

Les inégalités de répartition des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales.

Par Mr Ahcène ZEHNATI¹, Attaché de recherche au CREAD² et doctorant à l'université de Bejaia.

Résumé :

L'Algérie ne connaît pas une crise de ressources humaines en santé. Sur le plan quantitatif, la couverture en personnel médical est jugée satisfaisante comparativement à beaucoup de pays à niveau de développement comparable. Néanmoins, de grandes disparités régionales existent surtout pour le corps des spécialistes. Ces inégalités s'expliquent par le fait que les médecins ne sont pas disposés à s'installer dans les régions rurales et/ou enclavées et se concentrent surtout dans les milieux urbains.

La progression de l'offre privée a concerné un grand nombre de spécialités médicales. Le nombre de médecins spécialistes du secteur libéral a connu une évolution de 50% entre 1999 et 2006, avec un taux de croissance moyen annuel de presque 6% sur la période.

Nous avons tenté dans cet article d'analyser la répartition du personnel de santé du secteur privé dans vingt spécialités médicales sur le territoire entre 1999 et 2006. Les disparités régionales en la matière se sont creusées au fil du temps. Cependant, un mouvement de rattrapage de certaines wilayas³ qui connaissent un dynamisme d'installation est à l'œuvre. Les inégalités tendent à se réduire à partir de l'année 2002 où l'indice de Gini est passé de 0,5635 à 0,5372 en 2006.

L'analyse de régression nous a permis d'expliquer que les installations des praticiens privés de santé sont influencées par les effectifs des praticiens privés déjà en place et l'effectif des médecins généralistes dans les secteurs sanitaires qui exerce un effet d'éviction sur les nouveaux candidats à l'installation. La densité de la population explique aussi le comportement à l'installation des médecins mais d'une façon plus au moins imprécise

Mots clés : *praticiens privés de santé, inégalités de répartition, indice de Gini, dynamique d'installation.*

¹ Mail : ahcene.zehnati@gmail.com

² Centre de Recherche en Economie Appliquée pour le Développement, Campus Universitaire de Bouzaréah, Alger, Algérie.

³ Une wilaya est l'équivalent d'un département en France.

Introduction

Le problème des ressources humaines en santé, connu depuis longtemps, est d'envergure mondiale touchant à des niveaux différents les pays riches et pauvres de la planète. Les points communs majeurs sont la mauvaise répartition et le sous effectif des personnels. De nombreux auteurs qualifient certaines zones de « déserts médicaux » où la sous médicalisation est manifeste. Les différentes études rapportent une grande concentration du personnel de santé dans les milieux urbains et aisés au détriment des zones semi-urbaines et rurales, pénalisant toute action visant à améliorer le système de soins national.

Selon le rapport sur la santé dans le monde publié par l'OMS en 2006, les problèmes actuels de ressources humaines se sont aggravés par les déséquilibres qui existent entre les formations académiques et les besoins réels des populations. Ces besoins vont augmenter dans les pays en pleine transition démographique à l'instar de l'Algérie avec des cohortes de jeunes auxquels vont s'ajouter des classes de plus en plus vieillissantes, et en transition épidémiologique avec des affections tant aiguës que chroniques ou dégénératives au coût social et financier important.

Cette thématique, est d'une actualité brûlante dans notre pays, surtout que le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) vient de promulguer une nouvelle carte sanitaire censée réorganiser le fonctionnement des structures de soins. Le secteur privé apparemment n'a pas été pris en ligne de compte dans la confection de cette carte malgré la place grandissante qu'il représente dans l'offre de soins.

L'Algérie dispose au plan quantitatif de ressources humaines appréciables et ne se trouve pas en situation de pénurie en personnels de santé. Cependant, et compte tenue de l'étendue du territoire, beaucoup de wilayas sont en situation de pénurie notamment en médecins spécialistes. Certaines wilayas souffrent également d'un manque de médecins généralistes en raison des inégalités dans leur répartition.

La distorsion dans la répartition du personnel de santé conduit à des conséquences fâcheuses sur la santé de la population. La décision d'installation est le résultat d'une mixtion de facteurs individuels mais aussi officiels. Les facteurs qui influencent le choix du lieu d'installation sont nombreux ; on peut citer : la densité de la population, les conditions de travail, le mode et la qualité de vie, le contexte social et culturel, l'équilibre vie familiale-vie professionnelle-vie relationnelle du praticien candidat à l'installation, en sus des facteurs économiques (le prix des loyers, le coût de la vie,...), qui sont autant d'éléments qui entrent en jeu. Pour cerner tous ces paramètres, des enquêtes auprès de ces professionnels sont incontournables.

L'Algérie connaît une variabilité dans la répartition des praticiens de santé, surtout dans le secteur privé où le nombre de médecins exerçant a connu une hausse de 50% en l'espace de 7 ans (1999-2006), et ce suite à l'instauration en 1998 de l'activité complémentaire qui autorisait les médecins généralistes et spécialistes relevant du secteur public à exercer, sous certaines conditions, dans des structures privées.

Le recul de l'emploi dans le secteur public où le milieu de travail est démotivant : salaire modique, soutien insuffisant de la part de l'encadrement, défaut de reconnaissance sociale et faible perspective de carrière,... ces conditions ont poussé bon nombre de jeunes diplômés à l'exercice de l'activité de délégué médical dans les laboratoires pharmaceutiques qui leurs

offrent des salaires confortables et un cadre de travail attrayant. Par ailleurs, d'autres jeunes médecins (y compris les vieilles générations) tentent leur chance sous d'autres cieux notamment en France où l'on recense en 2006, deux milles médecins d'origine algérienne.

Par ailleurs, la forte féminisation de la profession médicale⁴ ne peut pas être sans conséquence sur les choix des lieux d'implantation surtout dans une société comme la nôtre où le poids des traditions est très pesant. Bon nombre de femmes, ont préféré renoncer à exercer plutôt que de devoir quitter la zone côtière

Le développement rapide du secteur privé, notamment pour pallier les déficiences du secteur public, est susceptible d'accroître de façon significative les inégalités. Le niveau de revenu influe peu sur l'accès aux soins dans le secteur public car la gratuite des soins dans ce secteur est toujours en vigueur. A l'inverse, les dépenses de santé dans le secteur privé sont mal couvertes par le système de sécurité sociale, dans la mesure où les taux de remboursement sont très faibles. Lorsque les soins sont prodigués par le secteur privé, les ménages déboursent jusqu'à 10 fois plus (en dehors des médicaments remboursés) que les tarifs de remboursement par la sécurité sociale.

L'objet de cet article est donc d'examiner la répartition sur le territoire du personnel de santé du secteur privé dans vingt spécialités médicales. Nous voulons démontrer l'hypothèse que la répartition est inégale et les disparités régionales en la matière se sont creusées au fil du temps. Les installations des praticiens privés de santé ont concernés plus les zones urbaines que les zones semi-urbaines et rurales.

Pour ce faire, nous avons utilisé les données du ministère de la santé sur la période 1999 - 2006. Une analyse de régression sur les données de l'année 2006 a été effectuée pour expliquer les installations en fonction de six variables jugées explicatives. Nous avons identifiés les wilayas homogènes présentant des similitudes en la matière suivant la classification en nuées dynamiques.

⁴ A titre illustratif, en 2004 dans le secteur public, le sexe féminin tend à dépasser la moitié des effectifs chez les médecins spécialistes avec respectivement 50,6% ; 50,5% et 54,2% de l'effectif des secteurs sanitaires, CHU et EHS. La tendance est plus accentuée pour les médecins généralistes dans tous les établissements publics avec respectivement 53,5% ; 64,6% et 70,6% de l'effectif des secteurs sanitaires, CHU et EHS. Prédomine également parmi les résidents étudiants en post-graduation avec 57,6% dans les CHU et 53,4% dans les EHS. A terme, une augmentation de la prédominance du sexe féminin parmi les spécialistes est prévue.

I- Aperçu sur les ressources humaines en santé

L'Algérie a consenti de grands efforts dans la formation des personnels de santé, tous corps confondus. La couverture en personnel médical est jugée satisfaisante comparativement à certains pays présentant un niveau de développement similaire. Cependant, de grandes disparités régionales sont relevées surtout pour le corps des spécialistes. Ces écarts s'expliquent par le fait que les médecins ne souhaitent pas s'implanter dans les régions rurales et/ou enclavées et se concentrent dans les grandes villes. Cela est vrai évidemment pour les médecins exerçant dans le privé, mais également pour les médecins du secteur public qui ne souhaitent pas être affectés dans les zones enclavées.

Le tableau 1 montre la progression des ratios de couverture en personnels médicaux et paramédicaux de 1963 à 2007.

Tableau N°01 : Evolution des ratios de couverture en personnel médical

Nombre médecin (public+privé) par habitant	1963	1999	2005	2007
Spécialiste	-	1 / 3 594	1 / 2 240	1/2 081
Généraliste	-	1 / 1 750	1 / 1 708	1/1 373
Médecin (spécialiste+généraliste)	1 / 25 463	1 / 1177	1 / 969	1/830
Chirurgien dentiste	1 / 72 848	1 / 3752	1 / 3 646	1/3 191
Pharmacien	1 / 41 667	1 / 6134	1 / 5 389	1/4 571
Paramédical	1 / 2 979	1 / 346	1 / 367	1/341

Source : Calculs personnels à partir des données du MSPRH et de l'ONS

La couverture en personnel médical a connu une évolution appréciable. Entre 1999 et 2007, le ratio de couverture a affiché une progression en passant de 1 spécialiste pour 3 594 habitants à 1 spécialiste pour 2 081 habitants. L'évolution a été moins importante pour le corps des généralistes. Sur l'ensemble des deux segments, le ratio de couverture a évolué favorablement. L'amélioration de tous les ratios en 2007 est due à l'ouverture de nouveaux emplois dans les établissements publics de santé en 2006 et 2007 dans le cadre du programme de développement du système de santé.

Cette couverture cache les disparités entre les régions. De 0,81 médecin pour 1 000 habitants dans le Sud-est à 1,52 médecin pour 1 000 habitants, ou presque deux fois ce chiffre, dans le Centre du pays comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau N°02 : Répartition de l'offre de soins (publique et privée) sur le territoire selon les régions, données 2005

Région	Population	Nbre médecins	Médecin/1000 hab
Centre	10 624 293	16 164	1,52
Est	9 616 633	14 177	1,47
Ouest	7 477 354	8 413	1,13
Sud-Est	2 610 160	2 102	0,81
Sud Ouest	898 901	839	0,93
Total	31 227 341	41 695	1,34

Source : Calculs personnels à partir des données du MSPRH et de l'ONS

Le tableau 3 montre les variations encore plus importantes des ratios de couverture en médecins spécialistes entre les wilayas qu'elles se situent au nord, au niveau des hauts plateaux ou du Sud.

La couverture en médecins spécialistes passe d'un médecin spécialiste pour 733 habitants pour la wilaya d'Alger à 1 médecin spécialiste pour 12 827 habitants pour la wilaya de Djelfa.

Tableau N°03 : Couverture en médecins spécialistes dans quelques wilayas pour l'année 2006

Wilaya	Région	Nombre d'habitants pour 1 spécialiste
Alger	Nord	733
El Tarf		6 921
Tiaret	Hauts plateaux et Steppe	9 903
M'Sila		10 573
Djelfa		12 827
Béchar	Sud	3 878
Tamanrasset		8 209
Ensemble		2 240

Source : MSPRH

Pour ce qui est du volet formation des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes, elle est assurée par dix facultés de médecine, toutes situées dans les wilayas du nord du pays.⁵ Une onzième faculté de médecine située à Bejaia a commencé à assurer la formation médicale à partir de la rentrée universitaire 2007-2008.

L'accès aux études médicales (graduation) se fait sur la base de la note obtenue au Baccalauréat (série sciences) avec une note minimale exigée par chaque département pour imposer un numerus clausus compte tenu du nombre de places pédagogiques. L'accès à la poste graduation (résidanat) se fait par voie de concours annuels ouverts aux titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine, de pharmacien ou de chirurgien dentiste. La durée des études de graduation est de 7 ans en médecine et de 5 ans en chirurgie-dentaire et en pharmacie. La durée du cycle post-gradué (spécialisation) varie de 3 à 5 ans selon les spécialités.

Les effectifs inscrits en graduation pour l'année universitaire 2006-2007 sont de 47 406 étudiants se répartissant suivant le tableau N°04 :

Tableau N°04 : Effectifs inscrits en graduation en 2006-2007

Filière	Effectif	%
Médecine	34 650	73,1
Pharmacie	7 013	14,8
Chirurgie dentaire	5 743	12,7
Ensemble	47 406	100

Source : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

⁵ Alger, Oran, Constantine, Annaba, Tizi ouzou, Blida, Tlemcen, Sidi Belabbès, Sétif, Batna

La faculté de médecine d'Alger concentre à elle seule un quart des effectifs d'étudiants inscrits en graduation, soit 11 731 étudiants. Les effectifs sont jugés pléthoriques au-delà des capacités d'accueil de la faculté de médecine d'Alger.

Les étudiants en post-graduation dénommés résidents, en vue de l'obtention d'un diplôme d'études médicales spécialisées sont au nombre de 6000 durant l'année 2006-2007. Environ 1 782 nouveaux postes de résidents ont été pourvus suite au concours d'accès au résidanat. Les effectifs diplômés en post graduation, ayant obtenu le DEMS à l'examen national 2006-2007 s'élèvent à 1261 diplômes (soit 86,3% des candidats) répartis suivant le tableau N°05

Tableau N°05 : DEMS obtenus en 2006-2007

Spécialités	Effectif	%
32 Spécialités médicales	842	66,8
7 Spécialités chirurgicales	308	24,4
Spécialités mixtes	26	2,1
Spécialités de pharmacie	24	1,9
Spécialités de chirurgie-dentaire	61	4,8
Ensemble	1261	100

Source : Bulletin d'information de la faculté de médecine d'Alger, N°02, Avril 2007

II-Description des données de l'étude

Nous avons utilisé les données statistiques du ministère de la santé sur la période allant de 1999 à 2006 et concernant vingt spécialités médicales du secteur privé. Par contre les données du secteur public se rapportent aux années 2004 et 2006.

Tableau N°06 : Evolution du nombre de praticiens privés de santé dans 20 spécialités médicales entre 1999 et 2006

Années	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006
Nombre de médecins spécialistes	2039	2201	2377	2448	2654	2815	3030
Taux de croissance annuel	-	7,95	8,00	3,00	8,42	6,10	8,00
Indice (base 100 en 99)	100	108	116,5	120	130	138	150

Source : MSPRH et Calculs personnels

Le nombre de médecins spécialistes du secteur libéral a connu une évolution de 50% entre 1999 et 2006 avec un taux de croissance moyen annuel de presque 6% sur la période, soit une moyenne annuelle de 166 nouvelles installations.

Cette dynamique d'installation a touché quelques wilayas seulement aux dépens d'autres qui connaissent une progression timide ou carrément des désinstallations comme le montre le tableau suivant :

Tableau N°07 : Evolution de la répartition des spécialistes libéraux sur le territoire 99-06

WILAYA	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	Tx croissance moyen 99-06
ADRAR	2	2	2	2	2	2	6	16,99%
CHLEF	19	19	19	19	29	27	33	8,21%
LAGHOUAT	9	8	10	10	11	14	36	21,90%
O E BOUAG	32	31	34	40	38	40	56	8,32%
BATNA	63	72	72	72	72	81	79	3,29%
BEJAIA	89	96	98	108	107	108	105	2,39%
BISKRA	36	40	43	43	46	48	38	0,78%
BECHAR	12	9	9	9	12	18	23	9,74%
BLIDA	73	79	94	95	96	105	131	8,71%
BOUIRA	32	34	39	40	39	44	110	19,29%
TAMNRASSET	1	1	2	2	2	4	7	32,05%
TEBESSA	21	23	25	25	24	24	46	11,85%
TLEMCEN	90	102	103	117	100	103	99	1,37%
TIARET	21	25	21	23	27	26	38	8,84%
TIZI OUZOU	107	117	118	120	111	116	107	0,00%
ALGER	445	491	574	581	683	723	759	7,93%
DJELFA	22	21	21	18	21	24	49	12,12%
JIJEL	40	44	43	36	42	47	46	2,02%
SETIF	79	76	85	87	114	99	126	6,90%
SAIDA	14	15	16	18	18	22	20	5,23%
SKIKDA	41	44	47	49	52	51	53	3,74%
SIDIBELABES	29	33	42	45	46	49	48	7,46%
ANNABA	70	73	73	72	98	105	94	4,30%
GUELMA	22	26	25	25	22	27	22	0,00%
CONSTANTINE	117	119	124	133	145	168	153	3,91%
MEDEA	21	20	19	20	25	28	29	4,72%
MOSTAGANEM	33	36	38	41	45	43	38	2,04%
MSILA	27	27	33	19	35	33	41	6,15%
MASCARA	27	34	14	36	40	42	47	8,24%
OUARGLA	23	23	26	23	23	25	33	5,29%
ORAN	149	167	187	196	181	195	197	4,07%
ELBAYADH	5	5	6	6	5	12	9	8,76%
BBA	34	38	38	37	43	41	37	1,22%
BOUMERDES	37	41	47	45	48	49	53	5,27%
ELTAREF	10	13	14	13	14	15	14	4,92%
TINDOUF	0	0	0	0	0	1	1	-
TISSEMSILT	5	6	6	5	5	5	6	2,64%
ELOUED	12	14	15	18	19	23	20	7,57%
KHENCHLA	10	12	14	17	19	20	18	8,76%
SOUKAHRAS	11	11	12	11	17	15	16	5,50%
TIPAZA	34	29	33	33	31	39	38	1,60%
MILA	32	35	36	38	42	44	39	2,87%
AINDEFLA	20	24	25	25	27	27	27	4,38%
NAAMA	11	11	14	14	13	14	12	1,25%
AINTEMOUCH	24	27	29	29	27	28	27	1,70%
GHARDAIA	12	12	12	13	14	15	15	3,24%
RELIZANE	16	16	20	20	24	25	29	8,87%
TOTAL	2039	2201	2377	2448	2654	2815	3030	5,82%

Source : MSPRH et calculs personnels

Il découle du tableau ci-dessus, quelques constats révélateurs des disparités entre les wilayas. Les évolutions sont très contrastées, et on peut dégager les profils suivants :

- Certaines wilayas ont connu une stagnation des effectifs à l'exemple de Tizi Ouzou où le nombre de médecins spécialistes en 1999 est le même que celui enregistré en 2006. Un pic de 120 médecins a été enregistré en 2002. Un mouvement à la baisse a caractérisé le reste de la période. Le taux de croissance annuel moyen sur la période est nul. On peut penser que la région est saturée, et qu'un mouvement de désinstallation est à l'œuvre. Les wilayas de Guelma et de Biskra présentent les mêmes tendances, l'effectif de l'année 1999 est resté inchangé en 2006. La wilaya de Biskra n'est pas épargnée par ce mouvement.
- D'autres wilayas affichent un taux de progression très faible, une à deux, voire trois nouvelles installations ont été enregistrées entre 1999 et 2006. C'est le cas notamment des wilayas de Ghardaïa, Ain Timouchent, Naama, El Tarf, Tipaza,...
- Les wilayas du sud ne sont pas nanties en spécialistes médicaux. La wilaya d'Adrar dispose de deux spécialistes seulement en exercice libéral entre 1999 et 2004, ce n'est qu'en 2006 que ce nombre est porté à 6. Les wilayas de Tindouf et d'Illizi disposent d'un seul spécialiste installé en 2004. Quant à Tamanrasset, l'effectif est passé d'un médecin en 1999 à 7 praticiens en 2006.
- Les grandes métropoles urbaines affichent des taux de croissance de l'ordre de 4,3%, 4,07% et 3,91% respectivement pour les wilayas d'Annaba, Oran et Constantine. Par ailleurs, la wilaya d'Alger fait figure d'exception car elle a enregistré un taux de croissance annuel moyen l'ordre de 7,95% sur la période où le nombre de spécialiste est passé de 445 à 759. Elle s'accapare de presque 25 % des effectifs des vingt spécialités médicales étudiées, elle attire donc le plus grand nombre de spécialistes médicaux. Cette situation peut être expliquée par la forte densité démographique et aussi par la présence d'une offre publique de soins conséquente mais aussi par la présence de facultés de médecine. On estime que l'effet réseau joue aussi un grand rôle.
- Enfin quatre wilayas affichent les taux de progression les plus forts sur la période. Le nombre de médecins spécialistes a été multiplié par 4 à Laghouat et par 3,5 à Bouira. D'autres wilayas connaissent des évolutions importantes à l'instar de Tébessa et de Djelfa où l'effectif a plus que doublé sur la période.

Pour conforter ces observations sur les disparités entre les wilayas, nous avons calculé l'indice de Gini sur la période 1999 -2006.

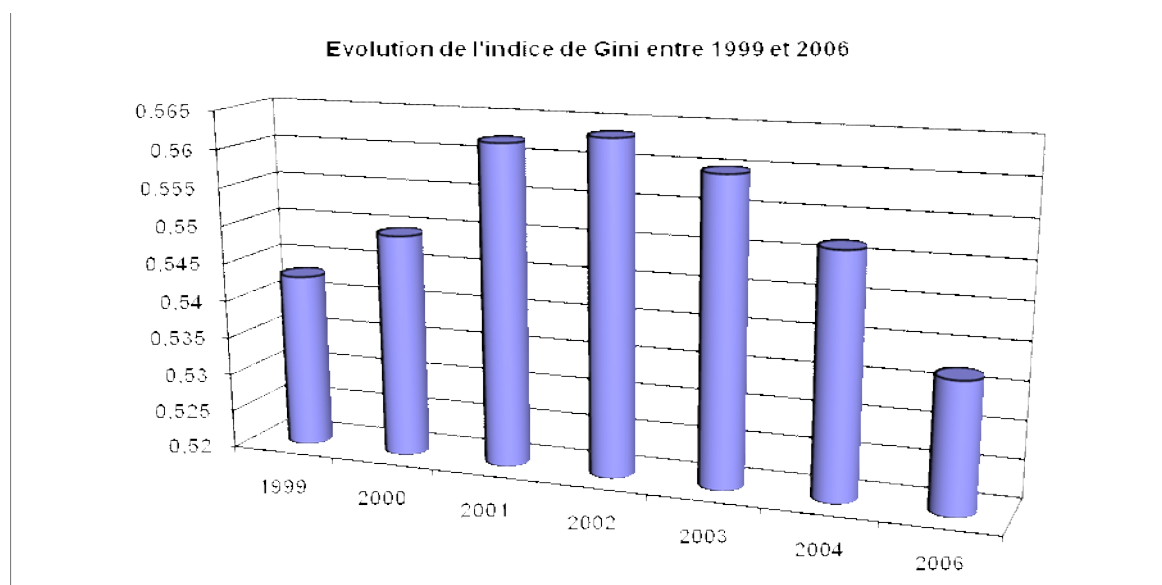
L'indice de Gini : il mesure le degré de concentration des installations des médecins spécialistes.

Tableau N°08 : Evolution de l'indice de Gini (1999-2006)

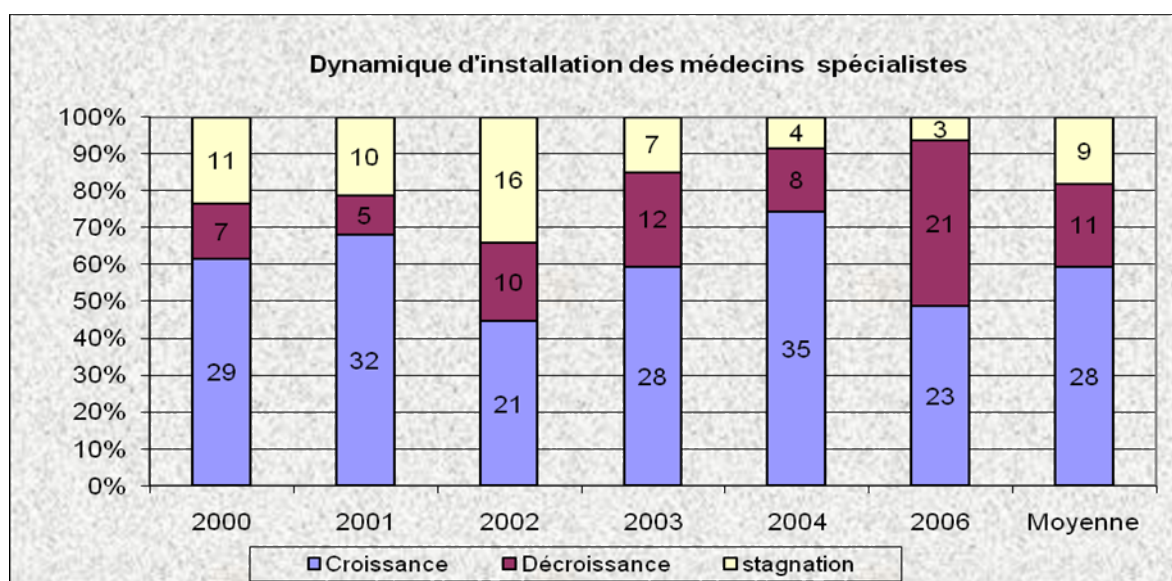
Années	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006
Valeur de l'Indice Gini	0,5431	0,5495	0,5622	0,5635	0,5599	0,5518	0,5372

D'après le graphique, on constate que les inégalités entre les wilayas se sont creusées entre 1999 et 2002 où la valeur de l'indice est passée de 0,5431 à 0,5635 soit un accroissement de presque 2 points. A partir de l'année 2002, la valeur de l'indice a baissé pour atteindre 0,5372 en 2006. Un processus de rattrapage est en train de s'opérer suite notamment à la saturation de certaines villes urbaines et que de nouvelles installations ont concerné des wilayas d'une population moindre.

En somme les inégalités se sont réduites sur l'ensemble de la période, quoiqu'un indice de 0,5372 reste quand même assez élevé. Plus de la moitié du territoire souffre d'un manque de médecins spécialistes.



Si on affine l'analyse de la dynamique d'installation, cette dernière reste très variable. Le graphique suivant nous permet de visualiser les mouvements enregistrés sur la période 1999-2006 :

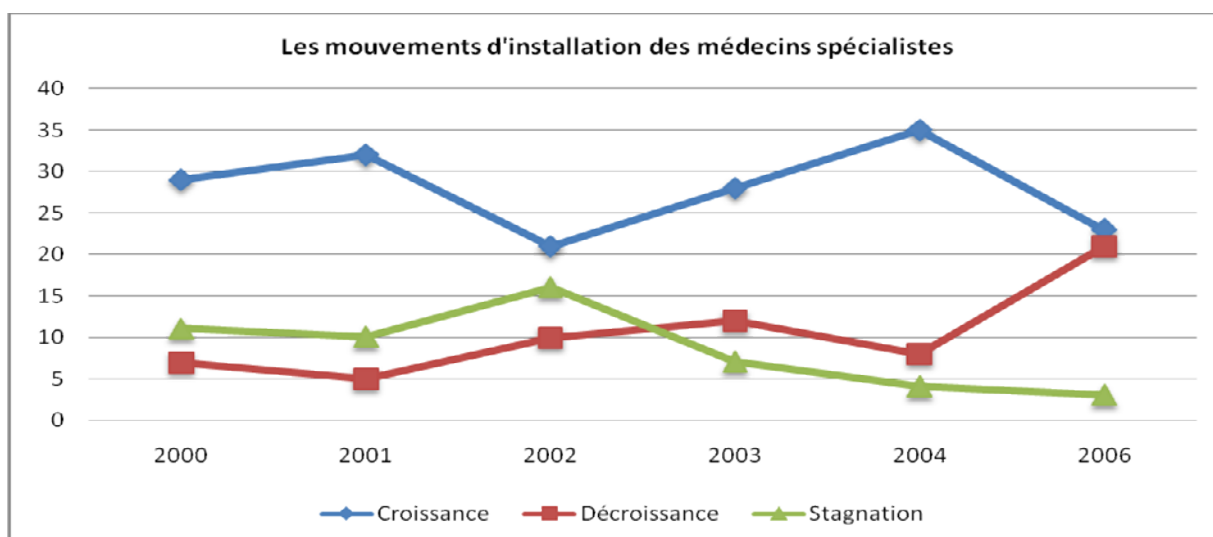


Trois mouvements sont identifiés :

- Des wilayas ayant enregistré une croissance des effectifs ;
- Des wilayas ayant connues une décroissance des effectifs ;
- Des wilayas où les effectifs ont stagnés.

Entre 1999 et 2000, 29 wilayas comptabilisaient de nouvelles installations, 7 wilayas ont connu des désinstallations et 11 wilayas où il n'a été enregistré aucune nouvelle installation. Cette dynamique a connu une évolution en dents de scie, tantôt le nombre de wilayas ayant connu de nouvelles installations croît, tantôt baisse. L'année 2006 reste atypique car le nombre de wilayas ayant connu des désinstallations et le nombre de wilayas ayant reçu de nouvelles installations est presque similaire.

Le niveau d'information dont on dispose ne nous permet pas d'expliquer ces différents mouvements. S'agit t-il de migrations, de cessation d'activité, de départ à la retraite,...etc.



On observe donc une évolution en « Ciseau » de ces trois mouvements, quand le nombre de wilayas connaissant de nouvelles installations croît alors le nombre de wilayas enregistrant des désinstallations décroît et vice versa. Par contre, les wilayas qui affichent une stagnation connaissent une baisse à partir de l'année 2002.

Si on examine les dynamiques d'installation en relation avec les valeurs de l'indice de Gini calculé plus haut, on constate que sur la période 1999-2002 où l'indice de Gini a crû, ce qui veut dire que les inégalités se sont creusées, le nombre de wilayas ayant connu de nouvelles installations a baissé passant de 29 à 21 et le nombre de wilaya ayant connu des disparitions (une mortalité de cabinets privés) a lui aussi progressé passant de 7 à 10 wilayas. Quant aux wilayas ayant connu une stagnation, leur nombre a crû aussi en passant de 11 à 16 wilayas.

A partir de l'année 2002, l'indice de Gini a connu une amélioration, le nombre de wilayas ayant vu la venue de nouvelles installations a augmenté à 28 et à 35 entre 2002 et 2004 mais en 2006, le nombre a baissé à 21 wilayas. On n'a pas beaucoup d'éléments explicatifs pour saisir le pourquoi et le comment de ce phénomène.

Comme ont vient de le voir, le secteur privé connaît une dynamique surtout dans les grands centres urbains quoique d'autres wilayas attirent de plus en plus de professionnels. Cela est t-

il le résultat de la saturation des grandes métropoles pour que les nouvelles installations concerneraient des villes moyennes ?

Dans l'ensemble, le secteur privé des soins dans les vingt spécialités a progressé fortement. En 2006, ce secteur a représenté presque 42% contre 58% du secteur public comme le montre le tableau ci après :

Tableau N°09 : Répartition offre publique-offre privée des médecins spécialistes

	Nbre de spécialistes	Part en %
Offre publique	4309	58
Offre privée	3030	42
Total	7339	100

Cette progression de l'offre privée a concerné un grand nombre de spécialités médicales .Le tableau suivant nous renseigne sur les spécialités investies.

Tableau N°10 : Part des effectifs des secteurs public et privé dans 20 spécialités médicales en 2006

	Anés-Réa	Cardio	Dermato	Endoc-Diabét	Gastro-Entéro	Hémato	Infectio	Méd trav	Méd interne	Méd légale
Offre Publique	492	179	77	122	112	181	212	321	416	87
Offre Privée	127	290	160	106	160	42	41	15	393	7
Total	619	469	237	228	272	223	253	336	809	94
%Public	79,5%	38,2%	32,5%	53,5%	41,2%	81,2%	83,8%	95,5%	51,4%	92,6%
%Privé	20,5%	61,8%	67,5%	46,5%	58,8%	18,8%	16,2%	4,5%	48,6%	7,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Néphro	Neuro	Pédiatrie	Pneumo-phthis	Psychiatrie	Radiologie	Réa Med	Réed fonct	Rhumato	Autres
Offre Publique	121	108	528	241	272	263	158	166	84	169
Offre Privée	57	111	510	269	205	315	35	74	108	15
Total	178	219	1038	510	477	578	193	240	192	184
%Public	68,0%	49,3%	50,9%	47,3%	57,0%	45,5%	81,9%	69,2%	43,8%	91,8%
%Privé	32,0%	50,7%	49,1%	52,7%	43,0%	54,5%	18,1%	30,8%	56,3%	8,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Dans huit spécialités médicales, l'offre privée est supérieure à l'offre publique. La pédiatrie et la médecine interne sont bien représentée, quel que soit le mode d'exercice. D'autres spécialités médicales sont peu représentées en activité libérale comparativement à l'activité salariée. C'est le cas notamment de la réanimation médicale, de la médecine du travail, et des autres spécialités médicales de la santé publique.

A l'inverse d'autres spécialités médicales sont très représentées dans le secteur libéral, c'est le cas notamment de la cardiologie, de la dermatologie, la gastro-entérologie, la rhumatologie et la radiologie. Quant à la psychiatrie, elle a progressé ces dernières années et occupe 43% de l'offre totale.

III- Matériels et Méthodes

Deux techniques statistiques ont été mobilisées pour affiner les descriptions présentées plus haut. Il s'agit de :

- La méthode de classification par nuées dynamiques.
- L'analyse de régression

Analyse descriptive : Méthode de classification par nuées dynamiques.

Elle nous a permis de classer les 48 individus (wilayas) en groupes homogènes en fonction des variables étudiées : Y 2006 Y 2004, Densité de la population, Consultations spécialisées dans le secteur public ainsi que l'offre publique des médecins spécialistes. Nous avons opté pour une classification en 4 classes, ce qui fait ressortir les groupes d'individus (wilayas) ci-dessous :

Classe 4	Classe 3	Classe 2	Classe 1
MEDEA	ADRAR	BATNA	ALGER
MOSTAGANEM	CHLEF	BLIDA	
MSILA	LAGHOUAT	TLEMCEN	
MASCARA	O E BOUAG	TIZI OUZOU	
OUARGLA	BEJAIA	SETIF	
ELBAYADH	BISKRA	ANNABA	
ILLIZI	BECHAR	CONSTANTINE	
BBA	BOUIRA	ORAN	
BOUMERDES	TAMNRASSET		
ELTAREF	TEBESSA		
TINDOUF	TIARET		
TISSEMSILT	DJELFA		
ELOUED	JIJEL		
KHENCHLA	SAIDA		
SOUKAHRAS	SKIKDA		
TIPAZA	SIDIBELABES		
MILA	GUELMA		
AINDEFLA	AINTEMOUCH		
NAAMA	GHARDAIA		
	RELIZANE		

Alger est une classe à part car elle concentre beaucoup de structures sanitaires quelque soit le type (CHU EHS SS), une densité de population très élevée, un nombre de médecins spécialistes installés très important (25% de l'ensemble) entre 2004 et 2006. Elle est un pôle sanitaire très important. On peut avancer l'hypothèse qu'il existe une corrélation entre l'offre publique (structure et personnel) et les installations des praticiens privés.

La deuxième classe regroupe les wilayas disposant d'un CHU et/ou d'un EHS ainsi que d'une faculté de Médecine : Oran, Constantine, Annaba, Sétif, Tlemcen, Tizi ousou, Batna et Blida où l'offre publique en structures et personnels est conséquente. Elles représentent des pôles

régionaux dont les classes 3 et 4 en dépendent car elles accueillent des patients venant des de ces wilayas.

La classe 3 est formée de 20 wilayas du pays où les prestations de santé sont assurées en quasi majorité par les secteurs sanitaires. Ces structures orientent les patients le plus souvent vers les pôles sanitaires régionaux.

La classe 4 regroupe le reste des wilayas (majorité des hauts plateaux et du sud) présentent les mêmes caractéristiques que la classe 3. Cependant, l'offre privée en personnel de santé est faible et les structures publiques ne couvrent pas d'une façon satisfaisante les besoins d'une population éparse.

Si on augmente le nombre de classes à constituer, alors les wilayas bien nanties en structures sanitaires publiques et privées se suivent dans le classement. La formation de 6 classes en fonction des variables étudiées, nous a permis de dégager le tri suivant :

Classe 6	Classe 5	Classe 4	Classe 3	Classe 2	Classe 1
ADRAR	CHLEF	BOUIRA	BATNA	BLIDA	ALGER
LAGHOUAT	O E BOUAG	TEBESSA	BEJAIA	TIZI OUZOU	
BECHAR	BISKRA	TIARET	TLEMCEN	SETIF	
TAMNARSET	JIJEL	DJELFA	SKIKDA	CONSTANTINE	
SAIDA	SIDIBELABE	MASCARA	ANNABA	ORAN	
GUELMA	MEDEA	MILA			
OUARGLA	MOSTAGANEM				
ELBAYADH	MSILA				
ILLIZI	BBA				
ELTAREF	BOUMERDES				
TINDOUF	TIPAZA				
TISSEMSILT	AINDEFILA				
ELOUED	AINTEMOUCH				
KHENCHLA	RELIZANE				
SOUKAHRAS					
NAAMA					
GHARDAIA					

Alger demeure, une classe à part car elle concentre une importante offre publique en personnel et en infrastructures et le quart des spécialistes privés ainsi qu'une forte densité de la population.

Les wilayas de Béjaia et de Skikda se sont jointes aux groupes des wilayas disposant d'un CHU et/ou d'un EHS. Ces deux wilayas sont limitrophes aux pôles sanitaires régionaux de Tizi ousou, Sétif et même Alger pour la wilaya de Bejaia et Annaba, Constantine pour la wilaya de Skikda.

La classe 4 est formée par six wilayas ; trois wilayas disposant d'un EHS (Mascara, Mila et Tiaret) et les trois autres wilayas connaissent une dynamique d'installation des praticiens

privés. La wilaya de Bouira a connu le taux de croissance le plus fort des installations des praticiens privés de santé sur la période 1999-2006.

La classe 5 regroupe les wilayas qui affichent une densité de population et un taux de couverture moyen en spécialistes privés et en infrastructures sanitaires.

La classe 6 présente les mêmes caractéristiques que la classe 5 mais moins nanties en matière de couverture. C'est toutes les wilayas du sud du pays qui figurent dans cette classe.

Analyse de la régression :

Nous avons procédé à une analyse de régression pour expliquer les installations des praticiens privés de santé en fonction de quelques variables jugées explicatives, nous avons retenus :

- Nombre de médecins spécialistes privés en 2004 pour 10 000 habitants
- Nombre de médecins spécialistes du secteur public pour 10 000 habitants
- Densité de la population.
- Nombre de lits dans les spécialités médicales pour 10 000 habitants
- Nombre de médecins généralistes privés pour 10 000 habitants
- Nombre de médecins généralistes exerçant dans les secteurs sanitaires pour 10 000 habitants.

Toutes les variables utilisées ont été rapportées pour 10 000 habitants dans le but d'atténuer la dispersion des variables car il y a des wilayas qui enregistrent une forte densité contrairement à d'autres.

Matrice des corrélations :

	MP 06	MSPE PUB	MP 04	DENSITE	LITS SPEC MED	MG PRIVE	MG SS
MP 06	1						
MSPE PUB	0,7116	1					
MP 04	0,9145	0,7919	1				
DENSITE	0,7490	0,7160	0,7573	1			
LITS SPEC MED	0,4307	0,7209	0,4887	0,2907	1		
MG PRIVE	0,6498	0,3520	0,6776	0,5124	0,1160	1	
MG SS	0,0495	0,4953	0,1694	0,2043	0,5099	-0,1741	1
<i>En gras, valeurs significatives (hors diagonale) au seuil alpha=0,0500 (test bilatéral)</i>							

MP 06 : nombre de médecins spécialistes privés en 2006.

MSPE PUB : nombre de médecins spécialistes du secteur public en 2006.

MP 04 : nombre de médecins spécialistes privés en 2004

DENSITE : densité de la population en 2006.

LITS SPEC MED : Nombre de lits dans les spécialités médicales en 2006

MG PRIVE : nombre de médecins généralistes privés en 2006

MG SS : nombre de médecins généralistes exerçant dans les secteurs sanitaires en 2006.

La matrice des corrélations fait ressortir de fortes corrélations positives entre la variable à expliquer en l'occurrence le nombre de médecins privés installés en 2006 avec le nombre de médecins installés en 2004. D'autres corrélations assez fortes sont à remarquer avec la densité de la population, ainsi que le nombre de médecin spécialistes exerçant dans le secteur public. Les corrélations avec les médecins généralistes du secteur privé ainsi que le nombre de lits dans les spécialités médicales sont relativement moyennes.

Par ailleurs, il n'y a pas de lien significatif entre les médecins spécialistes privés de l'année 2006 avec les médecins généralistes exerçant au niveau des secteurs sanitaires. Toutefois, on enregistre une faible corrélation (négative) entre les médecins généralistes exerçant dans les secteurs sanitaires et ceux opérant dans le privé. On peut penser que les médecins généralistes privés évitent de s'installer à proximité des secteurs sanitaires, car ces derniers disposent d'une offre pléthorique en médecins généralistes.

Statistiques descriptives

Variable	Moyenne	Ecart-type
MSPE PUB	1,0256	0,8681
MP 04	0,6317	0,4527
DENSITE	211,8400	501,4352
LITS SPEC MED	8,1053	3,4605
MG PRIVE	1,6465	0,6205
MG SS	3,6051	1,6534

A l'exception de la densité de la population qui affiche une forte variabilité, les autres variables utilisées pour la régression présentent une certaine homogénéité par rapport aux individus.

Résultats de la régression

Paramètre	Valeur	Ecart-type	t de Student	Pr > t
Constante	0,2058	0,1306	1,5755	0,1228
MSPE PUB	-0,0151	0,0827	-0,1832	0,8556
MP 04	0,7941	0,1436	5,5302	< 0,0001
DENSITE	0,0002	0,0001	1,7950	0,0800
LITS SPEC MED	0,0132	0,0129	1,0204	0,3135
MG PRIVE	0,0019	0,0669	0,0284	0,9775
MG SS	-0,0436	0,0215	-2,0268	0,0492

Nombre d'observations $n=48$, $R^2 = 0,862$, $R^2 \text{ Ajust.} = 0,842$

Au seuil de signification de 5%, la régression de la variable dépendante : les installations des praticiens spécialistes privés en 2006 sur les variables indépendantes montre que seulement deux variables à savoir les médecins spécialistes privés installés en 2004 et les médecins généralistes exerçant dans les secteurs sanitaires sont significatives.

Une augmentation du nombre de médecins généralistes dans les secteurs sanitaires influe négativement sur les nouvelles installations des praticiens privés. Les spécialités représentées dans les secteurs sanitaires ne poussent pas les spécialités privés à les investir surtout que le coût des prestations de santé dans le secteur sanitaire est modique par rapport à celles du secteur privé où les tarifs sont très élevés et remboursés à des tarifs très en deçà des prix réels par la sécurité sociale. Ce qui pose le problème de l'accès aux soins spécialisés pour de larges couches de la population.

Au seuil de 10%, on note que la variable densité de la population est significative dans le modèle. Cependant, les motifs d'installation des praticiens privés de santé sont beaucoup plus liés au nombre d'habitants dans l'agglomération choisie qu'à la densité.

Conclusion

L'Algérie n'est pas en situation de pénurie de praticiens de santé spécialisés, elle a formé et forme un nombre important de médecins spécialistes. Elle connaît à l'instar des pays développés et en développement des inégalités dans la répartition des spécialistes médicaux sur son territoire. Bien que les installations des praticiens spécialistes dans le secteur libéral a connu une forte progression entre 1999 et 2006, leur répartition géographique montre une concentration au niveau urbain au détriment des zones semi-urbaines et rurales. La couverture de la population est très variable d'une région à une autre.

Les écarts sont plus prononcés pour les wilayas du sud, quoiqu'on note un certain rattrapage de quelques wilayas, qui connaissent un dynamisme d'installation. L'offre publique joue toujours un rôle premier dans la satisfaction des besoins en soins spécialisés. Cependant, les insuffisances du secteur public laissent les patients disposant d'un pouvoir d'achat élevé se diriger vers le secteur privé.

L'analyse de régression nous a montré que les installations des praticiens privés de santé sont influencées par les effectifs des praticiens privés déjà en place, et l'effectif des médecins généralistes dans les secteurs sanitaires qui exerce un effet d'éviction sur les nouveaux candidats à l'installation. La densité de la population explique aussi le comportement à l'installation des médecins mais d'une façon plus au moins imprécise. Il est indispensable de procéder à une enquête auprès des médecins privés pour mieux cerner leurs motifs d'installation, qui peuvent varier suivant la spécialité du praticien, le lieu d'installation, les préférences individuelles...etc.

Il est impératif que les pouvoirs publics intègrent le secteur privé dans la conception de la carte sanitaire, et doivent adopter des mesures incitatives pour attirer les médecins vers les zones déficitaires. Il n'existe pas de solutions miracles, mais au moins prendre des mesures incitatives telles que : offrir des bourses d'études aux étudiants originaires de ces régions pour suivre un cursus médical avec l'obligation de revenir à la fin de leur formation dans leurs région d'origine pour exercer, donner l'opportunité aux médecins généralistes exerçant dans ces régions d'accéder à une spécialité médicale de leur choix,... autant de mesures qui peuvent contribuer à l'atténuation des disparités régionales.

Références bibliographiques

- 1- Association Santé Sud, colloque : Médecine de proximité : crise des ressources humaines, Regards croisés Nord-Sud, dossier de presse. Novembre 2007.
- 2- Auray J-P, Pettang.C : La cartographie sanitaire comme outil palliatif aux carences du système de santé en vigueur dans les pays en voie développement), Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé (LASS), Lyon 2002.
- 3- Awases, M. *et al.* (2005), « Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report », Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- 4- Bekkat-Berkani.M , Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins d'Algérie Etudes comparatives des systèmes d'études médicales, 2008.
- 5- Bessiere, S. *et al.* (2004), « La démographie médicale à l'horizon 2025 », *Études et Résultats*, no 352, DREES, Paris, novembre.
- 6- Bourgueil.Y, Mousquès.J, Tadjahmadi.A, comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Rapport IRDES 2006.
- 7- Bouziani M et Mesli M.F, Démographie des médecins et apprentissage médical : état des lieux dans une faculté de médecine en Algérie, in Cahiers de sociologie et de démographie médicale, volume 43, fascicule 3, 2003.
- 8- Cahiers de sociologie et de démographie médicale, Les ressources humaines de la santé, N°2-3 Avril-Septembre 2002.
- 9- Delanyo D, Wastage in the health workforce: some perspectives from African Countries, in www. Biomedcentral.com, 2005.
- 10-Dumont, J.C. et J.B. Meyer (2004), « La mobilité internationale des professionnels de la santé : évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain », *Tendances des migrations internationales*, SOPEMI 2003, OCDE, Paris.
- 11-Dumont, J.C. et P. Zurn (2008), « Health Workforce and International Migration: A Case Study on Canada », Document de travail de l'OCDE sur la santé, OCDE, Paris.
- 12-Lamri. L : Etude d'identification des questions de recherches prioritaires liées au financement de la santé, aux ressources humaines pour la santé, et au rôle du secteur non gouvernemental dans les pays à faible et moyen revenu de la région du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord (MENA), Rapport pays, Algérie, Octobre 2007.
- 13-Martin, J. (2007), « Éditorial – Fuite des cerveaux dans le secteur de la santé : mythes et réalité », *Tendances des migrations internationales*, SOPEMI 2007, OCDE, Paris

- 14-Mebtoul M : La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie, *Socio Anthropologie*, N°5, Médecine et santé : Symboliques des corps, 1999, URL : <http://socioanthropologie.revues.org/document56.htm>
- 15-Merzouk.M : Pratiques et croyances médicales en Algérie : étude de quelques itinéraires thérapeutiques, in Cahiers de sociologie et de démographie médicale, vol. 35, n°2, pp. 85-97, 1995.
- 16-Merzouk.M, féminisation de la profession médicale en Algérie, essai d'analyse sociologique, Groupement de recherches en anthropologie de la santé,Oran 2002.
- 17-Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) : Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale, juillet 2003.
- 18-Ordre national des médecins, *Etude de la problématique des PADHUE (2006), Rapport* adopté lors de la session du conseil national de l'ordre des médecins le 28 avril 2006,Dr Xavier Deau,président de la section formation et compétences médicales,disponible sur www.web.ordre.medecin.fr/rapport/padhue2006.pdf
- 19-Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bureau Algérie : Avant projet de plan national de développement des ressources humaines pour la santé en Algérie, 2008.
- 20-OMS : Rapport sur la santé dans le monde, années 2003 et 2006.
- 21-Ouchfoun.A, Transition sanitaire et formation des médecins généralistes, Journées de pédagogie médicale, Annaba 15 / 16 Février 2006
- 22-Oufriha F.Z, Système de santé et population en Algérie, Editions ANEP, Alger 2002.
- 23-Simoens, S. et J. Hurst (2006), « The Supply of Physician Services in OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, no 21, OCDE, Paris.
- 24- WHO, Technical consultation on imbalances in the health workforce, 2002
- 25- World Health Organization - National Health Accounts Series 2007
- 26- World Health Organization (2006b). 'The global shortage of health workers and its', fact sheet no. 302, WHO, Geneva, accessed 15 April 2008 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en
- 27-http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/poivue44_02.htm