

SOLIDARITE SOCIALE ET L'ACCES AUX SOINS EN ALGERIE

Mohamed KADOUCHE

Résumé :

Face aux maux de toutes sortes qui frappent les ménages algériens, deux logiques d'aide semblent se croiser : Une exogène qui émane des gouvernements et des organismes de développement, et une autre endogène qui émerge des populations locales d'elles mêmes. Si la première forme de solidarité est très connue grâce aux mécanismes et organes de l'état comme la protection sociale. La seconde forme (solidarité endogène) reste encore méconnue. Cette étude a pour but de déterminer l'ampleur de la solidarité endogène dans la société algérienne, particulièrement en milieu familial, à travers une enquête dans un établissement public hospitalier.

Les auteurs démontrent que la solidarité endogène (solidarité des populations locales entre elles) non seulement est présente, mais s'exprime sous plusieurs formes observables. L'étude révèle aussi que le recours aux ressources relationnelles déployées par l'utilisateur et son entourage social restent un facteur facilitateur déterminant à l'accès aux soins dans les établissements des soins publics.

L'inscription sociale des membres de la famille dans des réseaux sociaux communautaires facilite l'usage de ce capital à l'accès aux soins publics.

Mots-clés : accès aux soins, capital social, inégalités sociales, solidarité sociale, réseaux communautaires.

Introduction :

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un dispositif de soins composé d'une infrastructure relativement importante d'une répartition inégale et qui ne répond pas aux besoins, du moins à la majorité de la population, implantée dans les grandes agglomérations du Nord du pays. La quasi-totalité de la population n'avait pratiquement pas accès aux soins.

Le départ des Français a laissé un grand vide d'encadrement au niveau de ces structures. En 1963, l'Algérie compte 600 médecins dont la moitié des expatriés. Juste après l'Indépendance, le système de santé en Algérie s'est construit sur la base d'un héritage orienté vers une conception libérale (la distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses). Au cours de la période de construction du socialisme, d'autres orientations étaient affirmées. Conception radicalement différente à l'opposé de la première et où l'état devrait être l'organisateur direct de ces activités. Le pouvoir public s'est engagé dans une stratifié de développement sanitaire, basée sur le principe de la médecine gratuite, une dynamique sanitaire basée sur une politique de santé verticale¹, attribuant aux usagers du système un rôle de consommateur et non d'acteur à part entière. Cette politique n'a jamais cessé de contribuer pour améliorer l'état de santé de la population malgré les multiples efforts de financement de ce système national. Les hésitations sur le choix de la politique en question pour la période de 1962 à 1974 étaient très clairement visibles sur la scène politique. La première tentait de reconstituer le système de santé en le dotant de moyens humains et financiers pour en permettre son extension et cela au regard des déséquilibres flagrants hérités de l'ancien système. Le deuxième courant, optait pour la reconstruction d'un système à partir de principes et de mécanismes de fonctionnements différents. L'absence signalée d'un troisième courant qui devrait s'intéresser à la compréhension de la sociologie algérienne ainsi l'implication des acteurs dans le choix optionnel d'un système de santé pourrait répondre aux attentes des citoyens. Cette négligence est peut être le facteur qui continue à contribuer jusqu'au jour d'aujourd'hui aux dysfonctionnements du système de santé.

Le circuit d'accès aux soins et l'orientation des malades ainsi que la prise en charges de ces derniers, dépendent en effet aussi à d'autres facteurs subjectifs (relations personnelles), liens sociales (ressources) qui peuvent être mobilisées par l'utilisateur. Ce dernier (accès aux soins gratuit), peut même différer, voire se caractériser d'authentiques discriminations selon plusieurs caractéristiques socio-économiques et l'importance des échanges sociaux d'ordre matérielles et

¹ Mohamed Mebtoul, (1999), « La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie », *Socio-anthropologie*, vol, n° 5, 103-115,

immatérielles entrepris entre l'utilisateur et les acteurs sociaux du système.

Face à cette situation délicate, le malade ou l'utilisateur du système se trouve face à une situation parfois de refus (formes d'exclusion) qui l'incite à s'interagir dans son environnement social avec les différents acteurs et usagers du système pour consommer de son stock (capital social) et ses relations socialement utiles. La réalité sanitaire en Algérie est un fait social. Elle reflète les caractéristiques de la société algérienne, distribuant selon sa propre logique et de façon inégalitaire les bienfaits matériels et symboliques (biens, services, prestiges, autorités et autres). Elle reste complexe à l'analyse par sa place dans le quotidien ainsi que par la pluralité des paramètres qui sont impliqués dans sa production, ses formes, ses structures, et qui appartiennent à une multitude de dimensions (économiques, politiques, culturelles, idéologiques et sociales).

Cette réalité construit finalement une situation sociale instable aux politiques et aux multiples acteurs du système.

1.Problème et questionnements: La politique de développement largement appuyée sur la redistribution de la rente énergétique s'est traduite au niveau de la santé par un secteur public visant le monopole des soins réalisés totalement au début par l'hospitalisation. Les conséquences des pratiques et choix politiques comme, la gratuité dispensée, la suppression des mécanismes de contrôle et de régulation, la gestion bureaucratique, ont généré de vastes mécanismes de surcoûts qui ont plongé les instances de santé et leurs usagers dans des situations ambiguës, lacuneuses, incitantes aux différentes pratiques sociales. L'utilisateur, perdu dans un circuit thérapeutique (l'errance thérapeutique)², invente sa propre stratégie basée sur des pratiques sociales souvent non conformes aux pratiques régulatrices du système.

L'investissement dans le capital social et l'implication sociale restent le parcours le plus favorable aux aides et à la solidarité des

² Mebtoul M., « les acteurs sociaux face à la santé publique : médecine, Etat et usagers Algérie », in : HOURS B., (éd), *systèmes et politique de la santé, de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 103-116

proches pour y accéder aux soins. Selon plusieurs études, la solidarité serait à la base de cette capacité d'avoir accès aux services de soins devenue difficile face aux barrières immatérielles. C'est seulement ces dernières années que certains auteurs (Pilon et alé, 1997; Latouche, 1998) commencent en faire un objet d'études et de publications. Il faut dire que cet intérêt est en partie motivé par l'avènement de la dérationalisation des dépenses publiques et le dysfonctionnement des services de soins publics qui dessinent le recul du concept d'état providence. En effet, l'inefficacité du système de protection sociale public, la nécessité des systèmes de solidarité informels et d'entraides mutuelles s'imposent comme un recours plus que jamais indispensable.

Actuellement, le dysfonctionnement et parfois l'absence des services de soins remettent en cause les modes officiels de redistribution sociale existants. Les familles algériennes se voient obligées de développer de nouvelles formes de solidarité ou de renforcer celles qui existaient pour se soutenir dans les situations difficiles et maintenir l'équilibre et la cohésion sociale (Marie, 1997)³. Certaines formes de solidarités et d'entraides communautaires se sont profondément transformées pour répondre à des formes plus complexes souvent différentes des logiques traditionnelles connues. Dans une étude sur les ménages et familles en Afrique, Marie (1997) met en évidence la concentration de plus en plus marquée de la solidarité sur la famille restreinte (la famille nucléaire).

L'étude du phénomène d'accès aux soins publics, est l'un des phénomènes qui sont concernés par ce mécanisme social.

L'accès aux soins dans sa double composante, matériels (argent et biens) et immatériels (système de pratiques sociale, ressources relationnelles et capital social) et l'interaction entre l'utilisateur et les différents acteurs du système de santé, reste à notre avis un phénomène complexe à décrypter.

Ces solidarités obéissant plus à une logique d'affinité (amis d'écoles, voisins, collègues de travail) que de parenté ou d'alliance pour certaines communautés.

³ MARIE A. (1997), « *Les structures familiales à l'épreuve de l'individuation Citadine* », dans *Ménages et Familles en Afrique, approches des dynamiques contemporaines*. Paris, CEPED, 407p. (Les études du CEPED No 15, chapitre 14).

Dans cette étude, l'objectif principal est de déterminer l'ampleur des nouvelles formes de solidarité sociale dans la société algérienne actuelle, d'analyser le rôle de cette solidarité sociale et en particulier familiale par rapport à l'accès aux soins de santé dans les établissements publics.

Notre réflexion semble orientée sur la question : **Comment s'organisent les usagers (logiques entreprises) pour avoir accès au service de soins gratuit face aux multiples barrières de natures différentes, caractérisant le système public et le rendant moins efficace à la consommation ?** Ce questionnement débouche sur une série de questions mettant en évidence le système et les formes d'entraides à l'accès aux soins de notre population d'étude. De manière spécifique, notre étude vise à répondre aux questions qui pourraient résoudre ces situations:

- Déterminer l'existence de solidarité locale endogène et la proportion des ménages qui en bénéficient de ce mécanisme social.
- Mettre en évidence les différentes formes sous lesquelles celle-ci se présente.
- Identifier les caractéristiques des ménages qui bénéficient de l'aide et plus particulièrement les facteurs qui les différencient de ceux qui n'en bénéficient pas.

Ce travail part d'un constat de terrain, c'est celui de la mise en évidence de l'existence au sein de la population des formes de solidarité sociale. Une solidarité dans son sens le plus large possible qui, dans certains cas, permet aux malades d'avoir les ressources (financières relationnelles, informationnelles...) nécessaires pour l'accès aux soins de santé dans les structures publiques. Ces formes de pratiques qui ne sont ni formelles, ni officielles, apparaissent dans les moments où l'individu traverse des situations difficiles.

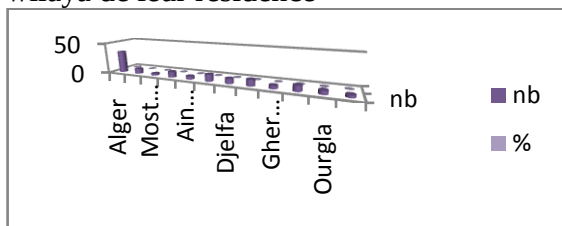
2. Méthodologie et contexte de l'enquête : Notre étude s'est déroulée dans une salle d'attente d'un établissement de santé publique. La population qui se trouve dans cette salle est composée de parents, d'amis et de collègues des malades hospitalisés. Le règlement intérieur de l'établissement détermine les horaires de visite des malades hospitalisés. Cette organisation très simple contraste avec une organisation très complexe fondée sur un flux d'informations et un bavardage précis sur les raisons d'hospitalisations, sur l'errance et sur les parcours thérapeutiques du malade hospitalisé.

C'est ainsi qu'on peut avoir dans un espace très limité une diversification de logiques et de tendances sur l'objet de l'étude. La collecte des données est faite à partir d'une enquête à passage unique auprès des chefs de ménage. L'enquête se faisait suivant la disposition des chefs de ménage et selon leur positionnement dans la salle. Le critère de choix des enquêtés repose sur le statut de la personne (chef de ménage) et sa prédisposition pour répondre à nos questions. Généralement, les visiteurs sont accompagnés par des enfants à bas âge et le règlement intérieur ne leur permet pas l'accès aux services et pavillon d'hospitalisation. C'est le chef de ménage qui assure la garde des enfants et cette situation est très avantageuse à notre mission.

L'étude a porté sur 113 cas (chefs de ménage). Elle a duré trois semaines pour pouvoir s'entretenir avec les 339 personnes choisies, dont 113 chefs de ménage ayant un membre de son ménage hospitalisé. Cette méthode nous a permis d'interviewer, en utilisant le dictaphone pour l'enregistrement de l'entretien, bien sur après leurs avis favorables, avec les 339 personnes. Le bénéfice d'une forme d'aide pour l'hospitalisation ou pas, ne constitue pas une variable de sélection de notre échantillon d'étude du moins pour cette étape.

2.1 Population d'étude : La population d'étude retenue est composée par les chefs de ménages présents dans un établissement sanitaire public dont le nombre prédisposé à répondre à nos questions est de 113 chefs de ménage.

Graph (1) : répartition des chefs de ménages de l'enquête selon la wilaya de leur résidence



2.2 Préparation psychologique de la population d'étude :

Même si notre instrument de mesure est adéquat, cela ne nous paraît pas suffisant pour avoir des données fiables et valides. Dans un contexte tel que celui de notre étude, il est aussi difficile et important d'avoir la collaboration volontaire de la personne interrogée pour minimiser la violence de l'interviewé, vu son état psychique et

d'avoir des données fiables⁴. Donc nous avons expliqué le contexte et l'objectif de l'étude aux personnes interrogées avant bien de commencer notre interview.

2.4 Stratégie d'enquête: compte tenu des moyens qu'offrent les Technologies de l'Information et de la Communication, nous avons remplis par nos soins les questionnaires de cette enquête. L'enregistrement et l'écoute des dires des enquêtés pendant la passation du questionnaire nous a servi de moyen de contrôle et de validation des données. Un logiciel informatique (le Sphinx Lexica Ver 5.1) nous a permis la construction et le dépouillement des questionnaires de l'enquête.

2.5 Fiabilité et validité de l'instrument de mesure : La fiabilité d'un instrument de mesure est dans sa capacité de reproduire les données de façon consistante dans le temps et dans l'espace. Dans notre étude, nous assurons la fiabilité de notre questionnaire par un pré-test sur un ensemble de chefs de ménage dans notre sphère social (sur 8 chefs de ménages) et un deuxième pour une validation définitive des questions. Ces derniers ont permis de changer la formulation de certaines questions et de supprimer d'autres. La validité de notre instrument est dans sa capacité de mesurer le phénomène étudié. La solidarité sociale comme concept théorique est l'objet à mesurer par notre instrument méthodologique.

2.6 Echantillonnage : Le calcul de l'échantillon s'inspire d'une part de la procédure préconisée par l'O.M.S⁵ pour déterminer la taille de l'échantillon dans les études sanométriques et d'autres par de la méthode de Fleiss⁶. Notre objectif est de sélectionner que les chefs de ménage dont l'un des membres de leur ménage est hospitalisé. Nous avons eu un ratio d'un chef de ménage pour trois personnes questionnées (1/3). En utilisant la formule de Fleiss nous avons 113 chefs de ménages, le nombre de ménage requis est donc: $N = 113 \times 3 = 339$ visiteurs questionnés. La collecte de données s'est déroulée dans cinq salles d'attentes de services différents. Il a fallu interroger

⁴ Bourdieu P. (1986), « *Le sens pratique* ». Paris, éditions, Minuit.

⁵ O.M.S. : Lang S K. Lemeshow S. (1991) « déterminant de la taille d'un échantillon dans les études sanométrique ». Manuel pratique, 84 pp.

Petit Robert, (1986). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Éditions le Robert, 107 av. Parmentier Paris-XIème

⁶ Fleiss JL (1981). « *Statistical Methods for Rates and Proportions* » 2 ème édition, John Wiley and Sons editors.

en moyenne 70 personnes par salle. Dans chaque chacune d'elle une équipe d'enquêteurs disposait de deux jours, et chaque enquêteur (il y a 3 enquêteurs) devait faire 12 personnes par jour. Les données ont été saisies sur place ce qui nous a permis de minimiser les erreurs des enquêteurs et autres questionnaires non valides.

3. Analyse des données : Des analyses descriptives ont été faites pour présenter les caractéristiques des ménages et les types de solidarité par rapport à notre échantillon d'étude.

Dans une deuxième étape, les caractéristiques spécifiques des ménages qui bénéficient de la solidarité ont été étudiées. Il s'agit à ce niveau de mettre en évidence les facteurs qui distinguent les ménages qui bénéficient de la solidarité de ceux qui n'en bénéficient pas.

3.1 Description des variables dépendantes :

- **La variable « solidarité en général » :** Organisation sociale très simple de la famille algérienne se contraste avec une organisation sociale urbaine très complexe et très rigide fondée sur l'élaboration précise de règles de la parenté et des systèmes communautaires. De cette organisation sociale découle un lien social fort ⁷ qui se traduit par des formes diverses de solidarité.

- **La variable « solidarité des associations » :** La variable « solidarité des associations » est créée pour distinguer les chefs de ménage qui bénéficient de l'aide des associations de ceux qui n'en bénéficient pas.

- **La variable « solidarité des proches » :** La solidarité des proches est la solidarité des parents, des amis et des voisins. L'entraide familiale est l'une des composantes essentielles du maintien de la cohésion de la société algérienne.

4.2 Description des variables indépendantes :

Les variables indépendantes sont constituées de l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, des facteurs d'implications et de perception des ménages et de leur chef.

4. Résultats

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des ménages :

Dans le tableau n°1 (voir annexe), nous présentons les principales caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude. La

⁷ Durkheim E. (1960) «De la division du travail social » Paris: Presses Universitaires de France, 7ème édition.

population de notre étude est majoritairement de sexe masculin. Les chefs de ménages qui sont pour la plupart des salariés, comptent beaucoup d'adultes et d'enfants. Nous avons en moyenne 4 enfants par ménage, et une taille de 6,5 personnes par ménage.

4.2 Caractéristiques socio-économiques des ménages: Comme tous les autres grands établissements de santé d'Alger, le centre hospitalo-universitaire de Kouba est l'un des établissements de santé fréquenté par une population hétérogène et qui vient de différentes régions d'Algérie.

Presque la moitié de la population d'étude réside dans wilaya d'Alger, le reste de cette population (chef de ménage) vient des autres régions. La moitié des chefs de ménage interrogée, soit 48,45%, est propriétaire de sa maison. 39,18% des chefs de ménage interrogés sont en location et le reste est en statut d'habitation irrégulier (gourbis et autres formes d'habitats). La majorité des chefs de ménage interrogée affirme posséder au moins une voiture, soit 70,10%. Les chefs de ménages qui n'ont pas de moyen de locomotion, (29,90%), sont pour la plupart sans emploi ou à revenu très modeste, entre autres, fonctionnaires et retraités qui vivent de leur pension.

En l'absence d'une mesure certaine des flux monétaires et pour mesurer le niveau socio-économique du chef de ménage, nous nous sommes appuyés sur un certain nombre de signes extérieurs de richesses. Ce sont les traces matérielles de valeurs existantes que nous avons mesurées. Plusieurs études ont déjà recouru à cette méthode (Raynaut, 1986; Wyss, 1994; Diakit., 1998). Compte tenu des réalités du contexte, certains biens sont considérés comme des biens collectifs (le cas des moyens de locomotions et la maison). Dans une famille, on peut avoir sous un même toit, le grand-père, le père et le fils, chacun avec sa femme et ses enfants. Nous considérons donc qu'il existe trois niveaux socio-économiques : niveau collectif de la famille, le niveau ménager qui est différent du dernier, en l'occurrence, le chef de ménage. En ce qui concerne le niveau socio-économique collectif du ménage, nous nous sommes référés à certaines traces matérielles telles que le type et le statut de la maison ainsi que les moyens de locomotion. Trois grandes catégories de ménage ont été distinguées:

1. Les ménages pauvres (TOL élevé et moyen de locomotion inexistant).
2. Les ménages de niveau moyen (TOL moyen et moyen de locomotion insuffisant).

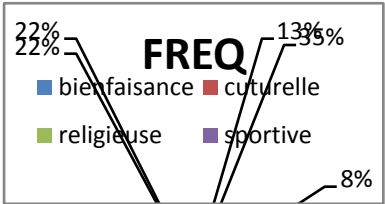
3. Les ménages riches possèdent et occupent un logement de type villa avec un faible TOL et qui possèdent plus d'une voiture comme moyen de locomotion. Pour mesurer le niveau socio-économique du chef de ménage, nous avons considéré la possession de la voiture et du logement, dans la culture urbaine au sein de la société Algérienne comme un moyen d'expression d'une certaine aisance économique. Quatre grandes catégories de chefs de ménage ont été distinguées:

1. Chef de ménage pauvre (chef de ménage sans voiture ni propriétaire d'habitation).
2. Chef de ménage moyen (chef de ménage avec une voiture et sans être propriétaire d'une habitation).
3. Chef de ménage riche (chef de ménage avec une voiture et une maison qui lui appartient).
4. Chef de ménage très riche (chef de ménage qui possède plusieurs voitures et au moins une maison à sa possession).

4.3 Implication sociale des chefs de ménage : La population de notre étude est caractérisée par une implication associative très faible. Sur les 113 chefs de ménage interrogés, seulement 22 chefs de ménages soit (19,46%) affirment leur implication dans une association, dont 36,36% de ces derniers sont actifs dans des associations de bienfaisances, soit 8 chefs de ménage. Le reste des chefs de ménages questionné, soit 91 chefs de ménages déclarent n'avoir aucune forme d'implication aux différentes formes d'activités associatives.

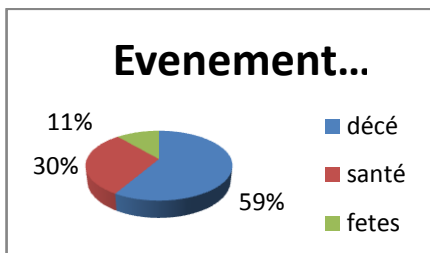
Tableau n°2 : Appartenance à une association.

Type d'association	Freq	%
Bienfaisance	8	36,36%
Culturelle	2	9,09%
Religieuse	3	13,64%
Sportive	5	22,73%
Autres	5	22,73%
Total	22	100,00%



4.4 Perception de la solidarité par les chefs de ménage :

Sur l'ensemble des chefs de ménages questionnés, 85,48% de ces derniers, affirment que la solidarité est présente dans leur sphère familiale. Les situations où la solidarité émerge le plus sont: les décès (58,5%), la maladie (30%) et les fêtes (11,5%).



4.5 Description des différentes formes de solidarité : Sur les 113 chefs de ménage interrogés, 61,7% affirment bénéficier d'au moins une forme d'aide parmi plusieurs types d'aides : les aides uniques (aide d'associations ou de parents ou d'amis uniquement) et les aides composées. Parmi les composées, nous avons les aides doubles (aide de parents et amis ou aide de parents et associations) et les aides triples (aide de parents, amis et associations). Les chefs de ménage interrogés, soit 24,19%, affirment n'avoir bénéficié d'aucune forme d'aide. La répartition des différents types d'aide est présentée au tableau n°3. Selon les sujets interrogés, 22,3% des aidants (amis, voisins, collègues de travail et parents) prenant en charge les dépenses de soins sans remise. 27,26% des aides sont sous formes de services (transport et accompagnement du malade). Les recommandations et les orientations restent la forme la plus présente chez notre population d'étude avec un pourcentage de 44,61% de la totalité des chefs de ménages ayant bénéficié d'aides à l'accès aux soins (voir annexe tableau n°3). Les résultats de ce tableau montrent clairement une forte présence de pratiques solidaires au sein de la famille algérienne. Ces dernières sont de natures différentes.

4.5.1 Caractéristiques des chefs de ménages bénéficiant de la « solidarité en général » : Toutes les variables indépendantes définissant les caractéristiques des chefs de ménage ont été croisées avec la variable dépendante : la solidarité en générale.

Nos variables dépendantes étant des variables nominales, après l'analyse bi variée, nous avons constaté que certains chefs de ménages ont bénéficié des trois formes de solidarités. Une deuxième catégorie de chefs de ménages ne bénéficie que de deux formes de solidarités et en fin une troisième catégorie, bien que la troisième catégorie bénéficie des trois formes déjà citées.

La catégorie des ménages de niveau socio économique possédant une voiture est la catégorie la plus concernée par la troisième forme de

solidarité « solidarité des proches ». Cette forme de solidarité implique l'entourage social du chef de ménage (parents, amis de la famille, voisins et collègues de travail) dans le choix thérapeutique, la prise de décision et l'hospitalisation du malade. Cette implication est probablement justifiée par la possession de ce moyen de transport qui permet, à la fois, le déplacement et l'accompagnement du malade par l'acteur social dans sa pluralité. Le tableau n°4 présente aussi les résultats du croisement de la dernière variable du tableau (niveau socio économique du ménage) avec l'ensemble des formes de solidarité et qui révèle, en particulier, avec la troisième forme de solidarité, que le niveau socio économique moyen des ménages a plus de chance de recevoir des aides. Au niveau du statut matrimonial, on constate que les chefs de ménage mariés ont plus de chance d'avoir de l'aide que les chefs de ménage célibataires.

4.5.2 Caractéristiques des chefs de ménages bénéficiant de la « solidarité des Associations » : Le tableau n°4 nous présente le résultat des analyses du croisement fait entre la variable dépendante « solidarité des associations » et les variables indépendantes. Il est à préciser que la variable « l'implication associative » a été incluse dans l'analyse. Aucun chef de ménage non impliqué dans une association n'a bénéficié d'aide des associations (voir tableau n° 4). L'implication sociale est donc une condition préalable pour bénéficier de l'aide des associations. En dehors de l'implication associative, le facteur le plus déterminant de la « solidarité des associations », malgré l'existence d'associations d'aide dans le milieu social des chefs de ménages questionnés non bénéficiaires de cette forme de solidarité, est la faiblesse du taux d'implication associative dans notre population d'étude. D'autres facteurs tels que l'âge, le niveau socio-économique du ménage, le statut d'occupation de la maison, le genre du chef de ménage et le lieu de résidence (ville métropole, ville et village), influencent la capacité à bénéficier de la solidarité des associations.

4.5.3 Caractéristiques des chefs de ménages bénéficiant de « la solidarité des proches » : Les variables indépendantes ont une relation significative avec la variable dépendante « solidarité des proches ». Elles sont présentées dans le tableau n°4. Dans le même tableau, nous avons présenté les résultats du croisement de la variable dépendante « solidarité des proches » et les variables indépendantes. Parmi les facteurs les plus associés, nous avons l'implication sociale,

l'âge du chef de ménage et la situation matrimoniale du chef de ménage. Les chefs de ménage non impliqués dans les associations ont plus de chance d'avoir l'aide des proches que ceux qui sont impliqués dans le mouvement associatif. Au niveau de l'âge, on constate que les chefs de ménage âgés (entre 40 et 60ans), ont plus de chance de bénéficier de l'aide des proches que ceux ayant moins de 40 ans.

7. Conclusion:

Même si la solidarité des proches reste la forme dominante, la solidarité des associations a émergé récemment au sein de la société algérienne et demeure dominante. Une solidarité qui est en partie liée au nombre élevé de membres de la famille actifs en ville, pour se créer un filet de sécurité contre les moments difficiles de l'existence qui s'impliquent dans les associations. Alors que certaines études opposent la solidarité des proches à la solidarité des associations⁸, nous observons dans notre étude, que ces deux formes d'aide sont plus complémentaires qu'opposées. La solidarité endogène (solidarité qui émerge entre les populations locales elles-mêmes) semble très répandue dans notre région d'étude. Elle semble toutefois, bénéficière au profit des chefs de ménage qui s'impliquent dans les associations familiales et communautaires. Contrairement au modèle de solidarité des systèmes occidentaux de protection sociale, la solidarité locale entre les populations ne semble pas liée au niveau socio-économique mais plutôt au niveau de l'implication sociale. Selon Collier et Gunning⁹. La culture d'entraide comme dans le cas de notre société, est en partie issue du dysfonctionnement institutionnel. Selon nos conclusions, cette affirmation devrait être nuancée. En effet, s'il n'existe pas une forte dynamique sociale entre la population locale et les institutions publiques, cela ne veut pas dire que localement, les formes originales de capital social qui dynamisent les mécanismes de solidarité sociale endogène entre les populations, ne se développent pas. En effet, comment pourrait-on expliquer le succès des systèmes des Touizas, des associations d'entraide de quartiers et des associations informelles de paysans?

Comme le montre notre étude, des formes originales du capital social existent. Ce dernier se situe au niveau local et est à la base des

⁸ Raynaut C. (1990). « Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples Haoussa au Niger » dans Sociétés, développement et santé; Université francophones, UREF, Paris: Ellipse/AUPELF

⁹ Collier et Gunning (1999). «Explaining African Economic Performance» *Journal of Economic literature*, vol. XXXVII, Pittsburg, mars.

logiques de solidarité et d'entraide entre les populations des petites villes et les grandes. La société algérienne d'aujourd'hui n'échappe pas à la persistance des formes communautaires et d'organisation sociale traditionnelle (arouch, tribus, touiza, azzaba...). Le poids du communautarisme a toujours existé mais sous un habit moderne. La modernité n'affaiblit pas les communautés et les liens sociaux mais les modifie sans les faire totalement disparaître. Si pour certains, la persistance des formes d'organisation communautaire dans les sociétés contemporaines pourrait être considérée comme un archaïsme, un obstacle au progrès, au développement économique et social, voire à la bonne gouvernance, (A. Bouzida) souligne au contraire que le XXI^e siècle sera celui «du retour progressif au communautarisme» à travers le monde¹⁰.

De par sa nature exploratoire et ses limites méthodologiques, notre étude ne permet pas de tirer des conclusions formelles quant à l'existence généralisée du capital social et de la solidarité endogène particulière à l'accès aux services de soins gratuits au sein de la société algérienne. Toutefois, elle ouvre des perspectives à la recherche pour la compréhension des stratégies sociales et des mécanismes d'entraides mutuelles au sein de la population algérienne dont chacune des formes de solidarité endogène existante. Une compréhension qui peut permettre la mise en place d'une politique de développement plus adaptée aux réalités algériennes. Au moment où tout le monde s'accorde à dire que le développement socio-économique dans les pays comme l'Algérie, en devrait prendre appui sur les valeurs et réalités locales. Il nous paraît utile de s'intéresser aux stratégies sociales et aux formes dites «traditionnelles ou informelles de solidarité, véritables moteurs de l'équilibre et de la cohésion sociale pour répondre aux besoins socioéconomiques de notre société.

¹⁰ Bouzida.A., «L'organisation communautaire en Algérie» thème central du 6^e colloque national de sociologie, faculté de Bouzaréah, à Alger, Mercredi 25 février 2009

Références Bibliographiques :

- 1-Bourdieu P. (1980). Le capital social, 31, 2-3.in Acte.
- 2-Brunel S. (1993). « Le gaspillage de l'aide publique ». Édition du Seuil, 27 rue Jacob, Paris.
- 3-Caill. A. (1994). « Don, intérêt et désintéressement »: Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres éditions de La Découverte/M.A.U.S.S. Paris
- 4-Diakité Soumaila Laye (1998). « Système de Recouvrement des Coûts et Utilisation du Médicament au Mali ». Thèse de Doctorat. Université de Montréal.
- 5-Durkheim E. (1960) «De la division du travail social» Paris: Presses Universitaires de France, 7ème édition.
- 6-Ewald F. (1986). « L'Etat providence » éditions Grasset, Paris.
- 7-Fleiss JL (1981). «Statistical Methods for Rates and Proportions». 2^{ème} édition, Jhon Wiley and Sons editeurs.
- 8-Haroche C. (1992) « La solidarité: un sentiment républicain? Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie » Paris: Presses Universitaires de France.
- 9-Latouche S. (1998). « L'autre Afrique: entre don et marchée ». Paris, édition Albin Michel.
- 10-Mauss M. (1985). « Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », dans Sociologie et Anthropologie, Paris: Presses Universitaires de France.
- 11-Mebtoul M.(1999). « La médecine face aux pouvoirs », in revu socio-anthropologie, n°5 .
- 12-O.M.S. : Lwanga S K. Lemeshow S. (1991) « déterminant de la taille d'un échantillon dans les études sanométrique ». Manuel pratique, 84 pp.
Petit Robert, (1986). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Éditions le Robert, 107 av. Parmentier Paris-XIème
- 13-Ponthieux S. (2006). « Le capital social ». Edition la découverte, paris.
- 14-Raynaud C. (1990). « Inégalités économiques et solidarités sociales ». Exemples Haoussa au Niger; dans Sociétés, développement et santé; Université francophones, UREF, Paris: Ellipse/AUPELF
- 14-Paugam S. (2013). « Le lien social », édition PUF, 3eme édition, paris.

Wyss K. (1994). « Utilisation des services de santé en milieu urbain a N'djamena(Tchad) ». *Étude des déterminants et de leurs interactions.*

Annexe : Tableau n°1 Description des principales caractéristiques sociodémographiques

<i>Variables</i>	<i>Modalités</i>	<i>fré</i>	<i>(%)</i>
Sexe du chef de ménage	<i>Femme</i>	19	17,02%
	<i>Homme</i>	94	82,98%
âge du chef de ménage	<i>Moins de 40 ans</i>	29	25,53%
	<i>40 à 60 ans</i>	55	48,94%
	<i>plus de 60 ans</i>	29	25,53%
Statut matrimonial du chef de ménage	<i>Célibataire</i>	17	14,89%
	<i>Marié</i>	86	76,11%
	<i>veuf/veuve</i>	6	5,31%
Occupation du chef de ménage	<i>Sans emploi</i>	5	4,26%
	<i>Salarié</i>	70	61,70%
	<i>Fonction libérale</i>	19	17,02%
	<i>Commerçant</i>	19	17,02%
Niveau socio-économique du ménage	<i>ménage pauvre</i>	5	4,26%
	<i>ménage moyen</i>	91	80,85%
	<i>ménage riche</i>	17	14,89%
Niveau socio-économique du chef de ménage	<i>Chef de ménage pauvre</i>	5	4,26%
	<i>Chef de ménage moyen</i>	67	59,57%
	<i>Chef de ménage riche</i>	24	21,28%
	<i>Chef de Ménage très riche</i>	17	14,89%
Implication sociale	<i>Une implication sur 3</i>	14	12,76%
	<i>2 implications sur 3</i>	63	55,31%
	<i>3 implications sur 3</i>	29	25,53%

Tableau (3) : représente la répartition des chefs de ménage aux aides et à la solidarité

Les variables	Modalités	fré	%
Pratiques solidaires	Oui	97	85,48%
	Non	16	14,51%
Bénéficiaire des aides	Oui	86	75,80%
	Non	27	24,19%

Formes des aides	1 forme	12	10,63%
	2 formes	31	27,65%
	3 formes	70	61,70%
La nature des aides	Prise en charge des dépenses sans remise	22	22,30%
	Moyen de transport	26	27,26%
	Recommandation du malade	43	44,61%
	Autres	6	6,19%

Tableau (4) : présentation des variables indépendantes avec les variables dépendantes.

Variables	Modalités	Solidarité en général		Solidarité des associations		Solidarité des proches	
		fré	%	fré	%	fré	%
Implication associative	Oui	97	85,84%	22	22,68%	75	77,32%
	Non	16	14,16%	0	0,00%	0	0,00%
Age du chef de ménage	<i>Moins de 40</i>	28	28,87%	17	60,71%	11	39,29%
	<i>40 à 60 ans</i>	51	52,58%	3	5,88%	48	94,12%
	<i>plus de 60 ans</i>	18	18,56%	2	11,11%	16	88,89%
Statut matrimonial	<i>Célibataire</i>	15	15,46%	13	86,67%	2	13,33%
	<i>Marié</i>	78	80,41%	6	7,69%	72	92,31%
	<i>veuf/veuve</i>	4	4,12%	3	75,00%	1	25,00%
Appartenance géographique	<i>Alger</i>	35	30,97%	8	27,59%	21	72,41%
	<i>Centre</i>	37	32,74%	9	26,47%	25	73,53%
	<i>Est</i>	14	12,39%	3	23,08%	10	76,92%
	<i>Ouest</i>	8	7,08%	0	0,00%	7	100,00%
	<i>Sud</i>	19	16,81%	2	15,38%	11	84,62%
Possession de véhicule	<i>Oui</i>	68	70,10%	11	16,18%	57	83,82%
	<i>Non</i>	29	29,90%	11	37,93%	19	65,52%
Niveau socio économique chef de ménage	Pauvre	22	7,10%	14	63,64%	8	36,36%
	Moyen	54	55,67%	7	12,96%	47	87,04%
	Riche	14	14,43%	1	7,14%	13	92,86%
	Très riche	7	7,22%	0	0,00%	7	100,00%
Statut d'occupation de a maison	Illégale	12	12,37%	10	83,33%	2	16,67%
	Locataire	38	39,18%	7	18,42%	31	81,58%
	Propriétaire	47	48,45%	5	10,64%	42	89,36%
Statut d'occupation du chef de ménage	Sans emploi	8	8,25%	7	87,50%	1	12,50%
	Salarié	57	58,76%	11	19,30%	46	80,70%
	Commerçant	24	24,74%	0	0,00%	24	100,00%
	Fonction libérale	9	9,28%	3	33,33%	6	66,67%
Niveau économique du	Pauvre	22	22,68%	12	54,55%	10	45,45%

ménage	Moyen	53	54,64%	7	13,21%	45	84,91%
	Riche	22	22,68%	3	13,64%	19	86,36%