

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ORAN 2



Projet de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de Master En
démographie sociale et économique

Thème:

**La pauvreté et l'accès
aux soins obstétricaux
en Algérie**

Présenté par :

M. AMMAR KHODJA Fatima

Encadrée par :

Melle. HACHEM Amel

Devant le jury composé de :

Nom et prénom	grade	Etablissement	Qualité
Dr BENABDELLAH Fatiha	Maitre de conférences « A »	Oran2	Présidente
Dr HACHEM Amel	Maitre de conférence « B »	Oran2	Rapporteur
Dr RACHEDI Khadra	Maitre de conférences « A »	Oran2	Examinatrice

Année universitaire : 2016-2017

Remerciements

J'adresse mes vifs remerciements d'abord au **Dr Benabdallah Fatima** qui grâce à elle je suis arrivée à ce niveau de master.

Notamment à mon encadreur **Dr Hadem Abdel** pour son entière disponibilité, son aide inestimable et ses conseils, sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.

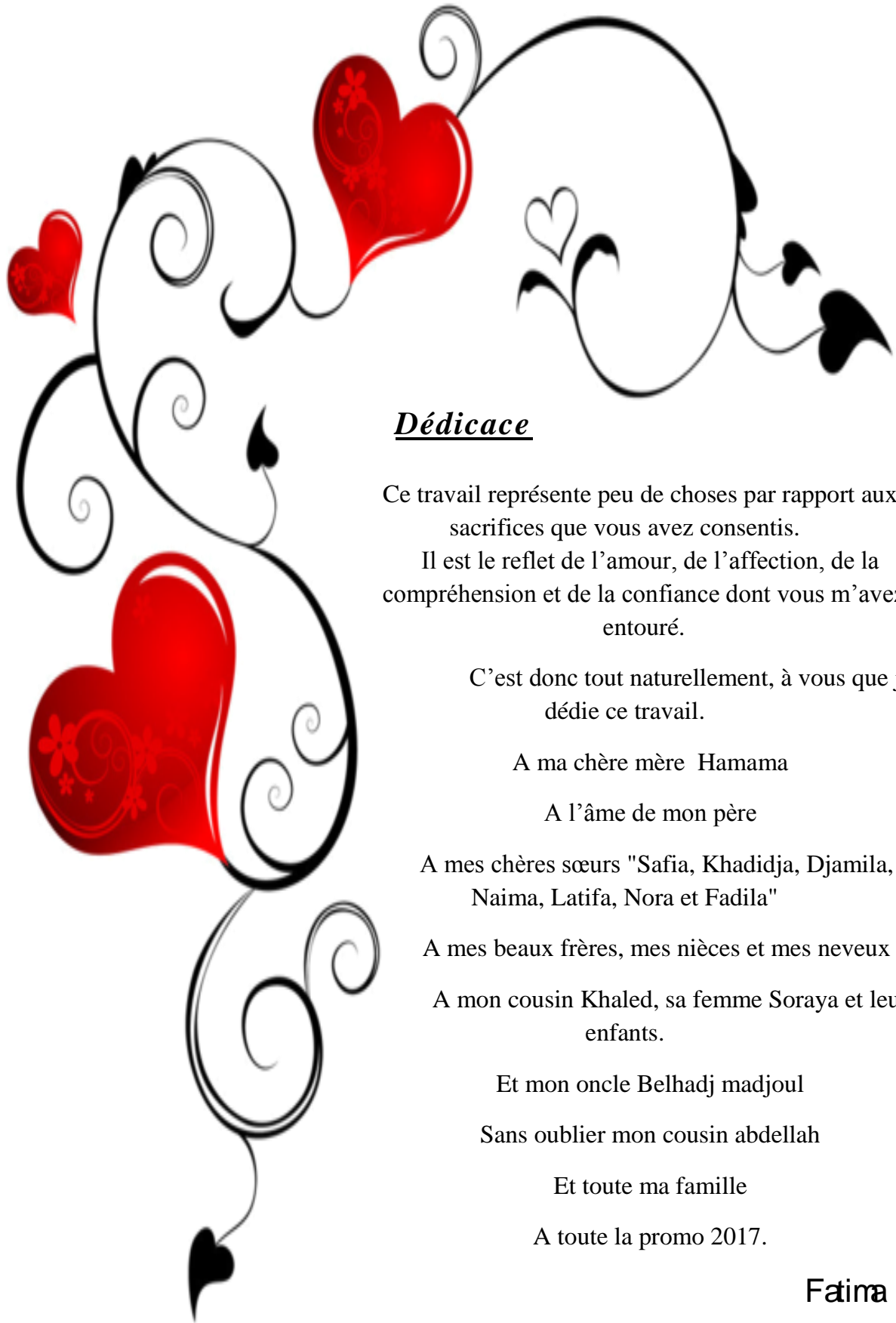
Sans pour autant oublier **Dr Rachid Khadra** qui a apporté une précieuse aide, notamment des conseils, soutien .un grand remerciement est attribué aux **Pr Dalinda Aissa** et **Pr Fadil abdelkarim** qui m'ont d'abord enseigné puis aidé à avoir droit à la résidence qui constituait un obstacle majeur à la poursuite de mes études. Enfin, je remercie tous les professeurs ainsi que le personnel administratif du département de « Démographie » et à toute personne qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude, qu'elle trouve ici l'expression de

ma gratitude

et

ma reconnaissance.





Dédicace

Ce travail représente peu de choses par rapport aux sacrifices que vous avez consentis.

Il est le reflet de l'amour, de l'affection, de la compréhension et de la confiance dont vous m'avez entouré.

C'est donc tout naturellement, à vous que je dédie ce travail.

A ma chère mère Hamama

A l'âme de mon père

A mes chères sœurs "Safia, Khadidja, Djamila, Naima, Latifa, Nora et Fadila"

A mes beaux frères, mes nièces et mes neveux

A mon cousin Khaled, sa femme Soraya et leurs enfants.

Et mon oncle Belhadj madjoul

Sans oublier mon cousin abdellah

Et toute ma famille

A toute la promo 2017.

Fatima

SOMMAIRE

Introduction générale.....	1
1. Problématique	4
2. L'objectif	5
3. Les hypothèses.....	5
4. Choix du thème.	6

Chapitre 1 : la pauvreté et l'accès aux services de santé dans le monde

Introduction	8
1. La pauvreté dans le monde	9
1-1 La pauvreté par grande région du monde.....	10
2. La santé dans le monde	13
3. La pauvreté et la santé dans le monde.....	14
4. Accès aux soins dans le monde.....	16
5. Les inégalités dans les consultations de médecins	17
Conclusion	19

Chapitre 2 : Le contexte socio économique de l'Algérie

Introduction.....	21
1. Présentation de l'Algérie	21
2. Situation démographique	22
2-1 Répartition de la population en 2006.....	22
2-2 Mouvement naturel de la population.....	24
3. Contexte économique de l'Algérie	24
4. Le recours aux soins en Algérie.....	26
4-1 Situation de santé reproductive en Algérie.....	29
4-1-1 Les causes de décès maternel en Algérie.....	29
5. Système et la politique en matière de santé en Algérie	30
5-1 le système nationale de la santé.....	30
Conclusion.....	32

Chapitre 4 : cadre théorique et conceptuel

Introduction.....	34
1. Les facteurs de la demande et de l'offre de soins.....	34
2. Cadre conceptuel.....	36
3. Définition des concepts.....	37
4. Hypothèse de l'étude et le schéma d'analyse.....	39
5. Les variables de l'étude.....	40

Conclusion.....	43
-----------------	----

Chapitre 5 : cadre méthodologique

Introduction.....	45
1. Présentation des variables de l'étude.....	45
2. Sources des données.....	47
3. Justification du choix de la population cible.....	49
4. Evaluation de la qualité des données.....	49
5. Méthodes d'analyse.....	51
Conclusion.....	52

Chapitre 5 : Présentation des résultats de l'étude

Introduction.....	55
1. Analyse des résultats de l'étude.....	55
2. L'analyse descriptive des données.....	55
3. L'analyse explicative.....	62
Conclusion.....	67
Conclusion générale.....	70

Liste des tableaux.....	73
-------------------------	----

Liste des figures.....	74
------------------------	----

Annexe

Liste des abréviations

Références bibliographique

Introduction Générale:

D'après les estimations de l'organisation mondiale de la santé (OMS), 500 000 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement du fait que ces femmes enceintes ont un accès limité aux soins médicaux, ou reçoivent de soins dont la qualité ne répond pas aux normes. 90 % de ces décès sont enregistrés dans pays en voie de développement, dont la grande part revient à l'Afrique. L'Algérie à l'instar des autres pays n'échappe pas à cette situation. Malgré les progrès enregistrés dans le domaine de la santé particulièrement la santé maternelle et infantile, les taux de mortalité maternelle et infantile restent très élevés. Les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé montrent bien que malgré les efforts consentis dans ce domaine, aucune région n'a pu atteindre les objectifs des millénaires pour le développement d'atteindre une baisse de 5,5 % de la mortalité maternelle. Cette dernière est un indicateur sanitaire très pertinent qui fait apparaître les plus grandes disparités entre les régions du monde et même à l'intérieur d'un même pays et aussi entre les riches et les pauvres.

La relation étroite qui existe entre le statut socio-économique et l'état de santé des populations a intéressée plusieurs chercheurs à travers le monde et dans différents domaines depuis des siècles. Les travaux de ces chercheurs ont souligné l'impacte des inégalités socio-économique sur la santé des individus et des populations. la santé maternelle est une composante qui fait apparaître les plus grands écarts entre les pauvres et les riches, entre les régions mais aussi entre les groupes de population au sein de chaque pays.

Ces inégalités en sante sont liées à de multiples facteurs de risques sanitaires et dans l'accès au soin de santé. La plupart de L'OCDE ont approuvé entant qu'objectifs politiques majeurs, la réduction des inégalités de santé et le principe d'égalité d'accès aux soins de santé et le principe d'égalité d'accès aux soins de chacun.

En Algérie, comme les autres pays du monde, malgré les grands progrès enregistrés dans le domaine de la santé et particulièrement dans le domaine de la santé maternelle et infantile, depuis son indépendance à travers plusieurs programmes destinés à la mère et son enfant, les indicateurs de la santé maternelle et infantile restent largement différents par rapport aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Par exemple, les taux de mortalité maternelle enregistrés au cours de la dernière décennie restent élevés malgré la baisse observée puisque cette dernière est très lointe de celle tracée par les OMD. les efforts déployés par l'état ont permis de faire baisser les taux de la mortalité

maternelle grâce à la politique nationale de santé dans le domaine de la santé maternelle précisément et la santé reproductive en général, l'amélioration des conditions de vie des populations . L'objectif fondamental de l'état à travers cette politique était l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre du développement socioéconomique et la lutte contre la pauvreté.

L'Algérie enregistre des fortes inégalités sociales face à la (mortalité) en matière de santé. Les plus instruits, la catégorie de professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une santé plus meilleure qui peut observer à trouve l'espérance de vie.

A cet effet, la protection de la santé de la mère et de l'enfant a toujours constitué une priorité de santé publique appuyé par une volonté politique soutenue traduisant, l'engagement résolu de l'Algérie à concrétiser se objectifs, en adoptant des politique dont les programmes vivant à réduire les inégalités et assure une vie de qualité à l'ensemble des citoyens notamment les mères et les nouveau-nés.

Cependant, les rapports des enquêtes nationales de santé, tels que les MICS, réalisées par le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, l'office national des statistiques et l'organisation mondiale de la santé, trois quart des décès maternels surviennent pendant l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent (période post partum) . Les principaux facteurs qui expliquent ces décès sont l'absence de personnel qualifié et disponibilité des moyens de transport ou d'évacuation. Selon les résultats de ces enquêtes et ceux de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle réalisée en 1999 par le MSPRH , ces trois quarts de décès reviennent à des femmes qui résident dans des zones rurales , dépourvues d'infrastructures sanitaires qualifiées et dont une partie vive une extrême pauvreté, sachant que les taux les plus élevés de mortalité maternelle sont enregistrés au sud du pays et dans les hauts plateaux . Or, selon les données du plan de développement 24% de la population algérienne vit au dessous du seuil de pauvreté en 2015.

On Faisant un rapprochement entre le niveau de vie des ménages et l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié, on constate que la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié est faible chez les femmes vivant dans les ménages pauvres soit 87,9 92,25 % contre 96,8 % et 98,8 % respectivement pour les femmes vivant dans des ménages modestes et riches (MICS 3, 2006).

L'accès aux soins obstétricaux se déroule dans un contexte de pauvreté. Il renvoi à la compatibilité entre le cout et la qualité des prestations sanitaires, d'une part, et le pouvoir d'achat des populations, d'autre part. Il est aussi contraignants pour les personnes vivant en zone rurale ou en dehors de quelques centres de santé

spécialisés dans les soins de santé primaires ; les hôpitaux sont quasi inexistantes ou s'ils existent ils sont dépourvus de personnel qualifié ou se situent à des milliers kilomètres.

A travers cette étude nous allons essayer de montrer l'impact de la pauvreté des ménages sur l'accès aux soins obstétricaux tels par exemple la prise en charge de l'accouchement. Alors, quel est l'effet de la pauvreté des ménages sur l'accès à la prise en charge médicale de l'accouchement en Algérie ?

Cette modeste étude comprend trois chapitres. Dans le premier chapitre, nous aborderons le cadre théorique et conceptuel de l'étude, le deuxième chapitre traitera les aspects méthodologiques de l'étude et dernier chapitre a été consacré à la présentation des résultats qui découlent de l'analyse.

1. Problématique:

L'Algérie est un pays où les taux de mortalité maternelle et infantile restent toujours élevés malgré la baisse enregistrée au cours de cette dernière décennie. Des progrès dans ce domaine ont été investis, mais il reste beaucoup à faire pour atteindre les objectifs du millénaire dont l'état s'est inscrit. La situation n'est pas similaire dans toutes les villes du pays. On enregistre les taux les plus élevés dans le sud Algérien suivi après par les villes du haut plateau particulièrement celles de la région Ouest. Ces inégalités observées à travers le territoire national qui persistent pendant plusieurs années accentuent les difficultés d'accès de la population aux soins de qualité. Les études au niveau national et international ont bien montré que le recours aux soins et particulièrement aux soins obstétricaux dépend de plusieurs facteurs non seulement sanitaires mais aussi socio-économiques. Cela veut dire que la situation socio-économique représentée par le niveau de vie, le niveau d'instruction, la parité, le milieu de résidence et ...influence le recours aux soins de qualité .

Ces facteurs socio-économiques qui contribuent dans l'explication de la qualité des soins obstétricaux dépendent eux même d'un facteur principal qui est la pauvreté de la femme ou du ménage. Plusieurs études, à travers le monde, particulièrement celles réalisées dans les pays en développement et précisément en Afrique subsaharienne ont montré la relation étroite entre la pauvreté et le recours aux soins obstétricaux.

En Algérie, peu d'études ont traité ce sujet et si elles existent c'est d'un point de vue économique ou sociologique et elles concernent le recours aux soins en général. Ces dernières, ont traité ce sujet d'un point de vue qualitatif et sur de petits espaces géographiques.

De ce fait, nous avons choisi d'étudier la relation entre la pauvreté et le recours aux soins obstétricaux. Ce choix de thème, impose plusieurs interrogations sachant qu'il s'agit d'un problème socio-économique touchant une tranche délicate de la population qui sont les femmes en âge de procréer et au cours d'un événement très apprécié qui est la grossesse et l'accouchement. Les études sociologiques et particulièrement anthropologiques ont montré que la grossesse et l'accouchement ne sont pas des événements sanitaires ce qui veut dire maladie mais c'est des événements sociaux de joie et de bonheur.

Notre question de recherche est de savoir : **Dans quelle mesure la pauvreté constitue un obstacle à l'accès aux soins obstétricaux en Algérie ?** De cette question principale découle les questions suivantes :

- Comment la pauvreté peut-elle influencer sur l'accès aux soins obstétricaux ?"
-
- comment il existe-t-il des inégalités sociaux-économiques qui peuvent intervenir en matière d'accès aux soins? Et comment défavorise-t-elle les pauvres?

2. L'objectif:

l'objectif de cette recherche est d'établir la relation entre la pauvreté et l'accès au soins obstétricaux afin de mettre disposition de tous intervenants en matière de santé de la reproduction des information pertinentes pour améliorer l'accès aux soin obstétricaux alors on va mesurer:

- 1-le niveau d'accès aux soins obstétricaux en Algérie.
- 2-le niveau de pauvreté en Algérie.
- 3-l'impacte de la pauvreté sur l'accès aux soins obstétricaux en Algérie.

3. Les hypothèses:

« L'effet négatif du niveau faible du ménage sur l'assistance Médicale à l'accouchement diminue avec l'augmentation du Niveau d'instruction de la femme ou avec son appartenance à un milieu urbain. »

Notre étude se base sur ces hypothèses secondaires :

- 1- La pauvreté du ménage diminue les chances d'une femme d'avoir des soins obstétricaux ;
- 2- L'impact de la pauvreté du ménage sur l'accès aux soins obstétricaux est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain ;
- 3- L'impact de la pauvreté du ménage sur l'accès aux soins obstétricaux est plus important chez les femmes sans niveau d'instruction :

- 4- L'impact de la pauvreté des ménages sur l'accès aux soins obstétricaux augmente avec l'âge de la mère à l'accouchement ;
- 5- L'impact de la pauvreté des ménages sur l'accès aux soins obstétricaux augmente avec la parité et les antécédents obstétricaux.

4. choix du thème:

Il est certain que la pauvreté entraîne un problème au niveau de la recherche sociale et économique, et le plus grave c'est que la pauvreté empêche l'individu de subvenir à un besoin primordial qui est de s'assurer des soins. Sachant que la femme est le noyau principal de la société, j'ai basé ma recherche spécialement sur les femmes enceintes. Néanmoins, en procédant de cette manière, il y a des difficultés, car il n'y a pas de travaux qui ont été réalisés sur la pauvreté et les inégalités dans les soins obstétricaux.

Chapitre I
***La pauvreté et l'accès aux services
de santé dans le monde***

Introduction :

Les progrès observés dans le domaine de la santé sont attribués en général aux politiques sanitaires mises en place pendant plusieurs années. D'importants efforts ont été consacrés par les états pour améliorer l'état de santé de leur population à travers le développement des services sanitaires préventifs et curatifs. Mais avec dégradation de la situation économique et sociale suite à la crise économique qui traverse tous les pays du monde, plusieurs gouvernements se trouvent dans l'incapacité d'assumer leurs engagements pour une meilleure santé vis-à-vis leurs populations.

Dans ce chapitre, nous allons parler de la pauvreté dans le monde et la santé dans le monde dans un premier temps puis aborder la question de l'accès aux soins et enfin des inégalités face à la consultation médicale.

1)- La pauvreté dans le monde :

La pauvreté est un phénomène qui peut être considéré sous divers aspects, en lien avec la richesse disponible, l'organisation du travail et le chômage, le développement des sociétés et les modes d'impositions des gouvernements, ainsi que les principes moraux et religieux qui peuvent se manifester en rapport avec les inégalités économiques.

Le nombre de personnes dans le monde vivant sous le seuil d'extrême pauvreté (1,90 dollar par jour et par personne)¹ a diminué d'un peu plus d'un milliard en trente ans, passant de 2 milliards en 1981 à 900 millions en 2012². Une évolution d'autant plus positive que, dans le même temps, la population mondiale est passée de 4,5 à 7 milliards d'individus. Du coup, le taux d'extrême pauvreté a été divisé par 3,5 : 12,8 % de la population des pays en voie de développement ou émergents vit aujourd'hui avec moins de 1,90 dollar par jour, contre 44,3 % il y a 30 ans.

Tableau n° 1 : Evolution du nombre de pauvre et du taux de pauvreté dans le monde 1981-2012

Année	Nombre de pauvres dans le monde Au seuil de 1,90 dollar par jour (PPA 2011) Unité : millions	Taux de pauvreté dans le monde Au seuil de 1,90 dollar par jour (PPA 2011) Unité : %
	Moins de 1,90 dollar par jour	
1981	1 997	44,3
1984	1 955	41,2
1987	1 865	37,3
1990	1 959	37,1
1993	1 917	34,7
1996	1 716	29,7
1999	1 751	29,1
2002	1 645	26,3
2005	1 401	21,6
2008	1 254	18,7
2010	1 120	16,3
2011	983	14,1
2012	897	12,8

Source : Banque mondiale

¹ - La banque mondiale octobre 2015 (BNP).

² - L'organisation mondiale de la santé (OMS).

1-1 : La pauvreté par grande région du monde:

Toutes les régions du monde ont vu l'extrême pauvreté reculé au cours des trente dernières années, alors même qu'elles sont confrontées à une pression démographique souvent considérable. En Asie de l'Est et Pacifique, la réduction est spectaculaire. En 2012, 147 millions de personnes vivent avec moins de 1,90 dollar par jour dans cette région du monde (soit 7,2 % de la population), alors qu'elles étaient plus d'un milliard en 1981 (80,6 % de la population).

La Chine, avec ses deux milliards d'habitants en 2012, a largement contribué à ce phénomène. Elle affiche un taux de pauvreté de 6,4 % contre 67 % en 1990 alors même que la population a augmenté de 400 millions d'habitants sur la période. Le Vietnam est également exemplaire, 3 % de sa population vit aujourd'hui sous le seuil mondial d'extrême pauvreté contre 39 % dix ans plus tôt, en 2002. Même l'Afrique subsaharienne, que l'on disait condamnée au sous-développement, suit aujourd'hui le mouvement. La part de la population concernée par l'extrême pauvreté a reculé de 14 points en 22 ans (42,7 % en 2012 contre 56,8 % en 1990) en dépit du boom démographique. Pour autant, le nombre de personnes extrêmement pauvres continue d'y augmenter, passant de 288 millions en 1990 à 389 millions en 2012. De nombreux pays de cette région présentent des taux très élevés, à l'instar de la République démocratique du Congo, du Burundi (77% chacun) ou encore de Madagascar (82%). Au Nigéria, qui représente 20 % de la population d'Afrique subsaharienne, un peu plus d'une personne sur deux (53 %) vit avec moins de 1,90 dollar par jour.

Tableau n° 2 : Evolution Taux d'extrême pauvreté par région dans le monde 1981-2012

Taux d'extrême pauvreté par région Personnes vivant avec moins de 1,90 dollar par jour Unité : %												
	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2008	2010	2012
Asie de l'Est et Pacifique	80,6	70,1	58,7	60,6	52	39,3	37,5	29,2	18,6	15	11,2	7,2
Europe de l'Est et Asie centrale	2,9	2,3	2	1,9	5,2	7	7,8	6,2	5,5	3,1	2,8	2,1
Amérique latine et Caraïbes	23,9	27	20,3	17,8	15	14,1	13,9	13,2	9,9	7,1	6,5	5,6
Moyen Orient et Afrique du Nord	8,8	8,4	8,4	6	7	6,1	4,2	3,8	3,3	2,7	1,7	1,7
Asie du Sud	58	55,3	54,1	50,6	47,9	42,9	45,0	40,8	35	32,1	27,2	18,8
Afrique subsaharienne	52,8	56,2	55,7	56,8	61,1	58,5	58	57,1	50,5	47,8	46,1	42,7
Total	44,3	41,2	37,3	37,1	34,7	29,7	29,1	26,3	21,6	18,7	16,3	12,8

En parité de pouvoir d'achat 2011.

Source : Banque mondiale

Tableau n° 3 : Nombre de personnes très pauvres par région dans le monde 1981-2012

Nombre de personnes très pauvres par région Personnes vivant avec moins de 1,90 dollar par jour Unité : millions												
	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2008	2010	2012
Asie du Sud	538	548	574	575	579	550	617	583	539	501	437	309
Asie de l'Est et Pacifique	1 143	1 044	918	996	891	699	690	553	367	297	226	147
Europe de l'Est et Asie centrale	12	10	9	9	24	33	37	29	26	15	13	10
Moyen Orient et Afrique du Nord	15	16	18	14	17	16	11	11	10	9	6	6
Amérique latine et Caraïbes	88	106	84	78	69	69	71	70	57	41	38	34
Total	1 997	1 955	1 865	1 959	1 917	1 716	1 751	1 645	1 401	1 254	1 119	897

En parité de pouvoir d'achat 2011.
 Source : Banque mondiale

2)- La santé dans le monde:

Selon l'OMS, des études décrivent l'état de santé mondiale en mesurant la charge de morbidité. C'est à dire les atteintes à la santé par toutes les causes de maladies et de décès partout dans le monde.

- a. l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 6ans au niveau mondial depuis 1990.
- b. près de 6.6millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année.
- c. la prématurité est la principale cause de mortalité des nouveau-nés au monde (chaque année 15 millions d'enfants meurent)
- d. Près d'un enfant sur 10 naissances vivantes est né avant le terme, c'est-à-dire qu'ils naissent avant 37 semaines de grossesse. Les complications de prématurité entraînent plus d'un million de décès chaque année. Plus des trois quarts de ces enfants décédés pourraient être sauvés au moyen de soins simple et d'un bon rapport coût d'efficacité.
- e. Les maladies cardio-vasculaires sont la principale cause de décès dans le monde. Près de 3 décès sur 10 dans le monde sont dues aux maladies cardio-vasculaires. Ces maladies sont responsables des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. Au moins 80% des naissances prématurées prématurés qui sont dus aux maladies cardio-vasculaires, pourraient être moyennant une alimentation saine, une activité physique régulière et l'absence de consommation de tabac.
- f. La plupart des décès dus au VIH / sida surviennent en Afrique, près de 70% des décès dus au VIH / sida en 2012 survenus en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial le nombre de personne qui décèdent de causes liées au sida diminue régulièrement, ayant atteint un pic de 2,3 millions de décès en 2008 et représentant, selon les estimations 1,6 millions de décès en 2012. Le recours au dépistage du VIH et au conseil a progressé et d'accès au traitement antirétroviral également, mais beaucoup de personne vivant au VIH dans les pays revenu faible ou intermédiaire ne connaissent toujours pas leurs statut sérologique à l'égard du VIH.
- g. Chaque jour près de 800 femmes meurent de complications de la grossesse et de l'accouchement. La mortalité maternelle est un indicateur sanitaire qui accuse des écarts importants entre les riches et les pauvres, tant entre les pays qu'à l'intérieur de ceux-ci. L'OMS s'implique à améliorer la santé de

la mère en aidant les pays à améliorer les soins avant, pendant et après l'accouchement (les soins obstétricaux).

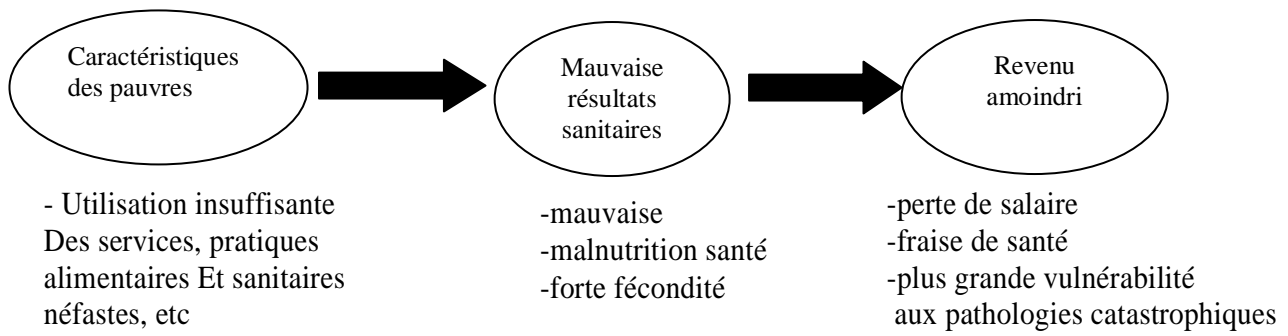
- h. Les troubles mentaux tels que la dépression comptent parmi les vingt principales causes d'incapacité dans le monde. La dépression touche près de 300 millions de personnes dans le monde et ce chiffre devrait augmenter. Moins de la moitié des personnes touchées ont accès à un traitement et à des soins de santé adéquats. L'épidémie de tabagisme tue près de 6 millions de personnes chaque année. Plus de 5 millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et plus de 600.000 des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée. Si aucune mesure n'est prise d'urgence, le nombre annuel de ces décès pourrait atteindre plus de 8 millions d'ici 2030.
- i. Près d'un adulte sur 10 souffre de diabète. Près de 10% de la population mondiale est diabétique. La personne diabétique présente un risque accru de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral. Les décès du au diabète ont augmenté depuis l'an 2000, atteignant 1,5 millions en 2012.
- j. Près de 3500 personnes décèdent des suites d'accidents de la circulation routière chaque jour.

4)-Pauvreté et santé dans le monde :

La pauvreté et la mauvaise santé vont de pair. En matière de santé, les pays pauvres tendent à réaliser de moins bons résultats que les pays plus riches et, à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches. Cette association révèle un lien de causalité à double sens la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté (voir la figure n °1). La mauvaise santé est souvent associée à des frais de santé importants. Mais la Pauvreté et les revenus sont également une cause de mauvaise santé. Les pays pauvres, et les catégories pauvres au sein des pays, souffrent d'une multitude de privations qui se traduisent par des niveaux élevés de mauvaise santé. Les pauvres se trouvent donc piégés dans un cercle vicieux.³

³ World Health Organization, Adam Wagstaff 2002

Figure n° 1 : schéma Le cycle de la santé et de la pauvreté :



Motivées par :

Manque de connaissances en matière de revenu.

-pauvreté en matière de normes sociales communautaires

faiblesse des institutions et des infrastructures, environnement néfaste.

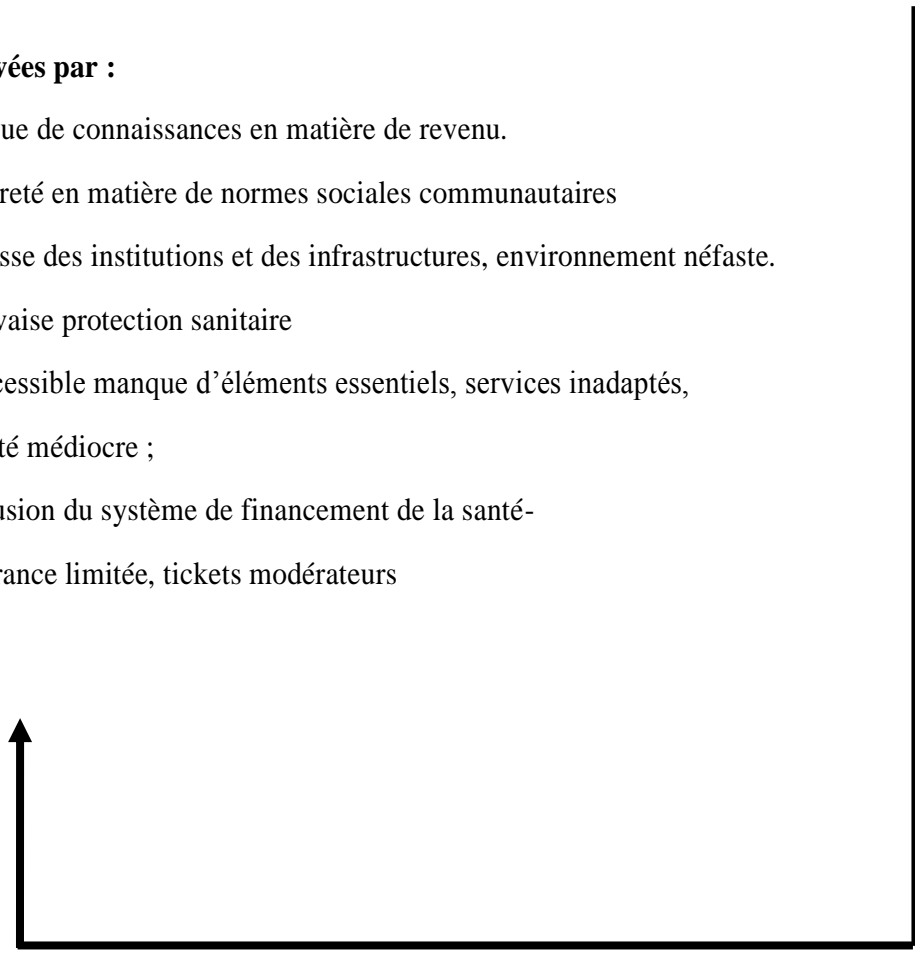
-mauvaise protection sanitaire

-inaccessible manque d'éléments essentiels, services inadaptés,

Qualité médiocre ;

-exclusion du système de financement de la santé-

-assurance limitée, tickets modérateurs



Source : World Health Organization, Adam Wagstaff 2002

5)-Accès aux soins dans le monde:

La couverture des soins de santé par les assurances publiques ou privées favorise l'accès aux produits et services médicaux, permet de se couvrir contre les aléas financiers d'un accident ou d'une maladie grave (OCDE, 2004). Toutefois, le pourcentage de la population couverte par de telles assurances ne fournit pas un indicateur complet de l'accessibilité, car la gamme de services couverts et le degré de participation des patients au coût de ces services affectent également l'accès aux soins.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) des soins pour un ensemble de services de base, tels que les consultations de médecins et de spécialistes, les tests et examens, et les interventions chirurgicales. En règle générale, les soins dentaires et les médicaments sont partiellement couverts, même si dans un certain nombre de pays ces services ne sont pas couverts du tout.

Deux pays de l'OCDE n'ont pas encore de couverture maladie universelle. Au Mexique, le système facultatif d'assurance maladie introduit en 2004 pour offrir une couverture aux pauvres et aux personnes non assurées s'est développé rapidement de sorte qu'en 2011, près de 90 % de la population étaient couverts. Aux États-Unis, la couverture de base est principalement fournie par l'assurance maladie privée et 53 % de la population disposaient d'une telle couverture en 2011. Les personnes âgées, à bas revenus ou handicapées, soit 32 % de la population totale, bénéficient d'une couverture financée par des fonds publics, ce qui laisse 15 % de la population sans couverture maladie. Le fait que des personnes soient démunies d'assurance de manière persistante apparaît comme un obstacle majeur à l'accès aux soins et, plus généralement, à réduction des inégalités sur le plan de la santé adopté en 2010, vont étendre la couverture de l'assurance maladie aux États-Unis, qui deviendra obligatoire pour presque tous les citoyens et les résidents légaux à compter de janvier 2014.

La couverture maladie primaire de base, qu'elle soit fournie par une assurance publique ou privée, couvre généralement un « panier » de prestations défini, souvent avec une participation du patient aux coûts. Dans certains pays, on peut souscrire une couverture maladie additionnelle auprès d'une assurance privée afin de couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), d'ajouter des services (assurance supplémentaire) ou d'obtenir un accès plus rapide ou un choix plus large de prestataires (assurance duplicative).

Dix des 34 pays de l'OCDE font état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population. En France, l'assurance maladie privée fournit

à 96 % de la population une assurance complémentaire qui couvre la participation au coût dans le régime de sécurité sociale. Les Pays-Bas ont le plus vaste marché de l'assurance supplémentaire (89 % de la population) .En Irlande (48 %) et en Australie (45%) que l'assurance maladie parallèle offrant un accès plus rapide aux services médicaux via le secteur privé en cas de délais d'attente dans le public est la plus développée.

La part de la population couverte par l'assurance maladie privée a augmenté dans certains pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie. Elle a doublé en Belgique pour atteindre 80 %, et elle a également augmenté au Mexique et en Turquie, même si le niveau y reste très faible. En revanche, la couverture de l'assurance maladie privée a légèrement baissé au Chili et aux États-Unis, deux pays où elle joue un rôle prépondérant dans la couverture primaire des soins de santé.

L'importance de l'assurance maladie privée n'est pas liée au développement économique d'un pays. D'autres facteurs, notamment les limites des services financés par des fonds publics, la manière dont se financent les prestataires privés, les interventions des pouvoirs publics sur les marchés de l'assurance maladie privée et l'évolution historique sont susceptibles d'expliquer le développement de ces marchés (OCDE, 2004).

6)- Les inégalités dans les consultations de médecins:

L'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers Sur l'ensemble du pays. Un manque de médecins dans certaines régions peut accroître la durée des déplacements ou les délais d'attente des patients et être à l'origine de besoins en soins de santé insatisfaits. La répartition inégale des médecins est un problème important auquel sont confrontés de nombreux pays de l'OCDE, en particulier ceux comptant des régions isolées et à faible densité de population ou des zones urbaines défavorisées.

Le nombre moyen de médecins par habitant varie d'un pays à l'autre, allant de 2 pour 1 000 habitants au Chili, en Turquie et en Corée, à 4 et plus en Grèce, en Autriche et en Italie. Le nombre de médecins par habitant varie aussi fortement au sein des différentes régions d'un même pays. Le nombre plus important de médecins dans les capitales est une caractéristique que l'on retrouve dans de nombreux pays. En République tchèque par exemple, la densité des médecins à Prague est près de deux fois supérieure à la moyenne nationale. L'Autriche, la Belgique, les États-Unis, la Grèce, le Portugal et la République slovaque affichent également une concentration de médecins bien supérieure dans la région de la capitale nationale. La densité des médecins est toujours plus forte

dans les régions urbaines, en raison de la concentration de services spécialisés comme la chirurgie et de la préférence des médecins d'exercer en milieu urbain. Les disparités dans la densité de médecins entre régions principalement urbaines et rurales en 2011 étaient les plus fortes en République slovaque, en République tchèque et en Grèce, et résultent en grande partie de la forte concentration dans la région de la capitale nationale.

La répartition des médecins entre régions urbaines et rurales était plus uniforme au Japon et en Corée. Les médecins sont peu enclins à exercer dans les zones rurales pour diverses raisons professionnelles (revenus, horaires de travail, opportunités de carrière, absence de contact avec les pairs) et sociales (établissements scolaires pour leurs enfants et opportunités professionnelles pour leurs conjoints).

Plusieurs leviers politiques sont susceptibles d'influencer le choix du lieu d'exercice des médecins, notamment :

- 1) proposer des incitations financières aux médecins qui s'installent dans les zones mal desservies.
- 2) augmenter les inscriptions dans les écoles de médecine d'étudiants issus de zones géographiques ou de milieux sociaux ciblés, ou en délocalisant ces écoles.
- 3) réglementer le choix du lieu d'installation des médecins (pour tous les nouveaux médecins ou en ciblant particulièrement les médecins formés à l'étranger).
- 4) réorganiser les prestations des services de santé afin d'améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones mal desservies et de proposer de nouveaux moyens pour améliorer l'accès aux soins.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, différents types d'incitations financières ont été proposées aux médecins afin de les attirer et de les retenir dans les zones mal desservies, notamment des subventions à versement unique pour les aider à s'installer et des versements réguliers comme des garanties de revenu ou des primes.

Au Canada, la province de l'Ontario a décidé de décentraliser ses écoles médicales en créant en 2005 une nouvelle école dans le nord de la province, loin des principaux centres urbains. Un des objectifs de l'École de médecine du nord de l'Ontario est d'accroître l'accès aux services médicaux dans les zones rurales et isolées de la province.

L'Allemagne limite le nombre d'autorisations d'exercice pour les médecins de soins ambulatoires au niveau de chaque région, en fonction d'un quota national (Comité fédéral, 2012).

En France, de nouvelles Maisons de santé pluridisciplinaires ont été mises en place il y a quelques années afin de favoriser une nouvelle forme de groupements de praticiens, qui permet aux médecins et à d'autres professionnels de la santé d'exploiter un cabinet conjointement tout en restant indépendants.

Ces maisons de santé offrent la possibilité d'améliorer le recrutement et la rétention des médecins dans les régions mal desservies et l'accès aux soins des patients.

L'efficacité et les coûts des différentes stratégies visant à promouvoir une meilleure répartition des médecins peuvent considérablement varier, les résultats dépendant principalement des spécificités de chaque système de santé, des caractéristiques géographiques de chaque pays, des comportements des médecins et de la conception des politiques et des programmes. Pour obtenir des résultats significatifs et durables, les mesures doivent être bien adaptées au groupe cible et à ses intérêts.

Conclusion :

Il est à souligner qu'il y a de grandes inégalités face à la santé entre pauvres et non pauvres dans les pays en voie de développement comme l'on connaît les inégalités en matière de déterminants de la santé. Le problème qui se pose est celui de l'incapacité dans laquelle se trouvent les systèmes de soins financés par l'état d'atteindre les pauvres dans les pays en voie de développement.

On sait que les inégalité dans la santé résident dans l'utilisation des services traduit des inégalités dans des variables qui interviennent aux niveaux des individus et des ménages telles que les caractéristiques d'éducation du niveau de vie du ménage et de localisation : milieu rural ou urbain .

chapitre II

***Le contexte socio -
économique de l'Algérie***

Introduction :

L'Algérie est un pays où la situation sanitaire de la population a observé de grandes améliorations mais qui restent toujours insuffisantes. Elle est souvent présentée comme le pays à indicateurs intermédiaires ayant un taux de mortalité de 73,9 pour 100000 naissances vivantes en 1999 et un taux de mortalité infantile de 23,1‰. Les conditions d'accouchement (sanitaires) et d'hygiène sont les principales causes de décès.

1) Présentation de l'Algérie:

L'Algérie est située au Nord-Ouest du continent Africain s'étalant sur une superficie de 2.381.741 km², avec 3% de terres cultivables et 85% de désert. C'est le premier pays d'Afrique en superficie, après la division de Soudan. Elle est ouverte sur la Méditerranée au nord et se situe entre sept pays: la Tunisie et la Libye à l'Est, le Maroc et le Sahara occidental à l'Ouest, la Mauritanie, le Mali et le Niger au Sud.

Le relief de l'Algérie comprend deux chaînes montagneuses, l'Atlas tellien et l'Atlas saharien qui forment les frontières naturelles entre les principales régions d'Algérie. Les plaines côtières de l'Algérie se trouvent au Nord du pays, au pied de l'Atlas tellien, et les Hauts Plateaux, plaines semi arides, se situent entre les deux chaînes montagneuses. Le Sahara, au Sud du pays est l'un des plus grands déserts du monde avec 2 millions de kilomètres carrés. Il couvre 85% de la superficie du pays et est constitué de dunes, d'ergs, d'oasis et de montagnes avec le point culminant de l'Algérie, le mont Hoggar à 3000 mètres d'altitude.

Eu égard à sa grande superficie et à son relief contrasté, l'Algérie se caractérise par une grande variété de climats. La zone littorale jouit d'un climat méditerranéen avec des hivers doux et une grande saison estivale chaude, tempérée par des brises de mer. Avec l'éloignement de la mer, le climat devient chaud et sec. L'intérieur du pays jouit d'un climat continental. Au Sud, le climat est désertique.

Capitale de l'Algérie, Alger est située au Nord du pays sur la mer Méditerranée. Elle se compose de 57 communes. L'Algérie est composée de 48 wilayas, de 548 daïras et de 1 541 communes. La wilaya est la plus grande entité administrative du pays. Elle est constituée d'un ensemble de daïras qui se composent chacune d'un groupe de communes. La Commune, cellule de base de l'organisation administrative du pays, est composée d'une ou de plusieurs agglomérations et de zones éparses.

2) Situation démographique:

La population résidente totale est estimée à 33,5 millions d'habitants en 2006. Qui compose de 50,4% d'hommes et de 49,6% de femmes, soit un rapport de masculinité de 102 hommes pour 100 femmes. L'étude de la structure de la population par âge indique que la population en âge de travailler continue sa progression. Elle représente 64,3% de l'ensemble de la population Algérienne. Les moins de 15 ans représentent 28,4% de ce même ensemble et les 60 et plus, 7,3%.

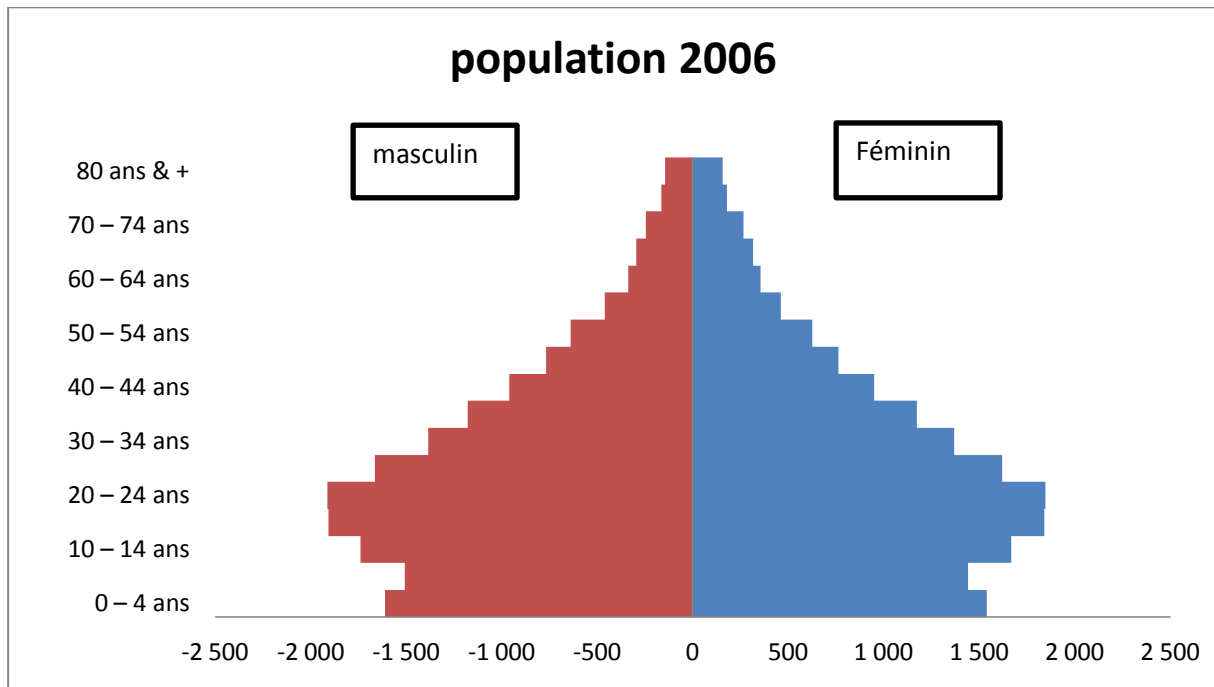
2-1 : Tableau n° 4 : Répartition de la population résidente selon le groupe d'âge et le sexe (Estimation de l'année 2006) :

groupe d'âge	Masculin	Féminin	Ensemble
0-4	1 610	1540	3 150
5-9ans	1507	1440	2 947
10-14ans	1738	1667	3 405
15-19	1908	1841	3 749
20-24	1912	1845	3 757
25-29	1664	1620	3 284
30-34	1386	1369	2 755
35-39	1179	1172	2 351
40-44	961	951	1 912
45-49	767	763	1 530
50-54	639	626	1 265
55-59	459	462	921
60-64	338	355	693
64-69	295	315	610
70-74	244	265	509
75-79	164	178	342
80et+	144	157	301
total	16 915	16566	33 481

Source : ONS

Les enfants de moins de 5 ans qui constituent la première catégorie, représentent 9,4% du total de la population algérienne. Les femmes en âge de procréer, qui composent la seconde catégorie de population ciblée par l'enquête, représentent 57,7% de l'ensemble de la population algérienne féminine et de 28,57 % de la population totale.

Figure n°2 : pyramide des âges de la population algérienne en 2006



Source : Tableau n°4

Cette pyramide des âges en forme de toit de pagode que veut dire Il y a moins d'enfants de 0-5 ans que de 10-15 ans, traduisant une diminution des naissances. Le milieu est large, donc beaucoup d'adultes.

Par grands groupes d'âge, la structure de la population indique : que la population de moins de 15 ans représente 28,2% de l'ensemble de la population. Celle en âge d'activité (15-59 ans) représente plus que le double par rapport à la première (64,2%) de la population totale. La part des 60 ans et plus est de 7,6%. A travers l'évolution de la structure par âge de la population, on peut constater que la tendance à la baisse du poids relatif des tranches d'âge des jeunes continue à évoluer avec un rythme plus lent au cours des dernières années. La part de la population âgée de moins de 5 ans a diminué de plus de la moitié en moins de 30 ans et celle de moins de 15 ans a régressé de presque 10 points. A l'inverse, la part de la population en âge de travailler s'est accrue de 10 points durant la même période en passant de 46,3% en 1977 à 64,2% en 2006.⁴

⁴ Mics3 2006

2-2 Mouvement naturel de la population :

**Tableau n° 5 : Répartition des Indicateurs démographiques
De la population Algérienne en 2006(en ‰)**

	‰
Taux brut de natalité	22,07
Taux brut de mortalité	4,3
Taux d'accroissement naturel	17,8
Taux de mortalité infantile	26,9
Taux brut de nuptialité	8,82
Indice synthétique de fécondité (ISF)	2,27*
Espérance de vie à la naissance :	
Chez les hommes	74,6
Chez les femmes	76,7
Ensemble	75,7

Source : ONS, 2006

*: ONS / MSPRH , MICS3 , 2006

La mortalité et la natalité servent, depuis longtemps, de baromètre au devenir des populations. La mortalité constitue un des phénomènes démographiques les plus importants en santé publique. Son taux, qui est défini comme le rapport entre le nombre de décès qui surviennent en un temps et un espace donné, et l'effectif de la population concernée, représente un précieux indicateur de l'état de santé de la population.

3) Le contexte économique de l'Algérie :

On observe en l'an 2000, un retour de l'Algérie vers la stabilité macroéconomique et constitué un ancrage solide à la reprise de l'effort d'investissement dès 2001, pour consolider une démarche de croissance économique appuyée par une poursuite des réformes structurelles. Les performances économiques et financières robustes des années 2001 à 2005, comme en témoigne la forte croissance économique appuyée par le programme de soutien à la relance économique, la viabilité de la balance des paiements et des indicateurs de la dette extérieure ainsi que la nette amélioration de la situation des finances publiques et de la liquidité bancaire, ont permis d'ancrer durablement la stabilité financière de l'Algérie. L'année 2006 a vu la poursuite soutenue de la mise en œuvre de la stratégie de désendettement extérieur, vu la très forte réduction de l'encours de la dette extérieure conjuguée à la solidité marquée de la position des réserves officielles de change. Aussi, la forte position financière extérieure nette de l'Algérie émerge comme le socle de la stabilité financière à moyen terme, d'autant plus que la stabilité du taux de change effectif réel du dinar à son niveau

d'équilibre est conduite avec prudence. Ces éléments fondamentaux pour la sécurité financière nationale sont à consolider, à mesure que l'ouverture de l'économie nationale devient structurelle, notamment, avec la mise en œuvre de l'accord d'association avec l'Union Européenne selon le rapport annuel de la banque d'Algérie.

Tableau n°6 : Répartition des indicateurs socio-économiques en 2006 :

DESIGNATION	
de la PIB (en volume)	1.9*
du PIB (en volume)	2.0*
PNB / Habitant (en USD)	3367.6 *
Taux d'accroissement naturel de la population en ‰	17.8
Population au milieu de l'année (en 103)	33481
Taux d'activité en % **	30.51
Taux de chômage en %	12.27***

*Chiffres révisés par rapport aux éditions précédentes (voir AQC n° 35 à 38).

**Population active rapportée à la population totale (Ménages ordinaires et collectifs).

***Au 4^{ème} trimestre 2006 in données statistiques n° 463.

En Algérie l'agriculture contribue à environ 13% du PIB et emploie 10,8% de la population active. Les principales cultures sont le blé, l'orge, l'avoine, les agrumes, la viticulture, les olives, le tabac et les dattes. L'Algérie est un grand producteur de liège et un important éleveur de bétail. L'industrie contribue à 39% du PIB, en baisse marquée ces dernières années, et emploie près du tiers de la population active. Le secteur du pétrole et du gaz représente la majorité des recettes budgétaires et la quasi-totalité des recettes d'exportation. L'Algérie est le deuxième plus grand exportateur de gaz du monde. Elle est classée au 11^{ème} rang pour les réserves pétrolières et au 7^{ème} pour les réserves prouvées de gaz. Les minerais extraits en quantité significative sont le fer, le plomb, le phosphate, l'uranium, le zinc, le sel et le charbon. Les principales activités du secteur manufacturier sont la préparation industrielle des aliments, le textile, les produits chimiques, les métaux et les matériaux de construction. Traditionnellement, l'Algérie importe les produits pharmaceutiques dont elle a besoin. Depuis quelques années, ces importations diminuent tandis que la production locale augmente fortement.

Le secteur tertiaire contribue à près de 48% du PIB et emploie près de 60% de la population active. La part des services dans le PIB a augmenté. (Selon Banque Mondiale, 2016).

4) Le recours aux soins en Algérie :

En Algérie, le recours aux soins est en général le résultat d'un parcours historique caractérisé par un ancrage populaire très ancien de l'offre de soins, et d'une gestion peu appropriée du système national de santé. Par conséquent, la compréhension du modèle de recours aux soins actuels ne peut se faire, sans un retour sur le développement historique des soins dans notre pays.

Depuis le début des années 80, les bouleversements socio politiques et les réformes qui ont touchées le secteur de la formation médicale ont contribué à la création d'un système hospitalier centralisé et ont attiré de nouvelles exigences de soins. Plus récemment, l'État a introduit plusieurs modifications économiques successives et une liberté dont a profité en premier lieu le système de soins privé.

Le secteur public reste marqué par d'intenses activités de prestations de soins multiformes et multisectorielles, mai mal adaptés aux exigences nouvelles des patients. Sur le terrain, la quête des soins reste à présent et pour de nombreux patients et leur famille une épreuve parfois éprouvante et couteuse, particulièrement pour les pathologies lourdes devenues de plus en plus fréquentes et pour les soins spécialisés (BOUZIANI .M, 2016).

En Algérie, trois grandes mesures ont été à l'origine de mutations dans le recours aux soins: la gratuite des soins, la réforme des études médicales et la réorganisation des secteurs sanitaires.

La gratuité des soins instaurée par ordonnance N ° 78-65 du 20 décembre 1973 a contribué dans l'évolution du recours aux soins en Algérie. En effet depuis le 1° janvier 1974, les soins sont dispensés gratuitement dans les structures publiques et couvrent à la fois les soins préventifs, curatifs. L'institution de la gratuité des soins a coïncidé à l'échelle nationale avec l'amélioration de plusieurs paramètres socio économiques

Avec le départ massif du personnel médical étranger juste après l'indépendance, le secteur sanitaire Algérien se trouvait diminué et dans l'incapacité de répondre aux besoins toujours croissants de la demande en soins de la population qui ne cessait d'augmenter. L'état a institué une réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire dont l'objectif principal était de faciliter l'accès aux études médicales, et de renforcer l'encadrement pédagogique dans les Instituts des sciences médicales à l'époque, grâce à une coopération médicale très diversifiées.

La troisième mesure concernée les secteurs sanitaires. Ces derniers ont été créés en 1979 dans le but d'une organisation sanitaire capable de prendre en

charge les soins et la prévention. Ce dispositif a établi aussi la notion de sous-secteur qui exige une organisation du recours aux soins.

Ces mesures entreprises par l'état ont contribué à l'accroissement du nombre de consultations dans les structures publiques ce qui a engendré un déséquilibre et à une anomalie entre l'offre et la demande de soins.

Par conséquent, la gratuité des soins a été marquée par une amélioration de la demande en soins, et surtout de l'accès aux soins, même pour les couches des populations les plus démunies. En parallèle, le secteur de santé dit parapublic a été encouragé par les Caisses de Sécurité sociale qui ont établi une gratuité des soins en faveur des travailleurs des entreprises et leurs familles. Comme résultats de ces initiatives, nous avons observé une diminution de l'incidence de certaines maladies transmissibles.

Mais, l'élément négatif de cette politique est une demande très forte et incontrôlée de soins ce qui a provoqué une saturation des structures hospitalières, des pénuries de médicaments et une détérioration des équipements et enfin en faute de moyens et d'équipements au départ de très nombreux spécialistes qualifiés vers le secteur privé, favorisant ainsi, l'émergence et le développement de ce système de soins.

Dès 1986, les difficultés d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et consommables, et la crise économique, vont pousser l'État à effectuer de nouvelles réformes importantes telles que la création des centres hospitalo-universitaires (CHU) et la privatisation progressive de la médecine. Ainsi, 13 CHU ont été créés avec une triple mission de soins, de formation et de recherche. La centralisation des spécialistes universitaires dans les CHU et leur absence dans les structures sanitaires périphériques va avoir plusieurs aspects négatifs sur l'accès aux soins de manière générale.

Les bouleversements socio-économiques qu'a connus l'Algérie, ont abouti à la privatisation de la profession médicale et par la suite la délivrance des autorisations d'ouverture des cliniques privées dès 1990 (Mebtoul 2004).

Après quelques années seulement, l'offre privée de soins, a été sensiblement renforcée par le départ d'un grand nombre de spécialistes vers ce secteur. Dans de nombreuses spécialités, l'offre privée de médecins dépasse celle du secteur public. Au début des années 2000, plus de 300 cliniques sont opérationnelles dont les deux tiers sont consacrés à la chirurgie et aux soins obstétricaux (BOUZIANI M, 2016).

Au cours de cette même période, on observe la création de plusieurs infrastructures sanitaires publiques, et une augmentation sensible des budgets

alloués au secteur de la santé. Ainsi, plus de 1000 centres de santé et salles de soins ont ouvertes dans le but de renforcer les Secteurs sanitaires.

En parallèle, la formation médicale et paramédicale a connu aussi un accroissement considérable ce qui a amélioré nettement la couverture sanitaire. Malgré ces différentes réformes, des dysfonctionnements du système de soins persistent toujours ce qui a entraîné une mauvaise qualité des services offerts aux patients d'un côté mais aussi des disparités dans la répartition des compétences et des ressources sanitaires au niveau national, des endettements chroniques, une transition épidémiologique caractérisée par l'apparition de nouvelles maladies liées à la pauvreté, et au manque d'hygiène, et celles liées au développement (stress, urbanisation, mode de vie, mode d'alimentation, etc.) (BOUZIANI M., 2016).

D'une manière générale, l'accès aux soins demeure problématique pour une grande partie de la population malgré les efforts consentis par l'état. La population est confrontée parfois à de sérieux problèmes bureaucratiques et administratives ou à une mauvaise qualité des soins (Mebtoul, 2004).

Le début des années 2000 est caractérisé par des inégalités régionales de l'offre de soins. Le rapport sur l'état de santé en Algérie en 2000 (publié en 2002) note que : « le système de santé dans son ensemble manque d'une organisation cohérente de prise en charge des malades, ce qui entraîne l'absence de continuité des soins, particulièrement angoissante pour les malades chroniques ou ceux atteints de pathologies sévères ».

De ce fait, une nouvelle organisation sanitaire a été prescrite en Mai 2007, portant une réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (E.P.H), et des établissements publics de santé de proximité (E.P.S.P). Il s'agit d'une séparation des établissements hospitaliers de ceux assurant les soins de santé de base. Le Secteur Sanitaire est remplacé par : les établissements publics hospitaliers, et les E.P.S.P; qui regroupe des structures extra hospitalières : polycliniques et salles de soins.

Le but de cette nouvelle réforme est « de planifier et d'organiser l'offre de soins dans les établissements publics hospitaliers, d'humaniser et sécuriser les prestations de soin, de moderniser les établissements et requalifier les services de soins en créant les activités adaptées aux nouvelles demandes et aux nouveaux modes de prises en charge hospitalière, et de permettre l'accès au secteur public hospitalier, seul garant de la prise en charge par l'État de ses missions de service public dans le respect des principes d'équité et de solidarité ». (MSPRH, 2012).

Malgré les diverses réformes qui ont touché le secteur de la santé, nous pouvons que le système hospitalier reste à ce jour inadapté pour la prise bonne charge des problèmes de santé des patients. Une insatisfaction du citoyen est

enregistrée (OMS, 2011) et qui concerne le système de soins, dans son organisation, sa qualité et son efficacité.

4)-1 Situation de santé reproductive en Algérie (SR):

En Algérie, la mortalité maternelle et périnatale enregistrée chaque année pèse lourdement dans notre population. La mortalité périnatale et néonatale tardive avec ses 30000 décès répertoriés chaque année, occupe la première place devant les autres causes de décès telles que le cancer, ou les accidents de la circulation.

Depuis 1984, un programme de lutte contre la mortalité infantile a été mis en place en Algérie. Il se fixait pour objectif de réduire en cinq ans la mortalité infantile de 50%. La stratégie pour réaliser cet objectif était alors, essentiellement axée sur la tranche post néonatale. Cependant, certaines actions contribuent à agir sur l'amélioration des scores de mortalité périnatale (développement de l'infrastructure sanitaire lourde et légère, l'accès aux soins gratuits pour toutes les couches sociales, généralisation de l'alphabétisation, le programme d'espacement des naissances...).

La santé maternelle et la santé périnatale sont indissociables : les principaux facteurs de risque de morbidité et de mortalité sont les mêmes pour la mère et pour l'enfant. La grossesse et l'accouchement s'accompagnent de graves risques pour la santé, même pour des femmes n'ayant pas de problèmes de santé antérieure. En effet, environ 40% des femmes enceintes connaissent des problèmes de santé imputables à la grossesse et 15% de toutes les femmes enceintes souffrent de complications permanentes ou qui mettent leur vie en danger.

4)-1-1 Les causes de décès maternel en Algérie :

Les cinq premières causes de décès retrouvées sont les complications de l'hypertension artérielle (18.4%), les hémorragies génitales (16.6%), les septicémies puerpérales (14.1%), les cardiopathies (13%) et les dystocies (12.2%). Programme National Périnatalité Programme triennal 2006 – 2009 15 Les morts maternelles survenues durant la grossesse sont essentiellement en rapport avec les complications de l'hypertension artérielle gravidique puisqu'elles représentent à elles seules le tiers des décès. Les autres causes sont représentées par les cardiopathies (27.5%) et les maladies infectieuses (9.2%). Les décès lors de l'accouchement sont essentiellement dus à des dystocies (38%, ruptures utérines comprises) et dans une moindre mesure aux anomalies du placenta (12.7%), à type d'hématomes rétro placentaires et placentas praevias, et d'hémorragie de la délivrance (11.3%). Après l'accouchement, les premières causes de décès retrouvées sont les hémorragies génitales (19.6%), les septicémies puerpérales (17.6%) et l'hypertension artérielle gravidique (13.4%). (Sources INSP 1999).

5)-Système et politique de santé en Algérie :

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

Ce ne seront pas les infrastructures hospitalières prévus dans le plan quinquennal (2010-2014) lancé par l'état qui vont améliorer, à eux seuls, la prestation sanitaire en Algérie. Il est vrai que ces nouvelles infrastructures vont densifier le tissu existant, mais elles ne régleront pas le déséquilibre spatial de la ressource humaine car c'est ce potentiel qui génère l'acte de soins.

L'enjeu est de taille pour le pays, la santé reste un problème qui se résout petit à petit grâce à la création de nombreux hôpitaux et de réformes sanitaires (type sécurité sociale).

La santé est assurée par deux types de soins : public et privé. Chacun peut avoir des soins gratuits dans un hôpital géré par l'état ou aller dans une clinique privée où il doit payer. Beaucoup de cliniques privées ont été créées ces dernières années dans presque tous les domaines de santé.

5)-1Le système national de santé :

Depuis son indépendance, l'Algérie a connu des transformations considérables dans le domaine de la santé. Tout d'abord, elle a été confrontée à une transition démographique qui s'opère presque en même temps que la transition épidémiologique, alors que les autres pays de la méditerranée hors les pays du Maghreb ont pu affronter ces évolutions à des périodes différentes. Ensuite, l'Algérie s'est engagée dans des réformes et des reconstructions pour faire face aux attentes de la population grandissante. Tous cela afin de mettre en place un système de santé équitable, garantissant un accès aux soins de qualité pour tous et répondant au mieux aux besoins de la population.

Devant une transition démographique, l'Algérie se trouve avec une grande proximité de certains indicateurs : une espérance de vie à la naissance au-delà de 70 ans, un taux de mortalité maternelle et infantile élevés mais en forte baisse, une progression de la part de la population de 60 ans et plus, ce qui implique une

population nombreuse et vieillissante et donc une demande croissante dans le domaine de la santé.

Avec la transition épidémiologique de nouvelles maladies se présentent tels que : diabète, cancer, dépression, pathologies professionnelles, maladies respiratoires, maladies génératives et traumatologiques.... Impliquant des soins de plus en plus coûteux.

Pour que l'Algérie réussisse cette transition organisationnelle, elle doit centrer ces efforts sur trois points fondamentaux : la réduction des inégalités dans l'accès aux soins, une plus grande régulation entre le secteur public et privé et la mise en place d'un système de financement efficient.

Les questions des inégalités dans l'accès aux soins est un problème récurrent pour notre pays suite à une offre de soins insuffisante (déficit en personnel médical et paramédical), souvent inégalement implantée (déséquilibre entre le nord et le sud et entre l'urbain et le rural) et dans laquelle le secteur privé qui rapidement développé et faiblement régulé et ne s'inscrit pas dans les programmes de développement sanitaire national.

Le système de santé national se caractérise par une multitude de régimes et de prestations , une part relativement faible du PIB consacrée à la santé comparée à celle des pays occidentaux , par une part trop importante du financement de la dépense de santé assurée par les ménages et par un recours croissant à la médecine privée , plus chère et peu remboursée . Cette situation accentue les inégalités dans l'accès aux soins.

Le secteur de santé en Algérie a connu une amélioration de tous les paramètres de santé quantifiables¹. Des progrès ont été réalisés, surtout depuis le début des années 2000, grâce à une priorité redonnée à la garantie de l'accès à la santé et une part croissante du budget de l'état consacrée à la santé¹. La dépense courante de santé en Algérie représente pour 2014, 12,1 % du produit intérieur brut soit 60 milliards de DA de budget annuel sectoriel. La Santé est ainsi le quatrième poste de dépense avec 366 milliards de DA à dépenser en 2014.

Conclusion :

Les bouleversements socio-économiques qu'a connus l'Algérie depuis plusieurs années ont eu des conséquences à court et à long terme sur la politique et système de soins au niveau régional. En général, le système de santé algérien a subi plusieurs réformes dont le but principal est une meilleure prise en charge de la population. Des efforts considérables ont été consentis dans ce domaine mais il reste beaucoup à faire, puisque à nos jours des inégalités entre les

populations persistent toujours. La santé maternelle et infantile n'échappe pas à cette situation. De grandes disparités sont observées entre les régions sanitaires et même entre les wilayas constituant la région. C'est le Sud algérien qui est plus défavorisé en termes de santé et particulièrement en santé reproductive mais aussi en matière de conditions sociales. Malgré, la politique entreprise par les pouvoirs publics pour une réorganisation du système de santé particulièrement le système de soins, à travers l'implantation d'infrastructure, la formation médicale et paramédicale et les inégalités entre les populations subsistent toujours.

La crise économique qui traverse le pays et les conditions socio-économiques de la population, la mauvaise gestion sanitaire, l'accroissement de la population et la mauvaise organisation des soins particulièrement les soins de santé primaire accentuent cette situation puisque les études ont montré un déséquilibre entre l'offre et la demande, une insatisfaction des usagers et des indicateurs qui restent à désirer.

Chapitre III
Cadre théorique
et conceptuel

Introduction :

Dans ce chapitre, nous allons présenter dans un premier temps le cadre théorique de notre recherche et dans un second temps le cadre conceptuel.

1- les facteurs de la demande et de l'offre de soins :

D'après la revue de littérature sur le recours aux soins en général et aux soins obstétricaux particulièrement, les facteurs prédisposant à la demande de soins obstétricaux, nous pouvons citer entre autres, l'âge de la femme, le niveau d'instruction de la femme, le niveau de vie du ménage, le milieu de la résidence, la parité, la région de résidence.

- **L'âge :** Il est une des variables principales dans l'analyse des déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Selon les études précédentes, il existe une corrélation entre l'âge de la femme et le recours aux soins obstétricaux.
- **Le niveau d'instruction de la femme :** L'éducation constitue une condition de premier ordre dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Elle constitue le moyen le plus efficace de lutte contre la pauvreté et de l'habilitation des femmes. L'instruction expose la femme à la modernisation et par conséquent à la remise en cause des valeurs et des pratiques traditionnelles. Il est très connu dans la littérature que les femmes instruites ont tendance à avoir moins d'enfants que leurs analogues sans instruction suite à leur ouverture (accès aux médias, au travail, à la contraception, ...) s'ajoutant à cela la forte urbanisation de ces femmes.
De ce fait, le niveau d'instruction peut être un facteur favorable à l'accès aux soins obstétricaux ce qui veut dire que l'accès aux soins obstétricaux augmente avec le niveau d'instruction de la femme.
- **Le niveau de vie du ménage :** Les facteurs socio-économiques tels que le milieu de résidence, l'instruction des parents, la situation du père dans la profession, la taille du logement constituent des éléments clés dans l'état de santé de la mère et des enfants et interviennent de façon importante sur leur chances de survie et la facilité d'accès aux soins obstétricaux cette variable influence positivement la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement. Les études ont montrées, que quelque soit le contexte, les couches les plus aisées sont les principales bénéficiaires des services des soins obstétricaux. Selon les travaux de Mebtoul mohamed sur le recours aux soins dans le contexte algérien, la discontinuité des soins chez les

ménages de faible niveau de vie est moins élevée que chez ceux de niveau de vie élevé.

La pauvreté des ménages accentue ainsi les risques encourus par une femme au cours de sa grossesse ou lors de son accouchement. Plus le niveau de vie du ménage n'est faible, moins souvent la femme a recours aux soins obstétricaux.

- **Le milieu de résidence :** Le milieu de résidence et la région de résidence renseignent principalement sur les conditions de vie dans lesquelles évolue le ménage notamment en matière d'accès à certains services vitaux tels que la santé, l'éducation et les commodités essentielles de la vie comme l'eau courante, le rattachement à l'égout et au réseau qui influencent également l'utilisation des services des soins obstétricaux. Il influence l'utilisation le recours aux soins obstétricaux. Plusieurs études réalisées à travers le monde particulièrement celles au niveau des pays en développement prennent en considération le milieu de résidence comme facteur explicatif de la différentialité dans le recours aux soins. Le choix de cette variable est issu des inégalités observées entre le milieu urbain et le milieu rural à travers le pays. En général, on observe une forte concentration des infrastructures sanitaires et du personnel en milieu urbain au détriment des zones rurales.

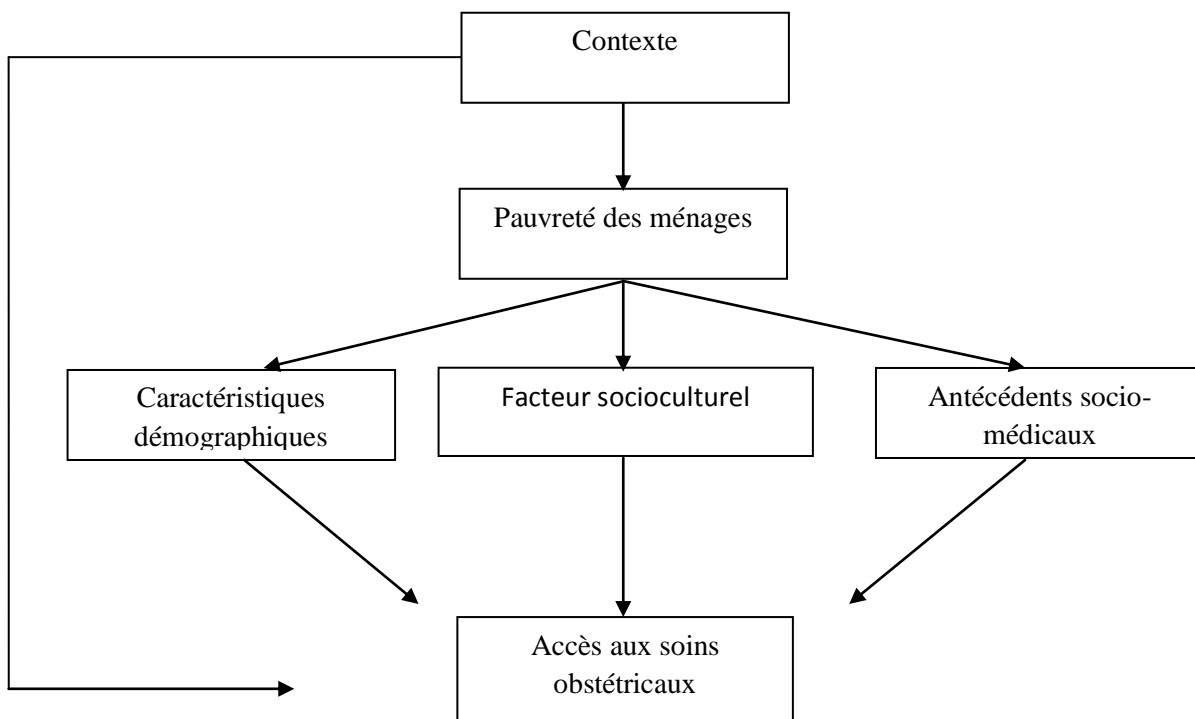
2-cadre conceptuel :

2.1-hypothèse de l'étude :

Au regard de la revue de littérature, nous supposons que la pauvreté du ménage réduit les chances de la femme de recourir à une prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement. De l'hypothèse générale découle une hypothèse spécifique :

« L'effet négatif du niveau faible du ménage sur l'assistance médicale à l'accouchement diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme ou avec son appartenance à un milieu urbain. »

2.2- Figure n°3 : Schéma conceptuel



2-2-1 Explication du schéma :

Il n'est pas facile d'élaborer un cadre conceptuel dans le processus de recherche qui reste un exercice plutôt difficile à conceptualiser. Le contexte se base essentiellement sur le niveau de vie ménages, sur le facteur socioculturel ainsi que les antécédents médicaux. Il est évident que l'ensemble de ces facteurs influence directement l'accès aux soins obstétricaux.

❖ Définition des concepts:

1. la pauvreté:

D'une manière générale et selon la banque mondiale, la pauvreté peut se définir comme l'incapacité pour un individu ou un ménage à subvenir à ses besoins essentiels qui sont, entre autre, l'alimentation, l'éducation, logement.

La pauvreté existe lorsque le niveau de vie est en dessous d'une certaine limite. La pauvreté est un phénomène multidimensionnel. Plusieurs indices interviennent dans la mesure de la situation socio-économique des ménages. C'est-à-dire leur niveau de vie, ou le seuil qui au sein d'une communauté donnée, marquerait la frontière entre les personnes pauvres et celles qui ne le sont pas.

2. la santé:

D'après la définition de l'OMS(2014), la santé se définit comme un état de bien être complet. Comprenant l'état physique, mental, social et environnemental. Donc la santé n'est pas seulement le fait d'être malade ou d'être atteint d'une infirmité. C'est une notion relative ressentie par chaque individu. Il n'existe pas un indice direct pour la mesurer puisque le but principal est de satisfaire tous les besoins (Affectifs, nutritionnels, relationnels et sanitaire). mais en médecine la santé est l'absence de maladies.

3. l'accès au soin:

L'accès aux soins peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser au service de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence ou l'absence potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographiques et sociales.

4. les inégalités sociales:

selon l'OMS qui consiste une référence en matière santé, la définition des concepts relatifs à la santé maternelle, infantile et les soins obstétricaux comprennent les des femmes avant la conception, pendant la grossesse (soins

prénatales) et les soins pendant et après l'accouchement (soins post-partum). On y a ajouté les soins aux nouveaux nés (soins post natal), la planification familiale, les soins en cas d'avortement et la prévention des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection au VIH/SIDA. Nous entendons par les soins prénatals et à l'accouchement les soins obstétricaux essentiels de base et les soins obstétricaux complets.

5. L'accessibilité géographique:

C'est la capacité d'une personne à atteindre une structure de soins. Elle dépend de l'état et de la présence des moyens de transport et aussi du coût du trajet. En général, le monde entier est accessible aux infrastructures sanitaires mais le coût d'accès peut être très différent. Il a été toujours confirmé que l'accessibilité géographique influence significativement le degré de la discontinuité des soins obstétricaux. Les risques de discontinuité augmentent au fur et à mesure que le domicile de la femme s'éloigne du centre médical le plus proche. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les femmes qui habitent près des centres médicaux ou les SMI et celles qui habitent à moins de 5 km par exemple de ces derniers, courent respectivement entre 79 % et 89 % moins le risque de discontinuité que leurs homologues qui habitent à plus de 15 km du centre médical le plus proche. Ce résultat est valable sur le plan national selon les résultats des enquêtes MICS et l'enquête de l'OMS en 2011.

6. Accessibilité financière :

Selon Picheral (2001), l'accessibilité financière est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Elle présente deux dimensions matérielles et sociales. L'accessibilité est donc un déterminant de santé et par ailleurs un éventuel facteur de risque.

7. Coût de soins :

C'est le montant, exprimé en monnaie, des charges nécessaires à l'acquisition ou à la production d'un bien ou d'un service. C'est donc tous les coûts effectifs des services de soins, y compris procédures, traitements, médicaments. Différent des dépenses de santé qui se rapportent au montant payé pour les services et les honoraires, qui se rapportent au nombre d'actes, indépendamment du coût⁵.

⁵ - MeSH (Medical Subject Headings) 2008

- **Hypothèses de l'étude et schéma d'analyse :**

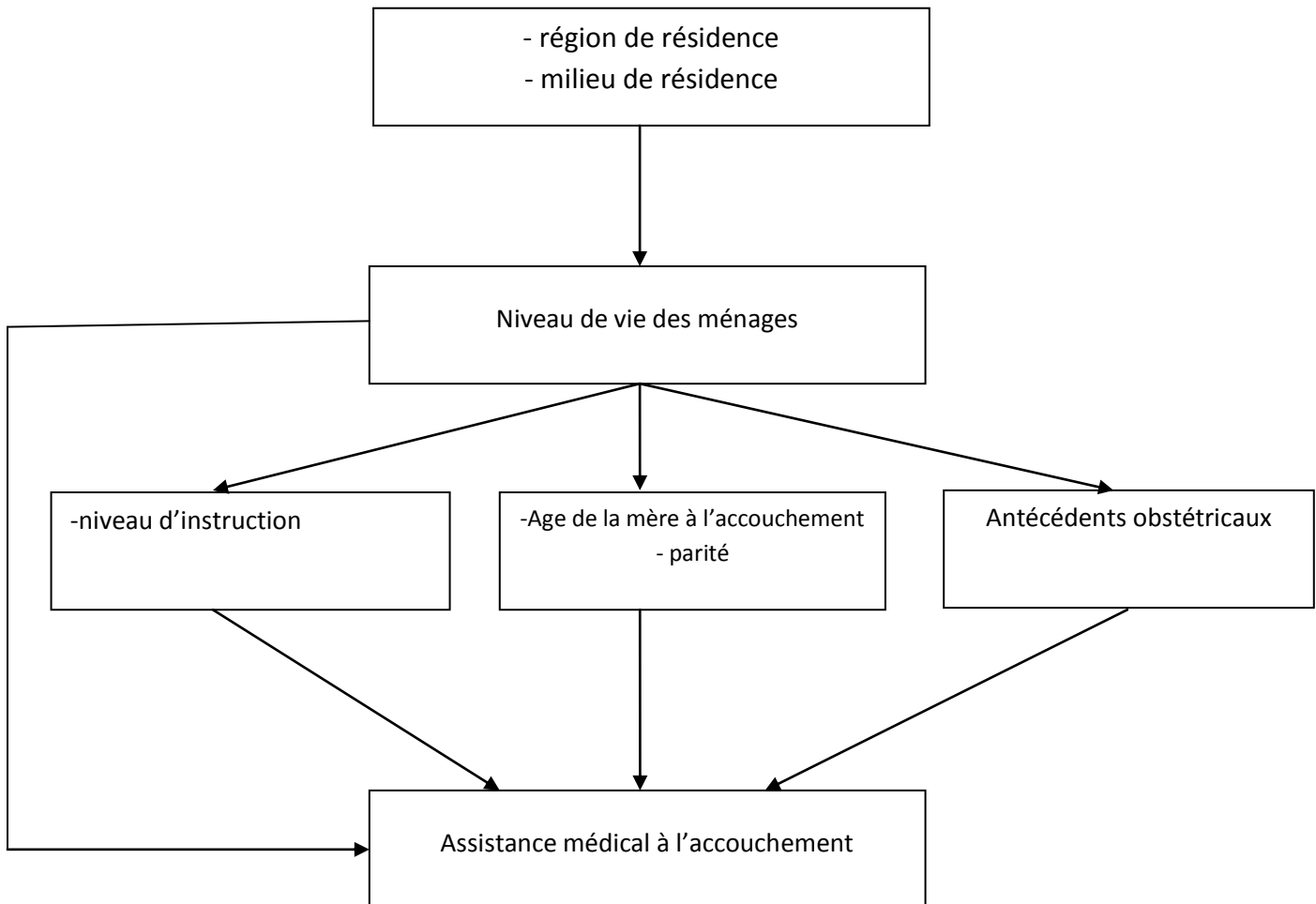
1- Hypothèses secondaires de l'étude :

Suite aux travaux précédents, nous partons de l'hypothèse que la pauvreté des ménages réduit les chances de la femme de bénéficier d'une assistance médicale au cours de sa grossesse et de son accouchement. De cette hypothèse principale découle des hypothèses secondaires

- 6- La pauvreté du ménage diminue les chances d'une femme d'avoir des soins obstétricaux ;
- 7- L'impact de la pauvreté du ménage sur l'accès aux soins obstétricaux est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain ;
- 8- L'impact de la pauvreté du ménage sur l'accès aux soins obstétricaux est plus important chez les femmes sans niveau d'instruction ;
- 9- L'impact de la pauvreté des ménages sur l'accès aux soins obstétricaux augmente avec l'âge de la mère à l'accouchement ;
- 10- L'impact de la pauvreté des ménages sur l'accès aux soins obstétricaux augment avec la parité et les antécédents obstétricaux.

2- Schéma d'analyse

Figure N° 4 : Schéma d'analyse mettant en relation la pauvreté et l'accès aux soins obstétricaux en Algérie



➤ Variables de l'étude :

Notre variable de l'étude qui la variable dépendante est l'assistance médicale à l'accouchement. Dans le fichier de données de la MICS 3, cette variable a été appréhendée à travers la question relative au dernier accouchement durant les deux dernières années précédant l'enquête : « **qui vous a assisté pendant l'accouchement de votre dernier enfant ?** » « **Quelqu'un d'autre ?** ». Dans ce cas, nous faisons l'hypothèse qu'il ya une assistance médicale à l'accouchement, lorsqu'une femme bénéficie de l'assistance d'un personnel médical qualifié lors de

son dernier accouchement dans les deux années précédentes l'enquête. Cette variable comprend deux modalités : la première est non assistée qui a été codé par 0 et ca concerne les femmes qui n'ont pas bénéficié de l'assistance médicale qualifiée lors de l'accouchement et celles qui n'ont pas du tout été assistées. La deuxième modalité de cette variable est OUI qui est codé par 1, pour les femmes qui ont accouché en présence d'un personnel médical qualifié (Médecin ou sage femme/ Infirmier).

Cette variable nous l'avons créée à partir des questions suivantes : qui vous a assisté ?

- Une sage femme/infirmière (personne qualifiée)
- Un médecin (personne qualifiée)
- Accoucheuse traditionnelle (personne non qualifiée)
- Une parente/amie (personne non qualifiée)
- Autre (personne non qualifiée)
- Personne (personne non qualifiée)

En utilisant le logiciel SPSS et après , nous avons pu additionner les deux premières modalités prises dans la base de données comme des questions , en une seule variable dont la réponse est :

Oui lorsque la femme a bénéficié d'une assistance qualifiée et les autres questions qui représentent la non assistance par une personne qualifiée (0)

➤ **Variables explicatives (indépendantes) :**

Pour cette partie, il ya des variables que nous avons prises directement du fichier de la MICS 3 mais d'autres que nous créer nous même à partir des variables qui existaient déjà pour pouvoir réaliser notre étude.

- **La région de résidence** comme modalités : Centre, Est, Ouest et Sud.
- **Le lieu de résidence** comme modalités : Milieu rural et urbain.
- **La parité** nombre d'enfants vivants,
- **Niveau de l'instruction** de la femme comme modalités : Sans niveau, primaire, moyen, secondaire, supérieur et Missing/kd (ind).
- **L'âge de la femme.**

- **Les antécédents obstétricaux** (Atteintes de maladies chroniques) par modalité oui/non cette dernière est obtenue par la fusion de deux questionnaires celui des ménages et celui des femmes en âge de procréer.

Mais il y en a d'autres que nous avons créés ou recodés en utilisant le logiciel de SPSS à partir de la base des données de MICS 2006. Ces variables sont :

- **Le niveau de vie** : qui mesure la pauvreté du ménage : cette variable n'existait pas dans le questionnaire de MICS 3. Nous avons créé une nouvelle variable qui mesure le niveau de vie des ménages à partir de plusieurs variables figurant dans le questionnaire de l'enquête. Théoriquement, cette variable devrait contenir cinq modalités : Riches / plus riches / moyens / pauvres / plus pauvres.

Mais, pour une meilleure analyse ainsi que l'exige la base de données utilisée, nous avons additionné les modalités précédentes en seulement trois au lieu de cinq :

1-Riche 2-moyen 3-pauvre

- **L'âge de la femme à son premier accouchement** que nous avons créé en soustrayant l'année de naissance du premier enfant de l'année de naissance de la femme.

Tableau n° 7 : Répartition des Variables opérationnalistes et leurs modalités selon les différents concepts

Concepts	Variables	Modalité
Contexte de résidence	Région de résidence	Centre, est, ouest et sud
	lieu de résidence	Milieu rural et urbain
Pauvreté du ménage	Niveau de vie du ménage	Pauvre, moyen et riche
Facteur sociale	Niveau d’instruction de la femme	Sans niveau, primaire, moyen, secondaire, supérieure et Missing/kd
Caractéristiques sociodémographiques de la femme	Age de la femme	Groupe quinquennale de 15-49 ans
	Age a le premier accouchement	De 15 à 49 ans
	Parité atteinte	Nombre d’enfants vivants
Antécédents obstétricaux	Atteintes de maladies chroniques	Oui, non
Accès aux soins obstétricaux	Assistance médicale à l’accouchement	Oui, non

Conclusion :

Dans ce chapitre, nous avons présenté le cadre théorique et conceptuel de notre étude. Ce dernier a été élaboré à partir de la revue de littérature qui nous a conduit à examiner un certain nombre de facteurs cités par les auteurs pour expliquer le recours aux soins obstétricaux. Cette revue de littérature, nous a permis d’élaborer un schéma conceptuel spécifique au contexte algérien et formuler nos hypothèses de travail en tenant compte des variables existantes dans la base de données de la MICS 3 et leur qualité.

Chapitre IV

Cadre méthodologique

Introduction

Dans ce chapitre , nous allons discuter le cadre méthodologique de notre étude en présentant dans le premier temps les variables de l'étude , en second temps la source des données utilisées, en discutant sa qualité et en fin les variables choisies dans notre étude.

1- Présentation des variables de l'étude :

a) La variable dépendante :

La variable dépendante « l'assistance médicale aux soins obstétricaux » est une variable dichotomique avec deux modalités : « 1 » a été assistée et « 0 » n'a pas été assistée. Elle nous informe sur l'assistance médicale à l'accouchement.

b) Variable assistance médicale à l'accouchement :

Nous avons combiné les indicateurs de l'assistance médicale à l'accouchement par le personnel qualifié de santé pour construire l'indicateur accès aux soins obstétricaux. Cela veut dire, que lorsque la femme a été assistée pendant l'accouchement de son dernier enfant par un médecin, sage femme, un infirmier ou une infirmière. Ce personnel qualifié a permis la construction de notre variable dépendante qui est « assistance médicale à l'accouchement ». Cette variable nous renseigne sur le niveau d'accès aux soins pendant l'accouchement par les femmes dans un contexte de pauvreté, d'une autre manière est ce que les femmes vivant dans les ménages ayant un niveau de vie faible sont-elles assistées par un personnel de santé qualifié que leur homologues dans les ménages ayant un niveau de vie élevé.

c) Construction de l'indicateur niveau de vie :

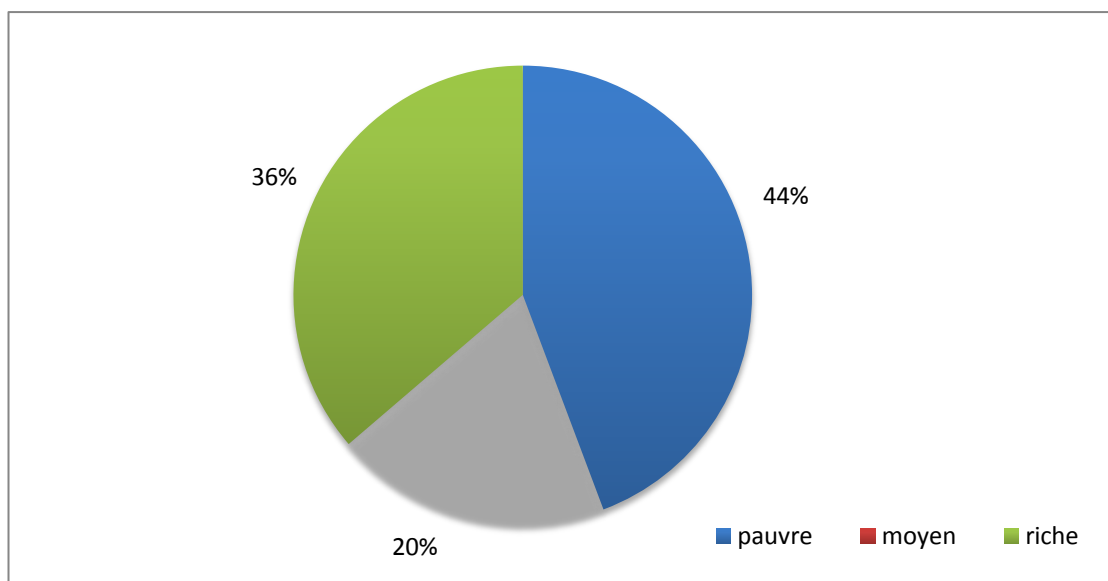
Cet indicateur est construit à partir des informations relatives aux biens possédés par le ménage (électricité, radio, télévision, réfrigérateur, bicyclette, téléphone, voiture...), aux matériaux de construction des murs, du sol et du toit, au mode d'approvisionnement en eau potable et du type d'assainissement.

Cette indicateur a été crée lors de la réalisation de l'analyse de la MICS 3. Cela veut dire que la variable niveau de vie existait déjà dans la base de données de la MICS 3 mais non pas dans le questionnaire de l'enquête. C'est une nouvelle variable qui a été crée à partir des informations citées en haut. Cette variable contenait cinq modalités : très pauvres – pauvres – moyen – riche et très riche.

Le niveau de vie est un élément de différenciation des individus. Il permet donc d'expliquer les comportements des individus et leurs attitudes. En général, cette variable se mesure à partir du revenu. Mais dans la base de données de la MICS, nous n'avons pas d'information sur le revenu des ménages. De ce fait, l'utilisation des informations sur la possession de certains biens et les caractéristiques du logement facilite le travail. Cette procédure représenté l'approche non monétaire.

Dans notre étude, nous avons utilisé cette nouvelle variable « niveau de vie du ménage » avec seulement trois modalités : Pauvre, Moyen et Riche. En utilisant le logiciel SPSS, nous avons procédé à un regroupement des modalités pour passer de cinq variables à trois dans le but de faciliter l'analyse.

Figure n° : Répartition des Femmes enquêtées selon le niveau de vie



Source : Calcul personnel à partir des données de la MICS 3

2- Sources des données :

Pour la réalisation de cette étude, nous avons utilisé les données de l'enquête à indicateurs multiples MICS 3, réalisée en 2006 en Algérie. Malgré qu'il ya 11 ans qu'elle a été effectuée mais ce choix est justifié par la disponibilité de sa base de données.

Qu'est ce que la MICS ?

C'est une enquête a indicateurs multiples, qui se fait auprès des ménages, initiée par l'UNICEF pour la première fois au milieu des années 1990 dans le but d'évaluer les progrès effectués par rapport à la déclaration et au plan d'action pour les enfants (SME) , ayant eu lieu à New York en septembre 1990.

L'Algérie en 1995 a procédé à la réalisation de la première enquête à indicateurs multiples (MICS1) dans un délai de neuf mois. Quand au MICS2, a été réalisé en l'an 2000, la MICS3 effectué en 2006 et enfin la MICS 4 en 2012.

La MICS 3 avait pour objectif de recueillir des informations pour le suivi de progression des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), adoptés en Septembre 2000 et du Plan d'action d'un monde Digne des Enfants (MDE) , adopté en Mai 2002. Elle a été réalisée auprès d'un échantillon de 29476 ménages couvrant les cinq régions sanitaires. Dans ces 29488 ménages, nous avons 47641 femmes en âge de procréer qui ont été enquêtées .L'ensemble des régions ont été couvertes.

Sur les 29476 ménages sélectionnés, 29 008 ont été enquêtés, soit un taux de réponse de 98,4% % ; soit un taux de réponse de; 97,9% en milieu urbain et 99,2% en zone rurale. Sur ces 29008 ménages enquêtés, 43 642 femmes en âges de procréer en été identifiées avec un taux de réponse de 91,6% % ; 91,5% en milieu urbain et 91,8% en zone rurale.

Trois types de questionnaires ont été administrés lors de cette enquête. Parmi ces questionnaires, on trouve celui adressé aux femmes en âge de procréer. Dans notre étude, la population cible est constituée des femmes en âge de procréer ayant eu leur dernière naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, ce qui nous a donné un échantillon de 5561 femmes dont 3 290 résidentes en milieu urbain et 2540 en milieu rural, soit respectivement 59,16 % et 40,84%.

Cette période de cinq ans retenue par l'enquête MICS 3 précédant l'enquête a éliminé plusieurs femmes en âge de procréer s'ajoute à cela le manque de variable mesurant directement l'offre des services en santé maternelle. D'autres informations telles que la variable représentant avoir une maladie chronique qui n'a pas été saisie directement pour les femmes. Malgré, ces difficultés ou limites, les informations disponibles sont jugées acceptables pour réaliser une analyse statistique et répondre à nos hypothèses.

Tableau n°8 : Répartition des wilayas enquêtées selon la région

Région sanitaire	Wilaya enquêtée
Centre	de Chlef, Blida, Béjaïa, Bouira, Tizi Ouzou, Alger, Médéa, Boumerdès, Tipaza, Aïn Defla et Tissemsilt
Est	Oum El Bouaghi, Batna, Biskra, Tébessa, Jijel, Sétif, Skikda, Annaba, Guelma, Constantine, M'Sila, Bordj Bou Arréridj, El Tarf, Khenchella, Soukh Ahras et Mila.
Ouest	Tlemcen, Tiaret, Saïda, Sidi Bel Abbès, Mostaganem, Mascara, Oran, El Bayadh, Naâma, Aïn Témouchent et Relizane.
Sud Est et Sud Ouest	Adrar, Laghouat, Béchar, Tamanrasset, Illizi, Tindouf, El Oued, Ghardaïa et Djelfa

Source : Rapport MICS 3

Dans la base de données de la MICS 3, le fichier principal utilisé dans notre recherche est celui concernant les femmes en âge de procréer mais aussi nous avons utilisé celui des ménages pour compléter les informations manquantes dans le premier fichier tels que par exemple la variable niveau de vie.

Il ne faut pas oublier de signaler que nous avons éliminé des variables qui dans la littérature sont citées comme des facteurs qui peuvent expliquer le recours aux soins mais malheureusement des données de la MICS 3 ne le permet pas par manque d'informations sur la variable elle-même ou les variables qui peuvent la mesurer tel que l'exemple du milieu de socialisation.

Nous avons aussi procédé à l'élimination des valeurs manquantes, et qui ont influencé mon échantillon. Sachant que cette enquête n'est pas faite dans un but démographique mais plutôt sanitaire. Pour l'analyse nous avons besoin de :

La base des données des femmes en âge de procréer dont le nombre était de 47 641 après filtration du fichier d'où on a éliminé les variables manquantes, les femmes célibataires et les femmes n'ayant pas eu d'enfants, on est arrivé à l'échantillon ciblé 11004 femmes.

3- Justification du choix de la population cible :

En général, deux méthodes permettent d'étudier la fréquentation des services obstétricaux. La première, c'est à partir des naissances et la seconde prend comme unité d'analyse les femmes.

La première approche (par les naissances), fait appel à un fichier de données constitué de naissances survenues au cours des trois à cinq années précédant l'enquête. Cette approche est plus pertinente dans le cas où l'étude vise la santé des enfants. Une autre condition qui s'impose est celle de l'indépendance entre les naissances d'une même femme, ce qui est contradictoire avec la réalité. Cette approche ne permet donc pas de mettre en relation les comportements des femmes en matière de santé et les risques qui peuvent survenir en cas de comportement sanitaire inadéquat.

La seconde approche (par les femmes) , permet d'identifier les femmes qui suivent à un comportement sanitaire inadéquat , sont susceptibles d'avoir des problèmes lors de leur grossesse. Nous avons adopté cette approche lors de cette recherche. En effet le recours aux soins obstétricaux et les risques qui en résultent pour la santé de la mère et de son enfant dépendent des comportements de la femme pendant la grossesse et l'accouchement.

4- Evaluation de la qualité des données :

Cette étape est essentielle avant toute analyse. Il est important d'évaluer la qualité des données. Elle permet d'apprécier la cohérence interne et externe des données. En effet, la fiabilité des résultats d'une analyse nécessite une bonne qualité des données. Pour une accessibilité des données utilisées, le taux de non réponse doit être inférieur à 10 %. Pour évaluer la qualité des données dans notre recherche , nous avons examiné au début les taux de non réponse des différentes variables, ce qui a donné un résultat très satisfaisant , les données sont de bonne qualité (voir le tableau n°9).

Tableau n° 9: Taux de réponse des différentes variables de l'étude

Variable	Valeurs valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses
Parité atteinte	43642	0	0%
Niveau d'instruction de la femme	43642	0	0%
Milieu de résidence	43642	0	0%
Région de résidence	43642	0	0%
Age de la femme	43642	0	0%
Les antécédents obstétricaux	171100	0	0%

Source : Base de données de la MICS3

En second lieu, nous avons procédé à l'évaluation de la qualité des données sur l'âge. Il existe deux méthodes pour évaluer la qualité des données sur l'âge : la méthode graphique et les méthodes statistiques. Cette seconde approche fait recours à certains indices statistiques pour évaluer l'attraction ou la répulsion dans la déclaration de l'âge. Parmi ces indices nous pouvons citer : Indice de WHIPPLE, de MYERS, de BACHI et l'indice combiné des Nations Unies.

Dans le rapport de la MICS 3 et en Annexe n° 6, nous trouverons une présentation de la qualité des données sur l'âge en utilisant la première approche. L'évaluation des données selon l'âge et le sexe présentée dans le rapport de l'enquête, a prouvé que la déclaration des âges est de bonne qualité.

5- Méthodes d'analyse :

Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous allons utiliser deux types d'analyse. Le premier est descriptif et le second est explicatif. Pour la partie descriptive, nous utilisons l'analyse bivariée, représentée particulièrement par les tableaux croisés et le test du Khié-deux. Par ailleurs, pour la seconde partie, nous utilisons l'analyse de la régression logistique.

Le premier type d'analyse, nous permet de tester la liaison entre deux variables ce qui va servir à décrire le parcours thérapeutique des femmes en âge de procréer pendant la grossesse et l'accouchement. Pour réaliser cette analyse nous avons fixé un seuil d'erreur à 5%. On calculera ensuite une probabilité qui dans le cas où elle est inférieure au seuil fixé (5%), nous permettra d'aboutir à la conclusion qu'il existe une liaison entre les deux variables mises en relation. Par contre dans le cas contraire, le résultat est l'absence de liaison entre les deux variables.

Pour le second type, représenté par la régression logistique, qui est une des méthodes de l'analyse multivariées ou multidimensionnelle, qui nous apparaît la plus adaptée pour rechercher les déterminants d'un recours qualifié de soins obstétricaux avant et pendant l'accouchement. C'est un des types d'analyse explicative, sachant qu'elle est plus indiquée dans le cas des variables dépendantes qui sont dichotomiques. Chaque modalité sera considérée comme une variable dichotomique à modalités :

$$\text{« Oui »} = 1 \quad \text{et} \quad \text{« non »} = 0$$

- Principe de la régression logistique :

Soit Y une variable dépendante et X_k ($k=1, 2, 3, \dots, n$) n variables indépendantes. La nature de la variable dépendante Y est dichotomique qui prend la valeur 1 pour la modalité étudiée et 0 si non.

La variable dépendante doit être une variable qualitative et dichotomique (qui veut dire avoir deux modalités 1 et 0) et c'est le cas de notre variable dépendante. En effet, pour une femme ayant été assistée pendant l'accouchement lors de son dernier accouchement, deux cas peuvent se présenter : soit elle sera assistée par un personnel de santé (assistance = 1) ou elle ne le sera pas (assistance = 0).

Tandis que les variables indépendantes peuvent être quantitatives ou catégorielles, mais toutes les modalités de ces variables doivent être dichotomisées avant leur utilisation dans le modèle. Sachant que la modalité de référence ne doit pas être introduite dans le modèle. Si P est la probabilité pour l'événement « assistance médicale à l'accouchement » se réalise, 1-P est la probabilité pour que cet événement ne se réalise pas (non assistance à l'accouchement).

L'équation de la régression logistique s'écrit comme suit :

$$Z = \log\left(\frac{p}{1-p}\right)$$

Sous la forme linéaire $Z = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + \dots + B_nX_n$;

Ou bien sous la forme multiplicative $e^z = \frac{p}{1-p}$

$$P = \frac{e^z}{1+e^z}$$

La statistique $e^z = \frac{p}{1-p}$ = Odds ratio ou rapport de chances

A partir de la régression logistique nous aurons les statistiques suivantes : le nombre d'observations, la probabilité du Khi deux associée au modèle, le pouvoir prédictif du modèle R^2 , les rapports de chances (Odds Ratios), le seuil de signification ($P < |Z|$) , des paramètres (coefficients β ou Odds Ratios) et l'intervalle de confiance des paramètres pour chacune des modalités des variables introduites dans le modèle. Ces différents paramètres facilitent l'interprétation des résultats.

- L'interprétation des résultats se fait comme suit :

La probabilité du Khi deux dans le modèle permet de se prononcer sur l'adéquation du modèle utilisé. Dans notre recherche, le modèle sera jugé adéquat lorsque la probabilité associée au Khi deux sera inférieure ou égale à 5 %. Le R^2 détermine le pouvoir prédictif du modèle c'est-à-dire la contribution du modèle dans l'explication de l'assistance médicale à l'accouchement. En ce qui concerne le risque de l'accès aux soins, le modèle de la régression logistique fournit pour chaque variable introduite dans l'équation une probabilité ($p < |t|$) qui indique la probabilité de signification du paramètre relatif à la modalité considérée. Lorsque cette probabilité est inférieure à 5 %, cela veut dire qu'il existe une assistance différentielle des soins obstétricaux entre les femmes présentant la caractéristique

de la modalité considérée et celles de la modalité de référence. L'écart de risque est calculé à partir des rapports de chance (Odds ratio et OR) Lorsque le rapport de chance est inférieur à 1 , les femmes ayant la caractéristiques de la modalité considérée de la variable explicative ont $(1 - OR) * 100$ % moins de risques (ou de chances) que leurs homologues de la modalité de référence de réaliser l'événement. Par contre si ce rapport est supérieur à 1, cela signifie que les femmes appartenant à la modalité considérée de la variable explicative courent OR fois le risque de subir l'événement accès aux soins obstétricaux ou $((OR - 1) * 100)$ % fois moins le risque de subir cet événement.

Conclusion :

L'objectif de ce chapitre était de préciser le cadre méthodologique, la source des données, les méthodes statistiques utilisées et évaluer la qualité des données.

L'élément essentiel à signaler dans ce chapitre est que les données de la MICS 3 sont dans l'ensemble acceptables pour réaliser des analyses statistiques particulièrement avec des taux de réponse élevé.

Les analyses descriptives et explicatives nous allons pouvoir tester la validité de nos hypothèses et répondre à nos questions.

Chapitre V
Présentation
des résultats de l'étude

Introduction :

Ce chapitre sera consacré à l'analyse des résultats de notre étude en utilisant les deux types d'analyse déjà citées dans le chapitre précédent. A partir de l'analyse descriptive des données, nous allons mettre l'accent sur la relation entre la pauvreté et l'assistance médicale lors de l'accouchement. Dans un premier temps, nous allons décrire les variations de l'assistance médicale à l'accouchement lors de la dernière naissance des femmes algériennes en fonction du niveau de vie des ménages.

Dans un second temps, nous allons essayer d'évaluer les effets de l'accès aux soins obstétricaux selon le niveau d'instruction de la femme, son milieu de résidence, sa région, sa parité, son âge etc

Analyse des Résultats de l'étude :

Nous allons tout d'abord donner une analyse descriptive des variables indépendantes utilisées dans notre étude selon la variable dépendante qui est l'assistance médicale à l'accouchement pour montrer l'existence ou non d'une relation entre ces variables et cela en utilisant le test de KHI deux . Nous allons aussi présenter les résultats de l'analyse logistique qui affirme la présence ou non de telle relation.

1- L'analyse descriptive des données :

L'utilisation de la base de données de la MICS 3 (2006), nous permet d'avoir les principales caractéristiques sociodémographiques des femmes en âge de procréer selon la variable dépendante assistance médicale à l'accouchement.

Le recours aux soins obstétricaux de qualité lors de la grossesse et l'accouchement diminue les risques de morbidité et de mortalité maternelle et infantile.

1.1-le niveau de vie du ménage :

Le test du Khi deux montre bien une association très significative ($p < 0,05$) entre le niveau de vie du ménage est l'assistance médicale à l'accouchement.

Tableau n°10 : Répartition de l'assistance médicale selon le niveau de vie des ménages

		L'assistance médicale		Total
		oui	Non	
niveau de vie des ménages	Pauvre	39,28	5,00	44,27
	Moyen	18,89	0,55	19,45
	Riche	35,81	0,47	36,28
Total		93,97	6,03	100,00

Source : Calcul personnel de l'enquête MICS 3 (2006)

Selon le tableau n° 10, 94% des femmes ont eu une assistance médicale lors de leur dernier accouchement quelque soit leur niveau de vie avec une différence de 10 points entre celles du niveau moyen ou riche et les femmes pauvres 97 , 99 et 89 % respectivement . Mais pour celles qui ne l'ont pas eu, la différence est remarquable selon le niveau de vie du ménage. On remarque qu'une minorité de femmes de classe moyenne ou riche (4,15 %) n'ont pas été assistées lors de leur dernier accouchement contre 11,29 % pour les femmes pauvres . Cette différence, nous permet de dire qu'il existe une relation statistiquement significative entre l'assistance médicale à l'accouchement et le niveau de vie du ménage dont la femme appartient. Cela veut dire que les femmes pauvres trouvent des difficultés pour avoir accès à une assistance médicale lors de l'accouchement. Pour ces dernières, vivre dans la pauvreté constitue une barrière pour accéder à une assistance médicale pendant la grossesse et l'accouchement malgré la gratuité de la médecine en Algérie. Cette situation n'est pas le fait seulement du manque de moyen financier mais aussi il ne faut pas oublier que dans le domaine de la santé c'est les riches ou la classe moyenne qui profitent des prestations offertes par le

secteur public suite à leurs connaissances et leurs moyens (OMS, 2011 et Mebtoul , 2004)

1.2- Le niveau d’instruction de la femme :

L’association entre le niveau d’instruction de la femme et l’assistance médicale à l’accouchement révèle une forte liaison significative ($p < 0,05$). Selon les données de la MICS 3, les femmes qui ont un niveau primaire et plus bénéficient plus de l’assistance médicale à l’accouchement par rapport à leurs analogues qui n’ont aucun niveau. Les données précédentes, révèlent que plus le niveau d’instruction augmente, plus les femmes sont susceptibles d’avoir une assistance médicale lors de l’accouchement. Concernant les femmes qui n’ont pas eu une assistance médicale lors de leur dernier accouchement, la fréquence est très forte chez celles qui n’ont aucun niveau et continue à baisser en augmentant dans le niveau. L’instruction des femmes est un indicateur de recours aux soins qualifiés.

Tableau n°11 : Répartition de l’assistance médicale selon le niveau d’instruction de la femme

		L’Assistance médicale		Total
		Oui	Non	
le niveau d’instruction de la femme	Aucun	26,34	4,52	30,86
	Primaire	19,57	0,89	20,46
	Moyen	23,41	0,42	23,83
	Secondaire	20,02	0,18	20,20
	Supérieur	4,63	0,02	4,65
Total		93,97	6,03	100

Source : Calcul personnel de l’enquête MICS 3 (2006)

1.3- Le milieu de résidence :

Le milieu de résidence est fortement lié à la qualité de l'assistance médicale pendant la grossesse et l'accouchement. En général, le taux d'urbanisation au niveau national a enregistré un accroissement considérable depuis plusieurs années (plus de 60 % en 2006). De ce fait, les écarts entre le milieu urbain et rural en ce qui concerne les infrastructures sanitaires se sont régressés mais aussi l'amélioration du niveau d'instruction de la femme rurale et les changements socioculturels qu'a connu cette dernière ont contribué largement dans l'amélioration de la situation de la femme et la réduction des écarts entre celles du milieu urbain et celles du milieu rural. Le test du Khi deux réalisé à partir des données sélectionnées et traitées pour la réalisation de cette étude, montre la présence d'une association entre le milieu de résidence et l'assistance médicale à l'accouchement avec un $p < 0,05$. Les données de la MICS 3 montrent bien que toutes les femmes ont eu une assistance médicale lors de leur dernier accouchement quelque soit leur milieu de résidence mais avec une légère différence en faveur de celles qui résident dans le milieu urbain 98 % et 89% respectivement. Ce résultat consolide le fait que non seulement le milieu urbain est généralement plus doté en personnel qualifié que le milieu rural mais les femmes urbaines sont plus sensibilisées que celles du milieu rural.

Tableau n° 12: Répartition de l'assistance médicale selon le milieu de résidence

		L'Assistance médicale		Total
		Oui	Non	
Milieu de résidence	Urbain	56,23	1,21	57,44
	Rural	37,74	4,82	42,56
Total		93,97	6,03	100,00

Source : Calcul personnel de l'enquête MICS 3 (2006)

1.4- La région de résidence :

En Algérie et malgré les efforts consentis par l'état dans le domaine de la santé à travers les programmes nationaux de la santé, le développement infrastructurel particulièrement en ce qui concerne la santé de la mère et de son enfant considérée depuis plusieurs années l'objectif majeur de l'état dans ce domaine , les écarts entre les régions persistent toujours particulièrement entre le Nord et le Sud . Le déficit en personnel médical et paramédical ainsi que la

mauvaise répartition de ce dernier élargi ces écarts particulièrement dans le domaine de la santé reproductive.

Tableau n°13 : Répartition de l'assistance médicale selon la région de résidence

		L'Assistance médicale		Total
		Oui	Non	
Région	Centre	27,04	1,53	28,56
	Est	26,15	0,91	27,05
	Ouest	22,29	0,77	23,06
	Sud	18,50	2,82	21,32
Total		93,97	6,03	100

Source : Calcul personnel de l'enquête MICS 3 (2006)

Les données de l'enquête MICS 3, montrent bien cet écart entre le Nord et le Sud puisque plus de 80 % des femmes qui ont eu une assistance médicale lors de leur dernier accouchement résident dans les régions du Nord du pays contre seulement 20 % au Sud. Nous remarquons aussi que la part de celles qui n'ont pas eu une assistance médicale est largement plus forte par rapport aux autres régions du pays. Les femmes du Nord sont plus favorisées que leurs analogues du Sud. Cette différence est légère ou presque inexistante particulièrement entre l'Est et le l'Ouest, alors quelle dépasse les 10 points avec la région du Sud, 3.35, 3.36, 5.35 et 13.53 % respectivement. Ceci s'explique par l'absence de personnel qualifié , mais essentiellement par la dispersion des infrastructures sanitaires dans le Sud Algérien et le grand problème d'évacuation des patientes puisque la plupart des médecins spécialistes sont concentrés dans le chef lieu de la wilaya avec le manque de moyens de transports ainsi que la distance à parcourir entre les structures sanitaires qui parfois dépasse les 1000 KM s'ajoute à cela les conditions climatiques défavorables . La mesure de l'association entre ces deux variables en utilisant le test du Khi deux a confirmé la présence d'une liaison significative ($p < 0,05$).

1.5- La parité atteinte :

Nous observons selon les données du tableau n°14 que la majorité des femmes quelque soit leur parité ont été assisté par un personnel médical lors de leur dernier accouchement (presque 94 %) . La différence selon le type de parité est de cinq points entre les multipares et les grandes multipares mais elle dépasse les Huit points avec les primipares. Par contre, les primipares qui regroupent les femmes qui ont un enfant ou qui ont eu une naissance mais décédée, enregistrent une fréquence très faible de non assistance médicale par rapport aux autres femmes. Selon les données de la MICS 3, les femmes algériennes quelque soit leur parité, accouchent dans les structures de santé avec la présence en général d'un personnel médical. la part de celles qui n'ont pas été assisté lors de leur dernier accouchement ne représente que 6 % sachant qu'en Algérie le taux d'accouchement en milieu assisté a beaucoup évolué passant de 76 % en 1992 à 95, % en 2006 (enquêtes nationales) et que même dans les régions du Sud qui sont les plus défavorisées , on observe une disparition des accoucheuses traditionnelles . La femme algérienne et la famille algérienne vivent des transformations socioculturelles qui touchent aussi la maternité.

Tableau n° 14 : Répartition de l'assistance médicale selon la parité atteinte

		L'Assistance médicale		Total
		oui	non	
la parité atteinte	primipares	21,67	0,35	22,03
	multipares	38,29	1,84	40,12
	grands multipares	34,01	3,83	37,85
Total		93,97	6,03	100,00

Source : Calcul personnel de l'enquête MICS 3 (2006)

1.6- Les antécédents obstétricaux :

Les études médicales ont toujours signalé le lien fort entre avoir des antécédents obstétricaux et l'assistance médicale à l'accouchement. Par contre, Le test de Khi deux appliqué dans notre étude vient de révéler une autre situation, le

lien n'est pas significatif ($p > 0,05$). Selon le tableau de données n°15 issue de la base de données de MICS 3, parmi les femmes ayant des antécédents obstétricaux tels que par exemple une césarienne, 94 % ont eu une assistance médicale à l'accouchement. La femme algérienne est exigeante si le problème concerne sa santé et celle de son enfant.

Tableau n°15 : Répartition de l'assistance médicale selon les antécédents obstétricaux

		L'Assistance médicale		Total
		Oui	non	
Antécédents obstétricaux	oui	10,16	0,67	10,83
	non	83,81	0,81	89,17
Total		93,97	6,03	100

Source : Calcul personnel de l'enquête MICS 3 (2006)

1.7- L'âge au premier accouchement :

Les études précédentes ont bien montré l'association entre l'âge de la mère et l'assistance médicale pendant la grossesse et lors de l'accouchement. Les résultats de notre étude, ont montré que la qualité de l'assistance médicale pendant l'accouchement augmente quand l'âge augmente. Les jeunes femmes ont moins bénéficié d'une assistance médicale, une différence qui dépasse sept points.

Tableau n°16 : Répartition de l'assistance médicale selon l'âge au premier accouchement

		L'Assistance médicale		Total
		oui	non	
âge au premier accouchement	<20	23,84	3,00	26,84
	20-34	68,06	2,96	71,02
	35 et plus	2,08	0,06	2,14
Total		93,97	6,03	100

Source : Calcul personnel de l'enquête MICS 3 (2006)

2- L'Analyse explicative :

Après la présentation de l'état des lieux sur l'assistance médicale et les variables explicatives (indépendantes) que nous avons sélectionnées pour notre étude, nous allons dans cette partie présenter le degré d'association des différentes variables indépendantes avec la variable principale qui est l'accès aux soins obstétricaux représentée par l'assistance médicale à l'accouchement, puisque le premier type d'analyse nous ne permet pas de dégager les déterminants de l'assistance médicale à l'accouchement.

Notre objectif à partir de l'utilisation de la régression logistique est non seulement de dégager parmi ces variables explicatives celles qui sont les plus déterminantes de l'assistance médicale à l'accouchement mais aussi de montrer comment ces variables interfèrent pour contribuer à cette assistance médicale à l'accouchement.

Comme déjà expliqué dans le chapitre précédent, l'analyse de la régression logistique exige que la variable dépendante soit dichotomique. Pour réaliser cette analyse, plusieurs étapes ont été suivies.

Dans un premier temps, nous avons mis en relation chacune des variables indépendantes en relation avec la variable dépendante. Ce qui a permis d'avoir les valeurs brutes pour chaque variable explicative et les risques relatifs bruts des modalités des différentes variables par rapport à la modalité principale (avoir une assistance médicale).

Dans un second temps, sachant qu'aucune variable n'agit seule pour expliquer un phénomène, nous avons introduit toutes les variables dans un modèle global. Ce qui nous a permis de voir les effets nets des différentes variables explicatives sur l'assistance médicale à l'accouchement en tenant compte des effets des autres variables.

En dernier temps, nous avons utilisé la méthode de régression « Entrée » qui consiste à insérer toutes les variables explicatives en même temps. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau n°17

- **Résultats de l'analyse explicative :**

L'analyse logistique de l'assistance médicale à l'accouchement, nous a permis d'utiliser la totalité (100 %) de l'échantillon, c'est une très bonne fréquence et qui permet d'accepter le résultat (voir l'annexe n°1) . L'application du modèle en utilisant la méthode « entrée », nous a donné le résultat comme suit, sachant que la variable a une signification chaque fois que le niveau de signification est inférieur à 5%.

La partie de l'analyse descriptive a montré que le niveau de vie, l'instruction, le milieu de résidence, la région de résidence, sont significativement associées à l'assistance médicale à l'accouchement, ce qui explique l'importance de ces variables en tant que déterminants décisifs de l'assistance médicale à l'accouchement.

En effet, on peut supposer que les femmes ayant un niveau de vie et celles instruites ont acquis tout un ensemble de connaissance leur permettant d'entreprendre les actions nécessaires à une prise en charge efficace et de qualité lors de leurs accouchements, car étant plus informées sur les complications de la grossesse , les risques encourus lors de l'accouchement et l'intérêt majeur d'une prise en charge de qualité, susceptibles de garantir la grossesse , l'accouchement et les meilleures chances d'aboutir à une naissance vivante et viable.

**Tableau n°17 : Evaluation de l'effet des variables explicatives sur
l'assistance médicale à l'accouchement**

	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Milieu de résidence	-,914	,112	66,372	1	,000	,401
Région de résidence	-,344	,039	79,665	1	,000	,709
Niveau d'instruction	,716	,061	135,492	1	,000	2,046
Niveau de vie du ménage	,509	,080	40,715	1	,000	1,664
avoir des antécédents obstétricaux	,063	,136	,212	1	,645	1,065
Groupe d'âge	,138	,043	10,214	1	,001	1,148
La parité atteinte	-,604	,091	44,050	1	,000	,546
Age à l'accouchement du premier enfant	,312	,091	11,666	1	,001	1,366
Constante du modèle	3,221	,464	48,264	1	,000	25,042

Source : calcule personnel à partir de l'enquête MICS 3 (2006)

L'examen des résultats de la régression logistique montre une très bonne signification des variables explicatives du recours aux soins obstétricaux introduites dans l'étude en faveur de l'assistance médicale à l'accouchement sauf pour la variable « antécédents obstétricaux » ($p > 0,05$). Mais la plus intéressante est le milieu de résidence. Ce dernier explique 40 % de l'assistance médicale à l'accouchement. Les écarts au niveau national entre l'urbain et le rural s'expliquent essentiellement par le comportement des femmes urbaines. Les difficultés pour les femmes rurales d'être médicalement prises en charge s'expliquent par la vulnérabilité des conditions de vie. Les femmes vivant dans le milieu urbain ont plus de chances d'avoir des soins de qualité que leurs homologues du milieu rural. L'analyse descriptive a montré la présence de l'assistance médicale à l'accouchement dans les deux milieux urbain et rural mais une fréquence plus élevée dans le milieu urbain.

En effet, résider en milieu urbain offre plus de facilités d'accès aux services obstétricaux que la résidence en milieu rural. De plus la qualité des services obstétricaux est meilleure en milieu urbain qu'en milieu rural en raison de la forte concentration des infrastructures, des équipements et du personnel sanitaire les plus qualifiés en milieu urbain.

Cela confirme notre hypothèse selon laquelle le fait même de résider en milieu urbain, offre à la femme des avantages en termes d'accessibilité et de qualité des services quelque soit le niveau de vie. Alors qu'en milieu rural, en raison du nombre insuffisant de personnel de santé qualifié et d'équipements sanitaires de qualité seules les personnes de niveau de vie élevé sont en mesure de s'offrir certains services obstétricaux. Parfois même, en milieu rural certaines femmes de niveau de vie élevé préfèrent recourir aux méthodes traditionnelles pendant la grossesse et l'accouchement parce que ne possédant même pas le minimum qu'il faut pour payer les consultations. Selon l'OMS (1998), *«le fait que les services de santé maternelle soient payants freine leur utilisation et empêche des millions de femmes d'accoucher à l'hôpital ou de se faire soigner même en cas de complications même lorsque officiellement les tarifs sont peu élevés ou les services gratuits, il peut y avoir des redevances "officieuses" ou dessous de table ou encore d'autres dépenses qui empêchent que les femmes utilisent les services. Ce, peut être notamment le coût du transport, des médicaments ainsi que de la nourriture et du logement de la femme ou des parents qui s'occupent d'elle à l'hôpital»*. Souvent, ces femmes sont obligées de parcourir des kilomètres avant d'atteindre le centre de santé le plus proche. Ainsi, le manque de moyen de transport adéquat dissuade certaines à aller accoucher avec l'aide de personnel qualifié. Pour celles qui sont courageuses et qui décident d'y aller quelque soit le moyen, il leur arrive parfois d'accoucher en cours de chemin.

Le recours aux soins obstétricaux peut être le résultat de la résidence. C'est dans cette condition que le milieu de résidence acquiert sa pertinence dans l'explication du recours aux soins. L'opportunité de bénéficier d'une assistance médicale aux soins s'observe chez les femmes résidant en milieu urbain que chez celles du milieu rural.

Cette affirmation du milieu de résidence comme un facteur déterminant le recours aux soins obstétricaux montre que les comportements thérapeutiques sont d'abord le résultat du vécu social car en Afrique, l'hôpital est une réalité urbaine. Ainsi, les femmes qui résident en milieu urbain accordent une importance à l'égard des prestations sanitaires modernes. A l'opposé, les femmes résidant en milieu rural ont souvent des préjugés négatifs sur les prestations sanitaires modernes, ce qui les empêche d'y recourir. En restant attachées aux valeurs traditionnelles, elles estiment le plus souvent que l'environnement hospitalier est restrictif au point de vue émotionnel. Ces femmes préfèrent recourir à la médecine traditionnelle ou dans certains cas, s'abstenir de tout recours aux soins obstétricaux.

D'après ces résultats, nous pouvons confirmer l'hypothèse (H2) selon laquelle l'impact de la pauvreté du ménage sur le recours aux soins obstétricaux est plus marqué en milieu rural qu'en milieu urbain.

Aussi, l'effet de la région de résidence et le niveau d'instruction sur l'assistance médicale à l'accouchement est important et attractif. Les femmes résidant dans les régions du Nord et du Centre ont plus de chances d'avoir une assistance médicale lors de l'accouchement et moins de risques d'avoir des soins préventifs que leurs semblables du Sud.

En comparaison avec la région du Sud, les femmes du Nord et celles du Centre ont respectivement 83% et 65% moins de risques de bénéficier des services obstétricaux.

Ces résultats montrent que la région de résidence contribue à expliquer les disparités régionales dans la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement. Dans cette perspective, il serait intéressant de faire une brève description des différentes régions pour situer le contexte sanitaire de chacune d'entre elles.

Mais, la disponibilité des services de santé maternelle n'explique pas à elle seule cette situation. En effet, l'écart significatif, observé dans l'assistance médicale aux soins obstétricaux au Nord comparativement au Sud montre qu'une part d'effet de la région de résidence peut être médiatisée par d'autres caractéristiques telles que le niveau de vie du ménage par exemple. Ainsi, le risque relativement élevé que courent les femmes du Nord de recourir à une assistance médicale à l'accouchement n'est pas tant du fait qu'elles y résident, mais aussi au fait qu'elles ont généralement un niveau de vie meilleur que leurs homologues d'autres régions.

L'instruction joue un rôle primordial en ce qu'elle permet de sensibiliser les femmes de l'importance des consultations prénatales et de l'intérêt d'être assistée médicalement pendant l'accouchement. Par ailleurs, les femmes instruites ont plus de chances d'être médicalement prises en charge par rapport aux femmes sans niveau d'instruction.

Cette confiance mérite cependant d'être entretenue par un bon accueil, des temps d'attente relativement courts et des services de bonne qualité. Ce sont ces éléments qui peuvent amener la femme à revenir vers le prestataire en cas d'accouchement.

Face à ces résultats, l'hypothèse selon laquelle l'impact de la pauvreté du ménage sur le recours aux soins obstétricaux est plus important chez les femmes sans niveau d'instruction que chez leurs homologues de niveau secondaire ou plus est vérifiée.

L'effet du niveau de vie sur l'assistance médicale lors de l'accouchement est fortement significatif. Cette influence demeure irréductible. Cela traduit l'importance du pouvoir prédictif et explicatif du niveau de vie. Les femmes vivant dans de ménage de niveau de vie élevé ont plus de chances d'avoir une assistance médicale lors de l'accouchement que leurs homologues vivant dans des ménages de niveau de vie faible.

La pauvreté apparaît ainsi comme une caractéristique importante de l'exclusion du système sanitaire destiné à la femme. Le pouvoir économique du ménage est un déterminant majeur de l'accès à un système de soins qualifié, il détermine la capacité du ménage à mobiliser les ressources financières pour les besoins de santé de ses membres et à offrir à ses membres une scolarisation qui détermine leur niveau d'instruction.

- Les limites de l'étude :

Certains aspects clés de la relation entre l'accès aux soins obstétricaux et pauvreté n'ont pu être examinés dans cette étude, du fait essentiellement du manque de temps destiné à la réalisation de mémoire et la qualité de la base de données de la MICS 3 qui n'exige plusieurs corrections et traitement avant l'utilisation. Ainsi, nous n'avons pas pu procéder à une analyse du recours aux soins prénataux et postnataux, des facteurs influençant ces soins. Si certains aspects sont examinés, d'autres n'ont pas pu être étudiés en profondeur et nécessiteront un effort particulier dans le futur : il s'agit de la dépense des ménages sur la santé, de l'éducation, de l'accès à l'information, des conditions de travail et de certains éléments socioculturels permettant d'apprécier l'importance du capital social.

Conclusion :

Malgré la très forte proportion des femmes ayant été assistées par le personnel de santé qualifié pendant l'accouchement, la prise en compte des différents éléments spécifiques à l'assistance médicale à l'accouchement permettant de définir sa qualité montre que le recours aux soins pendant l'accouchement en Algérie reste relativement à désirer. En effet, une proportion de femmes algériennes n'a pas eu une assistance médicale.

Par ailleurs, les résultats de notre étude montrent bien l'importance déterminante de la variable niveau de vie des ménages dans lesquels vivent les femmes algériennes sans négliger le rôle des variables milieu de résidence, niveau d'instruction, et la région de résidence.

Face à ces résultats obtenus, nous pourrions conclure que nos hypothèses selon lesquelles l'impact de la pauvreté du ménage sur le recours aux soins

obstétricaux est plus marqué en milieu rural qu'en milieu urbain et l'impact de la pauvreté du ménage sur le recours aux soins obstétricaux est plus important chez les femmes sans niveau d'instruction que chez leurs homologues de niveau secondaire ou plus sont confirmées.

L'analyse de la régression logistique dont l'objectif était de dégager les facteurs associés à l'accès aux soins obstétricaux en Algérie et de montrer les mécanismes par lesquels les variables agissent sur le phénomène étudié. Les résultats montrent que le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction de la femme, le milieu de résidence et la région de résidence constituent les facteurs associés à l'assistance médicale de qualité lors de l'accouchement.

Cette partie a permis d'établir que sur le plan national, parmi les facteurs prédisposant, le milieu de résidence et la région de résidence sont déterminants dans l'explication de l'assistance médicale de qualité aux soins obstétricaux tandis que parmi les facteurs facilitant, les déterminants de cette assistance médicale aux soins obstétricaux sont le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage.

L'accès aux soins obstétricaux à travers l'assistance médicale à l'accouchement est déterminé par le milieu de résidence et les conditions de vie, c'est-à-dire que les pauvres et les riches ont des comportements très différentiels par rapport à l'assistance médicale à l'accouchement. Les riches ont plus de possibilités de faire face aux soins obstétricaux par rapport aux pauvres. Ces résultats viennent confirmer partiellement notre hypothèse selon laquelle la pauvreté constitue un obstacle majeur par rapport à l'accès aux soins obstétricaux.

Aussi, nous pouvons confirmer notre hypothèse selon laquelle les femmes vivant en milieu urbain et celles de la région du Nord ont plus de chances de bénéficier d'une assistance de qualité aux soins obstétricaux que leurs homologues vivant en milieu rural et dans le Sud Algérien.

Il ressort de cette étude que ce sont le niveau de vie du ménage ou la pauvreté du ménage, le niveau d'instruction de la femme, le milieu de résidence, qui sont les déterminants de l'accès aux soins obstétricaux en Algérie.

Dans l'ensemble, les facteurs qui expliquent l'accès aux soins obstétricaux en Algérie selon la MICS 3 sont : le milieu de résidence, la région de résidence, le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction.

Le niveau de vie est un facteur déterminant de l'accès aux services des soins obstétricaux car les femmes vivant dans des ménages de niveau de vie élevé ont plus de chances de bénéficier d'une assistance médicale lors de l'accouchement par rapport à leurs congénères vivant dans des ménages de faible niveau de vie.

Les femmes du milieu urbain ont plus de chances d'être médicalement assistées lors de l'accouchement par rapport à celles du milieu rural. C'est en milieu urbain que se concentrent les infrastructures sanitaires et le personnel de santé.

Le niveau d'instruction de la femme explique l'accès aux soins obstétricaux. La chance d'être assistée médicalement pendant l'accouchement pour une femme est élevée lorsque le niveau d'instruction est élevé. Les femmes instruites perçoivent mieux que les non instruites les avantages d'aller en consultations prénatales et d'accoucher sous une assistance médicale afin de prévenir les complications pouvant aboutir aux décès maternels.

Conclusion générale

Conclusion générale :

En guise de conclusion, nous retenons que le niveau de vie des ménages influence positivement et indirectement l'assistance médicale de qualité aux soins obstétricaux en Algérie. Ce résultat infirme l'approche économique selon laquelle l'accès aux soins obstétricaux est fortement corrélé avec le niveau de pauvreté. En effet, il est clair que ce sont les femmes vivant dans les ménages les plus aisés qui sont les plus ouvertes à la modernité, ce qui les expose à l'utilisation rationnelle des ressources afin d'avoir accès aux soins obstétricaux de qualité.

Face à la mortalité maternelle et infantile encore élevée au niveau national, une attention particulière mérite d'être accordée aux causes de ce phénomène qui ne cesse de prendre de l'ampleur et qui est pourtant évitable ou peut tout au moins être amoindri. Selon une étude réalisée en 1985 par l'OMS avait montré que 99 % des décès maternels survenant dans les PED (pays en développement) étaient évitables, même dans le contexte actuel.».

la plupart des études en Algérie concernant le recours aux soins obstétricaux, se sont focalisées sur les disparités offre/demande, urbain/rural en la matière. Seulement, il est indispensable d'aller au-delà de cette problématique afin de comprendre les causes de la « non assistance médicale aux soins obstétricaux ». Cette étude vient donc en partie combler la lacune concernant la disposition parcellaire de la documentation expliquant l'accès aux soins obstétricaux dans un contexte de pauvreté en Algérie dans le champs de la démographie.

La question de recherche est celle de savoir dans quelle mesure la pauvreté constitue un obstacle à l'accès aux soins obstétricaux en Algérie ?

L'objectif principal de cette recherche est d'établir la relation qui existe entre la pauvreté et l'accès aux soins obstétricaux à travers l'assistance médicale à l'accouchement.

Les analyses descriptives ont révélé en dehors des antécédents obstétricaux, une association très significative entre les facteurs explicatifs notamment le niveau de vie, le niveau d'instruction, le milieu de résidence, la région, la parité en l'occurrence la région de résidence, le milieu de résidence d'autre part et l'assistance médicale à l'accouchement.

Au niveau explicatif, les variables déterminantes dans l'explication de l'assistance médicale aux soins obstétricaux sont le milieu de résidence dans lequel vit une

femme, le niveau de vie du ménage, la région de résidence et le niveau d'instruction .

Les hypothèses vérifiées et partiellement vérifiées sont les suivantes :

~ **H1** : Nous supposons que, toute chose égale par ailleurs, les chances de la femme de recourir aux soins obstétricaux diminuent sensiblement avec la pauvreté du ménage ;

~ **H2** : L'impact de la pauvreté du ménage sur le recours aux soins obstétricaux

Est plus marqué en milieu rural qu'en milieu urbain ;

~ **H3** : L'impact de la pauvreté du ménage sur le recours aux soins obstétricaux est plus important chez les femmes sans niveau d'instruction que chez leurs homologues de niveau secondaire ou plus.

Cette étude n'a pas la prétention d'avoir atteint totalement les objectifs qu'elle s'est fixée. Certains d'entre eux mériteraient de faire l'objet de recherches plus approfondies avec des données autres que celles des EDS. En effet, celles-ci ne sont pas faites spécifiquement pour une étude visant à mettre en relation la pauvreté et l'accès aux soins obstétricaux.

Au terme de ce travail, nous n'avons pas la prétention d'avoir abordé à fond tous les facteurs susceptibles d'influencer les comportements thérapeutiques des femmes qui sont multiples et de plusieurs ordres. Mais d'une manière générale, nous disons que les caractéristiques socio-économiques (le niveau de vie, le milieu de résidence et la région de résidence) et les caractéristiques socio-culturelles déterminent l'assistance médicale à l'accouchement en Algérie. Les femmes vivant dans de ménage de niveau de vie élevé, celles du Nord, celles vivant en milieu urbain et celles ayant un niveau d'instruction élevé ont tendance à plus bénéficier à une assistance médicale à l'accouchement que leurs homologues vivant dans des ménages de faible niveau vie, celles du Sud, celles vivant en milieu rural et n'ayant aucun niveau d'instruction.

Malheureusement et question de temps, nous n'avons pas pu étudier tous les soins obstétricaux, nous nous sommes seulement intéressé à l'assistance médicale de l'accouchement sachant que les soins obstétricaux englobent les soins prénataux, l'accouchement et soins post-nataux. Il était donc plus intéressant d'approfondir notre recherche en essayant de chercher les raisons pour lesquelles certaines femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale ne bénéficient pas d'une assistance qualifiée pendant l'accouchement.

Enfin, nous estimons que la quasi-totalité des nos hypothèses a été vérifiée même si certains résultats semblent contrastés et appellent un approfondissement de l'étude en prenant en considération des aspects qui, pour des raisons diverses, n'ont pas pu être pris en compte ici.

Liste des tableaux

Tableau n°1	Evolution du nombre de pauvre et du taux de pauvreté dans le monde 1981-2012
Tableau n°2	Evolution Taux d'extrême pauvreté par région dans le monde 1981-2012
Tableau n°3	Nombre de personnes très pauvres par région dans le monde 1981-2012
Tableau n°4	Répartition de la population résidente selon le groupe d'âge et le sexe (Estimation de l'année2006)
Tableau n°5	Répartition des Indicateurs démographiques de la population Algérienne en 2006(en ‰)
Tableau n°6	Répartition des indicateurs socio-économiques en 2006
Tableau n°7	Répartition des Variables opérationnalistes et leurs modalités selon les différents concepts
Tableau n°8	Répartition des wilayas enquêtées selon la région
Tableau n°9	Taux de réponse des différentes variables de l'étude
Tableau n°10	Répartition de l'assistance médicale selon le niveau de vie des ménages
Tableau n°11	Répartition de l'assistance médicale selon le niveau d'instruction de la femme
Tableau n°12	Répartition de l'assistance médicale selon le milieu de Résidence
Tableau n°13	Répartition de l'assistance médicale selon la région de résidence
Tableau n°14	Répartition de l'assistance médicale selon la région de résidence
Tableau n°15	Répartition de l'assistance médicale selon les antécédents Obstétricaux
Tableau n°16	Répartition de l'assistance médicale selon l'âge au premier accouchement
Tableau n°17	Evaluation de l'effet des variables explicatives sur l'assistance médicale à l'accouchement

Liste des figures

Figure n°1	Schéma du cycle de la santé et de la pauvreté
Figure n°2	pyramide des âges de la population algérienne en 2006
Figure n°3	schéma conceptuel
Figure n°4	Schéma d'analyse mettant en relation la pauvreté et l'accès aux soins obstétricaux en Algérie
Figure n°5	Répartition des Femmes enquêtées selon le niveau de vie

Annexe

Annexe n° 1 : Caractéristiques des statistiques de régression logistique

		Khi-Chi-deux	ddl	Sig.	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
Etape 1	Etape	1049,840	8	,000	3960,437 ^a	,091	,249

L'explication :

- Concernant la pourcentage d'observation : quant il approche de 100 ce la veut dire que le modèle est très bon dans l'utilisation du maximum d'observations
- Quand le test du Khi deux est significatif ($p \leq 0,05$) cela veut dire que le modèle une signification très forte.
- Quand la valeur du test de Hosmer-Lemeshow tend vers la valeur 1 donc le modèle est de très qualité pour la conformité des valeurs observées avec les valeurs théoriques.
- Quand la valeur du coefficient R-deux de Nagelkerke augmente cela permet au modèle d'avoir une grande capacité à expliquer la variable dépendante selon les variables indépendantes

L'équation du modèle est :

$$Y = -0,914 \text{ milieu de résidence} - 0,344 \text{ Région de résidence} + 0,716 \text{ niveau d'instruction} + 0,509 \text{ niveau de vie} + 3,221$$

1. ADJIOROUN Ndingadet(2007), « pauvreté et l'accès au soin obstétrical au Tchad » mémoire de fin d'Etude Institut de formation.et de recherche démographique (I.F.O.R.D).
2. Anton E Kunst1 & Tanja Houweling (2001), « Panorama mondial des différences entre riches et pauvres dans l'utilisation des soins obstétricaux », in Studies in HSO&P,18,2001
3. Bouziani Mustapha (2016), « **Le recours aux soins en Algérie : entre le passé et le présent** », les actes du colloque International, « **Le GRAS : 25 ans après les patients à l'épreuve des soins** », Sous la direction de Mebtoul Mohamed et Hachem Amel , du 27 au Samedi 29 octobre 2016, Université d'Oran 2
4. Mebtoul Mohamed (Dir), Les prestations de soins de sante essentiels en Afrique : Réalités et perceptions communautaires - Cas de l'Algérie, Soutenue par OMS/APOC , (GRAS), Aout 2011.
5. Mebtoul Mohamed (2004), Logiques des acteurs sociaux et systèmes de Santé en Algérie, Correspondances, n°75, 2004.
6. KODZOA WOEMAN Adedzi (2012), « pauvreté des ménage et accès aux soins obstétricaux au Togo » mémoire de fin d'Etude Institut de formation.et de recherche démographique(I.F.O.R.D) .
7. BOUMBOUJA Mohamed lamine (2007), « pauvretés et accessibilité au service de santé le cas de la Guinée » université lumière Lyon 2 France.
8. L.chachoua(2014), « le système national de santé 1962 à nos jour » colloque international sur les politiquede santé Alger les 18 et 19 janvier 2014.
9. **JOO DE JESUS ANTÓNIO HEBO(2012), « pauvreté et fécondité des adolescents an Angola une analyse comparative entre 2006 et 2010 » (E.F.O.R.D).**
- 10.KADI Nadjat (2013), « Santé reproductive et la pauvreté en Algérie » thèse de Doctorat université Oran 2 septembre 2013.

11. Ousmane Ndiaye (2006), politique d'accès aux soins au Sénégal : le cas du Ferlo « Les interactions entre espaces urbains et ruraux mettent en perspective la crise multiforme de l'État » (Fall, Gueye & Dia, 21.07.2006), <http://www.larsi.uqam.ca/communications/articleousmane.pdf>
12. ADAMWAGSTAFF (2002), pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. Editions Worde héath organization.
<https://www.researchgate.net/publication/228608478>
13. OCDE (2013), panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE. Editions OCDE
14. OMS (2002), rapport mortalité maternelle 2005
www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596213/fr
15. OMS (2008), rapport principal MICS3 2006
16. OMS (2009), rapport la femme et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain www.who.int/gender/documents/9789241563857/f
17. Banque mondiale (2013), Donnée selon les indicateurs www.banquemondiale.org
18. INPES (2011), « inégalités sociales de la santé ». santé publique France
19. MARTIN B (2012) « la pauvreté dans le monde » centre de recherche internationale (C.E.R.I).
20. BONNEET Pascal (2002), le concept d'accessibilité et l'accès aux soins. dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3.
21. Piere Aiach (2010), « les inégalités sociales de santé ». M/S n° 5, vol. 26, mai 2010
22. <https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/pdf/2010/06/medsci2010265p540.pdf>

Abréviation

BM : Banque Mondiale.

CHU : *Centre Hospitalier Universitaire*

EH : Etablissement hospitalier

EHS : Etablissement hospitalier spécialisé

EHU : Etablissement Hospitalier Universitaire

EPSP : Etablissement de public de sante de proximité

INSP : Institut national de santé publique

OCDE : L'Organisation de Coopération et de Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

OMD : objectifs du millénaire pour le développement Economiques.

PIB : Produit Intérieur Brut.

PNB : Produit National Brut.

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise.

MeSH : Medical Subject Headings (Rubriques du sujet médical)

MICS : Multiple Indicator Cluster Surveys (enquête à indicateurs multiples)

SMI : Santé Maternelle et Infantile.

SR : Santé de la Reproduction.

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (fonds des Nations Unies Pour l'Enfance).

UNFPA : Fonds des Natuins Unies Pour la Population.

VIH : Virus de l'Immuno Déficience Humaine.