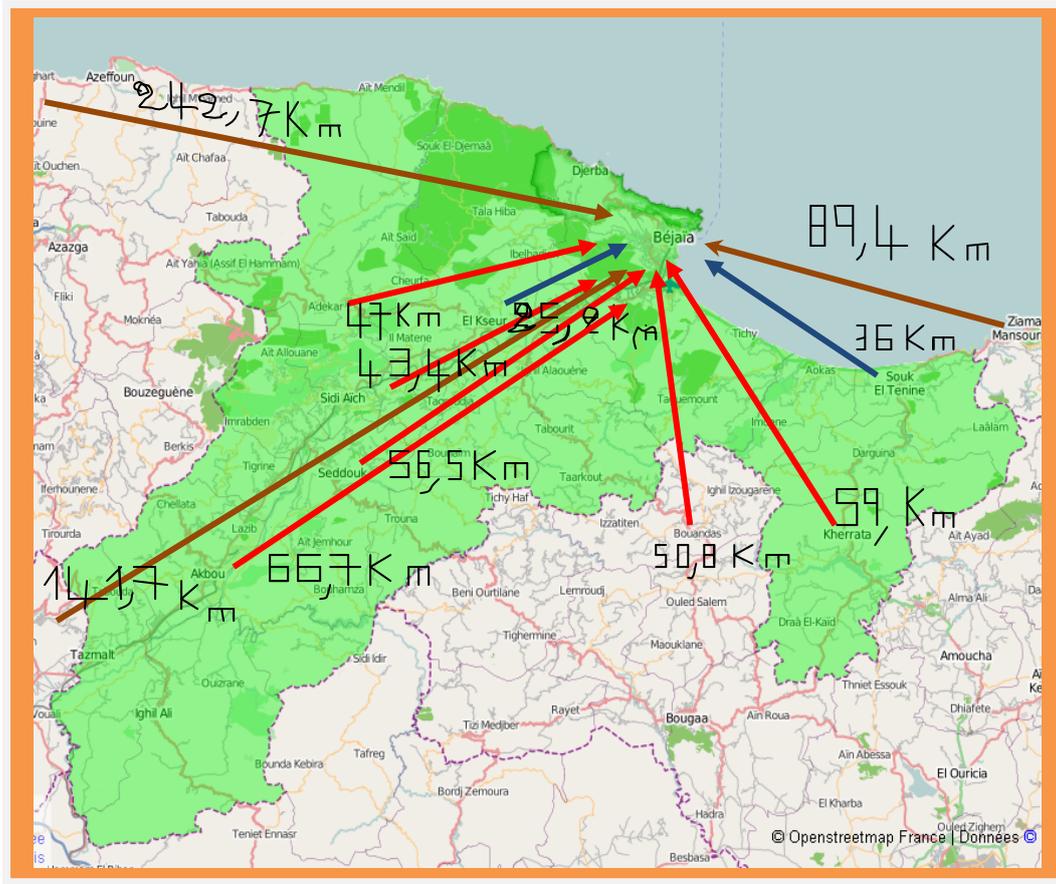
Le rouge : le point de départ de la femme enceinte vers le centre de maternité (vers la première station).

Le bleu : les réorientations de la femme enceinte vers d'autres centres de maternité.

Cette cartographie nous montre les différentes stations de la femme enceintes dès son point de départ à son arrivés.

Toutes ces réorientations nous montrent que les personnes vivant en milieu rural éprouvent des difficultés pour pouvoir bénéficier de soins spécialisés. Donc les inégalités s'inscrivent dans une logique spatiale⁸¹.

⁸¹ Fassin DEDIER, Hauray BORIS, santé publique : l'état des savoirs, La Découverte, Paris, 2010, P15.



Cartographie n° : 3. Les distances en kilomètre entre le lieu de résidence des femmes enceintes (en phase d'accouchement) et le centre spécialisé gynéco obstétrique de Bejaia.

La légende :

Moins de 40 kilomètres : Bleu →

Entre 40 kilomètres et 80 kilomètres : Rouge →

Plus de 80 kilomètres : Marron →

La distance est un enjeu central dans l'accessibilité aux soins dans le centre spécialisé gynéco obstétrique de Bejaia. En milieu rural, la distance moyenne qu'une femme enceinte en phase d'accouchement doit parcourir pour atteindre le centre gynéco obstétrique de Bejaia dépasse 40 kilomètre, c'est-à-dire elle prend plus d'un heure pour arriver au centre spécialisé plus un heure d'attente pour passer aux urgences obstétrique. Cela, nous démontre les difficultés de distance de centre de soins qui aggravent l'état d'une malade.

3. Les conduites informelles :

Les pratiques informelles sont la chose la mieux partagée en Algérie et dans tous les domaines de la vie sociale et économique et particulièrement dans le secteur de la santé ; l'accès aux soins oblige les ménages à mettre en œuvre les différents réseaux d'influence existants ou à créer (parenté, amitié, origine, travail, clientèle) pour satisfaire leurs quêtes de soins⁸².

Des mécanismes formels et informels d'accès aux soins fortement inégalitaires qui se surajoutent aux inégalités déjà constatées au niveau de l'état de santé lui-même. Ces inégalités d'accès aux soins se traduisent par les difficultés ou les facilités qu'éprouvent les différentes catégories sociales dans la satisfaction de leurs besoins de santé (de soins) du fait de leur capacité à mobiliser ou pas et pas seulement les ressources économiques nécessaires à une santé qui coûte de plus en plus cher, mais surtout la capacité de mobiliser ou non le capital social, relationnel qui garantit cet accès à un système de soins plutôt gratuit ou peu coûteux⁸³.

La santé est donc devenue un privilège au même titre que la richesse, le prestige ou le pouvoir. Par le quel un malade à un accès plus facilement aux soins.

Les liens sociaux ont un rôle central dans l'accès à l'accouchement au centre gynéco-obstétrique de Bejaia. On peut dire aussi que les pratiques informelles (liens sociaux) sont un élément majeur dans la production des inégalités d'accès à l'accouchement dans ce centre.

⁸² Abdelkrim BOULEDROUA, APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE, n°47, Juin2017, Vol B, p8

⁸³ Ibid. p.8

Le jeudi 21/12/2017 à 10 :00 la salle d'attente des urgences obstétriques est encombrée de personnes concernées par l'accouchement aussi par leurs accompagnateurs. Aux urgences obstétriques, il y a des sages femmes, interne et gynécologue qui examinent les malades qui viennent de différentes régions (sedouk, el kesseur, même or wilaya).

Il y a une malade qui est venue de machdala (Bouira) pour accoucher dans ce centre. L'équipe de soins ont fait toutes les procédures pour arriver à la décision finale. Elle n'est pas admise car ce n'est pas une urgence. Chaque malade passe plus de deux heures dans l'examen plus le traitement de leurs dossiers.

A 10 :00 une malade de sidi aich entre, avec une lettre d'orientation (demande d'hospitalisation). Son dossier médical est traité par le médecin interne, les sages femmes ont fait le reste de la procédure (ERCF, analyses, après l'examen les sages femmes ont appelé le gynécologue pour négocier son admission. Un bon moment la gynécologue est venue et a vérifié son dossier médical ses analyses et l'ERCF après la gynécologue décide qu'elle ne sera pas admise. Elle a dit : « *on ne peut pas vous programmer car votre cas est stable. Alors vous devez aller chez vous (à sidi aich) pour qu'ils vous programment, vous avez des gynécologues à sidi aich sa nécessite pas de venir ici à targa ouzemour* ». La malade n'est pas convaincue de ce que est dit par la gynécologue, elle a pris son dossier et elle a sorti. Les sages continuent à examiner le reste des malades. Soudainement, une gynécologue entre à la salle et dans ses mains un dossier médical et elle a demandé aux sages femmes de faire l'admission à la malade.

La plus part des interventions se fait avant que la personne malade arrive aux urgences obstétriques par le téléphone.

A 11 :00 le téléphone a sonné, une sage femme a répondu au téléphone : un gynécologue a demandé aux sages femmes de faire l'admission à une malade. A ce moment là, cette malade n'est pas encore arrivée au centre.

A 14 : 25 la malade qui est venue de machedala n'est pas admise, elle est réorientée. La gynécologue l'a dit : *« t'as grossesse n'est pas à haute risque, va t'accoucher dans un centre proche de vous »* ; Apres sa négociation avec d'autres gynécologues.

Et des fois même avec des interventions sa passe pas, surtout ce qui concerne le délai d'attente pour passer aux urgences obstétriques.

A 11 :30 un homme qui travail dans le centre a venu au chef de service pour faire l'intervention à une malade pour qu'elle passe aux urgences avant son tour, dont le chef de service a refusé sa demande, elle a dit *« elle va attendre son tour comme les autres malades, ces malades sont aussi inquiètes ,comment tu a laissé ton service et t'es venu ici pour faire une intervention à la femme de ton ami ? »*. Puis le jeun homme a dit : *« c'est son mari qu'est inquiète pour elle, il n'arrêt pas de me téléphoner »*, le chef de service a répondu : *« tous les maris sont inquiète de leurs femmes, ici c'est les urgences chaqu'un son tour »*.

Le chef de service vérifie chaque jour les tableaux de garde des EPH pour programmer leurs malades au cas des récupérations de leurs gynécologues.

Le mercredi 07/02/2018, l'une des sages femmes appelle l'EPH de kherrata car elle a entendue que leur gynécologue est en congé (accident de voiture), pour qu'elle voit combien va durer son congé pour quel programme toutes les malades de kherrata. Et la question qui se pose, pourquoi ce n'est pas l'EPH de kherrata qui va appeler les urgences de targa ouzemour pour faire l'intervention à leurs malades.

Et la question qui se pose, pourquoi ce n'est pas l'EPH de kherrata qui va appeler les urgences de targa ouzemour pour faire l'intervention à leurs malades ? Et rendre l'accessibilité facile à leurs malades. Ce que laisse la femme enceinte se confronte toute seule à des obstacles d'accessibilité aux soins et ce qu'elle va la mettre devant la bureaucratie au niveau du bureau d'accueil.

Lorsqu'il s'agit d'une intervention, les agents de la santé parle entre avec un langage codé et un langage non verbal ou de bouche à l'oreille pour éviter certains problèmes.

Le lundi 19/02/2018 à 11 :00 l'aide soignant qui travaille dans l'accueil des urgences obstétriques de targa ouzemour a entré à la salle d'examen et a dit à l'une des sages femmes : *« y a une abeille d'hors qui me dérange, elle ne veut pas se calmer (...) stp fait la passé pour que je reste à l'aise ».*

CHAPITRE IV
DISCUSSIONS DES
RESULTATS

Chapitre IV : Discussions des résultats

Introduction :

Dans le cadre de notre étude, il s'agissait d'analyser Comment sont créées les inégalités sociales à la santé dans un territoire, pour le cas de l'admission des femmes enceintes pour la phase d'accouchement ?

Pour cela nous avons formulé trois hypothèses qui ont été testées par l'enquête de terrain.

1. Résultats de l'observation :

Les observations réalisées au sein de centre spécialisé (gynéco obstétrique) de Bejaia ont démontré que l'hôpital mère et enfant de Targa Ouzemour, qui fait des évacuations des malades même au niveau national, trouve des difficultés de gérer tout ces flux et de prendre en charge toutes les malades. Ce qui crée le processus de réorientation vers le point de départ.

Toutes ces réorientations sont des difficultés persistantes que la femme enceinte en phase d'accouchement se heurte, et qui mènent la vers le confus et l'inquiétude. Ce qui la pousse à chercher d'autres méthodes informelles pour être admise dans ce centre.

Toutes les malades qui ont des conduites informelles ont un accès facile au centre de soins gynéco obstétrique de Bejaia.

Notre enquête montre que les femmes enceintes en phase d'accouchement qui ne représentent pas un cas d'urgence ont été réorientées vers le point de départ. Sauf, les femmes qui ont des liens familiaux ou amicaux ce qui crée les inégalités sociales en matière de santé.

2. Résultats des entretiens :

De l'analyse de différentes données obtenues, il ressort que La plus part des malades qui sont orientés à ce centre, sont venus des zones rurales. Toutes les malades n'ont pas les mêmes chances quant à la possibilité d'accéder au service gynéco obstétrique de Bejaia surtout pour les malades qui habitent dans les zones rurales.

Toutes les malades qui habitent dans la ville de Bejaia ne trouvent pas de difficulté à l'accès au centre gynéco obstétrique de Bejaia contrairement à ceux qui habitent dans les zones rurales.

La répartition inégalitaires en matière de la prise en charge de la femme enceinte dans un territoire a crée des flux vers le centre spécialisé gynéco obstétrique de Bejaia.

Les flux ont causé une surcharge des malades au centre gynéco obstétrique de Bejaia : deux malades par lit à la maternité, et des fois même à la gynécologie surtout lorsqu'ils ont des programme. C'est pour cette raison que la plus part des femmes enceintes en phase d'accouchement sont réorientées vers le point de départ ou vers d'autres maternités s'il ne représente pas un cas d'urgence ou bien de revenir le lendemain.

La société algérienne est caractérisé par la communication est la solidarité de groupe (la société) la majorité des jeans rend le service aux autres. Les algériens ont une vie associative. Cela nous montre l'influence des relations informelles sur l'accessibilité à l'accouchement dans un centre spécialisé gynéco obstétrique de Bejaia.

D'après notre enquête :

La première hypothèse : « Les inégalités sociales dans leurs expressions en inégalités sociales de santé sont créés par un processus de renvois et de réorientation dès début du transport de la femme en phase d'accouchement jusqu' à son admission », est infirmé. Les inégalités sociales de la santé sont crée par le processus de renvois vers le point de départ.

La deuxième hypothèse : « L'absence d'une répartition territoriale égalitaire sur l'ensemble de l'espace géographique de la wilaya en matière de prise en charge de la femme en phase d'accouchement, est un indicateur fort d'inégalité sociale de la santé concrétisé par des difficultés de gérer un flux vers le bureau d'accueil et d'admission au niveau du centre spécialisé (gynéco-obstétrique) de Bejaia », est confirmé. Les inégalités sociales de la santé ont causé par l'inégalité dans la répartition des centres de soins.

La troisième hypothèse :

« Toutes conduites du personnels au niveau du bureau non hospitalière ni convaincante pour leur accompagnateur est perçu comme un indicateur d'inégalité sociale de la prise en charge de la femme enceinte », est confirmé. Toutes femmes enceintes en phase d'accouchement qui ont des liens sociaux au niveau de centre spécialisé ont l'accès facile à l'accouchement dans le

centre spécialisé gynéco obstétrique de Bejaia.

CONCLUSION

Conclusion :

Durant notre enquête, nous avons constaté que le nombre des malades que le centre gynéco obstétrique de la wilaya de Bejaia reçoit, dépasse ses capacités de prise en charge. C'est pour cette raison que toutes les malades qui n'ont pas en cas d'urgence sont réorientées vers le point de départ pour éviter la surcharge des malades (deux malades par lit) et laisser les places pour les malades en cas grave et/ ou urgences.

Les femmes enceintes qui habitent dans les zones rurales, en dehors de la ville de la wilaya de Bejaia trouvent des difficultés dans l'accès aux soins dans le centre gynéco obstétrique de la wilaya de Bejaia. Ce qui pousse les femmes enceintes en phase d'accouchement à chercher d'autres conduites informelles pour accéder à l'accouchement dans ce centre spécialisé.

Toutes ces conduites informelles représentent les inégalités sociales de la santé. Toutes les femmes qui ont des liens familiaux ou amicaux garanti l'accès au service gynéco obstétrique sans aucune contrainte. Par contre, les femmes qui n'ont pas des liens au sein de ce centre risquent d'être réorientées.

LA LISTE
BIBLIOGRAPHIQUE

Les ouvrages :

AIACH Pierre, CEBE Dominique, Expression des symptômes et conduites de maladie, Facteurs socioculturels et méthodologies de différenciation, Ed. INSERM/Dion, Paris, 1991.

BOITE Pierre, Ethique, justice et santé : allocation des ressources en soins dans une population vieillissante, ed. Fides, Québec, 1995.

BONNET Pascal, concept d'accessibilité et d'accès aux soins, France, 2002.

CARRICABURU Danièle et MENOIRET Marie, sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies, ed. ARMAND COLIN/SEJER, 2004.

CLERET Baptiste, L'ethnographie comme démarche compréhensive : immersion dans les dynamiques consommatoires du rap en France. Recherches Qualitatives, ARQ Association pour la Recherche Qualitative, 2013.

DEPELTEAU François, La démarche d'une recherche en sciences sociales, Ed. de boeck, Québec, 2000.

DEDIER Fassin., BORIS Hauray, santé publique : l'état des savoirs, La Découverte, Paris, 2010.

FREUND Robert Jean, Santé et territoire : réalité et utilités de l'approche géographique en santé. ENSP, 2001.

LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry, les inégalités sociales de la santé, Ed. La Découverte/INSERM, Paris, 2000.

QUIVY Raymond et CAMPENHOUDT Luc Van, Manuel de recherche en sciences sociales, Ed. DUNOD, Paris, 1995.

TEULON Frédéric, Changement social et inégalités, Ellipses, Paris, 2000.

VINGERON Emmanuel et TONNELIER François, La géographie de la santé en France, Paris, 1999.

Les revues :

AGUERCIF M. ET AGUERCIF MEZIANE F., « le système de santé en Algérie », Cahier du CREAD n° 3536, 3ème et 4ème trimestres 1993, Le système de santé publique en Algérie (Evaluation et perspectives).

BENMANSOUR Sonia, « LA CONTRACTUALISATION DANS LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN: SON IMPACT SUR LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS », revue critique de droit et sciences politiques Volume 2, Numéro 2.

BOULEDROUA Abdelkrim, « APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE », Revue sciences humaines, n°47, Juin2017, Vol B.

CLERET Baptiste, « L'ethnographie comme démarche compréhensive : immersion dans les dynamiques consommatoires du rap en France », RECHERCHES QUALITATIVES / VOL. 32(2).

LOMBRAIL Pierre, PASCAL Jean, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé 2005/3 (no 8).

MARCHIVE Alain, « Introduction. Les pratiques de l'enquête ethnographique », Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2012/4 (Vol. 45).

PASCAL Jean, ABBEY-HUGUENIN Hélène et LOMBRAIL Pierre, «Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », Lien social et Politiques, (55), 2006.

PAUGAM Serge et al, « Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie», Sociologie, 2011/4, vol. 2,

VERGA-GERARD Amandine, MÉLANIE AFONSO Mélanie, BENARD Antoine, CHAPRON Anthony, CHAU Kenora, et al., « Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche », Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Elsevier Masson, 2018, 66 (2).

Les thèses :

ABBOU Youcef, « Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie », thèse de magistère en science économique, université de Bejaia, 2010.

AMALOU Mourad « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital », cas du CHU de Sétif, thèse de magister en science économie, université de Bejaïa, 2009.

COUSTEAUX Anne-Sophie, Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales, thèse doctorat, paris, 2011

FOUDI Brahim, la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : état des lieux, thèse de magister en économie de la santé et développement durable, Université de Bejaïa 2011.

KADI Nadjat, Santé reproductive et pauvreté en Algérie, thèse doctorat, Algérie, 2013.

MOREL Sylvie, L'urgence à plusieurs « vitesses »: Fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire, thèse doctorat, France, 2014.

RAYNAUD JOY, L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable, thèse doctorat, France, 2013.

SAIHI Abdelhak, Le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives, Maître de conférences, ENA, Alger, avril 2006. Colloque International sur les Politiques de Santé Alger 18-19 Janvier 2014.

WERMESTER Olivier, ACTIVITE MEDICALE ET SOCIALE DE LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DE VERON EN 2011, thèse doctorat, France, 2013.

Rapports et autres :

Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire. apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa5627

CHACHOUA Louisa, « Le système National de santé, 1962 à nos jours ». Colloque international sur les politiques de santé. Alger, les 18 et 19 janvier 2014.

LAURENT Eloi, rapport vers l'égalité des territoires : Dynamiques, mesures, politiques, in www.cohesion-territoires.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_001-542webc.

MEKALT Koukha, BRAHAMIA Brahim, Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?c3.

OUCHTATI Mouhamed, La réforme hospitalière, point de vue d'un praticien, Directeur de recherche Laboratoire des Techniques de la Qualité des Soins Unité de Recherche en Médecine Faculté de Médecine Université Mentouri Constantine. www.sante.dz/reforme-hospitaliere/presse1.htm

OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008 préconise un retour aux soins de santé primaires. new.paho.org/hq/.../2010/APS_Rapport_sur_la_sante_dans_le_monde-2008

OMS, stratégie de coopération avec les pays 2002-2005.

http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr.

OMS (WHOSIS) : Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2006, ONUSIDA Rapport sur le développement humain 2006, PNUD. Système de santé et couverture sociale.

NABNI 2020, Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 synthèse rapport, 26 janvier 2010.

PILKINGTONA Hugo et ZEITLINB Jennifer, Distance, accessibilité et inégalités de santé périnatale. iriaf.univ-poitiers.fr/images/medias/.../texte-pilkington-et-zeitlin_1416414521020-

PLAN NATIONAL DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE 2015 - 2019. UNICEF. https://www.unicef.org/algeria/Rapport_UNICEF

CHACHOUA Louisa, « Le système National de santé, 1962 à nos jours ». Colloque international sur les politiques de santé. Alger, les 18 et 19 janvier 2014.

REMAL Abdelkadir, système de santé en Algérie.

<https://abdelkadirremal.wordpress.com/2013/04/27/27/>

Sites internet :

geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/géographie-des-maladies

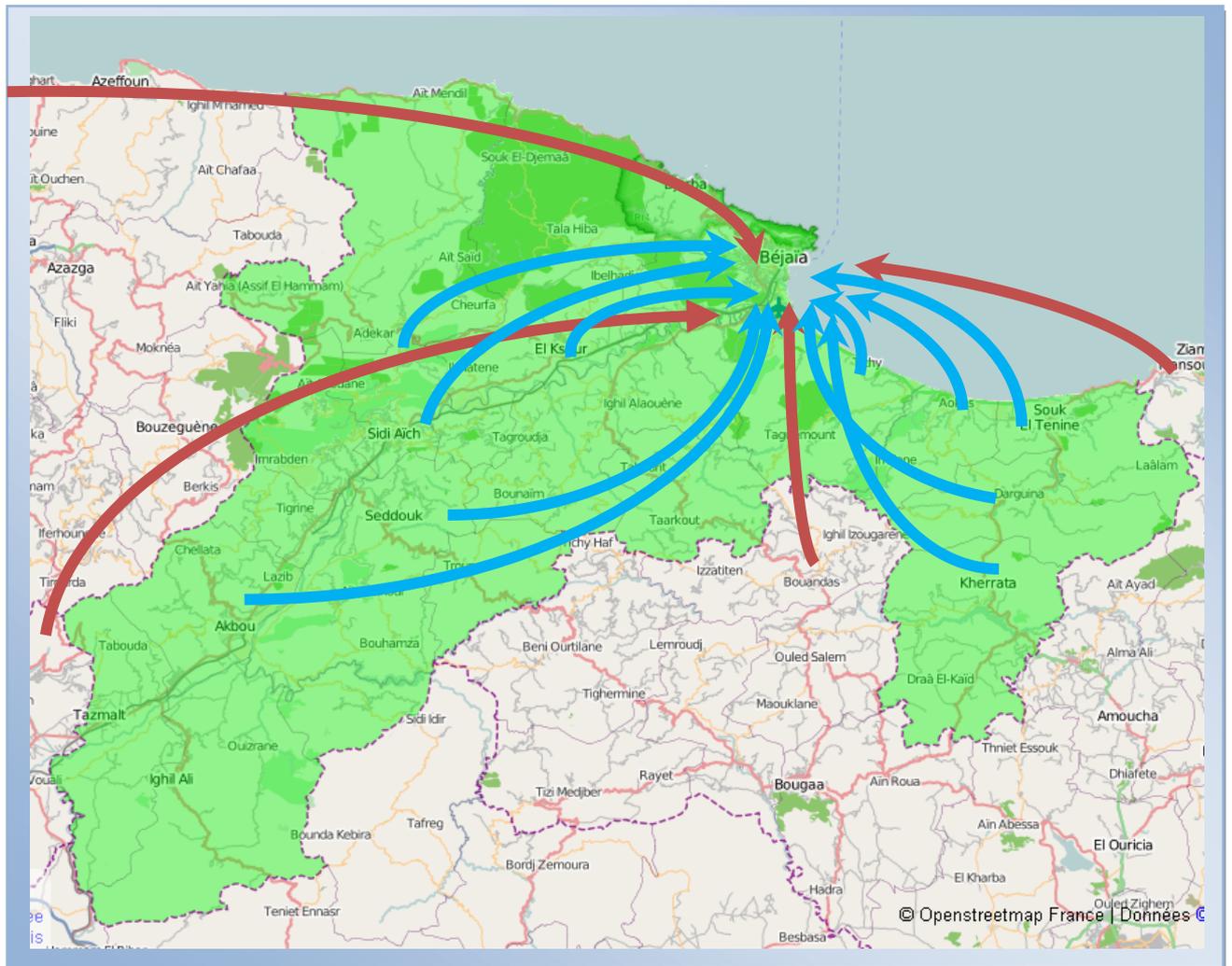
coinderecherche.over-blog.com/article-qu-est-ce-que-la-geographie-de-la-sante-66888882

www.sante.dz/Rencontre_evaluation_alger_2015/reformes_sante.pdf la carte sanitaire algérienne.

RECHERCHE QUALITATIVE: DEFINITION, BUT ET METHODES, in
www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE

ANNEXES

Les cartographies :

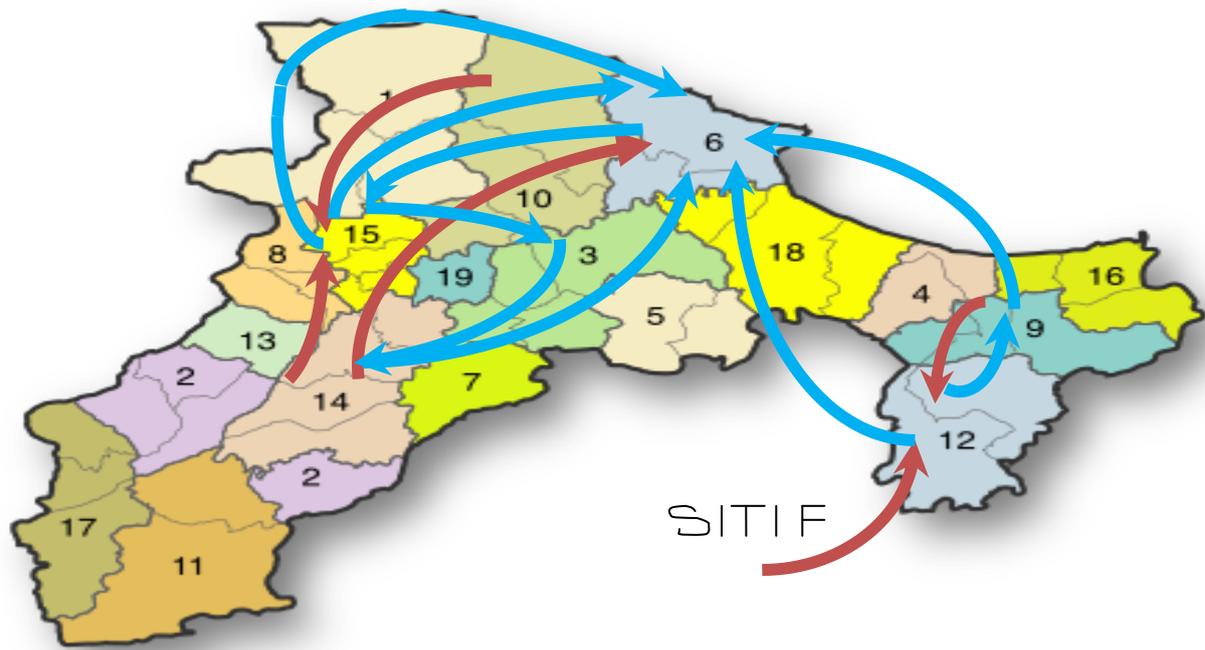


Cartographie n° : 1. Départ arrivée des femmes en phase d'accouchement :

La légende :

Bleu : départ-arrivée territoire local à la wilaya.

Rouge : départ-arrivée territoire hors à la wilaya.



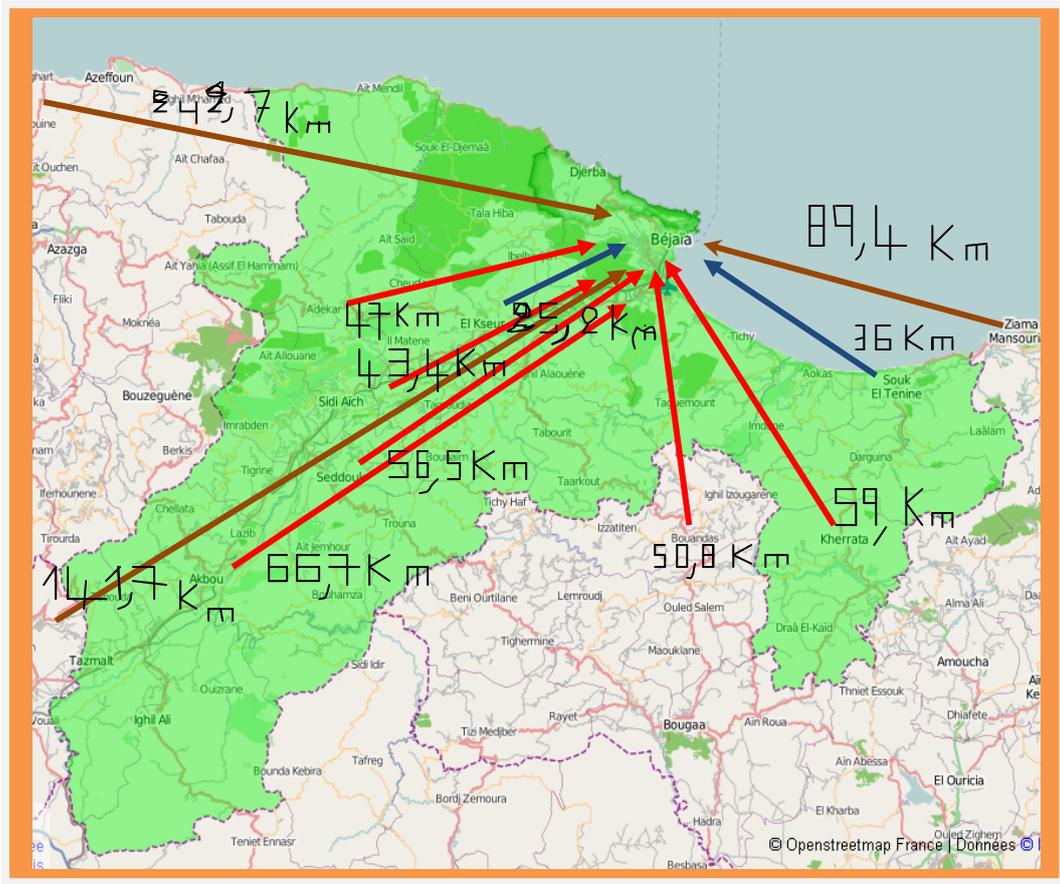
1. Adekar • 2. Akbou • 3. Amizour • 4. Aokas • 5. Barbacha • 6. Béjaïa • 7. Beni Maouche • 8. Chemini • 9. Darguina • 10. El Kseur • 11. Ighil Ali • 12. Kherrata • 13. Ouzellaguen • 14. Seddouk • 15. Sidi-Aïch • 16. Souk El Ténine • 17. Tazmalt • 18. Tichy • 19. Timezrit.

Cartographie n° : 2. Départ et mobilisation (réorientation) de la femme enceinte en phase d'accouchement.

La légende :

Le rouge : le point de départ de la femme enceinte vers le centre de maternité (vers la première station).

Le bleu : les réorientations de la femme enceinte vers d'autres centres de maternité.



Cartographie n° : 3. Les distances en kilomètre entre le lieu de résidence des femmes enceintes (en phase d'accouchement) et le centre spécialisé gynéco obstétrique de Bejaia.

La légende :

Moins de 40 kilomètres : Bleu



Entre 40 kilomètres et 80 kilomètres : Rouge



Plus de 80 kilomètres : Marron



Le schéma :

Point de départ

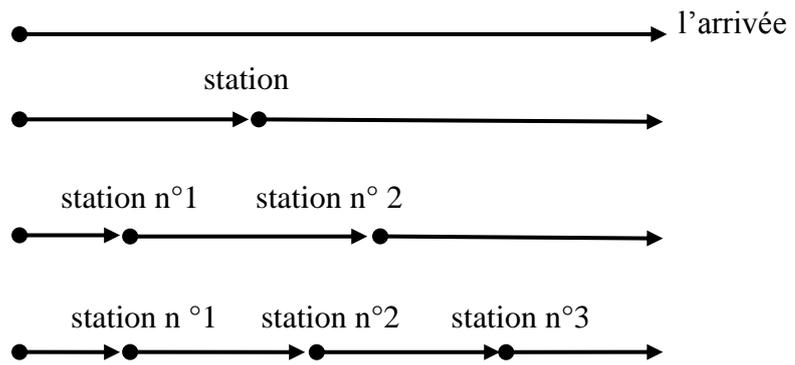
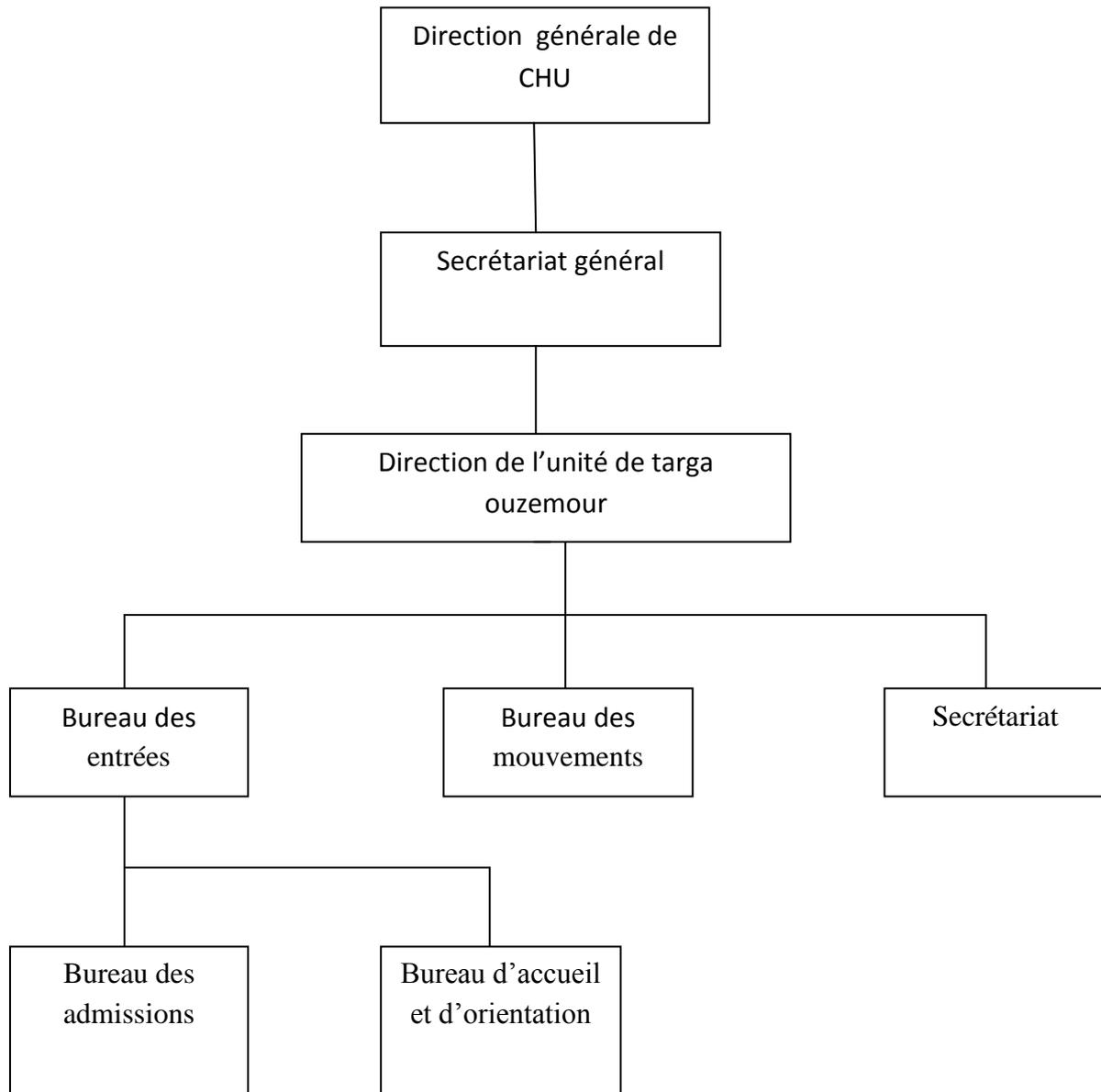


Schéma n°01 : trajectoire des mobilisations des femmes enceintes en phase d'accouchement.

L'organigramme :

1. L'organigramme de l'organisme :



Guide d'entretien :

Les données personnelles :

Nom

Prénom

Quel est votre niveau d'instruction ?

Quelle est votre activité professionnelle ?

Les inégalités sociales de la santé :

Comment vous étiez transporté à ce centre spécialisé ?

Qui vous avait adressé à ce centre ?

Est-ce que vous aviez venus accompagner par des proches ?

Quelle la durée d'attente pour passer aux urgences obstétrique de ce centre ?

Comment vous étiez accueillie dans ce centre ?

Les disparités territoriales de la santé :

Vous êtes venu d'où ? Quel est votre lieu de résidence ?

Combien de temps vous mettez pour arriver à ce centre ?

Comment vous semblez ce temps de trajet pour vous arrivez à ce centre ?

Vous avez des centres de maternité proche de vous ?

Résumé :

Les inégalités sociales et spatiales d'accès aux soins peuvent contribuer au développement durable du territoire urbain en offrant les meilleures conditions de prise en charge. Dans cette recherche, on a utilisé une approche qualitative fondée sur les entretiens semi-directifs et l'observation qui ont permis de comprendre les difficultés d'accès aux soins pour les femmes enceintes en phase d'accouchement dans un territoire. A partir de cette enquête qualitative, certaines causes et certains effets de l'état sanitaire des femmes enceintes vécus sont : L'accès aux soins limités, le transport et l'éloignement qui rendent particulièrement pénibles et difficiles les trajets des femmes enceintes.

Mots clé : les inégalités sociales de la santé, disparités territoriales et accès aux soins.

Abstract:

Social and spatial inequalities of access to care can contribute to the sustainable development of the urban territory by offering the best conditions of care. In this research, we used a qualitative approach based on semi-structured interviews and observation that helped to understand the difficulties of access to care for pregnant women in the delivery phase in a territory. From this qualitative survey, some causes and effects of the health status of pregnant women experienced are: Access to limited care, transportation and remoteness that make the journeys of pregnant women particularly painful and difficult.

Key words: social inequalities in health, territorial disparities and access to care.