

La problématique des inégalités sociales de santé en Algérie : *Une étude exploratoire du renoncement aux soins dans la Wilaya de Bejaia*

The problem of social disparities in health in Algeria :
An exploratory study of healthcare renunciation in
the department of Bejaia

CHEURFA Taous¹

Maitre assistante

Laboratoire d'Informatique Médicale (LIMED) Algérie
Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Taous.cheurfa@yahoo.fr

KAID TLILANE Nouara

Professeure

Laboratoire d'Informatique Médicale (LIMED) Algérie
Université Abderrahmane Mira de Bejaia

tlilane_n@yahoo.fr

Date de soumission:18-02-2020 / Date d'acceptation:31-05-2020 / Date de publication 30-06-2020

Résumé :

Le renoncement aux soins se réfère explicitement aux difficultés et aux obstacles d'accès aux soins. Dans cette perspective, nous avons réalisé une enquête ménage dans la wilaya de Bejaia. Les résultats de cette enquête ont montré que l'obstacle financier constitue près de la moitié des motifs de renoncement cités par les répondants. Contrairement au niveau d'instruction et à l'âge du chef de ménage, la situation financière du ménage est l'un des principaux facteurs qui interviennent dans la décision de renoncement aux soins. Par ailleurs, les résultats de l'enquête montrent également que le renoncement est corrélé avec le sexe, et le niveau d'instruction de la personne. Par contre, la couverture sociale n'est pas un déterminant significatif du renoncement aux soins.

Mots-clés : Renoncement aux soins, inégalités de santé, Assurance-maladie, Bejaia, Algérie.

Code JEL : : I12 ; I18.

Abstract :

Healthcare renunciation refers explicitly to difficulties and obstacles in accessing health care. In this perspective, we conducted a household survey in the department

¹ **Auteur Correspondant :** CHEURFA Taous. **E-Mail:** Taous.cheurfa@yahoo.fr

of Bejaia. The findings showed that money problems represent almost half of the renunciation motives mentioned by the respondents. Contrary to the household head's education level and age, the household's financial situation appears as one of the main factors influencing healthcare renunciation decision. Moreover, the findings showed that the renunciation is correlated with the person's gender, income and education level. On the other hand, social security cover is not a decisive factor in the medical care renunciation.

Keywords: healthcare renunciation, health social disparities, health insurance, Bejaia, Algeria.

JEL Classification: I12; I18.

Introduction :

Des inégalités d'accès et de recours aux soins de santé subsistent dans tous les pays du monde. Les causes de ces inégalités sont diverses : raisons financières, pénurie de prestataires, éloignement géographique, temps d'attente excessifs... La Commission des Déterminants Sociaux de l'OMS rappelle que l'équité d'accès aux soins est une condition primordiale pour réduire les inégalités de santé (OMS, 2009). L'équité d'accès aux soins, qui est une dimension du principe d'équité horizontale (traitement égal à besoin égal), étant un indicateur de l'équité des systèmes de soins (Dourgnon, Jusot et Fantin, 2012, Jusot, 2013).

Ainsi, le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus ; ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place progressivement après l'indépendance en Algérie. Ainsi, l'instauration d'une couverture maladie universelle doit permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit, réellement exercé, de se soigner.

L'Algérie dispose d'un système d'assurance maladie universelle assurant une prise en charge publique d'une grande part des dépenses de santé. Toutefois, ces informations ne renseignent pas sur l'accès réel de la population aux services de santé. Elles ne tiennent pas compte du fait que des personnes aient pu renoncer à des soins en raison des contraintes financières. Ainsi, « *les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit* » (Desprès, Dourgnon, Fantin et Jusot, 2011b, p3).

Cette recherche se focalise sur l'analyse des inégalités sociales associées au renoncement aux soins de santé en étudiant le cas de la Wilaya de Bejaia. À cet effet, nous avons réalisé une enquête du terrain dans la wilaya de Bejaia. Les objectifs de notre investigation étaient les suivants :

- Estimer la fréquence du renoncement aux soins pour des raisons financières dans la Wilaya de Bejaia, ainsi que les principaux motifs qui poussent les individus à ne pas avoir recours aux soins. En d'autres termes : *À quels soins renonce-t-on ?*
- Rechercher les facteurs démographiques (âge, sexe) et socio-économiques (revenu de l'individu/du ménage, niveau d'éducation, couverture maladie) associés au renoncement aux soins dans la Wilaya de Béjaïa. En d'autres termes : *Quel est l'effet des différentes caractéristiques individuelles et/ou sociales sur le renoncement aux soins ?*

Rajoutons enfin que l'objet ultime de l'enquête sur le renoncement aux soins est avant tout à saisir les difficultés d'accès aux services de soins de santé.

1. Le renoncement aux soins comme indicateur d'inégalités de santé:

Dans la littérature anglo-saxonne, la notion de renoncement fait référence au besoin non satisfait, *unmet need* (Alin, Grignon, Legrand, 2010). Le renoncement suppose d'abord que la personne ait pris conscience d'un besoin de soins, auquel elles auraient renoncé, et que le système de santé soit susceptible d'y répondre ; il s'agit par conséquent d'un besoin de soins identifié mais non satisfait (Desprès, Dourgnon, Fantin et Jusot, 2011a). Ainsi, pour Renahy, Vallée, Parizot et Chauvin (2011, p10), « *déclarer avoir renoncé à des soins suppose en effet que la personne ait ressenti l'envie de recourir à des soins, qu'elle ne l'ait finalement pas fait, et qu'elle interprète cela comme un renoncement* ». Le renoncement renvoie donc en premier lieu à la question de *l'identification du besoin de soins qui déclenche une « demande de soins »* (Warin, 2011).

Le renoncement aux soins permet d'identifier et de déterminer directement un problème de disparité d'accès aux soins (Sanmartin et al. 2002, Dourgnon, Jusot, & Fantin, 2012 ; Allin, & al., 2010 ; Desprès et al., 2011b, 2011c ; Desprès, 2012 ; Ancelot, & Depret, 2014; Lafortune G., Devaux M., 2012; Fjær, Stornes, Borisova et al. 2017) dans la mesure où le renoncement aux soins rend compte des difficultés à accéder aux soins, des obstacles rencontrés et/ou des contraintes budgétaires. En d'autres termes, « le renoncement correspond à la situation dans laquelle un individu ne reçoit pas un soin ou abandonne la démarche d'obtention des soins alors qu'il ressent un désordre corporel ou psychique (soin curatif) ou souhaite protéger sa santé (soin préventif) ». (Desprès et al., 2011b).

En résumé donc, le renoncement identifie des besoins de soins non satisfait. Dans la mesure où l'équité d'accès aux soins stipule le respect du principe d'équité horizontale qui exige un traitement égal à besoin égal, le *renoncement* peut être considéré comme un assez bon indicateur de l'équité des systèmes de soins (Wagstaff, van Doorslaer, 2000 ; Dourgnon et al., 2012).

Le renoncement présente donc l'intérêt de donner des indications sur les écarts de consommation et de prendre en compte les attentes vis-à-vis du système de santé qui peuvent être différentes selon les catégories de ménages (Dourgnon et al., 2012). Il s'agit d'un indicateur subjectif obtenu en interrogeant les personnes sur leur renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois. À cet effet, le renoncement aux soins permet de mettre directement en évidence les iniquités horizontales de consommation de soins (Dourgnon et al., 2012 ; Desprès et al., 2011b, 2011c; Allin et al., 2010).

2. Revue de la littérature:

Le renoncement aux soins est plus fréquent dans les groupes sociaux les plus défavorisés (Dourgnon et al. 2012; Desprès, 2011a, 2011b, 2012 ; Azogui-Lévy et Rochereau, 2005 ; Bazin et al., 2006 ; Haddad, Nougara, Ridde , 2004 ; Lafortune & Devaux, 2012 ; Sibley & Glazier, 2009; Shi & Stevens, 2005, Schoen, Osborn, Squires et al., 2010; Warin & Chauveaud, 2014). La situation financière du ménage est l'un des principaux facteurs qui interviennent dans la décision de ne pas recourir aux soins (Chaupain-Guillot, 2014; Haddad et al., 2004; Wilfried, Jérôme et Valentin, 2018). Ainsi, le revenu du chef de ménage, sa perception du coût des soins ou encore la taille du ménage sont des facteurs qui déterminent l'accès et le recours des individus aux services de santé (Wilfried, Jérôme et Valentin, 2018 ;

Haddad et *al.*, 2004). En outre, le niveau d'instruction et l'âge du chef de ménage ont aussi une influence sur l'accès des individus aux soins de santé (Houffouet, 2015; Wilfried, Jérôme et Valentin, 2018).

Au-delà de la situation financière des ménages et du profil personnel du chef de ménage, les quatre variables synthétisant les caractéristiques individuelles (sexe, âge, niveau d'éducation et revenu) semblent aussi jouer dans les décisions en matière de santé. Le rôle du revenu est central dans l'accès financier et géographique aux services de santé ; de nombreux travaux empiriques sur l'accès aux soins (Litaker, 2004; Mollborn, 2001 ; Desprès et *al.*, 2011a, Dourgnon et al, 2012 ; Bouba-Olga & Vigé, 2014) ont ainsi montré que le renoncement est corrélé négativement avec le niveau du revenu et la couverture assurantielle.

Par ailleurs, le renoncement est plus fréquent chez les femmes (Sibley & Glazier, 2009, Dourgnon, 2012 ; Litaker, 2004 ; Renahy et *al.*, 2011 ; Mollborn, 2001 ; Tchicaya et Lorentz, 2011, Revil H. et *al.*, 2018). Ils expliquent ce résultat par le fait que, à état de santé comparable, les femmes s'estiment en plus mauvais état de santé que les hommes (Shmueli, 2003) et que « *les différences de renoncement entre hommes et femmes traduisent (...) des différences d'attente en matière de soins* » (Dourgnon, 2011, p 14). En outre, les femmes craignent un peu plus l'impact de l'absence de soins sur leur état de santé, par conséquent sur la vie familiale, que les hommes (Revil et *al.*, 2018). Rajoutons le fait que les femmes ont généralement un suivi gynécologique régulier. De ce fait, elles ont une tendance à ressentir plus les besoins de soins et, par conséquent, sont plus susceptibles d'y renoncer (Renahy et *al.*, 2011). Signalons toutefois que la plupart des travaux sociologiques (Desprès, 2012), ainsi que l'étude économétrique de Bouba-Olga et Vigé (2014) concluent, *a contrario*, que les hommes renoncent plus que les femmes².

En ce qui concernant l'âge, il est généralement admis que celui-ci est négativement corrélé avec le renoncement (Allin, 2010 ; Bouba-Olga et Vigé, 2014 ; Chaupain-Guillot, 2014). Néanmoins, Dourgnon (2011) a montré, dans le cadre d'une étude économétrique sur le renoncement aux soins pour des raisons financières, que le renoncement semble suivre une courbe en cloche. De 18 à 40 ans environ, les taux de renoncement connaissent une croissance continue. Les déclarations de renoncement se stabilisent entre 40 et 50 ans. À partir de 50 ans, la tendance s'inverse et les taux de renoncement déclarés connaissent alors une baisse régulière. L'évolution des besoins et celle du revenu sont les deux facteurs avancés pour expliquer ce phénomène. Les résultats de l'étude de Bouba-Olga et Vigé (2014) contredisent néanmoins celle de Dourgnon (2011) ; les déclarations de renoncement aux soins sont décroissantes avec l'âge jusqu'à environ 63 ans, puis augmente ensuite.

Quant au niveau d'éducation, il joue un rôle dans la demande de soins et dans les actes de prévention. De ce fait, il est corrélé négativement avec le renoncement

² Ces résultats contradictoires s'expliquent par les approches différentes de mesures du renoncement aux soins. Dourgnon et al. (2011) utilisent une approche minimaliste du renoncement (il suffit potentiellement d'avoir renoncé à un soin pour être considéré comme renonçant). Par contre, Bouba-Olga & Vigé (2014) exploitent une approche maximaliste du renoncement (une personne est considérée comme renonçant si elle n'a pas consulté aucun médecin).

(Bouba-Olga et Vigé, 2014; Mollborn, 2001 ; Tchicaya et Lorentz, 2011 ; Dourgnon, 2012).

Concernant la couverture d'assurance-maladie complémentaire, une très abondante littérature empirique (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005 ; Raynaud, 2005 ; Bazin et al., 2006; Després et al., 2011; Dourgnon, 2011) montre qu'elle contribue de façon assez significative à réduire le taux de renoncement.

Enfin, bien que le renoncement soit lié en priorité aux ressources financières et sociales des personnes, il s'avère également dépendant des représentations et des expériences vécues concernant leur recours potentiel à la médecine et la manière dont les personnes perçoivent et vivent leurs besoins en matière de santé (Renahy et al., 2011; Bazin et al., 2006).

3. Méthodologie de l'enquête:

L'enquête a été adressée à 320 ménages de la Wilaya de Bejaïa, dont 155 ménages de prédominance urbains, soit 48,44% des ménages enquêtés, 83 ménages de résidences mixtes et 84 ménages ruraux, soit respectivement 25,94 et 25,63% des ménages de notre échantillon. La taille du ménage varie de 1 à 14 personnes. Le nombre total d'individus composant ces ménages est de 1 567 individus.

L'enquête a été réalisée par nous-mêmes. Ainsi, les questionnaires sont administrés en *face-à-face* dans le but d'avoir plus de précision. Il est vrai aussi que notre questionnaire est assez long et compliqué pour envisager une auto-administration.

Le temps consacré à l'enquête a été d'environ une année, qui s'est étalée entre le début du mois de janvier 2018 jusqu'à la fin du mois de décembre 2018.

Pour déterminer dans quelle mesure les personnes n'ont pas eu recours aux soins de santé alors qu'elles en auraient eu besoin, la question suivante a été posée : *Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même (ou un membre de votre ménage) à certains soins de santé ?*

En cas de réponse affirmative, une deuxième question a porté sur le type de soins concernés et le motif du renoncement : *À quels soins avez-vous renoncé et pour quelles raisons ?*

Il a ensuite été effectué une analyse de statistique descriptive avec une comparaison de fréquences du renoncement aux soins de santé (non recours), ainsi que les raisons principales qui poussent les personnes à renoncer aux soins de santé. Pour connaître les déterminants du renoncement aux soins de santé, il a été effectué un croisement des données entre le renoncement et les différents facteurs susceptible d'influer sur ce dernier. Les indicateurs socioéconomiques et démographiques retenus sont le revenu, le niveau d'instruction du chef de ménage, ainsi que le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, le revenu de et la couverture d'assurance-maladie de la personne. Le traitement des résultats et la mise en forme des informations ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 20.

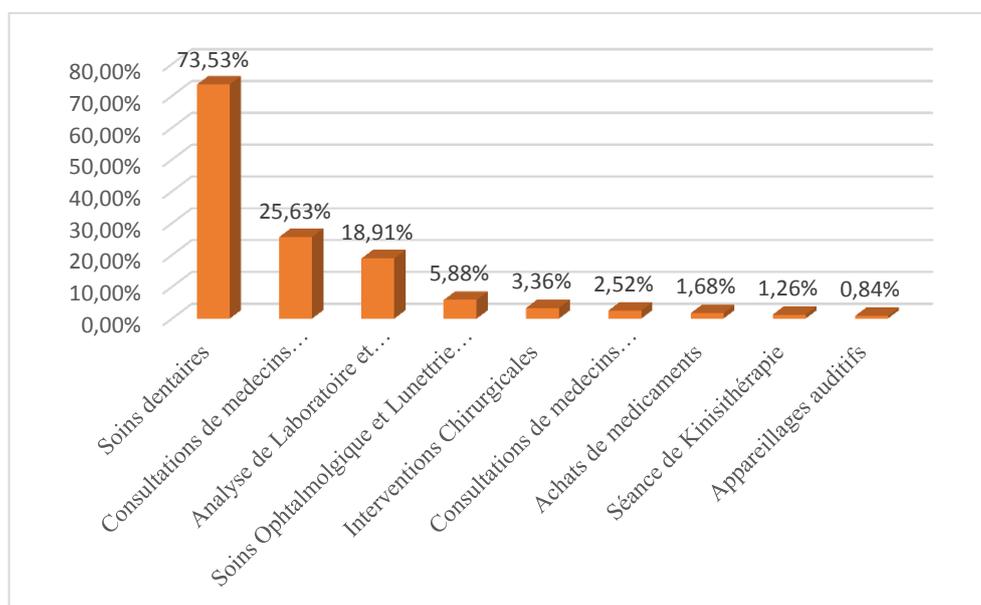
4. Résultats de l'enquête:

Au total, plus de 57% des ménages enquêtés déclaraient avoir renoncé à des soins de santé, alors qu'ils en auraient eu besoin, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Sur les 1567 personnes composant les ménages enquêtés, 15,12% d'entre eux ont déclaré avoir renoncé au moins une fois à un type de soins au cours des 12 derniers mois. Ce taux augmente à près de 21% pour les personnes âgées de 15 ans et plus. Ces chiffres sont alarmants et reflètent des difficultés d'accès et de recours aux soins de santé.

4.1. Les soins renoncés : A quels soins renonce-t-on ?

La santé dentaire est le premier poste de renoncement aux soins. Il concerne plus de 73% de la population enquêtée ayant déclaré avoir renoncé aux soins, loin devant les consultations de médecins spécialistes (25,63%), les analyses de laboratoire et la radiologie (18,91%). Les soins ophtalmologiques et la lunetterie (SOL), les interventions chirurgicales, les consultations de médecins généralistes, sont retrouvées dans des proportions non négligeables (5,88%, 3,36% et 2,52%, respectivement). Viennent ensuite, les achats de médicaments (1,68%), les séances de kinésithérapies (1,26%) et appareillages auditifs (0,84%)³. (Cf. Figure1). Cela s'explique d'une part par les barrières financières d'accès aux soins dentaires et d'autres part par la spécificité de la santé dentaire. Ainsi, une consultation chez un dentiste, payé à 500 DA, est remboursée à hauteur de 40 DA. Pour le remplacement (plombage) d'une dent, le remboursement n'est que de 100 DA, alors le coût de la prestation à la charge du patient varie entre 2 000 DA et 7 000 DA. Pour le traitement des dents par implant, bridges et couronnes, aucun remboursement n'est prévu alors que le coût financier pour le patient est pour le moins exorbitant. . De plus, les soins dentaires (ou tout au moins certains d'entre eux comme l'implant dentaire, le bridge, les soins de gencive) sont donc considérés comme peu prioritaires par rapport à d'autres soins et une forte proportion de la population n'y fait quasiment jamais appel.

Figure 1. Les soins renoncés.



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Le second poste du renoncement concerne les consultations de médecins spécialistes. Ce résultat est d'abord lié au tarif excessif pratiqué par les médecins spécialistes. En effet, les tarifs pour une consultation de spécialiste varient entre 1300 DA et 5000 DA, selon le type de spécialité et le lieu d'exercice (en cabinet

³ Nous remarquons que le total dépasse 100% car une personne peut renoncer à plus d'un soin de santé.

versus en clinique ; grande ville versus petite ville...). Ainsi, pour la même spécialité, force est de constater un « désordre tarifaire » avec les prix de prestations qui diffèrent dans des proportions importantes d'un médecin à l'autre. Rappelons que les tarifs appliqués ne sont aucunement réglementés et ne répondent à aucune logique du fait de l'absence d'une grille officielle de tarification. Ainsi, la tarification appliquée au remboursement d'une consultation chez un spécialiste se révèle anachronique et bien loin de refléter le coût réel des prestations, avec un tarif de remboursement fixé à 100 DA... et qui n'a pas été réévalué depuis plus de trente ans. Enfin, il faut signaler que dans neuf spécialités (cardiologie, dermatologie, endocrino-diabétologie, radiologie, rhumatologie, urologie, ORL, ophtalmologie et gynéco-obstétrique), l'offre privée est aujourd'hui supérieure à l'offre publique.

Enfin, il faut rappeler qu'une consultation implique généralement (en plus des honoraires versés au médecin) d'autres frais connexes, comme ceux liés à l'imagerie radiologique, aux analyses médicales et à bien d'autres prestations en cas de maladie grave. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que ces dépenses constituent le troisième poste de renoncement, dès lors que le coût pris en charge directement par le patient se révèle particulièrement exorbitant.

4.2. Les raisons du renoncement aux soins de santé:

Les motifs du renoncement aux soins sont multiples. Les raisons financières constituent près de la moitié des motifs cités (48,90%) (Cf. Figure 2). Ce renoncement énorme pour des raisons financières peut être expliqué par la contribution croissante des ménages dans le financement de la santé⁴. Cette croissance des dépenses à la charge des ménages est due à plusieurs raisons. Discutant, à titre illustratif, du poste « médicaments ». Afin de freiner l'augmentation des dépenses de la sécurité sociale, nombreux sont aujourd'hui les médicaments qui ne sont pas remboursables ou remboursables à titre dérisoire⁵ (Ziani, 2016). Par ailleurs, lorsqu'on considère les effets à long terme de cette mesure, la politique du tarif de référence est encore bien loin de ses objectifs initiaux. Loin de favoriser une réduction de l'écart de prix entre les génériques et le premier entrant (appelé *princeps*) de la classe, elle a au contraire entraîné un creusement sans précédent des écarts de prix entre les différents génériques « bioéquivalents » à l'intérieur de chaque classe (Chalane, 2010). Il est ainsi très fréquent de trouver des médicaments génériques dont le prix est de deux jusqu'à quatre fois supérieur au tarif de référence, sensé en principe refléter le prix du générique le moins cher (Chalane, 2010).

Avec près de 63% des dépenses de santé des ménages selon l'enquête réalisée par l'ONS en 2011 (ONS, 2014), les médicaments sont le premier poste de dépenses en soins médicaux pour les ménages. D'ailleurs, les résultats de notre enquête

⁴ Durant la dernière décennie, la dépense annuelle totale de santé des ménages a doublé en passant de 95,8 milliards de DA en 2000 à 214,2 milliards de DA en 2011 (ONS 2014).

⁵ Notamment par l'application du tarif de référence, c'est-à-dire *quel que soit le prix de vente d'un médicament soumis à un tarif de référence, l'assureur rembourse toujours le même montant, en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament en question*. Au début, la liste de déremboursement des médicaments concernait seulement les médicaments représentant des vitamines ou sels minéraux, actuellement elle touche même les médicaments traitant les maladies chroniques (Ziani, 2016).

montrent que les raisons du renoncement aux achats de médicaments sont intégralement financières (Cf. Figure 3).

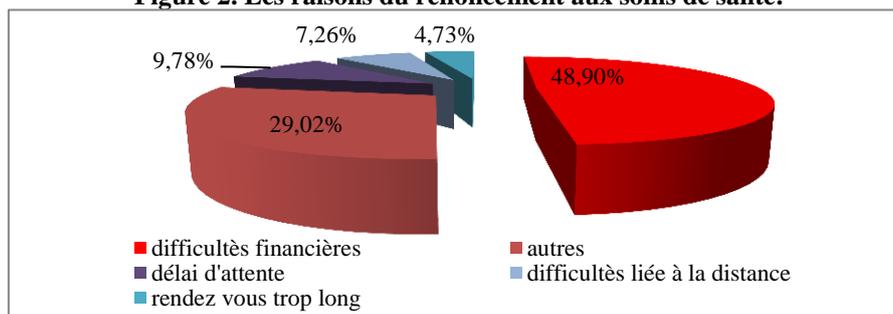
Par ailleurs, les structures sanitaires publiques souffrent de moyens d'exploitation, notamment la vétusté du matériel, à l'origine de pannes récurrentes, et l'indisponibilité de certains analyses. À cet effet, les patients sont souvent obligés de faire des analyses médicales et des examens radiologiques dans le privé avec un relatif sous remboursement. Ce dernier s'effectuant toujours sur la base de la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux de 1987, qui est depuis longtemps obsolète et ne reflète aucunement le coût réel de la prestation dispensée⁶.

Enfin, avec le développement fulgurant du secteur privé et notamment des cliniques privées, les dépenses des ménages ont augmenté considérablement (Zehanti, 2014). En effet, certaines catégories de dépenses, notamment les interventions chirurgicales et certains examens exploratoires qui coutent vraiment chères, sont prises en charge intégralement par les ménages.

Par conséquent, ces difficultés financières d'accès aux soins sont en grande partie expliquées par les limites et les failles de la couverture d'assurance-maladie en Algérie. Ainsi, le reste à charge élevé pour les patients les poussent à renoncer aux soins de santé qu'ils jugent pourtant nécessaires au regard de leur état de santé. En fait, plus de 45% des ménages ayant déclaré avoir renoncé aux soins ont annoncé avoir rencontré des difficultés financières aux cours des douze derniers mois.

Plusieurs raisons concomitantes ont été indiquées par les personnes interrogés (Cf. Figure 3). Parmi les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à des soins, 9,78% ont également renoncé pour des raisons de délais d'attente et 4,73% du fait de rendez-vous trop longs. L'éloignement géographique est avancé comme raison dans 7,26% des cas. Ce dernier motif de renoncement peut être expliqué par la répartition inégale de l'offre de soins. Ce renoncement subi relève du système de santé. Il est lié à des facteurs de disponibilité (la présence d'infrastructures et/ou le temps d'attente pour y accéder) et d'accessibilité (raisons de coût ou de transport).

Figure 2. Les raisons du renoncement aux soins de santé.



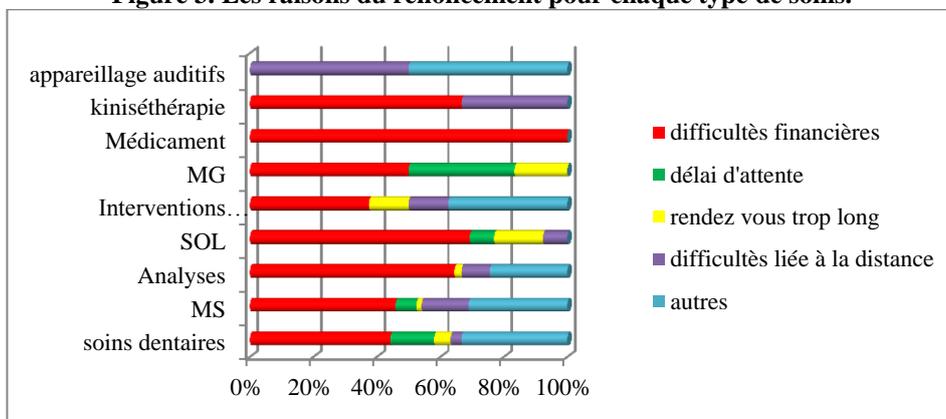
Source : Figure réalisée par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

⁶ En se référant à la nomenclature de 1987, une consultation chez un médecin généraliste, payée dans une fourchette de 700 à 1 000 DA et de 1 500 à 5 000 DA chez un spécialiste, ne sont remboursés qu'à hauteur de 50 et 80 DA respectivement. Une césarienne, payée à 100 000 DA, est remboursé moins de 5% du débours. Un scanner, payé à 20 000 DA, est remboursé à 800 DA.

Notons également que 29,02% des individus composant notre échantillon ont déclaré avoir renoncé aux soins du fait d'autres soucis ou encore de ne pas avoir eu le temps. Ce renoncement « choisi » renvoie à la notion d'acceptabilité. Il est lié à une négligence de sa propre santé, des peurs (des soins, de perdre son travail en cas d'arrêt maladie...) et à une lassitude des soins. Ces « choix » sont en réalité très fortement contraints socialement (Renahy et al., 2011).

Analysons maintenant les motifs de renoncement pour chaque type de soins. Nous remarquons d'après la figure 3 que les obstacles financiers constituent la principale cause du renoncement pour les différents soins de santé. Comme signalé plus haut, parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des achats de médicaments, les raisons purement financières sont ainsi avancées dans 100% des cas. S'agissant des « soins ophtalmologiques et lunetterie », les « séance de kinésithérapie » et les « analyses de laboratoire et radiologie », les motifs financiers constituent aux alentours des 2/3 des cas de renoncement, avec respectivement 69,23%, 66,67% et 64,44% des personnes ayant déclaré avoir renoncé à ce type de soins. Enfin, en ce qui concerne les « consultations de médecin généraliste », les « consultations de médecin spécialistes » et les « soins dentaires », les raisons financières sont avancées respectivement dans 50%, 45,90% et 44% des cas. On observe cependant une exception pour les appareillages auditifs, dans la mesure où les difficultés liées à la distance constituent la moitié des causes de renoncement. Cela peut être expliqué par les inégalités de répartition de l'offre de soins. En effet, les patients de la Wilaya de Bejaia sont aujourd'hui obligés de se déplacer à Alger, où sont concentrés les principaux centres d'audiométrie et de prothèse auditive.

Figure 3. Les raisons du renoncement pour chaque type de soins.



Source : Figure réalisée par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

4.3. Les déterminants du renoncement aux soins:

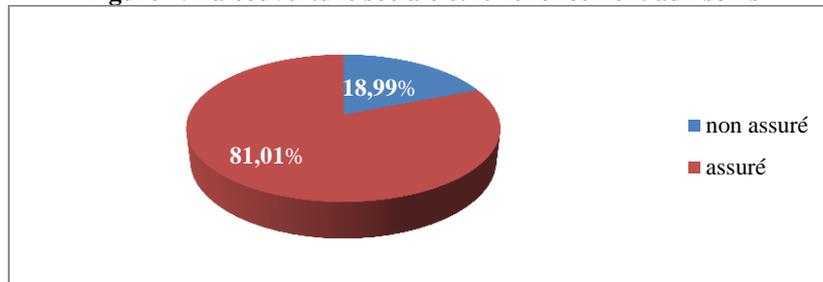
Dans ce point, il sera question d'identifier les déterminants de renoncement aux soins. Les indicateurs ainsi retenus sont le revenu, le niveau d'instruction du chef de ménage, la situation financière de ménage ainsi que le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, le revenu de et la couverture d'assurance-maladie de la personne.

4.3.1. La couverture sociale et le renoncement aux soins:

En Algérie, force est de constater que l'assurance-maladie n'a pas réussie à éliminer l'ensemble des obstacles économiques à l'accès aux soins. En effet, 81,01% des personnes ayant déclaré avoir renoncé aux soins sont des assurés

sociaux (Cf. Figure 4). Donc, avoir une couverture sociale n'est pas un déterminant de renoncement et d'accès aux soins.

Figure 4. La couverture sociale et le renoncement aux soins



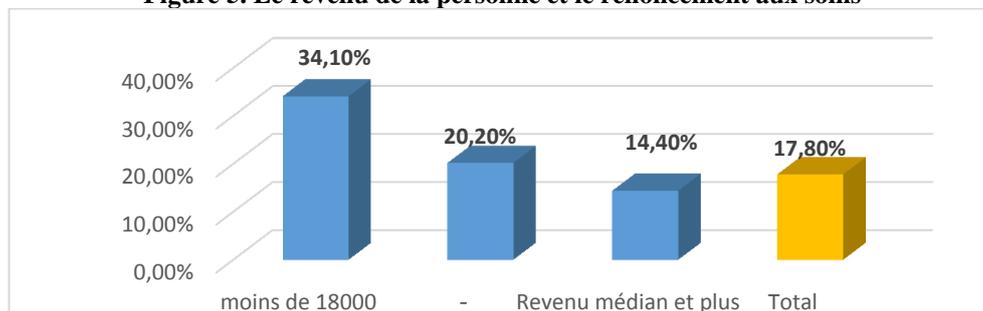
Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

4.3.2. Le revenu et le renoncement aux soins:

Pour étudier l'impact du revenu de la personne sur le renoncement aux soins, nous avons divisé le revenu en trois classes : le revenu mensuel inférieur au SNMG (inférieur à 18000 DA), le revenu mensuel supérieur au SNMG et inférieur au revenu médian (entre 18000 et 35000), et, enfin, le revenu mensuel supérieur ou égale au revenu médian (supérieur à 35000). Il ressort de notre enquête que le renoncement aux soins est une fonction décroissante du revenu de l'individu. Les résultats de l'enquête montrent que la proportion du renoncement est de 34,10% pour les personnes ayant un revenu inférieur au SMIG, contre seulement moins de 20,20% pour celles qui touchent un revenu situé entre le SMIG et le revenu médian, et, enfin, de 14,4% pour ceux qui touchent un revenu supérieur au revenu médian. En moyenne, le taux de renoncement pour les personnes disposant d'un revenu atteint 17,4%. Signalons que ces résultats sont similaires à la plupart des travaux empiriques traitant de l'accès aux soins (Dourgnon, 2012, Chauvin et al., 2012 ; Litaker, 2004 ; Mollborn, 2001 ; Thomas & Menager, 2017).

Néanmoins, le revenu de la personne ne reflète pas à lui seul les capacités financières de la personne, d'où la nécessité de prendre en considération d'autres indicateurs, notamment le revenu du ménage, le nombre de personnes à charge et les difficultés financières rencontrées par le ménage .

Figure 5. Le revenu de la personne et le renoncement aux soins

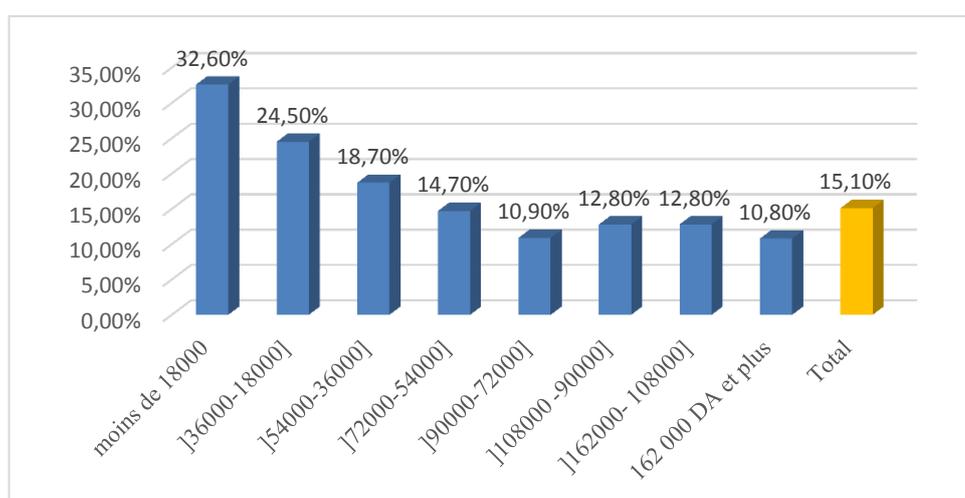


Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Concernant le revenu du ménage, parmi les ménages enquêtés ayant un revenu inférieur au SMIG, 32,60% des personnes appartenant à ces ménages ont déclaré

avoir renoncé à des soins de santé, soit une proportion plus de deux fois plus élevée que le taux de renoncement moyen et à celle des ménages ayant un revenu situé entre 54000 DA et 72000 DA. La propension au renoncement des ménages ayant un revenu inférieur au SMIG se révèle encore plus important lorsqu'on la compare aux autres classes de revenus : deux fois et demi plus importante que celle des ménages ayant un revenu situé entre 6 fois et 8 fois le SMIG ; trois fois plus important que celle des ménages ayant un revenu équivalent à 6 fois le SMIG et plus.

Figure 6. Le revenu du ménage et le renoncement aux soins.



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

En définitive, on peut conclure que le renoncement aux soins des personnes suit globalement l'échelle de revenu du ménage. Il ressort ainsi de notre enquête que le revenu du ménage a une influence déterminante sur l'accès et le renoncement aux soins des personnes les plus démunies. Ces résultats sont bien évidemment similaires à la plupart des travaux empiriques traitant de l'accès aux soins (Chaupain-Guillot et al., 2014 ; Chauvin et al., 2012 ; Haddad et al., 2004 ; Kaid-Tlilane, 2003 ; Kone, 2012 ; Sibley & Glazier, 2009 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018).

4.3.3. La taille de ménage:

Conformément aux travaux de Bazin et al. (2006), le renoncement aux soins est plus fréquemment déclaré par les personnes vivant dans des ménages de petite taille inférieure à quatre personnes que dans les ménages de taille supérieure. Les résultats de notre enquête s'inscrivent dans cette tendance, avec un taux de renoncement des personnes qui diminue globalement avec l'augmentation de la taille du ménage ; il passe ainsi de 18,40 % pour les personnes dont le ménage est inférieur à trois personnes à 15,90% pour ceux appartenant aux ménages dont la taille varie de 4 à 7 personnes, puis, enfin, à 10,30% pour les sujets dont la taille du ménage se situe entre 8 et 12 personnes.

Tableau1. Taille de ménage et le renoncement aux soins

Renoncement	Taille de ménage						Total	
	[0-3]		[4-7]		[8-12]			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
non	182	81,60%	865	84,10%	283	89,70%	1330	84,90%
oui	41	18,40%	164	15,90%	32	10,30%	237	15,10%
Total	223	100%	1029	100%	315	100%	1567	100%

Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

4.3.4. Les difficultés financières cours des 12 derniers mois:

La revue de la littérature empirique indique que la situation financière des ménages au cours des douze derniers mois peut avoir une influence importante sur l'accès et le recours aux soins des personnes. (Dourgnon et al.2012 ; Haddad et al., 2004; Kaid-Tlilane, 2003). Les résultats de notre enquête confirment globalement cette tendance. Ainsi, le taux de renoncement des personnes dans les ménages ayant déclaré avoir connu des difficultés financières au cours des 12 derniers mois atteint 23,70%, soit un taux plus de deux fois plus élevé que les personnes dans les ménages n'ayant pas connu ce genre de difficultés.

Tableau2. Difficultés financières de ménages au cours des 12 derniers mois et le renoncement aux soins.

Difficultés financières aux cours des 12 derniers mois						
	Non		Oui		Total	
	N	%	N	%	N	%
Non renonçant	983	88,40%	347	76,30%	1330	84,90%
Renonçant	129	11,60%	108	23,70%	237	15,10%
Total	1112	100%	455	23,70%	1567	100%

Source: Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

4.3.5. Période d'inactivité professionnelle:

La plupart des études empiriques conclues que les expériences de difficultés au cours de la vie, notamment les périodes d'inactivité professionnelle, ont un impact sur le renoncement aux soins. Les résultats de notre enquête confirment bien cette tendance. D'après le tableau 3, nous remarquons que 19,20% des personnes dont le chef de ménage a connu des périodes d'inactivité professionnelle déclaraient avoir renoncé aux soins, contre seulement 13,50% pour celles n'ayant pas connu ce genre de problèmes.

Tableau3. Le renoncement aux soins et les périodes

Renoncement	Périodes d'inactivité professionnelle				Total	
	non		oui			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non renonçant	951	86,50%	367	80,80%	1318	84,90%
Renonçant	148	13,50%	87	19,20%	235	15,10%
Total	1099	100%	454	100%	1553	100%

Source: Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

4.3.6. La crainte de perdre l'emploi:

La perception d'un future proche influence la décision d'avoir ou non le recours aux soins, notamment la peur d'être mis en arrêt maladie ou de perdre son travail (travailleurs vulnérables qui travaillent à temps partiel, à durée déterminée ou en intérim). La précarité de l'emploi favorise dès lors un moindre recours aux soins. Ces craintes peuvent alors être à l'origine chez ces personnes de formes de déni de la maladie et d'un certain nombre de symptômes qui seraient une entrave à la poursuite de leur activité professionnelle dont la survie dépend. Les résultats de l'enquête indiquent ainsi que 24% des personnes dont le chef de famille a une crainte permanente de perdre son emploi, déclarent avoir renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois, contre seulement 13,80% pour celles dont le chef de ménage n'a pas de crainte particulière pour la perte de son emploi.

Tableau4. La crainte de perdre l'emploi et le renoncement aux soins

Renoncement	crainte de perdre l'emploi				Total	
	non		oui		N	%
	N	%	N	%		
Non renonçant	1191	86,20%	130	76,00%	1321	85,10%
Renonçant	190	13,80%	41	24,00%	231	14,90%
Total	1381	100,00%	171	100,00%	1552	100,00%

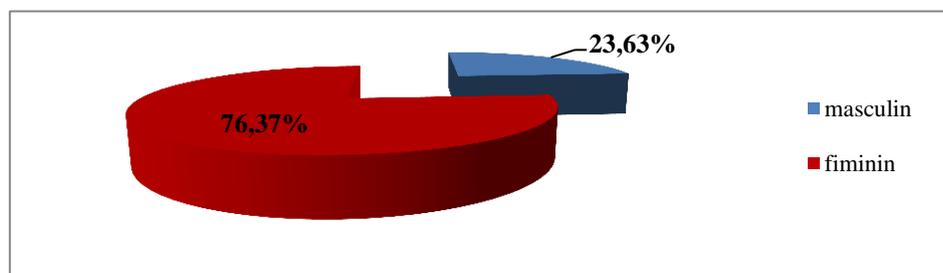
Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

En définitive, conformément aux conclusions de la plupart des études empiriques consultés (Dourgnon et al.2012 ; Haddad et al., 2004 ; Kaid-Tlilane, 2003), les résultats de notre enquête indiquent clairement que la précarité passée, présente et futur a une influence décisive sur le renoncement aux soins. Ainsi, la mesure subjective de la situation financière des ménages nous a permis d'affiner notre analyse du renoncement aux soins pour des raisons financières et de mettre en lumière d'autres difficultés que le revenu – considéré à lui seul – ne peut pas dévoiler.

4.3.7. Le genre :

Conformément à la revue de la littérature, le renoncement aux soins de santé chez les femmes est pratiquement trois fois plus élevé que celui observé chez les hommes (Cf. Figure 7). Cela s'explique par le fait que les femmes s'estiment plus en mauvaise santé par rapport aux hommes. En outre, elles ont généralement des problèmes gynécologiques notamment pendant la ménopause. De ce fait, elles ont une tendance à ressentir plus les besoins de soins et, par conséquent, sont plus susceptibles d'y renoncer.

Figure 7. Le genre et le renoncement aux soins de santé

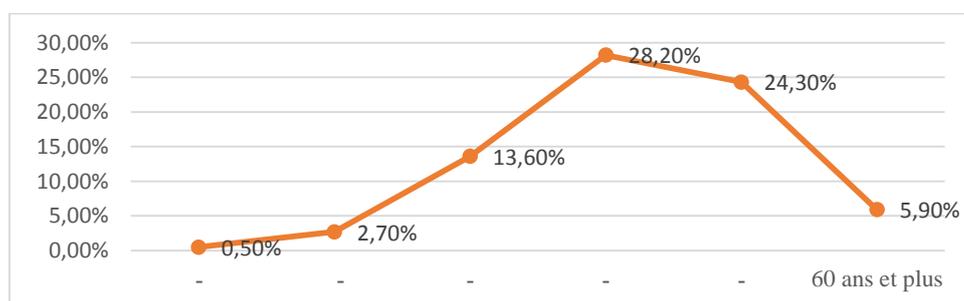


Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

4.3.8. L'âge et le renoncement aux soins:

Concernant l'âge, le renoncement semble suivre une courbe en cloche, plutôt élevé entre 30 et 45 ans, et plus faible pour les enfants et les personnes âgées. Ce résultat est bien conforme aux conclusions de la littérature empirique (Dourgnon, 2011). Cela s'explique en partie par le fait que les personnes vieillissantes sont probablement plus attentives à leur santé que les plus jeunes. Notons qu'on a relevé un seul cas de renoncement pour les enfants de moins de quatre ans. En effet, nombreux sont les parents qui déclarent renoncer eux-mêmes à des soins et ont essayé au maximum d'éviter cette privation à leurs enfants.

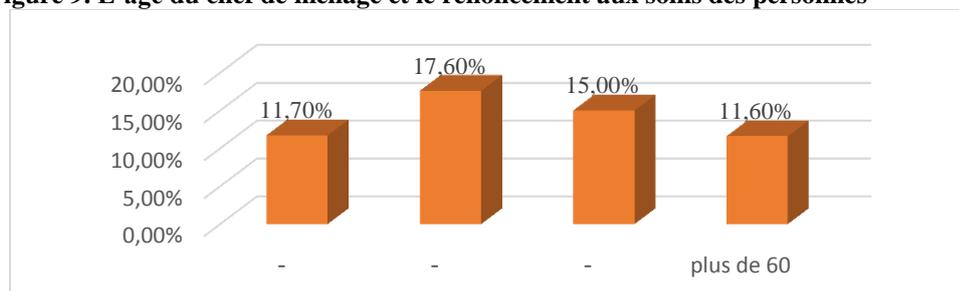
Figure 8. L'âge de la personne et le renoncement aux soins de santé.



Source : : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Quant à l'âge du chef des ménages, celui-ci n'a pas d'influence sur le renoncement aux services de santé des personnes composant le ménage en question. Ainsi, 11,17% des personnes dont l'âge du chef de ménage se situe entre 25 ans et 35 ans déclarent avoir renoncé aux soins, contre 17,60% des enquêtés dont l'âge du chef de ménage se situe entre 35 ans et 45 ans et 11,60 % pour ceux dont l'âge du chef de ménage est de 60 ans et plus. Signalons que ces résultats contrastent avec la plupart des travaux empiriques dans les pays en développement (Houffouet, 2015 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018) qui ont trouvé un lien significatif entre l'âge du chef de ménage et la décision de recours aux soins de santé.

Figure 9. L'âge du chef de ménage et le renoncement aux soins des personnes



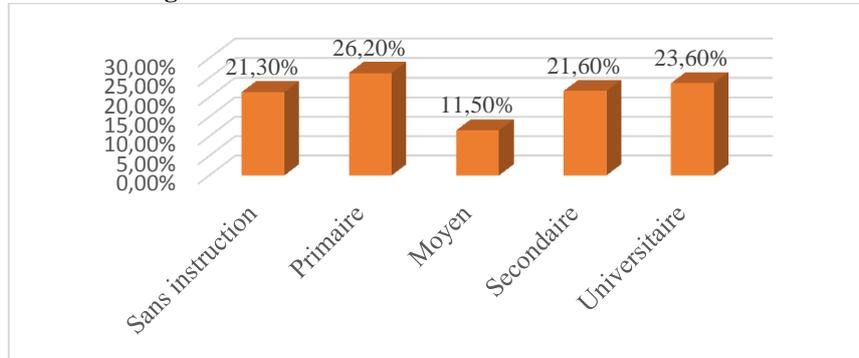
Source : : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

4.3.9. Le niveau d'instruction et le renoncement aux soins

Pour le niveau d'instruction, nous remarquons que le renoncement est plus important pour les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (26,2%) et universitaires (23,6%). Nous pouvons conclure par conséquent que le niveau

d'éducation de la personne n'a pas d'influence significative sur le risque de renoncement aux soins. Précisons que ces résultats sont similaires aux travaux de Chauvin et al. (2012) et Fjær et al. (2017).

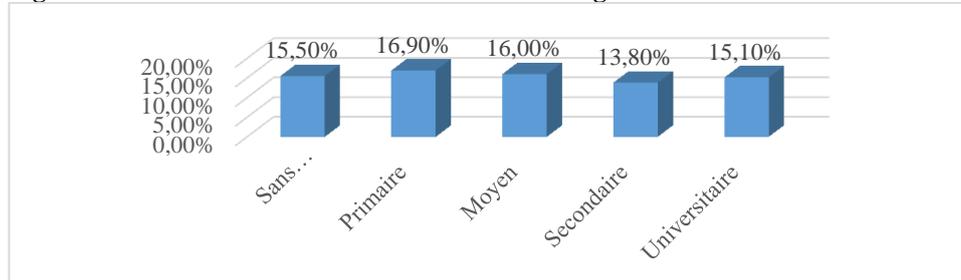
Figure 10. Le renoncement et le niveau d'instruction



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Concernant le niveau d'instruction du chef de ménage, nous n'avons pas observé de différences significatives entre le niveau d'étude de ce dernier et le renoncement aux soins des personnes qui composent le ménage en question. Ces résultats sont également contradictoires avec la plupart des travaux empiriques dans les pays en développement (Houffouet, 2015 ; Wilfried, Jérôme & Valentin, 2018), qui ont montré que le niveau d'instruction du chef de ménage a une influence sur la décision de faire ou non le recours aux soins.

Figure 11. Le niveau d'instruction du chef de ménage et le renoncement aux soins



Source : Enquête personnelle (01 janvier 2018 au 31 décembre 2018).

Conclusion:

Bien que le système de santé algérien pose comme objectif principal de garantir l'équité d'accès aux soins, force est de constater que des inégalités sociales persistent (voir tendent à se renforcer) et que le renoncement aux soins pour des raisons financières reste un problème majeur. Toutes les "failles" dans la couverture sociale (avec les nombreux soins hors nomenclature, en plus du déremboursement implicite induit par le retard pris dans la mise à jour de la nomenclature de remboursement qui date de 1987) et les nombreux coûts que les usagers doivent assumer en conséquence – dont le ticket modérateur ou encore le coût réel différent du tarif de référence de la sécurité sociale pour les achats de médicaments – constituent autant d'obstacles à l'accès aux soins des personnes malades, notamment les plus défavorisées.

Dans cette perspective, nous avons entrepris une enquête de terrain visant à explorer les mécanismes de formation des inégalités de santé et expliquer comment les différentes dimensions de la condition sociale des personnes et des ménages interagissent avec le phénomène du renoncement aux soins (utilisé ici comme indicateur d'inégalité d'accès aux soins). Rappelons à ce propos quelques-uns des résultats les plus marquants de notre enquête. Au total, plus de 57% des ménages enquêtés déclarent avoir déjà dû renoncer à des soins de santé ou les ont reportés – alors qu'ils en auraient eu besoin – au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Sur les 1567 personnes composant les ménages enquêtés, 15,12% d'entre eux ont déclaré avoir renoncé au moins une fois à un type de soins au cours des 12 derniers mois. En considérant uniquement les personnes âgées de 15 ans et plus, le taux de renoncement atteint près de 21%. Nous avons par la suite affiné notre analyse du renoncement en le détaillant selon les différents types de soins. Les soins dentaires constituent le premier poste de renoncement aux soins avec plus de 73% de la population enquêtée, loin devant les consultations de médecin spécialiste (25,63%) et les analyses de laboratoire et la radiologie (18,91%).

Par la suite, nous avons essayé d'identifier les principaux déterminants du renoncement aux soins. L'obstacle financier constitue près de la moitié des motifs de renoncement cités par les répondants. Cela s'explique par la persistance de barrières financières à l'accès aux soins y compris pour les personnes bénéficiant d'une couverture maladie (reste à charge trop important, impossibilité d'avancer les frais...). Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, la contribution des ménages au financement des dépenses de santé a augmenté dans des proportions importantes ces dernières années. Cependant, nombreux sont ceux qui mettent en avant des raisons autres que financières. Ainsi, 29,02% ont déclaré avoir renoncé aux soins du fait d'autres contraintes. Pour les soins dentaires particulièrement, le manque de temps et la « peur » sont souvent invoqués. Ces obstacles constituent le second motif de renoncement aux soins dentaires, après les raisons économiques. Dans le cas des appareillages auditifs, c'est les difficultés liées à la distance ou le manque de médecins à une distance raisonnable de leur domicile (avec près de la moitié des causes de renoncement) qui sont le plus souvent invoquées par les répondants.

Les résultats de l'enquête montrent aussi que la situation financière du ménage (revenu du ménage, taille de ménage) est l'un des principaux facteurs qui interviennent dans la décision du renoncement aux soins de santé. En outre, les expériences de précarité passées (particulièrement le fait d'avoir connu des périodes d'inactivité professionnelle), présentes (difficultés financières au cours des douze derniers mois) mais aussi anticipées (crainte de perdre son emploi), jouent aussi sur l'accès financier aux soins. Le coût des soins laissé à la charge des patients peut ainsi expliquer que les plus pauvres renoncent à des soins qu'ils jugent pourtant nécessaires au regard de leur état de santé. Enfin, on a pu constater que le niveau d'instruction et l'âge du chef de ménage n'ont aucune influence sur la décision de recours aux soins.

Concernant les caractéristiques individuelles, les femmes déclarent plus souvent renoncer à des soins que les hommes. En outre, le lien entre l'âge et le taux de renoncement suit une courbe en cloche ; plutôt élevé entre 30 et 45 ans, et plus faible pour les enfants et les personnes âgées. Par ailleurs, nous avons constaté que

le niveau d'instruction de la personne n'a pas d'influence pas le risque de renoncement aux soins.

En définitive, les résultats de notre enquête démontrent largement l'existence d'un lien entre vulnérabilité économique et accès aux soins, ce qui confirme indirectement notre hypothèse selon laquelle l'assurance-maladie n'a pas réussi à éliminer l'ensemble des obstacles économiques à l'accès aux soins. Dès lors, nous pouvons conclure qu'il existe de véritables inégalités sociales d'accès aux soins de santé dans la Wilaya de Bejaia.

Références Bibliographiques:

1. Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010), « Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? ». *Soc Sci Med*, 70(3), 465-472. doi:10.1016/j.socs.cimed.2009.10.027.
2. Ancelot, L., depret, M-H. (2014), « Périnatalité, renoncement aux soins et santé : une analyse empirique à partir de l'Enquête Nationale Périnatale 2010 ». Workshop renoncement aux soins 26 novembre 2014 (IRIAF, Niort).
3. Azogui-Lévy, S., Rochereau, T. (2005), « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'Enquête santé et protection sociale », *Questions d'économie de la santé*, n° 94, mai.
4. Bazin, F., Parizot, I. & Chauvin, P. (2006), « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001 ». *Sciences sociales et santé*, vol. 24(3), 11-31. doi:10.3917/sss.243.0011.
5. Chalane S. (2010), « Essai d'analyse du système de régulation dans le secteur pharmaceutique algérien: du contrôle centralisé aux procédures incitatives décentralisées ». Mémoire de Magister en Sciences Économiques, Université de Bejaïa.
6. Chaupain-Guillot, S., Guillot, O., Jankeliowitch-Laval É. (2014), « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV ». In : *Economie et statistique*, n°469-470, 2014. pp. 169-197 ; doi : 10.3406/estat.2014.10426.
7. Chauvin P., Renahy E., Parizot I., Vallée J. (2012), « Le Renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 ». Document de travail, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), mars, no 120. URL: <http://drees.solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud120.pdf>
8. Chen, J., Hou F.(2002) , « Soins de santé : besoins non satisfaits », *Rapports sur la santé*, 13(2), 2002, p. 27-40 (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).
9. Desprès, C. (2012), « Le renoncement aux soins pour raisons financières : analyse socio-anthropologique », DREES, Document de travail, n°119.
10. Desprès, C., Dourgnon P., Fantin R. et Jusot F. (2011a) , « Dépenses de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins », DREES, Comptes nationaux de la santé 2010, 14 p.
11. Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R. et Jusot, F., (2011b), « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », IRDES, Questions d'économie de la santé, n°169.
12. Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011c). « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique ». *Question d'économie de la santé*, 170. En ligne <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>.
13. Dourgnon, P., 2011. «Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique». Colloque DREES sur le renoncement aux soins, Paris, 22 novembre 2011.
14. Dourgnon, P., Jusot, F., & Fantin, R., (2012). « Payer peut nuire à votre santé : Une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé ». *Economie Publique*, 1-2 (28-29), 123-147.
15. Fjær, E. L., Stornes, P., Borisova, L. V., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2017), « Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health ». *European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), 82–89. doi:10.1093/eurpub/ckw219.
16. Haddad, S. ; Nougara A.; Ridde V. (2004): « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso ». In : *Santé, Société Et Solidarité* N°2. Inégalités sociales de santé. pp. 199-210.

17. Houffouet, J. (2015), « infrastructures sanitaires et accès aux soins de santé à Agboville », mémoire de master en géographie de la santé, UFHB. 159 p.
18. Jusot, F. (2013), « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, S163-S169. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.011>.
19. Kaid Tlilane N. (2003), « Système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaïa ». Thèse de Doctorat d'Etat es Sciences Economiques, Université d'Alger.
20. Lafortune, G., Devaux, M. (2012) : « Accès financier aux soins de santé : enseignements et limitations des comparaisons internationales ». Acte du colloque sur le renoncement aux soins.
21. Mollborn, S., Stepanikova, I. et Cook, K.S. (2005), « Delayed Care and Unmet Needs among Health Care System Users: When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter ? », *Health Services Research*, vol. 40, n° 6 (Part 1), pp. 1898-1917.
22. Office Nationale des Statistiques. (2015), « Enquête Nationale sur les Dépenses de Consommation et le Niveau de Vie des Ménages 2011 » .
23. Or, Z., Jusot, F. & Yilmaz, E. (2009), Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?. *Revue économique*, vol. 60(2), 521-543. doi:10.3917/reco.602.0521.
24. Organisation Mondiale de la Santé (2009), « Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux ». Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
25. Raynaud, D. (2005), « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats*, n° 378.
26. Renahy, E., Vallée J., Parizot I. Chauvin P. (2011), « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 », dans la cohorte SIRS.
27. Revil, H. (2018), « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, N° 53(1), 29. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0029>
28. Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2010), « How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Affairs* », 29(12), 2323-2334. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0862>
29. Shi L., & Stevens, G. D. (2005), « Vulnerability and unmet health care needs : The influence of multiple risk factors » . *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 148-154. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40136.x>
30. Shmueli A., 2003, « Socio-Economic and Demographic Variation in Health and in its Measures: The Issue of Reporting Heterogeneity », *Social Science and Medicine*, 57, pp. 125-134.
31. Sibley, LM., Glazier, RH. (2009), « Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada : a population-based provincial comparison ». *Healthcare Policy* ;5:87-101.
32. Tchicaya, A. Lorentz N. (2011), « Inégalités sociales dans le renoncement aux soins de santé et dans leur utilisation. Working paper n° 2011-19, CPES.
33. Warin, P. (2011), « Renoncement à des soins et précarité ». Colloque DREES sur le renoncement aux soins, Paris, 22 novembre 2011.
34. Warin, P., & Chauveaud, C. (2014), « Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard ». Consulté à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01099989>
35. Wilfried, M. G.-H., Jérôme, A.-N., & Valentin, E. K. (2018). « Les déterminants de l'accès aux services de santé à grand bassam ». *European Scientific Journal*, 14(6). <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n6p124>
36. Zehnati, A. (2014), « Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie ». Thèse de doctorat en Sciences Economiques. Université de Bejaïa et université de Bourgogne.
37. Ziani, F., Brahamia, B. (2016), « La consommation de médicaments en Algérie entre croissance, financement et maîtrise ». *Les cahiers du MECAS*, N° 1.