

UNIVERSITÉ ABDE RAHMANE MIRA DE BÉJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION

DÉPARTEMENT DES SCIENCES ÉCONOMIQUES

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

**EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MASTER EN
SCIENCES ÉCONOMIQUES**

OPTION : ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

THÈME

**LA PROBLÉMATIQUE DE LA RÉGULATION DE LA
MÉDECINE LIBÉRALE EN ALGÉRIE : RÉFÉRENCES À
DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES ET ENQUÊTE
AUPRÈS DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE LA WILAYA DE
BÉJAÏA**

**PRÉSENTÉ PAR : ZIANI ZOUINA
SOUS LA DIRECTION DE : CHALANE SMAIL**

SOUTENU DEVANT LE JURY :

- **Président** : Mr DERMEL Ali ; maître assistant à l'université de Béjaïa.
- **Rapporteur** : Mr CHALANE Smail ; Maître assistant à l'université de Béjaïa.
- **Examineurs** : MR FOU DI Brahime ; maître assistant à l'université de Béjaïa.

2012-2013

DÉDICACE
A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Remerciements

Je tiens à exprimer mes vifs remerciements à mon encadreur de mémoire, Mr CHALANE Smaïl, pour son soutien tout au long de ce travail, pour ses conseils qui m'ont guidé, pour ses encouragements et ses recommandations efficaces.

Je remercie également tous les enseignants de l'économie de la santé et le développement durable : Mr DERMEL, Mr FOUADI, Melle ZIANI et autres, leurs soutiens et encouragements m'ont été si précieux durant mes deux cycles d'étude. Leur rôle ne s'est pas limité à de simples enseignants.

Je tien aussi à présenter mes remerciements aux personnels du département des sciences économiques, allant du chef du département Mr BOUGHIDEN jusqu'à la secrétaire Mira.

Mes vifs remerciements vont exceptionnellement à une personne bien précise, elle m'a soutenu pour le parcours de mes études, ses encouragements m'ont donné de la force pour avancer. A toute l'équipe du dernier étage bloc 7 : Lynda, Melaaz, Sabrina et Zoubida, une véritable équipe d'enfer. Ainsi à la maison ushaïa.

Dieu merci

Sommaire

Introduction générale	1
CHAPITRE I : LA RÉGULATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE : CADE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	
Introduction	3
I. CADRE CONCEPTUEL	4
II. LES DEFAILLANCES DU MARCHÉ DES SOINS.....	6
III. LES MÉCANISMES DE RÉGULATION	10
Conclusion	21
CHAPITRE II : ÉVOLUTION ET TENDANCES DE LA MÉDECINE LIBÉRALE EN ALGÉRIE	
Introduction.....	23
I. PRIVATISATION ET TENDANCES DE LA MÉDECINE LIBÉRALE EN ALGÉRIE	
II. LA MÉDECINE LIBÉRALE EN ALGÉRIE.....	29
Conclusion.....	34
CHAPITRE 3 : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE LA WILAYA DE BEJAÏA	
I. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	36
II. MONOGRAPHIE DE LA WILAYA DE BEJAÏA	39
III. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	48
Conclusion.....	55
Conclusion générale	57
Bibliographie	66
Tables des matières.....	71

Liste des abréviations

AM : Assurance Maladie

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale

DSP : Direction de la Santé et de la Population

DPAT : Direction de Planification et de l'Aménagement territorial

EPH : Etablissement Public Hospitalier

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité

MTH : Maladies à Transmission Hydriques

MSM : Marché des Soins Médicaux

ML : Médecine Libérale

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

MG : Médecin Généraliste

MSP : Médecin Spécialiste

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PIB : Produit Intérieur Brut

RMO : Références Médicales Opposables

TMI : Taux de Mortalité Infantile

Introduction générale

Introduction générale

La nature du bien « santé » représente le point essentiel qui distingue l'économie de la santé de tous les autres champs de la Science Économique. C'est aussi cette particularité qui explique l'intervention accrue de l'Etat et les institutions étatiques si essentielles dans le domaine de la santé, au premier rang desquelles la justice sociale concernant la délivrance des soins, le financement socialisé et la régulation.

Le rôle régulateur des pouvoirs publics peut se justifier théoriquement par l'existence de défaillances de marché, qu'il s'agisse des externalités, des biens collectifs ou des monopoles naturels, qui empêchent le marché d'aboutir à une solution optimale en terme de bien-être pour la société.

Dans le domaine de la santé, on se trouve face à une réalité de deux types qui méritent réflexion : l'une concerne *l'offre*, l'environnement de la pratique, et l'autre concerne la *demande*, c'est l'état de la maladie.

En Algérie, l'un des glissements importants observés au cours de ces deux dernières décennies dans le champ de la santé semble lié à la montée du secteur privé, qui élargit sans cesse ses différentes activités de soins. Au-delà de ses aspects quantitatifs (51% de spécialistes ont intégré le secteur privé, une centaine de cliniques privées), le questionnement est ici focalisé sur les sens des transformations qu'il permet de mettre en évidence non seulement dans le champ de la santé, mais aussi dans la société.

Le propos de ce travail est d'analyser les différents mécanismes de régulation économique de la médecine de ville, de revisiter les zones d'ombre de la médecine libérale en Algérie, de préciser les caractéristiques de l'offre et de la demande de soins ambulatoires. L'objectif ici est de dégager des pistes permettant d'améliorer le fonctionnement du secteur ambulatoire et contribuer à l'atteinte des objectifs principaux de toute politique de santé : la maîtrise des coûts et l'amélioration de la qualité des soins fournis aux patients.

Notre analyse va se cantonner à la médecine libérale. Plus particulièrement, on s'intéresse à la problématique de la répartition des médecins libéraux : **dans quelle mesure le déficit de régulation de la médecine libérale explique-t-il le problème de la mauvaise répartition des professionnels de santé ?**

D'autres questions de second rang méritent réflexion :

Introduction générale

- Quelle stratégie adoptent les médecins libéraux pour s'installer dans les agglomérations ?
- Sur quelle base fixent-ils leurs honoraires ?
- Dans quelle mesure la hiérarchisation des soins, particulièrement par l'institution du médecin traitant, peut améliorer le fonctionnement de la médecine libérale ?
- Quelles suggestions proposent les médecins libéraux pour l'amélioration des conditions de leur activité ?

Notre recherche se base sur une hypothèse principale, à savoir : *la mauvaise répartition des médecins libéraux s'explique dans une large mesure par le déficit en termes de régulation.*

En ce qui concerne la méthodologie, nous avons fait une recherche documentaire basée sur la consultation de mémoires, articles de revues, sites internet, ainsi qu'une collecte d'informations auprès d'un certain nombre d'organismes (MSPRH, DSP, DPAT). Nous avons aussi pu faire une enquête par questionnaires et une série d'entretiens avec un échantillon de médecins libéraux de la Wilaya de Béjaïa, ainsi qu'avec le responsable de la sous-direction de la médecine privée au niveau du MSPRH.

Le travail est organisé en trois chapitres. Le premier propose un survol théorique et conceptuel de la problématique de la régulation de la médecine de ville. Il se décompose en trois sections : la première est consacrée au cadre conceptuel, la deuxième est consacrée aux défaillances du marché des soins et enfin la troisième section traitera des mécanismes de régulation. Cette dernière section est très importante car elle permettra de fixer la cadre général de ce travail.

Le deuxième chapitre a pour objectif de présenter l'évolution et les tendances de la médecine libérale en Algérie. Il se décompose en deux sections. La première section est consacrée à la privatisation et aux grandes tendances de l'exercice libéral en Algérie. La deuxième propose une analyse de la médecine libérale en Algérie au jour d'aujourd'hui.

Le troisième chapitre enfin représentera les résultats de notre recherche, à savoir la méthodologie suivie, une petite monographie de la wilaya de Béjaïa et enfin les résultats de notre enquête.

Chapitre I

La régulation de la médecine libérale : cadre théorique et conceptuel

Introduction

La contribution des systèmes de soins à l'amélioration de la santé des populations passe principalement par les professionnels de santé et notamment les médecins qui en constituent, malgré la technicisation croissante des pratiques de soins, le levier principal d'action. Parce que le médecin est prescripteur, la démographie médicale fait l'objet dans la plupart des pays occidentaux d'une attention soutenue, le plus souvent dans une perspective de contrôle des dépenses de santé.

Au sein du corps médical, la médecine libérale constitue une profession libérale définie comme une activité exercée par des indépendants proposant des prestations d'ordre intellectuel.

La médecine libérale est en crise profonde. Cette crise a deux facettes, tenant à sa structure et à ses fondements d'une part, et en rapport avec une carence de régulation d'autre part. Son expression est diverse. Du côté des médecins, on note un mal-être profond voire une souffrance et des difficultés démographiques présentes et surtout à venir. Du côté des patients, les difficultés d'accès aux soins et les inégalités sont unanimement pointées du doigt.

Ce chapitre propose un survol théorique et conceptuel de la régulation de la médecine de ville.

- **Qu'est-ce que la médecine libérale (ML)?**
- **Quelle place pour la ML dans le système de soins ?**
- **Quelles sont les principes qui la sous-tendent ?**
- **Quelles sont les défaillances du marché des soins ?**
- **Pourquoi est-il nécessaire de mettre en œuvre une régulation de la ML ?**

(Régulation des installations + Prescriptions + mode d'accès + honoraire....) = les différents domaines de régulation de la Médecine Libérale (ML). Quels sont les différents modes de régulation de la ML ? Quelles sont les différentes alternatives en matière de régulation de la ML ? Que dit la « théorie » en matière de régulation de la ML ? Quelles sont les réponses apportées par les différents pays à cette problématique de la régulation de la ML ? Après avoir défini ce qu'est la ML, on discutera de sa place au sein du système de soins. On traitera ensuite des défaillances du marché de soins. Nous verrons enfin les raisons justifiant la régulation de la médecine libérale, avant de recenser les différentes formes de régulation.

I. CADRE CONCEPTUEL

Cette section sera consacrée aux définitions des différents concepts qui nous aideront à mieux cerner notre analyse.

1. Genèse et évolution

L'histoire de la médecine est la branche de l'histoire consacrée à l'étude des connaissances et des pratiques médicales et chirurgicales au cours du temps.

1.1. De la médecine

C'est une science qui a pour objet l'étude, le traitement, la prévention des maladies. C'est encore l'art de mettre, de maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleures conditions de santé.

Le dictionnaire français définit la médecine comme suit : « ensembles des connaissances scientifiques et des moyens de tout ordre mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités ».

1.2. De la médecine libérale

Les médecins libéraux exercent au sein d'un cabinet médical où ils travaillent seuls ou avec confrères. Les deux éléments qui définissent la médecine libérale sont l'indépendance et la responsabilité¹.

2. Les professionnels de la santé

Les techniques modernes des soins de santé dépendent d'un nombre croissant de professionnels, sous forme d'équipes interdisciplinaires.

Ces personnes sont appelées des professionnels de la santé dès qu'ils interviennent d'une manière ou d'une autre dans l'administration des soins.

On appelle **profession de la santé** une profession dans laquelle une personne exerce ses *compétences* ou son jugement ou fournit un service lié :

- ❖ Au maintien ou l'amélioration de la *santé* des individus ;

¹ C. MAFFIOLI. Président de la CSMF de 1992 à 2002.
CSMF : premier syndicat médical français.

- ❖ Ou au traitement et soins des individus blessés, malades, souffrant d'un handicap ou d'une infirmité.

Exemple : médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier...

3. Principes de la médecine ambulatoire

La médecine libérale se justifie par les principes suivants :

- Le libre choix ;
- La liberté thérapeutique et de prescription ;
- Le secret médical ;
- L'observation et l'expérimentation scientifique ;
- Le droit des honoraires pour tout malade soigné.

Les principes de la ML, cités ci-dessus, ont une influence considérable en termes de coût et de qualité de soins, mais également en termes d'équité. Par exemple, la liberté du patient qui peut être à l'origine d'actes redondants et de coûts supplémentaires pour l'Assurance Maladie (AM). Elle accentue la concurrence entre les médecins et peut les inciter à produire des services de qualité supérieure. Le paiement direct et l'existence du ticket modérateur², limitent la surconsommation de soins.

Ces principes auxquelles sont très attachés les acteurs de la ML, doivent être considérés avec attention dans toute tentative de régulation.

4. Qu'est-ce que la régulation ?

Le terme de régulation est régulièrement utilisé dans le champ de l'économie et des politiques publiques pour qualifier toute intervention réalisée par une action appropriée et dosée en vue de maintenir ou de rétablir l'état réputé souhaitable ou acceptable d'un système économique ou social. La régulation, faisant largement consensus dans son principe, le débat reste cependant largement ouvert, pour ne pas dire franchement controversé, en ce qui concerne la nature, le point d'application et l'intensité de ces actions.

En économie, le terme de **régulation** fait référence aux interventions de l'État ou des autorités monétaires en vue:

² Ticket modérateur : partie laissée à la charge du patient pour l'achat des soins.

- d'une régulation de l'économie dans sa globalité, et on parle de politique conjoncturelle ;
- d'une régulation sectorielle, qui s'applique à organiser ou à fluidifier le fonctionnement de la filière d'un secteur d'activité ;
- d'une régulation par le biais d'une intervention ou d'un encadrement du fonctionnement des marchés lorsque ceux-ci révèlent des anomalies dommageables pour une collectivité ou l'intérêt général.

Il est rare que l'État intervienne dans les autres secteurs comme il le fait dans celui de la santé, où il contrôle le comportement économique des dispenseurs de soins.

Les formes de régulation dans le domaine de la santé diffèrent d'un système de santé à un autre et d'un pays à l'autre.

II. LES DÉFAILLANCES DU MARCHÉ DES SOINS

En économie, une défaillance du marché est un cas dans lequel le marché échoue dans l'allocation optimale des ressources économiques et des biens et services.

1. L'échec du marché des soins et les défaillances de la médecine libérale

Dans le marché des soins, il existe plusieurs causes de défaillances :

- ✓ Les maladies appréhendées en tant qu'externalités négatives qui ont un coût social;
- ✓ L'asymétrie d'information, qui décrit la relation, notamment entre malades et soignants et entre les agents de soins;
- ✓ L'incertitude liée aux soins;
- ✓ L'incertitude liée même à la survenue de la maladie.

1.1. Asymétrie d'information

En économie, quand deux personnes négocient la conclusion d'un marché et que l'une d'elle dispose d'une meilleure information, le problème se pose de l'absence de la symétrie de l'information.

« L'asymétrie d'information relève d'abord de l'anti-sélection : inobservabilité des états de santé individuels, de la compétence des offreurs, de la qualité des soins, des paramètres de la fonction de production. Elle prend aussi la forme de risque moral : inobservabilité de l'effort de réduction des coûts, et d'accroissement de la qualité des soins des offreurs, et des efforts des patients en matière de prévention ou de réduction de la consommation de soins »³.

Dans les services médicaux, l'une des parties (médecin) possède un niveau de connaissances plus élevé. Chez le couple médecin/patient, les obligations professionnelles, responsabilités personnelles contribuent à ce que le médecin se montre honnête, mais la simple motivation du profit peut le conduire à se comporter autrement ; en outre, le patient n'a aucun moyen de dire à quel moment cela se produit.

1.2.L'incertitude

Très souvent, la décision de faire appel à des soins médicaux est due à des événements aléatoires (accident de travail, domestiques, apparition d'une pathologie...).

L'incertitude médicale est le facteur tolérant des stratégies des acteurs exploitant leur avantage informationnel sur la tutelle, dès lors qu'il n'existe pas de définition objective normative de la qualité ou du coût des soins⁴.

1.3.Les externalités

On parle d'externalités lorsque les actions d'un agent économique ont un impact positif ou négatif sur le bien-être et le comportement d'autres agents et que cet impact n'est pas pris en compte dans les calculs de l'agent qui le génèrent. Les externalités peuvent se révéler positives ou négatives.

Dans le domaine de la santé, on parle d'externalités par apport au consommateur de soins et son comportement vis-à-vis de sa santé. Les effets externes sont définis comme *« toute liaison directe entre les fonctions d'utilité ou de production d'agents économiques*

³Michel Mougeot « Régulation du système de santé » Conseil d'Analyse Economique. Paris. 1999.

⁴ Idem.

distinct non traduisibles sur le marché » (Bénard, 1985, p. 41)⁵. L'exemple de la vaccination qui protège, non seulement les personnes vaccinées, mais aussi les personnes non vaccinées car elle contribue à la diminution des agents infectieux. De la même façon, les fumeurs imposent à leur entourage un tabagisme passif, également pathogène⁶.

2. Les comportements opportunistes des médecins libéraux

En médecine ambulatoire, les comportements qui caractérisent ses acteurs (médecins libéraux) fragilisent son mécanisme et remettent en cause son organisation, parmi ces comportements, on citera :

2.1. La demande induite

✓ Lacunes méthodologiques des tests empiriques de la demande induite

Le phénomène de création de la demande a été conçu aux Etats-Unis dans les années 1970.

Les travaux de R.G Evans (1974), reposent sur l'existence d'un pouvoir discrétionnaire du médecin qui lui permettrait d'induire la demande (pouvoir de monopole). D'autres travaux complètent ce constat de demande induite, comme Yett, D.E. (1976), et Lévy E (1988), trois hypothèses pour justifier leurs approches : celle du revenu-cible qui postule que le médecin cherche à atteindre un certain niveau de revenu et utilisera son pouvoir discrétionnaire qu'à cette fin ; celle de l'intégration d'une désutilité lors de l'utilisation de son pouvoir et en fin l'hypothèse du respect d'une éthique professionnelle comme argument de satisfaction pour le médecin.

Il existe une entente secrète implicite médecin/patient et par ignorance autant que par angoisse, le patient pense qu'une multiplication des actes, particulièrement techniques (radiologie,...) et des examens complémentaires est bonne pour lui, fondée, non sur une démarche rationnelle, mais sur une croyance, le plus souvent erronée, d'une équivalence entre quantité des soins, qualité et utilité de ces derniers.

Le médecin profite de sa rente informationnelle pour améliorer sa situation, ce phénomène de surproduction des soins constitue la demande induite au sens strict.

⁵Jean DUCOS : « Economie de la médecine libérale », Thèse de doctorat en sciences économiques, Université PARIS DAUPHIN, 2010. P. 21. in :basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/.../These_Ducos.pdf?...1

⁶Idem.

L'existence d'une demande induite semble au total acquise, même si l'ampleur du phénomène reste difficile à évaluer et apparaît en tout état de cause limitée tant par l'éthique des médecins que par la possibilité offerte au patient de changer de médecin.

Ce phénomène d'induction, ajouté au risque moral du patient, est de nature à engendrer la production de soins inutiles ou peu utiles.

2.2. Les dépassements d'honoraires⁷

La rémunération du médecin s'est faite sous forme d'honoraires fixés de gré à gré.

Le **tact** y est défini comme une « Appréciation intuitive, spontanée et délicate, de ce qu'il convient de dire, de faire ou d'éviter dans les relations humaines » et la **mesure** comme une « Appréciation de la valeur de l'importance d'une chose... ».

Les éléments à retenir pour définir ces deux mesures sont:

- **La notoriété du praticien pratiquant l'acte** : cette notion renvoie à la réputation du médecin, élément éminemment subjectif.
- **La valeur de l'acte** : la manière de la mesure qui est le temps passé ou la complexité de l'examen clinique ou technique.
- **Leservice rendu** :tenant compte que le patient est un mauvais juge, le médecin doit donc l'estimer.
- **Les possibilités financières du patient** : c'est la pierre angulaire de ce « tact et mesure ». comment va s'y prendre le médecin pour apprécier la capacité contributive de son patient ? va-t-il consulter son bulletin du salaire ?⁸

On parle de dépassement d'honoraires lorsque les prix pratiqués sont supérieurs aux tarifs conventionnés fixés par la sécurité sociale.

En France par exemple, la convention médicale prévoit plusieurs catégories de dépassement :

- **Dépassement exceptionnel** : en cas de circonstances exceptionnelles du temps ou de lieu dues aux exigences particulières du malade non liée à un motif médical ;

⁷Honoraire : Rémunération des services rendus par les membres de certaines professions libérales (médecin, avocat, notaire...).

⁸ Jean DUCOS.OP.CIT, p 186-188

- **Dépassement autorisé** : peut être facturé par le spécialiste de secteur 1, consulté en accès direct sans coordination du médecin traitant ;
- **Dépassement instauré** : c'est par rapport aux médecins qui travaillent dans l'ambulatoire et dans le public également, le dépassement de leurs honoraires est justifié.

III. LES MECANISMES DE REGULATION

Quelle régulation pour le secteur ambulatoire ? Cette question fait aujourd'hui l'objet de débats importants tant chez les décideurs qu'entre économistes de la santé.

La régulation de la médecine ambulatoire (réalisation d'un équilibre quantitatif, qualitatif et géographique, entre offre et demande de soins) repose sur les compromis passés entre trois principaux acteurs de la régulation de la ML : les représentants de la profession médicale, le gouvernement et l'assurance maladie.

Partant du fait que le marché de soins est un marché plus complexe que d'autres, défaillances du marché des soins et limites de la médecine libérale, plusieurs techniques de régulation sont mises en œuvre, dont l'objectif est de réduire ces effets pervers de la part des médecins, et d'assurer un certain équilibre entre demandeurs et offreurs de soins.

1. Le contrôle des prix : le prix des soins, marché ou régulation publique ?

Un enfant avale une arête. Il s'étouffe. Un médecin intervient, il le sauve. Le père lui demande : « **Combien vous dois-je docteur ?** » Le médecin répond : « **ce que vous étiez prêt à m'accorder avant que j'intervienne pour sauver votre enfant.** ».

Cette fable montre combien la détermination du prix des soins est un enjeu d'une nature très particulière.

Si, selon la formule consacrée, « **la santé n'a pas de prix** », il est toutefois nécessaire de lui en donner un ne serait-ce que pour rémunérer ceux qui contribuent à l'entretenir.

Dans l'optique néo-classique, le marché des soins ambulatoires est un lieu de confrontation entre une offre et une demande de services constituées indépendamment et où se déterminent les quantités et le prix d'équilibre. La liberté des prix apparaît comme le moyen le plus efficace de coordonner les acteurs et de tendre vers un optimum.

La relation médecin/patient n'est pas une relation marchande classique. C'est une relation déséquilibrée : le médecin détient un savoir inaccessible aux patients. Le patient rémunère le service rendu mais non un résultat, il n'est pas en mesure d'évaluer la qualité du service qu'il lui est rendu.

L'achat de soins est provoqué par la survenue d'un risque : *la maladie*.

L'aversion au risque conduit au développement de mécanisme d'assurance. Le consommateur socialisé, rendu plus au moins insensible à sa consommation, naturellement aura tendance à l'augmenter. De ce fait, le producteur de soins peut tirer parti de cet « *aléa moral*⁹ » pour induire sa demande ou pour augmenter ses prix. Dans ce cas, le paiement à l'acte ne figure pas comme un moyen de rémunération qui peut être contrôlé par les pouvoirs publics. De ce fait, il devrait y avoir une certaine réglementation où l'on oblige les médecins libéraux à fixer leur prix, selon un certain catalogue qui classe les différents services rendus et leur prix, ou par groupe de pathologies homogènes, afin d'avoir un certain équilibre entre différents revenus des généralistes ainsi des spécialistes.

Les différents types de rémunération peuvent influencer le comportement des médecins, et, selon les cas, les inciter à élever ou à diminuer le nombre de services ou actes produits ainsi que la qualité des soins dispensés.

1.1. Le paiement à l'acte

Outre la France, ce mode de rémunération prédomine en Allemagne et au Canada. Il est largement développé aux États-Unis, notamment dans le cadre du programme fédéral Medicare destiné aux personnes âgées. Aux Pays-Bas, les assureurs privés, dont la clientèle est composée de la fraction la plus aisée de la population, rémunèrent les praticiens à l'acte.

1.2. La capitation

Ce type de rémunération convient au généralistes, surtout lorsqu'il est *gatekeeper*¹⁰ (cas du médecin britannique, par exemple).

Le revenu du médecin sera composé d'éléments différents et pourra comprendre tout ou partie des éléments suivants :

$$C_j = C_0 + (C_i * N_i) + F_j + (P_a * Q_a)$$

⁹ Aléa moral : On parle d'aléa moral, quand la réalisation du risque dépend du comportement de l'assuré.

¹⁰ *GateKeeper* : médecin généraliste comme premier recours aux soins (médecin de famille ou médecin traitant).

Pour un médecin j :

C0 : montant destiné à financer l'installation et les frais fixes ;

Ci * Ni : un coût Ci dépend de l'âge de la clientèle Ni ;

Fj : forfait destiné à inciter les médecins à se spécialiser ou à s'installer dans les régions défavorisées ;

Pa * Qa : un paiement à l'acte éventuel.

Les médecins payés à la capitation sont sous contrat avec les patients et sont mieux répartie dans le territoire géographique.

La capitation protège le généraliste *gatekeeper* de la concurrence des spécialistes et permet de mieux le rémunérer.

1.3. Le salariat

C'est une modalité de rémunérer dans les pays communistes et dans bon nombre de pays d'Europe (Suède, Portugal, Espagne, etc.).

La rémunération est forfaitaire, ce qui peut inciter le médecin salarié à travailler moins, à refuser des responsabilités, à se syndiquer pour demander des hausses salariales...

Dans les faits, beaucoup de pays combinent les modalités de tarification : en Suède, le médecin généraliste perçoit 60% de salaire, 20% de capitation, 15% de paiement à l'acte et 5% de forfait. Quant au médecin danois, il perçoit 65% de paiement à l'acte, 30% de capitation et le solde sous forme de gratification.

2. Le contrôle de l'offre de soins ambulatoires

Dans le contexte de prix négociés (cas de la France, par exemple), l'entrée sur le marché de nouveaux médecins n'a pas pour effet de diminuer les prix des soins contrairement à l'entrée de nouvelles entreprises sur un marché classique. L'équilibre survient lorsque la *profitabilité* de la formation médicale tend à diminuer avec l'accroissement de la concurrence¹¹.

¹¹C. Pereira (2003) : « La régulation économique de la médecine de ville en France ».

En effet, dans le contexte d'incertitude et d'asymétrie d'information qui caractérise la ML, le médecin transforme le besoin du patient en demande de soins et il peut manipuler la demande de façon à satisfaire son intérêt (son profit). L'arrivée de nouveaux offreurs sur le Marché des Soins Médicaux (MSM) se traduit par une hausse de la demande de soins selon l'hypothèse de la demande induite, phénomène qui a fait l'objet de nombreuses controverses (Rochaix et Jacobzone, 1997) et dont les études empiriques récentes tendent à le valider (Delattve, 2000 ; Nassiri et Rochaix, 2000)¹². L'Etat doit alors contrôler l'offre de soins et limiter la demande induite.

Le contrôle de l'offre de soins répond aussi à des préoccupations d'équité et d'accessibilité.

L'accès aux soins doit être indépendant des considérations psychologiques, économiques et culturelles (accessibilité sociale), et de la localisation géographique (accessibilité géographique).

Il existe d'importantes inégalités au niveau de la densité médicale essentiellement entre zones urbaines et zones rurales, entre région du Sud et du Nord, mais également au sein des zones urbaines et entre territoire riche et territoire pauvre.

Numerus Clausus signifie en latin « nombre fermé ». Ce terme désigne le nombre fixe d'étudiants admis dans certains cursus chaque année, principalement dans les professions de santé (médecin, pharmaciens, dentiste et sage-femme), qui sont règlementées.

Instrument simple à mettre en œuvre, le *numerus clausus* est relativement délicat à manipuler compte tenu de son effet différé dans le temps et de l'interaction dynamique de nombreuses variables déterminantes de l'offre et de la demande en soins médicaux¹³.

La régulation de la démographie intervient en amont par le biais de *numerus clausus* dans le cadre des études médicales. Aux Pays-Bas, à un régime d'autorisation d'installation accordée par la municipalité, s'est substitué dans la pratique depuis 1992 un principe de cooptation par les pairs. En outre, dans les zones de pénurie de l'offre médicale, les assureurs ont mis en place des mécanismes incitatifs pouvant prendre la forme d'avantages en nature ou financiers. En Angleterre, la procédure est similaire. L'installation des médecins est orchestrée par les *Medical Practice Committees*, instances composées de médecins

¹² Idem.

¹³ Ibid, P. 13.

généralistes, qui ont pour fonction de contrôler localement la distribution des médecins sur une zone donnée. Les conditions de l'installation sont évaluées en fonction du nombre moyen de patients enregistrés par médecin généraliste dans la zone concernée¹⁴.

Une autre sorte de régulation concernant la démographie médicale, en France par exemple, un Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité (MICA) a été instauré en 1988 afin de réduire les effectifs médicaux libéraux. Les médecins de plus de 60 ans se voient proposer d'abandonner leur exercice professionnel et, en contrepartie, ils reçoivent un revenu de remplacement accumulé à une activité hospitalière.

3. La régulation par le médecin traitant

Qu'est-ce qu'un médecin traitant ?

C'est le médecin généraliste ou spécialiste choisit comme médecin référent. Une fois malade, c'est le premier à consulter. Dans le cas où l'intervention d'un spécialiste est nécessaire, le médecin traitant renvoie le malade vers le professionnel de santé le plus compétent. L'objectif étant d'éviter au patient de nombreuses consultations inutiles.

3.1. Rôle du médecin traitant

Les missions du médecin traitant sont clairement définies dans la convention médicale. Ainsi, il :

- Assure le premier niveau de recours aux soins ;
- Oriente éventuellement le patient vers des spécialistes et informe ceux-ci de l'état de santé de la personne concernée ;
- Fait la synthèse des soins prodigués au patient et l'insère dans son dossier médical personnalisé.

Enfin, certains spécialistes restent accessibles sans orientation du médecin traitant :

- Des dentistes ;
- Des ophtalmologues ;
- Les psychiatres ;
- Les pédiatres ;

¹⁴Françoise BAS-THERON, Carine CHEVRIER-FATOME et Gilles DUHAMEL, « L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas », Rapport n° 2002 081, Mai 2002, page 28.

- Des gynécologues.

L'adoption d'un principe médecin traitant répond au phénomène de demande induite, d'autant plus si cette réforme s'applique avec une application de protocoles de soins qui classifient selon un prototype les traitements qui conviennent pour chaque pathologie et pour chaque traitement.

4. Le conventionnement

Qu'est-ce qu'un médecin conventionné ?

Pour comprendre le conventionnement des médecins libéraux, il faut savoir ce que représente un tarif conventionnel.

4.1. Le tarif conventionnel

Il s'agit d'une grille de tarifs mise en place par la sécurité sociale et les syndicats de médecins ; elle détermine pour chaque acte de médecine remboursable, le tarif qui sera pris en compte pour le remboursement des patients.

4.2. En quoi consiste le conventionnement des médecins ?

Les médecins sont conventionnés quand ils signent un accord concernant l'alignement de leurs tarifs avec le tarif conventionnel. Le conventionnement a pour but d'encadrer les tarifs des médecins, afin de permettre l'accès à la médecine à tous.

On distingue deux secteurs d'activité en ambulatoire, le secteur conventionné et le secteur non conventionné.

Un médecin est dit conventionné en secteur 1¹⁵, si ses honoraires correspondent précisément aux tarifs conventionnels, c'est-à-dire à la base du remboursement. Le tarif conventionnel est alors dit *opposable*, car les médecins de secteur 1 ont l'obligation de le respecter. Mais attention, même dans ce cadre, il existe de nombreux cas pour lesquels un dépassement d'honoraires est possible. (Déjà cité dans le comportement des médecins).

Les médecins peuvent aussi s'affilier au secteur 2 appelé également « secteur non conventionné à honoraires libres ». Les tarifs sont libres et fixés par le médecin, avec, selon

¹⁵ Secteur 1 = secteur conventionné avec l'Assurance Maladie.

l'exigence de l'assurance maladie, tact et mesure. Ça c'est le cas du système de conventionnement français.

Le conventionnement permet de mettre fin aux dépassements d'honoraires injustifiés des médecins.

5. Les enveloppes de dépenses

Les enveloppes sont un outil essentiel de régulation de la médecine de ville.

5.1. Le point flottant

Les caisses versent à l'union des médecins ambulatoires conventionnés une enveloppe globale annuelle pour le paiement des honoraires des médecins. L'union calcule, chaque trimestre, le nombre total d'actes réalisés par les médecins. Elle divise le montant de l'enveloppe -trimestrialisée- par le nombre total d'actes, ce qui permet d'obtenir la valeur monétaire d'un acte. Cette valeur peut donc varier chaque trimestre comme le cas de l'Allemagne. Le point flottant présente un avantage majeur et incontestable pour l'Etat et les Caisses, celui de la certitude de la dépense.

5.2. Les enveloppes individuelles de prescription

Les enveloppes, fixées dans le cadre paritaire habituel, sont désormais individuelles, par cabinet. En pratique, les enveloppes par cabinet sont fixées par référence à des valeurs moyennes par groupes de médecins, par spécialité. Chaque médecin a ainsi à sa disposition, pour chaque catégorie prédéfinie d'assuré, une somme déterminée pour les dépenses de médicaments. Ce budget du cabinet peut être réparti par le médecin à sa convenance, selon son appréciation des besoins en médicaments de chaque patient¹⁶.

5.3. Le système d'enveloppe par cabinet médical

L'Angleterre offre à cet égard un exemple intéressant d'attribution de certains éléments de rémunérations, non au médecin sur une base individuelle, mais sur une base collective à l'échelle du cabinet médical : forfait lié à l'équipement informatique du cabinet, remboursement de certains frais de structure ou de fonctionnement du cabinet.

6 .Les Références Médicales Opposables « exemple de la France »

¹⁶Françoise BAS-THERON, Carine CHEVRIER-FATOME et Gilles DUHAMEL.Op. Cit.Page 30

Les Références Médicales Opposables (RMO) relatives à une pathologie, une technique ou un traitement sont « d' une part, des critères scientifiques reconnus permettant notamment de définir les soins et les prescriptions médicalement inutiles, d' autre part, des fréquences d' utilisation par patient de certains soins et prescriptions »¹⁷. Elles visent tous les domaines de la prescription et de la pratique médicale libérale (prescriptions pharmaceutiques, prescriptions de biologie, actes diagnostiques). Leurs thèmes sont retenus en fonction d' un double objectif de santé publique et de maîtrise des coûts des prestations médicales. Après revue scientifique et recueil d' avis d' experts, ces références sont rendues opposables individuellement aux médecins libéraux dans le cadre de la convention médicale. Les RMO doivent être signalées obligatoirement sur l' ordonnance et la feuille de soins et leur bonne application est contrôlée aléatoirement par les Comités Médicaux Paritaires Locaux (CMPL) à partir de l' observation de la pratique d' un médecin sur une période de deux mois. Leur non respect peut entraîner des sanctions financières dont le montant est fonction d' une échelle de retenue tenant compte de la gravité de la faute, de son coût pour l' Assurance Maladie et de sa fréquence.

Les RMO doivent permettre d' améliorer la qualité des soins, par l' usage approprié des ressources disponibles, de répondre à un objectif de santé publique, par la réduction de comportements dangereux, et à un objectif économique. En effet, les RMO doivent susciter la modération de l' activité des prescriptions médicales, contrebalançant l' incitation à la multiplication des actes liée au paiement à l' acte.

Les RMO constituent un mécanisme crédible de régulation individuelle de la pratique médicale. En effet, la responsabilité individuelle liée au respect des références est assise sur des sanctions financières modulables.

6. Exemple de quelques pays

6.1. La régulation de la médecine ambulatoire en Allemagne

L' Allemagne distingue elle aussi deux secteurs d' activité en ambulatoire. Premier secteur non conventionné dont aucun mécanisme de régulation ne limite l' installation des médecins privés. Ainsi, toutes les prestations ne sont pas prises en charge par l' assurance maladie, en dehors des situations d' urgences, si le patient consulte un médecin non conventionné ; il devra prendre totalement en charge les dépenses occasionnées par la

¹⁷ Exemple de RMO concernant la surveillance échographique au cours de la grossesse normale : « Il n' y a pas lieu de demander ou de pratiquer plus de trois échographies –une par trimestre-, dans la surveillance d' une grossesse normale, c' est-à-dire hors grossesse pathologique et grossesse à risque. »

consultation. 7% des médecins travaillent dans le secteur ambulatoire ne sont pas conventionnés¹⁸.

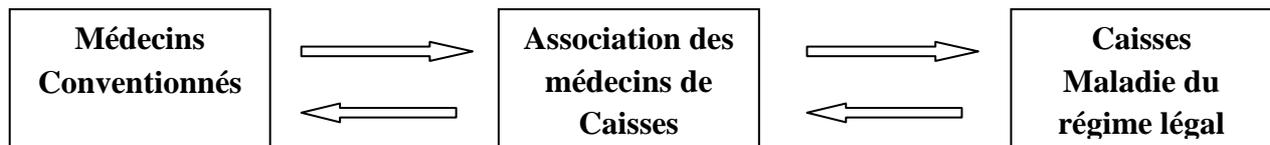
Contrairement au deuxième secteur, l'Allemagne dispose de 93% des médecins conventionnés¹⁹.

Pour ce secteur, il existe deux niveaux de régulation :

a) Régulation de l'accès au secteur de la médecine ambulatoire conventionnée

Depuis la création de la Sécurité Sociale en Allemagne, l'organisation et l'accès des médecins au système de la médecine ambulatoire conventionnée ont souvent été modifié.

Jusqu'en 1931, les médecins négocient individuellement leur admission et leurs tarifs avec les Caisses. Depuis, suite à de longs conflits entre ces deux là, des unions professionnelles des médecins conventionnés sont créées. Elles constituent un maillon intermédiaire entre les Caisses d'Assurance Maladie et les médecins²⁰.



A partir des années 2000, la première étape portait sur la planification des besoins en médecins conventionnés en termes de répartition géographique, sans limitation du conventionnement. La deuxième étape, imposait une limitation quantitative du nombre de médecins conventionnés.

Chaque KV (Union de médecins de caisse) en accord avec l'Union des Caisses des *Länder*, définit une carte des besoins pour chaque *Land*²¹. Ces cartes font le bilan des effectifs et des besoins dans le but de garantir l'accès de tous les habitants à la médecine conventionnée.

Les cartes doivent préciser :

¹⁸ Yann BOURGUEIL, Ulrike DÜRR, Gérard de POUVOURVILLE, Sophie ROCAMORA-HOUZARD, « La régulation des professions de santé études démographiques, Allemagne, Royaume-Uni Québec, Belgique, États-Unis », Rapport final n°22, mars 2002, p35, in : www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud22a.pdf

¹⁹ Idem.

²⁰ Ibid. P 36.

²¹ Land : Nom donné aux Etats qui composent la république fédérale d'Allemagne.

- le nombre de médecins conventionnés en fonction de chaque spécialité ;
- les institutions hospitalières participant à la médecine conventionnée ;
- le volume et les caractéristiques des demandes et leur distribution géographique ;
- l'infrastructure.

b) Mécanismes de régulation des honoraires et du volume d'activité

La rémunération à l'acte aurait induit une augmentation excessive des dépenses de la Sécurité Sociale. Jusqu'à 1955, les médecins recevaient, tous les trois mois et sur présentation de la feuille de prise en charge, un forfait fixe par patient pour tous les actes et traitements effectués, et avec « l'approbation »²², tous les actes pouvaient être facturés, ce qui n'incitait pas les médecins à utiliser des moyens de diagnostic simples (Exemple : entre 1988 et 1992, les coûts pour la Sécurité Sociale ont augmentés de 85% pour les sonographies et de 434% pour les IRM)²³.

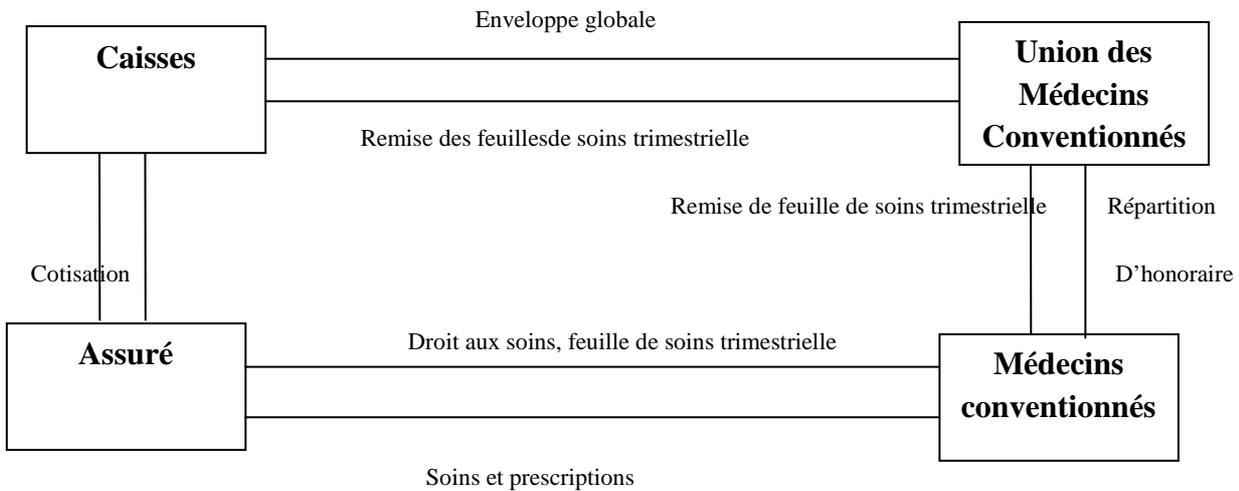
Face à l'explosion des dépenses de la Sécurité Sociale du secteur ambulatoire, le ministre de la santé, instaurait en 1986 l'enveloppe globale des honoraires et le contrôle de l'économicité.

Une enveloppe globale des honoraires limite les dépenses des médecins exerçant dans le secteur ambulatoire conventionné.

²² Approbation : autorisation d'exercice en médecine conventionnée

²³ Yann BOURGUEIL, Ulrike DÜRR, Gérard de POUVOURVILLE, Sophie ROCAMORA-HOUZARD. Op.Cit. Page 45

❖ Rapport quadrangulaire entre les acteurs



Source : « Information médicale et régulation de la médecine générale »: une approche comparative, rapport final convention MIRE-ENSP, n° 15/94²⁴

Selon ce principe, les caisses versent une enveloppe aux unions professionnelles. Cette enveloppe renferme la masse des honoraires des médecins ambulatoires conventionnés par la Sécurité Sociale. Elle est le produit d'une somme forfaitaire par assuré, multiplié par le nombre d'assurés. Elle est indexée sur le développement de la masse salariale et tient compte également, de l'évolution du progrès technique et des données épidémiologiques.

Les caisses versent l'enveloppe aux unions professionnelles qui la répartissent entre les médecins, en multipliant leur nombre d'actes par la valeur d'un point « flottant » : ce point, variable, calculé en fin de trimestre, est inversement proportionnel au nombre d'actes effectués par l'ensemble des médecins. La certitude de la dépense est ainsi totale pour les caisses, mais les médecins subissent une incertitude sur le prix unitaire de l'acte.

6.2. La régulation de médecine ambulatoire au Royaume-Uni

Le système de santé du Royaume-Uni, le *National Health Service* (N.H.S), est un service public de santé financé principalement par l'impôt.

²⁴ « Information médicale et régulation de la médecine générale »: une approche comparative, rapport final convention MIRE-ENSP, n° 15/94, Pages 46, in : www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud22a.pdf

Traditionnellement, le N.H.S distingue trois niveaux de planification : le niveau des soins primaires, qui concerne les soins courants et de prévention (80 à 90% des consultations)²⁵, délivrés par les médecins généralistes qui ont un rôle de « *Gate-Keeper* » puisque l'accès aux soins spécialisés est conditionné par une visite préalable obligatoire auprès d'eux. Les médecins généralistes sont rémunérés, en grande partie, à la capitation. Celui des soins secondaires qui sont dispensés par les médecins spécialistes (pédiatres, neurologues, psychiatres, gynécologues ou chirurgiens...) exerçant exclusivement à l'hôpital et majoritairement dans des hôpitaux de district, régions représentant de 50 000 à 500 000 personnes. Enfin, le niveau des soins tertiaires qui sont effectués par les médecins spécialistes dans des hôpitaux plus spécialisés (par exemple, en chirurgie cardiaque, allergologie, immunologie ...) et desservant une région de 500 000 à 5 millions de personnes.

La profession médicale fait l'objet d'une planification rigoureuse qui s'appuie sur des systèmes d'informations et des instances de concertations multiples. Cette planification distingue trois niveaux :

- une régulation à long terme, correspondant à la définition du nombre d'étudiants admis dans les facultés de médecine ;
- une régulation à moyen terme, définissant le nombre d'étudiants admis dans chaque spécialité ;
- enfin, une régulation à court terme, concernant le nombre et la structure du personnel médical et paramédical sur le marché du travail.

Conclusion

Le marché des soins demeure le marché le plus complexe, où les prix ne dépendent pas exclusivement de la loi de l'offre et de la demande.

La santé demeure un droit universel, c'est pour cela que l'Etat intervient en tant que régulateur dans le contrôle et le suivi, afin notamment d'assurer une certaine équité en termes d'accès aux soins.

Les multiples dysfonctionnements de la médecine libérale imposent la mise en place d'un dispositif de régulation. Il existe aujourd'hui différentes alternatives en matière de régulation de la médecine libérale, qui ont prouvé plus ou moins leur efficacité selon les pays.

²⁵Yann BOURGUEIL, Ulrike DÜRR, Gérard de POUVOURVILLE, Sophie ROCAMORA-HOUZARD .Op.cit.Page 67

Le système de conventionnement, la formule du médecin traitant et les R.M.O sont les expériences de régulation les plus facilement transposables sur le système de santé algérien.

Chapitre II

Evolution et tendances de la médecine libérale en Algérie

Introduction

En Algérie l'offre de soins s'est considérablement étendue, en particulier à partir des années quatre-vingt, grâce à de nouvelles réalisations et à l'intégration aux secteurs sanitaires publics des structures médico-sociales.

Les insuffisances des services du secteur public ont entraîné une multiplication sur tout le territoire algérien de cliniques privées, cabinets et centres radiologiques. On recense, en 2006, 221 cliniques privées totalisant plus de 3400 lits.

Ce chapitre a pour objectif de présenter l'évolution et tendances de la médecine libérale en Algérie. Il vise à répondre à un ensemble de questions : **comment l'exercice médical s'est-il privatisé en Algérie ? Quelle est la réglementation régissant les installations de cabinets médicaux ? Y a-t-il un suivi une fois l'installation est autorisée ? Quelles sont les enjeux de la médecine de ville en Algérie ? Quelles sont les différentes alternatives de régulation qu'a déjà connue la médecine de ville en Algérie ? La régulation de la médecine libérale a-t-elle abouti à des résultats probants ?**

Après avoir présenté l'évolution de la médecine ambulatoire en Algérie, on discutera de sa place au sein du système de soins algérien. On essayera de traiter ensuite les enjeux de cette privatisation de la médecine libérale. Nous verrons enfin les limites de la régulation de la médecine libérale avant de démontrer le déficit de celle-ci.

La première section est consacrée pour l'évolution et tendances de l'exercice libéral en Algérie. La deuxième a pour but de traiter les enjeux de la médecine libérale en Algérie, la régulation attendue et enfin l'avenir pour la médecine libérale en Algérie.

I : PRIVATISATION ET TENDANCES DE LA MEDECINES LIBERALE EN ALGERIE

La médecine libérale est aujourd'hui est au cœur de tout système de santé. L'un des glissements importants observé au cours de la dernière décennie dans le champ de la santé en Algérie est lié à la montée importante du secteur privé qui élargit sans cesse ses différentes activités de soins.

1. La privatisation de l'exercice médical en Algérie

L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 60 et 70. En effet, les possibilités d'installation sont strictement interdites, limitées par la mise en place de certains critères :

- Service national préalable à l'autorisation d'installation ;
- Obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publics ;
- Et, enfin, zoning, dans le souci d'équilibre régional.

Les pouvoirs publics imposent aux médecins de s'installer de préférences dans les zones où l'offre de soin est faible. Puis, à partir de 1986, tous ces obstacles ont été progressivement levés et l'installation des cliniques privées est autorisée à partir de 1988¹.

1.1. La privatisation des personnels de soins

La privatisation de la médecine en Algérie s'est faite en deux étapes :

- *Première étape* : c'est tout d'abord la privatisation *de l'exercice médical* par la levée de toutes les contraintes qui pesaient jusque-là sur l'offre : autorisation de s'installer, zoning etc., sont alors supprimés dès 1986. Elle concerne donc le mode d'exercice des professions médicales et au-delà leur mode de rémunération.
- *Deuxième étape* : c'est ensuite l'autorisation *d'ouverture des cliniques privées* à partir de 1990. Le mouvement est d'abord timide, mais semble prendre de plus en plus d'ampleur ces dernières années.

Cette privatisation de l'exercice s'est faite sur la base de reconduction des ces principes: paiement à l'acte, pas de frein ni de mécanismes de régulateurs sur les prescriptions².

¹Kaid, Tlilane, N, Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Béjaïa, thèse de doctorat d'état en science économique. Université d'alger2003. P. 70.

² OUFRIHA Fatima Zohra et collaborateurs «ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé », CREAD N°41 1997. P 89.

1.2.Règlementation de l'exercice à titre privé des Médecins, Chirugiens-Dentistes, Généralistes et Spécialistes

La privatisation de l'exercice médical en Algérie est déclarée officiellement par les articles suivants : art. 197- 202 sur les conditions et régimes d'exercice de professions de santé à titre privé, suivant de l'article 203 qui précise en particulier, à réaliser une couverture sanitaire nationale équilibrée, et ce, dans la cadre de la carte sanitaire, décret du 15 février 1985 relative à la promotion et à la protection de la santé³.

Jusqu'à nos jours, aucune loi n'est instaurée pour le suivi des ces installations à titres privés, d'ailleurs aucune forma de régulation n'a été déjà faite pour le régime privé de l'exercice libéral, les seules sanctions que peut subir un médecin exerçant à titre privé est une fermeture de son cabinet qui ne dépasse pas les *trois mois* suite à une faute professionnelle voir médicale⁴.

En plus de la quasi inexistence d'un cadre de régulation pour la médecine libérale en Algérie, la carte sanitaire, qui 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, n'intègre pas le secteur privé (médecine libérale et cliniques privées).

Aujourd'hui, on ne peut plus parler de planification sanitaire pertinente sans la prise en compte du secteur privé qui concentre à lui seul plus de 60% des médecins spécialistes. On peut dire donc cette situation est à l'origine d'une mauvaise répartition spatiale des professionnels de santé⁵.

2.L'offre de soins

L'OMS (2000, p.87) stipule « *les ressources humaines, c'est-à-dire les différents types de personnels cliniques ou autre permettent de réaliser chacun des actes individuels et chacune des interventions de santé publique, sont les principaux apports d'un système de santé. La performance d'un système de soins dépend, en dernière analyse, des connaissances, compétences et motivations des personnels responsables de la prestation des services* ».

³ Voir annexe n°1

⁴ D'après l'entretien auprès du responsable de la sous-direction de la médecine privée au niveau du MSPRH qui a lieu le 6 et le 20 mai 2013 par nos soins.

⁵A. GALOUL, « contribution à l'étude des déterminants de la répartition géographique des professionnels de santé : cas des omnipraticiens de la wilaya de Béjaïa » mémoire en sciences économiques. Université de Béjaïa 2012. P. 52.

En Algérie, l'offre privée concerne un grand nombre de spécialités médicales. Le nombre de médecins spécialistes du secteur libéral a connu une évolution de 50% entre 1999 et 2006, avec un taux de croissance moyen de presque 6% sur la période⁶.

➤ **Données quantitatives**

L'Algérie a consenti de grands efforts dans la formation des personnels de santé, tout corps confondu. La couverture en personnel médical est jugée satisfaisante comparativement à certains pays présentant un niveau de développement similaire⁷.

Appréhender dans sa globalité, le système national de soins révèle l'existence de deux secteurs distincts, l'un public et l'autre privé, qui semblent agir chacun pour son compte.

Tableau n°1 : Répartition des spécialistes libéraux sur le territoire 99-06⁸

Wilaya	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	Taux de croissance
ADRAR	2	2	2	2	2	2	6	16,99%
CHELF	19	19	19	19	29	27	33	8,21%
LAGHOUAT	9	8	10	10	11	14	36	21,90%
OUM EL 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%
TAMANRASSET	1	1	2	2	2	4	7	32,05%
TEBESSA	21	23	25	25	24	24	46	11,85%
TLEMEN	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%

⁶ A.ZEHNATI, « les inégalités de répartitions des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales ». Université de Béjaïa. p. 1

⁷ Idem. p. 4.

⁸ Ibid. p.7.

DJELFA	22	21	21	18	21	24	49	12,12%
JIJEL	40	44	43	36	42	47	46	2,02%
SETIF	79	76	85	87	114	99	126	6,90%
SAIDA	14	15	16	18	18	22	20	5,23%
SKIKDA	41	44	47	49	52	51	53	3,74%
SIDIBELABES	29	33	42	45	46	49	48	7,46%
ANNABA	70	73	73	72	98	105	94	4,30%
GUELMA	22	26	25	25	22	27	22	0,00%
CONSTANTINE	117	119	124	133	145	168	153	3,91%
MEDEA	21	20	19	20	25	28	29	4,72%
MOSTAGANEM	33	36	38	41	45	43	38	2,04%
MSILA	27	27	33	19	35	33	41	6,15%
MASCARA	27	34	14	36	40	42	47	8,24%
OUARGLA	23	23	26	23	23	25	33	5,29%
ORAN	149	167	187	196	181	195	197	4,07%
ELBAYADH	5	5	6	6	5	12	9	8,76%
BBA	34	38	38	37	43	41	37	1,22%
BOUMERDES	37	41	47	45	48	49	53	5,27%
ELTAREF	10	13	14	13	14	15	14	4,29%
TINDOUF	0	0	0	0	0	1	1	-
TISSEMSILT	5	6	6	5	5	5	6	2,64%
ELOUAD	12	14	15	18	19	23	20	7,57%
KHENCHLA	10	12	14	17	19	20	18	8,67%
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

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.
- 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, Nama, El Tarf, Tipaza,...
- Les wilayas du sud ne sont pas nanties en spécialistes médicaux. La wilaya d'Adrar dispose de deux spécialistes seulement en exercice libéral entre 1999 et 2004, ce n'est qu'en 2006 que ce nombre est porté à 6. Les wilayas de Tindouf et d'Illizi disposent d'un seul spécialiste installé en 2004. Quant à Tamanrasset, l'effectif est passé d'un médecin en 1999 à 7 praticiens en 2006.
- Les grandes métropoles urbaines affichent des taux de croissance de l'ordre de 4,3%, 4,07% et 3,91% respectivement pour les wilayas d'Annaba, Oran et Constantine. Par ailleurs, la wilaya d'Alger fait figure d'exception car elle a enregistré un taux de croissance annuel moyen de 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.
- 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.

Tableau n°02 : Evolution de praticiens privés 1995 - 2012

Praticiens	1995	1997	2002	2012	Taux de croissance 2002-2012
Généralistes	4950	5067	6185	6455	4,37%
Spécialistes	2528	3111	5216	6748	29,37%
Total des Médecins	7478	10875	11401	18493	62,20%
Chirurgiens dentistes	2473	2697	3747	5290	-

Source : MSPRH et calcul personnel.

De nos jours, le secteur privé est en nette expansion. L'effectif des médecins du secteur privé a augmenté d'une façon spectaculaire. En dix ans, il est passé de 11401 à 18493, soit un taux de (62,20%).

Pour les généralistes, le taux de croissance n'est d'aucune importance, en dix ans on note un taux de (4,37%), ce qui explique la tendance de spécialisation.

Dans le domaine des équipements médicaux, particulièrement en matière d'imagerie médicale, le secteur privé ne cesse de déployer ses capacités : ainsi en 2003, il détient 89% scanners, 45% des échographes et 17% des radios. S'agissant des équipements chirurgicaux, il détient 14% des blocs opératoires du système de soins⁹.

II. LA MEDECINE LIBERALE EN ALGERIE

Ainsi, le mouvement de privatisation est bien antérieur à la politique des réformes qui, à partir de 1988, sera accru suite au retournement doctrinal sous la pression du violent choc pétrolier (baisse du prix du pétrole et des termes de l'échange). Le phénomène de privatisation étant favorisé par l'existence d'un fort effectif du corps médical produit suite à une politique de formation active. Ce corps médical, imprégné par le modèle libéral, rejette les conditions

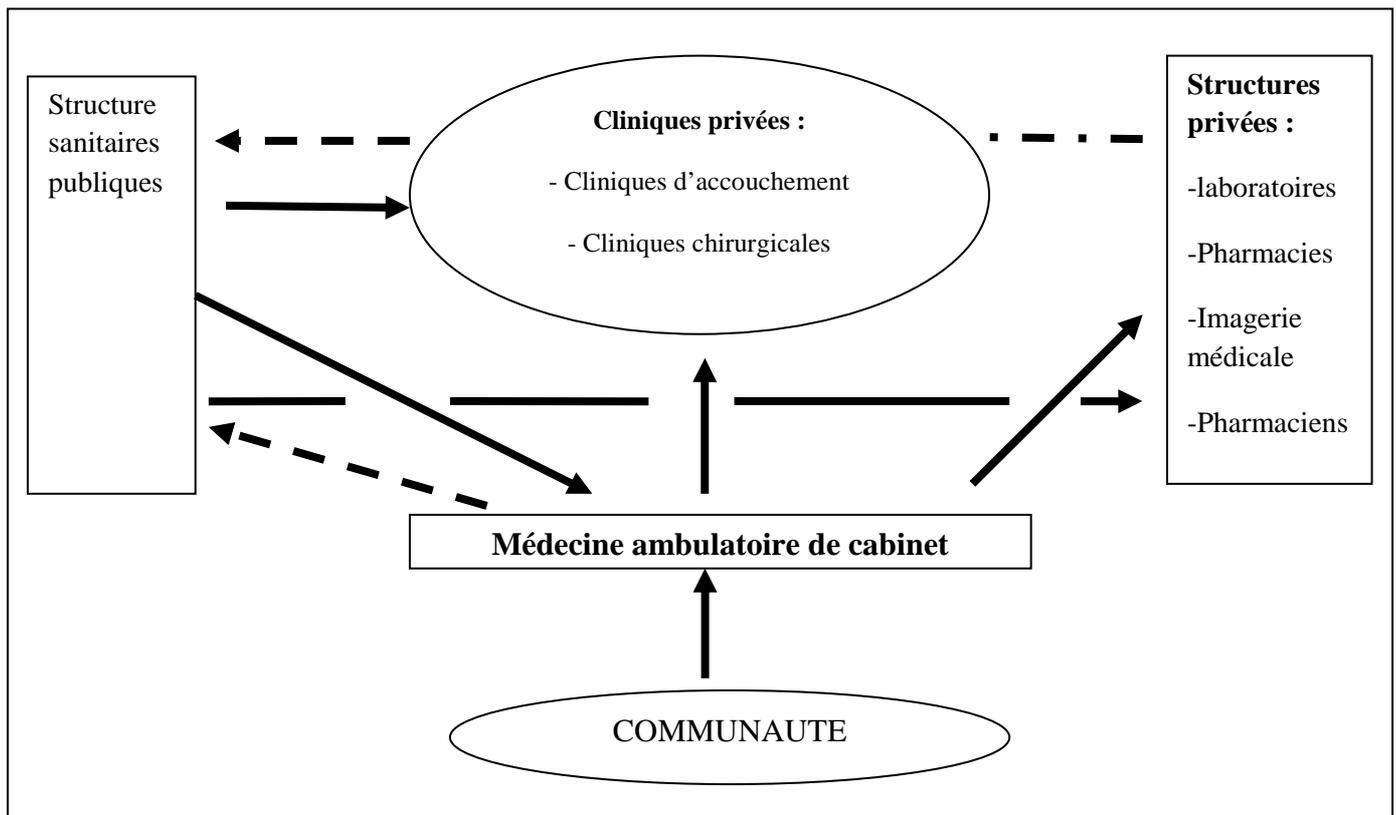
⁹ B.BRAHMIA, « évolution et tendances des systèmes de santé OCDE-Europe de l'Est-Maghreb », éd BAHAEDDINE, Constantine, Algérie, 2010. P. 385.

de fonctionnement d'un secteur public caractérisé par de multiple dysfonctionnement et une forte bureaucratisation. C'est ainsi que se multiplient les cabinets médicaux privés très rapidement, d'abord par les médecins généralistes puis par les spécialistes.

1. L'activité de prestation de la médecine ambulatoire privée

La circulation de flux entre patients et les structures de soin se présente dans le schéma suivant :

Figure n° 1: Le réseau privé des soins



Source : Brahim BRAHMIA, « évolution et tendances des systèmes de santé OCDE-Europe de l'Est-Maghreb », éd BAHAEDDINE, Constantine, Algérie, 2010. P. 386.

Le schéma précédent tente d'expliquer la circulation du flux de patients au sein du réseau privé de soins et les rapports qu'ils entretiennent avec les structures sanitaires publiques.

Le secteur privé distribue les soins de santé généraux et de spécialistes ; les patients bénéficient des prestations moyennant paiement d'honoraires.

Il est important de signaler que les frais de soins engagés par le malade ici restent en grande partie à sa charge, quelle que soit l'étendu de la couverture de l'assurance maladie ou la nature du régime dont il relève. Depuis 1987, des tarifs en actes médicaux règlementés par la Sécurité Sociale et les tarifs non actualisés, les patients sont obligés de s'acquitter d'honoraires qui dépassent souvent leur capacité de payer.

2. Dépenses en santé du secteur privé (% du PIB)

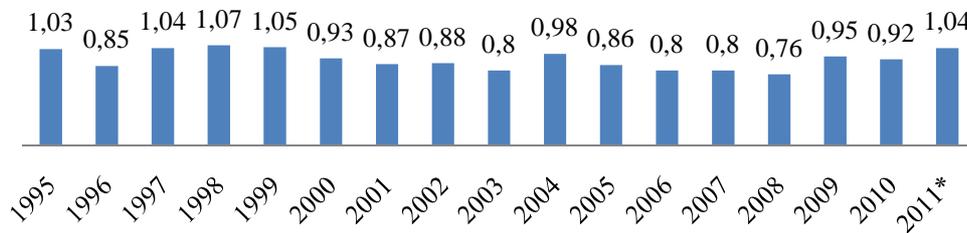
Evolution pour l'ensemble de la période 1995-2010, on enregistre une moyenne annuelle de 0,9%. C'est en 1998 qu'on enregistre le plus haut niveau (1,1%) et c'est en 2008 qu'on enregistre le plus bas niveau (0,8%). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 10%.

Tableau n°03: Evolution des dépenses de santé du secteur privé en % du PIB

Année	% du PIB
1995	1,03
1996	0,85
1997	1,04
1998	1,07
1999	1,05
2000	0,93
2001	0,87
2002	0,88
2003	0,80
2004	0,98
2005	0,86
2006	0,80
2007	0,80
2008	0,76
2009	0,95
2010	0,92
2011*	1,04

Source : La banque mondiale.

Figure n°2 : Représentation d'évolution des dépenses de santé du secteur privé en % du PIB



Source : Graphe réalisé par nos soins à partir du tableau n°03

* : estimations effectuée à partir des cinq données précédentes, selon un modèle de régression linéaire simple.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les dépenses en santé dans le secteur privé incluent les systèmes de prépaiement et de répartition des risques (EX. régimes d'assurances privées), les dépenses de santé des entreprises, les institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages ainsi que les dépenses directes des ménages. Ces dépenses sont présentées ici comme un pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB), soit l'ensemble des « valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays »¹⁰.

3. La médecine libérale d'aujourd'hui

On assiste aujourd'hui de plus en plus à des situations contradictoires, voir perverses, dans la mesure où des praticiens de structures sanitaires publiques – chirurgiens ou autres, exerçant en temps partiel au privé – lors de la consultation du malade, « **préfèrent** » plutôt le prendre en charge dans une clinique privée.

S'il s'agit de malades n'ayant pas de relations informelle et ne pouvant pas différer le temps de traitements à cause de la gravité de l'affectation ou des listes d'attentes, ils n'ont pas d'autres choix que d'accepter « **l'offre** » privée, quelles que soient leurs ressources. Il peut s'agir de patients couvert par l'assurance maladie et ne pouvant accéder aux services publics de santé, vue que ce dernier il est soit engorgé par une liste d'attente soit par absence

¹⁰ Algérie - Dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB) Statistiques.mht

d'équipement d'ailleurs aujourd'hui, la plupart des médecins qui travaillent dans le public et n'ambulatoire renvoient leurs patients à leur cabinet ou clinique pour la totalité du traitement. Il est à signaler que les remboursements de l'assurance maladie sont calculés sur la base du tarif des actes qui datent plus de vingt ans et dont on attend l'actualisation. Par conséquent, le montant des honoraires déboursés pour le recours aux soins hospitaliers de la médecine libérale pris en charge par l'assurance maladie, reste dérisoire.

De telles attitudes ne font qu'accentuer l'inégalité de l'accès aux soins et risquent de participer au développement d'une médecine à deux vitesses. La médecine du secteur public accueillant les demandes de soins ayant des relations informelles avec les personnes de ces structures ; il s'agit rarement de patient démunis. Le secteur privé des soins sera ouvert à deux catégories de demandeurs de soins : le patients solvables, qu'ils soient couverts ou non par l'assurance maladie, à la recherche de plus de confort et d'une plus grande qualité dans l'accueil et la prise en charge, et qui sont généralement insensibles aux dépenses. L'autre catégorie de patients optant pour des soins des prestataires privés sera celle des gens rencontrant des entraves pour l'accès aux structures publiques, même couvert par l'assurance maladie, et qui se trouvent contraint de s'orienter vers la médecine libérale, malgré la lourdeur des dépenses dépassant leurs capacités.

4. Les enjeux de la médecine libérale en Algérie

Il n'en demeure pas moins que le développement de ce secteur n'est pas maîtrisé, son activité mal cernée et les honoraires appliqués non encadrés. Son activité reste opaque dans la mesure où il n'existe pas de données statistiques fiables, reflétant explicitement la distribution de soins hospitaliers et ambulatoires des différents prestataires privés.

L'existence d'un secteur privé dont l'extension est non maîtrisée, qui prend de plus en plus de l'importance (51% de spécialistes ont intégré le secteur privé, une centaine de cliniques privées)¹¹, pose un véritable problème de coordination au sein d'un secteur national des soins, caractérisé plus par une division évidente entre secteur public et secteur privé, que par une complémentarité.

¹¹ Mohamed Mebtoul, « Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie », *Journal des anthropologues* [Enligne], 96-97 | 2004, mis en ligne le 22 février 2009. URL : <http://jda.revues.org/1840>

5. Quelle régulation mettre en place face à la libéralisation du secteur de la santé ?

Partout à travers le monde, les gouvernements sont incités à la libéralisation du secteur de la santé et à la mise en concurrence des prestataires publics et privés, espérant par là même garantir une plus grande équité du système de soins et une utilisation plus efficace des ressources disponibles.

A travers les systèmes de santé, sont soumis à la forte pression de la demande induite par les changements en cours au niveau de la longévité qui ne cesse de progresser même dans les pays en développement, et au niveau du développement technologique en rapport avec la production de soins. Ces deux facteurs sont considérés comme étant les plus déterminants dans l'accroissement des dépenses de santé dans les pays développés. Dans ceux du tiers monde, les dépenses sont alourdies encore par l'existence d'une double charge de morbidité : aux maladies transmissibles s'ajoute la charge de morbidité des affections non transmissibles, qui pèsent encore plus lourdement sur les ressources disponibles. Les coûts engendrés, risquent à long terme de devenir insoutenable par les fonds publics ; il est alors fait appel de plus en plus aux acteurs privés aussi bien en ce qui concerne la production que le financement.

Conclusion

L'Algérie connaît une variabilité dans la répartition des praticiens de santé, en particulier dans le secteur privé où le nombre de médecin exerçant a connu une hausse de 50% en l'espace de 7 ans (1999-2006).

Le développement rapide du secteur privé, notamment pour palier les insuffisances 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 que les tarifs de remboursement par la sécurité sociale (en dehors des médicaments remboursés).

Concernant les dépenses, c'est aux médecins d'être au centre des mécanismes de maîtrise des dépenses, car ils sont les véritables ordonnateurs, et non le patient-malade qui en est « l'otage ». Il souffre en effet d'une asymétrie d'information ; il ne connaît ni le volume ni

le contenu de sa consommation en la matière. Il a produit un effet volume nettement perceptible au niveau des assurances sociales et un effet prix (dépassement d'honoraires, et/ou rémunération excessive de certaines prestations chirurgicales). Un bon exemple peut en être fourni par la nomenclature des actes professionnels que par la tarification qui y appliquée.

Chapitre III

Enquête auprès des médecins libéraux de la wilaya de Béjaïa

Pour aboutir à des résultats concernant notre recherche, nous avons opté pour une **approche mixte** : d'abord, une étude quantitative présentant l'évolution du nombre de médecins exerçant à titre libéral dans la Wilaya de Béjaïa, et ce à travers une collecte de données au niveau de la DSP de la wilaya ; dans un deuxième temps, nous avons envisagé une étude qualitative à travers la distribution d'un questionnaire auprès de 40 médecins libéraux de la Wilaya (seuls 20 questionnaires ont pu être récupérés).

Nous avons aussi pu faire des entretiens directs avec une dizaine de ces médecins, où nous avons pu recueillir leurs préoccupations, ainsi que leurs doléances sur les problèmes de la médecine libérale. Le but est d'observer, d'étudier et enfin de répondre à notre problématique qui est : **dans quelle mesure le déficit de régulation de la médecine libérale explique-t-il le problème de la mauvaise répartition des professionnels de santé ?** Nous tenterons aussi de répondre à la question : **que pensent les médecins libéraux du conventionnement et de la formule du médecin traitant ?**

I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

On présentera dans ce qui suit les grandes lignes de la méthodologie suivie, ainsi que les caractéristiques générales de l'échantillon.

1. Choix de la méthode et recueil de données

Notre étude s'est basée sur des aspects théoriques, ainsi sur l'expérience de quelques pays qui ont choisi des mécanismes de régulation de la médecine libérale plus au moins pertinents et objectifs.

Pour atteindre notre objectif de travail, on a opté pour une enquête par questionnaire, ainsi qu'une série d'entretiens avec les médecins établis à titre libéral, et enfin un entretien avec le responsable de la sous-direction de la médecine privée (qui est une sous-direction des structures de santé de proximité affilié à la direction générale des services de santé et de la réforme) au niveau du MSPRH. Le questionnaire est divisé en plusieurs axes : l'identification du médecin, la prise en charge des patients, l'identification de la patientèle, les pratiques médicales et enfin les avis et recommandations.

2. Echantillon

Cette enquête porte sur un échantillon composé de médecins exerçants en cabinet privés dans la wilaya de Béjaïa. Nous estimons que l'échantillon est assez représentatif, puisqu'on a touché aussi bien les médecins généralistes que les spécialistes (la moitié sont des généralistes et l'autre moitié des spécialistes), les médecins établis en zone urbaines que ceux des zones rurales (au total 7 communes : 5 urbaines et 2 rurales).

L'enquête s'est étalée du 6 mai 2013 jusqu'au 22 mai 2013. On a commencé par le chef-lieu de la wilaya, à savoir commune de Béjaïa. Ensuite, on s'est déplacé dans d'autres Daïras, à savoir Akbou et Amizour. Enfin, l'enquête s'est terminée dans les petites communes (El-Kseur, Bordj-Mira, Tala-Hamza, Sidi-Aiche, Sedouk).

3. Représentation des caractéristiques de notre échantillon de l'enquête

L'âge moyen des médecins est de 42,4 ans, 15% des médecins interrogés ont un âge compris entre 30 ans et 40 ans, 75% des médecins ont un âge compris entre 40 et 60ans, et enfin 10% ont un âge supérieur à 60 ans.

Ils sont majoritairement de sexe masculin, avec 75% des enquêtés. En outre, 80% d'entre eux sont mariés.

80% des médecins interrogés sont installés en milieu urbain, 15% en zones semi-urbaines, et enfin les 5% restants sont installés dans des régions rurales.

50% des médecins interrogés sont des généralistes : 4 Gastro-entérologues, 2 Pneumologues et un médecin de chacune des spécialités suivantes : Chirurgie interne ; Urologie, Pédiatrie, ORL et Gynécologie.

75% des médecins déclarent qu'ils travaillent en collaboration avec d'autres médecins (filiale de soins à caractère « non officiel »).

Tableau n° 04: Profil personnel des médecins interrogés

Caractéristiques		Effectif	%
Sexe	Femmes	5	25%
	Hommes	15	75%
Age	[30 – 40[	3	15%
	[40 – 50[	9	45%
	[50 – 60[	6	30%
	60 ans et plus	2	10%
Situation matrimoniale	Célibataire	2	20%
	Marié (e)	18	80%
Spécialité	Généraliste	10	50%
	Chirurgien	1	5%
	Gastro-entérologue	3	15%
	Pneumologue	2	10%
	Urologue	1	5%
	ORL	1	5%
	Pédiatre	1	5%
	Gynécologue	1	5%
Lieu d'exercice	Urbain	16	80%
	Semi urbain	3	15%
	Rural	1	5%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

4. Difficultés rencontrées au cours de la réalisation de l'enquête

Malgré les efforts fournis, notre enquête comporte de nombreuses insuffisances et sa réalisation n'a pas été sans déclencher certaines difficultés :

- La première difficulté qui nous a entravée, c'est la non-coopération de certains médecins. En effet, certains ont carrément refusé de répondre au questionnaire, et d'autres seulement à certaines questions.

- La répartition des médecins est vraiment « anarchique », d'où des difficultés énormes à les localiser, particulièrement ceux de la commune d'Akbou. Signalons que la DSP de Béjaïa a refusé de nous donner des indications sur les lieux d'implantation des médecins, nous objectant que tout ce qui relève des cabinets médicaux privés est une information de nature « confidentielle ».
- L'absence de travaux antérieurs, qu'on aurait pu utiliser comme base comparative et de référence, a vraiment été un obstacle majeur.
- La contrainte du temps, vu que nous possédions que trois mois pour traiter une problématique aussi « ardu ».

II. MONOGRAPHIE DE LA WILAYA DE BEJAÏA

La présentation de la wilaya va se faire par une présentation de son territoire, de sa démographie, un aperçu sur son profil épidémiologique et enfin on discutera de sa répartition du personnel de santé. Le territoire de la wilaya de Bejaïa se présentera par la situation géographique de la wilaya de Bejaïa ainsi l'organisation administrative de celle-ci.

1. Territoire

1.1 Situation géographique

La wilaya de Bejaïa est une wilaya côtière du Centre Est du pays. S'ouvrant sur la mer Méditerranée avec une façade maritime de plus de 100 Km, son territoire s'étend sur une superficie de 322 348 ha, marqué par la prépondérance des reliefs montagneux (60%) coupé par la vallée de la Soummam et les plaines situées près du littoral.

1.2 Organisation Administrative

La wilaya de Bejaïa est créée lors du découpage administratif de 1974¹. Elle était organisée en 5 daïras et 28 communes ; son organisation a été modifiée en 1984² instituant 19 Daïras et 52 communes. Elle a des limites administratives avec Cinq (05) Wilayas :

- Tizi-Ouzou et Bouira à l'Ouest ;
- Jijel à l'Est ;
- Sétif et Bordj Bou Arreridj au Sud.

¹ J. o. r. a n° 55 du 09 juillet 1974.

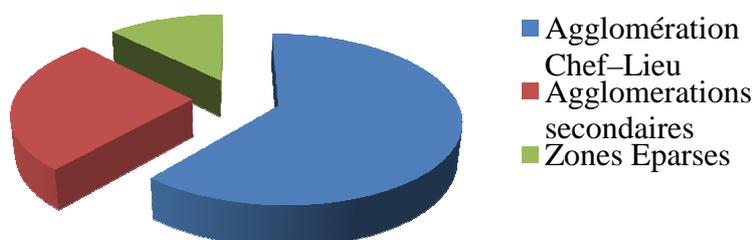
² J. o. r. a n° 06 du 07 février 1984.

2. La démographie

La population totale de la wilaya de Béjaïa issue des résultats préliminaires du RGPH d'avril 2008 est estimée à 912 580 habitants, elle a atteint 924 280 individus à la fin de l'année 2009 d'où la densité de 287 habitants/Km² avec des pointes dans les communes de Sidi Aich, Bejaia et Akbou avec 1812 habitants/Km², 1 500 et 1 034 respectivement ; et des creux de 60 à Toudja, 49 à Ighil Ali et 24 habitants/Km² dans la commune de Beni K'sila.

La distribution de la population fait ressortir que 61 % des habitants vivent dans les chefs-lieux, dans les agglomérations secondaires et le reste dans des hameaux et les zones éparses. Ainsi, la population vivant en agglomération représente 87,6 %.

Figure n° 3: Répartition de la population de la Wilaya par dispersion au 31/12/2009



Source : Réalisée par nos soins à partir des données de la DPAT.

3. Le profil épidémiologique

La situation sanitaire dans la Wilaya de Béjaïa est appréciée essentiellement à travers l'évolution du taux de mortalité infantile (TMI), celle de la situation épidémiologique notamment les maladies prévenues par la vaccination. L'évolution du TMI entre 2007 et 2010 est donnée par le tableau ci-dessous :

Tableau n°05: Evolution de la mortalité infantile dans la wilaya de Béjaïa.

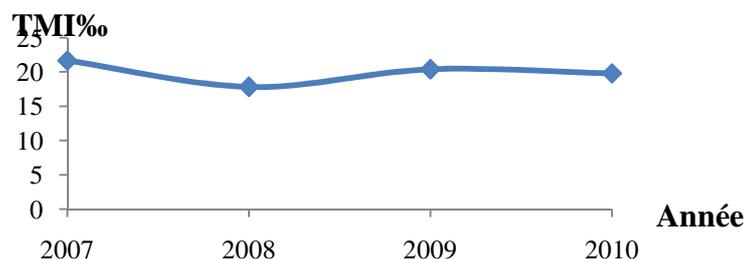
	2007	2008	2009	2010
Naissances Vivantes	16756	18187	18412	19165
décès 0-1an	363	324	375	379
TMI‰	21.66	17.81	20.37	19.78

Source : Données DSP Béjaïa 2011.

A partir des données durant la période de 2007 à 2010, le TMI a baissé d'un pourcentage presque 2% passant de 21.66‰ en 2007 à 19.78‰ en 2010. Par contre le nombre de naissances vivantes a connu une augmentation entre les deux dates, avec respectivement 16756 et 19165 naissances .Pour évalué le TMI, nous distinguerons trois phases :

- ✓ De 2007 à 2008, ou le TMI à chuté passant de 21.66% à 17.81%0.
- ✓ A partir de 2008 jusqu'à 2009, le TMI s'accroît une autre fois pour atteindre 20.37%0.
- ✓ A partir de 2009 le TMI a connu une nouvelle diminution pour atteindre en 2010 ,19.78%0.

Figure n°4:Evolution du TMI dans la wilaya de Béjaïa.



Source : Graphe réalisé par nous même à partir du tableau n°05.

Dans l'ensemble, l'évolution favorable du TMI, atteste une amélioration de la situation dans la wilaya de Béjaïa. Qui revient notamment aux campagnes de vaccination massives et relatives aux programmes élargis de vaccination.

L'évolution de la couverture vaccinale et celles de la situation épidémiologique sont données par le tableau suivant :

Tableau n°06:Evolution de la couverture vaccinale dans la wilaya de Béjaïa

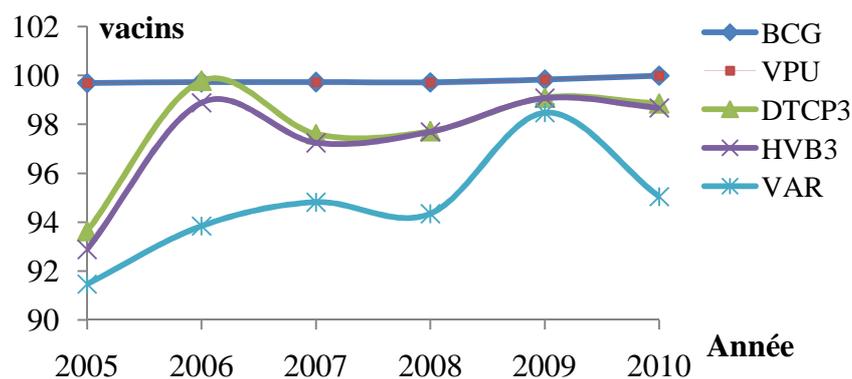
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
BCG	99.69	99.72	99.72	99.71	99.83	99.99
VPU	99.69	99.72	99.72	99.71	99.83	99.99
DTCP3	93.63	99.77	97.60	97.71	99.09	98.85
HVB3	92.88	98.88	97.24	97.69	99.07	98.67
VAR	91.46	93.84	94.81	94.34	98.47	95.04

Source : Données DSP Béjaïa 2011.

Une amélioration importante a été notée pour la wilaya de Bejaia en matière de vaccination.

Pour la période étudiée, il ressort que la moyenne de vaccination de BCG et de 99.78% ; celui du VPU tourne autour de 99%0, pour le DTCP3 et de 97.77%0, et le HVB3 autour de 97%0, et enfin le VAR autour de 95%0. Ceci conduit à doté un programme vaccination plus efficace et équitable.

Figure n°5: Evolution la couverture vaccinale dans la wilaya de Béjaïa



Source : Graphe réalisé par nous même à partir du tableau n°06.

Tableau n°07 : Evolution des MTH dans la wilaya de Béjaïa.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Choléra	0	0	0	0	0	0
Fièvre typhoïde	52	12	6	9	6	2
Toxi-infection alim collective	844	626	253	572	253	320
Rougeole	37	6	3	3	0	0
Tuberculose	463	419	411	536	550	498
Fièvre boutonneuse	18	5	12	10	3	7
Leishmaniose viscérale	16	6	3	6	4	5
Leishmaniose cutanée	8	6	2	2	3	4
Tétanos	0	0	0	0	0	0
Global	1438	1080	690	1093	819	836

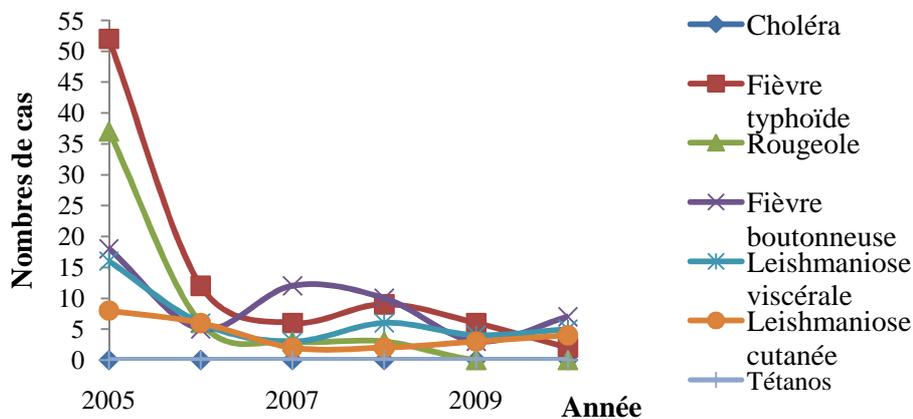
Source : Service prévention, DSP Béjaïa, 2011.

Concernant les maladies à transmission hydrique (MTH) ou les maladies à déclaration obligatoire, nous enregistrons les remarques suivantes :

- ✓ Le cas de choléra et de Tétanos, il n'a été enregistré aucun cas jusqu'à 2010,
- ✓ Le nombre enregistré de Fièvre typhoïde, Rougeole, Fièvre boutonneuse, Leishmaniose viscérale Leishmaniose cutanée en 2005 et de 52, 37, 18, 16,8 cas respectivement, mais le nombre a connu une baisse importante durant la période 2005- 2010, dans cette dernière année on a marqué respectivement 2, 0, 7, 5, 4 cas.

Cela traduit la réussite des programmes de prévention au niveau des structures sanitaires.

Figure n° 6: Evolution des autres MTH citées dans le tableau n°07 dans la wilaya de Béjaïa



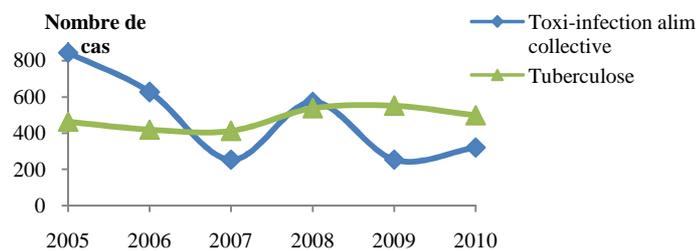
Source : Graphe réalisé par nous même à partir du tableau n°07

Les cas de Toxi-infection alimentaire collective ont connu une diminution importante passant de 844 cas en 2005 à 320 cas en 2010 mais le nombre de cas reste élevé,

Une augmentation des cas de Tuberculose enregistre en 2005, 436 cas et 498 cas en 2010.

On générale un relâchement de la politique de prévention mais aussi une dégradation des conditions d'hygiènes.

Figure n°7: Evolution de toxi-infection alimentaire collective et de Tuberculose dans la wilaya da Béjaïa.



Source : Graphe réalisé par nous même à partir du tableau n° 07.

4. Répartition du personnel de santé par secteur

La répartition du personnel de santé par secteur comprendra le secteur privé et le secteur public.

4.1. Secteur public

Le personnel de santé est représenté par le personnel les structures sanitaires publiques telles qu'EPH, EHS et EPSP. La plus récente année pour laquelle nous disposons d'effectif (secteur public et secteur privé) est celle de 2010. L'effectif du personnel médical du secteur public est de 753, soit 51,64% du personnel médical (le secteur public et le secteur privé).

4.2. Secteur privé

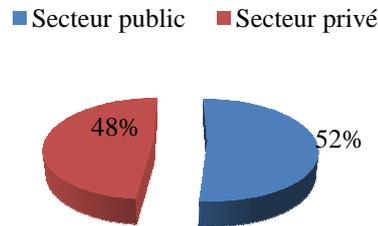
Le personnel médical du secteur privé représente un effectif de 705, soit 48,36% d'effectif total de personnel médical (secteur privé et public). Il y a presque une répartition égale d'effectif de personnel médical entre les deux secteurs (3,28%). Comme le montre le tableau n°08.

Tableau n° 08: Le personnel médical par secteur en 2010

Secteur	Effectif	%
Secteur public	753	51,64%
Secteur privé	705	48,36%
Total	1458	100%

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de la DSP

Figure n° 8 : Répartition du personnel médical par secteur



Source : graphe réalisé par nos soins à partir du tableau n°8

a. Répartition des médecins généralistes privés par daïra

Le tableau suivant montre la répartition des généralistes privés par Daïra pour la période de 2007-2010.

Tableau n° 09: Evolution des médecins généralistes par daïra (2007-2010)

Daïra	2007	2008	2009	2010
BEJAIA	36	36	36	37
AOKAS	08	08	07	07
TICHY	05	06	05	05
AKBOU	09	09	09	09
BENI MAUCHE	02	01	02	02
SEDDOUK	10	09	08	08
TAZMALT	09	08	08	07
IGHIL ALI	04	04	03	03
OUZELLAGUEN	06	06	06	06
SIDI -AICH	08	08	08	08
CHEMINI	04	01	03	03
TIMEZRIT	03	02	02	02
ADEKAR	03	02	02	02
AMIZOUR	14	13	12	11
BARBACHA	04	03	03	03

KHERRATA	08	08	08	06
SOUK EL TENINE	08	08	09	09
DARGUINA	07	07	06	06
EL KSEUR	13	12	12	10
TOTAL	161	151	149	144

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DPS de la Wilaya de Bejaïa.

La Wilaya de Béjaïa compte 161 et 144 médecins généralistes pour les années 2007 et 2010 respectivement. Ainsi, il y a une baisse de 10,55% de l'effectif des médecins généralistes. Les 144 MG sont réparties à travers 19 daïra, alors le ratio de couverture sera 7 MG/daïra. La population de la wilaya est de 930 000 habitants qui sont répartie par 19 daïra alors la population moyenne par daïra est environ de 48947 habitants, en final on constate le ratio de 1 MG/6992 habitants ce qui est vraiment insuffisant.

En 2010, la daïra de Bejaïa (sachant qu'elle se compose de 2 communes seulement : Bejaïa et Oued-Ghir) concentre plus d'un quart ($\frac{1}{4}$) des médecins généralistes, soit 25,69% de l'ensemble des MG établis dans la Wilaya. Pour cette Daïra, le ratio de la couverture est de 1MG/5437 habitants ; ce ratio est plus élevé que la moyenne de la wilaya, qui est de 1MG/6992 habitants.

La Daïra d'Amizour vient en deuxième position ; elle concentre 7,63% des MG de la Wilaya. Le ratio de couverture en MG est de 1 MG/6897 habitants. Ce dernier est important de celui de la wilaya, mais moins important que celui de la Daïra de Bejaïa. Signalons ici que la Daïra d'Amizour se compose de 4 communes : AMIZOUR : 38279 hab ; FERAOUN : 15778 hab ; SEMAOUN : 13875 hab ; B. DJELLIL 7944 hab).

Timezrit et Adekar sont les Daïra les moins pourvues en termes de MG, avec seulement 3 MG pour 26346 et 24568 habitants respectivement. Signalons ici que la daïra d'Adekar se compose de trois communes : ADEKAR : 13 322 hab ; T. IGHIL : 6 782 hab ; BENI-K'SILA : 4 467 hab. Les ratios de couverture pour ces deux Daïras est de 1 MG/8782 habitants pour Timezrit et de 1 MG/8189 habitants pour Adekar. Ils sont ainsi inférieurs à la moyenne de la Wilaya, et très loin de ceux des Daïras de Bejaïa et d'Amizour.

En conclusion, nous constatons qu'il y a une répartition géographique inégale des médecins généralistes privés établis dans la Wilaya.

b. Répartition des médecins généralistes privés par daïra

160 est le nombre de médecins spécialistes privés de la wilaya de Bejaia en 2010. Cet effectif est réparti sur l'ensemble du territoire de la wilaya. Nous nous intéressons dans ce qui suit à leur répartition par Daïra. Le ratio de couverture en MSP est de 8MSP/daïra et 1MSP/5812 hab.

Tableau n°10 : Evolutions des médecins spécialistes par daïra

Daïra	Année		
	2008	2009	2010
BEJAIA	88	84	85
AOKAS	02	02	02
TICHY	01	01	01
AKBOU	39	42	40
BENI MAOUCHE	00	00	00
SEDDOUK	00	00	00
TAZMALT	00	00	00
IGHIL ALI	00	00	00
OUZELLAGUEN	02	01	01
SIDI AICH	08	09	10
CHEMINI	00	00	00
TIMEZRIT	00	00	00
ADEKAR	00	00	00
AMIZOUR	03	03	04
BARBACHA	00	00	00
KHERRATA	05	04	04
SOUK EL TENINE	03	03	03
DARGUINA	00	00	00
EL KSEUR	09	09	10
TOTAL	160	158	160

Source : réalisé par nos à partir des données collectées au niveau de la DSP de la wilaya de

Bejaïa.

Le tableau n°10 montre la répartition des MSP sur les 19 daïras de la wilaya de Béjaïa. Il y a une baisse d'effectif des MSP en passant de 2008 à 2009 puis reprend son seuil en 2010.

On remarque une inégalité très importante en termes de répartition géographique par daïra des MSP, une concentration dans les villes les plus importantes de la wilaya. La daïra de Béjaïa détient plus de la moitié des MSP, soit un taux de 53,12 %, vient ensuite la Daïra d'Akbou en deuxième position avec un quart $\frac{1}{4}$ de l'effectif total des MSP. Les deux Daïras Sidi-Aich et El-Kseur occupent la troisième position avec 6,25% du total des MSP de la wilaya. Presque la moitié ($\frac{1}{2}$) des Daïras de la wilaya sont privées de MSP, à savoir Beni maouche, Seddouk, Tazmalt, Ighilali, Chemini, Timezrit, Adekar, Berbacha et Darguina.

Pour la densité des MSP, le classement des Daïras change, le ratio le plus important revient à la daïra d'Akbou avec 1 MSP/2024 hab, le deuxième est celui de la daïra de Béjaïa avec 1 MSP/2365 hab, Sidi Aich avec 1 MSP/4000 hab et après El-kseur avec 1 MSP/5247 hab. Pour ces daïras, leurs ratios sont plus importants que celui de la wilaya. Mais une constatation importante est que ces ratios montrent vraiment qu'il y a beaucoup de daïras qui souffrent de manque de MSP dans leurs territoires. La population de ces daïras non seulement parcourt une distance importante, mais elle se retrouve aussi généralement devant un fil d'attente (des files d'attente) importante. Cependant la wilaya de Béjaïa souffre d'insuffisance en termes de médecin spécialiste et la plupart d'entre eux s'installent autour des principaux EPH.

III. RESULTATS DE L'ENQUÊTE

L'objectif principal de notre enquête a été de recueillir les perceptions des médecins en ce qui concerne le dispositif actuel de régulation de la médecine libérale. Le questionnaire a été divisé en plusieurs axes, chaque axe regroupe un certain nombre de questions.

Le premier axe, intitulé « Identification du médecin », vise à caractériser le profil personnel du médecin (sexe, âge, situation matrimoniale, spécialité exercée, lieu d'exercice). Le deuxième axe nous permettra d'identifier le mode d'accès de la clientèle de chaque médecin (par rendez-vous ou à tout moment), ainsi que la durée moyenne de ces rendez-vous. Le troisième axe va nous permettre d'identifier la clientèle de chaque médecin et les critères qui ont, du point de vue du médecin, guidé leur choix. Le quatrième axe est consacré aux pratiques médicales : le nombre de patients reçus par jour, la durée moyenne d'une consultation et les examens supplémentaires demandés, ainsi de savoir si le médecin partage

ses tâches avec d'autres confrères. Le cinquième et dernier axe a pour objectif de recueillir le point de vue des médecins libéraux sur la voie des réformes qu'il conviendrait d'engager pour améliorer le dispositif actuel de régulation de la médecine ambulatoire.

Le traitement des données a été effectué par le biais du logiciel SPSS (version 10).

1. Modes d'accès

L'objectif est de caractériser le mode d'accès au médecin (avec ou sans rendez-vous), ainsi que la durée moyenne des rendez-vous donnés à leurs patients.

Tableau n°11 : Représentation du mode d'accès chez le médecin

Médecins		Mode de réception		Total
		RDV	à tout moment	
Généraliste	Effectif	5	5	10
	%	55,6%	45,5%	50,0%
Chirurgien	Effectif		1	1
	%		9,1%	5,0%
Gastro-entérologue	Effectif	2	1	3
	%	22,2%	9,1%	15,0%
Pneumologue	Effectif		2	2
	%		18,2%	10,0%
Urologuee	Effectif	1		1
	%	11,1%		5,0%
ORL	Effectif		1	1
	%		9,1%	5,0%
Pédiatre	Effectif		1	1
	%		9,1%	5,0%
Gynécologue	Effectif	1		1
	%	11,1%		5,0%
Total	Effectif	9	11	20
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

La moitié des médecins généralistes interrogés reçoivent leurs patients par rendez-vous, à savoir 5 généralistes sur 10. Quatre (4) médecins spécialistes sur 10 reçoivent eux aussi par rendez-vous, soit 44,4%. Le reste des médecins spécialistes interrogés quant à eux reçoivent leurs patients à tout moment, soit 54,6 %.

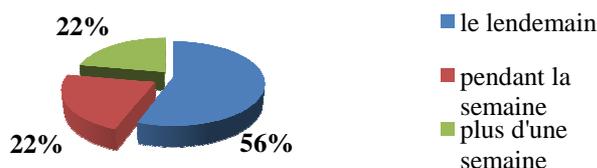
La réception exclusivement par rendez-vous, particulièrement chez les médecins spécialistes, est une nouveauté assez récente dans les pratiques des médecins libéraux.

Ainsi, nous avons constaté qu'un grand nombre de médecin (essentiellement des spécialistes) insistent pour que le rendez-vous se fasse exclusivement par téléphone (en accrochant une pancarte sur leur porte de cabinet).

La plupart des médecins privés ont une assistante qui s'occupe du planning (programmation des rendez-vous). Par ailleurs, tous les médecins confirment que la moitié voir plus de leur travail est fait par leur assistante (planning des rendez-vous, gestion des flux de patients, ménage, stérilisation du matériel médical...).

Cinq (5) médecins généralistes sur les 10 interrogés déclarent que la visite médicale se fait uniquement sur RDV. Pour 4 d'entre eux, le RDV est programmé pour le lendemain même. Pour les spécialistes interrogés, 44,4% des spécialistes interrogés reçoivent par RDV. Pour l'Urologue, le rendez-vous est programmé pour le lendemain-même, quant aux Gastro-entérologue et le Gynécologue le rendez-vous est programmé au delà d'une semaine.

Figure n°8: Représentation de la durée moyenne du RDV



Source : figure réalisée par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

Un peu plus de la moitié des médecins interrogés, soit 56%, déclarent que les rendez-vous sont programmés dès le lendemain même. 22% d'entre eux déclarent programmer leurs rendez-vous pendant la semaine et les 22% restant pour une durée de plus d'une semaine.

Remarquons que pour une même spécialité, la durée moyenne du rendez-vous diffère d'un médecin à autre en fonction essentiellement de leur réputation respective. Pour certaines spécialités, l'allongement de la durée moyenne du rendez-vous est lié à une pénurie relative des praticiens des spécialités en question dans la région.

2. Horaires d'exercice quotidiens

Un peu plus de la moitié des médecins généralistes (54,5%) travaillent entre 5 heures et 6heures, les autres généralistes interrogés voire (45,5%) travaillent entre 7 heures et 10

heures. Les autres spécialistes, comme le Gastro-entérologue, l'ORL, le Pédiatre et même le Gynécologue, déclarent qu'ils travaillent entre 7 heures et 10 heures par jour. En outre, un seul Chirurgien confirme qu'il travaille plus de 10 heures par jour.

Tableau n°12 : Durée de travail moyenne par jour

Spécialité exercée		Heures de travail/jour		
		[5H-7H [	[7H- 10H [	10H et plus
Généraliste	Effectif	6	4	
	%	54,5%	50,0%	
Chirurgien	Effectif			1
	%			100,0%
Gastro-entérologue	Effectif	2	1	
	%	18,2%	12,5%	
Pneumologue	Effectif	2		
	%	18,2%		
Urologue	Effectif		1	
	%		12,5%	
ORL	Effectif	1		
	%	9,1%		
Pédiatre	Effectif	1		
	%		12,5%	
Gynécologue	Effectif		1	
	%		12,5%	
Total	Effectif	11	8	1
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Signalons que lors de notre enquête, nous avons constaté que la plupart des spécialistes dépassent la plupart du temps les 10 heures d'activité par jour, notamment les Gynécologues qui font face à flux incessant de patients.

3. Durée d’une consultation

La durée moyenne d’une consultation chez un médecin diffère d’un patient à un autre, d’un médecin à un autre et de chaque spécialité à une autre.

Tableau n°13 : Nombre de patients par jour et durée moyenne d’une consultation

Médecins	Patient/jour		Durée moyenne d’une consultation			Total
			15 minute s	20 minute s	30 minute s	
Généraliste	[10-20[	Effectif	3	3	2	8
		%	60,0%	100,0%	100,0%	80,0%
	[20-30[	Effectif	1			1
		%	20,0%			10,0%
	30 et plus	Effectif	1			1
		%	20,0%			10,0%
Chirurgien		Effectif	5	3	2	10
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	[20-30[	Effectif		1		1
		%		100,0%		100,0%
Gastro-entérologue		Effectif		1		1
		%		100,0%		100,0%
	[10-20[	Effectif		2		2
		%		100,0%		66,7%
	[20-30[	Effectif	1			1
	%	100,0%			33,3%	
Pneumologue		Effectif	1	2		3
		%	100,0%	100,0%		100,0%
	[10-20[	Effectif		1		1
		%		100,0%		50,0%
	[20-30[	Effectif	1			1
	%	100,0%			50,0%	
Urologue		Effectif	1	1		2
		%	100,0%	100,0%		100,0%
	[20-30[	Effectif	1			1
		%	100,0%			100,0%
ORL	[10-20[	Effectif		1		1
		%		100,0%		100,0%
		Effectif		1		1
		%		100,0%		100,0%
Pédiatre	[10-20[	Effectif	1			1
		%	100,0%			100,0%
		Effectif	1			1
		%	100,0%			100,0%
Gynécologue	30 et plus	Effectif		1		1
		%		100,0%		100,0%
		Effectif		1		1
Total		%		100,0%		100,0%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Les 80% des généralistes interrogés font passer 10 à 20 patients par jour, dont 30% d'entre eux consacrent moins de 15 minutes pour leur patient. 30% d'autres généralistes passent moins de 20 minutes avec leurs patients. Le reste des généralistes interrogés à savoir 20% quant à eux, ils font passer plus de 30 minutes avec leurs patients ; ceux-là prennent une pause déjeuné à midi et reprennent leur poste aux alentours de 14 heures. Pour les généralistes recevant plus de 20 patients par jour, la durée moyenne de consultation est de moins de 15 min.

Les médecins spécialistes interrogés quant à eux, le chirurgien fait passer entre 20 et 30 patients par jour, et estime que la durée moyenne de la consultation est de moins de 20 minutes. Pour le gastro-entérologue, 66,7% d'entre eux font passer entre 10 et 20 patients par jour et que la durée moyenne de la consultation est de moins de 20 minutes. Les 33,3% des gastro, font passer entre 20 et 30 patients par jour et estiment que la durée moyenne d'une consultation est de moins de 15 minutes. Les 50% des pneumologues interrogés ont passé entre 10 et 20 de patients par jour, et estiment que la durée moyenne de la consultation est de moins de 15 minutes, les 50% d'autres font passer un nombre moyen compris entre 20 et 30 patient par et estiment que la durée moyenne d'une consultation est moins de 15 minutes. Pour l'urologue, il fait passer entre 20 et 30 patients par jour est que la durée moyenne de la consultation est de moins de 15 minutes. L'ORL quant à lui, il fait passer entre 10 et 20 patients par jour et consacre moins de 15 minutes pour la consultation de ses patients. Le pédiatre déclare que c'est un nouveau cabinet et que les patients fait passer par jour est de 10 à 20, la durée moyenne de la consultation est de moins de 15 minutes. Enfin, le gynécologue déclare qu'il fait passer plus de 30 patients par jour et que le temps passé avec ses patients est de moins de 20 minutes ce qui nous permet de traduire que leurs horaires quotidiens d'exercice dépassent la moyenne, ou ils ne font que faire passé les patients à l'aveuglette en leur recommandant peut être des examens supplémentaires dès la première fois.

Aujourd'hui la gynécologie demeure la spécialité la plus consultée par la population surtout du sexe féminin, exemple d'écographie pour les femmes enceintes, d'ailleurs il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer plus de trois échographies « une par trimestre », dans la surveillance d'une grossesse normale, c'est-à-dire hors grossesse pathologique et grossesse à risque.

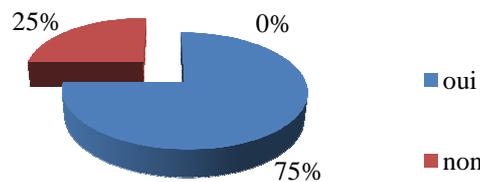
D'ailleurs, et dans notre questionnaire, on a demandé aux médecins s'ils recommandent des examens supplémentaires à leurs patients dès la première consultation et la plupart d'entre eux ont dit oui, voire 70%, et que 40% des patients à qui on leur a demandé des examens supplémentaires sont orientés vers un spécialiste recommandé par le médecin,

d'autres voir les 60% des patients, le choix de l'orientation vers des examens supplémentaires dépend d'eux.

4. Le travail en collaboration

Les médecins libéraux d'aujourd'hui travaillent d'une manière informelle avec d'autres confrères qui complète le travail, et cela se traduit par la recommandation des examens supplémentaires et des radios.

Figure n°9 : Le travail en collaboration des médecins



Source : réalisé par nos soins à partir des données de l'enquête.

La plupart des médecins interrogés, à savoir 75% affirment leur collaboration avec d'autres confrères.

5. La perception du médecin

Les motifs ayant conduit, du point de vue des médecins interrogés, leurs patients à s'adresser à eux :

- 65% des patients choisissent leur médecin librement ;
- 50% des médecins représentent le médecin de famille de leurs patients ;
- 35% de patients sont orienté du secteur public ;
- 65% des patients choisissent leur médecin par effet de proximité de leur domicile ;
- 95% des patients qui passent chez le médecin sont orientés par d'autres patients déjà passés chez celui-ci ;
- Enfin, 65% des médecins interrogés pensent que les patients sont attirés chez eux à cause d leur réputation.

6. Avis du médecin

Dans notre enquête, on a consacré une partie de notre questionnaire aux recommandations et avis des médecins interrogés sur les alternatives de régulation de la médecine libérale en Algérie.

En ce qui concerne le **dispositif de régulation de la médecine libérale**, sur les 20 médecins privés interrogés, leur point de vue est le même : le dispositif actuel est en grande partie théorique, voire inexistant. 70% des médecins interrogés qualifient le dispositif de régulation actuel comme étant inexistant, et les 30% restant qualifient la situation d'« anarchie totale ».

Sur le **système de conventionnement**, 7 généralistes sur les 10 interrogés pensent que le système de conventionnement est une alternative assez pertinente, surtout pour les patients assurés, à condition que les remboursements ne se limitent pas aux consultations et s'étendent aux examens supplémentaires (analyse de laboratoire et radiologie) et aux interventions chirurgicales. Par contre, les médecins spécialistes interrogés sur le système de conventionnement s'opposent au système de conventionnement et sont hostiles aux conditionnalités que pourrai éventuellement leur imposer la CNAS (tarif pour les consultations, bonus sur les prescriptions de génériques, ...).

Enfin, en ce qui concerne la formule du **médecin traitant**, la majorité des médecins interrogés, à savoir 80%, pensent que c'est une alternative qui permettra d'améliorer la prise en charge du patient (meilleur suivi du patient, avec un dossier médical tenu sur plusieurs années et actualisé en permanence). Ce qui permettra aussi de mettre à l'aise ce dernier. En effet, à partir du moment où il est suivi par le même médecin, son médecin traitant va représenter pour lui, non pas un simple médecin, mais son confident.

Conclusion

La répartition des médecins libéraux sur le territoire est assez inégale. On observe ainsi des différences remarquables dans la répartition géographique du personnel médical privé, qui se traduit par des inégalités en termes de densité médicale, avec des communes sur-dotées et d'autres sous-dotées par rapport à la densité moyenne de la wilaya ou bien au chef-lieu de la wilaya (ville de Béjaïa).

Les médecins privés interrogés de la wilaya de Béjaïa pensent qu'il faut qu'ils soient « plus contrôlés ». Ils préconisent aussi une révision de l'éthique médicale et du code déontologique. Par ailleurs, ils proposent l'ouverture d'un cadre permettant un dialogue sur la

question de la régulation de la médecine libérale. La plupart se prononcent aussi favorablement à une collaboration accrue avec le secteur public. Enfin, la totalité des médecins interrogés estiment que le système de santé algérien exige une réforme en profondeur.

En ce qui concerne la médecine ambulatoire dans la Wilaya de Béjaïa, il est à constater la répartition anarchique des praticiens et l'inexistence d'un dispositif post installation de suivi et de contrôle de leur activité.

Conclusion générale

Conclusion générale

Actuellement dans la plupart des pays une question fait l'objet de plusieurs interrogations concernant la médecine de ville : Quelle régulation pour l'ambulatoire ? Cette question fait aujourd'hui l'objet de débats importants, tant chez les décideurs qu'entre économistes de la santé.

L'activité libérale constitue l'une des deux formes d'exercice de la médecine en Algérie et la forme principale de l'exercice ambulatoire. Le mode de rémunération qui lui est associé est le paiement à l'acte, qui lie le revenu du médecin au nombre d'actes pratiqués. Le paiement à l'acte se distingue du salariat, qui s'applique en Algérie aux praticiens hospitaliers.

Aujourd'hui, 46379 médecins assurent le fonctionnement des hôpitaux et autres établissements sanitaires dans le pays. Les médecins libéraux, généralistes et spécialistes, sont au nombre de 46 379 en 2006. Ils sont essentiellement payés à l'acte, ce qui a notamment pour conséquence de les inciter à maintenir une activité soutenue. Leur mode de rémunération est une des variables clés de régulation de notre système de santé.

Le maintien du paiement à l'acte pour les spécialistes nécessite une amélioration des mécanismes de détermination du prix des actes, ainsi que des mesures de régulation en termes de conventionnement, qui aujourd'hui tardent à être actualisés.

D'ailleurs, depuis la privatisation de l'exercice médical en Algérie, aucune forme de régulation n'a été instituée. De plus, la répartition de ces médecins libéraux est assez inégale et la carte sanitaire, seul dispositif de planification sanitaire actuellement en vigueur, ne tiens pas compte du secteur ambulatoire, qui pourtant a pris des proportions importantes ces dernières années.

La régulation de la médecine libérale en Algérie n'apparaît en aucun cas dans les débats des responsables, d'ailleurs et durant notre entretien, le terme « régulation » reste assez étranger dans le jargon des responsables interviewés au niveau du MSPRH.

Le seul dispositif de régulation aujourd'hui envisagé est le système du conventionnement, qui aujourd'hui refuse de voir le jour suite aux divergences d'intérêts entre

Conclusion générale

les différents acteurs concernés, à savoir le MSPRH, la Sécurité Sociale et le Conseil National de l'Ordre des médecins.

C'est la DSP qui se charge d'octroyer les autorisations d'installation aux praticiens médicaux à titre privé dans la wilaya de Béjaïa. À la fin de chaque année, celle-ci recense le nombre de cabinets médicaux privés, mais malheureusement il n'y a aujourd'hui aucun suivi post installation.

La régulation de la médecine de ville ne se limite pas à adopter des systèmes de conventionnement ou opter pour la formule du médecin traitant. La médecine de ville doit faire face à une nouvelle approche de coordination avec le secteur public et donner un nouveau modèle pour son amélioration, et ce:

- ✓ en renforçant la place du médecin généraliste ;
- ✓ en favorisant la collaboration entre les médecins ;
- ✓ et, enfin, en assurant la coordination par une collaboration accrue entre le secteur public et le secteur privé ;

En outre, il est urgent de mettre en place un dispositif de suivi et de contrôle de l'activité de la médecine de ville, et ce en :

- ✓ procédant à la définition de la portée et des modalités du conventionnement ;
- ✓ Imposant une évaluation annuelle des pratiques de chaque médecin ;
- ✓ sensibilisant les médecins au respect du code déontologique et des règles de l'éthique médicale.

Annexes

UNIVERSITÉ ABDELAHMANE MIRA DE BÉJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, SCIENCES
COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION
DÉPARTEMENT DES SCIENCES ÉCONOMIQUES
MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU MASTER EN
ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

SUJET TRAITÉ

**LA PROBLÉMATIQUE DE LA RÉGULATION DE LA
MÉDECINE LIBÉRALE EN ALGÉRIE : RÉFÉRENCES
AUX EXPÉRIENCES ESTRANGÈRES ET ENQUÊTE
AUPRÈS DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE LA WILAYA
DE BÉJAÏA**

- * Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une recherche scientifique ;
- * L'enquête s'adresse aux médecins libéraux ;
- * En aucun cas vos données personnelles ne seront utilisées en dehors de cette étude ;
- * Nous vous prions de bien vouloir y contribuer en répondant au questionnaire ci joint;
- * Espérant une pleine coopération de votre part, ne nous pouvons que vous remercier d'avance pour votre amabilité.

N.B : je vous prie d'écrire lisiblement.

✚ Numéro du questionnaire :

✚ Lieu de l'enquête (commune) :

✚ Date de l'enquête :

ANNEXE N°1 :

Identification du médecin privé

1. Sexe : Femme Homme
2. Age :
3. Situation matrimoniale : Célibataire Marié (e)
4. Spécialité exercée :
5. Lieu d'exercice : Rural semi-urbain Urbain

La prise en charge des patients

6. A quelle heure présentez-vous au cabinet ?.....
7. Avez-vous une assistante ?
- Oui
 - Non
 - Si oui, pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste son rôle ?.....
.....
8. Pour recevoir vos patients, vous le faites par :
- Par RDV
 - A tout moment
 - Dans le cas du RDV, quelle est la durée moyenne ?
 - Le lendemain même
 - Pendant la semaine même de la prise du RDV
 - Plus d'une semaine
9. Quel est le nombre de patients que vous recevez par jour ?
- [10- 20]
 - [20- 30]
 - [30 et plus]
10. Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?
- 15 Min
 - 20 Min
 - 30 Min

Identification de la patientèle

11. Selon vous, la majorité des patients qui viennent vous voir sont attirés par :

- La majorité des patients vient vous consulter librement
- Vous représentez le médecin de famille de celui-ci
- Orientés du secteur public vers vous
- Réputation de médecin
- L'effet de proximité de votre cabinet par rapport à leur résidence
- Orientés par d'autres patients déjà passés dans votre cabinet

Pratiques médicales

12. Quel est la moyenne d'heures de travail par jour pendant lequel vous exercez ?

- [5H – 7H]
- [7H – 10H]
- 10H et plus

13. Avez-vous l'habitude d'orienter vos patients qui nécessitent des examens

supplémentaires (analyses médicales, scanner, IRM...) dès la première consultation?

- Oui
- Non
- Si oui, dans la majorité des cas, comment se décide l'orientation ?
 - Vers un autre spécialiste que vous connaissez
 - Vers le secteur privé (clinique privée)
 - Le choix dépend de votre patient

14. Travaillez-vous en collaboration avec d'autres médecins ?

- Oui
- Non

Avis et recommandations

15. Que pensez-vous du dispositif actuel de régulation de la ML ?

.....
.....
.....
.....
.....

16. Que pensez-vous de la formule du médecin traitant ?

.....
.....
.....
.....
.....

17. Que pensez-vous du conventionnement ?

.....
.....
.....
.....
.....

18. Que pensez-vous du système de santé algérien ?

.....
.....
.....
.....

19. Quelles propositions pouvez- vous suggérer pour améliorer la situation de la médecine libérale en Algérie ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

MERCI POUR VOTRE COOPÉRATION

ANNEXE N°2:

Tableau : La durée moyenne que peut prendre un RDV

Médecins			Durée de RDV			Total
			le lendemain	pendant la semaine	plus d'une semaine	
Généraliste	réception RDV	Effectif	4	1		5
		%	100,0%	100,0%		100,0%
	Total	Effectif	4	1		5
		%	100,0%	100,0%		100,0%
Gastro-entérologue	réception RDV	Effectif		1	1	2
		%		100,0%	100,0%	100,0%
	Total	Effectif		1	1	2
		%		100,0%	100,0%	100,0%
Urologue	réception RDV	Effectif	1			1
		%	100,0%			100,0%
	Total	Effectif	1			1
		%	100,0%			100,0%
Gynécologue	réception RDV	Effectif			1	1
		%			100,0%	100,0%
	Total	Effectif			1	1

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Tableau : perception du médecin « choix du médecin »

Choisir le médecin librement	Fréquence	%
oui	13	65,0%
non	7	35,0%
Total	20	100,0%

Source : enquête personnelle

Tableau : perception du médecin « le médecin est représenté comme médecin de famille »

Patient choisissent le médecin de famille	Fréquence	%
oui	10	50,0%
non	10	50,0%
Total	20	100,0%

Source : enquête personnelle

Tableau : perception du médecin « patients orientés par le secteur public »

Patients orientés par le secteur public	Fréquence	%
oui	7	35,0%
non	13	65,0%
Total	20	100,0%

Source : enquête personnelle

Tableau : perception du médecin « patients attirés par la réputation du médecin »

Patient attirés par la réputation du médecin	Fréquence	%
oui	13	65,0%
non	7	35,0%
Total	20	100,0%

Source : enquête personnelle

Tableau : perception du médecin « patients attirés par l'effet de proximité »

Patient attirés par la proximité du médecin par apport à leur résidence	Fréquence	%
oui	7	35,0%
non	13	65,0%
Total	20	100,0%

Source : enquête personnelle

Tableau : perception du médecin « patients orientés par d'autres patients déjà passés chez ce médecin »

Orientés par des patients déjà passés	Fréquence	%
oui	19	95,0%
non	1	5,0%
Total	20	100,0%

Source : enquête personnelle

Tableau: le travail en collaboration

	Fréquence	%
Oui	15	75,0
Non	5	25,0
Total	20	100,0

Source : enquête personnelle

Liste des tableaux

Liste des tableaux

<u>Tableau n°01:</u> Répartition des spécialistes libéraux sur le territoire 99-06-----	26
<u>Tableau n°02:</u> Répartition des praticiens privé sur le territoire national 1995-2012 -----	29
<u>Tableau n°03:</u> Evolution des dépenses de santé du secteur privé en % du PIB -----	32
<u>Tableau n° 04:</u> Profil personnel des médecins interrogés-----	38
<u>Tableau n°05:</u> Evolution de la mortalité infantile dans la wilaya de Béjaïa -----	40
<u>Tableau n°06:</u> Evolution de la couverture vaccinale dans la wilaya de Béjaïa -----	41
<u>Tableau n°07:</u> Evolution des MTH dans la wilaya de Béjaïa -----	42
<u>Tableau n° 08:</u> Le personnel médical par secteur en 2010 -----	44
<u>Tableau n° 09:</u> Evolution des médecins généralistes par daïra (2007-2010) -----	45
<u>Tableau n°10 :</u> Evolutions des médecins spécialistes par daïra-----	47
<u>Tableau n°11 :</u> Représentation du mode d'accès chez le médecin -----	49
<u>Tableau n°12 :</u> Durée de travail moyenne par jour -----	51
<u>Tableau n°13 :</u> Nombre de patients par jour et durée moyenne d'une consultation -----	52

Liste des figures

Liste des figures

<u>Figure n°1:</u> Le réseau privé des soins-----	30
<u>Figure n°2:</u> Evolution des dépenses de santé du secteur privé en % du PIB-----	33
<u>Figure n°3:</u> Répartition de la population de la Wilaya par dispersion au 31/12/2009 -----	40
<u>Figure n°4:</u> Evolution du TMI dans la wilaya de Béjaïa-----	41
<u>Figure n°5:</u> Evolution la couverture vaccinale dans la wilaya de Béjaïa -----	42
<u>Figure n°6:</u> Evolution des autres MTH citées dans le tableau n°06 dans la wilaya de Béjaïa	43
<u>Figure n°7:</u> Evolution de toxi-infection alimentaire collective et de Tuberculose dans la wilaya da Béjaïa -----	44
<u>Figure n°7:</u> Répartition du personnel médical par secteur-----	45
<u>Figure n°8 :</u> Représentation de la durée moyenne du RDV -----	50
<u>Figure n°9:</u> Le travail en collaboration -----	55

Bibliographies

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrages

1. B.BRAHMIA, « évolution et tendances des systèmes de santé OCDE-Europe de l'Est-Maghreb », Ed BAHAEDDINE, Constantine, Algérie, 2010.
2. MOUGEOT Michel. : Décentralisation et régulation du système de santé, in le système de santé, ECONOMICA, 1986.
3. MOUGEOT Michel. : Régulation du système de santé, Annexes préparées par le CREDES, la Direction de la Prévision et l'INSEE La Documentation française. Paris, 1999. *Version publiée dans* Regards croisés sur l'Économie n°5 "Au chevet de la santé", Ed. La Découverte (2009)
4. OUFRIHA F. Z., ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé, CREAD N°41 1997.
5. OUFRIHA F. Z. et collaborateurs, « DE REFORME EN REFORME : UN SYSTEME DE SNTE A LA CROISEE DES CHEMAINS » CREAD, janvier 2006.
6. OUFRIHA F. Z. « Système de santé et population en Algérie », Ed Anep, Algérie, 2002.

Articles et communication

1. Annick Le Pape, Catherine Sermet. : Question d'économie de la santé, les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application, N°14, Octobre 1998.
2. PEREIRA Céline. : la régulation économique de la médecine de ville, France, 2003.
3. Le prix de soins, marché ou régulation publique ?, Les tribunes de la santé, N°8, 2005.
4. BARNAY Thomas et al. « Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », Revue française des affaires sociales, N° 1, 2007.
5. DERMEL Ali. : Cours en Economie de la santé intitulé, introduction à l'économie de la santé, université de Bejaïa, Algérie.2012.
6. EVANS, R.G.: Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications, Mark Perlman (Ed.), The Economics of Health and Medical care, Proceedings of a Conference held by the International Economic Association, Tokyo, 1974.
7. LARGERON Christine, ROCHAIX Lise. : Facteurs économiques et pratique médicale au Québec : vers un budget global en ambulatoire. In: Sciences sociales et santé. Volume 7, n°2, 1989.
8. LEICHER Claude. : Le médecin libéral en 2010, Les Tribunes de la santé, N° 28, 2010.
9. LEVY E. : Demande de santé et induction par l'offre, Revue d'Economie Politique, juillet-août 1988.
10. MEBTOUL Mohamed, « Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie », *Journal des anthropologues* [En ligne], 96-97 | 2004, mis en ligne le 22 février 2009. URL : <http://jda.revues.org/1840>

Bibliographie

11. ZEHNATI, A, attaché de recherche de CREAD et doctorant à l'université de Béjaia, « les inégalités de répartitions privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialistes médicales ».

Thèses et mémoires

1. GALOUL Ahcene. : Contribution à l'étude des déterminants de la répartition géographique des professionnels de santé : Cas des omnipraticiens de la wilaya de Bejaia, Université de Bejaia, Algérie, 2012.
2. K.N. TLILANE., Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants : enquête dans la wilaya de Bejaia, 2003.

Rapports

1. BELANGER Marc-André, Eve LAROUCHE. : La profession médicale et l'implication des médecins : un don de soi, Faculté de médecine et au comité d'admission au doctorat en médecine de l'Université Laval, Avril, 2010.
2. CSMF - Confédération des Syndicats Médicaux Français - La médecine libérale, un combat d'hier, d'aujourd'hui et de demain, 2004.
3. DPAT : annuaire statistiques de la wilaya de Béjïaa 2010.
4. DSP : nombre et répartition des médecins Généraliste-Spécialistes par Daïra, 2010.
5. MSPRH : Répartition du nombre de médecins Généralistes-Spécialistes dans le territoire national, 2012.
6. MSPRH : structures privées texte règlementaires, MSPRH, Juillet 1999.
7. MSPRH : JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE, Loi n°85-05 du 16 février 1985 relative a la protection et a la promotion de la santé. P. 123.

Règlementations

1. Instruction n° 00112/MSP/SG du 02 Mars 1987 relative aux modalités d'installation des Médecins, chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes (modifiée et complétée).....77
2. Art. 197- 203 sur les conditions et régimes d'exercice de professions de santé à titre privé.
3. Décret du 15 février 1985 relative à la promotion et à la protection de la santé

Sites internet

<http://referentiel.nouvelobs.com>.

<http://lara.inist.fr>.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>.

<http://www.larousse.fr>.

Bibliographie

<http://www.larousse.fr>.

[http://Algérie - Dépenses en santé \(secteur privé\) \(% du PIB\) Statistiques.mht](http://Algérie - Dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB) Statistiques.mht)

www.who.int.

Table des matières

Dédicaces	I
Remerciements	II
Sommaire	III
Liste des abréviations	IV
Introduction générale	1
CHAPITRE I: LA RÉGULATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE : CADE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	
Introduction	3
I. CADRE CONCEPTUEL	4
1. Genèse et évolution	4
1.1. De la médecine	4
1.2. De la médecine libérale	4
2. Les professionnels de la santé	4
3. Principes de la médecine libérale	5
4. Qu'est-ce que la régulation ?	5
II. LES DEFAILLANCES DU MARCHÉ DES SOINS	6
1. L'échec du marché des soins et les défaillances de la médecine libérale	6
1.1. L'asymétrie d'information	6
1.2. L'incertitude	7
1.3. Les externalités	7
2. Les comportements opportunistes des médecins libéraux	8
2.1. La demande induite	8
2.2. Les dépassements d'honoraires	9
III. LES MECANISMES DE REGULATION	10
1. Le contrôle des prix : Le prix des soins, marché ou régulation publique ?	10
1.1. Le paiement à l'acte	11
1.2. La capitation	11
1.3. Le salariat	12
2. Le contrôle de l'offre de soins ambulatoire	12
3. La régulation par le médecin traitant	14
3.1. Rôle du médecin traitant	14
4. Le conventionnement	15
4.1. Le tarif conventionnel	15
4.2. En quoi consiste le conventionnement des médecins ?	16
5. Les enveloppes de dépenses	16
5.1. Le point flottant	16
5.2. Les enveloppes individuelles de prescription	16
5.3. Le système d'enveloppe par cabinet médical	16
6. Les Références Médicales Opposables : l'exemple de la France	17
7. Exemple de quelques pays :	18
7.1. La régulation de la médecine ambulatoire en Allemagne	18

Table des matières

a) Régulation de l'accès au secteur de la médecine ambulatoire conventionnée	18
b) Mécanismes de régulation des honoraires et du volume d'activité	19
7.2. La régulation de la médecine ambulatoire au Royaume-Uni	20
Conclusion	21
CHAPITRE II : EVOLUTION ET TENDANCES DE LA MEDECINE LIBERALE EN ALGERIE	
Introduction	23
I. PRIVATISATION ET TENDANCES DE LA MEDECINE LIBERALE EN ALGERIE	24
1. La privatisation de l'exercice médical en Algérie	24
1.1. La privatisation des personnels de soins	24
1.2. Réglementation de l'exercice à titre privé des Médecins, Chirurgiens-Dentistes, Généralistes et Spécialistes	25
2. L'offre de soins	25
II. LA MEDECINE LIBERALE EN ALGERIE	29
1. L'activité de prestation de la médecine ambulatoire privée	30
2. Dépenses en santé du secteur privé (% du PIB)	31
3. La médecine libérale d'aujourd'hui	32
4. Les enjeux de la médecine libérale en Algérie	33
5. Quelle régulation mettre en place face à la libéralisation du secteur de la santé ?	34
Conclusion	34
CHAPITRE 3 : ENQUETE AUPRES DES MEDECIN LIBERAUX DE LA WILAYA DE BEJAÏA	
I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	36
1. Choix de la méthode et recueil de données	36
2. Echantillon	37
3. Représentation des caractéristiques de notre échantillon de l'enquête	37
4. Difficultés rencontrées au cours de la réalisation de l'enquête	38
II. MONOGRAPHIE DE LA WILAYA DE BEJAÏA	39
1. Territoire	39
1.1. Situation géographique	39
1.2. Organisation Administrative	39

Table des matières

2. La démographie-----	40
3. Le profil épidémiologique-----	40
4. Répartition du personnel de santé par secteur-----	44
4.1. Secteur public-----	44
4.2. Secteur privé -----	44
a. Répartition des médecins généralistes privés par daïra-----	45
b. Répartition des médecins spécialistes privés par daïra -----	47
III. RESULTATS DE L'ENQUÊTE -----	48
1. Modes d'accès-----	49
2. Horaires d'exercice quotidiens -----	50
3. Durée d'une consultation-----	52
4. Le travail en collaboration -----	54
5. La perception du médecin-----	54
6. Avis du médecin -----	55
Conclusion -----	55
CONCLUSION GENERALE -----	57
Annexes -----	59
Liste des tableaux-----	65
Listes des figures-----	66
Bibliographie -----	67
Tables de matières-----	70

Résumé

En Algérie, le phénomène de privatisation de l'exercice médical ne cesse de s'accroître jour après jour. En effet, la médecine libérale prend de plus en plus d'ampleur, ce qui est à l'origine d'un bouleversement de la structure et du fonctionnement du système de santé dans son ensemble. De par le monde, les comportements des médecins installés à titre libéral font l'objet d'une régulation, qui ne se limite pas aux autorisations d'installation. En Algérie, force est de constater que la médecine libérale accuse aujourd'hui un important déficit de régulation, doublé d'une opacité en ce qui concerne l'activité et le comportement des médecins libéraux.

C'est dans cette perspective que s'inscrit notre travail. Loin de prétendre à l'exhaustivité, il se propose tout simplement d'apporter un éclairage sur cette problématique de la régulation de la médecine libérale, en général, et de son implication indirecte dans la mauvaise répartition des professionnels de santé, en particulier.

Notre recherche s'est construite en deux étapes. En premier lieu, une revue de la littérature et une analyse critique du cadre réglementaire. La deuxième étape a consisté en une enquête de terrain par questionnaires auprès d'un échantillon de médecins de la wilaya de Béjaïa, appuyée par une série d'entretiens avec une dizaine de médecins, ainsi qu'avec le responsable de la sous-direction de la médecine privée au niveau du MSPRH.

La régulation de la médecine de ville ne doit pas se limiter à l'adoption d'un système de conventionnement ou à opter pour la formule du médecin traitant. Le dispositif de régulation doit aussi assurer la coordination de la médecine de ville avec le secteur public, pour rompre avec les relations concurrentielles qui caractérisent aujourd'hui les relations entre le secteur public et le secteur privé et aboutir à une forme de complémentarité entre les deux secteurs. Plus concrètement, il est plus que nécessaire de **renforcer** la place du médecin généraliste de **favoriser** la collaboration entre les médecins.

En outre, il est urgent de mettre en place un dispositif de suivi et de contrôle de l'activité de la médecine de ville, en définissant la portée et les modalités du conventionnement ; en imposant une évaluation annuelle des pratiques et de l'activité de chaque médecin et enfin, en sensibilisant les médecins au respect du code déontologique et des règles de l'éthique médicale.

Mots clés : Médecine libérale, Régulation, Répartition des professionnels de santé, Système de conventionnement, Béjaïa, Algérie.