

محددات بلوغ الخدمة الصحية في الجزائر- حالة الخدمات الصحية الجوارية-

Les déterminants de l'accessibilité aux services de soins en Algérie –le cas des services de soins de proximité-

نصرالدين عيساوي، جامعة أم البواقي،الجزائر

تاريخ التسليم:(2015/10/11)، تاريخ القبول:(2016/05/23)

Résumé

Nous allons essayer à travers ce papier de cerner et d'analyser les déterminants de l'accessibilité aux soins qui influencent la décision des demandeurs de soins le cas de l'Algérie. Une étude a été réalisée durant l'année 2012 et qui a regroupé 7 wilayas de l'Est algérien (Oum El Bouaghi, Batna, Tébessa, Skikda, Constantine, Khenchla, Souk Ahras) dont 14 EPSP ; 2 EPSP dans chaque wilaya, l'un d'entre eux dans le chef lieu du wilaya, cette étude nous a permis de collecter 472 réponses des demandeurs de soins.

Les résultats obtenus ont montré que les déterminants de l'accessibilité aux soins généraux ne sont pas les même par rapport aux soins spécialisés, les déterminants de l'accessibilité sont essentiellement la distance parcourue par le demandeur de soins, les préjugés sur la qualité des soins, quelques illusions subjectives...en contre partie les moyens financiers de l'individu influencent peu la décision de soins, ce dernier résultat qui ne s'accorde pas avec la majorité des études réalisées dans d'autres systèmes de santé.

:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى دراسة وتحليل مميزات محددات بلوغ الخدمات الصحية المتكاملة في قرار طالب العلاج في الجزائر، من خلال تناول حالة الخدمات الصحية الجوارية على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية. تم إجراء الدراسة سنة 2012 وقد شملت 7 ولايات من الشرق الجزائري (أم البواقي، باتنة، تبسة، سكيكدة، قسنطينة، خنشلة وسوق أهراس)، كما تضمنت العينة 14 عيادة متعددة الخدمات من خلال اختيار هيكل صحي قاعدي في مقر الولاية والأخر خارجها، وعلى هذا الأساس بلغ عدد استمارات الاستبيان التي تمت الإجابة عليها 472 استمارة. وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها؛ أن هناك بعض الاختلاف في حددات المتكاملة في طلب خدمات الطب العام و طلب المتخصص، أن المتكلم في قرار العلاج هو القرب المكاني لمؤسسات العلاج، بعض الأحكام المسبقة لطالب العلاج، بعض النزوات الذاتية... و ليس الإمكانيات المالية التي يتمتع بها الفرد مثل ما تم التوصل إليه في جل الدراسات الأجنبية.

1- التعريف بالبحث:

1-1 المقدمة:

إن عملية الحصول على الخدمات الصحية حق من الحقوق الأساسية للفرد في كل دول العالم بغض النظر عن الخصائص التنظيمية للمنظومة الصحية المحلية. هذا الحق ليس وليد اليوم بل نصت عليه اتفاقات عالمية بداية من اتفاق أوتاوا سنة 1986 « la charte d'Ottawa »، التي وضعت نطوط العريضة للعدالة و الإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية مهما اختلف الوضع الاجتماعي، السن، الجنس... لطالب العلاج. لا يختلف اثنان في وجود تناقضات داخل المنظومة الصحية الواحدة من ناحية تفاوت طلب العلاج هذا من جهة، من جهة أخرى وجود فروقات بسيطة بين الدول المتقدمة تتسع شيئاً فشيئاً كلما انتقلنا من دول الشمال نحو دول الجنوب. هناك من المسببات ما هو موضوعي و خارج عن الإرادة الإنسانية بسبب الأمراض المستعصية و المزمنة، بالمقابل هناك بعض المتغيرات الذاتية المؤثرة على طلب العلاج مثل الأحكام المسبقة، القدرة الشرائية للفرد...

سنحاول من خلال هذه الورقة البحثية من إبراز دور المتغيرات الذاتية (الحكم الذاتي المسبق عن نوعية الإمكانيات الموضوعية للعلاج، الحكم الذاتي المسبق عن نوعية الموارد البشرية الموضوعية للعلاج...)، لتي يمكن أن تؤثر على الطلب الفردي على العلاج، والمتغيرات الموضوعية التي يمكن أن تؤثر على جماعة لها نفس الخصائص (البعد عن مقر العلاج، توفر العلاج في الأوقات المحددة لتوزيعه، ضمان المناوبة...) كما سنقارن هذا ير إن وجد بين الطلب على خدمات الأطباء العامين و خدمات الأطباء الأخصائيين للوقوف على حجم و نوع هذا التأثير هل هو متماثل على كل الخدمات أو يتغير و خصوصية تلك الخدمة.

1-2 مشكلة البحث:

نهدف من خلال هذا التشخيص الإجابة على التساؤل التالي: ما هي أهم المحددات الذاتية و الموضوعية التي تثبط أو تشجع طلب الخدمة الصحية؟ و ما هي خصائص محددات طالب الخدمة الصحية الجوارية في الجزائر؟

1-3 أهداف البحث:

- نهدف من خلال هذا المقال التعرف على ما يلي:
- الإحاطة بأهم المحددات الذاتية و الموضوعية المتحكممة في قرار طالب العلاج في المنظومة الصحية الجزائرية.
- خصائص المحددات الذاتية و الموضوعية المتحكممة في الخدمات الصحية الجوارية في الجزائر.
- أهم الفروق بين محددات طلب خدمات الأطباء العامين و الأخصائيين.

1-4 فرضيات الدراسة:

- تم وضع ثلاثة فرضيات صفرية بمستوى دلالة (0.05) و بالصيغة التالية:
- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية حول تأثير للمحددات الذاتية و الموضوعية في طلب خدمات الأطباء العامين.
- لا توجد فروق ذات دلالة معنوية حول تأثير المحددات الذاتية و الموضوعية في طلب خدمات الأطباء الأخصائيين.
- لا توجد اختلافات بين محددات بلوغ خدمات الأطباء العامين و الأخصائيين.

1-5 حدود البحث:

- **الحدود المكانية:** شملت الدراسة 7 ولايات من الشرق الجزائري (أم البواقي، باتنة، تبسة، سكيكدة، قسنطينة، خنشلة و سوق أهراس) بحيث وزعت 472 استمارة على 14 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (عيادة متعددة الخدمات)، و قد تم اختيار في كل مرة عيادة متعددة الخدمات (Une polyclinique) داخل مقر الولاية و أخرى خارج مقرها.

- **الحدود الزمنية:** تمت الدراسة في الفترة بين 2012/01/01 و 2013/06/30.

1-6 تحديد مصطلحات البحث:

- سننتظر من خلال هذه الورقة البحثية على مجموعة من المصطلحات الأساسية والتي يتركز عليها البحث و المتمثلة فيما يلي:

1-6-1 محددات بلوغ الخدمة الصحية:

- تتضمن محددات بلوغ الخدمة الصحية مجموعة من المتغيرات الموضوعية و الذاتية التي تختلف من طالب علاج إلى آخر و من منظومة صحية إلى أخرى؛ مفادها تشجيع أو تثبيط عزيمة طالب العلاج في طلبه لخدمة صحية معينة. تدخل محددات بلوغ الخدمة

حية ضمن المتغيرات الاجتماعية للصحة، و هي مجموعة من المحددات إلى جانب المحددات الوبائية و البيئية التي يمكن أن تؤثر في الرصيد الصحي و قرار طالب العلاج.

1-6-2 الهياكل الصحية القاعدية:

سنحاول عرض التنظيم الخاص بالخدمات الصحية الجوارية في الجزائر حسب آخر إصلاحات المتعلقة بالمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007: تضم توزيع الخدمات الصحية في الجزائر المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) علما أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تعرف على أنها: "عبارة عن مؤسسة عمومية ذات صبغة إدارية، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية و التي تدخل تحت وصاية الوالي"⁽ⁱ⁾.

تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية خصوصا من مجموع العيادات المتعددة الخدمات (Les polycliniques)، المراكز الصحية (Les centres de santé) التي تغطي حوض سكاني معين، يحدد الحوض السكاني بمرسوم صادر من طرف وزير الصحة.⁽ⁱⁱ⁾ يقع على عاتق المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ضمان الخدمات التالية: رعاية، التشخيص، العلاجات الجوارية، الفحوصات الخاصة بالطب العام والفحوصات ناصة بالطب المتخصص، النشاطات المتعلقة بالأمومة و الطفولة و التخطيط العائلي بالإضافة إلى وضع البرامج الوطنية للصحة والسكان.⁽ⁱⁱⁱ⁾

1-6-3 الخدمات الصحية الجوارية:

بتصفح كتب عن اقتصاديات الصحة و تسيير المستشفيات يظهر مفهوم الخدمة الصحية الجوارية من خلال مصطلحات و عناوين ظاهريا مختلفة فيما بينها إلا أنها متماثلة في مضمونها. سنحاول فيما يلي التعرّيج على مختلف التعاريف التي تمت بصلة عن قريب للخدمة الصحية الجوارية.

- الخدمات الصحية الأساسية « Les soins de santé primaires » :

تم وضع تعريف الخدمات الصحية الأساسية من طرف المنظمة العالمية للصحة (OMS) سنة 1978 من خلال إعلان "ألما-أتا" « La déclaration d'Alma-Ata » ، الذي تضمن محتواه أن: "الخدمات الصحية الأساسية عبارة عن خدمات صحية تعتمد أساسا على وسائل و تكنولوجيات تطبيقية و علمية فعالة و مقبولة اجتماعيا، يتم إنتاجها عالميا بتضافر جهود الأفراد و العائلات داخل المجتمع و بتكلفة يمكن للأطراف الفاعلين تحملها في إطار مسؤول و إيرادي"^(iv).

ب- العلاج المتعلق بالطلب الأولي « Les soins de premier recours » :

نجد هذه التسمية لدى الدول الأنجلوساكسونية على الخصوص قبل إعلان "ألما- أتا" بـ ترمي إلى مختلف خدمات الوقاية و العلاج ذو الطلب الواسع الذي يمكن أن يوفره التنظيم الموضوع بالقرب من طالب العلاج. قد ظهرت هذه التسمية في فرنسا حديثا من خلال المادة 36 من قانون 879-2009 المؤرخ في 21 جويلية 2009 و المتضمن للإصلاحات المتعلقة بالمستشفى، المريض، الصحة و المحيط. يمثل العلاج ذو الطلب الأولي بالنسبة للمشرع الفرنسي: "إمكانية الحصول على هذا النوع من العلاج بالإضافة إلى التكفل المستمر بالمرضى، تأخذ تعريفها من احترام قرب الخدمة الصحية من المواطن، و التي تتحقق خلال التقريب المادي و الزمني للمسار العلاجي و نوعيته بهدف حماية المريض..."^(v)

ن العلاج ذو الطلب الأولي في التشريع الفرنسي من: الوقاية، الكشف المبكر، الفحوصات، معالجة و متابعة المرضى، بالإضافة إلى تقديم الأدوية للمريض بالإضافة إلى النصائح الصيدلانية، توجيه المرضى و رسم المسار العلاجي للمريض ضمن المنظومة الصحية و كذا تأطير التربية الصحية^(vi).

ج- العلاجات الجوارية « Les soins de proximité » :

يقصد بالجوار في هذا الصدد: ب المادي بالإضافة إلى القرب الاجتماعي و المالي (نمط التكفل). توزع العلاجات الجوارية من خلال شبكات توزيع منظمة و متدرجة يتم خلالها و بدرجة كبيرة معالجة الأمراض المزمنة خصوصا مثل السرطان، السكري، السيدا... و بدرجة أقل الأمراض العقلية من خلال تنظيم جغرافي خاص. ما نريد التأكيد عليه من خلال التطرق إلى مفهوم العلاجات الجوارية، أن الموقع الجغرافي ليس هو المدخل الوحيد ريب الخدمة من المواطن و إن كان هو المدخل الرئيسي، يبقى هناك نوع من التوازن والتوافق بين متغيرات أخرى مثل إمكانية التواصل (Accessibilité)، الحماية (Sécurité) والفاعلية (Efficiency).^(vii)

7-1 الدراسات السابقة:

هناك مجموعة من الدراسات التي تطرقت لموضوع البحث بشكل جزئي أو كلي نعرض أهمها فيما يلي:

1-7-1 دراسة 1-7-1 (viii): Les déterminants sociaux de la santé : une exception française

نأطع موضوع دراستنا مع هذه الدراسة من ناحية: العدل و الفعالية كشرطين رئيسيين لتوزيع العلاجات الأساسية (الجوارية) لمتغيرات المتحكمة في ذلك، مختلف المصطلحات المستعملة على الصعيد الدولي لتقريب الخدمة الصحية الأساسية من المواطن، العلاجات ذات الطلب الأولي ضمن التنظيم العام للمنظومة الصحية الوطنية على المستوى الدولي. تتطرق هذه الدراسة إلى المتغيرات الاجتماعية المتحكمة في اللجوء إلى طلب العلاج، و قد تم التركيز على البعد المكاني فقط كمدخل واحد لتقريب العلاجات من المواطن مع إغفال القرب الاجتماعي، الاقتصادي، الوبائي و البيئي.

من بين أهم النتائج التي خلصت إليها الدراسة: أن للبعد المكاني الأثر الأكبر للجوء إلى طلب العلاج. تقريب الخدمة الصحية من المواطن يمر من لامركزية التنظيم و القرارات، بعبارة أخرى خلق نوع من الإدارة الجوارية (محلية/جهوية) تأخذ بعين الاعتبار خصوصية المنطقة و التركيبة السكانية في تحديد الاحتياجات الصحية المحلية مثل ما هو جار في (ألمانيا و الدنمرك). هناك مجموعة من الموارد المادية و البشرية التي لا يمكن توفيرها على مستوى كل الهياكل الصحية القاعدية و ذلك لترشيد التكاليف و تحقيق اقتصاديات الحجم.

2-7-1 دراسة 2-7-1 (ix): Les déterminants sociaux de la santé

تقاطع موضوع بحثنا مع هذه الدراسة من ناحية: ول المحددات الاجتماعية بمختلف أنواعها؛ الفردية، الجماعية و سياسة الدولة في توزيع بعض الخدمات المؤثرة بشكل أو بآخر على صحة الفرد و المجتمع.

لم تتطرق هذه الدراسة إلى سبل تدليل التفاوت بين طالبي العلاج من جهة، من جهة أخرى لم تتطرق إلى مسؤولية العلاجات الأساسية (الخدمات الصحية الجوارية) في تدليل العقبات المالية و الجغرافية أمام طالب العلاج لتحقيق نوع من العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

من بين أهم النتائج التي خلصت إليها هذه الدراسة: تأثير المباشر للمحددات الاجتماعية على صحة الفرد، المحددات الاجتماعية لا تقل أهمية عن المحددات الاقتصادية والوبائية في تأثيراتها السلبية على صحة الفرد والمجتمع، حتمية التكفل بالمحددات الاجتماعية

للطبقات المعدومة و التي ستأتي بأكملها حتما على مستوى المنظومة الصحية والاقتصادية.

2- إجراءات البحث:

2-1 منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي بالطريقة المسحية لملائمته و طبيعة البحث.

2-2 عينة البحث:

تم إجراء الدراسة سنة 2012 التي شملت 7 ولايات من الشرق الجزائري (أم البواقي، باتنة، تبسة، سكيكدة، قسنطينة، خنشلة و سوق أهراس)، و قد تضمنت العينة 14 عيادة متعددة الخدمات من خلال اختيار هيكل صحي قاعدي في مقر الولاية و الآخر خارجها. تضمنت العينة 472 استمارة مسترجعة تتضمن الأجوبة عن الأسئلة المطروحة.

3-3 صدق الأداة و ثباتها:

سنتناول فيما يلي نتائج اختبار الثبات و الصدق للمقاييس المستخدمة في الدراسة. يعرف (UMA) ثبات المقياس «Reliability» بأنه الاتساق الداخلي بين عباراته. (X) لثبات المقياس شرطان، أحدهما متعلق باستقرار المقياس «Stability» بالحصول على نفس النتائج تقريبا إذا كررت التجربة على نفس الأشخاص مرات عديدة، أما الشرط الثاني لثبات المقياس هو الموضوعية «Objectivity» كأن يتم الحصول على نفس النتائج تقريبا مهما كان ريف الذي صمم الدراسة. لحساب ثبات المقاييس اعتمدنا على طريقة "كرونباخ" ألفا (Cronbach's Alpha) باستخدام البرنامج الإحصائي المسمى بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS, V.16). يقيس معامل "كرونباخ" ثبات المقياس (التجانس) من جهة و نساقه الداخلي من جهة أخرى. يتغير معامل ألفا في المجال [0,1] و نعتبر اختبار المصادقية "كرونباخ" مقبولا إذا كان أكبر من 0.5 و ضعيف إذا كان أقل من 0.5.

تم تجريب عينة أولية (عينة استطلاعية) وزعت من خلالها الاستمارة على 50 شخصا يترددون دوريا على العيادات متعددة الخدمات. بعد أسبوعين تم توزيع نفس الاستمارات على نفس الأشخاص و قد تم الحصول على توافق الإجابات في المرة الأولى أو الثانية بنسبة 96%.

تم اختبار معامل "كرونباخ" على هذه العينة التي تم تحديدها بنسبة 10% من أفراد العينة الإجمالية المزمع توزيع الاستمارات عليهم و التي قارب عدد أفرادها 500 فرد، بعبارة

أخرى: $n = \frac{10}{100} N$ ، حيث يمثل n عدد أفراد العينة الاستطلاعية، أما N فيمثل عدد أفراد العينة الإجمالية الذين سنجري عليهم الدراسة 682 كرونايا وصلت إلى نسبة . 4-0 و هي نسبة مقبولة إلى حد بعيد:

- لقد تم الاعتماد على قاعدة القرار التالية في اختبار الفرضيات:
- تقبل فرضية العدم (اختبار فرضيات الدراسة $\text{sig} > 0.05$).
 - ترفض فرضية العدم (H_0) و تقبل الفرضية البديلة (H_0) إذا كانت القيمة المعنوية $\text{sig} < 0.05$.

4-1 نتائج الفرضية الأولى:

- فرضية العدم (H_0): لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء العامين.
- الفرضية البديلة (H_a): توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء العامين.

يوضح الجدول رقم (1) (H_a) إذا كانت القيمة المعنوية (One Way ANOVA) بين

نتائج اختبار التباين الأحادي

الإجابات حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء العامين على مستوى الهياكل الصحية القاعدية للعينة المدروسة الأحادي (One Way ANOVA) لاختبار الفروق حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في طلب خدمات الأطباء العامين عند درجة حرية (2، 469) وبمستوى دلالة $P.\text{value} = 0.05$.

جدول رقم (1): استخدام اختبار تحليل التباين (One Way ANOVA) بين الإجابات حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء العامين

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
مدى قرب الهيكل الصحي القاعدي من مقر السكن	بين المجموعات	5.195	2	2.597	3.260	0.039
	داخل المجموعات	373.684	469	0.797	-	
	المجموع	378.879	471	-	-	
نتائج اختبار التباين الأحادي على طلب العلاج	بين المجموعات	0.581	2	0.290	0.830	0.437
	داخل المجموعات	164.112	469	0.350	-	

	-	-	471	164.693	المجموع	
0.195	1.640	0.455	2	0.911	بين المجموعات	مدى تأثير الحكم المسبق حول الإمكانات المالية المتوفرة
	-	0.278	469	130.206	داخل المجموعات	
	-	-	471	131.117	المجموع	
0.148	1.921	0.605	2	1.210	بين المجموعات	مدى تأثير الحكم المسبق حول نوعية الموارد البشرية المتوفرة
	-	0.315	469	147.731	داخل المجموعات	
	-	-	471	148.941	المجموع	
0.105	2.263	1.036	2	2.071	بين المجموعات	طول الانتظار لتلقي العلاج
	-	0.458	469	214.632	داخل المجموعات	
	-	-	471	216.703	المجموع	
0.294	1.227	0.623	2	1.246	بين المجموعات	نوع الاستقبال الذي يحض به طالب العلاج
	-	0.508	469	238.245	داخل المجموعات	
	-	-	471	239.492	المجموع	
0.421	0.868	0.217	2	0.434	بين المجموعات	مدى العدالة في توزيع العلاج
	-	0.250	469	117.261	داخل المجموعات	
	-	-	471	117.695	المجموع	
0.028	3.593	1.021	2	2.042	بين المجموعات	مدى استجابة نوعية الخدمات المقدمة لتطلعات طالب العلاج
	-	0.284	469	133.272	داخل المجموعات	
	-	-	471	135.314	المجموع	
0.007	4.952	2.610	2	5.219	بين المجموعات	نوع الصلة بين الطبيب وطالب العلاج
	-	0.527	469	247.154	داخل المجموعات	
	-	-	471	252.373	المجموع	
0.052	2.979	0.588	2	1.176	بين المجموعات	مدى توفر العلاج في جميع الأوقات المحددة للعلاج
	-	0.197	469	92.568	داخل المجموعات	
	-	-	471	93.744	المجموع	
0.300	1.209	0.369	2	0.738	بين المجموعات	مدى ضمان المناوبة
		0.305	469	143.219	داخل المجموعات	
		-	471	143.958	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

بتحليل نتائج الجدول رقم (1) نستنتج ما يلي:

- توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول قرب الهيكل الصحي القاعدي من طالب العلاج وتأثيره على طلب خدمات الأطباء العاميين نظرا لأن مستوى الدلالة (sig=0.039) أقل من P.value=0.05. هذا دليل على تأثير القرب المكاني على طلب علاج الأطباء العاميين، و هو ما يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

- لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير الموارد المالية على طلب
ت الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.437$) أكبر من
 $\text{P.value}=0.05$. و هو دليل على قلة تأثير الموارد المالية على طلب الخدمات
الصحية القاعدية، يعزى ذلك إلى الأسعار الرمزية المطبقة على خدمات الأطباء
عامين و التي تعتبر في متناول أغلب المواطنين، هذا ما لا يتفق مع دراسة [V.L
GABRIELLI et al, 2001].
- توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير الحكم المسبق لنوعية
الإمكانيات المادية على طلب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة
($\text{sig}=0.195$) أكبر من $\text{P.value}=0.05$. يعزى ذلك إلى قلة الإمكانيات المادية
المعتمد عليها لتقديم تشخيص الأطباء العامين، ر هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L
GABRIELLI et al, 2001].
- لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير الحكم المسبق لنوعية
الموارد البشرية على طلب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة
($\text{sig}=0.148$) أكبر من $\text{P.value}=0.05$. يعزى ذلك إلى العدد المعبر للأطباء
العامين في هذا النوع من الهياكل الصحية، و توفر هذه الخدمة في جميع الأوقات
المحددة لتوزيعها، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].
- توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير طول الانتظار على طلب
الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.105$) أكبر من
 $\text{P.value}=0.05$. يعزى عدم الإجماع حول تأثير هذا المتغير إلى توفر خدمة الأطباء
عامين و قلة الطوابير المشكلة حول هذه الخدمة، هو ما لا يتفق مع دراسة
[V.L GABRIELLI et al, 2001].
- يجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير نوع الاستقبال الذي
يحضى به طالب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.294$)
أكبر من $\text{P.value}=0.05$. قد سجلنا انقسام كبير في الإجابة على هذا السؤال،
يعزى ذلك إلى اختلاف المعاملة باختلاف الهيكل الصحي موضوع خدمة الأطباء
العامين، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].
- لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية لتأثير الحكم حول مدى عدالة توزيع
الأطباء العامين على قرار طالب العلاج نظرا لأن مستوى الدلالة

- (sig=0.421) أكبر من P.value=0.05. و قد تم تسجيل انقسام كبير في الإجابة حول هذا السؤال، يعزى ذلك إلى اختلاف الحكم حول مدى توفر العدالة و الإنصاف عند تقديم خدمات الأطباء العاميين في مختلف الهياكل الصحية القاعدية ضمن العينة موضوع الدراسة، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].
- توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول مدى استجابة نوعية الخدمات المقدمة لتطلعات طالب العلاج و تأثيره على طلب خدمات الأطباء العاميين، نظرا لأن مستوى الدلالة (sig=0.028) أقل من P.value=0.05. يعزى ذلك لثقافة طالب العلاج و تجاربه السابقة التي تمكنه من الحكم على نوعية خدمات الأطباء العاميين، وهو ما يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].
- توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير نوع العلاقة بين طالب العلاج العام و مقدمه على طلب خدمات الأطباء العاميين، نظرا لأن مستوى الدلالة (sig=0.007) أقل من P.value=0.05. هذا دليل على تأثير نوعية العلاقة؛ التي يمكن أن تشجع أو تثبط التردد على هذا النوع من الهياكل الصحية، و هو ما يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].
- لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول توفر خدمات الأطباء العاميين في الأوقات المحددة لتوزيعها و تأثيرها على قرار طالب العلاج، نظرا لأن مستوى الدلالة (sig=0.052) أكبر من P.value=0.05. يعزى ذلك لتوفر هذا النوع من الخدمات الصحية في أغلب الهياكل الصحية القاعدية، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].
- لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول ضمان المناوبة لاسيما خدمات الأطباء العاميين وتأثيرها على قرار طالب العلاج نظرا لأن مستوى الدلالة (sig=0.300) أكبر من P.value=0.05. قد تم تسجيل انقسام كبير في الإجابة حول هذا السؤال، يعزى ذلك إلى اختلاف توفر مناوبة الأطباء العاميين في مختلف الهياكل الصحية القاعدية في العينة موضوع الدراسة، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

2-5-2 الفرضية الثانية:

- **فرضية العدم (H_0):** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء الأخصائيين.
- **الفرضية البديلة (H_a):** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء الأخصائيين.

يوضح الجدول رقم (2) نتائج اختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA) بين ، حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء الأخصائيين على مستوى الهياكل الصحية القاعدية للعينة المدروسة. تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) بار الفروق حول تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء الأخصائيين عند درجة حرية (2، 469) وبمستوى دلالة $P.value=0.05$.

جدول رقم (2): نتائج اختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA) بين الإجابات حول

تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية في قرار طلب خدمات الأطباء الأخصائيين

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
مدى قرب الهيكل الصحي القاعدي من مقر السكن	بين المجموعات	7.362	2	3.681	4.647	0.010
	داخل المجموعات	371.518	469	0.792	-	
	المجموع	378.879	471	-	-	
مدى تأثير الموارد المالية على طلب العلاج	بين المجموعات	0.485	2	0.242	0.692	0.501
	داخل المجموعات	164.208	469	0.350	-	
	المجموع	164.693	471	-	-	
مدى تأثير الحكم المسبق حول الإمكانيات المالية المتوفرة في هذه المؤسسات الصحية	بين المجموعات	0.246	2	0.123	0.442	0.643
	داخل المجموعات	130.870	469	0.279	-	
	المجموع	131.117	471	-	-	
مدى تأثير الحكم المسبق حول نوعية الموارد البشرية المتوفرة في هذه المؤسسات الصحية	بين المجموعات	1.762	2	0.881	2.807	0.061
	داخل المجموعات	147.179	469	0.314	-	
	المجموع	148.941	471	-	-	
طول الانتظار لتلقي العلاج	بين المجموعات	2.939	2	1.469	3.224	0.041
	داخل المجموعات	213.765	469	0.456	-	
	المجموع	216.703	471	-	-	
نوع الاستقبال الذي يحض به طالب العلاج	بين المجموعات	1.233	2	0.617	1.214	0.298
	داخل المجموعات	238.258	469	0.508	-	
	المجموع	239.492	471	-	-	
مدى العدالة في توزيع العلاج	بين المجموعات	1.230	2	0.615	2.477	0.085
	داخل المجموعات	116.465	469	0.248	-	

	-	-	471	117.695	المجموع	
0.278	1.285	0.369	2	0.737	بين المجموعات	مدى استجابة نوعية الخدمات المقدمة لتطلعات طالب العلاج
	-	0.287	469	134.576	داخل المجموعات	
	-	-	471	135.314	المجموع	
0.149	1.911	1.020	2	2.040	بين المجموعات	نوع الصلة بين الطبيب و طالب العلاج
	-	0.534	469	250.333	داخل المجموعات	
	-	-	471	252.373	المجموع	
0.094	2.378	0.471	2	0.941	بين المجموعات	مدى توفر العلاج في جميع الأوقات المحددة للعلاج
	-	0.198	469	92.803	داخل المجموعات	
	-	-	471	93.744	المجموع	
0.111	2.211	0.672	2	1.345	بين المجموعات	مدى ضمان المناوبة
	-	0.304	469	142.613	داخل المجموعات	
	-	-	471	143.958	المجموع	

المصدر : من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

بتحليل نتائج الجدول رقم (2) نستنتج ما يلي:

➤ توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول قرب الهيكل الصحي القاعدي من مقر طالب العلاج وتأثيره على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين، نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.010$) أقل من $\text{P.value}=0.05$. هذا دليل على تأثير القرب المكاني لطلب علاج الأطباء الأخصائيين، و هو ما يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير الموارد المالية على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.501$) أكبر من $\text{P.value}=0.05$. هو دليل على قلة تأثير الموارد المالية على طلب الخدمات الصحية القاعدية، يعزى ذلك إلى الأسعار الرمزية المطبقة على خدمات الأطباء الأخصائيين و التي تعتبر في متناول أغلب المواطنين. و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير الحكم المسبق لنوعية الإمكانيات المادية على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.643$) أكبر من $\text{P.value}=0.05$. يعزى ذلك إلى توفر الإمكانيات المادية المعتمد عليها لتقديم تشخيص الأطباء الأخصائيين، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير الحكم المسبق لنوعية الموارد البشرية على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($sig=0.061$) أكبر من $P.value=0.05$. زى ذلك إلى العدد المحدود من الأخصائيين في هذا النوع من الهياكل الصحية لاسيما خارج الولايات التي تحتوي على مؤسسات استشفائية جامعية و انقسام الآراء حول هذه السؤال، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير طول الانتظار على طلبات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($sig=0.041$) أقل من $P.value=0.05$. يعزى ذلك للعدد المحدود من الأخصائيين المداومين و في أيام ددة من الأسبوع، ما يخلق نوع من الطوابير و طول انتظار للحصول على هذه الخدمة، و هو ما يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ جد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير نوع الاستقبال الذي سى به طالب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($sig=0.298$) أكبر من $P.value=0.05$. و قد سجلنا انقسام كبير في الإجابة على هذا السؤال، يعزى ذلك إلى اختلاف المعاملة باختلاف الهيكل الصحي موضوع خدمة الأطباء الأخصائيين، وهو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ ' توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير الحكم على عدالة توزيع مات الأطباء الأخصائيين على قرار طالب العلاج نظرا لأن مستوى الدلالة ($sig=0.085$) أكبر من $P.value=0.05$. و قد تم تسجيل انقسام كبير في الإجابة هذا السؤال، يعزى ذلك إلى اختلاف توفر العدالة (المساواة) لتقديم خدمات الأطباء الأخصائيين في مختلف الهياكل الصحية القاعدية في العينة موضوع الدراسة، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول مدى استجابة نوعية الخدمات مقدمة لتطلعات طالب علاج و تأثيره على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين، نظرا لأن مستوى الدلالة ($sig=0.278$) أكبر من $P.value=0.05$. يعزى ذلك للثقافة البسيطة لطالب العلاج لاسيما حالة العلاج المتخصص التي لا تمكنه من

الحكم على نوعية خدمات الأطباء الأخصائيين، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ وجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول تأثير نوع العلاقة بين طالب العلاج ا نحص ومقدمه على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين، نظرا لأن مستوى الدلالة (sig=0.194) أكبر من P.value=0.05. هذا دليل على انقسام الإجابات حول هذا السؤال، و التي لا تجعل طالب العلاج يتمتع بالحرية - لاسيما الأشخاص محدودين القدرة الشرائية- في التردد على هذا النوع من الهياكل الصحية، ا يجعل هذه العلاقة لا تأخذ بعين الاعتبار عند اتخاذ قرار طلب هذا النوع من العلاج، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ بد اختلافات ذات دلالة معنوية حول توفر خدمات الأطباء الأخصائيين في الأوقات المحددة لتوزيعها و تأثيرها على قرار طالب العلاج نظرا أن مستوى الدلالة (sig=0.094) أكبر من P.value=0.05. يعزى ذلك لتوفر بعض هذه الخدمات الصحية في عدد محدود من الهياكل الصحية القاعدية، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

➤ توجد اختلافات ذات دلالة معنوية ، ضمان المناوبة من طرف لباء الأخصائيين وتأثيرها على قرار طالب العلاج نظرا لأن مستوى الدلالة (sig=0.111) أكبر من P.value=0.05. و قد تم تسجيل انقسام كبير في الإجابة ول هذا السؤال، نظرا لجهل أغلبية طالبي العلاج لتوفر هذه الخدمة من عدمها، و هو ما لا يتفق مع دراسة [V.L GABRIELLI et al, 2001].

5- مناقشة النتائج:

سنحاول فيما يلي عرض نتائج فرضيات الدراسة الثلاث التي تم وضعها في بداية الورقة البحثية كما يلي:

5-1 مناقشة نتائج تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية على طلب علاج الأطباء العاميين:

من خلال نتائج الجدول رقم (1) يتبين ما يلي:

يمكن القول أن الفرضية الصفرية (H_0) تحققت جزئيا في الأبعاد التالية (تأثير الإمكانات المالية ، الفكرة المسبقة حول الإمكانات المادية المتوفرة، الفكرة المسبقة حول نوعية الموارد البشرية المتوفرة، طول الانتظار لتلقي العلاج، نوع الاستقبال، المساواة في توزيع

لعلاج، توفر العلاج في الأوقات المخصصة له، مدى ضمان المناوبة) و لم تتحقق (أي تحقق الفرضية البديلة H_a) في الأبعاد المتبقية التالية (الهيكل الصحي القاعدي عن مقر السكن، مدى استجابة نوعية العلاج لتطلعات الأفراد، نوعية العلاقة بين طالب ومقدم العلاج). ليس للقدرة الشرائية التي يتمتع بها طالب العلاج (الإمكانيات المالية) تأثير في طلب استشارات الطب العام نظرا لغياب الحواجز المالية ضمن المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لاسيما المبالغ الرمزية المدفوعة مقابل استشارات الطب العام (50دج ما يعادل \$0.7)، هذا ما يجعل نوع من العدل في توزيع هذا النوع من الخدمات على المؤمنين أو غير المؤمنين. ما تم التوصل إليه أيضا أنه هناك انقسام كبير في الإجابات حول الآراء الشخصية لأفراد العينة حول الأفكار المسبقة عن نوعية العلاجات المقدمة و كذا التنظيم العام داخل الهيكل الصحي القاعدي فيما يتعلق بنمط توزيع العلاج و الأوقات المحددة لذلك، هذا ما توصلت إليه بعض الدراسات والتي تم ربطه بميول و نزوات طالب العلاج.

يوجد تأثير لمدى بعد الهيكل الصحي القاعدي عن مقر سكن المريض على طلبه لاستشارات الطب العام هذا ما أظهرته جل الدراسات، و التي بينت أن طلب العلاج يتغير عكسيا مع البعد عن مقر سكن طالب العلاج. فيما يتعلق بتأثير الرأي الشخصي حول نوعية العلاجات المقدمة على طلب استشارات الطب العام فقد توصلنا إلى أن هناك تأثير نظرا لتواجد قطاع خاص يقدم نفس الخدمات مع توفيره كل الخدمات الملحقه، بالإضافة إلى السمعة غير الحسنة التي يتمتع بها بعض الهياكل الصحية القاعدية حول قلة الموارد المادية و البشرية المتوفرة و اللجوء في الأخير إلى القطاع الخاص من أجل الحصول على الخدمات الملحقه للتشخيص (أشعة، تحاليل...). من بين النتائج المتوصل إليها هو تأثير العلاقات الإنسانية على طلب استشارات الطب العام، و دليل على احتياج المريض إلى من يوجهه، ينصحه و يرافقه في علاجه... وهو الدور المنوط بالطبيب العام للهياكل الصحية أو ما يسمى بطبيب العائلة.

5-2 مناقشة نتائج تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية على طلب علاج الأطباء الأخصائيين:

من خلال نتائج الجدول رقم (2) يتبين ما يلي:

يمكن القول أن الفرضية الصفرية (H_0) تحققت جزئيا في الأبعاد التالية (تأثير الإمكانيات المالية ، الفكرة المسبقة حول الإمكانيات المادية المتوفرة، الفكرة المسبقة حول

نوعية الموارد البشرية المتوفرة، نوع الاستقبال، المساواة في توزيع العلاج، مدى استجابة نوعية العلاج لتطلعات الأفراد، نوعية العلاقة بين طالب و مقدم العلاج، توفر العلاج في الأوقات لمخصصة له، مدى ضمان المناوبة (و لم تتحقق) ، تحقق الفرضية البديلة (H_a) في الأبعاد المتبقية التالية (بعد الهيكل الصحي القاعدي عن مقر السكن، طول الانتظار لتلقي العلاج).

ليس للقدرة الشرائية التي يتمتع بها طالب العلاج (الإمكانات المالية) تأثير في طلب استشارات الطب المتخصص نظرا لغياب الحواجز المالية ضمن المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لاسيما المبالغ الرمزية المدفوعة مقابل هذا النوع من الاستشارات (100دج ما يعادل \$1.4). ما تم التوصل إليه أيضا أنه ليس لأغلب الأحكام الذاتية و النزوات الفردية (الأحكام المسبقة حول توفر الموارد المستعملة في العلاج، نمط توزيع العلاج و توفره في جميع الأوقات المحددة له) تأثير في طلب استشارات الطب المتخصص نظرا لقلة بعض الاختصاصات خارج القطاع العام، بالإضافة إلى فرصة التوجيه للعلاج في المستويات العلاجية العليا التي يمكن أن توفرها مستشفيات القطاع العام هذا من جهة، من جهة أخرى الأسعار العالية المطبقة من طرف الأطباء الخواص والعيادات الخاصة لاسيما أمراض القلب و الشرايين و التي تجعل من جل طالبي العلاج المتخصص التنازل على آرائهم و نزواتهم الشخصية أملا في الحصول على العلاج.

يوجد تأثير لمدى بعد الهيكل الصحي القاعدي عن مقر سكن المريض على طلبه لاستشارات الطب المتخصص هذا ما أظهرته بعض الدراسات، والتي بينت أن طلب العلاج يتغير عكسيا مع البعد عن مقر سكن طالب العلاج. من بين النتائج المتوصل إليها أيضا تأثير الوقت المخصص للانتظار طلبا في استشارات الأخصائيين نظرا للحالة الصحية الرديئة ما أصحاب الأمراض المزمنة من الشيخوخ، بالإضافة إلى قلة الممارسين في بعض الاختصاصات والتي تؤدي حالة توفر تلك الخدمة تشكل طوابير طويلة أو تحديد مواعيدويلة من أجل الحصول على استشارة مثلا حالة أمراض الغدد، أمراض القلب والشرايين، الكلى و المسالك البولية...

5-3 شة فرق نتائج تأثير محددات بلوغ الخدمة الصحية على طلب علاج الأطباء العامين والأخصائيين:

بمقارنة نتائج الفرضية الأولى و الثانية نستنتج أنه لا يوجد اختلاف كبير بين الطلب على استشارات الطب العام و المتخصص إلا فيما يتعلق بما يلي:

➤ يوجد تأثير لمدى استجابة نوعية العلاج لتطلعات الأفراد و كذا نوعية العلاقة بين طالب و مقدم العلاج على طلب استشارة الطب العام دون الطب المتخصص. إن توفر الهياكل الصحية القاعدية و كذا الأطباء العامين على الأقل على مستوى كل بلدية بالإضافة إلى العدد المعتبر للعيادات الخاصة، يجعل من طالب استشارات الطب العام يفاضل- نظرا للبدائل المتوفرة- ومن ثم تدخل بعض الآراء الذاتية و النزوات الشخصية عند تحديد مقدم العلاج.

➤ يوجد تأثير لطول الانتظار من أجل تلقي العلاج المتخصص من دون الطب العام، يرجع السبب عموما لتوفر الأطباء العامين و في جل الأوقات المحددة للعلاج، على عكس الأخصائيين حيث يمكن أن تقتصر مداومتهم على يوم أو يومين فقط في الأسبوع.

هناك تماثل في تأثير ثمانية محددات على طلب العلاج العام و العلاج المتخصص، بالمقابل تم تسجيل تأثير مختلف لثلاث محددات منها. هذا يعني أنه لا يوجد اختلاف حول المحددات المؤثرة على طلب استشارات الطب العام و الطب المتخصص ضمن الهياكل الصحية القاعدية للعيادة المدروسة.

الختامة:

إن ساوت طلب العلاج ليست ظاهرة محلية فقط بل هي ظاهرة عالمية بسبب مجموعة من المحددات الاجتماعية، الوبائية و البيئية. تعتبر المحددات الاجتماعية من بين أهم المتغيرات المتحركة في تفاوت طلب العلاجات على مستوى الهياكل الصحية عموما وعلى مستوى الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر خصوصا.

تمثل الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر خط الدفاع الأول أمام التهديدات الوبائية والمتغيرات الصحية التي يعاني منها طالب العلاج، و تتزايد أهميتها نظرا لقربها من المواطن وقلّة الحواجز المالية للحصول على خدماتها. تزيد أهمية هذا النوع من الهياكل الصحية كلما ركزنا على أهدافها الوقائية، كما أن تطرقنا لمحددات بلوغ الخدمة الصحية ما هو إلا دليل على تكريس هذا الدور الوقائي المنوط بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالجزائر.

تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر يمر عبر تحليل خصائص الطلب على هذا النوع من الخدمات الصحية، كما أن الوقوف على المحددات المتحركة في الطلب على أهم خدمتين مقدمتين و هما استشارات الطب العام و الطب المتخصص سيمنح من

- تغطية أوسع للحوض السكاني محل الهيكل الصحي القاعدي من جهة، من جهة أخرى تحقيق نوع من التغطية النوعية التي تتماشى و الاحتياجات الحقيقية لطالب العلاج.
- على ضوء النتائج المتوصل إليها يمكن بلورة مجموعة من التوصيات كما يلي:
- وضع نظام تسيير لا مركزي للهيكل الصحية القاعدية، نظرا للاحتياجات الصحية للسكان المختلفة مكانيا و زمنيا.
 - تشجيع الدراسات المقارنة (Bench marking) لمحددات بلوغ الخدمة الصحية الجوارية، فمن خلال تحليل نتائج المقارنة و تحليلها سيتم ضمان تحسين أداء الهياكل الصحية القاعدية، و من ثم الإجابة على أكبر عدد ممكن من طلبات العلاج.
 - التركيز على الوقاية بمعناها الواسع و الاستثمار فيها بغرض تلافى الاستشفاء غير المبرر، ولتجنب تكاليف صحية ظاهرة و أخرى خفية يتحملها طالب العلاج، مقدمه و الجهات الممولة له.

قائمة الإحالات و المراجع:

- ⁱ Décret exécutif n° 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, Art. 6)
- ⁱⁱ Ibid, Art.7
- ⁱⁱⁱ Ibid, Art.8
- ^{iv} Médecine et soins de proximité, document en ligne, 28juillet 2010, p 6.
- ^v L'article L.1434-16 de la loi n°2009-879 de la santé en France du 21 juillet 2009.
- ^{vi} Idem.
- ^{vii} Médecine et soins de proximité, op.cit, p 7.
- ^{viii} L. GABRIELLI et al, « Les soins de proximité : une exception française ? » questions d'économie de la santé, CREDES, juillet 2001, p 12.
- ^{ix} M.G MARMOT et al, Contribution of job control and other risk factors to social variations in heart disease incidence. The Lancet, 1997; 350: 235-239.
- ^x S. UMA, Research Methods for Managers: a Skill-Building Approach, ED John Wiley and Sons, New York 1992, p 227.