

واقع تأثير السلوكيات الذاتية و الجماعية على طلب خدمات الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر :
دراسة حالة عيادات متعددة الخدمات في المنطقة الصحية الشرقية

نصر الدين عيساوي

أستاذ بقسم علوم التسيير

كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي- الجزائر

ملخص

يعد هذا المقال أول دراسة تطبيقية حول واقع تأثير السلوكيات الذاتية و الجماعية على طلب خدمات الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر. لوقت طويل كان ينظر إلى الأسباب المؤدية لهذا التفاوت من الزاوية الاقتصادية فقط، حاليا أصبحت هذه المؤثرات تأخذ بعين الاعتبار من خلال مجموعة من المؤشرات الأخرى غير الاقتصادية لاسيما الاجتماعية منها، مثل: السلوكيات الذاتية أو الجماعية و تأثيرها على طلب العلاج.

مرادنا من هذا المقال تحسين الجهات المعنية حول أهمية و أولوية الأخذ بعين الاعتبار هذه المحددات بمختلف زواياها، لغرض بلورة سياسات صحية فعالة قادرة على تحسين الصحة العمومية في الجزائر.

الكلمات المفتاحية: المحددات الاجتماعية للصحة، الخدمات الصحية الجوارية، الهياكل الصحية القاعدية.

Résumé

Cet article est le premier état des lieux sur les influences comportementales individuels et collectifs sur la demande de soins de proximité en Algérie. Longtemps analysées sous le volet économique, les inégalités en matière de santé s'apprehendent aujourd'hui selon une multitude de critères sociologiques, parmi elles les comportements individuels et collectifs.

À travers cet article, on envisage de faire de la prise en compte de ces déterminants sous leurs différents volets ; une priorité impérieuse de la politique de promotion de la santé publique en Algérie.

Les mots clés : Les déterminants sociaux de la santé, les soins de proximité, les structures de soins de santé de base.

Abstract

This paper is the first inventory of individual and collective behavioral influences on the demand for local care in Algeria. Long analyzed under the economic aspect, inequalities in health are today apprehended according to a multitude of sociological criteria, among them the individual and collective behaviors.

Through this article, consideration is given to taking into account these determinants in their different aspects; an imperative priority of the public health promotion policy in Algeria.

Keywords: Social determinants of health, nearby community care, basic health care structures.

1- التعريف بالبحث**1-1 مقدمة و أهمية البحث**

إن عملية الحصول على الخدمات الصحية حق من الحقوق الأساسية للفرد في كل دول العالم بغض النظر عن نوعية المنظومة الصحية الموضوعة من طرف كل دولة. هذا الحق ليس وليد اليوم بل نصت عليه اتفاقات عالمية و محلية بداية من اتفاق أوتلوا سنة 1986 « la charte d'Ottawa » التي وضعت الخطوط العريضة للمساواة في الحصول على الخدمات الصحية مهما اختلف الوضع الاجتماعي، السن، الجنس...

تظهر أهمية الموضوع في الوقوف على واقع و حجم تأثير المتغيرات غير الوبائية لاسيما بعض المحددات الاجتماعية التي لا يتم الاكتراث بها من جهة، من جهة أخرى واقع حجم تأثير هذه المحددات الاجتماعية (السلوكيات الذاتية و الجماعية...) على طلب خدمات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (Les EPSP). نتيجة لذلك يمكن إعادة رسم دور أكثر فعالية للهياكل الصحية القاعدية في توزيع الخدمات الصحية الجوارية من خلال التوزيع العادل لمثل هذا النوع من الخدمات الصحية من جهة، و من جهة أخرى تركيز الموارد المادية و البشرية على الاحتياجات الحقيقية لطالب العلاج.

2-1 مشكلة البحث

نهدف من هذا التشخيص الإجابة على التساؤل التالي: ما هي أهم السلوكيات الذاتية و الجماعية المسؤولة عن تفاوت طلب العلاج؟ و ما واقع تباين طلب الخدمات الصحية الجوارية بدلالة هذه المحددات الاجتماعية؟

3-1 أهداف البحث

نهدف من خلال هذا المقال التعرف على:

- أهم المتغيرات الاجتماعية (السلوكيات الذاتية و الجماعية) المتحركة في تفاوت الطلب على الخدمات الصحية على مستوى الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر.
- خصائص الطلب على الخدمات الصحية الجوارية في الجزائر.
- أهم الفروق بين الطلب على خدمات الأطباء العامين و الأخصائيين.

4-1 فرضيات الدراسة

تم وضع أربع فرضيات صفرية بمستوى دلالة (0.05) و بالصيغة التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول تأثير السلوكيات الذاتية و الجماعية على طلب خدمات الأطباء العامين.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول تأثير السلوكيات الذاتية و الجماعية على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين.
- لا يوجد تأثير معنوي للسلوكيات الذاتية و الجماعية على طلب خدمات الأطباء العامين.
- لا يوجد تأثير معنوي للسلوكيات الذاتية و الجماعية على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين.

5-1 حدود البحث

- **الحدود المكانية:** شملت الدراسة 7 ولايات من الشرق الجزائري (أم البواقي، باتنة، تبسة، سكيكدة، قسنطينة، خنشلة و سوق أهراس). و قد شملت الدراسة 14 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (عيادة متعددة الخدمات)، حيث تم اختيار في كل مرة عيادة متعددة الخدمات (Une polyclinique) داخل مقر الولاية و أخرى خارج مقرها.
- **الحدود الزمنية:** تمت الدراسة في الفترة بين 2012/09/01 و 2013/03/31.

6-1 تحديد مصطلحات البحث**1-6-1 المحددات الاجتماعية للصحة**

تعتبر المحددات الاجتماعية للصحة مجموعة من المتغيرات (الديموغرافية، الصحية، نمط الغذاء، العلاقات الاجتماعية...) التي تؤثر على السكان بطرق متباينة في طلبهم للعلاج، هذه المتغيرات الاجتماعية هي مجموعة من المحددات إلى جانب المحددات الاقتصادية، 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:

تضمن 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"⁽¹⁾.

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.⁽²⁾

يقع على عاتق المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ضمان الخدمات التالية: الوقاية، التشخيص، العلاج الجوارى، الفحوصات الخاصة بالطب العام والفحوصات الخاصة بالطب المتخصص، النشاطات المتعلقة بالأوممة والطفولة و التخطيط العائلي، بالإضافة إلى وضع البرامج الوطنية للصحة والسكان.⁽³⁾

1-6-3 الخدمات الصحية الجوارية

بتصفح كتب عن اقتصاديات الصحة و تسير 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.

أ - 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"⁽⁴⁾.

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

نجد هذه التسمية لدى الدول الأنجلوساكسونية على الخصوص قبل إعلان "ألما-أتا" التي ترمي إلى مختلف خدمات الوقاية و العلاج ذو الطلب الواسع اللذان يمكن أن يوفرهما التنظيم الموضوع بالقرب من طالب العلاج . و 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. تمثل 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 من خلال التقريب المادي و الزمني للمسار العلاجي و نوعيته بهدف حماية المريض..."⁽⁵⁾. يتضمن العلاج ذو الطلب الأولي في التشريع الفرنسي من: الوقاية، الكشف المبكر، الفحوصات، معالجة ومتابعة 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.⁽⁶⁾

ج- العلاج الجوارى « Les soins de proximité »

يقصد بالجوار في هذا الصدد: القرب المادي بالإضافة إلى القرب الاجتماعي و المالي (نمط التكفل). يوزع العلاج الجوارى من خلال شبكات توزيع منظمة و متدرجة يتم من 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 العلاج الجوّاري، أن الموقع الجغرافي ليس هو المدخل الوحيد لتقريب الخدمة من المواطن وإن كان هو المدخل الرئيسي، يبقى هناك نوع من التوازن والتوافق بين متغيرات أخرى مثل إمكانية التواصل (Accessibilité)، الحماية (Sécurité) والفاعلية (Efficiency).⁽⁷⁾

7 1 الدراسات السابقة

1-7-1 دراسة (2001) Véronique Lucas GABRIELLI et al : Les déterminants sociaux de la santé : une exception française

يتقاطع موضوع بحثنا مع هذه الدراسة من ناحية: العدل و الفعالية كشرطين رئيسيين لتوزيع العلاج الأساسي (الجوّاري) و المتغيرات المتحركة في ذلك، مختلف المصطلحات المستعملة على الصعيد الدولي لتقريب الخدمة الصحية الأساسية من المواطن، موقع العلاج ذو الطلب الأولي ضمن التنظيم العام للمنظومة الصحية الوطنية على المستوى الدولي. لم تتطرق هذه الدراسة إلى المتغيرات الاجتماعية المتحركة في اللجوء إلى طلب العلاج، و قد تم التركيز على البعد المكاني فقط كمدخل واحد لتقريب العلاج 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 الجوّارية (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 و ذلك لترشيد التكاليف و تحقيق اقتصاديات الحجم.

2 7 1 دراسة (2001) Richard WILKINSON et Michael MARMOT : Les déterminants sociaux de la santé

يتناسب موضوع بحثنا مع هذه الدراسة من ناحية: تناول 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 العلاج الأساسي (الخدمات الصحية الجوّارية) 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: التأثير المباشر للمحددات الاجتماعية على صحة الفرد، المحددات الاجتماعية لا تقل أهمية عن المحددات الاقتصادية و الوبائية في تأثيراتها السلبية على صحة الفرد و المجتمع، حتمية التكفل بالمحددات الاجتماعية للطبقات المعدومة و الفقيرة التي ستأتي بأكملها حتما على مستوى المنظومة الصحية والاقتصادية.

2 - إجراءات البحث

1-2 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.

3-2 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.⁽¹⁰⁾ 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 الطرف 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 اتساقه 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 ستجرى عليهم الدراسة. وقد أشارت النتائج إلى أن قيمة ألفا كرونباخ وصلت إلى نسبة 0.682 و هي نسبة مقبولة إلى حد بعيد.

3- نتائج الدراسة

لقد تم الاعتماد على قاعدة القرار التالية في اختبار الفرضيات:

- تقبل فرضية العدم (H_0) إذا كانت القيمة المعنوية $sig > 0.05$.
- ترفض فرضية العدم (H_0) و تقبل الفرضية البديلة (H_a) إذا كانت القيمة المعنوية $sig < 0.05$.

1-3 نتائج الفرضية الأولى

تم استخدام اختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاختبار تأثير العادات الشخصية والاجتماعية لطالب العلاج على طلبه خدمات الأطباء العامين عند درجة حرية (2، 469) و بمستوى دلالة $p. Value = 0.05$.
جدول رقم (1): نتائج اختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA) حول تأثير السلوكيات الذاتية والجماعية للفرد على طلبه خدمات الأطباء العامين

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
مدى الإدمان على التدخين	بين المجموعات	17.597	2	8.798	7.525	0.001
	داخل المجموعات	548.361	469	1.169		
	المجموع	565.958	471	-		
نوع وزن الجسم	بين المجموعات	9.326	2	4.663	10.020	0.000
	داخل المجموعات	218.259	469	0.465		
	المجموع	227.585	471	-		
حجم ممارسة النشاط الرياضي	بين المجموعات	3.494	2	1.747	5.251	0.006
	داخل المجموعات	156.057	469	0.333		

		-	471	159.551	المجموع	
0.241	1.429	0.274	2	0.548	بين المجموعات	حجم استهلاك الخضر والفواكه
		0.192	469	89.918	داخل المجموعات	
		-	471	90.466	المجموع	
0.144	1.943	1.360	2	2.719	بين المجموعات	نوع العلاقات الاجتماعية
		0.700	469	328.160	داخل المجموعات	
		-	471	330.879	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث

بتحليل نتائج الجدول رقم (1) نستنتج ما يلي:

➤ توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول مدى الإدمان على التدخين من طرف طالب العلاج و تأثيره على طلب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.001$) أقل من $\text{P.value}=0.05$. يعزى ذلك إلى أن الاحتياجات الصحية لشخص مدمن على التدخين و لفترة طويلة نوعا ما مختلفة عن شخص آخر لم يدخن بتاتا. علما بأن التدخين يعتبر المسؤول عن عدد معتبر من الأمراض المتعلقة بالجهاز الهضمي، الجهاز التنفسي، الجهاز البولي... هذا ما يتفق مع دراسة [M.BOBAK et al, 2000]¹¹.

➤ توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول نوع وزن جسم طالب العلاج (IMC) و تأثيره على طلب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.000$) أقل من $\text{P.value}=0.05$. يرجع ذلك أن زيادة الوزن عن الحد الطبيعي عموما و السمنة المفرطة خصوصا قد يكونا مسؤولين على عدد معتبر من الأمراض التي يعاني منها العالم المتقدم و الدول النامية على السواء (السكري، الكليستيرول...)، لذلك فالاحتياجات الصحية المتعلقة بالطب العام لطالب علاج له وزن طبيعي تختلف عن ذلك الذي يعاني من وزن غير طبيعي (نقص في الوزن أو زيادة في الوزن)، هذا ما يتفق مع دراسة [D.J.P BARKER, 1998]¹².

➤ توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول حجم ممارسة الشخص للنشاط الرياضي و تأثيره على طلب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.006$) أقل من $\text{P.value}=0.05$. يعزى ذلك إلى الصحة الجسمية و العقلية التي يتمتع بها شخص يمارس الرياضة بانتظام قد تختلف عن تلك التي يتمتع بها شخص لا يمارس الرياضة بتاتا. فالرياضة وقاية من الأمراض الجسمية و كذا الضغوطات النفسية و العقلية و هو ما ينتج عنه اختلاف في الاحتياجات الصحية المتعلقة بالطب العام بين من يمارس الرياضة و بين من يعزف عن ممارستها، هذا ما يتفق مع دراسة [A. DAVIES, 1997]¹³.

➤ لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية لمدى استهلاك الخضر و الفواكه و تأثيره على طلب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.241$) أكبر من $\text{P.value}=0.05$. أي أن استهلاك الخضر و الفواكه بكميات و أنواع متباينة لا يؤثر على طلب خدمات الطب العام ضمن العينة المدروسة، هذا ما لا يتفق مع دراسة [R. WILKINSON et M. MARMOT, 2001]¹⁴.

➤ لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية لنوع العلاقات الاجتماعية و تأثيرها على طلب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.144$) أكبر من $\text{P.value}=0.05$. أي أن العلاقات الاجتماعية التي يفرضها المحيط العائلي و الاجتماعي على الشخص لا تؤثر على طلبه للعلاج العام حسب العينة المدروسة، هذا ما لا يتفق مع دراسة [J.S HOUSE et al, 1998]¹⁵.

2-3 نتائج الفرضية الثانية

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاختبار الفروق حول تأثير العادات الشخصية و الاجتماعية لطالب العلاج على طلبه خدمات الأطباء الأخصائيين عند درجة حرية (2، 469) وبمستوى دلالة P.value=0.05.

جدول رقم (2): نتائج اختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA) حول تأثير السلوكيات الذاتية والجماعية للفرد على طلبه خدمات الأطباء الأخصائيين

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
مدى الإدمان على التدخين	بين المجموعات	6.936	2	3.468	2.0909	0.055
	داخل المجموعات	559.022	469	1.192		
	المجموع	565.958	471	-		
نوع وزن الجسم	بين المجموعات	1.097	2	0.549	1.136	0.322
	داخل المجموعات	226.487	469	0.483		
	المجموع	227.585	471	-		
حجم ممارسة النشاط الرياضي	بين المجموعات	4.366	2	2.183	6.597	0.001
	داخل المجموعات	155.185	469	0.331		
	المجموع	159.551	471	-		
حجم استهلاك الخضر والفواكه	بين المجموعات	1.404	2	0.702	3.697	0.026
	داخل المجموعات	89.062	469	0.190		
	المجموع	90.466	471	-		
نوع العلاقات الاجتماعية	بين المجموعات	0.039	2	0.020	0.028	0.973
	داخل المجموعات	330.840	469	0.705		
	المجموع	330.879	471	-		

المصدر: من إعداد الباحث

بتحليل نتائج الجدول رقم (2) نستنتج ما يلي

➤ لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول مدى الإدمان على التدخين من طرف طالب العلاج و تأثيره على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة (sig=0.055) أكبر من P.value=0.05 هذا ما لا يتفق مع دراسة [M.BOBAK et al, 2000]¹⁶.

- لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول نوع وزن جسم طالب العلاج (IMC) و تأثيره على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.322$) أكبر من $\text{P.value}=0.05$ ، هذا ما لا يتفق مع دراسة [D.J.P BARKER, 1998]¹⁷.
- توجد اختلافات ذات دلالة معنوية حول حجم ممارسة طالب العلاج للنشاط الرياضي وتأثيره على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.001$) أقل من $\text{P.value}=0.05$. يعزى ذلك إلى الرصيد الصحي الجسدي والعقلي الذي قد يختلف من ممارس للرياضة و غير ممارس لها، و الذي يؤثر بطريقة مباشرة و غير مباشرة على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين، هذا ما يتفق مع دراسة [A. DAVIES, 1997]¹⁸.
- توجد اختلافات ذات دلالة معنوية لمدى استهلاك الخضر و الفواكه و تأثيره على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.026$) أقل من $\text{P.value}=0.05$. أي أن استهلاك الخضر و الفواكه بكميات و أنواع متباينة يؤثر على الرصيد الصحي، و من ثم طلب خدمات الطب المتخصص ضمن العينة المدروسة على عكس الطب العام، هذا ما لا يتفق مع دراسة [R. WILKINSON et M. MARMOT, 2001]¹⁹.
- لا توجد اختلافات ذات دلالة معنوية لنوع العلاقات الاجتماعية و تأثيرها على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين نظرا لأن مستوى الدلالة ($\text{sig}=0.973$) أكبر من $\text{P.value}=0.05$. أي أن العلاقات الاجتماعية التي يفرضها المحيط العائلي و الاجتماعي على الشخص لا تؤثر على طلبه للعلاج العام أو المتخصص حسب العينة المدروسة، هذا ما لا يتفق مع دراسة [J.S HOUSE et al, 1998]²⁰.

3-3 نتائج الفرضية الثالثة

لاختبار هذه الفرضية عمدنا إلى استخدام أسلوب الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis).

3-3-1 اختبار صلاحية النموذج و قدرته التفسيرية

يتضح من معطيات الجدول رقم (3) صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التآثرية للمتغيرات المستقلة في المتغير التابع، حيث بلغت قيمة ($F= 4.205$) بمستوى معنوية (0.001) و هي أقل من (0.05) مما يعني أن هذا النموذج بمتغيراته المستقلة نموذج معنوي صالح للتنبؤ بقيمة المتغير التابع.

جدول رقم (3): تحليل التباين للمتغيرات المستقلة و المتغير التابع

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الانحدار	9.898	5	1.980	4.205	0.001
البواقي	219.356	466	0.471		
الإجمالي	229.254	471			

المصدر: من إعداد الباحث

أما فيما يتعلق بالقدرة التفسيرية لهذا النموذج، و التي توضح نسبة التغير في المتغير التابع التي تفسرها المتغيرات المستقلة، فقد بين الجدول رقم (4) أن معامل الارتباط المتعدد بين المتغيرات المستقلة و المتغير التابع بلغ (0.208)، ومعامل التحديد بلغ (0.043) و هذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر ما مقداره (4.3%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (طلب خدمات الأطباء العامين)، و هي قوة تفسيرية محدودة نسبيا، تدل على أثر محدود لأبعاد المتغير المستقل (رد الفعل الذاتي تجاه المحيط و المرض). أما نسبة (95.7%) المتبقية فترجع إلى متغيرات أخرى ضمن أو خارج موضوع الدراسة بالإضافة إلى الأخطاء العشوائية الناجمة عن دقة اختبار العينة، دقة وحدات القياس...

جدول رقم (4): معاملات الارتباط و التحديد لنموذج الانحدار

معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
------------------------	---------------	----------------------	------------------------

0.686	0.033	0.043	0.208
-------	-------	-------	-------

المصدر: من إعداد الباحث

3-2-3 نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير العادات الشخصية و الاجتماعية على طلب خدمات الطب العام

يوضح الجدول رقم (4) تأثير العادات الشخصية و الاجتماعية على طلب خدمات الأطباء العاميين ضمن الهياكل الصحية القاعدية للعيبة المدروسة:

جدول رقم (5): نموذج الانحدار المتعدد لتأثير العادات الشخصية و الاجتماعية على طلب خدمات الأطباء العاميين

المعنوية Sig	اختبار (T- test)	Beta	الخطأ المعياري Std. Error	B	النموذج
0.000	9.941	-	0.094	0.935	الثابت
0.009	2.637-	0.112-	0.030	0.078-	مدى الإدمان على التدخين
0.723	0.355	0.016	0.046	0.016	نوع وزن الجسم
0.003	3.034-	0.139-	0.055	0.166-	مدى ممارسة النشاط الرياضي
0.514	0.652	0.030	0.073	0.048	مدى استهلاك الخضر و الفواكه
0.192	1.307	0.061	0.039	0.051	نوع العلاقات الاجتماعية

المصدر: من إعداد الباحث

يتضح من الجدول السابق (5) النتائج التالية:

- يوجد أثر عكسي معنوي للإدمان على التدخين في طلب خدمات الأطباء العاميين نظرا لأن (Sig=0.009) أقل من 0.05، مما يقضي برفض فرضية العدم و قبول الفرضية البديلة. يفسر ذلك أن المدمن على التدخين لا يتوجه للطبيب العام -نظرا للمعرفة المسبقة لأسباب تدهور حالته الصحية- التي تدفعه ربما للتوجه مباشرة نحو الأخصائيين.
- لا يوجد أثر معنوي لوزن الجسم على طلب خدمات الأطباء العاميين نظرا لأن (Sig=0.723) أكبر من 0.05، مما يقضي بقبول فرضية العدم و رفض الفرضية البديلة.
- يوجد أثر عكسي معنوي لمدى ممارسة النشاط الرياضي على طلب خدمات الأطباء العاميين نظرا لأن (Sig=0.003) أقل من 0.05، مما يقضي برفض فرضية العدم و قبول الفرضية البديلة. يفسر ذلك أن ممارسة النشاط الرياضي عبارة عن وقاية من الأمراض، مما يؤدي إلى طلب سلبي على هذا النوع من الخدمات الطبية.
- لا يوجد أثر معنوي لمدى استهلاك الخضر و الفواكه على طلب خدمات الأطباء العاميين نظرا لأن (Sig=0.514) أكبر من 0.05، مما يقضي بقبول فرضية العدم و رفض الفرضية البديلة.
- لا يوجد أثر معنوي لنوع العلاقات الاجتماعية على طلب خدمات الأطباء العاميين نظرا لأن (Sig=0.192) أكبر من 0.05، مما يقضي بقبول فرضية العدم و رفض الفرضية البديلة.

3-4 نتائج الفرضية الرابعة

لاختبار هذه الفرضية عمدنا إلى استخدام أسلوب الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis).

3-4-1 اختبار صلاحية النموذج و قدرته التفسيرية

يتضح من معطيات الجدول رقم (6) صلاحية النموذج المستخدم في اختبار العلاقة التآثرية للمتغيرات المستقلة في المتغير التابع، حيث بلغت قيمة ($F= 3.836$) بمستوى معنوية (0.002) و هي أقل من (0.05) مما يعني أن هذا النموذج بمتغيراته المستقلة نموذج معنوي صالح للتنبؤ بقيم المتغير التابع.

جدول رقم (6): تحليل التباين للمتغيرات المستقلة و المتغير التابع

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
الاتحدار	8.700	5	1.740	3.836	0.002
البواقي	211.399	466	0.454		
الإجمالي	220.100	471			

المصدر: من إعداد الباحث

أما فيما يتعلق بالقدرة التفسيرية لهذا النموذج، و التي توضح نسبة التغير في المتغير التابع التي تفسرها المتغيرات المستقلة، فقد بين الجدول رقم (7) أن معامل الارتباط المتعدد بين المتغيرات المستقلة و المتغير التابع بلغ (0.199)، ومعامل التحديد بلغ (0.040) و هذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر ما مقداره (4%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (طلب خدمات الأطباء العامين)، و هي قوة تفسيرية محدودة نسبيا، تدل على أثر محدود لأبعاد المتغير المستقل (رد الفعل الذاتي تجاه المحيط و المرض). أما نسبة (96%) المتبقية فترجع إلى متغيرات أخرى ضمن أو خارج موضوع الدراسة بالإضافة إلى الأخطاء العشوائية الناجمة عن دقة اختيار العينة، دقة وحدات القياس...

جدول رقم (7): معاملات الارتباط و التحديد لنموذج الانحدار

معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
0.199	0.040	0.029	0.674

المصدر: من إعداد الباحث

3-4-2 نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير العادات الشخصية و الاجتماعية على طلب خدمات الطب المتخصص

يوضح الجدول رقم (8) تأثير العادات الشخصية و الاجتماعية على طلب خدمات الأخصائيين ضمن الهياكل الصحية القاعدية للعينة المدروسة:

جدول رقم (8): نموذج الانحدار المتعدد لتأثير العادات الشخصية و الاجتماعية على طلب خدمات الأخصائيين

النموذج	B	الخطأ المعياري Std. Error	Beta	اختبار T- (test)	المعنوية Sig
الثابت	0.687	0.092	-	7.448	0.000
مدى الإدمان على التدخين	-0.062	0.029	-0.099	-2.136	0.033
نوع وزن الجسم	0.072	0.045	0.073	1.595	0.111

0.004	2.864-	0.131-	0.054	0.154-	مدى ممارسة النشاط الرياضي
0.040	2.058	0.095	0.072	0.148	مدى استهلاك الخضر و الفواكه
0.785	0.272-	0.013-	0.038	0.010-	نوع العلاقات الاجتماعية

المصدر: من إعداد الباحث

يتضح من الجدول السابق (8) النتائج التالية:

- يوجد أثر عكسي معنوي للإدمان على التدخين في طلب خدمات الأخصائيين نظرا لأن (Sig=0.033) أقل من 0.05، مما يقضي برفض فرضية العدم و قبول الفرضية البديلة. يفسر ذلك أن المدمن على التدخين لا يتوجه للطبيب العام و لا الطبيب المختص نظرا لمعرفة أسباب تدهور حالته الصحية.
- لا يوجد أثر معنوي لوزن الجسم على طلب خدمات الأخصائيين نظرا لأن (Sig=0.111) أكبر من 0.05، مما يقضي بقبول فرضية العدم و رفض الفرضية البديلة.
- يوجد أثر عكسي معنوي لمدى ممارسة النشاط الرياضي على طلب خدمات الأخصائيين نظرا لأن (Sig=0.004) أقل من 0.05، مما يقضي برفض فرضية العدم و قبول الفرضية البديلة. يفسر ذلك بأن ممارسة النشاط الرياضي عبارة عن وقاية من الأمراض مما يؤدي إلى طلب سلمي على هذا النوع من الخدمات الطبية.
- يوجد أثر طردي معنوي لمدى استهلاك الخضر و الفواكه على طلب خدمات الأخصائيين نظرا لأن (Sig=0.040) أقل من 0.05، مما يقضي برفض فرضية العدم و قبول الفرضية البديلة. قد يكون استهلاك الخضر و الفواكه كحل علاجي أو وقائي من أجل الحفاظ أو تحسين الحالة الصحية وذلك بالعودة إلى رأي الطبيب المختص.
- لا يوجد أثر معنوي لنوع العلاقات الاجتماعية على طلب خدمات الأطباء العامين نظرا لأن (Sig=0.785) أكبر من 0.05، مما يقضي بقبول فرضية العدم و رفض الفرضية البديلة.

4- مناقشة النتائج

4-1 مناقشة نتائج تأثير السلوكيات الذاتية و الجماعية للفرد على طلبه خدمات الأطباء العامين

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

تم تسجيل تأثير معنوي لدرجة الإدمان على التدخين على طلب خدمات الأطباء العامين، و هو ما يفسر التأثير السلبي لهذه الآفة ذات النتائج السلبية المتعددة على (الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، الجهاز البولي و الجهاز التناسلي) ما يخلق طلب غير مبرر على العلاج نظرا لوعي الفرد المدخن بهذه الأمراض مسبقا. تم تسجيل تأثير معنوي لوزن الجسم على طلب علاج الأطباء العامين، لما للبدانة أو السمنة المفرطة من آثار على صحة الفرد لاسيما الأمراض المزمنة. لحجم ممارسة الرياضة أيضا تأثير معنوي على طلب هذا النوع من الخدمات الصحية، لما للرياضة من منافع متعددة لاسيما كوقاية من الأمراض المزمنة، انعدام ممارسة الرياضة سيكون لها آثار سلبية ستظهر جليا في سن الكهولة و الشيخوخة.

لم نسجل تأثير معنوي لحجم استهلاك الخضر و الفواكه على الفرد في طلبه لخدمات الأطباء العامين، يعزى ذلك للتغذية المتوازنة التي يعتمد عليها أفراد العينة، أو لمحدودية القدرة الشرائية لأغلبية أفراد العينة و التي تدفع بهم لتناول الخضر و الفواكه الموسمية. كما لم نسجل تأثير معنوي للعلاقات الاجتماعية على طلب هذا النوع من الخدمات الصحية؛ ربما بحكم الوقت المبكر أين ستظهر هذه الآثار السلبية على المدى الطويل، كما تعزى إلى وعي الفرد بأن ما يعاني منه لا يستدعي استشارة طبيب عام.

يمكن القول أن الفرضية الصفرية (H_0) تحققت جزئيا في الأبعاد التالية (مدى استهلاك الخضر و الفواكه و نوع العلاقات الاجتماعية)، و لم تتحقق (أي تحقق الفرضية البديلة H_a) في الأبعاد المتبقية التالية (مدى الإدمان على التدخين، نوع و وزن الجسم و مدى ممارسة الرياضة).

4-2 مناقشة نتائج تأثير السلوكيات الذاتية و الجماعية للفرد على طلبه خدمات الأطباء الأخصائيين

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

لم يتم تسجيل تأثير معنوي لمدى الإدمان على التدخين على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين، يعزى ذلك لطبيعة العينة التي تم تناولها التي تحتوي في أغليبتها على شباب، أين أثار التدخين لا تظهر عموما في سن مبكرة، كما يرجع ذلك إلى عزوف استشارة الأخصائي في العيادات المتعددة الخدمات نظرا لغياب وسائل الكشف والتحليل عموما و التي تمثل خدمات مكاملة لخدمة الطبيب المختص. لم نسجل تأثير معنوي للنوع ووزن الجسم على طلب هذا النوع من الخدمات، نظرا لأن الأمراض المزمنة الناتجة عن السمنة المفرطة يتكفل بها الأطباء العامين ضمن هذا النوع من الهياكل الصحية لاسيما مرض السكري. كما لم نسجل تأثير معنوي لنوع العلاقات الاجتماعية على طلب خدمات الأخصائيين مثل ما تم الوقوف عليه مع الطب العام، يعزى ذلك إلى التكتم على الإجابة و الخوض في مثل هذه المواضيع في المجتمعات المحافظة، على الرغم من أن جل الدراسات التي تمت على مستوى الدول الغربية أظهرت عكس ذلك.

تم تسجيل تأثير معنوي لحجم ممارسة النشاط الرياضي على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين، يعزى ذلك لبعض الأمراض المزمنة التي تحتاج إلى مختص لمتابعتها لاسيما تلك المتعلقة بالعظام والمفاصل، كما يمكن طلب هذا النوع من الخدمات الصحية للاطمئنان الفرد الممارس للرياضة على حالته الصحية. تم تسجيل تأثير معنوي لحجم استهلاك الخضر والفواكه على طلب خدمات الأخصائيين، على الرغم من قلة أو انعدام هذا التأثير على الطب العام، يعزى ذلك أن اختلال توازن التغذية سيؤدي إلى أمراض أو إصابات التي لا تستدعي استشارة عامة بل علاج متخصص.

يمكن القول أن الفرضية الصفرية (H_0) تحققت جزئيا في الأبعاد التالية (مدى الإدمان على التدخين، نوع وزن الجسم و نوع العلاقات الاجتماعية) و لم تتحقق (أي تحقق الفرضية البديلة (H_a) في الأبعاد المتبقية التالية (حجم ممارسة النشاط الرياضي و مدى استهلاك الخضر و الفواكه).

3-4 مناقشة نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير السلوكيات الذاتية و الجماعية للفرد على طلبه خدمات الأطباء العامين على ضوء نتائج الجدول رقم (5) يمكن استخراج النموذج التالي:

الطلب على خدمات الأطباء العامين = $0.935 - 0.078$ الإدمان على التدخين - 0.166 مدى ممارسة النشاط الرياضي.
يتضح من المعادلة السابقة النتائج التالية:

إن تغير الإدمان على التدخين بوحدة واحدة سيؤدي إلى تخفيض الطلب على خدمات الأطباء العامين بمقدار (0.078)؛ يعزى ذلك إلى الشحنة الايجابية للتدخين على حياة و نشاط الشباب في بداية الإدمان، لتتقلب النتائج بعد ذلك سلبيا شيئا فشيئا. إن ارتفاع وتيرة ممارسة النشاط الرياضي أيضا بوحدة واحدة يؤدي إلى تخفيض الطلب على خدمات الأطباء العامين بمقدار (0.166)؛ نظرا للطاقة الايجابية و السلامة الجسدية والعقلية التي يتمتع بها الرياضيين و التي لا تستدعي استشارة الطبيب في غالب الأحيان. بالمقابل لا يوجد أثر معنوي لنوع وزن الجسم، مدى استهلاك الخضر والفواكه و نوع العلاقات الاجتماعية.

4-4 مناقشة نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير السلوكيات الذاتية و الجماعية للفرد على طلبه خدمات الأطباء الأخصائيين

على ضوء نتائج الجدول رقم (8) يمكن استخراج النموذج التالي:

الطلب على خدمات الأطباء الأخصائيين = $0.687 - 0.062$ الإدمان على التدخين - 0.154 مدى ممارسة النشاط الرياضي + 0.148 لمدى استهلاك الخضر و الفواكه.

يتضح من المعادلة السابقة النتائج التالية:

إن تغير الإدمان على التدخين بوحدة واحدة سيؤدي إلى تخفيض الطلب على خدمات الأطباء الأخصائيين بمقدار (0.062)؛ تعزى الأسباب عموما للنشاط و الصحة الجسدية و العقلية التي يتمتع بها الشباب في بداية رحلة الإدمان، و نظرا لأن غالبية أفراد العينة شباب. إن تغير ممارسة النشاط الرياضي أيضا بوحدة واحدة سيؤدي إلى تخفيض الطلب على خدمات الأخصائيين بمقدار (0.154)؛ نظرا للطاقة الايجابية و الصحة الجسدية و العقلية التي لا تدفع بالرياضي إلى طلب استشارات الطبيب المتخصص. كما تؤدي الزيادة من استهلاك الخضر و الفواكه بوحدة واحدة إلى رفع الطلب على خدمات الأخصائيين بمقدار (0.148)؛ ارتفاع طلب استشارة المختصين يرجع عموما للاطمئنان على صحة الفرد أو طلب النصح للمختصين في التغذية لاسيما حالة الحمية. بالمقابل لا يوجد أثر معنوي لنوع وزن الجسم ونوع العلاقات الاجتماعية على طلب خدمات الأطباء الأخصائيين.

الخاتمة

إن المحددات الاجتماعية من بين أهم المتغيرات المتحركة في تفاوت طلب العلاجات على مستوى الهياكل الصحية عموماً وعلى مستوى الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر خصوصاً. تعتبر الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر خط الدفاع الأول أمام التهديدات الوبائية و المتغيرات الصحية التي يعاني منها طالب العلاج، وتتزايد أهميتها نظراً لقربها من المواطن وقلة الحواجز المالية للحصول على خدماتها. إن فعالية أداء هذه الهياكل الصحية يتوقف على دراسة و احتواء أهم هذه المحددات الاجتماعية. على الرغم أننا تطرقنا إلى هذه المحددات الاجتماعية من زاوية السلوكيات الفردية و الجماعية إلا أننا خرجنا بمجموعة من النتائج أهمها:

- تم الوقوف على بعض السلوكيات الذاتية و الجماعية مثل (الإدمان على التدخين، نوع وزن الجسم و مدى ممارسة الرياضة) المؤثرة في طلب خدمات الأطباء العاميين، هناك متغيرات أخرى تؤثر على خدمات الطب المتخصص (حجم ممارسة الرياضة و مدى استهلاك الخضر و الفواكه). و هو دليل كاف على تأثير المحددات الاجتماعية على صحة الفرد و من ثم على طلبه للعلاج.
- تم الوقوف على أهمية الوقاية الجماعية و الفردية في الحفاظ على صحة الفرد و المجتمع، و من ثم تلافي تكاليف ظاهرة و مخفية أصبحت تثقل كاهل الأطراف الثلاث المكونة للمنظومة الصحية الوطنية (مقدم العلاج، طالب العلاج و الجهات الممولة له).
- هناك نوعين من طلب علاج الهياكل الصحية الجوارية؛ طلب العلاج المبرر و ذلك غير المبرر، حيث ينتج هذا الأخير بسبب السلوكيات غير المسؤولة للبعض من تناول التدخين، الكسل و عدم ممارسة الرياضة أو التغذية غير المتوازنة... يمكن تدنيه هذا النوع من العلاج من خلال التوعية على نطاق واسع حول الأضرار و النتائج الوخيمة لانتهاج مثل هذه السلوكيات السيئة.
- على ضوء النتائج المتوصل إليها يمكن بلورة مجموعة من التوصيات كما يلي:
- العمل على توعية المواطنين بآثار العادات و السلوكيات السيئة بصفة مستمرة من خلال استعمال وسائل الإعلام الثقيلة، الاستثمار في توعية الأطفال المتدربين من خلال إدراج التربية الوقائية ضمن مقررات المنظومة التربوية و السهر على تطبيقها في حياتهم اليومية.
- تشجيع الدراسات المقارنة للمحددات الاجتماعية (Bench marking)، حيث بالاعتماد على نتائجها 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 و ذلك لتلافي الاستشفاء غير المبرر، ولتجنب تكاليف صحية ظاهرة و أخرى خفية يتحملها طالب العلاج، مقدمه و الجهات الممولة له.

قائمة الإحالات و المراجع

¹ 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)

² Ibid, Art.7

³ Ibid, Art.8

⁴ Médecine et soins de proximité, document en ligne, 28juillet 2010, p 6.

⁵ L'article L.1434-16 de la loi n°2009-879 de la santé en France du 21 juillet 2009.

⁶ Idem.

⁷ Médecine et soins de proximité, op.cit, p 7.

-
- ⁸ L. GABRIELLI et al, *Les soins de proximité : une exception française ?* Questions d'économie de la santé, CREDES, juillet 2001, p 12.
- ⁹ 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.
- ¹⁰ S. UMA, *Research Methods for Managers: a Skill-Building Approach*, ED John Wiley and Sons, New York 1992, p 227.
- ¹¹ M. BOBAK et al, *Poverty and smoking: Tobacco control in Developing countries*, Oxford University press, London 2000: 41-61.
- ¹² D.J.P BARKER, *Mothers, Babies and disease in later life*, 2nd ed, Churchill Livingstone, Edinburgh 1998, 40p.
- ¹³ A. DAVIES, *Road Transport and Health*, British Medical Association, London 1997, 38p.
- ¹⁴ R. WILKINSON et M. MARMOT, *les déterminants sociaux de la santé; les faits*, deuxième édition, OMS, Danemark 2004, pp 33-34.
- ¹⁵ J.S HOUSE et al, *Social relationships and health*. Science, 1988; 241.
- ¹⁶ M. BOBAK et al, op.cit, 2000: 41-61.
- ¹⁷ D.J.P BARKER, op.cit, 40p.
- ¹⁸ A. DAVIES, op.cit, 38p.
- ¹⁹ R. WILKINSON et M. MARMOT, op.cit, pp 33-34.
- ²⁰ J.S HOUSE et al, op.cit, 1988; 241.