

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

Abstract:

From a multiple sources of information on official statistics and major health surveys carried out in Algeria between 1990 and 2006, this article examines the health situation in Algeria on the issue of unequal access to healthcare, which is the result of all Social inequalities in health; It includes, among others, the elements of a field survey carried out by the author in 2007 with households around the difficulties / facilities to seek treatment and access to care.

Keywords : surveys, health reality, inequalities, access, care

BOULEDROU Abdelkrim

Département de sociologie

Université Abdelhamid MEHRI

Constantine 2

ملخص:

انطلاقاً من مصادر مختلفة و من احصائيات رسمية ومن الدراسات الكبرى التي تمت في الجزائر ما بين السنتين 1990 و 2006 هذا العمل يبحث في قضية المساواة في التحصل على العلاجات في الجزائر و هذه القضية تعتبر الحاصيلة النهائية لكل اللقوارق الموجودة على المستوى الصحي.

تنطلق هذه الدراسة ايضاً من دراسة ميدانية قام بها صاحب هذا العمل مع عائلات حول الصعوبات التي تواجهها في التحصل على العلاج وهذا في سنة 2007.

كلمات البحث: الدراسات الاستقصائية، والصرف الصحي الواقع، وعدم المساواة، والوصول، والرعاية

Introduction :

La question des inégalités sociales ne se pose pas seulement dans le champ de l'idéologie ou de la politique ; les inégalités sociales sont une réalité sociale importante, elles commandent la construction, la structuration, la gestion, l'équilibre, voire la survie des sociétés modernes.

Les sciences sociales, en général, ont investi cette question de façon claire depuis au moins deux siècles sans l'avoir totalement épuisée. Depuis, la question est devenue une des préoccupations centrales et permanentes des sciences sociales et un point de focalisation des savoirs sociologiques envers lesquels il ya, assez souvent, « une suspicion légitime » parce qu' ils sont assez souvent phagocytés par des discours qui accompagnent généralement les luttes politiques et sociales.

Ce constat renvoie automatiquement aux difficultés à produire des savoirs sociologiques indépendants des schèmes de pensée idéologiques dominants ; ceci exige d'approcher la question des inégalités sociales avec suffisamment de rigueur scientifique, de façon à la soustraire à l'ambiance idéologique du moment et aux représentations sociales de l'égalitarisme dans une société donnée à un moment donné de son histoire.

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 exprimé. Le présent travail tente d'approcher la question en essayant d'en faire le constat et tenter une explication en rapport à la singularité de la société algérienne.

1. PROBLEMATIQUE

Etudier la réalité sanitaire en Algérie dans ses caractéristiques spécifiques et en tant que facette de la réalité sociale algérienne qui la produit comme telle, nous oriente vers une problématique de la réalité sanitaire centrée sur la distribution de soins.

Cette problématique ainsi posée renvoie directement à la question des inégalités produites et / ou reproduites dans ce champ social. Il s'agira d'observer, de cerner et de rendre compte des mécanismes sociaux formels ou / et informels qui les engendrent comme tels et nous ne savons pas si nous avons pris toutes les précautions en annonçant nos hypothèses comme suit :

- la sphère de la distribution est dans la société dans son ensemble et en particulier dans la santé un ensemble de mécanismes sociaux formels et informels de partage de biens matériels (objet argent, services) ou symboliques (valeur, prestige, autorité) entre les différentes catégories sociales de population. Une théorie des inégalités pourrait y prendre appui consacrant la primauté des résultats sociaux finaux (les inégalités) pour remonter la chaîne ou les réseaux des mécanismes des comportements et des stratégies qui les produisent ainsi que la logique sociale dans laquelle ces mécanismes s'insèrent.

La configuration actuelle du système de soins algérien développe comme tous les secteurs de la réalité algérienne mais avec des formes propres.

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

- 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 coûteux.

Tout laisse à penser que ces deux formes d'inégalités d'accès au soins (par l'argent et par la relation) sont plutôt cumulatives et exaspèrent les inégalités sociales en matière de santé.

Il s'agit en fait de saisir de façon générale le déploiement de l'offre de soins et de répertorier les différents intervenants publics, para-publics et privés et les différentes catégories de populations couvertes par cette offre de soins différenciée et hiérarchisée et de savoir :

-Quelles sont les relations entretenues par les populations différenciées en terme de niveau de vie, de mode de vie, de possession de capital économique, de capital social, culturel, et leurs situations en terme de proximité sociale et /ou géographique à l'offre de soins.

- Quelles sont, pour les différentes catégories de population différenciées en termes de mode et de niveau de vie, les difficultés et les facilités d'accès aux soins que ces difficultés ou facilités soient d'ordre économique ou autre.

-Quelles sont les mécanismes informels et les stratégies mises en oeuvre par les ménages différenciés et hiérarchisés selon la C.S.P du chef de ménage pour réussir leur quête de soins et/ou la promotion de leur santé.

La réponse à ces questions permet de saisir toutes les discriminations sociales et spatiales d'accès aux soins et nous permet d'oser l'hypothèse qu'en matière d'accès au soins, et en raison justement de la transition vers le libéralisme, les discriminations s'expliquent aussi bien et en même temps par des mécanismes sociaux comportant une grande part d'informel devant les soins publics supposés gratuits ou du moins abordables et par le mur de l'argent concernant l'accès aux soins privés.

2. LA QUESTION DE L'ACCES AUX SOINS AU CŒUR DE LA QUESTION DES INEGALITES DE SANTE

La littérature scientifique, politique, gestionnaire se rapportant à la santé est obnubilée par deux grandes questions : la question de l'efficacité du système de soins et de santé et

la question de son équité ; cette dernière occupe beaucoup plus de place dans les différents discours et cela n'est pas seulement un simple effet de la politique ou de l'idéologie.

Les inégalités sociales de santé et les inégalités d'accès aux soins sont deux réalités intimement liées en ce sens où le plus souvent, le processus cumulatif des inégalités sociales de santé est exprimé par sa résultante, par son résultat final qui consacre tout le processus qui est l'inégalité d'accès aux soins.

2.1. NIVEAUX DE LECTURE DES INEGALITES DE SANTE :

Il est permis de repérer en matière d'inégalité de santé des niveaux de réalité suffisamment précis et donc des niveaux de lecture assez différenciés de ces inégalités de santé et qui sont :

- le premier niveau, celui des risques et des vulnérabilités que nous donne notre bagage biologique au départ, à la naissance. Ce niveau d'appréciation des inégalités n'est pas toujours pris en compte. Force est de constater que même à ce niveau il n'est pas toujours possible de neutraliser certains déterminants sociaux, l'handicap à la naissance, par exemple, tombe le plus souvent là où nous l'attendons le plus ;
- le deuxième niveau où s'inscrivent les inégalités et qui nous accompagnent durant toute notre vie est celui de la détermination du niveau de santé par les grands déterminants, écologique, économique, social, culturel, mode de vie. Les inégalités issues des déterminismes globaux lents et diffus sont difficilement réductibles.

« Réduire ces inégalités de santé est très complexe à mettre en œuvre ; toute la littérature sur les déterminants de santé montre qu'une large part des inégalités de santé n'est pas liée à l'organisation du système de soins mais à d'autres causes –les causes des causes- comme le travail, l'environnement, les transports, le logement, l'éducation »⁽¹⁾.

Un troisième niveau de lecture des inégalités de santé est le niveau de l'état de santé lui-même sérié en pathologies, morbidité, mortalité, espérance de vie et exprimé par des indicateurs aussi bien épidémiologiques que démographiques ; cet état de santé est distribué spatialement et socialement sur les différentes catégories et groupes sociaux et montre pour la plupart des pays des inégalités dans l'état sanitaire largement confirmées par des grandes enquêtes épidémiologiques.

Ceci est relaté par un certain nombre de travaux dont le rapport Black qui fut l'un des premiers documents à relever en Angleterre dès 1880 que « l'état de santé d'un individu était étroitement lié à sa position dans la structure sociale »⁽²⁾.

La notion de gradient de santé permet de décrire cette situation qui fait que ceux qui se trouvent en haut de la pyramide sociale ont un meilleur état de santé que ceux qui se trouvent en dessous d'eux et ainsi de suite jusqu'à ceux qui sont le plus démunis »⁽³⁾. Les inégalités de santé restent donc des inégalités

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

sociales et sont expliquées par le rapport Black par l'expression suivante : « ces inégalités résultent de l'accumulation tout au long de la vie de désavantages et d'avantages sociaux dont certains tiennent aux individus eux-mêmes, d'autres aux influences sociales des milieux dans lesquels ils vivent et travaillent... »⁽⁴⁾.

Les preuves de la détermination de l'état de santé par les grands déterminants sociaux et économiques sont apportées par l'INED qui montre que :

« Depuis 25 ans les inégalités sociales face à la mort en France se maintiennent. On sait qu'à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans soit 6 ans de plus que les ouvriers »⁽⁵⁾. Le même rapport précise la différence en terme de qualité de vie en disant « à 47 ans les cadres supérieurs vivent en moyenne 34 ans sans incapacités contre seulement 24 ans pour les ouvriers »⁽⁶⁾.

Le quatrième niveau de lecture des inégalités de santé est celui des inégalités nées du déploiement de l'offre de soins. Ce niveau de réalité est à prendre en ligne de compte car c'est un marqueur essentiel de l'accès aux soins en ce sens où le déploiement spatial et social de l'offre de soins qu'elle soit publique ou privée implique des niveaux de facilité ou de difficulté d'accès aux soins du seul point de vue de la proximité ou de l'éloignement impliquant matérialité de l'accès, bien avant d'être confronté à d'autres difficultés qui procèdent d'autres obstacles sociaux.

La distribution de l'offre de soins ne correspond pas forcément à la distribution de l'état sanitaire lui-même ; cela implique un coût social élevé dans l'adaptation de l'offre de soins à la demande de soins. Ce coût est à la charge de la population. Ce coût est d'autant plus élevé que les individus sont démunis. Là aussi l'inégalité n'est pas immédiatement perceptible.

Pourtant son inscription dans l'espace en fait une des inégalités les plus coriaces et la moins réductible par des politiques de densifications des moyens.

Le cinquième niveau de lecture des inégalités que nous avons mis en évidence est celui de la protection sociale en général qui est un facteur non négligeable dans l'augmentation ou la réduction des inégalités de santé. La protection sociale en raison de son lien intime à la santé par la prise en charge matérielle et financière des dépenses de santé des ménages a en principe vocation à rattraper les plus vulnérables.

L'inexistence d'une protection sociale participe à l'augmentation des inégalités de santé. Ce constat nous l'avons fait à propos des personnes en situation de précarité sociale et économique qui, lorsque, quelques fois elles accèdent à un emploi précaire, ne sont pas couvertes par la sécurité sociale ; ce qui accentue leur vulnérabilité et accentue leur difficulté d'accès aux soins ; ce qui, dans ce cas, devient relativement coûteux par rapport à leur ressources économiques.

Le sixième niveau de lecture de l'inégalité de santé est l'accès aux soins proprement dit en tant qu'il représente aussi bien une cause relativement autonome par rapport aux cinq raisons développées précédemment, mais aussi l'expression de toutes les difficultés quelles que soient leur origine ou leur détermination qui font qu'en fin de parcours cet accès aux soins devient socialement très discriminant.

L'accès aux soins qui est la capacité naturelle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé présente au moins deux dimensions :

- une dimension matérielle qui a trait à la distance, à la proximité, à l'éloignement et au temps nécessaire à la satisfaction de la demande de soins ;
- une dimension sociale qui a trait aux mécanismes sociaux, culturels et économiques qui favorisent ou font obstacle à cet accès aux soins, dont la possibilité financière.

Les inégalités d'accès aux soins résument en quelque sorte des inégalités réductibles par l'action volontariste qui, elle, ne peut pas toujours réduire les inégalités de santé dues aux grands déterminants de la santé. Cette action et ces politiques volontaristes d'accès aux soins organisent explicitement et au profit des plus démunis, des plus vulnérables, des possibilités matérielles et sociales d'accès aux soins avec des modalités de facilitation à travers des mesures pratiques d'élimination et de contournement des obstacles matériels sociaux et économiques.

Ces mesures visent en même temps à améliorer l'état sanitaire général de la population tout en réduisant les inégalités de santé par des actions prioritaires visant à améliorer l'accès aux soins aux plus démunis et aux plus vulnérables.

Parlant de la France Michel Legros dit : « Les inégalités de santé en France, par exemple, se sont accrues faute d'une politique visant ces inégalités ; l'écart entre les premiers et les derniers déciles n'a fait que s'accroître, rendant plus visibles et plus intenses les difficultés d'accès aux soins des plus pauvres »⁽⁷⁾.

Paradoxalement, nous croyons qu'il suffit qu'il y ait une offre de soins quantitativement suffisante pour qu'on puisse assurer une accessibilité convenable au plus grand nombre. Le plus difficile est de rendre cette offre accessible aux minorités exclues. Seule une sociologie pointue pourrait mettre en exergue la concomitance des causes d'exclusion.

Le même rapport insiste sur le fait « qu'il faut rester attentif à l'existence des groupes particulièrement à l'extrémité de l'échelle des inégalités »⁽⁸⁾.

Certaines difficultés d'accès aux soins proviennent des difficultés des populations qui vont jusqu'au renoncement aux soins, même dans les pays développés.

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

le mur de l'argent est un obstacle important à l'accès aux soins dans des systèmes de santé de plus en plus marchandisés. Beaucoup d'auteurs imputent quelques mauvais résultats des systèmes de soins et de santé directement à l'accès aux soins beaucoup plus qu'à d'autres déterminations de la santé»⁽⁹⁾.

Les enjeux de l'accès aux soins sont différents selon le niveau de développement du pays, il n'en reste pas moins que cela reste en enjeu majeur pour l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie des populations.

Les variables qui commandent l'accès aux soins sont tellement nombreuses qu'une partie d'entre elles appartiennent à la sphère de l'informel ou du moins ne sont pas toujours réparables en tant que telles. Le poids de l'accès aux soins dans la question des inégalités de santé est important. Pierre Lombraïl, un grand spécialiste des questions de santé en fait un constat édifiant en disant « En France le potentiel de rattrapage par le système de santé des inégalités sociales de santé, est probablement sous/estimé »⁽¹⁰⁾.

Il dira aussi « La part attribuable aux inégalités de recours ou d'accès aux soins est souvent méconnue »⁽¹¹⁾.

Il explique que « ces inégalités traduisent l'incapacité du système de soins à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé »⁽¹²⁾.

Cette incapacité à appréhender cette dimension sociale peut revêtir une forme de routine non intentionnelle qui n'est pas vigilante par rapport à la reconnaissance et à la prise en charge de certains besoins de santé.

Cette incapacité peut revêtir aussi des attitudes qui refusent de prendre en ligne de compte les inégalités de départ qui ont tendance à se reproduire si on ne leur fait pas volontairement obstacle : c'est ce que Pierre Lombraïl a appelé inégalités de santé par construction et qui méritent des actions correctives.

3. L'ÉTAT DES DISPARITÉS ET DES INÉGALITÉS DE SANTÉ EN ALGÉRIE.

Les disparités, les inégalités et les discriminations dans la santé sont des faits incontournables quelque soit la société considérée.

L'idée de disparité et d'inégalité sociale de santé est quelque chose de très relatif, les inégalités peuvent être minimales, légitimes, moralement acceptables ou grandes illégitimes et moralement inacceptables.

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

Ce sont les inégalités sociales en général, celles liées au genre, au sexe, à l'âge, au revenu, à l'appartenance, à la position sociale qui affectent et déterminent

en dernière analyse de façon positive ou négative la santé comme état (niveau de santé) et la santé comme rapport aux structures de soins.

Les inégalités de santé peuvent être propres au secteur de la santé, c'est-à-dire produites dans le champ de la santé et existent du fait du fonctionnement du système de soins et de ses rapports avec la population différenciée et stratifiée socialement.

Les disparités et les inégalités sociales de santé sont lisibles selon deux paradigmes :

Elles sont inscrites dans l'espace ; la géographie (la discipline) est en mesure d'apporter un éclairage suffisant en portant sur une carte ou selon le système d'information géographique (S.I.G), tous les éléments se rapportant à la santé et pouvant être analysés selon leur distribution ou leur déploiement spatial. La géographie a apporté en la matière des instruments méthodologiques et des techniques utiles et incontournables.

Ces disparités et inégalités sont aussi sociales, en ce sens où, en plus d'être susceptibles de distribution spatiale, elles se distribuent aussi dans le champ social, dès lors qu'elles se situent à des niveaux particuliers de la formation sociale (classe, strates, groupes, catégorie, appartenance, niveau de vie), en un mot des positions sociales différenciées et stratifiées. C'est donc un terrain fécond pour la sociologie et les sciences sociales en général qui ont investi cette question des inégalités et de la stratification sociale de façon permanente sans jamais l'épuiser.

Le lien entre l'une (la géographie) et l'autre (la sociologie) est que l'espace n'est pas neutre, il est un produit des rapports sociaux. Ces deux niveaux d'analyse, s'ils ne sont pas redondants, sont au moins complémentaires.

Les différents éléments chiffrés et non chiffrés rassemblés dans ce travail, permettent de souligner et de recenser un certain nombre d'inégalités de santé qui méritent d'être exposées aux lecteurs. Ces inégalités de santé concernent :

3.1. L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

La documentation de l'OMS, les chiffres de l'ONS, du ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière ainsi que les résultats des différentes enquêtes de santé (TAHINA, MICS1, MICS2, MICS3, PAP CHILD, PAP. FAM) entre les années 1990 et 2006 permettent d'apprécier un certain nombre d'indicateurs et d'indices qui renvoient à des disparités et des inégalités souvent assez grandes concernant l'état de santé des algériens.

Globalement et malgré l'augmentation de l'espérance de vie et le recul du taux de la mortalité infantile, (25%0 en 2008) les disparités et inégalités dans l'état de santé des algériens sont encore assez grandes et nous pouvons citer à titre d'exemple :

- la prévalence dans l'handicap⁽¹³⁾ dans la population algérienne qui se distribue selon l'enquête MICS 3 réalisée par L'INSP en 2006 de façon très inégalitaire où, en effet, l'handicap est présent deux fois plus

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

chez les 20% des ménages les plus pauvres (3.1%) que chez les 20% des ménages les plus riches (17%) :

- l'état nutritionnel des enfants de moins de 02 ans est révélateur de différences significatives dans l'état de santé des enfants et cela est représentatif des conditions de vie et de santé auxquelles appartiennent les enfants ;
- l'insuffisance pondérale et le retard de croissance chez les enfants de moins de 02 ans appartenant aux 20% des ménages les plus pauvres sont plus accentués (5.4%) que chez les 20% des ménage les plus riches (2.5%) ;
- l'insuffisance pondérale est aussi distribuée de façon inégalitaire entre la ville (prévalence 3.1%) et la campagne (prévalence 4.4%).

3.1.1. LA MORTALITE INFANTILE :

Elle à évolué de façon positive entre 1992 et 2008. mais les écarts entre les taux de mortalité infantile entre la ville et la campagne n'ont pas été totalement réduits comme indiqué dans le tableau N°1 qui reprend les chiffres de l'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant EASM (1992) et de l'enquête algérienne de santé familiale EASF (2002)

La mortalité infantile est l'indicateur qui exprime le mieux la rencontre de l'état de santé et de l'efficacité du système de santé. Il est aussi l'indicateur le plus condensé et le plus expressif des inégalités sociales de la santé dès le premier âge depuis 1966.

Le taux de mortalité infantile à baissé fortement passant de 165‰ en 1966 à 83,73‰ en 1982 à 53,8‰ en 1999 à 25‰ en 2008 mais cette baisse constante et graduelle de la mortalité infantile n'a pas pour autant effacé les écarts entre la ville et de la campagne ; elle les a seulement réduites.

Deux mesures opérées à dix ans d'intervalle en 1992 dans le cadre du PAP. Child⁽¹⁴⁾ et 2002 dans le cadre du PAP FAM⁽¹⁵⁾ sur la mortalité de moins 5 ans confirment cette tendance à la baisse et à la réduction des écarts entre urbain et rural comme indiqué dans le tableau suivant :

**Tableau N° 1 Evolution de la mortalité infantile
et infanto juvénile entre 1992 & 2002**

STRATES	Mortalité infantile - 1 ans		Mortalité – 5 ans	
	EASME ⁽¹⁶⁾ .92	EASF ⁽¹⁷⁾ . 2002	EASME .92	EASF . 2002
URBAIN	31,8	31,4	36,7	35
RURAL	53,1	38,2	58	43
Ensemble	43,7	34,5	48,6	38,8

**Sources : la santé des algériennes et des algériens
Décembre 2004 MSPRH**

Évaluant l'état de santé, L'OMS dans un classement des systèmes de santé de tous les pays de la planète sur la base de 8 critères synthétiques, place l'Algérie à la 110^{ème} place concernant l'indice d'égalité de survie des enfants en 2000 et à la 84^{ème} place concernant le niveau général de santé de la population.

Si nous prenons en ligne de compte comment le niveau de santé est distribué sur la population, l'Algérie se classe mal (110^{ème}) ; autant dire que cette distribution de l'état de santé sur la population est plus inégalitaire que dans des pays qui ont des niveaux de santé plus bas.

3.1.2. LA COUVERTURE SANITAIRE :

Si nous nous en tenons seulement à deux indicateurs de déploiement de l'offre de soins, le nombre de médecins /1000 habitants et le nombre de lits /1000 habitants est que nous les apprécions dans leur distribution géographique sur le territoire national, nous remarquerons que la densité des structures de soins (hôpitaux, polyclinique, CMS...) la densité des équipements et des moyens humains (médecins, paramédicaux) est très inégalitaire et révèle de grandes disparités :

- entre le nord du pays et le sud ;
- entre les grandes métropoles, les grandes villes et le reste du pays ;
- entre la ville et la campagne.

Cette disparité qui n'épouse pas forcément la gradation Nord/Sud devrait s'affiner en prenant en ligne de compte la concentration de la population dans l'espace d'une wilaya pour mieux comprendre la qualité de cette couverture médicale. Le plus grand écart en terme de densité de moyens et de lits se trouve être celui entre Alger (avec 395h/1médecin 1^{er} rang et 2,89 lits/1000h (5^{ème} rang)) et Djelfa avec 2589h/ 1 médecin (48^{ème} rang) et 1,21 lits/ 1000 h (44^{ème} rang) ou encore Alger qui compte 8% de la population compte 29% de spécialistes, 32% % public – 23% privé.

Si nous prenons en ligne de compte la faible densité de population sur le territoire d'une wilaya, à laquelle nous ajoutons un ratio de couverture sanitaire assez faible (nombre de lits/1000 habitants et nombre de médecin/1000 habitants) et que la pénétration des structures d'hospitalisation n'est pas descendue plus bas que le seuil de la daïra (50% des daïras de ne disposent de structures à lits), ces éléments ajoutés les uns aux autres font qu'une grande partie de la population et pour certaines wilayas accède difficilement aux soins que ce soit dans sa forme gratuite ou dans sa forme payante. C'est une des grandes disparités dans la couverture sanitaire. C'est elle qui conditionne en dernière analyse l'accès aux soins, cela pose la question de la contrainte physique d'accès aux soins. Le déploiement social de l'offre de soins est aussi

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

porteur de disparités et inégalités sociales qui se surajoutent au déploiement spatial très inégalitaire du système de soins algérien.

Les différences dans la densité de l'offre de soins sont plus accentuées que les différences dans la densité de population.

Cette carte de la densité de la couverture sanitaire et de l'offre de soins publique et parapublique est reproduite à l'identique par l'offre de soins privée en terme de densité. Toutes offres de soins confondues, nous nous retrouvons dans la situation où la ou les conditions économiques et sociales sont plutôt mauvaises, l'offre de soins est moindre et de moindre qualité.

Nous sommes ici dans des situations d'inégalités globales, structurées et permanentes qui dépassent largement la volonté et l'effort mis en œuvre par les populations pour se soigner.

Cette inégalité dans le déploiement géographique de l'offre de soins est doublée de situations particulières où certaines catégories particulières de la population sont au départ formellement mieux couvertes sur le plan de la santé. L'exemple qui exprime le mieux cette situation, est l'existence d'une offre de soins de qualité réservée aux militaires et à leurs familles.

3.1.3. FINANCEMENT DE LA SANTE ET DEPENSES DE SANTE DES MENAGES :

Le financement des dépenses de santé au niveau macro-économique est pris en charge pour l'essentiel par le budget de l'Etat, par la sécurité sociale (forfait hospitalier) et par les ménages qui paient une part qui ne dépasse pas 30% du total. Cette part des ménages ne cesse d'augmenter avec le recul relatif de l'Etat, la rigueur de la sécurité sociale et le recours de plus en plus grand des ménages à une médecine privée de plus en plus chère.

Plus la part des dépenses de santé payées par les ménages augmente et plus les inégalités économiques liées à la santé deviennent plus importantes en valeur absolue, en ce sens où les catégories socialement défavorisées économiquement auront à supporter un coût de santé relativement plus lourd et plus élevé par rapport à leurs modestes revenus.

Nous avons aussi remarqué, à travers les enquêtes ménages réalisées par l'ONS, que plus nous allons dans le sens de la richesse et plus la part des dépenses des ménages pour la santé et l'hygiène corporelle augmentent en valeur absolue et en valeur relative par rapport aux dépenses totales des ménages, exceptés les 10% des ménages les plus pauvres qui enregistrent un taux relatif de dépenses de santé assez bas en raison de moyens limités et les 10% des ménages les plus riches qui enregistrent un taux de dépense de santé et d'hygiène corporelle relativement assez bas en raison de saturation et de satisfaction totale des besoins. Au vu de son mode de financement des

dépenses de santé, l'Algérie est classée par l'OMS (années 2000) à la 74^{ème} place en ce qui concerne l'équité dans la contribution financière des dépenses de santé. Cela nous permet de nous interroger si les conditions de financement de santé en Algérie vont plutôt dans le sens de la réduction des inégalités de santé ou vers leur augmentation.

La dépense de santé par habitant qui était 195 USD en 2008 équivalent à 17000 DA/ habitant était publique (Etat+sécurité Sociale) à 70%. Les 30% restant soit 5500 DA/h étaient le fait des ménages.

les inégalités dans la contribution financière au système de santé sont à considérer aussi lorsque ,relativement à leurs revenus, certaines catégories de populations sont appelées à contribuer aux dépenses de santé beaucoup plus que d'autres sans recevoir en retour un niveau de satisfaction à la hauteur de leur contribution, de leur besoin ou de leur droit. Ce type d'inégalité est difficile à mettre en exergue car il exige des analyses macro-économiques très fouillées sur l'utilisation des ressources apportées par l'Etat, sur la redistribution faite par les assurances sociales et la protection sociale en général et l'analyse des dépenses de santé engagées par les ménages avec ou sans remboursement par la sécurité sociale. L'analyse faite par nous même sur les rapports des ménages à la sécurité sociale laisse transparaître un niveau de couverture par la sécurité sociale très inégalitaire, au détriment des populations qui activent dans le secteur privé et spécialement les travailleurs plus ou moins précaires du secteur privé

Traduit en terme d'accès aux soins, les conséquences des ces données financières pas très connues sont exprimées sur le terrain par les effets inégalitaires d'une mauvaise organisation sociale de l'offre de soins.

3.1.4. INCIDENCE DE LA GRATUITE DES SOINS :

La gratuite des soins (1974) qui a libéré la demande de soins n'a pas permis de réduire les inégalités d'accès avec soins déjà existantes. Paradoxalement les effets de cette gratuité n'ont pas été bénéfiques aux catégories socio professionnelles inférieures qui ont eu à supporter une augmentation des dépenses de santé, comparativement aux autres catégories socio- professionnelles. Les éléments chiffrés de cette analyse que nous avons empruntée à M. Boukhobza sont présentés dans le tableau N°2 comme exemple.

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

Tableau N° 2 Incidence de la gratuité des soins sur les dépenses de santé

Catégories Sociales	Grand Alger		Urbain s/Alger		Rural	
	66-67	79-80	66-67	79-80	66-67	79-80
Cadres sup et prof Lib	157	137	144	117	66	104
Cadres moyens	194	81	121	81	53	63
Employés	76	63	73	80	33	69
Ouvriers et manœuvres	56	54	67	64	15	62
Ouvriers agricoles réguliers	-	98	29	96	20	43
Ouvriers non agricoles réguliers	-	41	15	102	5	22
Exploitants Agricoles	-	-	23	77	9	49
Commerçants artisans	37	44	47	81	20	48
Inactifs – chômeurs	24	92	28	103	12	54
Ensemble	71	64	52	79	12	58

Sources : communication "développement et santé de Naceur. D, Ouchefoun A et Boukhobza" dans séminaires sur le développement d'un système national de santé 3-4 avril 1983

Les ménages des strates à gauche et des CSP en haut du trait plein ont vu leurs dépenses de santé baisser. Les ménages des strates à droite et des CSP en bas du trait plein ont vu leurs dépenses de santé augmenter.

Une explication globale est avancée par Messieurs NACEUR D. OUCHEFOUN. A et M BOUKHOBZA⁽¹⁸⁾. Concernant les disparités et inégalités devant les soins dans une communication "développement et santé" parue dans "séminaire sur le développement du système sanitaire Algérien", ils avancent les propositions suivantes : « l'introduction de la gratuité des soins va se traduire par une inégalité dans la satisfaction des besoins sanitaires de la population compte tenu du degré de développement des infrastructures sanitaires à travers le pays ». "Plus les différentes régions sont pourvues en médecins et équipements et plus sont grandes les possibilités de bénéficier de la médecine gratuite. Il s'ensuit en toute logique que ce sont les villes et les communes les plus développées qui offrent le plus de soins et de consultations gratuites".

Nous ajoutons quant à nous, que la médecine gratuite a suscité des besoins de santé chez toute la population mais que l'accessibilité à ces soins n'a pas été la même pour tous à tel point que les campagnards et les habitants des petites villes dont les besoins de santé ont augmenté, ont beaucoup consommé de leurs poches vu l'inaccessibilité à certaines infrastructures ; ce qui montre la relative augmentation de la dépense de soins par rapport à 1967 pour ces catégories sociales.

3.1.5. FREQUENTATION MEDICALE ET RECOURS AUX SOINS :

Cette fréquentation médicale est marquée par des disparités pour deux raisons essentielles.

Les contraintes physiques d'accès qui imposent aux ménages les plus éloignés, ceux habitants les communes rurales, les agglomérations secondaires, les zones éparses et même les petites villes, des difficultés supplémentaires d'accès aux soins dues à l'éloignement et à la concentration de l'offre de soins publique et privée dans les grands centres urbains.

Tableau N° 3 : Répartition de la fréquentation médicale selon les établissements de santé et le lieu d'habitat

	Structures Privées		Structures Publiques		
	Cabinets	Hospitalisation	Unité de soins de bases	Hospitalisation	
Urbain	40,32%	0.53 %	49,42%	9.7%	100%
Rural	37,37°	1.01	56,65	5.94%	100%
Total	39.23	0.71	52,09	8.95	100%

Sources : Enquête TAHINA 2005- INSP MSPRH

L'enquête TAHINA réalisée en 2005 montre en prenant en ligne de compte seulement les strates urbaine et rurale que la combinaison de la variable éloignement géographique et les mécanismes sociaux d'accès aux soins, que les ménages urbains accèdent deux fois plus que les ménages ruraux à l'hospitalisation publique gratuite (9,7% pour les premiers contre 5,94% pour les seconds). Tandis que pour l'hospitalisation dans les cliniques privées, les ménages ruraux réalisent deux fois plus d'hospitalisation que les ménages urbains (1,1% pour les ménages ruraux contre 0,53% pour les ménages urbains).

Les chiffres expriment la forme permanente et structurée des inégalités d'accès aux soins où les ménages de la strate rurale, qui sont plus pauvres, n'arrivent pas à accéder à l'hospitalisation publique pour raisons physiques (éloignement) et pour raisons sociales (stratégies d'accès formelles et

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

informelles inefficaces) sont contraints de se diriger vers l'offre de soins privée.

C'est aussi le paradoxe que les ménages ruraux qui sont globalement moins pourvus économiquement soient les plus obligés d'emprunter les voies d'accès aux soins les plus coûteuses. Les effets conjugués de la gratuité des soins du secteur public d'une part et du coût élevé des soins du secteur privé d'autre part produisent en fin de parcours un accès plus difficile et un coût de santé plus cher pour les catégories sociales les moins nanties.

3.2. DISPARITES –INEGALITES A PARTIR DE L'ENQUETE AUPRES DES MENAGES

A coté du constat des disparités–inégalités fait à partir des statistiques officielles et d'enquêtes de santé telles que les enquêtes MICS1, MICS2, MICS3 et TAHINA , nous avons tenté d'apprécier et de compléter ces résultats par une enquête auprès des ménages pour évaluer essentiellement le niveau de difficultés (ou de facilités) qu' éprouvent les différents ménages pour se soigner et /ou accéder aux soins. Nous avons interrogé 123 ménages de la wilaya de Constantine répartis spatialement selon un gradation des territoires qui renvoient au niveau de proximité/ éloignement de l'offre de soins hiérarchisée en terme de qualité et obéissant à une logique d'implantation sur des territoires qui sont eux même hiérarchisés tel qu'indiqué dans le tableau ci après :

**Tableau N° 4 : répartition des Ménages
selon les territoires administratifs**

Territoires	Nombres de Ménages enquêtés
chef lieu de wilaya	52
Chef lieu de Daira	22
Chef lieu de commune	30
Agglomération secondaire	17
Zone eparse	02
autres	00
Ensemble	123

Aussi, en plus de leur répartition sur des territoires hiérarchisés, ces ménages sont repartis sur 7 catégories socioprofessionnelles du chef de ménage pour couvrir toutes les situations socio-économiques des ménages. Ces 7 catégories couvrent l'essentiel des variations possibles dans la structure de la stratification sociale de la société algérienne. Cette grille de lecture à été construite de façon

pertinente pour rendre compte des disparités –inégalité d'accès aux soins. Elle est représentée dans le tableau ci après :

Tableau N° 5 : grille d'analyse en terme de catégories socio-professionnelles

CSP CM	Couverture	Nbr de Ménage
CSP 1	patrons privés, professions libérales	10
CSP 2	Membres des corps d'autorité, grandes élus Exécutifs décideurs, ordonnateurs de l'administration et du secteur économique de l'état + élite intellectuelle	24
CSP 3	Cadres (non décideurs) et maîtrise de l'administration et du secteur économique de l'état	27
CSP4	Indépendants –commerce de détails, activité de proximité petits métiers, artisans, réparateurs	20
CSP5	Employés et ouvriers de l'administration et du secteur économique de l'état	27
CSP 6	Travailleurs salariés du secteur privé, toutes conditions confondues	09
CSP 7	Précaires, saisonniers, occasionnels, chômeurs	06
TOTAL		123

Ce type d'études n'est possible que par les moyens matériels et organisationnels d'organismes spécialisés qui, pour ce type d'enquête exige des échantillons de ménages dépassant (5000 ménages, pour TAHINA, 12000 ménages pour l'enquête nationale de santé de 1990) largement les moyens d'un chercheur isolée. Les résultats de notre enquête ne peuvent être généralisés à l'Algérie entière par défaut de représentativité, ils ne peuvent être qu'indicatifs.

L'échantillon choisi avec sa double dispersion (spatiale et sociale) obéit à la nécessité d'interroger l'éventail le plus large possible de ménages différenciés jusqu'à l'extrême en termes de niveaux et modes de vie (C.S.P chef de ménage) et proximité –éloignement de l'offre de soins (lieu d'habitat). La hiérarchisation des ménages sur le plan sociale va des ménages les plus nantis aux ménages les plus démunis .Ces ménages mobilisent selon leurs possibilités toutes les ressources en leur possession pour se soigner et/ou accéder aux soins. Ces mêmes ménages et en fonction du lieu d'habitat, donc de leur proximité ou de leur éloignement de l'offre de soins différenciée et localisée territorialement vont subir différemment ces contraintes physiques d'accès aux soins dues justement à leur lieu d'habitation.

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

3.2.1. FACILITÉS ET DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS

L'expérience des ménages face à la question de l'accès aux soins dans le secteur public est marquée par la mémorisation des événements d'échec dans la quête de soins auprès des institutions publiques d'offre de soins ; en effet 31 ménages sur 123 (25%) ont rapporté au moins un événement d'échec d'accès aux soins dans leur histoire récente.

Ce chiffre aurait pu être plus grand car devant l'expérience des échecs répétés dans la quête de soins, les gens anticipent l'échec et évitent assez souvent de solliciter le secteur public pour un certain nombre de prestations sanitaires.

Les quelques cas d'échec mentionnés ci-dessous permettent de situer que ces échecs dans la quête de soins concernent les prestations suivantes :

✓	examens et consultations spécialisées	5
✓	soins dentaires	2
✓	scanner et IRM	5
✓	examens Radio spécialisées	4
✓	analyses médicales spécialisées	2
✓	Lazer	1
✓	Accouchement (à risque)	2
✓	Opérations chirurgicales diverses	4
✓	<u>Prestations non précisées</u>	<u>4</u>
Total		31

Nous remarquons que toutes ces prestations sont d'un niveau suffisamment élevé et ne sont pas données par les structures légères (polyclinique, CMS.) mais par les différentes structures hospitalières. Quand nous pensons à l'analyse de l'échec de l'accès aux soins nous devons pousser l'analyse plus loin pour savoir quelles sont les actions engagées pour remédier à cette situation d'échec ; nous les avons résumées dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Actions engagées pour remédier à l'échec aux soins dans les structures publiques

Action engagées	Résultat final	fréquence	
Mobilisation de relation informelle familiale et autre	Avec réussite	6	12
	Échec final	4	
	Autre solution	2	
Aucune action engagée renoncement		5	5
Aller vers le privé		14	14
Total		31	31

Ce tableau montre que sur 31 cas qui ont déclaré un échec 12 cas ont tenté d'y remédier par le recours aux relations informelles qui dans 50% de cas se sont soldées par un résultat positif et autant par un échec ou des solutions autres comme changer d'établissement ou aller dans une autre ville ou encore, comme nous l'a indiqué un chef de famille, « j'ai eu la consultation convoitée chez le privé mais par un médecin du public que j'ai pu toucher en dehors de l'hôpital ».

14 Cas (45.16%) se sont dirigés vers le secteur privé pour solutionner leur problème, ceux-ci ont soit été orientés soit choisi d'eux-mêmes la solution du privé, ayant eu la conviction qu'ils ne devraient rien attendre du secteur public et que leur chance d'accéder aux soins convoités sont plutôt nulles ou minimales. 4 cas (12.90%) du total des échecs n'ont engagé aucune action de remédiation, soit qu'ils aient renoncé parce qu'il ne sont pas dans l'urgence et/ou qu'il attendent un moment favorable ou qu'il aient pris une décision autre comme « j'ai décidé de me soigner par les herbes ».

Est-ce que ces situations d'échec concernent des catégories sociales particulières ? Non, les éléments statistiques montrent que ces situations d'échec concernent à des degrés divers l'ensemble des catégories socioprofessionnelles avec une prépondérance pour les catégories socioprofessionnelles suivantes :

- les salariés du secteur privé (44.44%) ont vécu une situation d'échec d'accès aux soins ;
- les indépendants (commerçant, artisans) 35% des indépendants ont vécu une situation d'échec ;
- puis viennent les cadres et maîtrise du secteur public avec 25,9% ;
- les employés et ouvriers du secteur public avec 22.2% ;
- enfin les cadres et élites intellectuelles avec 16.66%.

Ce tableau de l'échec doit être analysé de façon relative ; cela veut dire que chez seulement 25% des ménages enquêtés il ya eu expérience de l'échec. Cela ne veut pas dire qu'ils n'ont pas eu par ailleurs d'autres réussites avec le secteur public.

L'échec mérite d'être atténué parce que la mémoire persistante de l'échec dépasse et va au- de la de l'année de référence de l'enquête. Ceci donne, peut être, une image sombre où l'échec d'accès aux soins du secteur public est un peu exagéré et cela concerne spécialement les prestations de soins spécialisés et hautement spécialisés (hospitalisation, intervention chirurgicale, examens radiologiques et analyses médicales) fournies par les établissements hospitaliers. Même si nous avons cette Image un peu sombre du secteur public il n'en demeure pas moins, et pour ceux qui ont accédé à ces soins, que les conditions sociales d'accès sont pesantes et fatigantes même si par ailleurs elles sont moins coûteuses.

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

3.2.2. LE RENONCEMENT AUX SOINS.

Le renoncement aux soins est un révélateur de la relation des individus en situation de quête de soins, à l'offre de soins. Le renoncement pourrait advenir pour de multiples raisons dont l'une serait une espèce d'anticipation de l'échec où les efforts engagés pour se soigner seraient tellement importants qu'il serait tentant de remettre à plus tard ces soins lorsque les conditions seront plus favorables et qu'il n'y a pas urgence avérée selon l'appréciation des concernés.

75 ménages sur 123 soit 60.97% ont eu à renoncer au moins une fois à des soins dans l'attente de conditions favorables pour se soigner. Ce renoncement qui n'est généralement pas définitif n'est pas lié à des situations d'urgence ou à des urgences mal appréciées comme telles et en fonction de l'idée que se font les gens de la bonne ou de la mauvaise santé et de ce qui est acceptable ou rejetable en terme de santé dans des conditions sociales et culturelles données. Ceci n'est pas exceptionnel et n'est pas propre à l'Algérie. En France et pour l'année 2010 il ya eu un taux de renoncement de 16,5% surtout pour raison économiques et 10,5% de renoncement aux soins dentaires.

Tableau N°7 le renoncement aux soins

Renoncement	Fréquence	%
Ménages ayant vécu des situations de renoncement au soin	75	60.97
Ménages n'ayant pas vécu de renoncement	48	39.03
Total	123	100%

**Tableau N°8 Les raisons avancées pour justifier le renoncement
aux soins**

Raisons Invoquées (Items)	Fréquence	%
A .Parce qu'on ne sait pas à qui et ou s'adresser	13	7.34
B .Parce que ce soin est inaccessible dans le secteur public et para public	36	20.33
C. Ce soin est cher au niveau du privé	35	19.77
D . Je n'ai pas de connaissance dans le secteur public pour m'aider à accéder	35	19.77
E.Cela crée un grand dérangement et une grande mobilisation pour la famille	16	9.03
F .L'éloignement est un obstacle pour nous	20	11.29
G .Autres, préciser	22	12.42
Total	177	100%

D'après le tableau N°7, 75 ménages ont vécu des situations de renoncement aux soins et dans le tableau N°8 chaque ménage a avancé en moyenne deux à trois raisons de renoncement.

Les raisons et/ou les justifications apportées par les ménages enquêtés méritent qu'on s'y arrête pour évaluer le poids de chaque justification par rapport aux autres et voir s'il ya des liens entre les justifications apportées et l'appartenance à l'une ou l'autre de CSP de chef de ménage.

3 grandes raisons se classent en premier chez les ménages qui ont déclaré avoir renoncé au soin :

-parce que ce soin est inaccessible dans le secteur public (20.33% du total des justifications) ;

- parce que les gens n'ont pas de « connaissances » qui les aident à accéder à ce soin (19.77% du total des justifications).

Ces réponses sont forcément redondantes. Elles expriment presque la même réalité.

La troisième justification est, elle, liée au coût de la santé que beaucoup de ménages trouvent assez élevé chez le privé (19,77% du total des réponses).

Parmi les autres justifications apportées au renoncement aux soins, 11.29% des ménages incriminent l'éloignement ; après vérification 15 des 20 ménages qui ont exprimé cette raison habitent dans les communes, les agglomérations secondaires ou les zones éparses. L'éloignement impose donc aux ménages des contraintes physiques d'accès aux soins et reste donc une cause d'inégalité d'accès aux soins , c'est donc une variable dont le poids n'est pas négligeable dans l'analyse du système de soins algérien. Nous avons pourtant négligé cette variable pensant que la densification de l'offre de soins publique et privée ajoutée aux meilleurs conditions de transport et de communication allaient fortement diminuer cette contrainte physique d'accès aux soins liée à l'éloignement.

7.34% des ménages enquêtés déclarent ne pas savoir s'orienter et se guider en situation de quête de soin tant le secteur du soin algérien reste incompréhensible et illisible ; quand on n'est pas guidé et orienté on fini quelques fois par renoncer quand ce n'est pas urgent.

D'autres raisons aussi importantes sont avancées dans le renoncement au soin et parmi elles le fait que le ménage n'est pas en mesure de faire face et que cela exige de la mobilisation et du dérangement ; 9.03% des ménages sont dans ce cas.

L'analyse de renoncement nous a amenés à connaître les justifications apportées de façon globale toutes catégories de ménages confondues. Existe –t-il un lien entre la nature de la CSP et les raisons du renoncement ?

Le tableau N°9 ci-après tente d'éclairer cette question. Ce tableau à double entrée est éligible à une analyse statistique des corrélations entre

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

variables mais comme la majorité des 49 cases de la matrice constituée (tableau) portent des chiffres inférieurs à 5, cela n'est pas acceptable du point de vue de la science statistique.

Une réduction des colonnes et des lignes de la matrice va nous permettre d'éliminer la majorité des cases dont le nombre est inférieur à 5 et de constituer 3 grandes catégories de ménages au lieu de sept, comme suit :

- 1 Patrons privés, professions libérales, cadre supérieurs de l'Etat et élites intellectuelles ; cette grande catégorie est presque homogène en terme de revenus et de position sociale (CSP CM1+ CSP CM2)
- 2 Les cadres et maîtrises de secteurs public plus les indépendants qui sont l'ensemble des commerçants, artisans... même s'ils ont des ressources intermédiaires, qui proviennent d'origine différentes. (CSP CM3+ CSP CM4)
- 3 L'ensemble des employés, des ouvriers du secteur public et du secteur privé auxquels nous ajoutons tous les travailleurs précaires, occasionnels, saisonniers (CSP CM5+ CSP CM6+CSP CM7)

**Tableau N°9 Catégories sociales et justifications
du renoncement aux soins**

CSP \ Items	Items A.B.C.D	Item F	Item E et G Raison autres	Total
CSP CM 1 CSP CM 2 Catégories supérieures	14	4	21	39
CSP 3 et CSP 4 catégories intermédiaires	52	12	11	75
CSP 5 et CSP 6 et CSP 7 Catégories inférieures	53	4	6	63
Total	119	20	38	117

Les 7 Items du tableau N° 8 ont été redistribués et regroupés de façon différente comme indiqué ci-dessus : dans le tableau N°9

Les Items

A. Parce qu'on ne sait pas ou et à qui s'adresser.

B. parce que ce soin est inaccessible dans le

secteur public

C. ce soin est cher au niveau du secteur privé

D. parce que nous n'avons pas de connaissances

pour accéder

aux soins publics.

Ont été regroupés sous le titre : difficultés d'accès aux soins :

* l'Item **F** –exprimant l'éloignement a été maintenu comme tel.

* les Items **E** et **G** ont été regroupés dans « autre » expriment en définitive beaucoup plus des justifications propres au ménage que la difficulté d'accès aux soins.

Tous ces regroupements des catégories socioprofessionnelles et Items en rubriques permettent de construire la matrice suivante :

Le test d'indépendance des variables à partir du χ^2 de Pearson nous confirme la relation entre les items de justifications et l'appartenance à des catégories socioprofessionnelles classées hiérarchiquement selon le revenu.

Cela se traduit et s'exprime ainsi :

Il ya prépondérance chez les catégories socioprofessionnelles inférieures à expliquer, à justifier ou invoquer le renoncement aux soins par les difficultés d'accès : 84.12% contre 69.3% chez les catégories intermédiaires et seulement 35.89% chez les catégories supérieures. «Les raisons autres » avancées par les catégories supérieures. 53.84% expriment des situations diverses liées beaucoup plus au vécu des familles mais pas aux difficultés d'accès aux soins ; ces situations diverses vont du manque de temps au dérangement, à la mobilisation de la famille, au manque d'accompagnement jusqu'à la peur de la douleur.

Seuls 14.66% appartenant aux catégories intermédiaires et 9.52% appartenant aux catégories inférieures ont avancé ce type de justification.

L'éloignement est la justification la mieux partagée sur les trois grandes catégories ; cette justification n'est pas très importante en terme de poids mais elle n'est pas négligeable ; elle ne peut être passée sous silence dans une analyse des discriminations dans l'accès aux soins.

En conclusion nous venons de mettre le doigt sur deux manifestations assez discrètes des inégalités sociales de santé.

La première a trait aux situations d'échec d'accès aux soins et la deuxième se rapportant au renoncement aux soins qui, mine de rien, résume aussi bien et en même temps le rapport des ménages à la santé comme état et comme culture mais aussi à la santé comme système de soins.

3.2.2. PRATIQUES INFORMELLES ET ACCÈS AUX SOINS

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 soins. Comme nous l'avons souligné précédemment, l'offre de soin d'un certain niveau (spécialisée et hautement spécialisée) n'est pas toujours disponible et difficilement accessible du fait de sa rareté relative et de la mauvaise qualité de la prise en charge. L'offre privée qui supplée en parti à ce

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

manque est excessivement chère pour les catégories sociales intermédiaires et inférieures de la société algérienne.

Les ménages interrogés usent à différents degrés de pratiques informelles pour accéder aux soins dans des formes propres au secteur de la santé et par rapport à la finalité ultime le soin, la santé.

Comme indiqué dans le tableau ci après les résultats globaux de ces pratiques informelles sont comme suit :

- 34.14% des ménages interrogés ont une pratique systématique de « l'informel » pour accéder aux soins que ces pratiques soient couronnées du succès ou pas.
- 41.46% des ménages interrogés déclarent des pratiques informelles occasionnelles pour accéder aux soins
- 17.07% des Ménages interrogés déclarent des pratiques informelles de façon exceptionnelle.
- Seuls 7.3% des ménages enquêtés déclarent ne pas user de pratiques informelles pour accéder aux soins

Ce constat nous amène à nous poser la question si les ménages appartenant à des catégories socioprofessionnelles différentes pratiquent « l'informel » plus que d'autres et dans des formes différentes.

Pour cela nous avons réduit notre matrice composée de 28 cases avec beaucoup de cases avec des fréquences inférieures à 5, ce qui, du point de vue de la science statistique n'est pas acceptable. Aussi, pour les commodités du calcul et la pertinence de l'analyse, nous avons réduit les 7 CSP Cm à trois grandes catégories sociales hiérarchisées par le revenu, comme nous l'avons fait pour l'analyse de renoncement précédemment

Tableau N° 10 Mettant en relation le niveau de la catégorie sociale et l'intensité du recours aux pratiques informelles d'accès au soin

pratiques informelles Catégories sociales	Systématiques	occasionnelles	exceptionnelles	jamais	Total
Catégories supérieures CSP1 et CSP2	20	12	2	1	35
Catégories intermédiaires CSP 3 et CSP 4	10	21	9	06	46
Catégories inférieures	12	18	10	2	42

CSP5 CSP 6 CSP7					
Total	42	51	21	09	123

NB : Catégories supérieures (CSP Cm 1 +CSP CM2), Catégories Intermédiaires (CSP CM 3+ CSP CM 4), Catégories inférieures (CSP CM 5+ CSP CM 6+CSP CM 7)

Le tableau N°10 Soumis au test statistique KH2 de Pearson , nous a confirmé la dépendance de la variable « intensité des pratiques informelles d'accès aux soins » de la variable « catégorie sociale ».

Cette détermination n'est pas mécanique. Elle permet seulement de souligner et de façon quasi paradoxale que les catégories supérieures sont plus enclines à user et de façon systématique de pratiques informelles. (57.14%) de l'ensemble des pratiques informelles de la catégorie.

Ces pourcentages sont relativement plus faibles pour les catégories intermédiaires (21.73%) et pour les catégories inférieures (28.57%). A première vue il est permis de penser que les catégories qui ont le plus de possibilités et de moyens pour satisfaire leur quête de soins seraient moins enclines à user et de façon systématique, en tout cas plus que les autres, de pratiques informelles. En vérité, les ménages appartenant aux catégories supérieures sont moins disposés à se laisser malmener et sont moins préparés à la difficulté ; de plus leurs positions sociales et leur capacité supérieures d'influence suscitent beaucoup plus de réponses positives à leur quête de soins. C'est en partie pour cette raison que ces catégories supérieures utilisent de façon quasi systématique les pratiques informelles au vu du haut rendement des ces pratiques ; ce n'est pas, en tout cas, la tendance générale chez les autres catégories (intermédiaires et inférieures).

Les pratiques informelles sont les éléments clés de (re)production des inégalités d'accès aux soins ; c'est un niveau d'inégalité qui se surajoute à d'autres niveaux d'inégalités sociales de santé telles que l'état de santé en général et toutes les autres formes d'inégalités sociales de santé.

3.3.1. PRATIQUES INFORMELLES D'ACCES AUX SOINS ; PRATIQUES LARGEMENT PARTAGEES ET DES RESULTATS LARGEMENT INEGALITAIRES.

La petite recherche réalisée et les discussions ouvertes avec les ménage nous ont révélé que les pratiques informelles sont largement partagées par les différentes catégories de population et à des niveaux assez élevés.

Les pratiques informelles procèdent de logiques sociales globales ; elles ne sont pas propres à un secteur particulier de la vie économique et sociale. Les conditions de leur apparition et/ou de leur persistance dans la société algérienne méritent une étude approfondie

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

Le développement de ces pratiques informelles dans le monde de la santé n'est pas venu seulement par effet d'entraînement de pratiques, nées dans la société, elles ont fini par toucher le secteur de la santé, mais aussi des conditions favorisantes propres au secteur de la santé – même ;

- du fait que la santé concerne toute la population ;
- du fait que la gratuité des soins, initiée à partir de 1974, en supprimant l'équivalence des prestations de soins à des valeurs économiques, a soustrait les pratiques informelles au jugement moral qui pourrait accompagner ces pratiques ;
- du fait du déficit ou de l'insuffisance de l'offre de soins en quantité et en qualité au moment – même où la gratuité des soins et l'amélioration du niveau de vie général des populations ont induit une demande et une exigence supérieures en termes de soins et de santé. Ce qui donne un recours aux pratiques informelles pour accéder aux soins une espèce de légitimité.

L'enquête réalisée auprès des ménages nous a permis d'exprimer les résultats auxquels nous avons abouti comme suit : nous sommes dans la situation de pratiques informelles largement partagées mais avec des résultats finaux largement inégalitaires.

Ceci s'explique par le fait que les différentes catégories de populations différenciées et stratifiées selon les échelles économique, sociale, politique, et autre engagent ; mobilisent «des ressources» formelles et informelles très inégalitaires avec des niveaux de performance et de rendement à l'image du niveau et de la qualité des « ressources » engagées.

Les pratiques informelles participent donc fortement au creusement des inégalités d'accès aux soins dans le secteur public, inégalités mesurées en termes de coût économique ; physique, social.

Parmi les « ressources » susceptibles d'être engagées et mobilisées dans les stratégies d'accès aux soins, nous pouvons citer celles qui reviennent le plus souvent dans les propos des enquêtés et que nous avons conceptualisées comme suit :

Les ressources liées aux proximités : parenté, alliance, amitié voisinage, origines partagées, proximité liées aux milieux du travail, de l'activité économique et sociale, culturelle, sportive, religieuse... Ces ressources sont les mieux partagées dans la population.

Les ressources liées à la possession du pouvoir, de l'autorité, de la force et de l'influence, dans un système social et politique où l'Etat et ses organes administratifs et sécuritaires monopolisent la contrainte qui peut être utilisée à des fins personnelles ; le détenteur de cette parcelle d'autorité peut afficher une capacité de nuisance et que l'agent public, celui qui contrôle le bien, ou le service convoité la perçoive comme telle et agisse de façon à se prémunir des nuisances qui peuvent le toucher ou d'anticiper des bienfaits

futurs provenant de cette partie qui à la capacité de nuire, en répondant favorablement aux sollicitations quelquefois indues.

La troisième ressource mobilisable est la détention de ressources économiques qui permettent de gratifier matériellement et financièrement en son temps ou de façon différée les agents publics qui ont participé à faciliter l'accès aux soins.

Toutes ces « ressources » qui sont combinables sont mises en service dans des stratégies à travers de réseaux sociaux plus ou moins complexes, permanents ou créés seulement à l'occasion. Les réseaux trop dispersés ou comprenant beaucoup de médiation perdent de leur efficacité ; plus ces réseaux sont courts et concentrés et plus ils sont performants.

Toutes ces ressources peuvent fonctionner dans une espèce de logique d'intérêts qui se structure dans les sociétés et qui peuvent prendre des formes particulières du clientélisme.

3.2.4. RAPPORT DES MÉNAGES ENQUÊTÉS À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le rapport des ménages à la sécurité sociale a une importance capitale, non seulement dans l'appréciation des inégalités de santé mais aussi dans les disparités d'accès aux soins.

La sécurité sociale participe aux capacités des ménages à se soigner et accéder aux soins.

Elle participe pour beaucoup dans la diminution des coûts et des dépenses de santé du ménage, d'abord dans sa dimension globale macroéconomique à travers le forfait hospitalier qui paie en partie la gratuité des soins puis au niveau des ménages pris au cas par cas dans le remboursement d'une partie des dépenses engagées pour la santé.

Mais la couverture des ménages par la sécurité sociale est beaucoup plus inégalitaire que l'accès aux soins publics, du moins formellement.

Le tableau n° 11 nous donne l'indication que plus les ménages ont un statut social élevé (appartenance aux CSP CM supérieures) et plus leur couverture par la sécurité sociale est grande. Ceci est visible à travers l'indice de couverture des membres du ménage par la sécurité sociale qui nous donne :

88,25% des ménages des catégories supérieures ont une couverture totale de l'ensemble des membres de ménages, cela veut dire que 12,5% des ménages de ces catégories sociales n'ont pas une couverture totale de l'ensemble de leur membres. 53,19% seulement des ménages de catégories intermédiaires présentent une couverture totale de l'ensemble de leurs membres. Quand nous descendons vers les catégories sociales inférieures le taux de couverture descend à 50,00%.

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

Tableau n° 11 : Couverture sécurité sociale selon CSP du chef ménage.

CSP. CM	Ménages couverts totalement (tous les membres)		Ménages non couvert totalement (pas tous les membres)		Totales	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
CSP. CM1	9	90	1	10	10	100%
CSP. CM2	21	87.5	3	12.5	24	100%
S/total catégories supérieures	30	88.23	4	11.77	34	100%
CSP CM3	20	74.07	7	25.93	27	100%
CSP CM4	05	25	15	75	20	100%
S/total catégories intermédiaires	25	53.19	22	46.81	47	100%
CSP CM5	18	66.66	9	33.33	27	100%
CSP CM6	02	22.22	7	77.77	09	100%
CSP CM7	01	33.33	5	66.66	06	100%
S/total catégories inférieures	21	50	21	50	42	100%
Total	76	61.78	47	38.22	123	100%

Mais ces résultats globaux sont encore plus significatifs lorsque nous prenons en ligne de compte le secteur (public ou privé) de l'activité et de l'emploi. En effet le tableau N° 11 nous montre des écarts importants dans la couverture des ménages par la sécurité sociale, selon la position sociale des ménages (catégories supérieures, inférieures) mais surtout des différences très nettes entre ceux qui activent ou travaillent dans le secteur public et ceux qui travaillent dans le secteur privé.

Le taux global de couverture par la sécurité sociale est de 75,64% de l'ensemble des travailleurs du public contre seulement 37,77% de couverture de l'ensemble du secteur privé.

La non couverture totale du ménage par la sécurité sociale renvoie au fait que même si le père ou la mère est assuré, cela entraîne de ce fait la couverture du conjoint et des enfants mais ne couvre pas les ascendants et les collatéraux qui assez souvent vivent avec eux - les salariés précaires du privé, les saisonniers et quelques travailleurs indépendants ne sont pas couverts par la sécurité sociale et ceci entraîne de facto la non couverture des membres du ménage. Le principe est d'utiliser l'affiliation d'un membre de la famille et ou du ménage au profit des autres membres ; les ménages qui ne sont pas couverts du tout par la sécurité sociale ont tendance à diminuer en nombre -le nombre serait inférieur à 10% de l'ensemble des ménages de ceux qui activement ou travaillent dans le privé.

Ces différences dans la couverture des ménages par la sécurité sociale sont un élément fondamental dans les inégalités d'accès aux soins. La sécurité sociale participe grandement à la prise en charge (économique et physique) des soins ; la différence entre ceux qui sont couverts par la sécurité sociale et ceux qui ne le sont pas est immédiatement perceptible.

Sachant que les inégalités sociales en général et les inégalités de santé sont cumulatives, c'est encore les catégories inférieures du secteur privé qui enregistrent le plus bas taux de couverture par la sécurité sociale.

Le tableau n° 11 souligne les écarts verticaux dans la couverture des ménages par la sécurité sociale ou les catégories inférieures avec un taux de couverture de 50% sont loin du taux de couverture de 90% des catégories supérieures tous secteurs confondus.

Il souligne aussi les écarts horizontaux (globalement et par catégorie) entre la couverture des ménages par la sécurité sociale qui est de 75,64% pour l'ensemble du secteur public contre seulement 37,77% pour l'ensemble de secteur privé.

Ce taux de couverture par la sécurité sociale peut être élevé ou non selon le fait qu'il y ait ou non des membres du ménage qui ne sont pas couverts à titre personnel ou au titre d'un parent. Pour certains ménages le chef du ménage est affilié à la sécurité sociale qui couvre sa femme et ses enfants mais ne couvre pas ces parents ou certaines personnes vivant avec lui comme les enfants adultes qui n'étudient pas et ne travaillent pas. Le taux de couverture n'a rien à voir avec l'affiliation à la sécurité sociale qui lui est situé autour de 80% des chefs de ménage.

Aussi les indépendants (catégorie intermédiaire) ont-ils un rapport très problématique à la CASNOS (caisse d'assurance sociale des non salariés) qui n'a pas la même qualité de la prise en charge ni le même niveau de redistribution que celui de la CNAS ; ceci explique le faible niveau de couverture par la sécurité sociale chez les salariés du privé et les indépendants. Les patrons privés et les professions libérales ont les moyens économiques et la culture pour se protéger contre les aléas de la vie économique et sociale et leur taux de couverture est bien supérieur (90% chez les catégories supérieures contre seulement 25% chez les catégories intermédiaires et 20% chez les catégories inférieures).

Cette situation nous donne une perception très chaotique de la sécurité sociale par les ménages ou le vécu et la philosophie d'existence des uns et des autres nous révèlent des rapports plutôt conflictuels avec la sécurité sociale, même si, par ailleurs, beaucoup d'enquêtés trouvent à la sécurité sociale des aspects positifs et estiment être pris correctement en charge par elle.

L'enquête de terrain nous a permis de saisir que dans leur rapport à la sécurité sociale, les ménages présentent beaucoup plus de disparités comparativement à leur relation avec les structures de soins.

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

Malgré les efforts de couverture faits par la sécurité sociale, il y a de grandes disparités sociales dans la protection sociale entre les ménages qui activent dans le secteur privé (indépendants ou salariés) qui ont beaucoup plus de membres non couverts par la sécurité sociale et les ménages dont les membres activent dans le secteur public.

La couverture est très inégalitaire. Au final les catégories des petits indépendants, des salariés du secteur privé, les précaires, les chômeurs, les saisonniers, cumulent tous les handicaps en même temps : ressources limitées, couverture sociale limitée, coût de santé plus élevé. Ce sont ces catégories qui constituent la clientèle du secteur médical privé car elles se trouvent en même temps handicapées dans l'accès aux soins du secteur public, incapables de mettre en place des stratégies informelles d'accès aux soins efficaces.

4. RESULTATS

A l'issue de ce travail d'évaluation de l'état des inégalités de santé et d'inégalité d'accès au soin nous nous arrêtons aux résultats suivants :

Toute la documentation, les travaux de sociologie de la santé consultés ainsi que les grandes études sur la question des inégalités de santé aboutissent au constat que quels que soient les facteurs qui les déterminent, les inégalités sociales et, parmi elles, les inégalités de santé, se caractérisent par la cumulativité, c'est-à-dire qu'elles ont tendance à se surajouter les unes aux autres selon des logiques sociales profondes et implacables. La société algérienne n'échappe pas à la règle.

La recherche que nous avons menée nous a permis de mettre en évidence :

Les inégalités dans l'état de santé lui-même, inégalités exprimées par des indicateurs utilisés à travers l'enquête MICS3 2006 en Algérie et par l'indicateur d'égalité de survi des enfants de moins de 5 ans qui est utilisé par l'OMS dans l'évaluation des systèmes de santé dans le monde, et par la mortalité infantile.

Les inégalités dans la couverture sanitaire et donc dans le développement spatial et social de l'offre de soins sur le territoire algérien et de la prise en charge des différentes catégories de populations.

Ce déploiement de l'offre de soins commande l'accès aux soins et commande le niveau de réactivité du système de santé à la demande de soins ainsi que la distribution de cette réactivité sur les différents territoires et les différentes catégories de populations

Inégalités dans l'accès aux soins.

L'enquête de terrains que nous avons réalisée nous-même nous a confirmé qu'il y a des disparités et inégalités d'accès aux soins ; en effet les témoignages et les déclarations des ménages enquêtés sur les difficultés

réellement vécues pour accéder aux soins et qui concernent spécialement les structures hospitalières font ressortir :

Que ces difficultés sont d'autant plus grandes que le statut social du ménage est bas.

Les difficultés d'accès aux soins sont encore précisées lorsque nous avons étudié le renoncement aux soins, c'est-à-dire le fait que les ménages remettent un soin à plus tard lorsque les conditions seront plus favorables. Même si le renoncement aux soins touche toutes les catégories socioprofessionnelles, les raisons qui sont à la base de ce renoncement sont totalement différentes pour les uns et pour les autres.

Les catégories inférieures invoquent plutôt les difficultés d'accès aux soins (84,12%) lorsque les catégories supérieures invoquent plutôt des raisons propres à la mobilisation et au dérangement que cela crée dans le ménage. Dans tous les cas il y a une corrélation statiquement significative entre la CSP CM et le type de raisons invoquées pour le renoncement.

Qu'il y a recours quasi systématiquement et pour 91% des ménages à recourir à des pratiques informelles pour accéder aux soins. C'est la chose la mieux partagée par les ménages mais seulement à des degrés différents et comme pour le renoncement, il y a une corrélation statistiquement significatif entre la variable appartenance à une CSP et le niveau d'intensité de pratiques informelles.

A tout ceci, s'ajoute la couverture insuffisante et inégalitaire de la sécurité sociale qui malgré les efforts engagés n'a pas encore réussi à atteindre de façon acceptable à couvrir les catégories sociales moyennes et inférieures activant dans le secteur privé ; aussi est-elle encore incapable de jouer le rôle redistributif qu'on attend d'elle.

Ce niveau d'analyse est capital dans l'appréciation d'un système de soins donné car il résume et commande en dernière analyse l'intensité des inégalités existantes.

Ce niveau est censé (c'est le sens de toutes les politiques sanitaires des Etats) corriger, réduire, effacer si possible toutes les inégalités (re) produites en amont par les déterminants sociaux généraux de la santé et les déterminants de santé propres à la sphère de la santé et de rendre au moins les inégalités de santé acceptables à défaut d'être légitimes.

Recenser les mécanismes cumulatifs des inégalités de santé ne donne pas forcément la possibilité de les mesurer mais de prendre acte seulement que l'inégalité est un fait total qu'on ne peut toujours et facilement étudier par petits bouts ou par niveaux détachables de l'ensemble. Les études fonctionnalistes des inégalités n'ont pas toujours été efficaces pour rendre compte de cette cumulativité des inégalités qui lui vient certainement de son caractère de totalité.

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

Mais cela n'a pas empêché que dans la sphère de la santé et, concernant spécialement la question des inégalités, des tentatives de mesures à travers des indicateurs spécifiques aient été mis en place par l'OMS, à l'exemple des travaux d'évaluation des systèmes de santé des pays adhérents. Ces instruments (théoriques, méthodologiques et statistiques) sont en phase de validation, car ils sont encore approximatifs pour les pays qui n'ont pas un système statistique permanent et fiable.

Le sens du constat des inégalités de santé à partir des statistiques et des enquêtes nationales de santé et les résultats acquis à partir d'une enquête ménages réalisée entre 2006-2008 nous conforte dans l'idée que nous avons dès le départ sur la réalité de ces inégalités de santé et spécialement les inégalités d'accès aux soins.

En effet la relative gratuité des soins dans le secteur public et para-public ne permet pas toujours aux catégories les moins nanties d'accéder à des soins publics de niveau supérieur dans des conditions économiquement et socialement acceptables du fait qu'elles sont dans l'incapacité de mobiliser et de mettre en œuvre des stratégies formelles et informelles efficaces pour y arriver. Ces catégories sociales qui sont les moins pourvues en ressources mobilisables de tout ordre (économique, politique, social, capital, culturel) sont celles la mêmes qui éprouvent des difficultés d'accès aux soins privés pourtant d'accès libre mais qui sont de plus en plus chers et où l'on voit avec la marchandisation et l'expansion d'une médecine privée s'ériger le mur de l'argent, difficilement franchissable pour une bonne partie des ménages appartenant à ces catégories sociales qui, en plus, souffrent assez souvent de ne pas être couvertes ou pas suffisamment par la sécurité sociale.

Comme nous l'avons signalé précédemment l'enquête TAHINA (2005) a montré que la première clientèle des premières cliniques privées provenait, au départ, des catégories moyennes et inférieures rurales et des petites villes qui n'avaient pas beaucoup de chance ou qui n'ont pas réussi à accéder à des soins équivalents dans le secteur public.

Ces catégories sociales non pourvues en ressources (capital social, politique, réseaux informels) subissent la double peine : celle de la difficulté d'accéder à des soins publics pourtant gratuits et celle d'accéder aux soins privés (d'accès libre) parce que souvent au dessus de leurs moyens économiques, surtout si la couverture en terme de sécurité sociale n'est pas assurée ou pas suffisamment.

Ce constat des inégalités d'accès aux soins s'explique avant tout en rapport au système de soins algérien qui doit être identifié dans ses grandes lignes et dans son incapacité à réduire les inégalités. Ce constat est fait aussi en rapport à la réalité de la société algérienne dont l'histoire et la structuration permet de lire les logiques et les mécanismes sociaux qui sont à la base de ces inégalités sociales en général et des inégalités de santé en particulier.

5. RETOMBÉES ET PERSPECTIVES.

Les retombées de ce travail de recherche sont de plusieurs ordres. Nous nous sommes attachés, dans cette conclusion à relater celles que nous pensons dignes d'intérêt pour l'étude des inégalités et pour la sociologie et nous citons parmi elles :

- les écueils à éviter dans l'analyse des inégalités ;
- les postures intellectuelles et les approches méthodologiques à adopter dans l'étude des inégalités sociales de santé ;
- les implications les plus générales de cette recherche et les questions qu'elles appellent et qu'elles suscitent.

- **EVITER LES ECUEILS**

Dans l'analyse scientifique des inégalités, il faut éviter trois écueils.

- Le premier est que les inégalités se déplacent, c'est-à-dire que les éléments (le patrimoine par exemple) peuvent avoir un grand poids dans la perception des inégalités à un moment donné et cède la place à un autre élément qui peut avoir un poids supérieur dans la perception des inégalités à un autre moment ;
- Le deuxième écueil à éviter est que l'inégalité est un fait objectif susceptible d'être mesuré objectivement mais l'inégalité est aussi une perception qui émane de positions sociales inégalitaires c'est à dire que les riches et les pauvres n'ont pas la même perception des inégalités.
- Le troisième écueil est qu'il est nécessaire de faire la distinction entre les inégalités elles-mêmes et les niveaux de sensibilité et de réactivité des personnes aux inégalités. Certaines catégories sociales, certaines sociétés entières pour des raisons économiques, culturelles, politiques sont plus sensibles aux inégalités sociales que d'autres. Pour la société algérienne nous avons remarqué que, toutes catégories sociales confondues, il y a une forte réactivité à la question des inégalités sociales au moment même où le coefficient de Gini⁽¹⁹⁾ qui indique le degré d'inégalité des revenus avait tendance à baisser (c'est-à-dire aller vers moins d'inégalité). Cela correspond à un grand moment de redistribution de la rente et à l'amélioration du niveau de vie et du confort des ménages. Ce n'est peut être pas le cas des inégalités de patrimoine.

-**RENVERSEMENT DE LA PERSPECTIVE ANALYTIQUE.**

L'analyse des inégalités a toujours été tributaire de schèmes et de réflexes intellectuels produits d'une tradition de pensée et de trajectoires individuelles des producteurs de connaissance.

En Algérie, lorsque nous évoquons les inégalités nous évoquons, comme s'il y avait redondance, les classes sociales.

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

Nous nous retrouvons dès le début, quand nous avons présenté la réalité sociale, dans l'incapacité de faire le lien entre la quotidienneté très complexe des gens et les catégories de pensée trop globales ou trop réductrices pour rendre compte de la réalité étudiée. De plus, nous sommes immédiatement assaillis par le radicalisme de la pensée marxiste; non pas que le marxisme soit incapable d'expliquer la situation mais parce que certains réflexes réducteurs et radicalistes jouent comme obstacle à tout ce que la pensée marxiste a de fécond.

Si cette classification rend compte d'une formation sociale sur le plan historique elle n'est pas apte à rendre compte du vécu quotidien des gens qui, à côté de ses déterminismes globaux qui sont certains, présentent autant de diversités et des situations confirmant ainsi la non adéquation des catégories classificatoires globales et le vécu des gens.

Toutes ces situations sociales diverses et diversement perçues par les uns et par les autres n'ont le plus souvent que très peu à voir avec les déterminations par les classes sociales qui ne les expliquent qu'en partie.

L'histoire de l'analyse marxiste des inégalités montre aussi que celles-ci (les inégalités) ont toujours été expliquées à partir de l'instance économique et spécialement dans la sphère de la production. Ceci est-il valable pour une société où la production devient quantitativement moins importante et son poids de structuration de la société plus léger et où les biens non monétaires ou symboliques (chance, prestige, santé, autorité) ont autant de poids dans une société où le politique est devenu pour des raisons historiques propres à l'Algérie instance structurante. Pour ces raisons il est nécessaire de rompre avec les paradigmes d'analyse marxiste qui expliquent tout à partir de l'infrastructure matérielle où la production est le niveau qui détermine tout le reste pour donner au concept de distribution une position importante dans l'explication des inégalités sans être obligé d'adopter et de nous soumettre à une vision d'une stratification fonctionnaliste figée.

Nous nous retrouvons donc pour l'Algérie dans la situation où toute classification faite à priori risque d'être inefficace pour une société en plein mouvement ou les attributs d'une classe ou d'une catégorie classificatoire comme la C.S.P. (catégorie socio-professionnelle) n'apparaissent pas toujours de façon concomitante comme elles le sont pour des sociétés définitivement structurées. Il faut aussi souligner que la classification pour le sociologue n'est pas une fin en soit mais un moyen pour mieux comprendre la réalité. Il y a donc nécessité de partir des faits, de la réalité, mais sans abdiquer à l'empirisme le plus plat, pour construire après-coup les modèles explicatifs qui sont à inventer parce que les instruments théoriques (théories des stratifications sociales, stratifications des ménages en catégories socioprofessionnelles) ne rendent pas toujours compte et avec fidélité de situations sociales nouvelles et/ou inédites comme la société

algérienne où une grande partie des mécanismes de régulation sociale passe par la rente, l'informel.

Les études de la stratification sociale dans la sociologie fonctionnaliste et de toutes les théories qui en découlent ont élargi l'analyse des inégalités en prenant en compte aussi bien les variables économiques que culturelles et politiques.

Apriori, cet élargissement rend mieux compte de la complexité du problème, seulement, son mode de distinction des catégories demeure très aléatoire car ne disposant pas de critère objectif pour distinguer les différentes catégories.

Dans cette bataille d'école, nous pensons que l'empirisme dans une étude donnée est un moment nécessaire, mais il ne faut pas qu'on abdique totalement. Un maximum de contrôle théorique est nécessaire, les instruments ne sont pas forcément ceux qui existent traditionnellement sur le marché du savoir. Ces instruments sont à construire- c'est la finalité de toute production de connaissance.

Le concept de distribution se trouve investi d'une capacité heuristique d'autant plus grande qu'il s'adapte à la réalité de la société algérienne en situation de transition où la majeure partie de la population vit du commerce, de l'administration et des services, important une grande partie des biens de consommation courants payés par la rente qui ne peut être rapprochée à une valeur liée au travail.

La sphère de la distribution concentre les mécanismes de partage des bienfaits du développement de façon formelle ou informelle et quelle que soit la nature du bienfait (matériel, symbolique, chance...).

La distribution devient le lieu socialement privilégié et valorisé car c'est le lieu où se réalise la sélection entre ceux qui accèdent aux biens et ceux qui n'y accèdent pas lorsque la demande des biens convoités devient structurellement et conjoncturellement plus importante que l'offre – la santé, les soins, n'échappent pas à cette logique distributive.

Le concept de distribution a cette possibilité d'utilisation et d'usage telle qu'il peut en même temps rendre compte des processus, des mécanismes de « distribution » mais aussi des résultats finaux et consolidés de la « distribution » comprise comme partage.

Les limites méthodologiques d'une telle recherche.

Sur le plan des approches méthodologiques et du fait que les inégalités sociales renvoient aux logiques et mécanismes sociaux les plus globaux et que les formes d'inégalités sociales particulières sont difficilement discernables et séparables, l'étude des inégalités de santé qui ne sont pas toujours importantes, nous impose des études sur des bases statistiques assez larges et représentatives de toutes les situations et de toutes les particularités dans une société ou un milieu social donné.

APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

Ceci n'est pas à la portée d'un chercheur isolé mais reste à la portée des organismes d'Etat spécialisés qui sont suffisamment dotés en moyens pour entreprendre ce type de recherche.

PERSPECTIVES DE RECHERCHE OUVERTES

Les autres retombées de ce travail concernent les implications en termes de questions nouvelles, inattendues, que ce type de travail peut susciter sur un plan plus général.

La première question qui nous vient à l'esprit à l'issue de ce travail est : est-ce que le secteur de la santé en Algérie participe à la (re) production des inégalités sociales. Est-ce qu'il est un accélérateur ou un réducteur des inégalités sociales, comme il est légitime de se demander pourquoi le champ de la santé ne constitue-t-il pas un champ de lutte sociale.

La deuxième question qui met notre travail dans une perspective de recherche plus large concerne spécialement la sociologie et s'interroge si :

les pratiques informelles sont le résultat de la rareté des biens et services produite par le système social et politique ou est-ce qu'elles sont le résultat d'un mode d'organisation de la société vivant essentiellement de la rente dont le mode de distribution informel est le plus adapté ou si encore, ces pratiques informelles sont les éléments fondamentaux, anciens, renouvelés ou nouveaux qui, venus d'une pratique sécularisée, persistent dans l'opulence et dans la rareté, ce qui leur confère un caractère qui transcende le mode de production et d'organisation sociale qu'il soit socialiste, capitaliste ou autre.

La troisième question qui est suscitée par notre travail est de s'interroger dans quelle mesure il est possible de renouveler l'analyse des sociétés et des inégalités sociales en s'intéressant aux effets importants voire structurants de certains faits et situations sociales qui n'ont pas toujours été pris en considération dans les études, l'explication et la compréhension des inégalités, des mécanismes sociaux de leur (re) production.

En effet nous avons pensé qu'il est possible de féconder l'explication de l'état des inégalités sociales en Algérie de leur (re) production et, partant des inégalités de santé, en tenant compte du parcours et de la singularité de la société algérienne depuis son indépendance en affirmant que les inégalités d'accès aux soins ne sont que partiellement justiciables d'une analyse des organisations, celles de l'analyse du système de santé et de soins algériens.

Ces inégalités seraient plutôt l'expression des inégalités sociales globales qui se révèlent dans des formes particulières dans la sphère de la santé.

Ces inégalités sociales sont nées, produites et reproduites par la survenue puis la permanence de faits, de situations considérées comme conjoncturelles qui ont fini par le fait du croisement de la concomitance avec d'autres faits et d'autres situations tout aussi conjoncturelles, par donner un « effet système » articulé et permanent ayant capacité de structuration et de stratification de la société

algérienne . Ces variables (les faits et les situations) sont à considérer séparément, dans leur convergence ou dans leur succession temporelle et/ou logique dans la compréhension et l'explication de la survenue, le développement des inégalités sociales dans la société algérienne où l'égalitarisme était en même temps fondement, et objectif politique.

Ces variables qui agissent en arrière plan de la structure visible de la société algérienne ont affecté et affectent toujours les comportements des algériens, leurs stratégies de promotion sociale et de captation des ressources formelles et informelles (biens matériels, pouvoir, capital social, clientélisme, réseau divers) nécessaires à cette promotion sociale ou à l'accès à des avantages sociaux.

Ces variables que nous considérons comme essentielles dans la compréhension de l'état des inégalités sociales en Algérie en tant que situation singulière, sont :

- La survivance et la surdétermination de l'activité économique et sociale par l'instance politique.
- Une société rentière où l'essentiel des ressources provient des hydrocarbures ; cette rente a, dès le départ, cassé le rapport du travail et de l'effort au résultat, et installe insidieusement l'idée de partage comme si on avait à faire à un butin de guerre.
- Une société distributive (au sens de circuit de distribution, commerce) à l'opposé des sociétés productives centrées sur la production des richesses ; société distributive dans le sens du partage de la rente sur les différentes composantes humaines de la société algérienne.
- Le poids des pratiques informelles dans tous les rouages de la vie économique et sociale de la société algérienne. Ces pratiques ont acquis une certaine légitimité par nécessité et par usage largement partagé.
- La rareté des biens courants qui a dominé la société algérienne pendant près de 40 ans est encore agissante en ce sens où même s'il y a abondance dans la vie matérielle, les réflexes anciens n'ont pas disparu comme si l'abondance n'est pas définitivement acquise. Il suffit qu'il y ait risque de pénurie de quelque chose pour que les réflexes d'accès d'antan réapparaissent.

En résumé, étudier les inégalités sociales en Algérie et partant, les inégalités d'accès aux soins, renvoie l'explication en partie à ce triangle magique qui est la conjonction de la rente, de l'informel et de la rareté dans une société distributive surdéterminée par le politique.

Cette réalité d'arrière plan qui structure la société algérienne sur essentiellement « le manque » a créé les conditions propices à l'éclosion, la production et la reproduction des inégalités sociales à partir des années quatre – vingt et leur reproduction élargie à partir des années 2000. Ces inégalités ne se sont pas faites à partir du travail ou de la salarisation généralisée des années 70 et 80, période qui a assuré une distribution de la rente par trop inégalitaire par

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

le travail , et la salarisation généralisée .Les inégalités sociales ont commencé à se construire , sur le mode informel en général, puis par des transferts de patrimoines de l'Etat (cessation des biens de l'Etat) à travers des marchés publics surévalués et par facilitation de prêts d'investissements pour les tenants des différentes fractions du pouvoir et des initiés de l'administration à tous les niveaux.

Bibliographie.

Ouvrages :

1. **ABALEA (F) :** *Besoin de santé et classes sociales*, in Recherche sociale, n°81, Mars 1982.
2. **ADDI (H) :** *Produire, Rareté, rente et plus value*, in Les Temps Modernes, n° spécial Algérie, 1982.
3. **BENTALEB (F) :** *la rente dans la société et la culture en Algérie*, in Peuples méditerranéens, n°26, Janvier-Mars, 1984.
4. **BOLTANSKY (L) :** *Consommation médicale et rapport au corps*, Paris CSE, 1969.
5. **BOUDON (R) :** *Egalités et inégalités sociales*, Encyclopédie universelle.
6. **BOUDON (R) :** *L'inégalité des chances en France*, OCDE, Colin, 1975.
7. **BOULEDROUA (A) :** *la réalité sanitaire algérienne :pour une problématique de la distribution . thèse de magistère Université Mentouri de Constantine 1998 ;*
8. **BOURDIEU (P) :** *L'école conservatrice : L'inégalité devant l'école et devant la culture*, Revue Française de Sociologie, 1966.
9. **BOUSSOUF (R) :** *Géographie et santé en Algérie*, OPU, 1992.
10. **BOUYAGOUB () :** *Répartition du revenu et catégories sociales*, in Les cahiers du CREAD, n°34, 1993.
11. **CHAUVEL (L) :** *La dynamique de la stratification sociale*, La découverte, 2007.
12. **CHAUVENET (A) :** *Le corps du pauvre*, Preuve de sociologie de travail, n°4, 1976.
13. **COUROUCLI (M) :** *Le clientélisme, le paysan et l'état en Grèce*, in Peuples méditerranéens, n°27-28, Avril-Septembre 1984.
14. **EFTIKHARI (N) :** *La rente et la dépendance en Algérie*, in Peuples Méditerranéens, n°26, Janvier-Mars, 1984.
15. **HADJIDJ (D) :** *L'usager face à l'hôpital : une perspective Algérienne*, in Cahiers de sociologie et de démographie médicale, n°1, Janvie-Mars 1995 (35-Année).
16. **HENNI (A) :** *Répartition des revenus et structures sociales. Communautés et individus*, in Les cahiers du CREAD, n°34, 1993.
17. **ILLICH (I) :** *Némésis Médicale : L'exploitation de la santé*, Seuil, 1975.

18. **KADAR (M)** : *Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie*, in Les cahiers du CREAD, n°22, 2^{ème} T., 1990.
19. **LETOURMY (A)** et **PIERRET (J)** : *Inégalités sanitaires et inégalités sociales*, in centre de recherche sur le bien-être, Paris, 1980.
20. **MARTY (JP)** : *Offre et demande de soins médicaux*, Revue des sciences sociales de la France de l'est, n°14, 1985.
21. **MEDARD (J.F)** : *Le rapport de clientèle*, in Revue Française de sociologie, février 1976.
22. **MOSSE (P)** : *Une vue sur les sciences humaines et la santé*, CNRS, CHHS, document interne non daté.
23. **NACEUR (D)**, **OUCHFOUN (A)** et **BOUKHOUBZA (M)** : *Développement et santé*, in Séminaire sur le Système National de Santé, 3 et 4 Avril 1983, MSP.
24. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**, *Les systèmes de santé*, Document 35 pages, 2000.
25. **OUFRIHA (F.Z)** : *Médecine gratuite. Forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'état social – Providence en Algérie*, in Les cahiers du CREAD, n°22, 1990.
26. **SAFAR-ZITOUN (M)** : *L'offre de soins dans l'agglomération algéroise, ou la tyrannie des effets de réseaux*, Actes du séminaire Ville et santé, 9-10 Décembre, Constantine 2007.
27. **TALEB IBRAHIMI (K)** : *L'alternative Public/Privé et le champ de la santé. Une approche par le droit*, in Les cahiers du CREAD, n°13, 1988.
28. **VIEILLE (P)** : *Le pétrole comme rapport social*, in Peuples Méditerranéens, n°26, Janvier-Mars 1984

Documentation :

Documents consultés appartenant au secteur de la santé et ayant une diffusion restreinte et ne sont pas mis en vente.

1. **Annuaire Statistique de l'Algérie**, Office National des Statistiques, n°21, Résultats 2001-2003, édition 2005.
2. **Développement du Système National de Santé : Stratégies et Perspectives**, Ministère de la Santé et de la Population, Mai 2001.
3. **Enquête Nationale à indicateurs multiples (MICS3)**, Ministère de la Santé, de la Population et des Réformes Hospitalières et l'Office National des Statistiques, Décembre 2008, 270 pages.
4. **Enquête Nationale de Santé. Transition épidémiologique et système de santé (TAHINA)**, Institut National de Santé Publique, Novembre 2007, 303 pages.
5. **Enquête Nationale sur les objectifs de la mi-décennie, santé de la mère et de l'enfant, MDC1995-1996, OMS-UNICEF, PAP-CHILD-MSP.**

**APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA QUESTION
DES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE**

6. **Séminaire sur le développement du Système National de santé. L'expérience Algérienne**, MSP, Alger, 7/8 Avril 1983.
7. **Statistiques sanitaires 2006**, Ministère de la Santé, de la Population et des Réformes Hospitalières, 2008.

Notes :

- 1-Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (France 29 Novembre 2012). Groupe de travail « santé et accès aux soins. Documents 52 pages. piloté par Michel Legros et publié sur internet.
- 2- Idem
- 3-Rapport Black et son équipe cité dans le document de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale, France 29 Novembre 2012 (52 pages) page 18.
- 4- Rapport Black et son équipe, cité dans le rapport de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale. France Novembre 2012.
- 5- INED (institut national d'étude démographique, année 2008)
- 6-Idem
- 7- Santé et accès aux soins, conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, groupe de travail piloté par Michel Legros, 29 Novembre 2012, Dossier publié par internet.
- 8-Idem
- 9- Accès aux soins en Afrique de l'ouest, au-delà des idéologies et des idées reçues, Valerie Ridde, 344, février 2012, compte rendu, internet.
- 10- Inégalités sociales de santé et accès aux soins, Pierre Lombrail, CAIRN, INFO, ed SEVE, « les tribunes de la santé », 3/2005 n°8
- 11-Idem
- 12- Idem
- 13 - Enquête nationale mics3 .INSP.2006
- 14 - PAP CHILD . Programme pan arabe pour l'enfance (EASME)
- 15 - PAP FAM . Programme pan arabe pour la Famille (EASF)
- 16 - EASME.92- Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (PAP. Child)
- 17- EASF. 2002- Enquête Algérienne sur la santé familiale PAP. FAM
- 18- Naceur. D couchfoun A et Boukhobza. N – in développement et santé, séminaire sur le système de santé national 3 et 4 Avril 1983. MSP
- 19- Calculé à partir du combe de Lorenz. Peut être calculé aussi pour les salaires et pour les patrimoines Le coefficient de GINI en Algerieétait de 36, 30 en 1995 selon FAO

De 35,90 en 2000 selon ONS
De 31,08 en 2005 selon le C ENEAP
35.30 en 2007 selon PNUD