

Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des sciences de Gestion
Département des Sciences Economiques



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention d'un Diplôme de Master en Sciences Economiques

Spécialité : Economie de la santé

Thème

**Les dispositifs de lutte contre les déserts
médicaux en Algérie**

Réalisé par :

**KEBAILI Nacima
MOUSSOUS Imane**

Encadré par :

SALMI Madjid

Membre de jury :

Présidente : KOLLI Sonia,

Maitre de conférence

Catégorie B

Examinatrice: ANNANE Souhila

Maitre Assistante

Catégorie A

Rapporteur : SALMI Madjid

Maitre de conférence

Catégorie A

Année : 2018/2019

Remerciements

Nous voudrions exprimer en ces quelques lignes nos vifs remerciements à tous ceux qui nous ont aidé à parachever ce travail, et qu'ils nous aient impossible de les citer tous, tant ils sont nombreux, nous nous excusons auprès de ceux-là d'avance.

Tout d'abord nos premiers remerciements vont à Mr. SALMI Madjid sans lui notre cursus en Economie de la Santé n'aurait jamais été possible, et qui nous a fait l'honneur d'accepter de diriger notre travail malgré ses multiples activités, la pertinence de ses conseils dont on a eu privilège de bénéficier et les encouragements chaleureux et confiants qu'il nous a prodigués.

Nous tenons aussi à remercier les membres du jury qui ont bien voulu se donner la peine d'évaluer ce travail.

Nous exprimons notre gratitude aux enseignants qui nous ont prodigués des conseils pour l'aboutissement de ce travail, qu'ils trouvent, ici, l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance, car ils nous ont beaucoup appris durant tout le long de notre cursus universitaire.

Nos intenses remerciements vont également à l'ensemble de la communauté universitaire UMMTO, plus particulièrement au département des Sciences Economiques.

Nous devons aussi des remerciements à nos familles et aux personnes qui ont apporté leurs contributions à la réalisation de ce mémoire, à eux tous, nous disons merci.

KEBAILI Nacima

MOUSSOUS Imane

Dédicaces

Je dédie ce travail

A mes parents qui ont toujours été là pour moi et qui m'ont soutenu dans le passé, me soutienne aujourd'hui et me soutiendront sans nul demain je vous remercie vraiment ;

A mes sœurs :

Jasmine, Wissam, Celia et son époux Mohamed et mon neveu Salah pour leurs encouragements et leurs aides ;

A toute ma famille ;

A mes amies Lynda et Wardiya ;

A tous ceux qui nous ont aidés même de loin : Mohamed Hamadache, Mme Ziani.S, Mr Achir. M

A mon binôme Nassima

Imane

Dédicaces

Je dédie ce travail

A la mémoire de mon père.

A ma mère.

A mes sœurs : Sadia, Ouiza, Karima Samia, Malika et leurs
époux, à Samia et Malika

A mes frères : Ali ; Amar ; Hakim et Mustapha.

A mes amies Lynda et Wardiya ;

A mes neveux : Sofiane, Djamila, Massi, Nilia, Ghilan,
moumouh, Lyna.

A mon binôme Imane.

Nacima

Liste des abréviations

- **ANDS** : Agence Nationale de Documentation de la Santé
- **AR** : Arrêtés Royaux
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CDTA** : Centre de Développement des Technologies Avancées.
- **CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer
- **CRS** : Conseil Régional de la Santé
- **DEMS** : Diplôme d'Etudes Médicales Spécialisées
- **La DSP** : la Direction de la Santé et de la Population
- **Le DSP** : Le Directeur de la Santé et de la Population
- **EPH** : Etablissement Public Hospitalier
- **EPSP** : Etablissement Public de Santé de Proximité
- **HCA** : Hôpital Centre de l'Armée
- **HMRO** : Hôpital Militaire Régional d'Ouargla
- **IDE** : Investissements Directs Etrangers
- **MG** : Médecin Généraliste
- **MSPRH** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
- **NHS** : National Health Service
- **NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **ONS** : Office National des Statistiques
- **ORL** : Oto- Rhimo-Laryngologie
- **ORS** : Observatoire Régional de la Santé.
- **SDAT** : Schéma Directeur d'Aménagement Touristique

- **SNAT** : Schéma National d'Aménagement du Territoire
- **TIC** : Technologie de l'Information et de la Communication
- **TM** : Télé-Médecine
- **PIB** : Produits Intérieur Brut
- **UMC** : Urgences Médico-chirurgicales

Sommaire

Introduction générale	1
------------------------------------	----------

CHAPITRE I : DESERT MEDICAUX ET ACCESSIBILITE AUX SOINS

Introduction	4
I. Le cadre conceptuel des déserts médicaux	4
II. Les fondements théoriques des inégalités de santé	13
III. La géographie des réseaux : Le rôle de la distance pour l'accès aux services	17
Conclusion	25

CHAPITRE II : LA COUVERTURE MEDICALE NATIONALE ET LA CARTOGRAPHIE DES DESERTS MEDICAUX

Introduction	26
I. La couverture médicale nationale	26
II. La démographie des médecins et les inégalités de répartition des praticiens généralistes et spécialistes	29
III. La cartographie des déserts médicaux	39
Conclusion	52

CHAPITRE III : LES DISPOSITIFS DE LUTTE CONTRE LES DESERTS MEDICAUX EN ALGERIE

Introduction	41
I. L'accentuation des médecins généralistes	41
II. Service civil obligatoire pour les médecins spécialistes.....	43
III. Le jumelage entre les hôpitaux universitaires du Nord et les hôpitaux du Sud et des Hauts-Plateaux.....	49
IV. L'Ouverture de facultés de médecine au Sud pour palier aux insuffisances de médecins spécialistes	59
Conclusion	60
Conclusion générale.....	61

Les vifs débats actuels sur l'accès aux soins, cristallisés autour de la notion de « déserts médicaux » ; l'expression, dans sa portée essentialiste (un territoire serait un désert médical « en soi »), suggère une différence de nature entre des territoires dans lesquels l'accès aux soins ou l'offre de soins serait nul et d'autres territoires plus favorisés. Et l'existence de ces déserts représente un risque non négligeable de non accès aux soins qui est souvent brandie au sein de nos sociétés modernes comme un droit auquel tout citoyen peut prétendre.

L'offre de soins correspond à l'ensemble des infrastructures, ressources humaines et matérielles qui contribuent à la production des services de santé au profit de la population.

En Algérie, l'offre de soins est assurée par des établissements de santé publique (établissements hospitaliers et extrahospitaliers) et de structures de soins privées (cliniques médico-chirurgicale, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques etc.), qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature curatives ou préventives. L'offre de soins est largement étendue, surtout à partir des années 80, grâce d'une part, à de nouvelles réalisations et investissements dans le secteur public; et d'autre part, grâce à la levée de contraintes qui pèsent sur le secteur privé de soins à partir des années 90.

L'accessibilité aux soins est la capacité de recourir aux ressources sanitaires (matériels et immatériels) et aux services de santé. Elle est surtout fonction du couple distance /temps, donc de la proximité du cabinet médical de l'établissement de soins, de sa desserte et de la longueur du trajet à parcourir¹.

Cependant, ces conditions d'accès aux soins ne déterminent pas à elles seules le recours aux soins effectifs, qui dépend aussi des possibilités financières, ainsi que culturelles et éducatives, de l'individu ou du groupe. L'accessibilité aux soins est donc considérée comme un déterminant de santé et un possible facteur de vulnérabilité².

Problématique

Notre travail de recherche tentera d'apporter une investigation sur les solutions de soins mises en avant par les pouvoirs publics pour remédier ou lutter contre les déserts médicaux.

A ce fait nous avons axé à la problématique suivante ;

¹ Picheral H, Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la Santé, ed. 2001.

² Bis.

Quelles sont les dispositifs de lutte contre les déserts médicaux en Algérie ?

Les questions secondaires

- L'organisation et la répartition de l'offre de soin définie par la carte sanitaire arrive-t-elle à remédier les déserts médicaux et quels sont les zones plus touchées ?
- Quelles est la politique sanitaire mise en place par les pouvoirs publics pour rendre l'offre de soin plus équitable sur l'ensemble du territoire national?

Hypothèses :

Pour cerner à la problématique de notre thème, il est important d'énoncer les hypothèses suivantes :

Hypothèse 01 :

La carte sanitaire est un élément qui provoque le désert médical.

Hypothèse 02 :

La cartographie du désert médical et la concentration de ce désert au sud du pays.

Hypothèse 03 :

Les apports de la nouvelle carte sanitaire à la politique de lutte.

Choix et intérêt du sujet de recherche

L'expression « désert médical » désigne les zones mal desservies par le corps médical, faute d'aménités, de pouvoir d'attraction et /ou d'accessibilité. Il s'agit le plus souvent de campagnes isolées (rural profond) mais aussi de certaines banlieues défavorisées. Cette inégalité de répartition de l'offre de soins n'est pas spécifique à notre pays : beaucoup de pays indépendamment de leurs niveau de développement ont été ou sont confronté à cette situation. Ce désert médical a des conséquences sur l'état de santé des populations et sur l'aménagement du territoire lui-même.

L'absence d'une offre de santé de proximité est un facteur aggravant de la désertification d'un territoire.

La question des déserts médicaux et son impact sur l'accès aux soins est omniprésente dans le débat public contemporain. Il s'agit d'abord d'un révélateur des difficultés d'accès liées aux évolutions de la répartition territoriale des professionnels de santé et notamment des

infrastructures sanitaires. C'est également devenu progressivement un concept opérationnel, cadre de mise en œuvre des différentes politiques des pouvoirs publics (collectivités territoriales, Etat et assurances maladie).

L'objet de recherche

Notre travail a pour objet de mettre en évidence les nombreuses mesures déployées par l'Etat pour rendre l'accès aux soins plus homogènes.

Pour mener notre travail, nous avons adopté une démarche orientée dans les directions suivantes :

- L'exploration des ouvrages, documentation et revues qui traitent les questions aux déserts médicaux ;
- L'exploitation des travaux universitaires ;
- L'exploitation de textes juridiques relatifs à la santé ;
- La collecte des données nécessaires à notre travail auprès de plusieurs médecins au niveau du CHU de Tizi-Ouzou.

Structure du mémoire :

Pour mener notre recherche et pour pouvoir apporter des éléments de réponse à notre problématique, nous avons structuré notre travail en trois chapitres:

- Le premier chapitre est consacré aux fondements théoriques et le cadre conceptuel des déserts médicaux.
- Le deuxième chapitre porte sur la couverture médicale nationale et les zones les plus défavorisées.
- Le troisième chapitre est consacré à la politique de lutte contre les inégalités territoriales de l'offre de soins mise en œuvre par les pouvoirs publics en Algérie.

Notre travail est suivi par une enquête de terrain, qui est réalisée à base d'un questionnaire destiné aux médecins de CHU de Tizi-Ouzou.

Introduction

L'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers sur l'ensemble du pays. La répartition inégale des médecins est un problème important auquel sont confrontés de nombreux pays, en particulier ceux comptant des régions isolées et à faible densité de population ou des zones urbaines défavorisées

La question de l'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins constitue des zones appelées déserts médicaux, cette dernière suggère une différence de nature entre des territoires dans lesquels l'accès aux soins serait quasiment nul et d'autres territoires plus favorisés.

I. le cadre conceptuel des déserts médicaux

L'accès à des soins de qualité constitue l'un des objectifs majeurs des politiques de santé publique. Or, les disparités dans la répartition territoriale des professionnels de santé compromettent l'égal accès aux soins.

I. 1 Concept des déserts médicaux

En termes géographiques, le désert est initialement un espace aux caractéristiques climatiques hostiles pour l'habitation notamment avec de très faibles précipitations par extension, il a été ainsi associé à des espaces de très faible densité humaine.

Mais dans le secteur sanitaire, le désert est principalement un espace ou un territoire où il y a des inégalités en matière de répartition de l'offre de soins.

Le terme de « désert médical » prend sa source chez les journalistes, ce sont eux les premiers à avoir utilisé ce terme, repris depuis, par le gouvernement et le grand public. Et si, à première vue, on pense qu'il renvoie directement au nombre de médecins exerçant en France, dans les faits, il se veut plutôt, le reflet de leur mauvaise répartition et des inégalités d'accès aux soins entre les régions.

Le désert médical est une expression imagée pour qualifier une population et un espace peu ou mal médicalisés. Cependant, dans les sociétés développées, rares sont les territoires dépourvus de tout encadrement médical. Le désert médical désigne alors des zones mal desservies par le corps médical faute d'aménités, de pouvoir d'attraction et/ou d'accessibilité il s'agit le plus souvent de campagnes isolées « rural profond » mais aussi de certaines banlieues défavorisées.

En outre, le désert médical peut être défini comme une zone géographique dont la densité en professionnels ou établissements de santé est insuffisante par rapport aux besoins et à la réalité démographique du territoire, ou tout du moins inférieure à la moyenne du pays. Cette désertification médicale touche en particulier pour des raisons de plus faible attractivité.

I. 2 Analyse théorique de l'accès aux soins

Nous nous appuyons sur le cadre conceptuel proposé par Andersen (1995). Ce cadre fournit un outil d'analyse pour identifier et tester les relations causales entre l'accès aux soins et les facteurs individuels et environnementaux (Guend et Tesson, 2009). Se basant sur un postulat philosophique, lequel considère l'accès aux soins de santé comme un droit humain, Kehler et Andersen développèrent un premier modèle comportemental, lequel a fourni dès son apparition, dans une forme simplifiée, un cadre conceptuel permettant d'identifier les déterminants de l'accès aux soins et de l'utilisation des services de santé.

Initialement conçu autour de la famille comme unité d'analyse du côté de la demande de soins de santé, le modèle a gagné en complexité à travers l'intégration de nouvelles dimensions (Andersen, 1995). L'approche actuelle différencie l'accès potentiel qui fait plutôt référence à l'offre de services disponibles. Quant à l'accès effectif, il fait référence à l'utilisation réelle de ces services (Aday, Begley, Lairson et Slater, 1998), ce à travers l'introduction dans le modèle des caractéristiques contextuelles ou environnementales.

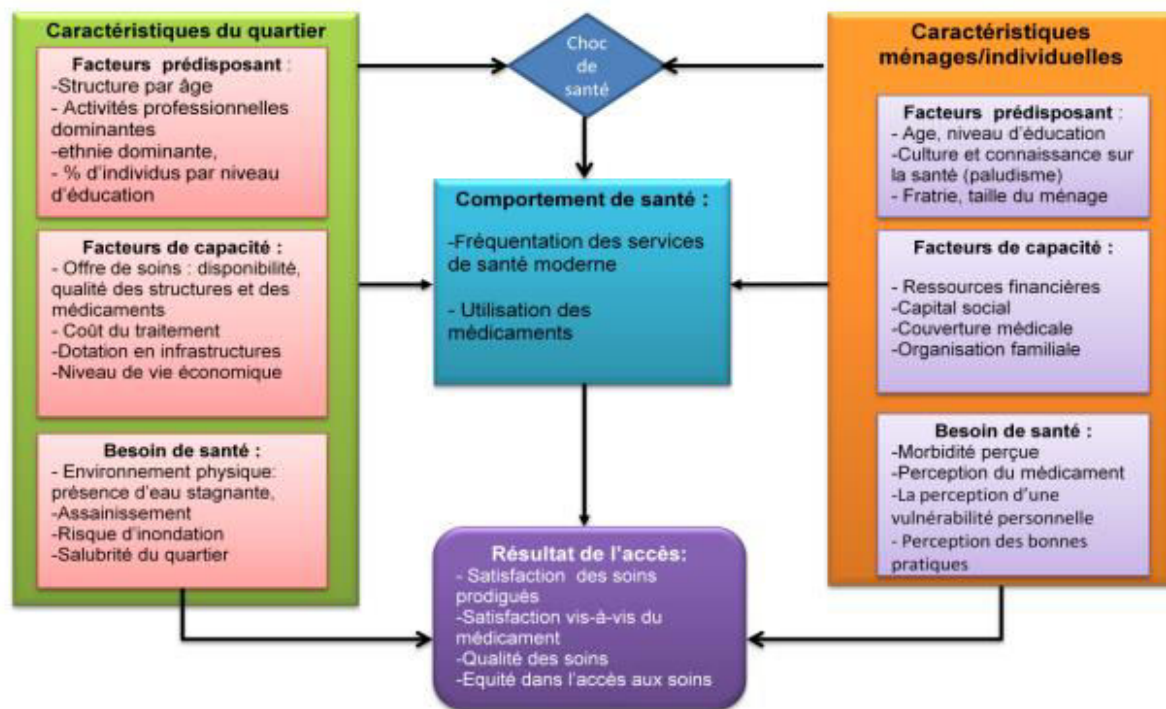
I. 2.1 Modèle comportemental de l'utilisation des services de santé

Le cadre conceptuel de l'accès le plus important et le plus souvent cité est le modèle d'Andersen, qui explique le processus conduisant les individus à utiliser les services de santé. L'intérêt principal de ce cadre conceptuel repose essentiellement sur ses relations causales entre l'accès au soin et les facteurs individuelles et environnementaux : l'objectif est à la fois de déterminer pourquoi et comment les individus utilisent les services de soins.

Andersen distingue trois catégories de facteurs qui sont les facteurs prédisposant (démographiques), les facteurs de capacité (socioéconomiques) et les besoins de santé (Voir figure n° 01)³.

³ Karna Georges KONE L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar. Thèse page 150

Figure n° 01 : Cadre conceptuel de l'analyse des déterminants de l'accès aux soins de santé



Source : Adaptée par l'auteur Andersen R.M. (1995).

Ce modèle permet de vérifier qu'un système de soin est équitable dans la mesure où les besoins de soins de santé se révèlent comme le plus important prédicateur de l'utilisation des services. À l'opposé, un système serait jugé non équitable lorsque l'accès aux services dépend de facteurs comme l'âge, le statut socio-économique.

Le modèle comporte 04 blocs :

1) Caractéristiques des ménages/ individus

Les caractéristiques des ménages influencent l'utilisation des services de santé se décomposent en facteurs prédisposant, de capacité et besoin de santé :

- **Facteurs prédisposant** : l'âge et le sexe, ces facteurs sont des indicateurs biologiques susceptibles de déterminer un besoin potentiel différencié de recours aux soins (les enfants ne souffrent pas des mêmes maladies que les adultes par exemple). Également le niveau d'éducation, le statut professionnel sont considérés comme des facteurs prédisposant qui peuvent influencer la perception du besoin et donc l'utilisation des services de santé.

- **Facteurs de capacité :** ce sont des facteurs favorisant l'accès aux services de santé, on distingue les indicateurs familiaux (revenus, assurances) et indicateurs communautaires (densité et disponibilité des ressources sanitaires dans le lieu de vie, prix des services, région géographique, habitat rural, versus urbain)
- **besoin de soin de santé :** demande de soin latente ou exprimé selon que les besoins perçus ou évalués. Le besoin perçu est la façon dont l'individu considère son état de santé en général et son incapacité. le besoin évalué représente l'état de santé de l'individu jugé par un professionnel de santé ainsi leur besoin en soins médicaux.

2) Caractéristiques des quartiers

Les variables liées à l'environnement ou au quartier d'habitation se décomposent également en trois types de facteurs. Elles opèrent un changement d'échelle : le passage de l'individu à la population du quartier

- **Facteurs prédisposant** tels que les caractéristiques démographiques de la population du quartier (le genre, l'âge et le statut familial). Les caractéristiques sociales décrivent l'existence ou l'absence du réseau social et son impact sur la capacité de faire face à des problèmes économiques et de santé. On note aussi le niveau d'éducation, le statut professionnel, la composition ethnique des individus résidant dans le quartier. Le troisième élément est les croyances. Elles se réfèrent aux normes culturelles (perception des maladies, attitudes face au risque maladie) de la communauté.
- **Facteurs de capacité** (éléments favorisant l'accès aux soins de services de santé), ils relèvent des politiques de santé, du financement et de l'organisation des services de santé (offre de soins). Les politiques de santé sont les décisions majeures relatives à la santé ou influençant la recherche de la santé (politique de subvention ou exemption). Le financement peut être décrit par différentes mesures suggérant l'existence de ressources potentielles disponibles pour payer les services de santé. D'autres mesures peuvent être incitatives à l'utilisation ou à la dispensation de services tels que l'augmentation du taux de couverture médicale. L'organisation décrit l'effectif et la distribution géographique des établissements de santé et du personnel ainsi que la façon dont ils sont structurés (ratio médecin/population, lits/population, heures d'ouvertures, programme d'éducation à la santé...).

- **Besoins ou les déterminants environnementaux et épidémiologiques.** Ils concernent d'une part les caractéristiques de l'environnement physique susceptibles d'être des facteurs de risque pour la santé (qualité du logement, de l'eau, climat, assainissement, les risques d'inondation). D'autre part, on retrouve des indicateurs plus généraux de la santé de la population, associés ou pas, à l'environnement physique tels que les taux de mortalité et de morbidité. Les caractéristiques contextuelles peuvent influencer le comportement et les résultats de santé, d'où leur importance dans l'analyse des déterminants de l'accès aux soins.
- **Le choc de santé** est plus prosaïquement la présence effective de la maladie. Il est tributaire des caractéristiques individuelles tels que la constitution biologique, le niveau d'éducation ..., mais aussi des caractéristiques environnementales. Il est considéré comme le facteur nécessaire du déclenchement de l'accès aux soins.

3) Les comportements de la santé ou style de vie

Ils relèvent des pratiques de santé des individus (ménage), du processus de soins (types de recours) et de l'habitude de vie. Ils sont déterminés par les caractéristiques individuelles et environnementales. Les pratiques individuelles de santé sont des comportements influençant l'état de santé de l'individu. Ils définissent le choix des différents types de recours et le respect d'un traitement médical défini.

4) Les résultats de l'accès aux soins

Il s'agit de la satisfaction susceptible de découler soit de la guérison du malade ou de la qualité des soins. A ce niveau, nous pouvons mesurer le niveau d'équité dans l'accès et analyser les déterminants lesquels peuvent autant être des données contextuelles du quartier qu'individuelles.

I. 2.2 L'adéquation entre les services de santé et les attentes des patients

Pour les professeurs de Santé Publique **R. Penchansky et J. W. Thomas (1981)**, l'accès aux soins peuvent être liées, soit à l'utilisation des services de soins par les patients, soit aux facteurs influençant cette utilisation. Ainsi, **R. Penchansky et J. W. Thomas** proposent une approche où l'accès se situe entre la volonté et la capacité d'un consommateur à obtenir des soins. Il s'agit donc de déterminer les conditions expliquant l'adéquation entre les attentes des consommateurs et les caractéristiques des services de santé.

R. Penchansky et J. W. Thomas définissent cinq constituants (sous-concepts) associés au concept d'accès aux soins, qui sont la disponibilité (*availability*), l'accessibilité

(accessibility), la commodité (*accommodation*), la capacité financière (*affordability*) et l'acceptabilité (*acceptability*).

I. 2. 2. 1 La disponibilité (*availability*)

Correspond au rapport entre l'offre et la demande, c'est la relation entre le volume et le type de services existants ainsi que le volume de la clientèle et de ses besoins. Cette dimension comprend trois notions relatives à la capacité réelle à produire un service : la présence physique, la disponibilité temporelle et la fourniture de prestations adaptées au volume et à la nature des besoins. La qualité des soins est également un élément important pour garantir l'efficacité thérapeutique des services de santé.

I. 2. 2. 2 L'accessibilité (*accessibility*)

L'accessibilité aux soins est l'objectif recherché par la planification sanitaire et la carte sanitaire. Elle est définie comme une mesure de la proximité à travers la relation entre la localisation des services et celle des patients, en tenant compte de la mobilité des patients, de la distance, de la durée et du coût.

Cette notion d'accès aux soins n'est pas uniquement une préoccupation Algérienne. Sur le plan conceptuel, il est toutefois important de souligner dès cette introduction que ce sujet est devenu un axe majeur de la politique portée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) sous un terme différent : la couverture sanitaire universelle.

En effet cet objectif est l'un des principaux points du système de santé Algérienne. Et devient une référence constante dans les efforts internationaux pour améliorer la santé. L'Algérie est pleinement impliquée dans ce mouvement. Même si les deux termes ne se recoupent pas complètement, il est clair que « la couverture sanitaire universelle n'est pas possible sans accès universel ».

I. 2. 2. 3 La commodité (*accommodation*)

C'est la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et sa capacité à s'adapter à cette offre. Cela concerne les jours et les heures d'ouverture des services de santé, la présence régulière d'un professionnel de santé, le temps d'attente, le système de paiement, la prise en charge des urgences, le système de référence. Mais c'est aussi la façon selon laquelle un patient perçoit la série de services qu'il reçoit, comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle.

L'expérience des soins vécue par un patient avec son soignant/sa soignante est le premier élément essentiel de la continuité ; le deuxième est le fait que les soins se poursuivent

dans le temps (ce qu'on appelle parfois continuité longitudinale ou chronologique). Ces deux éléments doivent être présents pour qu'il y ait continuité, mais leur seule présence ne suffit pas à constituer la continuité. La fragmentation des services de santé ainsi que le manque de coordination entre professionnels entraînent une rupture de ce continuum des soins.

I. 2. 2. 4 La capacité financière (*affordability*)

Elle consiste à analyser la capacité des personnes à payer les services sans difficultés financières. Il est important, d'emblée, de souligner que ce coût n'est pas uniquement représenté par le prix de la prestation ou du service (lorsqu'il est connu). Il doit intégrer ce que la personne doit déboursier pour accéder à ce service. Ce peut être le coût du transport, le manque à gagner de journées non travaillées, le coût de gardes d'enfants, etc.

La capacité financière peut être un obstacle important à l'accès aux soins et services et constituer un facteur majeur d'inégalités de recours. Elle interroge les systèmes mis en place quant à leur universalité. Tel est d'ailleurs l'objet du débat, récurrent dans notre pays, sur la coexistence d'une assurance obligatoire et d'une assurance complémentaire qui est vraiment très chère, de minorité de personnes qui sont couvertes par cette assurance.

Une autre approche, souvent utilisée dans les comparaisons internationales, consiste à analyser le reste à charge pour les ménages. Il est utile d'observer que, sur ce critère, l'Algérie est l'un des pays qui n'ont aucun classement du reste à charge de la dépense totale de soins.

I. 2. 2. 5 l'acceptabilité (*acceptability*)

Ce terme recouvre principalement la réalité de l'utilisation des services par les personnes qui sont en besoin ou en demande de soins. En pratique, il s'agit de mieux appréhender les nombreux facteurs autres que les obstacles géographiques ou financiers qui interviennent dans la décision de recourir aux soins. Ils peuvent en effet être de différentes natures. Certains déterminants sont liés à la structure sociale. Ainsi l'âge, le sexe, la profession, le statut familial, le lieu d'habitation peuvent influencer sur la fréquentation des services de santé. Le degré de connaissance et d'acculturation à la complexité de notre offre de soins est également un facteur qui peut être différentiant.

La culture d'origine peut également fortement teinter à la fois la reconnaissance intime de la pathologie et le contact avec les services de santé. La question sensible de la prise en charge sanitaire des migrants montre le cumul d'une vulnérabilité économique et sociale, mais aussi d'une insuffisance de reconnaissance des aspects culturels spécifiques à chaque communauté. Si le développement de services d'interprétariat, notamment dans les gros

établissements publics de santé, permet de résoudre la barrière linguistique, il ne résout pas, loin s'en faut, les obstacles culturels.

Ainsi il serait nécessaire de soutenir et développer les recherches anthropologiques dans la prise en charge soignante, à la fois pour mieux comprendre comment s'exprime la maladie mais aussi pour mieux organiser les réponses en terme de soins et d'accompagnement.

Mais l'acceptabilité tient également à la manière dont est organisée l'offre de services. Un exemple de ce phénomène traverse actuellement les évolutions de l'offre de soins primaires. Jusque récemment, l'offre médicale de proximité était représentée par le « médecin de famille », médecin libéral souvent installé en solo dans un cabinet, et dont la disponibilité quasi permanente était acquise. Ce modèle cède le pas et est remplacé par des formes plus collectives (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, pôles de santé...), dans lesquels la personnalisation du praticien n'est plus aussi présente. Or ce nouveau modèle peut être mal vécu par certaines personnes, notamment lorsqu'elles ont été habituées à cette forte individualisation du soin.

L'acceptabilité peut également renvoyer à l'organisation des services. Pourquoi assiste-t-on à une augmentation régulière des passages aux urgences hospitalières alors qu'il est bien connu que de nombreuses personnes pourraient voir leurs problèmes résolus dans le cadre de l'offre de soins primaires ? La réponse n'est pas univoque. Elle fait appel à des explications économiques (la gratuité des urgences), mais aussi à des disponibilités d'ouverture (un service ouvert 24h sur 24) et enfin probablement à une représentation de l'expertise qui, étant concentrée sur un site (plateau technique, présence des spécialités...), est vécue comme nécessaire à la résolution de la situation et donc rassurante.

Au-delà de ces trois conditions de l'accessibilité, il est indispensable de poser la question, plus générale, du recours aux droits. En effet, comme de nombreuses prestations sociales, il y a très souvent une disparité entre les droits théoriques et les droits effectifs. Or, si les conditions sont offertes pour faire connaître l'existence de ces prestations, une part importante des bénéficiaires potentiels effectueront les démarches.

L'accès aux droits peut également être entravé par une réticence de professionnels de santé ou de structures à recevoir certaines personnes présentant des caractéristiques de vulnérabilité ou de fragilité.

Un autre champ de l'accessibilité mérite d'être abordé. Très souvent l'accès aux soins est assimilé aux soins curatifs. Il serait pourtant nécessaire de l'élargir pour examiner l'accès aux soins préventifs (vaccination, dépistages, examens et bilans systématiques, éducation

thérapeutique...). En effet le plus souvent ces pratiques cliniques préventives ne sont pas ou peu valorisées dans les actes professionnels et peuvent faire l'objet de programmes spécifiques dans lesquels l'accès pour les populations vulnérables représente souvent un enjeu. Autre particularité à noter, c'est une forme de « chaîne » qui doit être prise en compte entre activité préventive et recours aux soins. Ainsi la découverte après dépistage d'une déficience visuelle chez l'enfant ou d'un cancer du sein chez la femme n'induit pas systématiquement une prise en charge effective, car les différents obstacles (géographiques, financiers, socioculturels...) peuvent intervenir pour dissuader la personne de rechercher les soins pertinents.

Figure n° 2 : Le concept d'accès aux soins selon R. Penchansky et J. W. Thomas (1981)



Source : Joy Raynaud (l'accès aux soins, 2014)⁴.

⁴ Joy Raynaud "L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable" HAL Id: tel-00967067 (2014).

II. FONDEMENTS THEORIQUE DES INEGALITES DE SANTE

Dans un nombre croissant de nos territoires, qu'il s'agisse d'espaces ruraux ou de zones urbaines sensibles, l'accès à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une infirmière devient de plus en plus difficile, notamment aux horaires de la permanence des soins. De plus, dans ces territoires comme dans certaines villes, il est tout aussi difficile d'obtenir une consultation spécialisée dans un délai raisonnable.

À l'inverse, dans les zones sur-dotées en offre de soins, les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels sont parfois tels, que les patients rencontrent de véritables difficultés financières d'accès aux soins. Ainsi, force est de constater que les populations n'ont pas un accès égal aux soins.

II. 1 Définition des inégalités de santé

Les définitions données aux inégalités distinguent entre plusieurs formes d'inégalités, à savoir: les inégalités économiques, sociales, culturelles, politiques, etc.

En général, l'inégalité est le caractère de ce qui n'est pas égal. Elle peut être définie comme « *le résultat d'une distribution inégale au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette société* ». ⁵

Les inégalités de santé, évoquées précédemment, représentent des écarts entre des individus ou des groupes pour certains indicateurs de santé. Elles font essentiellement référence à l'observation de différences quantitatives au regard d'un indicateur spécifique de santé entre des groupes dans une population. L'équité en matière de santé renvoie à des aspects normatifs, à un jugement de valeur concernant le caractère juste ou injuste de ces écarts. ⁶

Dans le domaine de la santé, l'OMS définit l'équité en matière de santé comme « *l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiable, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement* ». ⁷

En d'autres termes, l'équité en santé explique un jugement fondé sur la valeur de justice sociale. Elle se réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution des soins, soit dans un état de santé.

⁵ Les définitions de l'OMS

⁶ L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la direction.): « *Réduire les inégalités...* Op.cit.P39

⁷ Rochaix L., Tubeauf S. (2009): « mesure de l'équité en santé : fondements éthiques et implications ».Revue Economique, Vol 60, N°2, P327

Les inégalités sociales de santé relèvent pour beaucoup des conditions d'existence et renvoient donc aux disparités en termes de revenus, d'emploi, d'éducation, de logement, de loisirs, etc.

II. 2 Les causes des inégalités sociales de santé

Les origines des inégalités sociales de santé sont multifactorielles et complexes. De nombreux facteurs, situés en amont du système de santé et liés aux conditions socioéconomiques des personnes, à leur parcours de vie (personnel et professionnel), sont à l'origine des inégalités sociales de santé.⁸

Elles sont le produit des inégalités de conditions d'existence construites dès l'enfance et qui concernent l'éducation, l'emploi, le logement, le lien social, etc.

II. 2. 1 Les conditions de vie et de travail

Les personnes ayant un faible statut socioéconomique sont confrontées à des conditions, matérielles et non matérielles, d'une vie moins saine, qui peuvent avoir des conséquences directes et néfastes sur leur santé. Les conditions matérielles de travail sont, de même, moins favorables aux groupes de faible statut socio-économique. Ces conditions constituent une des principales causes expliquant les inégalités sociales de santé. Ainsi, pour « *toutes pathologies et catégories sociales confondues, le travail est tenu pour responsable de près d'un problème de santé sur cinq; mais la proportion peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories* »⁹. Il peut s'agir également d'éléments non matériels, comme le stress, le réseau social et le soutien social, répartis inégalement selon les groupes socio-économiques.

a) Le comportement individuel : les inégalités de santé sont, également, une conséquence des comportements individuels de santé. L'ensemble des comportements choisis et acceptés par chaque individu, qui sont dépendant de sa situation socioéconomique, affectent négativement la santé publique, et favorisent l'apparition de plusieurs maladies. Exemples : les habitudes alimentaires ou de diverses addictions (tels que le tabagisme ou

⁸ Yahiaoui, F, Essai sur les inégalités sociales de santé : problématique de l'accessibilité financière aux soins : Cas de la wilaya de Bejaïa, Mémoire de master en science économiques, Option économie de la santé. Université Bejaia.

⁹ Bihr A., Feffberkorn R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales de santé », *Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, N°6, La santé au prisme des sciences sociales, Juin 2008, P64. <http://www.revue-interrogations.org>

l'alcoolisme), qui varient significativement avec la catégorie socioprofessionnelle¹⁰ ; les activités physiques et de loisirs sont plus importantes chez les personnes ayant un statut socio-économique favorable ; l'activité liée au travail étant plus intense dans les milieux défavorisés.

a) Accès et recours aux soins : Les différences en termes d'accès aux soins contribuent à l'explication des inégalités devant la maladie et la mort. Ainsi, l'utilisation du système de santé varie avec la position socio-économique des patients.

D'ailleurs, « *âge et sexe comparables, un cadre ou assimilé consulte deux fois plus souvent un spécialiste et consomme en moyenne 1,9 fois plus de médicaments prescrits qu'un ouvrier non qualifié* »¹¹.

L'accès et le recours aux soins est déterminé par plusieurs facteurs. Le renoncement aux soins s'explique dans la majorité des cas pour des raisons financières (le recours aux soins est fortement corrélé au revenu et au milieu social). Le renoncement aux soins s'explique aussi par des raisons non financières : l'offre de soins. Ainsi, la probabilité de décès augmente lorsque la densité médicale de la zone d'habitation diminue ; ce rapport est plus important pour les pays en développement et les catégories sociales les plus pauvres¹².

b) La qualité des soins : les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées à des différences de qualité de prise en charge. Plusieurs études internationales ont pu montrer que « *les médecins prescrivaient moins d'examens de dépistage aux patients issus de classes sociales défavorisées* »¹³. Ainsi, en plus de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

II. 3 Géographie de la santé

L'analyse géographique en santé a pour enjeu principal la structuration de l'espace sanitaire et qui peut mettre en évidence l'existence des déserts médicaux, ce dernier peut engendrer des difficultés en termes d'accès au soin.

Les études relatives à la santé se sont progressivement imposées aux sciences sociales, dont la géographie, qui ont investi ce champ des connaissances et de la recherche.

¹⁰Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, p.9.

¹¹ Bihr A., Feffberkorn R. op.cit. p.73

¹² ibis., P 12.

¹³ ibis, P 13.

Aujourd'hui, la géographie de la santé, à la croisée de la géographie des maladies et de la géographie des soins, a pour objet l'analyse sociale et spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins, des inégalités de santé des populations, des déterminants de santé susceptibles de contribuer à la promotion ou à la dégradation de leur santé, de la distribution des maladies. Elle situe la pathologie et le malade dans son espace global en analysant le rôle et l'impact des faits de santé sur l'activité humaine.

Ses objectifs et ses applications peuvent être : la définition des territoires de la santé ; la mesure de l'encadrement sanitaire de la population ; la recherche de l'équité pour évaluer l'ajustement du système de soins aux besoins de santé. Pratiquée depuis l'échelle internationale ou nationale jusqu'aux échelles locales (région, communauté), la géographie de la santé contribue à la réflexion sur la planification et sur l'aménagement sanitaire du territoire. En situant, localisant, mesurant, répartissant des faits de santé, le géographe dispose d'outils cartographiques (non exclusifs) pour exprimer, à différentes échelles les gradients de ces disparités et de ces inégalités socio-spatiales.

Picheral dans le dictionnaire raisonné de 2001 a défini la géographie de la santé comme :
« *L'analyse spatiale des disparités des niveaux de santé des populations et des facteurs environnementaux (physiques, biologiques, sociaux, économiques et culturels) qui concourent à expliquer ces inégalités* »¹⁴.

On distingue deux dimensions de la géographie de la santé, d'une part la géographie des maladies qui étudie les inégalités géographiques de répartition, d'incidence et de prévalence des maladies ainsi que les facteurs de risque associés et d'autre part la géographie des soins médicaux qui est l'étude de la répartition dans l'espace des équipements et personnels médicaux, des inégalités spatiales d'accès aux soins et de consommation médicale.

II. 3.1 La géographie des maladies

La géographie des maladies a étudié la distribution sociale et spatiale des maladies. Cette géographie procède de deux démarches principales :

- générale et monographique à propos de la répartition de n'importe quelle maladie à différentes échelles ; elle se prête bien en particulier à l'analyse spatiale des épidémies et de leur diffusion dont elles constituent de véritables modèles.
- régionale ou locale afin de mesurer l'état de santé d'une population dans un espace, sur un territoire ou un lieu donné, à travers son profil pathologique

¹⁴ Picheral H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé, ed. 2001

II. 3. 2 Géographie des soins

Selon **Picheral (1984)** : « la géographie des soins est l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins. Elle comporte la répartition dans l'espace et dans le temps du système de soins et de l'appareil de distribution de biens et de services médicaux a différentes échelle, L'étude géographique et sociale de la fréquentation des services. Recherche une meilleure satisfaction des besoins de santé et une orientation plus efficace des investissements publics et privé »¹⁵. D' où l'objectif principal de la géographie des soins est l'ajustement du système de soins aux besoins de santé.

Dés lors, son objectif est bien l'étude globale et spatiale de la qualité de la santé des populations, de leur comportement et des facteurs de leur environnement (physique, social, économique, culturel) qui concurrent à la promotion ou a la dégradation de leur santé.

III. La géographie des réseaux : Le rôle de la distance pour l'accès aux services

La notion de distance est au cœur de toute conception de l'espace (**Lévy, Lussault, 2003**), elle est un élément fondamental de la géographie : « La distance est le facteur premier de la relation des hommes à la surface de la Terre, parce qu'elle est le principe de leurs rapports à tout ce qui existe » (**Pinchemel, 1997**).

La distance métrique s'inscrit sur des réseaux techniques (infrastructures de transport, réseaux de gaz, d'eau potable ou usée, etc.) et technologiques (réseaux de télécommunications) établis à partir de politiques d'aménagement du territoire. « Les réseaux assurent la desserte territoriale et sont parcourus par des flux » (**Le Berre, 1992**). **L. Chapelon (2004)** précise que « l'existence des réseaux est guidée par un besoin de mobilité, de communication, d'échange dû à l'hétérogénéité de l'espace géographique. Satisfaire un tel besoin suppose l'interconnexion de lieux géographiques. Interconnexion permise par les réseaux de transport et de télécommunication ».

III. 1 Réseaux et distance : la recherche d'équité spatiale en ménagement

L'accessibilité aux services pour un usager dépend des réseaux et services de transport disponibles dans l'espace et le temps. Les territoires se connectent et les distances-temps se contractent ce qui permet une proximité à de multiples services, modifiant profondément les perceptions et les comportements des acteurs.

¹⁵ Pichéral Henri. Géographie médicale, géographie maladie, géographie de la santé. In : *Espace géographique*, tome 11, n°3, 1982 pp 161-175.

Aujourd'hui pourtant, le développement des réseaux et l'accès aux services sont au cœur des réflexions en aménagement du territoire (Musso et al., 2001) et l'Etat ne cesse de réaffirmer sa volonté de garantir une égalité d'accès aux infrastructures publiques conforme au principe d'égalité des citoyens devant le service public. L'aménagement du territoire s'appuie sur le polycentrisme et le maillage pour concevoir et réaliser des projets visant un accès aux services plus équitable pour la population (Behar, Estebe, 2011). Ces services mis en réseaux (par exemple les centres hospitaliers) visent la coopération des métropoles entre elles et renforcent le rôle de l'État en tant que garant d'un développement solidaire de tous les territoires (Guigou et al., 2001).

La structuration simultanée des mailles au niveau micro-territorial et des pôles au niveau macro-territorial vise une cohérence d'ensemble, une plus grande flexibilité en diminuant les déséquilibres, en garantissant l'accès de l'ensemble des citoyens aux services publics (Bongiovani, Nogues, 2002). Ainsi, l'étude de l'accès aux services, du micro au macro-territorial, vise une amélioration de l'équité spatiale en divers domaines : l'éducation (accès aux établissements scolaires ou universitaires), la santé (infrastructures de soins, cabinets libéraux, pharmacie, etc.), la justice (tribunaux de proximité), la police (police de proximité, unités territoriales de quartier), les bureaux de poste, etc.

III. 2 L'enjeu de proximité

L'Etat Algérien vise une égalité d'accès aux infrastructures publiques conforme au principe d'égalité des citoyens devant le service public grâce aux réseaux de transport et aux télécommunications.

III. 2. 1 Proximité des services

La proximité à de multiples services, elle modifie profondément les perceptions et les comportements des acteurs. Mais qu'est-ce que la proximité ? En sciences sociales, cette notion est devenue centrale dans les problématiques et objets de recherche qu'il s'agisse de ce qui rapproche les individus (les interactions, l'habiter) et de ce qui sépare les humains et fracturent les espaces et les sociétés (ségrégations, distances de toutes natures) (David, 2012). Ayant une connotation positive, la proximité est recherchée tant par les pouvoirs publics que par les acteurs économiques ou les habitants.

Cependant, les vertus relationnelles de la proximité sont souvent citées (elle crée de la confiance, abaisse les coûts de transaction) : elle est considérée comme un atout par la population et constitue un objet de débats en sciences humaines et sociales. Elle est souvent

mobilisée par les pouvoirs publics pour promouvoir un aménagement du territoire cohérent et adapté aux besoins des populations liés aux mutations démographiques, socio-économiques et culturelles mais aussi comme une source d'emplois (**Mérenne-Schoumaker, 2008**).

Ces services répondent à des demandes individuelles ou collectives à partir d'une proximité objective (par exemple, services proches du domicile ou à domicile) ou subjective (proximité relationnelle, confiance). Ils génèrent en plus de la satisfaction directe des individus qui les consomment, des bénéfices collectifs et individuels (**Liénard, 2001**). Par exemple, un réseau de garde d'enfants a une influence sur l'ensemble du fonctionnement du marché du travail notamment à travers une augmentation du taux d'activité des femmes et une réduction du taux d'absentéisme des travailleurs. Tant sur le plan professionnel que social, les services de proximité peuvent jouer un rôle d'insertion important pour les usagers et leur entourage. Ils contribuent au développement du territoire dans lequel ils s'inscrivent (**Liénard, 2001**).

De même, les médecins font partis d'un tissu économique et ils ne peuvent rester sur des territoires où l'Etat s'est désengagé, n'offrant plus de service de proximité : poste, gare, école, services administratifs (tribunaux), puis commerces, etc. De même, l'offre de soins libérale favorise l'emploi, l'attractivité du territoire et contribue au développement équilibré des territoires (Aynaud, Picard, 2011).

III. 2. 2 Les TIC : vers des territoires homogènes et transparents

Dans un ouvrage consacré aux liens entre la proximité et les Technologies de l'Information de la Communication (TIC), les auteurs (Rallet, Torre et al., 2007) démontrent que le développement rapide et continu des TIC permet la dispersion des activités dans l'espace géographique et l'accroissement de la mise à distance du service. Par exemple, les chaînes de transports et de distribution des marchandises sont de plus en plus déconnectées de la localisation des consommateurs finaux (chaînes nationales, européennes ou mondiales). Paradoxalement, les TIC répondent également au besoin croissant des entreprises d'établir des relations de proximité avec leurs clients pour mieux les connaître et anticiper leurs demandes. Mais cette dématérialisation des biens et services numérisés nécessite de recréer un lieu de face-à-face avec le client : la banque en ligne se développe mais l'agence bancaire reste un instrument privilégié pour vendre des services à valeur ajoutée.

Cette idée d'un continuum spatial est importante pour comprendre les questions liées à la télémedecine et plus précisément les raisons des succès et des échecs de tels projets

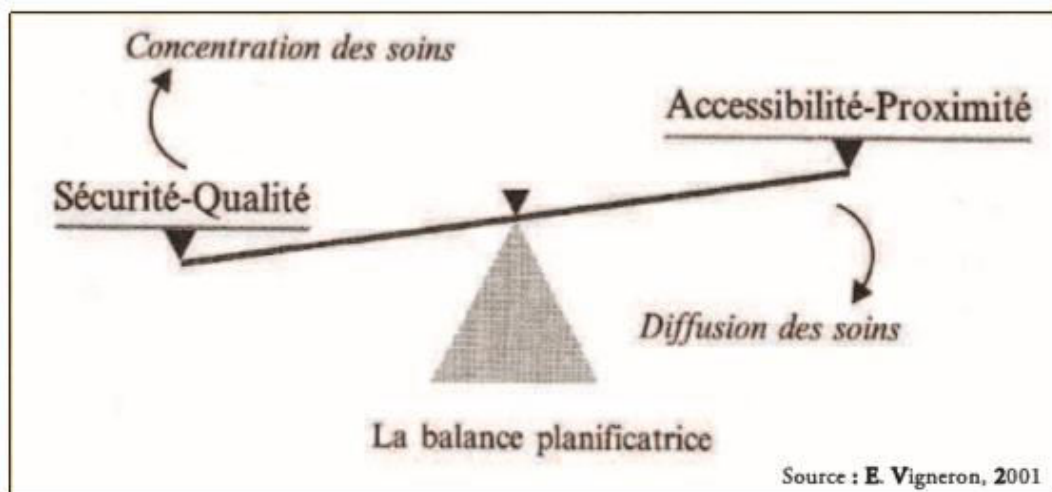
développés sur les territoires : quelles sont les perceptions des acteurs vis-à-vis de la télémédecine ? Lors d'une consultation à travers un écran d'ordinateur, les patients percevront-ils une rupture ou une proximité à l'égard de leur médecin ? La télémédecine permet, par sa technologie et ses objectifs, le transport quasi-instantané d'informations, limitant ainsi les retards, voire la non communication, induits par les distances. Le système de santé est perçu « comme un pilier de notre pacte républicain. Ce système garantit à chacun, quels que soient ses revenus, son âge ou l'affection dont il souffre, une couverture maladie et un accès rapide sur tout le territoire aux soins dont il a besoin » (**Aublet-Cuvelier, 2002**). En abolissant les distances entre professionnels de santé et patients, les pratiques de télémédecine contribuent fortement à la diffusion rapide des connaissances et des pratiques. Chaque patient peut ainsi prétendre à un accès aux soins et une qualité de prise en charge plus homogènes et plus équitables sur l'ensemble des territoires. Cependant l'abolition des distances reste relative et malgré l'utilisation des TIC, l'espace demeure hétérogène et opaque et par exemple, la qualité de la couverture des réseaux mobiles et Internet varie fortement d'un territoire à l'autre.

Le développement de l'espace des réseaux et des flux et leurs utilisations massives par les acteurs bouleversent l'espace classique de la distance en créant « de nouvelles connexités spatiotemporelles : une meilleure accessibilité vers les lieux distants, communications en « temps réels », création de nouvelles formes de proximités » (Bakis, 1998). Ces éléments sont importants pour un meilleur accès à l'offre de soins.

III. 2. 3 Proximité ou concentration des services de soins

En matière de santé, l'importance de la distance provient de la non-adéquation entre la localisation de l'offre et de la demande, elle est donc un facteur important de l'accessibilité aux soins (Vigneron, 2001). Si la demande est diffusée sur le territoire selon la répartition des individus, l'offre est concentrée selon son niveau de rareté. Pour E. Vigneron, la balance planificatrice oscille entre qualité et sécurité d'une part (concentration des soins) et accessibilité et proximité d'autre part (diffusion des soins) (**voir Figure 03**).

Figure n° 03 : La balance planificatrice



L'équilibre de la balance reflète un choix de société. Une concertation de tous les acteurs est alors indispensable pour définir les objectifs de l'organisation du système de soins suivant de nombreux éléments telles que les dépenses publiques et les valeurs morales (Picard, 2004).

Le dilemme de la proximité et de la concentration des soins est fréquemment posé dans la littérature. La concentration des services de soins n'est pas seulement évoquée pour des raisons économiques mais aussi pour des questions d'efficacité médicale et de qualité des soins (Lucas-Gabrielli, Nabet, Tonnellier, 2001a). A cet égard, les études empiriques, effectuées en grande majorité dans les pays anglo-saxons, ne permettent pas d'identifier une corrélation directe entre la proximité des producteurs de soins et un effet bénéfique ou néfaste sur la santé (Lucas-Gabrielli, Nabet, Tonnellier, 2001b). Néanmoins, plus les individus sont éloignés de l'offre de soins, plus l'utilisation des services est faible et l'effet de l'accessibilité semble plus important pour la prévention que pour les soins curatifs.

En effet, la nature de la distance aux services de soins n'est pas la même pour les espaces urbains et ruraux. En ville, la distance kilométrique n'est pas une contrainte majeure (malgré les embouteillages ou le stationnement à proximité des structures sanitaires ou des domiciles des patients), mais la distance sociale constitue davantage un obstacle pour l'accès aux soins pour des individus vivant dans la précarité et ayant parfois moins conscience de leurs besoins en matière de santé (Barbat-Bussièrre, 2009). De même, dans certains quartiers se pose le problème de la violence, des soignants sont agressés et certains médecins de garde refusent de se déplacer sans une présence policière.

En revanche, en milieu rural, la distance est essentiellement kilométrique puisque bien souvent, le territoire sur lequel un professionnel de santé soigne les patients recouvre de nombreuses communes. Cette distance occasionne davantage d'actes de visites qu'en milieu urbain ainsi que des problèmes d'accès pour les personnes à mobilité réduite telles que les personnes âgées (Barbat-Bussière, 2009). Ainsi, il est plus pertinent d'utiliser les distances-temps que les distances kilométriques étant donné l'éloignement entre l'offre et la demande de soins, l'utilisation d'un réseau routier généralement de type secondaire (communale ou routes de montagnes) par les patients et les professionnels de santé et les conditions de circulation souvent aggravées en période hivernale.

III. 3 Au-delà de la recherche de proximité : l'accroissement des flux des patients et des médecins à l'échelle mondiale

La mondialisation s'accompagne d'une intensification des flux de biens et de marchandises, générés par de fortes différenciations de l'espace à l'échelle mondiale. Dans le secteur de la santé également, on assiste à une mondialisation des épidémies (Grippe A, SRAS, etc.), de l'industrie pharmaceutique avec quelques laboratoires qui dominent le marché mondial des médicaments et des techniques médicales, avec la diffusion des savoirs lors des nombreux congrès internationaux (Nys, 2010). De même, les médecins des pays du Sud migrent vers les pays du Nord et les patients ont recours au tourisme médical.

III. 3.1 Les migrations des médecins vers les pays développés

En 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime la pénurie de personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et autres) à plus de 4 millions à travers le monde (OMS, 2007). Des flux internationaux des professionnels de la santé s'observent des pays émergents vers les pays développés et ne cessent de s'intensifier du fait des pénuries dans certains pays développés et du faible niveau de rémunération de ces professionnels dans les pays émergents (Nys, 2010). Les migrations de ces personnes hautement qualifiées dans le domaine de la santé, présentent des avantages et des inconvénients. Selon J. Buchan (2008), elles permettent de remédier à la pénurie de main-d'œuvre dans certains pays, soulageant ainsi d'autres pays en sureffectifs. C'est également l'occasion, pour certains professionnels de santé, d'élargir leurs perspectives de carrière et d'améliorer leur niveau de vie. Mais ces migrations peuvent également aggraver la pénurie de soignants dans les pays souffrant déjà d'un manque d'effectifs et donc, compromettre l'accès et la qualité des soins. De plus, l'augmentation des flux migratoires des professionnels de santé risque de présenter une menace pour le développement économique et social des pays émergents. Mais selon J-F. Nys

(2010), les migrations internationales ne sont pas la principale cause de la faiblesse des systèmes de santé des pays en développement, mais elles la renforcent. En effet, les besoins en personnels de santé des pays en développement dépassent de beaucoup le nombre de soignants ayant quitté le pays. Ainsi, l'effondrement du système de santé dans certains pays émergents serait davantage lié au manque de moyens financiers et à la constante pénurie de fournitures de base, d'équipement et de personnel.

L'émigration de médecins algériens ne saurait être considérée comme un véritable exode si l'on s'intéresse à ceux qui ont obtenu leur diplôme en Algérie et exercent en France. Le ratio d'émigration de cette population s'élevait à 8,63 % en 2016. En revanche, si l'on considère le lieu de naissance, celui-ci s'élève à 23,35 %, un taux avoisinant ceux enregistrés par certains pays d'Afrique subsaharienne qui connaissent un exode inquiétant. Des pénuries de médecins menacent certaines spécialités particulièrement touchées par l'émigration à l'instar de la radiologie (24,69 %), de la néphrologie (24,85 %) mais surtout de la psychiatrie (40,27 %). Quels que soient leurs grades, les médecins du secteur public sont relativement mieux rémunérés que les cadres du secteur économique, mais beaucoup moins que les médecins exerçant dans le secteur privé et ceux exerçant dans certains pays étrangers.

Le motif financier à lui seul ne peut expliquer la décision de migrer prise par de nombreux médecins algériens. Il y a donc lieu de chercher d'autres mobiles d'émigration¹⁶.

III. 3. 2 Les flux de patients vers les pays émergents : Le tourisme médical

Concernant les patients, les destinations des migrations s'inversent et les résidents des pays développés voyagent pour accéder à des soins dans des établissements situés dans des pays émergents. En effet, le tourisme médical c'est-à-dire, le fait de voyager dans le but principal de se faire soigner, qu'il s'agisse de soins de confort et esthétique ou de traitements de pathologies lourdes (orthopédie, cardiologie, cancérologie), est en constante augmentation dans le monde

Le tourisme médical, souvent tabou ou critiqué, les exportations de soins de santé constituent un axe de développement incontournable pour nombre de pays émergents. Contrairement aux idées reçues, le tourisme médical ne peut être assimilé à un phénomène nouveau, ni même à une tendance passagère et ne doit en aucune façon rester identifiable qu'à un seul axe de développement. En effet, le tourisme médical comprend deux principales dominantes : l'une portant sur la partie la plus visible du grand public, notamment en France

¹⁶ Ahcene Zehnati, "L'émigration des médecins algériens : phénomène normal ou véritable exode ?" <https://doi.org/10.4000/poldev.4432>

avec le développement de la chirurgie esthétique qui a été jusqu'à présent l'apanage de la Tunisie et du Maroc, l'autre faisant état de la chirurgie principalement palliative, nécessitant des interventions destinées à traiter des maladies plus graves pouvant avoir des effets sur la survie du patient. Ce deuxième axe constitue une réponse que certains pays en transition ont su saisir en remédiant aux défaillances des principaux systèmes de soins occidentaux. Ainsi, l'offre de soins de santé indienne, proposée sur le marché mondial des soins de santé, apporte une réponse favorable aux principaux protagonistes anglais, par exemple, et surtout au NHS¹⁷ qui tente de juguler les défaillances concernant l'accès aux soins, en « exportant » et en « incitant » ses malades à bénéficier de soins à l'étranger¹⁸.

Parallèlement à ce constat, l'actualité, tant géopolitique qu'économique, amène à repenser les enjeux stratégiques du tourisme médical. De nouveaux flux de « patientèle¹⁹ », en quête de soins dans de nouveaux paradis exotiques, sont désormais légion. La globalisation du marché de la santé est arrivé à un tel point qu'il est aujourd'hui possible de bénéficier d'un pontage coronarien à Bangkok, d'un remplacement de prothèse de hanche à Bombay, de soins dentaires à Prague, ou bien encore d'une chirurgie orthopédique à La Havane dans des conditions médicales qui parfois n'ont rien à envier aux cliniques occidentales²⁰.

L'Algérie dispose d'innombrables ressources naturelles donnant accès à de nombreuses possibilités destinées à exploiter le tourisme médical. À cet effet, deux axes de développement sont à envisager : le premier est relatif au thermalisme et le second porte sur les ressources géothermiques, sous exploitées dans le pays. Les sites de Bou-Hanifia, Rabbi, Meskoutine ou Salhine pourraient recevoir les malades de l'ensemble des pays arabes limitrophes, voire du Moyen-Orient. Toutefois, de nombreux investissements destinés à équiper et à moderniser les structures d'hébergement et de soins, ne peuvent passer que par le recours aux IDE, à l'instar de son voisin tunisien qui a reçu à la fois des capitaux de la firme nipponne Tokyushuka Medical Corporation pour bâtir un hôpital sur son territoire, au même titre que des fonds du groupe Emirati Al Maâbar pour contribuer au renforcement de l'axe stratégique de la Tunisie. Pour faire du potentiel algérien une réelle opportunité stratégique destinée à s'inscrire dans une démarche pérenne, les politiques à mettre en place doivent s'inscrire dans le cadre du schéma directeur d'aménagement touristique (SDAT 2025), projet

¹⁷ National Health Service, équivalant à la sécurité sociale française

¹⁸ Loick Menvielle, « Tourisme Médical : Quelle place pour les pays en développement ? » De Boeck Supérieur, 2012/1 n° 157, p.81, <https://www.cairn.info/revue-monde-en-developpement>

¹⁹ Nous utilisons ce néologisme qui résulte de la contraction de patient et clientèle.

²⁰ Loick Menvielle, op.cit. p.81

fondateur du renouveau algérien. Le ministère de l'Aménagement du territoire, de l'Environnement et du Tourisme a impulsé, dans une perspective de redynamisation de l'économie, une politique centrée sur les pôles d'excellence, favorisant la construction ou la réhabilitation de sites touristiques laissés jusqu'à présent en désuétude.

Conclusion du chapitre

L'existence de « déserts médicaux » liés essentiellement à l'évolution de la répartition des professionnels de santé, se fait à base de la densité de la population. Toutefois, ces inégalités d'accès sont complexes à mesurer. Ainsi que la détermination de ces zones s'appuient sur la définition de plusieurs critères, qui par définition sont contestables et contestés.

Introduction

L'Algérie est un vaste pentagone de **2 381.741 km²** (plus grand pays d'Afrique), divisé en 48 wilayas et 1541 communes pour une population résidente de **43 millions** d'habitants en janvier 2019 dont 80% vivant en milieu urbain avec une espérance de vie à la naissance a connu une augmentation estimée à un dixième de point pour atteindre ; **77,7 ans** au niveau global. Déclinée par sexe, elle est de **77,1 ans** chez les hommes et **78,4 ans** chez les femmes, et un produit intérieur brut (PIB) de **4000\$** par habitant et des dépenses de santé représentant **5,3% du PIB (en 2017)**.

Le croissement naturel a atteint **845 000 personnes**, avec un taux d'accroissement naturel de 1,99% et un nombre de naissances vivantes avait **1,038 million (en 2019)**, le taux de mortalité néonatale est de **17,1% (18,5%** pour les garçons et **15,6%** pour les filles) (en 2018).

➤ Sur le plan géographique, on distingue trois (3) grandes régions :

- ✓ Nord de l'Algérie (Tell) qui compte 25 wilayas, **4%** du territoire et **60%** de la population.
- ✓ Les Hauts-Plateaux qui compte 14 wilayas, **13%** du territoire et **30%** de la population.
- ✓ Le Sud ou Sahara, qui compte 9 wilayas, **83%** du territoire et **10%** de la population.

I. La couverture médicale nationale

I. 1 La carte sanitaire : outil de planification quantitative sanitaire

La carte sanitaire est considérée comme étant un outil de planification quantitative, dans la mesure où elle détermine la nature et l'importance des moyens, des installations et des équipements sanitaires à mettre en place dans une région ou dans un territoire. Elle s'apparente à un système de gestion centralisé des investissements et des moyens matériels. Elle est établie sur la base des besoins de la population, présentement définis et de leur évolution future. Elle a pour but de répondre aux besoins de la population en matière de structure de soins de santé, d'une part, et de moduler l'offre publique et privée des soins, d'autre part. A cet effet, aucune nouvelle autorisation de création ou de changement de statut d'un établissement de santé n'est accordée, si elle est en contradiction avec les objectifs fixés

par la carte sanitaire. En somme toute extension du réseau doit obéir à un schéma directeur, relatif aux implantations sanitaires.

Algérie, une carte sanitaire a été mise en place en **1982**, comme principal outil de régulation et de modulation de l'offre publique. Elle visait de réduire les inégalités quant à l'accès aux soins de santé et de corriger les disparités régionales existantes, résultant de la concentration des moyens, héritée de l'ère du colonialisme, surtout dans les grandes villes (Alger, Oran et Constantine).

La carte sanitaire découpait, avant, le territoire national en treize (13) régions sanitaires englobant chacune un certain nombre de wilayas, et hiérarchise le système de soins en quatre (4) niveaux : A (soins hautement spécialisés, B (soins spécialisés), C (soins généraux), D (soins de premier recours). A partir de **1996**, l'on ne retient que cinq (5) régions sanitaires (Centre « Alger », Est « Constantine », Ouest « Oran », Sud-est « Bechar », Sud-ouest « Ouargla »).

Paradoxalement aux objectifs censés être atteints à travers la carte sanitaire, en Algérie, son efficacité demeure contestée, *« si l'on examine les résultats de la politique de santé à la lumière de la seule croissance de l'offre globale des moyens sanitaires, réels et financiers, on aboutit en général à des conclusions pessimistes et à la forte inefficacité productive des moyens les plus onéreux, qui y sont affectés »*.²¹

En effet, et suivant des considérations souvent autres qu'économiques, la carte sanitaire que l'on met en place, entraîne la multiplication anarchique voire démesurée de l'offre des moyens matériels (Oufriha F.Z)²² des hôpitaux et autres structures de santé.

Les ratios de couvertures sanitaires selon les normes établies par cette même carte n'ont pas arrivé à avoir une prise en charge des besoins réels de la population en raison de manque de moyens humains et financiers (Kaïd Tlilane N)²³.

²¹ Oufriha F.Z : « Les réformes du système de santé en Algérie » de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins CREAD page 97.

²² Oufriha F.Z, op.cit. P 57.

²³ Kaïd Tlilane N : « le service public local au service du développement durable » In Marché et Organisations, sous le titre Développement durable et responsabilité sociale des acteurs, édition L'Harmattan 2009.

Outre la levée des contraintes liées aux autorisations d'installation et le zoning supprimé dès 1986, les autorisations d'ouverture de cliniques privées qui sont accordées à partir de 1990, sont souvent sans rapport avec les normes adoptées par la carte sanitaire²⁴.

Cette situation anarchique, s'est aggravée davantage, avec la non-mise à jour de la carte sanitaire pour répondre adéquatement, à la demande en soins de santé, ce qui a laissé « *les collectivités locales libres de décider d'implantation des structures sanitaires publiques, souvent inadaptées, et les autorités sanitaires libres d'autoriser la création de structures privées sur des zones déjà saturées* »²⁵.

La répartition déconcertée des structures sanitaires et la démographie médicale sont devenues de ce fait, le handicap majeur pour assurer une meilleure répartition spatiale et réduire les disparités régionales (*but recherché par la carte sanitaire*), ces dernières ne peuvent pas être dissimulées. Force est de constater, que dans les contrées lointaines, déshéritées, isolées ou défavorisées, ces dernières ne bénéficient pas convenablement, des programmes de prévention et des soins de santé de base.

Les prestations relevant des structures hospitalières publiques ou privées sont inégalement réparties selon qu'il s'agisse des wilayas du Nord ou du Sud ou des petites ou de grandes villes et même de la zone urbaine ou rurale : les insuffisances observées sont dues particulièrement à l'inadaptation des moyens aux missions. S'agissant des soins spécialisés, les inégalités, liées essentiellement à des facteurs géographiques et socioéconomiques, sont encore plus marquées. Des dysfonctionnements sont souvent accentués par l'absence de médecins spécialistes, dans les zones défavorisées, ce qui pousse les patients à se diriger vers les grands centres urbains²⁶.

En effet, les inégalités les plus criantes s'observent dans la répartition des professionnels de santé. Il existe de grandes disparités entre les régions : 1 médecin généraliste pour 2103 habitants à Adrar à 1 médecin pour 494 habitants à Annaba et Oran

²⁴ Les normes de la mise en place d'une carte sanitaire doivent obéir à certains ratios déterminés par l'OMS en tant que références, il s'agit en fait, d'indice-lits et d'indice-médecins par nombre d'habitants. Selon Oufriha F.Z. « *les chiffres disponibles montrent que non seulement les moyens sanitaires ont accompagné une très forte croissance démographique, mais qu'ils l'ont même devancée* », CREAD, P 73.

²⁵ Réforme hospitalière rapport final septembre 2003.

²⁶ Kaïd Tlilane N. op.cit. L'auteur propose de surcroît pour résoudre ce problème et améliorer l'accès aux soins en milieu rural d'organiser le transport vers le lieu de soins surtout quand l'offre de transport peut s'avérer insuffisante voire inexistante.

(2006). On compte, également, en moyenne, 1 spécialiste pour **860 habitants** à Alger et 1 pour **17 800** à Tissemsilt²⁷.

Ces écarts sont, essentiellement, dus au fait que les praticiens ne souhaitent pas s'implanter dans les régions rurales et préfèrent se concentrer dans les grandes villes, il en est de même pour le secteur privé dont l'installation est non maîtrisée par les pouvoirs publics. Le développement actuel des cliniques privées nous donne une idée sur d'éventuelles inégalités d'accès à l'hospitalisation. A titre illustratif sur 152 cliniques recensées en 2003, seulement 110 se trouvaient dans le Centre et l'Est et 42 dans l'Ouest et le Sud (statistiques sanitaires 2006).

II. La démographie des médecins et les inégalités de répartition des praticiens généralistes et spécialistes

L'Algérie ne connaît pas une crise de ressources humaines en santé. Sur le plan quantitatif, la couverture en personnel médical est jugée satisfaisante. Néanmoins, 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 relationnelles 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.

²⁷ Crevel C : « *Le marché de la santé en Algérie* », mission économique, Version originelle du 2 février 2004.

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 médicale²⁸ ne peut pas être sans conséquence sur le 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 gratuité 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.

Les disparités régionales et la répartition inégale en la matière se sont creusées au fil du temps. 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 N°01 montre la progression des ratios de couverture en personnels médicaux et paramédicaux de 1963 à 2007.

²⁸ A titre illustratif, en 2004 dans le secteur publique, le sexe féminin tend à dépasser la moitié des effectifs chez les médecins spécialiste avec respectivement 50.6 % ; 50.5% de l'effectif des secteurs sanitaires, CHU et EHS. La tendance est plus accentuée pour les médecins généraliste dans tous les établissements publique avec respectivement 53.5% ; 64.6 % et 70.6% de l'effectif des secteurs sanitaire, CHU et EHS. Prédomine également parmi les résidents étudiants en poste – 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

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

Nombre médecins (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 N° 03 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

Nous avons utilisé les données statistiques du ministère de la santé sur la période allant de 1 999 à 2006 et concernant vingt spécialités médicales du secteur privé.

Tableau N°04 : 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	2 039	2 201	2 377	2 448	2 654	2 815	3 030
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 **06%** 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°05 : Evolution de la répartition des spécialistes libéraux sur le territoire 1999-2006

WILAYA	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	Taux de 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%

Chapitre II. La couverture médicale nationale et la cartographie des déserts médicaux

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	5.57%
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 enregistré entre 1999 et 2006. C'est le cas notamment des wilayas de Ghardaïa, Ain Timouchent, Nâama, 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'Ilizi 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.

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°06 : Répartition offre publique-offre privée des médecins spécialistes

Nombre de spécialistes		Part en %
Offre publique	4 309	58
Offre privée	3 030	42
Total	7 339	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°07 : 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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Néphro	Neuro	Pédiatrie	Pneumo- phtis	Psychiatrie	Radiologie	Réa Med	Réedfonct	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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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.

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.

Il n'existe pas de solutions miracles, mais ou moins prendre des mesures incitatives telles que ; les nouvelles conditions de l'installation des praticiens spécialistes.

La carte sanitaire est l'élément décisif pour avoir l'autorisation d'installation et les régions dépourvues de spécialistes sont prioritaires. Les demandes dans les grandes villes, à l'instar de la wilaya d'Alger où il y a des surreprésentations de spécialités, seront transférées vers d'autres localités ou rejetées.

Depuis l'année 2018, le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière a procédé à la mise en place de la Commission nationale des installations des médecins spécialistes libéraux et les laboratoires privés d'analyses médicales. Cette commission, composée des représentants du ministère de la Santé, de la DSP et du Conseil national de l'Ordre des médecins, est chargée, selon la nouvelle instruction du ministère de la Santé n°08 du 3 juin 2018 relative à l'installation des médecins spécialistes en cabinets privés, de fixer le lieu d'installation des cabinets privés des praticiens spécialistes.

Une décision qui s'inscrit, selon la même instruction, «dans le cadre de la mise en œuvre de la carte sanitaire et dans un souci de couverture médicale spécialisée équilibrée sur l'ensemble du territoire national, chaque demande d'ouverture, de fermeture et transfert de cabinet de praticien spécialiste, y compris les laboratoires d'analyses médicales, est soumise, depuis 20 juin 2018, à examen par une commission nationale»²⁹, c'est à dire qu'une simple demande d'agrément pour l'ouverture d'un cabinet médical, dont le lieu restait au choix du praticien, est désormais soumis à la décision de la DSP et de la commission nationale.

II.1 Procédure d'installation

Selon l'instruction, la demande est donc adressée par le postulant au directeur de la DSP après avoir rempli un formulaire «A» portant tous les renseignements.

Les postulants doivent émettre des vœux sur le lieu d'implantation du cabinet conformément au canevas à remplir sans engagement de location ou d'achat du local, et l'examen de toute demande se fait sur la base des fiches A et B renseignées et transmises par le DSP. Le directeur de la santé et de la population de wilaya remplit à son tour un formulaire «B».

Ces deux documents seront par la suite transmis à la commission centrale d'installation siégeant au ministère de la Santé, tout en formulant un avis qui est axé sur l'existence et le

²⁹ Instruction ministériel n°08 du 3 juin 2018.

nombre de praticiens de la même spécialité, en exercice libéral ou public dans la commune, daïra, wilaya, leur répartition territoriale au niveau de la wilaya.

La commission procédera donc au traitement de la demande et une réponse est adressée au DSP, soit «un avis favorable pour la localité demandée ou un avis favorable sous condition d'installation dans une localité de la même wilaya ou de wilayas environnantes listées en choix possibles par la commission», prévoit l'instruction ministérielle.

Cette réponse sera notifiée par le DSP à l'intéressé qui a la possibilité d'introduire un recours auprès de la même commission.

Cette nouvelle mesure, précisent les responsables au ministère de la Santé, vient mettre fin aux disparités en termes d'accès aux soins dans les différentes régions du pays et lutter contre le désert médical. Mais elle reste tout de même mal accueillie par certains médecins spécialistes, qui estiment être «mis devant le fait accompli».

Le ministère de la Santé a pris la décision de manière unilatérale qui n'arrange pas toujours les choses. Les médecins spécialistes n'ont pas été informés au préalable pour prendre leurs dispositions.

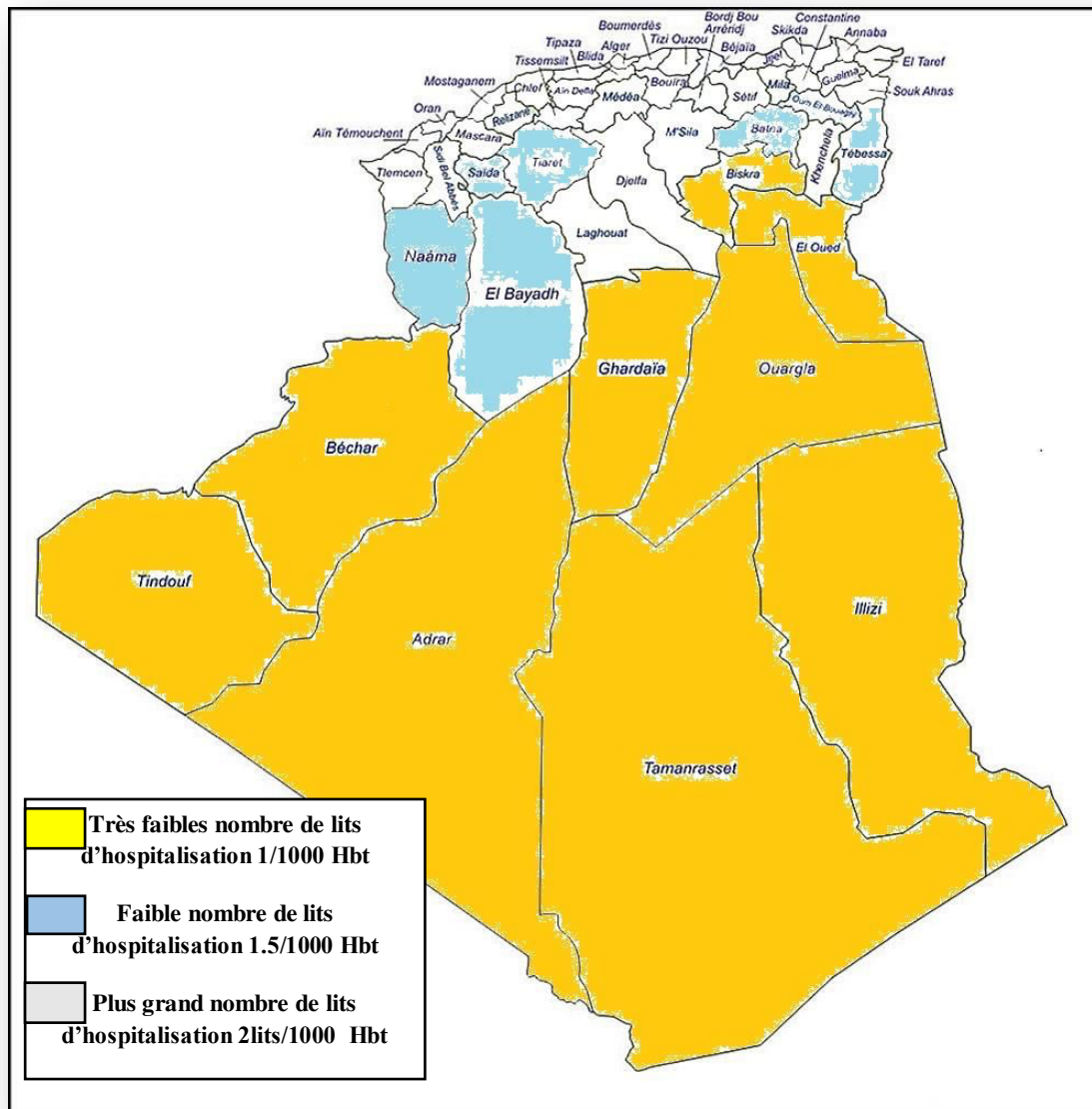
La décision est juste dans le fond mais en terme pratique de nombreux problèmes surgiront, notamment pour la disponibilité des locaux», souligne un médecin spécialiste qui a l'intention de faire une demande d'installation.

III. La cartographie des déserts médicaux

L'objectif de ce travail est d'étudier la question de l'offre de soins en nous intéressant à la répartition spatiale de cette dernière.

Nous essayerons de montrer, à travers la cartographie ci-dessous (Voir figure 03) les zones désertées de la couverture sanitaire on se basant sur le nombre de lits par 1000 habitant.

Figure 04 : La cartographie des déserts médicaux



Source : Réalisé par nous même.

À l'échelle du pays, les disparités de la couverture sanitaire sont très marquées entre les zones nord, Sud et les hauts plateaux.

La cartographie des déserts médicaux montre que les wilayas du Sud du pays sont les plus touchées avec un très faible nombre de lits d'hospitalisation (1 lit/ 1000 habitants), elle regroupe les wilayas de : Béchar, Tindouf, Adrar, Ghardaïa, Biskra, El Oued, Ouargla, Tamanrasset, Illizi.

La région des Hauts Plateaux a un faible nombre de lits d'hospitalisation avec seulement 1.5 lits/1000 habitants dans les wilayas du centre (Djelfa, Laghouat, M'Sila et Bordj Bou Arreridj) et Oum El Bouaghi à l'Est. Pour le reste des wilayas des hauts plateaux : Batna, Tébessa, Nâama, El Bayedh, Tiaret, Saïda, on compte 1.6 lits/1000 habitants.

La région du Nord, regroupe le reste des wilayas du pays sont les plus peuplée, et disposent du plus grand nombre de lits d'hospitalisation (2 lits /1000 habitants).

NB : La couverture sanitaire en matière de structures légères (polycliniques et salles de soins) est nettement meilleure dans les régions Sud que dans les régions Tell et des Haut Plateaux.

Conclusion

Même si globalement les indicateurs de santé sont relativement bons, le pays est cependant confronté à un défi majeur de santé publique lié aux fortes inégalités territoriales en matière de santé des populations et de répartition de l'offre de soins. Il existe, en effet, des zones sous médicalisées dans lesquelles les citoyens éprouvent des difficultés à accéder aux soins dans des conditions de proximité et de délais satisfaisantes.

Introduction

Les algériens ont une perception très pessimiste de l'évolution de leur système de santé. Ils estiment qu'il n'y a pas assez de médecins et que ces derniers sont de plus en plus mal répartis sur le territoire ainsi que une couverture médicale non équilibrée sur l'ensemble du territoire nationale. Beaucoup de wilayas sont en situation de pénurie notamment en médecins spécialistes. Certaines wilayas souffrent également d'un manque de médecins généraliste. Remarqueront aussi la densité des structures de soins (hôpitaux, polyclinique,...) la densité des équipements est inégalitaire et révèle de grandes disparités.

Cette disparité ou l'inégalité territoriale de santé et particulièrement de l'accès aux soins et à la santé est donc bien aujourd'hui un sujet de préoccupation pour les pouvoirs publics et dans l'objectif de remédier ou lutter contre ces inégalités la politique sanitaire Algérienne a proposé les solutions suivante :

- ✓ L'accentuation de médecins généralistes.
- ✓ Ouverture des facultés de médecine au sud.
- ✓ Service civil obligatoire pour les médecins spécialistes.
- ✓ Jumelage entre les hôpitaux universitaires du nord et les hôpitaux du sud et des hauts plateaux.

I. L'accentuation de médecins généralistes

La formation des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes est assurée par 12 facultés de médecine, situées dans les wilayas du Nord du pays :

- Quatre (4) à l'ouest : Oran, Tlemcen, Sidi bel Abbes et Mostaganem ;
- Quatre (4) au centre : Alger, Blida, Tizi-Ouzou, et Bejaia ;
- Quatre (4) à l'est : Constantine, Annaba, Batna et Sétif.

Environ 50.000 étudiants sont inscrits dans ces différentes facultés des sciences médicales dont plus de 8 000 résidents en médecine, pharmacie et chirurgie dentaire. Chaque année 1 200 à 1 500 spécialistes sortent de ces facultés et sont orientés (dans le cadre du service civil) dans les différents établissements de santé du secteur public, essentiellement vers les régions du Sud et des hauts plateaux.

Les médecins généralistes fraîchement sorti des facultés de médecine au terme de leur cursus de 07 ans entament leur carrière professionnelle dans un métier très loin de la médecine hospitalière qu'ils ont appris.

A plusieurs reprises, depuis la réforme de l'université algérienne en 1971, des séminaires sur la formation des médecins généralistes, initié soit par le ministère de l'enseignement supérieur soit par le ministère de la santé, ont eu lieu. On peut citer³⁰ :

- Celui de Sidi Fredj en février 1982 qui a défini les objectifs institutionnels de formation du médecin généraliste ;
- Celui de Biskra en janvier 1985 ;
- Le comité chargé de l'évaluation de la formation médicale installé par le ministère de l'enseignement supérieur en 2001 qui n'a existé qu'en 2003.

Ces dernières années, l'Etat insiste sur l'importance de l'intégration des médecins généralistes dans le programme de formation continue élaborée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière afin de pallier à l'absence de spécialistes. Dans ce contexte, plusieurs congrès et séminaires ont été organisés pour mettre l'accent sur l'importance d'informer les MG sur les actualités médicales.

Les participants au dernier congrès médical Algéro-français qui s'est tenu en Avril 2019, ont appelé à la formation permanente du médecin généraliste dans les maladies chroniques, notamment en ce qui concerne la cardiologie et le diabète pour lui permettre d'être informé sur les nouvelles méthodes de soins dans notre pays.

Un séminaire de formation animé par des experts en psychiatrie a réuni à la wilaya de Tizi-Ouzou en janvier 2019 des médecins généralistes en vue de les préparer à développer leurs aptitudes dans le traitement des troubles mentaux légers sans recourir à un spécialiste.

Ce séminaire de préparation à la formation des médecins généralistes en santé mentale, est le premier du genre à l'échelle nationale, ce dernier est organisé par la Direction générale de la prévention et de la promotion de la santé au ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, il a réuni des spécialistes de plusieurs wilayas dont Alger, Tizi-Ouzou, Annaba, Blida Sidi Belabes et Tamanrasset.

Ce séminaire rentre dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de promotion de la santé mentale mis en place par le ministère et qui a été validé en 2017. "La formation de médecins généralistes dans ce domaine vise à lutter contre la stigmatisation des personnes qui présentent des troubles mentaux et qui sont en souffrance mentale"³¹.

³⁰ Larbi ABID « La médecine générale : une spécialité médicale », <https://www.santemaghreb.com>

³¹ DSP de Tizi-Ouzou.

II. Service civil obligatoire pour les médecins spécialistes

Dans la plupart des pays, il n'existe pas de libre choix entre service militaire et service civil. Celui ou celle qui refuse le service civil doit justifier sa demande. Les critères pour l'acceptation au service civil marquent une ligne entre les motifs uniquement moraux ou éthiques, et les motifs sociaux ou politiques. Les objecteurs qui se réfèrent à un ordre transcendant les lois humaines avec des motifs religieux ou humaniste ont plus de probabilités d'être acceptés au service civil que ceux qui remettent en cause les institutions de l'Etat d'une manière ou de l'autre.

Le service civil s'effectue en général dans le domaine social ou culturel, comme une aide dans les hôpitaux, le travail avec des personnes âgées ou handicapées.

II. 1 Concept du service civil

Le service civil est la forme la plus courante d'alternative au service militaire obligatoire, proposée par certains des pays connaissant la conscription. Il s'adresse aux objecteurs de conscience. Le service civil est parfois appelé « service alternatif » ou « service de remplacement ».

L'obligation du service civil en Algérie est dans le but d'une couverture sanitaire à travers tout le territoire national. Et il est l'obligation faite aux médecins spécialistes nouvellement diplômés d'accomplir une mission sanitaire d'une durée variable (1 à 4 ans) selon la zone géographique. Si les régions où ce service civil est d'une durée d'un an, sont le plus souvent très vite pourvues (Regagne, Tamanrasset, Ain Salah, Illizi, Djanet et Tindouf), les autres régions (où la durée est de 2 à 3 ans) ne trouvent pas toujours preneurs. Beaucoup de candidats ne rejoignent pas leur poste d'affectation (choisi pendant longtemps lors d'une séance publique selon le classement au DEMS et depuis 2018 par internet), et font des recours pour se rapprocher de leur lieu d'habitation. A l'opposé, les spécialistes non concernés par le service civil sollicitent l'ouverture de postes dans le secteur public car n'ayant pas les moyens de s'installer dans le secteur libéral immédiatement après l'obtention de leur diplôme (DEMS). Ceci est surtout le cas pour les spécialités de chirurgie dentaire et de pharmacie.

Le système de santé algérien s'appuyant principalement sur deux préoccupations ; le maintien du service civil et la conservation de la gratuité des soins. Le texte final de la loi de santé en vigueur désormais renouvelle l'obligation pour les médecins de passer par le service civil avant de prétendre à toute fonction dans les deux secteurs, privé ou public. « Les praticiens médicaux spécialistes sont tenus d'accomplir l'obligation du service civil au sein

des structures et d'établissements publics de santé avant d'exercer dans le secteur privé ou à titre libéral », note ainsi l'article 197 de la loi sanitaire publiée au journal officiel n°46 du 29 juillet 2018. « les affectations des praticiens spécialistes assujettis au service civil s'effectuent au sein des structures et établissements publics de santé, selon les besoins déterminés par la carte sanitaire », le service civil est maintenu dans le but de réduire l'écart en matières de prestations sanitaires, préventives et thérapeutiques dans les régions à faible couverture sanitaire, et ce, en concrétisation du rôle social de l'Etat qui garantit les droits fondamentaux dans le cadre de la solidarité nationale.

Par ailleurs, elle s'engage à garantir toutes les conditions matérielles, humaines et techniques pour que le service civil soit exercé dans les meilleures conditions.

II. 2 La modulation du zoning et l'institution d'une prime

Le **décret exécutif 18-256 du 11 Octobre 2018** fixant les modalités d'accomplissement du service civil pour les praticiens médicaux, la modulation de la durée a été fixé suivant quatre (4) zones. La durée de la zone (1) qui englobe les wilayas du sud, est fixée à une année, alors que dans les zones (2) et (3) qui concernent les wilayas du nord et des hauts-plateaux, la durée du service est fixée respectivement à deux et trois ans. Quant à la zone quatre (4) qui touche les wilayas d'Alger et Oran la durée est de quatre ans.

Le **décret exécutif 18-257 du 11 Octobre 2018** a pour objet d'instituer une prime mensuelle d'accomplissement au profit des praticiens médicaux spécialistes de santé publique, assujettis au service civil. Cette prime vise à renforcer la couverture sanitaire spécialisée de la population et améliorer la qualité et l'efficacité des activités de soins, assurées par les établissements publics de santé, notamment dans les wilayas du sud et des hauts-plateaux.

Le montant mensuel de cette prime est fixé, selon la zone d'exercice, entre 20.000 et 60.000 DA, précise le décret qui souligne que la prime de service civil n'est pas intégrée dans le salaire du bénéficiaire, mais elle est, toutefois, soumise à l'impôt. Cette dernière est servie uniquement pendant la durée d'accomplissement du service civil, et attribuée à compter de la date d'installation de l'assujetti.

Tableau N° 08 : Modulation du zoning et la prime du service civil des praticiens de santé publique³²

Wilaya	Zone I	Indemnité		Zone II	Indemnité		Zone III	Indemnité		Zone IV	Indemnité	
		Chef-lieu	Hors chef-lieu		Chef-lieu	Hors chef lieu		Chef-lieu	Hors chef-lieu		Chef-lieu	Hors chef-lieu
ADRAR	X	60.000										
CHLEF				X	20.000	30.000						
LAGHOUAT	X	40.000	50.000									
OEB				X	20.000	30.000						
BATNA				X	20.000	30.000	SCESHU					
BEJAYA				X	20.000	30.000	SCESHU					
BISCRA	X	40.000	50.000									
BECHAR	X	40.000	50.000									
BLIDA				X	20.000	30.000	SCESHU					
BOUIRA				X	20.000	30.000						
TAMANRASSET	X	60.000										
TEBESSA				X	20.000	30.000						
TLEMCEN				X	20.000	30.000	SCESHU					
TIARET				X	20.000	30.000						

³² Site internet : camra-online.org/2018/04/proposition-du-msprh-modulation-de-la-duree-de-service-civil/

Chapitre III. Les dispositifs de lutte contre les déserts médicaux en Algérie

Wilaya	Zone I	Indemnité		Zone II	Indemnité		Zone III	Indemnité		Zone IV	Indemnité	
		Chef-lieu	Hors chef-lieu		Chef-lieu	Hors chef-lieu		Chef-lieu	Hors chef-lieu		Chef-lieu	Hors chef-lieu
TIZII-OUZOU				X	20.000	30.000	SCESHU					
ALGER										X		
DJELFA				X	20.000	30.000						
JIJEL				X	20.000	30.000						
SETIF				X	20.000	30.000	SCESHU					
SAIDA				X	20.000	30.000						
SKIKDA				X	20.000	30.000						
BELABBES				X	20.000	30.000	SCESHU					
ANNABA				X	20.000	30.000						
GUELMA				X	20.000	30.000						
CONSTANTINE				X	20.000	30.000	SCESHU					
MEDEA				X	20.000	30.000						
MOSTAGANEM				X	20.000	30.000	SCESHU					
MSILA				X	20.000	30.000						
MASCARA				X	20.000	30.000						
OUARGLA	X	40.0000	50.000									
ORAN										X		
EL BAYED	X	40.000	50.0000									
ILIZI	X	60.000										
BBA				X								

Chapitre III. Les dispositifs de lutte contre les déserts médicaux en Algérie

Wilaya	Zone I	Indemnité		Zone II	Indemnité		Zone III	Indemnité		Zone IV	Indemnité	
		Chef-lieu	Hors chef-lieu		Chef-lieu	Hors chef-lieu		Chef-lieu	Hors chef-lieu		Chef-lieu	Hors chef-lieu
BOUMERDES				X	20.0000	30.000						
EL TAREF				X	20.0000	30.000						
TINDOUF	X	60.000										
TISSIMSILT				X	20.000	30.000						
ELOUED	X	40.000	50.000									
KHENCHLA				X	20.000	30.000						
SOUK AHRAS				X	20.000	30.000						
TIPAZA				X	20.000	30.000	SCESHU					
MILA				X	20.000	30.000						
AIN DEFLA				X	20.000	30.000						
NAAMA	X	40 000	50 000									
AIN TEMOUCHENT				X	20 000	30 000						
GARDAIA	X	40 000	50 000									
RELIZANE				X	20 000	30 000						

Source: MSPRH 2018

Ce tableau représente le montant mensuel de la prime servie aux praticiens médicaux spécialistes de santé publique au cours de l'exercice de leurs services civils. Cette dernière diffère selon les quatre (04) zones d'exercice.

La zone 1 englobe les wilayas du Sud qui sont en nombre de 12, ses primes sont les plus avantageuses par rapport aux autres zones, elle est de 60.000 DA pour les wilayas : Adrar, Tamanrasset, Illizi et Tindouf. Quant aux autres wilayas, la prime est de 40.000 DA pour le chef lieu et 50.000 DA hors chef lieu (Laghouat, Biskra, Bechar, Ouargla, El Bayed, El Oued, Naama et Ghardaïa).

La zone 2 contient le plus grand nombre de wilayas (34 Wilayas) répartie entre le Nord et les hauts plateaux, la prime est de 20.000 DA dans le chef lieu de la wilaya et de 30.000 DA en dehors du chef lieu.

La zone 3 ne contient que les services hospitalo-universitaires des wilayas de : Constantine, Sétif, Batna, Tlemcen, Sidi Bel Abbès, Tizi-Ouzou, Bejaïa, Mostaganem, Blida et Tipaza.

La zone 4 regroupant les wilayas d'Alger et Oran sont sans prime.

II. 3 Les commodités mises en place pour les médecins affectés au service civil

L'affectation des médecins résidents au service civil ne pourra se faire sans la mise à leur disposition des moyens nécessaires leur permettant d'exercer leur fonction dans les meilleures conditions, en premiers lieu un logement décent et un plateau technique fonctionnel, le regroupement familial avec la scolarisation des enfants et l'emploi du conjoint, comptabiliser le congé de maternité dans la carrière professionnelle du médecin et à réduire la durée du service civil dans les wilayas du sud pour les médecins ayant accompli le service national.

Le logement est donc un droit déjà inscrit dans les textes relatifs au service civil. Selon le décret 87-90 du 21 avril 1987 portant mise en œuvre de la loi 84-10 (modifié et complétée) relative au service civil, titre III. Art.15 : « les organismes employeurs sont dans l'obligation d'arrêter toute disposition afin d'assurer l'hébergement des assujettis qui leur sont affectés lorsque le lieu de travail est distant de plus de cinquante kilomètres du domicile habituel des assujettis ».

Concernant, les femmes médecins le congé de maternité accordé et considéré comme période de travail effectif, et toute autre position administrative conformément à l'ordonnance

06-03 du 15 juillet 2006 portant sur le statut général de la fonction publique, la position administrative de congé de maternité est considérée comme position d'activité. Mais cela ne garantit aucunement que le congé de maternité soit comptabilisé comme durée légale du service civil.

III. Le jumelage entre les hôpitaux universitaires du nord et les hôpitaux du sud et des hauts-plateaux

Le jumelage entre les hôpitaux est une opération inter-établissement, elle est réalisée à l'initiative du chef de service de CHU (Centre Hospitalo-universitaire) ou de chef d'établissement hospitalier du Nord, opérations qui se traduisent par des activités de soins et de formation continue, le jumelage a été institué par arrêté ministériel en date du 16/02/2014. Tout jumelage inter-établissement doit au préalable obtenir l'aval de la direction générale des services de santé.

L'intérêt particulier qu'accorde le secteur de la santé aux opérations de jumelage entre les hôpitaux du Nord et ceux du Sud et des Hauts-Plateaux n'est en effet, plus à démontrer. Ces opérations qui consistent en l'assistance des hôpitaux du Sud et des Hauts-Plateaux en manque de praticiens spécialistes par le soutien d'hôpitaux à vocation universitaire et ceux spécialisés, ont permis d'enregistrer des résultats satisfaisants à travers notamment la réduction des transferts des patients vers d'autres structures de santé.

Il convient de rappeler, dans ce cadre que sur les 1 050 missions menées par des équipes médicales et paramédicales de plusieurs hôpitaux spécialisés du pays et ce, dans le cadre des conventions de jumelage entre hôpitaux du Nord, des Haut-Plateaux et du Sud, plus de 15 000 opérations chirurgicales et pas moins de 135 000 consultations médicales spécialisées ont été effectuées et 700 professionnels de santé ont été formés de 2014 à 2019. Compte tenu de leur importance, les opérations de jumelages ont bénéficié depuis l'année 2016, d'un cadre réglementaire. Institué par un décret exécutif n°16-197 du 04/06/2016, qui a défini les modalités de leur mise en œuvre qui consiste, en l'assistance des hôpitaux du Sud et des Hauts-Plateaux en manque de praticiens spécialistes par le soutien des hôpitaux à vocation universitaires et ceux spécialisés.

A titre d'exemple l'EPH de Kouba, cette structure qui fonctionne au rythme d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) avec les moyens d'un EPH, est de plus en plus sollicitée par les hôpitaux des différentes régions vu sa disponibilité appuyée par une équipe de médecins spécialistes de rang magistral et des paramédicaux engagés et convaincus de cette noble

mission. En 2019, l'équipe multidisciplinaire médicale et paramédicale a assuré avec succès la une opération à Ouargla et Hassi Messaoud. Lors de cette mission de cinq jours, encadrée par des professeurs hospitalo-universitaire et des paramédicaux, 700 consultations spécialisées, 281 explorations radiologiques (scanners, échographies, etc.) et plus de 100 explorations fonctionnelles ont été effectuées, 89 interventions chirurgicales ORL, soit deux implants cochléaires pour des enfants à Ouargla, dont un enfant suivi au service ORL à l'hôpital de Kouba. Ce type d'opérations permet aux patients d'être traités près de chez eux et de leur éviter les déplacements au nord du pays, ce qui nécessite généralement beaucoup de frais aux patients et à leurs familles. Elle contribue considérablement à la mise à niveau des connaissances des staffs médicaux et paramédicaux des hôpitaux locaux.

Depuis le lancement de l'activité en 2016, un total de 96 conventions a été signé entre 40 établissements hospitaliers du Nord et 64 du Sud et des Hauts-Plateaux. Cette activité de jumelage inter-établissements hospitaliers figure parmi les missions obligatoires de chaque établissement, et les professionnels de la santé sont tenus d'exercer et d'assurer les programmes de jumelage.

III. 1 Les formes de jumelage

III. 1. 1 La télémédecine

De nos jours ; l'avènement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) a révolutionné les relations entre les individus et les collectivités et a permis d'envisager de nouvelles façons d'exercer la médecine et d'offrir des services médicaux spécialisés ou ultra spécialisés dans des régions qui ne pouvaient en bénéficier.

La télémédecine définie par l'OMS comme « la fourniture de services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par des professionnels des soins de santé faisant appel aux NTIC, d'une part, pour assurer l'échange d'informations valides à des fins de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies et des blessures et, d'autre part, pour les besoins tant des activités de la formation permanente des prestataires de soins de santé que des travaux de recherche et d'évaluation, toujours dans l'optique de l'amélioration de la santé des individus et des communautés dont ils font partie »¹. La télémédecine est le plus bénéfique pour les populations vivant dans les régions éloignées.

Elle est appliquée dans pratiquement tous les domaines médicaux (radiologie, cardiologie...), et rassemble différentes disciplines à savoir : la téléconsultation, la

téléassistance médicale, la télé-expertise, la télésurveillance, la télé chirurgie et la cyber-formation. Cette technique de santé innovante permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie. Et on distingue deux types de télémédecine.

➤ **La télémédecine clinique**

La télémédecine clinique est une activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numériques permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades.

➤ **La télémédecine informative**

La télémédecine informative est un service de communication audiovisuelle interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prise en charge des malades et des soins dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale.

III. 1. 1. 1 Les actes de la télémédecine

➤ **La téléconsultation**

Un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic.

➤ **La télé-expertise**

Lorsque deux professionnels de santé médicaux ou plus donnent à distance leurs avis d'experts spécialistes sur le dossier médical d'un patient.

➤ **La télésurveillance médicale**

Lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique est suivi à son domicile par des indicateurs cliniques et/ou biologiques choisis par professionnel de santé médical, collectés spontanément par un dispositif médical grâce à des algorithmes construits pour la pathologie concernée ou saisis directement par le patient ou un auxiliaire médical, puis transmis au professionnel médical via des services commerciaux de télé-monitoring.

➤ **Téléassistance médicale**

Un médecin assiste à distance à un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

III. 1. 1. 2 La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation

Elle se décline en plusieurs prestations médicales, dont l'aide médicale urgente et la téléconseil médical personnalisé. La télémédecine et l'exploitation des TIC santé sont possibles seulement si certaines conditions sont respectées :

- Les droits fondamentaux des patients : en télémédecine et/ou dans le cadre d'une téléconsultation, aucun soin ne peut être pratiqué sans le consentement de la personne. Le patient doit également être informé du fait qu'un échange de données médicales le concernant peut être fait entre plusieurs professionnels de santé lors d'un acte de télémédecine.
- L'authentification du professionnel de santé et l'identification du patient : le professionnel de santé doit être authentifié et disposer de l'accès aux données médicales du patient nécessaires à l'acte de télémédecine. De même, le patient doit être identifié. Lorsque la situation l'impose, il doit bénéficier de la formation ou de la préparation nécessaire à l'utilisation du dispositif de télémédecine (par exemple, un patient diabétique doit être formé pour vérifier sa glycémie à domicile et transmettre les résultats de manière sécurisée à son médecin pour qu'il les interprète).
- Le compte rendu de la réalisation de l'acte : l'acte de télémédecine doit être rapporté dans le dossier médical, ainsi que les prescriptions médicamenteuses effectuées, l'identité des professionnels de santé intervenant, la date et l'heure de l'acte, et le cas échéant, les incidents.

III. 1. 1. 3 Les avantages liés à la télémédecine

Au niveau national, le secteur public présente plusieurs problèmes : déficits en professionnels de santé pluridisciplinaire, le manque d'infrastructure sanitaire, la qualité d'enseignements insuffisants, etc. ces problèmes sont plus aigus dans les régions éloignées, où leur population se trouve limitée en termes d'accès à la santé. Les patients sont obligés de se déplacer pour accéder aux services de santé mais l'accès est rendu difficile par les problèmes de distance, transports et l'état des routes.

Par faute de ressources financière, la quasi-totalité des hôpitaux régionaux ne disposent que de quelques spécialistes ; de ce fait, des échanges avec des confrères plus expérimentés pour le diagnostic et/ou la prise en charge des cas de pathologies peu fréquentes ou compliquées s'avèrent nécessaires. Ces raisons parmi d'autre étaient des facteurs déclenchant

l'utilité d'un changement au niveau du système national de santé, exprimé par une réforme (1992-2002) qui a visé certains ajustements, où le gouvernement a approuvé « l'introduction de la télémédecine pour une meilleure accessibilité des soins » Pour cela, l'intégration des nouvelles technologies dans la prestation de services médicaux dans les régions éloignées s'est imposée afin de relier les centres hospitalo-universitaires (CHU) du nord du pays et les hôpitaux des régions des Hauts Plateaux et du sud.

L'Algérie ambitionne dans ses réformes hospitalières d'introduire progressivement cette technique afin de mettre en place une couverture sanitaire satisfaisante par la prise en charge des populations enclavées. Et parmi les prestations de cette technique de la télémédecine :

- Faciliter et améliorer la qualité ainsi que l'accessibilité et l'efficacité des soins pour les personnes habitants dans les régions des Hauts Plateaux et du Sud, qui ne seront plus obligées de se déplacer dans le nord du pays ;
- Assurer les applications de téléconsultations, de téléassistance, de télédiagnostic, de télé-expertise et de formation continue à distance.
- Améliorer les capacités des professionnels de santé exerçant dans les régions éloignées qui deviennent mieux formés et informés sachez que notre pays fait preuve d'une volonté affichée, et compte plusieurs expériences dans ce domaine :
- En juillet 2011 à Alger : une convention relative à la mise en place d'un réseau pilote de télémédecine a été signée entre les deux ministères de la poste et des technologies de l'information et de la communication et le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ; pour la mise en place d'un réseau pilote de télémédecine dénommé « Réseau de Télémédecine Algérie » qui permettra l'accessibilité aux soins de santé à distance allant des transferts des données (contenues dans le dossier du patient : cliniques, para-cliniques et de plateau technique) à l'action directe du praticien sur le malade.
- En février 2014 et dans le cadre du jumelage entre les hôpitaux du Nord et du Sud du pays, a été initié par le ministère de la Santé l'application des pratiques télé-médicales et télé-radiologie entre l'établissement public hospitalier d'Oran et CHU de Bab El Oued ;
- En septembre 2014, la pratique de la TM été initiée. Le centre hospitalo-universitaire de Tlemcen est jumelé avec les établissements sanitaires de la wilaya de Nâama et d'El Bayadh (hauts plateaux du sud-ouest d'Algérie).

- En janvier 2016, la mise en place avec succès d'une plateforme pilote (CDTA) entre l'hôpital militaire régional d'Ouargla (HMRO) et l'hôpital central de l'Armée (HCA), sis à Alger, dont le but est la correction des diagnostics des maladies du HMRO via la consultation en simultanée des dossiers médicaux.
- En mars 2016, première consultation en cardiologie entre le CHU de Tizi Ouzou et l'établissement hospitalier public (EPH) de Tamanrasset au sud.
- En juin 2016, Installation d'équipement de télémedecine et de visioconférence avec la mise en place de la plateforme télémedecine/visioconférence opération mise en œuvre et pilotée à partir du service de chirurgie générale du CHU d'Oran (déjà doté d'un système de visioconférence local) permettant aux jeunes résidents de suivre en direct depuis l'auditorium le déroulement de l'intervention chirurgicale mené dans le bloc opératoire. Jusque octobre 2018, cinq Centres Hospitalo-universitaire (CHU) à savoir les CHU d'Alger Mustapha Bacha, Bab El Oued, Beni-Messeuse, le CHU de Constantine et le CHU d'Oran prennent en charge douze (12) établissements publics hospitaliers du sud (Adrar, Tamanrasset, Tindouf, Illizi, El Bayadh, Ouargla, Ghardaïa, Nâama, Laghouat, Béchar, Biskra et El Oued) ; un site central et une plateforme technique de pilotage du réseau ont été désigné au sein de l'Agence nationale de documentation de la santé (ANDS).
- En 2020, avec la situation sanitaire mondiale du Covid-19 et dans l'objectif d'éviter le déplacement des patients aux hôpitaux, le CHU de Tizi-Ouzou a lancé des consultations à distance par la technique de la communication par vidéos. Afin de donner des orientations et de faire des consultations sur le net pour les patients qui ne nécessitent pas leur déplacement à l'hôpital.

III. 1. 2 La télé radiologie

Une pratique d'avenir en Algérie et une nouvelle forme de jumelage que le secteur de la santé envisage.

III. 1. 2. 1 Concept de la télé radiologie

La télé radiologie est l'exercice à distance de la médecine radiologique. C'est l'une des applications de télémedecine qui bénéficie de la plus longue expérience clinique et de la plus grande maturité technologique.

Une solution complète de télé radiologie comprend une composante technologique, une composante organisationnelle pour la mise en place, la formation, le suivi et l'évaluation permanente du programme de télé radiologie et enfin, une composante strictement médicale :

- La composante technologique : Tout projet de télé radiologie suppose la disponibilité d'outils techniques (matériels, logiciels et réseaux informatiques) assurant le transfert à distance des images médicales avec les moyens de communications complémentaires (téléphonie, visiophonie et téléconférence) permettant au radiologue distant de communiquer autant que de besoin avec les cliniciens demandeurs, avec le manipulateur technicien d'électroradiologie et éventuellement avec les patients pour analyser les demandes, établir le protocole d'examen et rendre compte de son interprétation.

Ces outils doivent comprendre en outre des solutions de sécurisation des données et des échanges (pour éviter toute perte, dégradation, falsification ou divulgation frauduleuse et garantir la notarisation et la conservation des échanges).

- La composante organisationnelle : Un projet de télé radiologie ne vit pas durablement tout seul, sans être régulièrement animé, suivi, évalué et adapté aux évolutions des pratiques, des besoins, ou des ressources humaines et matérielles disponibles.

Un encadrement permanent, des actions de formation régulières (initiales et continues), une évaluation sont absolument indispensables et nécessitent d'être programmés, valorisés et financés dès le départ. La participation de médecins au dispositif de suivi est indispensable, même si tous les praticiens impliqués dans le télédiagnostic ou la télé expertise peuvent ne pas s'y impliquer, de même que tous les associés d'une structure libérale de radiologie ne s'impliquent pas nécessairement dans sa gestion, ni tous les praticiens d'un service hospitalier ; il n'est cependant pas sain qu'ils s'en désintéressent.

- La composante médicale : La télé radiologie, qui est une activité radiologique, donc médicale, effectuée à distance, ne saurait s'organiser valablement sans l'implication des médecins radiologues, soit qu'ils accomplissent personnellement leur activité à distance, soit qu'ils s'organisent pour en déléguer une partie à d'autres intervenants tout en le contrôlant (déléguer n'est pas abandonner), en fonction des ressources humaines disponibles et de protocoles formalisés préalablement établis et convenus avec eux. Cette activité radiologique à distance ne saurait cantonner à l'interprétation distante d'images télétransmises, puisque le radiologue assure légalement bien d'autres responsabilités : c'est pourquoi le Guide du bon usage des examens d'imagerie et la

Charte de télé radiologie sont basés sur la participation des radiologues du territoire publics et libéraux, qui connaissent les équipes médicales et paramédicales.

III. 1. 2. 2 Les avantages de la télé-radiologie

La télé-radiologie trouve tout son intérêt pour les patients s'il y'a une impossibilité de prise en charge radiologique par un radiologue, notamment dans les territoires manquant de praticiens, en cas d'augmentation importante des besoins d'examens et également dans le cadre de l'organisation des gardes et astreintes.

Ainsi, la télétransmission d'images permet à des structures de proximité de maintenir un plateau technique en faisant interpréter les images à distance, et en urgence, d'unir les moyens d'un territoire pour assurer la permanence des soins en radiologie. Elle permet :

- Un accès équitable aux examens quel que soit le lieu de prise en charge du patient,
- Elle accélère les délais de prise en charge, elle assure la continuité et la permanence des soins,
- Elle améliore la coopération et les échanges du savoir-faire entre professionnels de santé.
- Mise en place de réunions multidisciplinaires multicentriques permettant de rassembler plusieurs compétences et favorisant ainsi la discussion et une prise de décision collégiale (téléconférence).
- Possibilité d'obtenir un avis complémentaire ou une seconde lecture auprès d'un centre spécialisé pour venir en aide à un confrère en difficulté pour un examen et le conseiller dans la prise en charge du patient (téléconsultation et télé expertise).

Les outils de télé radiologie peuvent également participer à l'enseignement des médecins juniors et à la formation médicale continue des médecins, radiologues ou non, en servant de support aux avis exprimés par les experts dans un domaine particulier et en colligeant les examens télétransmis pour constituer des banques de cas cliniques intéressants pour la recherche et la pédagogie. Enfin, la télé radiologie favorise les échanges entre les équipes de recherche, non seulement grâce aux archives effectuées, mais aussi en assurant une homogénéité des pratiques et des interprétations pour les études multicentriques.

La télé-imagerie peut être utilisée aussi bien pour les établissements publics entre eux que pour les radiologues privés entre eux ou dans le cadre des relations entre établissements publics et établissements privés.

Cependant, elle doit répondre à des exigences en termes de sécurité, de qualité, de confidentialité et de continuité de service.

III. 1. 2. 3 Les conditions de la pratique de la télé-radiologie

La réglementation de la télé-radiologie est stricte et plusieurs critères doivent être remplis pour la mettre en œuvre. Par exemple :

- Toutes les liaisons (transfert de la demande d'examen, échanges avec le technicien, transmission du compte-rendu, transfert des images) doivent être sécurisées et traçables ;
- La console de travail du radiologue doit répondre aux normes nationale en matière de définition des écrans diagnostiques ;
- Les outils à la disposition du radiologue doivent permettre une qualité identique à celle d'un travail effectué sur place.

En outre, pour mettre en œuvre la télé-radiologie sur un territoire de santé, il faut respecter les recommandations du conseil professionnel de radiologie (4G) et du conseil de l'ordre des médecins

Enfin, la convention ou le contrat qui met en œuvre un projet de télé-radiologie doit justifier d'un cadre fonctionnel et technique en s'intégrant aux pratiques médicales usuelles en permettant d'avoir des statistiques exploitables, en intégrant des référentiels nationaux, en s'appuyant sur des standards d'imagerie,

III. 1. 2. 4 Les risques et difficultés liés à la télé-radiologie

A l'inverse, un certain nombre de limites et de pièges liés à l'utilisation de la télé-radiologie doivent être connus :

- La distance entre le patient et le radiologue ne doit pas sacrifier la prise en compte des aspects cliniques, indispensables à l'interprétation fiable des examens. L'utilisation simultanée du téléphone, ou même d'une visioconférence entre le clinicien et le radiologue peut aider à une réelle prise en charge du patient ; ceci englobe le contrôle des indications, la surveillance de la réalisation de l'examen, son interprétation et la discussion avec le clinicien, voire le patient, pour la suite de la conduite diagnostique et parfois thérapeutique. Ceci correspond à une prise en charge différente du classique « dialogue singulier » entre le patient et le praticien.
- Le rôle du radiologue dans les réunions multidisciplinaires centrées sur la l'analyse d'un dossier est indispensable : explication des images, prise en compte de la situation

clinique et conséquences sur la prise en charge du patient. La délocalisation de l'interprétation et de ce fait l'absence du radiologue sur place serait préjudiciable ; ceci peut être partiellement compensé par la visioconférence.

- La prescription d'explorations complémentaires par le «télé radiologue » peut être motivée par la volonté d'être exhaustif à défaut d'être à proximité, application d'un « principe de précaution » pour limiter les erreurs de prise en charge. Il ne faut pas tomber dans le piège des « examens parapluie » que l'on multiplierait puisqu'il n'y aurait plus la limite imposée par la disponibilité des radiologues dérangés à tort pendant une garde.
- La délocalisation de l'interprétation des dossiers les plus difficiles dans un centre spécialisé pourrait aboutir à la perte progressive de compétence des radiologues de proximité, mais également à un désintérêt de leur part si ce risque n'était pas compensé par des actions de formation continue à distance organisée en exploitant les systèmes de télé radiologie. Ceci pourrait à terme aggraver la désertification radiologique, c'est-à-dire produire sur la qualité et l'accessibilité des soins un effet inverse à celui poursuivi. La prévention de ce risque se situe au niveau de l'organisation médicale mise en place avec à l'outil, auquel il faut attacher autant d'importance qu'aux caractéristiques techniques du système de télétransmission.
- La sur-spécialisation d'une interprétation centralisée des explorations spécifiques à chaque type de pathologie (neuroradiologie, pédiatrie, etc...) peut aller à l'encontre d'une formation initiale et continue des radiologues généralistes. La segmentation en différentes pathologies interprétées à distance pourrait aboutir à une mauvaise prise en charge globale du patient.
- Sur le plan théorique, si des services de télé radiologie se mettent en place entre différents pays, les difficultés liées à la langue, aux obligations légales, au partage de responsabilité doivent être prises en compte. Cela impose notamment la définition légale du lieu de réalisation d'un examen médical fait à distance (le patient est-il réputé s'être virtuellement déplacé chez la télémedecine, ou au contraire considère-t-on que la télémedecine s'est virtuellement transporté chez le patient ?) Ce point d'extrême importance a des conséquences directes sur les conditions légales d'exercice de la médecine, ainsi que sur la définition du tribunal et de la procédure concernés.

III. 1. 3 La formation à distance des corps médicaux et paramédicaux

Plusieurs conventions de jumelage entre des établissements hospitaliers du Sud, des Hauts-Plateaux et des centres hospitalo-universitaires (CHU) du Nord ont été signées dans le cadre de la prise en charge du citoyen algérien là où il vit.

Les équipes médicales de ces CHU signataires des conventions, leur mission n'est pas uniquement d'assurer des soins aux malades de ces zones mais aussi de prodiguer des formations aux corps médicaux et paramédicaux, 785 professionnels de santé qui ont bénéficié d'un programme de formation entre 2014 et 2019, 110 praticiens spécialistes, 165 praticiens généralistes et 410 paramédicaux.

IV. L'ouverture de facultés de médecine au sud pour pallier aux insuffisances de médecins spécialistes

Trois nouvelles facultés de médecine ont commencé à assurer la formation médicale depuis la rentrée 2014/2015, dans les wilayas de : Bechar, Laghouat, Ouargla. C'est une très bonne perspective ; les étudiants du sud auront ainsi l'opportunité de se former sur place, et ces facultés vont créer une dynamique certaine dans le domaine des activités scientifiques. Cela dit, il faut un investissement total de tout le gouvernement. Mais c'est surtout une question de bonne volonté.

L'université de Béchar, c'est une première dans la région de sud-ouest algérien, un territoire qui représente le tiers de la superficie du pays. Attendue depuis des décennies, en fait depuis l'indépendance une faculté de médecine ouvrira ses portes. Ils ont commencé avec un petit nombre d'étudiants pour mieux maîtriser la formation. Cette faculté de Béchar est accompagnée par la création d'un CHU qui a ouvert ses portes en 2016, et qui va permettre aux étudiants de suivre leur formation et d'appliquer leurs connaissances théoriques directement sur le terrain et au contact des patients. Ils y acquièrent une certaine expérience professionnelle, qui les aidera à se lancer, que ce soit en libéral ou dans une structure. Ce projet est une opération complexe qui a nécessité une coordination importante entre le ministère de l'enseignement supérieur, celui de la santé et les autorités local.

Par contre celle de Laghouat, enregistre une amélioration considérable où le nombre d'étudiants en médecine et l'encadrement augmente chaque année.

L'encadrement pédagogique de cette faculté vient d'être renforcé au titre de la saison universitaire 2018/2019 par 17 nouveaux maitres-assistants hospitalo-universitaires. Ce renfort vient consolider un effectif global de 80 enseignants assurant les différents modules de la faculté, qui est dotée d'équipement et de moyens pédagogiques les plus performants.

Celle de Ouargla a été inauguré en 2015, cette université compte actuellement 28600 étudiants encadrés par 1176 enseignants, dispose d'une capacité de 22 580 places pédagogiques.

Ces importantes structures médicales permettant, en plus de la formation de praticiens de la santé, grâce à un encadrement pédagogique assuré par des spécialistes nationaux, de donner une impulsion à la recherche scientifique et médicale dans la région, et de répondre favorablement aux préoccupations des populations en matière de prise en charge des différentes maladies.

Conclusion

Le nombre de médecins exerçants aujourd'hui dans notre pays est de nature à couvrir les besoins de l'ensemble de la population sur tout le territoire. Au-delà des conditions d'exercices professionnels, les conditions de vie constituent pour ces professionnels de santé un facteur important dans la décision d'exercer, de s'installer et de rester dans une zone mal pourvue. Des éléments tels que le logement de fonction, l'emploi du conjoint et les possibilités de scolarisation des enfants sont des facteurs primordiaux. Ils relèvent plus des politiques d'aménagement du territoire que des politiques de santé. Pour cela, la participation des autorités régionales et locales à l'amélioration des conditions d'accueil et de vie des médecins constitue un facteur favorisant à l'installation de ces dernières dans des territoires ruraux et/ou enclavés. La coordination des politiques de santé et des politiques d'aménagement du territoire apparaît plus que nécessaire.

L'objectif de toute politique de santé est de prendre en considération l'ensemble des problèmes de santé des populations, rurales ou urbaines, pour améliorer les conditions de vie.

L'État Algérien a tenté depuis plusieurs décennies de mettre en place une offre de santé équitable et accessible à l'ensemble de la population pour soigner et soulager les états de maladie ou d'infirmité et plus largement pour assurer un état de bien-être physique, mental et social, tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pourtant, les effets de ces politiques sont mitigés, et leur évaluation doit prendre en compte l'état de santé des individus dans sa distribution spatialement différenciée.

L'Algérie, comme la plupart des pays, souffre de problèmes de pénurie d'offre de soins et notamment les régions de sud qui sont moins dotées en couverture sanitaire que les zones du Nord, elles sont également caractérisées par de grandes inégalités de niveaux de vie et par de fortes disparités d'offre de services (Ecoles, transport, gaz et eau potable, etc.). Face à ces inégalités, les populations, ont besoin de vivre dans un environnement leur permettant d'accéder aux équipements sanitaires, ce qui est loin d'être toujours le cas dans les régions du Sud. D'autre part, les spécialistes de la santé ont besoin de toutes ces commodités pour favoriser l'installation dans ces zones défavorisées notamment les médecins spécialistes affectés dans le cadre du service civil.

Ces inégalités territoriales d'accès aux soins de santé ou la désertification médicale est un risque pour la cohésion sociale, et représente un problème de santé publique qui nécessite des politiques fiables pour l'amélioration de l'état de santé de la population.

Le pouvoir public a mis en place certains dispositifs afin de lutter contre ces déserts tel que le service civil obligatoire qui est maintenu dans le but de réduire l'écart en matière de prestations sanitaires, préventives et thérapeutiques dans les régions à faible couverture sanitaire notamment les régions du Sud et des hauts plateaux, et ce, en concrétisation du rôle social de l'Etat qui garantie les droits fondamentaux dans le cadre de la solidarité nationale et la continuité de la gratuité des soins.

Dans un pays aussi vaste que l'Algérie ou les besoins sur le plan sanitaire sont de plus en plus grandissants avec la poussée démographique, l'avènement des nouvelles technologies de l'information et des télécommunications (TIC) permet d'envisager de nouvelles façons d'exercer la médecine, et d'offrir des services médicaux spécialisés ou ultra spécialisés dans le but du désenclavement des zones désertées. Ces éléments jouent en faveur du développement de la télémédecine, cette dernière est d'une extrême richesse tant humaine que

professionnelle pour notre pays, cette expérience a fermement renforcé la conviction des spécialistes à mettre l'expertise médicale à la portée du patient et du praticien vivant en dehors des grands centres urbains du nord qui constituent des centres de référence où sont concentrées la plupart des compétences.

Des formations aux professionnels du secteur et la formation en ligne dans le cursus des spécialistes jouent un rôle important dans le développement de la télémédecine.

Les TIC sont en train de révolutionner la prestation de soins de santé. Ce qui permettra à la e-santé de renforcer notre système de santé par la disponibilité de l'information sanitaire, médicale et managériale fiable et en temps réel ; d'améliorer la surveillance épidémiologique et la lutte contre les maladies ; d'améliorer la formation du personnel du secteur de la santé et d'accélérer la couverture sanitaire universelle.

Dans ce sens et dans une perspective de développement, le milieu sanitaire et médico-social doit intégrer dans toute démarche à entreprendre, les attentes des différents acteurs sociaux pour investir d'avantage dans le capital humain, l'environnement et les relations avec les parties intéressées. Ce qui impose une transversalité entre les différents établissements et système de santé. Celle-ci ne fonctionnera que si les parties impliquées coopèrent et que tous les professionnels s'impliquent (pas seulement les décideurs) et participent activement aux démarches.

❖ Ouvrage et Revues:

- Association des Infirmiers et Infermieres du Canada, «les déterminants de la santé»,
- Bidou E. : «les nouveaux paradigmes de santé : le bien être à tout prix», Ed. Lancier, Bruxelles, 2008.
- Blanchet.A, GotmanA., ColinA. : «*L'enquête et ses méthodes*», L'entretien 2Edition refondue.
- Brahamia B. : «Evaluation et tendance des systèmes de santé», OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, 2010.
- Bihr A., Feffberkorn R. : « Partie thématique: Les inégalités sociales de santé », Interrogations Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société, N°6, La santé au prisme des sciences sociales, Juin 2008, P64.
- Besnier M. (2008): « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale . Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, p.9.
- Contandriopoulos A.P, Pineault R. et Fournier M.A. «Opinion des médecins québécois sur la pratique en région éloignée et sur le mode de rémunération», Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.1982.144 p.
- Crevel C : « *Le marché de la santé en Algérie* », mission économique, Version originelle du 2 février 2004.
- Joy Raynaud : “L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable”. HAL Id: tel-00967067 (2014).
- Kaïd Tlilane N : « *le service public local au service du développement durable* » In Marché et Organisations, sous le titre Développement durable et responsabilité sociale des acteurs, édition L'Harmattan 2009.
- KONE Karna Georges : « L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar ». page 150.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean, Kaminski M., Lang T. : «*les inégalités sociales Desanté*», Ed la Découverte et Syros, Paris, 2000.

- Loick Menveille, « Tourisme Médical : Quelle place pour les pays en développement ? » De Boeck Supérieur, 2012/1 n° 157, p.81,
- Mostefa Khiati: « regard sur la santé ». Ed. Dahleb1995.
- Observatoire Régional de Santé : «Etat de santé et déterminants sociales de santé en Alsace, quatrième partie :déterminants desanté»,
- Oufriha, Fatima Zohra collaborateurs, un système de santé à la croisée des chemins, Edit. Sarp.2006.
- Pichéral Henri. Géographie médicale, géographie maladie, géographie de la santé. In : *Espace géographique*, tome 11, n°3, 1982 pp 161-175.
- Picheral H, Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la Santé, ed. 2001.
- Potvin L., Moquet M.-J., Jones. (sous la direction de) : «*Réduire les inégalités sociales en Santé*». Edition INPES, coll. Santé en action, Saint-Denis, 2010
- Rochaix L., Tubeauf S. (2009) : « mesure de l'équité en santé : fondements éthiques et implications ».Revue Economique, Vol 60, N°2, P327
- Yahiaoui, F, Essai sur les inégalités sociales de santé : problématique de l'accessibilité financière aux soins : Cas de la wilaya de Bejaïa, Université de Bejaia.

❖ Articles et rapports

- Ahcene Zehnati, "L'émigration des médecins algériens : phénomène normal ou véritable exode ?"
- Article de la loi n°85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée relative à la loi sur la protection et la promotion de la santé.
- Article de la loi n° 18-11 du 02 juillet 2018
- Décret exécutif 18-257 du 11 octobre 2018
- Décret exécutif 18-256
- Décret exécutif n°16-197 du 04 juin 2016
- Article 343, 176 L'article 9 du journal officiel du 17 février 1985 stipule :
«La création des différents types de structures sanitaires se fait selon les besoins de la population et les caractères socio-économiques des différentes régions du territoire national, et les normes définies dans le cadre de la carte sanitaire»
- Médecins spécialistes privé, statistiques sanitaires, édition 1999.
- OMS, Rapport : statistique sanitaire mondiale, 2011.

- OMS : rapport, 'Système de santé', 2010, in. www.who.int
- OMS, Aide-mémoire N°324, Août2007. www.who.int/fr
- OufrihaF.Z : « Les reformes du système de santé en Algérie» de réforme, un système de santé à la croisée des chemins, CREAD, page97.
- OufrihaF. Z : «Système de santé et population en Algérie». Edition CREAD 2008. Page57.
- Larbi ABID « La médecine générale : une spécialité médicale ».

❖ Site internet

- www.santemaghreb.com/algeria/poivue
- <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2015-2page-93htm>
- www.aps.dz
- <https://www.algeria-eco.com>
- www.who.int/fr
- www.ars.sante.fr
- www.inpfp.dz/revue/2018
- www.sante.dz
- www.andi.dz/index.php/fr/secteur-de-sante
- <http://www.revue-interrogations.org>
- <https://doi.org/10.4000/poldev.4432>
- <https://www.cairn.info/revue-monde-en-developpement>
- camra-online.org/2018/04/proposition-du-msprh-modulation-de-la-duree-de-service-civil/

Liste des tableaux

N° du Tableau	Page
Tableau N 01	page 31
Tableau N 02	page 31
Tableau N 03	page 32
Tableau N 04	page 32
Tableau N 05	page 33/34
Tableau N 06	page 35
Tableau N 07	page 36
Tableau N 08	page 45-47

Liste des figures

N° de Figure	Pages
Figure N° 01	Page 06
Figure N°02	Page 12
Figure N°03	Page 21
Figure N°04	Page 39



Option : « Economie de la Santé »

Thème

Les dispositifs de lutte contre les déserts médicaux en Algérie

- Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une recherche universitaire.
- L'enquête d'adresse aux médecins travaillant dans le CHU de Tizi-Ouzou et qu'ils ont fait leur service civil au Sud de l'Algérie.
- Les données recueillies contribueront à caractériser le niveau de l'accessibilité des soins de santé dans ces zones désertées, dans quelles spécialités dont souffrent, les considérations qui peuvent inciter les médecins à travailler au niveau de ces zones et quel est le dispositif le plus concrétisé sur le terrain ?
- Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront totalement confidentielles et traitées de façon anonyme ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
- Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec le plus d'objectivité possible, et ce afin de ne pas « fausser » les résultats de la recherche.

Questionnaire

- 1- Il y a des régions pourvu des médecins spécialistes et d'autre non qu'en dites-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2- Est-ce que ce sont les régions les plus éloignées de pays à l'exemple du Sud Algérien qui sont les plus touché ? Pour quoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 3- Quelles sont les considérations qui préventes à votre avis inciter les médecins à travailler au niveau du Sud ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4- Pour vous quels types de structure aimeriez-vous travailler au niveau des zones reculées ? Pour quoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5- Quelles sont les raisons qui amènent les médecins à rejeter la forme civile?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6- Dans quelle spécialité dont souffrent ces régions du Sud ?

7- Quelles sont vos appréhensions par rapport au travail dans des zones reculées ?

• • • • •

8- Est-ce qu'un médecin généraliste formé à la hâte peut substituer à un médecin spécialiste formé dans les délais ? Pour quoi ?

9- D'après ces dispositifs (Appel à la coopération médicale étrangère, Augmentation de la formation tant des médecins généralistes que des spécialistes, Ouverture des facultés de médecine dans les Sud, Service civil obligatoire pour les médecins spécialistes, Jumelage entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux de Sud et des Hauts-Plateaux) Quel est le dispositif le plus concrétisé sur le terrain ? Pour quoi ?

[illegible]

10- Quelles sont les spécificités les plus demandées dans ces « déserts médicaux » par rapport au Nord et au Sud ?

10- Quelles sont les spécificités les plus demandées dans ces « déserts médicaux » par rapport au Nord et au Sud ?

Table des matières

REMERCIEMENT

DEDICACES

LISTE DES ABRIVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I. DESERT MEDICAUX ET ACCESSIBILITE AUX SOINS.....	4
INTRODUCTION	4
I. LE CADRE CONCEPTUEL DES DESERTS MEDICAUX	4
I.1 concept des déserts médicaux	4
I.2 Analyse théorique de l'accès aux soins	5
I. 2. 1 Modèle comportemental de l'utilisation des services de santé	5
I. 2. 2 L'adéquation entre les services de santé et les attentes des patients	8
I. 2. 2. 1 La disponibilité (Availability)	9
I. 2. 2. 2 L'accessibilité (Accessibility)	9
I. 2. 2. 3 La commodité (Acommodation)	9
I. 2. 2. 4 La capacité financière (Affordability)	10
I. 2. 2. 5 L'acceptabilité (Acceptability)	10
II. Fondements théoriques des inégalités de santé.....	13
II.1 Définition des inégalités de santé.....	13
II.2 Les causes des inégalités sociales de santé	14
II.2. 1 les conditions de vie et de travail	14
II.3 Géographie de la santé	15
II.3. 1 La géographie des maladies	16
II.3. 2 Géographie des soins	17
III. La géographie des réseaux : le rôle de la distance pour l'accès aux services	17
III.1 Réseau et distance : la recherche d'équité spatiale en aménagement.....	17
III.2 L'enjeu de proximité.....	18
III.2. 1 proximité des services	18
III.2. 2 les TIC : vers des territoires homogènes et transparents	19
III.2. 3 Proximité ou concentration des services de soins.....	20
III.3 Au-delà de la recherche de proximité : L'accroissement des flux des patients et des médecins à l'échelle mondial	23
III.3. 1 Les migrations des médecins vers les pays développés	23
III.3. 2 Les flux de patients vers les pays émergents : Le tourisme médical	24
Conclusion	26
CHAPITRE II. LA COUVERTURE MEDICALE NATIONALE ET LA CARTOGRAPHIE DES DESERTS MEDICAUX	26
INTRODUCTION	26
I. LA COUVERTURE MEDICALE NATIONALE	26
I.1 la carte sanitaire : outil de planification quantitative sanitaire.....	26
II. LA DEMOGRAPHIE DES MEDECINS ET LES INEGALITES DE REPARTITION DES PRATICIENS GENERALISTES ET SPECIALISTES	29
II.1 Procédure d'installation.....	37
III. LA CARTOGRAPHIE MEDICAUX	39

Conclusion	40
CHAPITRE III : LES DISPOSITIFS DE LUTTE CONTRE LES DESERTS MEDICAUX EN ALGERIE.....	41
INTRODUCTION	41
I. L'ACCENTUATION DE MEDECIN GENERALISTE	41
II.SERVICE CIVILE OBLIGATOIRE POUR LES MEDECINS SPECIALISTES	43
II.1 Concept du service civil.....	43
II.2 La modulation du zoning et l'institution d'une prime	44
II.3 Les commodités mises en place pour les médecins affectés au service civil	48
III. LE JUMELAGE ENTRE LES HOPITAUX UNIVERSITAIRE DU NORD ET LES HOPITAUX DU SUD ET DES HAUTS-PLATEAUX	49
III.1 Les forme de jumelage	50
III.1. 1 La télémédecine	50
III.1.1. 1 Les actes de la télémédecine	51
III.1.1. 2 La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation.....	52
III.1.1. 3 Les avantages liés à la télémédecine	52
III.1. 2 La télé radiologie	54
III.1.2. 1 Concept de la télé-radiologie	54
III.1.2. 2 Les avantages de la télé-radiologie	56
III.1.2. 3 Les conditions de la pratique de la télé-radiologie	57
III.1.2. 4 Les risques et difficultés liés à la télé radiologie.....	57
III.1. 3 La formation à distance des corps médicaux et paramédicaux.....	59
IV. OUVERTURE DE FACULTES DE MEDECINE AU SID POUR PALIER AUX INSUFFISANCES DE MEDECINS SPECIALISTES	59
Conclusion	60
Conclusion générale.....	61
Bibliographie	
Annexes	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Table des matières.	