

4ème conférence scientifique de l'AfHEA
Rabat du 26 au 29 Septembre 2016

La démographie médicale privée en Algérie : formation, activité et répartition territoriale

Présentée par
Mr Ahcène ZEHNATI
Chercheur au CREAD, Alger

Plan de l'exposé

- I** Introduction
- II** Méthodologie
- III** Les principaux résultats
- IV** Discussion
- V** Conclusion
- VI** Perspectives de recherche

I- Introduction(1)



- ❖ La répartition des ressources humaines en santé : problème d'envergure mondiale.
- ❖ Pas de remède miracle
- ❖ Littérature (Gravelle et al 2001, Holmes 2004, Bourgueil et al, 2006, ...) : incitations financières : effet modéré.
- ❖ Pénalisant ainsi toute mesure visant à améliorer l'accès aux soins dans ces territoires.

I- Introduction(2)



- ❖ Une transition plurielle.
- ❖ Une quasi absence d'une prise en charge collective des dépenses occasionnées dans le privé.
- ❖ Liberté d'installation des médecins
- ❖ Système du zoning abandonné (1985)
- ❖ Assujettissement des médecins au service civil

Questionnement



Les inégalités enregistrées initialement se sont-elles réduites dans le temps ?

II- Méthodologie



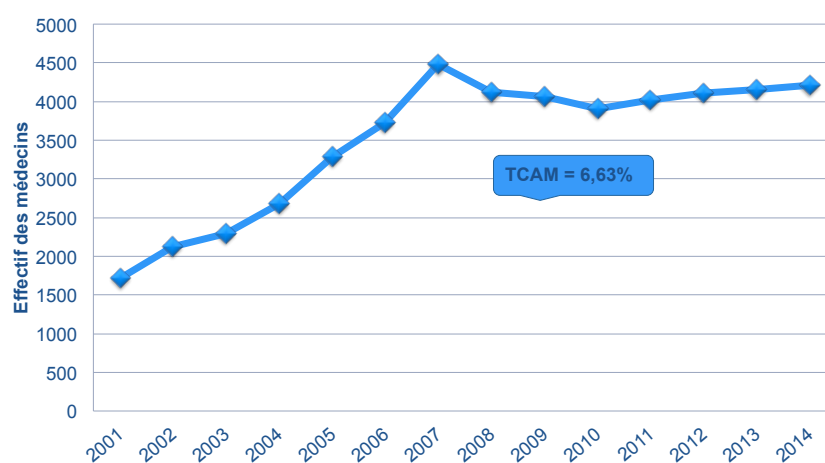
- Exploitation des sources de données secondaires

- Indice de Gini

III. RÉSULTATS

A- Les médecins formés (1)

Graphique 1 : Evolution des effectifs des diplômés en médecine générale (2001-2014)

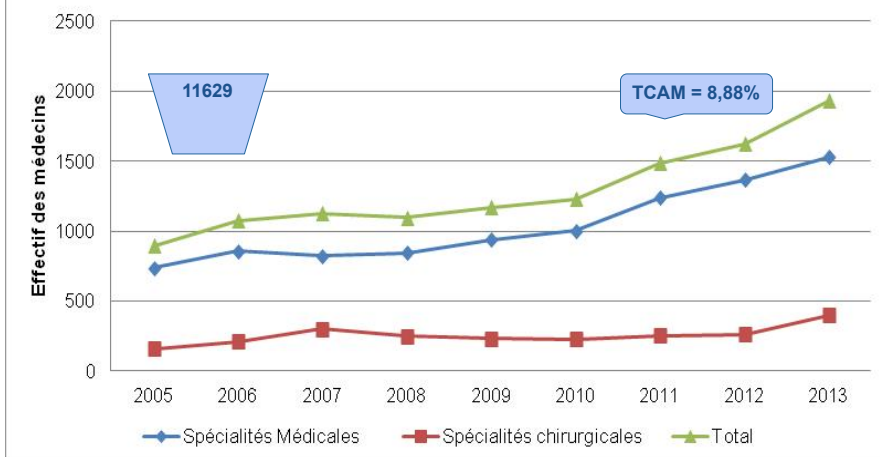


Construit par nos soins à partir des données du MESRS

A- Les médecins formés (2)



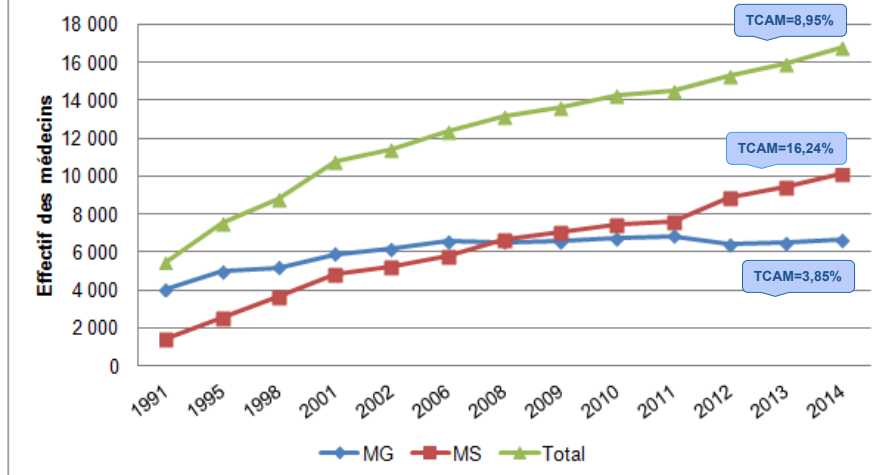
Graphique 2 : Evolution des effectifs des diplômés en médecine spécialisée (2005-2013)



B- Une dynamique à l'installation des médecins libéraux (1)



Graphique 3 : Evolution des effectifs des médecins libéraux en activité (1991-2014)



B- Une dynamique à l'installation des médecins libéraux (2)



❖ Prédominance du privé dans quelques spécialités : 2012

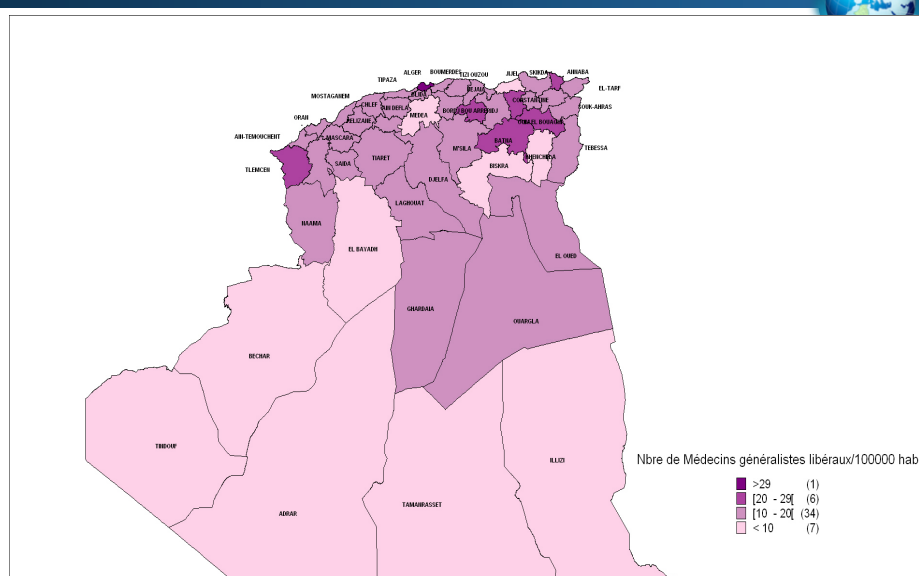
52% des effectifs contre 48% secteur public

Exemples :

	Gynéco-Obstétrie	Ophtalmologie	ORL	Urologie
Public	29%	30%	33%	45%
Privé	71%	70%	67%	56%

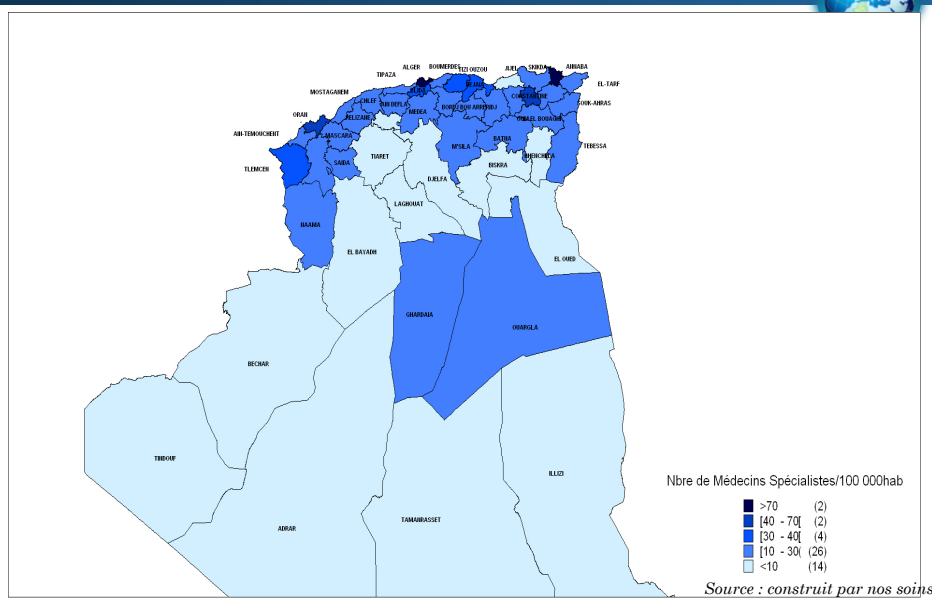
	Dermatologie	Cardiologie	Gastro-entérologie	Rhumatologie	Radiologie
Public	33%	38%	41%	44%	45%
Privé	67%	62%	59%	56%	55%

C- Une répartition territoriale déséquilibrée des MGP (1)



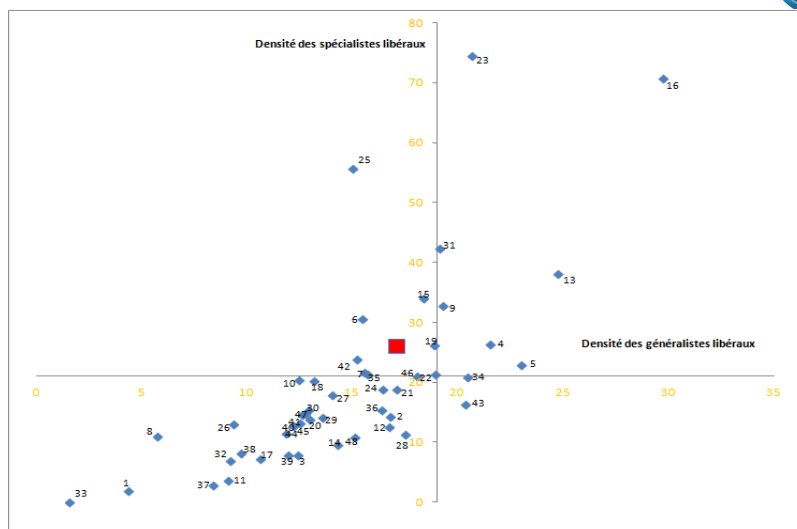
Source : construit par nos soins

C- Une répartition territoriale déséquilibrée des MSP (2)



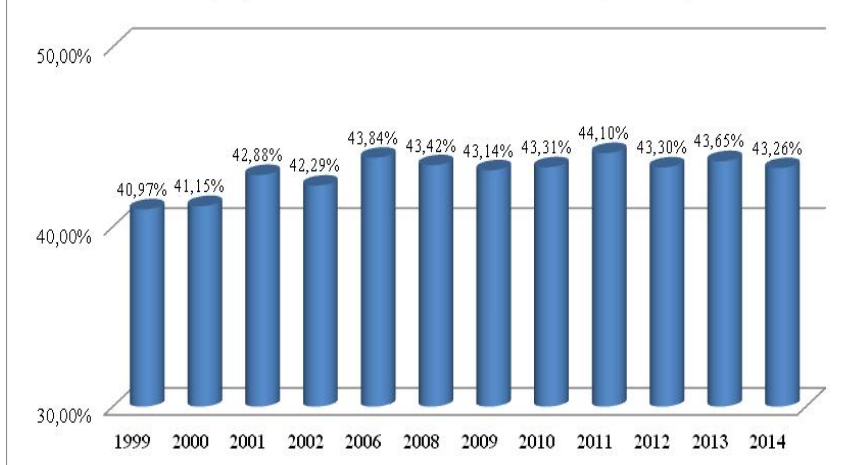
D- Densité spécialiste- généraliste

Graphique 4: Les densités de généralistes et de spécialistes par wilaya



E- Creusement des inégalités (1)

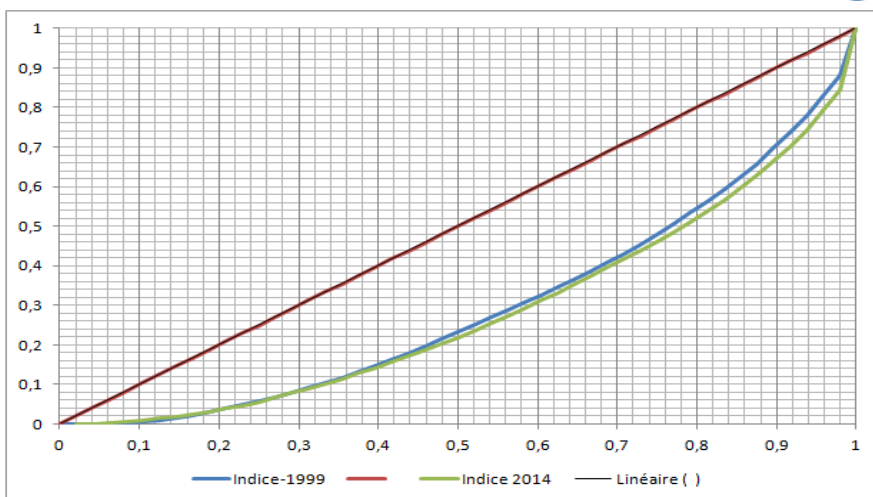
Graphique 1 : Evolution de Indice de Gini des MGP (1999-2014)



Source : construit par nos soins

E- Creusement des inégalités (2)

Graphique 1: Courbe de Lorentz (1999 et 2014) des médecins généralistes libéraux

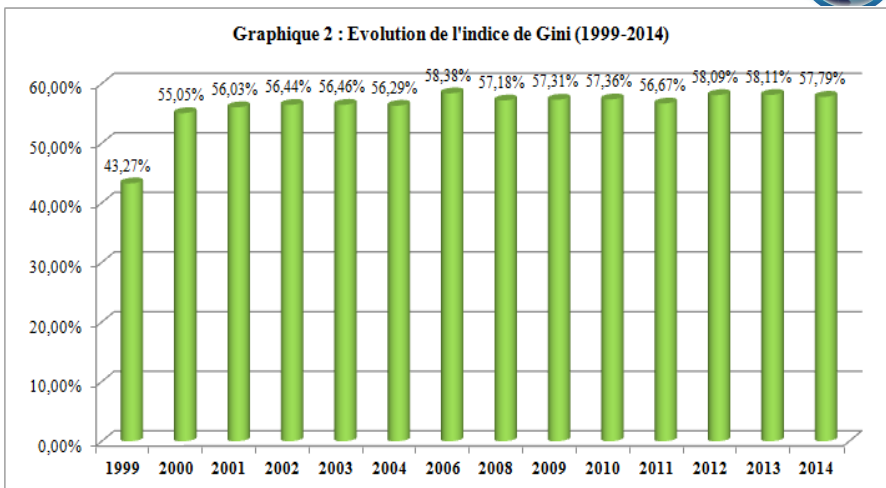


Source : construit par nos soins

E- Creusement des inégalités (3)



Graphique 2 : Evolution de l'indice de Gini (1999-2014)

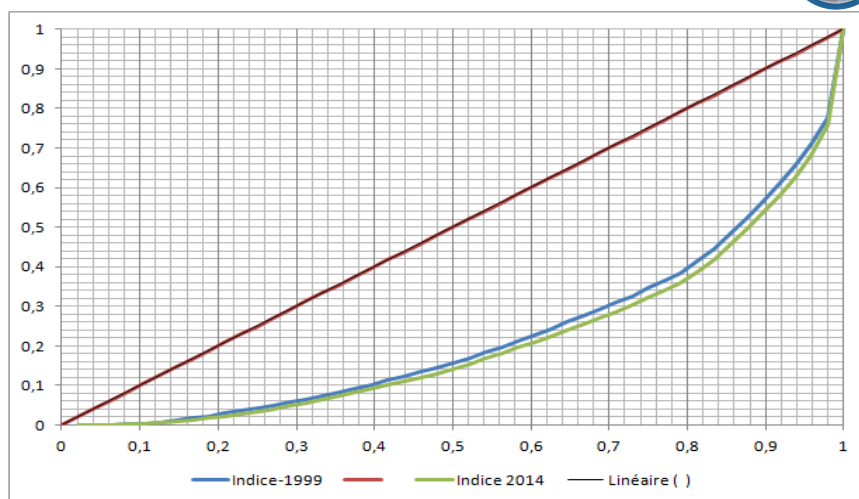


Source : construit par nos soins

E- Creusement des inégalités (3)



Graphique 7: Courbe de Lorentz (1999 et 2014) des médecins spécialistes libéraux



Source : construit par nos soins

F- Le Medical Brain Drain (1)



Tableau 5 : taux de fuite global dans les 3 pays du Maghreb

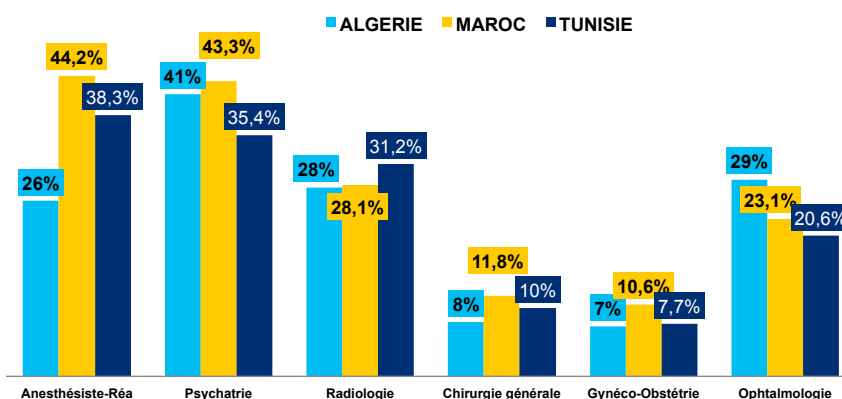
	Algérie	Maroc	Tunisie
Médecins en activité	48 184	17 142	13 640
Médecins nés au pays d'origine, installés en France, exercice médical	14 847	6 230	3 846
Taux de fuite	24%	27%	22%

Sources : Construit par l'auteur à partir des données du MSPRH, MSM, MST, CNOM et INSEE

F- Le Medical Brain Drain (2)



Graphique 8 : Médecins nés en (Algérie, Maroc ou Tunisie), quel que soit le lieu de formation, installés en France (Inscrits TOM)

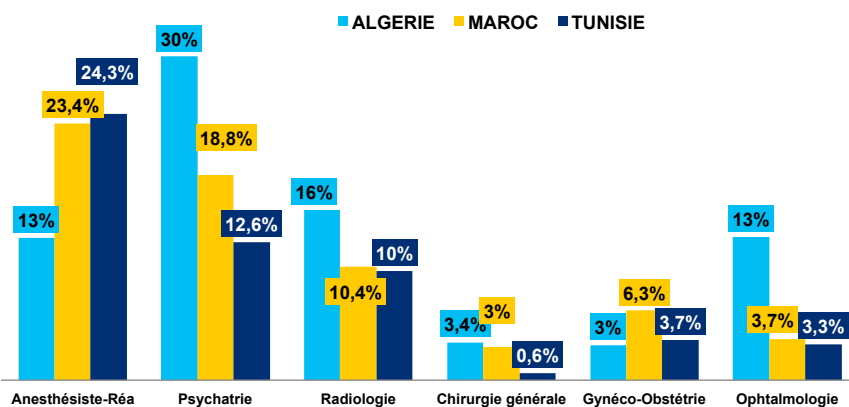


Source : ²⁰ construit pas nos soins à partir des données du CNOM

F- Le Medical Brain Drain (3)



Graphique 9 : Médecins nés et formés en (Algérie, Maroc ou Tunisie), installés en France (Inscrits TOM)



²¹ Source : construit pas nos soins à partir des données du CNOM

IV-Discussion (1)



- ❖ Données insuffisantes
- ❖ Creusement des inégalités sur la période considérée
- ❖ Effet de rattrapage : quelques wilayas
- ❖ Liberté d'installation maintient et/ou accentue les inégalités

IV-Discussion (2)



- ❖ Politique de saturation de l'offre
- ❖ Pas de politique publique coercitive ou incitative
- Exception → service civil
- ❖ Féminisation de la profession médicale

V- Conclusion



- ❖ Un système de santé sans réel pilotage et sans cadre organisationnel participe à l'accentuation des inégalités d'accès aux soins.
- ❖ Des politiques pertinentes seraient à mettre en œuvre pour intégrer le privé dans le carte sanitaire
- ❖ Expérimenter quelques mesures

VI- Perspectives de recherche



- ❖ Analyser les déterminants à l'installation
- ❖ Faire évoluer le point de vue des analyses en se situant du côté des patients. Par exemple analyser les itinéraires thérapeutiques des patients qui semblent connaître des modifications après l'expansion du secteur privé des soins.
- ❖ Enquêtes auprès des étudiants en médecine pour cerner leurs motivations profondes dans la décision d'installation.



**Merci
de votre attention**

The slide features a background with a light blue grid pattern and small white dots. On the left side, there is a photograph of a black stethoscope resting on a white surface, with a portion of a green ECG strip visible at the bottom. The text 'Merci de votre attention' is centered in a bold, blue, sans-serif font.