



HAL
open science

L'offre de soins à Constantine : pratiques et représentations des populations

Chiraz Zeghdar

► **To cite this version:**

Chiraz Zeghdar. L'offre de soins à Constantine : pratiques et représentations des populations. Géographie. Université Paris-Est, 2023. Français. NNT : 2023PESC2021 . tel-04718431

HAL Id: tel-04718431

<https://theses.hal.science/tel-04718431v1>

Submitted on 2 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**ÉCOLE DOCTORALE « VILLE, TRANSPORTS ET TERRITOIRES »
LAB'URBA**

Thèse de doctorat en Géographie présentée par

CHIRAZ ZEGHDAR

**L'OFFRE DE SOINS A CONSTANTINE
PRATIQUES ET REPRÉSENTATIONS DES
POPULATIONS**

Co-dirigée par

Myriam BARON, professeure des universités, Université Paris Est Créteil

*Belkacem LABII, professeur en géographie, Faculté d'urbanisme et d'architecture —
Constantine 3.*

Co-encadrée par

Stéphane RICAN, maître de conférences, Université Paris Nanterre

Jury

Virginie CHASLES, professeure des universités en Géographie, Université de Saint-Etienne,
rapporteuse

Emmanuel ELIOT, professeur des universités en Géographie, Université de Rouen-Normandie,
rapporteur

Anne Peggy HELLEQUIN, professeure des universités en Géographie, Université Paris
Nanterre, examinatrice- Présidente du jury

Tarek MEDJADJ, maître de conférences A, Université de M'Sila, examinateur

Date de soutenance le 22 décembre 2023

Résumé

En Algérie, la privatisation de l'exercice médical en 1986 a créé deux types d'offre de soins : l'une publique, gratuite et contrôlée par les pouvoirs politiques, et une privée, payante et régie par les lois du marché. Ces dernières se déploient sur le territoire algérien selon des logiques et dynamiques territoriales distinctes. Toutefois, cette dualité n'a pas permis de trouver des solutions pour assurer une prise en charge adéquate des populations. Lors que les populations cherchent à se soigner, les populations parcourent ses offres de soins de manière différenciée et es perçoivent de façons variées.

L'étude des pratiques et des représentations des populations de l'offre de soins dans le territoire de la wilaya de Constantine permet d'examiner les parcours de soins et de les comparer avec les logiques de répartition territoriale des deux systèmes. Elle peut servir d'exemple de ce qui se fait en Algérie en matière de santé publique et privée et de révéler les défis et les opportunités pour améliorer l'accès aux soins.

Mots-clés : Constantine, offre de soins, pratiques, recours, représentations.

Abstract

In Algeria, the privatization of medical practice in 1986 created two types of healthcare system: one public, free and controlled by political authorities, and one private, paid and governed by market laws. These services are distributed across Algerian territory according to distinct territorial logics and dynamics. However, this duality has not made it possible to find solutions to ensure adequate care for the populations. When people seek healthcare, they browse the healthcare offerings in a differentiated manner and perceive them in varied ways.

The study of the practices and representations of the populations of the provision of care in the territory of the wilaya of Constantine makes it possible to examine the care pathways and to compare them with the logic of territorial distribution of the two systems. It can serve as an example of what is being done in Algeria in terms of public and private health and to reveal the challenges and opportunities to improve access to care.

Key word: Constantine, healthcare provision, practices, recourse, representations

Remerciements

 *A la mémoire,*

De ma maman qui vivra à jamais en moi ;
De personnes chères qui sont parties.

 *Ma reconnaissance,*

À Mme Baron, M. Labii et M. Rican pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

 *Mes remerciements,*

À tous les acteurs du laboratoire villes, transports et territoires pour leurs conseils durant mes recherches.

À tous ceux qui ont accepté de faire partie de notre jury.

À mes parents, pour leur soutien inconditionnel.

À mon frère Mohamed Amine et à ma sœur Chahinez qui m'ont encouragé à poursuivre ce travail.

À mes poussins Anis et Ania

À la famille Chaib, pour m'avoir accueillie chaleureusement.

Et à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Table des matières

Introduction générale.....	13
Crises et état des lieux.....	13
Quelques éléments concernant le système de soins en Algérie.....	15
Pratiques et représentations du système de soins à Constantine : problématique et questionnements	18
Structuration de notre manuscrit.....	21
Chapitre I : Constantine entre wilaya et métropole.....	25
A. Constantine, une attractivité sanitaire régionale.....	26
1. De fortes disparités régionales en matière de santé	26
2. Une polarité dans la wilaya de Constantine	35
B. Une métropole omniprésente.....	37
1. Une métropole incontournable dans la région Nord-Est	41
2. ... Qui reflète le fait urbain algérien, la configuration administrative nationale.....	43
C. Une wilaya centrée sur son agglomération.....	46
1. Une agglomération analysée par les schémas d'aménagement urbains.....	47
2. Une structuration démographique centre-périphérie	50
Conclusion	54
Chapitre II : Pratiques et représentations des recours aux soins des populations algérienne et constantinoise	59
A. Le système de soins vu par les enquêtes nationales et internationales	61
1. Impact de la transition épidémiologique sur la santé de la population.....	61
2. Etat de santé des femmes et des enfants	66
B. Offres de soins et possibilités de recours dans les grandes agglomérations	73
1. L'incidence de la répartition spatiale des établissements de santé sur l'accès aux soins à Alger	73
2. L'accès aux services de soins et la mobilité des populations défavorisées dans l'agglomération oranaise.....	77
3. Inégalité spatiale des équipements de santé dans la métropole d'Annaba	79
4. Les travaux sur la santé dans la wilaya de Constantine	82
C. Un recours aux soins au prisme des pratiques et des représentations	89
1. Lien entre pratiques et représentations	89
2. Les représentations sociales de la santé	90
3. Localisations, pratiques et représentations du système de soins.....	92
Conclusion	96
Chapitre III : Dispositif d'investigation et présentation de la population répondante	99
A. Contexte et protocole de la recherche.....	100

1.	Les premières phases de terrain	101
2.	Phase de préenquête	106
3.	Phase d'enquête.....	112
B.	Caractéristiques territoriale et socioéconomique des enquêtés	126
1.	Des répondants sondés sur la quasi-totalité du territoire	126
2.	Caractéristiques socioéconomiques.....	132
	Conclusion	152
	Chapitre IV : Pratiques et représentations lors du recours aux soins publics.....	155
A.	Un état de santé moyen et des dépenses hautes	156
1.	Un état de santé jugé mauvais en périphérie de l'agglomération constantinoise	156
2.	Des dépenses de santé haute malgré une forte affiliation à la sécurité sociale.....	163
B.	Un secteur présent à chaque étape du parcours de soins	175
1.	Un temps de parcours de moins d'une demi-heure et recours aux soins pyramidal	175
2.	Un accès difficile en suivant la hiérarchie des structures de soins pour des prestations meilleures.....	178
C.	Un secteur aux multiples facettes.....	205
1.	Un ancrage en territoires périphériques des établissements publics de santé de proximité (EPSP).....	205
2.	Une influence différenciée des établissements publics hospitaliers (EPH)	209
3.	Un renoncement aux soins malgré l'offre publique.....	213
	Conclusion	219
	Chapitre V : Le recours aux soins privés, entre imaginaire et réalité.....	223
A.	Un fort recours aux structures de soins privées de base	223
B.	Une bonne image limitée par le coût.....	236
C.	Une expansion des établissements privés en liaison avec les structures de soins publiques	247
D.	Le « non-recours », principale étape de la trajectoire de soins	251
	Conclusion	261
	Chapitre VI : Déploiement spatial de l'offre de soins privée dans la wilaya de Constantine.....	265
A.	Une installation centralisée, à proximité des établissements publics de soins	268
1.	Des cabinets privés concentrés dans l'agglomération constantinoise	270
2.	Des cliniques privées à proximité des établissements de soins publics hautement spécialisés	282
B.	Une dynamique marquée par la hiérarchisation et la concentration.....	285
C.	Un déploiement récent de l'offre de soins privée	287
1.	La médecine libérale coloniale	288
2.	Un secteur privé en opposition au secteur public entre 1962 et 1986.....	288
3.	Un secteur privé complémentaire au secteur public à partir de 1986	290

4. Une évolution contrastée des infrastructures de soins privées.....	292
Conclusion	299
Chapitre VII : Territorialisation sanitaire publique dans la wilaya de Constantine, logiques et dynamiques	301
A. Le système de santé algérien, reflet de l'évolution des projets politiques.....	302
1. Un système de soins hiérarchisé puis gratuit à partir de 1974	302
2. Un système de santé réinvesti avec la reprise économique	305
3. Dont le mode de financement reste hybride	309
B. Un système de soins réorganisé depuis 2007	311
1. Une organisation administrative centralisée	312
2. La carte sanitaire, un outil d'organisation territoriale de l'offre de soins	314
3. Une offre de soins pyramidale pour une prise en charge globale	315
C. À Constantine, une implantation centralisée calquée sur les divisions administratives	319
1. Une offre de soins concentrée qui suit la hiérarchie territoriale	320
2. Des territoires d'établissements publics de soins de proximité (EPSP) issus sur des territoires administratifs	324
3. À chaque territoire, un hôpital de référence	326
4. Le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC), une attractivité au-delà de ses territoires.....	329
D. De Nouvelles dynamiques en perspective	343
Conclusion	346
Conclusion générale	349
Projet de thèse initial et réorientation.....	349
La localisation dans Constantine, comment souligner son importance dans les recours aux soins ?	349
Etat de santé ressenti, recours aux soins et hiérarchies dans la wilaya de Constantine	350
Contribution aux études sur les recours aux soins.....	352
Secteur public, secteur privé et dynamiques territoriales	355
Questions et chantiers à venir.....	357
Bibliographie.....	359
Annexe.....	367
Annexes	409
Liste des cartes	411
Liste des figures	415
Liste des graphiques	415
Liste des photos.....	417
Liste des tableaux	419

Introduction générale

Crises et état des lieux

La remise en question des politiques publiques reste un sujet d'actualité en Algérie. Le dernier et sans doute le plus important est le mouvement du « HIRAK »¹, qui, contre toute attente, « ... a apporté beaucoup d'espoir, beaucoup de bonheur ». Il met en avant les problématiques les plus profondes d'un système qui « ... a tout détruit... qui a touché notre éducation, le système de santé, la justice et la nature même du peuple algérien »². Spontané et insoupçonné, le «HIRAK» populaire, lancé le 22 février 2019 est né en réaction à l'annonce de la candidature à un cinquième mandat du président de la République sortant, avant de porter des revendications de changement total et radical. Les études menées par Mme Gherbi et M. Derradji sur ces événements ont mis en lumière que les individus ont fait l'expérience d'une dévalorisation statutaire (Gherbi & Derradji, 2019). De l'absence de logement au chômage, à l'abus de pouvoir, à la difficulté d'accès aux structures publiques dont les services de soins, ils exprimaient un sentiment de déni, de non-reconnaissance de leur citoyenneté. Cette mobilisation particulière a introduit de nouvelles façons de manifester et de se manifester (Gherbi & Derradji, 2019). La wilaya de Constantine, à l'image des différentes wilayas, a été le terrain de démonstration des actions de mobilisation et de revendication (Baziz, 2021). Ainsi, les manifestations du vendredi et du mardi ont permis de dessiner un circuit spatial propre. En partant de la place Amirouche appelée la Pyramide, la manifestation parcourt la rue Abane Ramdane (ex. Rue Rohault) pour arriver à la Place des Martyrs, appelée localement Bab El Oued. La manifestation se poursuit jusqu'à la place du 1^{er} novembre 1954 appelée « La brèche » pour revenir vers la place Amirouche en exprimant la rue Belouizdad (ex-Saint-Jean). Le parcours est fait trois fois pour se finir sur la place du 1^{er} novembre 1954. Cette forme de contestation ritualisée a permis, toutefois, aux slogans et aux mots d'ordre de se réinventer chaque semaine. En fonction des rebondissements politiques, les propos se sont réinventés et ont traduit la réponse des protestataires face aux mesures politiques prises (Ariane & Bouchareb, 2021).

Les revendications, concernant le volet sanitaire, portent sur le fondement du système de

¹<https://www.tsa-algerie.com/lan-i-du-hirak-en-douze-dates/>, consulté en 2021.

²https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/algerie/video-2-ans-apres-le-hirak-les-algeriens-continuent-de-se-mobiliser_4309151.html, consulté en 2021.

santé. Ces questionnements, qui ne datent pas d'aujourd'hui, portent sur la mise en place d'une démarche qualité, de prévention des risques et réductions des inégalités. De plus, ils comportent des interrogations sur l'usage du système de santé et de son offre de soins. Cette dernière, comportant une offre de soins publique et une offre de soins privée, tend à souligner les failles du système public. Il s'agit, par ailleurs, de cerner le rôle que peut avoir l'offre de soins privée dans l'ensemble de l'offre de soins.

La pandémie de la COVID-19 a, de plus, mis en évidence des dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes atteintes par le virus ainsi qu'au niveau des conditions de travail des professionnels de santé. Identifié le 25 février 2020 dans un champ pétrolier à Ourgla au sud du pays, le virus s'installe le 1^{er} mars 2020 dans la wilaya de Blida, qui deviendra l'épicentre de l'épidémie en Algérie. Les vagues successives ont mis à nu les faiblesses récurrentes du système de soins. En effet, dans son rapport publié en 2019, « Global Health Security index »³ considère l'Algérie comme l'un des pays les moins préparés aux crises sanitaires d'ampleur internationale. Elle est ainsi classée 173^e sur les 194 pays. Également, le classement de « Bloumeberg Healthiest Country Index »⁴ de 2019 place l'Algérie au quatrième rang en Afrique derrière le Nigeria, la Tunisie et l'Afrique du Sud (Snoussi, 2020).

La revue de presse confirme bien les conséquences directes et indirectes de la pandémie. La plus marquante est sans doute la troisième vague d'août 2021. La reprise de la pandémie a provoqué une forte hausse des décès, en raison du manque d'oxygène médical dans la plupart des hôpitaux du pays. Avec la mobilisation de la société civile, cette pénurie a révélé de façon tragique l'incurie des autorités. La forte hausse du nombre de personnes contaminées, passant de 200 cas quotidiens à 1 900⁵, a conduit les autorités à réquisitionner plus de structures de soins publics ou des hôtels. L'armée a également été sollicitée pour un hôpital de campagne. La situation se complique lors du scandale de l'oxygène. Des vidéos chocs montrent des scènes de chaos. Elles montrent ainsi des tentatives pour remplir des bouteilles d'oxygène, la recherche de concentrateurs d'oxygène, des appels de détresse sur les réseaux

³ L'indice de sécurité sanitaire mondiale (SGH) est une analyse comparative de la sécurité sanitaire et des capacités connexes dans les 195 pays qui composent les États parties au Règlement sanitaire international (RSI) de 2005.

⁴ L'index distingue l'économie de 169 pays selon les facteurs qui contribuent à la santé globale. Il classe les pays en fonction de certaines variables. Le Bloomberg Global Health Index se base sur les risques de santé (tabac, HTA et obésité), la présence d'eau potable, espérance de vie, malnutrition et causes de décès.

⁵ Les observateurs estiment que les chiffres réels étaient bien supérieurs, car le ministère de santé n'enregistrait que les cas confirmés à la suite d'un test PCR et effectués dans les structures de soins publiques.

sociaux. Elles montrent surtout des gens s'infiltrant dans les hôpitaux transportant eux-mêmes des bouteilles d'oxygène dans les chambres où étaient admis leurs proches. Il s'en est suivi des commentaires indignés sur l'état d'abandons dans lesquels se trouvaient ces établissements. La société civile se mobilise pour recueillir des dons permettant de pallier les manquements existants. Tout cela se déroulait dans le silence total des politiques publiques. Ils en sortiront que le 29 juillet admettant la réalité de la crise de l'oxygène⁶. Lors de ces épisodes, le secteur privé n'a tout d'abord jamais été sollicité par les politiques publiques, tant en matière d'hospitalisation que de prestations de soins ou de tests médicaux (PCR, radiographie...). Ce n'est qu'à partir de l'année 2021 que des accords seront établis pour effectuer des tests PCR et le plafonnement des tarifs⁷. Le système de santé fait aussi face à des problématiques des personnels de santé notamment, à la suite d'une grève des personnels de santé en avril 2021. Le mouvement a commencé après la perte de 220 de ses membres, dont 176 médecins durant la crise sanitaire⁸ et le départ massif des médecins pour des pays étrangers⁹.

Quelques éléments concernant le système de soins en Algérie

Le système de soins algérien est aussi interrogé au sujet de son efficacité. Il s'articule, en effet, autour de deux secteurs, qui sont presque indépendants l'un de l'autre et qui fonctionnent suivant des logiques différentes. Le premier secteur correspond au système public instauré en janvier 1974, gratuit ou peu coûteux pour les usagers, dans la mesure où il est financé majoritairement par l'état : 22 % des dépenses de santé sont à la charge des ménages par le financement des hôpitaux et des actes médicaux (Abid, 2014). Cette apparente démocratisation de l'accès aux soins, par la présence de ce secteur public, ne garantit pas forcément l'accès aux soins spécialisés pour les catégories de population les plus « défavorisées ». Le second secteur est à la fois privé, libéral et nouveau. Arrivé au milieu des

⁶https://www.lemonde.fr/afrique/article/2021/08/06/concentrateurs-d-oxygene-campagne-d-information-collecte-de-nourriture-la-societe-civile-algerienne-s-organise-face-au-covid-19_6090675_3212.html
<https://www.nouvelobs.com/afrique/20210730.OBS47070/covid-19-et-penurie-d-oxygene-les-medias-algeriens-appelles-a-eviter-la-dramatisation.html#modal-msg>, <https://orientxxi.info/magazine/tempeste-sanitaire-sur-les-hopitaux-algeriens,4983>, consulté en juin 2022

⁷<https://www.aps.dz/sante-science-technologie/114036-covid-19-les-prix-des-tests-et-analyses-de-depistage-du-virus-plafonnes>, consulté en juin 2022.

⁸ <https://www.elwatan.com/a-la-une/a-bout-de-patience-08-04-2021>, consulté en juin 2022.

⁹<https://www.courrierinternational.com/dessin/fuite-des-cerveaux-lalgerie-confrontee-au-depart-de-ses-medecins-vers-la-france>, consulté en juin 2022.

années 80 pour la privatisation de l'exercice médical et au milieu des années 90 pour l'autorisation d'ouverture de cliniques privées, il semble traduire une marchandisation accélérée de la santé et des soins. Cette structuration duale du système de soin, avec deux secteurs sans attache administrative particulière ou collaboration apparente, est une source d'interrogations. L'étude du centre de recherche en économie appliquée pour le développement (CREAD) sur l'analyse des dépenses de santé en Algérie montre que la part des ménages dans le financement du système de santé a augmenté au cours des années 2000. En 2005, elle représentait un quart des dépenses totales de santé : « *Les patients algériens ont de plus en plus recours au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages* ». Et pourtant, selon les professionnels de la santé, « *70 % des actes médicaux se font dans le privé et ce sont généralement les classes défavorisées qui recourent au secteur privé, car elles n'ont pas de connaissances dans les hôpitaux* » (Ziani & Achouche, 2013). En 2017, les dépenses de santé par habitant en Algérie sont estimées à 151 euros. Elles restent supérieures à celles des pays voisins : en Tunisie, ces dépenses ne sont que de 127 euros et au Maroc de 61 euros.

D'autres faits interrogent sur l'inadaptabilité de l'organisation du système de santé, sa gestion et ses modalités de financement face aux mutations socioéconomiques de la population algérienne. Les différents problèmes du secteur de la santé et de l'offre de soins ne cessent d'être évoqués au journal télévisé, dans la presse ou dans les émissions d'actualité. Le colloque international sur les politiques de santé de 2014 s'est tenu à Alger en partenariat avec l'école nationale supérieure de sciences politiques (ENSSP) et le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH). L'objectif était d'insuffler une dynamique nouvelle au regard de « *la vétusté du cadre législatif, l'inadéquation des méthodes de gestion des établissements et des services de santé, l'inexistence de mécanismes de maîtrise des dépenses et le déphasage avec la transition épidémiologique que connaît le pays* ». Il revient, à titre d'exemple, sur l'évolution du système de santé et sur ces problématiques actuelles. Un travail de focus group élaboré en février 2011 a permis de cerner les problèmes et les difficultés ainsi que les suggestions pour améliorer la situation. Les observations ont montré l'insatisfaction des citoyens quant à l'organisation et la qualité des soins. Les professionnels de la santé portent un regard critique sur le système de santé et son inadaptabilité face aux mutations démographiques, épidémiologique et socioéconomique. Les acteurs publics relèvent, quant à eux, de plus en plus de disparités et des iniquités dans la

couverture sanitaire nationale. Ils révèlent, par ailleurs, le manque de cohérence et de synergie entre les différents secteurs publics, parapublics et privés (ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière & École Nationale Supérieure en Sciences Politiques, 2014).

En effet, l'Algérie connaît depuis trente ans une triple transition : épidémiologique, sociale et économique. Au niveau épidémiologique, les études révèlent des mutations significatives dans l'état de santé des Algériens. Les pathologies qui prévalaient dans les années 60 comme les maladies transmissibles (paludisme, typhoïde, tuberculose, etc.) ont été réduites sensiblement grâce à des politiques de prévention, de vaccination, mais aussi à d'autres facteurs comme l'amélioration de la nutrition, l'assainissement et l'amélioration du cadre de vie, etc. (Bouledroua, 2010) (Labii, 2017). D'un autre côté, les travaux montrent l'ancrage des maladies mentales dans la ville (Labii, 2007). Au niveau démographique, de nombreux changements sont intervenus depuis le début des années 60. Le taux d'accroissement annuel était de 1,84 %. L'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1962 à 74,2 ans en 2012 et 76,3 ans en 2021. La pyramide des âges est devenue vieillissante avec un poids plus important des séniors de plus de 60 ans. Ils étaient 5 % dans les années 70 et entre 12 et 15 % en 2020¹⁰. Au niveau économique, le Fonds Monétaire international (FMI) avait décrété que l'Algérie était trop dépensière en matière de santé. La dépense nationale de santé qui représentait 6,5 à 7 % du PIB à la fin des années 80 est tombée à 3 % après le passage du FMI. De plus, avec la guerre civile, s'est produit un départ massif de médecins. Cela s'est traduit, d'une part, par le départ vers l'étranger du corps médical. D'autre part, cela s'est traduit par le départ vers le secteur privé plus rémunérateur.

D'autres questionnements tournent autour de l'efficacité de la gratuité des soins ; cette gratuité pouvant être un gage de bonne prestation de soins. Par exemple, un article du journal *Algérie-focus* relaye des interviews auprès de personnes de la société civile. Pour certains, la gestion et la qualité des soins sont remises en cause. D'autres déplorent le manque de professionnels de santé dans les structures de soins de premier recours. Malgré la garantie d'une gratuité des soins par la loi, le citoyen algérien ne pense pas être soigné gratuitement pour de nombreuses raisons. En dépit des moyens consacrés à la santé ces dernières années, la prise en charge est considérée comme insatisfaisante et, pour certaines pathologies comme

¹⁰ <https://fr.countryeconomy.com/demographie/esperance-vie/algerie>, consulté le 26/09/2023

le cancer, comme quasiment absente.

Pratiques et représentations du système de soins à Constantine : problématique et questionnements

S'intéresser à la réalité sanitaire en Algérie permet de rendre compte de l'image de la société et de sa complexité. En considérant la santé comme un produit de déterminants économiques, politiques, sociaux, culturels et environnementaux, l'étude permet de révéler les décalages voire les inégalités d'accès au système de santé. Dans notre contexte, la situation de Constantine permet d'entrevoir la réalité sanitaire algérienne. Notre recherche cherche donc à comprendre les dynamiques spatiales de système de santé algérien à travers l'étude du déploiement spatial des structures de soins. Il s'agit, par ailleurs, de comprendre les logiques qui amènent la population à recourir aux soins au regard des deux secteurs — public et privé — présents dans le système de santé.

Le territoire constantinois est un exemple urbain en Algérie. La wilaya est classée troisième du pays sur le plan administratif, économique et démographique. De plus, la ville de Constantine est la première métropole de l'intérieur du pays avec près d'un million d'habitants au dernier recensement disponible de la population de 2008 de l'office national des statistiques (ONS). Ce territoire, huitième plus petite wilaya en matière de superficie, se caractérise par un fort taux d'urbanisation avec 89 % de la population totale sur 2187 km². Située au nord-est de l'Algérie, la wilaya de Constantine se trouve à 431 kilomètres de la capitale Alger et à 250 kilomètres de la frontière tunisienne. Elle est au croisement de grands axes nord-sud (Skikda — Biskra) et est-ouest (Sétif — Annaba).

L'étude de l'offre de soins à Constantine comporte des questionnements multiples qui tournent autour de son organisation, de sa gestion et des modalités de son financement. Ce sujet a ainsi été le terrain de plusieurs investigations. La première étude sur la santé à Constantine a été entreprise par le Pr Bensmail. Ce professeur en psychiatrie, qualifiant certaines pathologies comme la maladie mentale, le suicide, la délinquance... de « sociales », montre qu'elles sont apparues en même temps que les transitions sociale et économique du pays. Son étude qui date de 1980 montre, à titre d'exemple, la part croissante des migrants souffrant de maladies du comportement passant de 32 % des hospitalisés en 1964 à 48 % en 1977. Est aussi observée une forte croissance en milieu urbain des pathologies citadines,

comme la toxicomanie passant de 15 % en 1964 à 43 % en 1977. Cette étude conclut à l'ancrage de maladies mentales dans la wilaya de Constantine et met directement en cause l'exode rural, l'accroissement élevé de la population et indirectement la ville (Labii, 2007). Dans la même direction, le Pr Labii en 2007 montre que l'agglomération constantinoise révèle une urbanisation de la maladie qui va des pathologies infectieuses à celles du comportement puis aux violences urbaines. Le territoire constantinois se développe ainsi autour du noyau originel par la mise en place d'une multipolarisation puis la construction d'une nouvelle sphère urbaine, impliquée entièrement dans la constitution d'un espace pathogène. Il interpelle la géographie urbaine et l'urbanisme, dans lesquels le thème et le lieu sont liés pour le développement du concept du système pathogène rapporté au système urbain (Labii, 2007). Si ces deux travaux peuvent apparaître comme relativement pionniers dans la prise en compte de la santé des habitants dans l'agglomération de Constantine, ils ne constituent pas notre principal questionnement de recherche. À la différence d'un troisième travail, celui du Pr Boussouf en 1998, qui porte sur les territoires d'attractivités du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC). Il montre notamment que la hiérarchisation des soins hospitaliers mise en place dans le cadre de la carte sanitaire n'est pas respectée dans sa totalité. Les flux de malades enregistrés entre le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) et les différentes régions de l'Est algérien révèlent que le principe de subsidiarité est mal appliqué. Ainsi, la pyramide hospitalière est transgressée par la population qui semble ignorer la sectorisation des soins en Algérie. Le recours aux soins qui est fonction d'un ensemble de facteurs de poids différents dessine un espace sanitaire de différentes échelles, souvent différent de l'espace médical règlementé par la carte sanitaire (Boussouf, 1998a). Toutefois, au cours de notre recherche, nous avons davantage dialogué avec le travail du Pr Bouledroua mené en 2010, qui permet de déceler le regard que porte la population constantinoise sur le système de soins. L'analyse fine de son travail porte sur la réalité sanitaire algérienne et permet à travers la thématique d'accès aux soins de comprendre les inégalités sociales de la population. Selon lui, la configuration actuelle du système de soins algérien développe comme tous les secteurs de la réalité algérienne, mais avec des formes propres, des mécanismes formels et informels d'accès aux soins fortement. Cela se surajoute aux inégalités déjà constatées au niveau de l'état de santé lui-même. Ces inégalités d'accès aux soins se traduisent par les difficultés ou les facilités qu'éprouvent les différentes catégories sociales dans la satisfaction de leurs besoins de santé (de soins). Cela se traduit aussi du fait de leur

capacité à mobiliser ou pas et pas seulement les ressources économiques nécessaires à une santé qui coûte de plus en plus cher. Mais surtout, il s'agit de leur capacité de mobiliser ou non le capital social, relationnel qui garantit cet accès à un système de soins plutôt gratuit ou peu coûteux. Tout laisse à penser que ces deux formes d'inégalités d'accès aux soins, par l'argent et par la relation, sont plutôt cumulatives et exaspèrent les inégalités sociales en matière de santé (Bouledroua, 2010).

L'offre de soins à Constantine est un objet d'étude intéressant à plusieurs égards. Les centres hospitalo-universitaires (CHU) sont les structures de soins qui introduisent le plus de différences entre les wilayas d'Algérie. Il n'y en a, en effet, que 16 dont 13 ont été créés dans une triple mission de soins, de formation et de recherche entre 1982 et 1992. Cela signifie qu'ils sont présents dans une wilaya sur trois. Ils se concentrent en totalité dans le nord de l'Algérie et se trouvent principalement au centre (4 centres hospitalo-universitaire CHU dans la capitale Alger contre 1 seul dans la wilaya de Constantine). La présence historique du centre hospitalo-universitaire (CHU) à Constantine lui confère un rôle régional et est souvent mobilisée pour résorber un flux important de patients issus des wilayas limitrophes.

Notre principale préoccupation est de présenter une analyse de la situation actuelle de l'offre de soins où coexistent des structures de soins publiques et privées en prenant comme exemple l'agglomération constantinoise. Il est question, par ailleurs, d'étudier et de comparer la répartition spatiale et les logiques d'implantation des deux systèmes de soins comme une première étape nécessaire à la compréhension des inégalités d'accès aux soins. Cela permettra de souligner l'impact de la localisation des structures sur leur fréquentation par la population. Il s'agit de percevoir les représentations et les pratiques de la population constantinoise lors de leurs recours aux soins. Les groupes d'individus empruntent selon les lieux et leurs caractéristiques socioéconomiques et culturelles des pratiques de soins diversifiés, complexes et qui s'inscrit dans l'espace. Il s'agira donc de savoir quelles sont les caractéristiques géographiques de l'offre de soins présente. Comment la population se la représente-t-elle et de quelles manières la pratique-t-elle dans la wilaya de Constantine ?

Les articles publiés plus ou moins récemment dans la presse nationale semblent renvoyer une image peu satisfaisante, dégradée de l'offre de soins publique par rapport au secteur privé. Cela suppose de documenter d'autres questions en amont : comment se déploie le système de soins dans la wilaya et dans la métropole de Constantine ? Quelles représentations ont les populations de cette wilaya et de cette métropole de ce système de soins, divisé entre

secteurs public et privé ? Les images « renvoyées », diffusées par les médias et notamment la presse écrite, impactent-elles les pratiques de ces populations ? Quelle relation peut-on trouver entre leurs perceptions du système de soins et leur recours aux différentes structures de soins ?

Structuration de notre manuscrit

Pour y répondre, nous tenterons de documenter le fait que :

- Le territoire constantinois est révélateur de logiques sanitaires, qui se retrouvent au niveau national. Le déploiement de l'offre de soins sur ce territoire répond à des logiques différenciées : ainsi l'offre de soins est préférentiellement implantée dans certains types d'espaces qu'il faut bien identifier.
- Les pratiques qu'ont les populations du système de soins de leur wilaya et de leur métropole renvoient à des représentations différenciées selon l'endroit d'où ces populations s'expriment dans la wilaya.

Pour ce faire, cette thèse se déclinera en sept chapitres. Le premier posera le contexte de notre recherche, en revenant sur les principales structurations du territoire algérien, administratives et urbaines avant de s'intéresser de manière plus fine au système de soins algérien à partir de la wilaya et plus particulièrement de l'agglomération constantinoise. Le deuxième chapitre présentera un état de l'art des manières dont le système de soins a été étudié en Algérie, mais aussi des façons variées dont les pratiques et les représentations qu'ont les populations de ce système de soins. Ce sera l'occasion de mettre en évidence la présence voire l'importance des localisations dans les recherches proposées. Quant au troisième chapitre, il présentera notre dispositif de recherche, son déploiement dans le temps et sur les différents terrains, en accordant une attention particulière à notre enquête par questionnaire auprès des personnes visant à cerner leurs pratiques et leurs représentations de l'offre de soins dans les territoires de Constantine et en finissant par caractériser la population de nos répondants.

Les quatrième et cinquième chapitres seront consacrés à la présentation et à la discussion des résultats de notre enquête, en différenciant ce qui concerne les pratiques et les représentations de l'offre de soins publique (chapitre 4) de ce qui concerne les pratiques et les représentations de l'offre de soins privée (chapitre 5). Ce sera l'occasion de mettre en évidence des territoires différents en fonction des recours aux soins des populations

constantinoises répondantes et des représentations qu'elles révèlent en creux.

Les sixième et septième chapitres seront l'occasion de présenter les caractéristiques de l'offre de soins publics puis privés dans les territoires de Constantine. Cela permettra de mettre en regard les différentes logiques et stratégies de déploiement des secteurs privé (chapitre 6) et public (chapitre 7). Cela permettrait également de souligner les modes de coexistence des secteurs public et privé, en discutant les rôles des acteurs du secteur de la santé mais aussi des responsables politiques à partir de quelques opérations emblématiques.

Chapitre I : Constantine entre wilaya et métropole, un territoire complexe

L'étude des pratiques et des trajectoires de soins des populations, à travers la géographie sociale, permet de cerner les interactions entre des rapports sociaux et spatiaux. Elle permet ainsi d'accorder une place aux acteurs et aux systèmes territorialisés. Elle offre, à travers le territoire, le lieu et les effets sociospatiaux, une perspective de représentation et d'action. Le territoire et/ou l'espace sont définis comme « *des formes concrètes et symboliques, spatialement organisées et dynamiques, que produisent les activités des hommes.* » L'espace social se construit ainsi à travers la diversité des pratiques des individus (Di Méo, 2008).

Axé ce chapitre sur le territoire constantinois permettra de mettre en évidence d'une part ses logiques constitutives et d'autre part ses discontinuités. L'objet de chapitre est d'explorer le territoire de la wilaya de Constantine afin de révéler les dynamiques de recours aux soins en Algérie, des trajectoires de soins et de l'organisation de l'offre de soins dans un territoire urbanisé. Au-delà, on peut également se demander : en quoi la wilaya de Constantine peut-elle être révélatrice de pratiques de soins en milieu urbain en Algérie ? Peut-elle permettre de cerner les trajectoires de soins en milieu urbain ? Ce qui revient à se demander dans quelle mesure sa configuration urbaine rend compte du fait urbain algérien.

Le premier point de chapitre sera ainsi consacré à l'étude de la répartition régionale de l'offre de soins en Algérie. L'analyse des différenciations montrera la spécificité de la région nord-est où une dynamique est mise en évidence entre les deux métropoles de Constantine et d'Annaba, ce qui conduit à évoquer le positionnement de la wilaya de Constantine et sa polarité sanitaire.

Un deuxième point reviendra sur le rôle de la wilaya de Constantine dans la région au-delà du domaine sanitaire à l'échelle nationale et régionale. Cela nous permettra de rendre compte de la manière dont la wilaya de Constantine peut rendre compte du fait urbain algérien et comment elle peut constituer un terrain favorable à l'étude des pratiques, des représentations et des trajectoires de soins.

A. Constantine, une attractivité sanitaire régionale

L'attractivité régionale de la wilaya en matière de santé a été pointée à plusieurs reprises. Les documents officiels et les comptes rendus des professionnels de santé sont là pour en témoigner. Au sein des études nationales, le schéma national d'aménagement du territoire (SNAT) et le schéma régional d'aménagement du territoire (SRAT) montrent l'importance du territoire de Constantine à l'échelle nationale et régionale. Cela rejoint les études des professionnels de santé, comme les dernières en date, du professeur Larbi Abid, qui consolide la vision de son poids en matière de santé (2014).

1. De fortes disparités régionales en matière de santé

L'agence panafricaine de développement et de promotion du médicament (APIDPM), spécialisée dans le web médical africain, référence l'ensemble des sites médicaux, des fichiers des professionnels de santé. Au sein des données algériennes, l'étude du professeur Larbi Abid porte sur l'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014. Elle analyse la répartition des différentes structures de soins algériennes dans l'ensemble des régions et les politiques mises en œuvre dans la structuration et l'articulation de certains territoires aux dynamiques territoriales nationales.

L'Algérie, un pentagone de 2 381 741 km², est un territoire composé de 48 wilayas et 1 541 communes. Avec une population estimée à 38,7 millions d'habitants en 2014, le territoire est divisé en trois régions : le Nord, les Hauts Plateaux et le sud ou le Sahara. Chacune de ces trois régions a été subdivisée en trois sous-régions : ouest, centre et est, en prenant en considération la loi n° 10-02 du 29 juin 2010 portant approbation du schéma national d'aménagement du territoire (SNAT 2025)¹¹.

Ainsi, la région nord comprend 52,1 % des wilayas du pays, 59,8 % de la population sur 4,1 % du territoire, soit le plus grand nombre de populations sur la plus petite superficie. Déclinée

¹¹ Les 4 lignes directrices que sont la durabilité des ressources, le rééquilibrage du territoire, l'attractivité et la compétitivité des territoires et l'équité sociale et territoriale (qui consiste à assurer le rattrapage des territoires à handicap et d'anticiper la mise à niveau des zones qui peuvent se voir distancer par le jeu de la compétitivité).

Source : Loi n° 10-02 du 29 juin 2010 portant approbation du schéma national d'aménagement du territoire (SNAT 2025), Lien vers l'ensemble du texte de loi : <https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC106114/>, consulté le 16/06/2019.

sur les trois espaces qui la composent, la sous-région Nord-Centre comprend 18,7 % des wilayas, 29,1 % de la population sur 1,4 % du territoire. Le Nord-Est comprend 18,7 % des wilayas, 15,8 % de la population sur 1,2 % du territoire tandis que la sous-région Nord-Ouest comprend 14,5 % des wilayas, 14,9 % de la population sur 1,5 % du territoire.

La région des Hauts Plateaux comprend 29,17 % des wilayas, 30 % de la population sur 12,7 % du territoire. Les Hauts-Plateaux-Est concentrent 12,5 % des wilayas, 15,2 % de la population sur 2,3 % du territoire tandis que les Hauts Plateaux Centre et Ouest concentrent respectivement 6,25 % et 10,42 % des wilayas, 7,9 % et 6,9 % de la population sur 4,6 % et 5,8 % du territoire.

La région sud ou Sahara, qui comprend 18,7 % des wilayas, concentre la plus faible part de la population avec 9,9 % sur la plus grande superficie avec 83,1 %. La sous-région Sud-Est comporte 10,4 % des wilayas, 6,4 % de la population sur 47,8 % du territoire alors que la sous-région Sud-Ouest regroupe 6,2 % des wilayas et 2,3 % de la population. La sous-région Sud-Centre ne représente que 2 % des wilayas et 1,2 % de la population (cf. Tableau I.1).

Il ressort de cette description une double disparité. La première oppose le nord et le sud : la région nord concentre plus de population sur une superficie de moins de 5 %, ce que traduit la densité moyenne de 61 habitants/km². Cette densité moyenne diminue plus l'on se dirige vers le sud avec 30,8 habitants/km² dans les Hauts Plateaux et seulement 10,1 habitants/km² dans le Sud.

La deuxième disparité est à l'intérieur de chaque région, où des démarcations est centre-ouest sont relevées. Il apparaît que les sous-régions nord-centre et nord-est abritent les plus fortes densités de population avec respectivement 29,7 et 16,1 habitants/km². Elles sont suivies par les Hauts Plateaux Est et Nord-Ouest avec 15,5 et 15,2 habitants/km². Ces différences de densités de population sont aussi notables en matière d'équipements et de personnels de santé publique et privé.

Tableau I.1 : Poids des sous-régions algériennes en fonction de la population totale

Source : (Abid, 2014)*

Région et sous-région	Nombre de wilayas	Part dans le nombre total de wilayas (%)	Superficie (km ²)	Part dans la superficie totale (%)	Population 2014 (1million hab.)	Part dans la population totale (%)
Nord- Ouest	7	14,58	35 697	1,50	5,44	14,90
Nord- Centre	9	18,75	32 605	1,40	10,62	29,10
Nord-Est	9	18,75	25 945	1,20	5,75	15,80
Régions Nord	25	52,08	94 247	4,10	21,81	59,80
Hauts Plateaux Ouest	5	10,42	139 409	5,80	2,57	6,90
Hauts Plateaux Centre	3	6,25	110 190	4,60	2,88	7,90
Hauts Plateaux Est	6	12,50	54 487	2,30	5,55	15,20
Régions Hauts Plateaux	14	29,17	304 086	12,70	11,00	30,00
Sud- Ouest	3	6,25	748 568	31,68	0,85	2,33
Sud-Centre	1	2,08	86 105	3,64	0,44	1,21
Sud-Est	5	10,42	1 130 063	47,82	2,35	6,45
Régions Sud	9	18,75	1 964 736	83,14	3,64	9,99
Algérie	48	100,00	2 363 069	99,94	36,45	99,79

*Traitements statistiques à partir des données recueillies.

Les données sanitaires de l'étude du ministère de santé, concernant la population et la réforme hospitalière (MSPRH) de 2014, recensent les différents équipements de santé dans les différents secteurs de soins. La répartition territoriale de l'offre de soins publique porte sur les hôpitaux, les polycliniques, les salles de soins, les maternités et les centres anticancéreux (cf. Carte I.1).

Les disparités nord-sud, mais aussi ouest-est apparaissent également. Ainsi, la région nord concentre en général plus de la moitié des équipements de santé nationaux avec 57,4 % des hôpitaux, 66,7 % des lits d'hospitalisation, 57,7 % des polycliniques, 56,8 % des salles de soins, 47,4 % des maternités (55,9 % des lits de maternité) et 66,6 % des centres anticancéreux. Les Hauts Plateaux regroupent quant à eux un tiers des équipements de santé avec 30,5 % des hôpitaux (24,4 % des lits d'hospitalisation), 30,5 % des polycliniques, 30,2 % des salles de soins, 37,3 % des maternités (32,5 % des lits de maternité) et 22,2 % des centres anticancéreux. Le Sud concentre seulement un peu plus de 10 % de l'offre de soins publique, soit 12,0 % des hôpitaux, 8,7 % des lits d'hospitalisation, 11,7 % des polycliniques, 12,9 % des salles de soins, 15,2 % des maternités et 11,7 % des lits de maternité.

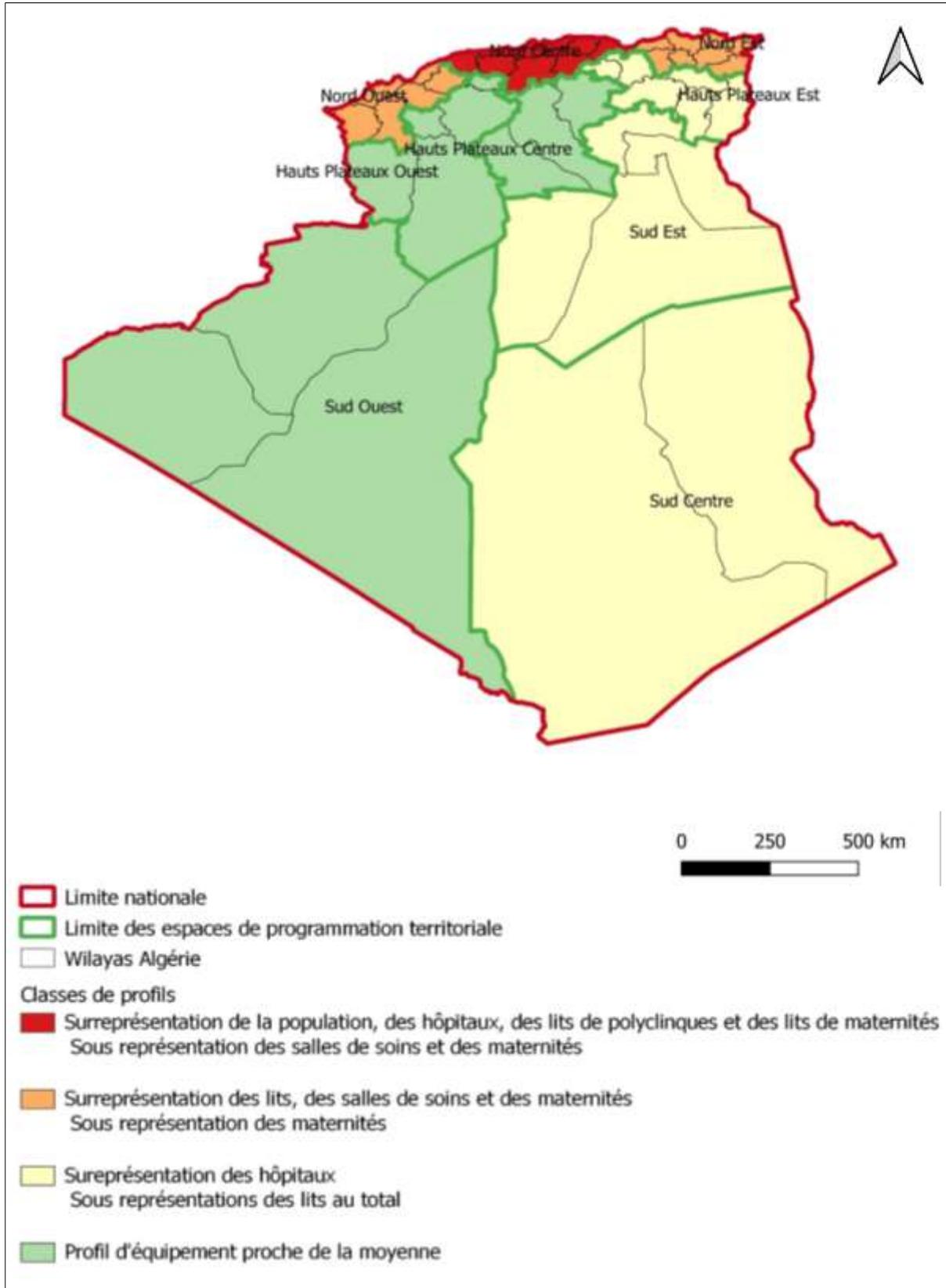
Au sein de la région Nord, le Nord-Centre est caractérisé par les plus forts taux de concentration d'équipements et de part de lits avec une moyenne de 23,4 % pour l'ensemble des équipements et 27,7 % pour les lits. Quant au Nord-Ouest, il regroupe en moyenne 16,5 % des équipements et 18,4 % des lits. Le Nord-Est concentre en moyenne 14,8 % des équipements et 15,1 % des lits. Dans la région des hauts Plateaux, les Hauts Plateaux Est représentent en moyenne 17,1 % des équipements et 18,2 % des lits, tandis que les Hauts Plateaux Ouest et les Hauts Plateaux Centre regroupent respectivement 8,0 % et 6,9 % des équipements, 7,0 % et 3,0 % des lits. Dans la région sud, le Sud-Ouest et le Sud Centre sont caractérisés par des moyennes inférieures à 5 % avec 4,1 % et 1,1 % des équipements et 3,2 % et 0,8 % des lits. Le Sud-Est est le seul espace à présenter des parts supérieures à 5 % avec 7,6 % des équipements et 6,1 % des lits (Annexe 1).

Une classification ascendante hiérarchique (CAH) menée sur ce que représentent les sous-régions algériennes en fonction des différents équipements et des lits des principales structures publiques permet de mettre en évidence des types de sous-région en fonction de sur- ou sous-représentations de certains équipements (cf. carte I.1). Ainsi, un premier groupe,

comportant les Hauts Plateaux Ouest et Est, est caractérisé par une surreprésentation des équipements de maternités (10,7 %, 18,6 %) et de lits de maternités (8,7 %, 21,9 %) tandis que leurs parts dans la population totale sont moindres, respectivement 6,9 %, 15,2 %. Le deuxième groupe est composé du Nord-Ouest, Nord-Centre, Sud-Ouest et Sud-Est. Il présente un profil d'équipements et de lits proche de la moyenne nationale. Le troisième type de sous-région, constitué uniquement du Sud-Centre, présente une sous-représentation des équipements liée à la maternité (0,6 %) et une surreprésentation des équipements hospitaliers (1,77 %) tandis que sa part dans la population totale algérienne est égale à 1,21 %. De même, le quatrième type renvoie uniquement aux Hauts Plateaux Centre, sous-représentés en lits d'hôpitaux et de maternité. Enfin, le cinquième type, qui ne concerne que le Nord-Est, est caractérisé par une surreprésentation en lits d'hôpitaux (17,74 %) et en salles de soins (17,21 %) et une sous-représentation en maternités (11,24 %) par rapport à ce qu'elle représente dans la population totale (15,8 %).

Carte I.1 : Classes de profils des régions selon la répartition des équipements

Source : (Abid, 2014). Réalisé par C.Z sous QGIS, 2023



La répartition de l'offre de soins privée porte, quant à elle, sur les cliniques privées et les cabinets privés de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de chirurgiens-dentistes et d'officines pharmaceutiques.

Le traitement des données montre une répartition déséquilibrée entre le Nord et Sud où le Nord concentre 71,3 % des cliniques nationales. Il concentre, par ailleurs, 77,9 % des médecins spécialistes, 71,9 % des médecins généralistes, 73,7 % des chirurgiens-dentistes et 69,6 % des officines pharmaceutiques. Inversement, les Hauts Plateaux regroupent 24,1 % des cliniques privées, 17,3 % des médecins spécialistes, 23,5 % des médecins généralistes, 17,3 % des chirurgiens-dentistes et 23,1 % des officines pharmaceutiques. Enfin, le Sud ne concentre que 4,6 % des cliniques privées, 4,8 % des médecins spécialistes, 4,6 % des médecins généralistes, 8,9 % des chirurgiens-dentistes et 7,3 % des officines pharmaceutiques.

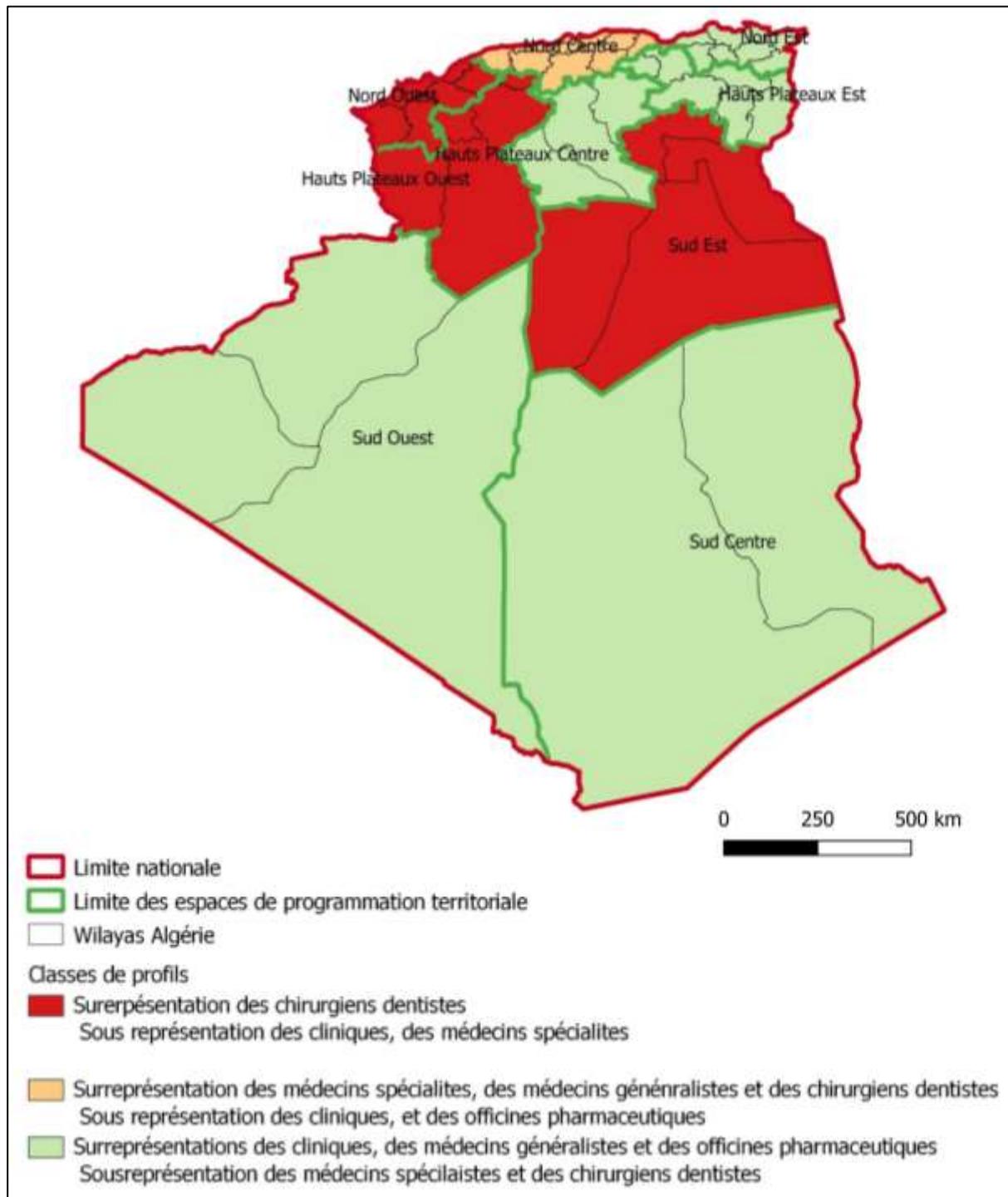
À l'échelle infrarégionale, le Nord-Centre concentre à lui seul 32,8 % des cliniques privées nationales, 42,4 % des médecins spécialistes, 34,7 % des médecins généralistes, 35,3 % des chirurgiens-dentistes et 28,3 % des officines pharmaceutiques. Il est suivi par le Nord-Ouest, qui compte 20,1 % des cliniques privées, 16,8 % des médecins spécialisés, 19,7 % des médecins généralistes, 12 % des chirurgiens-dentistes et 20,5 % des officines pharmaceutiques. Le Nord-Est compte, quant à lui, 18,4 % des cliniques privées, 18,8 M des médecins spécialistes, 17,5 % des médecins généralistes, 26,4 % des chirurgiens-dentistes et 20,8 % des officines pharmaceutiques. Les Hauts Plateaux Est comptent la majorité de l'offre de soins de la région avec 20,1 % des cliniques privées, 11,2 % des médecins spécialistes, 16,4 % des médecins généralistes, 14,5 % des chirurgiens-dentistes et 13,8 % des officines pharmaceutiques. Les Hauts Plateaux Ouest et Centre comptent quant à eux moins de 5 % dans l'ensemble des catégories de l'offre privée. Au sein de la région sud, le Sud-Est représente la moitié de l'offre de soins dans cette région avec 2,9 % de cliniques privées, 3,4 % de médecins spécialistes, 3,3 % de médecins généralistes, 7,3 % de chirurgiens-dentistes et 5,5 % d'officine pharmaceutique tandis que l'offre de soins privée, toutes spécialités confondues, dans les régions Sud-Ouest et Sud-Centre, reste inférieure à 2 % (Annexe 2).

Comme dans le cas du secteur public, une classification menée sur l'ensemble des sous-régions caractérisées chacune par les présences de professionnels de santé exerçant dans le secteur privé met en évidence des types de sous-région (cf. Carte I.2).

Ainsi, la sous-région Nord-Centre semble avoir un profil particulier avec une surreprésentation de l'offre privée. Elle est caractérisée par des surreprésentations des différents professionnels de santé privés par rapport à ce qu'elle représente dans la population totale algérienne. Aussi, le Nord-Est présente une surreprésentation de son offre privée avec notamment une forte présence de chirurgiens. Le Nord-Ouest et les Hauts Plateaux Est présentent des profils similaires avec d'une part une forte représentation de certains spécialistes et une sous-représentation d'autre. Les Hauts Plateaux Est sont caractérisés par une surreprésentation des cliniques et médecins généralistes et une sous-représentation des officines pharmaceutiques et des médecins spécialistes. Le Nord-Ouest est caractérisé quant à lui par une surreprésentation des cliniques, des officines pharmaceutiques et des médecins généralistes et une sous-représentation des chirurgiens. Les autres sous-régions présentent des profils proches caractérisés par une sous-représentation de l'offre de soins privée atténuée par une surreprésentation d'un des professionnels de santé ou des officines pharmaceutiques (cf. Carte I.2).

Carte 1.2 : Répartition de l'offre de soins privée dans les différentes régions algériennes

Source : (Abid, 2014). Réalisé par C.Z sous QGIS, 2023



Finalement, le territoire algérien apparaît comme un territoire à fortes inégalités dans la répartition de l'offre sanitaire. Les disparités nord-sud montrent une concentration des équipements publics et privés dans la partie nord de l'Algérie. Au sein de cette dernière, d'autres disparités infrarégionales apparaissent où la région nord centre, qui abrite la capitale

Alger, concentre la plus importante part de l'offre de soins publique et privée. La région Nord-Est, à laquelle appartient la wilaya de Constantine, présente finalement un profil caractérisé par une surreprésentation des lits d'hôpitaux publics et des salles de soins, une sous-représentation des maternités publiques et une surreprésentation des chirurgiens opérant dans le secteur privé.

Dans ce qui suit, nous porterons notre attention sur la configuration sanitaire dans cette région. Il s'agira de voir comment s'implante et se concentre l'offre de soins et quel est le positionnement de la wilaya de Constantine et son poids sanitaire.

2. Une polarité dans la wilaya de Constantine

Le Nord-Est est caractérisé par une concentration des offres de soins publique et privée. Les documents d'aménagement du territoire de 2009 vont dans le même sens que l'exploitation de l'étude du professeur Abid.

En effet, le schéma régional d'aménagement territorial (SRAT) répertorie l'offre de soins publique présente dans la région en 2009. Cette dernière comptabilise deux centres hospitalo-universitaires (CHU), dix établissements hospitaliers spécialisés (EHS), 40 hôpitaux d'une capacité d'accueil de 8 223 lits, soit 1,62 lit pour 1 000 habitants. En matière d'établissements publics de soins de proximité (EPSP), la région dispose de 78 polycliniques, 160 centres de santé et 699 salles de soins et de consultation. Les deux centres hospitalo-universitaires (CHU) se trouvent l'un à Constantine et l'autre à Annaba tandis que les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) se trouvent dans la wilaya de Constantine (4 établissements), dans la wilaya d'Annaba (2 établissements), dans la wilaya de Skikda (1 établissement) et dans la wilaya de Mila (1 établissement). Les deux métropoles de Constantine et d'Annaba concentrent donc à elles seules 30 % des équipements et 40,8 % des capacités en lits (cf. Carte I.3).

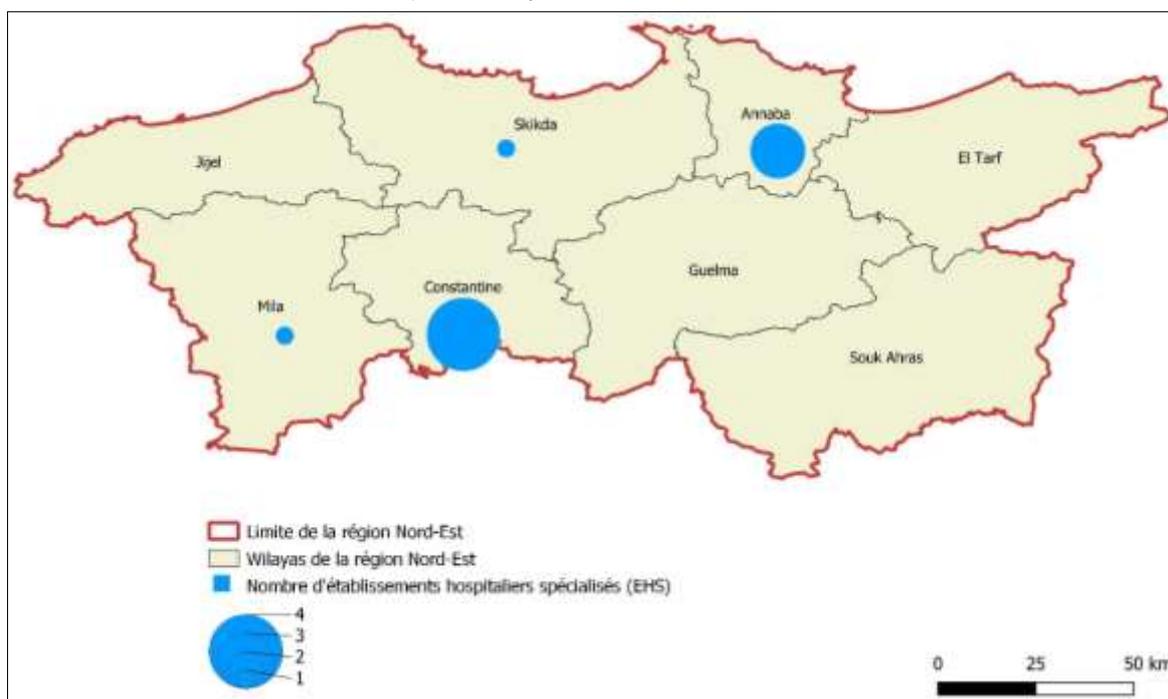
Il apparaît que la wilaya de Constantine concentre un fort taux d'offre de soins. Une lecture à partir de l'offre de soins dite de pointe montre que la wilaya regroupe un centre hospitalo-universitaire (CHU) et un établissement hospitalier (EH) et 1/3 des établissements hospitaliers spécialisés (EHS). Une lecture à travers la distribution des infrastructures hospitalières montre

à nouveau que celle de Constantine est première dans la région. Elle comprend huit hôpitaux¹² pour un 2 236 lits, soit 2,91 lits pour 1 000 habitants. Elle devance la wilaya d'Annaba qui comprend 9 hôpitaux avec une capacité de lits moindre à savoir 1 613 soit 2,64 lits pour 1 000 habitants¹³ (Annexe 3).

Une troisième lecture de la distribution des infrastructures hospitalières et de nombre de lits offerts relève une disparité entre d'une part les wilayas de la région et d'autre part entre les deux métropoles et le reste du territoire : le nombre de lits pour 1 000 habitants n'est que de 0,44 dans la wilaya de Mila¹⁴ (Ministère de l'Aménagement du Territoire de l'Environnement et du Tourisme, 2009)

Carte 1.3: Établissements hospitaliers spécialisés (EHS) enregistrés jusqu'en 2009 dans la région nord-est dans le schéma régional d'aménagement du territoire (SRAT)

Source : (Ministère de l'Aménagement du Territoire de l'Environnement et du Tourisme, 2009) Réalisé par C.Z sous QGIS, 2021



¹² Le calcul est basé sur l'ensemble des hôpitaux à savoir les centres hospitalo-universitaires, les établissements hospitaliers, les établissements hospitaliers spécialisés et les établissements publics hospitaliers.

¹³ La wilaya de Skikda compte 5 hôpitaux, 979 lits et 1,12 lit pour 1000 habitants, la wilaya de Mila compte 4 hôpitaux, 642 lits et 0,47 lit pour 1000 habitants, la wilaya de Jijel compte 3 hôpitaux, 818 lits et 1,3 lit pour 1000 habitants, la wilaya d'El Taref compte 3 hôpitaux, 463 lits et 1,13 lit pour 1000 habitants, la wilaya de Souk Ahras compte 3 hôpitaux, 502 lits et 1,2 lit pour 1000 habitants et la wilaya de Guelma 4 hôpitaux, 620 lits et 1,62 lit pour 1000 habitants (Ministère de l'Aménagement du Territoire de l'Environnement et du Tourisme, 2009).

¹⁴ Hôpital d'Oued Attmania n'est pas comptabilisé, car il a été considéré comme un établissement hospitalier spécialisé (EHS).

De ce fait, l'offre de soins publique dans la région Nord-Est semble se concentrer dans deux métropoles : Constantine et Annaba. Au sein de cette double concentration, la wilaya de Constantine présente une offre de soins nettement supérieure à la fois au sein des structures de soins de base et des structures de soins hautement spécialisées. Sa concentration en matière de structures de soins de base et hautement spécialisées permettrait une lecture plus élargie des trajectoires de soins des populations. Même si le poids de Constantine reste indéniable en matière de santé, il apparaît, par ailleurs, que le territoire pèse aussi au niveau national tant sur le plan démographique, urbain, économique qu'en matière d'enseignement supérieur. Rendre compte dans la prochaine section du rôle de la wilaya dans d'autres domaines permet aussi de mieux cerner le fait urbain algérien. Cela permet d'exposer la manière dont la wilaya de Constantine est un exemple illustrant les dynamiques des métropoles algériennes, permettant la compréhension du fait urbain algérien.

B. Une métropole omniprésente

Les documents d'aménagements du territoire, nationaux (SNAT) et régionaux (SRAT) montrent, outre les démarcations en matière de soins, des différenciations démographiques, économiques et urbaines.

Les données du recensement général de l'habitat et la population (RGPH) de l'office national des statistiques (ONS) de 2008 montrent que la structure spatiale de la population algérienne est polarisée au nord du pays. Trois wilayas sont caractérisées par de fortes densités de population : Alger avec 666 habitants/km², Oran avec 539 habitants/km² puis Constantine avec 429 habitants/km².

Le schéma national d'aménagement du territoire (SNAT), initié selon les articles 07 et 08 de la loi n° 01-20 du 12/12/2001¹⁵, montre un certain nombre de déséquilibres régionaux (cf. Carte I.4). Au niveau urbain, bien que le nombre d'agglomérations augmente durant les dernières décennies, l'armature urbaine reste dominée par Alger et, dans une moindre mesure, Oran, Constantine et Annaba. C'est par la croissance de leurs périphéries, et l'excroissance de grandes villes que ces agglomérations continuent de croître. À cela s'ajoute la présence de

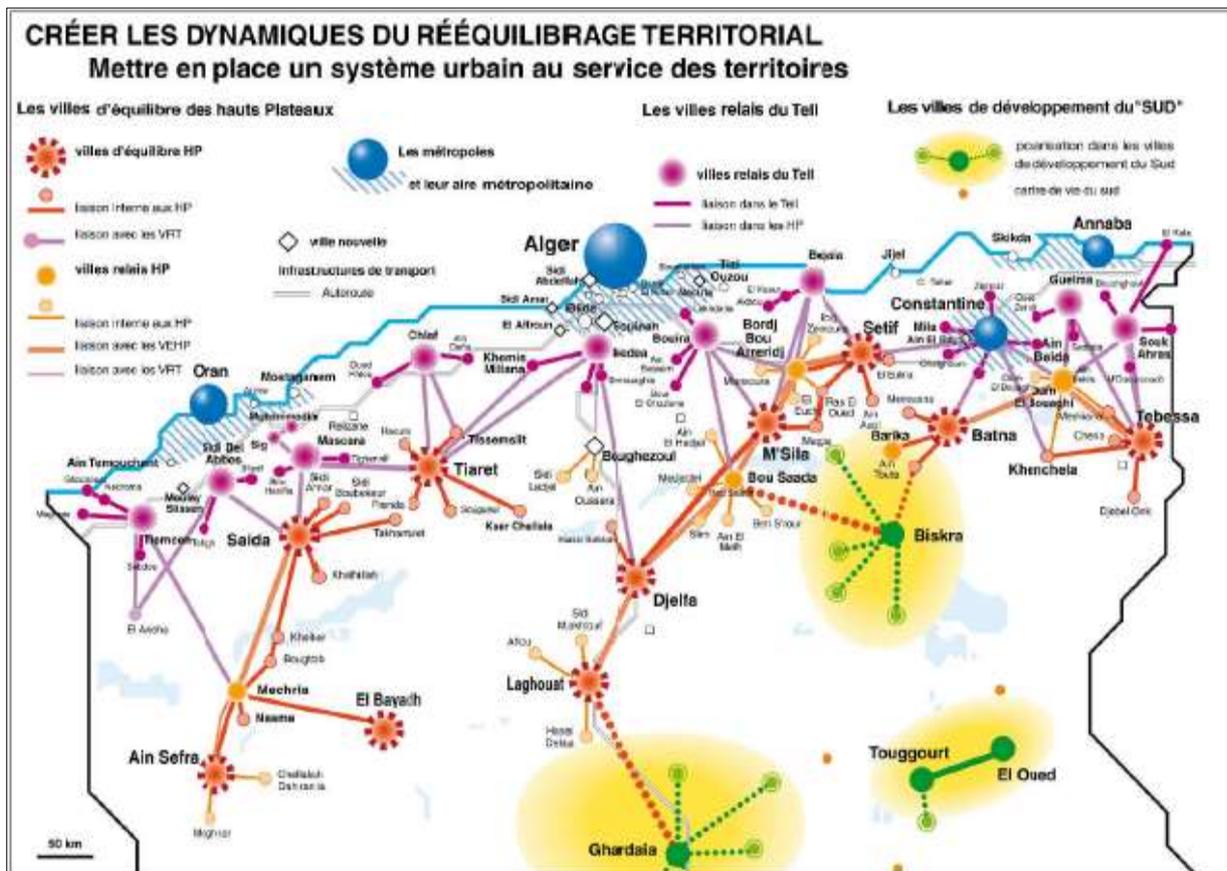
¹⁵ Loi n° 01-20 du 12 décembre 2001 relative à l'aménagement et au développement durable du territoire (Articles 07 et 08). Lien vers l'ensemble du texte de loi : http://www.cntppdz.com/pdf/01_20.pdf, consulté le 28/12/2016.

l'essentiel du potentiel économique dans le nord. En effet, 37 % des emplois sont localisés au nord-est, 38 % au nord-centre contre 25 % au nord-ouest. La répartition des infrastructures d'enseignement et de formation supérieure renvoie également à une répartition inégale où la wilaya d'Alger reste caractérisée par une forte concentration de l'équipement. Ces disparités se traduisent par des écarts importants dans la formation des populations avec un nombre d'étudiants pour 100 000 habitants très variables d'une ville à l'autre. Ainsi, Constantine compte 7 124 étudiants, Annaba 6 320 tandis les wilayas de Bordj Bou Arreridj, à l'ouest, et El Tarf à l'est, comptent respectivement 415 et 507 étudiants.

Les métropoles algériennes, notamment les plus anciennes comme Alger, Oran, Constantine et Annaba créent les polarités dominantes dans le pays et dictent les dynamiques territoriales en matière d'économie, de santé ou d'enseignements.

Carte I.4 : Polarités existantes en Algérie selon le schéma national d'aménagement du territoire (SNAT)

Source : (Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement, 2010)



Sur le plan théorique, la définition à l'international de l'urbain, par opposition à la définition du rural, couvre des réalités différentes. La distinction traditionnelle est souvent basée sur l'hypothèse que les zones urbaines fournissent un mode de vie différent de celui que l'on trouve en milieu rural. Différentes distinctions sont développées afin de rendre compte de l'urbain et du rural. Cela passe parfois par une distinction selon la taille de la population, par la densité de la population. Certains critères supplémentaires sont utilisés comme le rang administratif, la part de la population active employée dans l'agriculture ou la disponibilité générale d'électricité et/ou eau courante. En Algérie, il existe deux types de définition des agglomérations urbaines : une définition de type légal et une autre de type statistique. La définition légale se trouve dans deux textes de loi : n° 2001-20 du 12/12/01 relative à l'aménagement et au développement durable du territoire¹⁶; n° 2006-06 du 20/02/06 portant loi d'orientation de la ville¹⁷. Ainsi, les planchers de 5 000, 20 000 et 50 000 habitants qualifient respectivement les agglomérations urbaines, les petites villes et les villes moyennes. Au-dessus de 100 000 habitants, la métropole et les grandes villes se différencient à partir de deux conditions : une population au-delà de 300 000 habitants et une fonction, une vocation régionale, nationale ou internationale (cf.

¹⁶ Loi n° 01-20 du 12 décembre 2001 relative à l'aménagement et au développement durable du territoire (Articles 07 et 08). Lien vers l'ensemble du texte de loi : http://www.cntppdz.com/pdf/01_20.pdf, consulté le 28/12/2016.

¹⁷ Loi n° 06 – 06 du 20 février 2006 portant loi d'orientation de la ville. Lien vers l'ensemble de la loi : <https://www.interieur.gov.dz/index.php/fr/le-ministere/le-minist%C3%A8re/textes-legislatifs-et-reglementaires/40-le-dispositif-legal-regissant-la-wilaya-et-la-commune/398-la-loi-n%C2%B006-%E2%80%93-06-du-20-f%C3%A9vrier-2006-portant-loi-d%E2%80%99orientation-de-la-ville.html>, consulté le mars 2021.

Tableau I.2).

Tableau I.2 : Définitions à partir des lois de 2001 et 2006

Source : (Office National des statistiques, 2011), Réalisé CZ, 2023

Année de la loi	Type urbain	Seuil (milliers d'habitants)	Définition
2001	Métropole	300	Agglomération urbaine qui a vocation, outre ses fonctions régionales et nationales, à développer des fonctions internationales
	Aire métropolitaine	Non Renseigné	Territoire à prendre en considération afin de maîtriser et organiser le développement d'une métropole
	Grande ville	100	
	Ville nouvelle		Agglomération urbaine programmée dans sa totalité, sur un site vierge ou à partir d'un ou de plusieurs noyaux d'habitat existants
2006	Ville	100	<i>Agglomération urbaine disposant de fonctions administratives, économiques, sociales et culturelles</i>
	Ville moyenne	50 à 100	Non Renseigné
	Petite ville	20 à 50	Non Renseigné

À chaque recensement général, des critères ont été utilisés pour distinguer les populations urbaine et rurale.

Pour définir le milieu urbain, cinq critères sont retenus, dont le seuil minimum de population fixé à 5 000 habitants, qui permet de rendre compte d'une réalité urbaine, l'activité économique dès lors que les personnes actives qui y vivent n'exercent pas plus de 25 % d'activités agricoles, le raccordement aux réseaux électriques, d'assainissement et AEP, un taux d'accroissement entre 1987 et 1998 et des conditions supplémentaires qui doivent regrouper trois éléments de la liste suivante : l'existence d'un hôpital ou polyclinique ; l'existence d'un lycée ou d'un collège d'enseignement moyen ; l'existence d'équipements socioculturels (crèches, maisons de jeunes, différents centres...) ; l'existence d'infrastructures de sports et de loisirs (stades, parcs d'attractions, cinémas, théâtres...) ; l'existence d'équipements administratifs (bureaux de poste, tribunal, certaines administrations...).

Le type « suburbain », qui compte 94 agglomérations et est constitué de zones d'habitats voisines, « représentant l'extension en termes d'habitat et parfois d'activités des quatre grandes métropoles. »

Il s'agit essentiellement des agglomérations très proches des quatre métropoles régionales (villes satellites).

Il est donc défini comme : « une Agglomération urbaine dont la population totalise au moins 300 000 habitants et qui a vocation, outre ses fonctions régionales et nationales, à développer des fonctions internationales. »

1. Une métropole incontournable dans la région Nord-Est

La région Nord-Est reste intéressante à étudier, car elle a la particularité d'abriter deux métropoles. Organisée en 8 wilayas, 76 chefs-lieux de Daïras, et 206 chefs-lieux de communes et 583 communes, cette région est caractérisée par un phénomène de polarisation autour des métropoles de Constantine et d'Annaba. Seule région à abriter deux métropoles, la région nord-est est aussi la troisième plus grande région en matière de peuplement, après celles du nord-centre et du nord-ouest (cf. supra). Sa population est estimée à 5 174 719 habitants au recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2008, ce qui correspond à 15,26 % de la population totale. La répartition de la population montre un déséquilibre entre les wilayas : la wilaya de Constantine concentre 18,14 % de la population suivie par la wilaya de Skikda avec 17,39 %. La wilaya d'Annaba concentre quant à elle 11,78 % de la population se positionnant ainsi à la quatrième place. Les densités de peuplement dans deux wilayas sont respectivement de 437 et 408 habitants au km². La wilaya de Constantine est la plus urbanisée avec 86 % de sa population totale qui est urbaine, suivie par Annaba dont 64 % de la population est urbaine (Office National des Statistiques, 2008).

Le schéma régional d'aménagement du territoire (SRAT) de la région Nord-Est décrit la région comme à fort potentiel industriel, agricole et tertiaire. De plus, les deux métropoles concentrent, à elles seules, l'essentiel des équipements du tertiaire supérieur et des capacités industrielles (zones industrielles et grands complexes de production). À titre d'exemple, la classification des wilayas en fonction de la densité d'entreprises industrielles montre à nouveau la polarisation au niveau des deux métropoles. La wilaya de Constantine concentre 116 entreprises industrielles pour 100 000 habitants tandis que celle 91 entreprises individuelles pour 100 000 habitants pour celle d'Annaba¹⁸.

¹⁸ Les six autres wilayas ont toutes des densités industrielles inférieures à la moyenne nationale. À l'échelle nationale, on compte 77 entreprises industrielles pour 100 000 habitants, en 2005. Skikda, Mila et Guelma sont

Dans le domaine de la formation supérieure, la région est organisée autour de ces deux villes universitaires. Grâce aux grandes universités de Constantine et Annaba, la région nord-est constitue, après la région-centre (pôle universitaire d'Alger), le second pôle universitaire du pays. Elle abrite deux universités et quatre centres universitaires. Constantine concentre à elle seule 57 % des laboratoires de la région avec 68 laboratoires de recherches et 50 % de la masse de chercheurs universitaires en poste avec 1 500 enseignants-chercheurs. Jumelées, Constantine et Annaba polarisent 85,7 % des laboratoires et 87,09 % des enseignants-chercheurs (Ministère de l'Aménagement du Territoire de l'Environnement et du Tourisme, 2009).

L'interprétation du schéma régional d'aménagement du territoire (SRAT) montre finalement que Constantine, « *Grande Ville nationale* », possède le « *niveau d'équipement le plus développé de l'espace de programmation territoriale (EPT)* ». Cela rejoint les études universitaires qui montrent le poids régional de Constantine sur plusieurs plans. L'étude de Cherrad (2015) montre que la ville de Constantine dispose d'une tertiarisation confirmée avec une aire d'influence et une polarisation qui dépassent les limites administratives de la wilaya. Cette réalité est confirmée par l'ensemble des indicateurs utilisés comme l'enseignement supérieur, la santé, les unités pharmaceutiques. La ville de Constantine compte deux grandes universités : l'université Mentouri et l'université islamique. La première compte 9 facultés réparties sur plusieurs campus avec effectifs enseignants de plus de 2 400 personnes en 2010 et 218 pour la deuxième. La wilaya de Constantine regroupe 50 lycées, parmi lesquels 24 établissements publics, dont 48 %, sont concentrés au chef-lieu de wilaya (Cherrad, 2015). De plus, une domination du tertiaire est constatée dans trois quartiers urbains à savoir : Sidi Rached, Sidi Mabrouk et Belle Vue ce qui correspond au centre-ville et ses plus anciens faubourgs. « *La forme spatiale de l'implantation du secteur tertiaire se présente comme une coulée de distribution en forme diagonale de direction nord-est sud-ouest, dont le point nodal est le centre-ville qui se compose des quartiers : Djébel El Ouahch, Ziadia, Sakiat Sidi Toucef, Daksi, Sidi Mabrouk, El Kantara, le centre-ville, Belle Vue, Filali, le 20 aout et Boussouf.* » (Cherrad, 2015)

Finalement, la wilaya de Constantine jouit d'une situation géostratégique privilégiée

classés parmi les dernières wilayas.

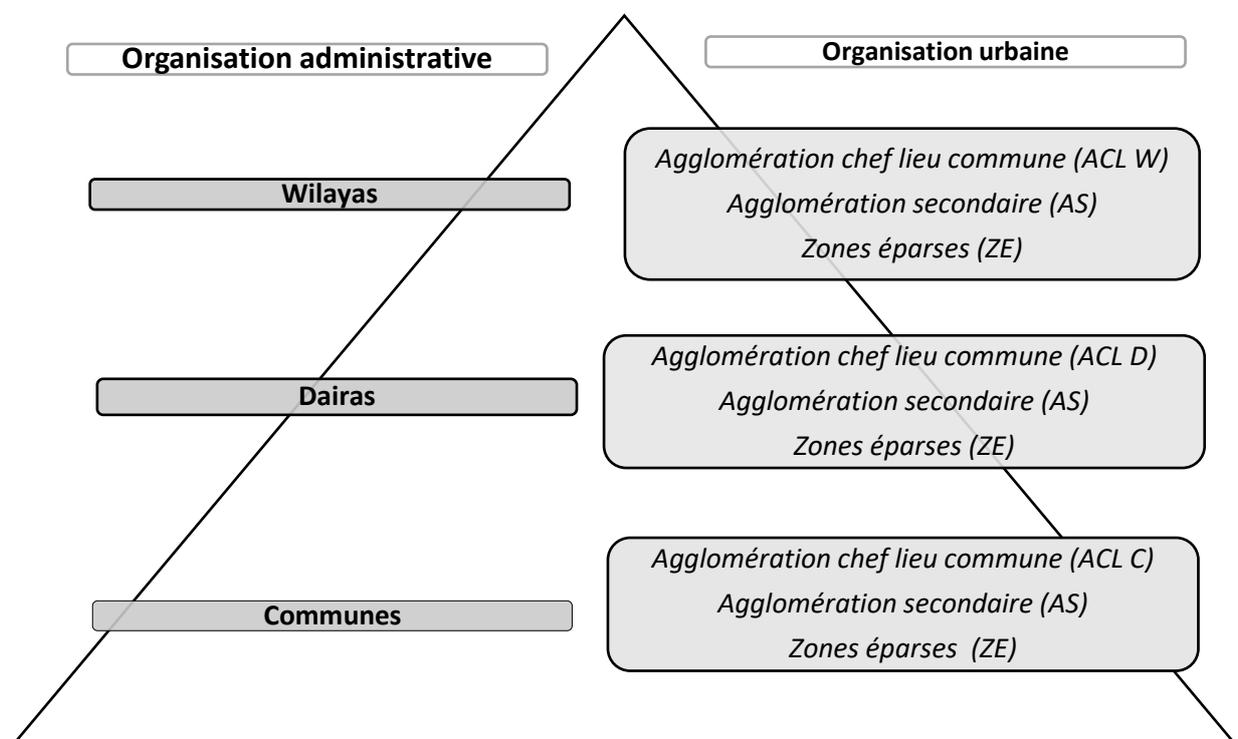
et est indéniablement un pôle d'attraction, un carrefour d'échanges économiques et commerciaux, un centre de rayonnement culturel au niveau de toute la région Est du pays. Troisième ville du pays après Alger et Oran, l'armature de son réseau routier¹⁹ lui permet de couvrir une zone de chalandise (influence commerciale) à la fois régionale et locale. Cette attractivité régionale en matière d'établissements tertiaires supérieurs vient donc s'ajouter à la polarisation existante en matière de structures de soins et de professionnels de santé.

2. ... Qui reflète le fait urbain algérien, la configuration administrative nationale

Les différentes études urbaines attestent que la wilaya de Constantine se base sur la ville de Constantine et ses villes satellites. Son périmètre urbain est en partie défini voire se superpose au découpage administratif national. Ce dernier se décline en wilayas, qui comprennent des daïras, elles-mêmes divisées en communes (cf. Figure I.1).

Figure I.1 : Organigramme de l'organisation administrative et urbaine en Algérie

Source : (Office National des Statistiques, 2008), réalisé par CZ, 2023



¹⁹ Réseau national : RN 5 Constantine — Alger, R.N. 3 Constantine—Batna—Skikda, RN 10 et 20 Constantine — Tébessa et Guelma se raccordant à la RN 3, RN 27 Constantine — El Milia — Jijel, RN 79 Constantine — Mila — Ain Moulana. À ce réseau de routes nationales vient s'ajouter celui des routes d'importance secondaires : C. W. 133 - 51 - 101... ; la liaison autoroutière est-ouest.

La loi n° 84-09 du 4 février 1984 relative à l'organisation territoriale du pays modifiée et complétée²⁰ a fixé à 48 le nombre de wilayas²¹. Ce nombre est passé du simple à plus du double en 20 ans, passant de 15 wilayas en 1963 à 48 en 1984. Le nombre de communes est quant à lui passé de 676 en 1963 à 1 541 en 1984. Les raisons de cette réorganisation territoriale ont été l'apparition dans l'espace de nouveaux centres économiques, l'urbanisation accélérée et la forte croissance démographique. Cela fait suite à la prise en compte des autorités locales « *du fait local et de son rôle essentiel dans l'aménagement du territoire.* » (Office National des statistiques, 2011) Le but était d'atteindre le plus de cohésion spatiale à la suite des nouvelles orientations d'ordre économique. Il s'agissait également de réduire les écarts entre les différentes régions du pays à la suite de la politique coloniale en premier lieu puis de la politique économique des deux premières décennies de l'indépendance où l'accent avait été mis sur le littoral et les grands pôles urbains (Office National des statistiques, 2011).

L'option prise a été de s'orienter vers un maillage plus fin du territoire national, en multipliant les centres de décision locaux à travers l'extension du réseau des collectivités locales, la diffusion et l'amélioration des services et des équipements au niveau des zones les plus déshéritées, et cela dans l'objectif d'assurer un équilibre spatial, social et économique entre les différentes régions du pays²² (Office National des statistiques, 2011).

La particularité des communes algériennes réside dans leur hétérogénéité. On peut trouver une ou plusieurs agglomérations dans une même commune ou, inversement, plusieurs communes dans une même agglomération comme c'est le cas dans les agglomérations

²⁰ Loi n° 84-09 du 4 février 1984 relative à l'organisation territoriale du pays. Lien vers l'ensemble du texte de loi : <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1984/F1984006.pdf>, consulté le 16/06/2018.

²¹Le 25 mars 2021, le nombre de wilayas en Algérie est passé de 48 à 58 wilayas. Ces nouvelles wilayas sont localisées dans le sud du pays : Timimoun, Bordj Badji Mokhtar, Ouled Djellal, Beni Abbès, In Salah, In Guezzam, Touggourt, Djanet, El Meghaier et El Menia. Source : Ordonnance n° 21-03 du 11 Chaâbane 1442 correspondant au 25 mars 2021 modifiant et complétant la loi n° 84-09 du 4 février 1984 relative à l'organisation territoriale du pays. Lien vers l'ensemble du texte de loi : <https://gazettes.africa/archive/dz/2021/dz-government-gazette-dated-2021-03-25-no-22.pdf>, consulté en mars 2021.

²² Il est à noter que la réorganisation territoriale de 1984 a donné un statut particulier pour la capitale, en l'élevant au rang de Gouvernorat du Grand Alger (G.G.A) structuré en arrondissements urbains et en communes. Le Gouvernorat du Grand Alger était composé de 28 arrondissements et de 29 communes. Toutefois, cette organisation a été abrogée en début d'année 2006 par décision du Conseil constitutionnel portant sur l'anticonstitutionnalité de l'Ordonnance portant création du Gouvernorat. La wilaya d'Alger et ses communes sont désormais régies par la législation applicable à l'ensemble des wilayas et des communes. D'autre part, la consistance territoriale de la wilaya d'Alger composée de 57 communes et son organisation en « circonscriptions administratives, administrées par des walis délégués » sont maintenues (Office National des statistiques, 2011).

d'Alger, d'Oran ou de Constantine. L'agglomération où est située le siège de l'assemblée populaire communale (APC) est dite agglomération chef-lieu (ACL), les autres agglomérations d'une même commune sont dites agglomérations secondaires (AS), alors que les agglomérations s'étendant sur plusieurs communes sont appelées Agglomérations intercommunales (AIC).

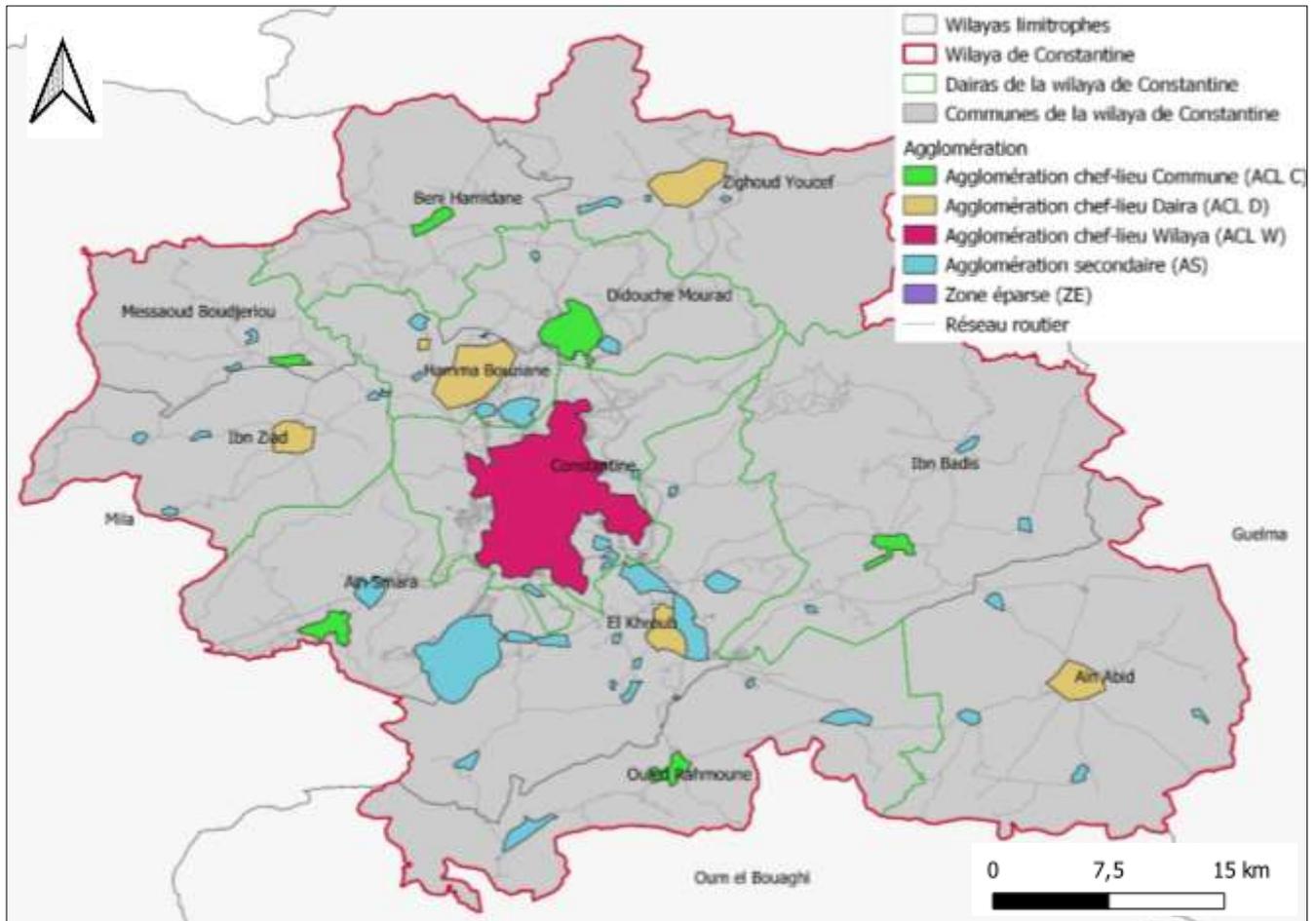
Même si les communes restent la base administrative, elles n'en constituent pas la base historique sur la totalité du territoire. C'est pourquoi les études statistiques et urbaines sont de plus en plus attachées à décrire le phénomène urbain à partir des « agglomérations », *« qu'ils ont tenté de définir le plus rigoureusement possible bien qu'elles n'aient pas de statut juridique au sens de l'organisation territoriale des pouvoirs locaux en Algérie »* (Office National des statistiques, 2011).

La wilaya de Constantine, composée de 6 Daïras et 12 communes, abrite donc une agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), 6 agglomérations chefs-lieux de Daïras (ACL D), 12 agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C). La ville de Constantine, siège de l'assemblée populaire wilayale est dite « agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) ». Les villes d'El Khroub, Ibn Badis, Zighoud Youcef, Ibn Ziad, Didouche Mourad et de Constantine, sièges de l'assemblée populaire de Daïra, sont dites « agglomérations chefs-lieux de Daïra » (ACL D). Les villes des communes de la wilaya sont dénommées « agglomérations chefs-lieux de Commune (ACL C) » (cf.

Carte I.5).

Carte I.5 : Organisation de la wilaya de Constantine

Source : Office nationale des statistiques, 2008, Réalisé par CZ sous QGIS, 2023



C. Une wilaya centrée sur son agglomération

La ville de Constantine est l'une des villes les plus anciennes d'Algérie qui a subi des transformations urbaines en raison notamment de sa morphologie, de son terrain. En effet, la ville a gardé la configuration architecturale et urbaine de deux configurations arabo-musulmanes et européennes. Cela se traduit avec l'apparition « *des maisons en pierre et en moellon, la création des voies nouvelles, percements et alignements selon l'urbanisme haussmannien : la rue Damrémont (Si Abdallah), la rue impériale (Ben M'Hidi), la rue de France (19 juin 1965)* » (Latreche, 2008). La période de 1959 à 1962 a imposé une urbanisation sous forme d'extension éclatée par rapport à son noyau. Depuis, elle a connu des extensions périphériques, avec l'apparition de nouveaux quartiers, des immeubles à barres à Belle Vue, cité gaillarde, comblant ainsi les poches urbaines vides comme Bentelis, Chalets des pins, les Muriers, Quatrième Kilomètre... (Annexe 4) (Latreche, 2008). Durant la période 1970-1980,

l'extension de la ville s'est réalisée dans un cadre planifié, correspondant aux premières procédures de zone d'habitat urbain nouvelle (ZHUN), dans les directions nord-est de la ville : la cité Ziadia, la cité 5 juillet et la cité du 20 août en 1975 et la cité Daksi et la Bum en 1977. La rareté des terrains urbanisables et la saturation du site ont imposé un report de croissance dans les communes limitrophes, comme Hamma Bouziane et Didouche Mourad au nord ; Ain Smara et El-Khroub au sud (cf.

Carte I.5). La recherche des terrains d'extensions pour le développement futur de l'agglomération ont nécessité la création de villes nouvelles : la première située dans les plateaux d'Ain el Bey, appelée Ali Mendjeli, et la deuxième limitrophes de la ville d'El-Khroub est nommée Massinissa (Bergel & Benlakhlef, 2019). Ainsi, la wilaya de Constantine a la particularité de se baser sur les communes limitrophes. Ce groupement forme l'agglomération constantinoise, le grand Constantine ou le groupement de Constantine. Il s'étale sur un rayon de 15 à 20 km et comprend la ville de Constantine, quatre villes satellites et deux villes nouvelles :

- La ville satellite d'El Khroub, implantée sur un site ouvert, est située près d'un important carrefour d'axes. Elle a bénéficié de l'installation de deux zones industrielles, que sont Oued Hammimime et El Taref ;
- La ville satellite d'Ain Smara, ancien village, comprend aussi une zone industrielle ;
- La ville satellite de Didouche Mourad comprend une cimenterie et plusieurs briqueteries. Sa position géographique est en rupture topographique avec Constantine ;
- La ville satellite de Hamma Bouziane est un ancien village colonial ;
- La ville nouvelle d'Ali Mendjeli se situe dans une position centrale entre les agglomérations de Constantine, d'El Khroub et d'Aïn Smara ;
- La ville nouvelle de Massinissa (à la limite de la ville d'El-Khroub).

Cette dynamique est soulignée par les plans d'aménagement locaux de la wilaya, dont le plan territorial d'aménagement de la wilaya (PTAW) et le schéma de cohérence urbaine (SCU) (2006).

1. Une agglomération analysée par les schémas d'aménagement urbains

Le plan territorial d'aménagement de la wilaya (PTAW) a créé un zoning à l'échelle locale dans le but de mieux gérer et aménager l'espace de la wilaya. Il se base sur deux niveaux de réflexion. Le premier est la position géographique et le caractère naturel des sites. Cela comprend le caractère montagneux, la présence de plaines et de collines intérieures et la présence de hautes plaines. Le deuxième niveau de réflexion porte sur les juxtapositions de phénomènes comme les axes de communications, zones de convergence de flux, l'histoire des sites et leurs fonctions de commandement, la centralité de la ville par rapport à

l'environnement local et la distribution spatiale des activités économiques traditionnelles. Ainsi, le diagnostic fait ressortir trois zones d'aménagement. Une zone A, centrale, dynamique, et saturée ; une zone B à la limite nord de la zone centrale qui est difficile et défavorable en matière d'aménagement urbain et la zone C à la limite sud de la zone centrale qui est favorable en matière d'aménagement urbain. Ces éléments montrent que la wilaya de Constantine s'organise selon un modèle de développement mono centrique où deux zones principales se dégagent. Il s'agit, d'abord, de la zone centrale, où se concentre une forte pression urbaine, qui comporte la commune de Constantine ainsi que les communes d'El Khroub, d'Aïn Smara, de Hamma Bouziane et de Didouche Mourad. La deuxième zone est périphérique à la zone centrale et regroupe les sept communes restantes à savoir les communes de Zighoud Youcef, Beni Hamidane, Ibn Ziad, Ouled Rahmoune, Ain Abid, Messaoud Boudjeriou (URBACO-EDR, 2006).

Le schéma de cohérence urbaine (SCU) de la wilaya de Constantine, réalisé par la société URBACO-EDR et issu de la loi d'orientation de la ville n° 06-06 du 20/02/2006, s'interroge, quant à lui, sur le périmètre de cette ville. Commenant au cœur de ville, le schéma de cohérence urbaine (SCU) s'interroge sur l'étendue du territoire. L'étude montre que réfléchir sur le territoire constantinois revient à évoquer l'aire que forme la commune de Constantine et les communes d'El Khroub, d'Aïn Smara, de Hamma Bouziane et de Didouche Mourad. Le développement de cette aire s'est fait sous de fortes pressions, notamment sociales engendrant différents problèmes. En effet, l'étude des mutations urbaines, durant la décade précédente, montre que le développement de la ville s'est fait le long des axes et des couloirs naturels, lequel développement a abouti à une véritable conurbation avec les centres urbains environnants. Cette situation est aggravée par l'existence de plusieurs contraintes physiques : site accidenté, terres agricoles et un problème de glissements de terrain qui menacent plus du 1/3 de la ville. Ainsi la ville de Constantine connaît un développement non maîtrisé qui a donné lieu à un urbanisme informel et contraignant. L'analyse des axes d'urbanisation montre que l'extension urbaine est *dictée par les contraintes physiques* qui l'obligent à suivre le cheminement des voies de communication, notamment la RN5 au sud et la route nationale 3 (RN 3) au nord²³, le long des vallées du Rhumel, du Boumerzoug et de

²³Vallée du Rhumel R.N. 5 au Sud : Ain Smara — Constantine. Vallée du Rhumel R.N. 3 au Nord : Hamma Bouziane — Didouche Mourad.

Hamma Bouziane. La liaison autoroutière est-ouest contribue favorablement à la mise en valeur de ces sites²⁴. La proximité des chefs-lieux de communes du grand centre métropolitain (10 à 15 km de distance), combiné au processus actuel d'urbanisation, fait que l'on se dirige vers une authentique conurbation constantinoise.

Deux niveaux peuvent être distingués :

- Le périmètre de référence : la commune de Constantine

Le périmètre de « la ville » regroupe celui de la commune de Constantine. Il se définit à partir du découpage administratif de l'assemblée populaire communale (APC). C'est le périmètre de base qui va porter la plupart des politiques urbaines. Au-delà de la logique de gestion, il existe une logique historique et identitaire. En raison de son cœur urbain historique, qui est le binôme médina-centre colonial produit deux facettes de l'urbanité, arabo-musulmane (beldi) et moderne. Cette urbanité donne ainsi la spécificité à la ville et renforce son identité (URBACO-EDR, 2006).

- Le périmètre de proximité : le grand Constantine

Le « Grand Constantine » ou « l'agglomération constantinoise » ajoutent à la ville-centre les communes qui se situent à la périphérie. « *Les interactions entre la ville et les communes ont une importance et un impact qui justifie la prise en compte de ce périmètre.* » (URBACO-EDR, 2006) périmètre géographique, englobant les territoires concernés par « l'étalement urbain », qu'on appelle parfois bassin de vie ou aire urbaine. À l'intérieur de ce territoire, les déplacements quotidiens ou hebdomadaires (travail, achats, loisirs) concernent une forte proportion de la population, le critère est celui des taux de déplacement pendulaires, à l'intérieur de cette limite qui dépasse 40 %, ce qui répond tout à fait à la définition de l'aire urbaine.

2. Une structuration démographique centre-périphérie

À l'instar de la population algérienne, la population de l'agglomération constantinoise est jeune, près d'un tiers a moins de 20 ans (cf. Graphique I.1). La tranche d'âge comprise entre 20 et 59 ans représente plus de la moitié de la population de la commune.

²⁴ Plain nord et est de Didouche Mourad, El Meridj — frange nord du plateau d'AIN-EL-BEY — Ain Smara

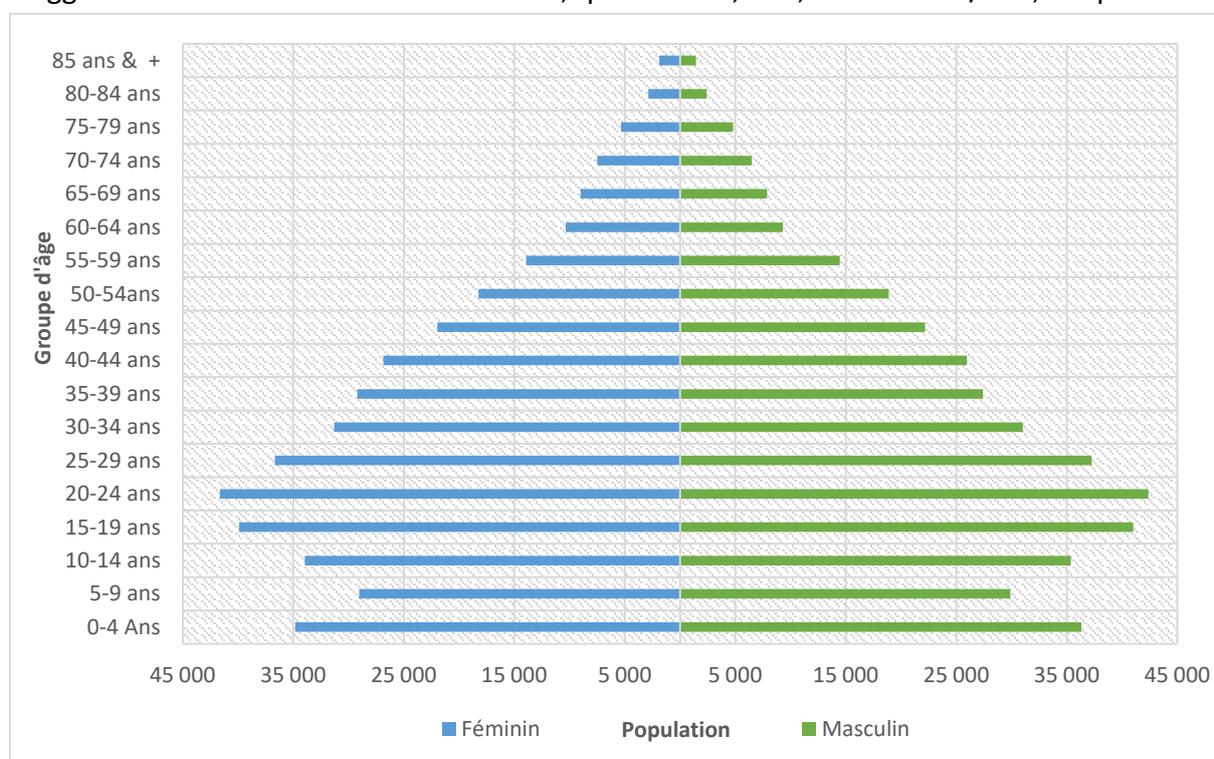
Corolairement, la population de 60 ans et plus est très faible, soit seulement 10,13 % de la population totale de notre territoire d'étude. On observe une baisse de natalité depuis la fin des années 1980.

Graphique I.1 : Pyramide des âges dans l'agglomération constantinoise

Source : (Office National des Statistiques, 2008), Réalisé par CZ, 2018

L'analyse des densités montre, par ailleurs, des disparités communales. Ainsi, la wilaya de Constantine comporte une densité moyenne de 406,67 habitants/km², ce qui est largement au-dessus de la densité des wilayas limitrophes²⁵.

L'agglomération constantinoise concentre, quant à elle, 878,13 habitants/km², ce qui est au-



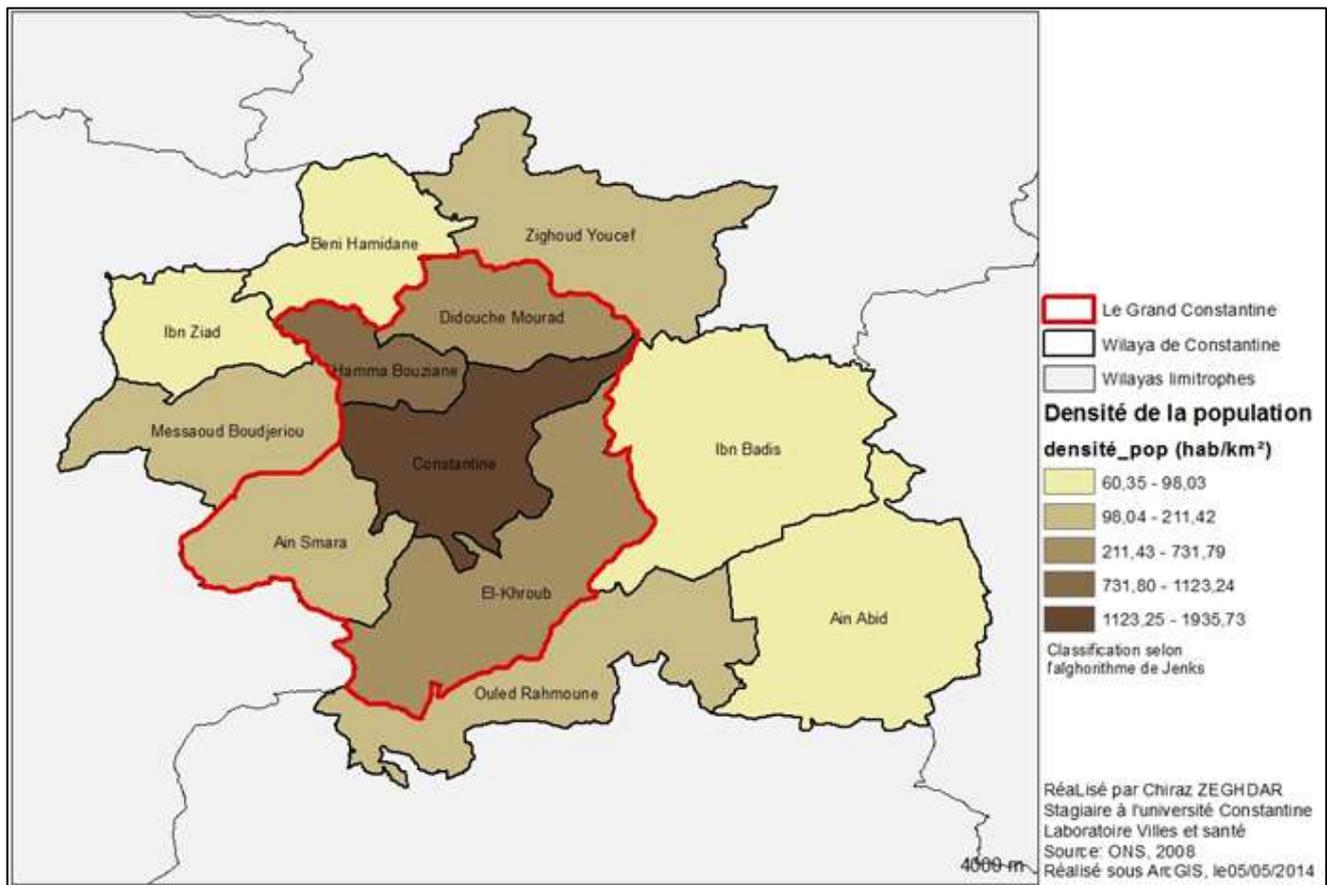
dessus de la densité des wilayas limitrophes. Avec plus de 89 % de terrain urbanisé, la ville de Constantine concentre la plus forte densité de population dans toute la wilaya (1 936 habitants/km²). D'autres fortes densités sont concentrées dans la commune de Hamma Bouziane avec 1123,23 habitants/km², suivis par les communes d'El Khroub et Didouche Mourad avec respectivement 731,79 et 388,51 habitants/km² (cf. Carte I.6). Inversement, nous remarquons sur la carte ci-dessous de faibles densités dans les communes limitrophes (Beni Hamidane, Ben Badis et Ain Abid avec moins de 98 habitants/km²). Ceci témoigne de la

²⁵ 223 Hab/km² dans la wilaya de Skikda, 220 Hab/km² dans la wilaya de Mila, 118 Hab/km² dans la wilaya de Guelma et 81 Hab/km² dans la wilaya d'Oum El Bouaghi.

centralité de l'agglomération constantinoise et de toute la wilaya de Constantine (Office National des Statistiques, 2008)..

Carte I.6 : Densité de la population dans la wilaya de Constantine en 2008

Source : (Office National des Statistiques, 2008)



L'analyse de l'évolution démographique montre, par ailleurs, une évolution en dent de scie. Durant la période coloniale, la ville de Constantine a enregistré une faible hausse de sa population : 20 000 habitants en 25 ans entre 1930 et 1955²⁶. Ce n'est qu'à partir de la première décennie de l'indépendance que la ville enregistre une forte croissance démographique, passant de 245 621 habitants en 1966 à 345 566 habitants en 1977. Les flux de population qu'a connus la ville se sont traduits par un accroissement du solde migratoire. Il est passé de +6,5 % entre 1948 et 1954 à +24,2 % entre 1954 et 1966. La période de 1966 et 1977 montre un taux de croissance annuel de 4,06 %. Ce dernier a diminué très sensiblement durant les trois dernières décennies ; de 2,8 % en 1987 à -0,68 % en 2008.

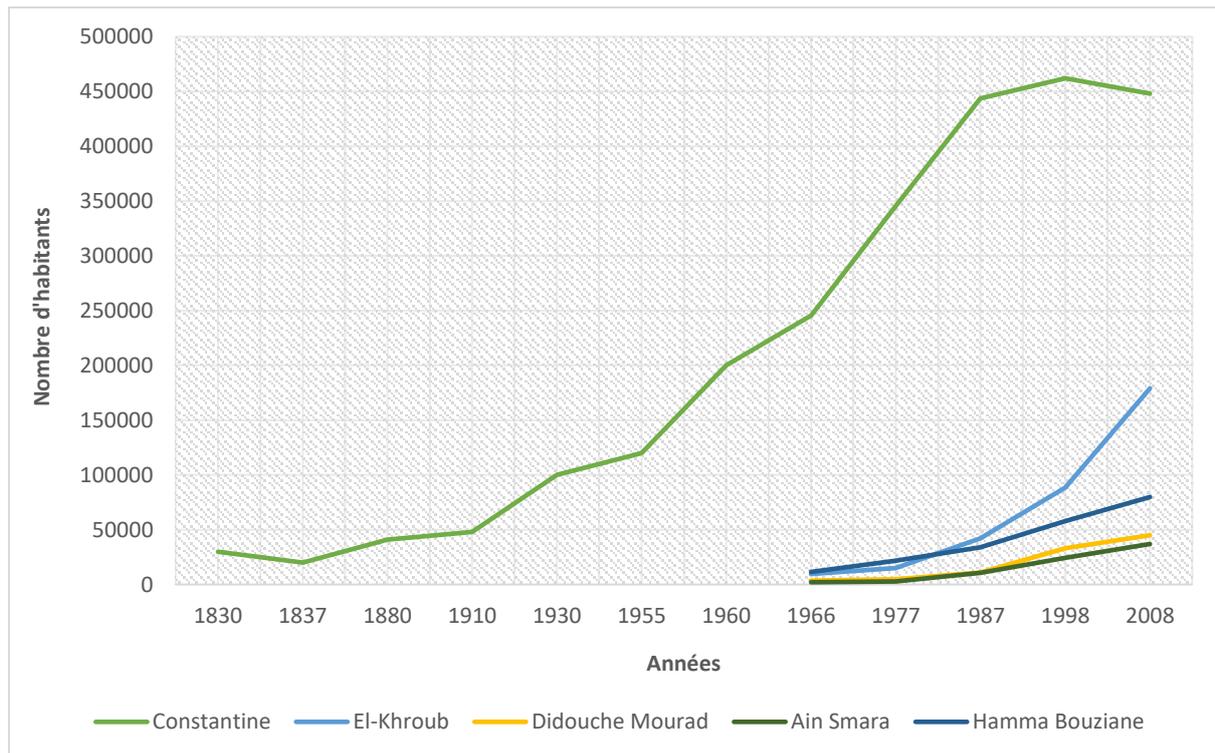
Connaissant un exode rural, la population rurale a, en effet, « abandonné la campagne pour

²⁶ 100 000 habitants en 1930 à 120 000 en 1955

vivre en milieu urbain en quête d'une vie plus décente et d'un confort tant convoité » (Boussouf, 2014). Par la suite, la régression du taux d'accroissement de la population est due principalement à une politique de report de la croissance démographique de Constantine vers ses communes limitrophes (cf. Graphique I.2).

Graphique I.2 : Évolution de la population dans l'espace urbain constantinois de 1830 à 2008

Source : (Office National des Statistiques, 2008), réalisation, CZ, 2016

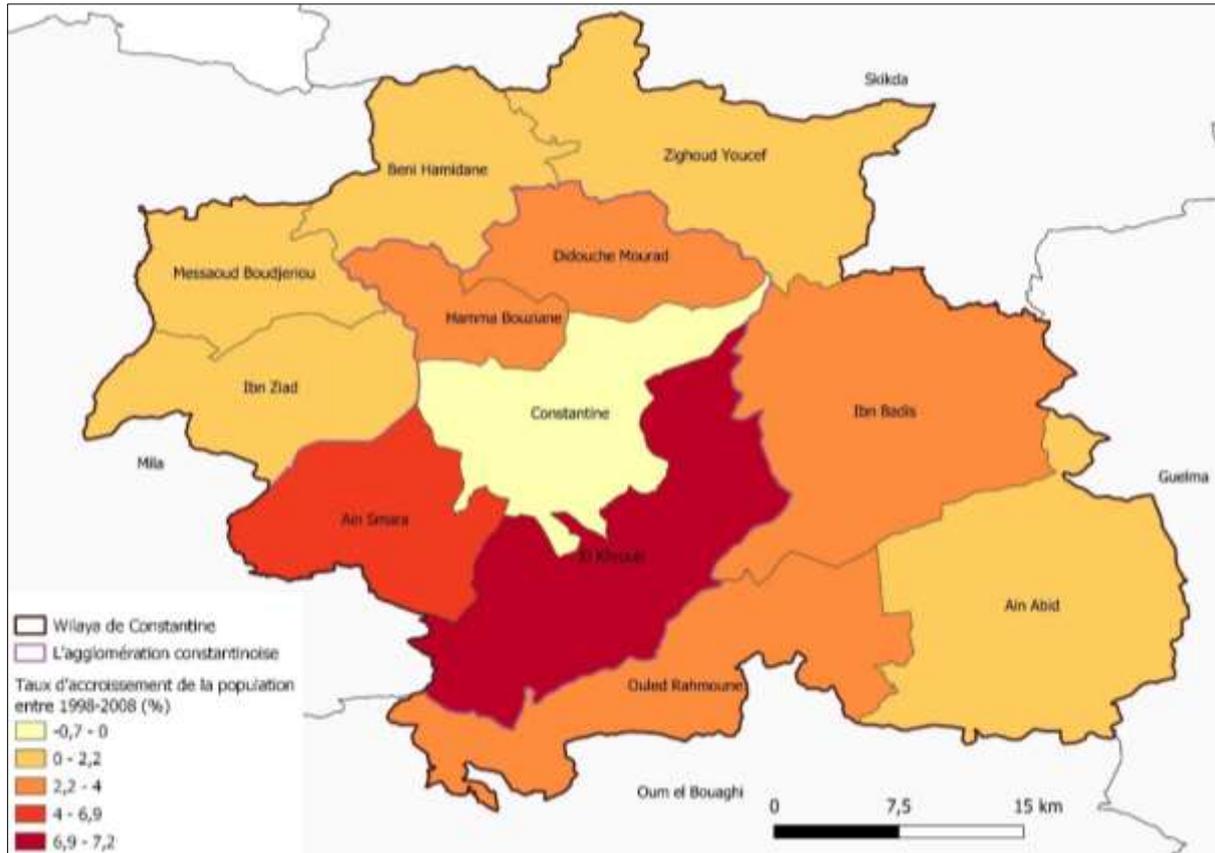


En effet, nous pouvons constater que sur le plan démographique, la situation de Constantine est totalement opposée à celle de sa strate urbaine. On note une régression démographique au niveau de la ville de Constantine (-0,68 %), tandis qu'une croissance rapide des villes satellites se fait remarquer (cf. Carte I.7).

Statistiquement, ces villes satellites enregistrent des taux d'accroissement élevés entre 1987 et 1998 (3,93 à 6,54 %). Ce taux a légèrement diminué, mais reste tout aussi élevé entre 1998 et 2008 (6,54 % à 5,57 %).

Carte I.7: Taux d'accroissement de la population constantinoise entre 1998 et 2008

Source : (Office National des Statistiques, 2008), réalisation : CZ, sous QGIS, 2022

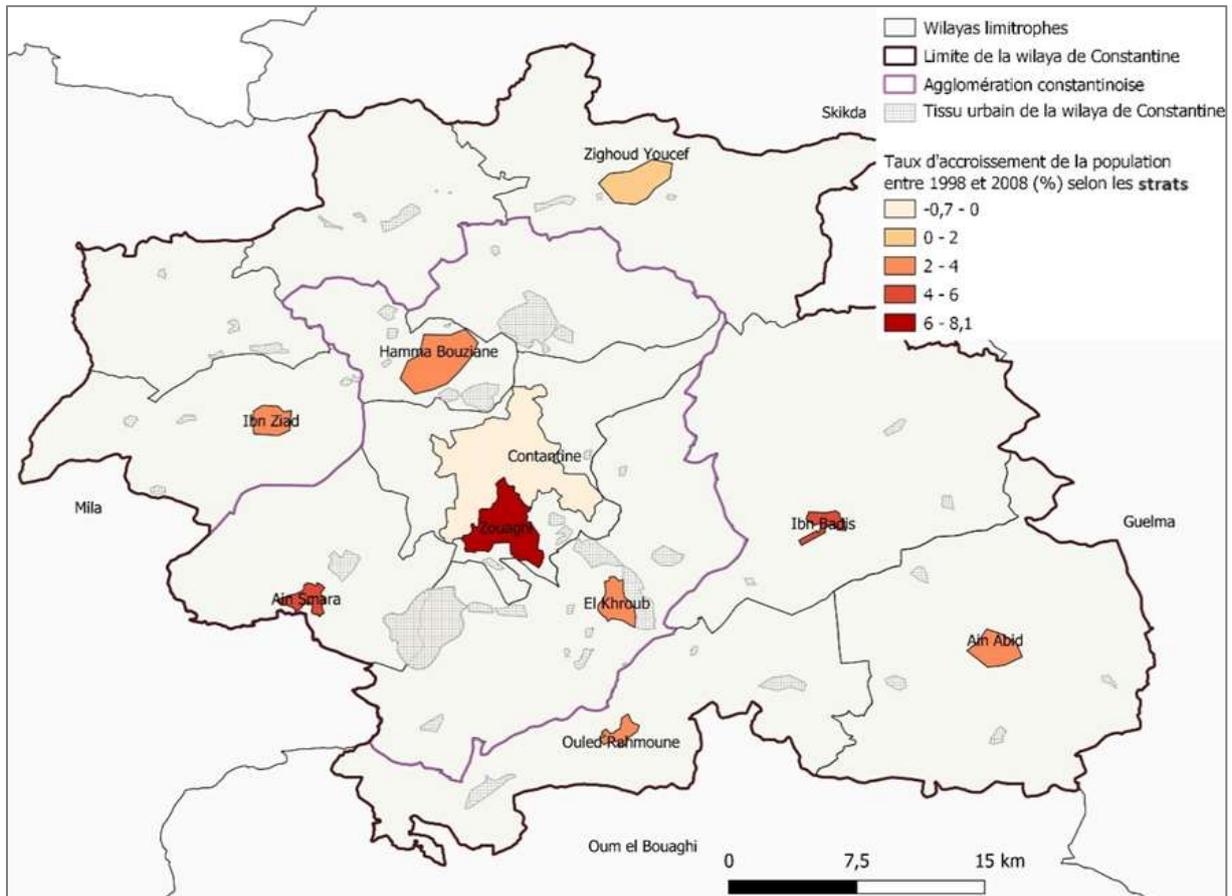


La ville de Constantine, qui représentait en 1977 près des trois quarts (72,2 %) de la population totale de la wilaya, se vide progressivement au profit de ses satellites (cf. Carte I.8). Elle ne représentait que 60 % en 1998 et seulement 54 % en 2008. Les populations de toutes les villes satellites ont augmenté contrairement à celle de Constantine qui demeure négative depuis 1966 (Office National des Statistiques, 2008).

Les taux illustrent parfaitement la dynamique opposée entre la ville de Constantine et les villes satellites. La croissance démographique de la périphérie accompagne un desserrement urbain, la ville centre se déversant sur sa périphérie. Avec ce report de croissance au-delà de son site, l'agglomération constantinoise ne s'est pas limitée à son territoire juridique communal. Elle s'est étendue sur les territoires d'autres communes et après la saturation de ses villes satellites, deux villes nouvelles ont été programmées pour prendre en charge le surplus de croissance. Il s'agit de Massinissa à El-Khroub et Ali Mendjelli sur le plateau d'Ain El-Bey.

Carte 1.8: Taux d'accroissement de la population entre 1998 et 2008 par strates d'appartenance

Source : (Office National des Statistiques, 2008), réalisation CZ sous QGIS 2022



Conclusion

Ce premier chapitre a permis de présenter et caractériser le territoire de Constantine, afin de mieux comprendre comment les pratiques et les trajectoires de soins des populations résidentes sont susceptibles de se construire, s’ancrent dans les différents espaces de cette agglomération voire de cette wilaya.

Il apparaît, à travers la documentation, que de fortes disparités régionales s’affichent où une double démarcation est constatée. La première est une polarisation spatiale au nord de l’Algérie avec la concentration de 90 % de la population sur 12 % du territoire. La deuxième différenciation est visible entre espaces de chaque région. Le schéma national d’aménagement du territoire (SNAT) montre, en effet, des disparités entre parties ouest, centre et est. Il révèle, par ailleurs, une armature urbaine dominée par les grandes villes algériennes comme Alger, Oran, Constantine qui comportent l’essentiel du potentiel

économique du pays.

La particularité de la sous-région Nord-Est est sa polarisation autour de deux métropoles : l'une côtière à savoir Annaba et l'autre située à l'intérieur du pays à savoir Constantine. Une lecture à travers le schéma régional d'aménagement du territoire (SRAT) montre cependant que cette polarité tend à pencher en faveur de la wilaya de Constantine. Plus urbanisé avec 84 %, le territoire de Constantine concentre un important niveau d'équipements universitaires, industriels et sanitaires comparés à Annaba. En matière de santé, la différenciation se dessine encore plus. En effet, la région nord est à la particularité de comporter la deuxième meilleure offre de soins publique et privée en Algérie. Elle est majoritaire dans la wilaya de Constantine qui compte huit hôpitaux pour un 2236 de capacité de lits soit 2,91 lits pour 1000 habitants. Elle devance la wilaya d'Annaba qui comprend 9 hôpitaux avec une capacité de lits moindre à savoir 1613 soit 2,64 lits pour 1000 habitants.

Outre sa forte polarité économique, sa concentration de service, du tertiaire supérieur et des équipements de santé, le territoire constantinois permettrait de lire le fait urbain algérien. Sa configuration urbaine actuelle reproduit le schéma de l'organisation urbaine et administrative algérienne. Basé sur la commune, la daïra puis la wilaya, le territoire constantinois a la particularité d'abriter un groupement de communes qui forment l'agglomération. Cela permet de rendre compte de la configuration algérienne dans le sens où l'Algérie a tendance en d'abriter deux : la commune abrite une ou plusieurs agglomérations ou l'agglomération qui comprend plusieurs communes. Ainsi, l'agglomération où siège l'assemblée populaire communale (APC) est dite agglomération chef-lieu (ACL), les autres agglomérations de la même commune sont dites agglomérations secondaires (AS).

En effet, la construction urbaine de la wilaya s'est faite à partir de la ville de Constantine. Avec les contraintes topographiques de la ville de Constantine, le report de croissance s'est fait à travers les principaux axes routiers en formant ce qu'on appelle le triangle d'urbanisation. Les découpages internes, des maillages, et des lieux d'échanges ainsi que les différents aspects démographiques, socioéconomiques et politiques montrent l'agglomération constantinoise comme un territoire qui se base principalement sur son agglomération. Cette dernière est constituée, outre la ville de Constantine, de quatre villes satellites : El-Khroub, Ain Smara, Hamma Bouziane et Didouche Mourad et deux villes nouvelles : Ali Mendjeli et Massinissa.

Les délimitations trouvées dans les différents documents interrogent de ce fait la pertinence de mobiliser la notion de territorialisation sanitaire dans l'agglomération. L'intérêt de la littérature sur les pratiques et les trajectoires de soins que nous entamerons dans le deuxième chapitre devrait permettre une meilleure compréhension des polarités existantes.

Chapitre II : Pratiques et représentations des recours aux soins des populations algérienne et constantinoise

La revue de presse que nous avons pu collecter jusqu'en 2022 révèle une insatisfaction de la population et des professionnels de santé vis-à-vis du système public de santé en Algérie. Les inégalités d'accès aux soins, qui influent sur le recours aux soins, sont notamment mises en lumière par des professeurs en santé.

À titre d'exemple, l'article : « Les Algériens face à des inégalités criantes dans l'accès aux soins », mentionne le témoignage du professeur Kamel Bouzid du professeur Farid Chaoui à Alger.

Le professeur Bouzid, chef de service d'oncologie au centre Pierre et Marie Curie (CPMC), souligne l'aggravation des coûts de santé. *« Si l'on comptabilise le coût de l'immobilisation en quantité de journées de travail perdues et celui des dépenses annexes (transport...), on arrive vite à des coûts largement insupportables par la grande majorité des classes moyennes a fortiori par la population la plus démunie ! Je rappelle que si les médicaments sont partiellement remboursés par l'assurance maladie, les analyses médicales... et le scanner sont exclusivement à la charge du malade ! ».*

Le professeur Chaoui, gastroentérologue spécialisé en cancérologie au même centre, va dans le même sens. Il ajoute que : *« les moyens de l'État en matière de diagnostic et de traitement de la maladie se trouvant rapidement dépassés, les usagers ont été contraints massivement de s'adresser au secteur libéral »*²⁷.

D'un autre côté, l'article « Introduction à une réflexion sur la politique de santé en Algérie » présente le dernier audit du secteur de la santé ordonné par le président de la République en 2021. Il montre que le retard dans le développement du système de santé n'est pas fondamentalement lié à un problème de structures. Il est plus lié à des insuffisances en matière de gestion et de management des structures de santé²⁸. Cela rejoint l'article : « Corruption, manque de moyens, inégalités... En Algérie, le système de santé pourtant gratuit "laisse à désirer" ». Il montre qu'*« avec de la corruption et des inégalités, le système de santé*

²⁷ <https://www.tsa-algerie.com/les-algeriens-face-a-des-inegalites-criantes-dans-lacces-aux-soins/>, publié le 14 novembre 2020. http://www.santemaghreb.com/sites_pays/poinvue.asp?action=cookies, avril 2019.

²⁸ <https://elwatan-dz.com/introduction-a-une-reflexion-sur-la-politique-de-sante-en-algerie>, septembre 2022.

en Algérie concentre les problèmes du pays »²⁹. Autrement dit, le manque de moyens dans les hôpitaux provoque des inégalités.

C'est le constat de Malika, une habitante d'Alger, qui interpelle sur le fait que les plus aisés se font suivre ailleurs : « Ils vont se soigner à l'étranger. Mais un pauvre malheureux va crever à l'hôpital s'il manque des médicaments », avant d'ajouter : « On est à la merci des cliniques privées qui vous prennent les yeux de la tête »³⁰.

La wilaya de Constantine présente les mêmes maux. À titre d'exemple, l'article « Affaire des circoncis de El Khroub » montre que l'établissement public hospitalier (EPH) d'El Khroub a été la scène d'une circoncision collective qui a mal tourné. L'utilisation d'un vieil appareil qui n'était plus utilisé dans les hôpitaux depuis une vingtaine d'années et le nombre important d'enfants ayant été circoncis en un laps de temps court a fait seize victimes³¹.

Cela se rajoute à ce qu'expose l'article « La maternité de l'hôpital de Constantine, une véritable horreur ». Il expose les dysfonctionnements de la maternité du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC). Il fait suite au reportage de la chaîne de télévision nationale qui montrait les conditions dans lesquelles se retrouvaient les patientes et les nouveau-nés aussi. On y voyait trois femmes sur un même lit, de même pour les bébés qui se retrouvent à trois dans la même couveuse³².

Ces faits semblent contribuer à alimenter la défiance de la population algérienne vis-à-vis du système de soins public qui participe directement ou indirectement à la construction de leur parcours de soins. Il s'agit alors de savoir si ces impressions peuvent faire échos aux observations issues des différents travaux menés sur les pratiques et représentations du système de soins algérien par les populations.

²⁹ [Corruption, manque de moyens, inégalités... En Algérie, le système de santé pourtant gratuit « laisse à désirer » \(francetvinfo.fr\)](#), en avril 2019.

³⁰ [Corruption, manque de moyens, inégalités... En Algérie, le système de santé pourtant gratuit « laisse à désirer » \(francetvinfo.fr\)](#), en avril 2019.

³¹ [Affaire des circoncis d'El khroub | El Watan](#), aout 2013 ;
[Pas de circoncision sans analyses médicales — الشروق أونلاين \(echoroukonline.com\)](#), aout 2013.

³² <https://www.algerie-focus.com/2015/07/video-la-maternite-de-lhopital-de-constantine-une-veritable-horreur/amp/?2015/07/video-la-maternite-de-lhopital-de-constantine-une-veritable-horreur/>, juillet 2016 ;
<http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/97118>, juillet 2015 ;
<https://www.lesoirdalgerie.com/articles/2005/11/30/article.php?sid=31253&cid=2>, juillet 2015 ;
<https://www.djazairess.com/fr/elwatan/93535>, aout 2008 ;

Ainsi, dans un premier temps, nous reprendrons les travaux effectués dans le cadre d'enquêtes nationales et internationales. Nous analyserons notamment les derniers résultats des enquêtes « Transition Epidémiologique et Impact sur la Santé en Afrique du Nord » — de 2007 et les enquêtes MICS — pour « Multiple Indicator Cluster Survey » — de 2019.

Dans un deuxième temps, nous présenterons les recherches liées à la santé effectuées dans les différents territoires d'Algérie. Cela regroupera des études faites sur les métropoles d'Alger, d'Oran et d'Annaba. Nous prêterons une attention particulière pour les travaux effectués dans la wilaya de Constantine. Cela reprendra notamment les travaux de Pr Labii, Pr Boussof et le Pr Bouledrouaa.

Dans un troisième temps, nous effectuerons un état de l'art des notions de pratiques et des représentations de soins. Nous illustrerons, par ailleurs, la manière dont la construction des notions de pratiques et de représentations et leur imbrication nous ont permis d'aboutir à une proposition d'une méthode d'enquête. Il s'agira, ainsi, de montrer de quelle manière elle pourrait être inscrite dans le territoire constantinois.

A. Le système de soins vu par les enquêtes nationales et internationales

Le secteur de la santé, son système de soins et les manières dont les populations y ont recours sont une question d'intérêt majeur pour les acteurs politiques et les chercheurs algériens. Plusieurs enquêtes ont été menées pour documenter le sujet, parmi lesquelles des enquêtes nationales et internationales. Les plus importantes et plus récentes restent l'enquête nationale de santé TAHINA « Transition Epidémiologique et Impact sur la Santé en Afrique du Nord » de 2007 et les enquêtes MICS « Multiple Indicator Cluster Survey » de 2019.

1. Impact de la transition épidémiologique sur la santé de la population

L'enquête nationale de santé (ENS) sur la transition épidémiologique et l'impact sur la santé en Afrique du Nord « Epidemiological Transition And Health Impact In North Africa » (TAHINA) est réalisée par l'institut national de santé publique d'Algérie (INSP) en 2007. Elle est financée par l'Union Européenne (UE) dans le cadre du programme INCO « Confirming the International Role of Community Research » volet INCO-MED. Elle émet le constat que la transition épidémiologique est caractérisée par la persistance ou la réémergence des « maladies du passé » et l'augmentation de l'importance des maladies chroniques. Cette transition pose la

problématique des stratégies d'intervention sanitaire à lancer sur le terrain (Institut National de Santé, 2007). Le précédent rapport de 1990 a, en effet, montré que les affections les plus présentes étaient les maladies cardiovasculaires (22,5 %), les maladies respiratoires (18,4 %), les maladies ostéoarticulaires (7 %) et le diabète (6,9 %) (Institut National de Santé, 1990).

L'enquête de 2007 vise donc à l'élaboration des recommandations à l'attention des acteurs du système de santé impliqués dans la gestion de cette transition. Le projet propose donc d'articuler deux types d'analyses. La première cerne la caractérisation de la transition épidémiologique, de ses déterminants et de ces conséquences. La deuxième tente d'analyser des représentations de cette transition par les acteurs (populations, professionnels et décideurs) et l'analyse des pratiques qui s'y rapportent.

La méthodologie utilisée est inspirée de celle de l'indice de développement humain (IDH) (PNUD). Cette dernière classe chaque wilaya en fonction de l'indice de tendance démographique (ITD), de l'indice de la situation sanitaire (ISS) et de l'indice d'encadrement sanitaire (IES). À cela s'ajoutent l'indice de commodité de logement (ICL) et l'indice de la situation économique (ISE). La moyenne de ces indices donne un indice global de la situation sanitaire et sociale (IGSS). Dès lors, l'enquête constitue des typologies de wilayas ayant un même niveau de développement sanitaire et social, ce qui a permis de répartir les 48 wilayas en 6 groupes.

Le tirage au sort a été réalisé par groupe, puis par wilaya, puis par commune, puis par district et puis par ménage. Dans chaque groupe, 1 à 6 wilayas ont été sélectionnées soit un total de 16 wilayas. Dans chaque wilaya, 2 à 6 communes ont été sélectionnées en respectant le quota urbain/rural, soit 64 communes. Dans chaque commune, 1 à 3 districts (le plus souvent deux) ont été sélectionnés soit un total de 126 districts. Dans chaque district, 40 ménages ont été sélectionnés. Enfin, dans chaque ménage, une personne âgée de 35 à 70 ans a été sélectionnée.

Son échantillon comporte 4 818 ménages desquels sont tirées 32 463 personnes âgées de 35 à 70 ans, dont 60,8 % en milieu urbain et 39,2 % en milieu rural. Parmi ces 32 463 personnes enquêtées, 50,5 % sont de sexe masculin et 49,5 % de sexe féminin. Les informations recueillies portent sur le recours aux soins, la morbidité aigüe ressentie au cours des quinze jours précédents l'enquête, la consultation médicale au cours des trois derniers mois

précédant l'enquête. Elle porte, par ailleurs, sur l'hospitalisation au cours de l'année précédant l'enquête et l'identification de maladies chroniques ou de handicaps.

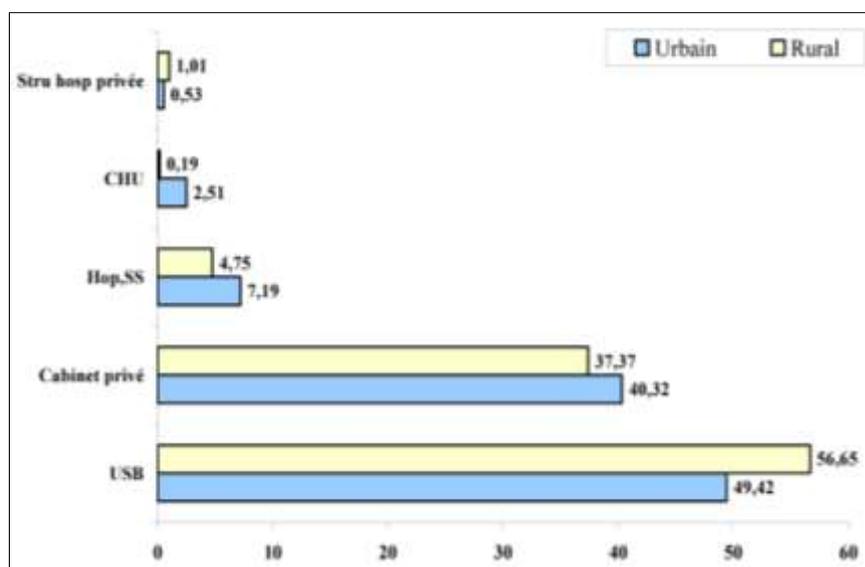
La thématique du recours aux soins comporte trois items : structure de santé habituellement fréquentée pour un épisode morbide lors des 15 derniers jours, personnel de santé sollicité et distance séparant cette structure du domicile.

Dans un premier temps, les résultats montrent que 52,09 % des personnes enquêtées âgés de 35 à 70 ans déclarent avoir recours à une unité de soins de base (USB). 39,23 % déclarent recourir à un cabinet privé et 7,0 % à une structure hospitalière qu'elle soit publique et privée. Le recours à une unité de soins de base est significativement ($p < 10^{-6}$) plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain (56,65 % vs 49,42 %), et ce quelle que soit la région géographique. Il est, toutefois, à noter que les populations du Sud reportent beaucoup plus fréquemment leurs recours au niveau des hôpitaux (dans 31,06 % des cas) et beaucoup moins dans les structures privées.

Cela corrobore avec des disparités régionales en matière de soins constatées dans le chapitre 1 où la région Sud reste la plus dépourvue avec pas plus de 10 % des équipements de santé nationaux. Rapporté au total, cela s'exprime par 12 % des hôpitaux, 8,7 % des lits d'hospitalisation, 11,7 % des polycliniques, 12,9 % des salles de soins, 15,2 % des maternités et 11,7 % des lits de maternités. L'offre de soins privée représente, quant à elle, 4,8 % de cliniques privées.

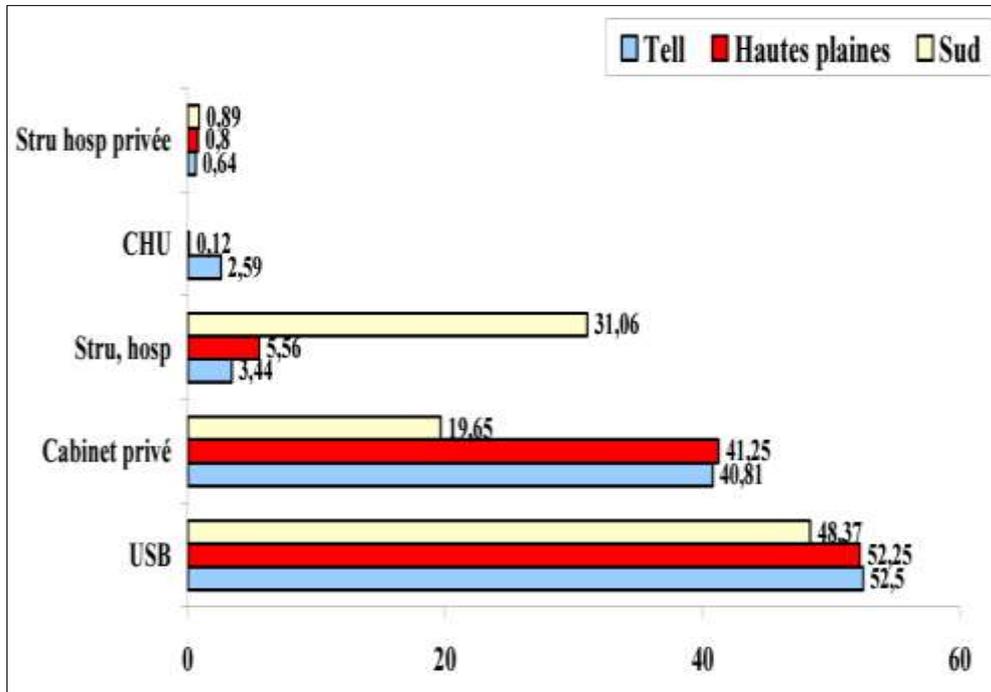
Graphique II.1: Structures de recours aux soins selon le milieu urbain

Source : (Institut National de Santé, 2007)



Graphique II.2: Structures de recours aux soins selon les régions

Source : (Institut National de Santé, 2007)



Dans un deuxième temps, l'étude montre que dans 84 % des cas, le médecin généraliste est le premier à être sollicité. Le médecin spécialiste l'est dans 14 % des cas.

Le médecin généraliste est plus sollicité en milieu rural (88 % contre 82 %, $p < 10^{-6}$) tandis que le médecin spécialiste l'est plus en milieu urbain (16 % contre 11 %, $p < 10^{-6}$) (Annexe 5).

Sous l'angle des régions géographiques, le recours au spécialiste n'est sollicité qu'à 0,8 % dans les régions du Sud. Le thérapeute traditionnel est plus fréquemment sollicité dans les régions du Sud (2,9 % contre 0,4 % au niveau du Tell et des Hautes Plaines) (Annexe 6).

Ceci confirme le déficit constaté en matière de personnel de santé dans cette région. À titre d'exemple, en 2014, les médecins généralistes représentaient 4,6 %, les médecins spécialistes 4,8 %, les chirurgiens-dentistes 8,9 % et les officines pharmaceutiques 7,3 % (cf. chapitre 1).

Dans un troisième temps, l'enquête montre que 72,1 % des ménages enquêtés parcourent moins de 5 kilomètres, soit moins d'une heure de marche, pour se rendre à une structure de santé.

En milieu urbain, la structure sollicitée est située à moins de cinq kilomètres du domicile des ménages dans 81 % des cas. En milieu rural, la distance est à plus de cinq kilomètres dans 43,2 % des cas. La distance est supérieure à cinq kilomètres pour 26,0 % des ménages de la

région du Tell, 34,7 % pour ceux de la région des Hautes Plaines et de 18,2 % pour la région du Sud. Ces différences ne sont toutefois pas significatives (cf. Tableau II.1).

Tableau II.1 : Distance entre structure fréquentée et domicile

Source : (Institut National de Santé, 2007)

Distance	=< 5 Km		>5 Km	
	%	IC	%	IC
Milieu				
Urbain	80,99	75,53 – 86,45	19,00	13,54 – 24,46
Rural	56,76	46,62 – 66,91	43,23	33,08 – 53,37
Région				
Tell	73,95	68,01 – 79,90	26,04	20,09 – 31,98
Hautes plaines	65,33	54,49 – 76,17	34,66	23,82 – 45,50
Sud	81,80	58,49 - 100	18,19	0 – 41,50
Total	72,07	66,64 – 77,49	27,92	22,50 – 33,35

- **Biais et limites**

L'enquête rend compte de la transition épidémiologique, ses déterminants et ses analyses et d'autre part les représentations que peuvent en faire ses populations, ses professionnelles et décideurs. Basée sur une méthodologie respectant la répartition en zone rurale et urbaine, elle apporte une vision sur le recours aux soins, la morbidité et la consultation médicale. Elle dresse ses analyses en se basant sur la classification régionale.

Les inégalités territoriales constatées sont, toutefois, étudiées au niveau des grandes classifications régionales et au niveau des classifications urbain/rural. Ainsi, nous ne pouvons questionner l'existence de différenciation au niveau des wilayas du pays. Autrement dit, nous ne pouvons savoir si ce constat est identique entre les grandes métropoles du pays et les villes moyennes et entre les plus grandes métropoles.

Il en ressort, par ailleurs, un autre questionnement sur le choix de la classification. L'étude ne permet pas, au-delà de la classification urbaine/rurale, de relever les faits marquants sous une classification par agglomération.

Une lecture plus fine est toutefois nécessaire pour saisir les inégalités de recours aux soins en Algérie.

2. Etat de santé des femmes et des enfants

L'enquête par grappes à indicateurs multiples « Multiple Indicator Cluster Survey » (MICS) a été conduite en Algérie par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSRPH). Elle a reçu l'appui financier et technique du fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF) et une contribution financière du fonds des nations unies pour la population (FNUAP). Elle recueille des données afin d'évaluer, d'une part, la situation sanitaire des enfants, des adolescents, des femmes et des ménages et d'identifier, d'autre part, les disparités régionales.

L'échantillon de l'enquête considère comme base de sondage l'ensemble des ménages ordinaires et collectifs du dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2008.

Dans chaque espace de programmation territoriale (EPT), des grappes sont sélectionnées. Leur ventilation selon la strate de résidence (urbaine et rurale) est établie en respectant la répartition des ménages dans chaque espace de programmation territoriale (EPT). Dans chaque strate de résidence, le tirage des districts/grappes échantillon est opéré de manière systématique avec un début aléatoire et un pas de tirage, à probabilités égales.

Cinq questionnaires sont utilisés. Le questionnaire ménage sert à recueillir des informations sur tous les membres du ménage (résidents permanents), le ménage et l'habitation (logement). Le questionnaire de femme est administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, membres du ménage enquêté. Le questionnaire se rapportant aux enfants de moins de 5 ans vivant dans les ménages est administré à la mère et/ou à la gardienne principales de l'enfant, dans le cas où la mère n'est plus parmi les membres du ménage. Le questionnaire individuel se rapportant aux enfants âgés de 5-17 ans sélectionnés au hasard et vivant dans le ménage est administré également à la mère ou à la gardienne principale de l'enfant et un questionnaire d'analyse de la qualité de l'eau que boivent les membres du ménage.

À ce jour, cinq enquêtes ont été réalisées : MICS I en 1995, MICS II en 2000, MICS III en 2006, MICS VI en 2012 et MICS VI en 2019.

La dernière édition de l'enquête MICS VI de 2019 dresse la situation des femmes et des enfants en Algérie. Elle a recueilli 29 919 réponses avec un taux de réponse variant entre 98 %, valeur la plus élevée, dans les Hauts Plateaux Ouest et 94,9 %, valeur la plus faible, dans les Hauts Plateaux Est.

La lecture du recours aux soins selon les espaces de programmation territoriale (EPT) et selon la classification urbain/rural peut se faire au travers de l'analyse de la prise en charge des insuffisances respiratoires aiguës (IRA), des accouchements et des soins postnataux (UNICEF Algérie, 2019).

Sur 14 873 enfants, 8557 (57,7 %) sont issus d'un milieu urbain et 6316 (42,3 %) d'un milieu rural. Selon les espaces de programmation territoriale (EPT), ils sont issus de la région Nord Centre à 32 %, Nord-Est à 13,4 %, Nord-Ouest à 14,7 %, Haut Plateau Centre à 8,3 %, Haut Plateau Est à 14,2 %, Haut Plateau Ouest à 5 % et Sud à 12 %.

Sur l'ensemble des enfants, 25,8 % rapportent un épisode de maladie dont des symptômes d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans 3,1 % des cas³³ (Annexe 7).

Sur le nombre d'enfants avec des symptômes d'infections respiratoires aiguës (IRA), 459 (3,1 %), 45,2 % (208) d'entre eux ont reçu des antibiotiques. Pour la recherche de conseil, 47 % se dirigent vers des établissements de santé qu'il soit public ou privé tandis que pour leur prescription y se dirigent.

Pour une demande de conseils (459), les enfants sont issues d'un milieu urbain à 56 % et d'un milieu rural à 44 %. En suivant les espaces de programmation territoriale (EPT), 30 % sont issus du Nord Centre, 13 % du Nord-Est, 17 % de Nord-Ouest, 9,5 % des Hauts Plateaux Centre, 9,1 % des Hauts Plateaux Est, 5,8 % des Hauts Plateaux Ouest et 15,2 % du Sud. Quand il s'agit de prendre des conseils ou d'obtenir un traitement médical, 51,4 % des personnes sollicitent soit le secteur privé, soit le secteur public en milieu urbain. De plus, parmi ces 51,4 %, plus de la moitié (55 %) se tourne vers le secteur public. En milieu rural, la part de personnes sollicitant les deux secteurs de soins pour prendre conseil ou obtenir un traitement médical atteint 54 %. L'écart entre recours au secteur public et recours au secteur privé est cette fois très important : le secteur public atteint presque 77 % de ces sollicitations. Il est à souligner que 48,6 % des personnes résidant en milieu urbain et 46 % de celles résidant en milieu rural ne

³³ 16,1 % déclarent un épisode de fièvre et 6,1 % un épisode de diarrhée.

se tournent ni vers le secteur public ni vers le secteur privé.

Quand il s'agit de prescriptions d'antibiotiques, 64,4 % des familles dont les enfants en ont bénéficié vivent en milieu urbain. Seuls 36,6 % d'entre elles vivent en milieu rural. Si l'on s'intéresse à ces mêmes prescriptions d'antibiotiques selon cette fois les espaces de programmation territoriale (EPT), 32 % des familles concernées vivent dans le Nord Centre, 16,3 % dans le Nord-Est, 13 % dans le Nord-Ouest — soit plus de 61 % de l'ensemble des familles interrogées qui vivent dans le Nord. Tandis que 8,6 % des familles dont les enfants en ont bénéficié vivent dans les Hauts Plateaux Centre, 9 % dans les Hauts Plateaux Est, 5,7 % dans les Hauts Plateaux Ouest — soit 23,3 % de l'ensemble des familles interrogées qui vivent dans les Hauts Plateaux. Seuls 15,4 % des familles interrogées vivent dans la région du Sud. Toujours d'après les résultats de cette enquête, le recours aux professionnels du secteur privé est plus important en milieu urbain (86,7 % contre 16,8 %) d'après les données reproduites en Annexe 8³⁴ qu'en milieu rural (77,4 % privé contre 25,6 % public).

L'espace de programmation territoriale Nord-Est (EPT) est la région où la différence est la plus importante : 41,3 % des enquêtés ont recours, pour conseil ou recherche de traitement, dans le public contre 15,1 % dans le privé. Inversement, 77,7 % ont recours aux privés pour la prescription d'antibiotique contre 28,7 % pour le secteur privé (Annexe 9).

Au cours de la survenue d'épisode de pathologie comme la diarrhée chez les enfants de 0 à 5 ans, le recours à une source de réhydratation orale (SRO) est fréquent dans les établissements de santé privés pour l'ensemble des espaces de programmation territoriale (EPT). Cela oscille entre 61,7 % dans l'espace de programmation territoriale Nord Centre et 30,4 % dans les Hauts Plateau Est. L'analyse montre un équilibre entre le recours au secteur public et le secteur privé en milieu rural avec 46,8 % contre 47,2 % et un recours plus important vers le privé en milieu urbain : 54 % contre 41,5 % pour le secteur public (Annexe 9).

En comparant ses résultats avec les résultats de l'enquête MICS III de 2006, nous constatons que le recours au secteur de soins privé était déjà important en 2006. La prise en charge des insuffisances respiratoires aiguës (IRA) est réalisée dans 28,2 % des cas dans des cabinets ou

³⁴ On attire l'attention sur le fait que, dans le tableau figurant en annexe, l'ensemble des familles interrogées en milieu rural et urbain est supérieur à 100 %.

cliniques privés, dans 12,4 % des cas dans un hôpital ou un centre hospitalo-universitaire (CHU), dans 12,3 % des cas dans les polycliniques et les centres de soins et dans 9 % des cas dans les pharmacies (Annexe 10).

Ce constat reste le même en fonction du sexe, de l'âge, de la strate de résidence ou de la région géographique (UNICEF, 2006).

Le recours à des prestations de soins comme les accouchements et les soins postnataux montre, à l'inverse, le maintien d'un recours plus important vers le secteur public. L'enquête relève un recours important vers le secteur public lors de l'accouchement de 87,2 %³⁵, le recours au secteur privé est de 11,4 %. Le recours au secteur privé est toutefois en légère augmentation : lors de la quatrième édition de 2015, les recours au système privé pour les accouchements représentaient 9 % des recours (UNICEF Algérie, 2015).

L'étude montre aussi, selon le milieu de résidence, que les femmes en zones urbaines ont plus tendance à accoucher dans une structure de santé que celles en zones rurales (98 % contre 95 %). Les espaces de programmation territoriaux (EPT) Nord Centre et Nord-Est enregistrent la plus forte proportion d'accouchements en milieu assisté avec 99 % des femmes concernées par l'enquête contre 91 % pour l'espace de programmation territorial (EPT) Sud qui connaît la plus faible proportion.

Le séjour postpartum dans un établissement de santé est de 1 à 2 jours dans les deux secteurs. Il représente 60,7 % dans le secteur public et 54,1 % dans le secteur privé. La différenciation territoriale est constatée avec 65,7 % pour la région Nord centre contre 49,2 % pour la région Nord-Est. Le recours à la contraception des femmes âgées de 15 à 49 ans montre un recours massif vers le secteur public³⁶. Il varie entre 65,7 % et 86,6 % dans les différents territoires. Selon le milieu de résidence, le recours au secteur public est plus important. Il est de 71 % contre 23,7 % pour le secteur privé en milieu urbain. En milieu rural, il est de 76,2 % pour un recours au secteur public contre 17,3 % pour un recours au secteur

³⁵ Cela varie selon les espaces de programmation territoriale (EPT) avec 90 % dans la région Nord-Ouest à 82,5 % dans la région Nord Centre.

³⁶ L'enquête MICS IV de 2012-2013 montre le pourcentage des mères ayant effectué une visite pour les soins postnatals au cours de la semaine montrent où plus de la moitié des femmes ont reçu leurs soins postnatals au niveau d'une structure de santé publique (57 %) et que le tiers (33 %) les ont reçus auprès du secteur privé. La majorité des femmes ont été vues par un médecin, une infirmière ou une sagefemme (56 %).

privé (UNICEF Algérie, 2019).

Le recours au secteur public est donc partagé par l'ensemble de la population principalement lors de prise en charge lourde ou lors de campagne de prévention. Le recours au privé se fait principalement pour certaines pathologies gynécologiques ou cancéreuses, probablement absente ou non couverte par le secteur public. Finalement, ces études montrent des différenciations territoriales entre urbain/rural et entre les différentes régions du pays.

La dernière étude sur la santé des femmes et des enfants montre à son tour une méthodologie centrée sur le ménage. Contrairement à l'enquête TAHINA qui se basait sur la répartition urbain/rural au niveau des grandes régions géographiques à savoir le Tell, les Hauts Plateaux et le Sud, cette enquête suit la répartition urbain/rural au niveau du découpage administratif des espaces de programmation territoriale (EPT). Ces classifications y abordent donc le recours aux secteurs public ou privé sans relever ce qui se passe dans les grandes métropoles. Nous verrons dans ce qui suit les différentes recherches qui ont pu aborder le recours aux soins à des échelles plus fines et de tenter d'y déceler leur méthode et indirectement leurs limites.

Tableau II.2: Tableau récapitulatif des études nationales et internationales

Étude	Caractéristiques de l'étude	Objet de l'étude	Apports	Biais et limites
<p>TAHINA « Transition épidémiologique et l'impact sur la santé en Afrique du Nord « Epidemiological Transition And Health Impact In North Africa »</p>	<p>Algérie, 2007 Méthode basée sur l'indice de développement humain (IDH) Tirage au sort par groupe, par wilaya, par commune, par district puis par ménage 4818 ménages, 60,8 % en milieu urbain et 39,2 % en milieu rural.</p>	<p>Caractérisation de la transition épidémiologique, de ses déterminants et de ses conséquences. Analyse des représentations de cette transition par les acteurs (populations, professionnels et décideurs) et l'analyse des pratiques qui s'y rapportent.</p>	<p>Forts recours à des unités de soins de base publiques ; Recours au privé en deuxième position ; Médecin généraliste est le premier à être sollicité tant en milieu urbain qu'en milieu rural Les enquêtés parcourent en moyenne 5 km pour recourir aux soins => cela est inférieur en milieu urbain et supérieur en milieu rural</p>	<p>Études réalisées en se basant sur la classification régionale. Pas d'études comparatives entre les différentes métropoles ; entre les villes moyennes. Ne permet pas, avec la classification urbain/rural, de relever les faits marquants sous une classification par agglomération.</p>

<p>Enquête MICS VI</p>	<p>Algérie, 2019 Enquête basée sur les ménages ; Grappes sélectionnées dans chaque espace de programmation territoriale Choix en fonction de la strate de résidence urbaine et rurale) Analyse selon quatre pathologies.</p>	<p>Évaluation de la situation sanitaire des enfants, adolescents, des femmes et des ménages Identifier les disparités régionales</p>	<p>Recours différenciés aux soins Recours plus important en milieu urbain qu'en milieu rural, Différenciation régionale de recours aux soins selon le milieu de résidence, les femmes en zones urbaines ont plus tendance à accoucher dans une structure de santé que celles en zones rurales Le Nord-Centre et Nord-Est enregistrent la plus forte proportion d'accouchements en milieu assisté Le recours au secteur public est partagé par l'ensemble de la population principalement lors de prise en charge lourde ou lors de campagne de prévention. Le recours au privé se fait principalement pour certaines pathologies gynécologiques ou cancéreuses, probablement absente ou non couverte par le secteur public.</p>	<p>Méthode centrée sur les ménages Différenciation territoriale entre les régions et entre l'urbain/rural. Ne révèle pas les différenciations entre les grandes métropoles. Pas de lecture à des échelles infracommunales. Pas de retour concernant les pratiques et les représentations des soins des ménages.</p>
------------------------	--	---	--	---

B. Offres de soins et possibilités de recours dans les grandes agglomérations

Plusieurs recherches universitaires ont donc porté sur l'offre de soins, les pratiques de soins et le recours aux soins. Nous résumerons certaines études réalisées dans les principales métropoles algériennes, dont Alger (première agglomération du pays), Oran (deuxième agglomération du pays), Annaba (quatrième agglomération du pays) et Constantine (troisième agglomération du pays).

1. L'incidence de la répartition spatiale des établissements de santé sur l'accès aux soins à Alger

L'étude de Medjadj et Baudelle de 2022 tente d'analyser la répartition de l'offre de soins et leurs relations avec les inégalités d'accès aux soins à Alger. En effet, « *la poussée démographique et l'urbanisation accélérée créent de nouveaux défis sanitaires, notamment dans les nouvelles zones d'habitat périphériques.* » (Medjadj & Baudelle, 2022)

De par la concentration des équipements de santé, les auteurs analysent, la densité des services sanitaires par la méthode d'estimation appelée Kernel density. Ils montrent ainsi des disparités d'accès aux soins. Cela est dû à la répartition inégale des structures de soins entre le centre et la périphérie. Il montre que l'offre et l'accès aux soins sont déterminés par le système de gestion des structures de soins.

L'étude s'est basée sur la mobilisation du système d'information géographique SIG. À cela s'ajoute « *une technique d'analyse spatiale permettant de s'affranchir de la contrainte liée aux limites administratives dans les calculs d'accessibilité et dans la confrontation de ces résultats aux dynamiques d'expansion urbaine.* » (Medjadj & Baudelle, 2022) Les données sont issues des enquêtes publiées par le ministère de la santé algérien. Ils proposent les données sur les structures de soins publiques ainsi que des indicateurs relatifs aux ressources humaines. Ces données ont été confrontées au terrain, issu d'observation et d'entretien semi-directif avec les résidents des nouveaux quartiers. Les échantillons ont été tirés au sort aléatoirement. La méthode du porte-à-porte a été utilisée dans trois quartiers de l'AADL (Agence nationale de l'amélioration et du développement du logement) récemment sorti de terre. Ce sont les cités de Réghaïa à la périphérie est, Ain Malha à la périphérie sud et Ouled Fayet à la périphérie ouest.

« *Le volume de l'échantillon a été de 30 pour chaque cité sélectionnée, soit 90 entretiens avec*

des résidents au total 4 950. Le recours à de tels entretiens semi-directifs est motivé par le souci d'apprécier la perception des soins, au-delà des discours convenus des autorités officielles. »
(Medjadj & Baudelle, 2022)

L'analyse a été complétée par un autre indicateur qui est la qualité de la prestation en exploitant les données liées à la qualification du personnel de santé en raison de la valeur ajoutée d'une approche qualitative.

Inspiré du centre d'études sur les réseaux de transport et l'urbanisme (CERTU), la Kernel Density Estimation (KDE) ou « *la densité par la méthode du noyau est, en statistique, une méthode non paramétrique d'estimation de la densité d'une variable aléatoire se basant sur un échantillon d'une population statistique. La Kernel density constitue une alternative en l'absence de données routières qui auraient autorisé le calcul d'isochrones. Elle donne en effet le niveau de l'offre en prenant en compte la distance qui sépare les points des établissements sanitaires. À l'issue de l'opération, la valeur de chaque point correspond donc à la somme des contributions pondérées par la distance reçue de chaque pixel ;* » (Medjadj & Baudelle, 2022)
L'idée est donc de donner une note régressive depuis la localisation de la structure de soins jusqu'à la limite de sa zone d'attraction. Ainsi, « *plus on se rapprochera de l'établissement, plus on tendra vers 1 et plus on s'en éloignera, plus la note va diminuer jusqu'à atteindre 0 à la limite de la zone d'influence de l'établissement, définie au préalable. Les valeurs des influences qui se chevauchent sont comptabilisées et additionnées sur le résultat en sortie.* » (Medjadj & Baudelle, 2022)

L'agglomération algéroise, peuplée de 7 796 923 habitants en 2020 (population data), a subi une accélération démographique pendant les années 1970. Toutefois, les bouleversements migratoires durant la décennie noire ont modifié la planification urbaine des acteurs politiques qui s'est tournée vers de grands programmes de logements. L'offre de soins n'était donc pas en mesure de suivre ce rythme malgré l'existence d'hôpitaux d'importance nationale.

L'analyse montre que l'offre de soins de base est bien répartie sur le territoire de la wilaya et est fournie en matériels et ressources humaines permettant l'accès à des prestations de base. Elle servirait aussi dans l'orientation future de la patientèle vers les différentes structures de soins. En milieu privé, les structures de soins sont plus situées dans le centre et diminuent en

se rapprochant des communes périphériques. Le secteur privé est venu ainsi renforcer le tissu sanitaire existant notamment avec des cliniques spécialisées comme l'ophtalmologie, la gynécologie et la pédiatrie chirurgicale. *« Leur multiplication ces dernières années, quoiqu'inégale sur le territoire, a permis à une partie significative de la population, notamment la plus aisée, de s'orienter vers ce type de structure. »* (Medjadj & Baudelle, 2022)

L'analyse du ratio population/nombre d'établissements privés dans les différentes communes de la wilaya montre qu'il est faible dans les communes du centre par rapport aux communes périphériques. La tendance s'inverse quant au ratio population/établissement public. Cela montre une logique d'équité et de justice sociospatiales dans l'ancrage des structures de soins publiques de base. Le privé lui répond principalement à la règle du profit où l'installation des équipements est dictée par la densité de la population, la concentration de la richesse et les mobilités.

L'enquête menée sur trois quartiers révèle l'hétérogénéité de l'accessibilité aux soins. La nature de la prestation tend à déterminer le choix du secteur public ou privé. Ainsi, 80 % des enquêtés ont recours à un médecin privé pour une consultation en ophtalmologie, dermatologique ou gynécologique. Leurs justificatifs sont souvent liés à la qualité du service ; la gratuité de la prestation n'est donc pas un facteur suffisant.

L'étude montre, par ailleurs, que 92 % des enquêtés n'ont pas accès aux soins de base dans leurs quartiers. Cela les obligeant à se rendre dans d'autres quartiers, en voiture pour 64 % d'entre eux, en transport en commun pour 44 %. Une enquêtée affirme : *« Mon mari est cancéreux, on l'emmène souvent au centre Marie et Curie à l'hôpital Mustapha pacha pour suivre un traitement de chimiothérapie, il a souffert pour y arriver. Il n'y a pas de ligne directe, il doit changer trois fois de bus »* (femme, 46 ans). La question s'avère complexe lors d'épisode d'urgence ou lors de trajet de nuit. Les habitants ont souvent recours à leurs voisins pour transporter les patients vers les hôpitaux. Un enquêté affirme que *« l'extension des lignes du Métro d'Alger vers les zones périphériques sud et Ouest est notre seul espoir pour améliorer la mobilité et le temps de déplacement »* (homme, 35 ans).

Les ratios du nombre moyen d'habitants par structure de soins privés montrent des disparités dans les communes périphériques. Les structures de soins publiques comptent 25 hôpitaux avec une capacité de 7704 lits tandis que le secteur privé compte 836 lits (Medjadj & Baudelle,

2022).

L'analyse de la qualité des soins et la qualification des personnels de santé restent suffisantes, mais montre que la wilaya d'Alger représente 64,2 % de l'ensemble de l'aire métropolitaine, le personnel paramédical représente 72,8 %. Toutefois, l'analyse de la répartition des structures de soins en rapport avec la densité montre des déficits entre le Sud-Ouest et Est. Les auteurs, montrent à travers leurs visites aux hôpitaux de Beni Messous et de Hussein Dey que « *les services des urgences médico-chirurgicales des hôpitaux sont submergés par l'afflux de patients, ce qui traduit l'inefficacité de la prise charge dans les salles de soins et les polycliniques publiques.* » (Medjadj & Baudelle, 2022)

Au final, même si Alger présente une majorité de services sanitaires de la région nord centre et de tout le pays (1 médecin/403 habitant et une capacité hospitalière lit/382 habitants), cela reste admissible, car elle reste le territoire le plus peuplé. Toutefois, des différenciations entre l'agglomération algéroise et le reste de l'espace algérois restent importantes. À cela s'ajoutent des disparités intercommunales.

Cette inégalité reste perceptible entre les quartiers centraux et périphériques notamment pour les structures de soins privées. Elle se ressent encore plus dans les quartiers de banlieue nouvellement construits.

Les résultats de l'enquête montrent le comportement de l'habitant qui a tendance à privilégier la qualité au détriment de la proximité. La concentration des structures de soins dans le centre-ville reste synonyme de population de l'activité sur un espace réduit et dense. Ces derniers, notamment les structures de soins spécialisé et hautement spécialisé, concentrent un large panel de personnel qualifié. Les polycliniques et les structures de soins de base ne répondent pas forcément aux attentes de la patientèle. Ils ont recours dans la majorité du temps aux médecins privés en dehors de leurs quartiers (vers le centre-ville) et déplorent le manque d'équipement dans les quartiers nouvellement construits.

Cette analyse s'est toutefois limitée aux établissements publics de base, les polycliniques et les cliniques privées. La zone d'influence des établissements publics de base est fixée à 2 km ce qui correspond en moyenne à 30 min de marche tandis que pour les polycliniques et les cliniques privées la zone d'influence était de 5 km.

2. L'accès aux services de soins et la mobilité des populations défavorisées dans l'agglomération oranaise

Le travail qui permet d'analyser l'accès aux soins en milieu urbain dans l'une des métropoles algériennes et les inégalités sociales est la recherche du Pr Rebouha : « Transport, mobilité et accès aux services des populations défavorisées : le cas des habitants des grandes périphéries d'Oran ». Une partie de ses travaux ont porté sur la santé et l'analyse des conditions d'accès aux soins des populations démunies dans la métropole d'Oran, car « *mieux connaître les inégalités sociales et spatiales d'accès aux soins peut contribuer au développement durable du territoire urbain en offrant de meilleures conditions de vie à chacun.* » (Rebouha, 2007)

L'étude basée sur une approche quantitative et qualitative présente les caractéristiques de l'offre sanitaire dans la wilaya d'Oran selon les statistiques de 2006. Elle met en évidence, d'un côté, les fortes inégalités de répartition spatiale des infrastructures de santé et, d'un autre côté, le déficit en matière de personnel médical spécialisé. De plus, une approche qualitative fondée sur les entretiens semi-directifs a permis de comprendre les difficultés d'accès aux soins pour la population pauvre des quartiers périurbains défavorisés. À partir de cette enquête qualitative, certaines causes et certains effets de la situation sanitaire des habitants les plus démunis ressortent, de même que les souffrances vécues : fréquence des problèmes de santé ressentis, accès aux soins limité aux cas les plus urgents à la fois du fait des coûts élevés des consultations, des médicaments, des courses en transport collectif et de l'éloignement rendant particulièrement pénibles et difficiles les trajets pour les personnes à la santé fragile.

L'enquête a été réalisée en 2007 auprès de ménages composés de 3 à 10 personnes dont les revenus varient entre 2000 Da à 10 000 Da par mois. Les logements des quartiers enquêtés, baraques surpeuplées dans les bidonvilles de la périphérie, sont souvent construits en matériaux de fortune et abritent souvent 5 personnes. Même si le lien de causalité directe entre les conditions de logement difficiles et les problèmes de santé n'est pas établi, le risque d'accidents domestiques est bien réel. Plusieurs personnes enquêtées soulignent les déterminants influençant leurs états de santé comme l'accès irrégulier et sélectif aux aliments, les dépenses en matière de santé. L'étude montre aussi que les personnes enquêtées manifestent une grande nervosité et un mal être par rapport à la situation de pauvreté et de précarité.

Dans le cas des ménages pour lesquels la seule ressource est l'emploi dans le secteur informel, il devient courant de renoncer à une partie des soins. L'absence de couverture de sécurité sociale entrave l'accès aux soins. La distance est par ailleurs un obstacle et peut constituer un facteur de risque pour certaines pathologies nécessitant une urgence médicochirurgicale. À Oran, dans les quartiers informels qui ne disposent pas d'équipements de santé, les temps pour accéder aux hôpitaux et cliniques du centre peuvent également atteindre deux heures, avec les transports collectifs classiques. L'effet de la distance est aggravé par d'autres facteurs : pour une distance donnée, les déplacements ne demandent pas les mêmes efforts. La distance ressentie peut être encore plus importante selon la topographie. Les habitants des bidonvilles et des quartiers informels aux voies d'accès non bitumées et en mauvais état doivent convaincre le transporteur ou se plier à ses exigences en matière de coût du déplacement (Rebouha, 2007).

Finalement, pour les habitants pauvres, aller voir un médecin implique de déboursier de l'argent pour le transport, pour les médicaments, frais qui prennent une grande part du budget. Ne pas voir un médecin amplifie les risques sanitaires, comme le fait de ne pas bien manger et de vivre dans une maison insalubre. Il s'avère que les carences du système de sécurité sociale, qui ne prend en charge qu'une partie de la population et ne prend en charge qu'une infime partie des frais de soins privés, constituent un vrai problème pour les personnes sans ressource (Rebouha, 2010).

- **Biais et limites**

Ce premier travail met en évidence l'accès aux soins en milieu urbain dans l'une des grandes métropoles algériennes. Elle attire l'attention sur les difficultés d'accès des populations de la périphérie d'Oran en raison de plusieurs déterminants. De plus, il révèle de fortes inégalités des équipements de soins et de personnels soignants spécialisés. Toutefois, peu de visibilité est constatée sur les pratiques populations dans l'ensemble du territoire de la métropole. Une éventuelle différenciation centre/périphérie, ou une différenciation intercommunale aurait pu apporter un éclairage sur les pratiques de soins de l'ensemble de la population.

3. Inégalité spatiale des équipements de santé dans la métropole d'Annaba

Un autre travail sur la santé cette fois-ci dans la métropole bônoise montre les inégalités spatiales des structures de soins. M. Azzouzi et le Pr Acidi se basent les statistiques communales de la direction de la santé et la population (DSP) de la wilaya d'Annaba, sur leur propre enquête de terrain et sur les travaux d'experts en géographie de la santé. Ils cherchent à comprendre, en se basant sur, la question de l'accès aux soins, à la répartition spatiale de l'offre de soins publique et privée. Ils constatent que les moyens de l'état sont insuffisants. Ils sont « *indirects et limités pour influencer sur la répartition de l'offre de soins privés et répondant davantage aux logiques d'installation des médecins qu'à une logique d'adéquation stricte aux besoins en soins. À travers l'offre publique, le rôle de l'État est prégnant, mais la logique à laquelle il obéit est davantage une logique de hiérarchisation et de concentration que de diffusion de l'offre.* » (Azzouzi & Acidi, 2017)

Pourtant, la loi n° 10 —02 du 29 juin 2010 portant approbation du schéma national d'aménagement du territoire (SNAT 2025)³⁷, prévoyait une augmentation de l'offre de soins dans les territoires « à handicap » où la mortalité est élevée. Elle avait dans l'optique de réduire la durée des déplacements ou les délais d'attente. Pour l'exercice à titre privé, l'état a levé les obstacles à partir de 1986. Ces derniers se présentaient sous forme de limitation d'installation, d'obligation de mi-temps pour pallier le manque de médecins du secteur public. À partir de 1988, l'installation des cliniques privées est autorisée.

Ils font remarquer que la problématique de l'offre de soins et particulièrement le manque de médecin dans les territoires ruraux et les banlieues font débat. Ainsi, la question l'accessibilité aux soins se pose en matière de répartition territoriale pour l'offre de soins hospitalière.

À travers l'analyse de l'offre de soins publique, ils retrouvent une logique de hiérarchisation et de concentration plutôt que de diffusion de l'offre. La wilaya d'Annaba présente ainsi deux inégalités : l'une entre aires rurales et aires urbaines de la wilaya et l'autre entre le centre et la périphérie des aires urbaines des communes de la wilaya. La hiérarchisation de l'offre de soins reste semblable aux hiérarchies urbaines où une opposition urbaine/rurale se surimpose.

³⁷ La loi est basée sur quatre lignes directrices que sont la durabilité des ressources, le rééquilibrage des disparités existantes entre les territoires, l'attractivité et la compétitivité des territoires et l'équité sociale et territoriale.

Ainsi, « à Berrahal, commune située sur la route nationale (RN44), la répartition des services privés de santé de proximité (pharmacie, généraliste, dentiste) montre une opposition entre espaces urbains (agglomération chef-lieu bien équipé) et ruraux (à Guirech et Kalitoussa, il n'existe aucun cabinet médical privé pour plus de 3000 habitants). » (Azzouzi & Acidi, 2017)

La cartographie de la densité des services de proximité privés met en valeur deux formes d'organisation. L'une est une opposition entre les communes urbanisées d'Annaba, El Bouni et El Hadjar et les communes plus rurales de Cheurfa, Eulma, Chetaibi et Tréat. L'autre est une polarisation autour des zones plus urbaines comme c'est le cas de la ville d'Annaba. Cette dernière concentre 100 % des cliniques médicochirurgicales, des lits hospitaliers privés, des laboratoires d'analyses, des centres d'imagerie médicale, des centres d'hémodialyse, des cabinets de psychologie, des cabinets de sagefemmes, des cabinets de kinésithérapeutes et des salles de soins infirmiers. De plus, elle concentre plus de 84 % des spécialistes, 80 % des dentistes, plus de 52 % des généralistes, plus de 58 % des pharmaciens et plus de 74 % des cliniques privées.

Si les disparités de l'offre de soins existent entre les communes, elles sont plus visibles au niveau local entre les agglomérations chefs-lieux (ACL) des communes, les agglomérations secondaires (AS) et les zones éparses (ZE). À titre d'exemple, au sein de la commune d'El Bouni, la densité médicale privée varie du simple au triple entre le centre-ville et l'agglomération secondaire Sidi Salem. Elle varie au quintuple entre le centre et la zone éparses Gharbi Aissa. Les généralistes sont installés dans des zones de « chalandise » et suivent en cela l'exemple des commerces. Cette organisation correspond à une régularité de la logique d'implantation de l'offre de soins. Les médecins sont attirés par les quartiers centraux « *qui tirent leur spécificité de leur caractère passager et commercial, à proximité des bureaux et des grands magasins, des gares, des parkings* » (PICHERAL, 1989).

Enfin, les inégalités dans la répartition des généralistes, et a fortiori des spécialistes, mettent au jour une opposition entre des zones urbaines centrales et des communes périurbaines.

Concernant l'offre de soins publique, la wilaya d'Annaba est dotée d'un centre hospitalo-universitaire (CHU), trois établissements hospitaliers spécialisés (EHS), trois établissements publics hospitaliers (EPH) et trois établissements publics de santé de proximité (EPSP). La hiérarchisation technique et médicale des hôpitaux est génératrice d'une hiérarchie urbaine ressentie par la population. De plus, cette hiérarchisation est génératrice d'une très grande

concentration spatiale de l'offre de soins dans la ville d'Annaba et des variations très importantes entre les communes. Il est aussi remarqué que la hiérarchie hospitalière suit le mouvement d'urbanisation : les établissements les plus élevés dans la pyramide se situent dans les villes les plus peuplées.

Sur un total de 49 services, la ville d'Annaba, en tant que siège de la faculté de médecine, comprend 32 services d'hospitalisation, soit plus de 65 % des services. Le nombre de lits d'hôpitaux est très concentré dans la ville avec plus de 70 %, soit un ratio de 41,6 lits/10 000 habitants, plus que le double de la moyenne nationale (17,4). En ce qui concerne les établissements de soins, la ville concentre 100 % des établissements constituant le centre hospitalo-universitaire (CHU). Autrement dit, elle concentre trois hôpitaux et quatre cliniques spécialisées, un des trois établissements hospitaliers spécialisés (EHS) de la wilaya. Elle concentre, par ailleurs, 39 % des polycliniques, soit un ratio de 0,27/10 000 habitants, et presque 21 % des salles de consultations et de soins (SCS).

En fin de compte, l'étude confirme une répartition spatiale différenciée de l'offre de soins. L'offre de soins publique est, d'une part, une combinaison d'établissements de soins hérités et une planification récente qui tente de concentrer les équipements. L'offre privée, d'autre part, bénéficie d'une liberté d'installation et choisit les implantations géographiques les plus attractives et lucratives comme les centres urbains... (Azzouzi & Acidi, 2017)

Le travail d'Azzouzi et Acidi a cherché à comprendre la répartition de l'offre de soins publique et privée dans une autre grande métropole algérienne. La concentration de l'offre de soins au centre d'une hiérarchisation des équipements de soins rend compte de deux différenciations : entre l'aire urbaine et les aires rurales et entre le centre et la périphérie. Toutefois, cet axe n'a privilégié que la répartition de l'offre de soins. L'étude n'analyse pas les pratiques et les représentations que peut se faire la population d'Annaba des structures de soins public ou privé. Elle ne permet pas ainsi de comprendre les pratiques et les trajectoires de soins selon cette double différenciation constatée ni selon de nouvelle classification comme la classification urbaine/rurale ou la classification selon les agglomérations.

4. Les travaux sur la santé dans la wilaya de Constantine

Dans la wilaya de Constantine, deux travaux peuvent être rapportés pour rendre compte de la santé et de son offre de soins : les travaux de Bouledrouaa et les travaux de Boussof.

L'étude du Pr Bouledrouaa porte sur la réalité sanitaire algérienne et permet de comprendre les inégalités sociales d'accès aux soins en Algérie. Elle affirme que la configuration actuelle du système de soins algérien développe comme tous les secteurs de la réalité algérienne, mais avec des formes propres, des mécanismes formels et informels d'accès aux soins. Cette configuration est fortement inégalitaire qui s'ajoute aux inégalités déjà constatées au niveau de l'état de santé lui-même. Ces inégalités d'accès aux soins se traduisent par des formes multiples. Cela peut prendre sous forme de difficultés ou de facilités qu'éprouvent les différentes catégories sociales dans la satisfaction de leurs besoins de santé (de soins). Aussi, cela peut prendre la forme de leur capacité à mobiliser ou pas les ressources économiques nécessaires à une santé, qui coûte de plus en plus cher. Enfin, cela peut prendre la forme de leur capacité de mobiliser ou non le capital social, relationnel qui garantit cet accès à un système de soins plutôt gratuit ou peu coûteux. Tout laisse à penser que ces deux formes d'inégalités d'accès aux soins (par l'argent et par la relation) sont plutôt cumulatives et exaspèrent les inégalités sociales en matière de santé (Bouledroua, 2010).

Le recours à l'informel constitue l'angle privilégié par le chercheur. Son investigation a porté sur 123 ménages en respectant la représentativité de la distribution spatiale des ménages en Algérie à savoir 60 % des ménages urbains et 40 % des ménages ruraux. L'expérience des ménages face à l'accès aux soins dans les différentes structures montre que 25 % des ménages ont rapporté au moins un événement d'échec aux soins sur des prestations élevées (scanner, IRM, examens et consultations spécialisées). En poussant l'analyse plus loin, 31 cas ont déclaré un échec, 12 cas ont tenté d'y remédier par le recours aux relations informelles qui dans 50 % des cas se sont soldées par un résultat positif. 14 cas se sont dirigés vers le secteur privé et 4 cas n'ont engagé aucune solution pour remédier au problème. Le résultat de cette analyse montre que ces situations d'échec concernent à des degrés divers l'ensemble des catégories socioprofessionnelles :

À titre d'exemple, 44 % des salariés du privé ont vécu une situation d'échec. Tandis que 35 % des cadres et agents du secteur public et 16 % des cadres et élites intellectuelles ont vécu une

situation d'échec au soin.

Concernant le renoncement aux soins, 60 % des ménages ont eu à renoncer au moins une fois à des soins, dans l'attente de conditions favorables pour se soigner. Le test d'indépendance des variables à partir du χ^2 de Pearson montre qu'il y a une relation significative entre les catégories socioprofessionnelles et les justifications du renoncement aux soins. Les raisons apportées par les ménages s'articulent autour de trois raisons. D'abord, pour 20 %, le soin est inaccessible dans le secteur public. Pour 19 %, les ménages ne connaissent personne pour les aider à accéder à ces soins et 19 % de la prestation, qui est accessible, reste chère dans le secteur privé. À cela, 11 % incriminent l'éloignement et 9 % avancent le fait qu'il n'est pas en mesure de faire face et que cela exige de la mobilisation et du dérangement.

L'analyse des pratiques informelles montre que les ménages usent de manière différenciée le recours à l'informel pour accéder aux soins. Ainsi, 34 % disent avoir une pratique systématique de l'informel, 41 % déclarent des pratiques informelles occasionnelles, 17 % déclarent des pratiques exceptionnelles et 7 % déclarent ne pas user de pratiques informelles pour accéder aux soins.

L'analyse approfondie de son analyse montre que les ménages appartenant aux catégories supérieures sont moins disposés à se laisser malmener et sont préparés à la difficulté. De plus, leurs positions sociales et leur capacité supérieure d'influence suscitent beaucoup plus de réponses positives à leur quête de soins. C'est en partie pour cette raison que ces catégories supérieures utilisent de façon quasi systématique les pratiques informelles au vu du haut rendement de ces pratiques. Les catégories moyennes cumulent, elles aussi, la ressource de l'autorité, mais de manière relative. Ils sont plus contraints, que les catégories supérieures, à l'utiliser pour résoudre les problèmes d'accès aux soins.

L'évaluation de l'opinion des ménages aussi bien sur l'accessibilité aux soins que sur l'analyse du système de soin (public et privé) permet de dégager une image négative du système. Cependant, derrière les jugements qui sont plutôt partagés par les différentes catégories sociales, il y a des nuances de jugements. Les analyses chez les différentes catégories sociales sont le fruit de leurs conditions de vie générales, inscrites dans une hiérarchie des positions sociales et des revenus que la question de la santé ne peut réduire. En tout cas, les différences sociales à défaut d'être réduites dans le rapport à la santé sont exaspérées (Bouledroua,

2017).

Le travail du Pr Boussof sur l'attraction du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Constantine interroge le recours aux soins dans la wilaya de Constantine et dans la région nord-est. Son travail porte sur le poids de l'héritage administratif et les phénomènes de concurrence entre les pôles de Constantine et d'Annaba et le partage de la clientèle dans les zones de chevauchement d'attraction. En effet, il souligne que la hiérarchisation des soins hospitaliers mis en place dans le cadre de la carte sanitaire n'est pas respectée dans sa totalité. Les flux de malades enregistrés entre le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Constantine et les différentes régions de l'Est algérien révèlent que le principe de subsidiarité est mal appliqué. De plus, la pyramide hospitalière est transgressée par la population qui semble ignorer la sectorisation des soins. Le recours aux soins dessine donc un espace sanitaire de différentes échelles, souvent différent de l'espace médical règlementé par la carte sanitaire (Boussof & Picheral, 1999).

D'un côté, l'étude de Bouledrouaa a porté sur les inégalités sociales d'accès aux soins. Ces dernières se basent principalement sur les difficultés et les facilités qu'ont les différentes catégories sociales à mobiliser les ressources de l'argent et des relations pour accéder aux soins. En réorganisant les différentes classes socioéconomiques, il apporte que les classes les plus démunies aient moins accès aux secteurs publics contrairement aux classes ayant un fort capital relationnel et économique. Ces dernières ont vécu moins de situations d'échec. Cette analyse ne se base que sur l'aspect sociologique et n'apporte pas de vision sur la répartition territoriale lors de la réponse des enquêtés.

D'un autre côté, les études de Boussof, analyse la répartition des équipements de santé dans la wilaya de Constantine et l'attractivité du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHU) qui draine au-delà de ses limites administratives. En soulignant la hiérarchisation pyramidale de l'offre de soins qui suit la hiérarchisation administrative du pays, il révèle que cette logique n'est pas forcément respectée. Ainsi, le travail ne porte pas sur les pratiques de recours et les différentes manières de recourir aux soins à l'échelle intercommunale et à l'échelle de l'agglomération.

Finalement, les études nationales et les recherches universitaires montrent l'intérêt croissant de la question de la santé et du recours aux soins. Elles n'abordent, toutefois, pas

les questionnements spatiaux et territoriaux et ne l'analysent pas à une échelle fine comme à l'échelle des quartiers, des communes ou à travers les agglomérations. Il apparaît intéressant donc d'apporter une lecture territoriale fine dans la lecture des pratiques de soins des populations. La ville de Constantine est un exemple des transformations urbaines imposées par la croissance démographique de ces dernières années. Avec le report de croissance, la ville de Constantine est sortie de ses limites spatiales. Le système urbain se développe ainsi autour du noyau par l'établissement d'un réseau de multipolarité puis la construction d'une nouvelle aire urbaine. Une lecture à partir de la configuration urbaine apporterait un nouvel angle de lecture et d'interprétation du recours aux soins. Autrement dit, notre étude tente sous l'approche des pratiques et des représentations de rendre compte de la réalité territoriale plus fine du recours aux soins dans l'une des plus grandes villes d'Algérie.

Tableau II.3 : Tableau récapitulatif des recherches menées dans les grandes agglomérations algériennes

Étude	Caractéristiques de l'étude	Objet de l'étude	Apports	Biais et limites
La répartition spatiale des établissements de santé et leur incidence sur les inégalités d'accès aux soins à Alger	Medjadj et Baudelle Alger, 2022	Analyse de la répartition de l'offre de soins et leurs relations avec les inégalités d'accès aux soins à Alger. Utilisation de la méthode d'estimation Kernel density Enquête menée dans trois quartiers Analyse de la qualité des soins et la qualification du personnel	L'offre et l'accès aux soins sont déterminés par le système de gestion des structures de soins. Bonne répartition de l'offre de soins publique dans la wilaya Concentration de l'offre privée plus importante dans le centre Les populations n'ont pas recours aux soins dans leurs quartiers. Privilégie la qualité au détriment de la proximité.	Analyse limitée aux polycliniques Ne prends pas en charge les différentes structures Ne prends pas en compte l'ensemble du territoire de l'agglomération.
Transport, mobilité, et accès aux services des populations défavorisées :	Mme Rebouha Oran Statistiques de la direction de la santé populaire (DSP)	Analyse des conditions d'accès aux soins des populations démunies	Fortes inégalités spatiales des infrastructures de santé Déficit en matière de professionnels de santé. Comprendre les difficultés d'accès des populations issues des quartiers périurbains défavorisés	Une étude centrée sur les quartiers périphériques défavorisés Ne rends pas compte des pratiques des

Le cas des habitants des grandes périphéries d'Oran	d'Oran 2006 Entretiens semi-directifs auprès des populations		Pour recourir aux soins, les populations déboursent de l'argent pour le transport, les médicaments. Les carences au niveau de la Sécurité sociale. Elle ne prend pas en charge d'une fine partie des frais de soins privés.	pratiques et des représentations dans l'ensemble de la métropole. Une différenciation intercommunale absente.
La répartition spatiale inégale de l'offre de soins à Annaba (est algérien)	Annaba, 2017 Statistiques de la DSP d'Annaba Résultats d'enquête	Étude de la répartition spatiale de l'offre de soins publique et privée.	Révèle que l'offre de soins publique suit une logique de hiérarchisation et de concentration Deux formes d'inégalité dans le territoire : entre les communes urbaines et rurales et entre la commune d'Annaba et le reste des communes urbaines. L'offre de soins privée suit le déploiement de l'offre de soins privé avec une concentration dans la commune d'Annaba.	L'étude n'analyse pas les pratiques et perceptions des populations vis-à-vis de la configuration du système de soins. Une analyse selon une classification urbain/rural et non à l'échelle fine des agglomérations.
Les territoires de l'hôpital :	Enquête Pr Bousouf	Étude de l'attractivité du centre hospitalo-universitaire	Rapports des phénomènes de concurrence entre les différents chu	Travail ne portant pas sur les pratiques et les

<p>l'attraction du pôle hospitalier de Constantine</p>	<p>Constantine, 1998</p>	<p>de Constantine</p>	<p>Attractivité du CHU de Constantine dans la région Nord-Est Résultat sur le respect de la hiérarchie sanitaire Un territoire de recours aux soins des populations différent de celui dessiné par les autorités politiques.</p>	<p>représentations de l'offre de soins. Réflexion non centrée sur l'échelle infracommunale ou à l'échelle de l'agglomération.</p>
<p>Approche sociologique de la question des inégalités d'accès aux soins en Algérie</p>	<p>Enquête du Pr Bouledrouaa Constantine, 2010 Nombre d'enquêtés 123 ménages Distribution 60 % en milieu urbain et 40 % en milieu rural</p>	<p>Tentative de compréhension des inégalités sociales d'accès aux soins.</p>	<p>Redéfinition des classes des catégories socioprofessionnelles émise par l'ONS Analyse de l'accès aux soins sous l'angle du recours aux circuits informel (connaissance, argent... Forte expérience d'échec des ménages => recours vers le secteur privé. Renoncement aux soins en raison de son inaccessibilité dans le secteur privé, des prestations chères et l'éloignement. Les ménages de catégories supérieures utilisent les pratiques informelles pour recourir aux soins</p>	<p>Analyse principalement sociologique. Pas de visibilité concernant la répartition territoriale des réponses.</p>

C. Un recours aux soins au prisme des pratiques et des représentations

Le recours aux soins peut être compris comme une construction dynamique reflétant la réalité sociale. Il examinerait *« les rapports sociaux et leur logique propre de reproduction que la population mobilise désormais autour des services de soins. »* (Kassoum & Memon, 2016) Chaque rapport social conduirait à un recours singulier aux équipements de santé et donc à une représentation spécifique.

Dans cette section, nous commencerons à aborder le lien étroit entre les pratiques et les représentations et leur importance dans la compréhension des faits sociaux. Nous suivrons par une présentation de travaux montrant la manière dont l'étude des représentations sociales peut devenir une approche heuristique à l'égard des comportements de santé. Enfin, nous mettrons l'accent sur l'intérêt géographique de cette mise en perspective des pratiques et des représentations.

1. Lien entre pratiques et représentations

L'analyse sous l'angle des représentations sociales permet de mettre en relief les perceptions partagées par les individus ou *« l'existence d'une vision commune au sein des groupes d'individus, mais également de perceptions contrastées entre les groupes, selon leurs pratiques et leur positionnement identitaire. »* (Galand & Salès-Wuillemin, 2009)

La question est donc de savoir si les représentations sociales permettent d'expliquer les pratiques.

Ainsi, Moscovici rappelle que s'*« il n'est guère de règle ou de pratique qui ne soit suscitée ou accompagnée d'un ensemble de représentations », si « les représentations sont causales », « le lien causal est complexe et subtil »* (Moscovici, 2001).

Abric montre des situations où les pratiques sont déterminées par les représentations et des situations où des changements de pratiques sont à l'origine de changement de représentations. Il conclut que *« les représentations et les pratiques s'engendrent mutuellement »* (Abric, 1994). Flament exprime, quant à lui, une position similaire, car dans le cadre de l'interaction entre pratiques et représentations : *« actions et rétroactions s'enchainent et vouloir donner une priorité à l'un ou l'autre relève plus de la rhétorique que de*

l'approfondissement ». Il souligne que les représentations sociales « *se déploient dans la réalité quotidienne au travers de la grande flexibilité des pratiques* » (Flament, 2003).

L'idée des deux auteurs, qui s'attache plus à un flux entre pratiques et représentations, laisse la question de la place des représentations ouverte dans l'élaboration des pratiques sociales. En approfondissant la question, Singery souligne que « *les représentations sociales ne sauraient, en effet, être considérées comme les seules structures de planification et de régulation des comportements* » (Abric, 1994).

Il ne s'agit pas seulement d'une question de variabilité dans l'application de principes qui renverrait à de simples ajustements dans un cadre restreint. Mais il s'agit bien davantage d'une conception qui considère « *toute pratique comme inscrite dans un travail incessant de création et de recréation, de confirmation et de mise en doute de ce que l'on croit savoir.* » (Flament, 2003) L'étude des pratiques suppose donc la prise en compte à la fois du sujet qui les met en œuvre, mais aussi les conditions d'exercice.

Un autre aspect de cette réflexion sur le lien entre pratiques et représentations est la question des différentes représentations qui « *soutiennent l'espace de la pratique, la question d'un système de représentation sous-jacent. Cela conduit à comprendre que chaque champ participe à l'évaluation tant qu'il est articulé aux autres.* » Finalement, nous pouvons ajouter à la suite de Levy que « *les représentations ne sont en effet pas des images ou des conceptions figées, mais le résultat toujours inachevé d'un travail psychique consistant à remodeler l'environnement* » (Lévy, 1997).

Comprendre donc les pratiques implique d'abord, une mise à jour de ce qui les sous-tend. Cela concerne les savoirs, les connaissances et l'expérience vécue : « *Elle suppose un effort d'analyse et de formalisation de son expérience vécue* » (Lhuillier, 2006).

2. Les représentations sociales de la santé

Appliquées à la santé, les représentations sociales ont été étudiées sur des objets et dans des contextes très différents : représentations de la maladie, de la personne malade, des conduites préventives et du rapport aux soins. Elles ont été investies par plusieurs travaux à l'image des travaux de Herzlich sur la représentation sociale de la santé et de la maladie en 1969, de La Plantine en 1998 sur l'anthropologie de la maladie ou de Pédielli en 1999 sur les

théories personnelles des patients concernant leurs maladies qui porte de manière générale sur le rapport à la santé et à la maladie.

La place de la médecine dans la société et les rapports entre maladie et santé ont connu un changement de paradigme durant les dernières décennies. Le droit à la maladie et aux soins est devenu un devoir de santé et lutter contre la maladie est devenu un maintien en santé (Pierret, 2008). La Plantine aborde un mouvement de désocialisation de la maladie et de médicalisation de la société.

Les travaux de la représentation sociale de la santé et de la maladie montrent qu'il existe une pensée profane de la maladie par rapport à la pensée des experts. Elle est à la fois une réalité, expliquée et traitée par la médecine. Mais elle est aussi une expérience individuelle pour le patient avec des impacts sociaux, culturels et psychologiques d'où la différence entre les termes anglo-saxons « illness » et « disease ». Ils traduisent l'opposition entre « illness » (maladie du malade, ou vécu subjectif du malade), « disease » (maladie du médecin, objectivée à partir des altérations biologiques), voire aussi « sickness » (maladie socialisée, abordée comme charge symbolique pour l'ensemble du groupe social) (Massé, 1995). Les travaux montrent, par ailleurs, que les individus s'appuient sur des visions partagées du monde. À la suite de l'ouvrage de Moscovici en 1961, Herzlich montre que ce qui est important c'est la manière dont la réalité est vécue par le patient et le rapport qui l'entretient avec la réalité. Elle justifie les représentations sociales de la santé par « *l'articulation réciproque de différents "niveaux" des phénomènes psychosociaux — organisation cognitive d'un objet social, élaboration de normes de comportement — que l'on a coutume d'étudier séparément* » (Herzlich, 2019). Jodelet affirme, pour donner suite à ses travaux sur la représentation sociale de la maladie mentale, que le rapport à l'autre régit les pratiques et les représentations.

D'autres travaux illustrent la différence de vision selon les différents groupes sociaux. En étudiant l'influence de l'appartenance culturelle sur la représentation sociale de la santé et de la maladie, Bishop (2004) montre le rôle de la culture dans la manière « *d'appréhender la maladie, de l'éviter, de la soigner et de la traiter.* » Pour finir, ces acteurs se rejoignent sur la conception et le fonctionnement de la représentation sociale de la santé et de la maladie en rapport avec le milieu social, culturel dans lequel baigne l'individu (Jeoffrion, 2009).

3. Localisations, pratiques et représentations du système de soins

La géographie sociale ne se limite pas à l'étude des rapports sociaux, mais s'intéresse également à l'interaction entre société et espace. La notion d'espace est conçue comme le résultat d'interactions entre processus naturels, formes physiques, pratiques sociales et représentations, ce que nous verrons.

Armand Frémont en 1984 puis Jean-Bernard Racine en 1986 montrent que l'objet de la géographie sociale est « *l'étude des relations entre rapports sociaux et rapports spatiaux* ». Ils correspondent aux liens affectifs, fonctionnels et économiques que les individus tissent avec l'espace géographique. Ce rapport a déjà été questionné par l'historien Lucien Febvre qui questionne les rapports qu'entretenaient les sociétés humaines avec le milieu géographique présent. Ainsi, faire de la géographie, c'est combiner les phénomènes selon leur coexistence. Comprendre cette combinaison revient ainsi à inventer des objets géographiques comme des montagnes, des villes ou des pays. Ce sont ces rapports sociaux qui définissent des combinaisons spatiales que les géographes repèrent, identifient et nomment au nom de la représentation. Ces combinaisons déclinent l'espace social dans toutes ses formes qu'elles soient des lieux ou des territoires.

Malgré la diversité des objets de recherche, la posture reste la même. Elle consiste à appréhender le vécu par les interactions entre représentations et pratiques. Les concepts sont donc les pratiques et les représentations sociales liées à l'espace ; lesquelles « *ne sont pas dissociées, mais interfèrent dans un dialogue perpétuel : elles s'interconstruisent.* » (Di Méo, 1990) La matérialité du monde géographique fonde, par le relai de notre « foi perceptive », nos représentations. En tant que structure, elle s'imprègne de l'actualité et de la trace historique des rapports sociaux de production. En admettant ces hypothèses tout en évitant une dérive de la recherche vers le « psychologisme », il est nécessaire de compléter les concepts d'espaces représenté et vécu par la notion de méta- structure sociospatiale, étape obligée sur le chemin du territoire : « *cette superposition approximative d'expériences privées que l'espace socialise. Dès lors, métastructures et territoires s'inscrivent dans le schéma objectif des formations sociospatiales, grille de lecture d'un univers géographique prégnant qu'institutionnalisent les déterminations matérielles et idéelles émanant du corps social.* » (Di Méo, 1990) La pratique est entendue comme ce qui « *qualifie l'action en tant que*

conséquence d'une vue théorique ou que mise en œuvre d'un projet. » (Morfaux & Lefranc, 2011)

L'introduction du concept des représentations sociales dans notre discipline a permis de dépasser les notions de perception (Claval, 1974 ; Bailly, 1977) et d'espace vécu (Chevalier, 1974 ; Frémont, 1976). Les représentations sont définies comme des « *schémas pertinents du réel.* » (Guérin & Gumuchian, 1985) L'idée que le réel n'existe pas en dehors des représentations se confirme chez une partie des géographes. Cela explique que les représentations en géographie aient été qualifiées par Bailly en 1995 de « *révolution épistémologique.* » (Bailly et al., 1994) Leurs travaux montrent l'existence d'un rapport dialectique entre les représentations et l'espace dont l'intermédiaire est la pratique sociale (Guérin & Gumuchian, 1985) (Debarbieux, 1991).

Cette géographie se rapproche des travaux au sein des sciences humaines et sociales. À titre d'exemple, la sociologue Denise Jodelet exprime notre intérêt pour cette définition des représentations : « *on reconnaît généralement que les représentations sociales, en tant que système d'interprétation régissant notre rapport au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales* » (Jodelet, 1989). Ce rapprochement se traduit notamment par l'emprunt de méthodes à ces disciplines, en mettant à profit des méthodes d'enquête, d'investigation et d'analyse propres à la sociologie, la psychologie, l'ethnologie, la sémiotique et la linguistique (Bertrand et al., 2006).

Cette méthodologie combine les techniques de recueil et les techniques d'analyse. La dialectique qui en ressort de ces deux sphères consiste à se focaliser sur différentes situations comme les situations sociales ou les différentes formes de langage qu'ils soient des discours écrits ou oraux ainsi que les images issues de sources iconographiques (carte mentale, photo, image publicitaire...). Le recours au discours pour l'exploitation des pratiques et des représentations semble un outil important. Il donne accès à la fois à des raisonnements et des argumentaires et aussi à la manière dont se situent les individus entre eux et avec leur environnement³⁸. Aussi accéder directement aux pratiques par les méthodes d'observations

³⁸ L'analyse de discours peut prendre plusieurs formes comme les discours écrits, oraux, par les supports graphiques, dessin, carte mentale.... Pour permettre de « *faciliter l'expression en utilisant un mode de recueil plus approprié à la population* » (Abric, 1994).

semble aussi être privilégié.

L'étude des représentations sociales a contribué à l'avancée des sciences sociales en matière de santé. Les exemples choisis montrent les différentes méthodes employées et leurs apports dans l'appréhension des connaissances à l'égard des objets sociaux situés au cœur des comportements de santé. L'étude des représentations sociales, en lien avec l'adoption de pratiques spécifiques, permet d'explicitier la façon dont des individus conceptualisent et se positionnent par rapport à une maladie, un comportement préventif...

Cette démarche présente un intérêt certain « *pour investir la subjectivité du savoir partagé, sensibiliser les professionnels de santé sur ces aspects et de mettre en place des politiques d'éducation et de promotion à la santé adaptées aux publics visés.* » (Galand & Salès-Wuillemin, 2009) Toutefois, la psychologie sociale ne peut suffire à l'étude des représentations, une approche pluridisciplinaire au sein des sciences humaines et sociales permettra de comprendre les déterminants (Di Méo, 2008).

La théorie des représentations nous interpelle sur le fait que « toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégré dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'entoure. » (Abric, 1994)

Appliquée à la santé, elle permet de mieux appréhender des questions comme la relation thérapeutique, la perception cognitive des patients face à la maladie, face à leurs traitements ou face aux professionnels qui les entourent.

Cette section nous a permis de guider notre analyse et d'affiner nos questionnements.

Il en ressort, dans un premier temps, que la relation entre les pratiques et les représentations restent fortement interdépendantes. Les pratiques restent donc déterminées par les représentations et inversement où le changement de pratiques conduit à un changement de représentations. Elles doivent donc être analysées de manière dynamique et simultanée afin de refléter aux mieux les réalités existantes.

Ainsi, ce détour théorique nous a permis de cerner nos questionnements sur les pratiques de soins des populations, sur leur intention de recours ainsi que sur les raisons de leurs choix. Ce

choix a-t-il été décidé par rapport à des représentations déjà établies ou a-t-elle suivi des logiques différentes ? Ces logiques sont-elles partagées par l'ensemble de nos enquêtés, était-elle propre à une partie de nos enquêtés ou est-elle produite individuellement ? Serait-elle restreinte à une catégorie particulière, suivant son niveau d'instruction, sa catégorie socioprofessionnelle ou de son niveau de revenu ?

De plus, elle a permis de nous concentrer sur l'existence, ou pas, de changements dans les représentations et les pratiques. Les représentations, principalement basées sur l'expérience des difficultés d'accès aux soins, auraient-elles modifié le regard sur les équipements de soins ? Auraient-elles conduit à une pratique différente de recours ? Comment le rapport aux différentes structures de soins participe-t-il à la trajectoire de soins ? Sont-elles le résultat d'un changement de paradigme vis-à-vis de l'organisation du système de santé ?

Il s'agit également de s'interroger sur le rôle de la perception de l'état de santé dans les pratiques de recours aux soins ? La perception des dépenses à engager influence-t-elle ces pratiques ? Comment les précédentes expériences avec les professionnels de santé contribuent-elles aux pratiques de recours aux soins suivantes ? L'appartenance culturelle influence-t-elle ces représentations ?

La question du territoire et sa dialectique avec les représentations et les pratiques montrent la manière dont les sociétés s'imaginent, se représentent dans leur espace.

Appliquée à notre recherche, elle apporte de la valeur ajoutée. Le rôle du territoire a été peu investigué dans les études précédentes. Le choix de travailler sur une agglomération, plutôt que sur des classifications urbaines/rural et/ou sur les grandes classifications régionales, permet de mieux rendre compte des inégalités de parcours de soins et de représentations des équipements de santé.

Observe-t-on les différenciations spatiales lors des recours aux soins ? Les rapports centre/périphérie au sein de l'agglomération sont-ils pertinents pour analyser les différentiels de recours aux soins ?

Conclusion

Ce deuxième chapitre a tenté de cerner le recours aux soins à travers différentes études et de comparer les résultats en Algérie.

L'analyse des différents travaux montre l'intérêt de la question du système de santé algérien. L'enquête TAHINA montre que la population algérienne a une forte tendance à recourir aux structures de soins publiques. Cette tendance est toutefois plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain, et ce quelle que soit la région géographique. Quant aux recours aux personnels de santé, le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié suivi par le médecin spécialiste. Le médecin généraliste est, par ailleurs, plus sollicité en milieu rural qu'en milieu urbain tandis que le médecin spécialiste l'est plus en milieu urbain qu'en milieu rural. La distance parcourue reste moins d'une heure de marche pour se rendre à la structure de soins souhaitée. Cette distance est plus courte en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les différentes phases de l'enquête MICS montrent, quant à elle, le recours aux soins des femmes et enfants. La sixième édition montre un recours plus élevé vers les structures de soins privés pour des infections respiratoires aiguës (IRA). Le recours en milieu rural reste équilibré entre le recours au secteur public et le secteur privé tandis que le recours vers le privé est plus important en milieu urbain.

L'analyse du recours aux soins des mères montre, par ailleurs, un fort recours aux structures de soins publiques. Il est cependant plus important en milieu rural qu'en milieu urbain lors des séjours postpartums. Finalement, le recours aux secteurs publics est largement partagé par la population pour des pathologies lourdes ou lors de campagne de prévention. Le recours aux soins privés se fait principalement lorsque les pathologies ne sont pas prises en charge par le secteur public.

Des études universitaires sur les différentes métropoles vont dans le même sens, ce qui nous a conduits à centrer notre questionnement sur la perception et les pratiques de la population en matière de recours aux soins dans la métropole constantinoise.

Le travail qui le permet le mieux est l'étude de Bouledrouaa qui affirme que le système de santé développe des mécanismes formels et informels qui lui sont propres, ce qui accentue les inégalités d'accès aux soins. Ces derniers se traduisent par leur capacité à mobiliser des

ressources économiques, un capital social et relationnel pour accéder aux soins.

L'opinion des ménages aussi bien sur l'accessibilité aux soins que sur l'analyse du système de soin (public et privé) permet de dégager une image négative du système. Derrière les jugements qui sont plutôt partagés par les différentes catégories sociales, il y a des nuances de jugements et les analyses chez les différentes catégories sociales sont le fruit de leurs conditions de vie générales, inscrites dans une hiérarchie des positions sociales et des revenus que la question de la santé ne peut réduire. En tout cas, les différences sociales à défaut d'être réduites dans le rapport à la santé sont exaspérées.

Cette reprise des différents travaux nous a conduits à définir des notions de pratiques de santé qui se basent sur la théorie du « noyau central » permettant ainsi une meilleure compréhension des recours aux soins. Cette base a permis de créer un protocole de recherche en prenant en considération les spécificités urbaines algériennes. La territorialité, des acteurs et leurs champs de pratiques permettent de répondre aux mieux à la particularité de la wilaya de Constantine. Elle permettrait de ce fait de relever les différents déterminants lors d'un recours aux soins.

Chapitre III : Dispositif d'investigation et présentation de la population répondante

Le deuxième chapitre a permis de mettre en évidence, à travers les enquêtes et les recherches menées en Algérie, que les trajectoires des soins des Algériennes et des Algériens peuvent différer. Elles peuvent différer selon les grandes régions (Nord, Hauts-Plateaux et Sud), les wilayas ou la localisation en milieu urbain ou en milieu rural.

Nous avons toujours comme objectif de cerner le rapport (au sens des pratiques et des représentations) aux soins à des niveaux d'analyse plus fins. Or, l'opacité qui entoure la collecte et la mise à disposition de certaines données ont constitué un obstacle. En effet, la méthodologie adoptée par l'office national des statistiques algérien (ONS) se base sur un recensement infracommunal à partir d'un découpage en « districts » pour chacune des communes. La wilaya compte, en effet, 1 108 districts où la seule commune de Constantine comporte, à titre d'exemple, 536 districts, la commune d'El Khroub enregistre 223 districts tandis que la commune de Messaoud Boudjeriou ne correspond qu'à 11 districts.

Les données collectées à chaque recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) sont mises à disposition au niveau des communes. Ainsi, les données infracommunales en général, voire intra-urbaines, ne sont pas publiées. Dans les communes qui abritent au moins une agglomération (secondaire, chef-lieu de daïra, chef-lieu de wilaya par exemple), les districts devraient permettre de caractériser les différenciations voire les inégalités intra-urbaines. Pour reprendre les exemples cités précédemment, à savoir les communes de Constantine, d'El Khroub et de Messaoud Boudjeriou, nous ne pouvons pas caractériser les profils socioéconomiques des habitants ou leur niveau d'instruction à des niveaux d'analyse fins. Seuls le nombre d'hommes et de femmes et le nombre de constructions sont renseignés au niveau des districts. À titre d'exemple, dans le premier district de la commune de Constantine, 83 constructions sont recensées, dont 75 qui sont habitées, tandis que 9 sont inhabitées. Ce même district compte 82 ménages dont 234 hommes et 224 femmes, soit un total de 458 personnes.

Nous avons donc décidé de réorienter notre recherche. L'objet est ainsi de caractériser d'une part les représentations qu'ont les habitants du système de soins déployé dans la wilaya de Constantine ; d'autre part leurs pratiques en fonction du territoire où ils se situent.

La recherche vise à documenter de manière complémentaire les représentations des composantes du système de santé publique et privée et surtout leurs pratiques en fonction du type de territoire urbain. Autrement dit, nous cherchons à vérifier, pour des populations similaires, s'il existe des manières et des représentations différentes de recours aux soins, selon le type de territoire urbain dans lequel elles évoluent (agglomération secondaire, ville nouvelle, chef-lieu de daïra, chef-lieu de wilaya).

Ce chapitre présentera notre dispositif de recherche sur le terrain de Constantine. Nous présenterons dans un premier temps notre dispositif d'enquête et les aspects méthodologiques, en nous focalisant sur notre questionnaire et les ajustements nécessaires. Ce questionnaire a été complété d'une part par différentes observations de terrain qui ont donné lieu à un corpus de photos ; d'autre part par des entretiens avec différents acteurs politiques et professionnels de santé. Afin de faciliter la lecture, nous retracerons les phases par ordre chronologique. Dans un second temps, nous présenterons la répartition territoriale des répondants ainsi que leurs caractéristiques socioéconomiques. Ce regard sur notre population nous permettra, lors du quatrième et cinquième chapitre, d'éclairer les trajectoires de soins et les perceptions du système de soins installé dans la wilaya de Constantine.

A. Contexte et protocole de la recherche

Notre recherche vise à mettre en évidence des manières différenciées de recours aux soins en fonction de différents territoires urbains. Notre volonté est donc de couvrir l'ensemble de la wilaya de Constantine en prêtant une attention particulière à son agglomération.

Pour ce faire, nous avons effectué plusieurs séjours de recherches. Un premier temps a été consacré à la collecte d'informations grâce à des entretiens auprès des différents acteurs politiques. Un second temps a été consacré au test d'une première version de notre questionnaire ainsi qu'à des entretiens avec des professionnels de santé et des décideurs politiques. Le troisième temps a été consacré, quant à lui, à la passation des questionnaires auprès des personnes volontaires, complétés parfois par des entretiens avec les personnes disponibles ainsi qu'à leurs retranscriptions.

Nous retracerons dans ce qui suit le contexte, les matériaux collectés, la capitalisation du corpus photographique et les entretiens conduits auprès des différents acteurs.

1. Les premières phases de terrain

La période de 2016 à 2017 a été marquée par trois séjours de recherche à Constantine.

Durant la période de 26 décembre 2016 au 3 février 2017, il était question d'établir un inventaire critique des sources de données disponibles. Il s'agissait d'établir un inventaire des données socioéconomiques aux échelons les plus fins, des données urbaines en vigueur ainsi que des observations de terrain. De plus, il était nécessaire de collecter des données urbaine et sanitaire à l'échelle régionale, wilayale et communale.

Lors de nos premiers jours de séjour, nous avons orienté notre attention vers la collecte des données socioéconomiques existantes. Nous nous sommes dirigés vers l'office national des statistiques (ONS). Situé dans le quartier El-Daksi dans la ville de Constantine, cet organisme fait partie des 4 antennes nationales de l'ONS. Notre visite au sein de sa bibliothèque nous a permis d'accéder au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) (2008). Il faut noter que les recensements en Algérie se font tous les 10 ans et que l'Algérie a vu 4 recensements : 2008, 1998, 1987... Le dernier de 2020 a été retardé à plusieurs reprises. Il a été annoncé pour 2022, mais les données issues de ce recensement ne sont, à ce jour, pas disponibles.

Nous avons ainsi collecté des données caractérisant la population, les ménages, les logements, à l'échelon des régions, des wilayas et des communes. Pour avoir des données plus fines, nous nous sommes entretenus avec le chargé de mission M. Sadek qui a nous donné accès aux données à l'échelle des « districts » (cf. Photos III.1). Le manque de données statistiques à des niveaux fins a constitué un obstacle dans notre recherche, tout comme l'accès à des fonds de carte numérisés. En effet, les cartes des découpages en districts sont anciennes et ont nécessité un scan, car il n'y avait pas de personnes maîtrisant les logiciels de cartographies. Cela nous a conduits à numériser les limites urbaines de la wilaya ainsi que certains districts pour permettre une mobilisation lors de réalisations cartographiques.

D'autres pistes ont été explorées afin de pallier le manque de données infra-urbaines, mais sans grand succès. À titre d'exemple, l'étude sur le bâti réalisée par la société d'architecture et d'urbanisme (S.A.U) aurait pu nous fournir des données infra-urbaines récentes. Commanditée par la wilaya de Constantine, elle a commencé en 2010 et est toujours en cours

et a pour but de recenser l'ensemble de la population résidente dans la wilaya et plus précisément dans la ville de Constantine. Elle permet ainsi d'identifier le bâti à restaurer, de permettre le relogement des personnes dont le logement présente des anomalies et de posséder des statistiques à une échelle fine à savoir des districts. Pour cela, l'étude a repris le même découpage officiel de l'office national des statistiques (ONS) et a permis de recenser plus de 90 % de la wilaya de Constantine. La partie la plus difficile à recenser est, selon Mme Hariz, membre de l'équipe de recherche et docteur dans le laboratoire Villes et santé de l'université Constantine 3, le centre-ville historique de la ville de Constantine. Le cœur historique de la ville présente, en effet, une superposition d'un schéma urbain colonial adossé à un schéma urbain ottoman étroit et compact, ce qui rend le recensement par lots plus lent. Il reste à la charge des futures recherches d'exploiter cette piste pour construire des recherches précises à l'échelle infra-urbaine.

Suite à cette collecte, il s'en est suivi une recherche personnelle dans l'annuaire de l'office national des statistiques (ONS). Nous avons pu trouver la méthodologie adoptée lors du recensement de 2008 et des données socioéconomiques et sanitaires à l'échelle nationale plus récente datant de 2011, de 2012 et 2015³⁹.

Les données urbaines collectées étaient les schémas d'aménagement du territoire régionaux (SRAT) tandis que les données sanitaires n'ont abouti qu'aux tentatives d'immersion dans les structures de soins comme le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC).

De mai à juillet 2017, le séjour était l'occasion d'orienter notre recherche vers la caractérisation du profil socioéconomique de la population constantinoise à l'échelle des communes et à l'échelle de la wilaya. Il s'agissait, par ailleurs, de collecter les informations sur les maladies présentes dans la wilaya. Notre temps de travail s'est consacré à la caractérisation des profils socioéconomiques et de l'offre de soins dans l'espace urbain constantinois. Nous avons porté un regard sur la composition de la population constantinoise et tenté de la caractériser sur le plan socioéconomique. De plus, nous avons cartographié les données de l'offre de soins dans l'espace urbain constantinois, tous secteurs confondus.

Malheureusement, il nous a été impossible d'aller au bout de nos objectifs. Nous n'avons pas

³⁹ De ces différentes bases de données, un travail sur Excel a été nécessaire afin de lisser l'ensemble des informations retrouvées.

pu rencontrer les épidémiologistes ou les responsables administratifs du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC). Notre passage à l'office national des statistiques (ONS) pour demander une extraction des données socioéconomiques à l'échelon des districts n'a pas abouti.

Les avantages de ce séjour sont peut-être les fonds cartographiques du ministère de la Défense. Ils permettent, en effet, la délimitation de zones éparses⁴⁰ et les documents d'urbanisme du bureau d'étude privé URBACO (cf. Photo III.1).

Du 27 juillet au 2 octobre 2017, ce séjour de deux mois a permis la rencontre avec des acteurs de l'Université Constantine 3, comme les membres du laboratoire villes et santé. Cela nous a permis de nous entretenir avec le professeur Bouledrouaa pour parler de son travail sur les inégalités d'accès aux soins en Algérie. Cela nous a permis d'avoir un retour détaillé suite à son enquête auprès des ménages, les outils utilisés ou le choix d'un nouveau découpage des catégories socioprofessionnelles (CSP) finalement proposé. Il s'est agi de mieux cerner les disparités et les limites de sa démarche qui ne repose pas sur une approche territoriale, mais seulement sur une approche sociologique.

Ce séjour a permis aussi de collecter d'autres références dont les études MICS, et de relancer des entretiens auprès des représentants des structures de soins. À titre d'exemple, nos tentatives de prendre contact avec les représentants du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) étaient infructueuses. Ils étaient souvent indisponibles, ce qui a rendu l'accès à cette structure difficile (cf. Photo III.1).

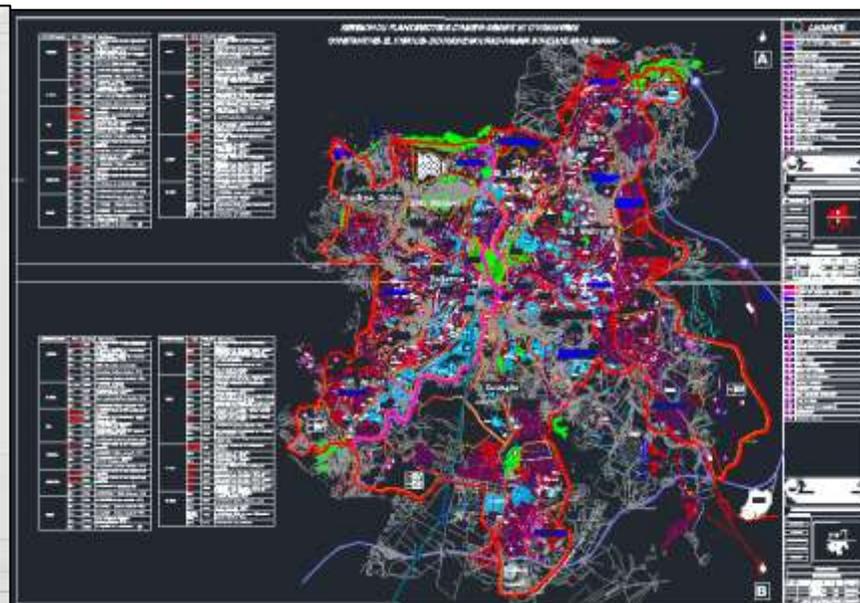
⁴⁰ Ces données m'ont été transmises par le professeur Labii lors de mon séjour d'étude.

Photo III.1 : Photos de nos observations de terrains et documents retrouvés



Plan papier des découpages en districts d'une zone urbaine dans la ville de Constantine. Nous avons récolté l'ensemble des scans des différents districts de la wilaya de Constantine. L'idée était de cartographier les districts et de retranscrire d'éventuelles données socioéconomiques à une échelle fine. Ce document nous a aidé à comprendre les zones urbaines de la wilaya de Constantine et de décomposer l'espace en ACL W, ACL D, ACL C et AS.

Source : *Office national des statistiques de Constantine, 2016.*



Plan DWG de la ville de Constantine. Il comporte le découpage en zones urbaines de la ville de Constantine. Cette dernière est composée de 10 secteurs urbains : Boudraa Salah, Sidi Rached, El Kantara, Zladia, Sidi Mabrouk, Murriers, El Guammas, Zouaghi, Belle Vue et 5 Juillets. Le plan comporte le découpage urbain ainsi que les réseaux d'assainissement, d'électricité...

Ce plan nous a aidé à analyser la ville de Constantine

Source : *URBACO, 2017*

Vue sur le quartier El Guemas. Il est situé à l'entrée sud de la ville de Constantine. C'est l'un des quartiers qui abritaient le plus des bidons villes.

Photo : C. Zeghdar, décembre 2016.



Vue sur le quartier du quatrième kilomètre à Constantine dans le secteur urbain des Mûriers.

Photo : C. Zeghdar, décembre 2016.



Vue sur le centre hospitalo-universitaire de Constantine lors de nos premières tentatives de prises de contact et d'immersion dans les différents services.

Photo : C. Zeghdar, décembre 2016.

2. Phase de préenquête

Cette phase, datant de juin à septembre 2018 et d'une durée de 4 mois, avait combiné une approche par questionnaire et une approche par des entretiens semi-directifs et des observations de terrain.

L'approche par questionnaire avait plusieurs objectifs. D'abord, elle permettait de tester notre questionnaire d'enquête. D'autre part, cela nous a permis d'identifier les lieux les plus affluents et les plus fédérateurs et de cerner la meilleure manière d'appréhender les personnes. Enfin, cela nous a permis d'introduire les structures de soins publiques ou privées, nécessitant au préalable des démarches administratives auprès de la direction de la santé populaire (DSP) de la wilaya de Constantine.

Lors de notre phase de préenquête, nous avons remarqué que plusieurs questions devraient être revues, supprimées et parfois reformulées (cf. Annexe 11).

À titre d'exemple, les questions sur le type de ménage, le rattachement aux réseaux d'électricité, eau, assainissement... ou les points positifs ou négatifs de la sécurité sociale. Cela rendait le questionnaire trop long, perdant ainsi l'attention de nos enquêtés. Aussi, les répondants étaient mal à l'aise concernant certaines questions. À titre d'exemple, à la question « *Combien est votre revenu mensuel ?* », les répondants ne voulaient souvent pas répondre à la question. Au regard de la gêne de la population, nous avons préféré reformuler notre question vers la façon dont elle percevait son revenu.

Nous avons alors centré notre questionnaire sur l'identification des ménages, l'analyse de la fréquentation médicale, la perception des enquêtes du système de soins, l'accessibilité aux structures de soins et au rapport à la sécurité sociale.

La question 1 portait sur le type de ménage, le nombre de personnes par ménage, le lieu et type d'habitat et les commodités de la vie courante comme l'accès à l'eau, l'électricité, le gaz... et le revenu du ménage. La question 2 portait sur les pathologies, les fréquences de soins, les raisons de la visite et le délai des rendez-vous.

À partir de la question 3, nous demandions « *Quel est votre premier réflexe en cas de besoins de prestations de soins ?* ». Les questions qui en découlaient comme « *Quelle est votre*

structure de soins d'appartenance ? Quel est votre hôpital de références ? » n'était pas compréhensible. Il semblait qu'une méconnaissance de la cartographie sanitaire soit présente au sein des répondants, ce qui a conduit à la suppression de ces dernières.

Au contraire, les questions sur les expériences d'échec et de renoncement aux soins et les questions qui portent sur le recours au secteur de soins public et privé étaient plus claires. Les personnes donnaient notamment des exemples pour argumenter leurs propos.

La question 6 : « *Quelles sont les raisons qui vous incitent à aller de préférence vers le secteur public par ordre d'importance ?* » et « *Quelles sont les raisons qui vous incitent à choisir le secteur privé par ordre d'importance ?* » se sont avérées pertinentes. La réponse des enquêtés était souvent longue. Cela a conduit à résumer ces questions en une.

Lors de cette phase, nous avons pris conscience que nous devions réaliser notre questionnaire en deux langues, l'Arabe et le Français. Le questionnaire en arabe permettrait de mobiliser plus de personnes et parfois permettait une meilleure compréhension de nos questions. Nous avons, en effet, constaté qu'un questionnaire additionnel en arabe permettait d'élargir la population cible. Il paraissait nécessaire de parler le plus souvent dans la langue dialectale et de retranscrire grâce à l'étude de nos accompagnateurs soit en arabe soit en français.

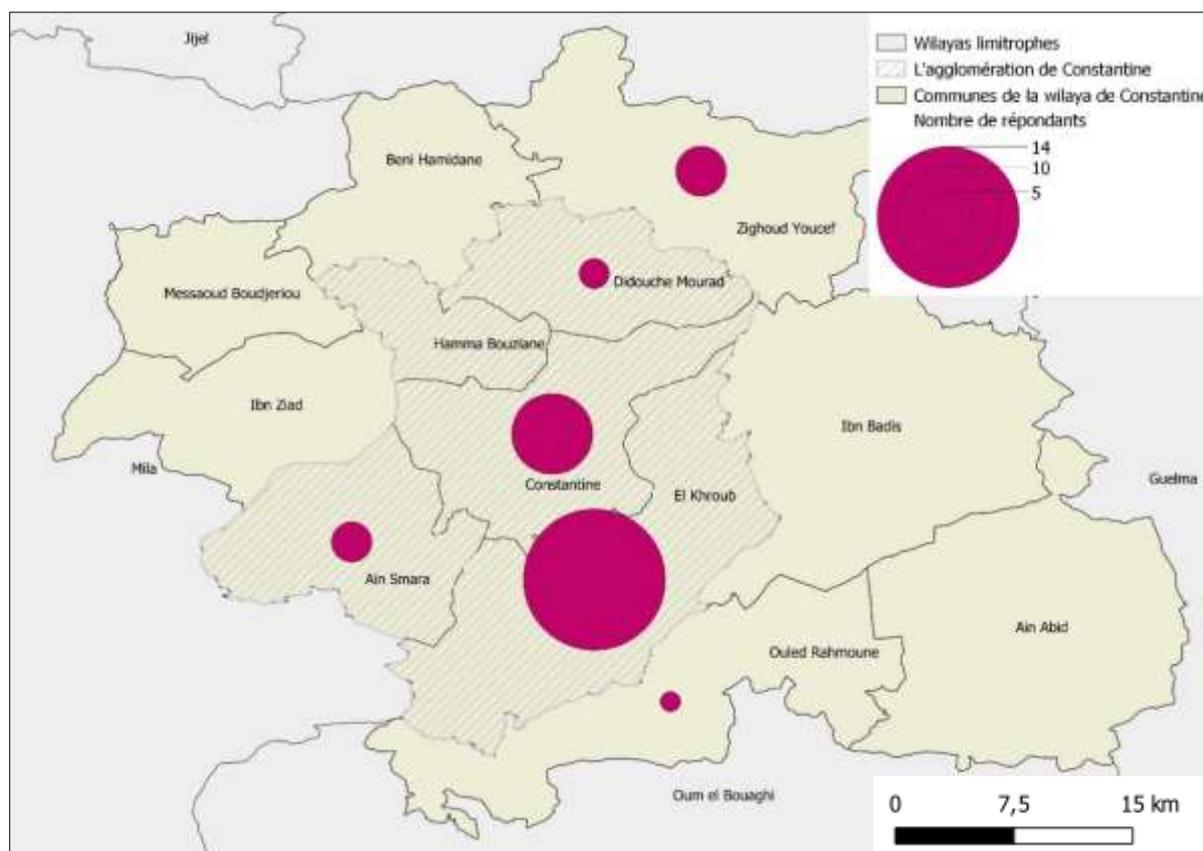
Il nous est apparu important d'être accompagnée dans nos différents points d'enquêtes, d'être entourée de personnes connaissant le terrain ou l'aire d'étude. Ces derniers parfois connaissaient les personnes ou partageaient le même environnement, ce qui atténue la gêne lors de l'entretien et permet d'installer un climat de confiance, de libérer plus facilement la parole (cf. Photo III.2).

Ce premier travail de passation a permis de sonder 36 personnes. 8 étaient issues de la commune de Constantine, 14 de la commune d'El Khroub⁴¹, 2 de la commune d'Ouled Rahmoune, 4 de la commune d'Ain Smara, 3 de la commune de Didouche Mourad et 5 de la commune de Zighoud Youcef (cf.

⁴¹ 6 étaient issus de la ville d'El Khroub, 3 de Salah Derradji et 5 de la nouvelle ville Ali Mendjeli.

Carte III.1).

Carte III.1 : Nombre de répondants par communes dans la wilaya de Constantine lors de la phase de préenquête



De 2016 à 2020, nous avons réalisé plusieurs observations de terrains et des entretiens semi-directifs avec différents acteurs locaux, les professionnels de la santé des différentes structures de soins publiques, les administrateurs de la direction de la santé ou des structures hospitalières ainsi que certaines personnes ayant répondu une première fois lors de la phase d'enquête quantitative. Nous avons pu ainsi nous entretenir avec les acteurs de direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine (cf. Annexe 12).

Dans un second temps, notre immersion dans les hôpitaux et polycliniques nous a permis de mener des entretiens avec les professionnels de santé et des administrateurs. À titre d'exemple, nous avons pu nous entretenir avec un médecin spécialiste du service infectieux au centre hospitalo-universitaire (CHU), avec le chef du service d'épidémiologie au centre hospitalo-universitaire (CHU), et un spécialiste des maladies à déclaration obligatoire (CHU).

Au sein de l'établissement public hospitalier d'El Bir (EPH), nous avons pu nous entretenir avec le chef de service des urgences et le chef de service de médecine interne. Au sein de

l'établissement public de santé de proximité, nous avons pu nous entretenir avec la cheffe de service de la section protection maternelle et infantile (PMI) (cf. Photo III.2).

Les entretiens duraient entre 20 à 45 minutes en fonction des disponibilités des médecins. Nous abordions d'abord les missions des professionnels au sein de la structure et leurs anciennetés dans le service (Question 1 à 3). La question 4 : « *Quelles sont les principales pathologies que vous traitez ?* » tentait de dresser l'état de santé de la population constatée. Aussi nous voulions avoir leur jugement de l'offre de soins à différentes échelles nationales, régionales et à l'échelle de la wilaya de Constantine et dans quel sens elle évoluait (Question 5 à 7).

D'autres questions traitaient des contraintes de leur métier (question 8) et des raisons de leurs choix de travailler dans un secteur et pas un autre (question 9 et 10).

D'autres entretiens ont aussi suivi. Cela s'est traduit par des entretiens avec un membre de la direction de l'urbanisme, de la construction et de l'habitat de la wilaya de Constantine (DUCH), un avec le chargé de mission de l'Office national des statistiques et deux avec les acteurs de la direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine (DSP) (cf. Annexe 12).

Pour les administrateurs de la santé, les questions portaient sur leurs visions des structures de soins en général. Les questions : *Quels sont les points positifs et négatifs de l'actuelle organisation sanitaire ?* », « *Avez-vous des retours positifs ou négatifs de la population concernant votre structure de soins ?* » tente de cerner la stratégie mise en place dans le déploiement des structures de soins.

Pour les acteurs des différentes structures urbaines et démographiques, les questions portent sur la compréhension du schéma d'organisation, de la méthodologie adoptée lors de la mise en place des schémas régionaux...

Photo III.2 : Planche photographique des différents lieux qui ont marqués la phase de préenquête



Différents quartiers investis dans la ville d'El Khroub.

La première photo (à gauche) est située dans le quartier 1600 logements. Il est caractérisé par une forte présence de population et de commerces.

La deuxième photo (au milieu) montre un autre point d'enquête. Il est toujours situé à la périphérie du quartier 1600 logements. Il se trouve à proximité d'un centre de transfusion sanguine. La troisième photo montre le quartier et le quartier 1200 logements dans la ville de Constantine. *C. Zeghdar, 2018*



À gauche, une vue sur l'établissement public hospitalier (EPH), El Bir. Il est situé dans le quartier de Bourdraa Salah dans la ville de Constantine. Il a été investi afin de réaliser des enquêtes auprès de la population. Il a permis de réaliser des entretiens avec les professionnels de la santé.

À droite la protection maternelle et infantile (PMI) de l'établissement public de santé de proximité Ben Mhidi dans la ville de Constantine ; il se situe dans la rue Saint-Jean à proximité d'un marché fortement fréquenté. Il se situe, par ailleurs, à proximité de la direction de la santé population (DSP) de la wilaya de Constantine.

Photo : C. Zeghdar, 2018 et DSP 2016.

3. Phase d'enquête

Cette phase a porté principalement sur l'approche quantitative par questionnaire auprès de la population. D'un autre côté, des entretiens individuels auprès de la population ont été effectués afin de mieux cerner les propos de nos enquêtés.

Ainsi, la phase d'enquête par questionnaire a été réalisée de 19 novembre 2018 à 15 juillet 2019 pour une durée de huit mois. Le questionnaire auprès de la population dans la rue et au sein des différentes structures de soins publiques et privées s'est concentré sur cinq grands axes. D'abord, il a abordé la situation socioéconomique des individus, leur état de santé. Puis, il a abordé leur pratique en cas de recours aux soins, leur représentation de l'accès et des prestations de soins et leurs expériences d'échec dans les structures de soins (cf. Annexe 13).

Sur les 16 questions, trois portaient sur la localisation (*Question 1*) et le profil socioéconomique des enquêtés (*Question 2 et 3*). La première renseigne le lieu d'enquête dans le but de rendre compte des éventuelles différenciations territoriales. Il était impossible de rendre compte du lieu d'origine des enquêtés ou de leurs lieux de résidences, car, lors de la phase de test, nous avons identifié des réticences à répondre précisément à cette question. Nous avons donc décidé de considérer la localisation au lieu d'enquêté et non au lieu de résidence principale.

La deuxième implique une question concernant le niveau d'instruction, l'emploi et l'affiliation à la sécurité sociale qui semblent importants pour comprendre le rapport à la santé au sens large et à l'offre de soins. En effet, l'information sur l'emploi, par exemple, suppose l'accès aux postes de travail, donc à la ressource économique par la qualification. Elle permet aussi de mieux lire la situation sanitaire et d'être en mesure de se guider dans la sphère de la santé. La troisième question « *Comment percevez-vous votre niveau de revenu ?* », porte sur la perception qu'ont les individus vis-à-vis de leur revenu. Cette question semble essentielle. Elle peut, en effet, expliquer en partie l'accessibilité aux soins aussi bien en matière de moyens financiers directs concourants à la solution de problème ayant un coût que des moyens permettant l'inscription des individus dans des catégories sociales ayant une capacité à agir de manières diverses pour résoudre les problèmes relatifs à la santé.

Afin d'étudier les pratiques et les représentations des individus vis-à-vis du système de soins actuel, nous avons choisi de centrer notre stratégie sur l'individu. Cette stratégie permet d'enquêter auprès des malades et aussi les membres de leurs familles. Cela est à l'inverse d'une stratégie centrée sur le ménage retrouvée sur grand nombre d'études menées en Algérie (TAHINA, MICS ou la recherche de M. Bouledrouaa). Ainsi, cela induit un contact direct avec les patients dans les différentes structures de soins, ce qui permettrait d'apprécier les facilités, les difficultés d'accès aux soins et les degrés de satisfaction. Il s'agit, d'un autre côté, de cerner les pratiques et les stratégies adoptées lors d'un recours aux soins, ce qui permet de retracer le parcours de soins des individus.

Pour étudier la pratique des individus face aux soins, nous avons posé la question 4 : « *En cas de besoin de soins, que faites-vous en premier ?* ». Elle consiste à interroger les pratiques en général, d'étudier les comportements de soins et permet d'aborder les différentes démarches de soins : le recours, l'abstention et l'automédication. Toutefois, cette méthode conduit à restreindre la population d'étude, car certaines personnes interrogées ne déclarent pas des problèmes de santé ou n'ont pas recours aux soins.

Les thématiques abordées dans les questionnaires individuels permettent d'étudier l'accès aux différentes structures de soins qu'elles soient publiques ou privées. Cela se retrouve dans les questions : « *En cas de besoin de soins, que faites-vous en premier :...* », « *Ce choix a été fait en raison de :...* », « *Comment percevez-vous l'accès à votre structure de soins ?* » abordent ce sujet.

Les questions 5 et 6 « *Quels moyens utilisez-vous habituellement pour accéder à votre structure de soins ?* », « *Quelle est la durée du trajet ?* », analysent la mobilité de nos enquêtés en cas de déclaration d'un épisode morbide et les moyens utilisés pour accéder aux structures de soins.

À cela s'ajoutent des questions qui permettent d'étudier les différents modes de recours, sur le renoncement et sur les raisons de l'échec lors du recours aux soins : « *Trouvez-vous des obstacles pour accéder à votre structure ? Quelles sont leurs natures ?* » (Question 8) « *Vous est-il arrivé de vouloir accéder à un soin dans une structure de soins publique et vous n'avez pas pu accéder ? Si oui, donnez des exemples :* » (Question 11), « *Est-il arrivé de renoncer à un soin ou de le remettre à plus tard ? Si oui, décrivez-nous les raisons.* » (Question 12)

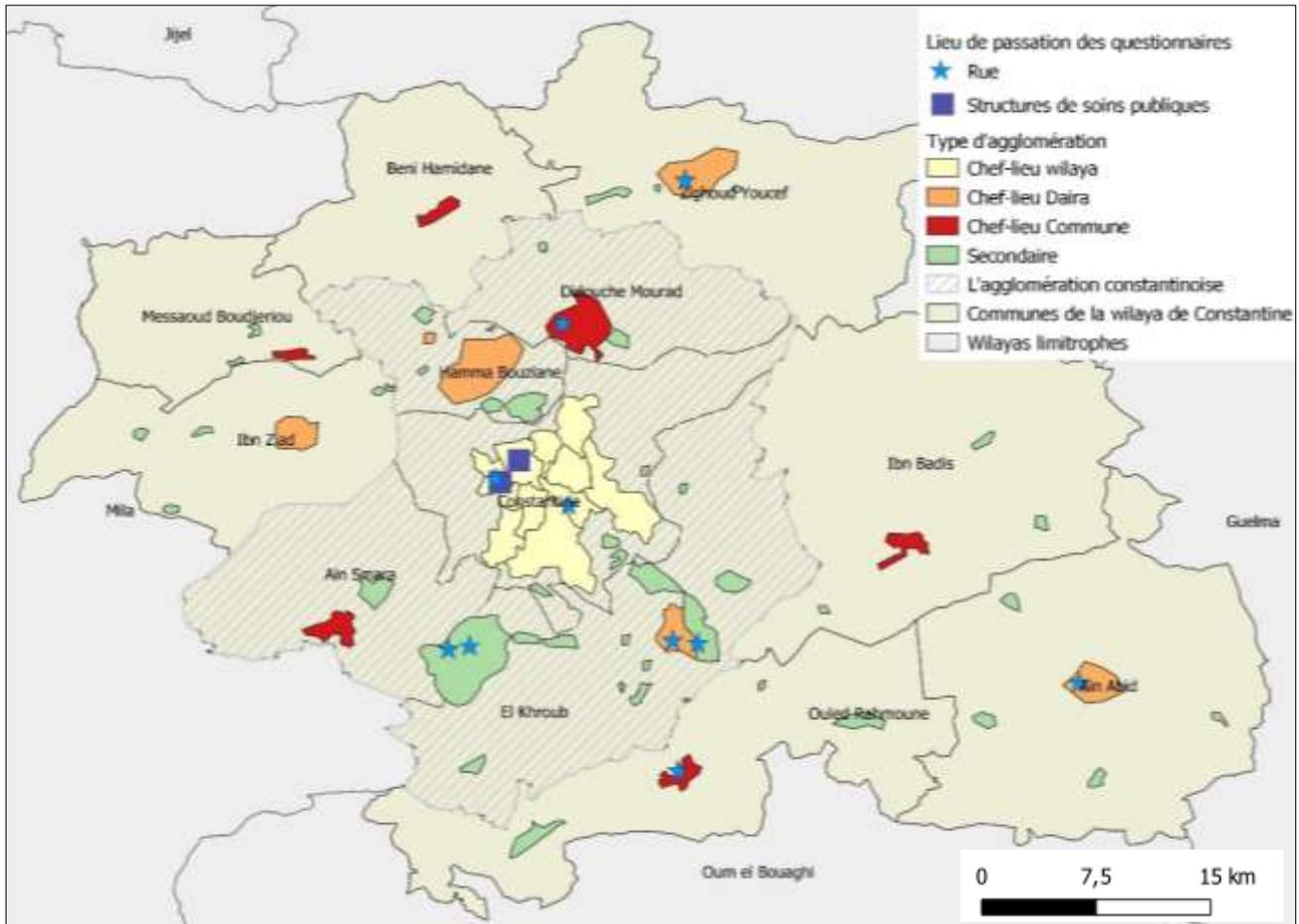
Les représentations des prestations de soins sont étudiées dans les questions : « *Comment percevez-vous l'accès aux structures suivantes : les établissements publics de santé de proximité (EPSP), les établissements publics hospitaliers (EPH), le centre hospitalo-universitaire (CHU/EH), les cabinets privés, les cliniques privées ?* » (Question 9), « *Comment percevez-vous la qualité des prestations dans les structures suivantes : les établissements publics de santé de proximité (EPSP), les établissements publics hospitaliers (EPH), le centre hospitalo-universitaire (CHU/EH), les cabinets privés, les cliniques privées ?* » (Question 10)

La première phase d'enquête a commencé le 19 novembre 2018 et s'est terminée le 22 mars 2019 pour une durée de quatre mois et a permis de récolter 194 réponses. Elle a porté notamment sur deux établissements de soins publics : la protection maternelle et infantile (PMI) de la polyclinique Ben M'hidi (33 réponses) et l'Établissement Public Hospitalier El Bir (EPH) (18 réponses). Les deux sont situés dans la ville mère de Constantine. Des enquêtes dans six autres lieux ont été réalisées dans l'agglomération constantinoise et sa périphérie : la commune de Constantine (quartier Boumerzoug — 16 réponses, cité El Bir — 13 réponses), El Khroub (Centre-ville d'El Khroub — 7 réponses et la nouvelle ville d'Ali Mendjeli — 25 réponses), Ouled Rahmoune (Agglomération secondaire El Gourzi — 14 réponses), Zighoud Youcef (centre-ville — 11 réponses), Didouche Mourad (centre-ville — 36 réponses) et Ain Abid (centre-ville — 11 réponses) (cf. Tableau III.1, Carte III.2 et Photo III.3).

Tableau III.1 : Nombre de répondants lors la première sous phase d'enquête

Lieu d'enquête	Agglomération	Quartiers	Nombre d'enquête
Rue	Ain Abid	Centre-ville Ain Abid	11
	Constantine	Boumerzoug	16
		Cité El Bir	13
	Didouche Mourad	Centre-ville Didouche Mourad	36
	El Khroub	Cité 1013	7
	Nouvelle ville Ali Mendjeli	Unité de voisinage 1 (UV 1)	19
		Unité de voisinage 13 (UV 13)	16
	Ouled Rahmoune	El Gourzi	14
	Zighoud Youcef	Centre-ville Zighoud Youcef	11
Structures de soins publiques	Constantine	EPH El Bir	18
		Polyclinique Ben Mhidi	33
Total général			194

Carte III.2 : Localisation des personnes interrogées lors de la première phase de questionnaire

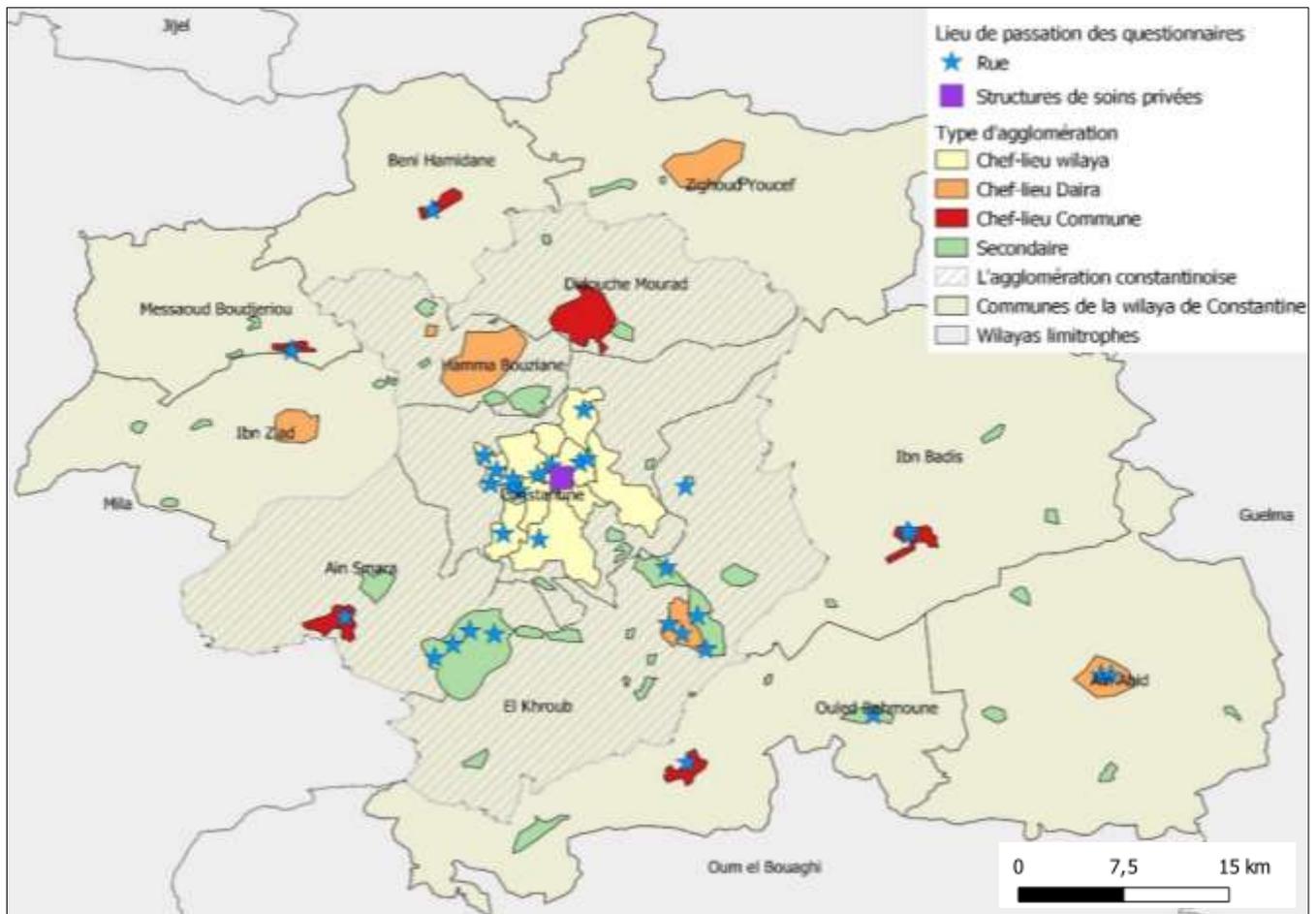


La deuxième phase d’enquête a débuté le 1er avril pour s’achever le 15 juillet 2019 et a permis de collecter 633 réponses. Les investigations se sont concentrées sur une structure de soins privés, la clinique El Mehdi — 27 réponses. Cette dernière est considérée comme l’une des premières cliniques implantées dans la wilaya. D’autres enquêtes ont été réalisées dans les communes d’Ain Abid (36 réponses), d’Ain Smara (26 réponses) et de Béni Hamidane (19 réponses). L’enquête a permis, par ailleurs de collecter des réponses dans les communes de Constantine (237 réponses), d’El Khroub (49 réponses), d’Ouled Rahmoune (15 réponses) et d’Ibn Badis (52 réponses) (cf. Tableau III.2, Carte III.3 et Photo III.3).

Tableau III.2 : Nombre de répondants lors de la deuxième sous phase de collecte

Lieu d'enquête	Agglomérations	Quartiers	Nombre d'enquêtés	
Rue	Ain Abid	Centre-ville Ain Abid 2	29	
		Centre-ville Ain Abid 3	7	
	Ain Smara	Ain Smara	26	
	Beni Hamidane	Beni Hamidane	19	
	Bounouara	Bounouara	8	
	Constantine		Bosquet et souk	14
			Boussouf	7
			Cité Benchergui	28
			Cité El Bir 2	4
			Cité Fadila Saadane	20
			Cité Meziane en dessous du Ciloc	20
			Cité Zouaghi	12
			Djebel El Ouahch	21
			Djenan El Zitoun	29
			Elhattabia	23
			Les terrasses -Ben Zekri	10
			Maison du secours	20
			Oued El Had	29
			El Khroub	
	Centre-ville Cité 1600	8		
	Nouvelle ville Massinissa		Cité El Mouna	16
			Cité El Manar	8
	Oued Himimim		El Meridj	18
			Oued Hamimim	58
	Nouvelle ville Ali Mendjeli		Unité de voisinage 2 (UV2)	10
			Unité de voisinage 4 (UV4)	42
			Unité de voisinage 8 (UV8)	6
			Unité de voisinage 9 (UV9)	8
	Ibn Badis		El Heria	11
			Ibn Badis	41
Messaoud Boudjeriou		Ain Kerma	22	
Ouled Rahmoune		Ouled Rahmoune	15	
Structures privées	Constantine	Clinique El Mehdi	27	
Total général			633	

Carte III.3 : Localisation des personnes interrogées lors de la deuxième phase de questionnaire



Ce travail s’est suivi d’une phase de dépouillement, de saisie et de retranscription. Cette dernière a duré deux mois et demi soit de juillet 2019 à octobre 2019.

À la suite des questionnaires auprès de la population, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs avec des personnes qui ont accepté de répondre à nouveau à nos questions, de manière plus approfondie, sur leurs comportements et leurs expériences vis-à-vis du système de soins. Il s’agissait pour nous de leur redonner la parole afin d’approfondir leurs pratiques et leurs expériences de soins. La combinaison des deux approches permet non seulement de quantifier la perception de l’accès aux soins et de la prestation de soins, mais aussi de la documenter, en la rendant plus tangible. Lors de ces entretiens complémentaires, nous avons établi une liste de points à aborder de manière à guider l’entretien tout en laissant les personnes libres de leurs discours. L’avantage de cette démarche est d’avoir des personnes ayant déjà répondu aux questionnaires. Les entretiens ont été réalisés de décembre 2019 à janvier 2020 et ont permis de récolter dix entretiens choisis au hasard (cf. Annexe 14).

Ces derniers ont porté sur le choix des structures de soins lors d'un besoin de soins, les modalités de recours aux structures de soins, les raisons du choix de ces structures et pas d'autres, leurs expériences lors de leurs recours aux soins et les éventuelles recommandations pour améliorer le système de soins. Nous avons choisi de consigner directement par écrit les paroles des personnes interrogées grâce à la traduction orale en simultané faite par nos soins plutôt que de recourir à un enregistrement audio qui risquaient de créer un sentiment d'insécurité et d'accentuer le phénomène d'autocensure.

Nous avons enfin tenté à travers un dernier séjour d'un mois d'effectuer une série d'enquêtes qualitatives auprès de personnes déjà sollicitées lors de notre campagne par questionnaire. Il s'agit en effet à travers un entretien semi-directif de cerner les pratiques de soins et leurs visions de système de soins. Ainsi, un objet qui découle est de voir si leurs propos ont été modifiés si leurs expériences ont changé et si leurs comportements ont changé depuis notre entretien. De plus, nous avons pu nous entretenir avec d'autres personnes jamais sollicitées auparavant afin d'avoir une vision nouvelle de leurs propos.

Ainsi, nous avons sollicité une quinzaine de personnes ayant déjà répondu et qui ont accepté de nous rencontrer une deuxième fois ou des personnes rencontrées par hasard. Toujours à travers des personnes intermédiaires sollicitées lors de notre campagne d'enquête quantitative, nous nous sommes fixé un rendez-vous et avons pu nous rencontrer dans les lieux publics. L'interview, d'une durée de 45 minutes, portait sur le parcours adopté lors du dernier problème de santé survenu et de manière transversale sur les démarches de soins habituelles et l'appréciation de l'offre disponible. Enfin, les enquêtés étaient invités à formuler les raisons de leurs préférences d'un secteur au détriment d'un autre et d'éventuelles recommandations pour améliorer le système de soins.

Les matériaux collectés nous ont permis de saisir la perception et l'usage des structures de soins par les personnes enquêtées. D'autres éléments déterminants du recours (rôle du réseau social, défauts de considération des soignants envers certains malades...) ont émergé en filigrane dans leurs discours. Les différents résultats issus de ces entretiens s'intégreront à notre argumentaire de manière à compléter et à appuyer les données collectées lors de l'enquête de santé.

Lors de cette enquête, nous avons donc repris la trame de notre questionnaire quantitatif avec

en premier lieu les renseignements individuels des personnes. Une deuxième partie était consacrée au premier réflexe lors d'un recours aux soins puis les raisons qui poussent à choisir une structure ou un système de soins par rapport à un autre ou la combinaison des deux. L'entretien nous permet d'avoir un retour sur des expériences de rejet ou mécanismes informelles pour accéder aux soins.

Après notre prise de contact avec nos précédents intermédiaires, je choisis de commencer mes entretiens dans la ville d'El-Khroub. Nous tentons de nous rendre dans un quartier animé avec des profils divers. L'artère principale regroupe plusieurs administrations publiques et regroupe des profils différents (retraité, sans-emploi, fonctionnaires...). Ainsi, notre premier entretien se tient avec le chauffeur de taxi qui nous emmène vers le quartier. Un autre entretien dans la ville d'El Khroub se fait avec un enseignant. Les jours suivants, nous partons en entretien dans l'agglomération secondaire de Bounouara et El Gourzi, deux agglomérations proches de la ville d'El Khroub. Lors d'une troisième visite de terrain, nous rejoignons la cité de Zouaghi dans la ville de Constantine pour retrouver un jeune homme de 24 ans, sans emploi et handicapé à la suite d'un accident de voiture (affilié à la CNAS). Nous retrouvons ensuite une autre personne, un homme de 64 ans, PDG d'une société d'assurance qui estime que son revenu soit correct.

Au total, nous avons pu mener des entretiens avec onze personnes localisées dans les villes de Constantine, El Khroub, Hamma Bouziane, Ain Smara, Zighoud Youcef, Didouche Mourad. Les entretiens ont été réalisés comme lors de la phase d'enquête dans la langue dialectale et ont été retranscrits dans la langue française comme le montre la copie sur les grilles des enquêtes semi-directives. Ainsi nous n'avons rencontré que des hommes et aucune femme. On peut mobiliser la non-disponibilité des femmes et leur méfiance à être recontactées. Au contraire, les hommes qui connaissent nos intermédiaires se montrent plus disponibles. Malgré l'imperfection de l'approche, les matériaux collectés nous permettent de saisir la perception et l'usage des structures de soins des personnes enquêtées et le besoin de relation. Ils permettent aussi de saisir la défaillance de l'accueil des professionnels de santé, la défaillance du matériel et leurs expériences de l'échec à la prise en charge.

L'interview portait sur : le choix des structures de soins lors d'un besoin de soins, les modalités de recours aux structures de soins. Les raisons du choix de ces structures et pas d'autres, leurs

expériences lors de leurs recours aux soins et les éventuelles recommandations pour améliorer le système de soins. Nous avons choisi de consigner directement par écrit les paroles des personnes interrogées grâce à la traduction orale en simultané faite par nos soins plutôt que de recourir à un enregistrement audio qui risquaient de créer un sentiment d'insécurité et d'accentuer le phénomène d'autocensure.

Nous avons donc tenté à travers un dernier séjour d'un mois d'effectuer une série d'enquêtes qualitatives auprès de personnes déjà sollicitées lors de notre campagne par questionnaire. Il s'agit en effet à travers un entretien semi-directif de cerner les pratiques de soins et leurs visions de système de soins. Ainsi, un objet qui découle est de voir si leurs propos ont été modifiés si leurs expériences ont changé et si leurs comportements ont changé depuis notre entretien. De plus, nous avons pu nous entretenir avec d'autres personnes jamais sollicitées auparavant afin d'avoir une vision nouvelle de leurs propos.

Ainsi, nous avons sollicité une quinzaine de personnes ayant déjà répondu et qui ont accepté de nous rencontrer une deuxième fois ou des personnes rencontrées par hasard. Toujours à travers des personnes intermédiaires sollicitées lors de notre campagne d'enquête quantitative, nous nous sommes fixé un rendez-vous et avons pu nous rencontrer dans les lieux publics. L'interview, d'une durée de 45 minutes, portait sur le parcours adopté lors du dernier problème de santé survenu et de manière transversale sur les démarches de soins habituelles et l'appréciation de l'offre disponible. Enfin, les enquêtés étaient invités à formuler les raisons de leurs préférences d'un secteur au détriment d'un autre et d'éventuelles recommandations pour améliorer le système de soins.

Quitte à perdre une partie de l'information, nous avons choisi de consigner directement par écrit les paroles des personnes interrogées plutôt que de recourir à un enregistrement sonore au moyen d'un dictaphone, dont l'usage dans un contexte risquait d'accentuer l'autocensure. Les matériaux collectés nous ont permis de saisir la perception et l'usage des structures de soins des personnes enquêtées. D'autres éléments déterminants du recours (rôle du réseau social, défauts de considération des soignants envers certains malades...) ont émergé en filigrane dans leurs discours. Les différents résultats issus de ces entretiens s'intégreront à notre argumentaire de manière à compléter et à appuyer les données collectées lors de l'enquête de santé.

Lors de cette enquête, nous avons donc repris la même trame de notre questionnaire quantitatif avec en premier lieu les renseignements individuels des personnes. Une deuxième partie reprend son premier réflexe lors d'un recours aux soins puis les raisons qui les incitent à choisir une structure ou un système de soins par rapport à un autre ou la combinaison des deux. L'entretien nous permet d'avoir un retour sur des expériences de rejet ou mécanismes informelles pour accéder aux soins.

Après notre prise de contact avec nos précédents intermédiaires, je choisis de commencer, comme lors de la phase de préenquête, de débiter mes entretiens dans la ville d'El Khroub. Nous tentons de nous rendre dans un quartier animé avec des profils divers. L'artère principale regroupe plusieurs administrations publiques et regroupe des profils différents (retraité, sans-emploi, fonctionnaires...). Ainsi, notre premier entretien se tient avec le chauffeur de taxi qui nous emmène vers le quartier. Un autre entretien dans la ville d'El Khroub se fait avec un enseignant. Les jours suivants, nous partons en entretien dans l'agglomération secondaire de Bounouara et El Gourzi, deux agglomérations proches de la ville d'El Khroub. Lors d'une troisième visite de terrain, nous rejoignons la cité de Zouaghi dans la ville de Constantine pour retrouver un jeune homme de 24 ans, sans emploi et handicapé à la suite d'un accident de voiture (affilié à la CNAS). Nous retrouvons ensuite une autre personne, un homme de 64 ans, PDG d'une société d'assurance qui estime que son revenu soit correct. Au total, nous avons eu des entretiens avec onze personnes réparties sur les villes de Constantine, El Khroub, Hama Bouziane, Ain Smara, Zighoud Youcef, Didouche Mourad. Les entretiens ont été réalisés comme lors de la phase d'enquête dans la langue dialectale et ont été retranscrits dans la langue française comme le montre la copie sur les grilles des enquêtes semi-directives. Ainsi nous n'avons rencontré que des hommes et aucune femme. La raison est leur non-disponibilité et leur méfiance des femmes à être recontactées. Au contraire, les hommes qui connaissent nos intermédiaires se rendent plus disponibles. Malgré l'imperfection de l'approche, les matériaux collectés nous permettent de saisir la perception et l'usage des structures de soins des personnes enquêtées et le besoin de relation. Ils permettent aussi de saisir la défaillance de l'accueil des professionnels de santé, la défaillance du matériel et leurs expériences de rejet. Les différents résultats issus de ces entretiens s'intégreront à notre argumentaire afin de compléter et d'appuyer les données quantitatives collectées.

Photo III.3 : Planche photographique des lieux enquêtés lors de la phase d'enquête



L'ancien quartier de la ville d'El Khroub. Il a été investi en compléments des quartiers 1600 logements. C'est un ancien village colonial. Il comprend un établissement public de soins de proximité et une SEMEP. Il est la deuxième polarité urbaine après la ville de Constantine. Il abrite hebdomadairement le plus grand marché de Constantine ce qui lui permet de drainer diverses populations.

Photo : C. Zeghdar, 2018



Vue sur la SEMEP
d'El Khroub.

Photo : C. Zeghdar,
2018

Vue sur l'établissement
public de santé de
proximité (EPSP) El
Khroub

Photo : C. Zeghdar, 2021





La photo du haut montre une vue sur l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) d'uronephrologie. La photo du bas montre le laboratoire d'hygiène de la wilaya. La structure abrite aussi l'antenne de l'institut Pasteur Algérie. Les deux structures se situent dans le secteur urbain de Sidi Mabrouk. Il est caractérisé par un flux important de personnes, d'activités et de services. Le secteur a abrité récemment le nouveau siège de la wilaya. Il était idéal pour sonder les enquêtés dans la rue.

Photo : C. Zeghdar, décembre 2018 et DSP 2016



Vue sur l'agglomération d'Oued Hmimim. Agglomération située entre la commune d'El Khroub et la ville de Constantine. Cette agglomération secondaire est située entre la ville de Constantine et la ville d'El Khroub, Elle était une zone idéalement située car nous pouvions enquêter les populations locales et les populations passantes entre les deux plus importantes villes de la wilaya

Photo : C. Zeghdar, décembre 2018

Finalement, notre démarche a rencontré certains obstacles. L'un d'entre eux est l'inaccessibilité à certaines infrastructures sanitaires. L'établissement public hospitalier (EPH) de Zighoud Youcef en est l'exemple. Notre tentative d'immersion dans l'établissement ne s'est pas concrétisée, et ce malgré les autorisations de la direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine (DSP). La défiance des acteurs vis-à-vis de notre recherche a freiné l'accès à cet hôpital. L'enquête dans un hôpital périphérique de l'agglomération constantinoise a donc été annulée. Par ailleurs, la coïncidence de notre enquête avec la naissance puis la montée en puissance du Hirak, a limité notre accès à d'autres infrastructures sanitaires, administratives ou urbaines publiques. Ce mouvement populaire a impacté notre recherche de plusieurs manières. D'une part, il a rendu l'accès aux structures publiques plus difficile. La défiance des acteurs politiques locaux vis-à-vis de notre recherche durant cette période était palpable et ne permettait pas d'avoir des entretiens. À titre d'exemple, lors de notre tentative d'immersion dans le centre hospitalo-universitaire de Constantine, nous avons, à plusieurs reprises, déposé des demandes d'entretien et d'immersion. Or, trois demandes ont été soit non traitées, soit retardées ou reportées sans justification par les acteurs locaux. Pressés par le temps, nous avons décidé de ne pas poursuivre cette piste et privilégier d'autres structures de soins.

De plus, le HIRAK en 2019 puis la crise COVID-19 ont impacté notre recherche et l'accès aux structures. Malgré ma présence en Algérie après la fermeture des frontières à la suite de la crise COVID-19, les universités et les structures politiques étaient fermées. Cela a empêché les rencontres avec les professeurs d'université ayant mené des recherches sur notre thématique comme le Pr Bouledrouaa. L'accès aux structures de soins a lui été restreint depuis le COVID-19.

La troisième est d'ordre logistique et peut comprendre deux points. Le premier est le recours au dialecte lors de nos questions auprès de la population et sa retranscription en langue française. La traduction personnelle représente un biais de notre recherche. Le deuxième point est celui du manque de moyens pour toucher l'ensemble du territoire. Les communes de Hamma Bouziane et Messaoud Boudjeriou n'ont pas pu être étudiées en raison du manque de temps et de manque de moyens pour y accéder. Le temps de parcours dans ses zones était relativement long et l'accessibilité par le réseau routier était parfois complexe.

Lors du recueil de données, nous étions confrontés parfois à des refus de répondre pour des

causes diverses. La plus importante est sans doute la défiance de la population. Même si la parole de la population est devenue plus facile et plus fluide à la suite du HIRAK, le fait d'interpeler des gens au sujet de la santé dans la rue était pour certains rédhibitoire. Nous trouvions parfois des personnes qui ne se sentaient pas concernées par notre thématique, d'autres ne voyaient rien à dire sur le sujet. D'autres parlaient de notre thématique pour aborder d'autres sujets comme l'emploi, le besoin constant de relations, le manque de pouvoir d'achat, les inégalités socioéconomiques ou le contexte politique actuel. Une autre raison est la gêne des personnes concernant certaines questions comme la perception du revenu ou la nature de leur emploi. Il arrivait que les personnes s'abstiennent de répondre où ils donnent des réponses expéditives. Malgré tout, certaines questions rendaient l'intégration plus fluide comme leurs expériences dans les différentes structures de soins.

Le fait d'être très souvent accompagnée de personnes vivant dans le quartier ou y ayant un ancrage (commerçant, résident...) nous a permis un meilleur contact avec les habitants et une plus grande franchise.

B. Caractéristiques territoriale et socioéconomique des enquêtés

Cette section tentera de cerner les principales caractéristiques des répondants. Elle partira d'une analyse, à l'échelle des communes et des agglomérations, de la répartition des répondants. Elle cernera, dans un second temps, les principales caractéristiques socioéconomiques de nos répondants. Cela portera notamment sur les profils socioéconomiques, le niveau d'instruction et la perception qu'ils ont de leur revenu. Nous tenterons, enfin, de dresser des profils d'enquêtés et leur répartition territoriale. Cet état des lieux nous permettra d'éclairer nos résultats d'enquête afin de dégager les différentes pratiques de soins.

1. Des répondants sondés sur la quasi-totalité du territoire

La volonté première de notre enquête par questionnaire auprès de la population était de couvrir l'ensemble des communes de la wilaya de Constantine et de prêter une attention particulière à son agglomération. Pour rappel, cette dernière comprend 97 % de la population résidente de la wilaya selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de

2008 avec 910 563 sur 938 475 habitants. De plus, elle comporte 89 % de population urbaine⁴² avec un taux d'accroissement annuel moyen qui ne cesse d'augmenter. Il se situe entre 1,5 % en 1998 et 1,7 % en 2008. Les dernières estimations datant de 2015 confortent ce constat avec une concentration à 97,4 % des habitants dans l'agglomération, soit 1 184 924 habitants sur 1 216 869 habitants (DSP, 2016).

La wilaya de Constantine a donc toujours été une wilaya très urbanisée. Cela représente respectivement 84,5 % en 1987, 87,1 % en 1998 et 89,2 % en 2008. À titre de comparaison, la wilaya de Constantine se classe quatrième à l'échelle nationale derrière la wilaya de Ghardaïa (96,2 %), la wilaya d'Alger (94,3 %), la wilaya de Tindouf (92,8 %) et la wilaya d'Oran (92,4 %). Elle enregistre le taux d'urbanisation le plus élevé, comparé à ses wilayas limitrophes. En effet, la wilaya de Oum El Bouaghi enregistre 73,1 %, la wilaya de Guelma 62,3 %, la wilaya de Mila 58,2 % et la wilaya de Skikda 57,5 % (Office National des Statistiques, 2008).

L'analyse de nos 863 questionnaires montre ainsi que 41 % des questionnaires ont été remplis dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), 11 % dans les agglomérations chefs-lieux de daïra (ACL D), 20,5 % dans les agglomérations chefs-lieux de commune (ACL C) et 28 % dans les agglomérations secondaires (AS). Autrement dit, 83 % des questionnaires ont été réalisés dans l'agglomération constantinoise et 16 % dans ses communes périphériques (cf. Tableau III.3).

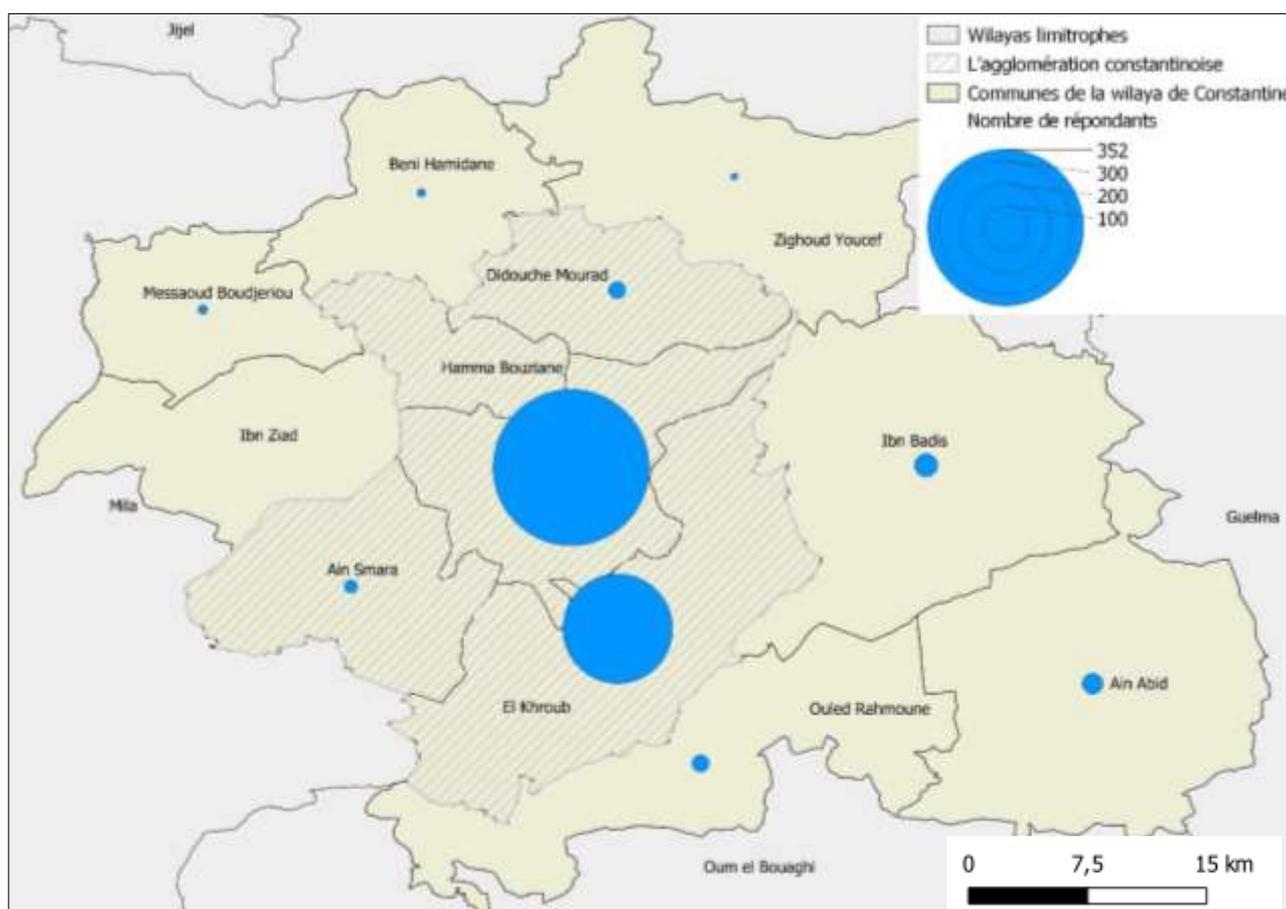
⁴² 11 % de population rurale

Tableau III.3 : Part des enquêtés dans les différentes agglomérations recensées

Lieu d'enquête	Type d'agglomération	Nombre d'enquêtés	Part du total des enquêtés (%)
Constantine	ACL W	352	40,8
Nouvelle ville Ali Mendjeli	AS	101	11,7
Oued Hmimim	AS	76	8,8
Ibn Badis	ACL C	52	6
Ain Abid	ACL D	47	5,4
Didouche Mourad	ACL C	39	4,5
Nouvelle ville Massinissa	AS	38	4,4
El Khroub	ACL D	32	3,7
Ain Smara	ACL C	30	3,5
Messaoud Boudjeriou	ACL C	22	2,5
Beni Hamidane	ACL C	19	2,2
El Guerrah	AS	16	1,8
Zighoud Youcef	ACL D	16	1,8
Ouled Rahmoune	ACL C	15	1,7
Bounouara	AS	8	0,9
Hamma Bouziane	ACL D	Non enquêté	Non enquêté
Ibn Ziad	ACL C	Non enquêté	Non enquêté
Total		863	100

À l'échelle des communes, 40,8 % (352) des réponses ont été enregistrées dans la ville de Constantine, 13,2 % (146) dans la ville d'El Khroub, 11,7 % (101) des réponses dans la nouvelle ville d'Ali Mendjeli. Les communes d'Ibn Badis, Ain Abid, Ouled Rahmoune, Didouche Mourad, Aïn Smara, Messaoud Boudjeriou, Beni Hamidane et Zighoud Youcef enregistrent respectivement 6,0 % (52), 5,4 % (47), 4,5 % (39), 4,5 % (39), 3,5 % (30), 2,5 % (22), 2,2 % (19), 1,9 % réponses. Sur les douze communes, dix communes ont été parcourues. Les communes de Hamma Bouziane et d'Ibn Ziad n'ont malheureusement pas pu être traitées en raison du manque de moyens matériels et des difficultés logistiques pour s'y rendre (cf. Carte III.4).

Carte III.4 : Nombre de répondants par commune



Nous avons, par ailleurs, tenté de respecter le rapport proportionnel du nombre d'habitants par commune. Les communes de Constantine, Aïn Smara et Zighoud Youcef ont un nombre d'enquêtés dans le total des enquêtés inférieur à ce que la population représente dans la wilaya tandis que les communes d'El Khroub, Ouled Rahmoune, Aïn Abid, Messaoud Boudjeriou et Beni Hamidane comptent un nombre d'enquêtés dans le total des enquêtés supérieur à ce que la population représente dans la wilaya. Le rapport entre le nombre d'enquêté dans le total et la population reste équilibré dans la commune de Didouche Mourad. (cf. Tableau III.4)

Selon le lieu d'enquête, 91 % (785 personnes) sont issus de la rue et 9 % (78 personnes) sont issus des structures de soins publics ou privés.

Au sein des structures de soins, 5,9 % des personnes ont été interrogés dans le secteur public à savoir dans l'établissement public hospitalier (EPH) d'El Bir et dans l'établissement public de soins de proximité (EPSP) Ben M'hidi. Au sein des structures de soins privées, 3,1 % des

personnes ont été interrogées dans le secteur privé à savoir dans la clinique privée El Mehdi. Les personnes qui ont été interrogées dans la rue (91 %) sont issues de plusieurs territoires de la wilaya de Constantine. Ainsi, sur les 91 % (785) des personnes interrogées dans la rue montrent que 35 % (274) d'entre elles ont été questionnées dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), 31 % (239) des personnes dans les agglomérations secondaires (AS), 22 % (177) personnes dans les agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C) et 12 % (95) dans les agglomérations chefs-lieux de daïras (ACL D).

Tableau III.4: Répartitions communales des enquêtés et de la population totale dans la wilaya de Constantine

Commune	Nombre d'enquêtés par commune	Part dans le total des enquêtés (%)	Total de la population selon le RGPH 2008	Part dans la population totale (%)	Rapport part dans le total des enquêtés/ part dans la population totale
Constantine	352	40,8%	448 374	47,8%	0,85*
El Khroub	247	28,6%	179 033	19,1%	1,5**
Ibn Badis	52	6,0%	18 735	2,0%	3
Ain Abid	47	5,4%	31 743	3,4%	1,8
Didouche Mourad	39	4,5%	44 951	4,8%	0,9***
Ouled Rahmoune	39	4,5%	26 132	2,8%	1.46
Ain Smara	30	3,5%	36 998	3,9%	0,87
Messaoud Boudjeriou	22	2,5%	9 050	1,0%	2,5
Beni Hamidane	19	2,2%	9 397	1,0%	2,2
Zighoud Youcef	16	1,9%	35 248	3,8%	0,45
<i>Hamma Bouziane</i>	<i>Non enquêté</i>	<i>Non enquêté</i>	79 952	8,5%	/
<i>Ibn Ziad</i>	<i>Non enquêté</i>	<i>Non enquêté</i>	18 861	2,0%	/
Total général	863	100	938 475	100	

Sources : RGPH, 2008 ; enquête, C. Zeghdar, 2019

* Commune dont le nombre d'enquêtés dans le total des enquêtés est inférieur à ce que la population représente dans la wilaya.

** Commune dont le nombre d'enquêtés dans le total des enquêtés est supérieur à ce que la population représente dans la wilaya.

*** Commune dont le nombre d'enquêtés dans le total des enquêtés est à peu près conforme à ce que la population représente dans la wilaya.

2. Caractéristiques socioéconomiques

Pour cerner les principales caractéristiques socioéconomiques de nos enquêtés, nous nous sommes focalisés sur cinq axes : le sexe, les classes d'âges, le niveau d'instruction, les catégories socioprofessionnelles et la perception du revenu. Des croisements seront, par ailleurs, établis afin de relever les phénomènes les plus pertinents. La grille de lecture se fera de manière générale, à l'échelle des communes et à l'échelle des agglomérations. Nous rappellerons, pour chaque indicateur, la codification utilisée par l'office national des statistiques (ONS) de 2008.

a. Une population jeune avec un part importante d'hommes

Les premières hypothèses étaient de voir si les pratiques de soins étaient différenciées en fonction du sexe. Le résultat de notre analyse montre un échantillon composé de 392 femmes (45,4 %) et 471 d'hommes (54,6 %). À titre de comparaison, la wilaya de Constantine, selon le recensement général de la population et de l'habitat (RPGH), présente un taux relativement semblable. Les femmes représentent 49,9 % et les hommes 50,1 % légèrement dans la moyenne nationale avec 50,5 % d'hommes et 49,4 % de femmes⁴³ (cf. Tableau III.5).

Tableau III.5 : Comparatif des parts des hommes et des femmes dans la population totale

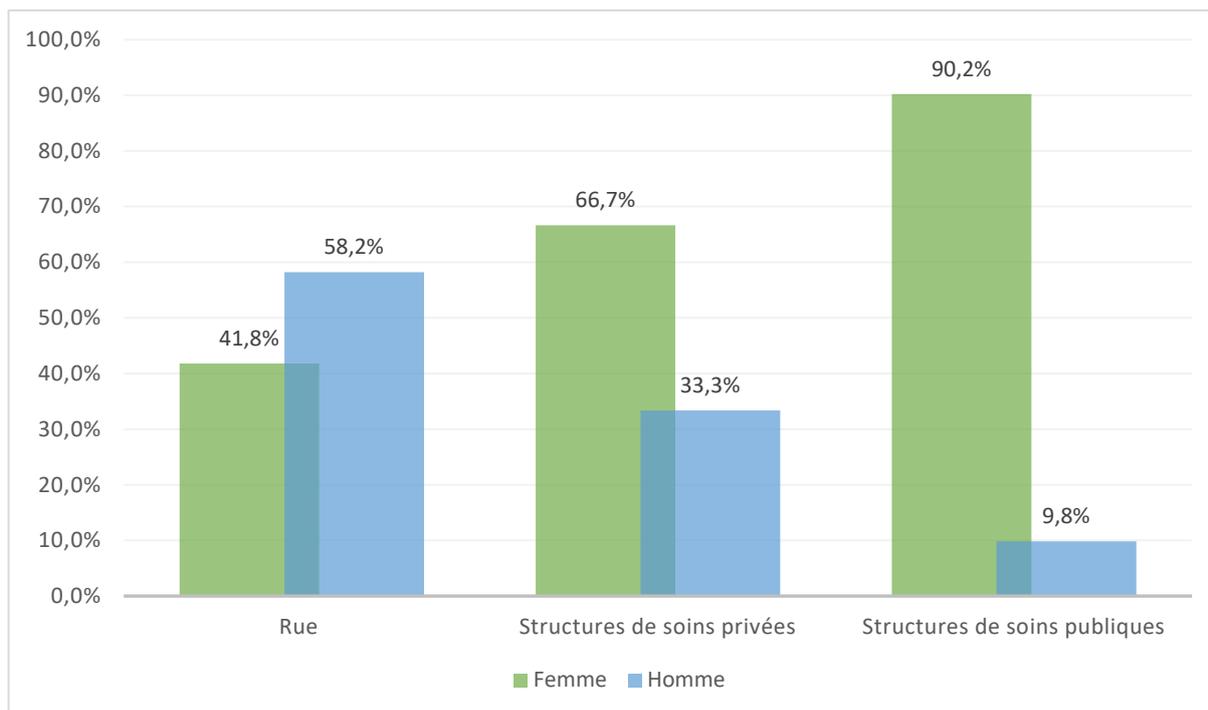
Lieux	Hommes	Part des hommes dans la population totale	Femmes	Part des femmes dans la population totale	Total
Enquêtés	392	45,4%	471	54,6%	863
Wilaya de Constantine	470 262	50,1%	468 213	49,9%	938 475
Algérie	17 232 747	50,6%	16 847 283	49,4%	34 080 030

Selon le lieu d'enquête, nous remarquons que les hommes sont plus présents dans la rue que dans les structures de soins publiques et privées. Les femmes sont quant à elles plus présentes

⁴³ La wilaya d'Alger présente à titre d'exemple 50,2 % d'hommes et 49,8 % de femmes.

dans les structures de soins que dans la rue⁴⁴. Ce rapport peut s'expliquer de plusieurs manières. Lors de notre étude, nous avons investi plusieurs services dont la présence reste exclusivement féminine comme le service de gynécologie. Aussi, nous avons constaté le rôle du garde-malade qui est investi plus par des femmes, notamment dans le service de pédiatrie, de gynécologie et de médecine interne (cf. Graphique III.1).

Graphique III.1 : Répartition des hommes et des femmes selon le lieu d'investigation



L'analyse au niveau des communes montre que les hommes sont plus présents que les femmes dans les communes de Constantine, El Khroub, Ain Abid, Ouled Rahmoune, Ain Smara, Beni Hamidane et Zighoud Youcef. Le rapport est inversé dans les communes d'Ibn Badis et Didouche Mourad. Comparée aux statistiques de l'ONS, la part des femmes dans l'ensemble des personnes interrogées est conforme à ce qu'elles représentent dans la population totale dans les communes de Constantine, El Khroub, Ain Smara, Ouled Rahmoune et Messaoud Boudjeriou. Les femmes sont surreprésentées dans la population enquêtée dans les communes d'Ibn Badis et de Didouche Mourad et sous-représentées dans les communes de Beni Hamidane et Zighoud Youcef (cf. Tableau III.6).

⁴⁴ Sur 100 % des hommes, 1,9 % sont présents dans les structures de soins privées et 1,0 % dans les structures de soins publiques. Sur 100 % des femmes, 4,5 % sont présentes dans les structures de soins privées et 11,7 % dans les structures de soins publiques.

Tableau III.6 : Part des femmes dans les communes enquêtés et comparatif avec les données de l'office national des statistiques

(Office National des Statistiques, 2008)

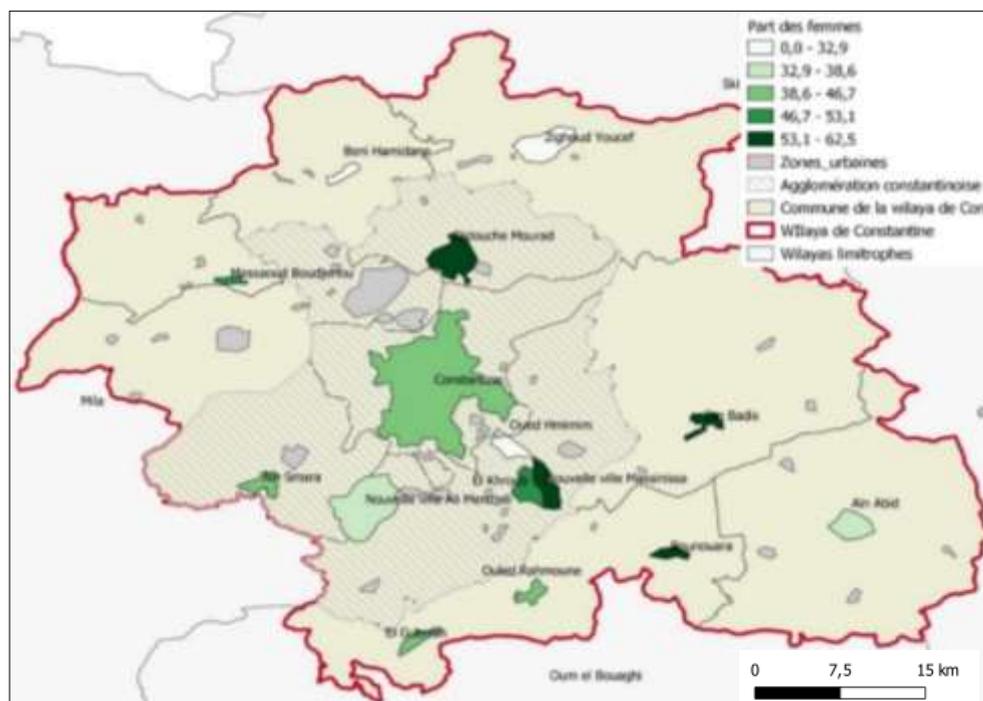
Commune	Part des femmes dans la population enquêtée (A)	Part des femmes dans la population totale (ONS 2008) (B)	Rapport A/B
Constantine	46,6%	50,3%	0,9
El Khroub	41,7%	49,0%	0,9
Ibn Badis	57,7%	49,6%	1,2
Ain Abid	36,2%	49,2%	0,7
Didouche Mourad	59,0%	49,3%	1,2
Ouled Rahmoune	48,7%	49,3%	1,0
Ain Smara	46,7%	48,9%	1,0
Messaoud Boudjeriou	50,0%	49,0%	1,0
Beni Hamidane	31,6%	50,0%	0,6
Zighoud Youcef	31,3%	49,7%	0,6
Total général	45,4%	48,0%	0,9

Si l'on envisage les différents types d'agglomération, alors les femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire ont autant d'importance dans l'ensemble des répondants que ce qu'elles représentent dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), soit 46,6 % de la population totale. Au sein des agglomérations chefs-lieux Daïras (ACL D), elles ne sont plus que 41,1 % des femmes, tandis qu'au sein des agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C), 51,4 % de la population sont des femmes. Enfin, au sein des agglomérations secondaires (AS), il y a 41 % qui sont des femmes comme dans les agglomérations chefs-lieux de Daïras. Il existe ainsi plus d'hommes que de femmes dans trois types d'agglomération. Seules les agglomérations chefs-lieux de communes comptent plus de femmes que d'hommes.

Toutefois, un test du khi deux mené sur la répartition femmes/hommes en fonction des différents types d'agglomération ne rend pas compte d'une relation entre les deux. Ainsi, les parts des hommes et des femmes ne varient pas significativement en fonction du type d'agglomération. Toutefois, le test de Fisher identifie une sous-représentation des femmes et une surreprésentation des hommes dans l'agglomération secondaire d'Oued Hmimim. La commune d'Ain Abid est quant à elle sous-représentée en hommes⁴⁵.

Carte III.5 : Part des femmes dans les différentes agglomérations

Source : Résultats d'enquête de 2019, réalisation sous QGIS en 2023



⁴⁵ L'analyse statistique fait ressortir une surreprésentation des hommes et une sous-représentation des femmes dans l'agglomération secondaire (AS) d'Oued Hmimim. Cela est dû au lieu d'enquête qui a été réalisé dans une usine.

Les réponses des enquêtés selon les classes d'âges nous permettent de savoir s'il existe des manières différenciées de percevoir la santé et d'avoir recours aux soins. Une population jeune suppose plutôt une bonne perception de son état de santé et un recours moins fréquent aux structures de soins. Inversement, les populations plus âgées supposent une perception plus délicate de l'état de santé et ainsi un recours aux soins plus fréquents pour des pathologies souvent récurrentes.

Dans un premier temps, la classification des âges que nous avons adoptée celle établie par l'ONS. Il y a ainsi 18 classes d'âge d'amplitude de quatre ans : 0-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans, 65-69 ans, 70-74 ans, 75-79 ans, 80-84 ans, 85 ans et plus. Puis, nous avons regroupé certaines de ces 18 classes pour n'en faire plus que 6 : moins de 20 ans, 20 à 29 ans, 30 à 44 ans, 45 à 59 ans, 60 à 74 ans et plus de 75 ans. Il est à remarquer que les plus de 75 et les moins de 20 ans ont été regroupés, car le nombre de répondants était limité.

Ainsi, nos enquêtés présentent une moyenne d'âge de 41 ans. La moyenne d'âge est de 37,8 ans pour les femmes et de 44,3 ans pour les hommes. Nous remarquons, par ailleurs, une forte représentation des classes 30 à 44 ans et 45 à 59 ans avec respectivement 44 % et 29,5 %. Elles sont suivies des classes de 20 à 29 ans avec 14,5 %, de 60 à 74 ans avec 9,5 % et de moins de 20 ans et de 75 ans et plus avec 1 % chacune⁴⁶ (cf. Tableau III.6). Ces différentes parts sont à mettre en regard avec les données du recensement. Selon les données de l'office national des statistiques de 2008 (ONS), la classe d'âge de 20 à 29 ans représente 21 % de la population algérienne à égalité avec la classe 30 à 44 ans. La classe de 44 à 59 ans représente 11,8 % tandis que les 59 à 74 ans représentent 5 % de la population algérienne (cf. Tableau III.7). Il est à noter que les plus de 75 ans représentent 2 % de la population algérienne et les

⁴⁶ Au sein de la population enquêtée dans la rue, nous retrouvons 43 % des personnes appartenant à la classe d'âge de 30 à 44 ans, 30 % appartenant à la tranche d'âge 44 à 59 ans, 14 % appartenant à la classe d'âge de 20 à 29 ans, 9 % appartenant à la classe d'âge de 59 à 74 ans et 2 % appartenant à la tranche d'âge de moins de 20 ans et des plus de 75 ans. Au sein des structures de soins privées, nous retrouvons une dominance des tranches d'âge de 44 à 59 ans et de 30 à 44 ans avec respectivement 41 % et 37 %. Les 22 % restant se divisent entre les tranches d'âge des moins de 20 ans, des 20 à 29 ans et des plus de 75 ans. Au sein des structures de soins publiques, nous retrouvons d'abord une dominance des classes d'âge des 30 à 44 ans avec 52 % suivie de la classe d'âge des 20 à 29 ans avec 27 % puis les classes d'âge des 44 à 59 ans et 59 à 74 ans avec 9 % chacun. La répartition des classes d'âge selon le sexe montre une surreprésentation des hommes dans les classes 30 à 44 ans, 44 à 59 ans et 59 à 74 ans contre une surreprésentation des femmes dans la classe de 20 à 29 ans.

moins de 20 ans 38 % de la population totale⁴⁷.

*Tableau III.7: Comparatif des différentes classes d'âge de nos enquêtés à l'échelle nationale
(ONS et enquête 2019)*

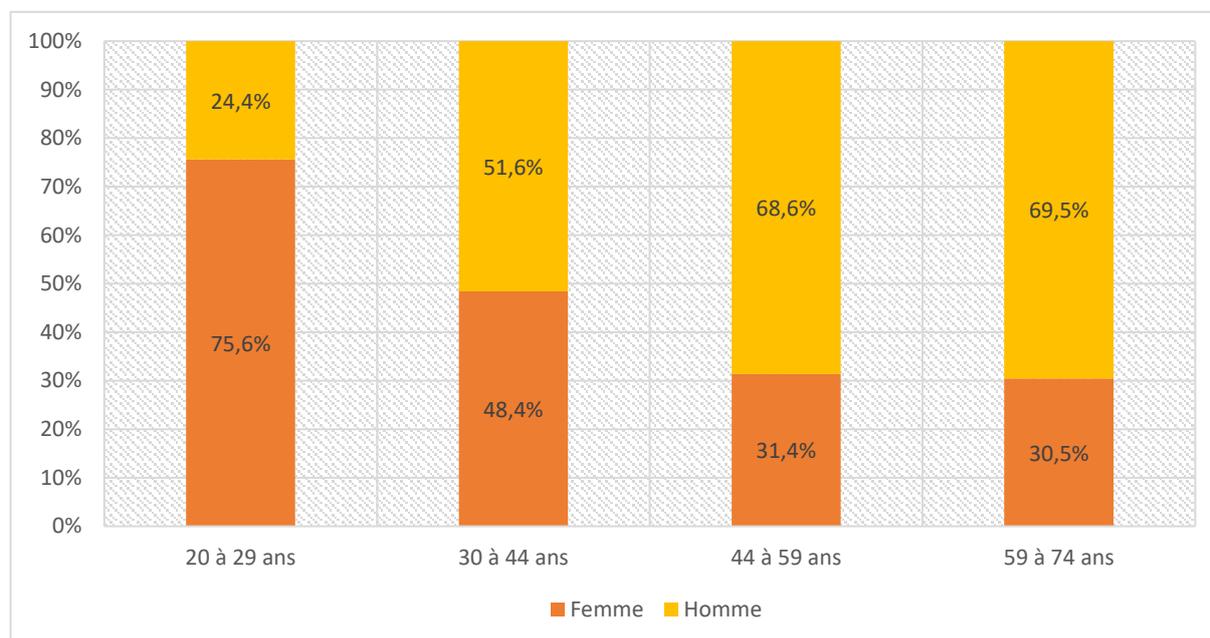
Classe d'âge	Moins de 20 ans	20 à 29 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	60 à 74 ans	Plus de 74 ans	Total
Enquêtés	9	127	380	255	82	10	863
	1%	14,70%	44%	29,50%	9,50%	1,10%	100%
Algérie	13 187 238	7 185 883	7 102 100	4 038 709	1 847 711	718 391	34 080 030
	38%	21%	21%	12%	5%	2%	100
Rapport entre les enquêtés et la population algérienne	0,02	0,7	2,09	2,46	1,9	0,55	

De plus, sur l'ensemble des classes de 20 à 29 ans, 75,6 % sont des femmes contre 24,4 % d'hommes. Inversement, les classes de 44 à 59 ans et 59 à 74 ans sont caractérisées par une surreprésentation des hommes avec respectivement 68,6 % contre 31,4 % pour les femmes et 69,5 % contre 30,5 % pour les femmes. Ainsi, les femmes ne sont surreprésentées que dans la classe d'âge des 20 à 29 ans (cf. graphique III.2).

⁴⁷ Dans la wilaya de Constantine, les classes d'âges de 30 à 44 ans représentent 21 % de la population tandis que les 44 à 59 ans représentent 13 %, les 20 à 29 ans représentent 20 %, les 59 à 74 ans représentent 6 %.

Graphique III.2: Classes d'âges des enquêtés selon le sexe

Source : Résultats d'enquête de 2019



L'analyse territoriale montre que la commune de Constantine, agglomération chef-lieu de wilaya (ACLW), présente à 42,9 % une tranche d'âge de 30 à 44 ans. Puis, elle présente à 39,4 % la classe de 44 à 59 ans. Les classes de 20 à 29 ans et les 59 à 74 ans représentent respectivement 12,2 % et 12,5 %.

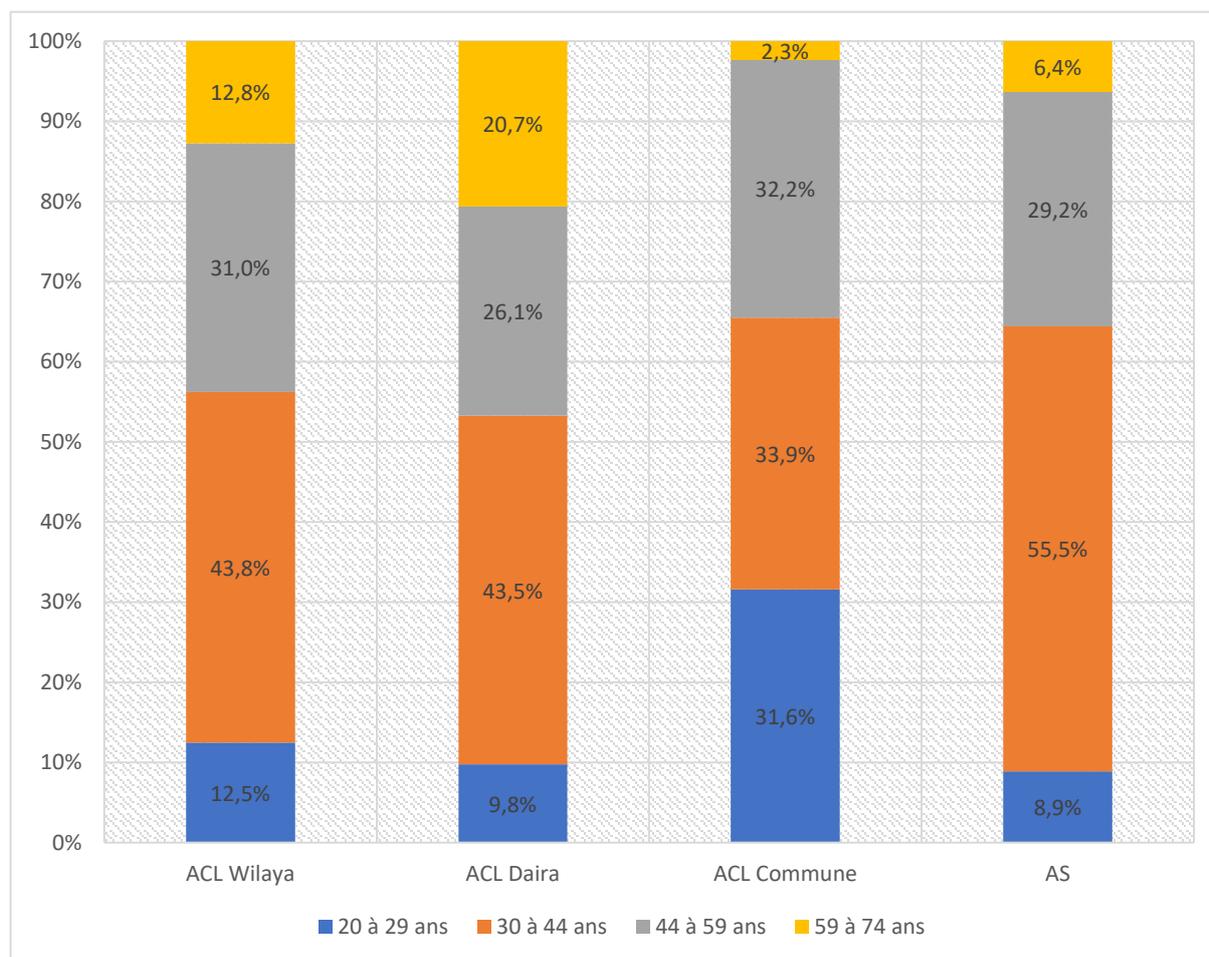
Les territoires des agglomérations chefs-lieux de Daïra (ACL D) à savoir El Khroub, Ain Abid et Zighoud Youcef comprennent une classe d'âge de 30 à 44 ans à 42,1 %, de 44 à 59 à 25,3 %. Les classes de 59 à 74 ans et 20 à 29 ans représentent 20 % et 9,5 %.

Les territoires des agglomérations chefs-lieux de commune (ACL C) comprennent Ain Smara, Didouche Mourad, Ibn Badis, Beni Hamidane et Messaoud Boudjeriou. Ils comportent 32,8 % des 30 à 44 ans, 31,1 % des 44 à 59 ans, 30,5 % des 20 à 29 ans et 2,3 % des 59 à 74 ans.

Les agglomérations secondaires (AS) comportent les nouvelles villes comme Ali Mendjeli, Massinissa, l'agglomération d'Oued Hmimim, Bounouara et El Guerrah. Ils comprennent 54,8 % des 30 à 44 ans, 28,9 % des 44 à 59 ans, 14,7 % des 20 à 29 ans et 9,5 % des 59 à 74 ans (cf. graphique III.3).

Graphique III.3: Classes d'âge des enquêtés selon la classification territoriale

Source : Enquête 2019



L'analyse statistique montre que les territoires de Constantine, El Khroub et Ain Abid sont caractérisés par une surreprésentation de la classe 59 à 74 ans. Le territoire d'Ibn Badis est marqué par une surreprésentation des 20 à 29 ans et une sous-représentation des 44 à 59 ans et des 59 à 74 ans. Le territoire de Didouche Mourad est quant à lui marqué par une surreprésentation des 20 à 29 ans et des 44 à 59 ans et une sous-représentation des 30 à 44 ans. Le territoire d'Ouled Rahmoune est caractérisé par une surreprésentation des 44 à 59 ans et une sous-représentation des 30 à 44 ans. La nouvelle ville d'Ali Mendjeli est marquée par une sous-représentation des 20 à 29 ans tandis que le territoire d'Ouled Hmimim est marqué par une surreprésentation des 30 à 44 ans et une sous-représentation des 59 à 74 ans (Annexe 15).

b. Un déploiement territorial différencié selon le niveau d'instruction et le profil socioéconomique

L'analyse des caractéristiques des répondants selon le niveau d'instruction permet de rendre compte en partie de la situation de l'éducation dans la wilaya, mais aussi des personnes répondant plus facilement à des enquêtes. Par la suite, elle devrait permettre de vérifier l'hypothèse selon laquelle le recours aux soins serait facilité pour des personnes plus diplômées (cf. supra chapitre 2). Elle devrait également permettre de savoir si certains niveaux de diplômes sont davantage présents dans certains territoires. Enfin, elle devrait permettre de documenter en partie les liens entre niveau de diplôme et perception de soins, trajectoires de recours.

Pour rendre compte des niveaux de diplôme déclarés par nos répondants, nous sommes partis de la classification de l'office national des statistiques (ONS) qui catégorise le niveau d'instruction comme suit :

- Sans instruction : N'ayant jamais eu de scolarité ;
- Primaire : ayant reçu les six premières années d'école élémentaire ;
- Moyen : Ayant eu une scolarité jusqu'au brevet ;
- Secondaire : Ayant eu une scolarité jusqu'au baccalauréat ;
- Supérieur : Ayant eu des études universitaires.

Le niveau d'instruction des enquêtés se positionne dans la tranche supérieure où 45,6 % admettent avoir un niveau d'étude supérieur — à savoir un Bac+ 3 et plus. Il est suivi par le niveau moyen avec 25,7 %, puis le niveau secondaire avec 13,6 %. Le niveau primaire et les sans instruction représentent respectivement 7 % et 7,3 % de nos enquêtés. Le niveau d'étude supérieure est légèrement plus important chez les femmes avec un écart de 1,31. À l'inverse, le niveau d'instruction secondaire et moyen est respectivement 2 fois et 1,7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le niveau d'instruction primaire et le niveau sans instruction restent équilibrés entre les deux sexes (

Annexe 16).

Comparés aux statistiques de l'office national des statistiques (ONS) de 2008, nous constatons que, dans l'ensemble de nos répondants, le niveau supérieur est surreprésenté, tandis que le niveau moyen est conforme à ce dont rendent compte les statistiques nationales et le niveau secondaire est sous-représenté (cf. Tableau III.8). Rappelons que la wilaya enregistre des profils supérieurs à 11,3 %, des profils ayant un niveau d'instruction moyen de 29,5 %, un niveau d'instruction secondaire de 18,4 % et un niveau d'instruction primaire de 25 %. Au niveau national, la part du niveau de sans instruction est de 22,4 %, du niveau primaire de 25,5 %, du niveau moyen de 27,7 %, du niveau secondaire de 15,9 % et du niveau supérieur de 7,6 % (Office National des Statistiques, 2008).

Tableau III.8 : Part des niveaux d'instruction des répondants et comparatifs avec les chiffres à l'échelle nationale et à l'échelle de wilaya de Constantine

(ONS 2008 et enquête 2019)

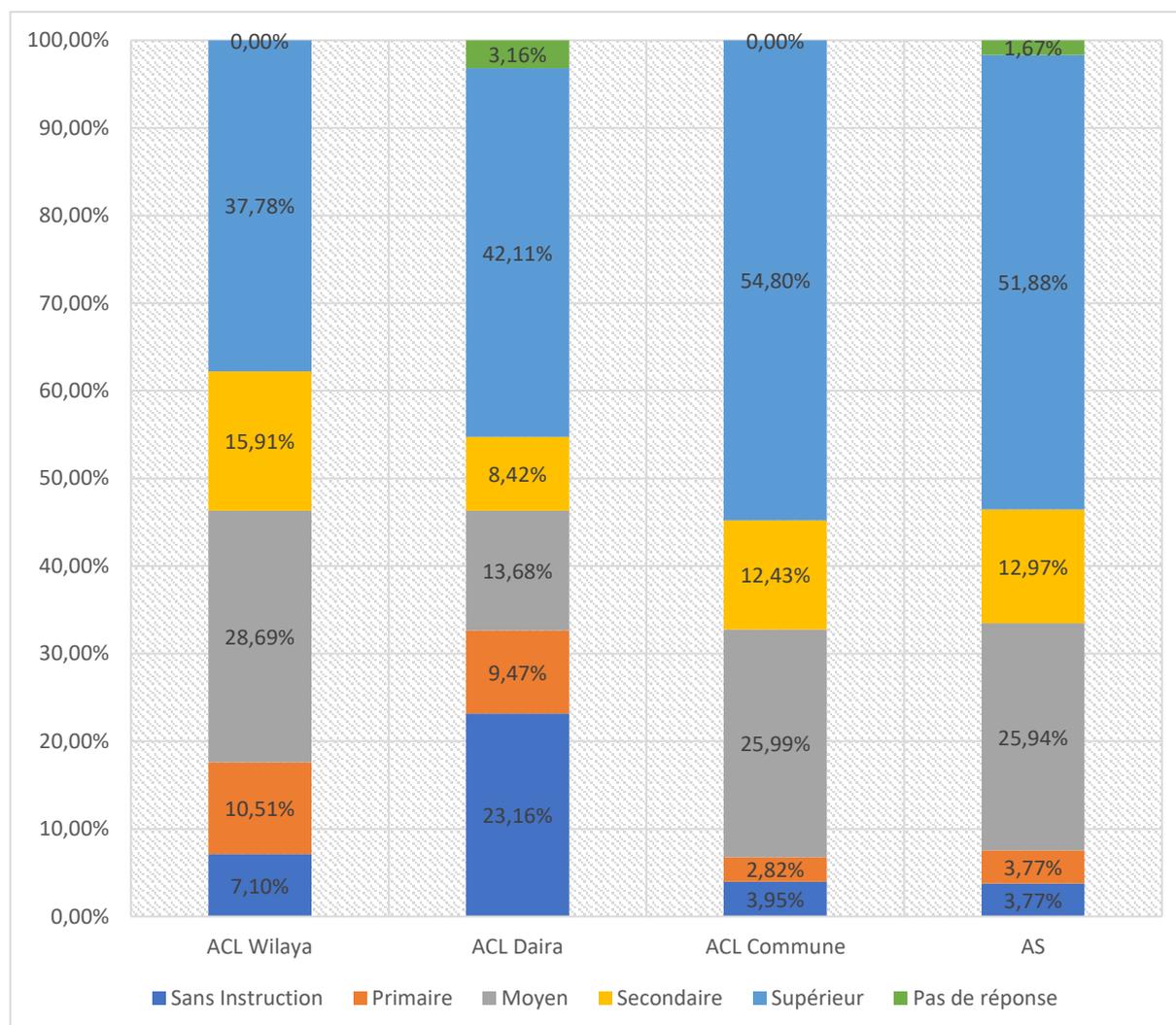
Territoire	Sans Instruction (%)	Primaire (%)	Moyen (%)	Secondaire (%)	Supérieur (%)
Algérie (ONS)	22,4	25,5	27,7	15,9	7,6
Constantine (ONS)	15,3	25,3	29,5	18,4	11,3
Notre enquête	7,3	6,9	25,7	13,5	45,6

L'agglomération chef-lieu de Constantine (ACL C) présente 37,8 % de personnes de niveau supérieur, 28,7 % du niveau moyen, 10,7 % de niveau primaire et 7,1 % de sans instruction. Les agglomérations chefs-lieux Daïra (ACL D), comprennent 42,1 % de niveau supérieur, 23,1 % de sans instruction, 13,7 % de niveau moyen, 9,5 % de niveau primaire et 8,4 % de niveau secondaire. Les agglomérations chefs-lieux de Communes (ACL C) présentent 54,8 % des personnes de niveau supérieur, 26 % de niveau moyen, 12,43 % de niveau secondaire, 4 % de sans instruction et 2,8 % de niveau primaire. Enfin, les agglomérations secondaires (AS) comprennent 51,8 % de niveau supérieur, 256 % de niveau moyen, 13 % de niveau secondaire,

3,7 % de sans instruction et 3,7 % de niveau primaire (cf. Graphique III.4).

Graphique III.4: Répartition territoriale selon le niveau d'instruction

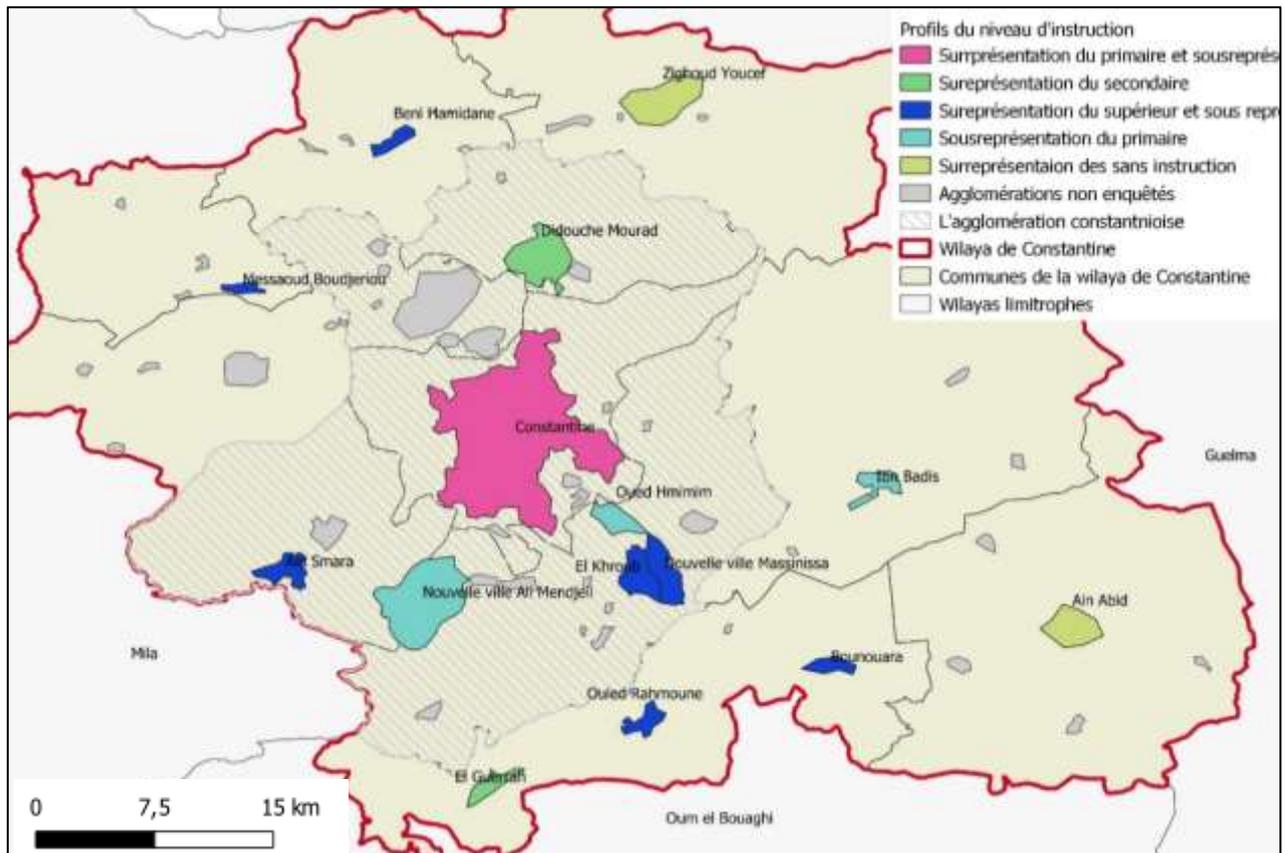
Source ; Enquête 2019



L'analyse statistique montre que le territoire de Constantine est marqué par une surreprésentation du niveau primaire et une sous-représentation du niveau supérieur. Le territoire de Didouche Mourad et d'El Guerrah est caractérisé par une surreprésentation du niveau secondaire. De plus, les territoires de la nouvelle ville de Massinissa, El Khroub et Ain Smara sont caractérisés par une surreprésentation du niveau supérieur et une sous-représentation des répondants sans instruction. Les territoires de Messaouad Boudjeriou, Bounouara, Beni Hamindane et Ouled Rahmoune présentent une sous-représentation des sans instruction et une sous-représentation du niveau primaire parmi les répondants. De plus, les territoires d'Ain Abid et Zighoud Youcef présentent les mêmes caractéristiques. Ils sont caractérisés par une surreprésentation des répondants sans instruction (cf. Carte III.6).

Carte III.6: Niveau d'instruction les plus présents dans la wilaya de Constantine

Enquête 2019, réalisé sous QGIS en 2023



L'idée d'analyser les enquêtés sous l'angle du profil socioéconomique est d'abord de connaître la répartition territoriale des différentes catégories socioprofessionnelles : sont-elles concentrées dans les territoires plus que d'autres ou ont-elles une répartition uniformément dans la wilaya. Une autre étape serait de rendre compte de la manière dont ces profils ont recours aux soins publics et privé et comment se projettent-ils lors d'un épisode morbide. Autrement dit, il s'agit de savoir comment les enquêtés sont réparties dans le territoire de la wilaya. Certains profils sont-ils plus présents dans certains territoires ? Cela implique-t-il le déploiement de mécanismes additionnels lors du recours aux soins ?

Pour rendre compte de cela, nous nous sommes basées, contrairement à l'étude du Pr Bouledrouaa, sur la grille de classification établie par l'office national des statistiques (ONS). Ils sont répartis en huit classes :

- CM1 — Agriculteurs, exploitants du secteur primaire ;
- CM2 — Artisans, commerçants et chefs d'entreprises ;
- CM3 — Cadres et professions intellectuelles supérieures ;

CM4 — Professions intermédiaires ;

CM5 — Les employés ;

CM6 — Les ouvriers ;

CM7 — Les retraités ;

CM8 — Sans activités professionnelles.

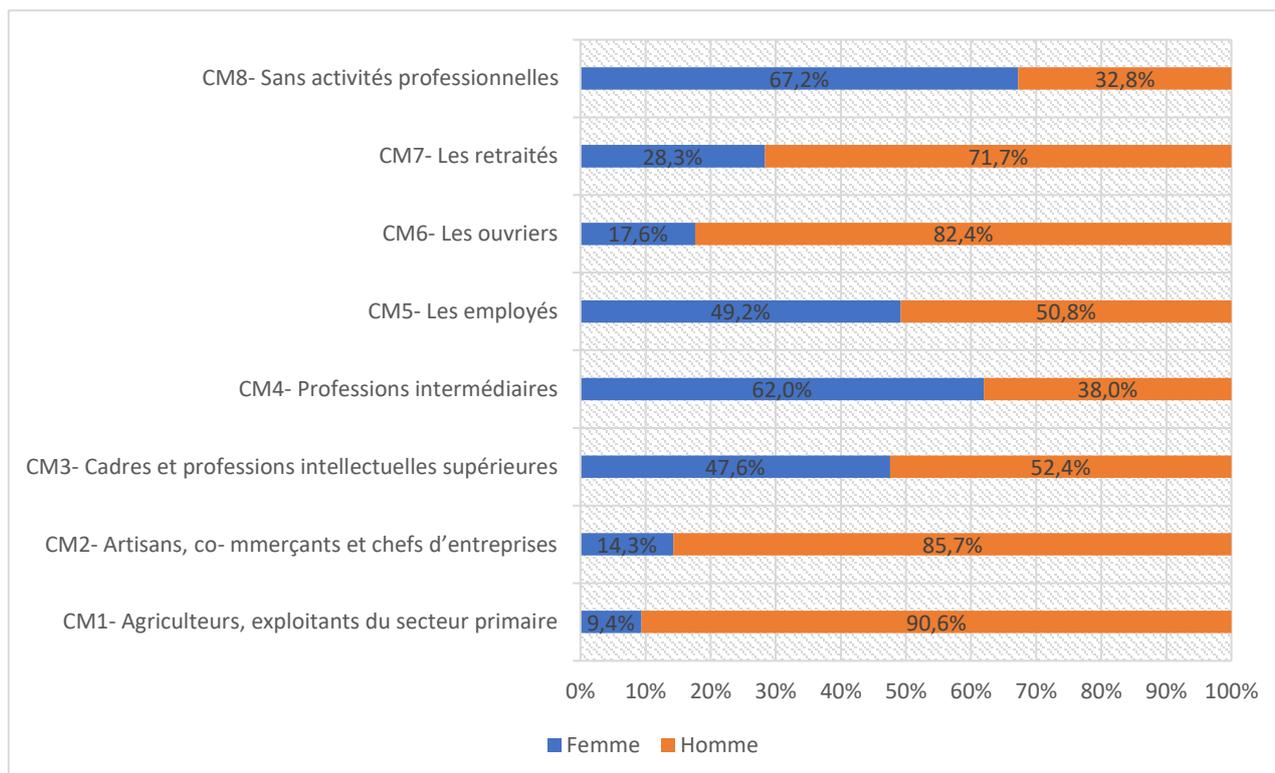
L'étude des profils socioéconomiques de notre échantillon montre des parts équilibrées avec 21 % (184) de professions intermédiaires (CM4), 20 % (174) de sans activités professionnelles (CM8), 15 % (126) d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2), 15 % (128) d'employés (CM5), 12 % (103) de cadres et des professions intellectuelles supérieures (CM3), 7 % (60) de retraités (CM7), 6 % (51) d'ouvriers (CM6) et 4 % (32) d'agriculteurs, exploitants du secteur primaire (CM1).

L'étude des profils socioéconomiques de notre échantillon montre des parts équilibrées avec 21 % (184) de professions intermédiaires (CM4), 20 % (174) de sans activités professionnelles (CM8), 15 % (126) d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2), 15 % (128) d'employés (CM5), 12 % (103) de cadres et des professions intellectuelles supérieures (CM3), 7 % (60) de retraités (CM7), 6 % (51) d'ouvriers (CM6) et 4 % (32) d'agriculteurs, exploitants du secteur primaire (CM1) (Annexe 17).

Les agriculteurs, exploitants du secteur primaire (CM1) et les artisans commerçants et chefs d'entreprises (CM2), les ouvriers (CM6) et les retraités (CM7) présentent une part importante d'hommes soit plus de 71 %. Les employés (CM5) et les cadres et professions intellectuelles supérieures (CM3) présentent plus d'hommes que de femmes. Inversement, les professions intermédiaires (CM4), les sans activités professionnelles présentent plus de femmes que d'hommes (cf. graphique III.4).

Graphique III.4 : Catégories socioprofessionnelles déclarés par les enquêtés selon le sexe

Source : Enquête 2019



À l'échelle territoriale, l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) présente 26,4 % de sans activités professionnelles (CM8), 17,3 % de professions intermédiaires (CM4), 14,8 % d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2), 13,4 % des employés (CM5). Les catégories professionnelles présentent un taux inférieur à 10 %.

Les agglomérations chefs-lieux de dairas (ACL D) présentent 17,9 % d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2), 16,8 % de cadre et professions intellectuelles supérieures (CM3) et de retraités (CM7), 14,7 % des sans activités professionnelles (CM8), 12,6 % de professions intermédiaires (CM4). Les autres catégories affichent un taux inférieur à 10 %.

Les agglomérations chefs-lieux de commune (ACL C) présentent 24,9 % de sans activité professionnelle (CM8), 23,2 % de professions intermédiaires, 20,3 % des employés (CM5) et 11,9 % de cadres et professions intellectuelles supérieures (CM3). Les catégories restent et présentent des taux inférieurs à 10 %.

Les agglomérations secondaires présentent 29,3 % de professions intermédiaires (CM4), 16,7 % d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2), 15,5 % d'employés et 13,8 % de cadres et de professions intellectuelles supérieures (CM3). Les catégories restantes sont

présentes avec des taux inférieurs à 10 %.

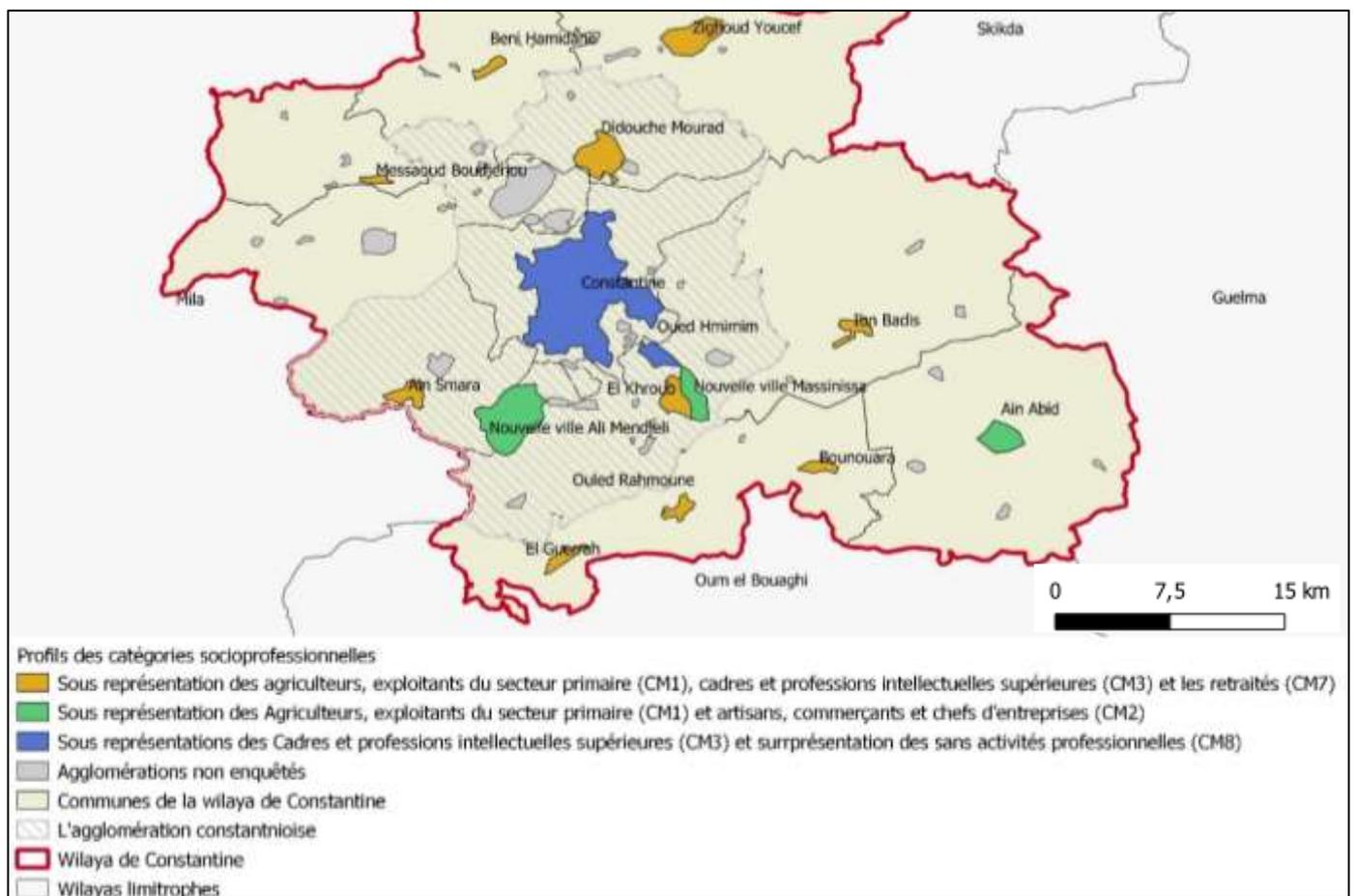
Le territoire de la ville de Constantine est caractérisé par une surreprésentation des sans activités professionnelles (CM8) et une sous-représentation des cadres et professions intellectuelles supérieures (CM3) et professions intermédiaires (CM4).

Les territoires des deux villes nouvelles et le territoire d'Ain Abid présentent des agriculteurs, exploitants du secteur primaire (CM1) et des artisans, commerçants et chefs d'entreprises (CM2). Les territoires périphériques à la ville de Constantine présentent une sous-représentation des agriculteurs, exploitant du secteur primaire (CM1), cadres et professions intellectuelles (CM3) et les retraités (CM7).

Finalement, la ville de Constantine tend à regrouper les profils marginaux, notamment les sans activités professionnelles. Les communes de l'agglomération constantinoise présentent des profils plus intermédiaires et supérieurs plus importants (cf. Carte III.7).

Carte III.7: Catégories socioprofessionnelles les plus présentes dans la wilaya de Constantine

Enquête 2019, réalisée sous QGIS en 2023



c. Une perception du revenu différenciée selon les territoires

L'objectif d'étudier la perception qu'ont les répondants sur le revenu avait pour but d'une part de rendre compte de la manière dont elle est déployée dans le territoire. D'autre part, elle permettait de voir si elle avait un impact sur les trajectoires de soins et le recours aux soins. Ainsi, les populations ayant une perception relativement faible de leur revenu auraient-elles la même trajectoire de soins que les personnes ayant une perception relativement haute. Auraient-elles recours aux structures publiques ou aux secteurs privés ? Seraient-elles amenées à privilégier l'un au détriment d'un autre et pour quelles raisons ?

Afin d'en rendre compte, nous avons classé nos réponses en variables qualitatives. Cinq réponses étaient présentes : faible, moyenne à faible, moyenne, moyenne à haute et haute. Le but étant de cerner le niveau de revenu de nos répondants au regard de la gêne ressentie à ce sujet lors de notre phase de préenquête.

Pour contextualiser les perceptions du revenu, nous pouvons rappeler les chiffres fournis par l'office national des statistiques qui permet de cerner plus au moins la réalité nationale.

En mai 2019, l'enquête sur les dépenses de consommation et de niveau de vie des ménages montre que, le revenu salarial mensuel moyen est de 29 507 DA. Le salaire dans le secteur public est de 36 084 DA et dans le secteur privé de 22 872 DA. Selon les strates, nous retrouvons des différenciations où en milieu urbain le revenu est de 30 834 DA et en milieu rural de 26 674 DA. Les différenciations peuvent aussi se retrouver au niveau du sexe, de la classe d'âge, du niveau d'instruction ou de la qualification du salarié et du secteur d'activité⁴⁸. Le salaire SNMG ou SMIC est quant à lui depuis 2011 de 15 000 DA.

Dans l'ensemble, le rapport montre que le niveau d'instruction a une incidence sur les salaires pour les deux sexes où il varie de 22 568 DA pour les sans instruction à 42 383 DA pour le niveau supérieur, soit presque le double avec un coefficient multiplicateur de 1,87.

L'analyse des réponses de nos répondants montre donc qu'ils ont tendance à percevoir leur revenu comme moyen à 30 % (260), comme faible à 27 % (234), comme moyen à faible à 25 % (220), moyen à haut à 10 % (87) et haut à 4 % (31)⁴⁹. Ainsi, Plus de la moitié (52 %) perçoit

⁴⁸ Source : Office national des statistiques, 2019 : <https://www.ons.dz/spip.php?rubrique264> et https://www.ons.dz/IMG/pdf/TEE2019_2021.pdf consultés en juillet 2023.

⁴⁹ 4 % des personnes (31) n'ont pas souhaité répondre pas à la question.

leur revenu dans la tranche basse. L'analyse montre qu'il y a une perception similaire selon que l'on soit un homme ou une femme.

Au sein des individus questionnés dans la rue, 29,5 % perçoivent leur revenu comme étant moyen, 27,5 % comme étant faible, 24,3 % comme étant faible à moyen. 10,7 % perçoivent leurs revenus comme moyens à haut, 3 % comme étant haut et 4 % ne répondent pas à la question. Dans les structures de soins privées, nous retrouvons 59 % des personnes qui perçoivent leur revenu comme moyen, 37 % comme étant faible et 4 % comme étant faible à moyen. Les structures de soins publiques enregistrent 55 % des personnes qui perçoivent leur revenu comme faible à moyen, 23 % comme étant moyen, 16 % comme étant faible et 6 % comme étant moyen à haut. La corrélation retrouvée entre la perception du revenu et le lieu d'enquête montre que les enquêtés dans les structures de soins publiques ont plus tendance à percevoir leur revenu comme faible à moyen. Au sein des structures privées, les enquêtés ont plus tendance à percevoir leur revenu comme d'abord moyen puis faible à moyen. Ainsi, nous constatons que les personnes qui sont admises dans les structures de soins publiques sont d'un niveau faible à moyen tandis que les personnes admises dans les structures de soins privées ont un revenu moyen.

La lecture à l'échelle des communes montre que la commune de Constantine (40,8 %) présente des perceptions de revenu moyen à 31,3 %, faible à moyenne à 29,8 % et faible à 27 %. La commune d'El Khroub enregistre quant à elle une perception moyenne à 34,8 %, une perception faible à 21,5 % et une perception faible à moyenne à 15,8 %.

Les communes d'Ibn Badis (6 %) et d'Ain Abid (5,4 %) présentent une perception de revenu moyen à faible avec respectivement 36,5 % et 36,2 %. La perception de revenu faible est partagée par 30,8 % pour la commune d'Ibn Badis et la perception de revenu moyen est partagée par 23,4 % pour la commune d'Ain Abid.

Pour le reste des communes, la tendance d'une perception faible est plus importante. À titre d'exemple, la commune de Beni Hamidane (2,2 %), la perception de revenu faible est majoritaire avec 47,4 %. Idem pour la commune de Messaoud Boudjeriou (2,5 %) où la perception faible de revenu est constatée chez 54,5 % des répondants.

La perception haut est constatée dans les communes d'Ain Smara (3,5 %) et Didouche Mouard

(4,5 %) où elle est partagée respectivement par 23,3 % et 23,1 % des répondants de ces communes (Annexe 19).

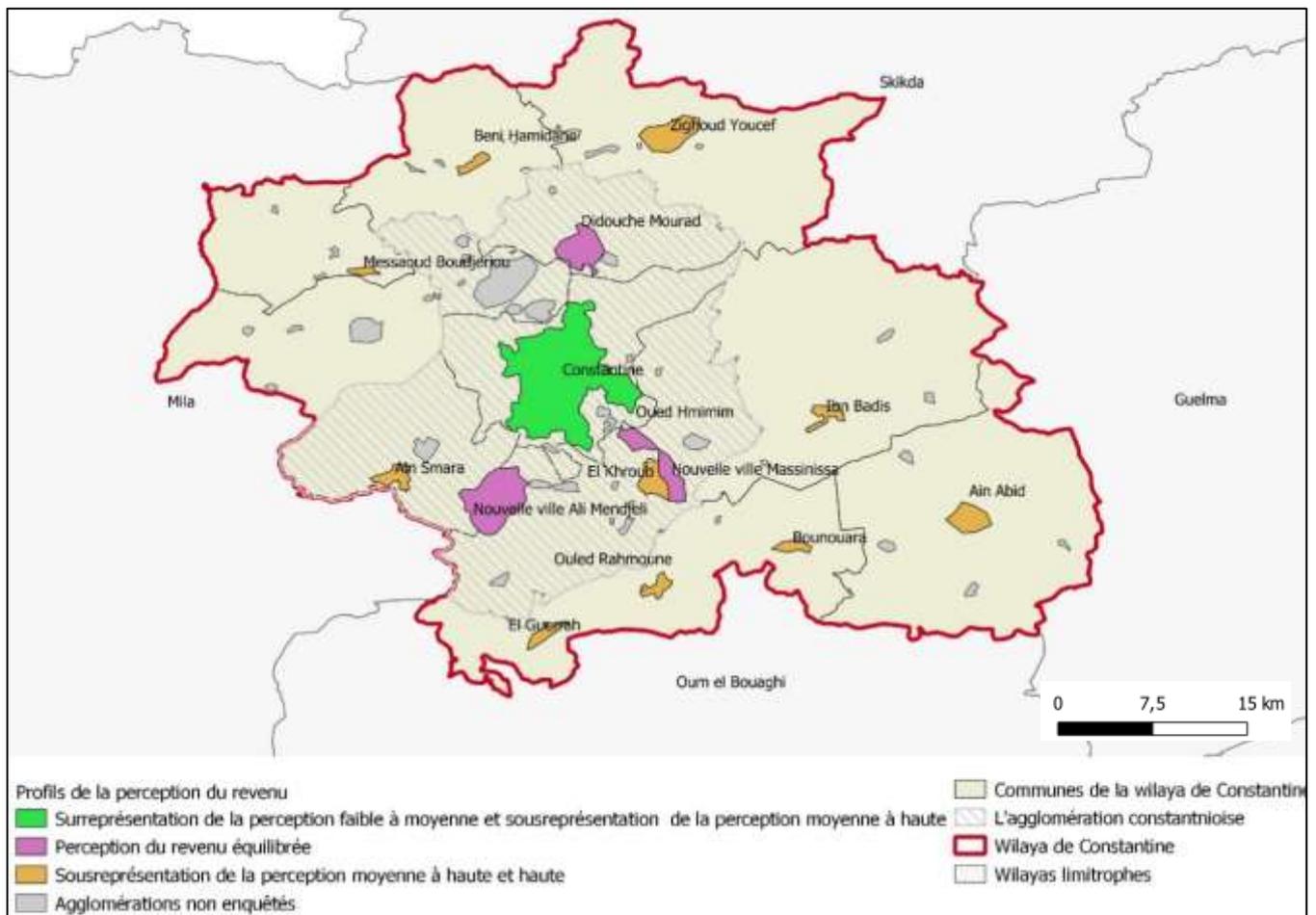
Selon la classification territoriale, la perception du niveau de revenu est différenciée. Les tests khi 2 de Pearson calculé et égal à 64,80 est supérieurs aux khi deux critique qui est de 24,99 pour une 5 % de risque de liberté et 0,001 de risque d'erreur. Ainsi, il existe une dépendance entre la perception du revenu et la classification territoriale. Cela nous permet de dire que les personnes perçoivent leur niveau de revenu de manière différenciée.

Les enquêtés de l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) présente une surreprésentation de la perception faible à moyenne et une sous-représentation de la perception moyenne haute. Les territoires périphériques de l'agglomération constantinoise présentent une surreprésentation de la perception haute, une sous-représentation de la perception moyenne à haute. Ces territoires comprennent El Khroub, Ain Abid, Zighoud Youcef, Ain Smara, Ibn Badis, Beni Hamidane, Messaoud Boudjeriou, Ouled Rahmoune, Bounouara et El Guerrah. Les territoires de l'agglomération constantinoise à savoir, Didouche Mourad. Les deux nouvelles villes et Oued Hmimim présentent un équilibre dans leur perception du niveau de revenu. Ainsi, la commune de Constantine continue à présenter des profils divers. Les communes de l'agglomération semblent plus aisées que les communes périphériques qui perçoivent leur revenu comme relativement faible (cf.

Carte III.8).

Carte III.8 : Perception du revenu dans la wilaya de Constantine

Enquête 2019, réalisée sous QGIS en 2023



Finalement, afin de résumer l'ensemble des indicateurs, nous avons procédé à une classification ascendante hiérarchique. Cinq variables ont été prises en considération. Les variables quantitatives représentent le sexe, les classes d'âge, le niveau d'instruction. La variable qualitative est représentée par la perception du niveau de revenu. La variable des catégories socioprofessionnelles n'a pas été retenue, car en partie redondante avec la variable du niveau d'instruction.

Le résultat a permis de dresser quatre profils (cf. Carte III.9).

1 : Ce profil comprend les agglomérations d'Ain Abid, Beni Hamidane, Constantine, Didouche Mourad, la nouvelle ville Ali Mendjeli, Ibn Badis, Oued Hmimim et Zighoud Youcef. On y retrouve une présence plus forte d'hommes, des 30 à 44 ans et des 60 à 74 ans. Le niveau d'instruction y est principalement moyen ou sans instruction. La perception du revenu y est moyenne et faible à moyenne.

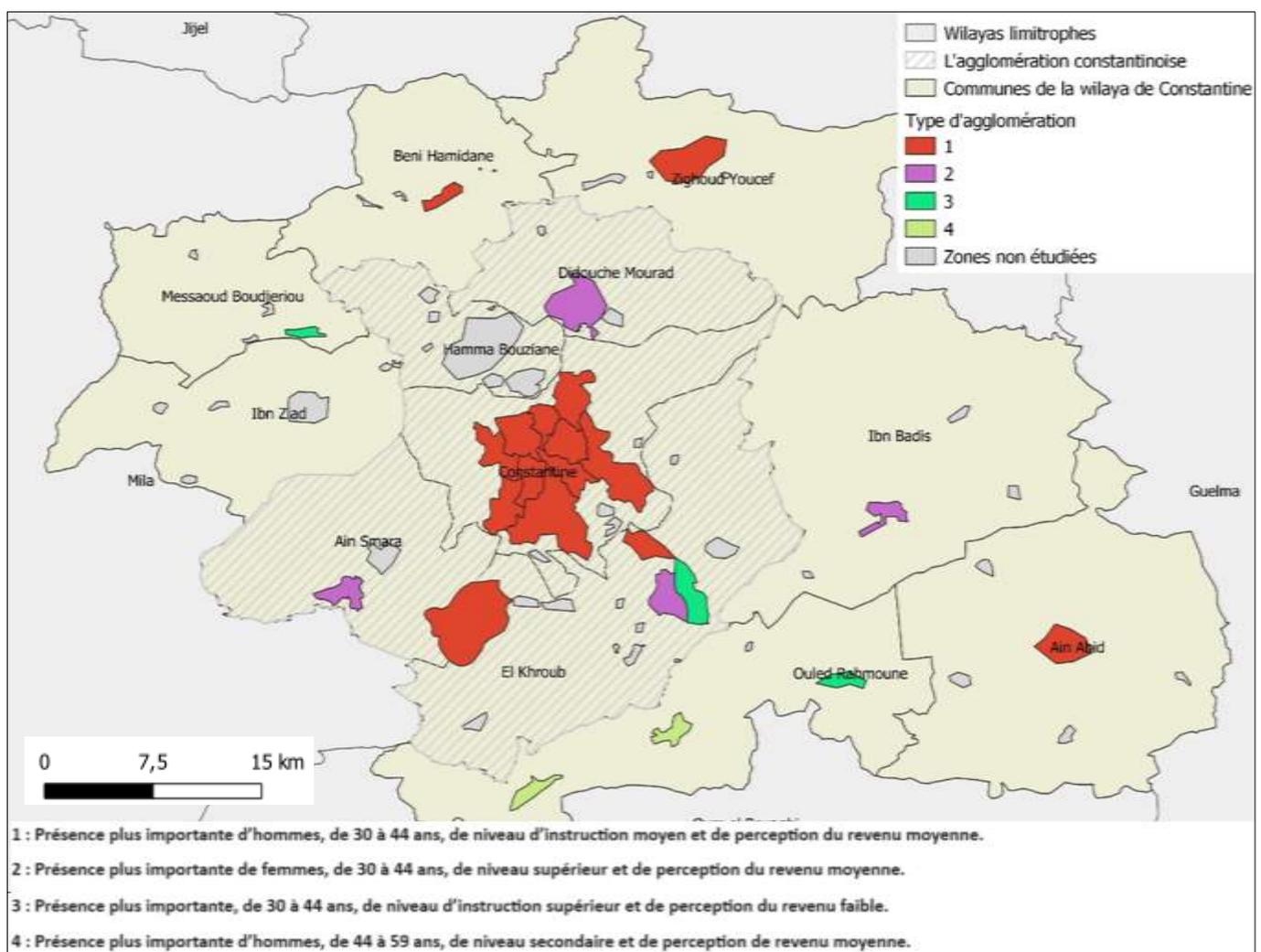
2 : Ce type de profils comprend les agglomérations d’Ain Smara, Didouche Mourad, El Khroub et Ibn Badis. On y retrouve cette fois-ci plus de femmes que d’hommes, des âges entre 30 à 44 ans et 45 à 59 ans. Le niveau d’instruction le plus présent est le niveau supérieur et la perception du revenu est moyenne et haute.

3 : Ce profil comprend les agglomérations de Bounouara, Messaoud Boujeriou et la nouvelle ville de Massinissa. Il est caractérisé par une présence de femmes, des classes d’âges de 30 à 44 ans, un niveau d’instruction supérieur et une perception de revenu faible.

4 : Ce profil comprend les agglomérations d’El Guerrah et d’Ouled Rahmoune on y retrouve plus d’hommes que de femmes, des classes d’âges de 44 à 59 ans et de 59 à 74 ans. Le niveau d’instruction secondaire et moyen est plus représenté et la perception du revenu est plutôt moyenne.

Carte III.9 : Agglomérations selon les caractéristiques des personnes enquêtées

Enquête 2019, réalisée sous QGIS en 2023



Conclusion

Ce troisième chapitre a rendu compte des éléments méthodologiques de notre recherche ainsi que des principales caractéristiques de nos répondants.

Dans ce chapitre, nous avons présenté notre dispositif de recherche pour rendre compte des pratiques de recours au système de soin et des représentations de ce même système par la population constantinoise. Nous rappelons que notre principal objectif était de tester l'hypothèse selon laquelle il y avait des recours aux soins et des perceptions différentes du système de soin en fonction des territoires.

Plusieurs temps ont donc marqué notre recherche. Le premier a été consacré à la collecte d'informations et d'entretiens auprès des différents acteurs. Il en a résulté la mise en place d'un inventaire des données urbaines, socioéconomiques et sanitaires. À cela se sont ajoutés des observations de terrains et des entretiens avec différents acteurs locaux. Cela a permis la collecte des différentes références comme l'enquête MICS, la rencontre avec plusieurs acteurs comme le Pr Bouledrouaa. Cette phase a permis, par ailleurs, de poser les bases de notre future enquête.

Cette dernière a été orientée de manière à combiner questionnaires et entretiens semi-directifs et des observations de terrain. Ainsi, le deuxième temps de notre recherche a permis de tester notre questionnaire d'enquête. Le but était d'identifier les lieux les plus affluents et les plus fédérateurs et de cerner la meilleure manière d'appréhender les personnes. Enfin, cela nous a permis d'investir les structures de soins qui nécessitent des démarches administratives auprès de la direction de la santé.

Le troisième et dernier temps s'est consacré à l'application du dispositif d'enquête définitif par questionnaire et des entretiens avec les populations. Le questionnaire a permis de collecter 863 réponses. 41 % des questionnaires ont été réalisés dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), 11 % dans les agglomérations chefs-lieux de daïra (ACL D), 20,5 % dans les agglomérations chefs-lieux de commune (ACL C) et 28 % dans les agglomérations secondaires (AS).

L'analyse des résultats montre que les territoires de Constantine, la nouvelle ville d'Ali Mendjeli, EBni Hamidane, Zighoud Youcef, Oued Hmimim et Ain Abid présentent des

caractéristiques semblables. Ainsi comprend une surreprésentation d'hommes de 30 à 44 ans avec un niveau d'instruction moyen et une perception de revenu moyenne.

Les territoires d'Ain Smara, Didouche Mourad, El Khroub, et Ibn Badis comprennent les mêmes caractéristiques. On y retrouve plus de femmes que d'hommes, de 30 à 44 ans, d'un niveau d'instruction supérieur et d'une perception de revenu moyenne.

Les territoires de Bounouara, Messaoud Boujeriou et la nouvelle ville de Massinissa présentent plus de femmes, de 30 à 44 ans, de niveau d'instruction supérieur et une perception de revenu faible.

Enfin les territoires d'El Guerrah et d'Ouled Rahmoune présentent plus d'hommes de 44 à 59 ans avec un niveau d'instruction moyen et une perception de revenu moyenne.

Les inégalités socioéconomiques de nos répondants permettent de dresser une vision sur notre territoire. Elle permettra de mieux cerner les pratiques de recours aux soins publics et privés. Elle permettra, par ailleurs, de mieux cerner les représentations des populations vis-à-vis des systèmes de soins.

Finalement, il sera intéressant dans un prochain temps de visualiser les résultats de recours aux soins sur territoire de la wilaya de Constantine à travers notre enquête par questionnaire.

Chapitre IV : Pratiques et représentations lors du recours aux soins publics

À travers la théorie du noyau central, nous pouvons appréhender les pratiques des populations. Nous pouvons ainsi mieux appréhender les différentes trajectoires de soins. Finalement, elle permet de formaliser l'expérience de soins qui rendra compte des parcours réalisés. Dans ce chapitre, nous établirons un panorama des trajectoires de la population constantinoise lors du recours au secteur de soins public. Étudier le recours au secteur public permet de détecter si la population s'y rapporte en cas d'épisode morbide, et ce au regard de son poids dans le système de soins algérien. Il s'agit, par ailleurs, d'identifier les différentes stratégies de recours aux soins publics et soulever les éventuelles différenciations entre les établissements de santé publics.

Nous mettrons donc en évidence les parcours des populations lors d'un besoin de soins ? Ce parcours est-il partagé par l'ensemble de la population ? Existe-t-il des populations plus que d'autres qui ont recours à certains parcours ? Le parcours est-il le même selon que l'on appartient à un territoire ou un autre ? Si les répondants sont issus de certains territoires, doivent-ils déployer des moyens et des mécanismes additionnels ? Dit autrement : existe-t-il des stratégies de recours différentes ? Les enquêtés ont-ils recours aux mêmes établissements de santé publics ? Y a-t-il un recours plus prononcé à un type de structure de soins publique dans certains territoires ? Les stratégies sont-elles différentes, selon que l'on est au centre ou en périphérie de la ville ? Comment les répondants perçoivent-ils cette offre de soins ? Cette perception est-elle partagée de la même manière sur l'ensemble du territoire ? Pourrait-il y avoir des facteurs qui réorienteront leurs trajectoires ou qui les pousseront à renoncer aux soins ? Cela se constaterait indépendamment du territoire ? Quel rôle jouent les décisionnaires politiques et locaux dans les dynamiques de recours aux soins ? Quelles conclusions peut-on tirer de ses différentes trajectoires de soins ou de perceptions du secteur de soins public ?

Dans un premier temps, nous dresserons les différentes caractéristiques de l'état de santé des répondants. Nous aborderons à la fois leur perception de leur état de santé, de leurs dépenses de santé et de leur affiliation à la sécurité sociale. Cela permettra de révéler l'existence ou pas d'inégalités qui pourraient influencer le recours aux soins public ou privé. Un deuxième temps

sera consacré aux caractéristiques du recours aux soins public, l'idée qu'en a la population répondante constantinoise et sa trajectoire de recours. Nous terminerons par un éclairage des dynamiques structurelles et les jeux d'acteurs des structures de soins au sein de la wilaya de Constantine.

A. Un état de santé moyen et des dépenses hautes

L'objectif de l'analyse de la perception qu'a la population répondante constantinoise de son état de santé est d'établir un constat de la perception dominante. Elle permet de connaître si la vision est partagée par les différentes populations. Il s'agit de savoir si la perception est différente, selon que l'on soit un homme ou une femme, selon qu'on ait un niveau d'instruction particulier, ou selon que l'on appartienne à une catégorie socioprofessionnelle ou à une autre. Nous cherchons également à vérifier si la perception de l'état de santé est partagée par la population sur l'ensemble du territoire. Est-ce que la perception est différente, selon que l'on appartient à une commune ou à une agglomération en particulier ? Existe-t-il des différenciations territoriales à l'échelle communale ou à l'échelle des agglomérations ? Ces constats permettraient-ils de dresser les différentes tendances présentes dans la wilaya ? Y a-t-il des perceptions différenciées de l'état de santé ? Ces perceptions sont-elles susceptibles d'impacter les pratiques et les trajectoires de soins des répondants ? Y aurait-il un recours différencié, selon les différentes perceptions de l'état de santé ?

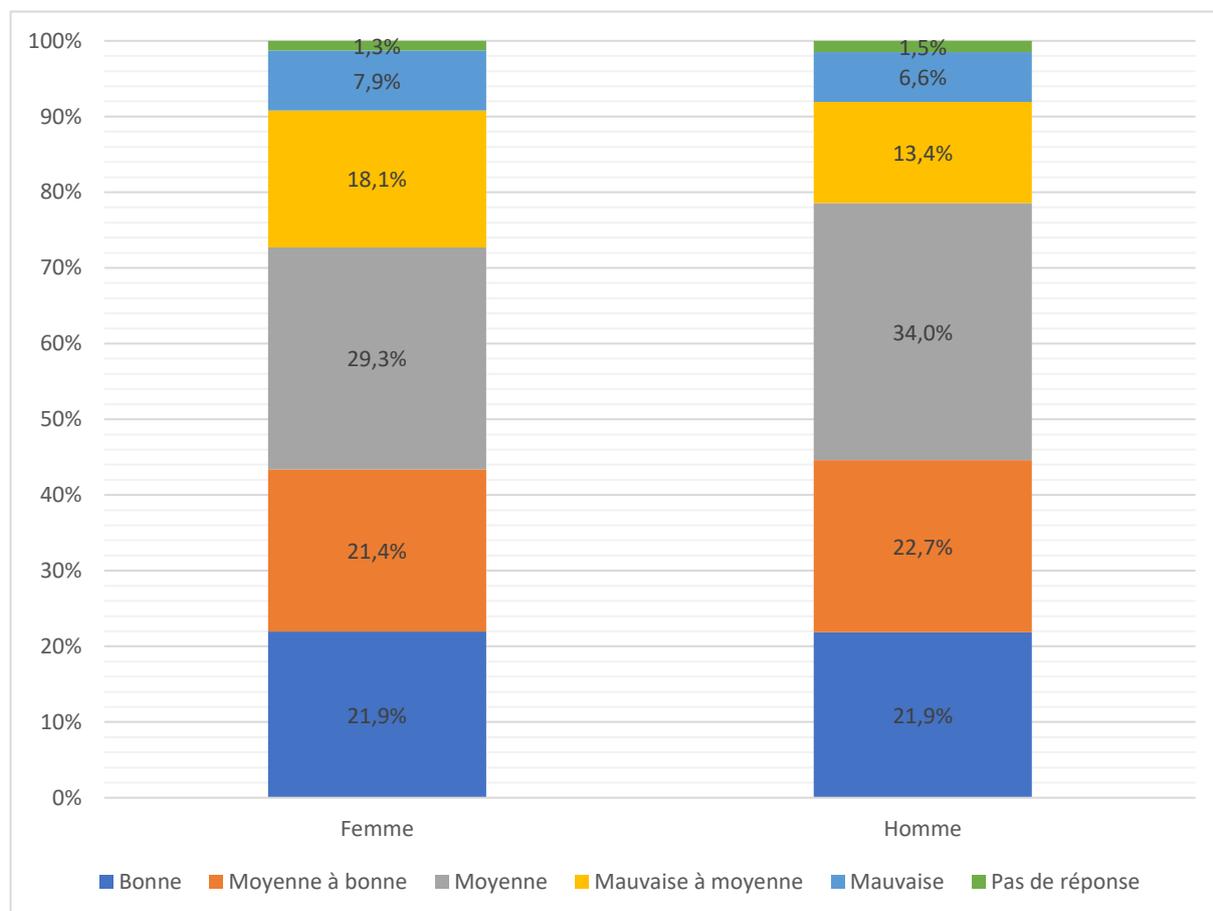
1. Un état de santé jugé mauvais en périphérie de l'agglomération constantinoise

Nous avons posé la question aux enquêtés : « *Comment percevez-vous votre état de santé ?* » Nous avons classé les réponses en cinq catégories : Mauvais, Mauvais à moyen, moyen, moyen à bon, bon.

Les résultats montrent que seul 1,4 % des enquêtés ne répondent pas à la question, soit 12 personnes. L'analyse des réponses montre qu'un état de santé moyen est le plus perçu. Ainsi, les répondants admettent un état de santé moyen à 31,9 %, tandis que 22,1 % le perçoivent comme moyen à bon et 15,5 % comme mauvais à moyen. Cette vision est partagée selon que l'on soit un homme ou une femme (cf. Graphique IV.1).

Graphique IV.1 : Perception de l'état de santé selon le sexe

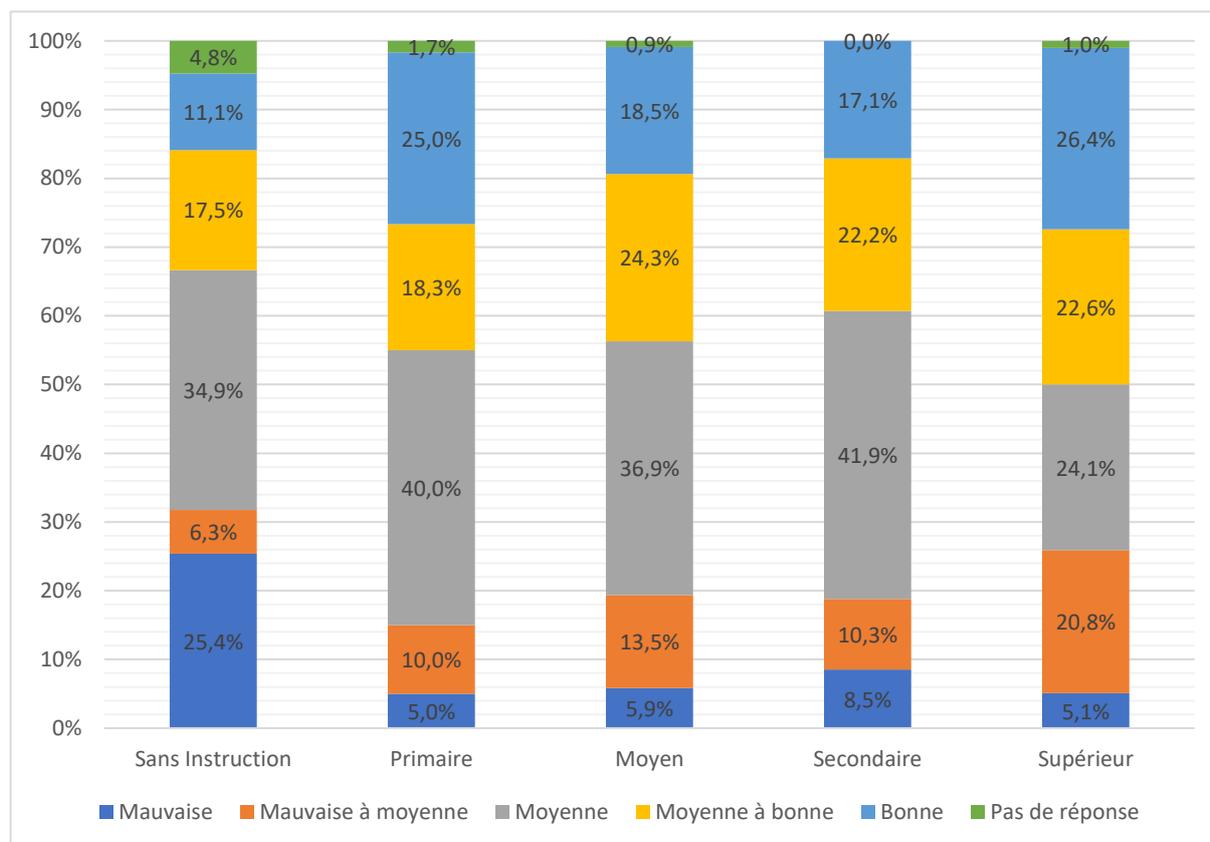
Résultats de l'enquête 2019, réalisation 2020



De plus, une relation existe entre la perception de l'état de santé et le niveau d'instruction. Sur l'ensemble des répondants sans instruction, 34,9 % perçoivent leur état de santé comme moyen, 25,4 % comme mauvais, 17,5 % comme bon à moyen, 11,1 % comme bon et 6,3 % comme mauvais à moyen. Les mêmes tendances sont observées pour les répondants ayant un niveau d'instruction moyen. Sur l'ensemble des répondants ayant un niveau d'instruction primaire, 40,0 % perçoivent leur état de santé comme moyen, 25,0 % comme bon, 18,3 % comme moyen à bon, 10,2 % mauvais à moyen et 5,1 % comme mauvais. Cette tendance est aussi observée au sein des répondants ayant un niveau secondaire. Enfin, sur l'ensemble des répondants ayant un niveau supérieur, les parts restent relativement équitables. 26,7 % perçoivent leur état de santé comme bon, 24,4 % comme moyen, 22,8 % comme moyen à bon, 21 % comme mauvais à moyen et 5,1 % comme mauvais (cf. Graphique IV.2).

Graphique IV.2: Perception de l'état de santé selon le niveau d'instruction

Résultats de l'enquête 2019, réalisation 2020



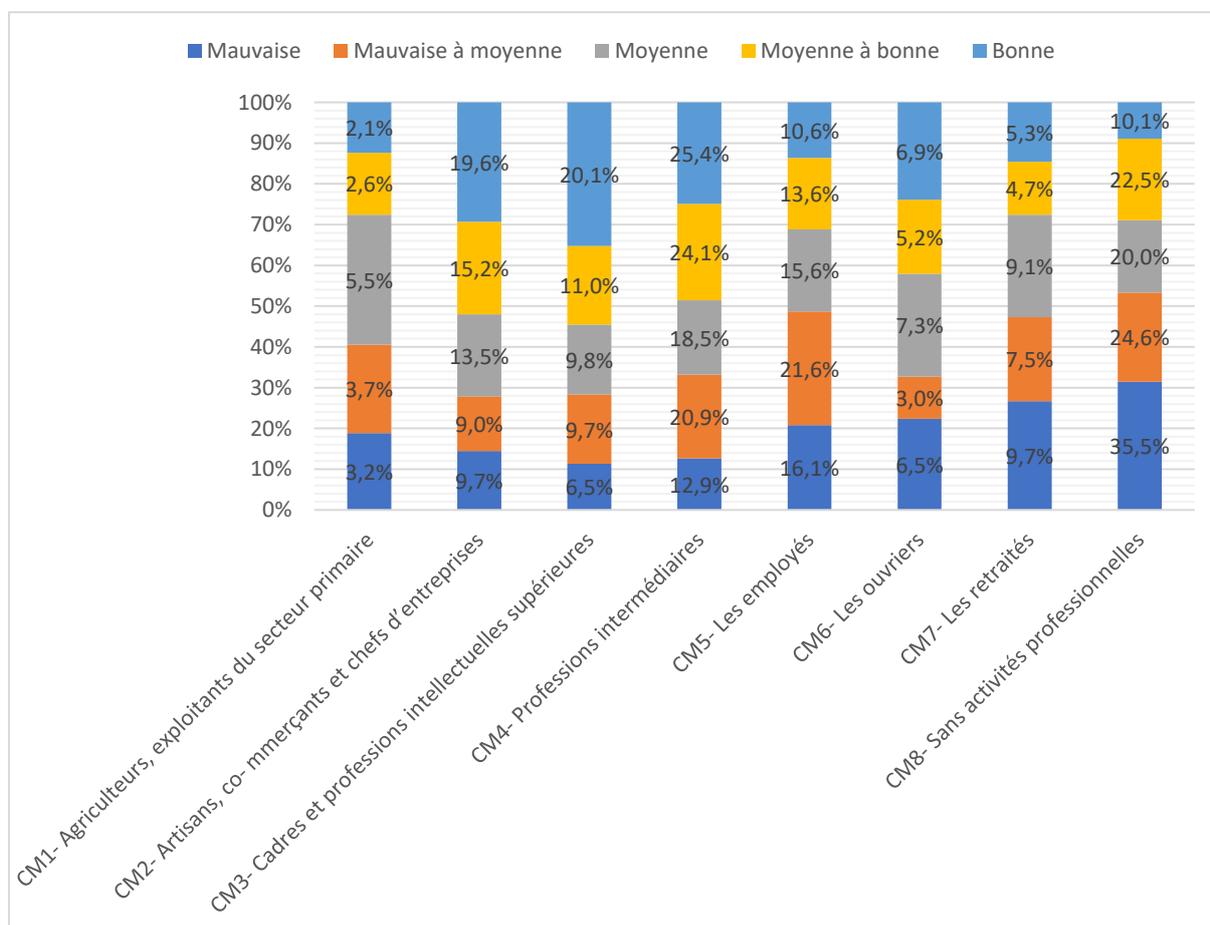
Est ainsi mise en évidence une sous-représentation des perceptions moyennes et moyennes à bonnes parmi les répondants se déclarant sans instruction. Les répondants ayant un niveau d'instruction primaire renvoient à une surreprésentation de la perception moyenne de leur état de santé et une sous-représentation de la perception moyenne à bonne de ce même état de santé. Le niveau d'instruction secondaire renvoie à une surreprésentation des perception moyenne et moyenne à bonne de l'état de santé. Enfin, le niveau d'instruction supérieur des répondants est caractérisé par une sous-représentation de la perception moyenne et une surreprésentation de la perception moyenne à bonne. Tout ceci montre que plus le niveau d'instruction est élevé plus la perception est bonne. Les répondants sans instruction perçoivent donc plus leur état de santé comme mauvais tandis que les répondants ayant un niveau d'instruction moyen perçoivent leur état de santé comme moyen. Enfin, les répondants ayant un niveau d'instruction supérieur perçoivent leur état de santé comme bon.

De la même manière, le rapport entre les catégories socioprofessionnelles et la perception de l'état de santé montre que l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle

implique une perception de l'état de santé différente (cf. Graphique IV.3). Ainsi, sur l'ensemble d'agriculteurs, exploitants du secteur primaire (CM1), 46,9 % perçoivent leur état de santé comme moyen tandis que 15,6 % des répondants perçoivent leur état de santé comme mauvais à moyen et moyen à bon. 12,5 % perçoivent leur état de santé comme bon et 6,3 % comme mauvais. Cette tendance, avec une légère différence, peut se lire dans la catégorie des retraités (CM7) et des employés (CM5). Sur l'ensemble des cadres et professions intellectuelles supérieures (CM3), 36,9 % perçoivent leur état de santé comme bon, 26,2 % comme moyen, 20,4 % comme bon à moyen, 12,6 % comme moyen à mauvais et 3,9 % comme mauvais. Cette observation se lit aussi pour la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2) et des professions intermédiaires (CM4). Sur l'ensemble des employés (CM5), 33,6 % perçoivent leur état de santé comme moyen, 25,5 % comme bon, 22,7 % comme moyen à mauvais, 19,6 % comme moyen à bon et 7,8 % comme mauvais. Cette observation se retrouve aussi chez les sans activités professionnelles (CM8).

Graphique IV.3: Perception de l'état de santé selon les catégories socioprofessionnelles

Résultats de l'enquête 2019, réalisation 2020

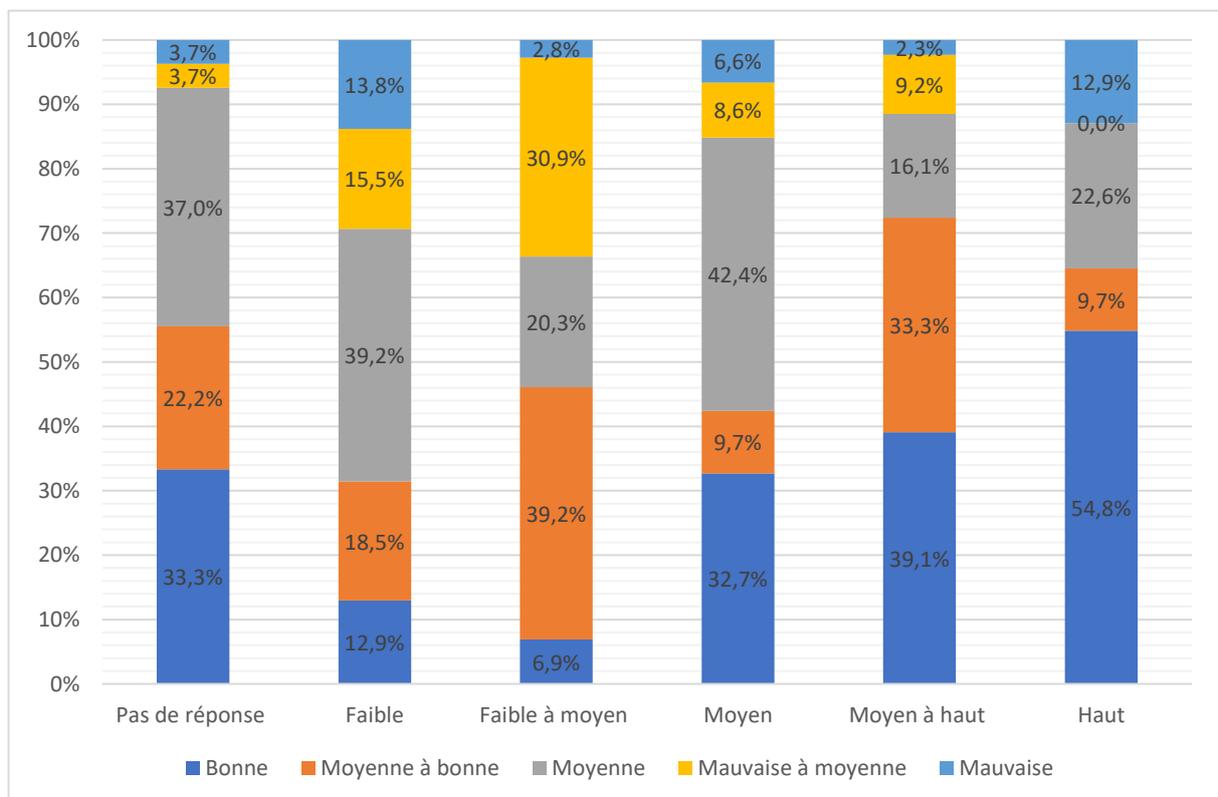


Ainsi, les perceptions mauvaise et mauvaise à moyenne sont sous-représentées et la perception bonne est surreprésentée chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprises (CM2) et les professions intermédiaires (CM4). Inversement, la perception mauvaise et mauvaise à moyenne est surreprésentée chez les sans activités professionnelles tandis que la perception bonne est sous-représentée. Il apparaît que les catégories socioprofessionnelles, à l'image du niveau d'instruction, présentent une perception d'état de santé différenciée. Les catégories les plus précaires semblent percevoir leur état de santé comme mauvais tandis que les profils plus aisés présentent une bonne perception de leurs états de santé.

Cela se retrouve dans la dépendance entre la perception du niveau de revenu et la perception de l'état de santé (cf. Graphique IV.4). Les enquêtés percevant leur état de santé comme faible à moyenne, moyenne à bonne et bonne ont plus tendance à percevoir leur revenu comme faible à moyen.

Graphique IV.4: Perception de l'état de santé selon les perceptions du niveau de revenu

Résultats de l'enquête 2019, réalisation 2020

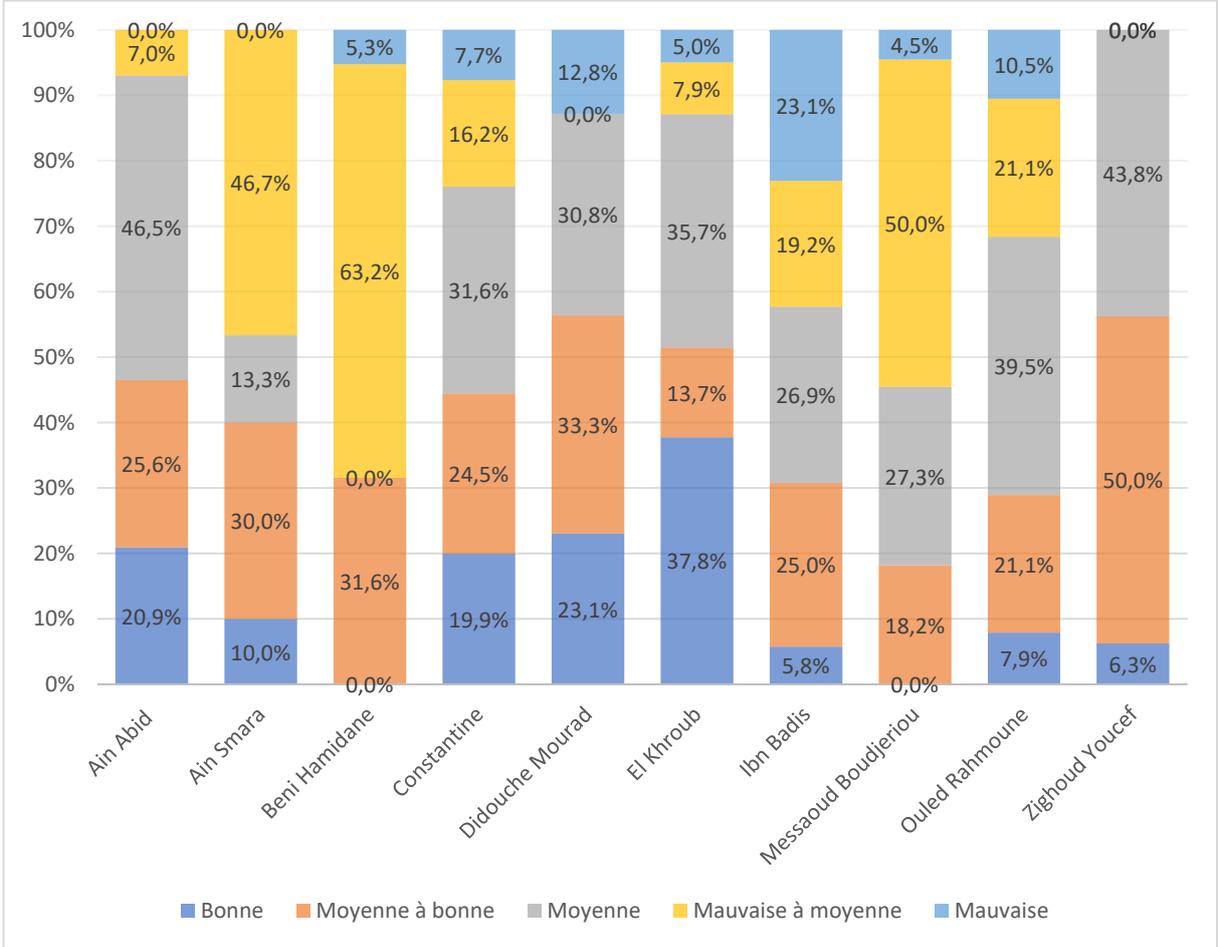


À l'échelle des communes, nous remarquons que l'état de santé est jugé mauvais et mauvais à moyen. Sur l'ensemble des répondants de la commune de Beni Hamidane, 63,2 % perçoivent leur état de santé comme moyen à bon. Cela est aussi remarqué dans la commune

de Messaoud Boudjeriou où 50 % des répondants perçoivent leur état de santé comme moyen et dans la commune d’Ain Smara où 46,7 % des répondants perçoivent leur état de santé comme moyen à bon. Sur l’ensemble des répondants de la commune de Zighoud Youcef, 50 % perçoivent leur revenu comme moyen à bon et 43,8 % comme moyen. Cette tendance est aussi observée dans la commune de Didouche Mourad où 33,3 % des répondants perçoivent leur état de santé comme moyen à bon. Sur l’ensemble des répondants de la commune d’Ain Abid, 46,5 % perçoivent leur état de santé comme moyen, 25,6 % comme moyen à bon, 20,9 % comme bon et 7 % comme moyen à mauvais. Cela est observé dans d’autres communes comme la commune de Constantine, Ibn Badis et Ouled Rahmoune. La commune d’El Khroub présente un profil de répondants qui perçoivent leur état de santé d’abord comme bon. Sur l’ensemble des répondants, 37,8 % le perçoivent comme bon, 35,7 % comme moyen, 13,7 % comme moyen à bon, 7,9 % comme moyen à mauvais et 5 % comme mauvais (cf. Graphique IV.5).

Graphique IV.5: Perception de l’état de santé dans les différentes communes enquêtées

Résultats de l’enquête 2019, réalisation 2020



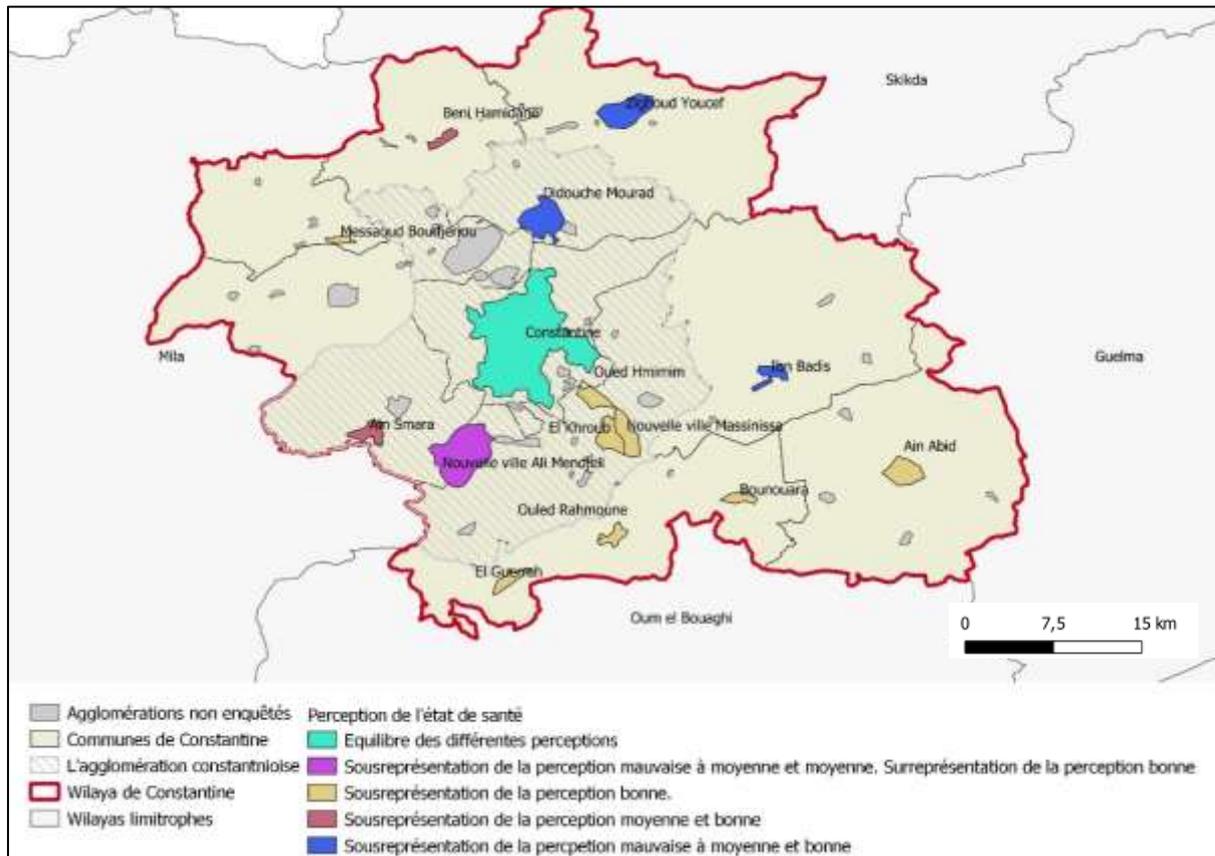
À l'échelle des agglomérations, des relations émergent entre la perception de l'état de santé et les territoires des répondants.

Ainsi, le territoire de Constantine présente une perception de santé équilibrée. La nouvelle ville, Ali Mendjeli, présente une surreprésentation de la perception bonne et une sous-représentation de la perception mauvaise à moyenne. Les territoires de Zighoud Youcef, Didouche Mourad et Ibn Badis présentent une sous-représentation de la perception bonne et une sous-représentation de la perception moyenne. Les territoires d'Ain Smara et de Beni Hamidane présente une sous-représentation de la perception de santé bonne, une surreprésentation de la perception mauvaise à moyenne. Les territoires d'Ain Abid, Oued Hmami, El Khroub, la nouvelle ville de Massinissa, Messaoud Boudjeriou, El Guerrah, Bounouara et Ouled Rahoumne présentent une sous-représentation de la perception de santé bonne, mais aussi de la perception mauvaise à moyenne.

Ainsi, la perception de l'état de santé général est estimée comme moyen dans la wilaya. Toutefois, les répondants des communes situées au nord ont plus tendance à percevoir leur état de santé comme mauvais tandis que ceux de la ville de Constantine et des territoires sud ont plus tendance à percevoir leur état de santé comme bon (cf. Carte IV.1).

Carte IV.1: Profils des perceptions de l'état de santé présentes dans les agglomérations

Enquête 2019, réalisée sous QGIS en 2023



Ces premières analyses sur l'état de santé ressenti des répondants peuvent être une première façon d'interroger les manières de recourir aux soins. Elle permet de supposer que les répondants de certains territoires peuvent être susceptibles de plus recourir aux soins. Il sera donc intéressant de savoir la manière dont les répondants perçoivent les dépenses de soins et ont recours aux soins. Car, lors de notre enquête, les répondants déclarent à 62 % avoir recours aux soins de manière occasionnelle, à 18 % avoir recours aux soins tous les 3 mois et 6 % avoir recours aux soins tous les 6 mois. Les délais des rendez-vous chez un professionnel de santé sont dans 75 % des cas le jour même, dans 2 % des cas dans un délai de 15 jours et dans 1 % des cas dans les 3 mois⁵⁰.

2. Des dépenses de santé haute malgré une forte affiliation à la sécurité sociale

Il s'agit ici de connaître l'impact des dépenses liées à la santé dans le choix de parcours de

⁵⁰ 22 % des répondants ne répondent pas à cette question.

soins des répondants. Autrement, dit, il s'agit de savoir si la perception des dépenses de santé est homogène pour les répondants ou s'il y a des différenciations en fonction du sexe, des catégories socioprofessionnelles ou du niveau d'instruction. Au regard de la perception du revenu précédemment étudié, y a-t-il une relation entre revenu perçu et dépenses liées à la santé ? D'un autre côté, il est intéressant de relever s'il existe des différenciations territoriales de ces dépenses de santé. Cela permettrait de voir si les dépenses sont importantes dans un territoire et pas un autre et selon que l'on appartient à une commune ou à une autre.

À la question : « Comment percevez-vous les dépenses de santé ? », nous avons classé les réponses en cinq catégories : faible, moyenne à faible, moyenne, moyenne à haute et haute.

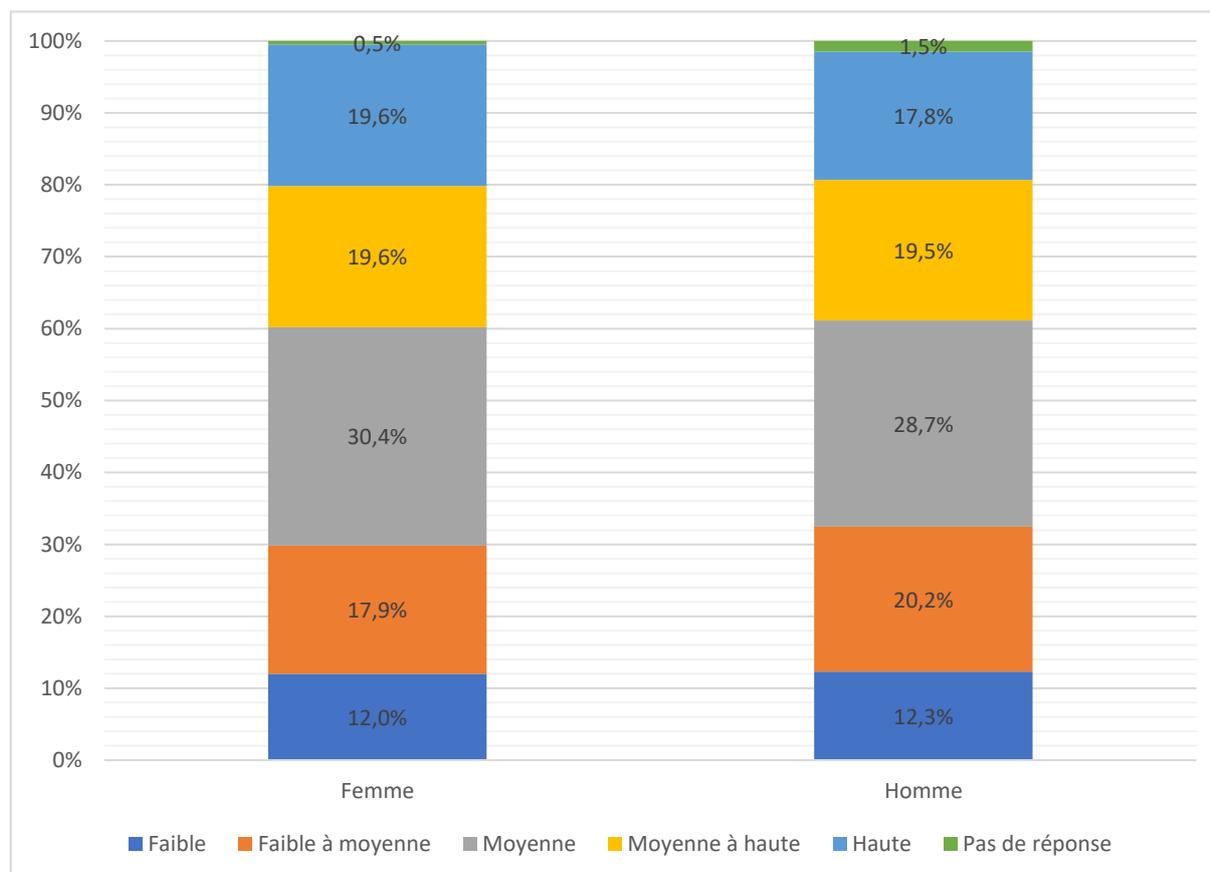
L'analyse montre que la perception des dépenses de santé penche vers une perception moyenne (cf.

Graphique IV.6).

En effet, la perception moyenne représente 29,4 % suivi avec la perception moyenne à haute et faible avec respectivement 19,6 % et 19,1 %. La perception haute représente 18,7 % tandis que la perception faible représente 12,2 %. Il est à noter que 1 % des enquêtés ne répondent pas à la question. Cette tendance est partagée, quel que soit le sexe. À titre d'exemple, sur l'ensemble des hommes, 28,7 % perçoivent leurs dépenses comme moyenne, 20,2 % comme faible à moyenne, 19,6 % comme moyenne à haute, 18,7 % comme haute et 12,2 % comme faible.

Graphique IV.6: Perception des dépenses de santé selon le sexe

Enquête 2019, réalisation 2020



Les différentes classes d'âge perçoivent majoritairement leurs dépenses de santé de la même manière. Sur l'ensemble de la classe de 30 à 44 ans, 30,6 % perçoivent leurs dépenses de santé comme moyennes, 21 % comme moyennes à hautes, 18,6 % comme hautes, 18,1 % comme faibles à moyennes et 11,7 % comme faibles. Cette tendance est légèrement semblable pour la classe de 44 à 59 ans. La classe de 60 à 74 ans perçoit à 40,2 % leurs dépenses de santé comme moyennes, 17,1 % comme faibles, 15,9 % comme hautes, 14,6 % comme faibles à moyennes et 12,2 % comme moyennes à hautes (Annexe 20).

Cette perception relativement haute des dépenses de santé est observée aussi quand on retient le niveau d'instruction. Les répondants sans instruction et ayant un niveau d'instruction primaire et moyen partagent la perception des dépenses de santé. À titre d'exemple, sur l'ensemble des répondants ayant un niveau d'instruction moyen, 32,9 % perçoivent leurs dépenses comme moyennes, 18,9 % comme hautes, 18,5 % comme faibles à moyennes, 17,1 % comme moyennes à hautes et 12,6 % comme faibles.

Finalement, le niveau de revenu perçu comme supérieur est caractérisé par une surreprésentation de la perception faible à moyenne des dépenses de santé et une sous-représentation de dépenses de santé moyennes. Ainsi, la perception des dépenses de santé reste partagée entre les répondants aux niveaux d'instruction supérieurs qui ont plus tendance à percevoir ces dépenses comme faibles et les répondants dont les niveaux d'instruction sont secondaires et qui perçoivent leurs dépenses de santé comme hautes. Cela conduit à supposer que différents mécanismes peuvent être déclenchés lors d'un recours aux soins. Cela suppose des recours différents aux structures de soins (cf. Graphique IV.7).

Au regard de l'état de santé moyen de la population et des dépenses relativement hautes, il est intéressant de s'attarder sur l'affiliation à la sécurité sociale des répondants. Il s'agit, en effet, de voir si l'affiliation à la sécurité sociale permet-elle de résorber les frais liés à la santé, influence-t-elle la façon dont les enquêtés répondant à un épisode morbide. Cela impacte-t-il le recours aux soins, conduit-il un recours vers un secteur au détriment d'un autre.

L'analyse à l'affiliation sociale permettrait de rendre compte de la couverture en matière de santé de nos enquêtés. Elle permettrait par la même occasion de rendre compte si cela avait un impact lors de leurs recours aux soins. Y aurait-il des parcours différenciés selon l'affiliation ou non à la sécurité sociale ? Autrement dit, est-ce que cela passerait-il dans le budget des enquêtés et aurait-il un impact sur leur recours aux soins ?

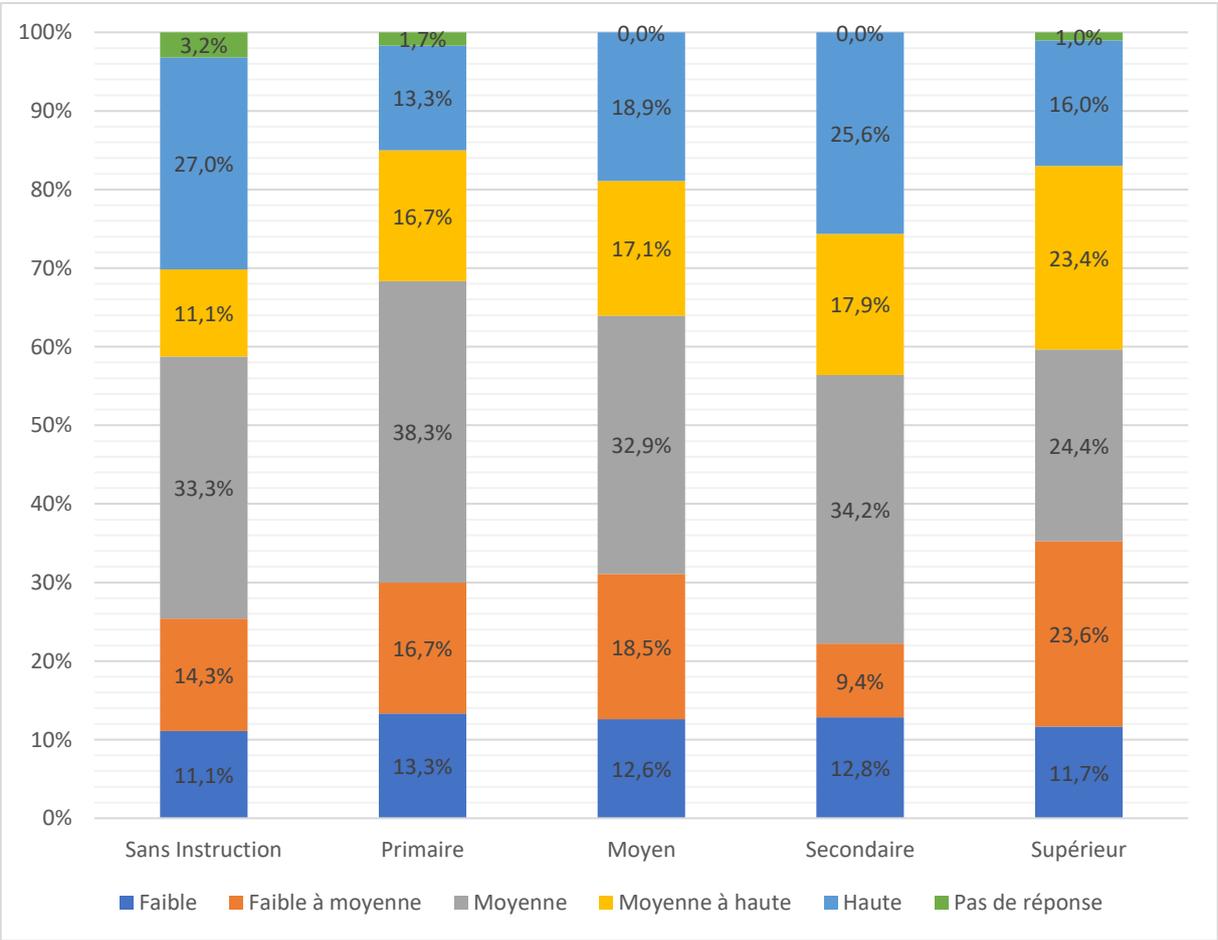
L'analyse par le biais de cet indicateur montre que nos enquêtés affirment à 73,3 % être affiliés à la sécurité sociale contre 24,9 %. Lors de nos entretiens, nous avons compris que l'affiliation est souvent installée à travers la retraite, la chronicité de la pathologie ou l'emploi du conjoint. Aussi, le fait qu'un quart de la population n'est pas pris en charge par la sécurité sociale suppose un rapport, une trajectoire et une idée différente des systèmes de soins existants.

Sur l'ensemble des affiliés à la sécurité sociale, 35,7 % sont issues de la ville de Constantine (ACL W), 32,2 % dans les agglomérations secondaires (AS), 21 % dans les agglomérations chefs-lieux de Commune (ACL C) et 11,1 % dans les agglomérations chefs-lieux de daïras (ACL D). De plus, 48,8 % sont des femmes et 51,2 % sont des hommes (Annexe 21). Cette situation peut s'expliquer par la précarité et la catégorie socioprofessionnelle des hommes et des femmes. On retrouve une surreprésentation des femmes dans la commune de Didouche

Mourad et d'hommes dans la nouvelle ville d'Ali Mendjeli et Oued Hmimim. On retrouve au contraire une sous-représentation d'hommes dans les communes de Constantine et Ibn Badis. Sur l'ensemble des affiliés, 25,6 % sont des professions intermédiaires (CM4), 17,4 % des employés (CM5), 15,6 % des cadres et professions intellectuelles supérieures (CM3). L'analyse statistique montre une surreprésentation des agriculteurs, exploitants du secteur primaire (CM1) dans les communes d'Ain Abid et de Zighoud Youcef. Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2) sont surreprésentés dans la commune d'Ain Abid et sous-représentés en affiliés dans la commune d'Ibn Badis. Les professions intermédiaires (CM4) sont moins représentées dans les communes de Constantine, d'Ain Abid et surreprésentées dans les communes de Messaoud Boudjeriou et la nouvelle ville de Massinissa. Ces affiliés perçoivent leur revenu comme moyen à 33,3 %, faibles à 23,1 % et faible à moyen à 23,5 %.

Graphique IV.7: Perception des dépenses de santé selon le niveau d'instruction

Enquête 2019, réalisation 2020

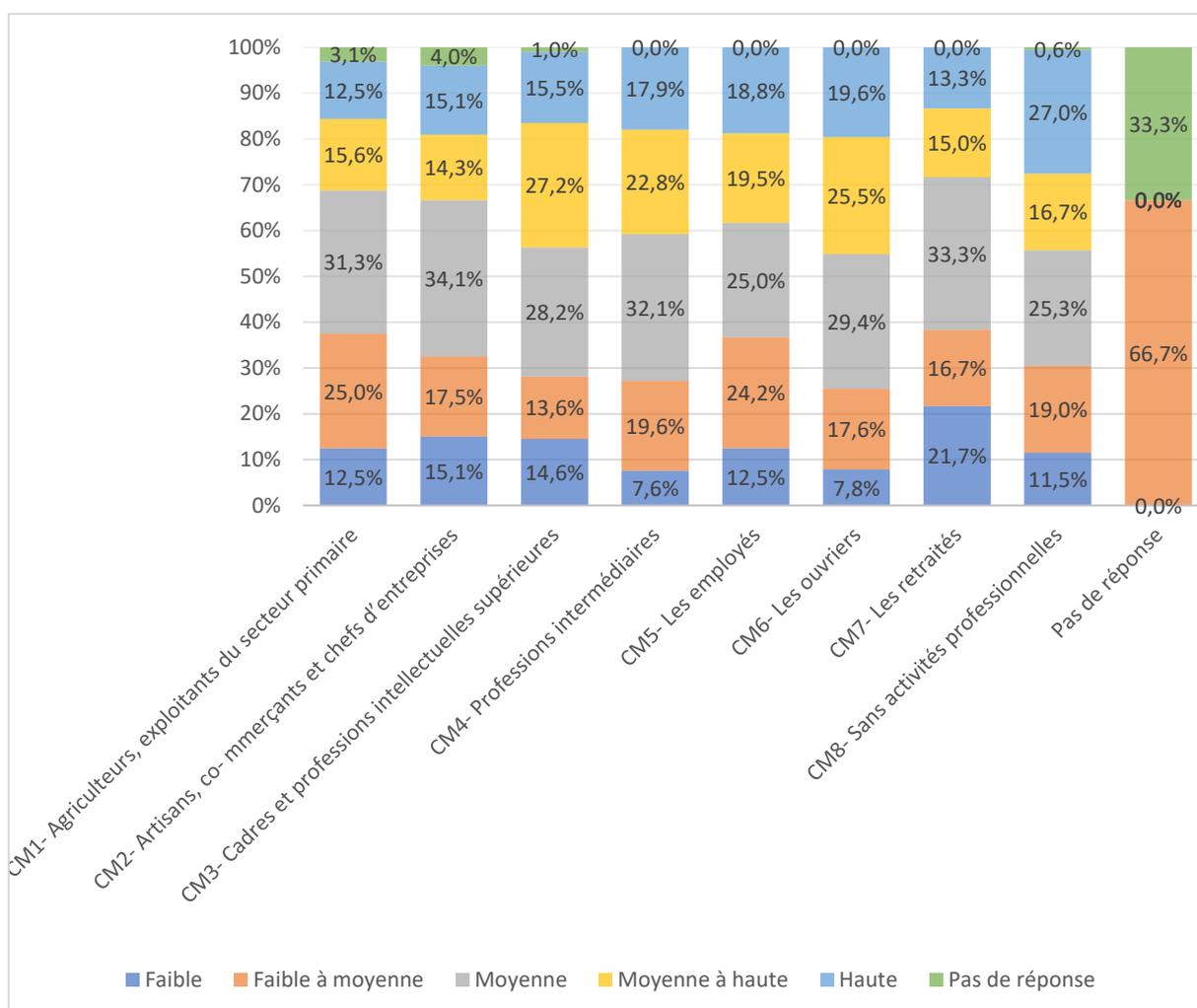


L'analyse qui croise les catégories socioprofessionnelles et les dépenses de santé perçues montre que ces dépenses sont majoritairement perçues comme moyennes. Pour l'ensemble des répondants cadres et professions intellectuelles supérieures (CM3), 28,2 % perçoivent leurs dépenses de santé comme moyennes, 27,2 % comme moyennes à hautes, 15,1 % comme hautes, 14,3 % comme faibles et 13,6 % comme faibles à moyennes. Cette tendance est aussi observée parmi les répondants déclarant faire partie des professions intermédiaires (CM4) et des ouvriers (CM6). Sur l'ensemble des agriculteurs, exploitants du secteur primaire (CM1), 31,3 % perçoivent leurs dépenses comme moyennes, 25,0 % comme faibles à moyennes, 16,1 % comme moyennes à hautes, 12,9 % comme hautes et 12,9 % comme faibles. Cela peut se lire aussi pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2) et employés (CM5).

Sur l'ensemble des retraités (CM7), 33,3 % perçoivent leurs dépenses comme moyennes, 21,7 % comme faibles, 16,7 % comme faible à moyennes, 15 % comme moyennes à hautes et 13,3 % comme hautes. Sur l'ensemble des répondants se déclarant sans activité professionnelle (CM8), 27,2 % perçoivent leurs dépenses comme hautes à 27,2 %, moyennes à 25,4 %, faibles à moyennes à 19,1 %, faibles à hautes à 16,8 % et faibles à 11,6 %. Ainsi, les retraités (CM7) ont plus tendance à perçoivent leurs dépenses comme faibles. Cela suppose que les dépenses sont absorbées par les mécanismes de remboursements comme la sécurité sociale ou la mutuelle. Au contraire, les sans activités professionnelles (CM8) ressentent plus les dépenses de santé. Cela suppose que les dépenses peuvent influencer les pratiques et le recours aux soins de certaines populations (cf. Graphique IV.8).

Graphique IV.8: Perception des dépenses de santé selon les différentes catégories socioprofessionnelles

Résultats de l'enquête 2019, réalisation 2020



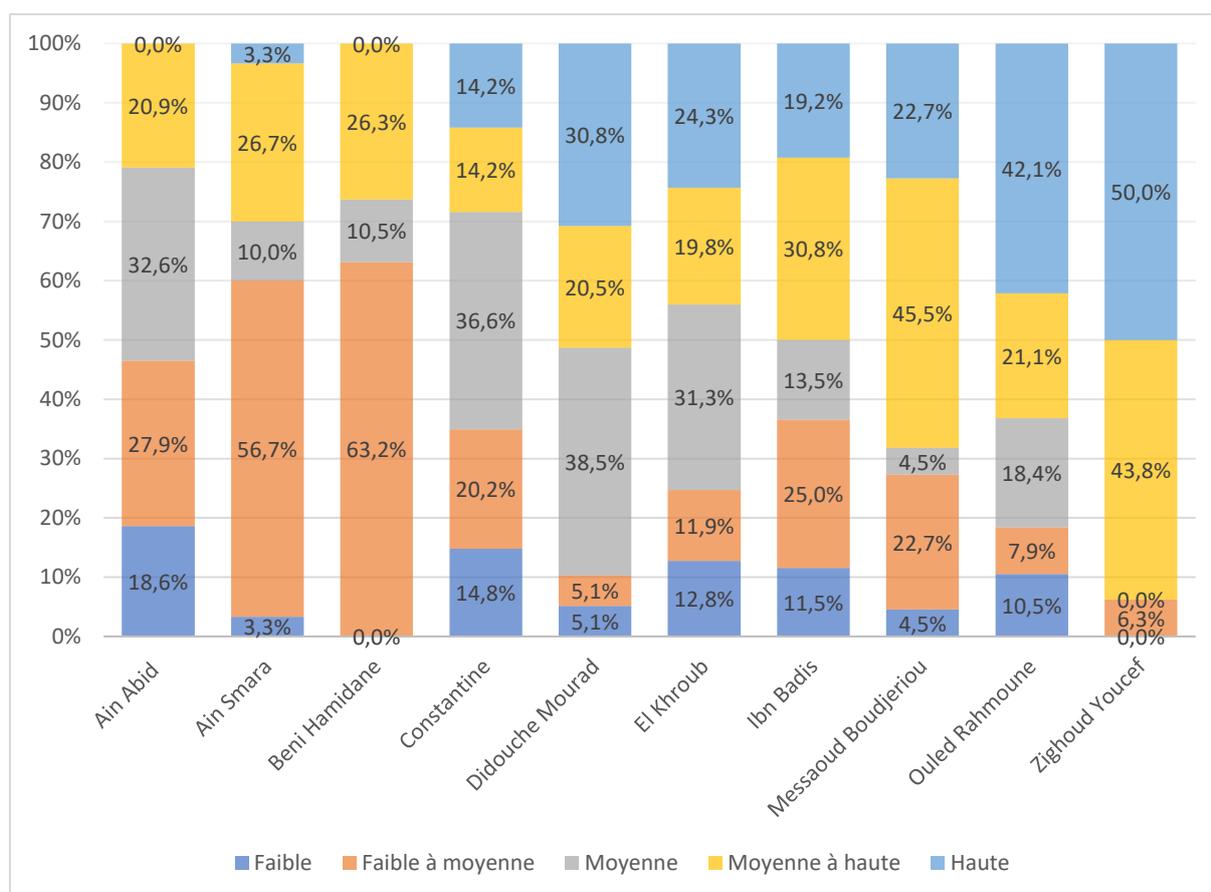
L'analyse sous l'angle territorial permet de voir certaines différences entre communes, mais aussi entre agglomérations. Sur l'ensemble des répondants de la commune de Zighoud Youcef, 50 % perçoivent leurs dépenses de santé comme hautes, et 43,8 % comme moyennes à hautes. Cela est visible aussi dans la commune d'Ouled Rahmoune.

Sur l'ensemble des répondants de la commune de Didouche Mourad, 38,5 % perçoivent leurs dépenses comme moyennes, 30,8 % comme hautes, 20,5 % comme moyennes à hautes, 5,1 % comme moyennes à faibles et 5,1 % comme faibles. Cela reste aussi visible dans les communes Constantine, El Khroub et Ain Abid. Les répondants d'Ibn Badis et Messaoud Boudjeriou perçoivent les dépenses de santé comme moyennes à hautes. Sur l'ensemble des répondants de la commune de Messaoud Boudjeriou, 45,5 % perçoivent leurs dépenses comme

moyennes à hautes, 22,7 % comme hautes, 22,7 % comme faibles à moyennes, 4,5 comme moyennes t 4,5 % comme faibles. Les répondants des communes d’Ain Smara et de Beni Hamidane perçoivent leurs dépenses comme faibles à moyennes. Ainsi, sur l’ensemble des répondants de la commune de Beni Hamidane, 63,2 % perçoivent leur revenu comme faibles à moyennes tandis que 26,3 % les perçoivent comme moyennes à hautes, 10,5 % comme moyennes (cf. Graphique IV.9).

Graphique IV.9: Perception des dépenses de santé selon les communes enquêtées

Résultats de l’enquête 2019, réalisation 2020



Quant au territoire de Constantine, il présente une sous-représentation des perceptions moyennes à haute et haute des dépenses de santé et une surreprésentation de la perception moyenne de ces mêmes dépenses. Les répondants des territoires d’El Khroub et El Guerrah semblent percevoir leurs dépenses de santé de manière plutôt équilibrée.

Les territoires d’Ain Smara, Beni Hamidane, la nouvelle ville Ali Mendjeli, Ibn Badis, Messaoud Boudjeriou, Bounouara, Zighoud Youcef et Oued Hmim présentent une sous-représentation de la perception faible et moyenne.

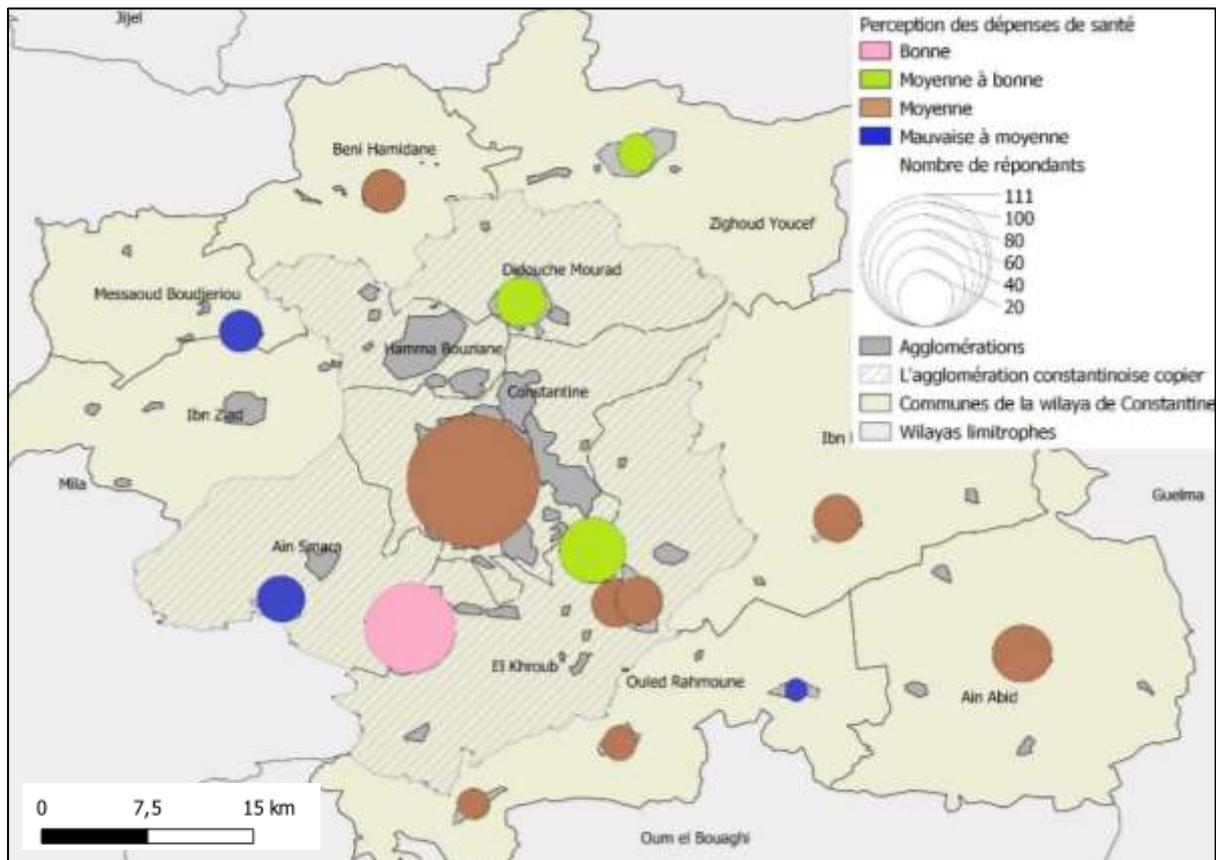
Les territoires d'Ouled Rahmoune et Ain Abid présentent une surreprésentation de la perception faible à moyenne et haute.

Les territoires de Didouche Mourad et la nouvelle ville de Massinissa présentent une sous-représentation de la perception faible à moyenne et une surreprésentation de la perception moyenne. Ainsi, la corrélation retrouvée entre ses deux variables montre que les répondants de la commune d'Ain Smara et Beni Hamidane perçoivent leurs dépenses comme faibles à moyenne. La population de la commune de Constantine a tendance à percevoir les dépenses comme moyennes. Les répondants des communes d'El Khroub, Messaoud Boudjeriou et Zighoud Youcef ont plus tendance à percevoir leurs dépenses comme haute.

Cela permet de mettre en évidence que les répondants de certains territoires ressentent le poids de dépenses de santé plus que d'autres. Cela conduit à supposer aussi que le parcours de soins est plus important et requiert un déploiement de frais additionnels lors du recours aux soins. Cela suppose que l'offre de soins ne répond pas de manière suffisante aux besoins de soins, ce qui implique un parcours de soins différent et donc des frais de soins additionnels. Cela suppose aussi que la couverture à la sécurité sociale n'est pas la même. Il serait intéressant de s'attarder sur les déclarations des répondants concernant leur couverture sociale afin d'éclairer certaines hypothèses (cf. Carte IV.2).

Carte IV.2 : Nombre de répondants et leur perception des dépenses de santé dans les agglomérations

Enquête 2019, réalisée sous QGIS en 2023



Au regard de l'état de santé moyen de la population et des dépenses relativement hautes, il est intéressant de s'attarder sur l'affiliation à la sécurité sociale des répondants. Il s'agit, en effet, de voir si l'affiliation à la sécurité sociale permet-elle de résorber les frais liés à la santé, influence-t-elle la façon dont les enquêtés répondent à un épisode morbide. Cela impacte-t-il le recours aux soins, conduit-il un recours vers un secteur au détriment d'un autre. L'analyse à l'affiliation sociale permettrait de rendre compte de la couverture en matière de santé de nos enquêtés. Elle permettrait par la même occasion de rendre compte si cela avait un impact lors de leurs recours aux soins. Y aurait-il des parcours différenciés selon l'affiliation ou non à la sécurité sociale ? Autrement dit, est-ce que cela passerait-il dans le budget des enquêtés et aurait-il un impact sur leur recours aux soins ?

L'analyse par le biais de cet indicateur montre que nos enquêtés affirment à 73,3 % être affiliés à la sécurité sociale contre 24,9 %. Lors de nos entretiens, nous avons compris que l'affiliation est souvent installée à travers la retraite, la chronicité de la pathologie ou l'emploi

du conjoint. Aussi, le fait qu'un quart de la population n'est pas pris en charge par la sécurité sociale suppose un rapport, une trajectoire et une idée différente des systèmes de soins existants.

Sur l'ensemble des affiliés à la sécurité sociale, 35,7 % sont issues de la ville de Constantine (ACL W), 32,2 % dans les agglomérations secondaires (AS), 21 % dans les agglomérations chefs-lieux de Commune (ACL C) et 11,1 % dans les agglomérations chefs-lieux de daïras (ACL D).

De plus, 48,8 % sont des femmes et 51,2 % sont des hommes. Cette situation peut s'expliquer par la précarité et la catégorie socioprofessionnelle des hommes et des femmes⁵¹. On retrouve une surreprésentation des femmes dans la commune de Didouche Mourad et d'hommes dans la nouvelle ville d'Ali Mendjeli et Oued Hmimim. On retrouve au contraire une sous-représentation d'hommes dans les communes de Constantine et Ibn Badis.

Sur l'ensemble des affiliés, 25,6 % sont des professions intermédiaires (CM4), 17,4 % des employés (CM5), 15,6 % des cadres et professions intellectuelles supérieures (CM3).

L'analyse statistique montre une surreprésentation des agriculteurs, exploitants du secteur primaire (CM1) dans les communes d'Ain Abid et de Zighoud Youcef. Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (CM2) sont surreprésentés dans la commune d'Ain Abid et sous-représentés en affiliés dans la commune d'Ibn Badis.

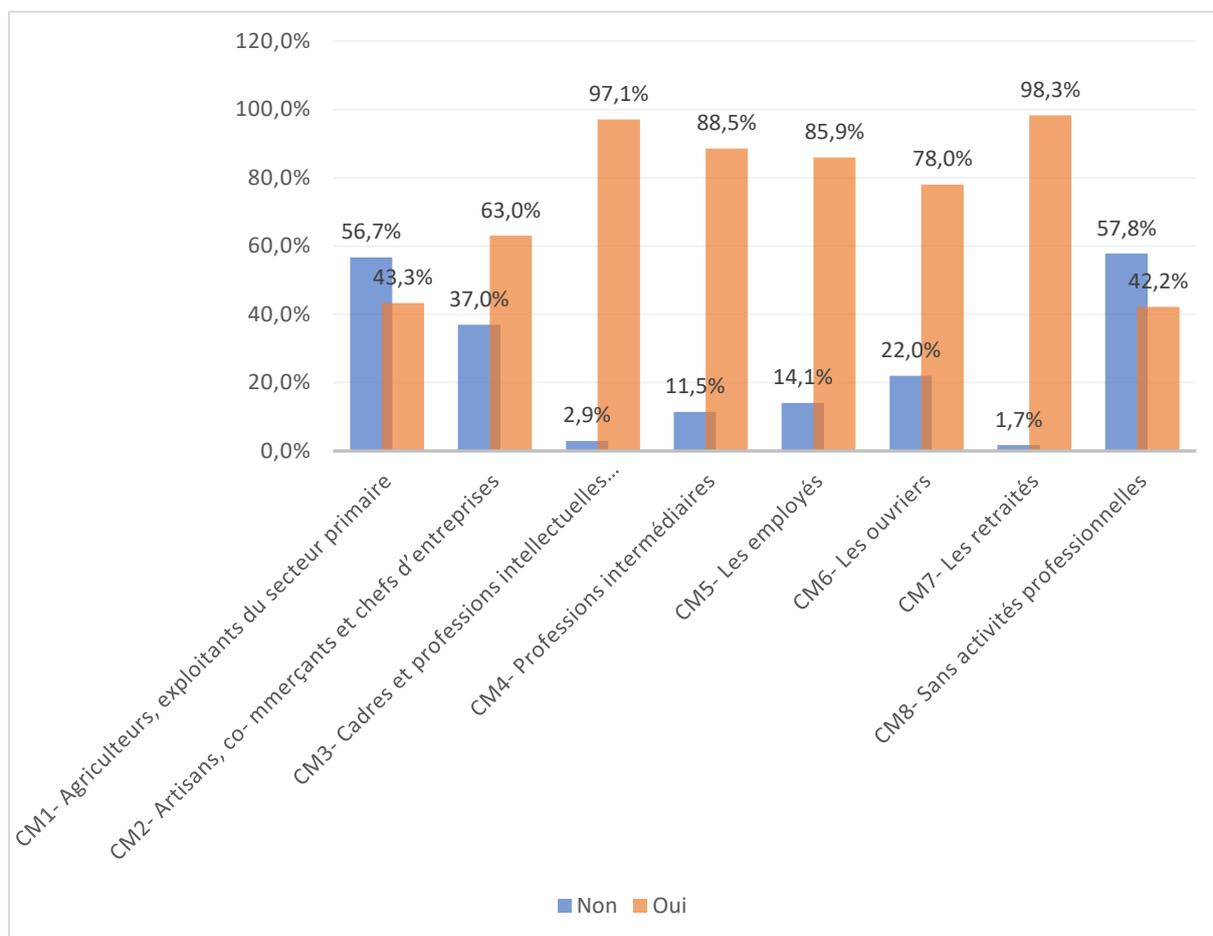
Les professions intermédiaires (CM4) sont moins représentées dans les communes de Constantine, d'Ain Abid et surreprésentées dans les communes de Messaoud Boudjeriou et la nouvelle ville de Massinissa.

Ces affiliés perçoivent leur revenu comme moyen à 33,3 %, faibles à 23,1 % et faible à moyen à 23,5 % (cf. Graphique IV.10).

⁵¹ Les femmes déclarent souvent être affiliées à la sécurité sociale par le biais de l'emploi de leurs conjoints.

Graphique IV.10: Affiliation à la sécurité sociale selon les catégories socioprofessionnelles

Résultats de l'enquête 2019, réalisation 2020



Sur l'ensemble des non-affiliés, 58,1 % sont issues de la ville de Constantine (ACL W), 11,6 % dans les agglomérations secondaires (AS), 20,5 % dans les agglomérations chefs-lieux de Commune (ACL C) et 9,8 % dans les agglomérations chefs-lieux de daïras (ACL D).

62,3 % sont des hommes et 37,7 % des femmes et sont principalement des classes d'âge de 30 à 44 ans (45,6 %) et 44 à 59 ans à 29,8 %. Ils appartiennent à 46,5 % aux sans activités professionnelles (CM8), et à 20,5 % aux artisans, commerçants et chefs d'entreprises. Les professions intermédiaires (CM4) représentent 9,8 % et les agriculteurs, exploitant du secteur primaire (CM1) 7,9 %. La perception du revenu de ces non-affiliées est généralement faible à 39,5 %, faible à moyenne à 32,6 % et moyenne à 20,5 %. La perception de leur état de santé est moyenne à 29,8 %, moyenne à bonne à 26,5 %, mauvaise à moyenne à 16,3 % mauvaise à 10,7 % et bonne à 15,8 %. Ainsi, les profils les catégories défavorables ont moins de couvertures de santé et sont généralement déployés la commune de Constantine. Cela suppose qu'un recours au soin serait impacté en autres par leur couverture des frais de santé.

B. Un secteur présent à chaque étape du parcours de soins

Nous avons interrogé les personnes sur leurs intentions en matière de recours aux soins au cours d'un épisode morbide. Différentes structures de soins sont identifiées et la réponse à cette question permet de retracer le parcours de soins potentiel de la population constantinoise.

Ainsi, la question 4 permet de cerner aussi les raisons qui ont dicté ces choix. La question 5 aborde les moyens de locomotions utilisés pour accéder à la structure de soins envisagée, la question 6 le temps de parcours, la question 7, la perception de l'accès et des prestations de soins. Les questions 9 et 10 ciblent l'ensemble des structures de soins publiques à savoir les établissements publics de soins de proximité (EPSP), les établissements publics hospitaliers (EPH), le centre hospitalo-universitaire et/ou les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) alors que la question 11 tente de cerner les expériences d'échec lors d'un accès aux soins.

1. Un temps de parcours de moins d'une demi-heure et recours aux soins pyramidal

L'analyse des résultats montre, tout d'abord, un fort recours au secteur de soins public lors des différentes intentions de recours aux soins. Il représente, en effet, 33,6 % des premières intentions de recours. Il est premier avec 39,2 % des deuxièmes intentions de recours et deuxième avec 36 % des troisièmes intentions de recours (cf. Graphique IV.11). Ce choix est motivé, lors de la première intention, à 61 % en raison de la proximité, à 15 % en raison de la qualité des prestations et 9 % en raison de la rapidité d'accès à une prestation de soins⁵². Lors de la deuxième intention, la proximité représente 54 %, la qualité de la prestation et la rapidité d'accès à une prestation 13 % chacun.

Les individus accèdent au moyen des transports personnels (56 %), en moins d'une demi-heure aux soins (51 %)⁵³ lors de leur première intention, ce qui ne diffère que sensiblement des autres intentions. Ils admettent, en effet, à 44 % parcourir moins d'une demi-heure avec

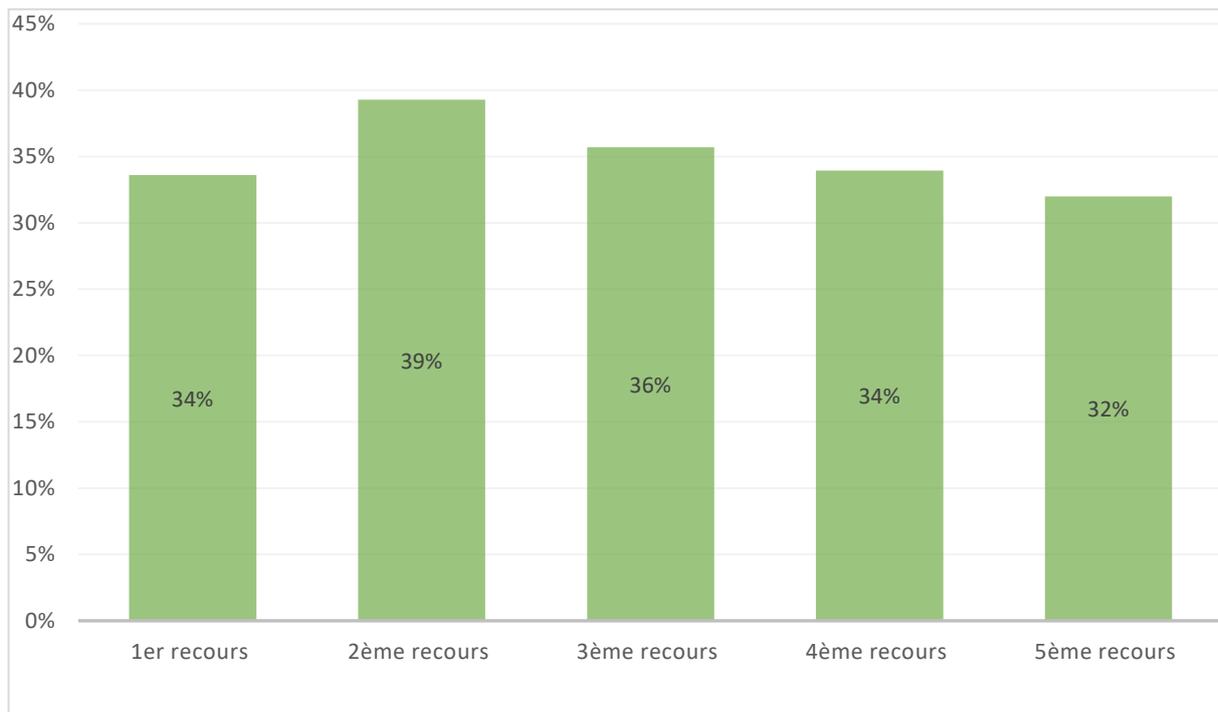
⁵² Lors de la deuxième intention, le choix des structures était pour 54 % en raison de la proximité, 14 % pour la qualité de la prestation et 10 % pour la rapidité d'accès à une prestation. Lors du troisième recours, le choix des structures était pour 47 % en raison de la proximité, 22 % en raison de la qualité de la prestation et 11 % en raison de la rapidité d'accès à la structure.

⁵³ Le temps de parcours est estimé à plus d'une demi-heure pour 18 %, 1 heure pour 18 % et plus d'une heure et demie pour 10 % lors de la première intention de recours.

une utilisation des moyens de transport individuels (52 %) en deuxième intention et 44 % parcourir moins d'une heure avec toujours les moyens de transport personnels (56 %) en troisième intention (Annexe 22).

Graphique IV.11: Part des enquêtés ayant recours au secteur public lors des différentes intentions

(Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021)



En différenciant le secteur public suivant les différentes structures de soins, nous remarquons un recours croissant lors de la première à la deuxième intention puis baisse légèrement lors de la troisième intention avec respectivement 290, 339 et 308 personnes.

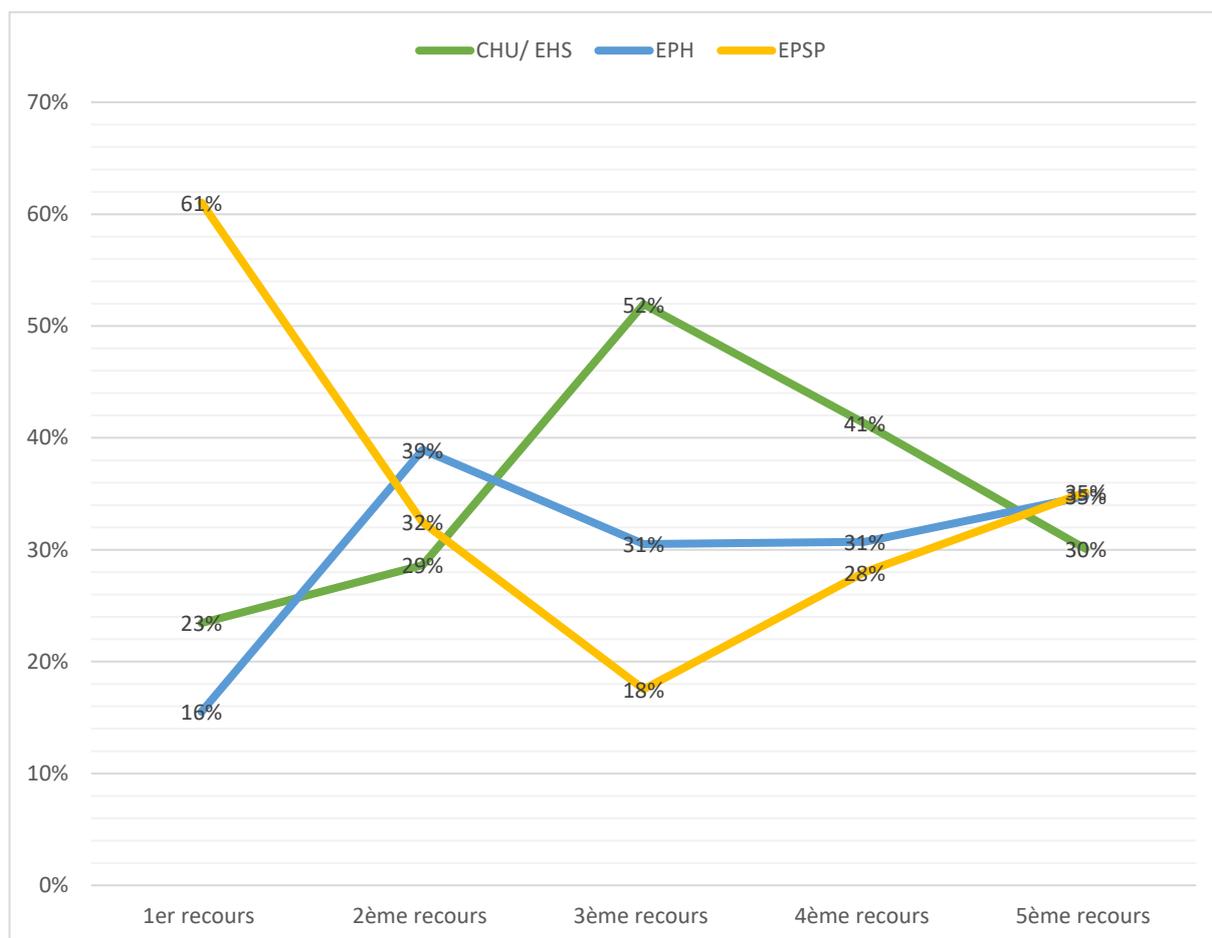
Lors d'une première intention de recours aux soins dans le service public, la population admet à 61 % recourir aux établissements publics de santé de proximité (EPSP). 16 % admettent ensuite se diriger d'abord vers les établissements publics hospitaliers (EPH) et 23 % vers le centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS).

À la suite de cette première tendance, les chiffres déclinent légèrement en deuxième intention. Nous retrouvons ainsi 32 % de nos sondés qui se dirigent d'abord vers les établissements publics de santé de proximité (EPSP), 39 % vers les établissements publics hospitaliers (EPH) et 29 % vers le centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS). La troisième intention de recours montre clairement un

fort recours aux établissements spécialisés et hautement spécialisés où 18 % de la population déclare s'orienter vers les établissements publics de santé de proximité (EPSP), 30 % vers un établissement public hospitalier (EPH) et 52 % vers un centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) (cf. Graphique IV.12).

Graphique IV.12: Trajectoires de soins des enquêtés lors du recours au secteur public

(Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021)



Ces tendances montrent d'abord un fort recours aux structures de soins publiques de base lors des premiers épisodes morbides. Le recours moins important aux établissements publics de base lors du deuxième et troisième recours est dicté par deux démarches. D'abord, cela découle soit d'une orientation des professionnels de santé des établissements publics de santé de proximité (EPSP). Elle peut venir, par ailleurs, d'une volonté propre à la patientèle pour avoir un second avis. Cette dernière se constate dans les déclarations des enquêtés où ils affirment :

« ... Quand il y a beaucoup de monde, je vais à l'hôpital... ».

« La polyclinique est mal organisée et je ne sais pas où aller... Alors je préfère aller directement au grand hôpital ».

Il est intéressant maintenant de déployer notre analyse à partir du statut de nos enquêtés et de comparer leur stratégie de recours aux soins publics. Il s'agit de voir si des différenciations territoriales ou spatiales existent selon le statut des enquêtés.

2. Un accès difficile en suivant la hiérarchie des structures de soins pour des prestations meilleures

La trajectoire qui se dessine lors des recours aux soins est de forme pyramidale avec comme base un recours aux établissements publics de santé de proximité (EPSP). En seconde et troisième intention, la trajectoire se dirige vers des établissements publics hospitaliers (EPH) puis vers le centre hospitalo-universitaire et/ou les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS). Cette tendance générale se décline différemment selon les lieux.

Les populations de l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) y ont recours à 38 % en première intention, 35,7 % en deuxième et 31,5 % en troisième intention. Au sein des agglomérations chef-lieu daïra (ACL D), 47,8 % ont recours au secteur public en première intention. Au sein des agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C), 22,4 % ont recours au secteur public en première intention, 34,8 % en deuxième intention et 34,4 % en troisième intention. Au sein des agglomérations secondaires (AS), 31,4 % ont recours au public en première intention, 50,2 % en deuxième intention et 43,9 % en troisième intention (Annexe 23).

- **Caractéristiques du recours aux établissements public de santé de proximité (EPSP)**

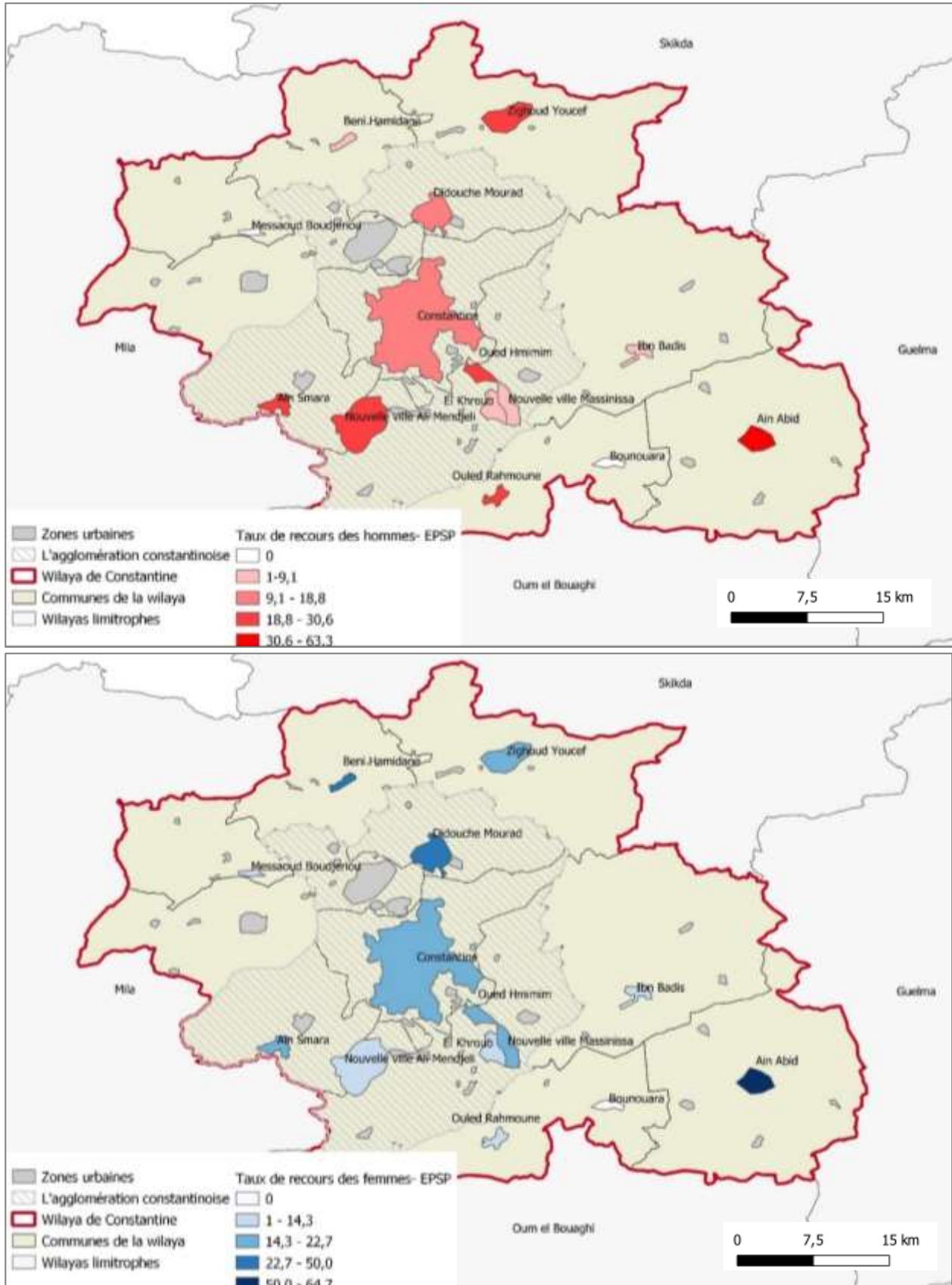
Le recours aux établissements publics de soins de proximité est de 20,5 % en première intention. Le taux de recours dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) est de 16,7 %. Il est de 37,8 % dans les agglomérations chefs-lieux daïra (ACL D), 18,6 % dans les agglomérations chefs-lieux communes (ACL C) et 20,5 % dans les agglomérations secondaires (AS).

Selon le sexe, nous remarquons que le taux de recours des femmes est nul dans les agglomérations de Bounouara et El Guerrah. Il varie entre 10 et 20 % dans l'agglomération d'Oued Hmimim, la nouvelle ville Ali Mendjeli, Ibn Badis et Constantine. Il est compris entre 20 et 40 % dans les agglomérations de Zighoud Youcef, Ain Smara et la nouvelle ville de Massinissa. Il est supérieur à 40 % dans les agglomérations de Didouche Mourad, Beni Hamidane et Ain Abid. Le recours des hommes est relativement semblable. Ainsi, les agglomérations de Bounouara et El Guerrah ont un taux de recours nul. Les agglomérations d'El Khroub, Ibn Badis, Beni Hamidane, et la nouvelle ville de Massinissa présentent un taux de recours inférieur à 10 %. L'agglomération d'Ain Abid présente le fort taux avec 63 % (cf.

Carte IV.3).

Carte IV.3: Taux de recours des hommes et des femmes aux établissements publics de santé de proximité (EPSP)

Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021



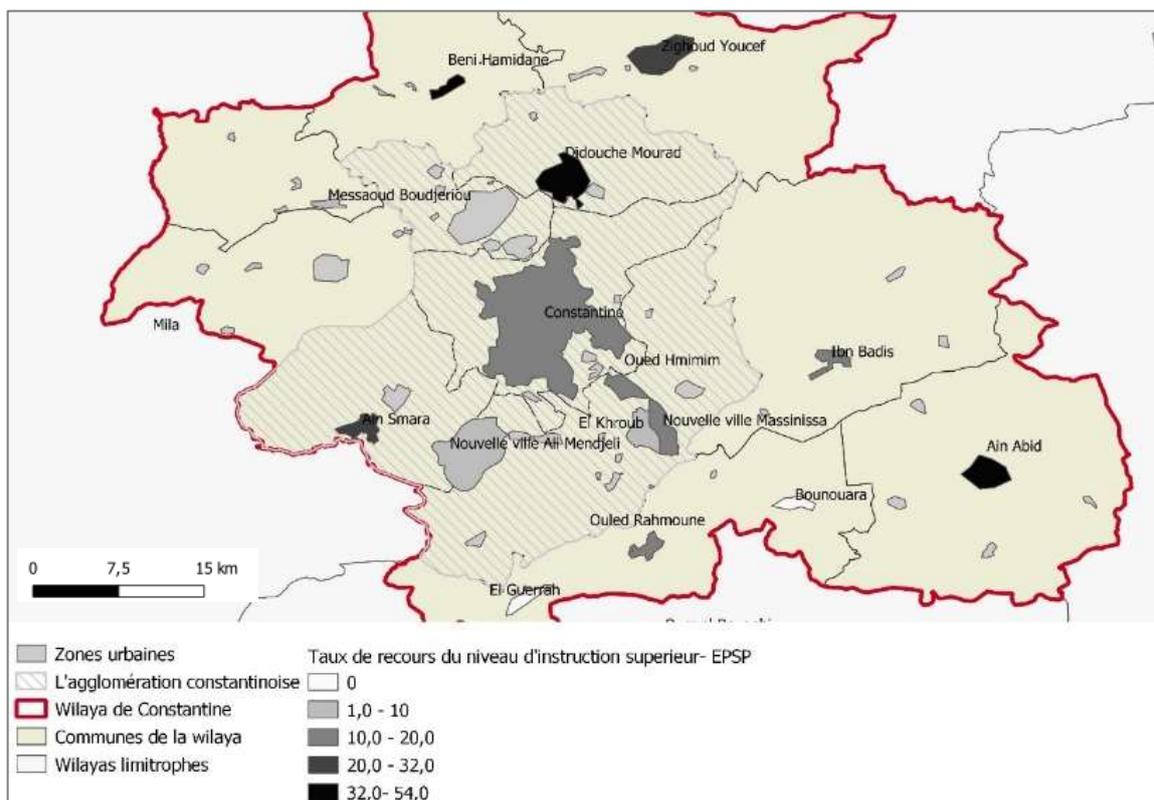
Selon le niveau d'instruction, nous constatons que les populations ayant des niveaux d'instruction supérieurs, moyen et secondaire, ont le plus recours aux soins.

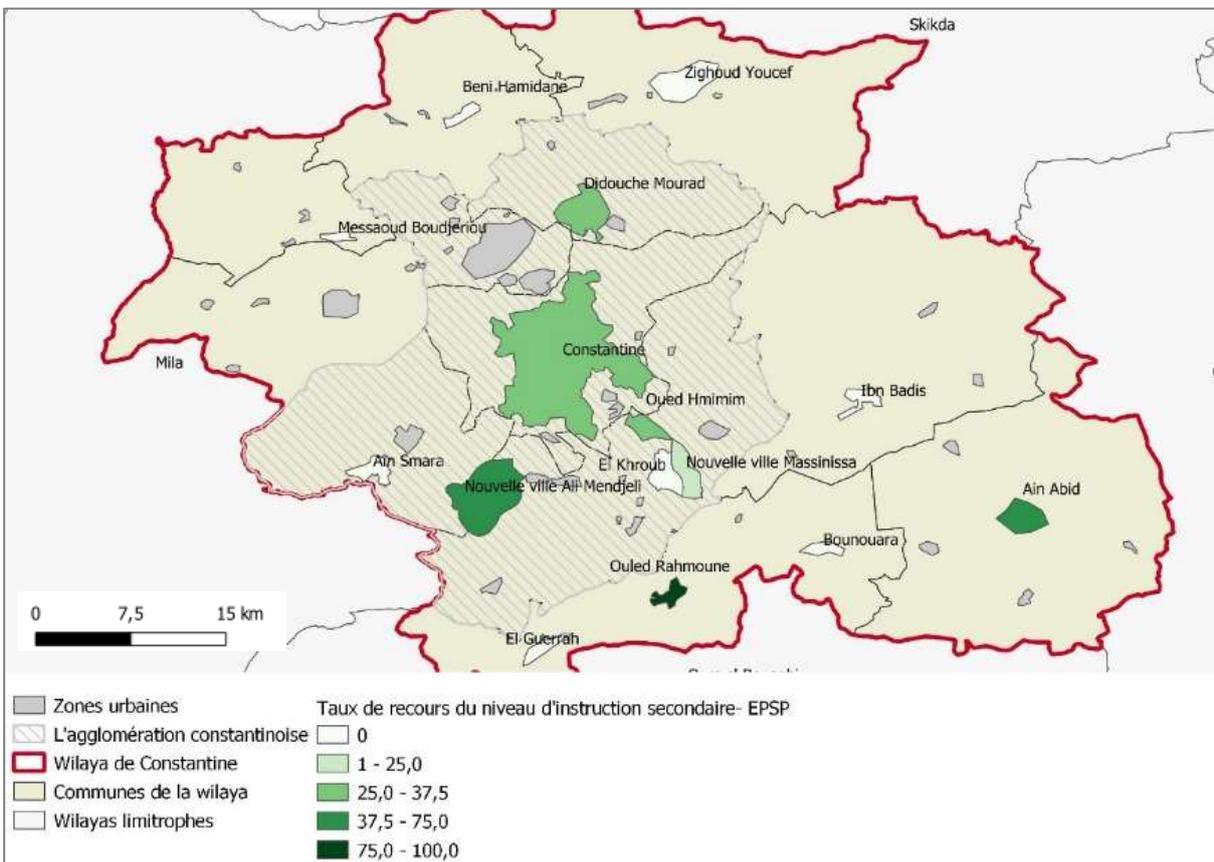
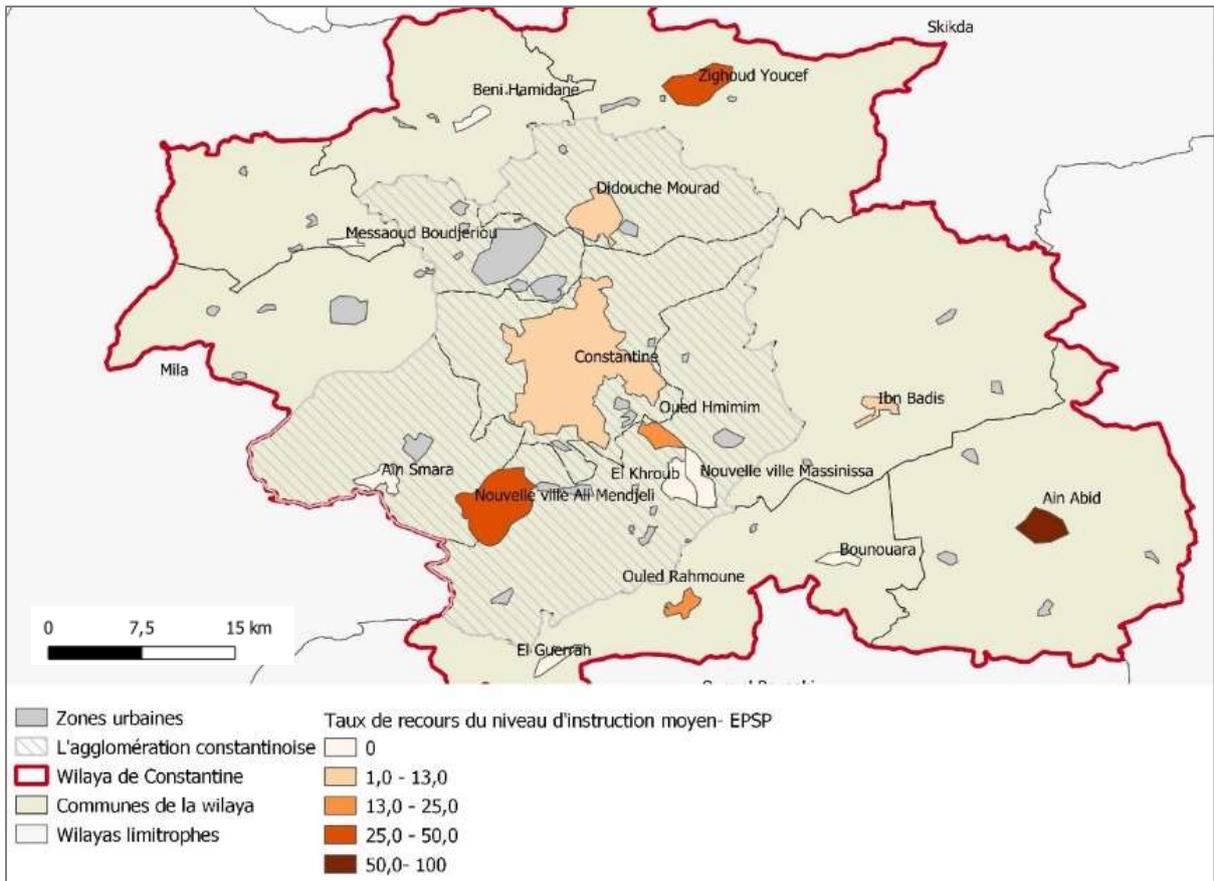
Ainsi, le taux de recours du niveau supérieur est de 18,7 %. Au sein de l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), le taux de recours est de 15,8 %. Il est relativement semblable au taux de recours des agglomérations d'Ibn Badis, El Khroub, les nouvelles villes de Massinissa et d'Ali Mendjeli. Le taux de recours est plus élevé dans les agglomérations de Beni Hamidane, Didouche Mourad et Ain Abid. Il y est supérieur à 40 %.

Le taux de recours est plus net au sein des populations déclarant un niveau d'instruction moyen. Ainsi, le taux de recours est inférieur à 25 % dans les agglomérations d'Ouled Rahmoune, Oued Hmimim, Ain Smara, et Constantine. Il est supérieur à 40 % dans les territoires de la nouvelle ville Ali Mendjeli Zighoud Youcef et Ain Abid.

Le taux de recours des populations ayant un niveau d'instruction secondaire montre un taux nul dans les agglomérations d'El Khroub, Ain Smara, Ibn Badis, Beni Hamidane et Messaoud Boudjriou. Il est en revanche supérieur à 25 % dans les territoires des nouvelles villes Massinisa et d'Ali Mendjeli, Ain Abid et Ouled Rahmoune (cf. Carte IV.4).

Carte IV.4: Taux de recours des différents niveaux d'instruction dans les agglomérations



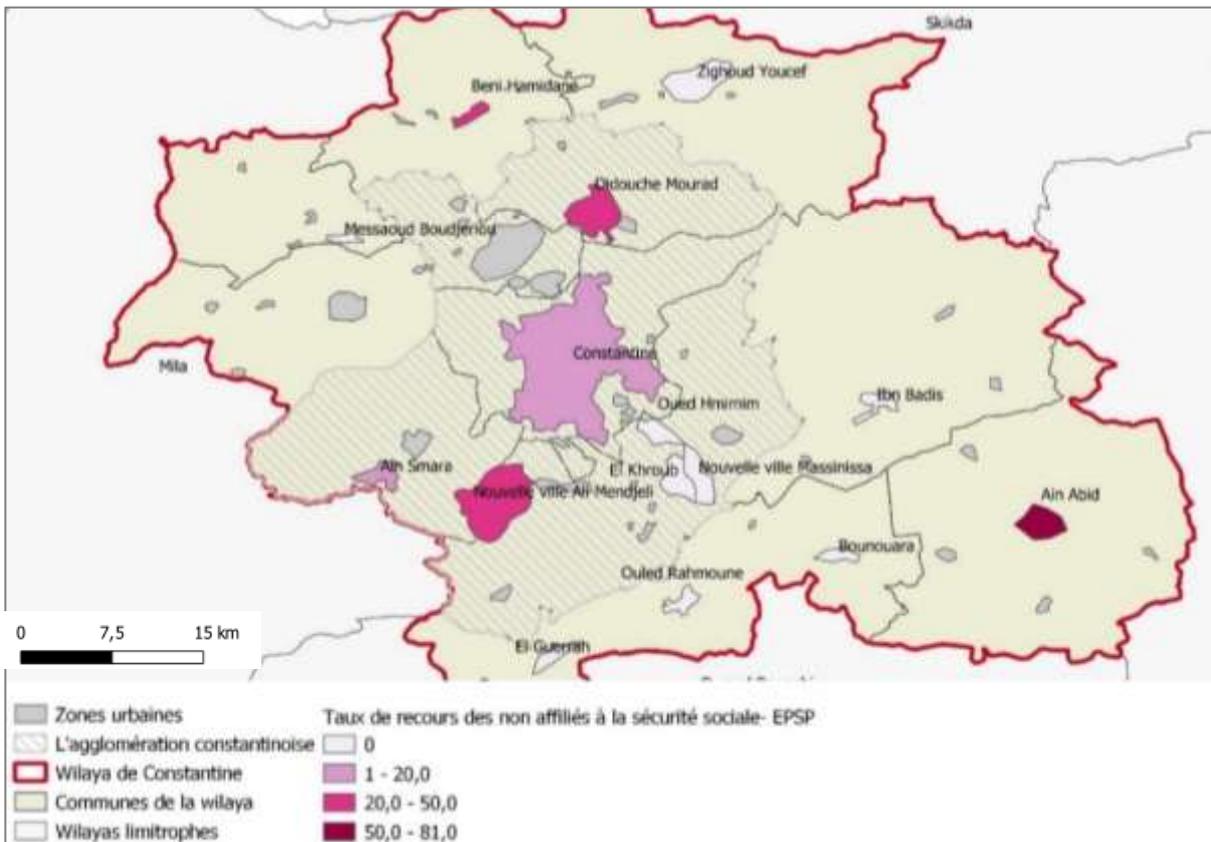
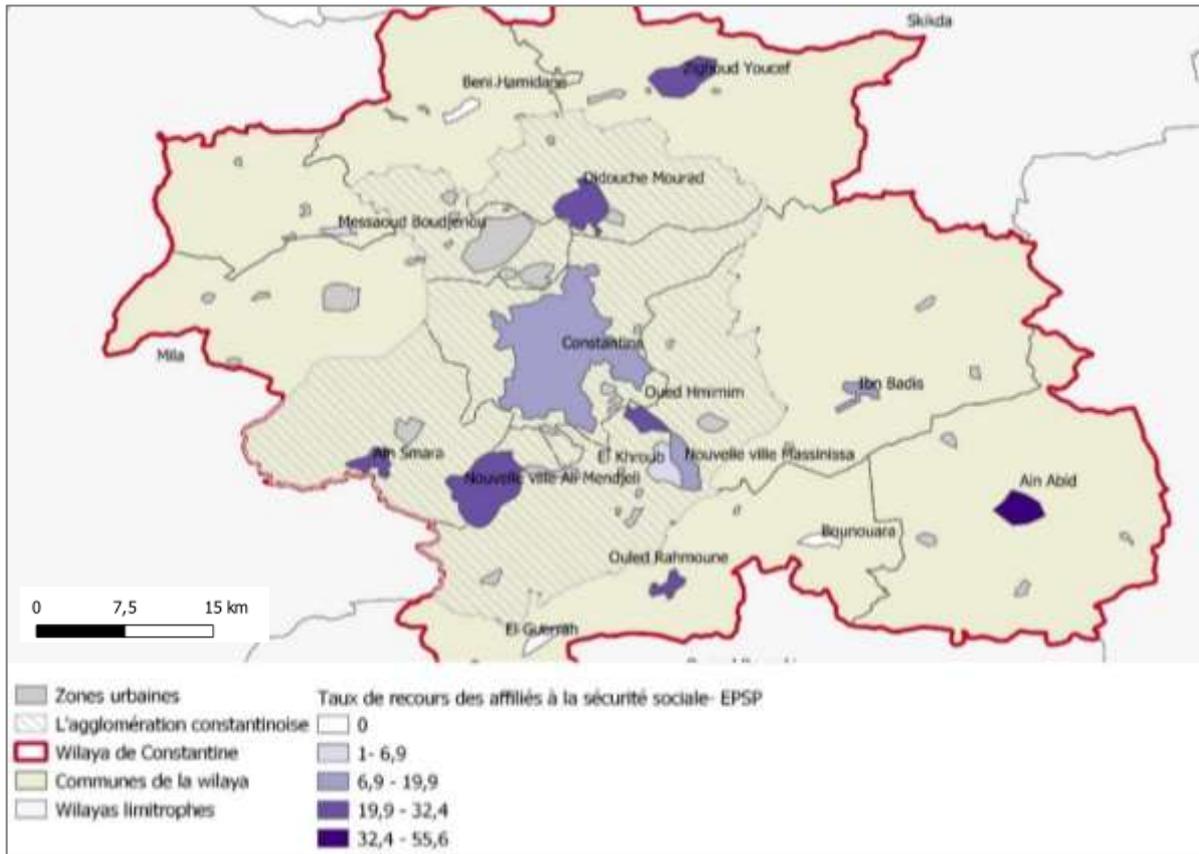


Selon l'affiliation à la sécurité sociale, nous remarquons que le taux des non-affiliés est égal à 16,7 %. Au sein des agglomérations, le taux de recours est nul dans la majorité des territoires. Ainsi, les populations non affiliées dans les agglomérations d'El Khroub, Zighoud Youcef, Ibn Badis, Messaoud Boudjriou, Ouled Rahmoune, les nouvelles d'Ali Mendjeli, et de Massinissa, Bounouara, Oued Hmimim et El Guerrah n'ont pas recours aux soins publics. IL est de 20 % dans l'agglomération d'Ain Smara, 50 % à Didouche Mourad et 81 % à Ain Abid. Le taux de recours des affiliés est de 21,6 %. Au sein des agglomérations, le taux est de 55 % dans le territoire d'El Khroub. Le reste des agglomérations ont un taux de recours inférieur à 25 %. Les agglomérations de Beni Hamidane, Bounoura et El Guerrah présentent un taux de recours nul (cf.

Carte IV.5).

Carte IV.5: Taux de recours des affiliés et des non-affiliés à la sécurité sociale dans les agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021



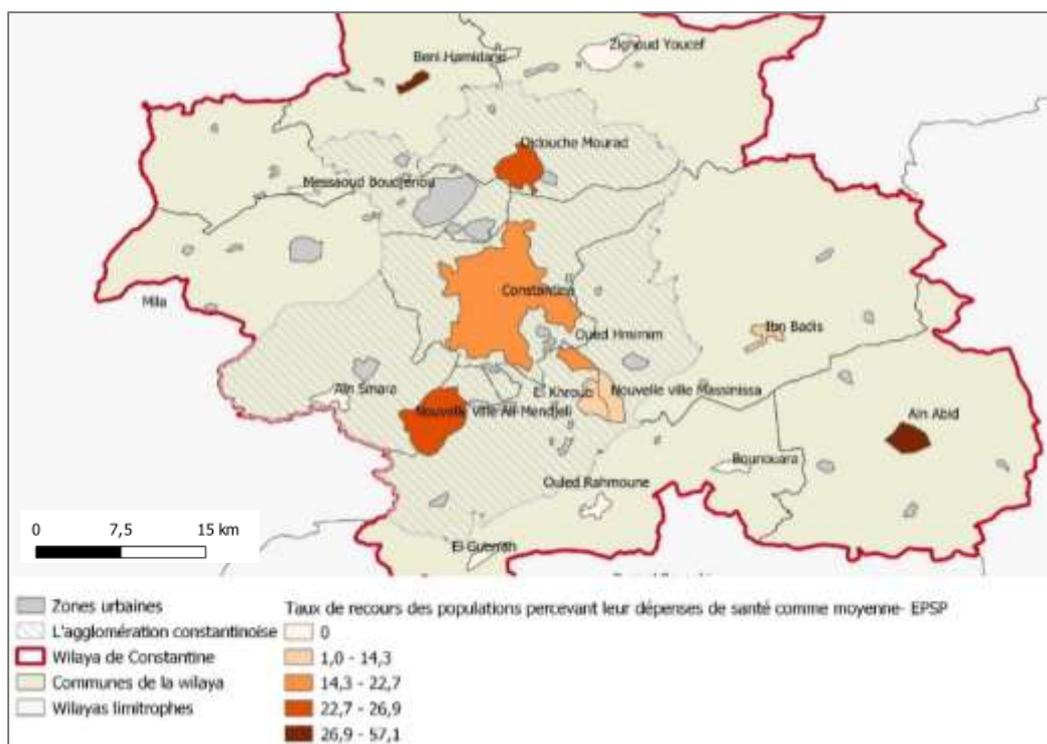
La lecture du taux de recours selon les dépenses de santé montre que les perceptions moyenne, faible à moyenne et haute ont plus recours aux soins. Les agglomérations de Bounouara, El Guerrah, Ain Smara, Messaoud Boudjriou et Ouled Rahmoune ont un taux de recours nul. Il est inférieur à 25 % dans les territoires d'Ibn Badis, Constantine, El Khroub, la nouvelle ville d'Ali Mendjeli et la nouvelle ville de Massinissa. Les territoires d'Ain Abid et de Beni Hamidane ont un taux de recours supérieur à 50 %.

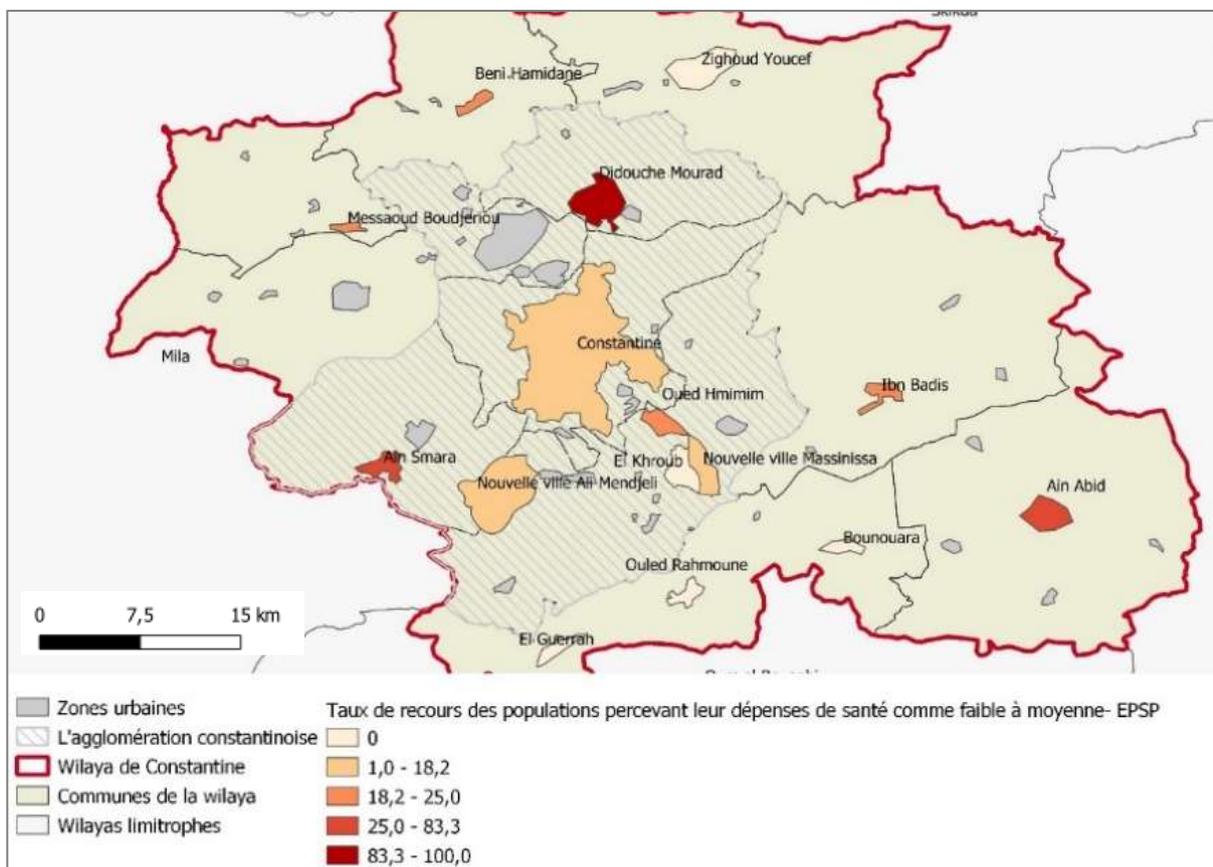
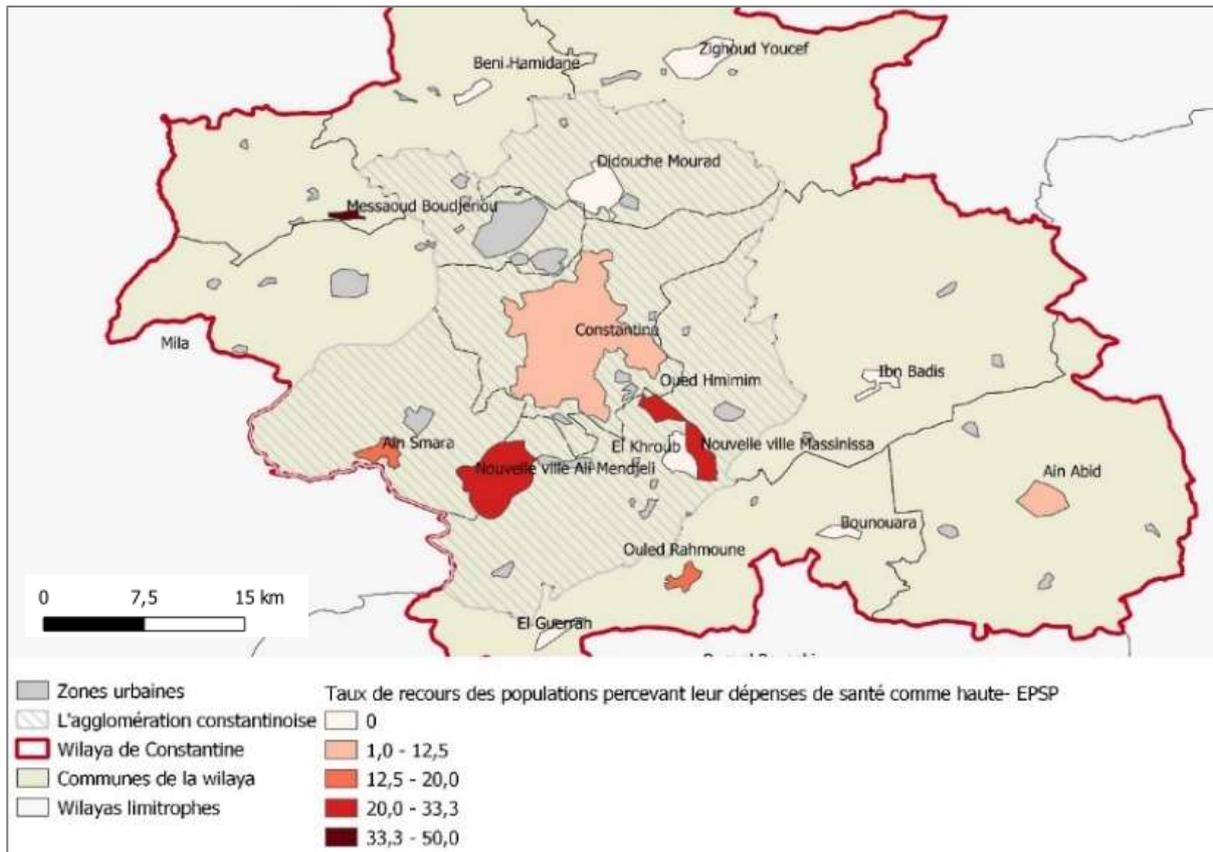
Le taux de recours des populations percevant leurs dépenses de santé comme faible à moyenne est égal à 24,4 %. Il est inférieur à 25 % dans la majorité des territoires à l'image de Didouche Mourad, Beni Hamidene ou Messaoud Boudjriou. Il est de 41 % à Ain Smara et supérieurs à 83 % dans les territoires d'Ain Abid et Didouche Mourad.

Le taux de recours des populations percevant leurs dépenses de santé comme haute est différencié dans la wilaya. Ainsi, le taux de recours est de 12 % dans le territoire de Constantine, 12,5 % dans le territoire de Zighoud Youcef et 16,7 % dans le territoire de Didouche Mourad. Le taux est compris entre 20 et 33% dans les nouvelles villes Ali Mendjeli et Massinissa et dans l'agglomération d'Oued Hmimim. Le plus fort taux, de 50 %, est retrouvé dans l'agglomération d'Ouled Rahmoune (cf.

Carte IV.6).

Carte IV.6 : Taux de recours des différentes perceptions de dépenses de santé dans les agglomérations





Finalement, le recours aux établissements publics de santé de proximité (EPSP) présente deux différenciations. La première concerne les agglomérations périphériques. Elles présentent deux visages. Le premier est un fort recours aux soins à l'image des agglomérations Zighoud Youcef et Ain Abid. Le niveau d'instruction moyen et supérieur y est largement représenté qu'ils soient hommes ou femmes. Ils sont aussi caractérisés par une affiliation à la sécurité sociale. Le deuxième est un non-recours à l'image des territoires de Beni Hamidane, Bounouara et El Ghuerrah. Le non-recours est présent indépendamment du sexe, de l'affiliation à la sécurité sociale.

Le deuxième constat se trouve au sein des différents territoires de l'agglomération. Ainsi, le territoire de Constantine et les Territoire du Nord présentent un recours modéré, quel que soit l'indicateur choisi. Les agglomérations du sud présentent deux visages. Un recours important dans les nouvelles villes d'Ali Mendjeli et de Massinissa et de faibles recours dans les agglomérations d'El Khroub et d'Ain Smara.

- **Caractéristiques du recours aux établissements publics hospitaliers (EPH)**

Le recours aux établissements publics hospitaliers (EPH) est de 15,3 % en deuxième intention. Les populations de l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) y ont recours à 11 %. Le taux de recours est de 14,7 % dans les agglomérations chefs-lieux daira (ACL D), 11,3 % dans les agglomérations chefs-lieux communes (ACL C) et 24,7 % dans les agglomérations secondaires (AS).

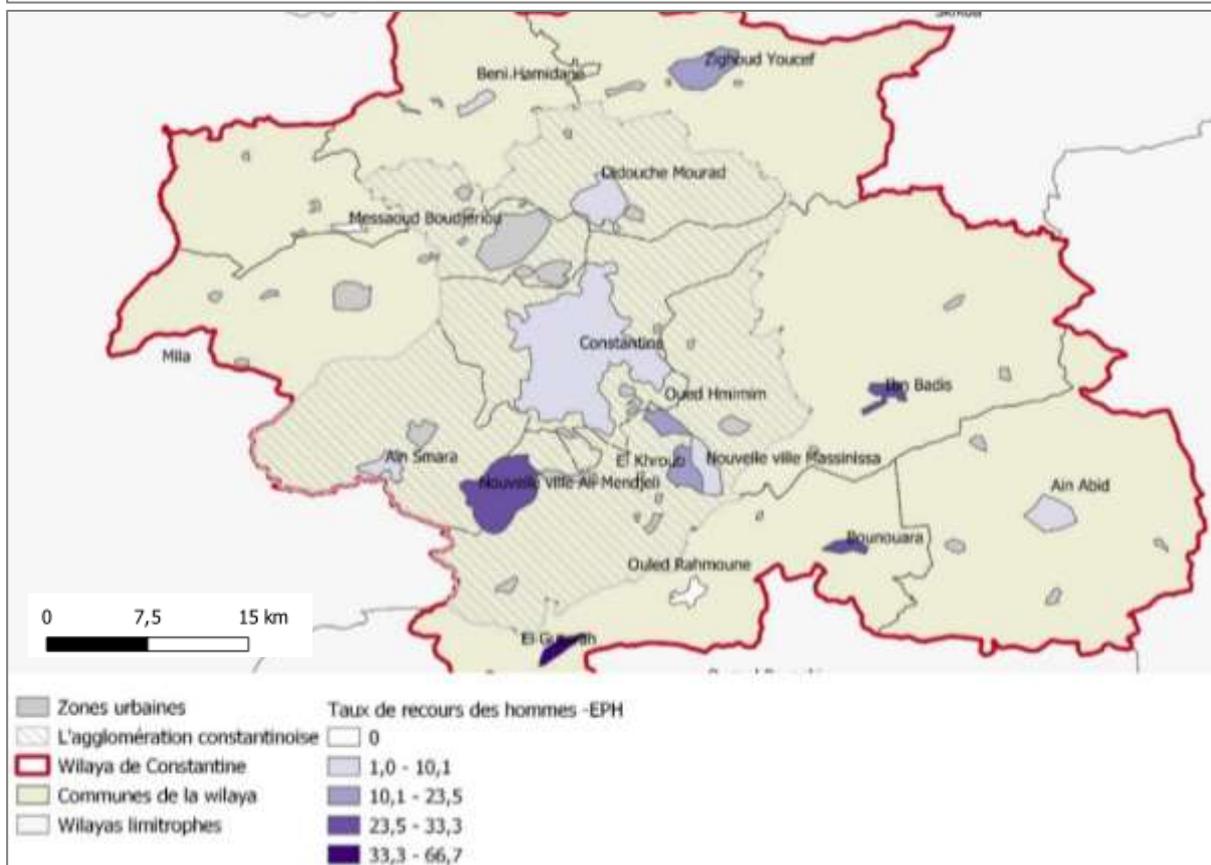
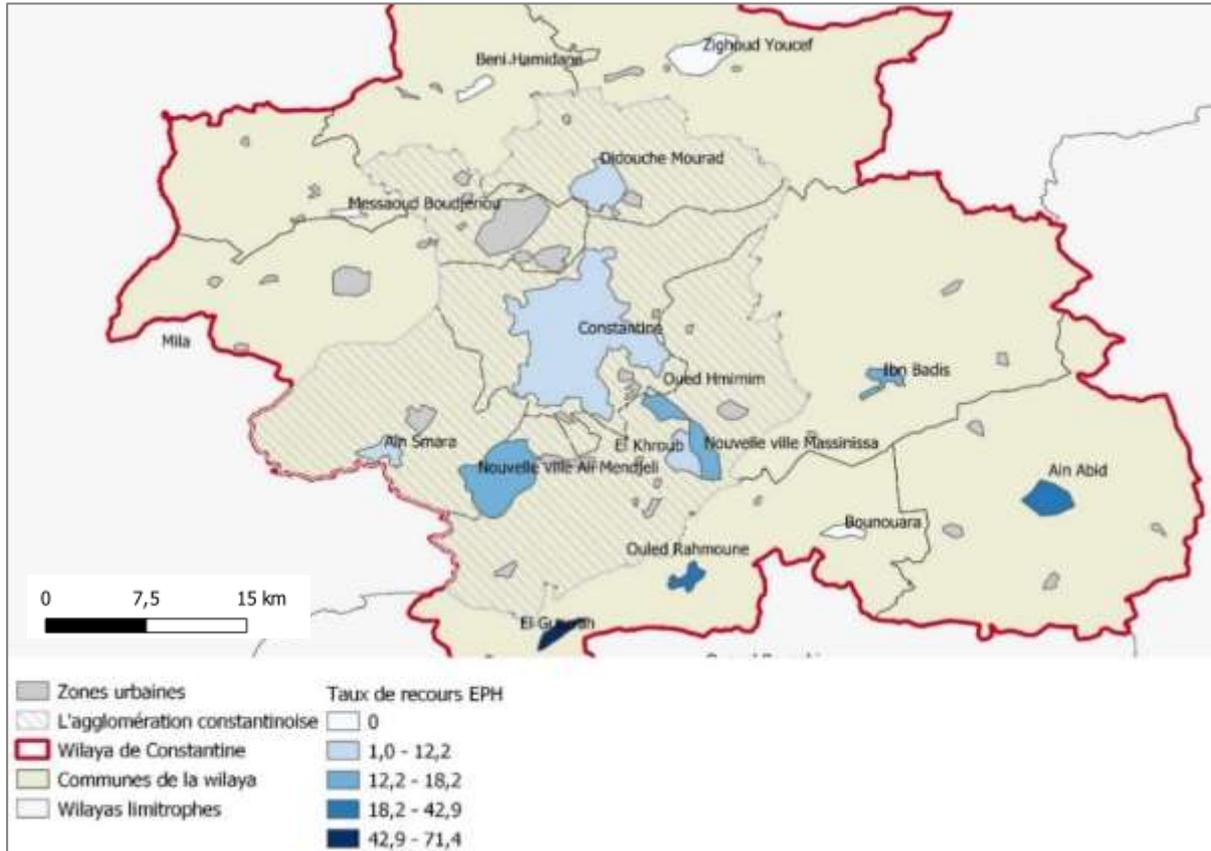
Selon le sexe, le taux de recours des femmes est de 14,5 %. Au sein des agglomérations, la majorité des territoires ont un taux de recours compris entre 10 et 30 %. Le taux de recours est plus faible dans les agglomérations d'Ain Smara et Didouche Mourad. Le taux le plus fort est présent dans l'agglomération d'Ouled Rahmoune avec 42 % et El Guerrah avec 71 %.

Le taux de recours des hommes est de 15,9 %. Il est compris entre 10 et 30 % dans les territoires de Constantine, El Khroub, Zighoud Youcef, Ibn Abid et Oued Hmimim. Il est inférieur à 8 % dans les agglomérations d'Ain Abid, Ain Smara, et Beni Hamidane. Le taux le plus élevé est retrouvé dans l'agglomération d'El Guerrah avec 66,6 % (cf.

Carte IV.7).

Carte IV.7 : Taux de recours aux établissements publics hospitaliers (EPH) selon le sexe

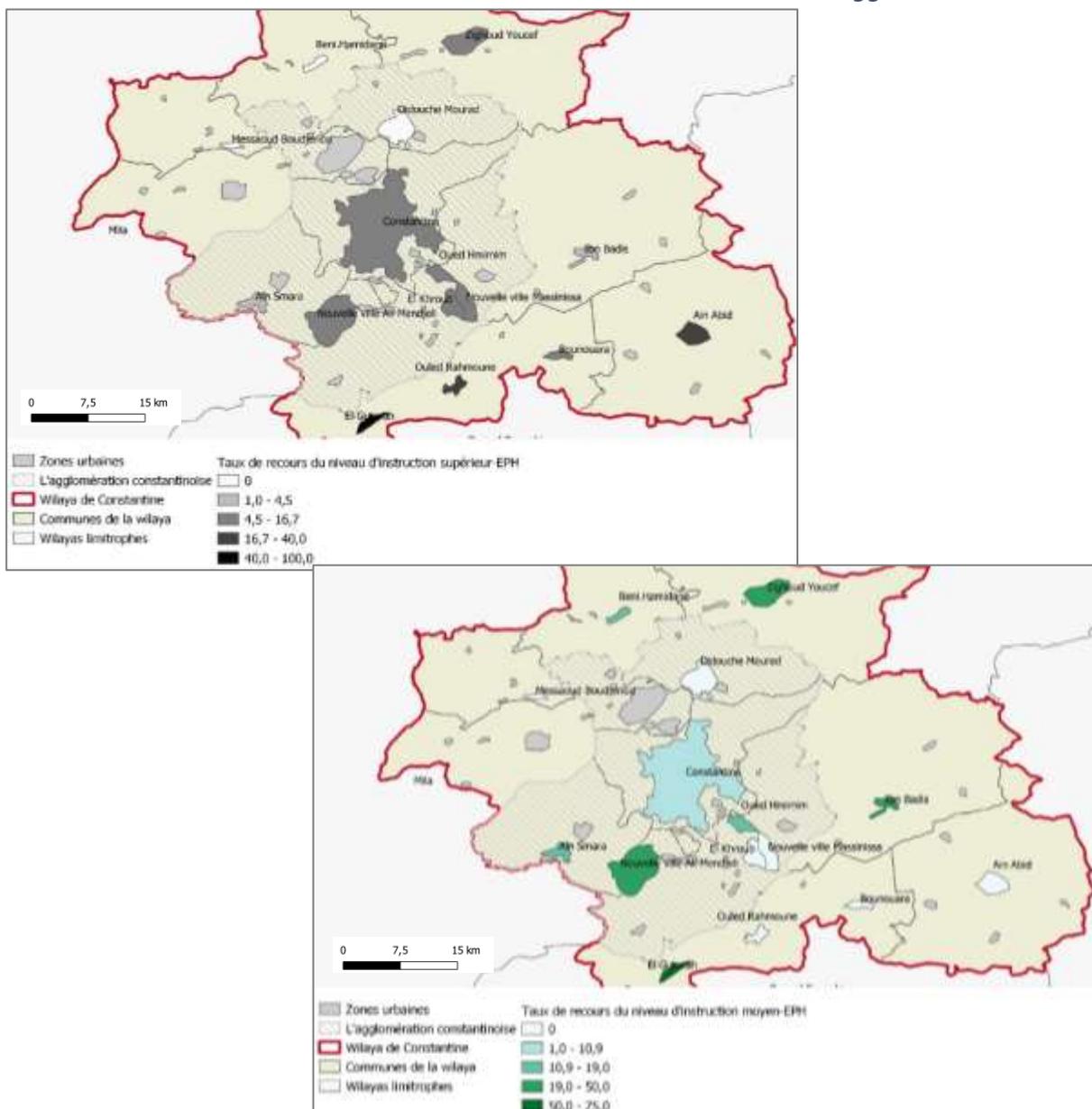
Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021



Selon le niveau d’instruction, nous remarquons que les niveaux supérieur et moyen ont le plus recours aux soins. Ainsi, le taux de recours des populations déclarant un niveau d’instruction supérieur est de 12,2 %. Au sein des territoires, nous remarquons que le taux est différencié. Ainsi, dans les agglomérations d’Ain Abid, Ouled Rahmoune présente un taux de recours de 38,4 et 40 %. Le reste des territoires présente un taux compris entre 10 et 20 %. Le taux de recours est de 100 % dans l’agglomération d’El Guerrah.

Le taux de recours du niveau d’instruction moyen montre un fort taux de recours dans l’agglomération d’El Guerrah avec 75 %. Elle est suivie par l’agglomération de Zighoud Youcef qui présente un taux de 50 %. La majorité des agglomérations présentent un taux de recours entre 10 et 35 % (cf. Carte IV.8).

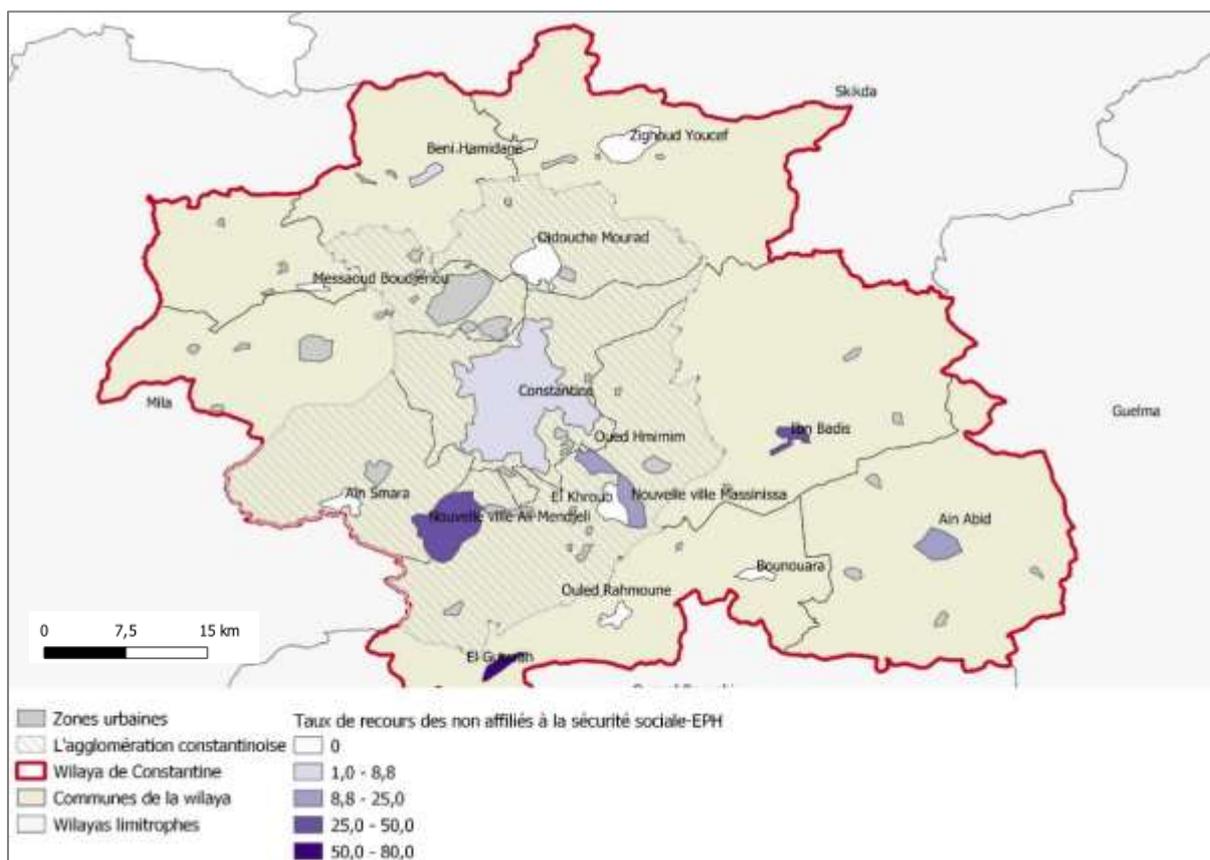
Carte IV.8 : Taux de recours selon le niveau d’instruction dans les agglomérations



Selon l'affiliation à la sécurité sociale, le taux de recours des affiliés est de 15 %. Au sein des territoires, le taux de recours est compris entre 5 et 10 % dans les agglomérations d'Ain Smara, Didouche Mourad et Ibn Badis. Le taux le plus fort est retrouvé à El Guerrah avec 63 %. Le reste des communes présente des taux entre 12 et 25 %. Les non-affiliés présentent un taux de recours de 15,8 %. Les territoires comme El Khroub, Zighoud Youcef, Ain Smara, Didouche Mourad et Bounouara ont un taux de recours nul. Il est de 44 % dans la nouvelle ville Ali Mendjeli, 50 % dans l'agglomération d'Ibn Badis et 80 % dans l'agglomération d'El Guerrah (cf. Carte IV.9).

Carte IV.9: Taux de recours selon l'affiliation à la sécurité sociale au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021

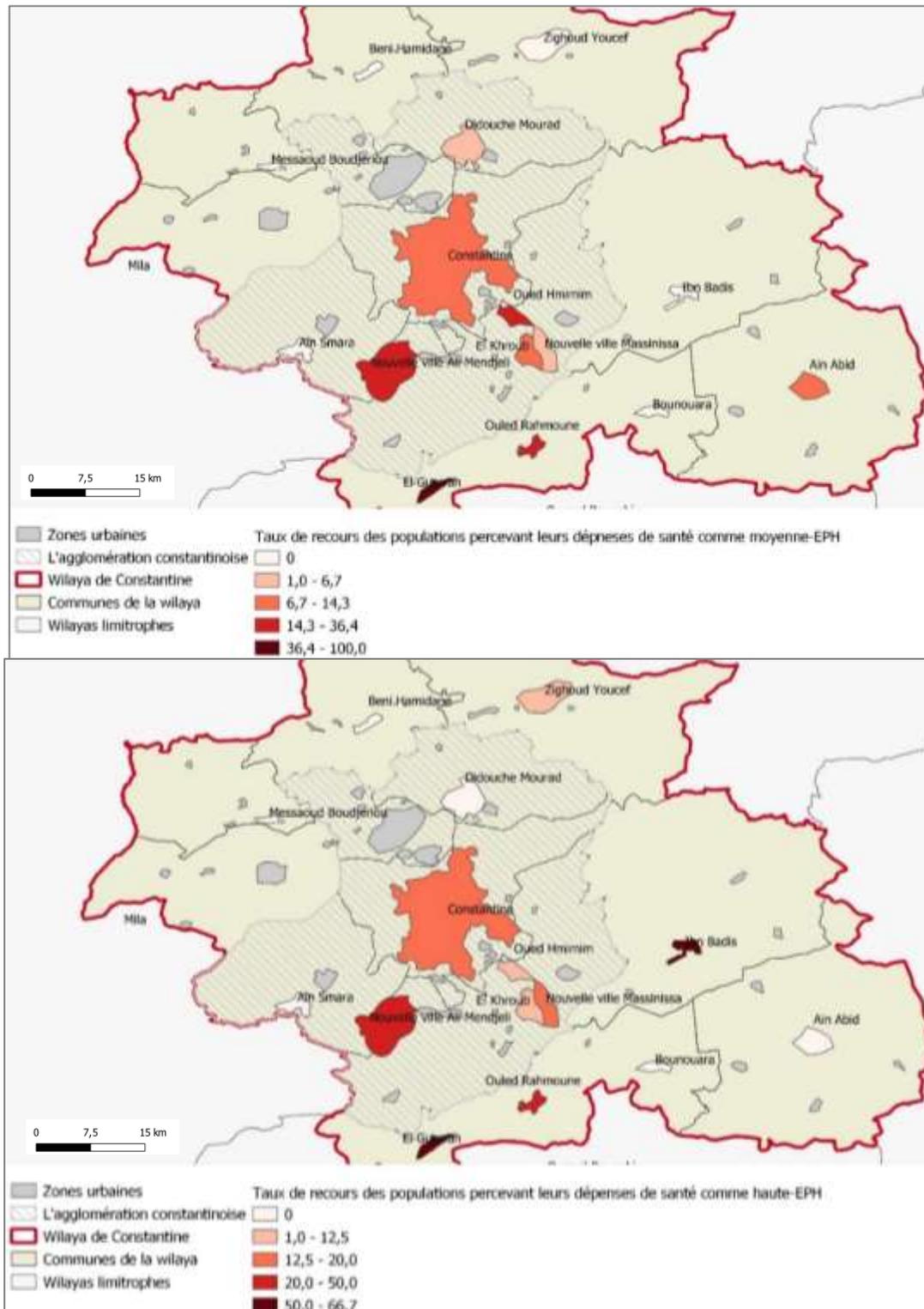


Selon la perception des dépenses de santé, il apparaît que les populations percevant leurs dépenses de santé comme moyennes et hautes ont plus recours aux soins. Ainsi, le taux de recours des populations percevant leur revenu comme moyen est de 15 %. Au sein des territoires, le taux de recours est nul dans les agglomérations, d'Ain Smara, Ibn Badis, Beni Hamidane et Messaoud Boudjeriou. Il est de 36 % dans l'agglomération d'Ouled Rahmoune et 100 % dans l'agglomération d'El Guerrah. Le taux de recours des populations ayant une perception des dépenses hautes est différent dans l'ensemble de la wilaya. Le taux

est compris entre 10 et 20 % dans les nouvelles villes de Massinissa et d'Ali Mendjeli, dans le territoire de Constantine et à Oued Hmimim. Le taux est plus élevé dans l'agglomération d'Ouled Rahmoune avec 50 % et d'Ibn Badis avec 60 % (cf. Carte IV.10).

Carte IV.10: Taux de recours selon les perceptions des dépenses de santé dans les agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021



Finalement, le recours aux établissements publics hospitaliers (EPH) montre des différenciations entre certains territoires. Ainsi, les territoires d'Ibn Badis et d'El Guerrah présentent un fort taux de recours des hommes et des femmes. On y retrouve un recours important des populations admettant un niveau d'instruction moyen. Les non affiliés y ont plus recours ainsi que les populations admettant des dépenses de santé haute.

Les territoires des nouvelles villes Massinissa et d'Ali Medjeli présentent un fort taux de recours d'hommes, des populations ayant un niveau d'instruction supérieur et un fort taux des affiliés à la sécurité sociale et des populations percevant leurs dépenses de santé comme haute.

Le reste des territoires présentent des taux de recours équilibrés indépendamment du sexe, du niveau d'instruction ou de l'affiliation à la sécurité sociale.

- **Caractéristiques du recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS)**

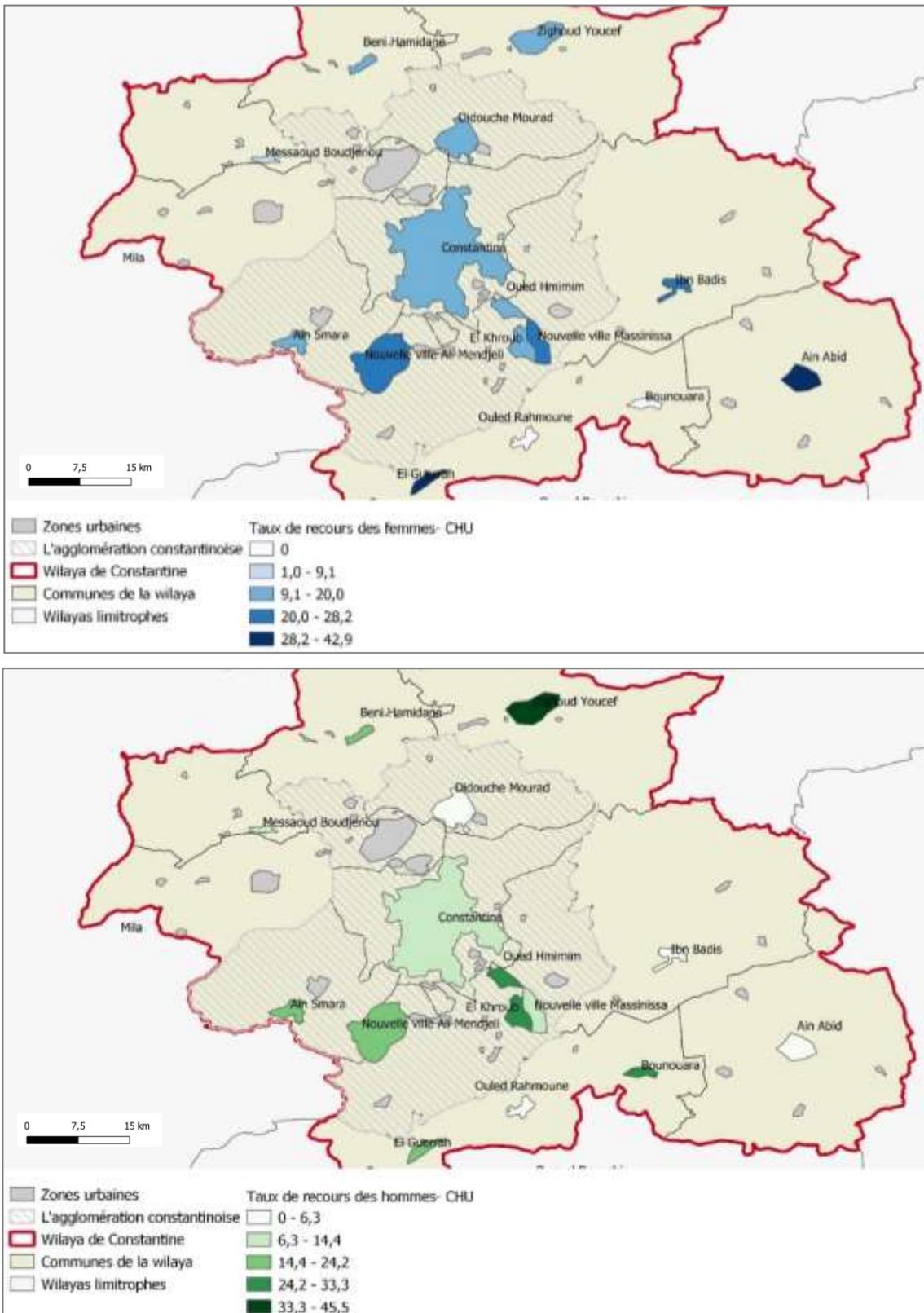
Le recours au centre hospitalo-universitaire (CHU) et/ou les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) est de 18,5 % en troisième intention. Le taux de recours dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) est de 15,3 %. Le taux dans les agglomérations chefs-lieux daïra (ACL D) et les agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C) est de 22,1 % et 13,5 %. Le taux de recours dans les agglomérations secondaires est de 25,5 %. Ainsi, les territoires composant l'agglomération constantinoise ont plus tendance à recourir aux soins. Plus s'éloigne de l'agglomération, plus le recours au centre hospitalo-universitaire est faible.

Le taux de recours selon le sexe montre des différenciations au sein des territoires. Le taux de recours des femmes est de 19,4 %. Au sein des territoires, l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) présente un taux de recours de 16,5 %. Cela reste semblable dans les territoires d'El Khroub, Ain Smara, Didouche Mourad, Beni Hamidane et Oued Hmimim. Des taux supérieurs à 25 % sont observés dans les territoires d'Ain Abid, les nouvelles villes d'Ali Mendjeli et Massinissa. Le plus fort taux est retrouvé dans l'agglomération d'El Guerrah qui présente un taux de recours de 42,8 %. Le taux de recours des hommes est légèrement supérieur aux femmes dans les territoires. Ainsi, il est supérieur à 20 % dans les territoires d'El Guerrah, la nouvelle ville d'Ali Mendjeli, Beni Hamidane, et El Khroub. Le taux le plus fort est

de l'agglomération de Zighoud Youcef avec 45,4 % (cf. Carte IV.11).

Carte IV.11: Taux de recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) selon le sexe

Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021

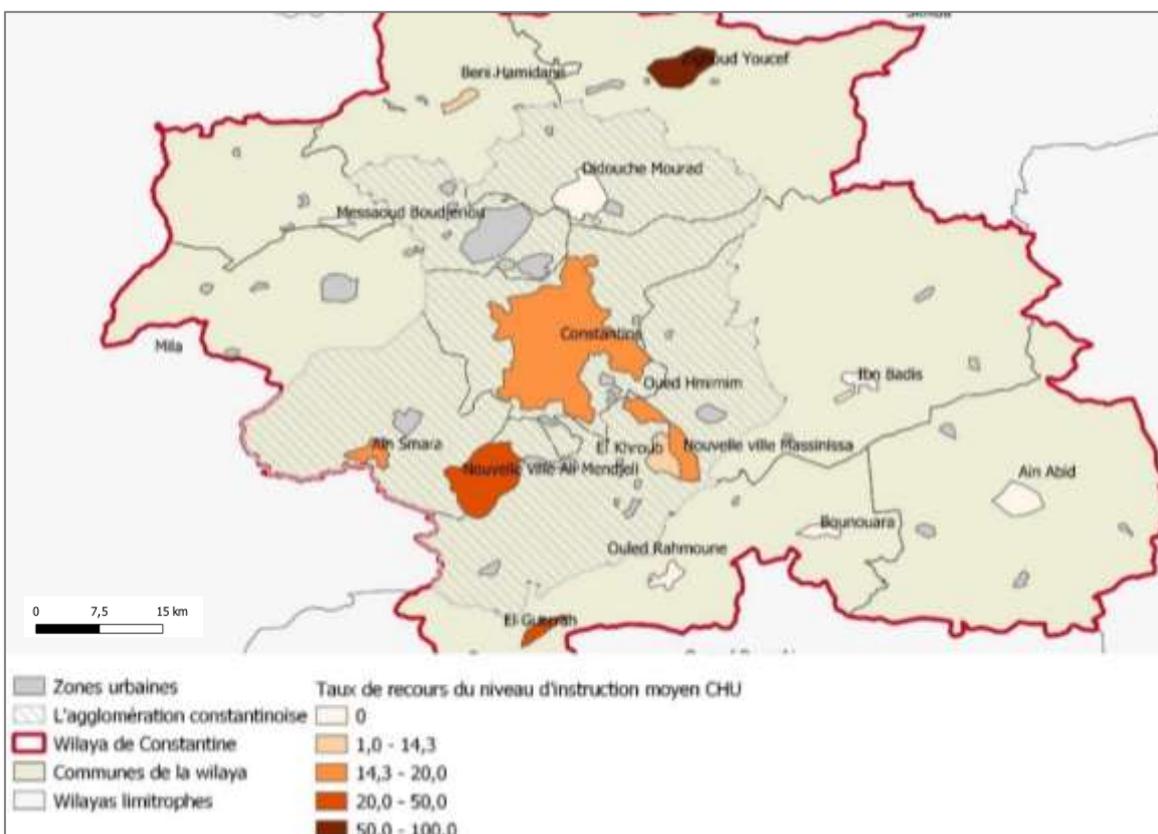
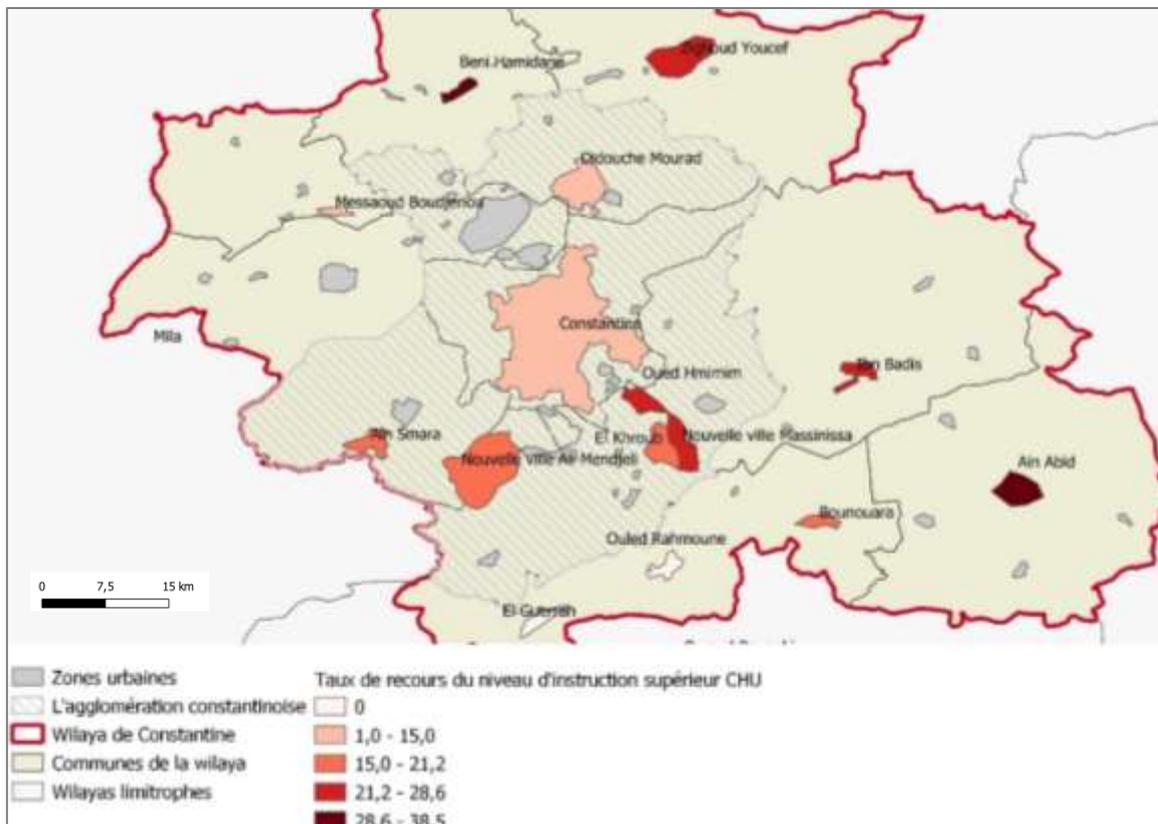


Selon le niveau d'instruction, nous remarquons que les profils admettant un niveau d'instruction supérieur et moyen ont le plus recours aux soins. Le taux de recours des personnes admettant avoir un niveau d'instruction supérieur est de 19,8 % dans l'ensemble de la wilaya. Au sein des territoires, il est nul dans les agglomérations d'Ouled Rahmoune et d'El Guerrah. Il est inférieur à 25 % dans les communes d'El Khroub, Ain Smara, Didouche Mourad, Messaoud Boudjeriou et les nouvelles villes d'Ali Mendjeli et Massinissa. Le taux de recours est supérieur à 30 % dans les agglomérations d'Ain Abid, et de Beni Hamidane. Le taux de recours des populations admettant un niveau d'instruction moyen montre un taux de recours de 17,7 %. Les agglomérations d'Ain Abid, Didouche Mourad, Ibn Badis, Messaoud Boudjeriou et Ouled Rahmmoune présentent un taux de recours nul. Il est compris entre 10 et 20 % dans les territoires de Constantine, El Khroub, Ain Smara, Beni Hamidane et Oued Hmimim. Le taux de recours est total dans l'agglomération de Zighoud Youcef (cf.

Carte IV.12).

Carte IV.12 : Taux de recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) selon le sexe dans les agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021

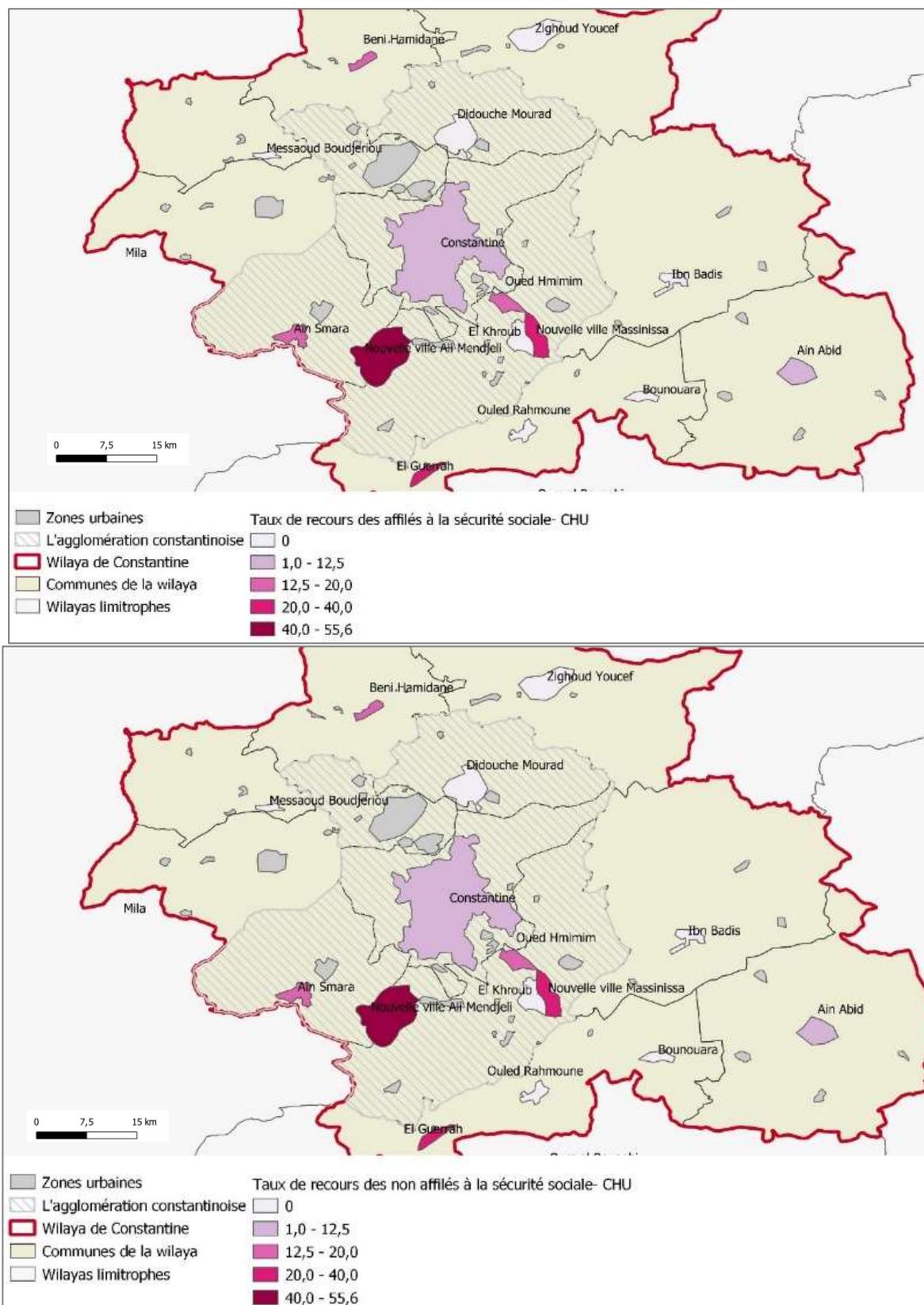


Selon l'affiliation à la sécurité sociale, nous remarquons que le taux de recours de pour les affiliés est de 20,5 % dans la wilaya. Le taux de recours est compris entre 10 et 20 % dans les territoires de Messaoud Boudjeriou, Constantine, Ain Smara, Didouche Mourad, Bounouara et Ain Abid. Il est compris entre 20 et 30 % dans les agglomérations d'El Khroub, Beni Hamidane, Oued Hmimim et El Guerrah. Il est supérieur à 30 % dans les territoires de Beni Hamidane et Zighoud Youcef.

Le taux de recours des non-affiliés est de 12,0 % dans la wilaya. Il est nul dans les territoires d'El Khourb, Zighoud Youcef, Didouche Mourad, Ibn Badis et Ouled Rahmoune, Bounouara. Il est compris entre 9 et 15 % dans les agglomérations de Constantine, Ain Abid, Beni Hamidane et Oued Hmimim. Les taux les plus élevés sont retrouvés dans l'agglomération d'El Guerrah avec 40 % et la nouvelle ville d'Ali Mendjeli avec 55,5 % (cf. Carte IV.13).

Carte IV.13 : Taux de recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) selon l'affiliation à la sécurité sociale

Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021

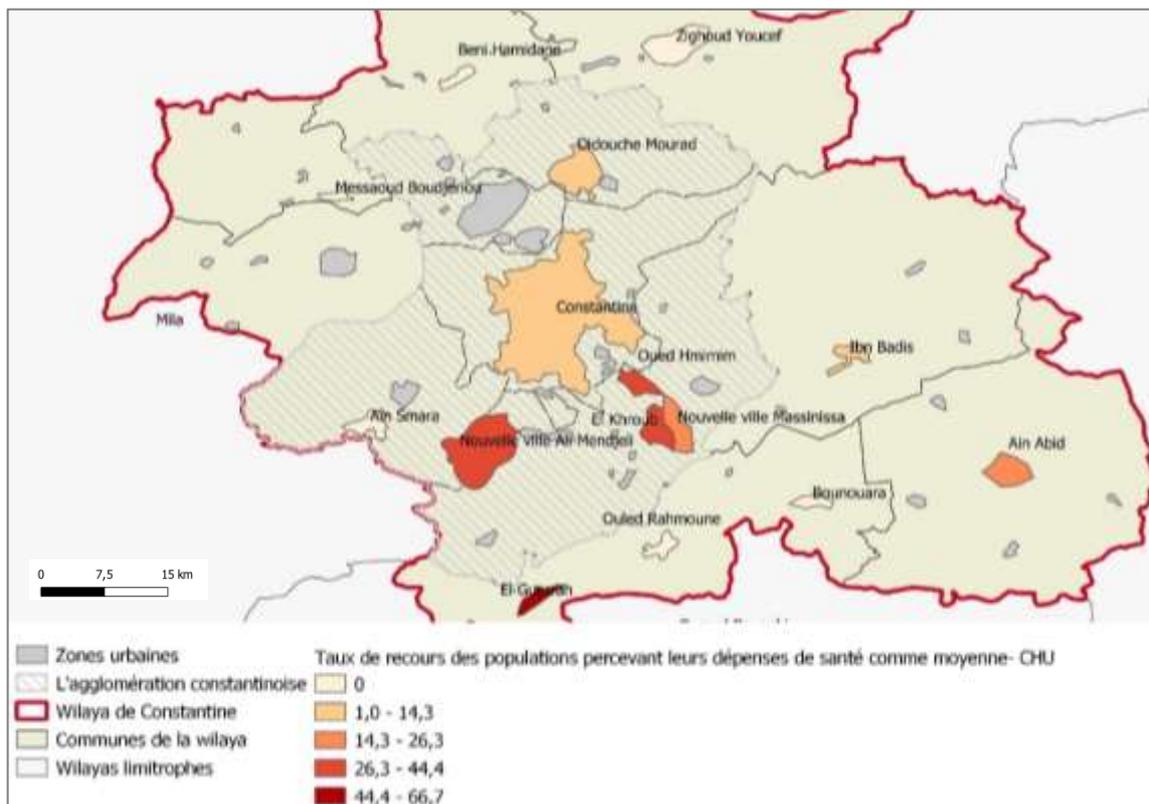
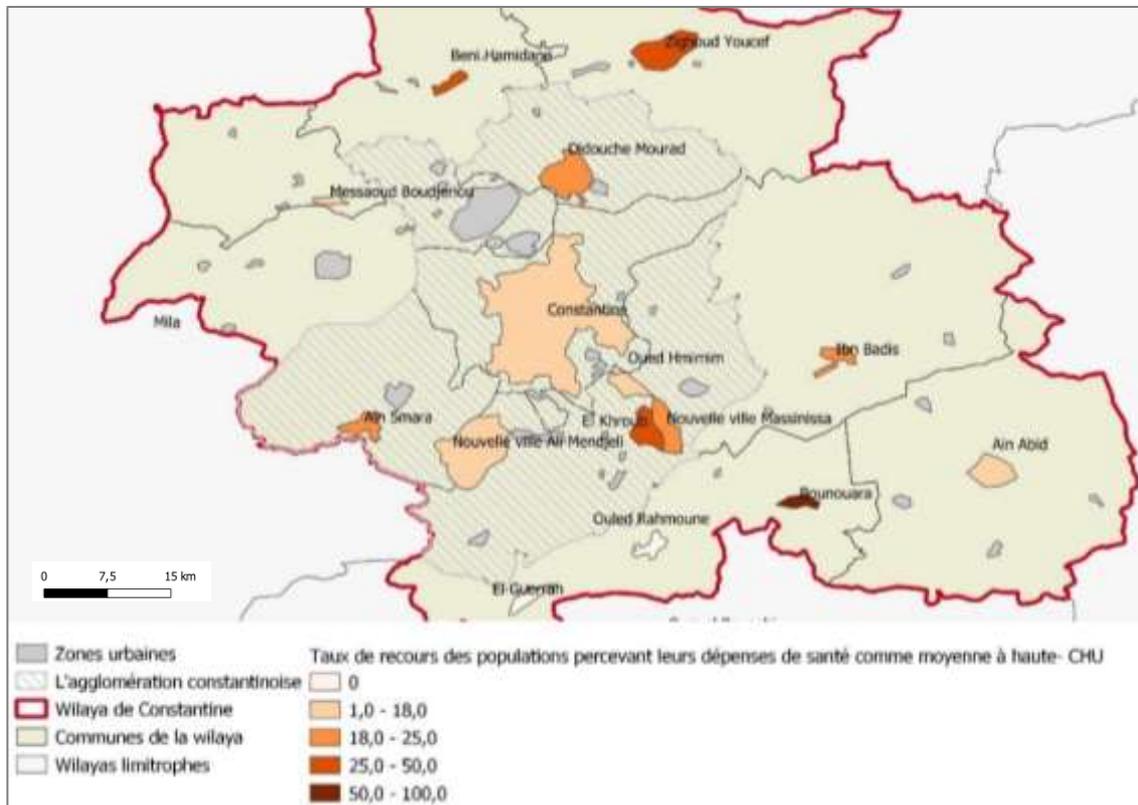


L'analyse selon les dépenses de santé montre que les populations déclarant des dépenses moyenne et moyenne à haute ont plus recours aux soins. Ainsi, le taux de recours des populations admettant leurs dépenses comme moyennes est de 20,8 % dans la wilaya. Au sein des territoires, le taux de recours est compris entre 10 et 25 % dans les agglomérations de Constantine, Ain Smara, Didouche Mourad, Ibn Badis. Il est compris entre 25 et 40 % dans les agglomérations des nouvelles villes d'Ali Mendjeli, Massinissa et Oued Hmimim. Le taux est de 44 % dans l'agglomération d'El Khroub et de 66,7 % dans l'agglomération d'El Guerrah. Le taux de recours des populations déclarant des dépenses de santé comme haute est de 18,9 % dans la wilaya. Il est inférieur à 20 % dans les agglomérations de Constantine, Ain Abid, Messaoud Boudjeriou, la nouvelle ville d'Ali Mendjeli et Oued Hmimim. Il est de 25 % dans les agglomérations d'Ain Smara, Didouche Mourad, Ibn Badis et la nouvelle ville de Massinissa. Il est supérieur à 40 % dans l'agglomération de Zighoud Youcef Beni Hamidane et El Khroub. Il est de 100 % dans l'agglomération d'El Guerrah (cf.

Carte IV.14).

Carte IV.14 : Taux de recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) selon les perceptions des dépenses de santé

Données issues de notre enquête en 2020, réalisé sous QGIS en 2021



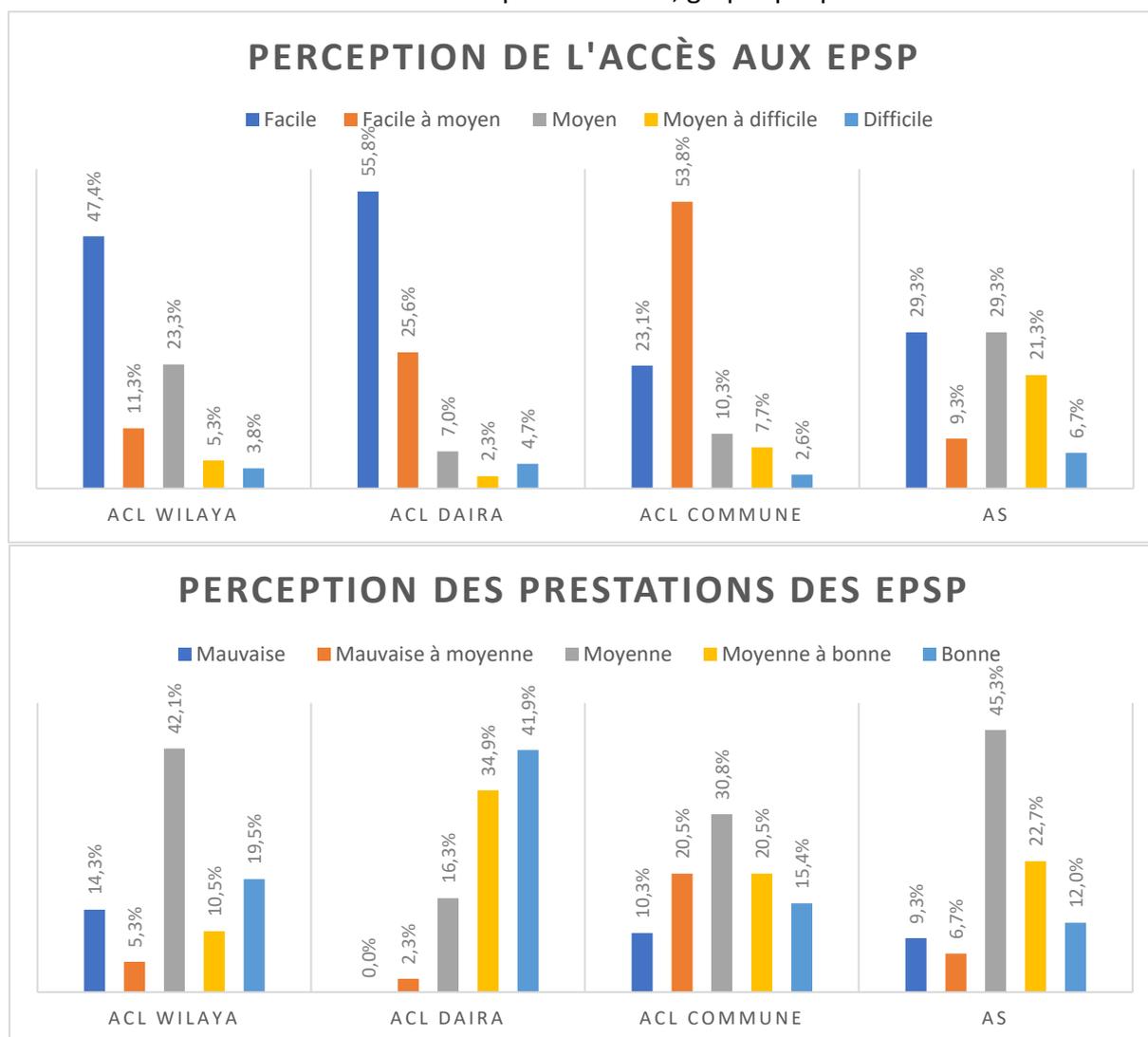
- **Des perceptions d'accès de plus en plus difficile**

Les enquêtés perçoivent les prestations des établissements publics de soins de proximité (EPSP) comme moyennes à 37,5% et bonnes à 20,4%. 18,6% jugent les prestations de soins comme moyennes à bonnes et 10% comme mauvaises.

La perception moyenne est plus forte dans les agglomérations secondaires (45,3%). Le taux est de 42,1% dans l'agglomération chef-lieu de wilaya et 30% dans les agglomérations chefs-lieux de commune. La perception moyenne à bonne est perçu à 34% dans les agglomérations chefs-lieux daïra (ACL D), 20,5% dans les agglomérations chefs-lieux de communes et 22,7% dans les agglomérations secondaires (cf. Graphique IV.13).

Graphique IV.13 : Perception de l'accès et des prestations des établissements publics de soins de proximité (EPSP) au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



La perception de l'accès aux établissements publics hospitaliers (EPH) est perçue par 32,4 % de la population comme moyenne, 19,5 % facile, 12,7 % facile à moyen, 11,8 % moyen à difficile et 12 % difficile. Ce ressenti est partagé par l'ensemble des enquêtés indépendamment de leur lieu d'enquête.

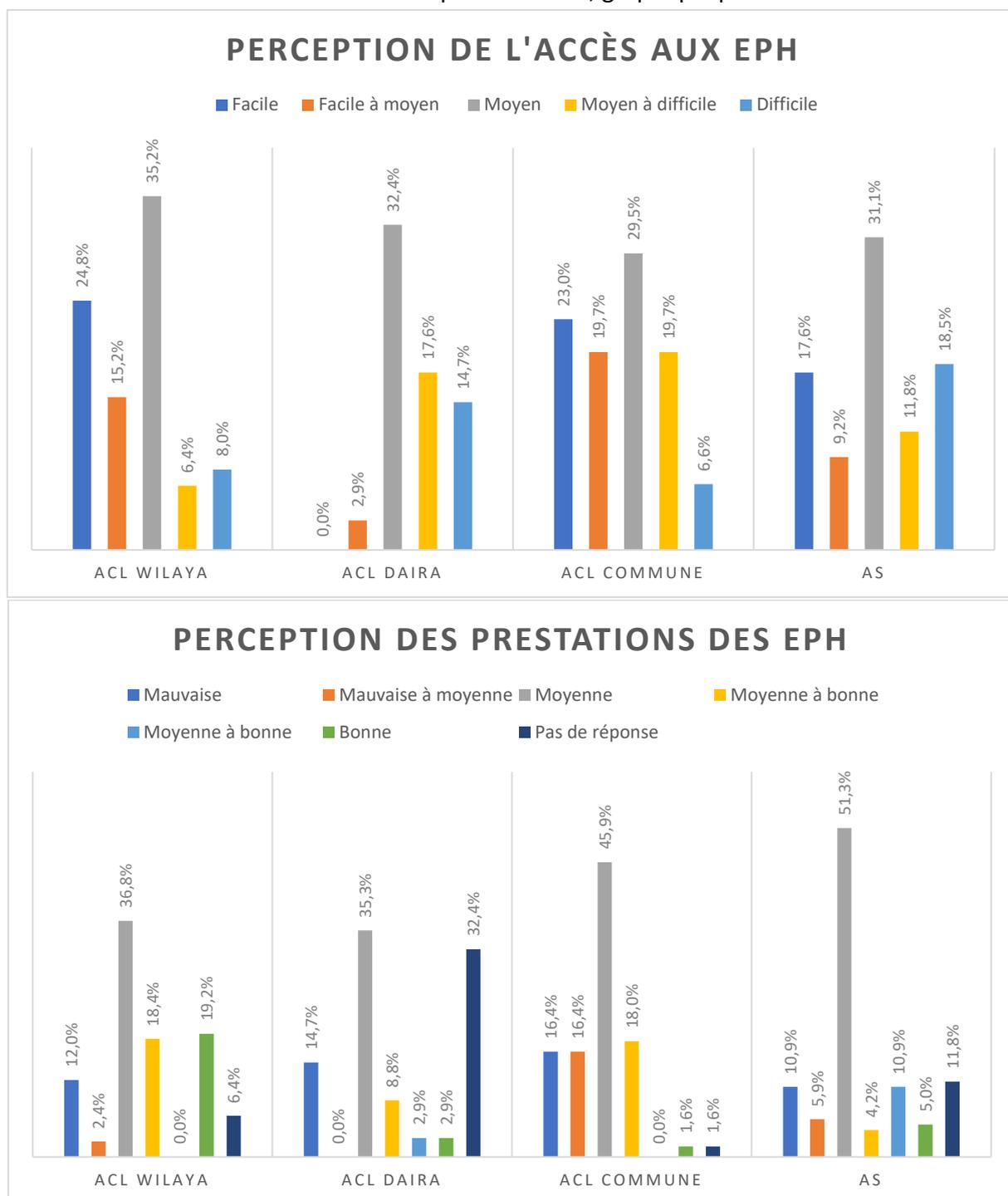
La perception moyenne est plus importante dans l'agglomération chef-lieu de wilaya avec 35 %. Elle représente 32,5 % dans les agglomérations chefs-lieux de daïras (ACL D), 31 % dans les agglomérations secondaires (AS) et 29 % dans les agglomérations chefs-lieux de communes (ACLC). La perception facile est plus présente dans l'agglomération chef-lieu de wilaya, avec 24,8 %. Elle est suivie par les agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C) avec 22,9 % et les agglomérations secondaires avec 17,6 %. La perception difficile est plus présente dans les agglomérations chefs-lieux de Daïras avec 14,7 % et les agglomérations secondaires (AS) avec 18,5 %.

La perception des prestations de soins dans les établissements publics hospitaliers (EPH) montre que les prestations sont jugées moyennes à 43,3 %, moyenne à bonne à 12,4 %, mauvaise à 12,7 %, bonne à 9,5 % et mauvaise à moyenne à 5,9 %.

La perception moyenne est plus présente dans les agglomérations chefs-lieux de daïra (ACL D) et les agglomérations secondaires (AS) avec 45,9% et 51,2%. Les perceptions moyenne à bonne sont plus présentes dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) à 18,4% et les agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C) à 18,0% (cf. Graphique IV.14).

Graphique IV.14: Perception de l'accès et des prestations des établissements publics hospitaliers au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



Au niveau de la perception de l'accès aux soins, lors du recours au centre hospitalo-universitaire (CHU), 28,9 % déplorent un accès complexe, 21,4 % moyen, 16,8 % facile, 12,6 % moyen à difficile, 12,3 % facile à moyen, 7 % ne répondent pas à la question tandis que 0,3 %

dit n'ont pas recours aux soins. La perception difficile est présente principalement dans les agglomérations chefs-lieux de dairas (ACL D) avec 51,6 %. Elle est présente à 29,7 % dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) et 28,5 % dans les agglomérations secondaires (AS).

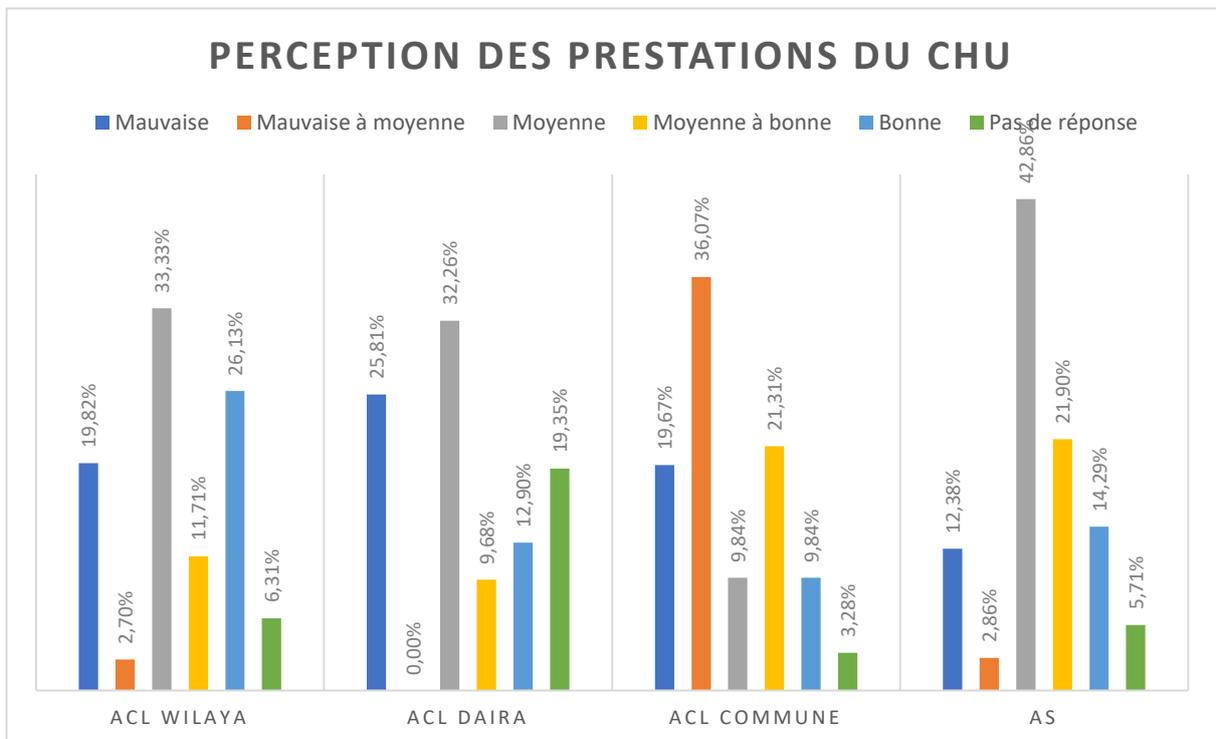
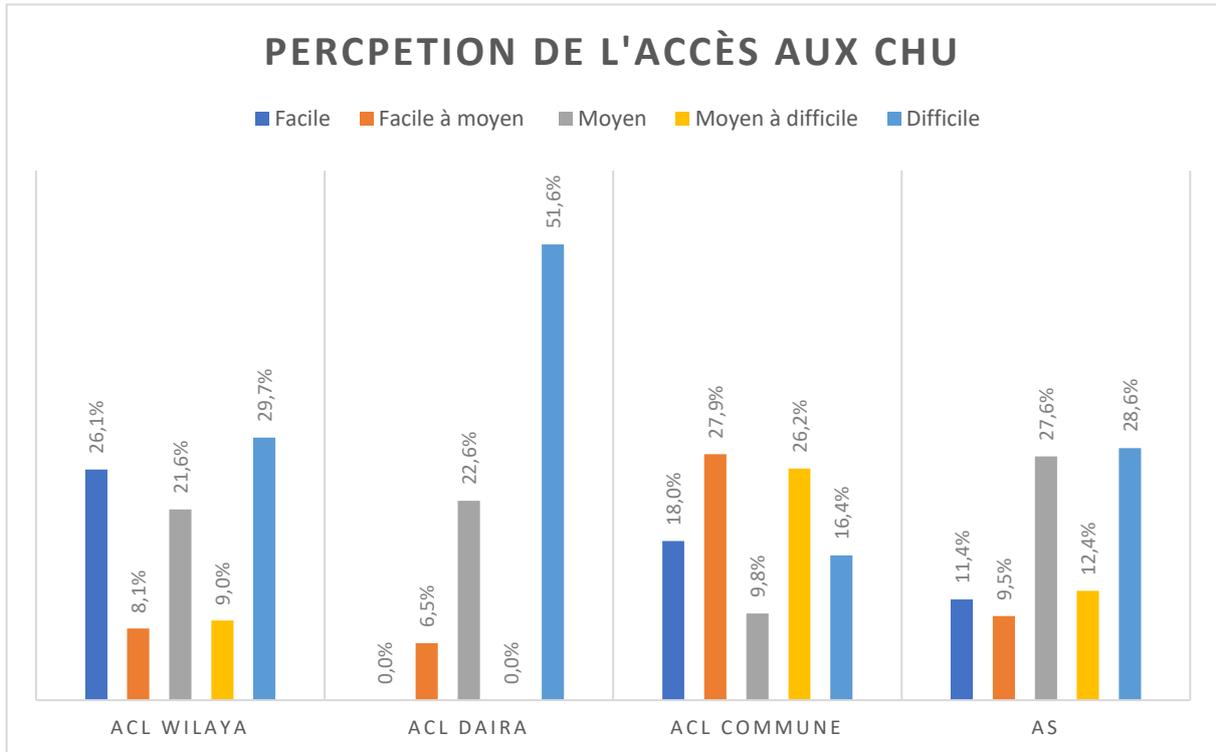
La perception moyenne est perçue dans l'agglomération chef-lieu wilaya (ACL W) à 21,6 %, dans les agglomérations chefs-lieux dairas (ACL D) à 22,5 %, et dans les agglomérations secondaires (AS) à 27,6 %.

La perception des prestations de soins au sein du centre hospitalo-universitaire et/ou les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) montrent qu'une perception moyenne à 31,8 %, une perception moyenne à bonne à 16,8 %, bonne à 17,5 %, mauvaise à 17,7 % et mauvaise à moyenne à 9,1 %.

La perception moyenne est présente à 33,3 % dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), à 32,3 % dans les agglomérations chefs-lieux dairas (ACL D), 42,8 % dans les agglomérations secondaires (AS) et 9,8 % dans les agglomérations chefs-lieux de commune (ACL C). La perception bonne est présente à 26,1 % dans l'agglomération chef-lieu wilaya (ACL W) à 26,1 %, 14,2 % dans les agglomération secondaires (AS) et 12,9 % dans les agglomérations chefs-lieux daïra (ACL D) (cf. Graphique IV.15).

Graphique IV.15: Perception de l'accès et des prestations du centre hospitalo-universitaires (CHU) et des établissements hospitaliers spécialisés (EHS)

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



C. Un secteur aux multiples facettes

Les premiers résultats d'enquête montrent une présence constante du secteur de soins public lors des différentes étapes du recours aux soins. Nous remarquons, d'une part, que le recours aux soins public est intégré de manière directe ou indirecte, au parcours de soins. D'autre part, nous remarquons que le recours aux établissements de soins publics est souvent dicté par rapport à leur influence, leur poids et leur image en matière de qualité de soins et de professionnels de santé.

Il semble donc intéressant de s'attarder sur l'attraction que peuvent avoir certains établissements de soins dans la wilaya. Cela rendra compte d'abord de son influence réelle et de la mettre en relief par rapport à l'image retrouvée chez nos enquêtés.

Lors de notre analyse des champs d'action des structures de soins publiques, nous tenterons de soulever certaines particularités qui illustrent mieux le fonctionnement du système de soins dans la wilaya. Nous mettrons donc en lumière les territoires des établissements de soins de proximité, les territoires des hôpitaux et des établissements hospitaliers spécialisés en matière de volume d'admission et consultations. Les données issues de la direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine (DSP) de 2015 recueillent les activités hospitalières et extrahospitalières des structures de soins. Elle permet de mieux rendre compte du poids des établissements de soins, de leurs champs d'action et de l'afflux des populations.

1. Un ancrage en territoires périphériques des établissements publics de santé de proximité (EPSP)

Le traitement des données à l'échelle des établissements des établissements publics de santé de proximité (EPSP) montre une différenciation spatiale dans le territoire constantinois en matière du nombre de consultations et d'activités d'urgences.

L'analyse du nombre de consultations dans les différents établissements publics de soins de proximité (EPSP) de la wilaya montre que l'établissement public de soins de proximité de Hama Bouziane est le premier avec 306 283 consultations. Il est suivi par les deux établissements publics de soins de proximité (EPSP) de la commune de Constantine à savoir Mentouri et Ben M'hidi avec respectivement 274 875 et 232 105 consultations.

Elles sont suivies par l'établissement public de soins de proximité (EPSP) d'El-Khroub avec

161 540. L'établissement public de soins de proximité (EPSP) d'Ain Abid compte 11 618 et l'établissement public de soins de proximité (EPSP) de Zighoud Youcef 103 153 consultations. Rapporté à la population couverte déclarée en 2015⁵⁴ par la direction de la santé populaire (DSP) de la wilaya de Constantine, le ratio des consultations est de 2 dans l'établissement public de santé de proximité (EPSP) de Zighoud Youcef. Il est de 1,8 dans l'établissement public de santé de proximité (EPSP) d'Ain Abid, de 1,6 dans l'établissement public de santé de proximité (EPSP) de Hamma Bouziane.

Inversement, dans l'établissement public de santé de proximité (EPSP) d'El Khroub, le ratio est de 0,37. Ainsi, les établissements publics de santé de proximité (EPSP) du nord de la wilaya affichent plus de capacité de prestation pour sa population par rapport aux établissements publics de santé de proximité (EPSP) du sud de la wilaya. Le ratio dans les deux établissements publics de santé de proximité (EPSP) de la commune de Constantine Mentrouri et Ben Mhidi reste à proximité de la moyenne de la wilaya (0,97) avec respectivement 1,12 et 0,96 (cf. Tableau IV.1).

Quant aux activités d'urgence, l'analyse montre que le nombre d'activités est plus important dans les établissements publics de santé de proximité (EPSP) d'El Khroub et d'Ain Abid avec 54 260 et 53 410. Cela suppose d'abord que les communes périphériques se reposent plus sur leurs structures de soins de premiers recours à l'inverse de la commune de Constantine. Le rapport à la population montre que l'établissement public de santé de proximité (EPSP) de Zighoud Youcef présente un ratio légèrement supérieur à la moyenne de la wilaya (0,13) avec 0,18. Il est suivi par l'établissement public de santé de proximité (EPSP) d'El Khroub avec 0,12 puis d'Ain Abid avec 0,87. Les ratios dans le reste des établissements publics de santé de proximité (EPSP) sont inférieurs à 0,08 (cf. Tableau IV.1).

⁵⁴ La population de la wilaya en 2015 est estimée à **1 216 869** habitants : *Constantine* : 483 917, *Hamma Bouziane* : 102 549, *Didouche Mourad* : 56 805, *Messaoud Boudjeriou* : 9 992, *Ibn Ziad* : 21 953, *Zighoud Youcef* : 38,917, *Beni Hamidane* 10,454, *El Khroub*: 348 709, *Ain Smara* : 51 093, *Ouled Rahmou* : 31 578, *Ain Abid* : 37 226 et *Ibn Badis* : 23 676 habitants.

Tableau IV.1: Activités de consultation et d'urgence dans les établissements publics de santé de proximité (EPSP) en 2015 dans la wilaya de Constantine

Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015)

EPSP	Population en 2015	Activités de consultation	Ratio consultation	Activités d'urgences	Ratio activités des urgences
<i>Mentouri</i>	243506	272875	1,12	19696	0,08
<i>Ben M'hidi</i>	240411	232105	0,96	16081	0,06
<i>El Khroub</i>	431380	161540	0,37	54260	0,12
<i>Hamma Bouziane</i>	191299	306283	1,60	8104	0,04
<i>Ain Abid</i>	60902	110618	1,81	53410	0,87
<i>Zighoud Youcef</i>	49371	103153	2,08	9365	0,18
Total	1216869	1 186 574	0,97	160 916	0,13

Ces analyses permettent de soulever certains points. Le premier est sans doute l'ancrage de certains établissements publics de santé de proximité (EPSP). Nous remarquons que les établissements publics de santé de proximité (EPSP) périphérique à l'agglomération constantinoise ont plus tendance à absorber les besoins de soins notamment en matière de consultation. Cela se remarque particulièrement dans les établissements publics de santé de proximité (EPSP) d'Ain Abid et de Zighoud Youcef où le ratio des consultations par rapport à la population est presque double.

Le deuxième point est la fracture territoriale constatée entre les découpages sanitaires et les dynamiques urbaines de la wilaya. À titre d'exemple, les populations communes de l'établissement public de santé de proximité (EPSP) de Hamma Bouziane ont moins tendance à recourir à leur hôpital de référence à savoir l'établissement public hospitalier (EPH) de Zighoud Youcef. Cela rejoint le constat du nombre d'amis d'admis dans l'établissement public hospitalier (EPH) d'El Bir qui absorbe ces populations. La raison étant sans doute l'accessibilité, le temps de parcours et la connaissance des structures de soins de références. Cela suppose surtout un rapport plus fort vers les établissements publics de santé de proximité (EPSP).

Le troisième point suppose que les établissements publics de santé de proximité (EPSP) de l'agglomération constantinoise peuvent être moins attractifs en raison de la densité de l'offre de soins. Leur population a la possibilité de recourir à d'autres établissements de soins. En raison d'une offre de soins diversifiée, une meilleure accessibilité et un temps de parcours réduit. Nous pouvons supposer, à titre d'exemple, que la population peut recourir à d'autres établissements de soins comme l'établissement public hospitalier (EPH) El Bir ou le centre hospitalo-universitaire (CHU) et établissements hospitaliers spécialisés (EHS) environnants. Ces derniers peuvent apporter, en raison de leur qualification hautement spécialisée, des réponses aux besoins de santé.

Un quatrième point suppose une image différenciée des établissements de santé de soins de proximité (EPSP). La commune de Constantine peut en être un exemple. La surreprésentation des activités de consultation des deux établissements de santé de proximité (EPSP) de Ben Mhidi et Mentouri suppose une attractivité différenciée. Cela rejoint les propos de nos enquêtés où ils affirment que certains établissements publics de santé de proximité (EPSP) sont mieux que d'autres. Lors de notre immersion au sein de centre de vaccination mère et enfants de l'établissement public de soins de proximité (EPSP) Mentouri, les enquêtés affirmaient que la qualification des professionnels de la santé variait selon les polycliniques. Cette vision est aussi partagée par les populations des communes limitrophes.

« Ça dépend des polycliniques. Parfois, ils sont bons parfois, ils ne sont pas bons du tout. »

Et que dans l'établissement public de soins de proximité de Mentouri :

« On trouve toutes les spécialités... un bon esprit de service... Qualification des médecins et des pédiatres »

2. Une influence différenciée des établissements publics hospitaliers (EPH)

Les mêmes données de la direction de la santé populaire (DSP) montrent les activités hospitalières et extrahospitalières des quatre établissements publics hospitaliers (EPH) de la wilaya de Constantine. Cela concerne les activités de consultation, de chirurgie, de maternité ou d'urgence. Il apparaît, en effet, que l'établissement public hospitalier de Zighoud Youcef (EPH) présente une large activité de chirurgie, de maternité et d'urgence avec 326 883. Il est suivi par l'établissement public hospitalier d'Ali Mendjeli avec 218 251. Les établissements publics hospitaliers d'El Khroub et d'El Bir comptabilisent respectivement 164 551 et 137 096 (cf. Tableau IV.2).

Tableau IV.2 : Activité de Consultation dans les établissements publics hospitaliers (EPH) en 2015 dans la wilaya de Constantine

Source : (Direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine, 2015)

EPH	Population en 2015	Consultations	Ratio consultation	Activités de chirurgie	Ratio activité de chirurgie	Activité de maternité	Ratio activités de maternité	Activités des urgences	Ratio activités d'urgences	Total des activités	Ratio activité
El Bir	483917	51687	0,11	848	0,002	1941	0,004	82620	0,17	137 096	0,28
El Khroub ⁵⁵	266 835	96749	0,36	562	0,002	1657	0,006	65583	0,24	164 551	0,61
Ali Mendjeli	225447	140857	0,62	594	0,003	566	0,003	76234	0,34	218 251	0,97
Zighoud Youcef	240 670	44957	0,19	739	0,003	918	0,004	39599	0,16	326 883	1,36
Total	1216869	334250	0,27	2743	0,002	5082	0,004	264036	0,22	846 781	0,70

⁵⁵ La population couverte par l'établissement public hospitalier (EPH) El Khroub ne comprend pas la population de la nouvelle ville Ali Mendjeli.

Alors que le volume des activités montre une dynamique plus importante en périphérie de l'agglomération constantinoise, il n'en va pas de même en matière de typologie d'activités. À titre d'exemple, l'établissement public hospitalier (EPH) Zighoud Youcef est premier en matière de total d'activité. Toutefois, il présente des chiffres inférieurs aux autres établissements en matière de consultation (44 957) et d'activité d'urgence (39 599).

Le même constat est fait pour l'établissement public hospitalier (EPH) d'Ali Mendjeli qui est deuxième en matière de total d'activité et présente des chiffres inférieurs en matière de maternité (566). Il prend donc en charge 30 % des activités de chirurgie et 38 % des activités de maternité et 31 % d'activités d'urgence.

Cela montre, d'une part, que les activités des établissements publics hospitaliers (EPH) tendent à produire des prestations différenciées. Les établissements publics hospitaliers (EPH) de l'agglomération constantinoise produisent plus des prestations comme la chirurgie et l'activité gynécologiques tandis que les établissements hospitaliers (EPH) de la périphérie ont plus tendance à produire des activités de consultation générale.

Cette tendance rejoint les paroles des enquêtés qui se rendent compte que les hôpitaux ne se valent pas et que l'activité n'est pas synonyme de bonne perception ou de bonne prise en charge. Lors de notre enquête de terrain aux services gynécologiques de l'établissement public hospitalier (EPH) d'El Bir, certaines femmes admettaient venir ici. Le service était meilleur, l'hôpital de la « cité » est plus réputé que celui de Zighoud Youcef. En matière de service d'accouchement, l'établissement public hospitalier (EPH) d'El Bir est parfois meilleur que le centre hospitalo-universitaire (CHU), car ce dernier est submergé.

Certaines déclarent :

« Je suis chanceuse d'avoir été admise dans cet hôpital »

« Je ne connais pas les autres hôpitaux, mais j'ai entendu dire que l'hôpital de nouvelle ville est souvent surchargé et l'hôpital d'El Khroub est meilleur en termes de prise en charge »

La wilaya et plus particulièrement la ville de Constantine renvoient l'image d'un système de soins complexe. Il en va de même des perceptions des habitants. C'est ce que souligne l'attachement des populations à leurs structures de soins, comme à l'établissement public hospitalier (EPH) d'El Bir.

Ce dernier est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Créé en 1994 conformément au décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, l'établissement public hospitalier (EPH) d'El Bir est un établissement issu de l'ex-secteur sanitaire de Constantine. Situé à l'ouest de la ville de Constantine sur un axe routier à pente de 5 %, l'établissement public hospitalier (EPH) ou l'hôpital de la « cité » couvre l'ensemble de la commune de Constantine. L'établissement, d'une capacité de 120 lits répartie en six services, a été implanté au cœur de quartier Boudraa Salah, un quartier ayant abrité des bidonvilles et réhabilité depuis.

Lors de notre travail de questionnaire auprès des patientèles de l'hôpital, nous avons pu rencontrer les professionnels de santé, notamment les services des urgences et de la médecine interne.

Le premier entretien a été accordé par le chef de service des urgences le Pr Khoudja, exerçant depuis plusieurs années, décrit que la situation a changé à la suite d'une mobilisation de la population locale. En effet, l'hôpital a été implanté de façon en 1994 afin de renforcer la couverture sanitaire adoptée. À la suite des réformes des secteurs sanitaires, la décision initiale était de réduire ses services voire sa fermeture définitive et l'ouverture d'un nouvel établissement public de soins de proximité (EPSP) pour la population. La mobilisation citoyenne initiée a permis ainsi de maintenir le statut et la capacité de l'hôpital. Il a permis l'ouverture d'un nouvel établissement public de soins de proximité (EPSP) qui se trouve actuellement à l'opposé de la route nationale 27.

Photo IV.1: Vue sur l'environnement immédiat d l'hôpital dans le quartier Boudraa Salah



Vue sur le quartier El Bir. L'hôpital est situé dans le quartier à proximité de la route nationale 5.

Vue sur le quartier Benchegui au nord de l'hôpital El Bir. C'est l'un des anciens bidnviles de la ville de Constantine. Il est situé à la périphérie de la ville de Constantine, à proximité de la route national 5.



3. Un renoncement aux soins malgré l'offre publique

Les enquêtés admettant recourir au secteur public lors des différentes étapes du parcours aux soins, affirment ne pas trouver d'obstacles particuliers pour accéder aux soins. À la question de savoir s'ils trouvaient des obstacles lors de leurs recours aux soins, 63,1 % affirment ne pas en avoir tandis que 36,8 % admettent le contraire. L'analyse des propos de ces derniers montre principalement un manque qui peut être de forme organisationnelle ou en matière de professionnel de santé, de médecin ou de médicaments :

« J'ai eu besoin de solliciter mes voisins qui travaillent au sein de l'hôpital pour me permettre l'admission de mon enfant. »

« Je n'ai pas été admis pour des raisons que j'ignore à ce jour »,

« Il y a un manque de médecin, un manque de moyens matériels et de médicaments ».

Il existe aussi d'autres maux comme le nombre important de patients, l'encombrement :

« Il y a trop de malades par rapport aux personnels de santé »

« Je ne trouve pas à qui m'adresser »,

« Il y a une absence d'empathie pour le malade »,

« Bureaucratie et manque d'humanisme »

Figure IV.1 : Nuage de mots des personnes admettant avoir des obstacles lors du recours au secteur public

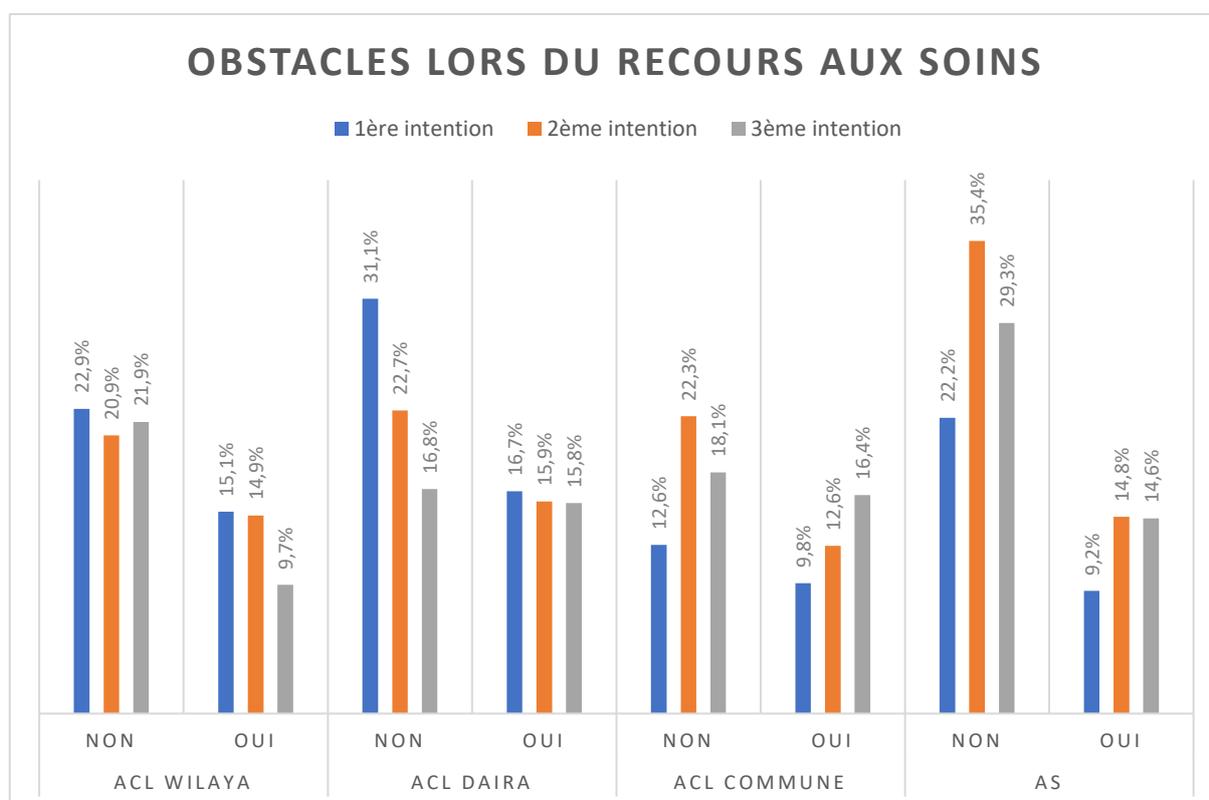


De plus, les enquêtés de l'agglomération chefs-lieux de wilaya (ACL W) ayant recours au public (38,0%), déclarent des épisodes d'échec lors du recours aux soins publics. Ils représentent 15,1% en première intention. En deuxième intention, cela représente 14,9% et en troisième intention 9,7%.

Dans les agglomérations chefs-lieux de Daïra (ACLD), le même rapport est observé. Il représente 16,7% en première intention, 15,9% en deuxième intention et 15,8% en troisième intention. Au sein des agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C), reste quasiment semblable avec 9,8% en première intention, 12,6% en deuxième intention et 16,4% en troisième intention. Au sein des agglomérations secondaires (AS), le taux est de 22,2% en première intention, 35,4% en deuxième intention et 29,3% en troisième intention (cf. Graphique IV.16).

Graphique IV.16 : Déclarations des épisodes d'échec lors du recours aux soins publics au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



Parallèlement, les enquêtés répondant renoncer aux soins est relativement élevé lors des différentes intentions de recours. Au sein des agglomérations chefs-lieux de wilaya (ACLW),

les enquêtés en première intention (38,0%), déclarent à 20,6% renoncer aux soins. En deuxième intention (35,7%), 19,7% renonce à accéder aux soins. En troisièmes intention (31,5%), 17,3% déclarent un renoncement.

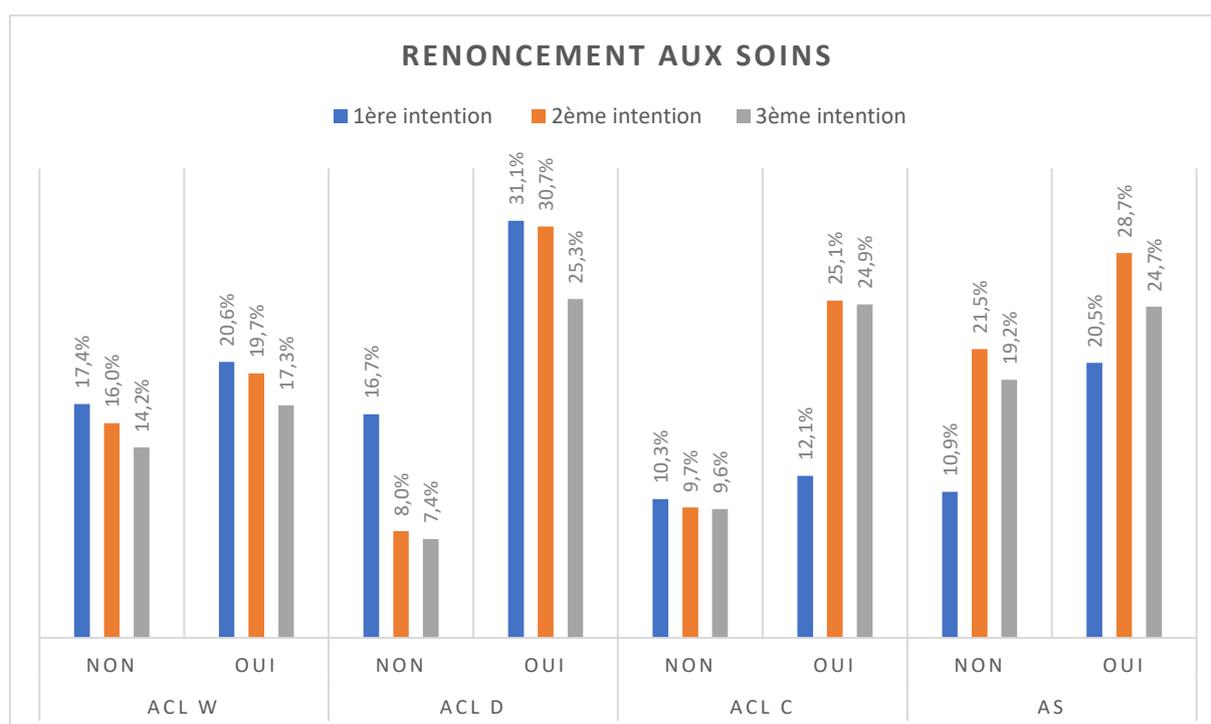
Au sein des agglomérations chefs-lieux de daïra (ACLD), les enquêtés en première intention (47,8%) déclarent à 31,1% renoncer aux soins. En deuxième intention (38,6%), 30,7% renonce à accéder aux soins. En troisièmes intention (32,6%), 25,3% déclarent un renoncement.

Au sein des agglomérations chefs-lieux de commune (ACLC), les enquêtés en première intention (22,4%) déclarent à 12,1% renoncer aux soins. En deuxième intention (34,9%), 25,1% renonce à accéder aux soins. En troisièmes intention (34,5%), 24,9% déclarent un renoncement.

Au sein des agglomérations secondaires (AS), les enquêtés en première intention (31,4%) déclarent à 20,5% renoncer aux soins. En deuxième intention (50,2%), 28,7% renonce à accéder aux soins. En troisièmes intention (43,9%), 24,7% déclarent un renoncement (cf. Graphique IV.17).

Graphique IV.17 : Taux de renoncement aux soins des enquêtés suite à un recours aux soins public

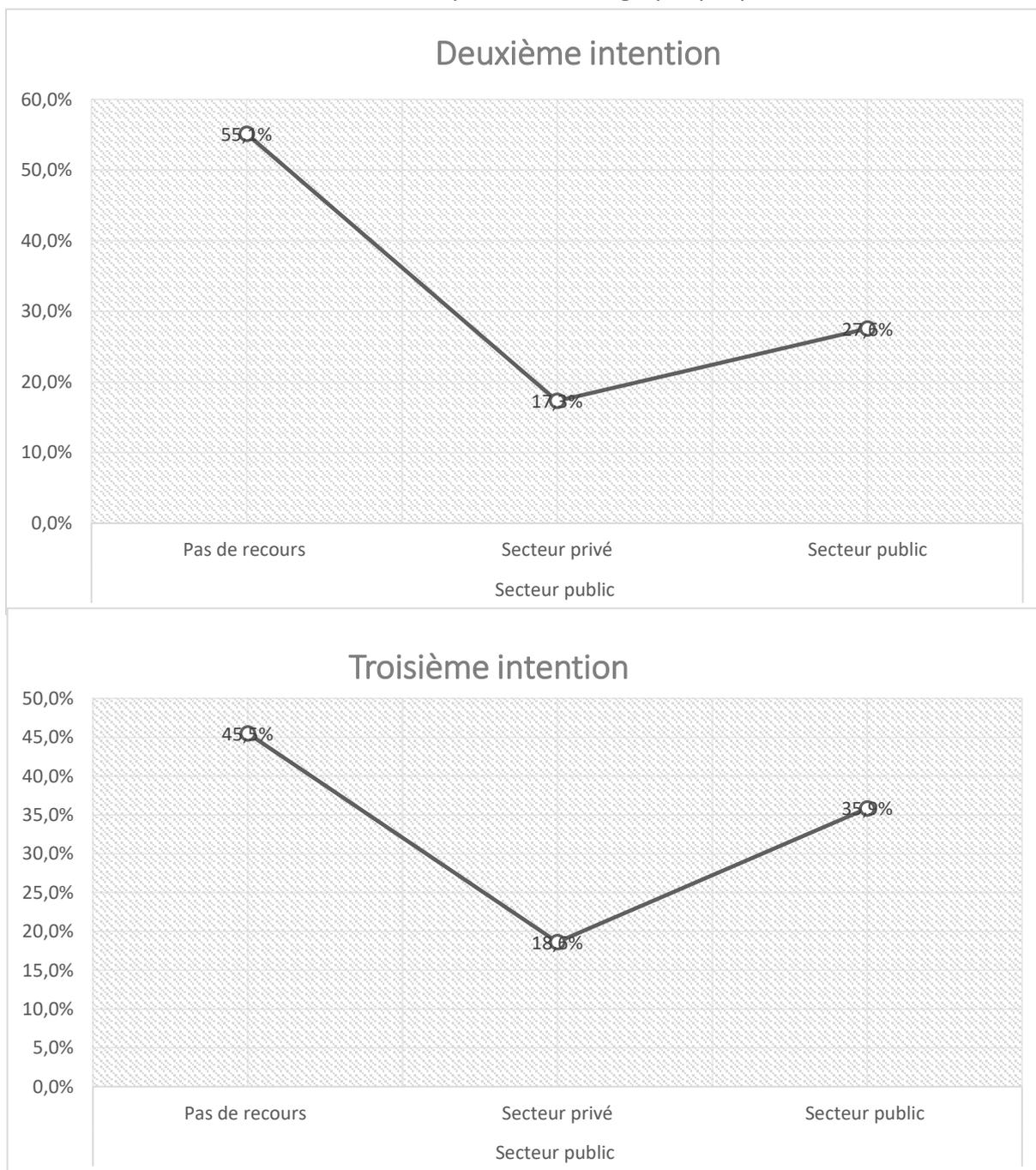
Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



De plus, nous remarquons que les étapes du parcours suite aux recours aux soins sont différenciées où le non-recours reste fortement présent. Sur l'ensemble des enquêtés ayant recours au secteur public (290), 54% n'ont pas recours aux soins en deuxième intention et 54% en troisième intention.

Graphique IV.18 : Intention de recours suite au recours au secteur public

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



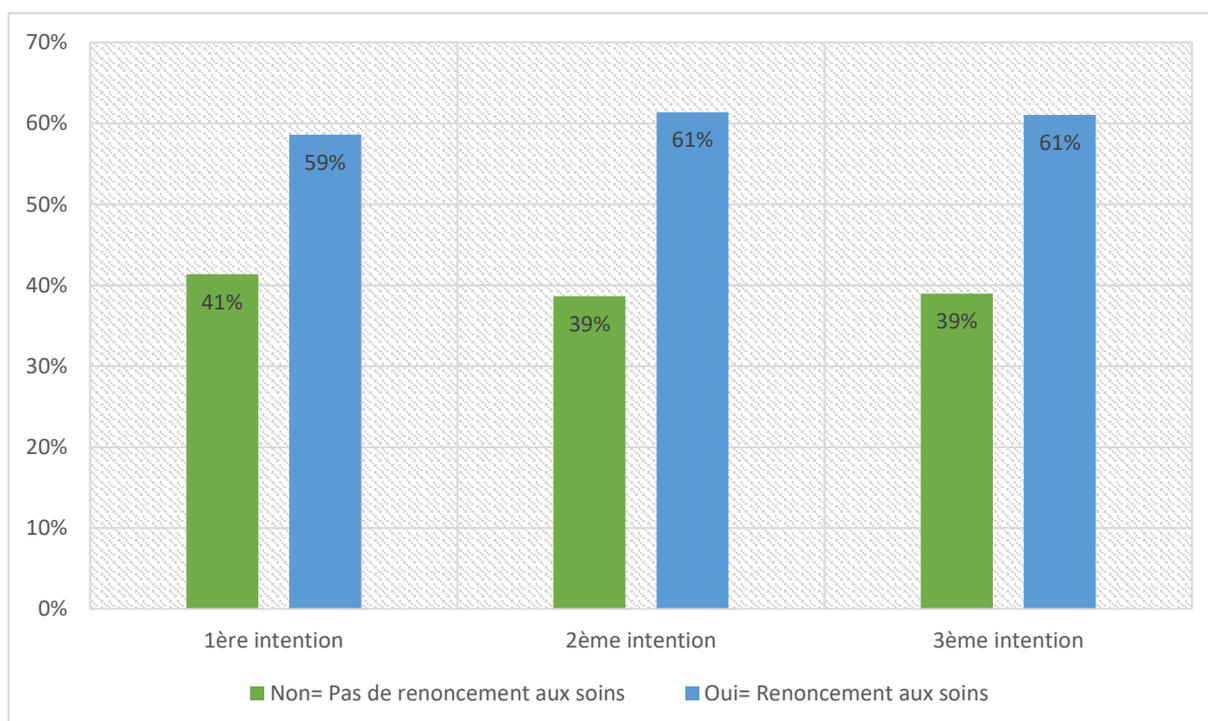
Ce parcours rejoint les déclarations des enquêtés qui admettent renoncer aux soins. En posant la question « vous est-il arrivé de renoncer aux soins ou de les remettre à plus tard ? »

(Question 12), 59% admettent d’y renoncer en première intention, 61% en deuxième et troisième intentions. Sur l’ensemble des enquêtés admettant renoncer aux soins, 34,7% parce qu’ils ne savent pas à qui s’adresser, 25,3% le fait parce que le soin est cher dans le privé et qu’ils n’ont pas l’argent qu’il faut et 22,9% parce que ce soin est inaccessible dans le secteur public (Annexe 24). Ce constat reste fortement présent dans l’agglomération chef-lieu wilaya (ACL W) et les agglomérations secondaires (AS).

De plus, les sans activités professionnelles (CM8) restent toujours les plus impactées avec 22,9% de l’ensemble des enquêtés déclarant renoncer aux soins. Ils sont suivis par les artisans commerçants et chefs d’entreprise avec 17,1%, puis les professions intermédiaires (CM4) et les employés (CM5) avec 14,1%.

Graphique IV.19 : Déclaration des enquêtés sur le renoncement aux soins lors des différentes intentions de recours aux soins

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



La population croissante qui renonce aux soins le fait pour plusieurs raisons. À titre d’exemple, l’un d’entre eux admet :

« Je n’avais pas les relations qu’il fallait pour accéder aux soins ».

Une autre patiente du service de pédiatrie m'expose que son :

« Accouchement était prévu au centre hospitalo-universitaire (CHU), mais le service était en travaux, ils m'ont réorienté vers le privé. »

Une autre ajoute :

« L'établissement public hospitalier (EPH) El Bir m'a orienté vers le privé pour mon fils, ils ne m'ont même pas donné de raison. Puis après avoir sollicité mes relations, ils l'ont finalement accepté de lui réserver une place »

Conclusion

Ce chapitre a permis de présenter les trajectoires de soins des populations lors du recours aux soins public, leurs pratiques et leurs représentations.

D'une part, le recours au secteur public, quel que soit le type des structures de soins est réalisé dans 33,6 % des cas en première intention, 39 % en deuxième intention et 35,6 % en troisième intention.

À cela, nous remarquons qu'un peu plus de la moitié des sondés utilisent leurs propres moyens de transport : 23 % utilisent les transports publics, 13 % utilisent les transports privés, 7 % des transports illicites. Ainsi, le recours aux transports sanitaires ne représente que 1 % des moyens de transport utilisés. Cela montre que les transports sanitaires ne sont pas suffisamment développés.

Le temps de parcours est estimé à une demi-heure par 42 %, à plus d'une demi-heure par 23 % et à une heure pour 24 %. 11 % estiment qu'ils parcourent plus de 1 h 30. Les raisons du choix des structures sont pour 44 % des raisons de proximité, 24 % pour la qualité des prestations, 13 % pour la rapidité d'accès à une prestation, 8 % pour la qualité des prestations.

Pour chaque niveau d'établissement de soins, des enseignements peuvent être tirés. Concernant les établissements publics de soins de proximité (EPSP), le recours aux soins y est fort (66 %) en raison notamment de sa proximité (70 %). Le temps de parcours n'excède pas la demi-heure indépendamment du territoire. Le profil des personnes qui y ont recours est différent en fonction du territoire. À titre d'exemple, les agriculteurs, et les exploitants du secteur primaire dans les communes périphériques à l'agglomération constantinoise ont plus tendance à recourir aux établissements publics de santé de proximité (EPSP). La perception de l'accès et des prestations de soins est différenciée en fonction territoire. Plus nous nous situons au centre de la wilaya, plus la perception de l'accès semble difficile. La même logique est retrouvée dans la perception des prestations de soins.

Au sein des établissements publics hospitaliers (EPH), le recours y est plus présent en deuxième intention en raison notamment de la proximité. Même si le même rapport aux temps et aux moyens de transport utilisés est semblable à celui des établissements publics de soins de proximité (EPSP), nous trouvons que le recours est plus important chez les enquêtes de la commune de Constantine et dans la nouvelle ville d'Ali Mendjeli. La difficulté d'accès et les expériences de refus d'admission se font ressentir, et ce quel que soit le lieu d'enquête. La connaissance, la relation, le manque d'organisation et la défaillance des équipements semblent être les maux systémiques, déplorés par les sondés.

En ce qui concerne le centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS), le recours en deuxième et troisième intentions est plus important. Nous retrouvons ainsi un recours, plus important dans la commune de Constantine et moins importante des communes périphériques à l'agglomération constantinoise. Le recours apparaît difficile dans l'ensemble du territoire de la wilaya pour des prestations jugées moyennes. Ici aussi la même terminologie est présente comme le besoin de relation, la bureaucratie, le manque d'équipements, la surcharge des patients...

Finalement, le recours aux soins public tend, de façon directe ou indirecte, à reproduire le parcours de soins défini par les politiques publiques et suit avec beaucoup de similitudes la hiérarchie des structures de soins. Cela se ressent principalement dans les communes périphériques. Inversement, le parcours diffère en raison de la proximité et de la disponibilité de l'ensemble des structures de soins, notamment dans la ville de Constantine où le parcours

n'est pas coordonné.

Ce parcours est néanmoins impacté par plusieurs expériences d'échec. En effet, les enquêtés admettent dans 62 % des cas des problèmes d'accès à une structure de soins ou une expérience d'échec contre 38 % et 62 % admet renoncer aux soins contre 38 %. Les raisons du renoncement sont principalement l'inaccessibilité du soin dans le secteur public, la cherté de la prestation de soins dans le privé, le manque de connaissance lors du recours aux soins et le manque d'information avec respectivement 26 %, 24 %, 22 % et 15 %.

Malgré la forte présence des établissements de soins publics dans le territoire de la wilaya, il apparaît que le recours n'est pas un gage pour résoudre les problèmes de santé des répondants. Il convient alors d'analyser ce que les répondants disent de leurs recours aux soins privés dans le territoire constantinois.

Chapitre V : Le recours aux soins privés, entre imaginaire et réalité

À l'image de ce qui a été réalisé lors du quatrième chapitre, ce cinquième chapitre portera un regard sur les pratiques et représentations des répondants sur le système de soins privé dans la wilaya de Constantine. L'hypothèse de départ était de cerner leurs pratiques et leurs représentations lors d'un recours aux soins privés. Il s'agit, en effet, de savoir quelle est la tendance de recours aux soins observée parmi les répondants. Quelle est la différence avec le secteur public ? Existe-il des manières différenciées de recourir aux soins privés ? Sont-elles différentes selon que l'on est au centre de la wilaya ou à la périphérie ? Ces pratiques sont-elles partagées par les différentes franges de la population constantinoise ? Existe-il des raisons particulières qui incitent à recourir à cette offre ? Quels regards portent les répondants sur les l'accès et les prestations de soins privés ? Ont-ils eu des expériences différenciées lors de leur recours ?

Au regard des tendances observées dans le secteur public et le secteur privé, y-a-t-il des grandes tendances de recours aux deux secteurs de soins ?

Dans un premier temps, nous aborderons les différentes trajectoires de soins des individus. Basées à la fois sur une lecture en fonction des localisations des répondants dans les communes et dans les agglomérations, nous relèverons les différentes caractéristiques du recours au secteur privé. Dans un deuxième temps, nous présenterons les pratiques et les représentations au sein de chaque établissement de soins à savoir les cabinets privés et les cliniques privées. Le troisième temps rendra compte des dynamiques existantes de ce secteur au sein du territoire de la wilaya de Constantine et entre ce secteur et le secteur public. Le dernier temps de ce chapitre rendra compte des principales tendances identifiées au-delà du recours aux secteurs publics ou privés.

A. Un fort recours aux structures de soins privées de base

Le secteur de soins privé en Algérie est structuré autour de deux composantes : les cabinets privés et les cliniques privées. Nous analyserons dans ce qui suit les caractéristiques socioéconomiques et territoriales de recours aux cabinets et aux cliniques privés.

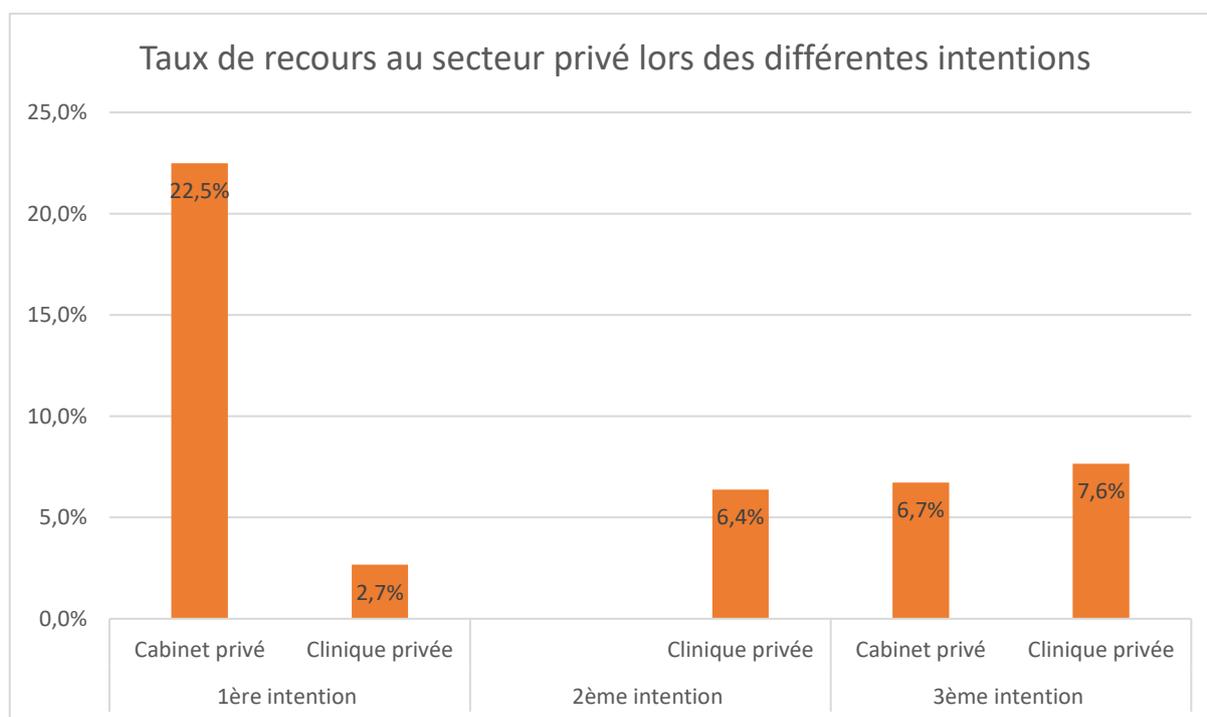
L'analyse des intentions de recours aux soins des individus, montre que le recours au secteur privé toutes structures de soins confondues se positionne au troisième rang. Il

représente 25,4 % lors de leurs premières intentions, 24,9 % lors de leur deuxième et 14,4 % lors de troisième soit respectivement 217, 212 et 124 personnes. Décliné en fonction des structures de soins, les cabinets privés représentent 22,5% et les cliniques 2,7% en première intention. En deuxième intention, le recours aux cabinets privé est de 18,2% et aux cliniques privées de 6,4% tandis qu'en troisième intention, le recours aux cabinets privés est de 6,7% et aux cliniques privées de 7,6% (cf. Graphique V.1).

Pour rappel, le recours au secteur public représente 34,0% en premier recours, 39,9% en deuxième recours et 35,7% en troisième recours soit respectivement 290, 339 et 308 personnes (Annexe 23).

Graphique V.1 : taux de recours aux structures de soins privées

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021

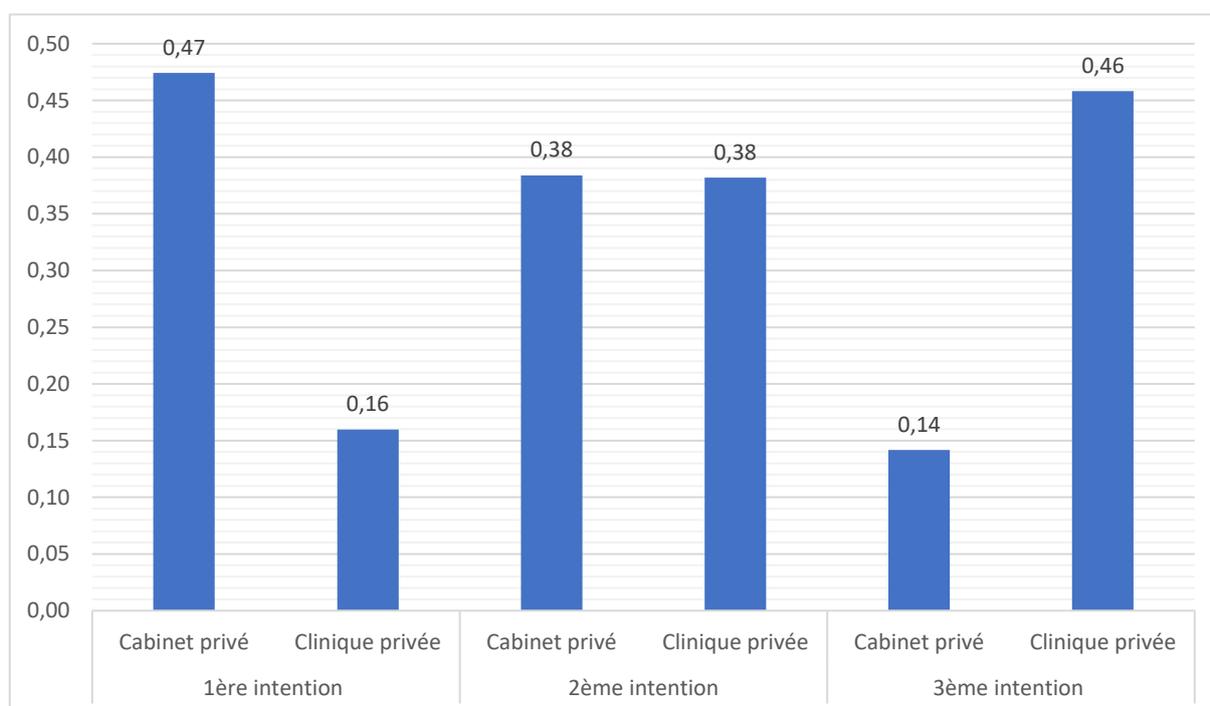


Le recours aux cabinets privés reste majoritaire durant la première et deuxième intention. Toutefois, cette tendance s'inverse lors de la troisième intention qui voit le recours vers les cliniques privées légèrement plus important par rapport aux cabinets privés. Cette tendance montre un parcours vers les prestations privées. Ainsi, lors d'une première intention, le recours aux cabinets privés représente 89,4 % du total du recours au secteur privé tandis que le recours vers les cliniques représente 10,6 %. La tendance persiste lors de la deuxième intention où le recours aux cabinets privés représente 74 % contre 25 % pour les cliniques

privées. Lors de la troisième intention, le recours vers les cliniques privées affiche une légère supériorité avec 53 % contre 46 % pour les cabinets privés. Lors d'un quatrième ou un cinquième recours, la tendance se confirme vers un recours aux cliniques privées par rapport aux cabinets privés. La quatrième intention affiche un rapport de 81 % pour les cliniques privées contre 19 % pour les cabinets privés et la cinquième intention affiche un rapport de 76 % pour les cliniques privées contre 23 % pour les cabinets privés (cf. Graphique V.2).

Graphique V.2 : Fréquence relative des intentions des enquêtés lors du recours aux cabinets privés et des cliniques privées

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



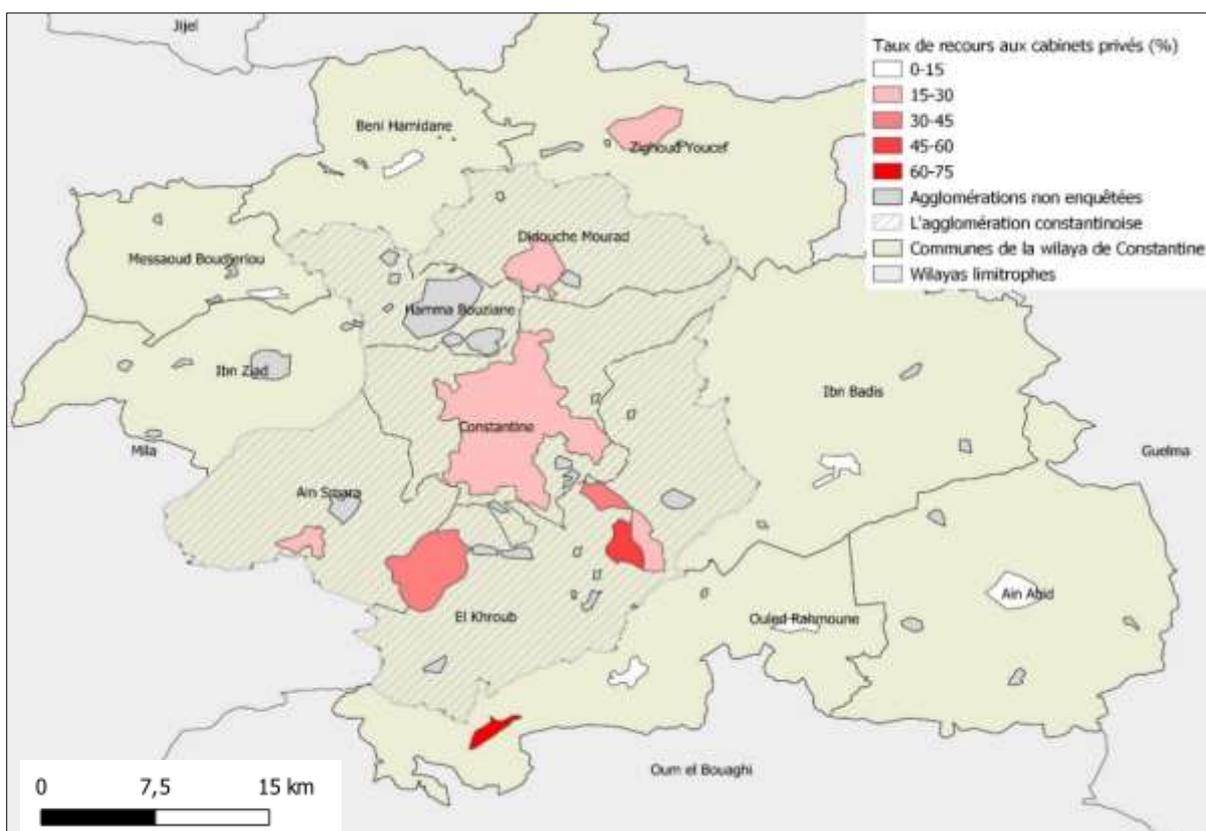
- **Un important premier recours vers les cabinets privés essentiellement localisés dans l'agglomération constantinoise**

Le recours au secteur privé se fait principalement dans les territoires de l'agglomération constantinoise. Le recours aux cabinets privés en première intention montre un fort taux de recours dans les agglomérations situées au sud de la commune de Constantine. Ainsi, les communes d'Ain Abid, Beni Hamidane, Messaoud Boudjeriou, Ibn Badis et Ouled Rahmoune présentent un taux de recours inférieur à 6,4 %. Les communes d'Ain Smara, Constantine, Didouche Mourad, Zighoud Youcef, présentent un taux de recours avoisinant les

20 %. Les taux de recours les plus importants sont retrouvés dans les communes d'El Khroub et d'Ouled Rahmoune, où il est supérieur à 30 %. L'analyse des agglomérations composant ses communes montre, par ailleurs, des taux de recours élevés aux cabinets privés. Ainsi, l'agglomération d'El Khroub présente un taux de recours de 46,9 % tandis que la nouvelle ville d'Ali Mendjeli et d'Oued Hmimim présente un taux de recours de 39,6 % et 40,8 % (cf. Carte V.1).

Carte V.1 : Taux de recours aux cabinets privés des enquêtés lors de la première intention de recours aux soins

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



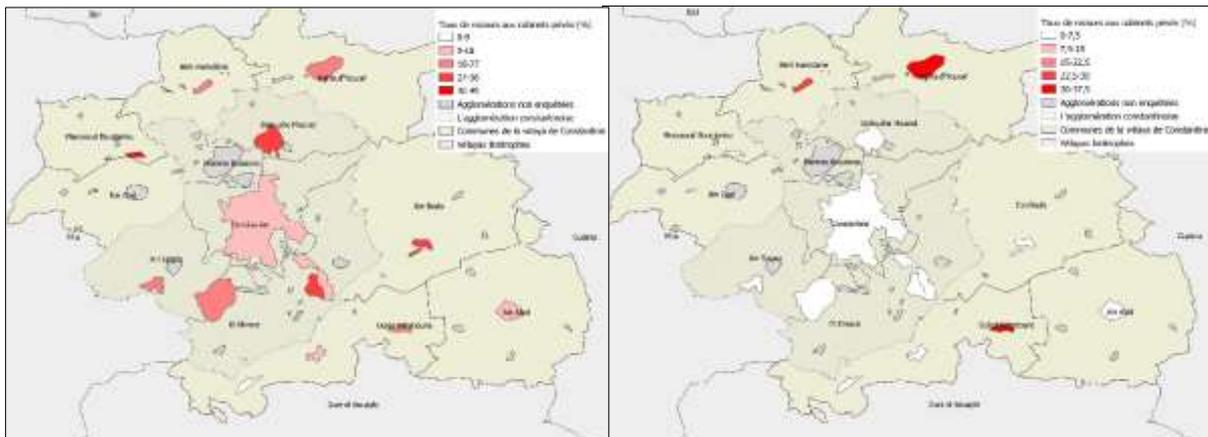
En deuxième intention, le taux de recours s'équilibre sur l'ensemble du territoire. Ainsi, les communes d'Ain Abid et de Constantine présentent un taux de recours entre 10 % et 12 % tandis que les restes des communes présentent un taux de recours entre 20 et 25 %. Les communes de Messaoud Boudjeriou Ibn Badis et El Khroub présentent les plus forts taux de recours qui varient entre 34,6 % et 45,5 %.

Lors de la troisième intention de recours, les taux de recours restent faibles dans l'ensemble des communes, soit inférieurs à 7 %. Seules les communes de Zighoud Youcef et

l'agglomération de Bounouara présentent de forts taux avec respectivement 31,3 % et 37,5 % (cf. Carte V.2).

Carte V.2 : Taux de recours aux cabinets privés des enquêtés lors de la deuxième et troisième intention de recours aux soins

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



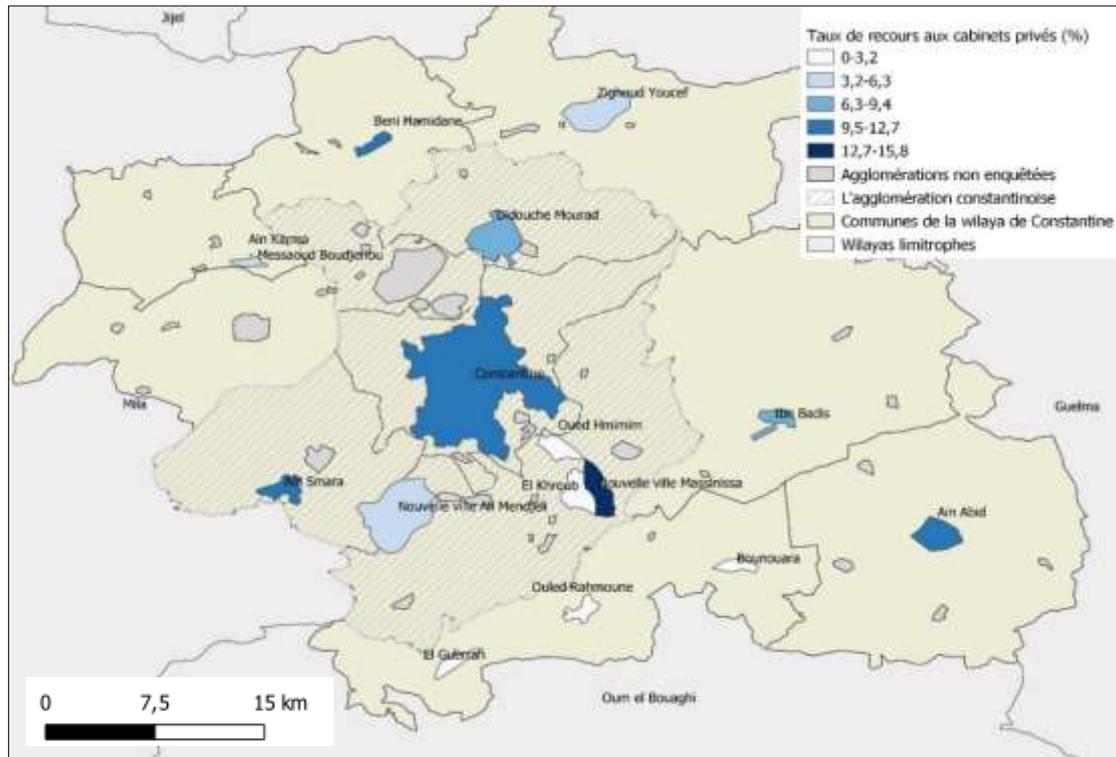
Le taux de recours aux cliniques privées, en troisième intention, montre un recours plus important dans certains territoires de la wilaya. Ainsi, la nouvelle ville de Massinissa, la commune d'Ain Abid, les communes d'Ain Smara et de Beni Hamidane présentent un taux de recours entre 10 à 15 %. Les communes de Didouche Mourad, Constantine, Ibn Badis et Zighoud Youcef présentent des taux entre 5 et 9 % (cf.

Carte V.3).

Lors de la première et deuxième intention où le recours aux cliniques était faible, le taux de recours reste inférieur à 20 %. À titre d'exemple, le taux de recours lors de la deuxième intention est le plus élevé dans l'agglomération d'Oued Hmimim (18,4 %) tandis que les autres territoires présentent des taux inférieurs à 9 % (cf. Carte V.4).

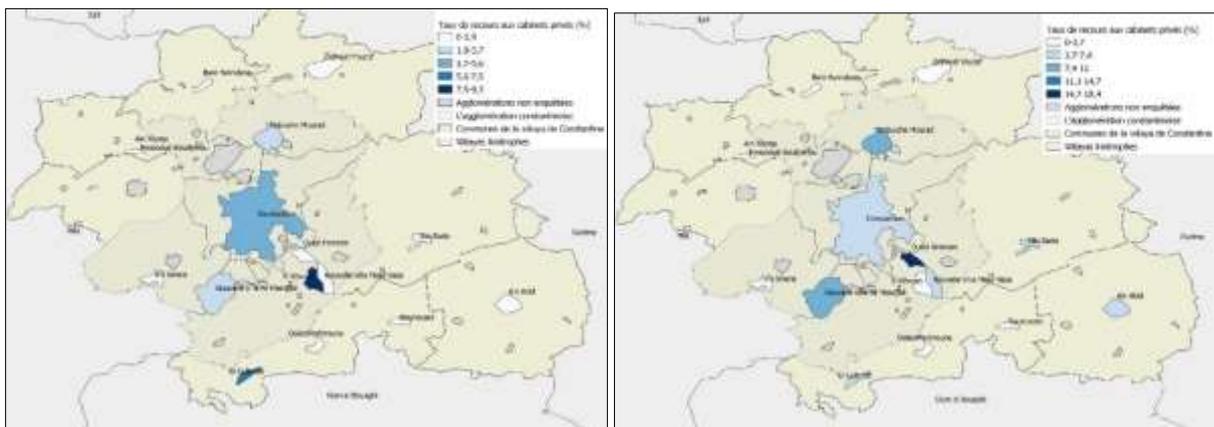
Carte V.3 : Taux de recours aux cliniques privées des enquêtés lors de la troisième intention de recours aux soins

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



Carte V.4: Taux de recours aux cliniques privées des enquêtés lors de la première et deuxième intention de recours aux soins

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



Ainsi, le recours au secteur privé se fait en premier lieu vers les cabinets privés. Au fur et à mesure des besoins de santé, le recours aux cliniques privées est plus important (Annexe 23).

- **Caractéristiques du recours aux cabinets privés**

Le recours aux cabinets privés est plus important lors des premières intentions où il représente 22,5 % en première intention, 18,2 % en deuxième intention et 6,7 % en troisième intention.

Le taux de recours aux soins privés selon le sexe montre un taux de recours plus élevé des femmes que des hommes. Ainsi, le taux de recours en première intention est de 12,1 % chez les femmes contre 10,3 % chez les hommes. En deuxième intention, le taux de recours des femmes est de 9,8 % contre 7,8 %. En troisième intention, le recours des femmes est de 2,2 % contre 1,2 % pour les hommes.

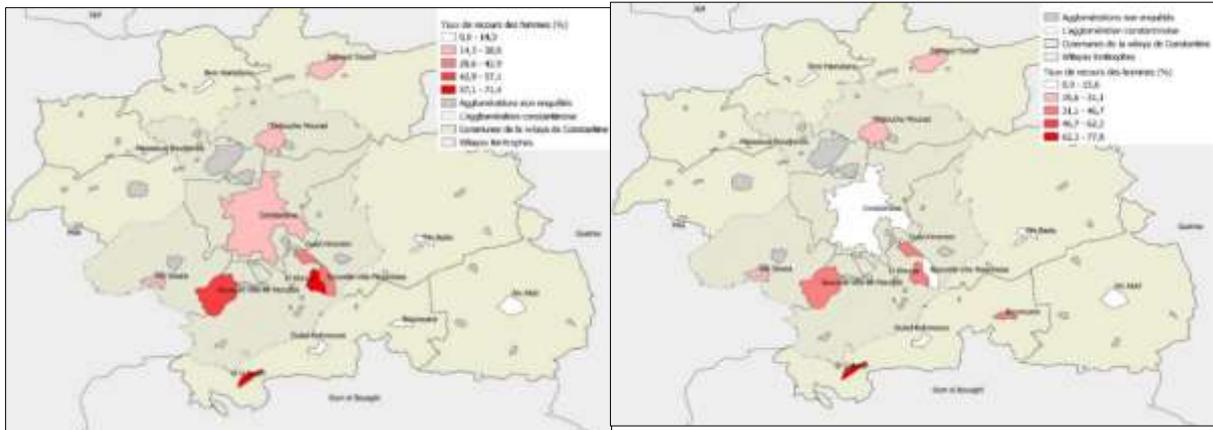
Déclinés en fonction du type de structures, nous remarquons que les femmes continuent à représenter une part plus importante de recours aux cabinets privés et aux cliniques privées lors des différentes phases de recours.

Au niveau territorial, le taux de recours des hommes et des femmes aux cabinets privés est différencié. Ainsi, le taux de recours des femmes est en dessous de 20 % dans les communes d'Ain Abid, Beni Hamidane, Didouche Mourad, Zighoud Youcef, Messaoud Boudjeriou, et Ouled Rahmoune. Il varie entre 20 et 40 % dans les communes d'Ain Smara, Constantine, la nouvelle ville d'Ali Mendjeli, la nouvelle ville de Massinissa et d'Oued Hmimim. Le taux de recours des femmes est supérieur à 30 % dans les communes d'El Khroub et l'agglomération d'El Guerrah.

Parallèlement, le taux de recours des hommes est inférieur à 10 % dans les communes d'Ain Abid, Ben Hamidane, Ibn Badis, la nouvelle ville de Massinissa et la commune d'Ouled Rahmoune. Le taux est compris entre 10 et 30 % dans la commune de Constantine, Didouche Mourad, El Khroub et la nouvelle ville d'Ali Mendjeli. L'agglomération secondaire d'El Guerrah présente le plus fort taux de recours avec 77 % (cf. Carte V.5).

Carte V.5 : Taux de recours aux cabinets privés des femmes et des hommes en première intention

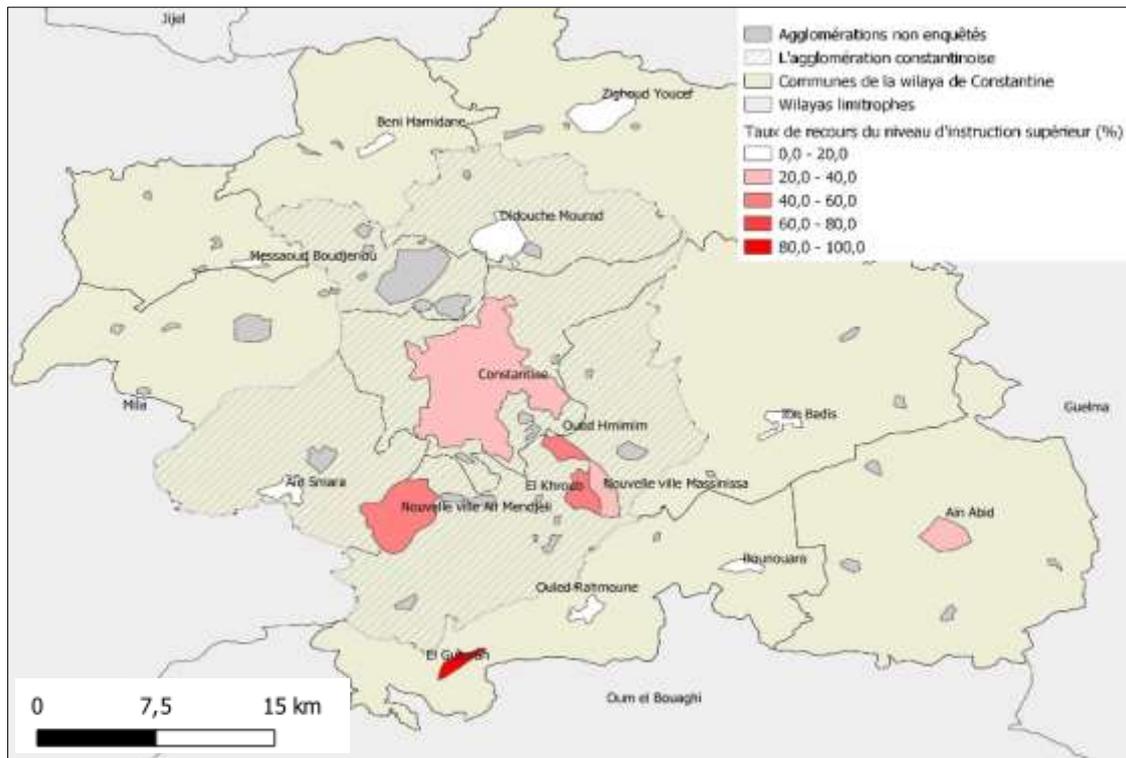
Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



L'analyse du taux de recours aux cabinets privés selon le niveau d'instruction montre que les niveaux d'instruction supérieurs, moyens et secondaires sont les plus nombreux à y recourir en première intention. Il représente respectivement 26,1 %, 20,7 % et 19,6 %. Si l'on envisage les répondants déclarant un niveau d'instruction supérieur, force est de constater que les communes situées au sud de l'agglomération constantinoise présentent un taux de recours plus important aux cabinets privés, tandis que les répondants des communes de Constantine et du nord ont un taux de recours inférieur à 20 %. Ainsi, les communes d'El Khroub, la nouvelle ville d'Ali Mendjeli, l'agglomération secondaire El Guerrah et l'agglomération d'Oued Hmimim présentent un taux de recours supérieur à 45 %. Les communes d'Ain Abid, Ain Smara, Constantine, Didouche Mourad et Zighoud Youcef présentent un taux de recours inférieur à 23,1 % (cf. Carte V.6).

Carte V.6 : Taux de recours aux cabinets privés des enquêtés déclarant avoir un niveau d'instruction supérieur au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023

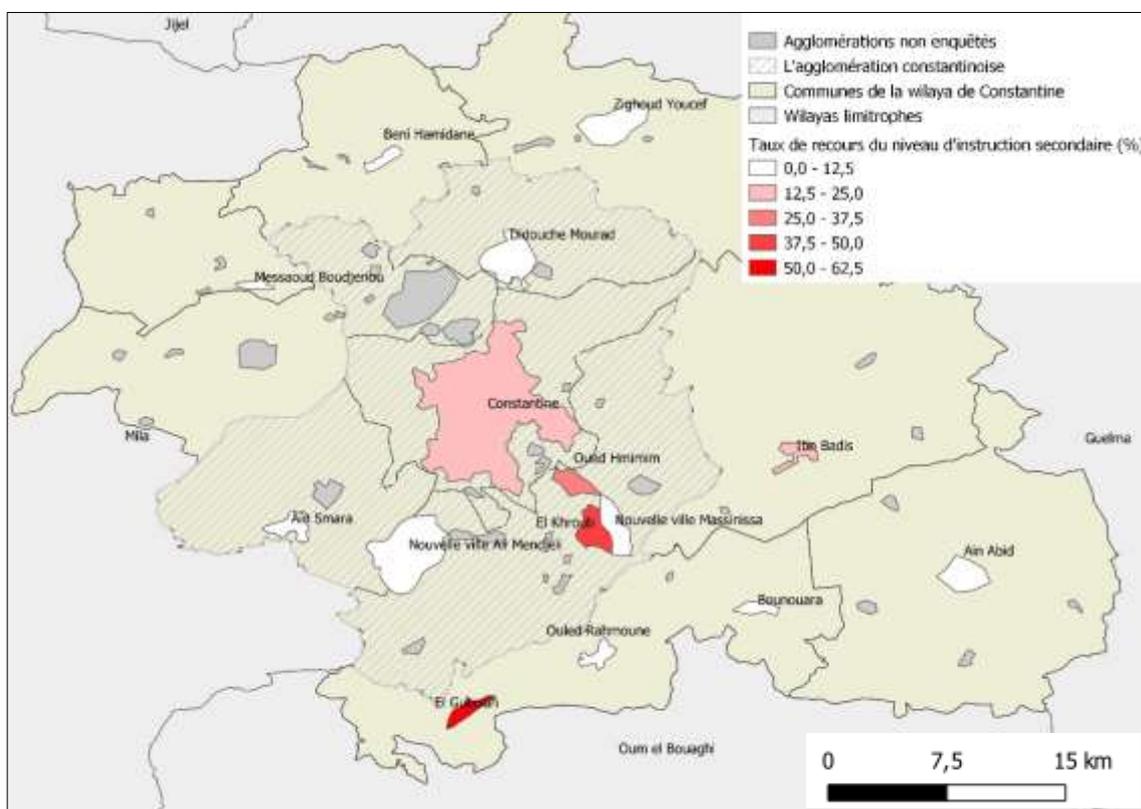


Les répondants déclarant un niveau d'instruction moyen semblent avoir les mêmes comportements que ceux déclarant un niveau d'instruction supérieure. Ainsi, les répondants des communes périphériques à l'agglomération constantinoise ont plus tendance à recourir aux cabinets privés. Les répondants des communes d'Ain Smara, Zighoud Youcef, El Khroub et l'agglomération d'Oued Hmimim ont un taux de recours compris entre 33,3 % et 50 % tandis que les communes d'Ain Abid, Beni Hamidane, Ibn Badis et Ouled Rahmoune présentent un taux de recours inférieur à 7,1 % (cf. Carte V.7).

Les enquêtés déclarant un niveau d'instruction secondaire présentent plus de différences avec les répondants déclarant un niveau d'instruction supérieure. En effet, seuls les répondants de certaines communes ont recours aux cabinets privés durant la première intention. Ainsi, ceux des communes de Constantine, Didouche Mourad et Ibn Badis sont caractérisés par un taux de recours de 19,6 %, 9,1 % et 20 % tandis que les répondants des communes d'El Khroub et des agglomérations d'El Guerrah et Oued Hmimim présentent un taux de recours de 37, 50 et 62,5 %.

Carte V.7_: Taux de recours aux cabinets privés des enquêtés déclarant avoir un niveau d'instruction secondaire

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



L'analyse du taux de recours aux cabinets privés selon la perception du niveau de revenu montre que les personnes admettant percevoir un revenu moyen, ou moyen à haut ou faible à moyen ont plus recours aux cabinet privés. Ils sont respectivement 7,5%, 3,9% et 3,7% à le faire.

Le taux de recours des personnes ayant une perception moyenne de leurs revenus sont répartie de façon différenciée dans le territoire. En effet, les territoires de l'agglomération constantinoise ont un taux de recours faible entre 5 et 17% tandis que les territoires périphériques sud présentent un taux de recours entre 33 et 47%. A titre d'exemple, le taux de recours aux cabinets privés des répondants de la commune de Constantine est égal à 12,4%, tandis que la commune de Didouche Mourad est caractérisée par un taux de recours aux cabinets privés de 16,7%. La commune d'El Khroub ainsi que l'agglomération secondaire de Bounouara présentent quant à elles un taux de recours aux cabinets privés égal à 33,3%.

L'analyse du taux de recours aux cabinets privés en fonction de la perception des

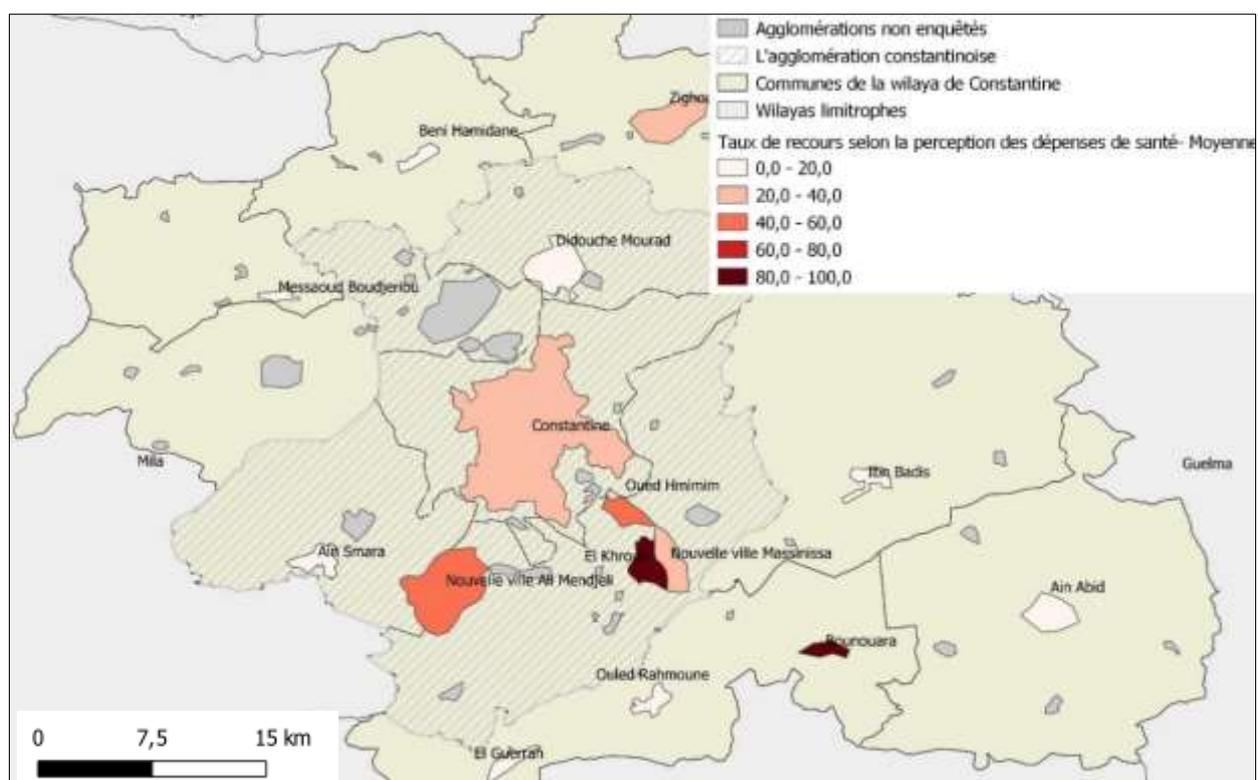
dépenses de santé des répondants montre que les personnes percevant leurs dépenses de santé comme hautes, moyennes, moyennes à hautes ont plus recours aux cabinets privés. Ils le font respectivement à hauteur 6,7%, 6,1%, 4,5%.

Le taux de recours des personnes déclarant des dépenses de santé hautes est plus fort dans les territoires sud de la wilaya. A titre d'exemple, le taux de recours des répondants de la commune de Didouche Mourad est de 25%, celui de la commune d'El Khroub est de 33,3%, celui de la commune de Constantine est de 36% et celui de l'agglomération secondaire d'Oued Hmimim est de 36,8%. Le taux de recours est de 44% dans la nouvelle ville d'Ali Mendjeli, l'agglomération secondaire d'El Guerrah est de 75% et d'Ain Smara est de 100%.

Le taux de recours aux cabinets privés des personnes percevant leurs dépenses de santé comme moyennes à hautes est plus important dans les territoires sud. Ainsi, le taux de recours est de 42,3% dans la nouvelle ville d'Ali Mendjeli, 43,8% dans l'agglomération secondaire d'Oued Hmimim et de 100% dans l'agglomération secondaire de Bounouara et dans la commune d'EL Khroub (cf. Carte V.8).

Carte V.8 : Taux de recours des personnes percevant leurs dépenses de santé comme moyenne à haute

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



- **Le recours aux cliniques privées**

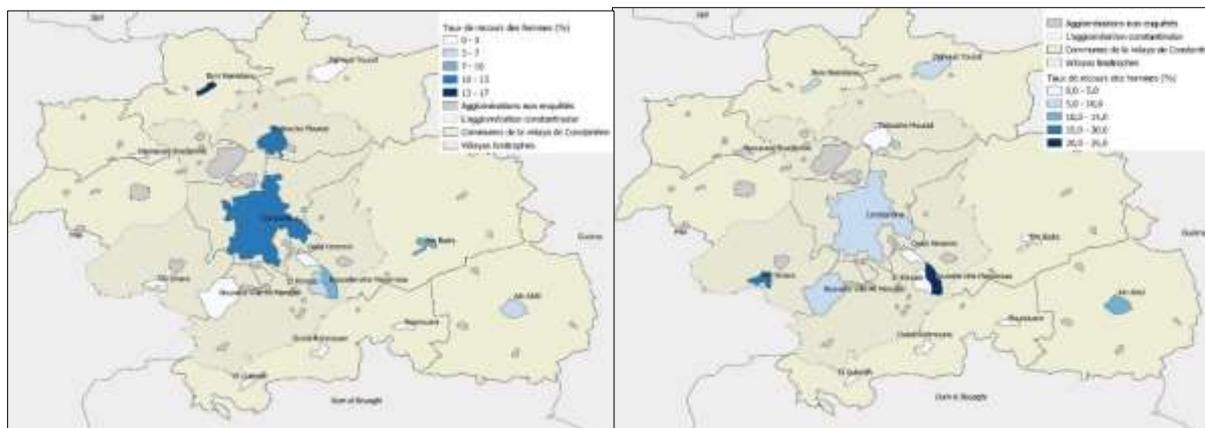
Le recours aux cliniques privées augmente au fil des intentions de recours. Il représente, en effet, 2,7% en première intention, 6,4% n deuxième et 7,6% en troisième intention (Annexe 23).

Au niveau des cliniques privées, le taux de recours des femmes est entre 10 % et 16% dans les communes de Beni Hamidane, Constantine, Didouche Mourad, et Ibn Badis. Il est inférieur à 10% dans les communes d’Ain Abid, d’El Khroub et dans la nouvelle ville d’Ali Mendjeli. Le taux de recours des hommes est inférieur à 10% dans les communes de Beni Hamidane, Constantine, Didouche Mourad, Messaoud Boudjeriou, Zighoud Youcef, et la nouvelle ville d’Ali Mendjeli tandis que le taux de recours est supérieur à 13% dans les communes d’Ain Abid, Ain Smara, et la nouvelle ville de Massinissa (cf.

Carte V.9).

Carte V.9 : Taux de recours aux cliniques privées des femmes et des hommes en troisième intention

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



L’analyse sous l’angle du niveau d’instruction met en évidence que les répondants déclarant des niveaux d’instruction supérieurs, moyens et secondaires ont plus recours aux clinique privés en troisième intention. Ils le font respectivement dans 3,8%, 1,7% et 0,9% du total des réponses.

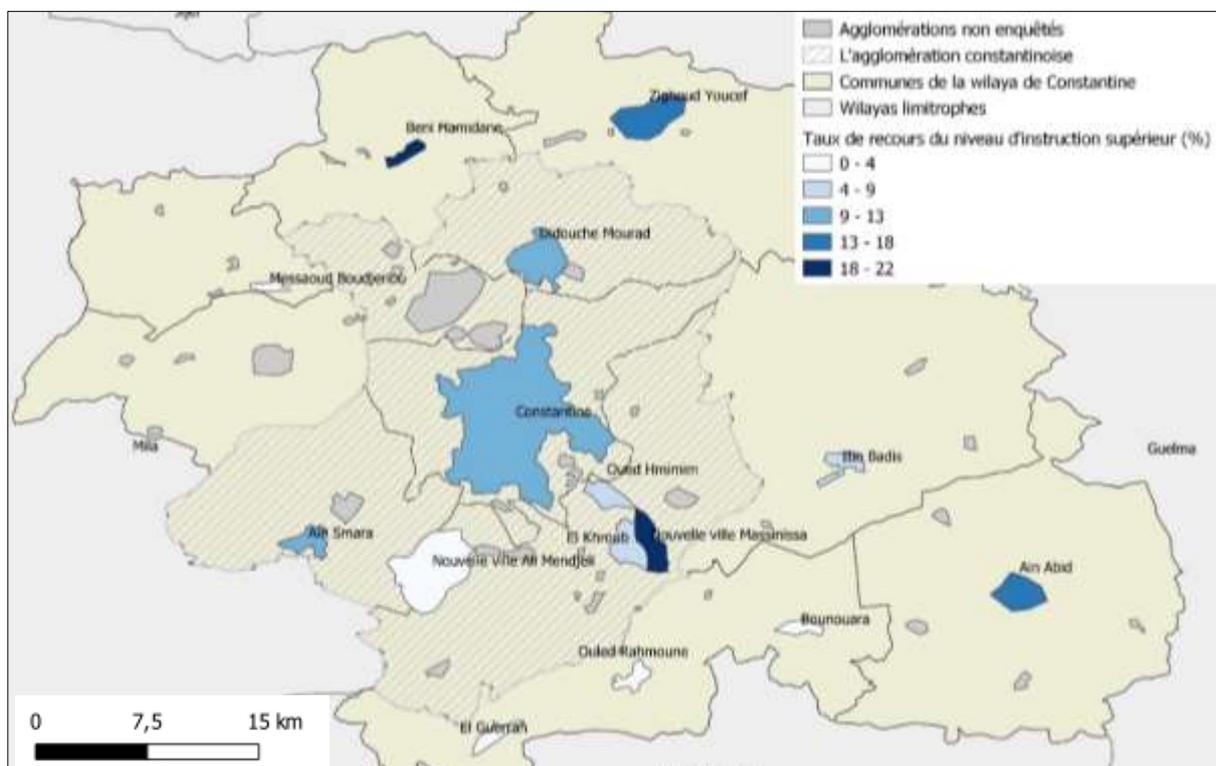
Le taux de recours aux cliniques privées des personnes admettant avoir un niveau d’instruction supérieur est compris entre 0 et 22,2%. Les agglomérations situées au nord ont un taux de recours plus important que les agglomérations localisées au sud. Ainsi, les

communes de Didouche Mourad, Zighoud Youcef, Ain Abid, Nouvelle ville Massinissa et Beni Hamidane ont un taux de recours supérieur à 11,8%. Inversement, les agglomérations d’Ain Smara, Constantine, Ibn Badis Oued Hmimi, El Khroub et la nouvelle ville Ali Mendjeli ont un taux de recours compris entre 3,8% et 9,1%. Les répondants des agglomérations de Messaoud Boudjeriou, de Bounouara, d’El Guerrah et d’Ouled Rahmoune déclarent ne pas avoir recours aux cliniques privées (cf.

Carte V.10).

Carte V.10: Taux de recours des personnes déclarant un niveau d’instruction supérieur

Données issues de notre enquête en 2020, Réalisation : QGIS, 2023



L’analyse du taux de recours des personnes admettant avoir un niveau d’instruction moyen montre un recours plus important dans les agglomérations périphériques de l’agglomération constantinoise. Ainsi, le taux de recours aux cliniques privées est de 11,1% dans la commune de Didouche Mourad, 16,7% dans la commune de Messaoud Boudjeriou, et 28,6% dans l’agglomération de Beni Hamidane.

Le taux de recours des personnes admettant avoir un niveau d’instruction moyen secondaire montre un décalage net entre les différents territoires. Ainsi, le recours est nul pour les communes d’Ain Smara, Didouche Mourad, Messaoud Boudjeriou, Zighoud Youcef, El Khroub,

la nouvelle ville de Massinissa, Bounouara et El Guerrah. Le taux de recours dans les communes d'Ouled Rahmoune, Constantine, la nouvelle ville Ali Mendjeli, Oued Hmimim et Ibn Badis, est compris entre 7,1% et 25% tandis que le taux de recours est de 50% dans la commune de Beni Hamidane.

L'analyse du taux de recours aux cliniques privées selon la perception du niveau de revenu montre que les répondants déclarant un niveau de revenu faible à moyen, moyen ont plus recours aux cliniques privées avec respectivement 2,4% et 1,9%.

Le taux de recours des personnes un revenu faible à moyen sont plus présents dans les territoires périphériques de l'agglomération constantinoise. Le taux de recours aux cliniques privées est égal à 17,6% dans la commune d'Ain Abid, 18,8% dans la commune d'Ain Smara, 20% dans la commune de Beni Hamidane et 28,6% dans la nouvelle ville de Massinissa.

Le taux de recours aux cliniques privées des personnes déclarant un revenu moyen est plus important dans les territoires situés au sud. La nouvelle ville de Massinissa est ainsi caractérisée par un taux de recours de 7,1% ; la commune d'Ain Abid par un taux de 9,1%, la commune de Constantine par un taux de 10%, la commune de Messaoud Boudjeriou par un taux de 16,7% et la commune d'Ibn Badis par un taux de 18,8%.

Le taux de recours aux cliniques privées des personnes déclarant des revenus faibles à moyens est plus fort dans dans les communes d'Ain Abid (17,6%), d'Ain Smara (18,7%), de Beni Hamidane (20%) et dans la nouvelle ville de Massinissa (28,5%).

B. Une bonne image limitée par le coût

- ***Des prestations de qualité et un temps de parcours court***

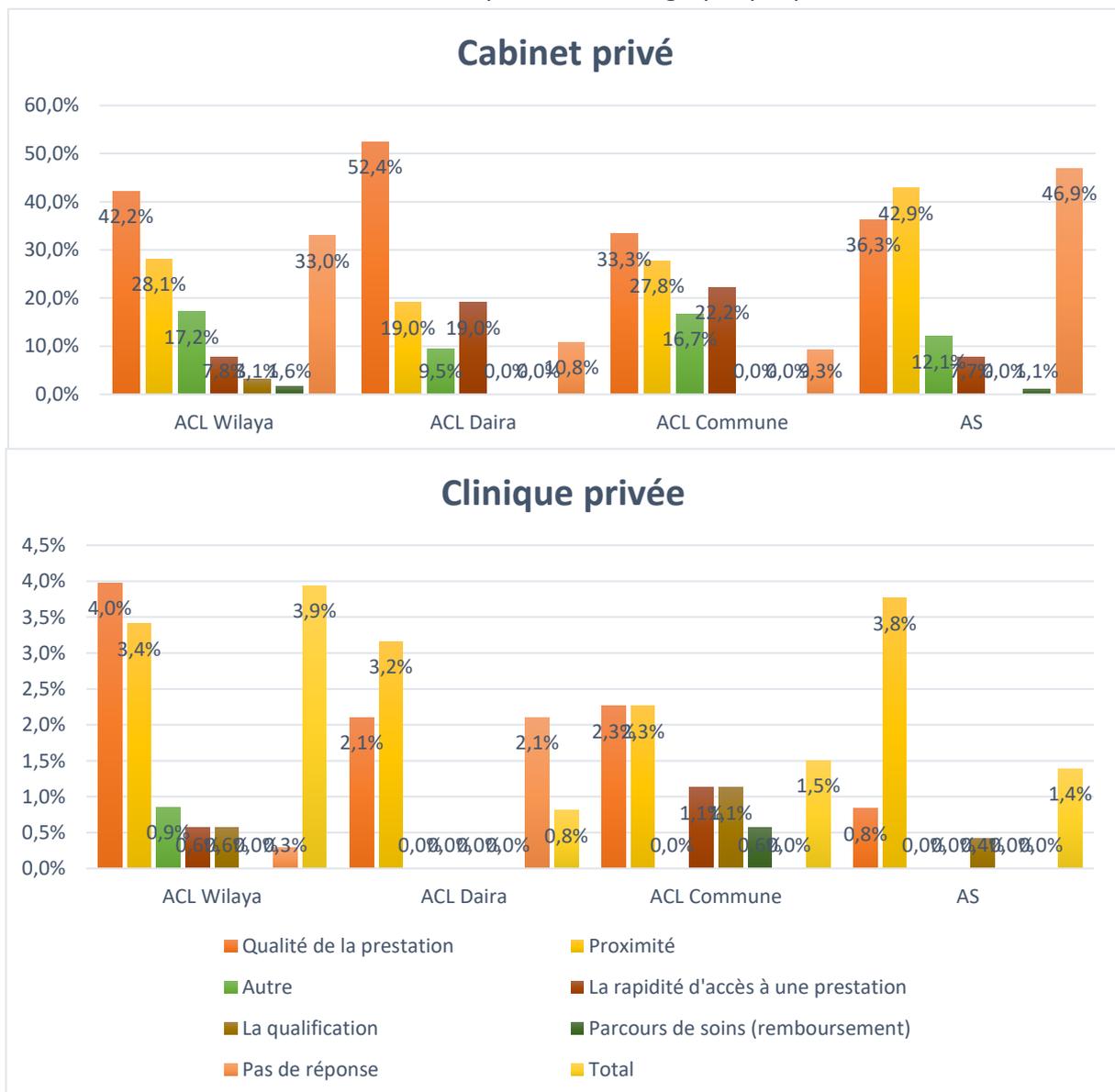
Lors de nos échanges avec les enquêtés, certains nous confiaient les raisons de leur choix. Pour ce qui est du recours aux cabinets privés, l'une des principales raisons de leur recours aux soins est la qualité des prestations qui représente 40 % de leurs réponses. Elle est suivie par la proximité, qui représente 34 % puis la rapidité d'accès à une prestation avec 14 % puis la qualification avec 10 %. Quant aux raisons du choix des cliniques privées, la proximité et la rapidité d'accès à la structure représentent les principales raisons avec respectivement 50 %

et 45 %. La rapidité d'accès à une prestation ne représente quant à elle que 5 %.

La proximité et la qualité des prestations sont les raisons les plus souvent citées que l'on soit dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), les agglomérations chefs-lieux de daïras (ACL D), les agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C) et les agglomérations secondaires (AS). Quant aux raisons du choix du recours aux cliniques privées, la proximité et la rapidité d'accès à la structure représentent les principales raisons avec respectivement 50 % et 45 %. La rapidité d'accès à une prestation représente quant à elle que 5 %. Leur deuxième et troisième intention de recours aux cabinets privés et aux cliniques privées confirme les mêmes raisons de proximité et de qualité de prestation (cf. Graphique V.3).

Graphique V.3 : Raisons du choix du secteur privé selon les agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



La mobilité des individus lors d'un accès aux soins privés montre une forte utilisation des moyens de transport personnels et un temps de parcours d'une demi-heure en moyenne. Elle ne diffère pas de la mobilité des individus lors d'un accès aux soins publics. Lors du chapitre précédent, nous avons trouvé que 52,6% des personnes utilisaient les moyens de transports personnels pour accéder aux structures de soins publiques.

Ainsi, lors du recours aux structures de soins privées, les enquêtés utilisent les moyens de transports personnels à 62,7%. Il est suivi par les moyens de transport privés, les moyens de transports publics et les moyens de transport illicites avec respectivement 18 %, 15 % et 5 %. Le même rapport est identifié lors du recours aux cliniques privées avec une nette utilisation des moyens de transport personnels avec 70 %. Cela est suivi par les moyens de transport privé, les moyens de transport public et les moyens de transport illicites avec 22 %, 4 % et 4 %. Là aussi, la même tendance est observée lors de leurs deuxièmes et troisièmes intentions.

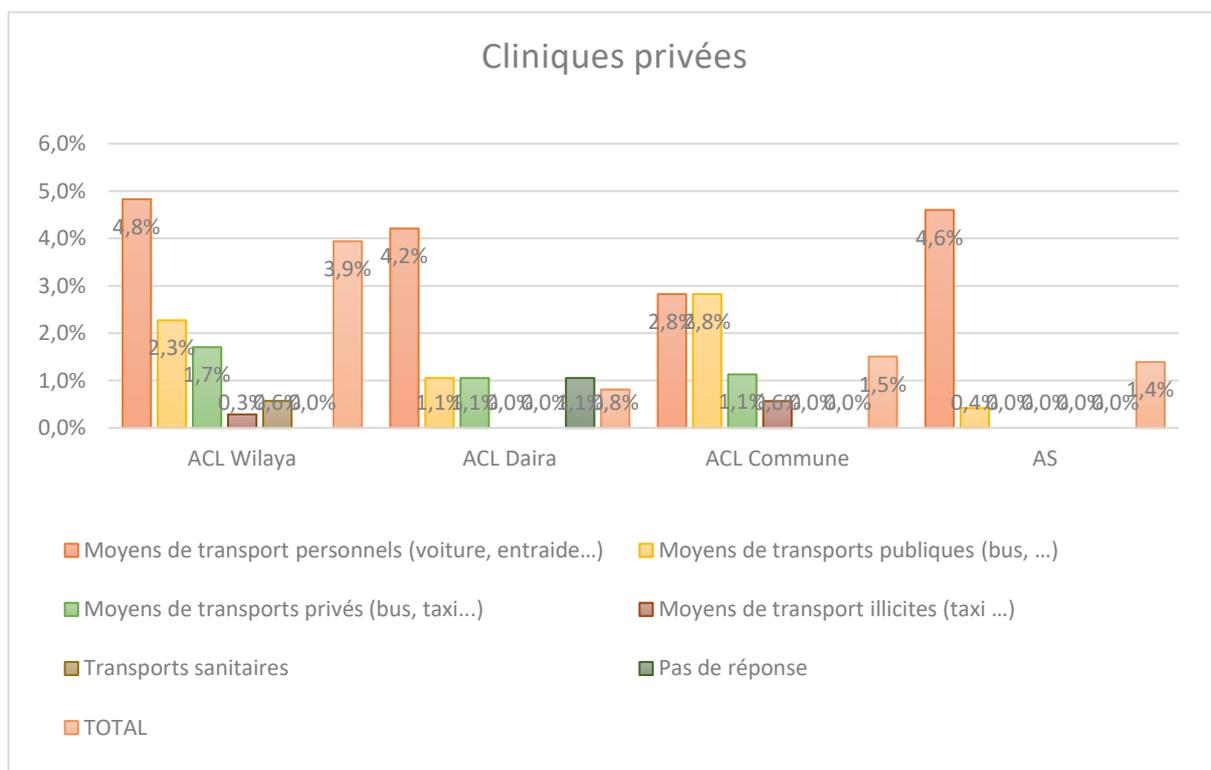
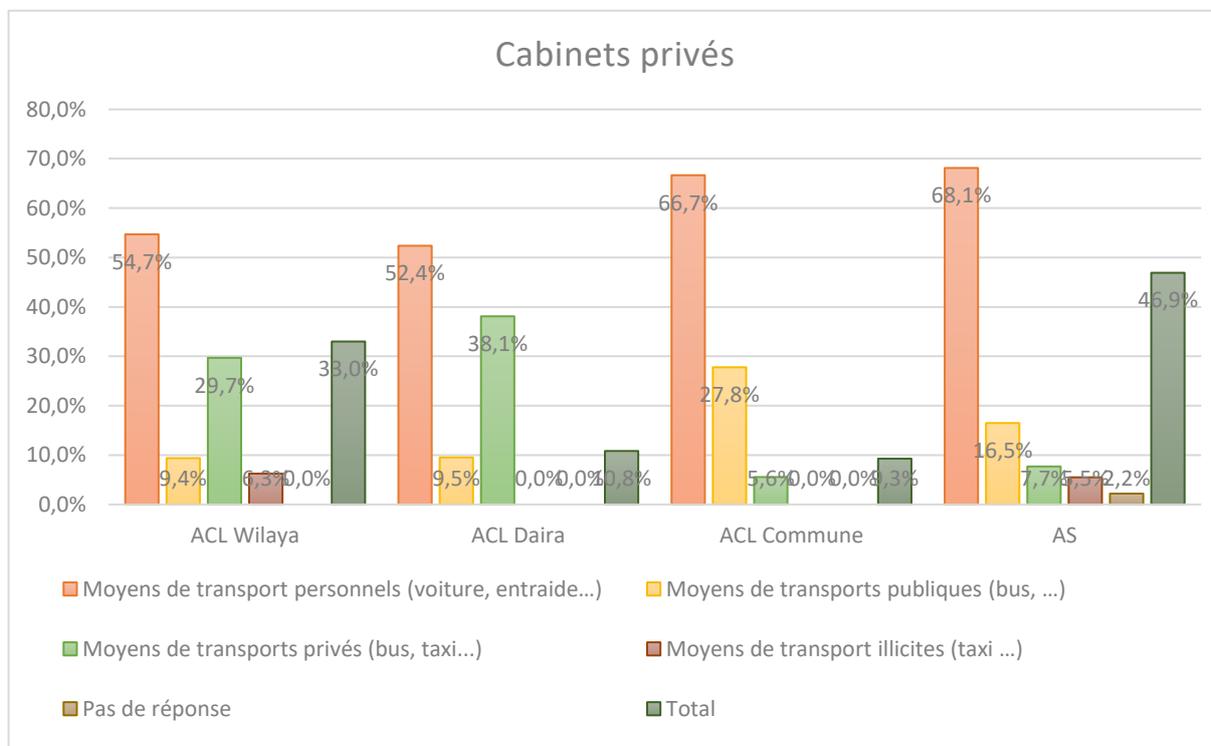
La durée moyenne du trajet lors du trajet pour accéder aux cabinets privés est dans 43 % des cas moins d'une demi-heure. Dans 30 % des cas, le recours prend une heure, dans 18 % des cas plus d'une demi-heure, dans 5 % des cas plus d'une heure et demie et dans 4 % des cas plus d'une heure et demie.

La durée moyenne du trajet aux cliniques privées est dans 56 % moins d'une demi-heure, dans 21 % des cas une heure, dans 13 % des cas plus d'une demi-heure, dans 5 % une heure et demie et dans 5 % des cas plus d'une heure et demie (cf. Graphique V.4).

La mobilité des enquêtés se traduit par une utilisation plus importante des moyens de transports publics et privés dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) et dans les différentes unités de l'agglomération de Constantine.

Graphique V.4 : Les moyens de transports utilisés lors du recours au secteur privé au sein des agglomérations

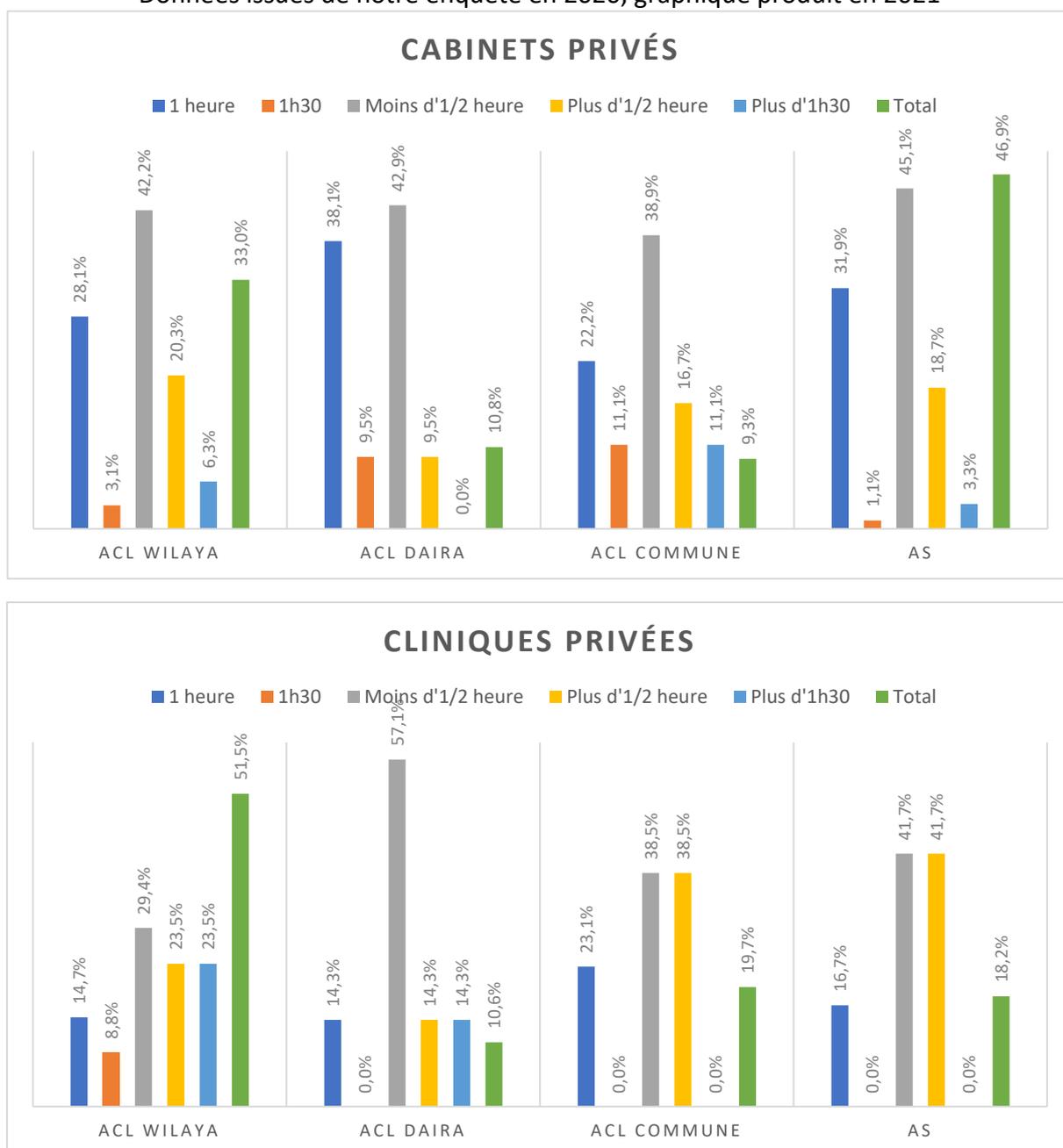
Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



La durée moyenne du trajet lors du recours aux cabinets privés est dans 43 % des cas moins d'une demi-heure. Dans 30 % des cas, le recours prend une heure, dans 18 % des cas plus d'une demi-heure, dans 5 % des cas plus d'une heure et demie et dans 4 % des cas plus d'une heure et demie. La durée moyenne du recours aux cliniques privées est dans 56 % moins d'une demi-heure, dans 21 % des cas une heure, dans 13 % des cas plus d'une demi-heure, dans 5 % une heure et demie et dans 5 % des cas plus d'une heure et demie (cf. Graphique V.5).

Graphique V.5 : La durée moyenne du trajet des enquêtés lors de leurs recours aux cabinets privés

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021

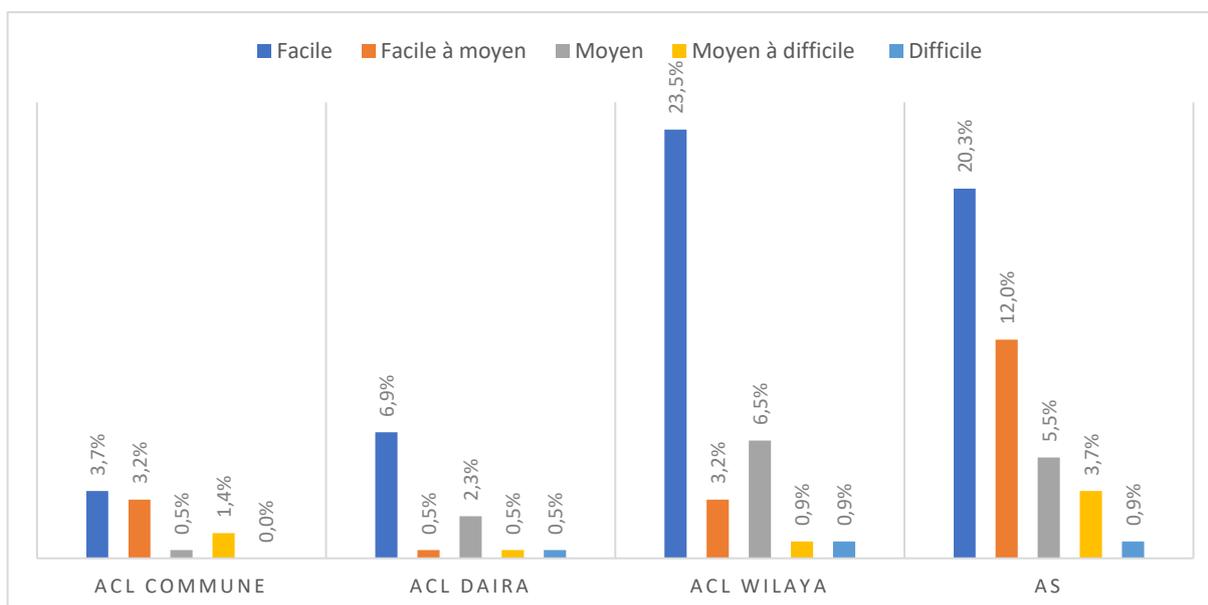


- **Une perception d'accès facile et de prestation de bonne qualité dans l'agglomération de Constantine**

La perception de l'accès aux cabinets privés sont perçus par 46 % des répondants comme facile, 15 % comme facile à moyen, 14 % moyen. L'accès aux cabinets privés sont perçus comme moyen à difficile dans 10 %, 7 % comme difficile et 8 % ne répondent pas. Les enquêtés perçoivent les prestations des cabinets privés comme bonnes à 53 % et moyenne à bonne à 13 %. Ils perçoivent les prestations de soins moyennes à 18 %, mauvaise à moyenne à 5 % et mauvaise. Il est à noter que 9 % des enquêtés se sont abstenus de répondre à cette question. À l'échelle des communes, la perception d'un accès facile aux cabinets privés est relevée nettement dans la commune de Constantine, la commune d'El Khroub et la nouvelle ville d'Ali Mendjeli avec respectivement 67 %, 47 % et 45 %. Les communes périphériques à l'agglomération constantinoise perçoivent facilement l'accès aux cabinets privés allant de 33 % à 61 %. La commune de Didouche Mourad, au nord de la ville mère, et la commune d'Ibn Badis, à l'est, présentent une perception relativement égale. À l'échelle des agglomérations, la perception d'accès facile aux cabinets privés est largement partagée selon que l'on soit dans une agglomération ou une autre. Cette tendance passe ensuite vers une perception moyenne, partagé la aussi par l'ensemble des agglomérations puis une perception moyenne à difficile puis moyenne à facile (cf. Graphique V.6).

Graphique V.6 : Perception de l'accès aux cabinets privés au sein des agglomérations

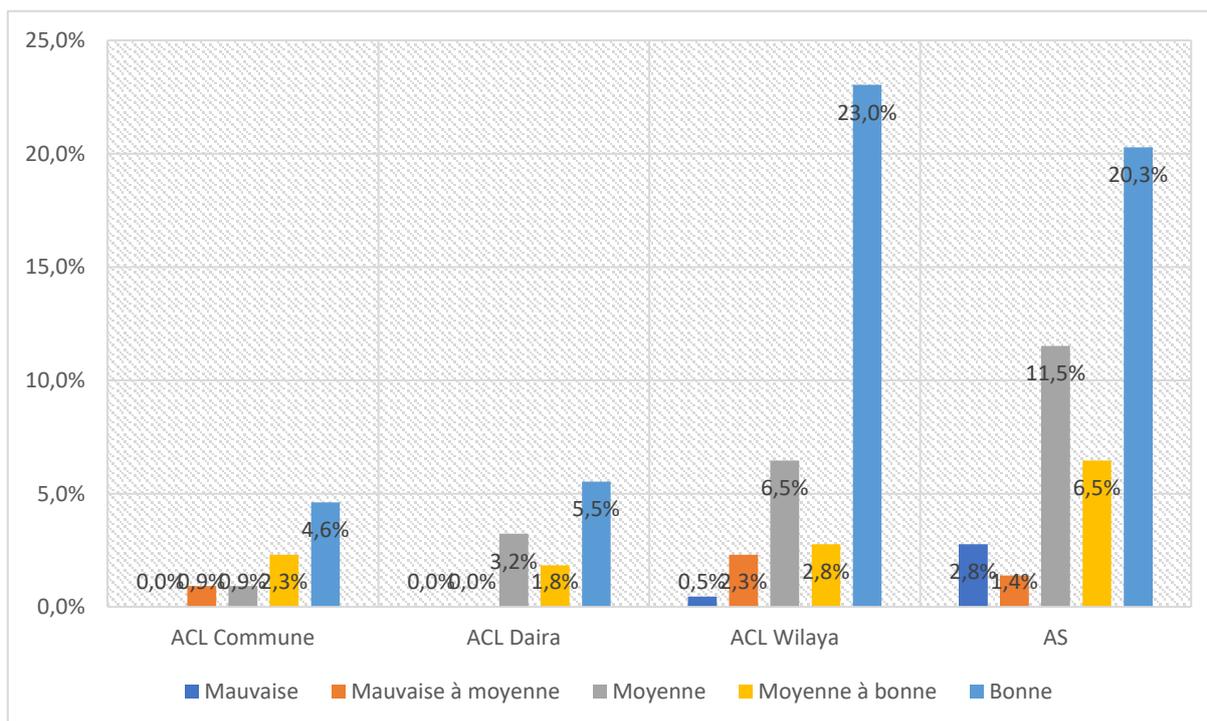
Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



La perception des prestations des cabinets privés est majoritairement évaluée comme bonne puis bonne à moyenne. Dans l'ensemble des communes périphériques à l'agglomération constantinoise, le même constat est établi. Plus nous allons vers le cœur de l'agglomération constantinoise, plus nous retrouvons des dominances moins élevées de la perception bonne et une part plus importante de la perception bonne à moyenne, moyenne et moyenne à mauvaise. Cela laisse entendre que les populations de l'agglomération ont connu plus de difficultés d'accès aux structures de soins privés que les populations des communes périphériques. La perception des prestations de soins dans les communes montre majoritairement le même rapport de perception avec des densités différentes. La perception dominante est une perception bonne puis bonne à moyenne (cf. Graphique V.7).

Graphique V.7 : Perception des prestations de soins dans les cabinets privés au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021

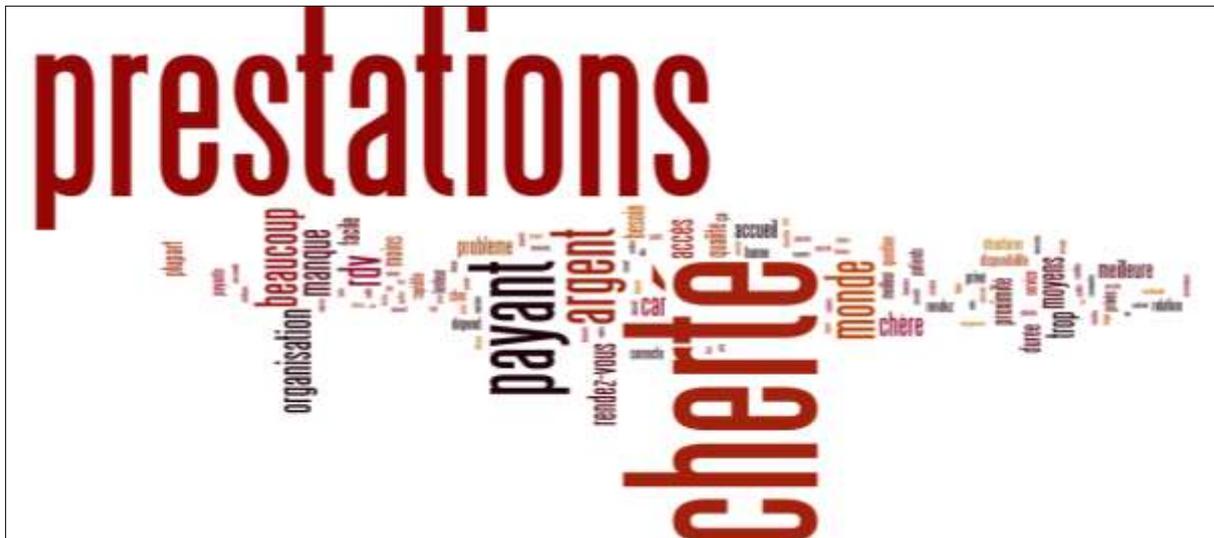


Le nuage de mots de la perception de l'accès aux cabinets privés montre l'émergence d'expressions comme « cherté de la prestation », « service payant ». Aussi, les mots comme « argent », les adjectifs comme « chère » ou « facile » reviennent souvent dans les propos de nos enquêtés. L'analyse des propos des enquêtés sur la perception des prestations de soins dans les cabinets privés montrent aussi la dominance de terme comme « qualification »,

« meilleure prise en charge », « moyens », « disponibilité et équipement » (cf. Graphique V.8 et Graphique V.9).

Graphique V.8 : Nuage de mots de la perception de l'accès aux soins dans les cabinets privés

Données issues de notre enquête en 2020, produit en 2022



Graphique V.9 : Nuage de mots de la perception des prestations de soins dans les cabinets privés

Données issues de notre enquête en 2020, graphique en 2021

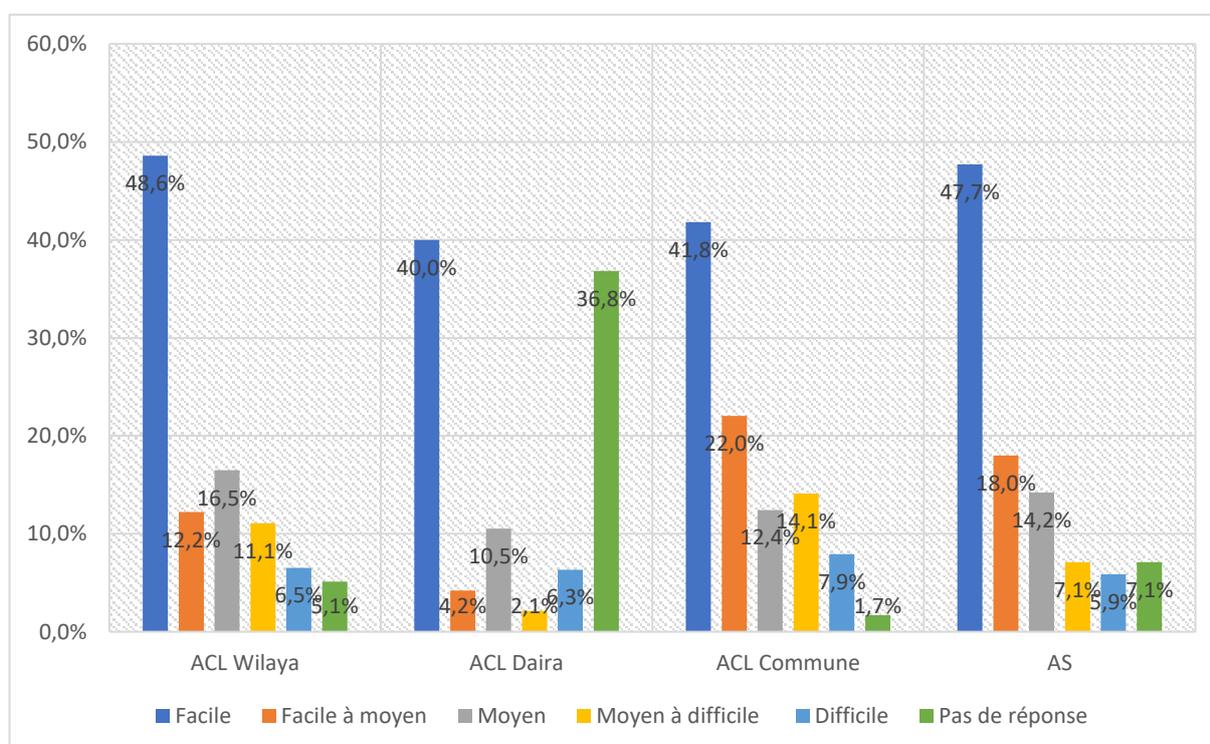


Quant à la perception de l'accès aux cliniques privées, les enquêtés perçoivent l'accès comme facile dans 45 % des cas, facile à moyen dans 13 % des cas, moyen dans 13 % des cas, moyen à difficiles dans 10 % des cas et difficile dans 7 % des cas. À l'échelle des communes, la perception d'un accès facile est largement partagée dans l'ensemble des communes. Les communes comme Constantine, El Khroub, la nouvelle ville d'Ali Mendjeli, et les communes

limitrophes à l'agglomération constantinoise perçoivent un accès facile aux cliniques privées qui peut représenter jusqu'à 75 % des réponses des enquêtés. Le rapport reste toujours en faveur d'une facilité d'accès où une perception d'accès facile à moyenne est présente en deuxième réponse des enquêtés. À l'échelle des agglomérations, le constat se confirme selon que l'on est dans une agglomération ou une autre. Il est à noter qu'il existe un fort taux de non-réponse à la question dans l'ensemble des agglomérations. Il représente 29 % dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), 28 % dans les agglomérations chefs-lieux de daïras (ACL D) et 11 % dans les agglomérations secondaires (AS) (cf. Graphique V.10).

Graphique V.10 : Perception de l'accès aux cliniques privées au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021

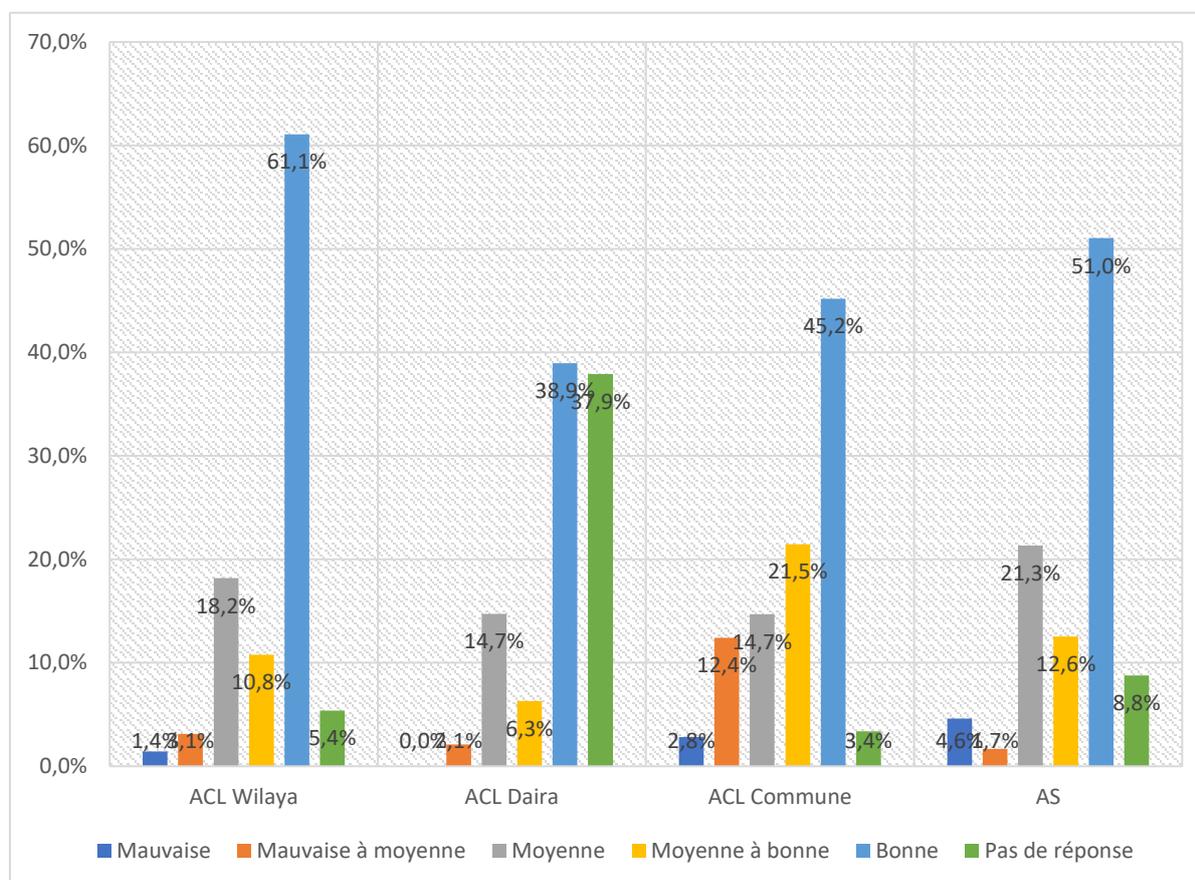


Les enquêtés perçoivent les prestations des cliniques privées comme bonne à 54 % et moyenne à bonne à 13 %. Ils perçoivent les prestations de soins moyennes à 15 %, mauvaise à moyenne à 3 % et mauvaise à 2 %. Il est à noter que 13 % des enquêtés se sont abstenus de répondre à cette question.

La perception des prestations des cliniques privées est majoritairement bonne dans l'ensemble des communes de la wilaya. La perception bonne à moyenne est la plus présente dans les communes périphériques de l'agglomération constantinoise. La perception moyenne tend à apparaître au sein des communes de l'agglomération Constantine (cf. Graphique V.11).

Graphique V.11 : Perception des prestations de soins dans les cliniques privées au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



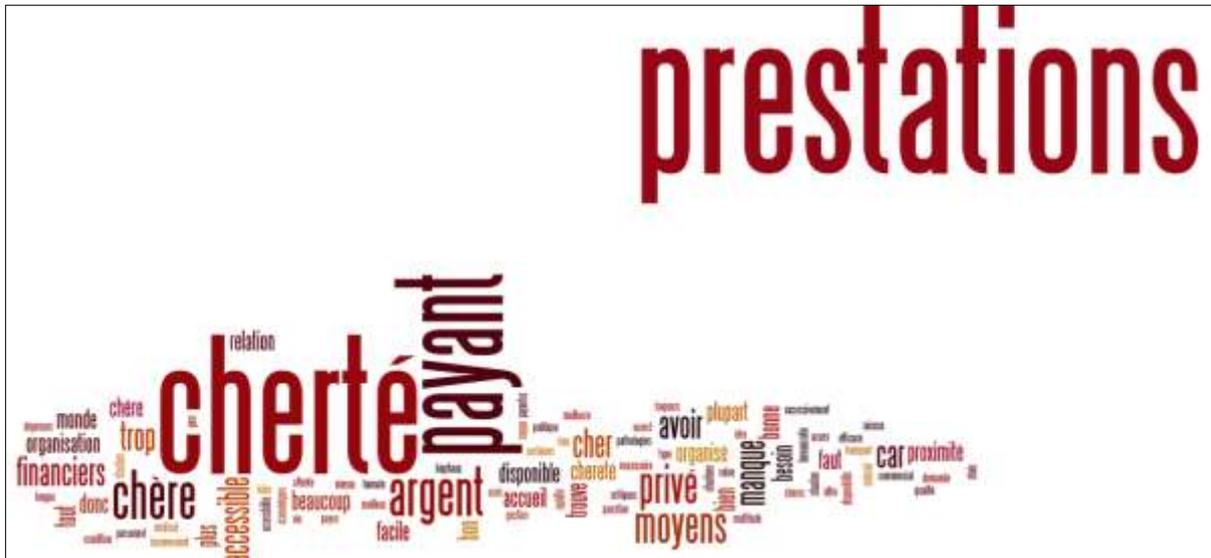
Le nuage de mots associé à la perception de l'accès aux cliniques privées renvoie aux mêmes mots, expressions que pour l'accès aux cabinets privés, à savoir « cherté de la prestation », et « service payant ». Aussi, les mots comme « argent », les adjectifs comme « chère » ou « accessible » reviennent souvent dans les propos de nos enquêtés.

L'analyse des propos des enquêtés sur la perception des prestations de soins dans les cabinets privés montrent aussi la dominance de terme comme c mais aussi la « qualification », « une meilleure prise en charge », « qualité », « argent », « disponibilité et équipement », encore une fois comme dans le cas des cabinets privés (cf.

Graphique V.12,
Graphique V.13).

Graphique V.12 : Nuage de mots de la perception de l'accès aux soins dans les cliniques privées

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



Graphique V.13 : Nuage de mots de la perception des prestations de soins dans les cliniques privées

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



C. Une expansion des établissements privés en liaison avec les structures de soins publiques

L'offre de soins privée implantée dans la wilaya montre des signes d'évolution et d'expansion depuis les années 2000. Cela coïncide avec l'application du décret 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisations, d'ouvertures et de fonctionnement des cliniques privées qui permet l'installation des cliniques privées⁵⁶. Ainsi, ses structures ont bénéficié d'un déploiement territorial, leurs capacités d'accueil ont augmenté et leurs prestations se sont spécialisées. Cette « dynamique » a pris deux formes.

La première a consisté en la transformation des cabinets privés en cliniques privées. Nous pouvons prendre comme exemple la clinique Ben Moussa. Située dans la commune d'El Khroub, elle a commencé son activité dans un cabinet privé d'ophtalmologie. Au fil du temps, la structure s'est développée, permettant de créer la première clinique privée d'ophtalmologie de la wilaya. Ce type d'évolution vaut pour d'autres soins, comme les soins dentaires d'abord dans des cabinets privés avant que certains d'entre eux deviennent centres de soins dentaires. C'est le cas d'un cabinet privé d'un chirurgien-dentiste créé en 2015 avant d'installer une clinique de soins dentaires en 2020 dans la commune d'El Khroub.

Ainsi, cette dynamique, par le biais de lois favorables, a engendré une concentration de l'offre de soins privée dans certaines communes de l'agglomération constantinoise (cf. Photo V.1 et Photo V.2).

⁵⁶ Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privé.

Photo V.1: Vue sur la clinique d'ophtalmologie dans la commune d'El Khroub



Clinique Benmoussa dans la ville d'El Khroub. Au début, l'activité se résumait à un cabinet privé. Au fil des années, l'activité s'est transformée en clinique privé spécialisée en ophtalmologie.

Photo : CZ, 2021

Photo V.2 : Vues du centre dentaire dans la commune d'El Khroub



Vue sur le cabinet de groupe dentaire. Au premier étage du bâtiment à droite. L'activité a débuté par un simple cabinet privé.

Photo : H. Boukhmiss, 2022.



Vue sur les nouveaux locaux du cabinet privé. Il s'est transformé en clinique dentaire.

Photo : CZ, 2021

La deuxième dynamique consiste en la création de cliniques autonomes ou des aires d'implantation de pôles privés de santé. Même si la clinique « El Mehdi », située le long de la n° 5 a été la première clinique médico chirurgicale implantée dans la wilaya, d'autres cliniques se sont installées dans différents quartiers de l'agglomération constantinoise créant ainsi des polarités sanitaires privées. A titre d'exemple, dans le quartier de Zouaghi, le boulevard des cliniques illustre la volonté politique d'implanter une offre de soins privés spécialisée et hautement spécialisée. L'extension du projet de pôle de santé vers d'autres agglomérations à l'image de la nouvelle ville d'Ali Mendjeli montre l'intention d'ancrage dans certains secteurs urbains, qui suit la politique d'urbanisation de la wilaya de Constantine.

Cette logique de pôle de santé prend actuellement forme notamment dans le quartier de Zouaghi et la nouvelle ville d'Ali Mendjeli. Le boulevard des cliniques, à titre d'exemple, illustre la volonté politique de démarquer l'offre de soins privés spécialisés et hautement spécialisés.

Lors de nos enquêtes, nous avons, par ailleurs, constaté que les enquêtés mentionnées un recours parfois « réorienté », « obligé » ou « forcé » vers les établissements de soins privés notamment pour certaines prestations. La défaillance ou le dysfonctionnement de certains équipements dans le secteur de soins public oblige souvent les gens à recourir au secteur privé. Le plus souvent cela comporte des prestations de soins particulières, comme les analyses médicales, les radiographies, les actes gynécologiques et parfois les actes chirurgicaux. Cela conduit, dans la majorité des cas, nos enquêtés à déclarer des expériences de non recours aux soins, d'obstacles lors de recours aux établissements de soins ou d'échec de prestations de soins. Une des personnes qui a accepté d'être réinterrogées nous confie par exemple que :

« ... Lors de l'accouchement, je me suis dirigée vers l'hôpital de la cité (établissement public hospitalier- EPH El Bir), c'était ma première grossesse, ils n'ont pas voulu m'accepter, car il y avait trop de risques donc j'ai été réorientée vers le grand hôpital (CHU) qui m'a finalement admise [...] mais j'ai été réorientée plusieurs fois dans le secteur privé notamment pour les analyses et les radiographies, car les équipements ne marchaient pas ».

Une autre personne, qui avait répondu à notre enquête et qui avait aussi accepté d'être réinterrogée, a affirmé que la réorientation est quasiment systématique dès qu'il s'agit de réaliser des analyses et d'effectuer des radiographies. Aussi, un gonflement à la suite d'une césarienne dans l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) mère et enfant a conduit une autre enquêtée à recourir au secteur privé :

« ... j'ai été réorientée vers le privé pour effectuer une deuxième intervention, car c'était plus rapide. »

D'autres cas similaires évoqués par des répondantes et des répondants au questionnaire d'enquête confirment cette tendance :

« Pour les analyses et les radiographies, on m'oriente vers le privé. »

« Je n'ai pas pu accoucher à l'établissement public hospitalier- EPH El Bir par manque de lits, on m'a réorientée vers l'établissement hospitalier spécialisé- EHS puis j'ai décidé de collecter une somme d'argent et d'accoucher dans la clinique El Mehdi. »

Une autre personne enquêtée ajoute même :

« ... lors du premier accouchement, on m'a orientée vers l'établissement public hospitalier (EPH), qui m'a orientée vers son service de maternité. Le médecin m'a demandé d'accoucher dans le privé ».

Un autre témoignage affirme :

« Il y avait un manque d'équipements, ils m'ont dit soit de revenir un autre jour, soit d'acheter le matériel et de le ramener pour qu'ils puissent le faire, soit recourir aux cliniques privés ».

« J'ai tenté d'effectuer des analyses au centre hospitalo-universitaire (CHU), on m'a dit que c'était réservé aux malades hospitalisés. Comme je ne suis pas un personnel de santé publique, j'ai dû me réorienter vers le privé. »

Les passages entre le secteur public et le secteur privé sont ainsi fréquents. Le secteur public en raison de dysfonctionnements, de manques de lits et/ou de matériels se tourne vers le secteur privé pour répondre à la demande de soins des populations.

Les passerelles entre ces deux secteurs peuvent prendre d'autres formes. Les professionnels de santé, grâce à leur possibilité de pratiquer à la fois dans des structures de soins publiques et dans des structures de soins privés, deviennent des « passeurs ». Pour combler les défaillances du secteur de soins public ou pour combler une demande de soins urgentes, ils proposent à certaines et certains de leurs patients d'effectuer un acte (analyse, radiographie, etc.) dans une clinique privée. Ils proposent souvent aux patients le recours aux secteurs privés où ils exercent aussi pour répondre à leur besoin de soins. Les arguments avancés sont souvent la rapidité d'exécution, car l'attente peut atteindre 6 mois dans les structures de soins publiques, notamment pour être assuré de la disponibilité des médecins anesthésistes ou de celle des équipements médicaux hautement spécialisés. De ce fait, nous constatons deux formes de recours. Un secteur public qui s'appuie sur le secteur privé en matière d'équipements et les professionnels de santé qui jouent le rôle de « passeurs » pour réorienter les patients vers le secteur privé. Ces deux formes peuvent accentuer les difficultés qu'éprouve les personnes interrogées pour recourir aux soins et contribuent ainsi aux creusements des inégalités déjà existantes.

D. Le « non-recours », principale étape de la trajectoire de soins

Dans ce qui a précédé, nous avons pu mettre en lumière les pratiques et les représentations des populations lors de leurs recours aux secteurs de soins publics et privés. L'analyse montre un recours plus important vers le secteur public et un recours vers le privé parfois forcé. Toutefois, l'analyse des principales tendances de recours aux soins montre un fort taux de non-recours. Ainsi, lors des différentes intentions de recours, les populations enquêtées présentent un taux de non-recours qui dépasse ceux du recours au secteur public ou au secteur privé. Dans ce qui suit, nous présenterons l'ensemble des pratiques et des populations

en scindant en trois groupes les réponses de nos enquêtés avec un secteur public qui regroupe les établissements publics de soins de proximité (EPSP), les établissements publics hospitaliers (EPH) et le centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) d'une part ; d'autre part un secteur privé qui comprend les cabinets privés et les cliniques privées, et, enfin, les « non-recours » qui regroupent l'automédication, le non-recours déclaré et les pratiques diverses.

Il s'agit de mettre en évidence, dans un premier temps, les différentes trajectoires de recours aux soins lors d'une première, deuxième et troisième intention de recours, le temps à parcourir, les raisons du choix de recours, les moyens de transport mobilisé Elle sera suivie par l'analyse des différentes relations entre indicateurs.

Lors de notre enquête, nous avons détaillé les réponses de la manière suivantes :

- Pas de recours, phytothérapie, automédication, etc. ;
- Établissements publics de soins de proximité (EPSP), établissements publics hospitaliers (EPH), centre hospitalo-universitaire et établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) ;
- Cabinets privés, cliniques privées.

Ce sont toutes ces modalités qui ont été regroupées en « non-recours », secteur public, secteur privé afin de réduire les indicateurs et faciliter la lecture des trajectoires de recours aux soins.

Ces différentes intentions de recours aux soins montrent une présence forte d'un non-recours, qui peut prendre plusieurs formes. Avant de présenter le comportement de la population lors d'un besoin de soins, il convient d'analyser leur propension à consulter. Pour ce faire, nous avons abordé cette question à travers l'étude de leurs comportements qui succède un besoin de santé. Nous avons distingué trois types de comportements :

- « *L'abstention* »

Cette catégorie concerne les individus qui ont répondu de ne pas avoir engagé une démarche de soins lors de la déclaration d'un épisode morbide ; ils n'ont donc ni consulté ni pris de médicaments, ni s'être soigné seul. Les raisons de leurs abstentions sont soit la bénignité de leur pathologie ou leurs conditions financières qui ne leur permettent pas de recourir aux

soins.

- *L'automédication*

Il s'agit dans cette catégorie d'un traitement entrepris par le malade de façon autonome sans avoir recours à un professionnel de la santé. Ceci inclut les individus s'étant soignés seuls soit grâce à des médicaments (connaissance préalable des médicaments à prendre) soit grâce à d'autres types de médicaments (phytothérapie, etc.).

- *Le recours aux soins*

Il s'agit dans cette catégorie des personnes qui, face à une pathologie, ont choisi de recourir à un professionnel de santé relevant des différentes structures de soins proposés publiques, privées ou parapubliques.

Les résultats suivants présentent de façon détaillée les comportements des populations selon les différents types de territoire.

- **Un fort taux de non recours présent principalement dans les territoires périphériques à l'agglomération constantinoise**

Le dépouillement des réponses montre que les répondants à l'enquête choisissent lors d'une première intention pour résoudre leurs problèmes de santé de ne recourir à aucune structure de soins qu'elles soient publiques ou privées. Ils préfèrent ainsi se soigner en ayant recours à l'automédication, la phytothérapie ou toute autre pratique informelle. Ce non-recours représente 40,2 % des quelques 830 réponses des enquêtés. Il est suivi par un recours au secteur public - toutes structures de soins confondues - avec 34 % puis un recours vers le secteur privé avec 25,4 %. Les personnes n'ayant pas voulu répondre à cette question représentent 0,4 %.

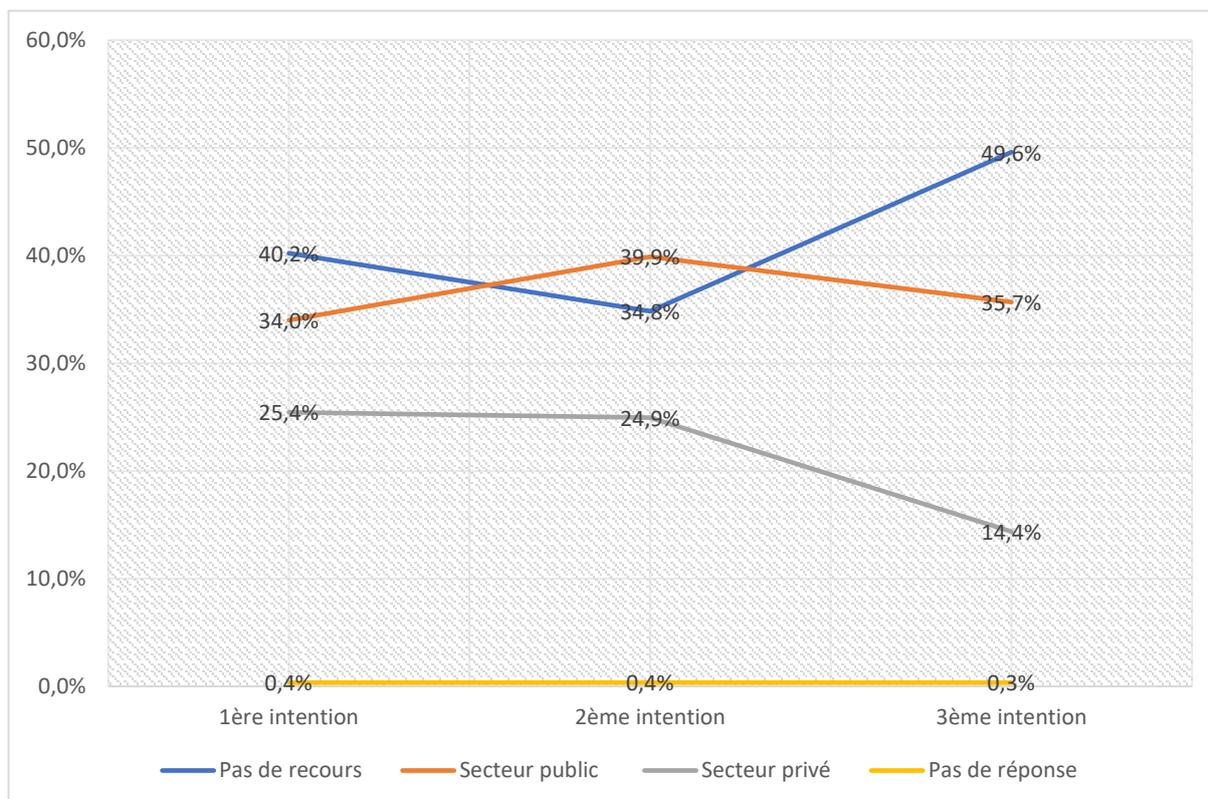
La tendance s'inverse légèrement lors de leur intention de deuxième recours : le secteur public représente 39,9 % des intentions des répondants suivi par une intention de non-recours avec 34,8 %. L'intention de recourir au secteur privé représente, quant à elle, 24,9 % et le taux de personnes ne voulant pas répondre à cette question est toujours de 0,4%.

L'analyse des troisièmes intentions de recours aux soins retrouve la même trajectoire de la première intention avec des proportions plus nettes. Ainsi, le taux de non-recours représente 49,6% des réponses, suivi par un recours au public avec 35,7 % puis un recours au privé de 14,4 % (cf.

Graphique V.14).

Graphique V.14 : Trajectoires de recours aux soins des enquêtés

Données issues de notre enquête en 2020, graphique produit en 2021



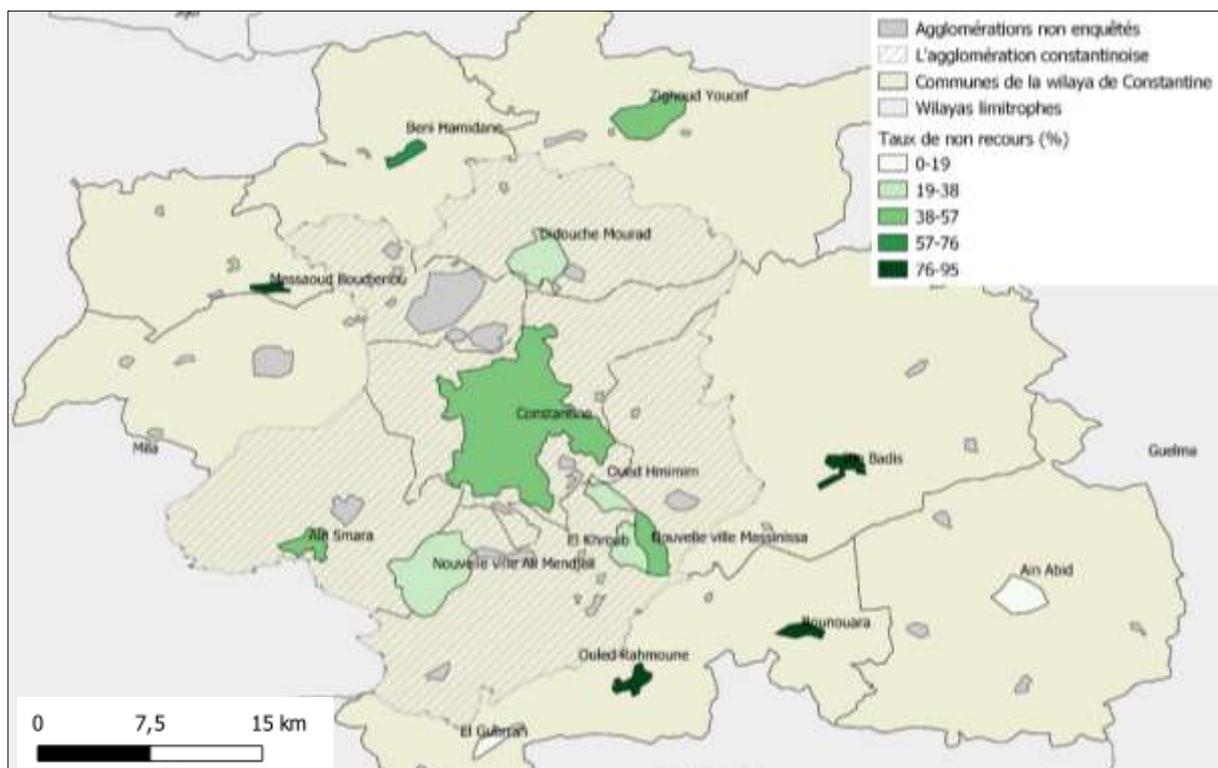
La proportion des personnes n'ayant pas recours aux soins ou ayant recours à d'autres pratiques est importante lors des différentes phases d'intention de recours : 39,7% en première intention, 34,3% en deuxième intention et 49,6% en troisième intention. Ainsi, l'analyse en trois groupes des principales trajectoires de soins montre dans un premier temps un fort taux de non-recours. Sur l'ensemble de nos enquêtés, 40,2 % affirment ne recourir à aucune structure de soins qu'elles soient publiques ou privées. Ils procèdent ainsi à des pratiques diverses pour régler leurs soucis de santé.

Cela se confirme avec le pourcentage des répondants admettant renoncer à un soin ou le reporter. Nous retrouvons ainsi 62 % de nos répondants qui admettent renoncer à des soins contre 38 % qui eux tentent malgré tout de recourir aux soins. Les raisons évoquées sont à 26 % parce que le soin est inaccessible dans le secteur public, à 23 % parce que la prestation est chère dans le privé et que la personne n'a pas l'argent nécessaire, à 21 % parce que les enquêtés ne savent pas à qui s'adresser et 15 % parce que les enquêtés ne connaissent personnes pour accéder aux soins.

Une lecture à l'échelle des communes montre que le non-recours est inégalement réparti. Les communes limitrophes à l'agglomération constantinoise semblent plus concernées par le non-recours, à l'exception de la commune d'Ain Abid. La part du non-recours dans ses communes représente 95,5% dans la commune de Messaoud Boudjeriou, 87,5% dans l'agglomération secondaire de Bounouara, 80 % dans la commune d'Ouled Rahmoune et 73,7 % dans la commune de Beni Hamidane. Tandis que la part du « non-recours » tend à être identique à celle du recours aux secteurs de soins public et privé au sein de la ville mère de Constantine et de ses quatre communes limitrophes. La commune d'Ain Smara est caractérisée par 43,3 % de non-recours, la ville de Constantine par 39,2 %, la commune de Didouche Mourad par 35,9%, la commune d'El Khroub par 28,1 % et la nouvelle ville d'Ali Mendjeli par 22,8 %. Lors de la deuxième intention de recours, le non-recours tend à être identique à celle du recours aux secteurs de soins public et privé cette fois dans l'ensemble des communes de la wilaya (cf. Carte V.11).

Carte V.11 : Taux de non recours au sein des agglomérations lors de la première intention de recours

Données issues de notre enquête en 2020, réalisée par CZ sous QGIS en 2021

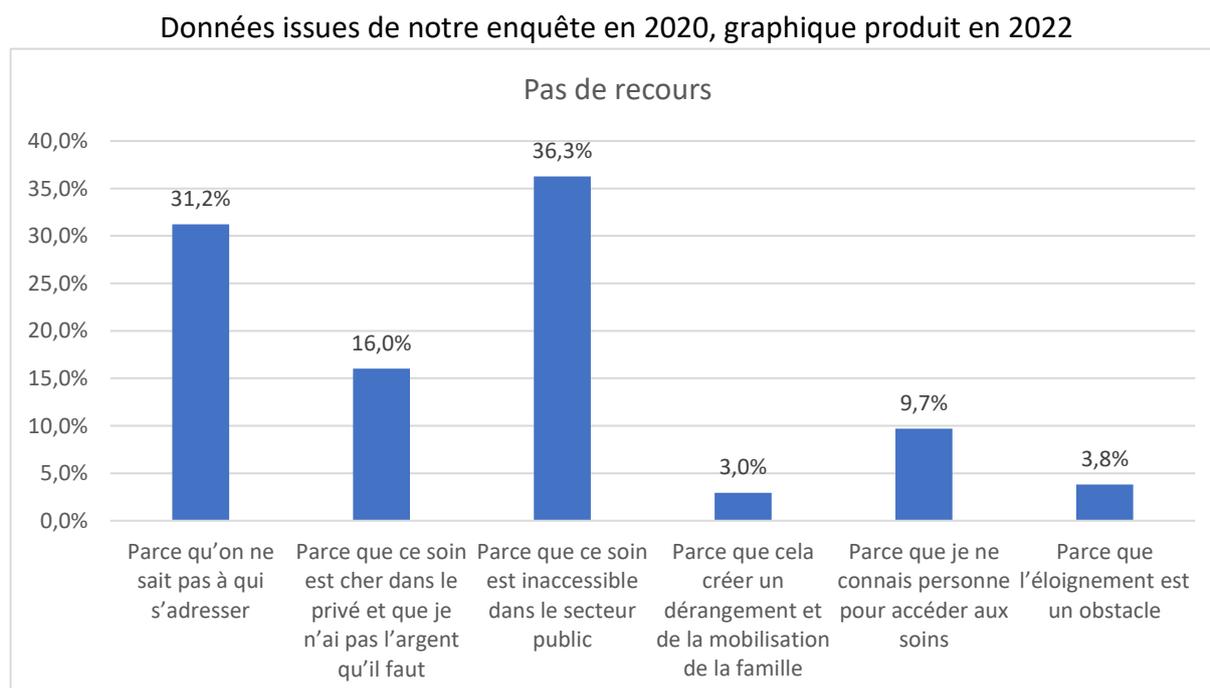


- **Difficultés d'accès et renoncement aux soins plus perceptibles dans les communes limitrophes à l'agglomération constantinoise**

Les expériences de recours aux soins des enquêtés montrent, dans 62 % des cas, des problèmes d'accès à une structure de soins ou une expérience d'échec tandis que 38 % des répondants admettent renoncer aux soins. Les raisons évoquées pour renoncer aux soins sont principalement l'inaccessibilité du soin dans le secteur public, la cherté de la prestation de soins dans le privé, le manque de connaissances lors du recours aux soins et le manque d'informations. Ces raisons correspondent respectivement à 26 %, 24 %, 22 % et 15 % des réponses. D'autres raisons sont évoquées à des degrés moindres, comme l'éloignement cité dans 8 % des réponses soit 2 fois moins que le manque d'informations.

À l'échelle des communes, la part des répondants admettant renoncer aux soins est plus importante dans les communes limitrophes de l'agglomération constantinoise. Cela varie, à titre d'exemple, de 64 % dans la commune de Beni Hamidane à 78 % dans la commune d'Ibn Badis. Au sein de l'agglomération constantinoise, le non-recours est plus important dans les communes d'El Khroub et de Didouche Mourad avec respectivement 86 % et 71 %. À l'échelle des agglomérations, peu de différence existe (cf. Graphique V.15).

Graphique V.15 : Principales raisons du renoncement aux soins des enquêtés en première intention



Plus de la moitié de nos enquêtés - soit 55 % - admettent utiliser les moyens de transport personnels. 23 % utilisent les moyens de transport public, 13 % utilisent des moyens de transport privés et 7 % utilisent des moyens de transport illicites. En termes de temps de parcours, cela représente une durée moyenne de moins d'une demi-heure pour 42 % des personnes, une heure pour 24 % des personnes, Plus d'une demi-heure pour 23 % des personnes, plus d'une heure et demie pour 7 % d'entre eux et une heure et demie pour 4 % d'entre eux.

- **Des profils différenciés**

L'analyse du non-recours selon les différents niveaux d'instruction montre que les personnes admettant avoir un niveau d'instruction supérieur, moyen et secondaire ont plus tendance à ne pas recourir aux soins. Ils représentent respectivement 19%, 10,9% et 4,2% du total des réponses des enquêtés.

Dans le cas des répondants déclarant un niveau d'éducation supérieur, plus nous nous éloignons du centre plus le taux de non-recours est important. Ainsi, les territoires de l'agglomération constantinoise ont un taux de recours entre 19% et 50% %. A titre d'exemple, la part de non-recours de la commune de Didouche Mourad est de 23,5%, celle de l'agglomération secondaire d'Oued Hmimim de 25% et celle de la commune de Constantine de 42,9%. Aussi, la part des non-recours dans la commune d'Ain Smara atteint 45,5% des réponses et 50% dans la nouvelle ville de Massinissa.

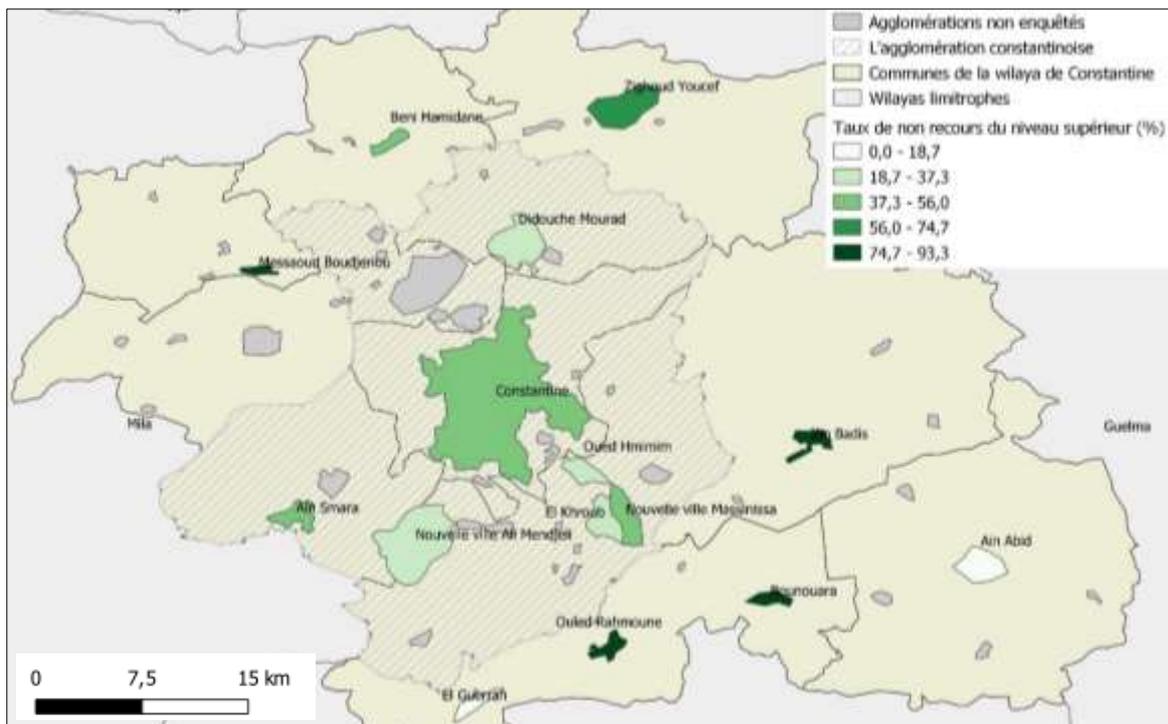
Le taux de non-recours dans les territoires limitrophes est de 80% dans la commune d'Ouled Rahmoune, 82% dans la commune d'Ibn Badis, 83% dans la commune de Bounouara et 93% dans la commune de Messaoud Boudjeriou (cf.

Carte V.12).

Le taux de non-recours des répondants déclarant un niveau d'instruction secondaire est plutôt faible dans les territoires de l'agglomération constantinoise. A titre d'exemple, l'agglomération secondaire d'El Guerrah présente un taux de non-recours de 12,5%, tandis que les nouvelles villes de Massinissa et d'Ali Mendjeli sont caractérisées par des taux de non-recours de 25% chacune. Dans la commune de Constantine ainsi que dans celle de Beni Hamidane, 100% des répondants déclarant un niveau d'instruction secondaire ne recourent pas à des structures de soin, en cas de besoin (cf. Carte V.13).

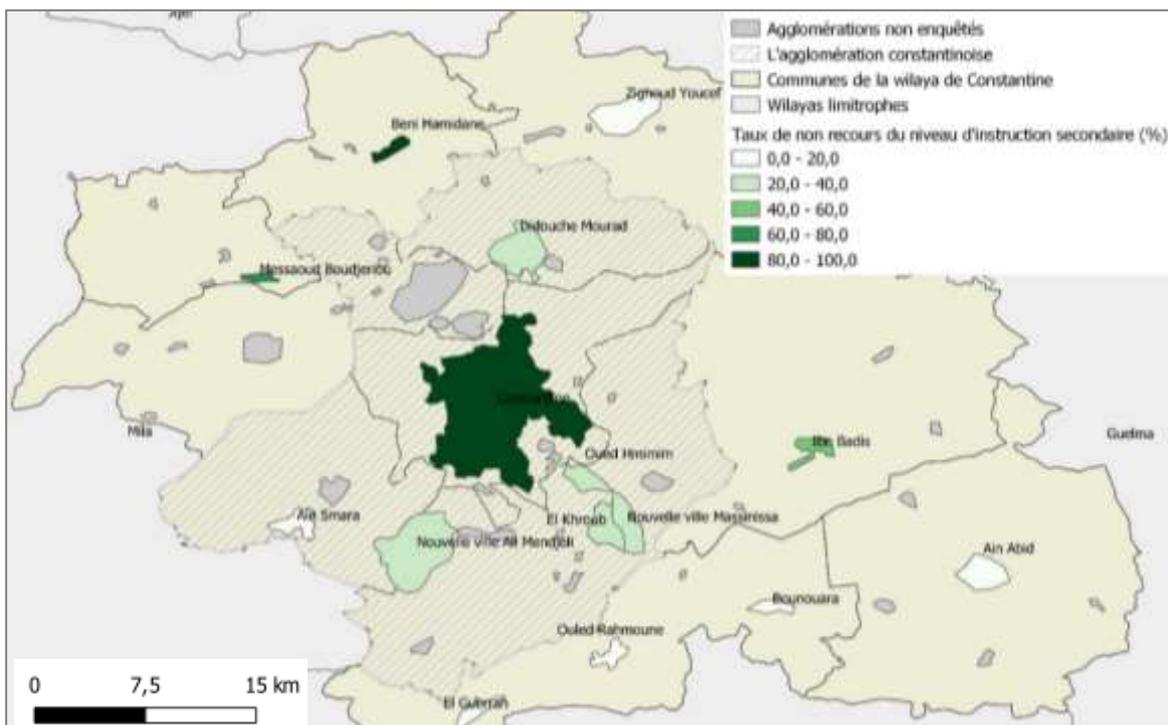
Carte V.12 : Taux de non recours des personnes admettant avoir un niveau supérieur au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, réalisée par CZ, sous QGIS, 2021



Carte V.13 : Taux de non recours des personnes admettant avoir un niveau secondaire au sein des agglomérations

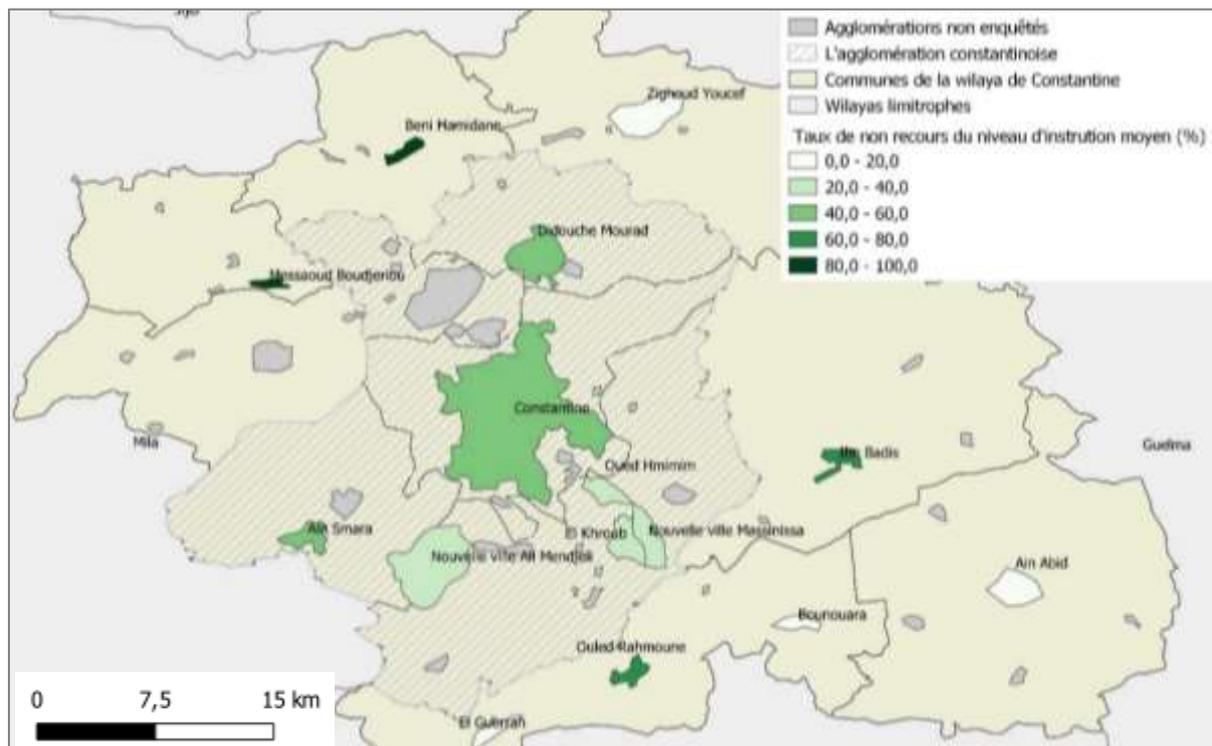
Données issues de notre enquête en 2020, réalisée par CZ, sous QGIS, 2021



Le taux de non-recours des répondants déclarant un niveau moyen varie de 20 à 100%. Ainsi, l'agglomération d'Oued Hmimim, la nouvelle Ali mEndjeli, et El KHourb sont caractérisées par un taux de non-recours de 23,8%, 28,1 % et 28,6%, tandis que la nouvelle ville de Massinissa et Constantine sont caractérisées par un taux de non-recours de 40 % à 42,6%. Le taux de non-recours est supérieur à 50% dans la commune de Didouche Mourad, Ibn Badis, Ouled Rahmoune avec respectivement 55,6%, 64,6% et 75 %. Le taux de non-recours est de 100% dans les communes de Messaoud Boudjeriou et de Beni Hamidane (cf. Carte V.14 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Carte V.14 : Taux de non recours des personnes admettant avoir un niveau moyen au sein des agglomérations

Données issues de notre enquête en 2020, réalisée par CZ, sous QGIS, 2021



L'analyse du taux de non-recours selon le revenu perçu par les répondants montre que celles et ceux dont le revenu est perçu comme faible, faible à moyen et moyen ont moins recours aux soins. Ils représentent en effet 14,4%, 11,5% et 10 % des répondants.

Le taux de non-recours des répondant considérant leur revenu comme faible est plus important dans les territoires du nord et les territoires périphériques à l'agglomération constantinoise. Le taux de non-recours y est supérieur à 60%. Il est de 66,7% dans la commune de Zighoud Youcef, 75% dans la commune de Didouche Mourad, 81% dans les communes

d'Ibn Badis et d'Ouled Rahmoune et 100% dans les communes de Messaoud Boudjeriou et l'agglomération secondaire de Bounouara.

Le taux de non-recours des personnes percevant leur revenu comme faible à moyen suit la même tendance. Le taux de non-recours est plus important dans les mêmes territoires. Ainsi, le taux de non-recours est de 41% dans la commune d'El Khroub, 50% dans la commune d'Ouled Rahmoune, 75% dans la commune d'Ibn Badis et 100% dans les communes de Beni Hamidane et Messaoud Boudjeriou. Le taux de non-recours des personnes percevant leur revenu comme moyen est semblable aux précédentes perceptions où les communes d'Ouled Rahmoune, Ibn Badis présente un taux de non-recours de 50% et 75%. Les communes de Beni Hamidane et Messaoud Boudjeriou présente un non-recours de 100% (Annexe 23).

L'analyse du taux de non-recours selon la perception des dépenses de santé montre que le taux de non-recours est plus élevé chez les répondants déclarant que leurs dépenses de santé sont moyennes, moyennes à hautes et faibles à moyennes. La part des non-recours est respectivement de 14,5%, 9,7% et 9,2%.

Le taux de non-recours des personnes déclarant des dépenses de santé moyennes varie entre 14,3% et 100%. Les communes et territoires de l'agglomération constantinoise ont tendance à avoir un taux de recours entre 20 et 30%. Ainsi, la commune d'El Khroub présente un taux de non-recours de 22,2%, tandis que la nouvelle ville Ali Mendjeli présente un taux de non-recours de 23,1%. Les communes de Beni Hamidane, la nouvelle ville de Massinissa et la commune d'Ibn Badis présentent un non de recours de 50%, 52,6% et 57,1%. Le taux de non-recours est de 100% dans les communes de Messaoud Boudjeriou, Bounouara, et Ouled Rahmoune (cf. Carte V.15).

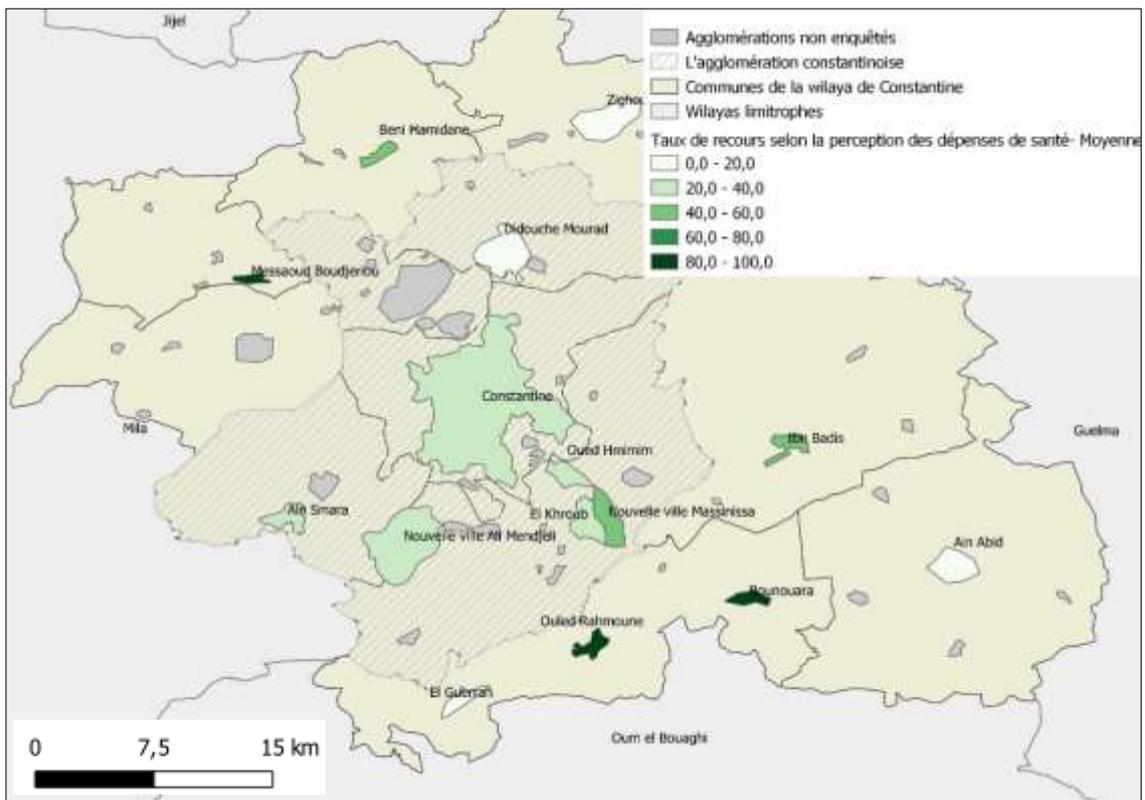
Le taux de non-recours des répondants déclarant des dépenses de santé moyennes à hautes est plus fort dans les communes périphériques. Ainsi, les communes de Constantine, Didouche Mourad, Ain Smara ont un taux de non-recours de 32%, 37,5% et 62,5% tandis que ce taux est de 100% dans les communes de Beni Hamidane, Ibn Badis et Messaoud Boudjeriou.

Le taux de non-recours des répondants déclarant des dépenses de santé faibles à moyennes est fort dans les communes d'El Khroub, la nouvelle ville Ali Mendjeli, la commune d'Ibn Badis, la commune de Constantine et la nouvelle ville de Massinissa avec respectivement 50%,

54,5%, 61,5%, 66,2%, 66,7%. Le taux de non-recours est de 100% dans les communes de Messaoud Boudjeriou et l'agglomération secondaire de Bounouara (Annexe 23).

Carte V.15 : Taux de non recours des personnes admettant avoir une perception des dépenses de santé moyenne

Données issues de notre enquête en 2020, réalisée par CZ, sous QGIS, 2021



Conclusion

Ce chapitre a montré les pratiques et les représentations des personnes qui ont répondu à notre enquête lors d'un « besoin » de soin, en reprenant les éléments concernant les établissements du secteur privé de soin. Ont ainsi été repris leur contexte, leurs conditions, leurs raisons et leurs expériences lors d'un recours aux soins privés. De plus, il a présenté l'image que porte la population de ce secteur libéral et en expose les dynamiques existantes. Ce qui ressort, en premier, est le fort recours aux structures de soins privés de base au même titre que le recours aux structures de soins de base publiques. Le premier recours au soin est donc quasiment égal entre le secteur public et le secteur privé. Le recours aux cliniques privées est plus présent lors d'une troisième et une quatrième intentions de recours. Cela s'explique, d'une part, par les difficultés des personnes d'accéder aux secteurs publics et d'autre part,

une réorientation « forcée » par des acteurs de la santé qui deviennent « passeurs » pour le secteur privé.

De plus, l'analyse à l'échelle des communes puis des agglomérations montre un fort recours des populations de l'agglomération constantinoise. Tandis que les communes limitrophes ne montrent pas des signes de recours au privé. Cela conduit à des inégalités d'accès notamment en raison du déploiement des structures de soins. Même si une bonne perception est relevée qu'elle soit pour les cabinets privés ou les cliniques privées, le secteur de soins privé est marqué par une image limitée à cause du coût des prestations. Sachant qu'une consultation chez un praticien privé généraliste s'élève à 1 500 voire 2 000 Dinars algériens (Da) et chez un spécialiste privé entre 3 000 à 5 000 Da alors que le salaire moyen en Algérie est estimé à 20 000 Da, on comprend mieux ce qui ressort des discours des répondants à notre enquête : la cherté des prestations et la marchandisation des soins. En effet, une consultation chez un médecin généraliste du secteur privé peut représenter jusqu'à 10% du salaire mensuel et une consultation chez un spécialiste exerçant dans le secteur privé jusqu'à 25%.

Au-delà des différenciations entre secteurs publics et privés lors d'un recours aux soins, le principal résultat de notre enquête est sans doute le non-recours. Les différentes trajectoires de soins montrent un fort taux de non-recours lors des différentes intentions qui se lit souvent lors d'une deuxième ou une troisième intention de recours. Les raisons évoquées sont souvent l'inaccessibilité de la prestation dans le secteur public, la cherté des prestations dans le privé et le manque de moyens financiers pour recourir aux soins. À une échelle territoriale, le non-recours est beaucoup plus localisé dans les communes limitrophes de l'agglomération constantinoise : 95 % dans la commune de Messaoud Boudjeriou, 73 % dans la commune de Beni Hamidane et 53 % dans la commune d'Ouled Rahmoune. Les difficultés d'accès et les expériences de refus sont aussi plus importantes dans ces territoires.

Au regard des principaux résultats de notre enquête et de la manière dont répondants à notre enquête perçoivent les secteurs de soins public et privé, il est indispensable de se pencher sur les logiques d'implantation de ces deux secteurs dans le territoire de Constantine. Il s'agit en effet, de savoir comment se déploient ces offres de soins et les logiques auxquelles elles répondent.

Chapitre VI : Déploiement spatial de l'offre de soins privée dans la wilaya de Constantine

Le cinquième chapitre a montré, dans un premier temps, un recours important vers les cabinets privés en première intention. Le recours aux cliniques privées est quant à lui plus présent lors des deuxièmes et troisièmes intentions de recours. Dans un deuxième temps, l'analyse territoriale du recours aux soins a montré que le recours aux soins privés était plus important au sein des territoires de l'agglomération constantinoise. Malgré une bonne image tant au niveau de l'accès qu'au niveau des prestations de soins, des disparités d'accès sont constatées notamment par la patientèle de la périphérie de l'agglomération. Ces résultats supposent une territorialisation différenciée de l'offre de soins privée dans la wilaya de Constantine. L'étude du déploiement spatial de l'offre de soins privée permet donc, d'un côté, de comprendre les logiques associées à l'implantation des structures et des acteurs de ce secteur. Elle permet de cerner d'un autre côté, les dynamiques récentes d'implantation.

Ainsi, le recours aux soins privés de base suppose un déploiement important au sein du territoire de la wilaya. Le recours plus important des populations de la commune de Constantine et de ses villes satellites suggère que la présence de cette offre est plus fréquente dans ces territoires que dans les autres. Les structures de soins privés seraient marquées par une centralité plus affirmée.

Avant de présenter les dynamiques territoriales de l'offre de soins privés dans le territoire de Constantine, nous voulons rappeler les notions de centralité et de proximité. Ces dernières nous ont aidés, d'une part, dans la compréhension de la distribution spatiale de l'offre de soins et d'autre part dans la manière dont elles se déclinent dans l'analyse de l'offre de soins.

La proximité est entendue comme une notion objective et subjective. Étant le fait pour deux éléments de ne pas être éloigné dans l'espace tout en étant séparé, la notion objective repose sur la mesure et le degré de rapprochement d'objets géographiques dans l'espace. Outre sa métrique, la notion subjective repose sur une notion cognitive, un ressenti, une manière dont l'homme se représente la distance à partir de ses critères de perception et de sa conception de l'espace. Cela reste donc relatif à chaque individu et variable selon les groupes sociaux. Au rapprochement spatial s'ajoute un rapprochement relationnel sans que

la distance soit déterminante et que la mise en relation soit secondaire (Bavoux & Chapelon, 2014).

Faisant référence à des notions aussi variées que l'espace, les relations individuelles, les représentations... la définition de la proximité repose sur une distinction géographique et organisée. L'espace de proximité est le premier espace avec lequel l'individu entretient une relation, avec ce qui devient une première entrée dans la caractérisation de l'espace de vie (Guérin-Pace, 2003). Ce dernier a été défini par A. Frémont et J. Chevalier dans leurs travaux en géographie sociale comme « *espace fréquenté par chacun de nous, avec ses lieux attractifs, ses nœuds autour desquels se construit l'existence individuelle : le logis, la maison, les lieux de travail et de loisirs... C'est l'espace concret du quotidien* » (Di Méo, 1990).

La centralité, quant à elle, couvre à la fois une position géographique et sociale. Fondatrice de l'analyse de l'espace, elle suppose l'existence du centre dans la mesure des distances et des frontières. La centralité et le centre sont le « *symbole de la loi organisatrice* » (Claval, 2000) ou ce que Duranton en 1999 appelle le principe organisateur.

Le centre est donc une notion géométrique qui recouvre dans sa définition une volonté d'organiser et de structurer l'espace. « *Le centre est le milieu d'un espace donné, le point où convergent des actions diverses et où se produit un grand mouvement.* » (Gasnier, 1991) Le dictionnaire Larousse encyclopédique le définit comme « *un lieu d'un organe vers lequel convergent ou duquel émanent les dispositions structurales ou fonctionnelles qui confèrent à cet organe son unité et qui conditionnent ses relations avec l'ensemble de l'organisme.* » Utilisée en géographie comme étant le repère spatial sans lequel le citoyen ne pourrait s'organiser socialement, l'idée des centres et de la centralité peut prendre plusieurs échelles géographiques. À celle de la ville s'ajoutent les échelles inter et intra-urbaines. M. Rochefort en 1990 définit la ville comme un espace centralisateur de besoins, de fonctions politiques, financières, administratives, économiques et culturelles. Elle sera importante en fonction « *de sa capacité à tout réunir en un centre unique d'action et d'autorité.* » (Gasnier, 1991) Selon la fonction polarisatrice de la ville, une hiérarchie se dessine à l'échelle infra-urbaine, qui se traduit par l'implantation des grandes entreprises, les pôles économiques et politiques. Une ville tiendra donc un rôle central à condition qu'elle possède un pouvoir politique, ou économique important.

Le centre est donc identifié, selon Huriot et Perreur en 1994, comme « *un lieu de rassemblement et de concentration, un lieu où ce qui se passe est important, un lieu d'action et d'interaction maximum* » (Gaschet & Lacour, 2002). J. Monnet le définit comme « *un lieu spécifique, caractérisé par un ensemble de facteurs qui le distinguent d'autres lieux avec lesquels il est dans une relation dominante suivant les différentes échelles de mesure de sa supériorité* » (Monnet, 2000). Il y concentre les usagers en raison de la présence de multitude d'offres de biens et de services. Il montre à la fois une préférence pour la centralité : « *toutes choses égales, certaines activités cherchent à se trouver le plus près du centre pour bénéficier de ses avantages* » (Corin, 1986) et une préférence pour l'accessibilité. N'étant pas forcément localisés, le centre et la centralité ignorent le temps et l'espace et articulent les pouvoirs, regroupent les fonctions économiques et symbolisent les lieux. C'est donc bien la centralité qui explique les tendances fortes, la concentration des facteurs et des populations. Elle explique ainsi le développement et l'extension spatiale des agglomérations : ce constant est vérifié aussi bien dans les pays du nord que dans les métropoles du sud (Gaschet & Lacour, 2002).

En admettant que la centralité soit une qualité attribuée à un espace et attachée à un lieu, il est donc plus symbolique lorsqu'il a une importance hiérarchique plus grande que les autres. La hiérarchisation devient un « *principe fondateur qui à travers des acteurs géographiques, créent des symboles, convertissent en symboles des objets spatiaux préexistants ou augmentent l'importance symbolique de certains lieux.* » (Monnet, 2000)

L'intérêt de soulever ces définitions est d'illustrer le caractère positionnel et la signification éminemment spatiale. Cela permet de soulever donc et de saisir les dynamiques spatiales et les relations sociales qui en découlent.

En Algérie, l'offre de soins privée est récente dans le système de soins. Elle s'inscrit dans la réforme économique des années 90 en vue de la libéralisation du secteur de santé. Son évolution rapide lui permet aujourd'hui de se développer sur les segments les plus rentables, notamment la chirurgie, l'investigation radiologique et les analyses médicales. Il s'agit donc dans ce chapitre de rendre compte de la manière dont l'offre de soins privée est déclinée à différentes échelles territoriales. D'un autre côté, il s'agit de montrer les dynamiques de déploiements des pôles de santé privés et à quelle réglementation ils sont soumis.

A. Une installation centralisée, à proximité des établissements publics de soins

Le secteur privé est défini comme un secteur comprenant l'ensemble des prestations de soins existantes en dehors du secteur public, que leur objectif soit le traitement de la maladie ou sa prévention. Il inclut à la fois les prestataires de soins privés à but lucratif et les prestataires de soins conventionnés à but non lucratif comme les hôpitaux, centres de santé, cliniques ou centre de diagnostic privés... En Algérie, l'article 251 de la loi sanitaire (section 8) catégorise les structures et établissements privés en deux : les cabinets privés et les établissements privés⁵⁷.

▪ Les cabinets privés

Le cabinet privé est une structure accueillant l'exercice d'une profession libérale de soins à l'image des médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes et officines pharmaceutiques. Il peut prendre une forme de structure d'exercice individuel ou un cabinet de groupe. Composée d'au moins une salle de consultation et d'une salle d'attente, l'installation est soumise à la délivrance préalable d'une autorisation. Cette dernière est émise par le ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH)⁵⁸. Même si le professionnel de la santé a la possibilité de choisir sa wilaya ou sa région d'exercice, l'installation n'est pas de droit, car elle est déterminée par les orientations de la carte sanitaire nationale.

Les cabinets privés peuvent, théoriquement, être répartis sur l'ensemble du territoire d'une wilaya pour contribuer à la médecine de ville. Toutefois, la majorité s'installe au chef-lieu de wilaya. Ils peuvent être classés comme lieux de soins de premier niveau, car ils n'ont pas les moyens de prise en charge des urgences, mais plutôt le dépistage, le suivi et l'orientation des malades. Parfois, ces cabinets privés sont regroupés en associations à caractère spécifique (selon les différentes spécialités surtout, Exemple : association des cardiologues, des pédiatres, etc....)⁵⁹.

⁵⁷ Décret exécutif n° 07-321 du 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés. Source : http://www.santemaghreb.com/algerie/decret_n_07_321.pdf , consulté le 27/06/2018.

⁵⁸ Selon le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), le délai de traitement d'une demande n'excède pas les trois mois.

⁵⁹ Dans la plupart des cas, la coordination entre médecins généralistes, et médecins spécialistes est insuffisante ou inexistante. Cela peut affecter le système de santé et n'apporter pas une prise en charge coordonnée des prestations de soins. La résultante peut souvent être une hausse de la facture des soins.

▪ Les établissements privés

Les établissements privés sont distingués selon qu'ils poursuivent un but lucratif ou un but non lucratif.

1- Les établissements privés à but non lucratif

Ayant le plus souvent un statut d'associations, les établissements privés à but non lucratif sont gérés par des mutuelles, des organismes de sécurité sociale ou des fondations. Non soumis aux règles des marchés publics, leurs bénéfices sont réinvestis dans l'établissement. Leur financement est identique à celui des structures de soins publiques. Ils fonctionnent suivant la même logique à savoir l'égal accès aux soins pour tous, l'assurance d'un accueil de jour comme de nuit, en cas d'urgence ou encore la continuité des soins et l'orientation des patients. Autrement dit, ils assurent les activités de consultation, d'exploration et de diagnostic, les urgences et l'hospitalisation.

2- Les établissements privés à but lucratif ou cliniques privées

Les cliniques privées sont des sociétés commerciales créées en fond propre et soumis au droit privé. Les praticiens y exercent comme profession libérale selon le décret exécutif n° 07-321 du 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés⁶⁰. Les cliniques privées passent contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. Ces médecins ont un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Pour le patient, le remboursement des soins s'effectue de deux façons, selon que l'établissement est conventionné ou pas. Dans les cliniques conventionnées, le règlement se fait directement à la clinique par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à la hauteur du tarif conventionnel. Dans les cliniques agréées et non conventionnées, les prestations sont en grande partie à la charge du malade, à l'exception de la chirurgie cardiaque et de l'hémodialyse. Ces dernières sont remboursées à des taux très inférieurs aux montants payés. Le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixe les conditions de réalisation, d'ouverture et de

⁶⁰ Décret exécutif n° 07-321 du 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés. Source : http://www.santemaghreb.com/algerie/decret_n_07_321.pdf, consulté le 27/06/2018.

fonctionnement des cliniques⁶¹:

- L'implantation d'une clinique est subordonnée à la délivrance préalable d'un permis par le ministère de la santé publique sur la base d'un dossier visé par le wali.
- Le délai imparti pour se prononcer sur la demande de permis ne saurait, en aucun cas, excéder une période de 3 mois.
- L'implantation de la clinique est déterminée en fonction de la carte sanitaire nationale et le permis en précise l'emplacement.
- L'autorisation d'ouverture et de fonctionnement est délivrée par le wali après constatation de la conformité des lieux et installations aux normes et conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.
- La capacité de la clinique doit être quinze à quatre-vingt-dix lits.
- La clinique est placée sous la direction permanente d'un médecin.
- Les activités médicales, chirurgicales et d'exploitation sont assurées par des praticiens qualifiés dont les activités des auxiliaires médicaux sont assurées sans le contrôle de praticiens médicaux.
- Toute clinique est soumise à tout moment au contrôle et à l'inspection technique et sanitaire dans le cadre des lois et règlements.
- Le montant des prestations effectuées dans les cliniques est remboursé à l'assuré social dans les conditions et limites fixées par la législation et la réglementation.
- Les manquements aux dispositions relatives aux normes et conditions de fonctionnement des cliniques sont sanctionnés (Aouci & Belmadani, 2017).

1. Des cabinets privés concentrés dans l'agglomération constantinoise

Nous traiterons dans cette section la répartition territoriale des professionnels de santé privés. Nous analyserons les dynamiques d'installation des médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et les officines pharmaceutiques. Le médecin généraliste, comme premier maillon du parcours de soins, prend en charge le patient dans sa globalité et l'oriente vers les différents soins spécialisés. Le pharmacien d'officine est devenu l'interlocuteur privilégié du système de santé. Il joue un rôle de conseil et d'orientation dans le circuit préventif et curatif

⁶¹ Le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixe les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques. Source : <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1988/F1988042.pdf>

des patients. L'infirmier constitue le relai entre le patient, le médecin et la famille. Il est un acteur du maintien et du soin à domicile, notamment des malades atteints de pathologie chronique, des personnes âgées, des soins palliatifs, etc. Le chirurgien-dentiste, le médecin spécialiste et les auxiliaires seront aussi traités dans cette partie.

Pour rendre compte de ces dynamiques, nous nous baserons sur les chiffres de la direction de la santé populaire (DSP) de l'année 2016. Leur base de données classe les cabinets privés en catégories : médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, spécialistes, auxiliaires, infirmiers et pharmaciens. Elle fournit des renseignements sur les professionnels en activité : Nom, prénom, adresse, téléphone. Nous avons, après traitement des données, géocodé l'ensemble des adresses permettant une lecture à l'échelle des communes et à l'échelle des agglomérations. Lorsque le géocodage ne fournissait pas l'adresse exacte, nous avons procédé à des modifications en recherchant les adresses manuellement. Nous avons ainsi corrigé et attribué les adresses à leur territoire d'appartenance. Cela a permis de rendre compte de la distribution de l'offre de soins privée à l'échelle des agglomérations et plus particulièrement à l'échelle des quartiers.

▪ **Médecins généralistes**

La wilaya de Constantine compte 156 médecins généralistes répartis de manière différenciée sur l'ensemble du territoire. 83 %, soit 134, d'entre eux sont implantés dans l'agglomération constantinoise.

La commune de Constantine enregistre la part la plus importante de l'implantation des médecins généralistes avec 52 %, soit 81 médecins généralistes. Elle est suivie par la commune d'El Khroub qui comporte 14 %, soit 22 médecins généralistes. La commune d'Ain Smara avec 9 % et la commune de Hamma Bouziane avec 8 %. 17 % des médecins généralistes sont donc répartis dans les communes restantes. La commune d'Ouled Rahmoune enregistre, à titre d'exemple, 3 médecins généralistes, la commune d'Ibn Badis 2 médecins généralistes et la commune de Messaoud Boudjeriou 1 seul médecin généraliste (cf. Carte VI.1).

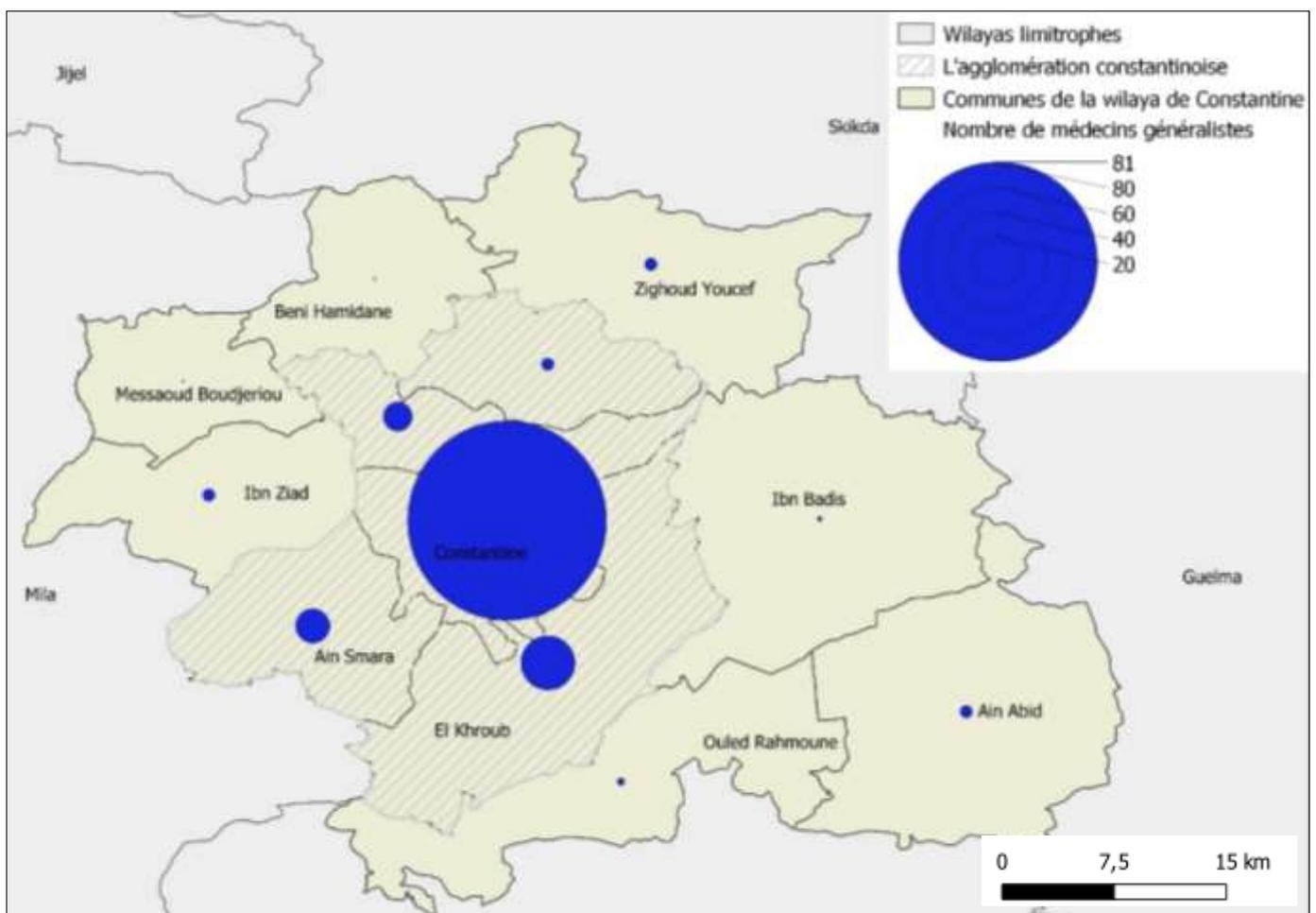
Rapporté aux nombres d'habitants, le nombre de médecins pour 10 000 habitants montre que la commune d'Ain Smara est bien lotie comparée aux autres communes de l'agglomération avec 3,78 médecins pour 10 000 habitants. Elle est suivie par la commune d'Ibn Ziad avec

2,16 médecins pour 10 000 habitants puis de la commune de Constantine avec 1,8 médecins pour 10 000 habitants. Les communes de Hamma Bouziane, et d'Ain Abid enregistrent quant à eux 1,5 médecin pour 10 000 habitants. Le reste des communes enregistre de 1,2 à 1,0 médecin pour 10 000 habitants.

Au sein des différents secteurs urbains qui composent la ville de Constantine, nous relevons une répartition inégale des médecins généralistes. Ces derniers se concentrent majoritairement dans le centre-ville, 14 dans le quartier de Sidi Rached et 24 dans le quartier de Sidi Mabrouk. Idem pour la ville d'El-Khroub où nous retrouvons une concentration de médecins généralistes plus élevés par rapport aux nouvelles villes. El Khroub compte 10 médecins généralistes contre 6 dans la nouvelle ville de Massinissa et dans la nouvelle ville d'Ali Mendjeli (cf. Carte VI.2).

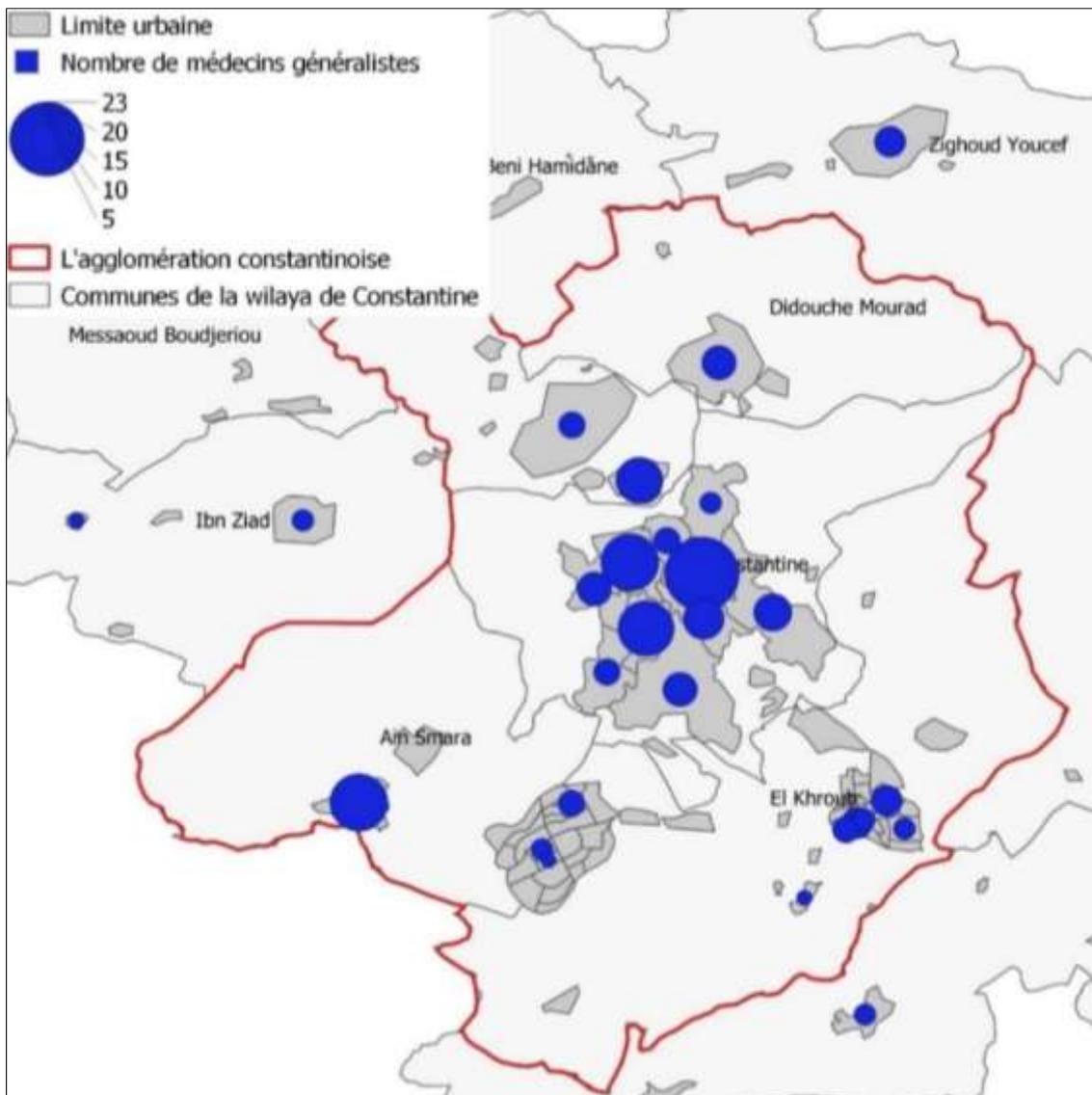
Carte VI.1 : Répartition des médecins généralistes dans la wilaya de Constantine en 2016

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



Carte VI.2 : Répartition des médecins généralistes dans les différents quartiers de l'agglomération constantinoise

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



▪ **Les pharmaciens**

Nous remarquons une distribution concentrée des pharmaciens privés. En effet, nous enregistrons 349 pharmaciens privés. Au sein des communes, nous observons à nouveau une surconcentration des pharmaciens dans la ville de Constantine (cf.

Carte VI.3).

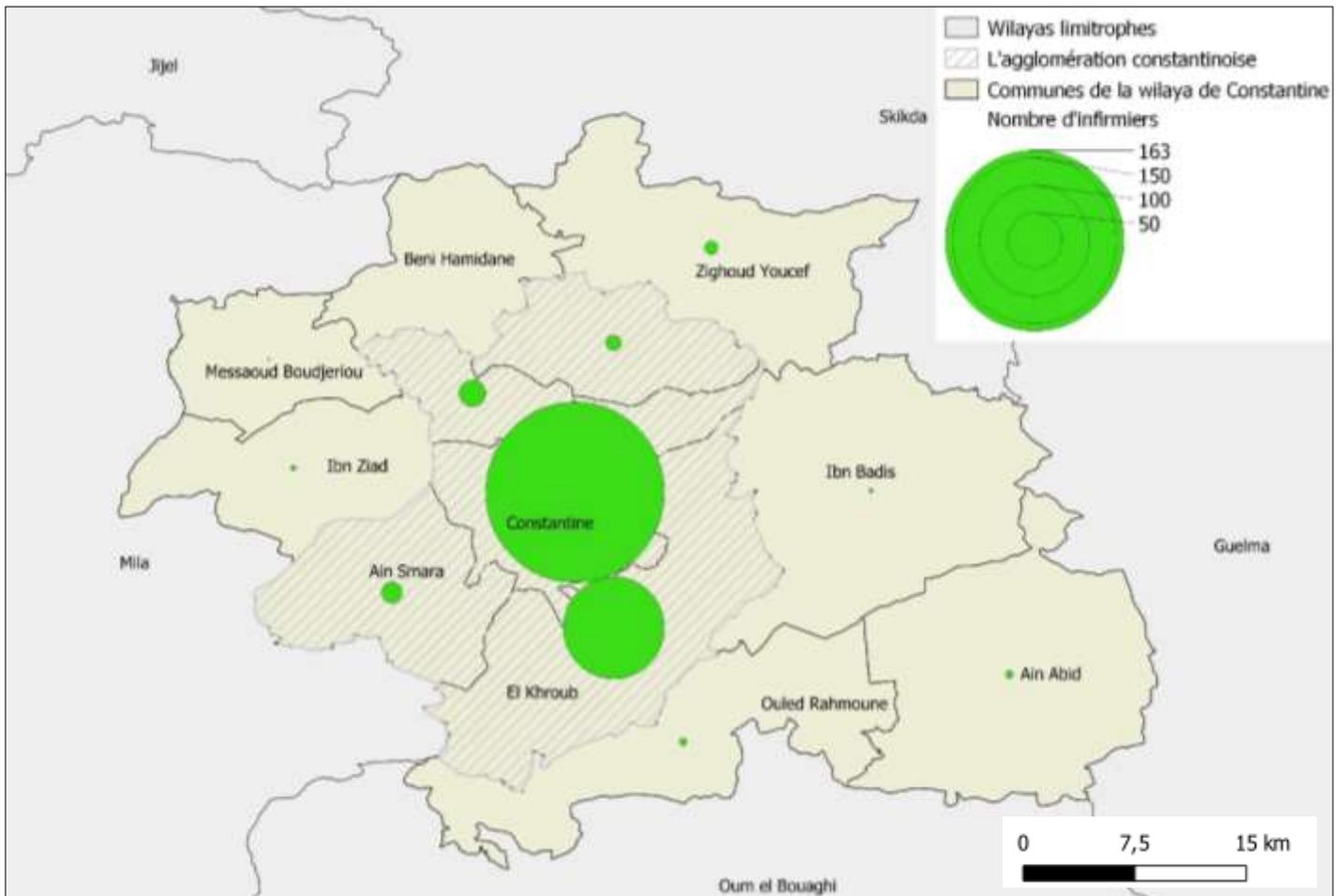
Au niveau des secteurs urbains qui la composent, nous retrouvons, par ailleurs, des disparités. Ceci peut atteindre une valeur de 9 pharmaciens dans le secteur 5 juillet et des valeurs trois à

quatre fois supérieures dans les secteurs urbains de Sidi Mabrouk (38 pharmaciens), Sidi Rached (31 pharmaciens) et Belle Vue (32 pharmaciens). Certaines communes limitrophes enregistrent un nombre équivalent à certains secteurs sanitaires (cf.

Carte VI.4). Cela tourne autour de 15 pharmaciens dans la commune d’Ain Smara (densité de 3,86 pharmaciens pour 10 000 habitants) et 14 pharmaciens dans la commune de Didouche Mourad soit une densité de 2,96 pour 10 000 habitants.

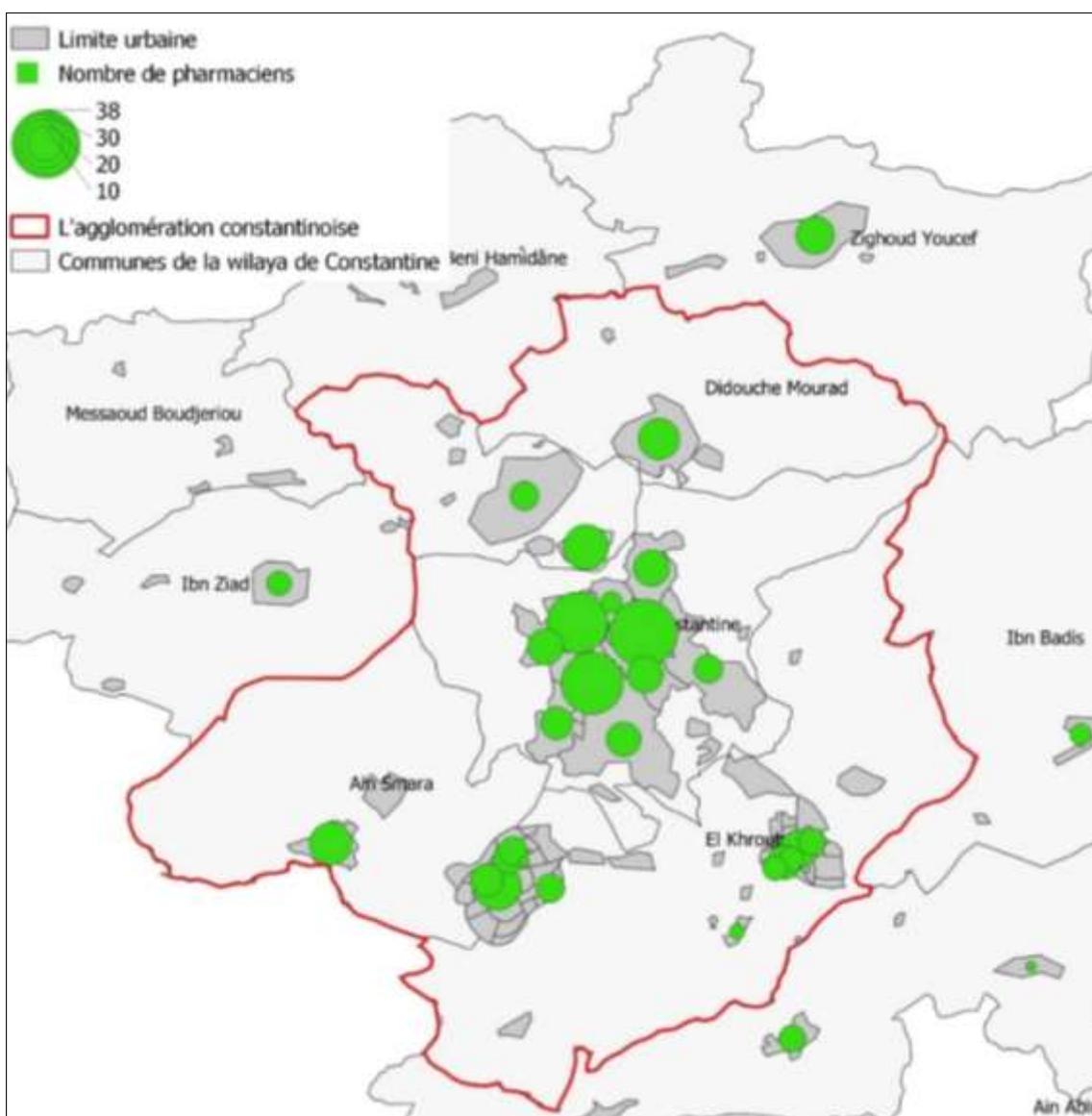
Carte VI.3 : Répartition des pharmaciens dans la wilaya de Constantine en 2016

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



Carte VI.4 : Répartition des pharmaciens dans les différents quartiers de l'agglomération de Constantine en 2016

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



▪ Les infirmiers

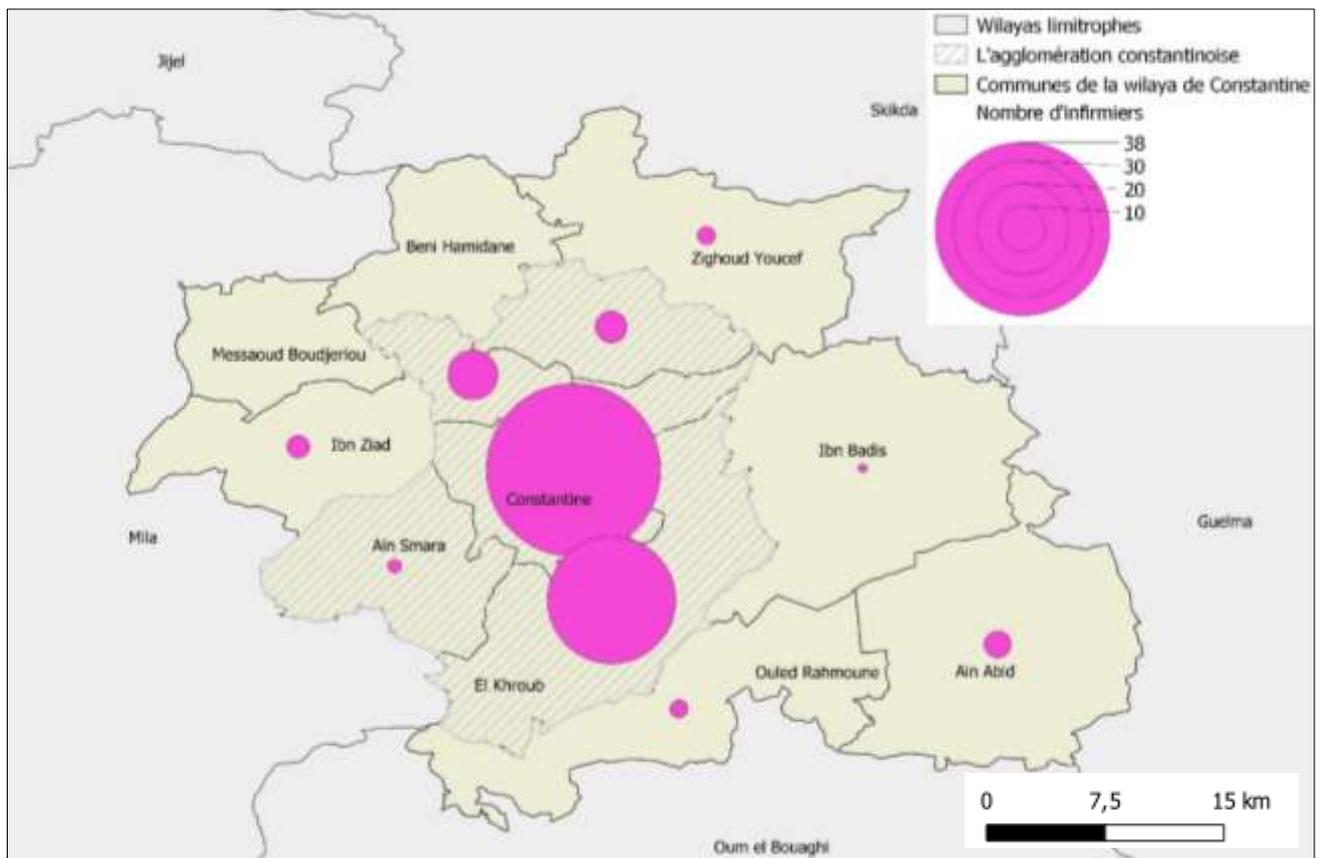
Dans l'ensemble de la wilaya de Constantine, nous dénombrons 108 infirmiers privés répartis sur l'ensemble du territoire, ce qui donne une densité de 0,74 infirmier pour 10 000 habitants. La répartition des infirmiers libéraux fait apparaître une distribution moins concentrée dans le cœur de la ville de Constantine et plus dispersée sur l'ensemble du territoire que pour les autres spécialités. Bien que la ville de Constantine concentre la part la plus importante d'infirmiers libéraux (48 %), les communes de Hamma Bouziane et Didouche Mourad sont aussi bien desservies (cf. Carte VI.5 et

Carte VI.6).

Le nombre d'infirmiers pour 10 000 habitants montre un nombre plus élevé dans la commune d'Ibn Ziad avec 2,6 infirmiers pour 10 000 habitants. Les communes de l'agglomération constantinoise enregistrent entre 1,3 et 1,8 infirmier pour 10 000 habitants et les communes limitrophes à l'agglomération constantinoise enregistrent entre 0,8 à 1,1 infirmier pour 10 000 habitants.

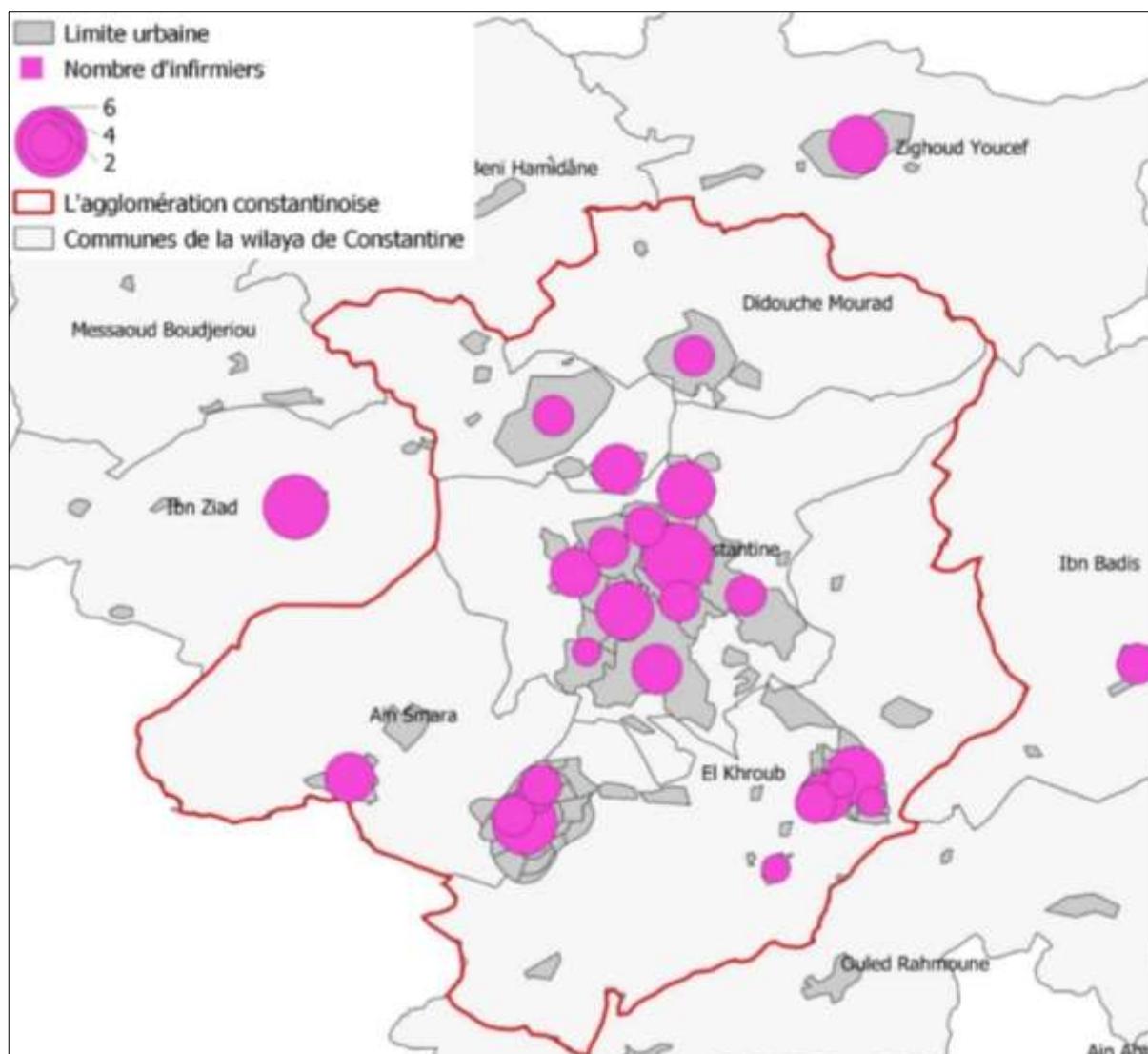
Carte VI.5 : Répartition des infirmiers libéraux dans la wilaya de Constantine en 2016

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



Carte VI.6 : Répartition des infirmiers dans les différents quartiers de l'agglomération constantinoise en 2016

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



▪ Les chirurgiens-dentistes

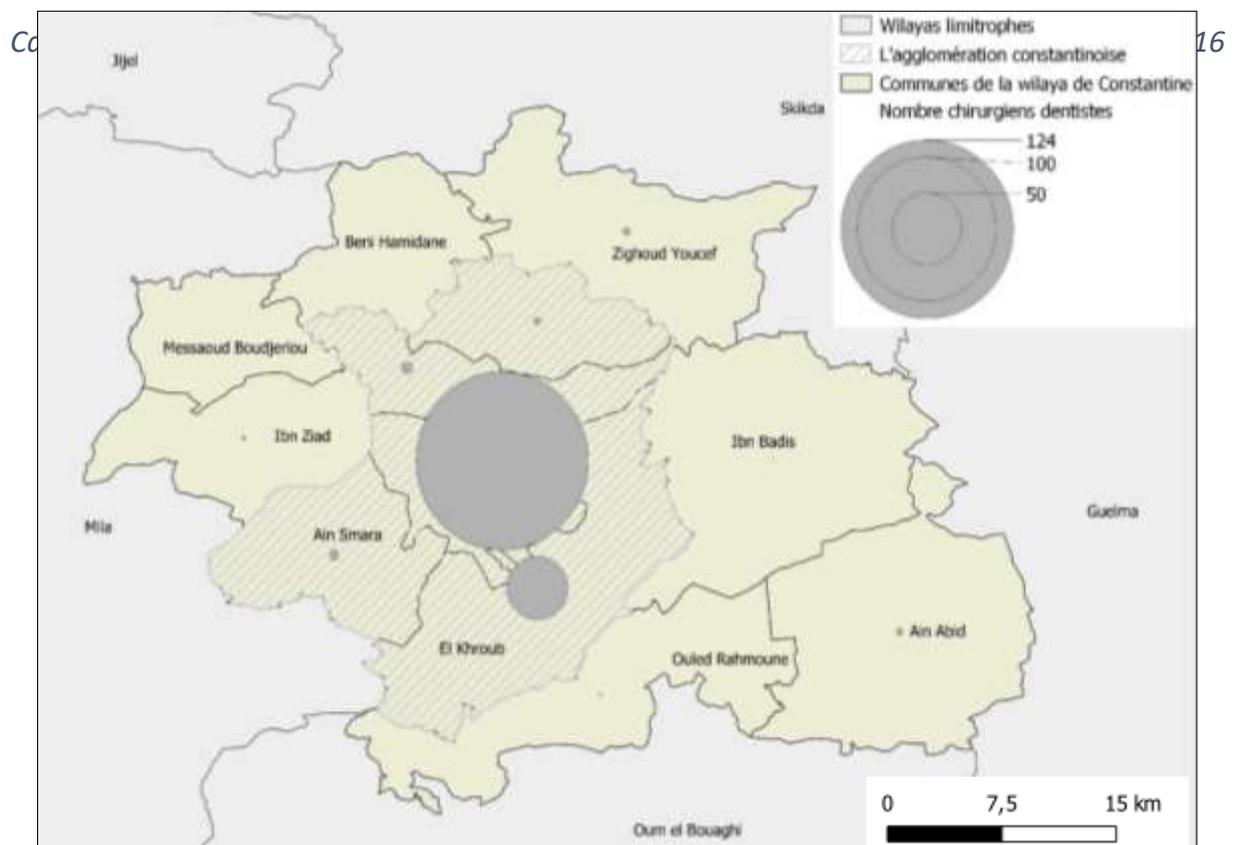
La wilaya de Constantine enregistre 204 chirurgiens-dentistes répartis sur dix des douze communes de la wilaya. Les communes de Beni Hamidane et de Messaoud Boudjeriou sont dépourvues de chirurgiens-dentistes. Les communes d'Ain Abid, Didouche Mourad, Ibn Badis, Ibn Ziad, Ouled Rahmoune et Zighoud Youcef comptabilisent entre 1 et 5 chirurgiens-dentistes. Les communes de Hamma Bouziane et d'Ain Smara comptabilisent respectivement 8 et 7 chirurgiens-dentistes. La tendance observée reste là même que précédemment avec une surconcentration des chirurgiens-dentistes au niveau de la commune de Constantine d'abord puis dans les communes de l'agglomération constantinoise (cf. Carte VI.7). La

répartition des chirurgiens-dentistes libéraux à l'échelle du grand Constantine témoigne de disparités d'offre de soins dentaires. Sur les 165 chirurgiens-dentistes que compte le territoire, 124 chirurgiens-dentistes soit 66 % sont localisés dans la seule ville de Constantine. La ville d'El-Khroub et la nouvelle ville d'Ali Mendjeli sont classées deuxièmes avec un écart très significatif. Il est de l'ordre de 89 points (21 pour la ville d'El-Khroub et 20 pour la ville d'Ali Mendjeli). Les autres communes concentrent de très faibles valeurs comprises entre 3 et 8. La dynamique d'implantation des chirurgiens-dentistes privés montre une préférence pour la ville de Constantine et plus particulièrement pour le centre-ville. Cela peut augmenter les disparités d'accès aux soins pour une certaine frange de la population (cf. Carte VI.8).

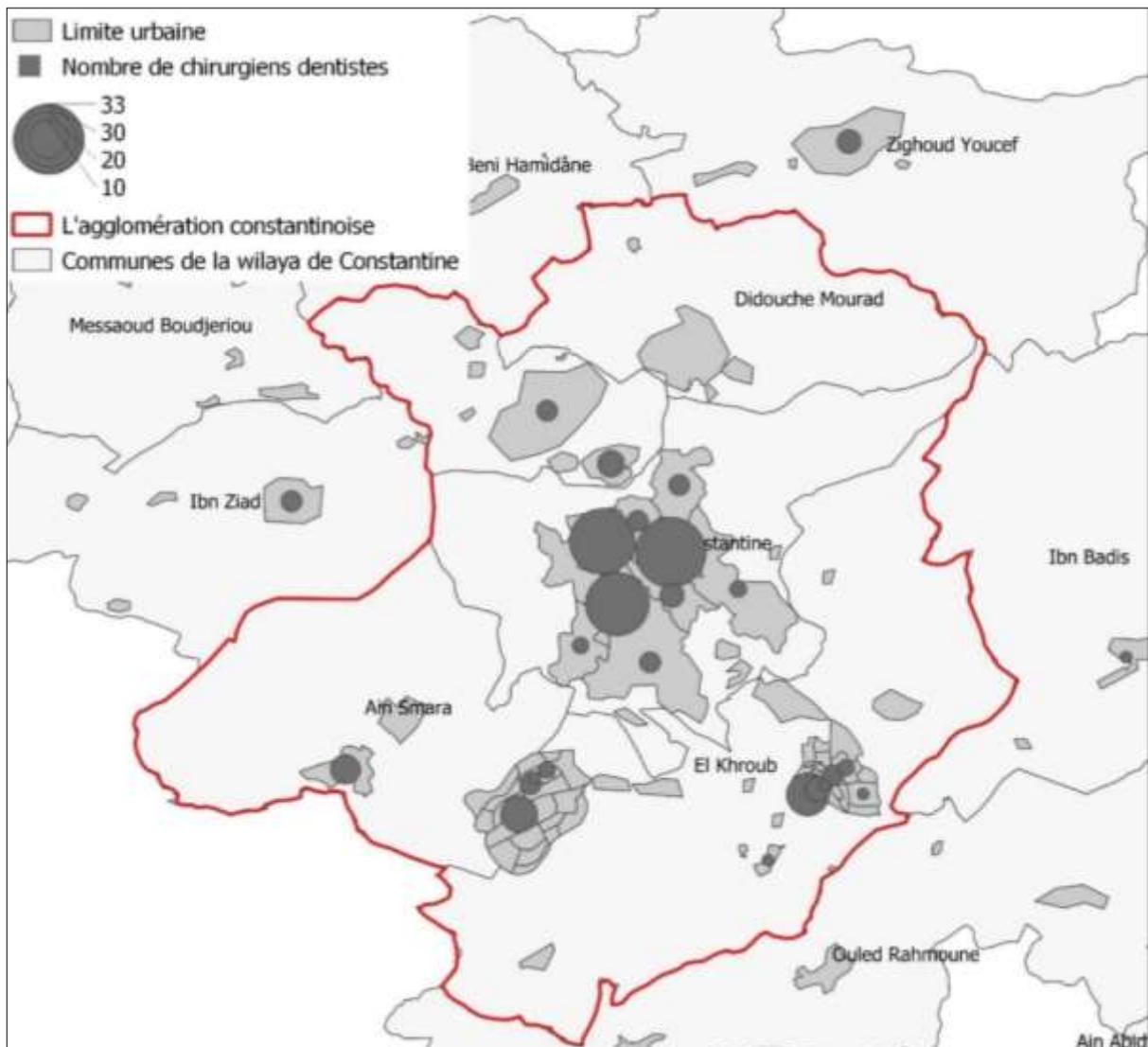
Le nombre de chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants montre que la commune de Constantine reste la mieux lotie avec 2,7 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants. Elle est suivie par la commune d'El Khroub avec 2,5 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants puis la commune d'Ain Smara avec 1,87 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants. Le reste des communes affiche 0,5 à 1,57 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants et les communes de Beni Hamidane et Messaoud Boudjeriou en sont dépourvues.

Carte VI.7 : Répartition des chirurgiens-dentistes dans la wilaya de Constantine en 2016

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



▪ Les médecins spécialistes et les auxiliaires

D'autres spécialités sont marquées par la même logique d'installation et de déploiement au sein de la wilaya. À titre d'exemple, les médecins spécialistes se concentrent principalement dans l'agglomération constantinoise et plus particulièrement dans la ville de Constantine. Ainsi, la wilaya compte 356 médecins spécialistes. 62,9 % sont implantés dans la commune de Constantine tandis que 24,7 % sont implantés dans la commune d'El Khroub. Les communes d'Ain Abid, Ain Smara, Didouche Mourad, Hamma Bouziane et Zighoud Youcef présentent un taux d'implantation inférieur à 5 %. Les communes périphériques à savoir Messaoud Boudjeriou, Beni Hamidane, Ouled Rahmoun Ibn Badis et Ibn Ziad sont dépourvues de médecins spécialistes (cf.

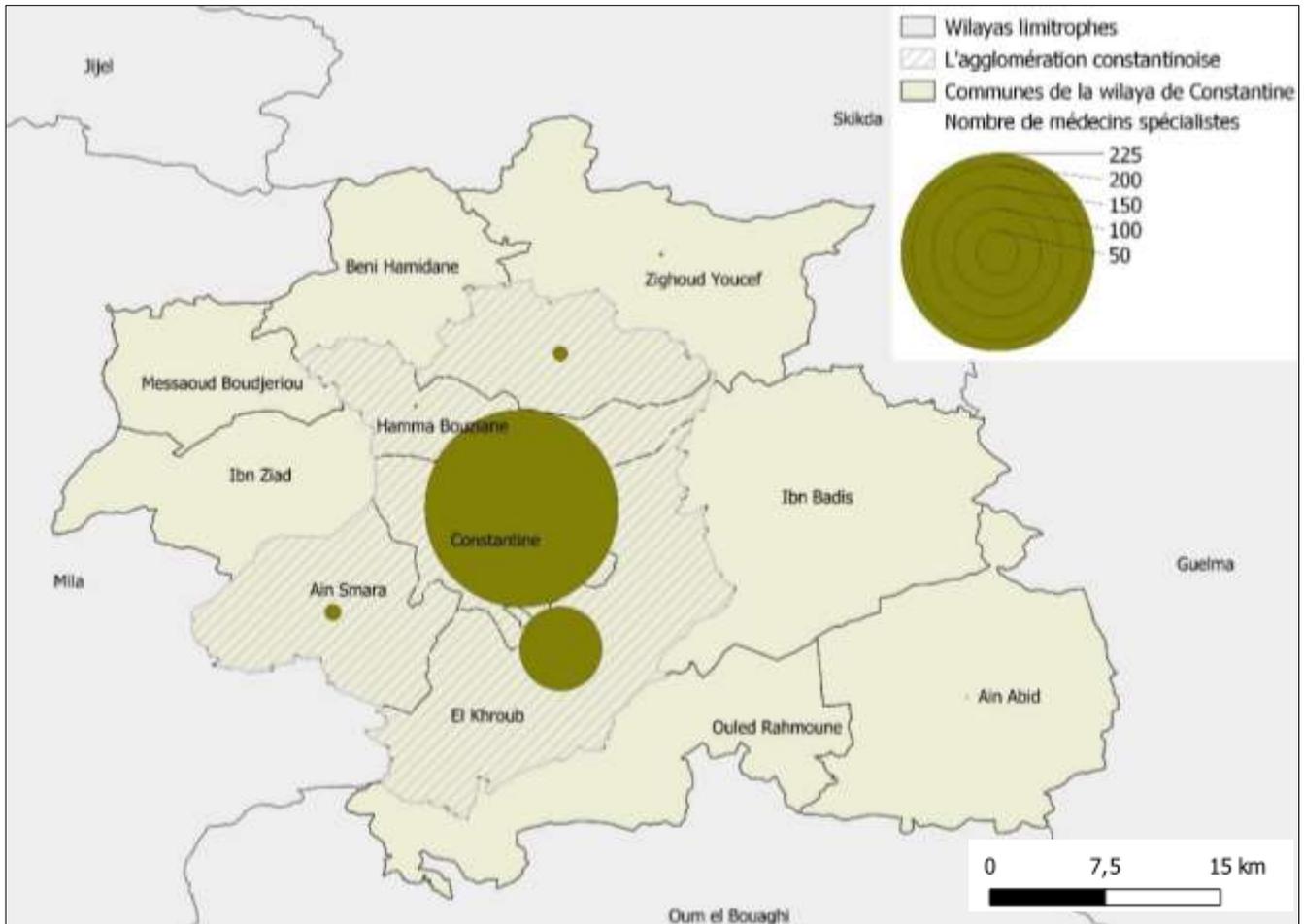
Carte VI.9).

Le constat reste le même dans la répartition des auxiliaires. Ils sont concentrés à 51,4 % dans la commune de Constantine et 23,1 % dans la commune d'El Khroub. Les communes d'Ain Abid, Ain Smara, Didouche Mourad, Hamma Bouziane, Ibn ABdis, Ouled Rahmoune et Zighoud Youcef présentent des taux inférieurs à 6 %. Ainsi, les communes de Messaoud Boudjeriou, Beni Hamidane sont dépourvues d'auxiliaires (cf.

Carte VI.10).

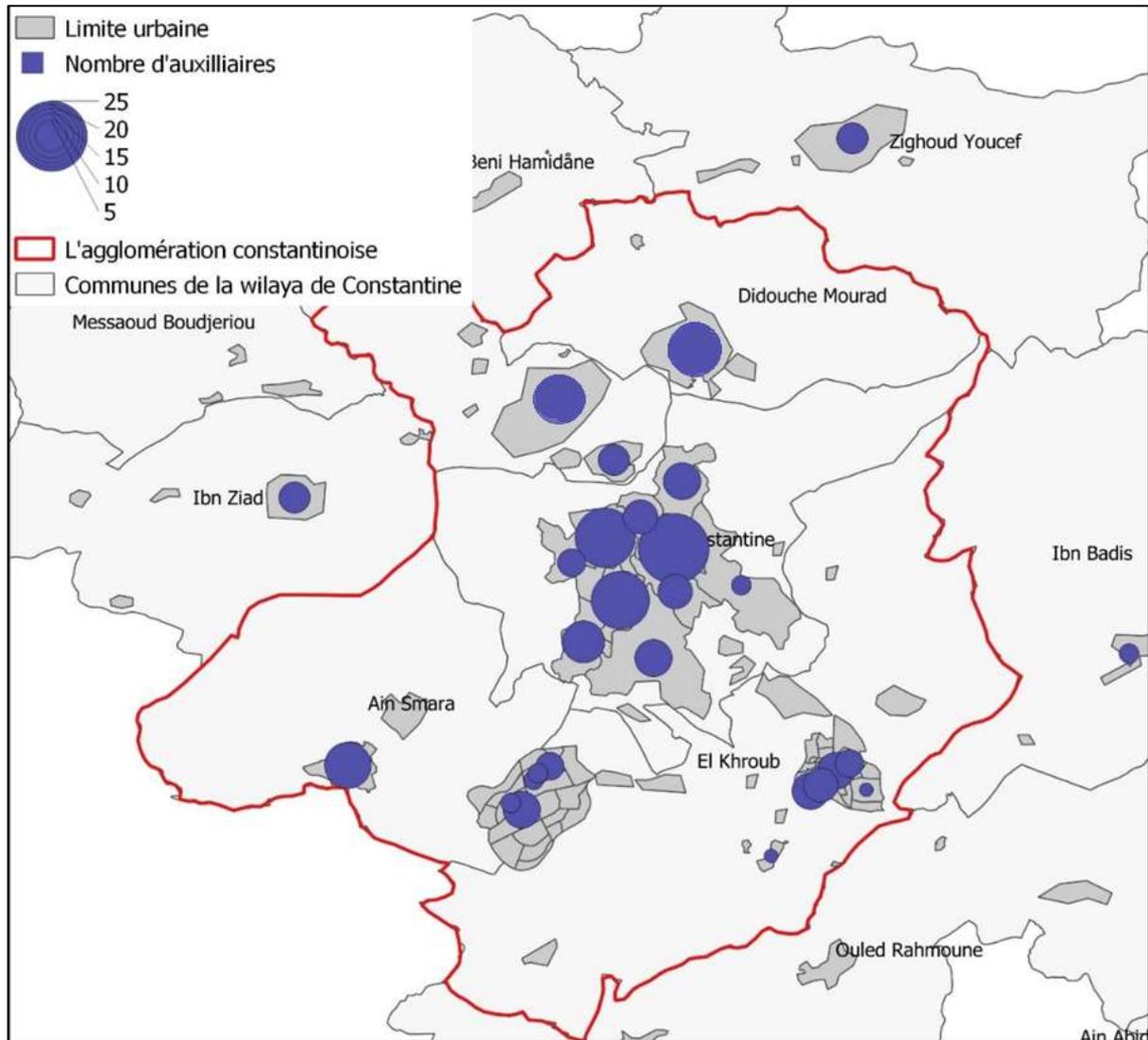
Carte VI.9 : Répartition des médecins spécialistes dans la wilaya de Constantine en 2016

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



Carte VI.10 : Répartition des auxiliaires dans la wilaya de Constantine en 2016

Source : (DSP,2016), réalisé par CZ sous QGIS, 2021



Finalement, les cabinets privés se concentrent principalement dans l'agglomération constantinoise. Les communes périphériques sont peu loties en cabinets privés. Cette distribution participe des recours différenciés observés dans les chapitres précédents. Dans l'agglomération constantinoise où l'offre est variée (privée et publique), les recours sont diversifiés. En périphérie, où l'offre privée est moins disponible, les recours s'orientent vers le public. Il est intéressant de voir si cela s'applique aux autres établissements privés comme les cliniques.

2. Des cliniques privées à proximité des établissements de soins publics hautement spécialisés

Dans la wilaya de Constantine, l'offre de soins privée comprend actuellement 23 cliniques privées. 73 % soit 18 sont implantés dans la commune de Constantine, 13 % soit 3 cliniques privées dans la ville d'El Khroub et 8 % soit 2 cliniques privées sont implantées dans la nouvelle ville d'Ali Mendjeli. Classée par spécialités 40 % des cliniques installées sont des cliniques médicochirurgicales. 26 % sont enregistrées comme étant des cliniques d'hémodialyse, 13 % de diagnostic, 8 % comme étant des cliniques médicales de jour. 8 % sont enregistrées comme des cliniques ophtalmologiques et 4 % comme étant des centres anticancéreux (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2018).

La part des lits d'hospitalisations privées rapportées au total des lits d'hospitalisations public et privé dans la wilaya de Constantine représente 8 % avec 233 lits, soit un ratio de 1 lit/3553 habitants⁶².

L'analyse de la répartition des cliniques privées au sein de la commune de Constantine montre une répartition inégale entre les différents quartiers. Ainsi, les quartiers de Zouaghi comprennent le plus grand nombre de cliniques privées avec 7 cliniques privées suivies par le quartier de 5 juillet et Sidi Mabrouk avec 3 cliniques privées chacun. Les quartiers de Ziadia, El Kantara, Sidi Rached et les Murriers comprennent 1 clinique privée chacun. Ainsi, sur les dix quartiers de la ville de Constantine, trois comprennent plus de trois cliniques privées, quatre enregistrent une seule et trois en sont dépourvues. Chronologiquement, l'installation s'est faite d'abord sur les quartiers de Sidi Mabrouk, El Kantara et Sidi Rached. À titre d'exemple, la clinique médicochirurgicale « El Anour », située dans le quartier d'El Kantara, est parmi les plus anciennes cliniques implantées dans la wilaya (2005). Le centre de diagnostic « El Hocieni », situé dans le quartier d'El Kantara a été mis en service en 2002 et le centre d'hémodialyse « Renadial » située dans le quartier de Sidi Mabrouk a été installée en 2003 (Annexe 25).

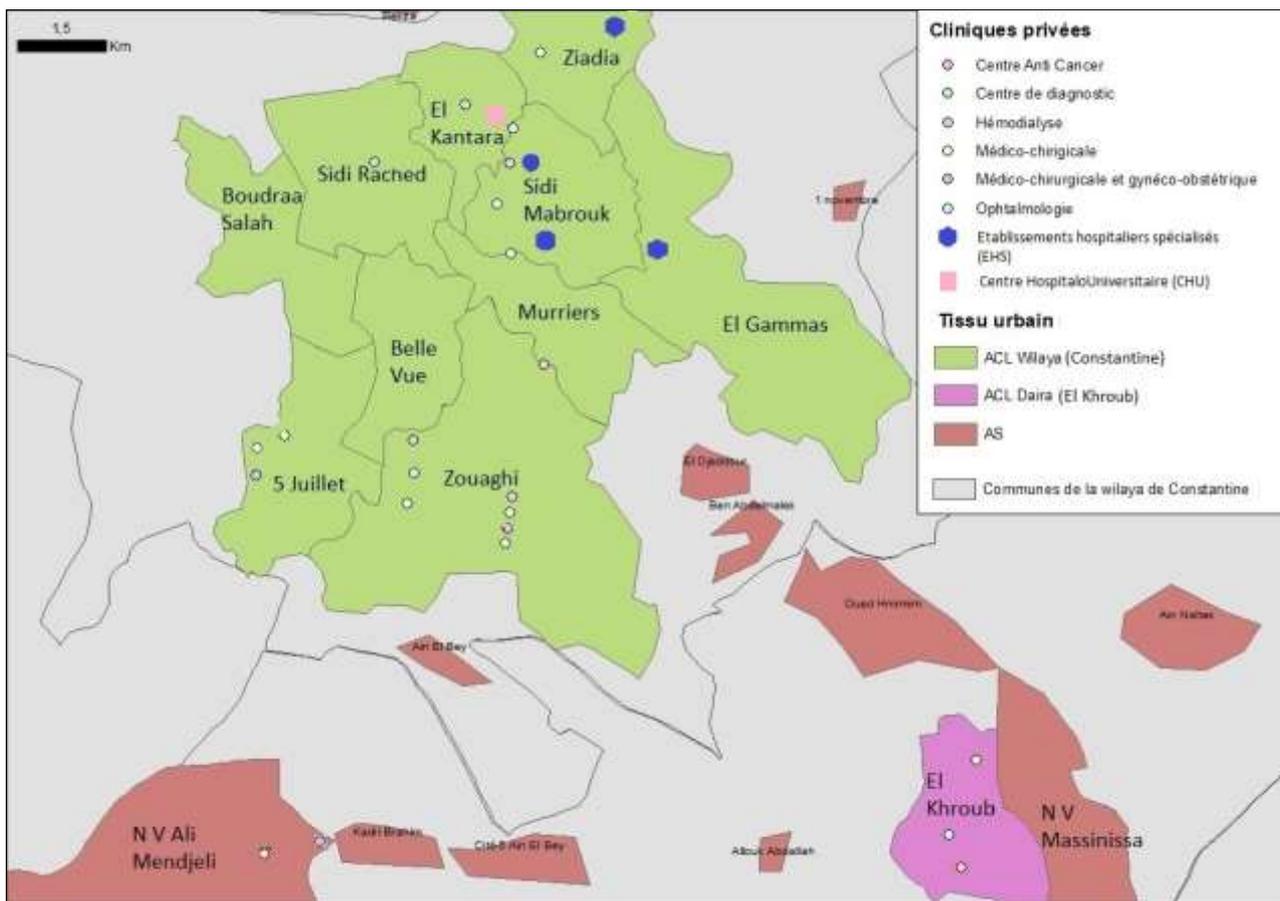
Le déploiement des premières cliniques s'est fait d'abord au cœur historique de la ville. Il se base notamment sur la proximité des structures de soins publiques spécialisées et hautement spécialisées à l'image du centre hospitalo-universitaire (CHU) et les quatre établissements

⁶² Le nombre total de lits d'hospitalisation tous secteurs confondus (2587 +233) est de 2820 lits soit 1 lit/293 habitants.

hospitaliers spécialisés (EHS). Puis, elle s'est développée en se concentrant d'abord dans des quartiers récents de la ville de Constantine comme le quartier de Zouaghi ou Boussof. Depuis, de nouvelles polarités émergent à l'image de la nouvelle ville Ali Mendjeli.

Carte VI.11 : Répartition des cliniques privées selon les spécialités et leur proximité par rapport aux établissements publics de haut niveau dans l'agglomération constantinoise

Source : DSP, 2016. Réalisation CZ, sous Arcmap en 2018



Ainsi, le déploiement de l'offre de soins privée semble marqué par une centralité existante. Cette dernière prend soit une logique urbaine propre à la configuration de la ville soit propre à l'installation des structures de soins publiques.

Les cliniques privées investissent l'agglomération constantinoise en suivant d'une part le principe de centralité et d'autre part en fonction de la disponibilité foncière. La méthode de déploiement semble suivre l'armature créée par l'offre de soins publique. L'installation des professionnels libéraux suit la même logique d'installation des cliniques. Les cabinets privés viennent, en effet, se greffer sur le déploiement initié par l'offre de soins publics pour leur

permettre une meilleure visibilité auprès des populations. Ils tentent, ainsi, d'absorber le potentiel flux qui s'oriente vers les structures de soins publiques. Cette même logique est retrouvée dans le déploiement de l'offre de soins privés de premiers recours, quels que soient des personnels de soins privés généraliste, spécialiste, infirmier ou pharmaciens. Nous trouvons, en effet, une forte concentration adossée à une forte centralité et hiérarchisation. Le recours timide aux cliniques privées retrouvées dans nos résultats d'enquêtes montre que les cliniques privées répondent à une logique différente. D'une part, elle absorbe et comble les défaillances du secteur public. D'autre part, elle répond à une logique marchande sans avoir une volonté de couverture territoriale.

Photo VI.1 : Vues sur les cliniques dans la ville de Constantine



Clinique médicochirurgicale, Ibn Roched dans le quartier de Boussouf.

Photo : Clinique Ibn Roched, 2020



Clinique médicochirurgicale El Mehdi. L'une des premières cliniques privées installées dans la wilaya de Constantine.

Photo : Clinique El Mehdi, 2020

Photo VI.2 : Vues des cliniques privées installées dans la ville d'El Khroub



Clinique Massinissa dans le quartier 900 logements à El Khroub

Photo : CZ, 2022



Clinique médicochirurgicale El Imane à l'entrée de la ville d'El Khroub

Photo : CZ, 2022

B. Une dynamique marquée par la hiérarchisation et la concentration

La logique d'implantation du secteur de soins privé dans la wilaya de Constantine a débuté par un adossement aux structures de soins publiques en cœur de ville. Puis, il s'est développé dans les quartiers récents de la ville de Constantine donnant naissance à un boulevard entièrement dédié à l'offre de soins privée. Actuellement, nous assistons au potentiel développement de l'offre de soins privée dans la nouvelle polarité urbaine qu'est la nouvelle ville Ali Mendjeli, lieu de l'implantation du futur centre hospitalo-universitaire.

Un secteur privé dépendant du secteur public mais gagnant en autonomie

Si le système de soins algérien repose principalement sur le secteur public, nous avons pu voir à travers l'exemple de la wilaya de Constantine que le secteur privé commence à développer une dynamique d'installation et de diffusion qui lui est propre. L'étude du déploiement des structures de soins privées montre certaines concentrations, avec l'émergence de pôles de santé privés.

Les cliniques dans l'agglomération de Constantine ont vu leur nombre doubler entre 2013 et 2016 passant de 10 cliniques à 23 cliniques privées. L'implantation des cliniques privées a commencé en suivant les mêmes logiques de centralité que celles du secteur public. Dans un second temps la volonté politique de création de pôles d'excellence en matière de santé, la recherche de la rentabilité de la part des structures privées et les contraintes de disponibilité foncière ont entraîné de nouvelles logiques d'implantation de cette offre.

Le boulevard des cliniques en est un exemple. À la suite d'une disponibilité foncière dans le secteur urbain de Zouaghi, la direction de l'urbanisme de la wilaya de Constantine a encouragé la création d'un groupement de cliniques privées. La situation particulière du site, à proximité de l'aéroport et la volonté de renforcer le pôle d'excellence sanitaire de la wilaya (regroupement de la faculté de médecine, concentration des professionnels de santé spécialisés et hautement spécialisés) a permis de concrétiser la création d'un pôle privé de santé. Ce déploiement s'affranchit des logiques d'installation attachées au déploiement du secteur public.

Il est question, aujourd'hui, d'en créer un nouveau dans la nouvelle ville Ali Mendjeli. La revue de presse montre que la croissance urbaine de la nouvelle ville s'accompagne d'une croissance

dans l'installation de l'offre de soins. Cela se concrétise notamment avec l'installation d'un établissement public hospitalier, l'implantation de la faculté de médecine et la volonté d'implanter un nouveau centre hospitalo-universitaire (CHU) d'une capacité de 400 lits. De plus, nous remarquons une réelle volonté politique de développer le secteur privé dans les secteurs urbains les plus accessibles au niveau urbain et les plus rentables économiquement. Ce qui laisse entrevoir une poussée des cliniques privées, mais aussi des professionnels de santé libéraux dans la ville. La réactualisation des chiffres de la direction de santé populaire permettrait de percevoir cette percée dans la nouvelle ville de Constantine. Elle peut concurrencer la ville d'El Khroub, le premier pôle urbain initié par le schéma de cohérence urbaine (SCU).

Photo VI.3 : Vue aérienne sur le boulevard des cliniques



Boulevard des cliniques dans le quartier de Zouaghi (Constantine). Il est situé à dans la rive droite du quartier. Il rassemble des cliniques privées issues d'un projet politique de concentration de l'offre de soins privée. Il se trouve à proximité de la ligne de tramway (à gauche) et à proximité de l'aéroport de Constantine (à droite).

Des cliniques plus anciennes ont été implanté dans le quartier (à gauche de la ligne de tramway). (*Google Earth, 2020*)

Photo VI.4 : Vues sur les cliniques privées installées dans le boulevard des cliniques



Clinique médicochirurgicale El Zahra,
Photo : Clinique El Zahra, 2021



Clinique médicale-Anti cancer Athena
au sein du boulevard des cliniques
Photo : Clinique Athena, 2021

Finalement, l'offre de soins privée semble prendre son autonomie par rapport à l'offre de soins publique. Malgré une ouverture récente du champ privé, l'exercice se base sur le déploiement sanitaire ancien. Le but est d'attirer le flux des patients. Toutefois, cette logique d'abord de concentration puis d'indépendance reste récente. Il est intéressant de s'attarder sur l'évolution historique du champ de la santé privé en Algérie. Elle permettrait de mieux comprendre les logiques déployées dans le territoire constantinois.

C. Un déploiement récent de l'offre de soins privée

L'implantation de l'offre de soins privée et les dynamiques actuelles observées dans la wilaya de Constantine ne sont pas spécifiques à cette wilaya. Elle traduit un mouvement plus général initié à la suite des réformes des années 90 et l'ouverture du champ libéral. Composée à la fois de structures de soins privées sous forme de cabinets privés et de structures assurant des prestations au niveau de certains segments de la demande de soins sous forme de cliniques privées, l'offre de soins privée est passée par deux phases. La première, conçue comme antagoniste au secteur public, a été marquée par la limitation d'installation. La deuxième, conçue comme complémentaire au secteur public, s'est caractérisée par la suppression des obstacles à l'installation et l'autorisation de l'ouverture des cliniques privées. L'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif notamment à travers sa composante clinique et hôpital privé ont donné naissance à un système qui se nourrit principalement des dysfonctionnements du secteur public. Dans ce qui suit, nous tenterons de cerner la

trajectoire et l'évolution qu'a suivi le secteur de soins privé en Algérie depuis 1962. Cette analyse chronologique part de la documentation existante, les périodes antérieures n'ayant pas assez de documentations. Le détour historique qui retrace le processus de la formation du secteur privé en Algérie montre deux principales phases. La première date de 1962 à 1986 et la deuxième de 1986 à nos jours. Il faut toutefois aborder la période coloniale en préalable pour bien comprendre ces 2 phases.

1. La médecine libérale coloniale

Durant la période de 1830 à 1850, soit durant la période militaire, la distribution des soins était assurée dans les lieux d'implantation de l'armée. La période postérieure à 1850 se caractérisait par une organisation d'une médecine civile sous forme de cabinets privés. Les hôpitaux existants étaient restreints aux militaires européens et algériens de services. La médecine libérale apparaît en Algérie à partir de la deuxième moitié du 19e siècle. Elle se caractérise par des avantages en faveur des médecins privés qui s'implantent dans les centres urbains de métropoles où résident les Européens et les Algériens de service. En 1904, l'évolution se fait sentir par la création des corps « auxiliaires médicaux indigènes », « médecins communaux ». En 1906, les « cliniques coloniales » voient le jour. Elles sont principalement dédiées aux personnes ayant un revenu permettant de régler les frais médicaux qu'ils soient colons ou indigènes.

Lors de la période de 1945 à 1962, des réformes touchent les infrastructures existantes et la formation du personnel médical. Le régime de sécurité sociale s'étend. Avant 1962, le nombre de médecins privées en Algérie était estimé à 1800 dont 100 Algériens.

2. Un secteur privé en opposition au secteur public entre 1962 et 1986

La période entre 1962 et 1986 se caractérise par une volonté de décourager l'installation des structures de soins privées en Algérie. Cela se fait ressentir notamment durant les années 60 et 70 comme le montrent des différents critères associés à l'installation d'une structure de soins privée.

Une autorisation à l'installation est obligatoire et délivrée par une commission centrale d'affection des médecins qui se trouvent au niveau du ministère de la santé. L'objectif de l'état à cette époque était de parvenir à un équilibre régional et notamment de faire fonctionner les

structures de soins publiques de l'intérieur du pays. L'Algérie, s'étant vidée des médecins français suite à son indépendance, les nouvelles vagues de médecins n'étaient pas disposées à s'installer à l'intérieur du pays encore moins à travailler dans les structures publiques. « *Il fallut leur forcer la main au départ, et même par la suite, mais de façon différente.* » (Bouzina-Oufriha, 2002)

Un autre critère était la modification de l'affectation du temps de travail du médecin privé. S'inscrivant dans la même logique de couverture territoriale équitable, les médecins étaient dans l'obligation de choisir en 1976, suite à l'instauration de la gratuité des soins en 1974, entre un régime du plein temps et un régime de mi-temps. Un choix définitif était à faire pour les médecins hospitalo-universitaires entre une carrière dans le secteur public et l'exercice à titre privé. Cette mesure est sans doute celle ayant eu le plus d'influence notamment pour les médecins spécialistes qui n'étaient pas ou très peu autorisés à s'installer et qui étaient affectés dans les hôpitaux.

Le troisième critère est la mise en place du zoning. En effet, l'exercice à titre privé des professionnels de santé maintenue implicitement puis explicitement, ne devient pas un privilège octroyé, mais un choix offert à partir des années 80. Même si les professionnels hospitalo-universitaires ont la possibilité théorique de le faire, ils sont toutefois interdits d'installations dans les villes universitaires. Ce zoning se retrouve aussi au niveau de la durée du service civil. Les quatre zones géographiques, à priorité croissante, sont jugées « défavorisées » en fonction de leur situation. Ainsi, la zone une, prioritaire, est donc la plus défavorisée, elle donne lieu à un service civil rapide, de courtes durées. Cela certes attire les candidats à l'installation rapide, mais provoque aussi une instabilité des personnels dans les structures de soins publics (Bouzina-Oufriha, 2002).

Ainsi, la période de 1962 à 1980 peut se définir comme une période d'intégration, relativement forcée de l'ensemble des médecins au secteur public prédominant. En 1982, une circulaire permet à l'ensemble des catégories de praticiens généralistes et spécialistes, de santé publique d'opter pour l'exercice public avec une augmentation de 1000 DA⁶³ ou bien de passer à titre privé à la suite de leur service civil. Le nombre de médecins installées à titre privé

⁶³ La rémunération passe à 9000 Da pour les spécialistes, 7000 Da pour les généralistes et 5000 Da pour les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes en 1982 (Bouzina-Oufriha, 2002).

est estimé à 1200 médecins, 300 chirurgiens-dentistes et 250 pharmaciens entre 1979-1983. Au-delà, une nette consécration de l'exercice privé est remarquée et le début de la phase d'intégration débutera à partir de 1986 (Aouci & Belmadani, 2017).

3. Un secteur privé complémentaire au secteur public à partir de 1986

A partir de 1986, le secteur privé s'est caractérisé par deux étapes. La première est la privatisation de l'exercice médical par la levée des contraintes qui pesaient sur elle comme l'autorisation de s'installer, le zoning... La deuxième étape est l'autorisation d'ouverture des cliniques privées à partir des années 1990⁶⁴.

La suppression des contraintes du secteur privé a vu le jour à la suite de la crise pétrolière internationale qui a affecté une économie algérienne dépendante à 97 % des hydrocarbures. Ce choc exogène a réduit les ressources financières de l'état et a limité l'extension du secteur de soins public dominant. L'ouverture au secteur privé devient nécessaire avec l'abrogation du mi-temps pour les médecins privés, la fin du service civil et la suppression du zoning. Le secteur privé passe alors à la liberté et répond à la pression démographique du corps médical issue de la politique de formation active depuis 1971. Le poids du secteur privé prend de l'ampleur, mais le secteur public reste toujours le secteur dominant dans le système de santé.

Tableau VI.1 : Répartition des praticiens privés en 1988

Source: (MSPRH, 1988)

Catégorie	Secteur privé	Secteur public
Médecins	3851	22700
Chirurgiens-dentistes	726	6400
Pharmaciens	1107	2080
Total	5684	31180

⁶⁴ La privatisation de l'exercice a reconduit les mêmes principes avec le paiement à l'acte, aucun frein ou de mécanisme régulateur sur les prescriptions

En matière de déploiement territorial, le secteur privé se concentre dans les grandes agglomérations : Alger, Oran, Constantine, Annaba ou Tlemcen :

Tableau VI.2 : Répartition des praticiens privés dans les grandes villes algériennes

Source : (MSPRH, 1988)

Catégorie	Alger	Oran	Constantine	Annaba	Tlemcen
Médecins	613	239	117	97	71
Chirurgiens-dentistes	287	70	28	32	32
Pharmaciens	182	36	18	39	45
Total	1082	345	163	168	148

L'ouverture des cliniques privées fait suite aux réformes initiées en 1988. Le décret législatif n° 88-204 du 18 octobre 1988⁶⁵ offre la possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins. Le programme d'ajustement structurel de 1994 à 1998 a consolidé les réformes entreprises pour renforcer le processus de libéralisation. L'émergence du secteur privé est donc une résultante de facteurs endogène et exogène. Les cliniques privées montrent une nouvelle dynamique avec d'une part les médecins attirés par un complément de revenu et les patients, à la recherche d'une prise en charge rapide. Elles mobilisent des médecins conventionnés ou non conventionnés afin d'augmenter leur volume d'activités et leur rentabilité et se positionnent sur les activités rentables. Cette situation induit de ce fait un relatif partage des activités entre le secteur public et le secteur privé.

En 2007, la mise en place de la nouvelle carte sanitaire a conduit aux changements de dénomination des cliniques médicochirurgicales en établissement hospitalier privé (EHP) au

⁶⁵ Le décret législatif n° 88-204 du 18 octobre 1988. Consulté le 28/06/2018, <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1988/F1988042.pdf>

titre du Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007⁶⁶ portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés]. Dans son article 2, il précise que l'établissement privé « *est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités (s) exercée (s), les activités suivantes : la consultation ; l'exploration et le diagnostic ; les urgences médicales et/ou médicochirurgicales y compris le déchocage, la réanimation et l'observation et l'hospitalisation. L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale et il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.* » (Aouci & Belmadani, 2017).

La réalisation de l'établissement hospitalier privé est « *soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier administratif et technique déposé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé comportant, outre les pièces et documents requis pour la construction, les plans et la description détaillée du projet, le lieu d'implantation, les activités et les actes prévus* ». Depuis 2002, le nombre de cliniques privées a fortement augmenté. Selon les données du ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), le nombre de cliniques privées était de 62 en 2002, puis de 141 en 2010, et 479 en 2015 (Aouci & Belmadani, 2017).

Finalement, plusieurs facteurs ont permis au secteur privé de se développer. L'analyse de la démographie médicale de l'indépendance à ce jour montre un déséquilibre entre un nombre d'établissements croissant mais des infrastructures de soins qui ont peu évolué.

4. Une évolution contrastée des infrastructures de soins privées

Le secteur privé en Algérie a toujours existé à l'ombre du secteur public dominant. Il s'est développé de manière rapide en absorbant les insuffisances des services du secteur public avec le développement à la fois de la médecine de ville et l'ouverture des cliniques privées. De ce fait, les dépenses de santé privées ont elles aussi augmenté ces dernières années.

La privatisation de l'exercice médical en tant que médecine de ville a été actée par les

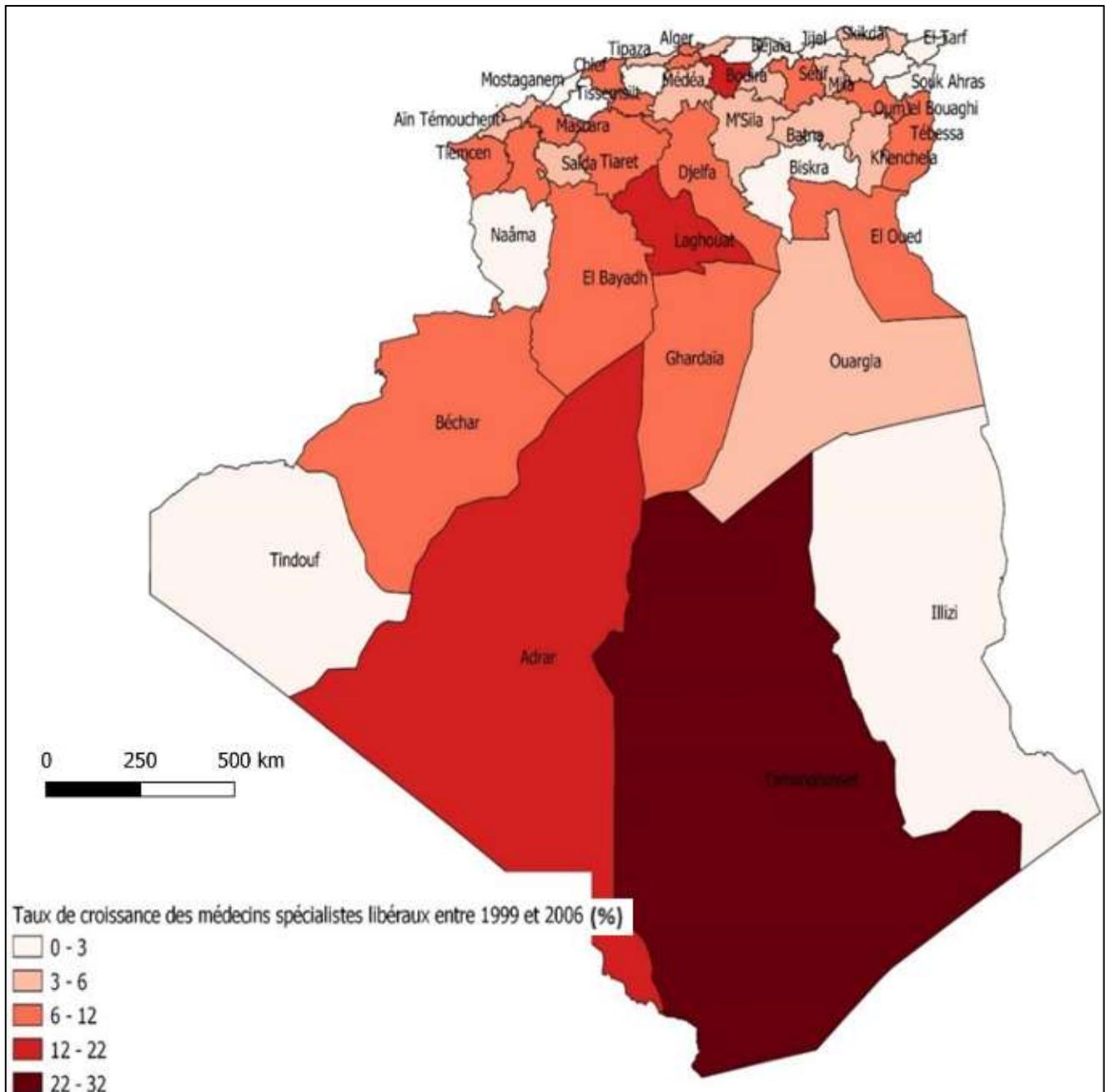
⁶⁶ Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privé. Consulté le 15/09/2023, http://www.dsp-bouira.dz/images/PDF/conditions_de_realisation_et_douverture_des_ehp.pdf

articles 197-202 sur les conditions et régimes d'exercice de professions de santé à titre privé, suivant de l'article 203 qui précise en particulier, de réaliser une couverture sanitaire nationale équilibrée, et ce, dans le cadre de la carte sanitaire, décret du 15 février 1985 relative à la promotion et à la protection de la santé. À ce jour, aucune loi n'est présente pour le suivi des installations des structures privées. Ainsi, l'offre de soins en matière de médecins du secteur libéral a connu une évolution importante. À titre d'exemple, entre 1999 et 2006, le nombre de médecins spécialistes a augmenté de 50 % avec un taux d'accroissement moyen de 6 %. L'analyse du tableau permet de souligner certains profils :

D'abord, certaines wilayas ont connu une stagnation d'effectifs comme les wilayas de Tizi Ouzou, Guelma et Biskra. Cela laisse penser que ces wilayas sont saturées et qu'une désinstallation était à l'œuvre. D'autres wilayas comme Ghardaïa, Ain Timouchent, Naama, Taref et Tipaza enregistrent une progression de nouvelles installations très faibles. Les grandes métropoles affichent des taux de 4,3 %, pour Annaba, 4,07 % pour Oran et 3,91% pour Constantine. La wilaya d'Alger fait exception avec un taux moyen de 7,95 %. Elle attire donc le plus grand nombre de spécialistes médicaux. Cela peut s'expliquer à la fois par la forte densité démographique et aussi par la forte présence de l'offre de soins publique (Aouci & Belmadani, 2017).

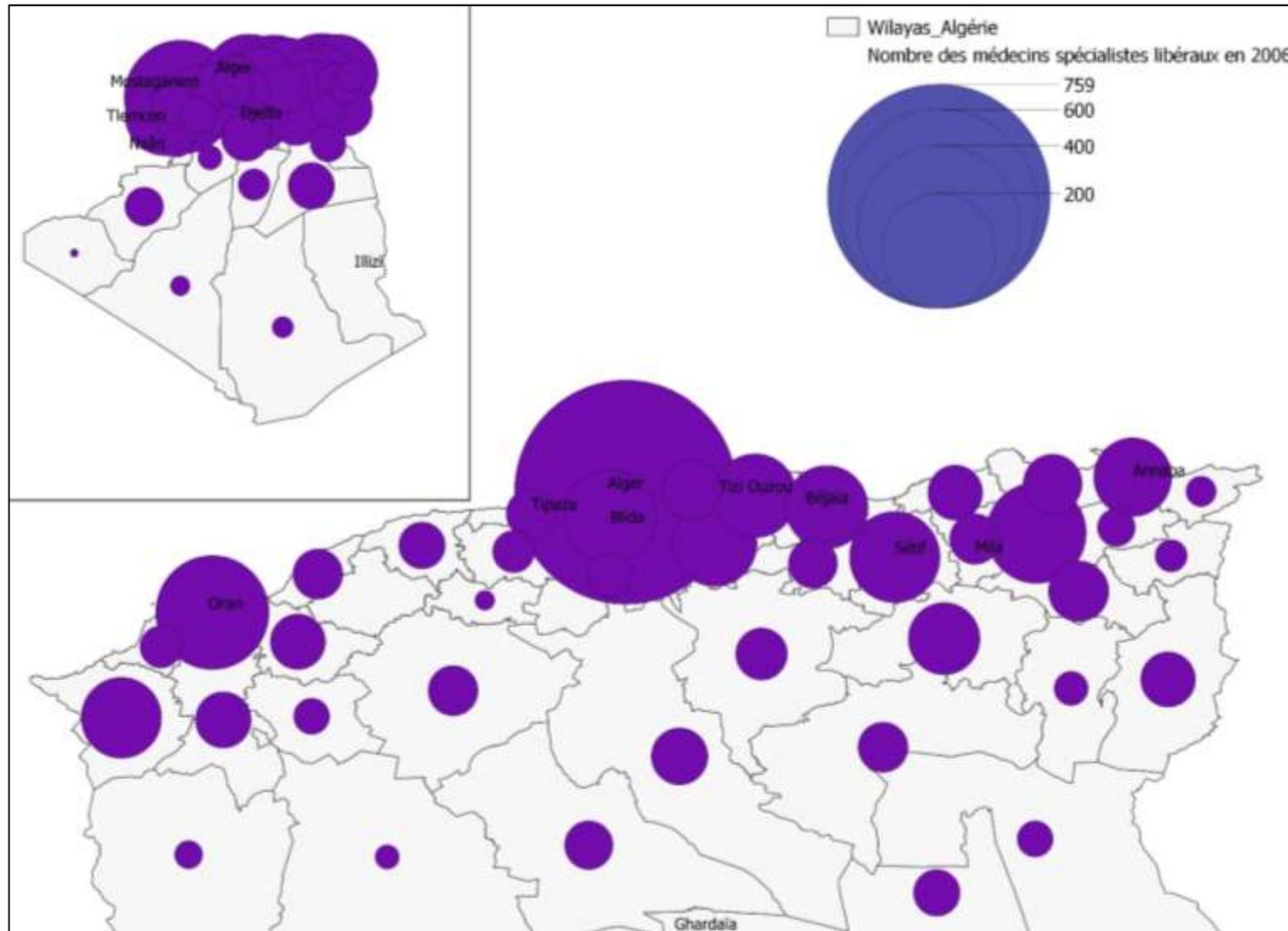
Carte VI.12 : Nombre de spécialistes libéraux en 2006

Source : (MSPRH, 2008), Réalisée par CZ sous QIGS, 2022



Carte VI.13 : Taux de croissance des médecins libéraux entre 1999 et 2006

Source : (MSPRH, 2008), Réalisée par CZ sous QIGS, 2022



Quant à l'évolution des établissements hospitaliers privés, il apparaît que sa constitution a été rendue possible et encadrée à partir de 1988. Deux types d'établissements ont fait l'objet de textes spécifiques : les cliniques d'accouchement et les centres d'hémodialyse. Historiquement détenues par les sagefemmes, les cliniques d'accouchement doivent depuis 1988 changer de dénomination en faveur des cliniques médicochirurgicales. Les centres d'hémodialyse, répondants à une insuffisance d'offre publique, sont autorisés en 1995. À partir des années 90, le nombre d'établissements a connu une croissance soutenue. De 1990 à 1992, une clinique médicochirurgicale est créée par an puis de 1993 à 1997, 6 à 8 cliniques le sont chaque année. La création s'intensifie de 1998 à 2006 avec 14 cliniques en moyenne par an puis en 2007 9 cliniques par an. En matière de nombre de lits, les statistiques du ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) montrent que 3165 lits privés étaient installés soit 20 lits par clinique. En 2010, cela est passé à 4800 lits privés soit 15 lits par cliniques. Cette diminution peut s'expliquer par la création croissante de cliniques de chirurgie ambulatoire. D'un autre côté, les cliniques privées semblent posséder une part non négligeable de moyens techniques et humains.

Les cliniques privées sont aussi marquées par une forte disparité géographique. Les cliniques sont localisées dans les grandes métropoles comme Alger et Oran qui concentrent 34,5 % en 2006. L'étude de l'offre de soins privée et des ratios de couverture sanitaire dans les 5 régions sanitaires du pays permettent de constater des prestations de soins différenciées. Les chiffres de 2014 montrent que c'est dans la région du Tell, la plus peuplée, que nous retrouvons une offre de soins privée plus importante. Et à l'intérieur de cette région, c'est la région Nord-Ouest qui dispose du plus grand nombre d'infrastructures sanitaires publiques et privées. On dénombre ainsi 8651 cliniques privées⁶⁷. Cette région est secondée par la région est avec 5639 structures sanitaires privées⁶⁸. La région sanitaire sud-ouest est la plus dépourvue avec 242 structures sanitaires privées⁶⁹ (Abid, 2014).

Les cliniques médicochirurgicales privées avec lits d'hospitalisations au nombre de 398 sont en majorité situées dans les trois régions sanitaires du nord du pays, notamment dans les grandes villes sièges de faculté de médecine. La région Sud-Ouest en est complètement

⁶⁷ Nous dénombrons, par ailleurs, 1930 structures sanitaires publiques

⁶⁸ 2194 structures de santé publique

⁶⁹ 415 structures de santé publique

dépourvue. Deux des plus vastes wilayas du pays à savoir Tamanrasset et Illizi qui composent la plus grande partie de la région sud-est en sont également dépourvues ainsi que dans la région Hauts-Plateaux-Ouest où les wilayas de Naâma, Tissemsilt et El Bayadh ne disposent d'aucune clinique privée. Dans cette analyse, nous n'avons pas tenu compte des cliniques médicales (une vingtaine) et médicochirurgicales de jour (57 cliniques d'ophtalmologie et d'ORL réparties sur 22 wilayas, dont 18, à Alger), des centres de diagnostic (36 ouverts répartis sur 13 wilayas et 35 en cours de réalisation) et des centres d'hémodialyse (163 centres répartis sur 40 wilayas et disposant de 2202 générateurs). Seules les cliniques assurant l'hospitalisation ont fait l'objet de cette analyse.

En prenant comme référence le découpage en tant qu'Espace de Programmation territoriale (9 régions), les chiffres changent. En matière d'officines pharmaceutiques, 8968 sont ouvertes à travers le pays. 70 % de ces officines sont implantés dans la région du Tell, avec un ratio moyen d'une officine pour 3496 habitants et d'une officine pour seulement 2 praticiens (médecin généraliste ou spécialiste et chirurgien-dentiste). Ce ratio dépasse la norme de 1 officine pour 5000 habitants et pourtant le nombre de demandes d'ouverture de nouvelles officines pharmaceutiques dans la plupart des wilayas du Nord est tel que le ministère chargé de la santé envisage de revoir à la baisse cette norme alors qu'un nombre appréciable d'hôpitaux et surtout beaucoup de polycliniques du secteur public fonctionnent sans pharmaciens. Pourtant, la responsabilité de la dispensation de médicaments est du ressort du seul pharmacien.

Dans la région des Hauts Plateaux, la moyenne est d'une officine pour 5317 habitants, mais il existe une variation entre la région est (une officine pour moins de 5000 habitants) et les régions centres et ouest (une officine pour plus de 6000 habitants).

Dans la région sud, la moyenne est d'une officine pour 5529 habitants, mais si la norme est dépassée dans la région est, pour les régions centres et ouest, il existe encore un déficit.

Le phénomène de sursaturation constaté dans la région nord et dans la région des Hauts-Plateaux Est, est dû à la suppression par le ministère de la Santé à différentes époques du numérus clausus d'une officine/5000 habitants situés au moins à 200 mètres de l'officine la plus proche et ayant une surface utile de 50 m². Cette suppression qui a intéressé essentiellement les grandes villes alors qu'elle devait s'adresser aux zones enclavées avait

entraîné une levée de boucliers de la part du conseil de l'ordre des pharmaciens.

Le nombre de médecins spécialistes installés en cabinets privés est de 6893. Rapporté à la population de différentes régions du pays, on constate qu'il y a 2 fois plus de médecins spécialistes dans la région nord que dans la région des Hauts Plateaux et pratiquement près de 3 fois plus que dans la région sud. Dans la région nord, c'est la région centre qui est le mieux desservie ; dans les Hauts Plateaux, c'est la région est et au sud c'est la wilaya de Ghardaïa qui dispose du meilleur ratio. Les spécialités les plus attractives pour l'installation dans le secteur privé sont : La Gynéco-Obstétrique ; la pédiatrie ; l'ophtalmologie ; la médecine interne ; la radiologie ; la cardiologie.

Le nombre de médecins généralistes installés en cabinet privé est légèrement moins élevé que celui des médecins spécialistes : 5742. La répartition par région montre une meilleure couverture au niveau du nord 1cabinet/5286 habitants suivis de la région des Hauts Plateaux 1 cabinet/8163 habitants et loin derrière arrive la région sud qui ne dispose que de 1 cabinet/13 606 habitants. Et comme pour les médecins spécialistes, c'est la région Sud-Ouest qui est la moins couverte : 1 cabinet/21 719 habitants.

Le nombre de chirurgiens-dentistes installés dans le secteur privé est de 6614. 74 % d'entre eux sont installés dans la région du Tell, assurant ainsi un ratio de 1 cabinet dentaire/5423 habitants. 17 % sont installés dans les Hauts-Plateaux assurant ainsi une couverture de 1cabinet dentaire/9601 habitants (mais la région Hauts-Plateaux Ouest aussi mal couverte que la région Sud-Ouest avec un ratio de 1 cabinet dentaire/28 262 habitants). La région sud dans sa globalité à un ratio de 1 cabinet dentaire/6147 habitants (Abid, 2014).

L'offre de soins privée en Algérie montre une variabilité dans la répartition des praticiens de santé privés. Malgré les contraintes administratives, elle a su répondre aux défaillances et aux manquements du secteur de soins public, ce qui est susceptible d'accroître les inégalités. Même si le niveau de revenu n'influe, théoriquement, que peu sur l'accès aux secteurs publics de par la gratuité des soins, les dépenses de santé dans le secteur privé ne sont pas toutes couvertes par la sécurité sociale.

Conclusion

Le secteur de soins privé en Algérie s'est développé au gré des exigences de l'Etat et de sa stratégie de soins. D'abord en opposition puis en complémentarité du secteur public, il a su se développer de façon exponentielle en répondant aux manquements existants dans le système de soins. La construction d'établissements de soins privés à l'image des cliniques privées de cabinets de groupes ou individuel, de laboratoires d'analyses ou de centres de radiographies qui proposent des soins et des examens plus fiables que le secteur public est ainsi régi par la loi de la rentabilité financière.

Les métropoles algériennes, semblent à ce jour, s'accaparer la concentration de l'offre de soins privée, ce qui conforte le constat d'inégalités régionales malgré les rééquilibrages imposés par la carte sanitaire. Cela se voit tant dans le déploiement des cabinets privés que des cliniques privées. La wilaya de Constantine, comme troisième métropole en nombre de cliniques privées et quatrième en nombre de cabinets privés, semblent illustrer ces dynamiques. Ces dernières ont commencé par un adossement au secteur public, notamment les structures de soins spécialisées et hautement spécialisées. Cette tendance centralisée, dans l'agglomération Constantine et plus particulièrement dans la ville de Constantine, a laissé place à une dynamique d'autonomie avec la création de boulevard entièrement dédiée à l'offre de soins. Malgré cette autonomie, elle continue de reproduire les dynamiques du secteur public. La ville nouvelle d'Ali Mendjeli, qui semble être un duplicata des dynamiques urbaines et sanitaires observées à l'échelle de l'agglomération constantinoise, illustre cet attachement.

Cet attachement au secteur public nous interroge sur son histoire, ses dynamiques et ses logiques d'implantation, à travers l'exemple de la wilaya de Constantine.

Chapitre VII : Territorialisation sanitaire publique dans la wilaya de Constantine, logiques et dynamiques

Notre enquête a permis de cerner les pratiques de soins des populations et leurs perceptions du système public de santé. Il apparaît, d'abord, que le recours aux soins public est important lors des différentes intentions des enquêtés. Il représente 33,6 % en première intention, 39,3 % en deuxième intention et 35,7 % en troisième intention. De plus, les résultats montrent une hiérarchisation des représentations et des pratiques en fonction de la hiérarchie des établissements de soins. Plus nous remontons la pyramide des établissements de soins, plus le recours est important lors des intentions de recours suivantes, plus l'image des prestations est jugée bonne et plus les difficultés d'accès se font ressentir. Cela corrobore ainsi avec les déclarations des enquêtés admettant à 62 % avoir des difficultés d'accès aux structures de soins publiques. Aussi, à la suite du premier recours aux structures publiques, le renoncement aux soins est estimé à 62 %.

Ces résultats nous interrogent donc sur la manière dont les structures de soins publiques sont déployées dans le territoire de la wilaya de Constantine. Ainsi, l'étude du territoire de soins comme un outil conceptuel, pertinent et efficace dans la compréhension des logiques de structurations de l'espace abordera l'espace pratiqué par les acteurs de la santé.

Le but étant de cerner les dynamiques d'implantation de l'offre de soins publique, ce chapitre abordera, dans un premier temps, un rappel chronologique et historique des dynamiques qui ont marqué le système de soins public. Cela contextualisera le système de santé et permettra de comprendre sa relation avec le secteur privé. Dans un deuxième temps, nous rendrons compte des dynamiques déployées au niveau du territoire de la wilaya de Constantine et de son inscription spatiale dans l'espace constantinois. L'idée est ainsi d'analyser la manière dont le dispositif de soins est configuré, est-il le produit d'une organisation que l'on peut constater à l'échelle nationale ? De par sa particularité urbaine, la wilaya de Constantine reproduit-elle de manière différente la structuration pyramidale supposée de l'offre de soins, est-elle sujette à des ajustements spécifiques ?

A. Le système de santé algérien, reflet de l'évolution des projets politiques

Le chapitre six a montré que le secteur privé a évolué en fonction des orientations politiques en vigueur. Ainsi, l'idée de cette section est de retracer les différentes phases traversées par le secteur public afin de permettre la compréhension de l'impact des décisions politiques sur l'organisation et la relation des secteurs de soins. Cela permettra aussi de mieux comprendre l'organisation sanitaire dans la wilaya et d'éclairer les dynamiques qui lui sont propres. Autrement dit, quelles sont les politiques qui ont marqué le système de soins algérien ? Quel système de soins a été porté par les pouvoirs politiques ? Est-il un héritage d'anciens systèmes ? Quels ont été la portée et l'impact des décisions sur l'organisation et le déploiement de l'offre de soins ? Quelles particularités retenir ?

Le système de santé algérien a, en effet, connu deux périodes dans son organisation : la période française et la période algérienne.

1. Un système de soins hiérarchisé puis gratuit à partir de 1974

L'analyse de l'évolution du système de soins durant la période française peut être décomposée en deux périodes. La première, datant de 1830 à 1962, a été marquée par un système de santé qui s'implantait au fil de l'occupation et de la délimitation des territoires. De 1830 à 1850, les prestations de soins étaient exclusivement réservées aux militaires et les structures de soins étaient constituées d'ambulances mobiles. De 1850 à 1945, le système de santé français a été mis en place à travers des médecins civils, mais en nombre restreint. On dénombrait ainsi 18 médecins en 1845 et 14 praticiens ruraux. Les structures de soins se concentraient principalement dans les grandes villes à l'image d'Alger, d'Annaba, de Constantine. Les prestations de soins, quant à elle, étaient réservées, pour la plupart, à la population française et la population algérienne travaillant dans les secteurs d'activités de services⁷⁰ (Annexe 26).

La structuration du système de soins est caractérisée par une hiérarchisation des soins où, de manière ascendante, les ambulances forment la base de la pyramide. Nous retrouvons ensuite l'hôpital de cercle, un hôpital de province et enfin un hôpital central qui contrôle toute la région. La progression de l'occupation territoriale a engendré le développement du système de soins dans les zones intérieures du pays. En 1833, on comptait 11 centres de santé. En

⁷⁰ Comme le transport, le chemin de fer, la poste et les télécommunications.

1843, un rapport des officiers de l'armée d'Afrique du Nord dresse une liste de 27 centres hospitaliers, dont 15 dans l'Algérois, 5 dans l'Oranais et 7 dans le Constantinois (Khiati, 2000). Des circonscriptions sanitaires sont alors créées, passant du nombre de 13 en 1850 à 60 en 1953⁷¹. La formation médicale prend forme notamment celle d'auxiliaires médicaux indigènes en 1904, suivis par la formation de médecins communaux en 1907 en même temps que la création de cliniques indigènes. S'en est suivi en 1926 la création d'infirmières visiteuses coloniales. Avec l'avènement de la sécurité sociale en Algérie en 1954⁷², l'Algérie comptait 12 hôpitaux militaires, 110 hôpitaux civils, 3 hôpitaux spécialisés, 20 centres de santé, 33 salles de consultations et 58 salles de consultations mobiles (Turin, 1971).

Durant la période de 1962 à 1973, marquée par le départ de 220 médecins et 2700 paramédicaux des professionnels de santé, les structures de soins héritées étaient contraintes de fonctionner avec le personnel présent. Ainsi, on comptait 300 médecins, 70 pharmaciens et 40 chirurgiens-dentistes concentrés dans les grandes villes : Alger, Oran, Constantine et Annaba. En 1963, à titre d'exemple, le nombre de professionnels de santé était estimé à 285 médecins algériens et 1034 médecins étrangers, soit 1 médecin pour 7922 habitants. La même année, l'Algérie enregistre 70 pharmaciens algériens et 194 pharmaciens étrangers soit un pharmacien pour 51 225 habitants et 36 chirurgiens-dentistes algériens et 115 chirurgiens-dentistes soient un chirurgien-dentiste pour 69 205 habitants. La politique algérienne décide alors de faire appel à la coopération étrangère notamment avec les pays de l'Est et à la participation des médecins exerçants dans le secteur privé (Office National des Statistiques, 2011).

Ainsi, le système de soins mis en place entre 1962 et 1973 était l'héritier du système de soins français qui fonctionnait sous un mode libéral⁷³. Face à cette situation, les pouvoirs politiques ont instauré des textes réglementaires afin de réorganiser le système de soins. Cela s'est traduit par un réaménagement de l'activité du personnel médical. Ainsi, l'activité publique est devenue obligatoire pour toute nouvelle installation médicale en 1963. En 1966, les prestations à mi-temps, dans les services publics sont devenues pour les médecins exerçants

⁷¹ En 1885, on note la présence de 81 médecins civils.

⁷² 1945 en France.

⁷³ Ce dernier se basait sur le paiement partiel des prestations de soins et le remboursement par la sécurité sociale. Il était ainsi limité aux seuls fonctionnaires des services publics.

dans le secteur privé (cf. chapitre 6).

La période de 1974 à 1990 a été principalement marquée par l'instauration de la médecine gratuite⁷⁴. La loi de 1974, répondant aux circonstances du moment, a été élaborée en consolidant le secteur public sans véritablement prendre en considération l'activité privée. L'étatisation du système de santé a repensé la relation entre la population, le système de santé et la sécurité sociale. Le système de soins a offert donc des prestations de soins gratuites financées intégralement par la sécurité sociale. Il se base sur une hiérarchisation des soins à travers une structure pyramidale. Sa base commence par les salles de soins qui dispensent les soins primaires. Elles se réfèrent à la polyclinique pour des soins plus spécialisés. La polyclinique sollicite l'hôpital de Daïra. Ce dernier peut solliciter l'hôpital de wilaya qui au besoin peut demander le concours d'un centre hospitalo-universitaire pour des soins hautement spécialisés. L'inconvénient de cette organisation est la non-prise en charge de l'ensemble de la population. En effet, les structures de santé ne dispensaient les prestations de soins gratuites qu'à l'égard des populations assurées. En effet, les populations assurées étaient des travailleurs dont la liste est fixée par décret n° 85-33 du 9 février 1985⁷⁵. Elle comprend les travailleurs salariés ou des catégories particulières⁷⁶, les bénéficiaires du dispositif d'aide à l'insertion professionnelle (DAIP) et sociale (DAIS) ainsi que les travailleurs non-salariés. Les ayants droit quant à eux sont représentés par le conjoint, les enfants à charge et les ascendants de l'assuré (Gheroufella, 2022).

Durant les années 80, la croissante démographique de plus de 3,2 % a engendré une demande de soins plus importante. L'état a ainsi décidé de changer de stratégie, en changeant de mode d'hospitalisation⁷⁷ et en rendant les prestations de soins payantes pour les patients de 16 à 65 ans. Elles restent gratuites pour les moins de 16 ans et les plus de

⁷⁴ Ordonnance n° 73-65 du 28/12/1973, Journal officiel Algérie. Ordonnance n°73-65 du 28 Décembre 1973, Journal Officiel Algérie (Journal officiel, 1974) ; Consulté le 22/08/2020, <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1973/F1973104.pdf>,

⁷⁵ Amendement de la loi n° 85-05 visant à autoriser l'extension du secteur privé et l'autorisation d'ouverture de cliniques privées (Ministère de la Santé, 1985) ; Consulté le 22/08/2020, <https://www.tobaccocontrol.org/files/live/Algeria/Algeria%20-%20Prevention%20and%20control%20of%20non-communicable%20diseases%20-%20national.pdf>

⁷⁶ Par exemple, les handicapés, les artistes et comédiens payés sous forme de salaire et de cachet, les pêcheurs, les ayants droits de détenus, les retraités, les pensionnées, les titulaires de rentes d'accidents de travail et de maladie professionnelle.

⁷⁷ Elle passe d'un mode ambulatoire qui dispense des soins de « villes » à un mode sanitaire qui s'occupe de la prise en charge hospitalière.

65 ans. La période de 1990 à 2000, quant à elle, a vu les retombées de la crise économique et politique dicter les nouvelles orientations politiques. Le pays rentre dans une phase de gestion de contrechocs pétroliers. Cela est dû à la baisse de 40 % du prix du baril en 1986, l'augmentation de sa dette de 7 milliards de dollars en 1987 à 9 milliards de dollars en 1990. À cela s'ajoute une période d'insécurité et d'instabilité politique (Benderra, 2002). L'Algérie assiste à un rétrécissement de l'offre parapublique et l'ouverture de l'activité libérale malgré la prédominance du secteur public. Le financement du système de soins se rationalise et voit la participation des ménages augmenter et les premières mesures de libéralisation du secteur de soins sont mises en application⁷⁸.

Le système de santé, durant cette phase, semble singulier. Il n'est ni anglo-saxon, car les médicaments sont payants, sauf pour les moins de 16 ans et les plus de 65 ans. Il n'est ni libéral, car les prestations d'hospitalisation de consultation, d'investigation et les soins sont payantes et non remboursables la sécurité sociale. Ce dernier participe, rappelons-le, à son financement à hauteur de 70 %.

2. Un système de santé réinvesti avec la reprise économique

Les années 2000 ont été marquées par des signes de stabilité politique et de reprise de la croissance économique à la suite de la remontée des cours d'hydrocarbures. L'augmentation des recettes de l'état a conduit à l'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé. Les ressources consacrées à la santé ont donc doublé entre 2002 et 2007. Elles sont passées de 50 milliards de dinars à 100 milliards de dinars et ont été multipliées par 3 entre 2007 et 2013 passant 300 milliards de dinars algériens (DA) (Annexe 27).

Ces dernières années, les dépenses de santé représentaient en 2017, 12,1 % et 10,7 % en 2019 du PIB. Le ministère de la Santé est devenu le quatrième poste de dépense avec 389 milliards de dinars algériens (DA) en 2017. Il est devancé par le ministère de la Défense nationale avec 1 118,29 milliards de dinars, le ministère de l'Éducation nationale avec 746,26 et le ministère de l'Intérieur et des Collectivités locales avec 394 milliards de Dinard⁷⁹.

⁷⁸ Amendement de la loi n° 85-05 visant à autoriser l'extension du secteur privé et l'autorisation d'ouverture de cliniques privées (1990).

Consulté le 22/08/2020, <https://www.tobaccocontrol.org/files/live/Algeria/Algeria%20-%20Prevention%20and%20control%20of%20non-communicable%20diseases%20-%20national.pdf>

⁷⁹ <http://www.aps.dz/economie/63620-projet-de-loi-de-finances-2018-repartition-du-budget-de-fonctionnement>, consulté le 07/04/2018

Tableau VII.1 : Évolution du financement du système de santé algérien

Source : (Brahmia, 2013), actualisé par CZ . Source : (Banque Mondiale et OMS, 2022)

Données/Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2019	2020
Croissance du PIB	3,8	3,0	5,6	7,2	4,3	5,9	1,7	3,4	2,0	1,7	3,6	2,1	1	-5,1
Dépense santé/hab. USD	63	68	64	75	89	96.1	109.8	141	186	180.5	198.2	224.8	248	215
Accroissement des dépenses santé/hab. (%)	-	7,9	-5,9	17,2	18,7	8,0	14,26	28,3	31,8	- 2,8	9,8	13,4		
Dépense de santé en % PIB	3,5	3,8	3,5	3,5	3,4	3,1	3,1	3,5	5,4	4,6	4,3	4,4	6,2	6,3
Dépenses publiques de santé (% DTS)	73,3	77,4	75,3	77,4	72,5	74,8	81,1		86	79,3	79,9	82		73,4

Le tableau VII.1 montre, dans un premier temps, que les dépenses de santé par habitant par rapport au PIB ont toujours augmenté. Ils étaient ainsi inférieurs à 100 USD entre 2000 et 2005, puis inférieurs à 200 USD entre 2006 et 2010 puis supérieur à 200 USD à partir de 2011. Inversement, la contribution forfaitaire des ménages dans la structure des dépenses de santé a diminué. Elle était de 26,7 % en 2000 puis 25,2 % en 2005 et est passée à 18 % en 2019.

Cela permet de faire remarquer deux points. Le premier est que les ménages supportent de prendre en charge des actes de plus en plus chers et de recourir à des structures libérales de soins peu ou non remboursables. Aussi, cela suppose que le tarif des prestations de soins n'a pas cessé d'augmenter au fil des années. Le deuxième est la base tarifaire de remboursements de la sécurité sociale. Cette dernière est restée inchangée depuis 1987 durant ces années et n'a pas suivi l'évolution des tarifications en vigueur (Brahmia, 2013).

L'étude sur le système de santé et la maîtrise des dépenses de santé de Y. Abbou et B. Brahmia montre que l'Algérie a installé une manière différente de prise en charge. A partir des années 1990, une forme de prise en charge induisait une part moralisatrice. Le but était de responsabiliser les usagers. Pour ce faire, la sécurité sociale a introduit trois mécanismes de régulation : un ticket modérateur, le tarif de référence et le déremboursement⁸⁰. En analysant la composition du reste à charge des patients, le ticket modérateur est composé d'une partie non remboursable et de la partie des honoraires de la médecine libérale. Cette dernière applique des tarifs qui s'éloignent toujours plus de ceux arrêtés par la sécurité sociale. Ainsi, la non-actualisation des tarifs de la nomenclature des actes des professionnels de la santé date de 1987.

Cela s'applique aussi aux médicaments prescrits et non remboursables. À titre d'exemple, Brahmia, en 2013, montre la somme remboursée d'une ordonnance lors d'une consultation chez un médecin généraliste et un médecin spécialiste (cf. Tableau VII.2 et tableau VII.3). Même si les honoraires ne sont pas étudiés ici, il apparaît que le remboursement des médicaments représente 67 % des frais engagés lors du recours à un médecin généraliste et

⁸⁰ Le ticket modérateur a été appliqué en Algérie en 1995, suite aux dispositions de l'arrêté ministériel du 07 janvier 1995 qui a prévu une contribution des usagers aux frais des soins de santé. L'utilisateur s'acquitte de 100 DA pour une consultation chez un spécialiste et 50 DA pour une consultation chez un généraliste.

Le tarif de référence est déterminé sur la base du prix du générique le moins cher pour un groupe de médicaments de même catégorie, ayant un même principe actif, un même mode d'administration et des vertus thérapeutiques comparables à ceux du princeps.

Le déremboursement des médicaments est une méthode qui a vu le jour en Europe, notamment en Allemagne, en France et en Angleterre. Elle consiste à établir une liste qui recense les médicaments non pris en charge par l'assurance maladie.

26 % lors d'un recours à un médecin spécialiste. À travers ses démarches, l'état réoriente ses limitations des dépenses vers les patients (Brahmia, 2013).

En 2022, dans la wilaya de Constantine, le tarif de consultations constaté chez un médecin généraliste avoisine 1500 DA tandis que les consultations chez un médecin spécialiste avoisinent 2500 DA.

Tableau VII.2 : Exemple de remboursement d'une ordonnance lors d'une consultation chez un médecin généraliste après application des trois outils de maîtrise de la demande

Source : (Brahmia, 2013), consulté en 2022

Médicaments	Prix PPA	Quantité	TFR
Phénoxyméthypéniciline (Orapen 1500 000)	275,88 DA	3 boîtes	273,38 DA
Biclotymol (Hexalyse Comprimés)	154,88 DA	1	Non remboursable
Paracetamol (Vitamine C Comprimés)	237,60 DA	1	Non remboursable
Consultation	1 000,00 DA		50,00 DA
Somme déboursée	2 220,12 DA	Montant remboursé	870,14 DA
Somme déboursée en médicaments	1 220,12 DA	Montant remboursé sans consultation	820,14 DA

Tableau VII.3 : Exemple de remboursement d'une ordonnance lors d'une consultation chez un médecin spécialiste après application des trois outils de maîtrise de la demande

Source : (Brahmia, 2013), consulté en 2022

Médicaments	Prix PPA	Quantité	Tarif de référence
Esomeprazole (Inexium 40 mg Comprimés)	1 728,28 DA	1	196,00 DA
Simeticone (Meteoxane Gélules)	317,69 DA	1	339,6 DA
Consultation	1 500,00 DA		80,00 DA
Somme déboursée	3 545,97 DA	Montant remboursé	615,6 DA
Somme déboursée en médicaments	2 045,97 DA	Montant remboursé sans consultation	535,6 DA

3. Dont le mode de financement reste hybride

Le financement du système de santé algérien se base principalement sur la contribution forfaitaire de l'état, de la caisse nationale des assurances sociales (CNAS et CASNOS) ainsi que sur la contribution des ménages. La dépense nationale de santé est passée de 3,5% en 2007 à 6,3% en 2020 (cf. Tableau VII.1). Elle répartit comme suit : 44,44 % pour l'état, 27,78 % pour la sécurité sociale et 27,78 % pour les ménages. La dépense de santé par habitant et par an est estimée à 165 dollars US en 1990 puis 215 dollars US en 2020⁸¹.

La contribution des acteurs diffère en fonction du contexte économique du pays. Ainsi, depuis les années 70, la participation de l'état n'a cessé de reculer en faveur de la sécurité sociale. Les ménages se voient ainsi contraints de payer une partie plus importante des frais de soins. Le graphique ci-dessous montre, en effet, que durant la période 1974 et 1990, une régression de la contribution étatique qui passe de 76,5 % en 1974 à 34,2 % en 1987. Inversement, la

⁸¹ La banque mondiale recommandait déjà, en 1993, un minimum de 62 dollars par habitant aux pays en voie de développement. Elle recommandait par ailleurs que l'ensemble des institutions internationales proposent un DNS d'au moins 5 % du PIB <https://knoema.fr/atlas/Alg%3%a9rie/topics/Sant%3%a9/D%3%a9pense-de-sant%3%a9/D%3%a9pense-de-sant%3%a9-percent-du-PIB>, consulté le 05/05/2022.

contribution de la sécurité sociale est renforcée au fil des années passant de 23,5 % en 1974 à 64,2 % en 1987.

À partir de l'année 1999, on constate une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la mainmise de l'état dans le financement de la santé. Ce contrôle s'effectue à la suite de l'augmentation continue du prix du baril du pétrole passant de 28,9 USD en 2003 à 65,4 USD en 2006, 42 USD en 2020 et 102 USD en 2022.

La part des ménages, quant à elle, dans le financement du système de santé s'est accrue où elle représentait 25 % en 2005. Cela peut s'expliquer par le recours aux services de santé privés dont le financement est entièrement à la charge des ménages. À partir de 2005, la participation baisse légèrement et continue à être en dessous des 20 % (Chougrani & Kaddar, 2010).

L'assurance maladie demeure ainsi la méthode de financement des soins de santé, car les risques sont partagés par un nombre important d'individus. La sécurité sociale couvre 90 % de la population algérienne. Ces dernières années, plusieurs catégories de population ont été intégrées au système d'assurance maladie obligatoire à savoir : les personnes handicapées, la communauté étudiante, les apprentis et stagiaires, les bénéficiaires du filet de protection sociale et les moudjahidines. Toute cette population couverte par la sécurité sociale accède aux services de soins de santé aussi bien publique que privée. Les patients sont remboursés à 80 % sur le tarif officiel des consultations externes dans le secteur privé, alors que les prix dans ce secteur ont quadruplé. Ce qui conduit à une augmentation des dépenses personnelles et à un système de santé à « deux vitesses », dans lequel, seules les catégories plus ou moins aisées peuvent recourir aux services du secteur privé. Selon la CNAS, cette dernière effectue deux paiements :

- Forfaits-hôpitaux au ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière (MSPRH).
- Remboursements des patients pour les services et médicaments dispensés par le secteur privé.

En ce qui concerne les personnes démunies, vivant au-dessous du seuil de pauvreté et qui ne sont pas assurées, elles bénéficient d'une carte sanitaire leur permettant d'accéder aux soins dans des établissements du secteur public.

La participation au « forfait » de l'État au financement des secteurs sanitaires est ainsi croissante en valeur nominale, mais décroissant en valeur relative par rapport aux autres sources de financement. Elle passe de plus de 76 % en 1974 à moins de 35 % en 1987 puis 57,4 % en 1997. Dès 1993, le législateur a tenté de redéfinir le rôle de l'État et la nature des relations, entre le système de santé et le système de sécurité sociale. Depuis, la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de relations contractuelles. A titre d'exemple, le forfait hôpital était estimé à 38 000 000 DA en 2011, 73 753 570 DA en 2017 et 92 000 000 DA en 2020.

Cependant, les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'État. Les sources de revenus du système de santé algérien proviennent ainsi, 25 % du budget de l'État, 44 % de la CNAS et 31 % des ménages.

Pour finir, le rappel historique montre que le dispositif mis en place reflète les objectifs de l'état algérien. L'action menée dans le domaine de la santé montre des tentatives antérieures qui d'abord se calquent sur le système français puis tente d'établir un contrôle territorial sur l'ensemble des régions sanitaires. Face aux changements des années 90, les différents secteurs publics s'ouvrent aux acteurs privés, ce qui a permis la prolifération des pharmacies, cabinets et cliniques privées et les projets d'hôpitaux privés.

Si cette politique a été assumée pour l'élaboration des différents systèmes de soins. De quelle manière gère-t-elle leur organisation, leur répartition et leur fonctionnement ? L'analyse de la répartition des différentes structures de soins présentes dans la wilaya de Constantine donnera des éléments de réponses à ces questionnements.

B. Un système de soins réorganisé depuis 2007

Les éclaircissements des années 2000 ont permis à l'état de réinvestir le secteur de santé en redéfinissant le système national de santé (SNS). Cela est devenu plus notable suite à la réorganisation du système de soins. Avec l'application du décret avec le décret 07-140 du 19 mai 2007⁸², le système de soins s'organise actuellement autour de trois structures. Il s'agit

⁸² Décret 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité. Consulté Le 21/08/2020, <http://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2007/F2007033.pdf>

des établissements publics de santé de proximité (EPSP), des établissements publics hospitaliers (EPH) et des centres hospitalo-universitaires (CHU). L'Algérie est divisée donc en 272 établissements de soins de proximité (EPSP) et 240 établissements publics hospitaliers (EPH)⁸³ (Abid, 2014).

1. Une organisation administrative centralisée

Le système national de santé (SNS) est défini dans l'article 7 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985⁸⁴. C'est « *l'ensemble des activités et des ressources humaines, matérielles et financières, destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le rétablissement de la santé de la population.* » ([Article 7](#)) Affilié au ministère la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSRH), le système national de santé prend en charge les besoins de la population. Cela est réalisé de manière globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire ([Article 6](#)). Il est basé sur le renforcement du secteur public afin d'assurer un développement réel de la gratuité des soins. Il est piloté par l'état, au niveau national comme au niveau régional.

Les principes directeurs qui régissent l'organisation du système national de santé sont divers. Ils se basent sur l'adaptation du dispositif aux mutations socioéconomiques, l'amélioration et la préservation des performances du secteur public. Il se basent, par ailleurs, l'intégration du secteur privé, la hiérarchisation des soins et la consolidation des produits pharmaceutiques (Agence Nationale de Développement de l'Investissement, 2013).

Son organisation est basée sur cinq valeurs universelles définies par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Cela regroupe les principes de l'universalité, l'égalité d'accès aux soins, la solidarité, l'équité et la continuité des prestations de santé ([Article 242](#)). Elle repose, par ailleurs, sur des modes d'activités qui sont la « *territorialisation, la hiérarchisation des soins et sur la complémentarité des activités des établissements constitués en réseau ou toute autre forme de coopération.* » ([Article 243](#))

Le système national de santé (SNS) est composé de toutes les structures prestataires de soins,

⁸³ Elle met en place aussi des groupements de structures non hospitalières (Polycliniques, salles de soins, centres de santé et petites maternités rurales) afin de favoriser une santé ambulatoire et de proximité.

⁸⁴ Loi n 85-05 du 16 février 1985. Consulté le 21/08/2020, <https://www.tobaccocontrol.org/files/live/Algeria/Algeria%20-%20Prevention%20and%20control%20of%20non-communicable%20diseases%20-%20national.pdf>.

des officines, des structures et des établissements publics et privés de santé. Il comprend également les services déconcentrés, les établissements, les institutions et les structures concourant à la protection et à la promotion de la santé ([Article 244](#)). Toutes ces structures prestataires de soins quels que soient leurs régimes public ou privé sont sous la tutelle du ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) ([Article 245](#)). Ce dernier traduit l'organisation du système de santé sur trois plans : administratif, au niveau du personnel de santé à savoir les ressources humaines et les établissements de santé publics. L'organisation administrative du système de santé se décline en trois services : les services centraux de l'état, les déconcentrés⁸⁵ de l'état et les services décentralisés⁸⁶ de l'état. Le décret exécutif n° 11-380 du 21 novembre 2011⁸⁷ portant sur l'organisation de l'administration centrale du ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) détermine les structures et organes de l'administration. Il fixe les attributions de ces entités. Le ministre a sous son autorité le secrétaire général. Ce dernier supervise l'action de huit directions centrales du ministère. Ce sont la direction de l'administration et des moyens, direction de la pharmacie, direction de la planification, direction de la prévention, direction de la population, direction de la réglementation, direction des ressources humaines, direction des services de santé et l'inspection générale (Annexe 28).

Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au ministre de la Santé. Le président du conseil d'administration de ces institutions est le représentant du ministre au sein du conseil (Annexe 29). Ces institutions peuvent être classées en :

- *Organismes de sécurité sanitaire* : l'Institut national de santé publique, le laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques, l'agence nationale du sang, le centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance, le centre national de toxicologie ;
- *Organismes d'appui logistique* : l'Institut Pasteur d'Algérie, la Pharmacie centrale des hôpitaux ;

⁸⁵ La déconcentration suppose le transfert de compétences d'un certain pouvoir décisionnel à des représentants locaux soumis au pouvoir hiérarchique du pouvoir central.

⁸⁶ La décentralisation consiste en un transfert de certaines compétences de l'autorité centrale ou l'instance hiérarchiquement subordonnées à des organes locaux qui ne dépendent pas d'elle.

⁸⁷ Décret exécutif n° 11-380 du 21 novembre 2011. Consulté le 21/07/2020, <http://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2011/F2011063.pdf>.

- *Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information* : l'École Nationale de Santé publique, l'Institut National de Pédagogie et de Formation paramédicale, les écoles de formation paramédicale et l'Agence nationale de documentation en santé (Abid, 2014).

2. La carte sanitaire, un outil d'organisation territoriale de l'offre de soins

Le schéma d'organisation du système national de santé (Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondants au 2 juillet 2018 relatifs à la santé) fixe les normes de couverture sanitaire au niveau local, régional et national. Le but est d'« *assurer une répartition équitable et rationnelle de l'offre de soins de santé, conformément au schéma national d'aménagement du territoire.* » ([Article 247](#)) Il détermine aussi « *la constitution des régions sanitaires et des districts sanitaires en tenant compte du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socioéconomiques de la population desservie.* » ([Article 248](#)) Il a en outre « *pour objet de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins et de rejoindre de manière optimale aux besoins de santé de la population.* » Pour cela, il doit « *susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements et structures de santé.* » ([Article 250](#)) La carte sanitaire est donc un outil de mise en œuvre du schéma national d'organisation sanitaire. Actualisée tous les cinq ans, elle détermine l'implantation, la nature, l'importance des équipements sanitaires, y compris les équipements lourds. Ces équipements sont installés en fonction des activités de soins nécessaires aux besoins de la population au niveau national et au niveau régional ([Article 252](#)).

La région sanitaire est constituée de « *l'ensemble des établissements publics de santé, des structures et établissements de santé privés situés dans une aire géographique pouvant concerner une ou plusieurs wilayas.* » ([Article 253](#)). Le district sanitaire est « *constitué de l'ensemble des établissements publics et privés de proximité et d'au moins un établissement public de référence.* » « *L'établissement hospitalier de première référence doit comprendre au minimum des services de médecine générale, de chirurgie générale, de pédiatrie, de gynécologie obstétrique et les plateaux techniques nécessaires à leur fonctionnement.* »

[\(Article 255\)](#)⁸⁸.

Les personnels et les structures de santé sont, dans chacune des 48 wilayas, placés sous l'autorité du directeur de la santé de la wilaya qui est membre de l'exécutif de wilaya. La direction de la santé populaire (DSP) de la wilaya a pour prérogatives « *La mise en œuvre des programmes sectoriels d'action sanitaire et leur évaluation, la coordination des activités des établissements et des structures de santé, et de veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans les domaines liés aux activités de santé de la population.* » (Agence Nationale de Développement de l'Investissement, 2013).

3. Une offre de soins pyramidale pour une prise en charge globale

En 2007, le système de santé algérien a opté pour une réorganisation de son système de soins ; le but étant l'accès aux soins de qualité. Cette réorganisation a été planifiée par la mise en place de parcours de soins coordonnés qui se déclinent en trois niveaux de recours. Les soins de premier recours, à travers les salles de soins et les polycliniques, se recentrent autour du médecin généraliste, qui assure l'orientation du patient dans le système de soins. Les soins de second recours sont dispensés par les médecins spécialistes et les hôpitaux locaux tandis que les soins de troisième recours, hyperspécialisés, concernent les centres hospitalo-universitaires.

- **Niveau 1 : Les salles de soins et les polycliniques**

La stratégie des soins de santé de premier niveau permet à l'État d'assurer au maximum des soins en mettant l'accent sur la prévention et l'utilisation des méthodes médicales simples. Ces structures sanitaires dispensent une médecine simple et de proximité, et mettent en place la politique de prévention établie par l'État. Cette mission est supervisée par une instance au sein de la polyclinique, et assurée par le service de médecine de prévention « SEMEP »⁸⁹.

Les polycliniques assurent aussi une mission d'accueil ; d'orientation et de référence. Ils sont chargés de recueillir des données épidémiologiques locales afin d'évaluer le bilan des actions

⁸⁸ Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé. Consulté le 26/08/2020, <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2018/F2018046.pdf>

⁸⁹ Le concept de soins de la santé primaires a été adopté en 1978 lors de la conférence d'Alma par l'OMS. Il préconise la mise en place de structures sanitaires de prévention et de proximité pour la population dans les pays en voie de développement. La Déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la conférence internationale sur les [soins de santé primaires \(Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978\)](#).

sanitaires au niveau du territoire sanitaire. Le type de soins offerts dans ces structures doit répondre à une logique de proximité et d'accessibilité. Cela permet à l'Etat d'offrir des prestations sanitaires au plus près et à moindre coût. L'État a instauré un paiement de l'acte médical pour toute prestation de consultation qui est de 50 dinars algériens. Ce déploiement de structures de base, qui applique les programmes nationaux de prévention et directives centrales, montre la verticalité et la centralisation des décisions qui peuvent parfois ne pas répondre aux besoins de santé des populations.

Sur le plan territorial, chaque wilaya dispose d'une ou plusieurs circonscriptions sanitaires appelées les établissements publics de soins de proximité (EPSP). Ces derniers intègrent des établissements ou des services de veille et de préventions appelés service médical d'épidémiologie et de prévention (SEMEP).

A- EPSP (Établissements publics de soins de proximité)

Leur création date des années 80 avec le décret 81 — 242 du 5 septembre 1981 et le décret 97 — 466 du 2 décembre 1997 constituait la base de la pyramide des soins⁹⁰. Les secteurs sanitaires auxquels étaient rattachées toutes les unités de base, autrefois gérées par les communes jusqu'à la fin 2007 desservaient en moyenne un bassin de population de 100 000 à 300 000 habitants. Ils étaient composés, d'un hôpital général, d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive organisées en sous-secteurs sous le contrôle d'un coordinateur. Le nombre de sous-secteurs était variable d'un secteur sanitaire à l'autre.

L'organisation et le fonctionnement des secteurs sanitaires ont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme toutes les structures extrahospitalières des ex-secteurs sanitaires en établissements publics de santé de proximité (EPSP). Ils sont organisés en polycliniques et salles de soins et sont ainsi séparés des hôpitaux. Ils constituent à eux seuls la base des soins primaires.

La polyclinique a pour mission de prendre en charge d'une manière complète, intégrée, et hiérarchisée les problèmes de santé de la population. Elle exécute les programmes nationaux

⁹⁰ Décret 81 — 242 du 5 septembre 81. Consulté le 28/08/2018, <https://www.joradp.dz/FTP/JO-FRANCAIS/1981/F1981036.pdf>, et décret 97 — 466 du 2 décembre 97. Consulté le 28/08/2018, <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/1997/F1997081.PDF>,

et régionaux de la santé, identifie les besoins de la population et évalue des actions de santé. Elle élabore et exécute un programme d'action spécifiques en privilégiant les tâches de prévention et les soins de santé de base. Les polycliniques couvrent une aire géographique correspondant le plus souvent à une zone géo sanitaire. La polyclinique centralise la gestion et les moyens (humains et matériels). Elles constituent la base du système de santé assurant à la fois des activités curatives et préventives.

B- SEMEP (Service médical d'épidémiologie et de prévention)

Un service d'épidémiologie et de médecine préventive a été créé au sein de chaque établissement public de soins de proximité (EPSP) par arrêté n° 115 du 4 novembre 1985⁹¹. Il a pour tâches la collecte, le traitement et la diffusion de l'ensemble des informations sanitaires hospitalières et extrahospitalières; la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles les plus prévalentes, ainsi que le contrôle des normes d'hygiène du milieu. Toutes ces activités devant se faire en collaboration avec les bureaux d'hygiène communale.

- **Niveau 2 : Les établissements hospitaliers (EH) et les établissements hospitaliers publics (EHP)**

Les trois établissements hospitaliers qui représentent une catégorie intermédiaire entre les niveaux 1 et 2 ont pour mission d'offrir des services de diagnostic. Ils assurent toute gamme de soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée. Implantés à distance des centres hospitalo-universitaires (CHU), ils assurent les soins médicaux courants des populations résidents dans les zones géographiques de proximité.

⁹¹ Arrêté N° 00115/MSP/CAB DU 04/NOV/1985 portant création et organisation des services d'épidémiologie et de médecine préventive au sein des secteurs sanitaires. Consulté le 29/02/2018, <https://semep25chu.weebly.com/uploads/3/1/7/4/31749151/semep.pdf>

- **Niveau 3 : Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS), centres hospitalo-universitaires (CHU) et établissements hospitaliers universitaires (EHU)**

A- EHS (Établissements hospitaliers spécialisés)

Créés à la suite du décret 97–465 du 2 décembre 1997⁹², ils sont au nombre de 09, implantés en majorité au niveau de chef-lieu de la wilaya⁹³. Ils couvrent environ, une dizaine de spécialités : oncologie, cardiologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, traumatologie, neurochirurgie et maladies infectieuses.

B- CHU et EHU (Centres hospitalo-universitaires et établissements hospitaliers universitaires)

Le CHU, depuis sa création en 1986, est régie par le décret 97 – 467 du 2 décembre 1997⁹⁴. Il est sous la double tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), et du ministère de l’Enseignement supérieur et de la recherche scientifique (MESRS). Son personnel médical de rang magistral censé assurer des activités de soin, de formation et de recherche. L’EHU créée en 2003 à la suite du décret présidentiel n° 03/270 du 13 août 2003⁹⁵ portant création, organisation et fonctionnement de l’établissement hospitalier et universitaire d’Oran (Annexe 30).

Les centres hospitaliers universitaires (CHU et EHU) ont la particularité d’assurer une triple mission de soins, de formation (enseignement) et de recherche. L’association de ces trois compétences doit permettre d’assurer une continuité entre les besoins de la médecine hospitalière et de la recherche biomédicale. Cette dernière est une source de formations initiale et continue des médecins, contribuant ainsi à l’amélioration de la qualité des soins (Boumezrag & Belkadi, 2022)

⁹² Décret 97–465 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d’organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés. Consulté le 20/09/2019, <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/1997/F1997081.PDF>,

⁹³ L’établissement hospitalier spécialisé (EH) est situé dans la commune de Didouche Mourad au nord de l’agglomération constantinoise. Il remplace l’ancien hôpital militaire.

⁹⁴ Décret exécutif n°97-467 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d’organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires. Consulté le 24/20/2020, <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/1997/F1997081.PDF>

⁹⁵ Décret présidentiel n°03-270 du 13 août 2003 portant création, organisation et fonctionnement de l’établissement hospitalier et universitaire d’Oran. Consulté le 20/02/2020, <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2003/F2003048.pdf>

Tableau VII.4 : Classification des établissements publics selon le statut

Source : (Boumezrag & Belkadi, 2022)

Statut	Type d'établissement	Prestations de soins promulguées
Établissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)	Unité de soins Centre de santé Polyclinique Maternité	Soins de santé de base Accouchement en milieu assisté
Établissements Hospitaliers (EH)	EPH EHS	Soins hospitaliers Soins psychiatriques
Établissements Hospitaliers Universitaires (EHU)	EHU CHU EHS	Vocation régionale Haute technicité Spécialisation

La structuration de l'offre de soins de manière pyramidale semble se reproduire de façon systématique dans l'ensemble du territoire. Cette volonté de hiérarchisation des structures de soins marque une volonté politique de contrôle territorial dans le but d'une prise en charge globale. Ainsi, il est intéressant de voir si cette logique s'applique dans la wilaya de Constantine et de quelle manière elle se déploie dans son territoire.

C. À Constantine, une implantation centralisée calquée sur les divisions administratives

Lors de cette partie, nous rendrons compte de l'organisation du système de soins public et son inscription spatiale dans la wilaya de Constantine. Il s'agit de savoir si le déploiement de cette offre de soins reproduit le schéma de la pyramide sanitaire retrouvée ci-dessus. Compte tenu de la spécificité urbaine de la wilaya de Constantine, subit-elle des ajustements particuliers ? La distribution de l'offre de soins tient-elle compte de la répartition des besoins de santé de la population constantinoise ?

1. Une offre de soins concentrée qui suit la hiérarchie territoriale

L'offre de soins dans la wilaya de Constantine s'organise à 82 % autour de l'offre de soins publique⁹⁶. Elle se décline en deux niveaux de structures de soins : les structures d'hospitalisation et les structures de soins de proximité. La wilaya se compose donc de 10 structures d'hospitalisation et 6 structures de soins de proximité.

D'une part, la wilaya de Constantine dénombre six établissements publics de soins de proximité (EPSP), dont quatre dans l'agglomération constantinoise.

- **EPSP Mentouri** (Secteur Ouest de Constantine) dispose de 9 polycliniques et 5 salles de soins ;
- **EPSP Ben M'hindi** (Secteur Est de Constantine) dispos de 8 polycliniques et 8 salles de soins ;
- **EPSP El-Khroub** (commune El-Khroub, Ain Smara et Ouled Rahmoune) : comprends 6 polycliniques et 19 salles de soins ;
- **EPSP Hamma Bouziane** (Commune de Hamma Bouziane, Didouche Mourad, Messaoud Boudjeriou et Ibn Ziad) : comprends 6 polycliniques et 18 salles de soins ;
- **EPSP Zighoud Youcef** (Commune de Zighoud Youcef et Ben Hamidane) : comprends 3 polycliniques et 8 salles de soins ;
- **EPSP Ain Abid** (Commune d'Ibn Ziad et Ain Abid) comprend 2 polycliniques et 9 salles de soins.

Nous constatons que l'agglomération constantinoise dispose, à elle seule, de 4 établissements publics de soins de proximité (EPSP), de 26 polycliniques et 37 salles de soins. Cela correspond à un indice de 1 polyclinique/31 839 habitants et 1 salle de soins/22 373 habitants. La wilaya, quant à elle, est caractérisée par les ratios de 1 polyclinique/28 948 habitants et 1 salle de soins/7 937 habitants. Cela rend compte d'une situation moins favorable que la moyenne nationale dont le ratio est de 1 polyclinique/25 000 habitants et 1 salle de soins/6 000 habitants⁹⁷. Dans la wilaya de Constantine, la très forte concentration des populations dans la ville et la politique brutale de résorption de l'habitat informel n'ont pas

⁹⁶ Selon la direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine, le secteur privé représente 18 % de l'offre de soins présente dans la wilaya de Constantine.

⁹⁷ Calcul basé sur les données de la direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine en 2015. La population constantinoise était estimée à 1 216 869 habitants.

été accompagnées de mesures permettant de réduire les vulnérabilités sociales des populations. Cela peut être constaté sur la distribution des infrastructures sanitaires (Bergel & Benlakhlef, 2019).

D'autre part, les structures d'hospitalisation dont dispose la wilaya de Constantine comprennent un centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) et 1 établissement hospitalier (EH). Elles comprennent, par ailleurs, 4 établissements publics hospitaliers (EPH) : EPH El Bir, EPH El-Khroub, EPH Ali Mendjeli et EPH Zighoud Youcef. De plus, elles disposent de 4 établissements hospitaliers spécialisés (EHS) : EHS de chirurgie cardiaque, EHS mères et enfants, EHS d'uronephrologie et une EHS de psychiatrie.

Le centre hospitalo-universitaire (CHU), l'établissement hospitalier (EH) et les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) couvrent l'ensemble de la population constantinoise. Ils se situent tous dans la commune de Constantine dans différents secteurs urbains à l'exception de l'établissement hospitalier (EH) de Didouche Mourad. L'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en chirurgie cardiaque « Erriadh », l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) mère et enfants et l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) uronephrologie se trouvent au niveau du secteur urbain de Sidi Mabrouk. L'établissement hospitalier spécialisé (EHS) psychiatrique est, quant à lui, situé dans les hauteurs de secteur urbain de Ziadia.

Les établissements publics hospitaliers (EPH) sont répartis dans le territoire de manière différente. L'établissement public hospitalier (EPH) El-Bir est situé dans la commune de Constantine, tandis d'un autre est situé dans la commune d'El Khroub et un dans la commune de Zighoud Youcef.

L'agglomération constantinoise, avec un total de 2587 lits, comporte un indice de 1 lit/470 habitants. La wilaya de Constantine comporte 2827 lits, soit un indice de 1 lits/430 habitants. Ces chiffres restent légèrement inférieurs à la moyenne nationale qui est de l'ordre de 1 lit/476 habitants pour l'année 2015.

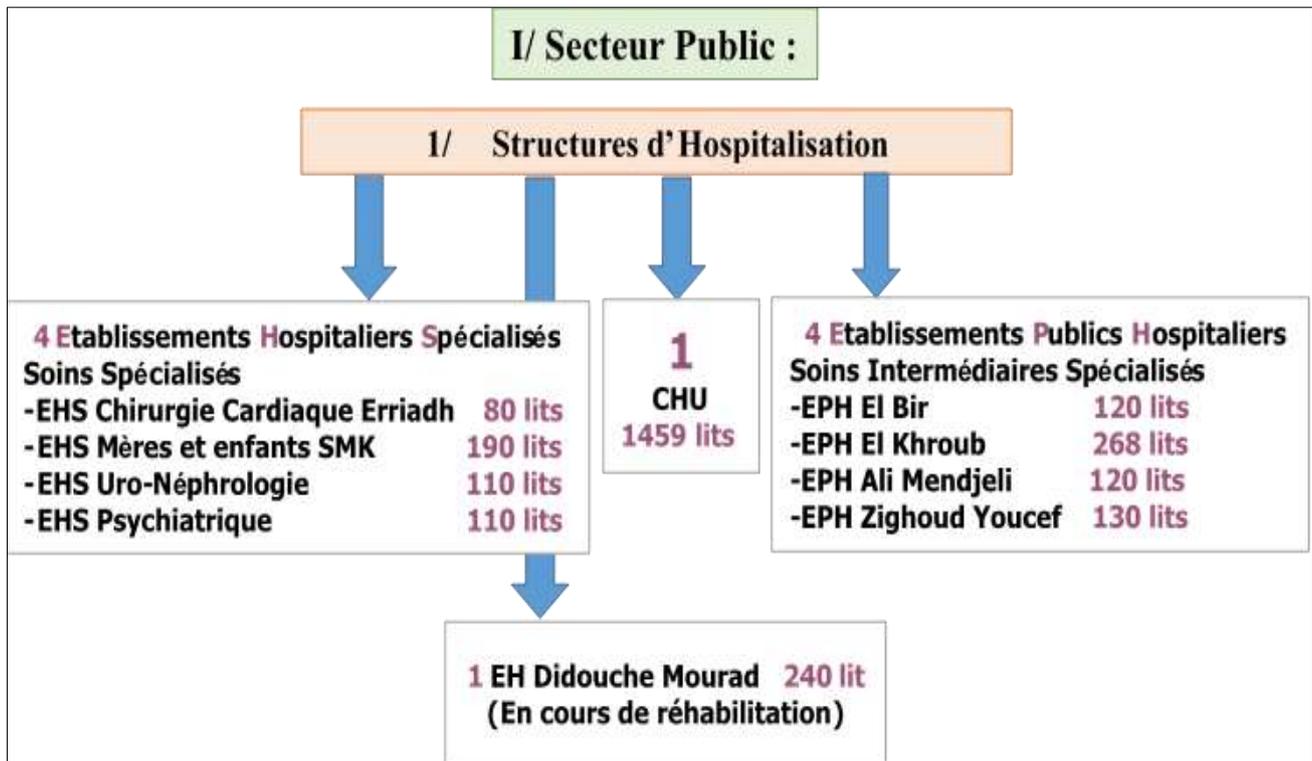
La wilaya de Constantine totalise donc de 2969 lits, soit un indice de 1 lit/331 habitants⁹⁸. Le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Constantine est le plus grand en matière de capacité d'accueil avec 1459 lits. Les 4 établissements publics hospitaliers (EPH) possèdent une

⁹⁸ Selon le recensement de la population constantinoise enregistré au sein de la direction de la santé populaire (DSP) de Constantine en 2015.

capacité d'accueil variant de 120 à 240 lits. En effet, la commune d'El Khroub possède l'établissement public hospitalier (EPH) avec le plus grand nombre de lits (240 lits). Les établissements publics spécialisés (EHS) ont également une capacité qui varie de 120 à 240 lits.

Figure VII.1 : Infrastructures sanitaires publiques de la wilaya de Constantine

Source : (Direction de la Santé et de la Population, 2016), consultées le 03/04/2018

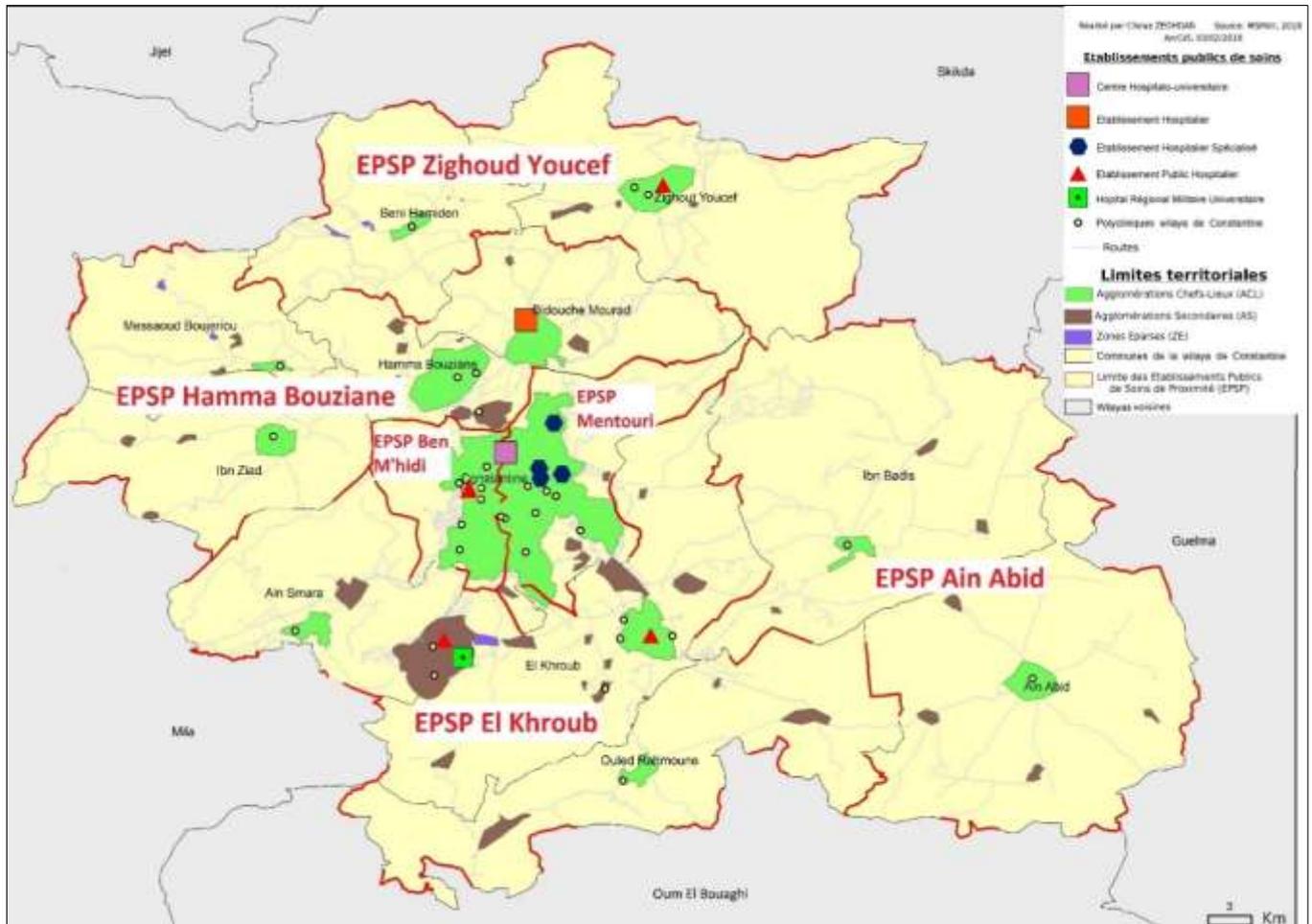


Nous remarquons que l'offre de soins publique présente dans la wilaya de Constantine se concentre principalement dans son agglomération. Les structures de soins spécialisées et hautement spécialisées se concentrent, quant à eux, dans la seule ville de Constantine. Cette concentration permet de comprendre nos résultats d'enquêtes où nous avons constaté un fort recours aux établissements publics de soins de proximité (EPSP) de la part des populations des communes limitrophes à l'agglomération constantinoise. Inversement, les populations de l'agglomération constantinoise, notamment de la commune de Constantine et des communes sud, ont des pratiques de recours non hiérarchisées en raison de la disponibilité des structures de soins.

Ainsi, plus nous nous dirigeons vers le centre de la wilaya, plus l'offre de soins augmente et plus les trajectoires des soins semblent non coordonnées.

Carte VII.1: Déploiement territorial de l'offre de soins dans la wilaya de Constantine

Source : (Direction de la Santé et de la Population, 2016)

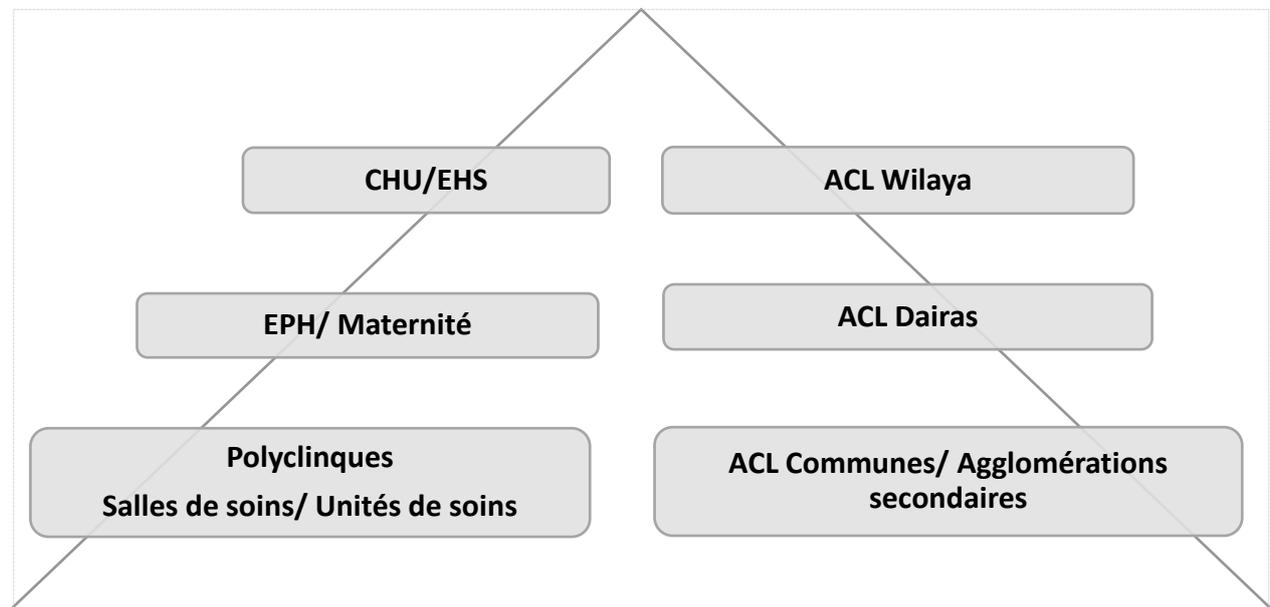


La concentration des infrastructures de soins publiques débouche sur une centralité dans la ville de Constantine et dans ses polarités comme la ville d'El Khroub et la nouvelle ville Ali Mendjeli. Conduisant à des pratiques différenciées entre les différentes populations de la wilaya, il apparaît que la centralité territoriale est une résultante de la pyramide sanitaire. Nous constatons que cette hiérarchisation sanitaire suit avec beaucoup de similitudes la configuration administrative de la wilaya.

Lors du premier chapitre, nous avons pu constater que l'armature urbaine se décompose en agglomération chef-lieu (ACL), agglomération secondaire (AS) et zones éparées (ZE). Sièges respectifs de l'assemblée populaire communale (APC), de daïra (APD) et wilaya (APW), ces agglomérations représentent les agglomérations chefs-lieux de communes (ACL), de daïra (ACL D) et de wilaya (ACL W). L'agglomération secondaire représente toute autre agglomération de la même commune. Nous remarquons donc que l'implantation de la

pyramide sanitaire suit le territoire et siège des fonctions administratives. Ainsi, les établissements publics de soins de proximité (EPSP) à travers les salles de soins et les polycliniques sont respectivement implantés dans les agglomérations secondaires et les agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C). Les établissements publics hospitaliers (EPH) sont implantés dans les agglomérations chefs-lieux de Daïras (ACL D). Le centre hospitalo-universitaire (CHU) et les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) sont implantés dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) (cf. Figure VII.2).

Figure VII.2 : Parallèle entre la pyramide sanitaire et l'organisation administrative



2. Des territoires d'établissements publics de soins de proximité (EPSP) issus sur des territoires administratifs

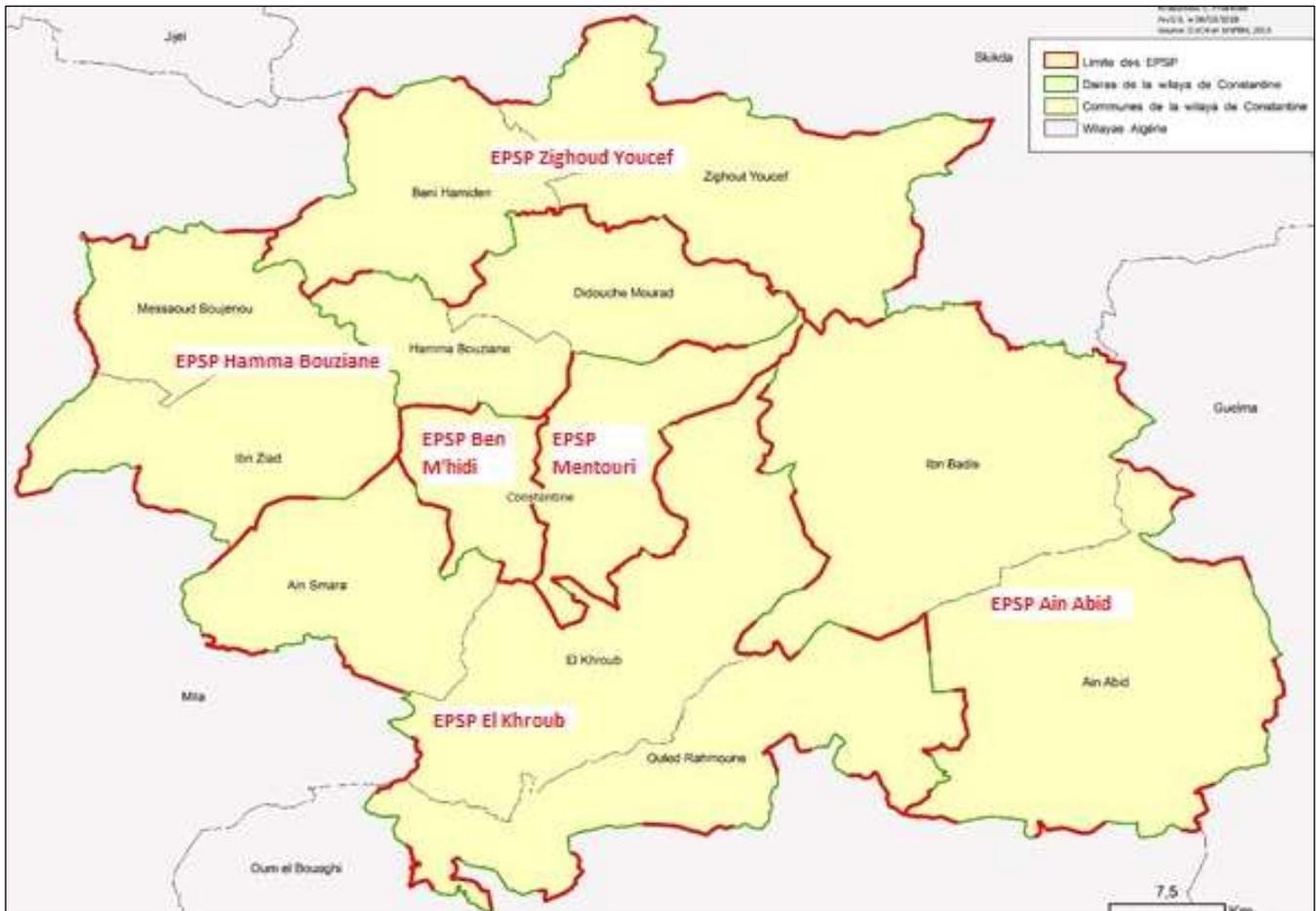
Le chapitre 1 a montré que l'organisation administrative se fonde sur la commune, puis sur la daïra et enfin sur la wilaya. Composée de 12 communes, qui forment 6 Daïras, la wilaya de Constantine comprend six établissements publics de santé de proximité (EPSP). La délimitation de ces derniers reprend de manière quasi identique le découpage administratif des Daïras. Les découpages sanitaires dans la partie sud de la wilaya à savoir les établissements publics de soins de proximité (EPSP) d'El Khroub et d'Ain Abid reprennent avec exactitude le découpage des Daïras. Le même constat est fait au niveau de l'établissement public de soins de proximité (EPSP) de Zighoud Youcef, situé au nord de la wilaya de Constantine. L'établissement public de soins de proximité (EPSP) de Hamma Bouziane comprend, quant à lui, deux Daïras à savoir la daïra de Hamma Bouziane et Ibn Ziad. L'établissement public de

soins de proximité (EPSP) de Constantine est lui scindé en deux. L'établissement public de soins de proximité (EPSP) de Mentouri se trouve à l'est et l'établissement public de soins de proximité de Ben M'hidi se trouve à l'ouest.

Le découpage sanitaire, qui est à la charge de la direction de la santé populaire (DSP) est amené à changer en fonction du dirigeant de la direction. De ce fait, le découpage retrouvé ne prend pas forcément en considération les pratiques de soins, le parcours des populations ou l'accessibilité aux structures de soins. Notre immersion à la direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine (DSP) a confirmé nos constats. Ainsi, le découpage des territoires des établissements publics de soins de proximité (EPSP) reprend avec beaucoup de similitudes le découpage administratif en vigueur. Nos entretiens avec les responsables de la direction de la santé et de la population (DSP) ont confirmé avoir suivi simplement le découpage de la wilaya. De plus, en prenant en compte le nombre d'habitants, ils ont aussi décidé de fusionner, car la population résidente est moins importante, ou découper certains territoires, car la population résidente est plus importante. De ce fait, en raison du faible nombre de populations, les communes de Messaoud Boudjeriou, Ibn Ziad, Hamma Bouziane et Didouche Mourad ont été regroupées dans un seul territoire. Les communes d'Ain Smara, El Khroub et Ouled Rahmoune ont été regroupées dans le territoire de l'établissement public de santé de proximité d'El Khroub. À l'inverse, la commune de Constantine en raison du fort nombre de sa population a été divisée en deux territoires. Du côté ouest se trouve l'établissement public de santé de proximité (EPSP), Ben M'hidi. Du côté est se trouve l'établissement public de santé de proximité (EPSP) Mentouri (cf. Carte VII.2).

Carte VII.2 : Le découpage sanitaire et le découpage territorial dans la wilaya de Constantine

(Direction de la santé population (DSP) de la wilaya de Constantine, 2018)



3. À chaque territoire, un hôpital de référence

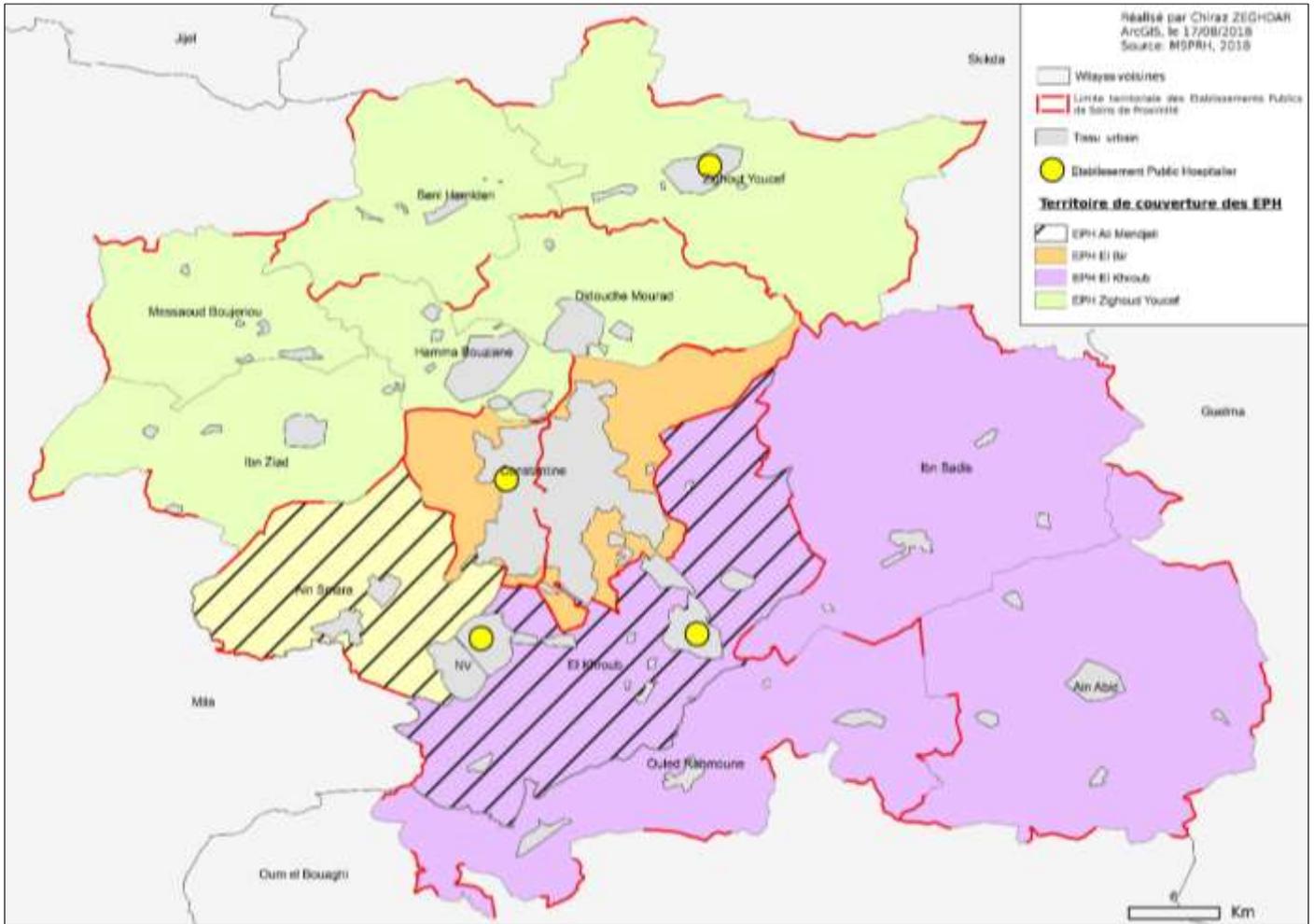
Chaque commune de l'espace urbain constantinois dispose d'un établissement public hospitalier à l'exception de la commune de Hamma Bouziane qui est, administrativement, couverte par l'établissement public hospitalier (EPH) Zighoud Youcef. Ainsi, la commune de Constantine dispose de l'établissement public hospitalier (EPH) El-Bir d'une capacité de 120 lits. La commune d'Ain Smara dispose de l'établissement public hospitalier (EPH) d'Ali-Mendjeli d'une capacité de 120 lits. Ce dernier couvre à la fois la commune d'Ain Smara et la commune d'El-Khroub. La commune d'El-Khroub comprend un établissement public hospitalier (EPH) avec 268 lits. La commune de Didouche Mourad, comprend, quant à elle, un établissement public hospitalier (EPH) qui porte son nom avec 240 lits. Il était un ancien l'établissement hospitalier (EH).

La distribution spatiale des établissements publics hospitaliers repose sur une logique

spécifique. En effet, chaque territoire sanitaire est assimilé à un établissement public hospitalier de référence. De ce fait, cette structure de soins prend en charge la population résidente dans les zones de couvertures suivant les logiques pyramidales de la spécialisation de soins. Ainsi, si un patient résidant dans la commune de Messaoud Boudjeriou a reçu ses soins dans sa commune et a besoin d'autres interventions, il est envoyé vers son hôpital de référence à savoir l'établissement public hospitalier de Zighoud Youcef. Ce dernier pourrait en cas d'absence de spécialisation envoyer ce patient vers le centre hospitalo-universitaire de Constantine.

Finalement, la wilaya de Constantine est décomposée en 6 secteurs sanitaires chacun ayant son hôpital de référence. L'établissement public hospitalier (EPH) de Constantine « El bir » couvre toute la wilaya de Constantine. L'établissement public hospitalier (EPH) d'El-Khroub couvre quatre communes : la commune d'El-Khroub, Ouled Rahmoune, Ain Abid et Ben Badis. L'établissement public hospitalier (EPH) de Zighoud Youcef couvre la population de six communes à savoir la commune de Zighoud Youcef, de Beni Hamidane, de Didouche Mourad, de Hamma Bouziane, de Messaoud Boudjeriou et d'Ibn Ziad. L'établissement public hospitalier (EPH) d'Ali Mendjeli reste particulier, car, il couvre à la fois la population d'Ain Smara et une partie de la commune d'El-Khroub (cf. Carte VII.3).

Carte VII.3 : Les limites des établissements publics de soins de proximités de la wilaya de Constantine et leur hôpital de référence



L'idée qui se dégage est l'appartenance de territoires à des hôpitaux de références. Toutefois, l'application quasi identique du découpage sanitaire dans la wilaya au découpage administrative montre que cela ne prend pas en compte les besoins des populations. À titre d'exemple, l'établissement public hospitalier (EPH) de Zighoud Youcef prend en charge les quatre communes au nord de la wilaya (partie verte de la carte). De ce fait, une personne, qui habite à Hamma Bouziane ou Didouche Mourad, ne peut être prise en charge que dans l'établissement public hospitalier (EPH) de Zighoud Youcef. Pourtant, il est plus facile et plus accessible pour la population résidente dans ses deux communes de se rendre à l'établissement public hospitalier (EPH) El Bir. En effet, le temps de parcours de la commune de Hamma Bouziane vers l'établissement public hospitalier (EPH) El Bir est estimé à 13 minutes contre 26 minutes vers l'établissement public hospitalier (EPH) de Zighoud Youcef.

En matière de kilomètre parcouru, cela représente 8,5 km vers l'établissement public hospitalier (EPH) El Bir contre 20 km vers l'établissement public hospitalier (EPH) de Zighoud Youcef⁹⁹. Nos enquêtes confirment cette tendance de pratiques. L'enquête auprès de l'établissement public hospitalier (EPH) d'El Bir montrait un nombre important d'hospitalisations de population résidente dans la commune de Hamma Bouziane. Malgré leur affiliation à l'établissement public hospitalier (EPH) de Zighoud Youcef, la population recourt à des mécanismes informels comme la connaissance pour être admise :

« J'habite à Hamma Bouziane. J'ai été admise, car mon voisin, infirmier, travaille ici... il a pu parler aux médecins pour que je puisse accoucher dans cet hôpital ».

Ce découpage parfois rigide et non réfléchi peut devenir une source de confusion et compromettre leurs parcours de soins. Et cette organisation parfois complexe et contraignante suppose une connaissance préalable de l'organisation sanitaire pyramidale et des structures de soins de références.

4. Le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC), une attractivité au-delà de ses territoires

Représentant 82 % de l'offre de soins, le secteur public reste donc majoritaire dans la wilaya. Les structures d'hospitalisation dépendent particulièrement du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC), qui assure plus de la moitié des journées d'hospitalisations et des admissions hospitalières. Le bilan d'activité du secteur public de l'année 2015 montre que l'activité sanitaire en nombre d'admission, de consultations et de journées d'hospitalisation s'articule autour de centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC).

Le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) joue un double jeu et répond à deux besoins. Le premier est un besoin de proximité pour la population de la wilaya de Constantine. Le deuxième est un besoin régional pour la région sanitaire, ce qui donne lieu à une demande de soins et une nature de recours aux soins différents.

L'attraction du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) peut se mesurer par le

⁹⁹ Calcul basé sur notre trajet personnel lors des enquêtes, les retours de nos enquêtes et une estimation sur google maps.

flux des malades selon leurs origines, ce qui délimite ses aires d'attraction. Elle peut dépendre par ailleurs de la rareté des services rendus. Pour Pinchemel « *plus un bien ou un service sont rares, plus la clientèle est dissipée, plus les protégés sont grands, plus les centres fournissent ces biens et ces services sont peu nombreux et distants les uns des autres.* » (Pinchemel & Pinchemel, 1988) Autrement dit, plus les disciplines sont rares, plus ces territoires sont étendus, et plus elles sont banales, plus le recours est local et plus les territoires sont petits. L'attraction hospitalière est aussi définie comme étant une fonction de décroissance de la distance, car théoriquement le malade opte pour l'hôpital le plus proche de chez lui. L'influence d'une unité hospitalière dépend de plusieurs facteurs, dont sa taille, son plateau technique, son personnel médical, sa localisation, dans l'espace ainsi que la concurrence des autres unités offrant le même type de soins. [Picheral](#), montre que la localisation des ressources sanitaires dans l'espace semble déterminée pour une part par leur utilisation effective (Picheral, 1995). Ainsi, le recours des populations au système de soins est largement tributaire de la distance qui les sépare. La distance, qui est un indicateur résumant les difficultés ou facilités d'accès, est un élément explicatif de l'attraction hospitalière. Elle a donc un poids sur le choix de l'unité de soins (Lucas-Gabrielli et al., 2001).

La gratuité des soins en Algérie notamment en matière d'hospitalisation donne, en principe, un recours égal pour se soigner et une liberté de choix dans le respect de la sectorisation territoriale des soins. On retrouve cette liberté conditionnée de déplacement chez [Vigneron](#). Il considère que « *le malade est libre d'aller où il le veut, quoique la tendance majoritaire d'aller au plus près, car la concurrence et la renommée, de même que là plus ou moins grande palette des spécialités offertes influencent ou peuvent influencer en sens contraire le choix du lieu d'hospitalisation.* » (Vigneron, 1995).

Le recours aux soins hospitaliers permet de définir l'espace sanitaire des différents établissements (aire de recours aux soins perçue par la population). Il peut ne pas correspondre à leur espace hospitalier (aire d'influence d'un établissement) (Picheral, 1996). Le premier est déterminé par la population et il est en fonction du poids de l'établissement et de la disponibilité des soins tandis que le second est défini par cet établissement comme un espace de gestion.

La comparaison des différentes cartes d'attraction selon les disciplines montrera si l'attraction est identique. Elle permettra de voir si la population malade originaire de différentes régions s'est déplacée pour les mêmes motifs ou si elle varie d'une discipline à une autre. Les données d'étude à l'échelle locale, régionale ou même nationale permettent de voir si le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) remplit sa double fonction : hôpital de wilaya pour certaines disciplines et hôpital régional pour d'autres.

a. Une vocation locale, de proximité

Le centre hospitalo-universitaire de Constantine nommé Ben Badis est l'un des plus anciens centres hospitalo-universitaires en Algérie. Avant sa nomination « centre hospitalier universitaire », l'hôpital de Constantine avait la fonction de collège. Il devient un couvent pour les sœurs chrétiennes constituées uniquement par les bâtiments centraux. Il est transformé en un hôpital civil subissant une succession de nomination au fur et à mesure de l'augmentation de sa capacité d'accueil.

- *Avant 1948* : Hôpital militaire de Constantine.
- *En 1948* : création d'un hôpital civil de Constantine (H.C.C).
- *1960* : Création du centre hospitalier régional de Constantine (C.H.R.C)
- *1981* : Création du secteur sanitaire universitaire Dr BENBADIS.
- *De 1986 à ce jour* : L'hôpital de Constantine fût nommé Centre hospitalo-universitaire Dr Ben Badis de Constantine (CHUC) par décret n° 86 298 du 16 décembre 1986¹⁰⁰.

D'une capacité de 1459 lits, il a pour missions de répondre à la demande en soins de la population, à la formation médicale et paramédicale et à la recherche scientifique. Il regroupe à la fois les activités diagnostiques et thérapeutiques à différents niveaux : soins généraux, spécialisés et hautement spécialisés (Annexe 31).

¹⁰⁰ Décret n°86-298 du 16 décembre 1986 portant création du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Constantine. Consulté le 23/07/2019, <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1986/F1986051.pdf>

Photo VII.1 : Vues du centre hospitalo-universitaire de Constantine

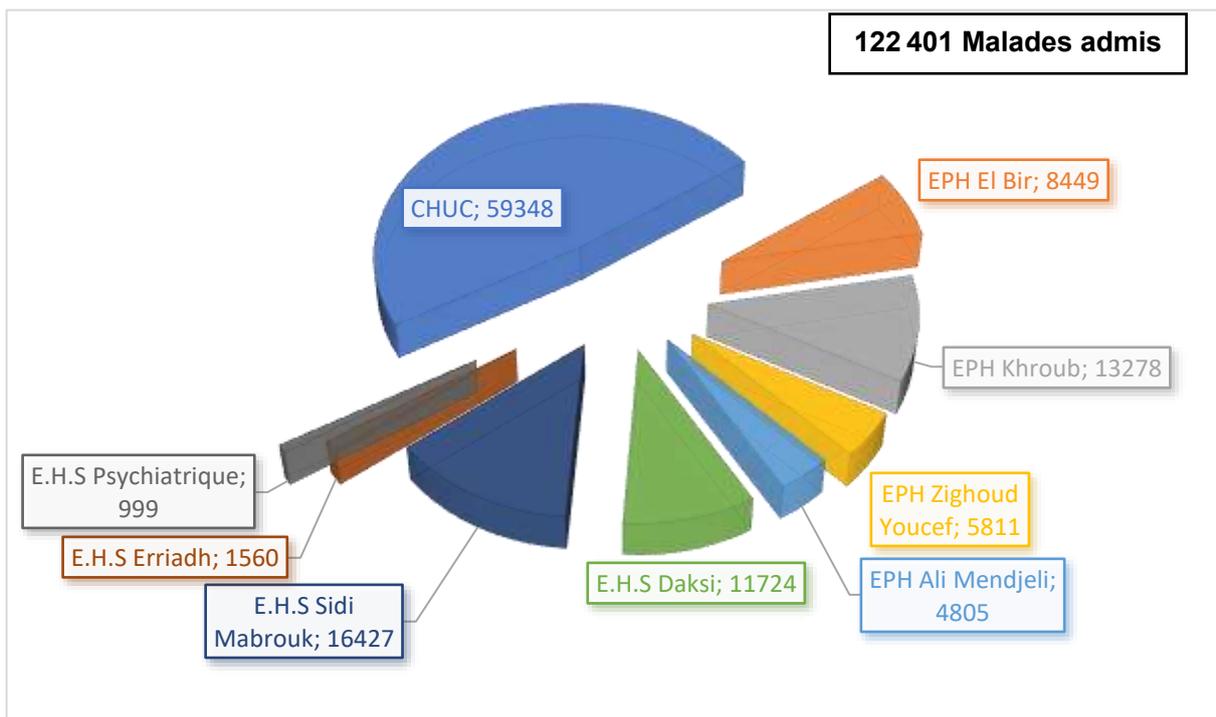


Vue sur le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC)
 DSP, 2015

L'analyse de l'activité sanitaire dans la wilaya de Constantine montre que le centre hospitalo-universitaire (CHUC) concentre souvent l'activité sanitaire. Le graphique 1 et 2 représente respectivement les admissions par structures hospitalières et les journées d'hospitalisation par structures pour l'année 2015. Ils montrent la dominance des prestations issues du centre hospitalo-universitaire avec 48,48 % des admissions par structures hospitalières et 58,96 % en journées d'hospitalisations.

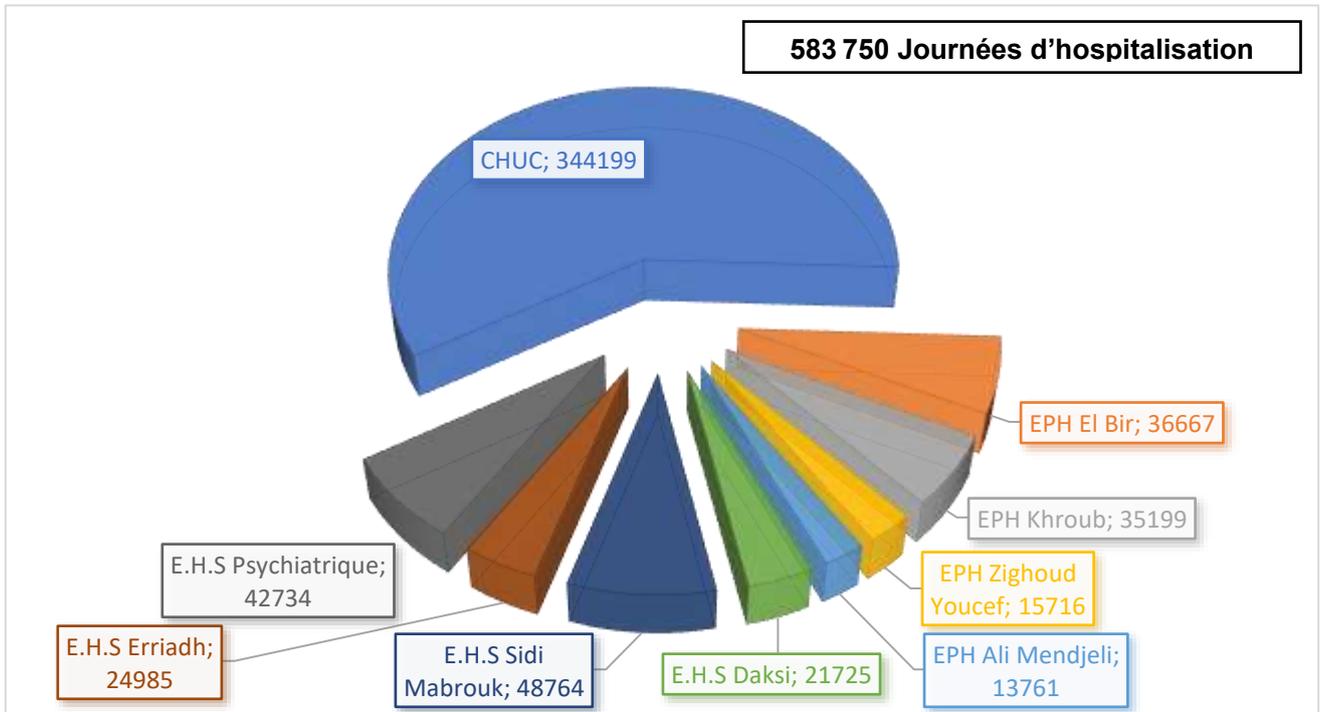
Graphique VII.1 : Activités du secteur santé en matière d'admissions par structures hospitalières durant l'année 2015

Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015)



Graphique VII.2 : Activités du secteur de santé en matière de journées d'hospitalisations par structures durant l'année 2015

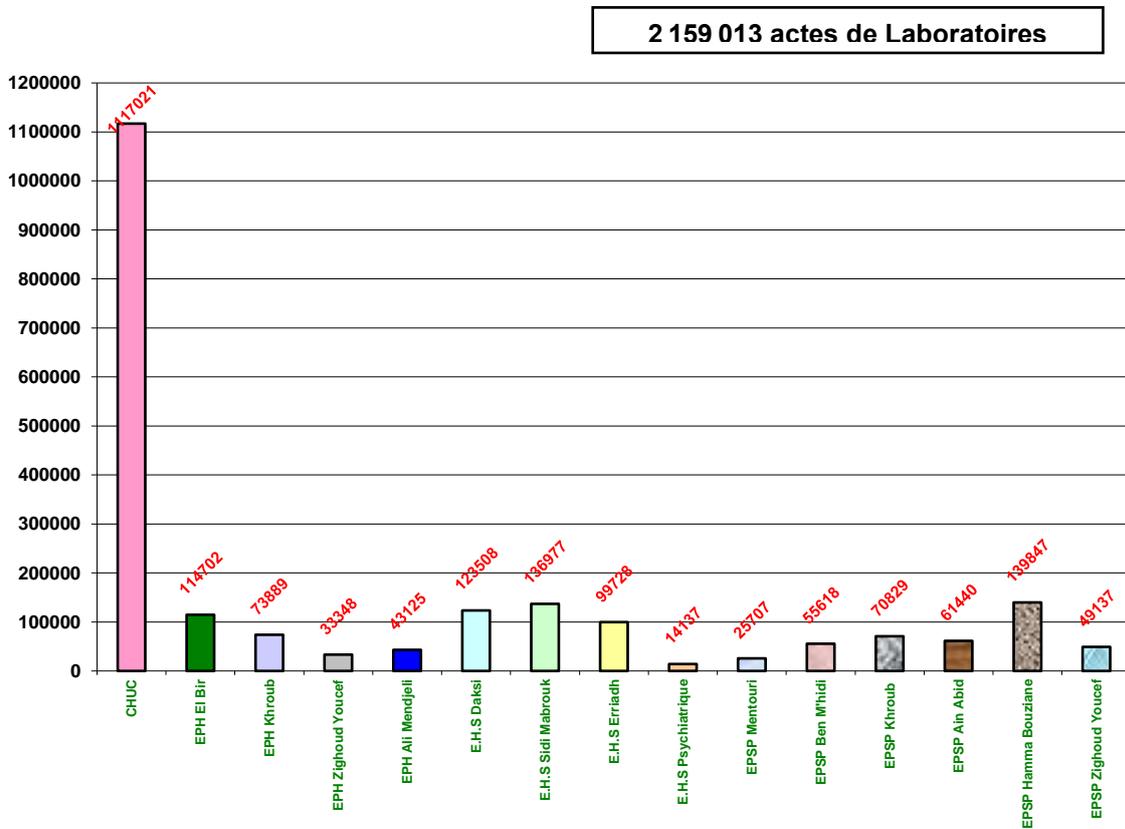
Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015)



La même tendance est observée dans les activités de laboratoire où le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) l'emporte majoritairement avec 51,73 % des actes enregistrés dans les différentes structures sanitaires de la wilaya de Constantine.

Graphique VII.3 : Activités de laboratoires dans les structures hospitalières durant l'année 2015

(Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015)

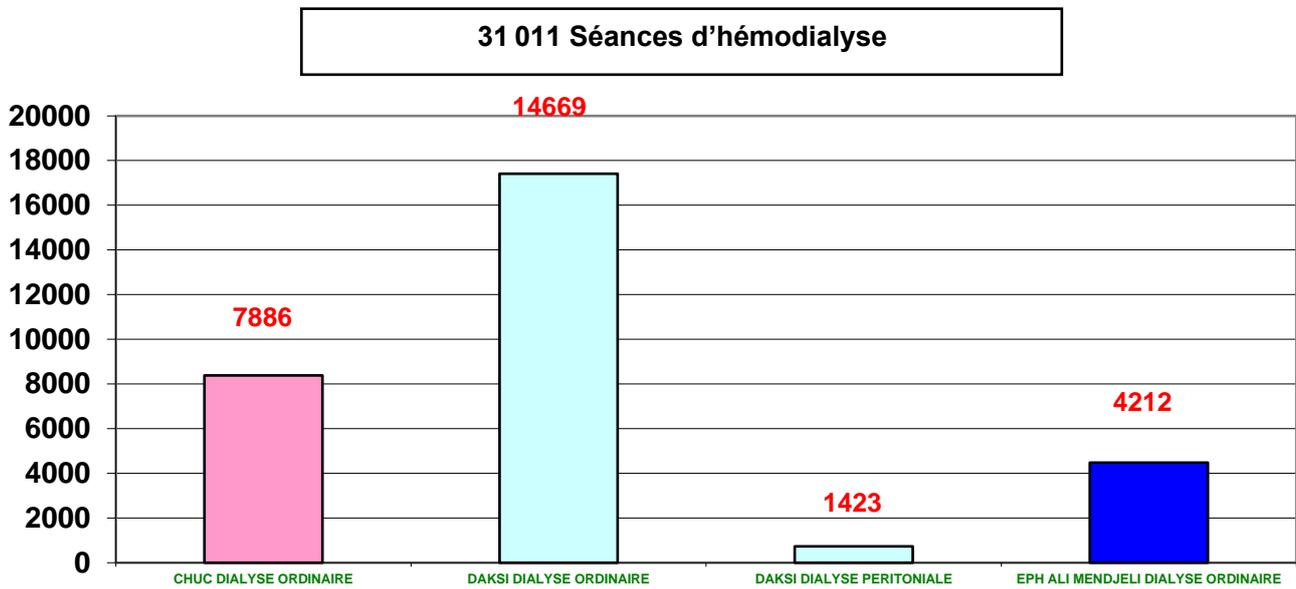


Le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) présente aussi la particularité d'être le premier support après les établissements hospitaliers spécialisés (EHS). Ainsi, nous remarquons qu'il est deuxième en matière de nombre d'hémodialyse après l'établissement hospitalier spécialisé en uronéphrologie (EHS) avec 7886 séances d'hémodialyse soit 25,42 % (47,30 % pour l'EHS uronéphrologie. Idem pour les actes d'accouchement. Il est considéré comme le troisième plus important après l'établissement hospitalier spécialisé mères et enfant (EHS) ; avec 16,38 % (L'EHS comptabilise 36,70 % puis établissement public hospitalier (EPH) El Khroub avec 23,87 %.¹⁰¹

¹⁰¹ La troisième position constatée en 2015 peut s'expliquer par la fermeture du service de maternité en milieu d'année, fermeture qui a duré près d'une année. Source :

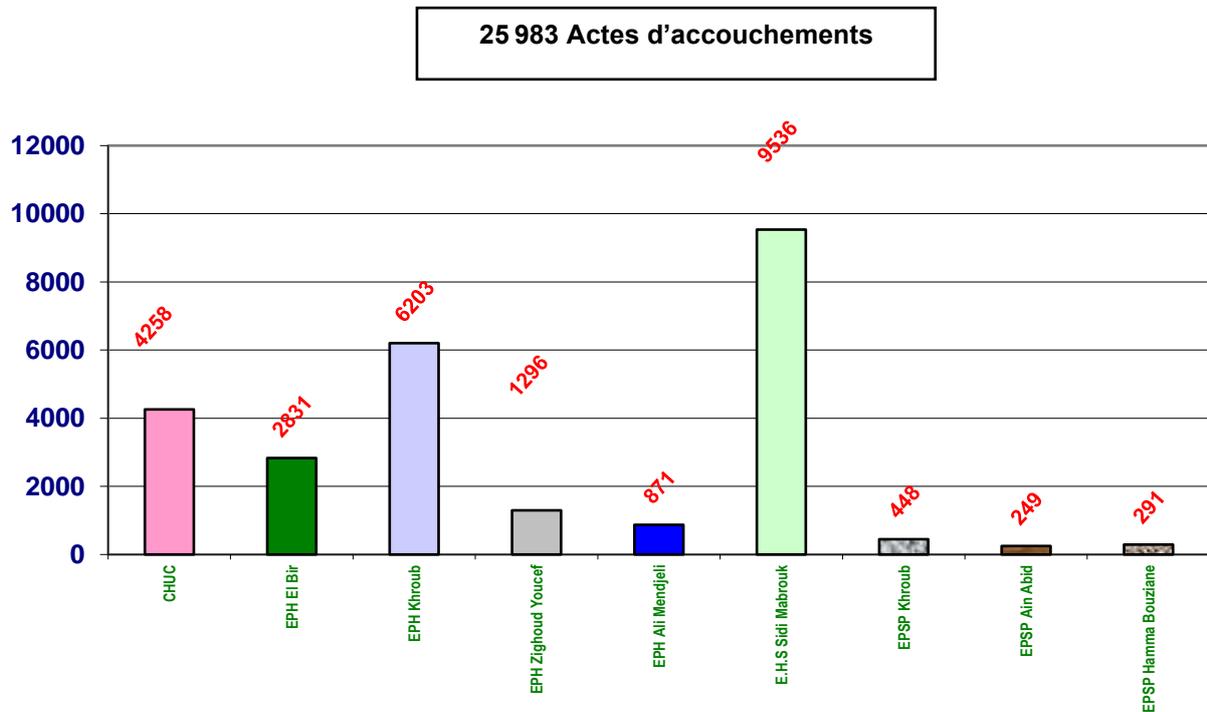
Graphique VII.4 : Nombre de séances d'hémodialyse durant l'année 2015

Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015)



Graphique VII.5 : Nombre d'actes d'accouchement durant l'année 2015

Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015)



b. Une vocation régionale, de rayonnement

Outre le rôle dominant à l'échelle locale, le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) jouit d'une attractivité régionale. À cela, plusieurs arguments peuvent se présenter. Les entretiens effectués avec les différents responsables de direction de la santé populaire de la wilaya de Constantine (DSP) montrent que le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) accueille toujours un nombre important de malades hors wilaya. Cela intervient malgré la présence de CHU dans les wilayas limitrophes. La raison est que le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) est doté de service et donc de spécialités plus importantes que les CHU de la région est du pays. Cela induit un flux de malades nécessitant des prestations spécialisées ou hautement spécialisées. De plus, ils affirment que le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) continue à accueillir le plus grand nombre d'évacués par rapport aux établissements hospitaliers spécialisés (EHS) et établissements publics hospitaliers (EPH). À titre d'exemple, le rapport de la direction de la santé populaire (DSP) de 2011 établit un constat sur la situation des évacuations par ambulance enregistrées dans les établissements de santé de la wilaya de Constantine. Il mentionne qu'en matière d'évacuation les établissements de santé de la wilaya particulièrement le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) et l'établissement hospitaliers spécialisés (EHS) de Sidi Mabrouk drainent des malades d'autres wilayas. Cela est réalisée malgré l'instruction n° 007/MSPRH/MIN du 03 septembre 2006 annulant et remplaçant l'instruction n° 3 du 18 avril 1998¹⁰² fixant les conditions d'évacuation des malades. Il constate alors que certains accouchements jugés sans risques qui relèvent de la compétence de la sagefemme sont souvent évacués sur Constantine. Il a été également relevé que certaines évacuations non justifiées, non mises sous conditions ont été à l'origine de complications et de l'aggravation de l'état de santé des malades évacués. Ce constat ne fait pas état des évacuations spontanées de la part de la population.

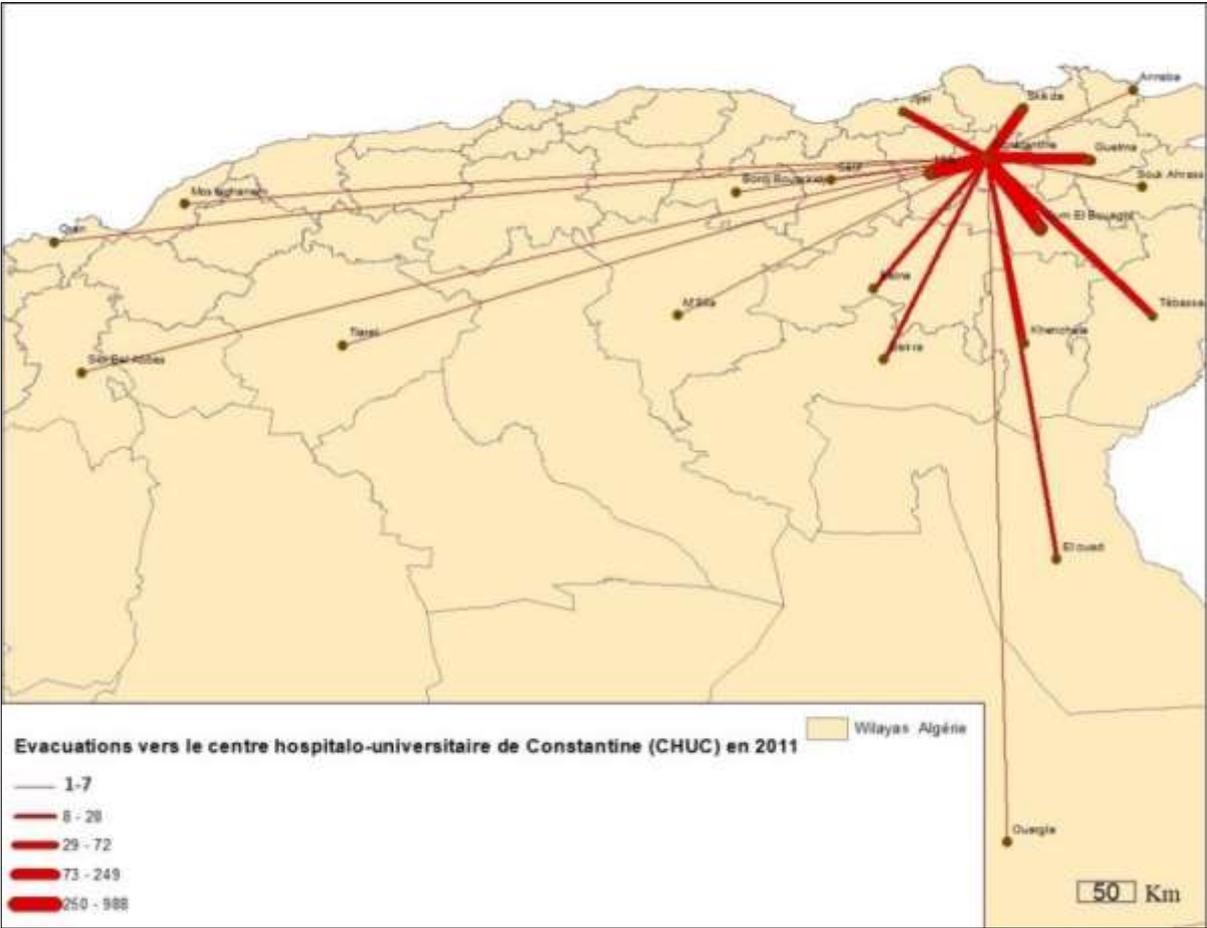
Les cartes ci-dessous reflètent un point de situation sur les différentes évacuations par ambulance enregistrées au niveau des établissements de santé de la wilaya. Ainsi, le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) absorbe non seulement les évacués des communes de sa propre wilaya, mais aussi ceux des wilayas limitrophes. Ainsi, il compte 888

¹⁰² Instruction n° 007/MSPRH/MIN du 03 septembre 2006 annulant et remplaçant l'instruction n° 3 du 18 avril 1998 portant sur les évacuations sanitaires. Consulté le 23/06/2020, https://hopital-dz.com/upload/07-2017/article/instruct_evac.pdf

évacuation de la wilaya de Constantine, 988 de la wilaya de Mila, 640 pour la wilaya d’Oum El Bouaghi, 249 pour la wilaya de Skikda et 159 pour la wilaya de Guelma (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015). La raison est liée au fait de manque de spécialité et donc de personnels de santé spécialisés qualifiés dans leurs établissements sanitaires¹⁰³.

Carte VII.4 : Évacuations par ambulance enregistrées vers le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) en 2011

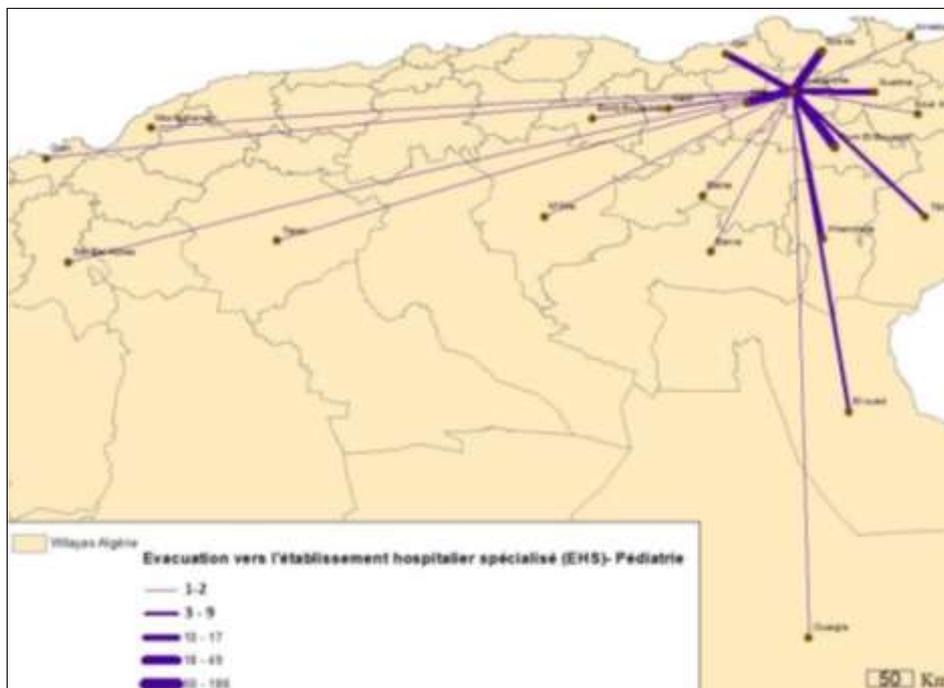
Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015), réalisé par CZ, 2022 sous QGIS



¹⁰³ Afin de décongestionner le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC), l’idée d’un nouveau CHU d’une capacité de 500 lits dans la nouvelle ville d’Ali-Mendjeli a vu le jour. En raison de manque de fonds, le projet a été suspendu.

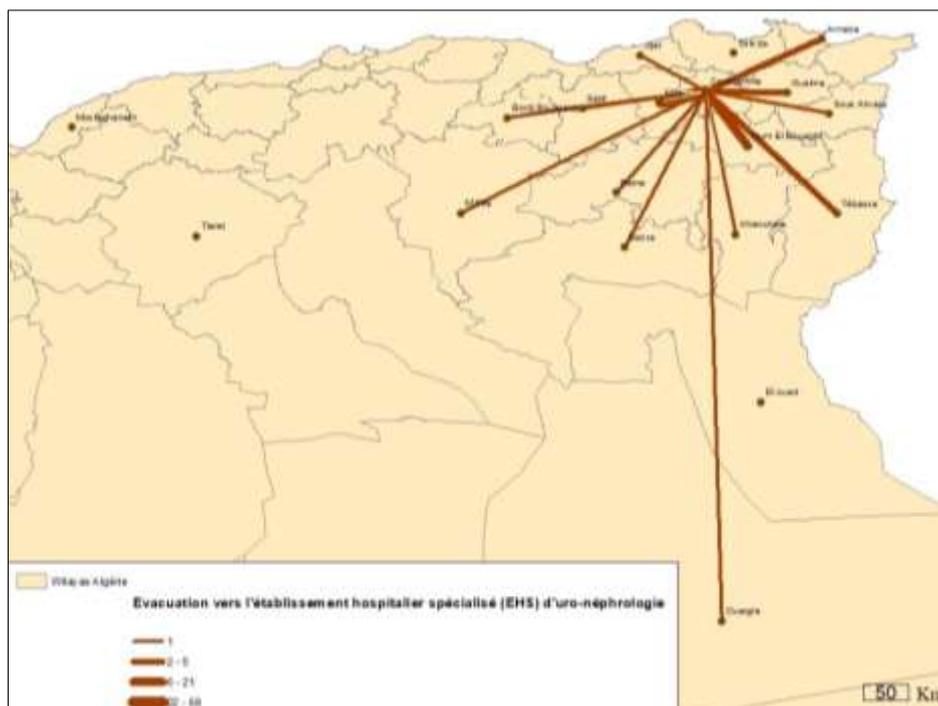
Carte VII.5 : Évacuations pédiatrique par ambulance enregistrée vers l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) mère et enfant en 2011

Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015), réalisé par CZ, 2022 sous QGIS



Carte VII.6 : Évacuations par ambulance enregistrées vers l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) d'uro —néphrologie en 2011

Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015), réalisé par CZ, 2022 sous QGIS



Le deuxième numéro du bulletin de santé du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) de 2018 montre le caractère régional de certaines spécialités. C'est le cas des consultations pluridisciplinaires des maladies neuromusculaires (MNM) du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC). Ces maladies se caractérisent par leur rareté et leur évolution vers la perte de l'autonomie motrice et respiratoire. C'est une consultation à caractère régional. Les patients sont majoritairement originaires de Constantine, mais aussi de toutes les wilayas limitrophes et de tout l'Est algérien.

Tableau VII.5 : Origine géographique des patients de la CPD

(Bulletin de santé n° 02 — septembre 2018 du CHU de Constantine, 2018)

Wilaya d'origine	Constantine	Mila	Oum El Bouaghi	Skikda	Batna	Khenchela	Tébessa	Sétif	Biskra
Nombre de patients	133	30	20	16	16	7	7	6	5

L'attractivité du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) et son aire d'influence se perçoivent en comparant les activités des différents centres hospitalo-universitaires de la région nord-est. Cette dernière est composée de wilayas : Batna, Constantine, Guelma, Annaba, Skikda, El Taref et Mila. Les chiffres de l'Office national des statistiques montrent que le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) se classe troisième au niveau national en matière de nombre de lits après Alger et Oran. Le centre hospitalo-universitaire d'Oran est premier avec 1555 lits. Le centre hospitalo-universitaire d'Alger (CHU Mustafa-Alger) est deuxième avec 1523 lits puis le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) avec 1459 lits (Office National des Statistiques, 2018).

Au niveau régional, nous remarquons que le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) domine la région nord-est, tant en nombre de lits, qu'en nombre d'admissions ou de journées d'hospitalisation. À titre d'exemple, il comprend 16 710 admissions tandis que le centre hospitalo-universitaire d'Annaba comprend 8851 admissions. Le centre hospitalo-

universitaire de Sétif comprend quant à lui 7814 admissions (cf. Annexe 32).

En fin de compte, les différentes données à l'échelle nationale, régionale ou locale, montrent l'attractivité de cet hôpital. Il jouit d'un rayonnement au-delà de son territoire. En raison de son poids historique, sa capacité actuelle, il se positionne parmi les premiers centres hospitalo-universitaires du pays. Il influence donc de manière directe ou indirecte sur le positionnement sanitaire de la wilaya de Constantine. Il accentue, par ailleurs, la concentration de l'offre de soins dans la commune de Constantine.

c. Les territoires de l'hôpital

En résumant l'organisation de l'espace en Algérie, M. Côte montre à travers plusieurs études de flux de migrants et de produits que différentes aires d'influences urbaines peuvent être cernées en Algérie. Il déduit trois sous-réseaux urbains, sensiblement équilibrés spatialement. Contrairement aux sous-réseaux algérois au centre et oranais à l'ouest, qui sont fortement polarisés par les métropoles d'Alger et d'Oran, le sous-réseau de l'Est algérien est bicéphale, car il est animé par deux métropoles Constantine et Annaba. Le même constat est réalisé par les études de Boukerzaza où ces deux centres majeurs exercent un pouvoir d'attraction sur diverses wilayas de l'Est algérien. Ainsi, Constantine étend son influence sur une grande partie de la région et son aire d'action est plus vaste que celle d'Annaba et seul lui échappe la partie située à l'extrémité occidentale de Bejaïa à Bousaa traditionnellement orientée vers d'autres villes, notamment Alger. L'aire d'attraction d'Annaba couvre la partie occidentale de la région et s'étend aux wilayas qui composent un véritable arrière-pays. Ce partage de l'espace de l'Est algérien qui reflète l'existence de quatre territoires différents, dont chacun est propre à un CHU, correspond à l'organisation de l'espace « tramé » par d'autres indicateurs.

La thèse du Pr R. Boussouf questionne l'attraction du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC). Il s'agit, pour lui, de savoir si le poids de l'héritage administratif et les pratiques des populations entraînent-ils ou non une concurrence entre les pôles de Constantine et d'Annaba et un partage de la clientèle dans des zones de chevauchement d'influence, d'attraction ?

Il considère que par sa situation et son statut administratif, Constantine est un pôle d'attraction pour les populations de la région est du pays. Qui compte au RGPH de 1987 plus

de 8 618 000, soit 37,5 % de la population algérienne. Son rôle de métropole régionale fait d'elle une ville très sollicitée par cette population qui partage avec la population locale certains services offerts par ces différents équipements.

En plus du centre hospitalo-universitaire (CHUC) de Constantine qui regroupe 1720 lits (1990), la wilaya dispose de 558 lits répartis à travers sept unités appartenant à des structures hospitalières différentes. Avec son hôpital régional, la ville de Constantine possède 93,3 % des lits de la wilaya et 11,8 % de l'Est algérien et 4 % de l'ensemble du territoire national (Boussouf, 1998b).

Tableau VII.6 : Le poids du centre hospitalo-universitaire (CHUC) de Constantine dans l'Est et l'ensemble du pays

Source : (Boussouf, 1998b)

Échelle	Nombre de lits	Part de la ville de Constantine
Ville de Constantine	2125	/
Wilaya de Constantine	2278	93,3 %
Région Est	17 986	11,8 %
Algérie	53 068	4 %

Il rajoute que l'influence du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) est écrasante et la concentration de l'équipement devrait logiquement se traduire par une forte attraction. Près de la moitié (46 %), des soins du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) sont consommés par des malades hors wilaya, issus des communes limitrophes à la ville de Constantine, de l'Est algérien et même les wilayas les plus éloignées des régions du centre, de l'ouest et du sud du pays.

Au contraire, la part de la population de la ville de Constantine représente 54 %, ce qui signifie qu'il sert également d'hôpital local. Ce qui semble logique, car il est le seul hôpital

pluridisciplinaire de la ville. Les malades qui proviennent de l'extérieur de la wilaya de Constantine (attraction externe) totalisent 30,1 % des hospitalisations du CHUC avec des taux variables de 7,5 à 84 % en fonction des spécialités.

L'attraction externe décroît des disciplines de pointe aux disciplines d'urgence. Les disciplines les plus rares dans l'Est algérien, comme la chirurgie cardiovasculaire, la radiothérapie, la neurochirurgie, l'hématologie, la dermatologie et la chirurgie thoracique sont celles qui enregistrent le taux d'attraction externe. Les deux premières spécialités forment un premier niveau d'attraction et les quatre autres, qui sont des disciplines propres au CHUC, forment un second niveau. À l'inverse, les spécialités les plus courantes ont plus une fonction locale et dont la majorité des malades résident dans la wilaya de Constantine. Comme la maternité, les urgences pédiatriques, médicales, et chirurgicales, psychiatriques sont moins attractives pour les non constantinois et ainsi forment un dernier niveau d'attraction du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC).

Cela s'accorde avec le constat réalisé par Tonnelier, Com-Ruelle et Faure (1989) qui notent, en analysant l'attraction de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris, que l'attraction est différente selon les disciplines et que les urgences et la maternité sont les moins attractives, à l'opposé de la chirurgie cardiovasculaire ou l'oncologie qui sont-elles très attractives.

Cette attractivité échelonnée où la part de la wilaya de Constantine varie d'une catégorie de soins à une autre fait du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) un hôpital local pour les disciplines de base et des spécialités des hôpitaux de wilayas avec une forte participation de la population constantinoise. Le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) affiche sa vocation régionale en particulier dans les disciplines spécialisées propres comme la dermatologie, l'hématologie, la neurologie, la chirurgie thoracique et l'endocrinologie où la moitié des patients sont issus des autres wilayas (de l'Est algérien surtout). Cette vocation régionale s'exprime mieux à travers les disciplines de pointe où 83 % des soins sont consommés par des malades issus de l'extérieur de la wilaya de Constantine.

Comparé à titre d'exemple avec le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Batna (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015) (KEDID & MEHKLOUFI, 1996), qui malgré son statut de CHU n'enregistre que 20 % de clientèle non batnéene, originaire en particulier des wilayas limitrophes. Le poids du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC)

dans le réseau hospitalier algérien est plus important et son champ d'action est plus large (Boussouf, 1998b).

D. De Nouvelles dynamiques en perspective

La question de renforcer les structures de soins dans la wilaya de Constantine a toujours été posée. Depuis les années 90, de nombreux professionnels de la santé demandaient l'augmentation de la capacité de l'actuel centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) par la construction d'un second au regard du poids régional du CHUC. Mme Hamida Djelouadji, chef de service de la planification et des moyens de la direction de la santé populaire (DSP) ajoute que Constantine « *comme on le sait, accueille des malades de 14 wilayas de l'Est.* »¹⁰⁴ Le Pr Zougheilech, chef de service du service d'épidémiologie du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC), nous confiait, lors de notre entretien, que l'idée de construction d'un second CHU n'est pas récente. Il s'agissait, durant les années 90, de construire, dans le nouveau centre hospitalo-universitaire (CHU) dans le plateau d'Ain El Bey, plus précisément dans le quartier de Zouaghi. Toutefois, l'idée a été ajournée pour des raisons méconnues. Depuis, la création du pôle urbain d'Ali Mendjeli et la volonté de création d'une ville nouvelle avec de nouvelles polarités ont réitéré cette idée en réservant un terrain pour sa réalisation.

Depuis 2015, le projet a été une nouvelle fois ajourné pour des raisons financières. Ce n'est que 5 ans plus tard que la levée du gel pour le nouveau CHU a été validée avec une augmentation du budget alloué au projet avec une enveloppe supplémentaire de 110 milliards de centimes¹⁰⁵. Il est nécessaire de rappeler que le projet de réalisation d'un nouveau centre hospitalo-universitaire (CHU) à Ali Mendjeli avait été annoncé en 2010, lors de la visite de l'ancien ministre de la Santé, Saïd Barkat. Un projet d'une importance capitale pour la wilaya. Il répond à l'extension urbanistique de la nouvelle ville d'Ali Mendjeli et la hausse considérable du nombre d'habitants. Ces derniers sont issus d'opérations de relogement de citoyen habitant dans des bidonvilles ou touchés par des glissements de terrain.

L'objectif tracé par le gouvernement à cette époque était de doter Ali Mendjeli d'une structure

hospitalière à la hauteur des aspirations de la population. Cette dernière se déplaçait vers El Khroub pour des soins. D'un autre côté, l'objectif était de réduire la pression du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC). Cinq ans après, le projet du nouveau centre hospitalo-universitaire (CHU) sera mis sous le coude à cause d'un manque de financement, bien que la structure ait bénéficié d'une étude technique et financière.

Selon Hichem Chelghoum, député du Parti des travailleurs (PT) de la wilaya de Constantine. *« Le projet a déjà été inscrit auparavant. Mais il a été gelé par la suite en 2015, comme plusieurs autres, par l'ancien Premier ministre dans le cadre des mesures d'austérité prises à cette époque »*. Et de préciser que cette levée est survenue après plusieurs écrits sur la nécessité d'une telle infrastructure sanitaire pour une ville qui compte des milliers de familles. *« Ce nouveau CHU est une priorité pour les habitants de Constantine, voire pour les autres wilayas de l'Est. Il sera en mesure de réduire l'énorme pression et la surcharge que connaît le seul CHU docteur Ben Badis ces dernières années. »*¹⁰⁶

En se basant sur ce qui avait été avancé lors de l'inscription du projet, ce nouvel établissement de santé devait être réalisé sur une superficie de 15 ha avec une capacité d'environ 500 lits¹⁰⁷. L'emplacement du siège est stratégique, il a été choisi non loin de l'université Salah Boubnider (Constantine 3). Ce qui assure aussi la possibilité de liaison par l'extension de la ligne de tramway Constantine-ville-Ali Mendjeli passant à proximité de ladite université. Cela permettra de régler le problème du transport pour les malades et leurs familles. Un problème qui a longtemps été soulevé.

Ce projet a le mérite d'exister. D'abord, il est inscrit dans le programme de l'état. De plus, il est utile face au manque d'infrastructures sanitaires à Ali Mendjeli. Pour une population de près de 400 000 habitants, on compte l'hôpital Abdelkader Bencharif, ainsi que la polyclinique Hocine Benkadri et quelques cliniques privées qui n'ont pas les capacités de répondre à une très forte demande. Cela, sans oublier l'état de délabrement des différents services de l'actuel et unique centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) de la wilaya¹⁰⁸.

Photo VII.2: Vue aérienne du nouveau centre hospitalo-universitaire (CHU) dans la nouvelle Ville Ali Mendjeli

Source : (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2015), Google Earth 2020, réalisé par CZ, 2023



Terrain de 15 hectares alloué au nouveau centre hospitalo-universitaire de Constantine (Unité de voisinage- UV4). Il est situé au terminus du prolongement de la ligne de tramway. Il est limitrophe à l'établissement public hospitalier d'Ali Mendjeli. Il est à proximité de l'université Constantine 2 et du centre de recherche biomédicale (CRBT) de Constantine. De nouvelles cliniques s'implantent à proximité comme la future clinique de cardiologie (à droite de l'image).

Photo VII.3 : Photos de l'environnement immédiat du futur centre hospitalo-universitaire de la nouvelle ville Ali Mendjeli



Vue sur l'entrée de l'université Constantine 2. A côté de la station du tramway.
Photos : Ben, 2021

Vue sur l'établissement public hospitalier de la nouvelle ville d'Ali Mendjeli
Photos : DSP, 2015



Conclusion

Le système national de santé algérien est une résultante de plusieurs politiques menées ces dernières années. Il s'articule autour de deux pôles constitués du secteur public d'une part et du secteur privé de l'autre. Le secteur public, prépondérant à 82 % dans le système de santé, se caractérise par la gratuité des soins depuis 1974. Il s'est vu l'objet de plusieurs transformations à la suite des perturbations politiques et économiques qu'a vécues l'Algérie à partir des années 90. À partir des nouvelles configurations structurelles, notamment à partir de 2007, l'offre de soins tente de développer un réseau sanitaire pour toucher l'ensemble des territoires. Une hiérarchisation sanitaire qui suit la hiérarchisation administrative au niveau national s'applique aussi au niveau des wilayas. À Constantine, le secteur sanitaire a été élaboré de façon à servir le contrôle des territoires. Il est structuré en trois niveaux. En bas de la pyramide, nous retrouvons les établissements publics de soins de proximité (EPSP), puis les établissements publics hospitaliers (EPH) et enfin les centres hospitalo-universitaires et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS). Ce dispositif s'adosse aux échelons administratifs algériens dans lesquels la commune représente l'échelon de base puis vient la daïra qui est un groupement de deux ou trois communes, puis la wilaya. L'organisation de l'offre de soins publique se fait alors de manière hiérarchisée et suit la centralité existante. Elle présente finalement une répartition globale équilibrée, sans désert médical frappant. Toutefois, les raisons derrière ses découpages ne suivent pas forcément les besoins des populations en matière d'accessibilité, de temps, de parcours et d'accès aux soins. Le meilleur exemple étant celui des populations résidentes dans la commune de Hamma Bouziane. Cela comporte des trajectoires de soins différentes de leurs secteurs d'affiliation ce qui peut engendrer des dysfonctionnements en matière de parcours de soins, qui s'ajoutent à la méconnaissance de la carte sanitaire et des structures de soins de référence.

Conclusion générale

Projet de thèse initial et réorientation

Quand nous avons déposé notre sujet de thèse, le titre déposé était « Offres et besoins de soins à Constantine ». Ce titre provisoire nous avait valu des remarques et des critiques de la part des membres du jury de l'Ecole Doctorale Ville, Transports, Territoires (VTT) de l'Université Paris Est Sup. Ces dernières concernaient la faisabilité d'un tel sujet, la disponibilité des informations, les modèles de références et les méthodes retenues pour le traiter. Après bien des échanges avec ma direction de thèse et des vérifications sur le terrain (cf. supra chapitre 3) en lien avec les recherches déjà menées dans les territoires urbains algériens, nous avons finalement réorienté notre recherche et, bien entendu, changé le titre de notre recherche. Celle-ci restait bien inscrite dans une démarche de géographie de la santé mais avait pour objectif de rendre compte des recours aux structures de soin des populations dans les territoires de Constantine, au sens de leurs pratiques en lien avec les représentations qu'elles peuvent en avoir. Nous avons donc cerné les caractéristiques territoriales du déploiement de l'offre de soins. Nous avons également rendu compte des représentations que des populations constantinoises avaient de ces offres de soins.

La localisation dans Constantine, comment souligner son importance dans les recours aux soins ?

Nous avons posé l'hypothèse au début de notre recherche qu'il pouvait exister des différences de recours aux soins selon le lieu où l'on était dans la wilaya et la métropole de Constantine, et que ces pratiques différentes renvoyaient à des perceptions, des représentations différentes de l'offre de soins. Nous souhaitons ainsi reprendre en partie la démarche adoptée par Bouledroua mais aussi la discuter, la « critiquer », en insistant sur l'importance des localisations dans la perception, la représentation et les recours aux soins. Cela nous a conduit à nous interroger sur l'existence de différentes trajectoires de soins. Ainsi, selon la localisation des enquêtés, leurs manières de recourir aux soins seront différentes, notamment le choix des structures de soins.

Pour rendre compte de ces hypothèses, nous avons mis au point une enquête par questionnaire auprès de la population constantinoise. Cette enquête a été enrichie par des entretiens semi-directifs auprès d'une partie de la population qui avait accepté de répondre

au questionnaire et, d'autre part, d'acteurs politiques et sanitaires locaux.

Nous avons tenté d'identifier les trajectoires de soins des personnes qui avaient accepté de répondre, en accordant une importance particulière sur leurs niveaux de satisfaction et les difficultés d'accès qu'elles pouvaient rencontrer.

D'autre part, nous avons complété cette approche par l'analyse des inscriptions spatiales de l'offre de soins. Il s'agissait ainsi de rendre compte des dynamiques spatiales des structures de soins afin de mieux éclairer les possibles choix des populations dans leurs « trajectoires » de prise en charge, de soins. Cela passait par l'analyse des logiques différenciée des deux offres de soins - publique et privée.

Le questionnaire d'enquête a donc été passé sur l'ensemble de la wilaya de Constantine en tentant de respecter sa hiérarchie administrative et sanitaire. C'est ainsi que 40,8 % des répondants étaient localisés dans l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W), à 11 % dans des agglomérations chefs-lieux de Daïras (ACL D), 20,5 % dans des agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C) et 27,7 % dans des agglomérations secondaires (AS). Elle a aussi ciblé des populations ayant recours aux structures de soins publiques comme l'établissement public hospitalier (EPH) El Bir et la polyclinique Ben M'hidi. Elle a enfin ciblé des populations des structures de soins privés comme la clinique El Mehdi.

Etat de santé ressenti, recours aux soins et hiérarchies dans la wilaya de Constantine

Des différenciations territoriales existent ainsi dans la santé perçue de nos répondants. Ainsi, les populations de l'agglomération constantinoise tendent à percevoir leur état de santé comme bon tandis que les populations des communes limitrophes à l'agglomération le perçoivent comme moyen à mauvais. De plus, les répondants des agglomérations secondaires (AS) perçoivent leur état de santé comme bon contrairement aux agglomérations chefs-lieux de Daïras (ACL D). Le même constat est fait en matière de dépenses de santé. Les populations de l'agglomération chef-lieu de wilaya (ACL W) et les agglomérations secondaires (AS) perçoivent les dépenses de santé comme moyennes, tandis que les populations des agglomérations chefs-lieux de Daïras (ACL D) et des agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C) perçoivent les dépenses comme faibles à moyennes.

De plus, les représentations qu'ont les répondants des structures de soins sont également marquées par une différenciation territoriale. Ainsi, les structures de soins publiques, surtout quand elles se situent au sommet de la hiérarchie sanitaire (CHU) bénéficient d'une très bonne image, d'une très bonne réputation. Les répondants de la ville de Constantine et de ses villes satellites perçoivent les prises en charge dont ils rendent compte comme moyennes à bonnes, tandis que les populations des communes limitrophes en ont une image moyenne. Les représentations de l'accès aux structures de soins publiques sont elles aussi dictées par la hiérarchie des établissements de soins. De manière attendue, les répondants ont mis en évidence que l'accès est plus difficile lors d'un recours à un soins spécialisé voire hautement spécialisé. Ce constat reste homogène, quelle que soit la localisation de nos répondants : tandis que certains ne trouvent « *pas de problème, on attend notre tour* », trouvent le « *personnel qualifié* » et rendent compte de l'« *hygiène et [la] qualité du service* », d'autres déplorent le manque d'information « *Il n'y a pas d'accueil, un manque d'information et d'orientation... Il y a beaucoup d'encombrement et souvent des passe-droits.* » Les représentations des populations des structures de soins privés montrent une perception qui semble facile : « *on en a pour notre argent* ». Toutefois, plus nous rentrons au cœur de l'agglomération constantinoise, plus nous retrouvons une nuance. Elle tend vers un jugement moyen : « *pour eux c'est juste une question d'argent* ». La perception dominante est une perception bonne puis bonne à moyenne.

De plus, les pratiques des populations lors d'un recours aux soins montrent un recours vers les structures de soins de base où 20,5 % des répondants affirment se diriger vers les établissements publics de santé de proximité (EPSP). Le recours aux structures de soins privées de base semble majoritaire en première intention (22,5 % des réponses). Au niveau territorial, la démarcation se fait encore ressentir. Les répondants des communes périphériques de l'agglomération constantinoise ont tendance à recourir aux structures de base publiques. Ils suivent inconsciemment la pyramide sanitaire en place. Tandis que les répondants localisés dans l'agglomération constantinoise, en raison de leur proximité, ont plus tendance à choisir les structures de soins en fonction de la distance parcourue. Le même constat est fait lors du recours aux secteurs privés où ces mêmes répondants de l'agglomération constantinoise et de la ville mère de Constantine ont plus recours aux cabinets et cliniques privées que les populations des communes limitrophes.

Au-delà des recours aux secteurs public ou privé, le résultat le plus marquant de notre recherche concerne le non-recours. Lors d'un problème de santé, les répondants finissent par ne recourir à aucune structure de soins qu'elles soient publiques ou privées. Ils disent se soigner, en ayant recours à l'automédication, la phytothérapie ou toute autre pratique pouvant être considérée comme « informelle ». La part des non-recours dépasse souvent celles des recours aux soins publics ou privés. Cette part représente 39,7 % en première intention, 34,3 % en deuxième intention et 49,6 % en troisième intention. Ce non-recours prend des proportions différentes à l'échelle des agglomérations. Ainsi, les répondants des communes limitrophes à l'agglomération semblent être plus concernés par le non-recours à l'exception des répondants de la commune d'Ain Abid. Le non-recours représente 95 % dans la commune de Messaoud Boudjeriou, 73 % dans la commune de Beni Hamidane, 53 % dans la commune d'Ouled Rahmoune et 44 % dans la commune d'Ain Smara. Le non-recours tend à se répartir équitablement entre les secteurs de soins public et privé au sein de la commune de Constantine et ses quatre communes limitrophes. La commune d'Ain Smara est caractérisée par 44 % de non-recours parmi les répondants, la ville de Constantine 39 %, la commune de Didouche Mourad 35 %, la commune d'El Khroub 30 % et la nouvelle ville d'Ali Mendjeli 22 %. Autrement, plus nous nous éloignons du centre, plus le non-recours est important.

Le non-recours dont les répondants font état est à mettre en regard avec leurs expériences d'échec lors de leurs tentatives d'accéder aux soins. En effet, les expériences de recours aux soins des enquêtés montrent dans 62 % des cas des problèmes d'accès à une structure de soins ou une expérience d'échec. Les raisons du renoncement sont principalement l'accessibilité du soin dans le secteur public, la cherté de la prestation de soins dans le privé, le manque de connaissance lors du recours aux soins et le manque d'informations. La part des répondants admettant renoncer aux soins est plus importante dans les communes limitrophes de l'agglomération constantinoise.

Contribution aux études sur les recours aux soins

Ces résultats illustrent les dynamiques existantes dans la métropole constantinoise. Ils rejoignent ainsi les recherches effectuées à l'image de l'enquête TAHINA et des études sur les métropoles d'Alger ou d'Oran. L'enquête TAHINA, d'un côté, montre les différenciations

urbain/rural lors du recours aux soins. Le recours à une unité sanitaire de base est significativement plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain (56,65 % vs 49,42 %). Cela se passe de la même manière dans les régions géographiques. Seules les populations du Sud ont recours aux soins au niveau des hôpitaux dans 31,06 % des cas. L'étude sur la métropole d'Alger montre des différenciations en matière d'offre de soins entre l'agglomération algéroise et le reste de l'espace algérois.

D'un autre côté, les résultats de notre enquête qui montrent soit le non-recours ou les difficultés d'accès aux structures de soins viennent rejoindre les études similaires menées dans plusieurs grandes métropoles d'Afrique subsaharienne comme à Ouagadougou, Abidjan, Bamako... Ils montrent la nature des dysfonctionnements des services de santé tels qu'ils apparaissent dans les interactions entre soignants et soignées et les différentes étapes que peuvent parcourir les patients lors d'un recours aux soins, les qualités d'accès et des prestations, la corruption et le racket. À titre d'exemple, l'étude de l'offre de soins et ses conséquences pour l'accès aux soins montrent les stratégies de déploiement de l'offre de soins différentes. La répartition de l'offre de soins privé et public suit des logiques d'implantation distinctes. Ainsi, selon le rang qu'elle occupe dans la pyramide de la santé, le déploiement suit la concentration urbaine de la ville. La saturation des structures de soins dans les lieux centraux oblige la concurrence entre les différentes formations sanitaires.

Ces tendances touchent ainsi l'accès aux soins. Cela semble mettre en évidence des territoires urbains répulsifs ou attractifs. Les structures deviennent des services associés aux lieux de pouvoir économiques et sociaux. Cela crée des territoires non lotis, repoussoirs et constituent de véritable désert médical. De ce fait, ce problème d'accès aux soins demeure crucial à l'image de l'accès à d'autres services comme l'école, l'électricité ou l'eau courante (Cadot & Harang, 2006).

Ce qui ressort, en deuxième temps, est la localisation de l'offre de soins et de ses aires d'attractivités. L'idée est de cerner les logiques qui structurent l'implantation de l'offre de soins de soins publique et privée. Il s'agit ainsi de décliner la lecture de l'analyse à différentes échelles territoriales et d'inclure des dimensions dans la définition d'espace de recours aux soins. Le système de soins est ainsi présent sous deux formes. Le secteur public, peu coûteux, est financé par l'état, l'apport de la sécurité sociale (forfait hospitalier) et une contribution de

30 % des ménages. Le secteur privé récent est lui régi par la loi marchande. Ces deux secteurs suivent des logiques différentes. La logique de contrôle territorial du secteur public et la gratuité des soins ne garantissent pas un accès aux soins. Cela arrive au moment où de nouvelles formes de développement apparaissent dans le secteur privé. Ce dernier tend, en effet, à se déployer de manière concentrique dans les lieux les plus urbanisés. Il tend, par ailleurs, à un agrandissement de ses structures. Les cabinets privés se développent en cliniques privées, ce qui conduit à la création de polarité sanitaire privée. Ces dynamiques n'améliorent toutefois pas les performances du système de soins. Il ne réduit pas non plus les difficultés vécues par la population dans l'accès aux soins et spécialement dans les établissements hospitaliers.

Notre recherche a ainsi montré une imbrication des systèmes territoriaux. Elle peut se lire à différentes échelles, nationale, régionale, communale et intra-urbaines. En effet, l'offre de soins et ses ratios de couverture sanitaire des différentes régions du pays permettent d'avoir une idée sur l'équité et la prise en charge des besoins de santé de la population. C'est la région du Tell, la plus peuplée, qui dispose du plus grand nombre d'hôpitaux avec une moyenne de 2 lits/1 000 habitants, un ratio meilleur que la moyenne nationale qui n'est que de 1,8 lit/1 000 habitants en 2014. C'est dans cette région que se trouvent la plupart des centres hospitalo-universitaires (CHU) et des centres anti-cancer (CAC). Et à l'intérieur de cette région, c'est la région Nord-Ouest qui dispose du plus grand nombre d'infrastructures sanitaires. La région des Hauts Plateaux est celle qui a le plus faible nombre de lits d'hospitalisation par habitant. Cette faiblesse est plus accentuée au niveau de la région centre des Hauts-Plateaux avec seulement 1 lit/1 000 habitants. La capacité hospitalière dans la région sud-est également faible 1,6 lit/1 000 habitants, cela en plus de l'éloignement pour accéder aux services de santé. La couverture sanitaire en matière de structures légères (polycliniques et salles de soins) est nettement meilleure dans la région sud que dans les régions du Tell et des Hauts-Plateaux.

Le même constat est fait au niveau de l'offre de soins privée. À titre d'exemple, le nombre de médecins spécialistes installés en cabinets privés est de 6 893. Rapporté à la population de différentes régions du pays, on constate qu'il y a 2 fois plus de médecins spécialistes dans la région nord que dans la région des Hauts Plateaux et pratiquement près de 3 fois plus que dans la région sud. Dans la région nord, c'est la région centre qui est le mieux desservie. Dans

les Hauts Plateaux, c'est la région est. Dans le Sud c'est la wilaya de Ghardaïa qui dispose du meilleur ratio. Le nombre de médecins généralistes installés en cabinet privé est légèrement moins élevé que celui des médecins spécialistes : 5 742. La répartition par région montre une meilleure couverture au niveau du Nord 1 cabinet/5 286 habitants suivis de la région des Hauts Plateaux 1 cabinet/8 163 habitants et loin derrière arrive la région sud qui ne dispose que de 1 cabinet/13 606 habitants. Et comme pour les médecins spécialistes, c'est la région Sud-Ouest qui est la moins couverte : 1 cabinet/21 719 habitants.

Secteur public, secteur privé et dynamiques territoriales

La wilaya de Constantine présente des dynamiques inégalitaires de l'offre de soins. Son agglomération met en place un système politique à deux vitesses. La commune de Constantine tend, en effet, à concentrer la majorité des services. Elle présente ainsi des caractéristiques socioéconomiques favorables. À ces caractéristiques s'ajoute une concentration de services sanitaires qui donne lieu à une centralité médicale.

Ainsi, l'offre de soins au niveau de la wilaya se caractérise par une dominance de l'offre de soins publique. Elle représente 82 % de l'offre de soins. Le déploiement pyramidal garantit un contrôle territorial fort sur la planification sanitaire qui suit la hiérarchie administrative. Les polycliniques et les centres de soins sont ainsi distribués sur l'ensemble des communes, les établissements publics hospitaliers (EPH) dans les chefs-lieux de communes (ACL C). Les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) se déploient dans le chef-lieu de la wilaya (ACL W).

Malgré une couverture territoriale qui garantit une prise en charge plus adéquate, l'actuelle définition des circonscriptions sanitaires contraint l'accès aux soins des plus fragilisées comme les populations de la commune de Hamma Bouziane dont l'accès à l'EPH El Bir est plus facile et plus rapide.

Parallèlement, l'offre de soins privée concentre 82 % de ses cliniques dans la ville de Constantine tandis que 18 % se situent dans l'extension urbaine de la wilaya. Au sein des différents quartiers de la ville de Constantine, une répartition inégale des cliniques privées est constatée et une surreprésentation de certaines spécialités par rapport à d'autres : 40 % de cliniques médicochirurgicales contre 5 % de centre anticancer.

Cette implantation sanitaire suit donc une logique de concentration et de centralité, mais aussi suit une logique de rentabilité foncière. Le boulevard des cliniques est une résultante d'une volonté politique de créer un cluster sanitaire. Cela a été réalisé à la suite d'opportunité foncière dans la ville de Constantine. La nouvelle polarisation créée au sein de la nouvelle ville Ali Mendjeli reproduit, quant à elle, avec beaucoup de similitudes les dynamiques observées dans la ville de Constantine.

Notre travail montre qu'il existe des disparités sanitaires à l'échelle de l'agglomération constantinoise notamment en termes de répartition de l'offre de soins. Cependant, il semble que la proximité à la ville mère et le fait d'être en haut de la hiérarchie des villes satellites soient, aussi, un facteur déterminant de l'implantation des professionnels de santé et des structures de soins.

Une autre tendance issue de la recherche monte un système de soins très hiérarchisé. Cette hiérarchisation se retrouve aussi dans les perceptions et les pratiques des populations. En effet, à la base de la pyramide de soins publique, nous retrouvons les polycliniques qui dispensent les soins de base puis vient les établissements publics hospitaliers puis les centres hospitalo-universitaires et établissements hospitaliers spécialisés. Le déploiement territorial de cette pyramide sanitaire particulièrement similaire à la hiérarchie administrative. L'exemple de la wilaya de Constantine le montre où les polycliniques sont implantées dans les agglomérations chefs-lieux de communes (ACL C) et les agglomérations secondaires (AS). Les établissements publics hospitaliers (EPH) sont implantés dans les agglomérations chefs-lieux de Daïras (ACL D) et le centre hospitalo-universitaire (CHU) et les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) sont situés dans l'agglomération chefs-lieux de wilaya (ACL W). De plus, les limites de découpages des circonscriptions sanitaires suivent les limites de découpages administratifs. Dans la wilaya de Constantine, le découpage sanitaire suit à l'identique le découpage de Daïras de la wilaya de Constantine.

Nous notons, par ailleurs, que le système de soins algérien n'est pas intégré. Il n'existe, en effet, aucune coopération entre les deux secteurs de soins public et privé. Les relations existantes entre les deux secteurs procèdent de relations informelles tissées entre les praticiens soignants et les pratiques informelles mises en œuvre par les demandeurs de soins. Les études de Safar Zitouni sur l'offre de soins dans l'agglomération algéroise exposent la

« tyrannie du réseau de soignants et les pratiques informelles mises en œuvre par les demandeurs de soins ce qui rend le système de soins algérien illisible, car nous ne savons pas qui dans cette multitude d'intervenants fait quoi et au profit de qui.

En effet, les réformes récentes de la carte sanitaire n'incluent et n'excluent pas l'activité médicale privée. Cela n'améliore la lisibilité du système de soins algérien. À titre d'exemple, la suppression des secteurs de santé en faveur des établissements hospitaliers de soins de proximité (EPSP) en 2007 permet au secteur privé de profiter des synergies développées. Cela tend à reproduire et à accentuer la concentration de l'offre de soin à l'identique.

Questions et chantiers à venir

Les dynamiques territoriales inégalitaires à Constantine peuvent être représentatives des dynamiques à l'œuvre dans les grandes agglomérations algériennes. Les différentes hybridations, par le bas à travers les professionnels de santé et par le haut à travers la mobilisation d'autres ressources comme le réseau, les connaissances, l'argent... peuvent aussi questionner l'image que projette le système de soins en Algérie. Cette image était-elle la même dans l'ensemble du territoire ? Cette perception est-elle partagée selon que l'on soit dans un territoire ou dans un autre ? Y a-t-il une différenciation de perception à l'image du nombre des structures de soins ? Quelle image projette le secteur public dans les territoires du sud qui n'abrite pas de grandes métropoles ? Y a-t-il des différenciations avec les régions nord ? Y a-t-il des différenciations entre les différentes régions nord du pays ? Existe-t-il des différenciations entre les métropoles algériennes et villes de moyenne taille ? La perception est-elle la même selon que le système soit un système public ou privé ? Comment est le recours vers ses secteurs ? Quelle mobilité trouve-t-on ? Les populations nécessitent-elles le déploiement de ressources diverses pour recourir aux soins ? Est-ce que cela n'existe que dans la wilaya de Constantine ? Le secteur privé est absent ou est-il aussi présent que dans la wilaya de Constantine ? Est-ce que le public a une bonne image dans le sud, y a-t-il une forme de reconnaissance ou pas ?

Bibliographie

- A. Fayard éditeur. (2017, mai 29). *Plan de Constantine, Paris, France.*, Musée d'Art et d'Histoire du Judaïsme. <https://www.mahj.org/fr/decouvrir-collections-betsalel/plan-de-constantine-73048>
- Abid, L. (2014). *L'offre de soins dans les différentes régions d Algérie.* <http://docplayer.fr/25577247-L-offre-de-soins-dans-les-differentes-regions-d-algerie-en-2014.html>
- Abric, J.-C. (1994). Pratiques sociales, représentations sociales. *Pratiques sociales et représentations*, 217-238.
- Agence Nationale de Développement de l'Investissement. (2013). Monographie de la wilaya de Constantine. *Andi*. <https://andi.dz/>
- Aouci, N., & Belmadani, F. (2017). *L'évolution du secteur privé de soins en Algérie : Quelle trajectoire de 1962 à nos jours?* Université Mouloud Mammeri.
- Ariane, H., & Bouchareb, A. (2021). La réappropriation des espaces publics du centre-ville de Constantine dans le contexte du hirak. *Insaniyat / إنسانيات Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, 91, Article 91. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.24751>
- Azzouzi, A., & Acidi, A. (2017). La répartition spatiale inégale de l'offre de soins à Annaba (Est algérien). *Les Tribunes de la santé*, 56, 83-95. <https://doi.org/10.3917/seve.056.0083>
- Bailly, A., Ferras, R., & Pumain, D. (1994). Encyclopédie de géographie. *Estudios Geográficos*, 55(214), 201.
- Bavoux, J.-J., & Chapelon, L. (2014). *Dictionnaire d'analyse spatiale—Livre Géographie générale.* <https://www.dunod.com/histoire-geographie-et-sciences-politiques/dictionnaire-d-analyse-spatiale>

- Baziz, N. (2021). Les expressions urbaines d'une mobilisation contestataire : Cas du Hirak à Constantine. *Cybergeog: European Journal of Geography*.
<https://doi.org/10.4000/cybergeog.37354>
- Benderra, O. (2002). Économie Algérienne 1986-1998 : Les réseaux aux commandes de l'État. *Extrait de la Méditerranée des réseaux, Marchands, entrepreneurs et migrants entre l'Europe et le Maghreb, sous la Direction de Jocelyne Cesari. Paris: Maisonneuve et Larose.*
- Bergel, P., & Benlakhlef, B. (2019). Construire trois millions de logements en Algérie (1999-2018). *Métropolitiques*. <https://normandie-univ.hal.science/hal-02318856>
- Bertrand, M., Blot, F., Dascon, J., Gambino, M., Milian, J., & Molina, G. (2006). *Géographie et représentations : De la nécessité des méthodes qualitatives.*
- Bouledroua, A. (2010). L'accès aux soins en Algérie Eléments pour une problématique sociologique du fait sanitaire. *Revue Sciences Humaines*, 0(33), 7-16.
- Bouledroua, A. (2017). Approche sociologique de la question des inégalités d'accès aux soins en Algérie. *Revue Sciences Humaines*, 0(47), 07-45.
- Boumezrag, I., & Belkadi, M. (2022). *Système de santé en algerie : En cartographie les acteurs en place Cas : CHU de tizi ouzou* [Université Mouloud Mammeri].
<https://dspace.ummtto.dz/handle/ummtto/18818>
- Boussouf, R. (1998a). *Les territoires de l'hôpital : L'attraction du pôle hospitalier de Constantine* [Thèse de doctorat]. Université Paul Valéry.
- Boussouf, R. (1998b). *Les territoires de l'hôpital : L'attraction du pôle hospitalier de Constantine* [PhD Thesis]. <http://www.theses.fr/1998MON30019>
- Boussouf, R. (2014). *Constantine : D'une ville attractive à une ville répulsive*. 11.
- Boussouf, R., & Picheral, H. (1999). *Les territoires de l'hôpital : L'attraction du pôle hospitalier de Constantine.*

- Bouzina-Oufriha, F.-Z. (2002). *Système de santé et population en Algérie*. Editions Anep.
- Brahmia, B. (2013). *Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : Prise en charge et financement*.
<https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?c3VibWlzc2lvbl84NjU4MV83NTYyMzIuZG9jeCplc2VsZWNO>
- Cadot, E., & Harang, M. (2006). Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso). *Espace populations sociétés*. *Space populations societies*, 2006/2-3, Article 2006/2-3.
<https://doi.org/10.4000/eps.1739>
- Cherrad, M. M. (2015). Les campus universitaires en Algérie : Relations architecture-poitique. Exemple des campus de la ville de Constantine. *Sciences & Technologie. D, Sciences de la terre*, 25-30.
- Chougrani, S., & Kaddar, M. (2010). Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, Contracting in the health sector : The Algerian's experience. *Journal d'économie médicale*, me 28(5), 179-193. <https://doi.org/10.3917/jgem.105.0179>
- Claval, P. (2000). Réflexions sur la centralité. *Cahiers de géographie du Québec*, 44(123), 285-301. <https://doi.org/10.7202/022922ar>
- Corin, E. (1986). Centralité des marges et dynamique des centres. *Anthropologie et Sociétés*, 10(2), 1-21. <https://doi.org/10.7202/006346ar>
- Debarbieux, B. (1991). H. Gumuchian : Représentations et Aménagement du territoire. *Revue de Géographie Alpine*, 79(2), 139-140.
- Di Méo, G. (1990). De l'espace subjectif à l'espace objectif : L'itinéraire du labyrinthe. *L'Espace géographique*, 19(4), 359-373. <https://doi.org/10.3406/spgeo.1990.3020>

- Di Méo, G. (2008). Une géographie sociale entre représentations et action. *Montagnes méditerranéennes et développement territorial*, 23 (Numéro Spécial Représentation, Action, Territoire), 13.
- Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine. (2015). *Santé à Constantine* (p. 70).
- Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine. (2018). *Santé à Constantine*.
- Flament, C. (2003). Structure et dynamique des représentations sociales. In *Les représentations sociales: Vol. 7e éd.* (p. 224-239). Presses Universitaires de France. https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_JODEL_2003_01_0224
- Galand, C., & Salès-Wuillemin, É. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé, Abstract. *Sociétés*, 105, 35-44. <https://doi.org/10.3917/soc.105.0035>
- Gaschet, F., & Lacour, C. (2002). Metropolitanization, center and centrality. *Revue d'Economie Regionale Urbaine*, 1, 49-72.
- Gasnier, A. (1991). Centralité urbaine et recomposition spatiale. L'exemple du Mans. *Noroi*, 151(1), 269-278. <https://doi.org/10.3406/noroi.1991.6370>
- Gherbi, A., & Derradji, I. A. (2019). Le Hirak algérien : Un laboratoire de citoyenneté. *Métropolitiques*. <https://metropolitiques.eu/Le-Hirak-algerien-un-laboratoire-de-citoyennete.html>
- Gheroufella, M. (2022). Les réformes du système algérien de sécurité sociale face aux mutations du marché du travail : Quel rôle dans la sous-couverture sociale? *les cahiers du cread*, 38(3), 529-554.
- Guérin, J.-P., & Gumuchian, H. (1985). *Les représentations en actes : Actes du Colloque de Lescheraines*. Université scientifique et médicale de Grenoble, Institut de géographie alpine.

- Guérin-Pace, F. (2003). Vers une typologie des territoires urbains de proximité. *L'Espace géographique*, 32(4), 333-344. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eg.324.0333>
- Herzlich, C. (2019). Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. In *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. De Gruyter Mouton. <https://doi.org/10.1515/9783111561554>
- Institut National de Santé. (1990). *Enquête Nationale de Santé : Rapport principal*.
- Institut National de Santé. (2007). *Enquête Nationale Santé : Transition épidémiologique et système de santé Projet TAHINA* (Enquête Contrat n° ICA3-CT-2002-10011; p. 305). INSP Algerie.
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : Une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé, Abstract, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen, Resumo. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 82(2), 73-115. <https://doi.org/10.3917/cips.082.0073>
- Jodelet, D. (1989). *Jodelet, D. (1989). Folies et représentations sociales. Paris, PUF.* https://www.academia.edu/12110157/Jodelet_D_1989_Folies_et_repr%C3%A9sentations_sociales_Paris_PUF
- Kassoum, T., & Memon, F. (2016). Représentation sociale et recours au système de santé publique au sud de la Côte d'Ivoire : Une analyse à partir des données empiriques. *Journal of Social Science Research*, 10(2), 2039-2046.
- Khiati, M. (2000). *Histoire de la médecine en Algérie : De l'Antiquité à nos jours*. Edition ANEP.
- Labii, B. (2007). La ville système pathogène. Pour une approche urbaine de la Géographie de la santé. *Sciences & Technologie. D, Sciences de la terre*, 43-49.
- Labii, B. (2017). *Urbanisme et santé à Constantine. Pour une approche de la ville santé et de l'espace santé*. <http://archives.umc.edu.dz/handle/123456789/8710>

- Latreche, C. (2008). *La planification urbaine : Entre théorie, pratiques et réalité. Cas de Constantine* [UNIVERSITE MENTOURI, FACULTE DES SCIENCES DE LA TERRE, DE GEOGRAPHIE ET DE]. <https://123dok.net/document/q2n08m02-laplanificationurbaine-entret%C3%A9orie-pratiquesetr%C3%A9alit%C3%A9-casdeconstantine-theme.html>
- Lévy, A. (1997). *Sciences cliniques et organisations sociales : Sens et crise du sens*. Presses universitaires de France.
- Lhuillier, D. (2006). Cliniques du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 179-193. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/nrp.001.0179>
- Lucas-Gabrielli, V., Nabet, N., & Tonnellier, F. (2001). *Les soins de proximité : Une exception française?* (Numéro 1354). Credes.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique : Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. G. Morin.
- Medjadj, T., & Baudelle, G. (2022). La répartition spatiale des établissements de santé et leur incidence sur les inégalités d'accès aux soins à Alger. *Bulletin de la Société Géographique de Liège*. <https://popups.uliege.be/0770-7576/index.php?id=6894>
- Ministère de la Santé, de la P. et de la R. H. (1985). *Loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé*. http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_125826/lang-fr/index.htm
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, & Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques. (2014). *Politiques de santé*. 14. <https://sorpbatna.files.wordpress.com/2016/12/msprh-colloque-int-politique-sante.pdf>
- Ministère de l'Aménagement du Territoire de l'Environnement et du Tourisme. (2009). *Schéma Régional d'Aménagement du Territoire de la région-programme Nord-Est à l'horizon 2025*.

- Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement. (2010). *Schéma National d'Aménagement du Territoire (SNAT) 2030 (2010-2030)*.
<https://andp.unescwa.org/plans/1122>
- Monnet, J. (2000). Les dimensions symboliques de la centralité. *Cahiers de géographie du Québec*, 44(123), 399-418. <https://doi.org/10.7202/022927ar>
- Morfaux, L.-M., & Lefranc, J. (2011). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Armand Colin.
- Moscovici, S. (2001). Why a theory of social representation? In *Representations of the social : Bridging theoretical traditions* (p. 8-35). Blackwell Publishing.
- Office National des Statistiques. (2011). *Statistical Retrospective 1962—2011- Santé*. 726, 19.
- Office National des Statistiques. (2018). *Annuaire Statistique de l'Algérie* (35).
- Office National des Statistiques. (2008). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*.
<https://www.ons.dz/collections/>
- Office National des statistiques, L. D. T. C. des S. R., l'Agriculture et de la Cartographie. (2011). *Armature urbaine- Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2008*.
 Office National des Statistiques.
https://www.ons.dz/IMG/pdf/armature_urbaine_2008.pdf
- PICHERAL, H. (1989). Géographie de la transition épidémiologique. *Annales de Géographie*, 98(546), 129-151.
- Picheral, H. (1995). Le lieu, l'espace et la santé. *Espace Populations Sociétés*, 13(1), 19-24.
<https://doi.org/10.3406/espos.1995.1666>
- Picheral, H. (1996). *Mots et concepts de la géographie de la santé*. Université Paul Valéry - Atelier de géographie de la santé.
- Pierret, J. (2008). Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes*, 14(2), 47-59.

- Pinchemel, P., & Pinchemel, G. (1988). *La face de la terre : Éléments de géographie*. Armand Colin, 1988.
- Rebouha, F. (2007). Concentration des services de santé, contraintes de mobilité et difficultés d'accès aux soins dans la métropole d'Oran. *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement. Territory in movement Journal of geography and planning*, 4, 3-16. <https://doi.org/10.4000/tem.852>
- Rebouha, F. (2010). *Transport, mobilité, et accès aux services des populations défavorisées : Le cas des habitants des grandes périphéries d'Oran*.
- Snoussi, Z. (2020). Le système de santé algérien face à la crise sanitaire du covid-19 : Quels enseignements sur ses défaillances? *Les Cahiers Du Cread*, 36(3), Article 3.
- Turin, Y. (1971). *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale : Écoles, médecines, religion, 1830-1880*. François Maspero.
- UNICEF. (2006). *Suivi de la situation des enfants et des femmes : Enquête nationale à indicateurs multiples : Rapport principal*. UNICEF.
- UNICEF Algérie. (2015). *Suivi de la situation des enfants et des femmes en Algérie*. <https://www.unicef.org/algeria/rapports/suivi-de-la-situation-des-enfants-et-des-femmes-en-alg%C3%A9rie>
- UNICEF Algérie. (2019). *Suivi de la situation des enfants et des femmes en Algérie*. <https://www.unicef.org/algeria/rapports/suivi-de-la-situation-des-enfants-et-des-femmes-en-alg%C3%A9rie-0>
- URBACO-EDR, M. délégué chargé de la V., Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement. (2006). *Schéma de Cohérence Urbaine de Constantine* (1; p. 46).
- Vignerot, E. (1995). La géographie de la santé : Un agenda qui se précise. *Espace Populations Sociétés*, 13(1), 31-41. <https://doi.org/10.3406/espos.1995.1668>

Annexe

Annexe 1 : Types de sous-régions algériennes en fonction de l'offre de soins privée

Source : (Abid, 2014)*

Types d'espace en fonction des équipements	Sous-régions	Part dans la population totale	Part des hôpitaux dans le total	Part des lits dans le total	Part des polycliniques dans le total	Part des salles de soins dans le total	Part des maternités	Part des lits de maternités
Surreprésentation des équipements liés à la maternité	Hauts Plateaux Ouest	6,90%	6,74%	5,35%	7,30%	7,30%	10,79%	8,76%
	Hauts Plateaux Est	15,20%	17,73%	14,55%	15,35%	16,99%	18,65%	21,97%
Profil d'équipement proche de la moyenne algérienne	Nord- Ouest	14,90%	17,02%	19,69%	16,03%	17,53%	15,51%	17,15%
	Nord- Centre	29,10%	25,53%	29,36%	25,62%	22,09%	20,67%	26,17%
	Sud- Ouest	2,33%	2,48%	2,54%	3,71%	4,41%	6,07%	3,88%
	Sud-Est	6,45%	7,80%	5,19%	6,81%	7,43%	8,54%	7,16%
Sous-représentation des équipements liés à la maternité ; surreprésentation des équipements hospitaliers	Sud-Centre	1,21%	1,77%	1,00%	1,24%	1,07%	0,67%	0,76%
Sous-représentation des lits (hôpitaux et maternités)	Hauts Plateaux Centre	7,90%	6,03%	4,57%	7,86%	5,97%	7,87%	1,51%
Surreprésentation des lits d'hôpitaux et des salles de soins et sous-représentation des maternités	Nord-Est	15,80%	14,89%	17,74%	16,09%	17,21%	11,24%	12,64%

Annexe 2: Types de sous-régions algériennes en fonction de l'offre de soins privée

Source : (Abid, 2014)*

Région	Représentation de l'offre de soins privée	Représentation des spécialités	Parts des cliniques au total (%)	Part des médecins spécialistes au total (%)	Part des médecins généralistes (%)	Part des chirurgiens au total (%)	Part au total officine (%)
Nord Centre	Surreprésentations de l'offre privé	Surreprésentations médecins spécialistes	32,8	42,4	34,7	35,3	28,3
Nord Est		Surreprésentations des chirurgiens	18,4	18,8	17,5	26,4	20,8
Nord-Ouest	Surreprésentation dans certaines spécialités et sous représentations dans d'autres	Surreprésentation des cliniques et sous-représentation des chirurgiens	20,1	16,8	19,7	12,0	20,5
Hauts Plateaux Est		Surreprésentation des cliniques et sous-représentation des médecins spécialistes	20,1	11,2	16,4	14,5	13,8
Hauts Plateaux Ouest	Sous représentations de l'offre de soins privée	Surreprésentation des officines pharmaceutiques	1,7	2,7	3,8	1,4	4,4
Hauts Plateaux Centre		Surreprésentations des médecins généralistes	2,3	3,4	6,8	3,0	4,8
Sud-Ouest		Surreprésentations des officines	0,0	0,6	0,7	0,5	1,2
Sud Centre		Surreprésentations des cliniques	1,7	0,8	0,6	1,2	0,6
Sud Est		Surreprésentations des chirurgiens	2,9	3,4	3,3	7,3	5,5
Total			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Annexe 3 : Répartition des hôpitaux dans la région nord-est en 2009

Source : (Ministère de l'Aménagement du Territoire de l'Environnement et du Tourisme, 2009)

Distribution des infrastructures hospitalières par wilaya en 2009

Wilaya	Agglomération	Nombre d'hôpitaux	Capacité en lits	Nombre de lits pour 1000 habitants rapporté à l'agglomération
Constantine	Constantine	06	2236	4,58
	El Khroub	01	240	1,08
	Zirout youcef	01	120	0,66
S/TOTAL		08	2596	2,91
Annaba	Annaba	06	1 271	4,65
	El Bouni	01	150	1,22
	Chétaibi	01	40	4,84
	Serraidi	01	114	14,41
S/TOTAL		09	1 613	2,64
Skikda	Skikda	01	453	1,53
	Collo	01	240	2,19
	Azzaba	01	120	0,70
	El Harrouche	01	120	0,70
	Tamalous	01	46	0,30
S/TOTAL		05	979	1,12
Mila	Mila	02	228	0,73
	Ferdjioua	01	206	0,90
	Chelghoum laid	01	208	1,04
S/TOTAL		04	642	0,47
Jijel	Jijel	01	356	1,5
	Milia	01	231	1,54
	Taher	01	221	0,66
S/TOTAL		03	818	1,3
El Taraf	El Taraf	01	96	1,58
	El Kala	01	247	8,6
	Bouhadjar	01	120	1,47
S/TOTAL W		03	463	1,13
	Souk Ahras	02	352	2,59
	Sedrata	01	150	2,77
S/Total W		03	502	1,2
Guelma S/T W		04	620	1,22
NORD-EST		39	8 223	1,62

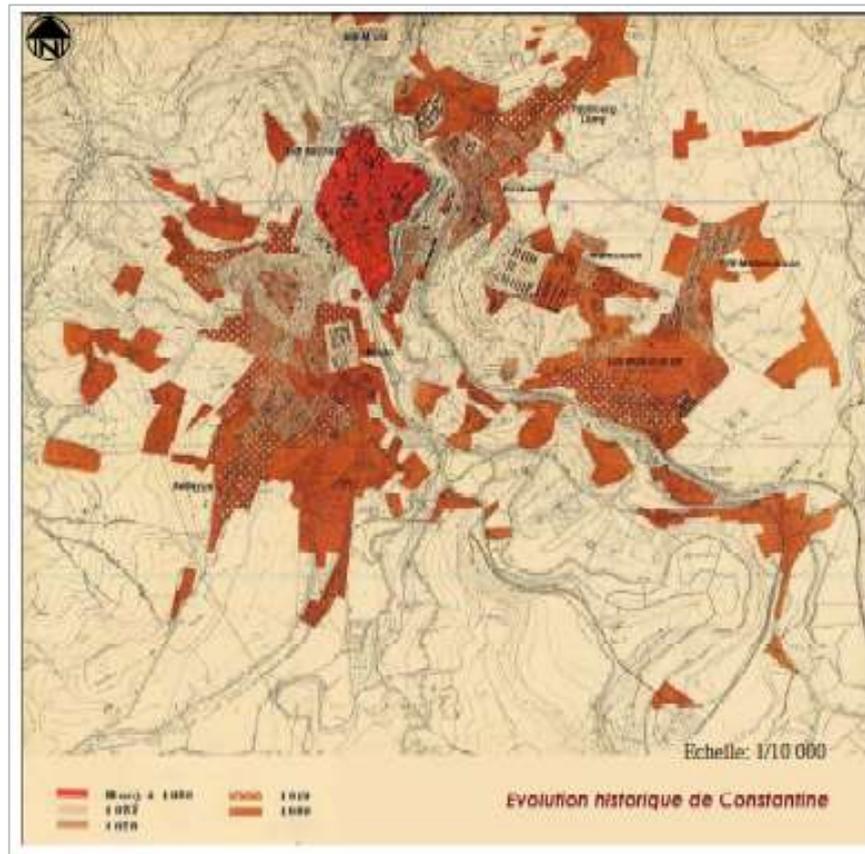
*Hôpital de Oued Athmania non compris

Distribution des établissements hospitaliers spécialisés par wilaya en 2009

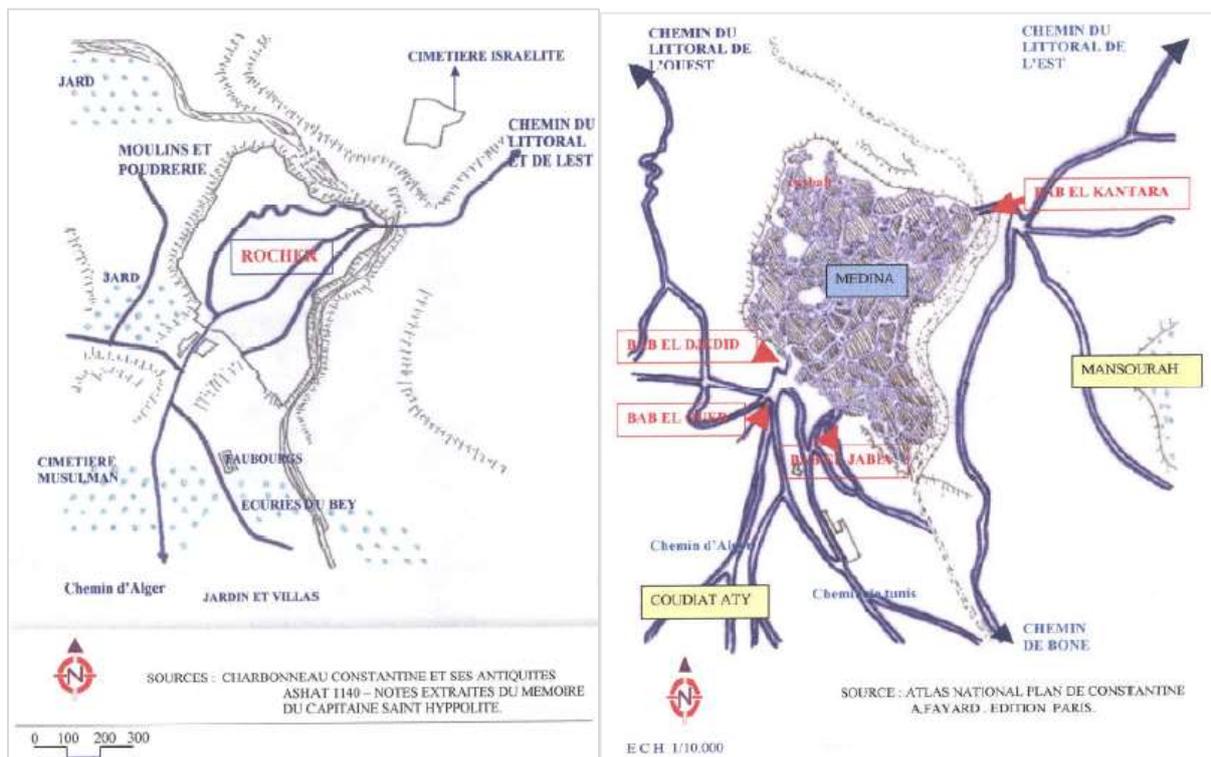
Wilaya	Localisation	Spécialisation de l'EHS	Nombre de lits
Constantine	Daksi	Néphrologie	98
	Erriadh	Chirurgie cardiaque	80
	Dj. Ouahch	Psychiatrie	229
	Sidi Mabrouk		190
S/TOTAL		05	597
Annaba	El Bouni		136
	EL Razi	Psychiatrie	242
	Seraidi	Rééducation fonctionnelle	102
S/TOTAL		03	480
Skikda	El Harrouche	Psychiatrie	323
Mila	Oued Athmania	Psychiatrie	310
NORD-EST		10	1 710

Annexe 4: Plan d'aménagement de l'ancien Constantine

Le rocher en 1837 (A. Fayard éditeur, 2017)

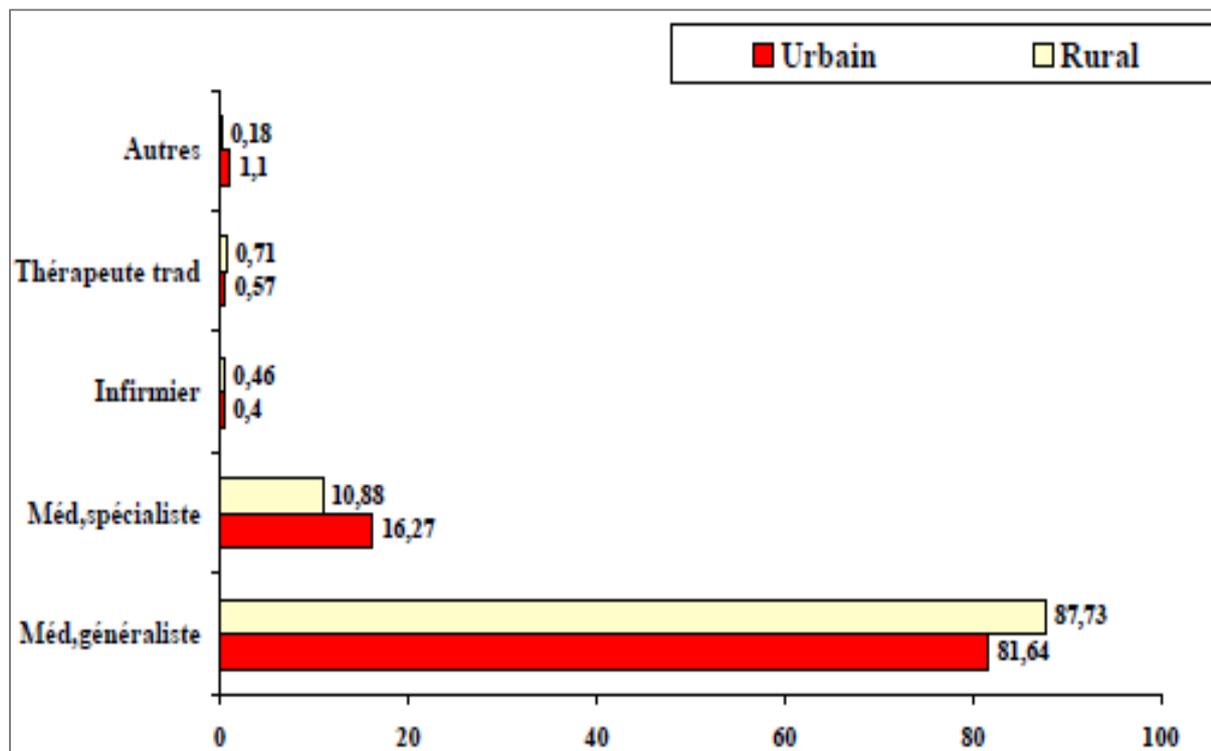


Evolution de la ville de Constantine durant la période française (URBACO-EDR, 2006)



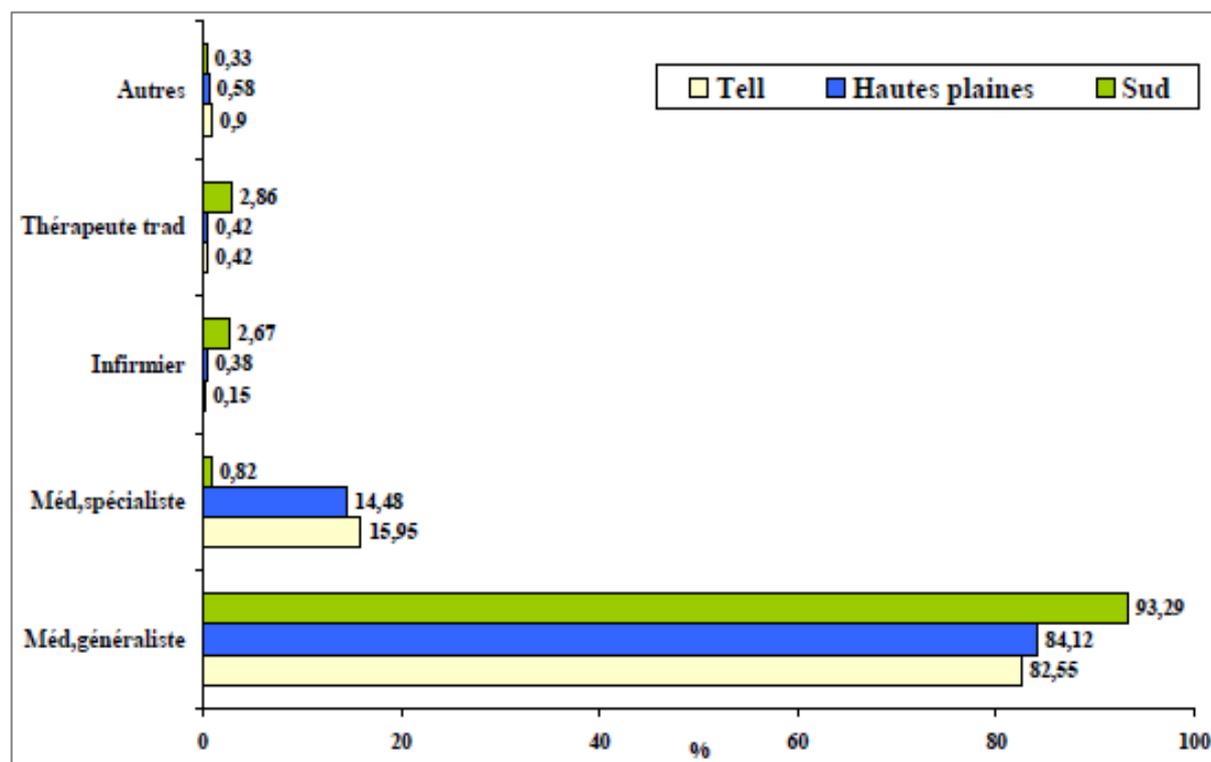
Annexe 5: Personnels de santé de recours aux soins selon le milieu

Source : (Institut National de Santé, 2007)



Annexe 6: Personnels de recours aux soins selon les régions

Source : (Institut National de Santé, 2007)



Annexe 7: Episodes de maladies rapportées lors de l'enquêtes MICS VI de 2019

Source : (UNICEF Algérie, 2019)

Tableau TC.2.1 : Episodes de maladies rapportées				
Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois pour qui la mère/gardienne principale a rapporté un épisode de diarrhée, des symptômes d'infection respiratoire aigüe (IRA) et/ou de la fièvre dans les deux dernières semaines, MICS Algérie, 2019				
	Pourcentage d'enfants qui ont eu dans les deux dernières semaines :			Nombre d'enfants
	Un épisode de diarrhée	Des symptômes d'IRA	Un épisode de fièvre	
Total	6,6	3,1	16,1	14 873
Sexe				
Masculin	7,0	3,4	16,8	7 645
Féminin	6,1	2,8	15,4	7 228
Milieu de résidence				
Urbain	6,7	3,7	16,4	8 557
Rural	6,4	2,3	15,8	6 316
Espace de Programmation Territoriale				
Nord Centre	6,8	2,9	17,3	4 768
Nord Est	7,3	2,9	13,3	1 998
Nord Ouest	6,7	3,6	18,8	2 199
Haut Plateau Centre	6,6	3,6	17,0	1 236
Haut Plateau Est	7,8	2,0	16,3	2 125
Haut Plateau Ouest	3,6	3,6	9,3	755
Sud	4,9	3,9	14,9	1 792
Age (en mois)				
0-11	10,5	3,1	14,2	2 788
12-23	9,3	3,4	19,1	3 005
24-35	6,2	3,4	17,0	2 934
36-47	3,7	3,2	15,5	3 120
48-59	3,5	2,4	14,6	3 026
Education de la mère				
Aucune	4,3	2,7	14,9	1 852
Primaire	7,0	3,2	18,4	2 198
Moyen	7,6	3,5	17,1	4 766
Secondaire	6,8	2,9	16,0	3 374
Supérieur	5,6	2,7	13,5	2 684
Indice de bien-être économique				
Le plus pauvre	6,1	3,2	17,7	3 573
Second	7,6	3,2	16,3	3 415
Moyen	6,1	3,4	15,2	2 974
Quatrième	6,6	3,3	15,2	2 684
Le plus riche	6,4	2,1	15,5	2 227

Annexe 8: Pratiques de soins lors de symptômes d'infection respiratoires (IRA)

Source : (UNICEF Algérie, 2019)

Tableau TC.5.1 : Recherche de soins et traitement antibiotique des symptômes d'infection respiratoire aiguë (IRA)													
Pourcentage d'enfants âgés 0-59 mois avec symptômes d'IRA dans les deux dernières semaines pour qui des conseils ou traitement ont été recherchés, par source des conseils ou traitement et pourcentage d'enfants avec symptômes qui ont reçu des antibiotiques, MICS Algérie, 2019													
	Pourcentage d'enfants avec symptômes d'IRA pour qui : Des conseils ou traitement ont été recherchés auprès de :					Pourcentage d'enfants présentant des symptômes d'IRA au cours des deux dernières semaines et ayant reçu des antibiotiques ²	Nombre d'enfants avec symptômes d'IRA dans les deux dernières semaines	Pourcentage d'enfants présentant des symptômes d'IRA pour lesquels la source d'antibiotiques était:					Nombre d'enfants avec symptômes d'IRA dans les deux dernières semaines qui ont reçu des antibiotiques
	Etablissements de santé ou prestataires de santé			Etablissement de santé ou prestataires de santé ^{1A}	Pas de conseils ou de traitement recherchés			Etablissements de santé ou prestataires de santé			Autre source	Etablissement de santé ou prestataires de santé ^B	
	Publics	Privés	Autre source					Publics	Privés	Autre source			
Total	32,3	19,8	1,7	47,0	6,7	45,2	459	19,9	83,4	0,8	99,2	208	
Sexe													
Masculin	30,8	23,4	1,6	49,0	5,3	46,7	257	17,0	86,5	1,3	98,7	120	
Féminin	34,2	15,3	1,8	44,4	8,4	43,4	202	23,9	79,2	0,0	100,0	88	
Milieu de résidence													
Urbain	28,2	23,2	1,9	45,3	5,5	42,5	314	16,8	86,7	0,4	99,6	134	
Rural	41,1	12,5	1,3	50,7	9,3	51,2	145	25,6	77,4	1,5	98,5	74	
Espace de Programmation Territoriale													
Nord Centre	37,8	24,0	0,0	54,1	0,0	48,5	138	(*)	(*)	(*)	(*)	67	
Nord Est	41,3	15,1	1,8	50,6	7,2	56,7	59	(28.7)	(77.7)	(0.0)	(100.0)	33	
Nord Ouest	29,0	13,0	3,4	38,6	10,1	34,0	78	(*)	(*)	(*)	(*)	27	
Haut Plateau Centre	27,1	21,0	2,3	44,3	14,0	40,0	44	(22.0)	(86.7)	(2.8)	(97.2)	18	
Haut Plateau Est	23,8	26,1	4,8	47,6	8,6	45,9	42	(*)	(*)	(*)	(*)	19	
Haut Plateau Ouest	(32.0)	(8.9)	(4.1)	(37.3)	(9.3)	(42.6)	27	(23.1)	(87.9)	(3.2)	(96.8)	12	
Sud	25,9	23,0	0,0	44,4	8,8	45,8	70	(12.6)	(89.3)	(2.3)	(97.7)	32	
Age (en mois)													
0-11	27,5	24,3	1,8	42,2	2,7	33,9	86	(22.1)	(79.6)	(4.2)	(95.8)	29	
12-23	34,7	20,0	0,9	49,2	8,5	47,9	101	20,5	86,3	0,0	100,0	48	
24-35	43,4	18,2	0,4	56,9	6,5	54,2	101	(20.3)	(80.7)	(0.0)	(100.0)	55	
36-47	27,3	11,4	3,8	38,1	9,6	44,3	99	(17.6)	(89.2)	(0.0)	(100.0)	44	
48-59	25,9	28,3	1,8	48,0	5,1	43,8	72	(19.6)	(79.2)	(1.2)	(98.8)	31	
Education de la mère													
Aucune	42,0	10,7	0,0	50,9	7,3	47,6	50	(28.6)	(71.4)	(0.0)	(100.0)	24	
Primaire	33,9	20,0	1,3	46,2	7,0	46,0	71	(11.5)	(94.5)	(0.0)	(100.0)	32	
Moyen	32,2	20,3	1,3	47,4	5,5	42,4	168	27,4	75,4	1,2	98,8	71	
Secondaire	28,0	24,8	2,3	46,4	8,7	46,3	98	(20.2)	(83.4)	(1.6)	(98.4)	45	
Supérieur	30,1	18,3	3,6	44,9	6,0	48,0	73	(6.2)	(97.7)	(0.0)	(100.0)	35	

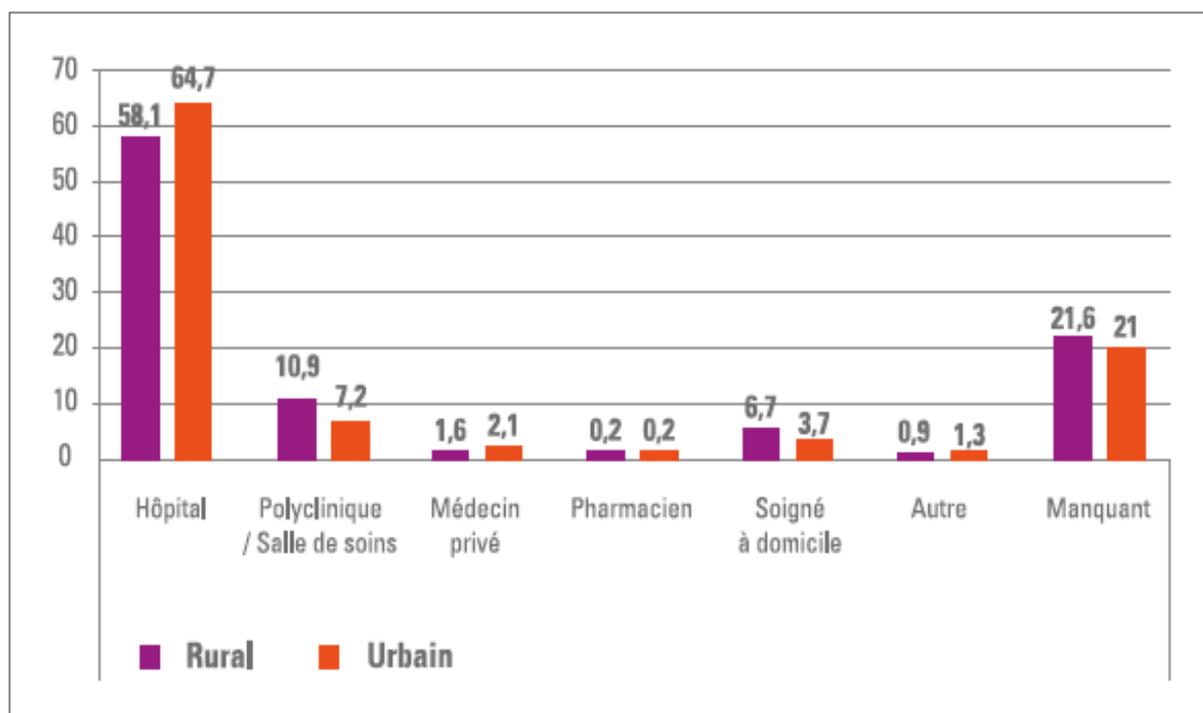
Tableau TC.5.1 : Recherche de soins et traitement antibiotique des symptômes d'infection respiratoire aigüe (IRA)

Pourcentage d'enfants âgés 0-59 mois avec symptômes d'IRA dans les deux dernières semaines pour qui des conseils ou traitement ont été recherchés, par source des conseils ou traitement et pourcentage d'enfants avec symptômes qui ont reçu des antibiotiques, MICS Algérie, 2019

	Pourcentage d'enfants avec symptômes d'IRA pour qui : Des conseils ou traitement ont été recherchés auprès de :					Pourcentage d'enfants présentant des symptômes d'IRA au cours des deux dernières semaines et ayant reçu des antibiotiques ²	Nombre d'enfants avec symptômes d'IRA dans les deux dernières semaines	Pourcentage d'enfants présentant des symptômes d'IRA pour lesquels la source d'antibiotiques était:				Nombre d'enfants avec symptômes d'IRA dans les deux dernières semaines qui ont reçu des antibiotiques
	Etablissements de santé ou prestataires de santé		Autre source	Etablissement de santé ou prestataires de santé ^{1A}	Pas de conseils ou de traitement recherchés			Etablissements de santé ou prestataires de santé		Autre source	Etablissement de santé ou prestataires de santé ^B	
	Publics	Privés						Publics	Privés			
Difficultés Fonctionnelles de la mère												
A une difficulté Fonctionnelle	(25.5)	(21.7)	(0.7)	(42.1)	(4.8)	(40.0)	51	(*)	(*)	(*)	(*)	21
Pas de difficultés Fonctionnelle	33,4	19,3	1,9	47,5	6,7	45,5	404	19,9	83,5	0,9	99,1	184
Pas d'information	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	4	(*)	(*)	(*)	(*)	3
Indice de bien-être économique												
Le plus pauvre	34,2	20,9	1,8	52,6	9,3	52,1	114	18,8	83,6	0,0	100,0	60
Second	39,2	17,2	0,0	47,8	5,4	41,2	110	(27.7)	(76.7)	(1.6)	(98.4)	45
Moyen	24,0	18,3	3,2	37,9	5,6	36,7	100	(25.5)	(80.8)	(1.0)	(99.0)	37
Quatrième	38,0	17,7	1,8	53,8	3,7	53,4	87	(17.7)	(84.9)	(1.0)	(99.0)	47
Le plus riche	(18.6)	(30.8)	(2.3)	(38.2)	(11.0)	(41.0)	46	(*)	(*)	(*)	(*)	19
¹ Indicateur MICS TC.19 - Recherche de soins pour enfants avec symptômes d'infection respiratoire aigüe (IRA); Indicateur ODD 3.8.1												
² Indicateur MICS TC.20 - Traitement antibiotique pour enfants avec symptômes d'IRA												
^A Inclut tous les établissements de santé et prestataires de santé publics et privés mais exclut les pharmacies privées												
^B Inclut tous les établissements de santé et prestataires de santé publics et privés, même pour ceux ne connaissent pas si c'est publique ou privé												
() Données basées sur 25-49 cas non pondérés												
(*) Données basées sur moins de 25 cas non pondérés												

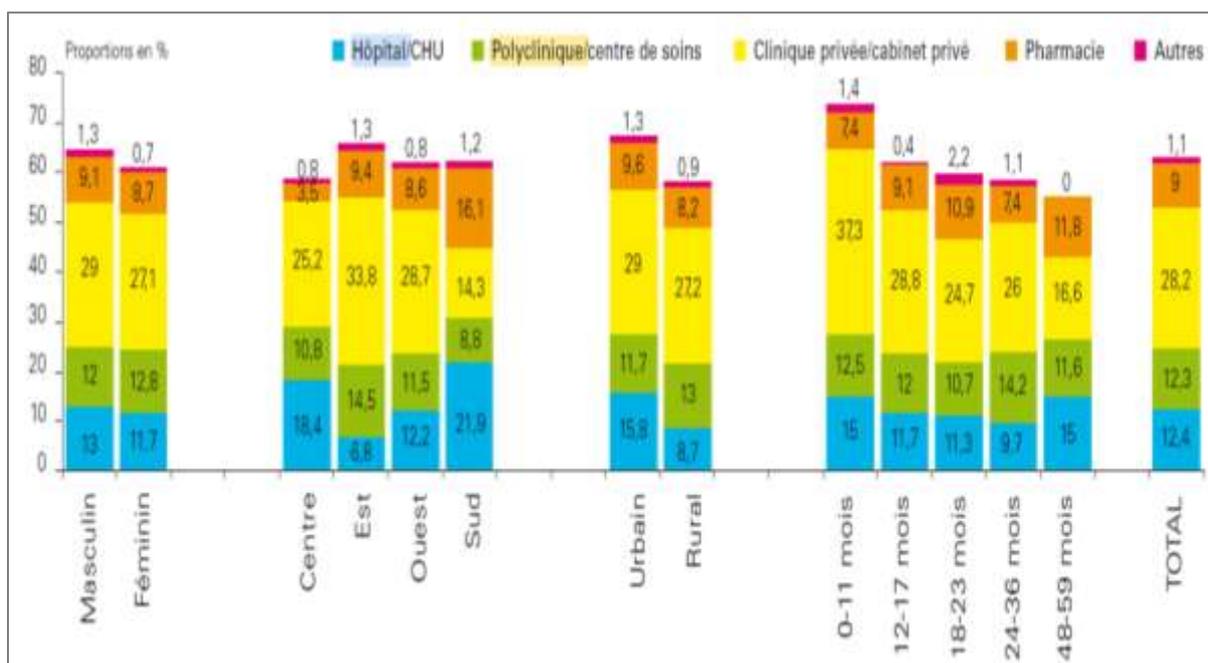
Annexe 9 : Lieu de prise en charge des enfants victimes d'accidents selon le milieu de résidence de l'enfant

Source : (UNICEF, 2013)



Annexe 10: Lieux de prise en charge des IRA (%) des enfants de moins de cinq ans

Source : (UNICEF, 2006)



Annexe 11: Grille de questionnaire de la pré-enquête

I- Questionnaire auprès des ménages

1- Type de ménage

Elargi	Ordinaire	Autre
--------	-----------	-------

Nombre de personne par ménage

Profils des ménages

Ménage	Age	Niveau d'instruction	Emploi occupation	Secteur d'activité

Lieu d'habitation

ACL Wilaya	ACL Daïra	ACL commune	AS (précisez)	ZE	Autre

Typologie de l'habitat

Villa	Appartement	Baraques	Maison individuelle	Bidonville	Maison rurale

Rattachement aux réseaux

Eau	Electricité	Assainissement	gaz

Revenu des ménages (Dinard Algérien/ Mois)

15.000 à 29.999	30.000 à 49.999	50.000 à 79.999	80.000 à 119.999	120.000 à 149.999	+150.000

2- Typologie des pathologies

Présentez-vous ou un membre de votre ménage des pathologies ? Lesquelles ?

La pathologie est-elle chronique ? Depuis quand ?

Quelles sont les prestations de soins

Fréquences de soins

Type d'établissement

Dépense de santé y compris les médicaments

Raison de la visite (contrôle, soins ou dossier administratif)

Délais des rendez-vous

Observations particulières, remarques

3- Parcours de soins

En cas de besoins de prestations de soins, quel est votre premier réflexe ? (Ne pas donner des choix)

Auto médication

Phytothérapie

Autre (mystico religieuse,)

Secteur public

Secteur privé

Secteur para publique

4- Le rapport au secteur public

Comment connaissez-vous cette structure ?	
Quelle est votre structure de soins d'appartenance ? (Ne pas donner de choix)	
Quel est votre hôpital de référence ? (Ne pas donner de choix)	

Vous est-il arrivé ou un membre de votre ménage de vouloir accéder à un soin dans une structure de soins publique et vous n'avez pas pu accéder ?

Oui Non

Si oui, donnez des exemples :

Prestation de soins	Raison de l'échec	Actions pour remédier à l'échec	Résultat final

Est-il arrivé de renoncer à un soin ou de le remettre à plus tard ?

Oui Non

Si oui, décrivez les raisons

Parce que qu'on ne sait pas à qui s'adresser
Parce que <u>ce soins</u> est inaccessible dans le secteur public
Parce que ce soin est cher dans le privé et que je n'ai pas l'argent qu'il faut
Parce que je ne connais <u>personne pour</u> accéder aux soins
Parce que cela créer un dérangement et la mobilisation de la famille
Parce que l'éloignement est un obstacle
Autre

Comment jugez-vous l'accès aux soins des structures de soins de base (salle de soins, Centre Médico-Social (CMS) et polycliniques) ?

Facile sans problème

Comment jugez-vous l'accès aux soins dispensés dans les EPH et le CHU ?

5- Secteur privé

Quel type de structure vous dirigez-vous ?

Cabinet Clinique

Pour quelle prestation de soins ?

Pour quelles raisons avez-vous choisi ce praticien ? Cet établissement ? (Ne pas donner de choix)

Orientation du secteur publique
Orientation du médecin (Le praticien travail dans les deux secteurs)

Manque de prestations dans le secteur public
Bouche à oreille

Comment jugez-vous l'accès aux soins dans les structures privées ?

Pas de rapport avec le secteur privé
Accessible et pas cher
Accessible et cher
Mauvaise condition et pas cher
Mauvaise condition et cher
Autre

6- Rapport Public/ Privé

Quelles sont les raisons qui vous incitent à aller de préférence vers le secteur public par ordre d'importance ?

Quelles sont les raisons qui vous incitent à éviter les structures publiques par ordre d'importance ?

Quelles sont les raisons qui vous incitent à choisir le secteur privé par ordre d'importance ?

Quelles sont les raisons qui vous incitent à éviter le secteur privé par ordre d'importance ?

7- Le rapport à la sécurité sociale

Est-ce que tous les membres de votre ménage sont couverts par la sécurité sociale ?

Oui	Non
-----	-----

Si non :

Combien ne sont pas couverts :

Pour quelles sont les raisons :

A combien estimez-vous les dépenses totales de santé pour tous le ménage (par an ou par mois)

--

A combien estimez-vous la part de ces dépenses que vous rembourse la sécurité sociale

(%)

En dehors du pourcentage de remboursement, comment jugez-vous le rapport à la sécurité sociale ?

Très bons
Bons

Acceptable
Mauvais
Très mauvais

Quelles sont par ordre d'importance les points positifs de la sécurité sociale ?

Quelles sont, par ordre d'importance, les points négatifs liés à la sécurité sociale ?

8- Accès aux structures de soins

Quels sont les moyens que vous mettez en œuvre pour avoir des prestations de soins ?

Famille
Relation
Autres

Quels sont les moyens que vous mettez en œuvre pour vous rendre à des structures de soins ?

Moyens de transport personnels (voiture, <u>entraide</u> ,...)
Moyens de transports publics (bus, ...)
Moyens de transports privés (bus, <u>taxi</u> ,...)
Moyens de transport illicites (taxi, ...)
Transports sanitaires

Quelle est la durée moyenne du parcours pour accéder à la structure de soins ?

<u>30</u> heure
1 heure
1h30
Plus d'1h30

Une fois arrivée, trouvez-vous d'autres obstacles (accueil, temps d'attente, autres phénomènes...)

Votre marge de manœuvre en cas d'absence de transport, Autre moyens pour prétendre à des prestations de soins (ne pas donner de choix) ?

Report
Abandon
Autre recours

9- La représentation de la santé

Que signifie pour vous la santé

Maladie
Infirmité
Bien-être

Quand pallier-vous votre maladie

Annexe 13: Questionnaire d'enquête administré à la population constantinoise

Questionnaire auprès de la population pour le séjour d'étude (19 novembre 2018 au 22 mars 2019 et du 1 avril au 15 juillet 2019)
(Version française)

1- Lieu d'habitation				
Classification territoriale	Nom	Commune	Daïra de référence	Typologie d'habitat
ACL Wilaya		Constantine	Constantine	Villa
ACL Daïra		El-Khroub	El-Khroub	Appartement
		Ain Smra		
ACL Commune		Quled Rahmoune	Ain Abid	Baraque
	AS	Ain Abid		
ZE		Ibn Badis	Zighoud Youcef	Maison individuelle
		Zighoud Youcef		
Hors wilaya		Beni Hamidane	Hamma Bouziane	Bidon ville
		Hamma Bouziane		
Sexe	Âge	Didouche Mourad	Ibn Ziad	Maison rurale
		Ibn Ziad		
		Messaoud Boudjerjou		

2- Profils des questionnés				
Niveau d'instruction	Emploi	Code CSP	Affiliation à la sécurité sociale	Taux de remboursement (%)
Sans Instruction		CM1	OUI	
Primaire		CM2	NON	
Secondaire		CM3		
Terminale		CM4		
Bac+3		CM5		
Bac+5 ou plus		CM6		
		CM7		
		CM8		

3- Comment percevez-vous votre niveau de revenu ?				
Faible		Moyen		Haut

4- En cas de besoin de soins, que faites-vous en premier :			
Secteur public	Secteur privé	Secteur parapublic	Autre pratique
EPSP	Cabinet		Phytothérapie
EPH			Automédication
CHU/EH	Clinique		Mystico-religieux
EHS			Pas de recours

Ce choix a été fait en raison de :		
Proximité	La qualification	La rapidité d'accès à une prestation
Qualité de la prestation	Parcours de soins (remboursement)	

5- Quels moyens utilisez-vous habituellement pour accéder à votre structure de soins ?	
	Moyens de transport personnels (voiture, entraide...)
	Moyens de transports publiques (bus, ...)
	Moyens de transports privés (bus, taxi...)
	Moyens de transport illicites (taxi ...)
	Transports sanitaires

6- Quelle est la durée du trajet ?	
Moins d'1/2 heure	Plus d'1/2 heure
1 heure	1h30
Plus d'1h30	

7- Comment percevez-vous l'accès à votre structure de soins ?			
Facile		Moyenne	Difficile

8- Trouvez-vous des obstacles pour accéder à votre structure ?	
OUI	NON

Quelles sont leur nature ?

.....

.....

.....

.....

.....

9- Comment percevez-vous l'accès aux structures suivantes :

1- *ESPS*

Facile		Moyenne		Difficile
--------	--	---------	--	-----------

(RAISONS :)

2- *EPH*

Facile		Moyenne		Difficile
--------	--	---------	--	-----------

(RAISONS.....)

3- *CHU/ EHS*

Facile		Moyenne		Difficile
--------	--	---------	--	-----------

4- *Cabinet*

Facile		Moyenne		Difficile
--------	--	---------	--	-----------

(RAISONS.....)

5- *Clinique*

Facile		Moyenne		Difficile
--------	--	---------	--	-----------

(RAISONS.....)

10- Comment percevez-vous la qualité des prestations dans les structures suivantes :

1- *ESPS*

Mauvaise		Moyenne		Bonne
----------	--	---------	--	-------

(RAISONS.....)

2- *EPH*

Mauvaise		Moyenne		Bonne
----------	--	---------	--	-------

(RAISONS.....)

3- *CHU/ EHS*

Mauvaise		Moyenne		Bonne
----------	--	---------	--	-------

(RAISONS.....)

4- *Cabinet*

Mauvaise		Moyenne		Bonne
----------	--	---------	--	-------

(RAISONS.....)

5- *Clinique*

Mauvaise		Moyenne		Bonne
----------	--	---------	--	-------

(RAISONS.....)

11- Vous est-il arrivé de vouloir accéder à un soin dans une structure de soins publique et vous n'avez pas pu accéder ?

	OUI		NON
--	-----	--	-----

Si oui, donnez des exemples :

Prestation de soins	Raison de l'échec	Actions pour remédier à l'échec	Résultat final

12- Est-il arrivé de renoncer à un soin ou de le remettre à plus tard ?

	Oui		Non
--	-----	--	-----

Si oui, décrivez les raisons

	Parce que qu'on ne sait pas à qui s'adresser
	Parce que ce soin est inaccessible dans le secteur public
	Parce que ce soin est cher dans le privé et que je n'ai pas l'argent qu'il faut
	Parce que je ne connais personne pour accéder aux soins
	Parce que cela créer un dérangement et la mobilisation de la famille
	Parce que l'éloignement est un obstacle
	Autre

13- Pour finir, pouvez-vous nous renseigner concernant :

Pathologie	Type	Pathologie chronique	Depuis quand ?	Fréquence des soins	Délai des RDV
OUI		OUI		Jamais	Le jour même
				Occasionnellement	15 jours
NON		NON		3 mois	1 mois
				6 mois	3 mois

14- Comment percevez-vous votre état de santé ?

Mauvaise		Moyenne		Bonne
----------	--	---------	--	-------

15- Comment percevez-vous vos dépenses de santé ?

Faible		Moyenne		Haute
--------	--	---------	--	-------

Questionnaire auprès de la population pour le séjour d'étude (19 novembre 2018 au 22 mars 2019 et du 1avril au 15 juillet 2019)
(Version arabe)

التصنيف الإقليمي		البلدية		الدائرة التابع لها		مكان الإقامة	
						نوع السكن	
مقر الولاية		قسنطينة	الخروب	قسنطينة	الخروب	فيلا	
						شقة في عمارة	
مقر الدائرة		عين سمارة	أولاد رحمون	الخروب	الخروب	بيت شمالي	
						منزل خاص	
تجمع سكني ثقوي		عين اعيد	ابن بديس	زيعود يوسف	زيعود يوسف	بيت قصديري	
						منزل خاص	
البلدية		بنو حميدان	حامة بوزيان	حامة بوزيان	حامة بوزيان	بيت قصديري	
						منزل في نوار	
خارج الولاية		دينوش مراد	ابن زيد	ابن زيد	ابن زيد	بيت قصديري	
						منزل في نوار	
عمر	ذ/أ						
معلومات خاصة بالمستجوب							
مستوى التعليمي	المهنة	كود خاص	إلتواء للضمان الاجتماعي	نسبة التعويض (%)			
دون مستوى ابتدائي		CM1	نعم				
إكمالي		CM2					
ثقوي		CM3					
بكالوريوس		CM4	لا				
		CM5					
بكالوريوس		CM6					
		CM7					
بكالوريوس		CM8					

كيف تصنفون أجوركم ؟			
عالي	متوسط	ضعيف	
أنتم في حاجة إلى العلاج ماذا تقطعون الوهلة الأولى			
لجوء إلى تداوي آخر	قطاع الموازي	قطاع خاص	قطاع عمومي
الأعشاب		عجالة خاصة	مركز صحي
شراء أدوية بدون فحص		مصحة خاصة	مستشفى
الرقية			مستشفى جامعي
الإستعناء			مستشفى متخصص
إختيلركم ينص على :			
السرعة في التكال بحتكم الصحية	التأهل	القرب	
	التكال المضمون	نوعية الخدمات	
ماهي الوسائل المستعملة للوصول للمرفق الصحي؟			
وسائل فردية خاصة			
وسائل النقل العمومي			
وسائل النقل الخاص			
وسائل النقل غير شرعي (فرواد)			
وسائل النقل الصحية (عملية مندنية - إسعاف)			
ماهي المدة الزمنية للوصول إلى المرفق الصحي ؟			
أكثر من ربع ساعة	أق من ربع ساعة		
ساعة ونصف	1 ساعة		
	أكثر من ساعة ونصف		
كيف نقيمون الدخول إلى المرفق الصحي ؟			
صعب	متوسط	سهل	
هل تقيمون مشاكل للدخول للمرفق الصحي ؟			
لا	نعم		
ماهي نوع المشاكل ؟			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

كيف تقيمون الدخول إلى المؤسسات الإستشفائية التالية :
مركز الصحة 1-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(أذكر الأسباب :

المستشفى الدائرة 2-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(أذكر الأسباب :

المستشفى الجامعي أو المتخصص 3-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(.....

العيادة الخاصة 4-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(.....

كلينيك خاصة) مستشفى خاص 5-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(.....

كيف تقيمون نوعية العلاج في المرافق التالية

مركز الصحة الجوارية 1-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(أذكر الأسباب :

مستشفى الدائرة 2-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(أذكر الأسباب :

المستشفى الجامعي أو المتخصص 3-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(أذكر الأسباب :

العيادة الخاصة 4-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(أذكر الأسباب :

كلينيك أو مستشفى خاص 5-

صعب	متوسط	سهل
-----	-------	-----

(أذكر الأسباب :

هل سبق لكم أن إنقذتم صعوبات للدخول إلى مراكز صحة صومالية ؟

نعم	لا
-----	----

إذا كان نعم قدم أمثلة :

النتيجة النهائية	مبادرة لمعالجة الوضعية	سبب عدم التكفل	إلقاء علاج أو خدمات

هل سبق لكم أن أجلتم التكفل بوضعيتكم الصحية

نعم	لا
-----	----

إذا كان نعم ماهي الأسباب

لأننا لا نعرف أين نتجه

لأن الوضعية لا يمكن التكفل بها في الصحة العمومية

تكاليف الوضعية عالية ليس لدينا أموال

لأنني لا أعرف أحد للوصول إلى العلاج

لأن الوضع يزج محيطي العائلي

لأن المسافة بعيدة للوصول إلى العلاج

هل يمكنكم إعطاء معلومات حول مايلي :

العرض	النوع	مرض مزمن	رزمة العلاج
نعم		نعم	الصدفة
لا		لا	3 أشهر
			6 أشهر

كيف تقيمون وضعيتكم الصحية

جيدة	متوسطة	سيئة
------	--------	------

كيف تقيمون تكاليفكم الصحية

عالية	متوسطة	ضئيلة أو خفيفة
-------	--------	----------------

Annexe 14 : Quelques copies des réponses enregistrés lors de nos entretiens avec la population

Sujet 1: ♀ 60 ans, déclarée handicapée

- Profil: retraite enseignante
- revenu: retraite - mari: Américain
- eu cas de soins: EPH de domicile
- Clinique: sur place cancer du sein
- Moyens: personnel
- durée: le rien
- Accès: facile
- obstacles: non

Perception	ÉSP	EPH	CHU	ÉHS	Cotrait
qualité	Accepté	Condit	accepté	bon	
Accès	facile	facile	difficile	facile	

Rapport Public - Privé:

- aller au Public en cas d'urgence
- accueil et accueil au Public
- en ligne c'est bon il faut payer le Public
- on s'adresse au Privé par accoutumance car on a
- accès au Privé au Public
- Pour un cas sur le Privé le cas de l'EPH
- difficile Pour opérer un fils Pour cela on a l'assurance Lib-S d'assurance
- remonter sans soucis
- Pothologie Pour moi
- opère Pour les deux différents Pour Clinique et la Pothologie facile Pour Clinique et l'acte de soins
- site de soins
- depuis de soins: Condit sans soucis
- depuis de soins: Clinique

Sujet 2: ♂ 24 ans, ét. touffain

- habite Bouffonville CHU
- Profil: Américain affilié à la CNRS handicapé
- revenu: non revenu
- eu cas de soins: EPH est Américain handicapé
- Clinique: Commune refusé de soins
- eu cas de soins: Secteur Public
- Clinique: médecine traditionnelle de bouffonville
- depuis de soins: Secteur Public
- accès: 1 heure
- obstacles: non
- Perception: attend 1 semaine de jours si pas de maladie on attend 1 semaine est rapide

Perception	Service de Soins	ÉSP	EPH	CHU	ÉHS	Cotrait	Clinique
qualité	Accepté	Condit	difficile	bon			
Accès	facile	facile	difficile	facile			

Rapport Public - Privé:

- accès d'urgence Privé, Urgence, Accueil
- attendre et accueil ligne à dire au Public
- clients dans le Privé il faut attendre au tout
- on est le Privé Pour à cause de Privé
- accès au Privé au Public
- accès difficile Pour l'accueil de Privé
- remonter sans soucis
- Pothologie Pour moi: j'ai fait un accident un bras me a servi y garde de suite H2 m'importe
- obstacles de soins: handicapé
- depuis de soins: Médicament facile à prendre

Sept: 5 H 60 ans par semaine

- Profil: bien connu
- Profil: subvention à l'attente
- Revenu: carte d'abonnement de l'attente
- Les cas de session: selon l'avis du Prof et Commerce
- Clure: qualité de la prestation
- moyen: actuel personnel
- durée: 60 min
- Accu: facile
- obstacle: non

Perception de la somme et de la somme

	EPSP	EPH	CHU	EHS	Collec	Classe
Qualité	bonne	bonne	bonne	bonne	bonne	bonne
Accu	diff	diff	diff	diff	facile	facile

- Rappel Public: Pneu
 - Partie de la somme
 - Accueil et aller au Public - Prof Commerce
 - Pneu: essentielle
 - en l'absence au Pneu par les facultés les br'
 - mais l'Etat
- Pneu sur la somme au Public Prof Commerce
 - qualité de l'accu
 - Cas d'urgence
- Revenir à la fin
 - journal
- Pathologie:
 - maladie ulcère, Coliques, St. Angoumois
- état de santé: moyen
- dépenses de santé: Commerce

Sept: 6 H 58 ans

Revenu de l'attente

- Profil: bien connu
- Profil: TSS retraite
- Revenu: retraite de la France
- En cas de St. Angoumois: EHS
- Clure: Commerce
- moyen: personnel
- durée: 10 min
- Accu: facile
- obstacle: non
- Perception de la somme en l'absence de la somme

	EPSP	EPH	CHU	EHS	Collec	Classe
Qualité	bonne	bonne	bonne	bonne	bonne	bonne
Accu	facile	facile	facile	facile	facile	facile

- Rappel Public: Pneu
 - Public toujours
 - Commerce
 - Pneu: essentiel pour la libération - St. Angoumois + IPM
- Pneu sur la somme au Public: St. Angoumois
- Revenir à la fin toujours
- Pathologie:
 - maladie ulcère, Coliques, St. Angoumois
- état de santé: moyen
- dépenses de santé: Commerce
- dépenses de santé: exploitation de la somme

Annexe 15 : Classe d'âge selon les agglomérations

Classification territoriale	Lieu d'enquête	20 à 29 ans	30 à 44 ans	44 à 59 ans	59 à 74 ans	75 ans et plus	moins de 20 ans	Total général
ACL Wilaya	Constantine	12,22%	42,90%	30,40%	12,50%	1,70%	0,28%	100,00%
ACL Daira	El Khroub	15,63%	34,38%	21,88%	25,00%	3,13%	0,00%	100,00%
ACL Daira	Ain Abid	8,51%	48,94%	19,15%	19,15%	4,26%	0,00%	100,00%
ACL Daira	Zighoud Youcef	0,00%	37,50%	50,00%	12,50%	0,00%	0,00%	100,00%
ACL Commune	Ain Smara	20,00%	26,67%	36,67%	3,33%	0,00%	13,33%	100,00%
ACL Commune	Didouche Mourad	33,33%	17,95%	43,59%	2,56%	2,56%	0,00%	100,00%
ACL Commune	Ibn Badis	48,08%	32,69%	15,38%	1,92%	0,00%	1,92%	100,00%
ACL Commune	Beni Hamidane	26,32%	57,89%	15,79%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
ACL Commune	Messaoud Boudjeriou	13,64%	54,55%	31,82%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
ACL Commune	Ouled Rahmoune	13,33%	20,00%	60,00%	6,67%	0,00%	0,00%	100,00%
AS	Nouvelle ville Ali Mendjeli	6,93%	53,47%	34,65%	4,95%	0,00%	0,00%	100,00%
AS	Nouvelle ville Massinissa	10,53%	44,74%	28,95%	15,79%	0,00%	0,00%	100,00%
AS	Oued Hmimim	7,89%	65,79%	22,37%	2,63%	0,00%	1,32%	100,00%
AS	Bounouara	25,00%	62,50%	12,50%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
AS	El Guerrah	12,50%	31,25%	31,25%	12,50%	0,00%	12,50%	100,00%
Total général		14,72%	44,03%	29,55%	9,50%	1,16%	1,04%	100,00%

Annexe 16 : Effectifs des hommes et des femmes selon le niveau d'instruction

Sexe	Sans Instruction	Primaire	Moyen	Secondaire	Supérieur	Pas de réponse	Total général
Femme	29	20	81	38	223	1	392
Homme	34	40	141	79	171	6	471
Total général	63	60	222	117	394	7	863

Annexe 17 : Effectifs des catégories socioprofessionnelles (CPS) selon le sexe

Sexe	CM1- Agriculteurs, exploitants du secteur primaire	CM2- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	CM3- Cadres et professions intellectuelles supérieures	CM4- Professions intermédiaires	CM5- Les employés	CM6- Les ouvriers	CM7- Les retraités	CM8- Sans activités professionnelles	Pas de réponse	Total
Femme	3	18	49	114	63	9	17	117	2	392
Homme	29	108	54	70	65	42	43	57	3	471
Total général	32	126	103	184	128	51	60	174	5	863

Annexe 18 : Part des catégories socioprofessionnelles selon les agglomérations

Classification territoriale	Lieu d'enquête	CM1- Agriculteurs, exploitants du secteur primaire	CM2- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	CM3- Cadres et professions intellectuelles supérieures	CM4- Professions intermédiaires	CM5- Les employés	CM6- Les ouvriers	CM7- Les retraités	CM8- Sans activités professionnelles	Pas de réponse	Total
ACL Wilaya	Constantine	3,4%	14,8%	9,4%	17,3%	13,4%	5,7%	8,8%	26,4%	0,9%	100,0%
ACL Daira	El Khroub	0,0%	15,6%	31,3%	25,0%	6,3%	0,0%	15,6%	6,3%	0,0%	100,0%
ACL Daira	Ain Abid	27,7%	23,4%	4,3%	4,3%	10,6%	6,4%	4,3%	19,1%	0,0%	100,0%
ACL Daira	Zighoud Youcef	18,8%	6,3%	25,0%	12,5%	6,3%	0,0%	12,5%	18,8%	0,0%	100,0%
ACL Commune	Ain Smara	3,3%	13,3%	23,3%	20,0%	10,0%	0,0%	3,3%	26,7%	0,0%	100,0%
ACL Commune	Didouche Mourad	0,0%	12,8%	17,9%	12,8%	30,8%	2,6%	7,7%	15,4%	0,0%	100,0%
ACL Commune	Ibn Badis	0,0%	3,8%	7,7%	25,0%	25,0%	7,7%	1,9%	28,8%	0,0%	100,0%
ACL Commune	Beni Hamidane	0,0%	15,8%	10,5%	5,3%	10,5%	0,0%	0,0%	57,9%	0,0%	100,0%
ACL Commune	Messaoud Boudjeriou	0,0%	4,5%	0,0%	59,1%	18,2%	9,1%	4,5%	4,5%	0,0%	100,0%

ACL Commune	Ouled Rahmoune	0,0%	13,3%	6,7%	20,0%	13,3%	0,0%	26,7%	20,0%	0,0%	100,0 %
AS	Nouvelle ville Ali Mendjeli	1,0%	7,9%	26,7%	21,8%	17,8%	11,9%	4,0%	8,9%	0,0%	100,0 %
AS	Nouvelle ville Massinissa	0,0%	0,0%	2,6%	65,8%	2,6%	0,0%	13,2%	15,8%	0,0%	100,0 %
AS	Oued Hmimim	2,6%	40,8%	6,6%	26,3%	10,5%	9,2%	0,0%	2,6%	1,3%	100,0 %
AS	Bounouara	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%	12,5%	12,5%	100,0 %
AS	El Guerrah	0,0%	6,3%	0,0%	6,3%	37,5%	12,5%	6,3%	31,3%	0,0%	100,0 %
Total général		3,7%	14,6%	11,9%	21,3%	14,8%	5,9%	7,0%	20,2%	0,6%	100,0 %

Annexe 19 : Effectifs des perceptions du revenu dans les agglomérations

Classification territoriale	Lieu d'enquête	Faible	Faible à moyen	Moyen	Moyen à haut	Haut	Pas de réponse	Total général
ACL Wilaya	Constantine	95	105	110	20	16	6	352
ACL Daira	El Khroub	4	3	17	3	4	1	32
ACL Daira	Ain Abid	6	17	11	5		8	47
ACL Daira	Zighoud Youcef	6	4	4	2			16
ACL Commune	Ain Smara	4	16	2	7	1		30
ACL Commune	Didouche Mourad	8	6	15	9	1		39
ACL Commune	Ibn Badis	16	19	16	1			52
ACL Commune	Beni Hamidane	9	5	3	2			19
ACL Commune	Messaoud Boudjeriou	12	4	6				22
ACL Commune	Ouled Rahmoune	11	2	2				15
AS	Nouvelle ville Ali Mendjeli	16	15	30	28	8	4	101
AS	Nouvelle ville Massinissa	17	7	14				38
AS	Oued Hmimim	16	14	25	9		12	76
AS	Bounouara	5	3					8
AS	El Guerrah	9		5	1	1		16
Total général		234	220	260	87	31	31	863

Annexe 20 : Effectifs de la perception des dépenses de santé selon les classes d'âge

Classes d'âge	Faible	Faible à moyenne	Moyenne	Moyenne à haute	Haute	Pas de réponse	Total général
20 à 29 ans	12	37	21	30	25	2	127
30 à 44 ans	44	68	115	79	70	4	380
44 à 59 ans	34	42	81	46	49	3	255
59 à 74 ans	14	12	33	10	13		82
75 ans et plus	1	2	4	1	2		10
Moins de 20 ans		4		3	2		9
Total général	105	165	254	169	161	9	863

Annexe 21 : Effectifs des personnes affiliées et non affiliées à la sécurité sociale selon le sexe

Sexe	Non-affiliés	Affiliés	Pas de réponse	Total général
Femme	81	309	2	392
Homme	134	324	13	471
Total général	215	633	15	863

Annexe 22 : Moyens de transports utilisés lors des différentes intentions de recours au secteur public

Moyens de transports utilisés	1 ^{ère} intention	2 ^{ème} intention	3 ^{ème} intention
Moyens de transport illicites (taxi ...)	8	18	27
Moyens de transport personnels (voiture, entraide...)	163	178	172
Moyens de transports privés (bus, taxi...)	35	39	46
Moyens de transports publiques (bus, ...)	76	96	58
Pas de réponse	5	3	3
Transports sanitaires	3	5	2
Total général	290	339	308

Annexe 23 : Effectifs du recours aux soins lors des trois intentions de recours (1ère intention)

Classification territoriale	Lieu d'enquête	Non recours				Secteur privé		Secteur public			Pas de réponse	Total général
		Pas de recours	Mystico-religieux	Phytothérapie	Automédication	Cabinet privé	Clinique privée	EPS P	EP H	CHU/EHS		
ACL Wilaya	Constantine	8	2	50	80	64	14	59	27	47	1	352
ACL Daira	El Khroub			3	6	15	3	2	2	1		32
ACL Daira	Ain Abid		5		4	3		30	1	3	1	47
ACL Daira	Zighoud Youcef			7	2	3		4				16
ACL Commune	Ain Smara	1	1	6	6	7		7	2			30
ACL Commune	Didouche Mourad				14	8	1	13		3		39
ACL Commune	Ibn Badis	1	2	9	31	2		5		1	1	52
ACL Commune	Beni Hamidane			3	11	1		4				19
ACL Commune	Messaoud Boudjeriou			7	14			1				22
ACL Commune	Ouled Rahmoune			7	5			3				15
AS	Nouvelle ville Ali Mendjeli			5	18	40	3	24	5	6		101
AS	Nouvelle ville Massinissa			6	12	7		6	1	6		38
AS	Oued Hmimim	1		11	6	31	1	19	6	1		76
AS	Bounouara			3	4	1						8
AS	El Guerrah			1	1	12	1		1			16
Total général		11	10	118	214	194	23	177	45	68	3	863

2^{ème} intention

Classification territoriale	Lieu d'enquête	Non recours				Secteur privé		Secteur public			Pas de réponse	Total général
		Phytothérapie	Mystico-religieux	Pas de recours	Automédication	Cabinet privé	Clinique privée	EP SP	EP H	CHU/EHS		
ACL Wilaya	Constantine	2	2	150	7	45	20	43	39	43	1	352
ACL Daira	El Khroub			13	1	10		1	5	2		32
ACL Daira	Ain Abid		6	13	2	5	3	6	7	4	1	47
ACL Daira	Zighoud Youcef	1	1	1	1	3		6	2	1		16
ACL Commune	Ain Smara	1		9		8	1	4	2	5		30
ACL Commune	Didouche Mourad	4	2	13		11	3	1	3	2		39
ACL Commune	Ibn Badis			12		18	2	5	11	3	1	52
ACL Commune	Beni Hamidane			7	1	4		5	1	1		19
ACL Commune	Messaoud Boudjeriou	2		1		10		9				22
ACL Commune	Ouled Rahmoune			4		2		6	3			15
AS	Nouvelle ville Ali Mendjeli	1	1	23	1	20	9	13	26	7		101
AS	Nouvelle ville Massinissa			13	3	6	2	3	5	6		38
AS	Oued Hmimim		1	5	1	12	14	5	16	22		76
AS	Bounouara	3				2		2	1			8
AS	El Guerrah			1		1	1	1	11	1		16
Total général		14	13	265	17	157	55	110	132	97	3	863

3^{ème} intention

Nombre de ID		Non recours				Secteur privé		Secteur public				
Classification territoriale	Lieu d'enquête	Phytothérapie	Mystico-religieux	Pas de recours	Automédication	Cabinet privé	Clinique privée	EP SP	EP H	CHU/EHS	Pas de réponse	Total général
ACL Wilaya	Constantine	28	28	107	19	24	34	28	29	54	1	352
ACL Daira	El Khroub	6	2	4	3	2	1	2	4	8		32
ACL Daira	Ain Abid	2	6	18	1	3	5		4	7	1	47
ACL Daira	Zighoud Youcef	1		3		5	1			6		16
ACL Commune	Ain Smara			16	1	1	3	1	3	5		30
ACL Commune	Didouche Mourad	4	4	13	1	2	3	1	6	5		39
ACL Commune	Ibn Badis	3	2	15	1	3	4	5	10	8	1	52
ACL Commune	Beni Hamidane	1		3		5	2		4	4		19
ACL Commune	Messaoud Boudjeriou			13		1	1		5	2		22
ACL Commune	Ouled Rahmoune		2	10	1			1	1			15
AS	Nouvelle ville Ali Mendjeli	1	6	31	4	5	4	7	17	26		101
AS	Nouvelle ville Massinissa	1	3	13	1		6	1	5	8		38
AS	Oued Hmimim	2	5	32	1	4	2	7	2	21		76
AS	Bounouara			1		3			3	1		8
AS	El Guerrah	1	1	7				1	1	5		16
Total général		50	59	286	33	58	66	54	94	160	3	863

Annexe 24 : Raisons du renoncement aux soins selon les différentes intentions de recours

1^{ère} intention

Raisons	Pas de recours	Pas de réponse	Secteur privé	Secteur public	Total général
/	106		98	123	327
Autre			2	4	6
Parce qu'on ne sait pas à qui s'adresser	74		45	59	178
Parce que ce soin est cher dans le privé et que je n'ai pas l'argent qu'il faut	38	2	15	43	98
Parce que ce soin est inaccessible dans le secteur public	86		35	39	160
Parce que cela créer un dérangement et de la mobilisation de la famille	7	1	4	8	20
Parce que je ne connais personne pour accéder aux soins	23		15	9	47
Parce que l'éloignement est un obstacle	9		3	5	17
Total général	343	3	217	290	853

2^{ème} intention

Raisons	Pas de recours	Pas de réponse	Secteur privé	Secteur public	Total général
/	114		75	136	325
Autre	3		2	1	6
Parce qu'on ne sait pas à qui s'adresser	63		42	73	178
Parce que ce soin est cher dans le privé et que je n'ai pas l'argent qu'il faut	36	2	25	34	97
Parce que ce soin est inaccessible dans le secteur public	48		47	66	161
Parce que cela créer un dérangement et de la mobilisation de la famille	7	1	3	8	19
Parce que je ne connais personne pour accéder aux soins	18		13	16	47
Parce que l'éloignement est un obstacle	7		5	5	17
Total général	296	3	212	339	850

3^{ème} intention

Raisons	Pas de recours	Pas de réponse	Secteur privé	Secteur public	Total général
/	158		50	122	330
Autre	2		1	3	6
Parce qu'on ne sait pas à qui s'adresser	82		27	70	179

Parce que ce soin est cher dans le privé et que je n'ai pas l'argent qu'il faut	55	2	14	29	100
Parce que ce soin est inaccessible dans le secteur public	86		20	57	163
Parce que cela créer un dérangement et de la mobilisation de la famille	10	1	3	6	20
Parce que je ne connais personne pour accéder aux soins	26		6	15	47
Parce que l'éloignement est un obstacle	9		3	6	18
Total général	428	3	124	308	863

Annexe 25 : Liste des cliniques privées établies et des projets en cours dans la wilaya de Constantine pour l'année 2018 (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2018)

Liste des établissements hospitalières privées en cours de réalisation

01- Clinique "Avicennes" de procréation médicalement assistée Dr BENCHEIKH EL FEGHOUN Abdelmadjid Cité Sarkina Cne

02-Clinique médico-chirurgicale El Michkat N.V Ali Mendali

03-Clinique médico-chirurgicale Dar Echiffa Ain El Bey

04-Clinique médico-chirurgicale Ghachiki Commune Ibn Badis

05-Clinique médico-chirurgicale Dr BOUKERROU Kroub

06-Clinique médico-chirurgicale Maissa Lyn spécialisée en chirurgie cervico maxilla faciale Boulevard des cliniques

07-Clinique ambulatoire El Hikma Cne

08-Clinique médico-chirurgicale « Babie, Frères Bourbia » Zone d'activité Bhumel

09-Clinique médico-chirurgicale BITAM Boussouf Cne

10-Clinique médical hôpital de jour SOUMOU EL ADEL Cne

11-Centre de diagnostic El Bey Cne

12-Centre de diagnostic El Mahmoudi Cne

13-Clinique médico-chirurgicale d'ophtalmologie El Amel Boulevard des Cliniques

14-Clinique médico-chirurgicale El Zahra Boulevard des cliniques

15-Centre médical de rhumatologie la Licorne Cne

Liste des établissements hospitalières privées fonctionnelles de la wilaya de Constantine

NOM	ADRESSE
Clinique Médico-Chirurgicale « <u>NAOUFEL</u> »	Ain El Bey <u>Cne</u>
Clinique de Chirurgie Ophtalmologique <u>BENMOUSSA</u>	Cité <u>Boukhajaj</u> <u>Lot n°88</u> <u>Kroub</u>
Clinique Médicale du Jour « <u>EL YASMINE</u> »	Cité <u>Boukhajaj</u> 2 ^{ème} Tranche B.P 06 A Lot n°327 Cne

Clinique D'obstétrique et chirurgie générale « IBN ROCHD ».	85 Cité médicale <u>Boukhajaj</u> <u>Cne</u>
Clinique Médico-Chirurgicale « <u>MED EL MENDI</u> » .	Cité des muriers face du stade <u>17 Juin</u> <u>Cne</u> .
Clinique Médico-Chirurgicale « <u>EL ANOUAR</u> »	17, <u>Rue</u> <u>Abououji</u> Mohamed El <u>Mansourah</u> - <u>CONSTANTINE</u>
Clinique Médico-Chirurgicale <u>MASSINISSA</u>	Cité des frères <u>Soja</u> n° 130 El <u>Kroub</u>
Clinique Médico-Chirurgicale <u>Djebel El Ouahch</u>	Cité Djebel El <u>Quahch</u> N° 76 <u>Cne</u>
Clinique d'Ophtalmologie <u>DAGBOUCHE</u>	28s Cite Eucalyptus 3ème Tranche Ain El Bey <u>Cne</u>
Centre de diagnostic « <u>EL HOCEINI</u> »	26 Rue <u>Abououji</u> <u>Boukhajaj</u> <u>Cne</u>

Liste des établissements hospitalières privées en projet dans le cadre du CALPI

- CLINIQUE MEDDOUR SALAH EDDINE
- CLINIQUE KHLEFAOUI WASSILA
- CLINIQUE GHALEM SABER
- CLINIQUE SAIDI ALI
- CLINIQUE HASSANI MOSTEFA

PRODUCTEUR :

- EL AMMOUCHI MED
- BOUJADJA
- BELHADI MOSTEFA
- BENDJABEUR NADIR
- BLIKAZ TOUFIK
- BENBOUHADJA SEBTI
- SIFI KAMEL
- BELHADI
- HAMMOUDI LOTFI
- RAMRAM NABIL
- LEKHAL AYAT

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION

ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Wilaya de Constantine

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

SERVICE DES STRUCTURES ET DES

PROFESSIONS DE SANTE

LISTE DES CLINIQUES PRIVEES EXERCANTS DANS LA WILAYA DE CONSTANTINE

NOM	ADRESSE	N° TEL
Clinique Médico-Chirurgicale « NAOUFEL »	Ain El Bey CRA	90.09.44 à 48 Fax : (031)90.09.49
Clinique de Chirurgie Ophthalmologique <u>BENMOUSSA</u>	Cité Bouharouj n°88 Kharouk	90.30.30 90.81.81 Fax : 90.10.01
Clinique Médicale du Jour « EL YASMINE »	Cité Bouharouj 2 ^{ème} Tranche B.P 06 A Lot n°327 Cne	66.93.93/94 66.06.04 66.41.07
Clinique D'obstétrique et chirurgie générale «IBN ROCHD » .	85 Cité médicale Bouharouj CRA	66.84.82/83 Fax : 66.84.81
Clinique Médico-Chirurgicale «MED EL MEHD» .	Cité des muriers face du stade 17 Juin CRA	61.31.00 61.38.10 61.43.00 61.43.43 Fax : 61.23.04
Clinique Médico-Chirurgicale « EL ANOUAR » <u>BENMEKHRI AT LAOUIA</u>	17, Rue de la Libération Mahamed <u>El Mansourah - CONSTANTINE</u>	61.87.36 61.81.33
Clinique Médico-Chirurgicale MASSINISSA	Cité des frères Souza n° 130 El Kharouk	Tél et Fax : 90.17.83

Clinique Médico-Chirurgicale Djebel El Ouahch Dr BENMESBAH Azzedine	Cité Djebel El Ouahch N° 76 CRA	Tél et Fax : 61.90.13
Clinique d'Ophthalmologie DAGHBOUCHE	28s Cité Eucalyptus 3ème Tranche Ain El Bey CRA	Tél et Fax : 90.99.99 90.95.30
Centre de diagnostic « EL HOCEINI »	26 Rue Abderahmane Bouderbala CRA	91.26.22/23 Fax : 91.25.21
Centre d'hémodialyse « RENADIAL » Constantine	14 Rue Kharouk Abdelhamid CRA	Tél et Fax : 61.88.88
Centre d'hémodialyse « RENADIAL » Kharouk	10 Rue Chihani Bachir Kharouk	Tél et Fax : 80.04.67
Centre d'hémodialyse LES VIOLETES Dr TIR Zahia	Cité Eucalyptus E 21-22 Zouaghi Ain El Bey CRA	030.22.44.60 031.90.30.30 031.90.32.32
Centre d'hémodialyse DIANEPHROS Mr BELLIL Hichem	Promotion Genic Villa n° 33 Zouaghi Ain El Bey CRA	Tél : 90.94.22 Fax : 90.49.09
Centre d'hémodialyse BENDAHDANE Mourad	Cité Bouharouj Sama CRA	031.94.06.23

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION
 ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
 WILAYA DE CONSTANTINE
 DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
 SERVICE DES STRUCTURES ET DES

Etat des cliniques médico-chirurgicales en projet

01- Clinique "Avicennes" de procréation médicalement assistée Dr BENCHEIKH EL FEGHOUN
 Abdelmadjid Cité ~~Sakina~~ ~~CA~~

02-Clinique médico-chirurgicale El Michkat, N.V Ali Mendeli

03-Clinique médico-chirurgicale Dar Echiffa Ain El Bey

05-Clinique médico-chirurgicale Ghachia Commune Ibn Badis

06-Clinique médico-chirurgicale Dr BOUKERROU ~~Khroub~~

07-Clinique médico-chirurgicale Maissa Lyn spécialisée en chirurgie cervico ~~maxilla~~ ~~faciale~~ Boulevard
 des cliniques

08-Clinique ambulatoire El Hikma ~~CA~~

09-Clinique médico-chirurgicale « Bahje Frères Bourbia » Zone d'activité ~~Bourbia~~

10-Clinique médico-chirurgicale BITAM ~~Boussouf~~ ~~CA~~

11-Centre anti- ~~cancereux~~ ~~Athens~~ Boulevard des cliniques

12-Clinique médical hôpital de jour SOUMOU EL ADEL ~~CA~~

13-Centre de diagnostic El Bey ~~CA~~

14-Centre de diagnostic El Mahmoudi ~~CA~~

15-Clinique médico-chirurgicale d'ophtalmologie El ~~Amal~~ ~~Boulevard~~ des Cliniques

16-Clinique médico-chirurgicale El Zahra Boulevard des cliniques

17-Centre médical de rhumatologie la Licorne ~~CA~~

~~M~~ ASSASI Azouz

~~M~~ DAMECHE Med Nacer

Directeur de santé et de

Directeur de santé et de

la population Entrant

la population Sortant

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION
 ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
 WILAYA DE CONSTANTINE
 DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
 SERVICE DES STRUCTURES ET DES

LISTE DES CENTRES HEMODIALYSE PRIVEES

EXERCANTS DANS LA WILAYA DE CONSTANTINE

NOM	ADRESSE
CENTRE D'HÉMODIALYSE « RENADIAL » CONSTANTINE	14 RUE KARBOUA ABDELHAMID CNE
CENTRE D'HÉMODIALYSE « RENADIAL » KHROUB	10 RUE CHIHANI BACHIR KHROUB
CENTRE D'HÉMODIALYSE LES VIOLETTES	CITE EUCALYPTUS E 21-22 ZOUAGHI AIN EL BEY CNE
CENTRE D'HÉMODIALYSE DIANEPHROS	PROMOTION GERIC VILLA N° 33 ZOUAGHI AIN EL BEY CNE
CENTRE D'HÉMODIALYSE BENDAHMANE MOURAD	CITE BOUMERZOUG SEME CNE

CENTRE D'HEMODIALYSE EN PROJET :

- CENTRE HEMODIALYSE A.H.MED

~~M~~ ASSASI Azouz

~~M~~ DAMECHE Med Nacer

Directeur de santé et de

Directeur de santé et de

la population Entrant

la population Sortant

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION

ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

WILAYA DE CONSTANTINE

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

SERVICE DES STRUCTURES ET DES

ETAT DES CMS DE LA WILAYA DE CONSTANTINE

Dénomination de l'entreprise ou de l'administration	Adresse
CMS NAFTAL	Cité Bouhali Laid n° 13 Kéroub
Mutuelle Générale P.T.T	Cité le Bosquet Tour 2 SMK Cgx
Cox mutualiste d'algérie	05 Rue Kaddour Boumeddane Cgx
Mutuelle générale de transport	Rue Bidj Louiza villa n° 04 Cgx
CMS Sureté	Cité Bon pasteur Belle Vue Cgx
SNTA	Rue Bouhali Saïd Cgx
CMS Protection civile	Cité des muriers Cgx
Laboratoire d'analyse médicales SONALGAZ	Av. Ahmed Zargane n° 02 Cne
CMS de l'entreprise publique communale pluridisciplinaire de travaux Cgx	Rue Chikari Bachir Cité Emir Abdellkader Cgx
Entreprise nationale des granulats ENG	Route de Guelma BP 13 Kéroub Cgx
CMS APC	Cité A.E.K Rue Chikari Bachir Cgx
CMS MGMC	Rue Koki Lakhdar n° 06 Cgx

M. ASSASI Azouz

Directeur de santé et de

la population Entrant

M. DAMECHE Med Nacer

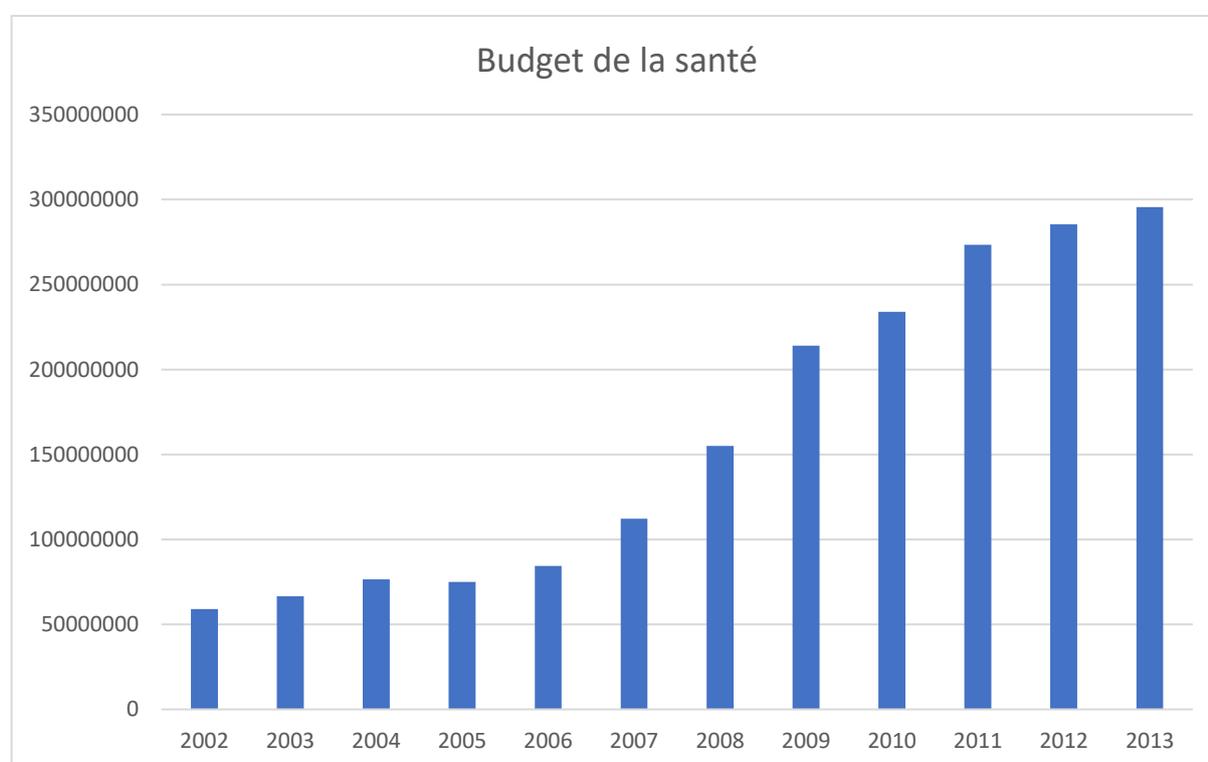
Directeur de santé et de

la population Sortant

Annexe 26 : Chronologie d'installation des hôpitaux en Algérie de 1830 à 1850 (Khiati, 2000)

Année	Hôpital	Lieu
1830	Dey	Alger
1832	Oran	Oran
1835	Douera	Mostaganem
1837	Guelma	Guelma
1843	22 hôpitaux	15 dans l'Algérois, 05 dans l'Oranais, 01 dans le Constantinois
1854	Mustapha Pacha	Alger

Annexe 27 : Évolution du budget de la santé entre 2002-2011 (Brahmia, 2013)



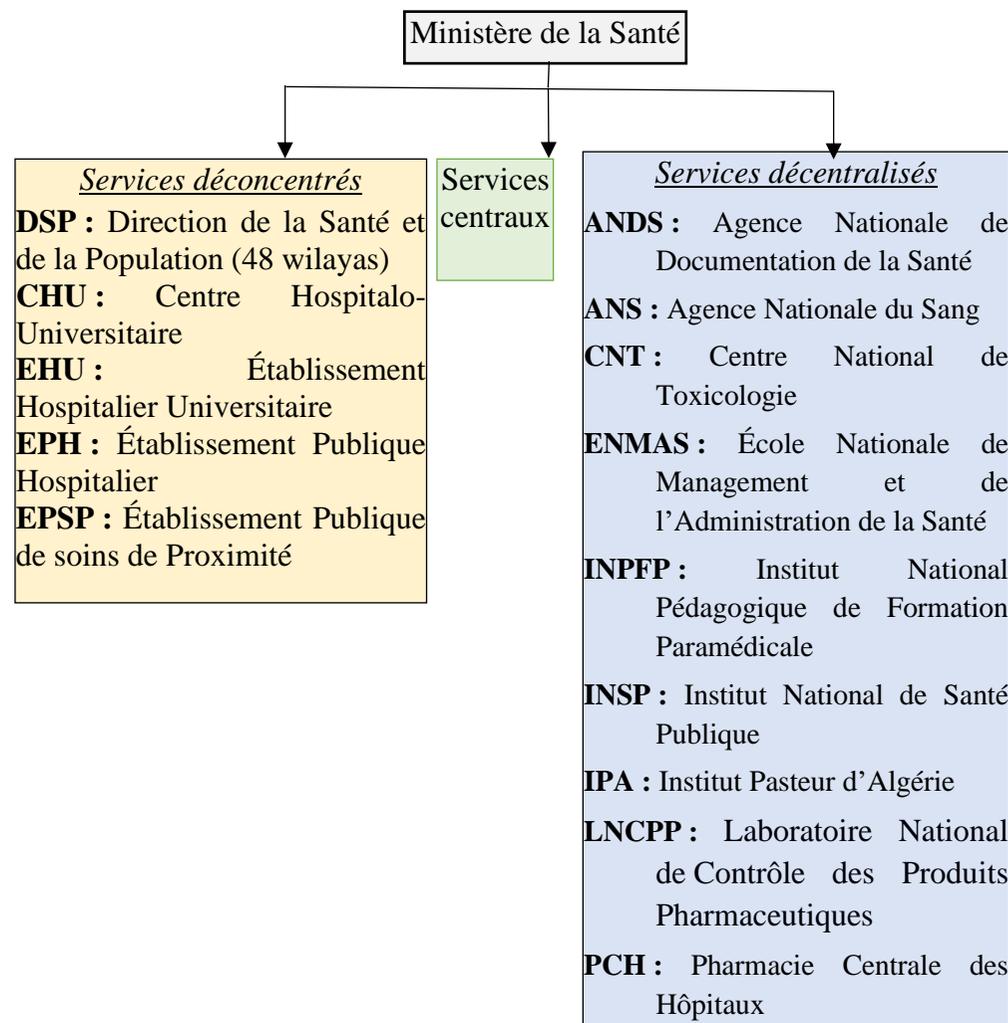
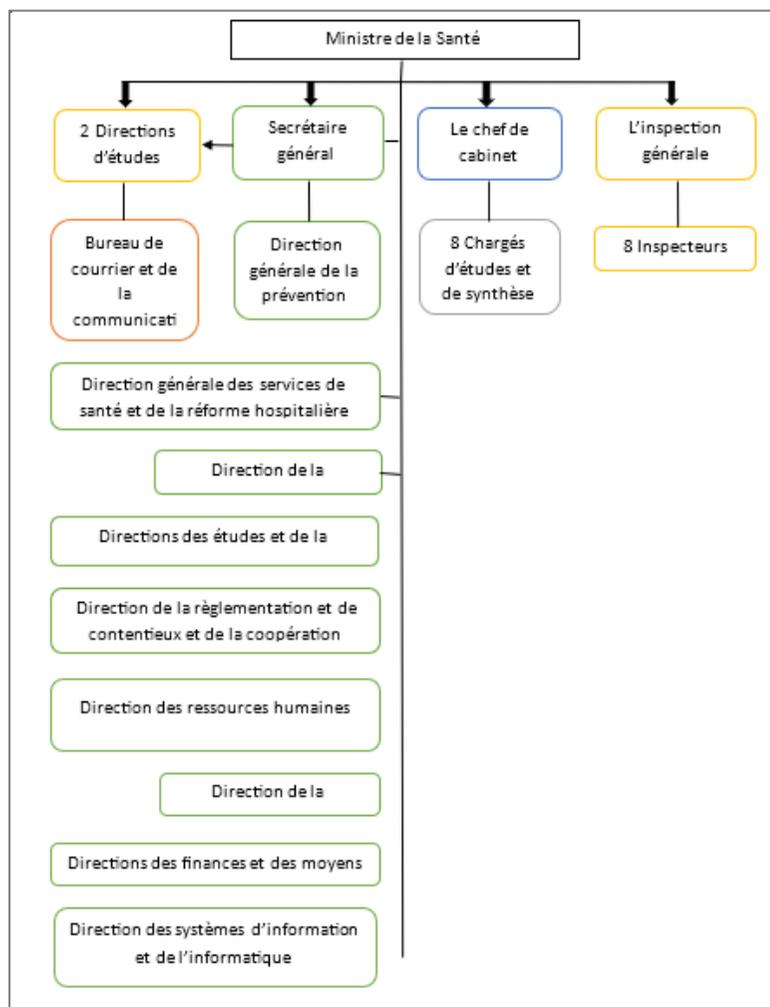
(Statistique sanitaire, 2011, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière :

<https://www.sante.gov.dz/>,
<https://www.insp.dz/images/PDF/SNIS/Evaluation%20du%20SNIS%20Alg%C3%A9rie%20%202011-%20Rapport%20final.pdf>, consulté le 17/08/2020

Annexe 28 : Organigramme du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Annexe 29 : Organisation administrative du système de santé algérien

([Http://www.sante.gov.dz/index.php/2015-07-02-12-48-03](http://www.sante.gov.dz/index.php/2015-07-02-12-48-03), consulté le 05/03/2018)



Source : Loin° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p. 122.

https://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Algeria/DZ_Loi_Protection_et_Promotion_Sante.pdf , consulté le 27/10/2023.

Les missions du CHU/EHS

- *Les soins*

La continuité des soins et leur égal accès aux soins pour tous sont partie intégrante des droits fondamentaux de l'usager. La loi -85/05 — portant sur la santé publique fait obligation au service public hospitalier d'être en mesure d'assurer et de concourir à la prise en charge de l'urgence et la permanence des soins aux patients. Le CHU doit ainsi se conformer aux grands principes de l'accès aux soins, ce qui implique l'accueil du patient de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer son admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier, en refusant toute forme de discrimination, cette loi est en cours de révision.

- *L'enseignement et la formation*

Les CHU concourent à l'enseignement universitaire et post universitaire et à la formation des praticiens hospitaliers, et assurent par ailleurs la formation initiale des médecins, pour une durée variante entre 7 ans (médecine générale) et 11 ou même 14 ans (différentes spécialités).

- *La recherche*

Le service public hospitalier a pour mission d'intégrer la recherche médicale, afin de participer à l'amélioration de la qualité des soins. Ce dernier dispose de laboratoires dans ces établissements et peut aussi agréer des équipes de recherche hospitalière.

Annexe 31: Fiche technique du centre hospitalo-universitaire de Constantine

(<http://www.chu-constantine.dz/index.php/fr/>, consulté le 29/03/2018)

Fiche Technique : CHU de Constantine



Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine "Dr.BENBADIS"

Population couverte : 984250 Hab
(12 Communes de la Wilaya de Constantine)

Lits : 1541 Soins hautement Spécialisées, Formation et Recherche

Nombre de départements : 03
 Département de Médecine 873 lits
 Département de Chirurgie 504 lits
 Département de Gynéco-Obstétrique 137 lits

Services d'hospitalisations : 29
 Salles d'opérations : 28

Plateau technique et Equipements Médicaux :

Laboratoire : 10
 CTS : 01
 SAMU : 01
 Une (01) Radio Centrale avec 05 salles de radiologies

I.R.M.	01
Scanner	02
Appareil de radiologie fixe	10
Appareil de radiologie mobile	13
Echographe	11
Générateur d'hémodialyse	14







Effectifs Hospitalo-Universitaires

Professeur	62
Maitre de conférence A	13
Maitre de conférence B	27
Maitre-Assistant	208
TOTAL :	310

Effectifs de Santé Publique :

Médecin spécialiste	70
Chirurgien Dentiste Spécialiste	04
Pharmacien Spécialiste	05
Médecin Généraliste	45
Chirurgien Dentiste	04
Pharmacien	03
Paramédicaux	1568
Personnel Administratif	351
Personnel Technique et de Service	1070
Personnel Appareils	370
TOTAL :	3488

**Nombre d'Ambulances :
16 dont 08 SAMU**

1/ ACTIVITES MEDICALES :

- Urgences Médicales
- Cardiologie
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Hématologie
- Infectieux
- Médecine Interne
- Médecine Nucléaire
- Neurologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Oncologie
- Radiothérapie
- Rhumatologie
- Gastro-Entérologie
- Réanimation Médicale
- Hémodialyse
- Nursery

RATIOS

1 CHUC / 984250 Hab (12 Communes de la Wilaya de Constantine)

1 Professeur / 15875 Hab
 1 Maître Assistant / 3968 Hab

1 Médecin Spécialistes / 14060 Hab
 1 Médecin Généraliste / 21872 Hab
 1 Pharmacien / 123034 Hab
 1 Paramédical / 628 Hab

2/ ACTIVITES DE CHIRURGIE :

- Chirurgie Générale
- Maxilo-Faciale
- Chirurgie Thoracique
- Ophthalmologie
- ORL
- Orthopédie Traumatologie
- Chirurgie Plastique
- Centre des Brulés
- Urgences Chirurgicales
- Gynéco-Obstétrique
- Neuro-Chirurgie

3/ ACTIVITES DE MEDECINE LEGALE

4/ ACTIVITES DE MEDECINE PREVENTIVE

Annexe 32: Activités hospitalières dans les centres hospitalo-universitaires en 1998

ACTIVITES HOSPITALIERES DANS LES C.H.U. AU 31/12/1998																							
C.H.U	UNITES D'HOPITAL	Spécialités Médicales																					
		Nb. Lits			Admissions			J.Hospitalisation			D.M.S			Tx. Occupation			Tx. Rotation			Tx. Létalité			
		Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	
BLIDA		802	374	94	6345	2947	3337	152648	62314	38600	24,1	21,14	11,57	52,15	45,65	112,3	7,9	7,9	35,5	24	50	95	
MUSTAPHA		330	229	213	8848	8808	3182	77398	75223	41306	8,75	8,54	12,98	64,26	90	53,13	26,812	38,46	14,94	21	13	52	
PARNET		41	40	102	805	719	3109	10327	9281	19090	12,8	12,91	6,14	69,01	63,57	51,28	19,634	17,98	30,48	57	54	50	
BENIN MESSOUS		148	157	99	3421	2971	2070	44893	42060	26482	13,1	14,16	12,79	83,1	73,4	73,29	23,115	18,92	20,92	62	43	53	
BAB EL OUED		155	151	42	1604	155	151	42	1604	1706	750	24613	18,09	43,51	53,77	88,49	10,348	11,3	17,86	36	27	39	
TIZI-OUZOU	NEDIR	99	110	87	2343	2109	2319	26550	28172	14464	11,3	13,36	6,24	73,47	70,17	45,55	23,667	19,17	26,66	73	64	55	
	BELLOUA	156	143		1404	1565	345	16484	18559	1889										31	22	29	
BATNA	BATNA	88	95	61	1748	2042	2459	23792	27178	31840	13,6	13,31	12,95	74,07	78,38	143	19,864	21,49	40,31	124	81	43	
SETIF	HOP.CENTRAL	132	129	6	4130	3580	104	32424	33424	512	7,85	9,336	4,923	67,3	70,99	23,38	31,288	27,75	17,33	72	63	87	
	CLI.MERE&ENF CLI.ORL&OPH.			93			5168			17827												39	
CONSTANTINE	CONSTANTINE	269	258	103	6576	7002	3032	75373	86683	21414	11,5	12,38	7,063	76,77	92,05	56,96	24,446	27,14	29,44	51	40	32	

Suite : 89

Spécialités MEDICALES																							
C.H.U	UNITES D'HOPITAL	Spécialités Médicales																					
		Nb. Lits			Admissions			J.Hospitalisation			D.M.S			Tx. Occupation			Tx. Rotation			Tx. Létalité			
		Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	
ANNABA	IBN SINA	116	125		3671	4006		35658	39461		9,71	9,85		84,22	86,49		31,65	32,05		118	82		
	IBN ROCHD	5	5		136	26		1970	656											228	346		
	DORBAN	96	38		3972	2323		14455	8332		3,64	3,587		41,25	60,07		41,38	61,13		18	13		
	CLI.OPHTALMO. CLI.S.THERSE			85			2256			20146												145	
	HOP.SIEGE	319	320	140	9081	10959	7493	63536	66428	30022	7	6,062	4,007	54,57	56,87	56,87	28,47	34,25	53,52	21	15	74	
ORAN	CLI.A.CABRAL			8			996			5648													
	CLI.ORT.TRAUM CLI.H.BOUTLILIS CLIN.N.FADELA	21	19		419	218		5324	2532		10,8	11,61		69,46	36,51		23,38	11,47					
	SIDI.B. ABBES	134	147	64	3111	2974	2834	37518	36721	15017	12,1	12,3	5,3	76,7	68,4	64,3	23,2	20,2	44,3	41	42	26	
TLEMCEN	TLEMCEN	140	128	103	3628	3422	1472	33964	33820	13193	9,36	9,88	8,96	66,47	72,39	35,09	25,91	26,73	14,29	53	45	135	
TOTAL	GENERAL	3051	2468	1300	61314	57377	40927	676927	600479	311016	11	10,5	7,599	60,79	66,7	65,5	20,1	23,2	31,5	45	37	60	

<https://www.ons.dz/spip.php?article30>, consulté le 05/10/2022.

Annexes

Annexe 1 : Types de sous-régions algériennes en fonction de l'offre de soins privée	367
Annexe 2: Types de sous-régions algériennes en fonction de l'offre de soins privée	368
Annexe 3 : Répartition des hôpitaux dans la région nord-est en 2009.....	369
Annexe 4: Plan d'aménagement de l'ancien Constantine	371
Annexe 5: Personnels de santé de recours aux soins selon le milieu	372
Annexe 6: Personnels de recours aux soins selon les régions	372
Annexe 7: Episodes de maladies rapportées lors de l'enquêtes MICS VI de 2019	373
Annexe 8: Pratiques de soins lors de symptômes d'infection respiratoires (IRA).....	374
Annexe 9 : Lieu de prise en charge des enfants victimes d'accidents selon le milieu de résidence de l'enfant.....	376
Annexe 10: Lieux de prise en charge des IRA (%) des enfants de moins de cinq ans	376
Annexe 11: Grille de questionnaire de la pré-enquête	377
Annexe 13: Grille d'entretien avec les professionnels de la santé et les acteurs de la santé .	379
Annexe 13: Questionnaire d'enquête administré à la population constantinoise.....	380
Annexe 14 : Quelques copies des réponses enregistrés lors de nos entretiens avec la population.....	384
Annexe 15 : Classe d'âge selon les agglomérations	386
Annexe 16 : Effectifs des hommes et des femmes selon le niveau d'instruction	387
Annexe 17 : Effectifs des catégories socioprofessionnelles (CPS) selon le sexe	387
Annexe 18 : Part des catégories socioprofessionnelles selon les agglomérations	388
Annexe 19 : Effectifs des perceptions du revenu dans les agglomérations.....	390
Annexe 20 : Effectifs de la perception des dépenses de santé selon les classes d'âge	391
Annexe 21 : Effectifs des personnes affiliées et non affiliées à la sécurité sociale selon le sexe	391
Annexe 22 : Moyens de transports utilisés lors des différentes intentions de recours au secteur public.....	392
Annexe 23 : Effectifs du recours aux soins lors des trois intentions de recours	393
Annexe 24 : Raisons du renoncement aux soins selon les différentes intentions de recours .	396
Annexe 25 : Liste des cliniques privées établies et des projets en cours dans la wilaya de Constantine pour l'année 2018 (Direction de la Santé Populaire de la wilaya de Constantine, 2018).....	399

Annexe 26 : Chronologie d'installation des hôpitaux en Algérie de 1830 à 1850 (Khiati, 2000)	403
.....	403
Annexe 27 : Évolution du budget de la santé entre 2002-2011 (Brahmia, 2013)	403
Annexe 28 : Organigramme du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière	404
.....	404
Annexe 29 : Organisation administrative du système de santé algérien	404
.....	404
Annexe 30 : Mission des CHU et EHS	405
.....	405
Annexe 31: Fiche technique du centre hospitalo-universitaire de Constantine	406
.....	406
Annexe 32: Activités hospitalières dans les centres hospitalo-universitaires en 1998	407
.....	407

Liste des cartes

Carte I.1 : Classes de profils des régions selon la répartition des équipements	31
Carte I.2 : Répartition de l'offre de soins privée dans les différentes régions algériennes	34
Carte I.3: Établissements hospitaliers spécialisés (EHS) enregistrés jusqu'en 2009 dans la région nord-est dans le schéma régional d'aménagement du territoire (SRAT).....	36
Carte I.4 : Polarités existantes en Algérie selon le schéma national d'aménagement du territoire (SNAT).....	38
Carte I.5 : Organisation de la wilaya de Constantine	46
Carte I.6 : Densité de la population dans la wilaya de Constantine en 2008	51
Carte I.7: Taux d'accroissement de la population constantinoise entre 1998 et 2008	53
Carte I.8: Taux d'accroissement de la population entre 1998 et 2008 par strates d'appartenance	54
Carte III.1 : Nombre de répondants par communes dans la wilaya de Constantine lors de la phase de préenquête	108
Carte III.2 : Localisation des personnes interrogées lors de la première phase de questionnaire	116
Carte III.3 : Localisation des personnes interrogées lors de la deuxième phase de questionnaire	118
Carte III.4 : Nombre de répondants par commune	129
Carte III.5 : Part des femmes dans les différentes agglomérations	135
Carte III.6: Niveau d'instruction les plus présents dans la wilaya de Constantine	143
Carte III.7: Catégories socioprofessionnelles les plus présentes dans la wilaya de Constantine	146
Carte III.8 : Perception du revenu dans la wilaya de Constantine	150
Carte III.9 : Agglomérations selon les caractéristiques des personnes enquêtées	151
Carte IV.1: Profils des perceptions de l'état de santé présentes dans les agglomérations	163
Carte IV.2 : Nombre de répondants et leur perception des dépenses de santé dans les agglomérations	172
Carte IV.3: Taux de recours des hommes et des femmes aux établissements publics de santé de proximité (EPSP).....	180
Carte IV.4: Taux de recours des différents niveaux d'instruction dans les agglomérations ..	181
Carte IV.5: Taux de recours des affiliés et des non-affiliés à la sécurité sociale dans les agglomérations	184

Carte IV.6 : Taux de recours des différentes perceptions de dépenses de santé dans les agglomérations	185
Carte IV.7 : Taux de recours aux établissements publics hospitaliers (EPH) selon le sexe ..	188
Carte IV.8 : Taux de recours selon le niveau d’instruction dans les agglomérations	189
Carte IV.9: Taux de recours selon l’affiliation à la sécurité sociale au sein des agglomérations	190
Carte IV.10: Taux de recours selon les perceptions des dépenses de santé dans les agglomérations	191
Carte IV.11: Taux de recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) selon le sexe	193
Carte IV.12 : Taux de recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) selon le sexe dans les agglomérations.....	195
Carte IV.13 : Taux de recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) selon l’affiliation à la sécurité sociale.....	197
Carte IV.14 : Taux de recours au centre hospitalo-universitaire et les établissements hospitaliers spécialisés (CHU/EHS) selon les perceptions des dépenses de santé.....	199
Carte V.1 : Taux de recours aux cabinets privés des enquêtés lors de la première intention de recours aux soins	226
Carte V.2 : Taux de recours aux cabinets privés des enquêtés lors de la deuxième et troisième intention de recours aux soins	227
Carte V.3 : Taux de recours aux cliniques privés des enquêtés lors de la troisième intention de recours aux soins	228
Carte V.4: Taux de recours aux cliniques privées des enquêtés lors de la première et deuxième intention de recours aux soins	228
Carte V.5 : Taux de recours aux cabinets privés des femmes et des hommes en première intention.....	230
Carte V.6 : Taux de recours aux cabinets privés des enquêtés déclarant avoir un niveau d’instruction supérieur au sein des agglomérations	231
Carte V.7 : Taux de recours aux cabinets privés des enquêtés déclarant avoir un niveau d’instruction secondaire	232
Carte V.8 : Taux de recours des personnes percevant leurs dépenses de santé comme moyenne à haute	233
Carte V.9 : Taux de recours aux cliniques privées des femmes et des hommes en troisième intention.....	234

Carte V.10: Taux de recours des personnes déclarant un niveau d’instruction supérieur.....	235
Carte V.11 : Taux de non recours au sein des agglomérations lors de la première intention de recours	255
Carte V.12 : Taux de non recours des personnes admettant avoir un niveau supérieur au sein des agglomérations	258
Carte V.13 : Taux de non recours des personnes admettant avoir un niveau secondaire au sein des agglomérations	258
Carte V.14 : Taux de non recours des personnes admettant avoir un niveau moyen au sein des agglomérations	259
Carte V.15 : Taux de non recours des personnes admettant avoir une perception des dépenses de santé moyenne	261
Carte VI.1 : Répartition des médecins généralistes dans la wilaya de Constantine en 2016 .	272
Carte VI.2 : Répartition des médecins généralistes dans les différents quartiers de l’agglomération constantinoise	273
Carte VI.3 : Répartition des pharmaciens dans la wilaya de Constantine en 2016.....	274
Carte VI.4 : Répartition des pharmaciens dans les différents quartiers de l’agglomération de Constantine en 2016	275
Carte VI.5 : Répartition des infirmiers libéraux dans la wilaya de Constantine en 2016	276
Carte VI.6 : Répartition des infirmiers dans les différents quartiers de l’agglomération constantinoise en 2016	277
Carte VI.7 : Répartition des chirurgiens-dentistes dans la wilaya de Constantine en 2016...	278
Carte VI.8: Répartition des chirurgiens-dentistes dans l’agglomération constantinoise en 2016	278
Carte VI.9 : Répartition des médecins spécialistes dans la wilaya de Constantine en 2016..	280
Carte VI.10 : Répartition des auxiliaires dans la wilaya de Constantine en 2016	281
Carte VI.11 : Répartition des cliniques privées selon les spécialités et leur proximité par rapport aux établissements publics de haut niveau dans l’agglomération constantinoise.....	283
Carte VI.12 : Nombre de spécialistes libéraux en 2006	294
Carte VI.13 : Taux de croissance des médecins libéraux entre 1999 et 2006.....	295
Carte VII.1: Déploiement territorial de l’offre de soins dans la wilaya de Constantine	323
Carte VII.2 : Le découpage sanitaire et le découpage territorial dans la wilaya de Constantine	326
Carte VII.3 : Les limites des établissements publics de soins de proximités de la wilaya de Constantine et leur hôpital de référence	328

Carte VII.4 : Évacuations par ambulance enregistrées vers le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) en 2011	337
Carte VII.5 : Évacuations pédiatrique par ambulance enregistrée vers l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) mère et enfant en 2011.....	338
Carte VII.6 : Évacuations par ambulance enregistrées vers l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) d'uro —néphrologie en 2011.....	338

Liste des figures

Figure I.1 : Organigramme de l'organisation administrative et urbaine en Algérie	43
Figure IV.1 : Nuage de mots des personnes admettant avoir des obstacles lors du recours au secteur public.....	214
Figure VII.1 : Infrastructures sanitaires publiques de la wilaya de Constantine.....	322
Figure VII.2 : Parallèle entre la pyramide sanitaire et l'organisation administrative	324

Liste des graphiques

Graphique I.1 : Pyramide des âges dans l'agglomération constantinoise	50
Graphique I.2 : Évolution de la population dans l'espace urbain constantinois de 1830 à 2008	52
Graphique II.1: Structures de recours aux soins selon le milieu urbain.....	63
Graphique II.2: Structures de recours aux soins selon les régions.....	64
Graphique III.1 : Répartition des hommes et des femmes selon le lieu d'investigation.....	133
Graphique III.2: Classes d'âges des enquêtés selon le sexe.....	138
Graphique III.3: Classes d'âge des enquêtés selon la classification territoriale	139
Graphique III.4: Répartition territoriale selon le niveau d'instruction.....	142
Graphique IV.1 : Perception de l'état de santé selon le sexe	157
Graphique IV.2: Perception de l'état de santé selon le niveau d'instruction	158
Graphique IV.3: Perception de l'état de santé selon les catégories socioprofessionnelles	159
Graphique IV.4: Perception de l'état de santé selon les perceptions du niveau de revenu	160
Graphique IV.5: Perception de l'état de santé dans les différentes communes enquêtées.....	161
Graphique IV.6: Perception des dépenses de santé selon le sexe	165
Graphique IV.7: Perception des dépenses de santé selon le niveau d'instruction	167
Graphique IV.8: Perception des dépenses de santé selon les différentes catégories socioprofessionnelles	169
Graphique IV.9: Perception des dépenses de santé selon les communes enquêtées.....	170
Graphique IV.10: Affiliation à la sécurité sociale selon les catégories socioprofessionnelles	174
Graphique IV.11: Part des enquêtés ayant recours au secteur public lors des différentes intentions	176
Graphique IV.12: Trajectoires de soins des enquêtés lors du recours au secteur public	177

Graphique IV.13 : Perception de l'accès et des prestations des établissements publics de soins de proximité (EPSP) au sein des agglomérations.....	200
Graphique IV.14: Perception de l'accès et des prestations des établissements publics hospitaliers au sein des agglomérations	202
Graphique IV.15: Perception de l'accès et des prestations du centre hospitalo-universitaires (CHU) et des établissements hospitaliers spécialisés (EHS).....	204
Graphique IV.16 : Déclarations des épisodes d'échec lors du recours aux soins publics au sein des agglomérations	215
Graphique IV.17 : Taux de renoncement aux soins des enquêtés suite à un recours aux soins public.....	216
Graphique IV.18 : Intention de recours suite au recours au secteur public.....	217
Graphique IV.19 : Déclaration des enquêtés sur le renoncement aux soins lors des différentes intentions de recours aux soins.....	218
Graphique V.1 : taux de recours aux structures de soins privées.....	224
Graphique V.2 : Fréquence relative des intentions des enquêtés lors du recours aux cabinets privés et des cliniques privées	225
Graphique V.3 : Raisons du choix du secteur privé selon les agglomérations	237
Graphique V.4 : Les moyens de transports utilisés lors du recours au secteur privé au sein des agglomérations	239
Graphique V.5 : La durée moyenne du trajet des enquêtés lors de leurs recours aux cabinets privés	240
Graphique V.6 : Perception de l'accès aux cabinets privés au sein des agglomérations	241
Graphique V.7 : Perception des prestations de soins dans les cabinets privés au sein des agglomérations	242
Graphique V.8 : Nuage de mots de la perception de l'accès aux soins dans les cabinets privés	243
Graphique V.9 : Nuage de mots de la perception des prestations de soins dans les cabinets privés	243
Graphique V.10 : Perception de l'accès aux cliniques privées au sein des agglomérations ..	244
Graphique V.11 : Perception des prestations de soins dans les cliniques privées au sein des agglomérations	245
Graphique V.12 : Nuage de mots de la perception de l'accès aux soins dans les cliniques privées	246

Graphique V.13 : Nuage de mots de la perception des prestations de soins dans les cliniques privées	246
Graphique V.14 : Trajectoires de recours aux soins des enquêtés	254
Graphique V.15 : Principales raisons du renoncement aux soins des enquêtés en première intention.....	256
Graphique VII.1 : Activités du secteur santé en matière d’admissions par structures hospitalières durant l’année 2015.....	332
Graphique VII.2 : Activités du secteur de santé en matière de journées d’hospitalisations par structures durant l’année 2015	333
Graphique VII.3 : Activités de laboratoires dans les structures hospitalières durant l’année 2015	334
Graphique VII.4 : Nombre de séances d’hémodialyse durant l’année 2015.....	335
Graphique VII.5 : Nombre d’actes d’accouchement durant l’année 2015.....	335

Liste des photos

Photo III.1 : Photos de nos observations de terrains et documents retrouvés	104
Photo III.2 : Planche photographique des différents lieux qui ont marqués la phase de préenquête	110
Photo III.3 : Planche photographique des lieux enquêtés lors de la phase d’enquête.....	123
Photo IV.1: Vue sur l’environnement immédiat d l’hôpital dans le quartier Boudraa Salah. 213	
Photo V.1: Vue sur la clinique d’ophtalmologie dans la commune d’El Khroub.....	248
Photo V.2 : Vues du centre dentaire dans la commune d’El Khroub.....	248
Photo VI.1 : Vues sur les cliniques dans la ville de Constantine	284
Photo VI.2 : Vues des cliniques privées installées dans la ville d’El Khroub	284
Photo VI.3 : Vue aérienne sur le boulevard des cliniques	286
Photo VI.4 : Vues sur les cliniques privées installées dans le boulevard des cliniques.....	286
Photo VII.1 : Vues du centre hospitalo-universitaire de Constantine	332
Photo VII.2: Vue aérienne du nouveau centre hospitalo-universitaire (CHU) dans la nouvelle Ville Ali Mendjeli	345
Photo VII.3 : Photos de l’environnement immédiat du futur centre hospitalo-universitaire de la nouvelle ville Ali Mendjeli.....	345

Liste des tableaux

Tableau I.1 : Poids des sous-régions algériennes en fonction de la population totale	28
Tableau I.2 : Définitions à partir des lois de 2001 et 2006	40
Tableau II.1 : Distance entre structure fréquentée et domicile.....	65
Tableau II.2: Tableau récapitulatif des études nationales et internationales	71
Tableau II.3 : Tableau récapitulatif des recherches menées dans les grandes agglomérations algériennes.....	86
Tableau III.1 : Nombre de répondants lors la première sous phase d'enquête	115
Tableau III.2 : Nombre de répondants lors de la deuxième sous phase de collecte.....	117
Tableau III.3 : Part des enquêtés dans les différentes agglomérations recensées	128
Tableau III.4: Répartitions communales des enquêtés et de la population totale dans la wilaya de Constantine	131
Tableau III.5 : Comparatif des parts des hommes et des femmes dans la population totale..	132
Tableau III.6 : Part des femmes dans les communes enquêtés et comparatif avec les données de l'office national des statistiques	134
Tableau III.7: Comparatif des différentes classes d'âge de nos enquêtés à l'échelle nationale (ONS et enquête 2019).....	137
Tableau III.8 : Part des niveaux d'instruction des répondants et comparatifs avec les chiffres à l'échelle nationale et à l'échelle de wilaya de Constantine.....	141
Tableau IV.1: Activités de consultation et d'urgence dans les établissements publics de santé de proximité (EPSP) en 2015 dans la wilaya de Constantine	207
Tableau IV.2 : Activité de Consultation dans les établissements publics hospitaliers (EPH) en 2015 dans la wilaya de Constantine	210
Tableau VI.1 : Répartition des praticiens privés en 1988	290
<i>Tableau VI.2 : Répartition des praticiens privés dans les grandes villes algériennes</i>	<i>291</i>
Tableau VII.1 : Évolution du financement du système de santé algérien	306
Tableau VII.2 : Exemple de remboursement d'une ordonnance lors d'une consultation chez un médecin généraliste après application des trois outils de maîtrise de la demande.....	308
Tableau VII.3 : Exemple de remboursement d'une ordonnance lors d'une consultation chez un médecin spécialiste après application des trois outils de maîtrise de la demande	309
<i>Tableau VII.4 : Classification des établissements publics selon le statut.....</i>	<i>319</i>
Tableau VII.5 : Origine géographique des patients de la CPD	339

Tableau VII.6 : Le poids du centre hospitalo-universitaire (CHUC) de Constantine dans l'Est et l'ensemble du pays	341
--	-----

Sigles

<i>ACL W</i>	Agglomération chef-lieu wilaya
<i>ACL D</i>	Agglomération chef-lieu daira
<i>ACL C</i>	Agglomération chef-lieu commune
<i>AS</i>	Agglomération secondaire
<i>CHUC</i>	Centre hospitalo-universitaire de Constantine
<i>DSP</i>	Direction de la santé et de la population
<i>DUCH</i>	Direction d'Urbanisme, de la construction et de l'habitat
<i>EH</i>	Etablissement hospitalier
<i>EPH</i>	Etablissement public hospitalier
<i>EPSP</i>	Etablissement public de santé de proximité
<i>ONS</i>	Office national des statistiques
<i>S.U</i>	Secteur Urbain
<i>UV</i>	Unité de voisinage
<i>SNAT</i>	Schéma national d'aménagement du territoire
<i>SRAT</i>	Schéma régional d'aménagement du territoire
<i>SCU</i>	Schéma de cohérence urbaine

Résumé

Les manifestations du « Hirak » et la crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19 ont remis en lumière les inégalités d'accès à l'offre de soins en Algérie. La privation de l'exercice médicale en 1986, qui a conduit à l'existence de deux offres de soins - l'une publique, gratuite et pilotée par les pouvoirs politiques ; l'autre privée, payante et répondant à la loi marchande – ne semble pas avoir contribué à construire de solutions pour garantir la prise en charge des populations. Ces deux offres de soins se déploient sur le territoire algérien selon des logiques et des dynamiques territoriales différentes. Les populations, lors d'une intention de recours aux soins, parcourent cette offre de manières différenciées, la perçoivent, de manière différente. Il s'agit ici d'envisager les pratiques et les représentations que peuvent avoir les populations de l'offre de soin dans le territoire de la wilaya de Constantine. Il s'agit également de les mettre en regard avec les logiques de la répartition des deux systèmes à Constantine.

Mots-clés : Constantine, offre de soins, pratiques, recours, représentations.

Abstract

The "Hirak" protests and the health crisis linked to the Covid-19 pandemic have highlighted the inequalities in access to healthcare in Algeria. Deprivation of the right to practise medicine in 1986, which led to the existence of two health care services - one public, free of charge and run by the political authorities, the other private, paying and governed by commercial law - does not seem to have contributed to the development of solutions to guarantee care for the population. These two health services are deployed throughout Algeria according to different logics and territorial dynamics. When people intend to seek care, they use the services in different ways and perceive them differently. The aim here is to consider the practices and representations that people may have of healthcare provision in the wilaya of Constantine. The aim is also to compare them with the way in which the two systems are distributed in Constantine.

Key word: Constantine, healthcare provision, practices, recourse, representations.

