

République Algérienne Démocratique et Populaire Ministère de
l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Ecole Supérieure de Management – Tlemcen



Mémoire de Fin d'Etudes En vue d'obtention
du diplôme de Master en Management

Option : Management des Services de Santé

Thème :

L'exode Des Praticiens
De Sante Algérien

Présenté par :

BENADLA AYYOUB

Encadré par

Mme : ASSIA kARA Terki

Devant le jury composé de :

-
-
-

Année universitaire : 2019 / 2020

REMERCIEMENT

Toute ma reconnaissance et gratitude vont à mon directrice de Mémoire, Mme Kara pour avoir acceptée diriger ce mémoire et surtout pour sa présence, son écoute, son entière implication et son aide précieuse.

J'exprime, par la même, ma profonde et respectueuse gratitude Aux membres de jury qui ont eu l'amabilité de juger et d'évaluer le Présent travail.

Je tiens également à remercier l'ex-directeur de l'EPH REMCHI, Pour sa contribution totale et soucieuse tout au long de ce travail ,Qu'il me soit permis aussi d'exprimer mes remerciements Envers tout le personnel de l'EPH REMCHI, pour leur collaboration.

Je ne saurai omettre de remercier très sincèrement tous les Enseignants de L'école Supérieure de Management que j'ai eu L'honneur d'avoir durant mon cursus universitaire.

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance et mes vifs Remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à L'élaboration de ce travail.

Je dédie ce mémoire à :

A mes chers parents

A mes frères (Mehdi, Ayman)

A ma famille et à mes amis

Liste des abréviations :

EPH : Etablissement Public Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EPSP : Etablissement Public De Santé De Proximité

EHS : Etablissements Hospitaliers Spécialisés

EH : Etablissements Hospitalier

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

PCA : Pharmacie Centrale Algérienne

CNOM : Conseil National De L'ordre Des Médecins

TOM : Tableau De l'Ordre Des Médecins

PIB : Produit Intérieur Brut

OCDE : Organisation De Coopération Et Développement Economique

CREAD : Centre De Recherche En Economie Appliquée Pour Le Développement

USA: United States Of America

FMI : Fonds Monétaire International

ONS : Office National des Statistiques

ENMAS : Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé

INPFP : Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale

DFMS : Diplôme De Formation Médicale Spécialisée

DFMSA : Diplôme De Formation Médicale Spécialisée Approfondie

UMC : Urgence Médical Chirurgical

MT : Malade Transféré

Remerciements.....

Dédicace.....

Liste des abréviations.....

Sommaire.....

Introduction générale.....

Chapitre 1 : les théories de l’émigration et l’exode des médecins algériens dans le contexte général de L’émigration

Section 1 : les théories de l’émigration.....

Section 2 : l’histoire de l’émigration Algérienne.....

Section 3 : L’exode des Médecins à l’échelle mondiale, en particulier les médecins Algérien.....

Section 4 : L’exode des Médecins Algérien en France.....

Conclusion.....

Chapitre 2 : la Chronologie de l’exode des cadres de la santé en Algérie

Section 1 : l’exode dans l’évolution du système de santé

Section 2 : (Numerus clausus) et politique de formation des cadres de santé en Algérie.....

Section 3 : Les motifs de l’exode des médecins algériens

Conclusion.....

Chapitre 3 : Les implications de l'exode et perspective.....

Section 1 : Cas pratique de l’EPH REMCHI.....

Section 2 : les incidences obtenues de l’exode des praticiens de santé.....

Section 3 : perspective.....

Conclusion

Conclusion générale

Bibliographie.....

Annexe.....

Table des matières.....

Introduction générale

Dans tous les pays, les populations aspirent à une meilleure santé l'un des biens les plus précieux de l'homme. Cependant beaucoup de problème lié à la distribution des soins peuvent priver l'individu de jouir d'une bonne santé, quand il s'agit du départ de médecins, l'élément essentiel dans un système de santé

L'exode des médecins est une véritable hémorragie, un phénomène qui coute cher au pays, lorsqu'un nombre considérable de médecin généraliste et spécialiste partent chaque année pour terminer leur parcours à l'étranger.

En Algérie le problème de l'exode a fait couler beaucoup d'encre par rapport au nombre de médecins qui quittent chaque années le pays pour exercer à l'étranger pour des raisons très variable mais qui laissent des traces profondes dans l'économie du pays et plus particulièrement dans le système de santé.

Dans ce contexte et face à la gravité de la situation économique du pays caractérisé par la chute brutale des prix de pétrole d'une part et la nécessité d'un financement plus lourde de certain secteur comme celui de la santé car l'émergence d'une pathologie lourde interpelle l'Etat à une meilleur prise en charge des besoins de santé de la société.

Face à ces enjeux notre problématique tourne autour de la question suivante : **quelles sont les raisons profond de la question de l'exode des praticiens de la santé en Algérie ?**

En regard de l'ampleur de ce phénomène, d'autres questions subsidiaires méritent d'être posés.

- Quels sont les principaux pays d'accueils des médecins algériens
- Quels sont les dommages enregistrés par L'Etat envers ce phénomène ?

Notre revue ainsi les explorations sur le phénomène nous a permis de poser les hypothèses suivantes :

- La question de l'exode est un phénomène historique développé durant la décennie noire
- La question de l'exode à un coût mal estimé dans le système de santé Algérie

L'objectif du choix du sujet :

- Le manque de recherches et d'études sur l'exode des praticiens de santé en Algérie.
- Mettre en valeur la perte de l'Etat vis-à-vis cette problématique.
- Faire rappeler les pouvoirs publics de cette polémique incontournable.

Le but de cette recherche :

- Mettre en relief un phénomène qui a des conséquences nuisibles sur d'autres plans
- trouver les mécanismes permettant d'appréhender cette problématique
- Améliorer le système de santé

Difficulté d'étude :

- Le manque de statistiques et les études sur le sujet
- le Manque des ouvrages de spécialité

Limite d'étude :

Les limites de cette étude en termes de période se situent entre 1962 et 2018

Méthodologie de l'étude :

Application de la méthode descriptive analytique basée sur l'induction et la conclusion

Selon la problématique centrale ainsi les hypothèses fixées avec la mise en application de la méthodologie d'étude, Cette étude était divisée en trois chapitres.

Dans le premier chapitre : nous présenterons Les théories de l'émigration et l'exode des médecins algériens dans le contexte général de L'émigration en quatre sections :

Section 1 : les théories de l'émigration

Section 2 : l'histoire de l'émigration Algérienne

Section 3 : L'exode des Médecins à l'échelle mondiale, en particulier les médecins Algérien.

Section 4 : L'exode des Médecins Algérien en France

Le second chapitre représente la Chronologie de l'exode des cadres de la santé en Algérie en trois sections

Section 1 : l'exode dans l'évolution du système de santé

Section 2 : (Numerus clausus) et politique de formation des cadres de santé en Algérie

Section 3 : Les motifs de l'exode des médecins algériens

Le dernier chapitre dédié pour la présentation d'un cas pratique et perspective en trois sections

Section 1 : Cas pratique de l'EPH REMCHI

Section 2 : les incidences obtenues de l'exode des praticiens de santé

Section 3 : perspective

En définitive nous terminons notre travail par une conclusion générale qui résume les résultats de l'étude

Chapitre 1

Les théories de l'émigration et l'exode des médecins algériens dans le contexte général de L'émigration

Introduction

Il y a aujourd'hui environ 258 millions de migrants internationaux installés dans différents pays de celui où elles sont nées, le taux de l'émigration représente 3% de la population mondiale, dont 8.55% représente le taux de l'émigration sud-nord et de 2.5 % pour les émigrants des pays en voie de développement.

L'émigration a pris des nouvelles tendances, ou d'autres catégories émergentes, mais la plus marquante était la catégorie des intellectuelles (ingénieurs, enseignants, Médecins...), soit des personnels qualifiés ou hautement qualifiés, une perte des éléments les plus productifs de la société qui peut avoir un effet nuisible sur la croissance en diminuant l'innovation et réduisant les synergies possibles dans des domaines comme la recherche de pointe et les technologies.

En Algérie « *il y environ 500000 cadres qui ont fui le pays à la recherche d'un horizon meilleur, Ces départs massifs ont commencé de façon très importante depuis les années 80* »

L'Algérie a beaucoup subi vis-à-vis le phénomène de l'émigration des compétences à l'étranger, notamment pendant la décennie noire, où un nombre d'infrastructures étatiques se trouvaient sans encadrement en raison du départ massif de personnel qualifiés à l'étranger, parmi ces cadres qui ont fui le pays il y a la catégorie des praticiens de santé.

Le secteur de la santé est l'un des secteurs les plus affectés par l'émigration en Algérie ; où un nombre important de praticiens médicaux de santé choisissent chaque année de quitter le pays pour s'installer en France ou dans d'autres pays tels que le Canada, les États-Unis ou la Grande-Bretagne.

Le présent chapitre est divisé en trois sections, la première section consacrée à la définition des concepts ainsi que les théories de l'immigration, en répondant pourquoi les migrants quittent-ils leur pays ?

Dans la deuxième section nous allons traiter la question de l'émigration des cadres algériens et les principaux pays d'accueil.

Dans la troisième section nous allons tenter de présenter le phénomène de l'exode des médecins, et particulièrement les Médecins Algériens.

La quatrième section présente l'exode des Médecins Algérien en France, l'effectif des médecins algériens représente la part la plus importante par rapport aux autres pays d'accueil.

Section 1 : les théories de l'émigration

1. Définition des concepts

L'exode fait l'objet de plusieurs termes qui entourent le départ et l'émigration et puis les causes, Pour éviter toute confusion voici les définitions pour faire différencier tous concepts.

Migrant

Par définition c'est quelqu'un qui quitte la région où il habite et traverse une frontière pour s'installer dans une autre région pendant une durée supérieure à une année.

L'émigration dans le contexte générale est le mouvement fait par une personne qui quitte un pays pour aller s'installer dans un autre, par d'autre façon c'est le départ vers l'extérieur du pays. On pense qu'actuellement ¹environ 3% de la population mondiale émigre chaque année (soit près de 200 millions de personnes.

D'autre définition « L'émigré est celui qui a quitté l'endroit où il se trouvait pour un autre endroit, un autre État afin de s'y installer durablement. Le substantif « émigrant » a un sens légèrement différent ; l'émigrant en effet est celui qui quitte l'endroit où il se trouve au moment où il le fait »

Emigration / immigration

Ce sont, Deux faces d'une même réalité ²qui peut se manifester par le déplacement de personne dans l'espace et d'abord dans l'espace physique, social, économique, politique et culturel. SAYAD Abdelmalek ,1999.

« les émigrés et les immigrés sont indissociablement les mêmes, qui ont quitté les pays où ils sont née et où ils sont élevés pour s'installer dans un autre, soit qu'il aient été chassés par la misère, les persécution ou la peur des persécutions, soit qu'ils aient attiré par la richesse, la liberté ou la modernité du pays d'installation, selon que l'élément qui a poussé au départ (push) ou celui qui a attiré(pull) est dominant, l'attitude des immigrés à l'égard de la société d'installation n'est pas la même»³ RAYMOND Bandon, et autres, Dictionnaire de sociologie, éd Larousse, Paris, 2003 .

¹ Lever les barrières : mobilité et développement humain. Rapport Mondial sur le développement humain 2009, PNUD.

² SAYAD Abdelmalek, L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. L'illusion de provisoire, Edition Seuil, Paris, 1999, p 6.

³ RAYMOND Bandon, et autres, Dictionnaire de sociologie, éd Larousse, Paris, 2003, P119.

La différence entre émigré et immigré est : Le préfixe é-de émigré est à rapprocher de ex-, qui signifie « à l'extérieur », l'émigré étant celui qui « migre à l'extérieur ». Le préfixe im d'immigré se rapproche lui de in-, qui signifie « à l'intérieur », l'immigré étant celui qui « migre à l'intérieur ». Ainsi une même personne est à la fois émigrée (vue de son pays d'origine) et immigrée (vue du pays d'accueil).⁴

Exode

L'exode est le Départ en grand nombre

Exode des capitaux

L'exode des capitaux est le Mouvement des capitaux qui sortent de leur pays d'origine pour être investis à l'étranger.⁵

L'exode des compétences

La fuite des compétences ou l'exode des compétences d'une autre manière, signifié le déplacement des individus ayant un niveau d'instruction très élevé soit des licenciés ou des doctorants, et cela consiste à se déplacer d'un pays à un autre pour travailler ou pour s'installer définitivement.

2. les Théories explicatives de l'immigration

Au niveau international le taux de l'émigration représente 3% de la population mondiale, dont 8.55% représente le taux de l'émigration sud nord de la population et de 2.5 % pour les pays en voie de développement.

D'abord, Il existe plusieurs théories explicatives du concept de l'immigration ou émigration :

2.1 Théorie du marché du travail segmenté

Cette théorie explique ce qui se passe dans les pays d'accueil, du fait que l'émigration serait liée à un facteur d'appel qui vient du marché de travail, dont un nombre des sociétés ont besoin des travailleurs pour occuper les emplois que les nationaux ne veulent pas occuper en raison de ses qualification hautement et la segmentation du marché d'une autre part .ils cherchent un secteur à forte intensité de capital avec des salaires plus élevés ,les travailleurs nationaux évitent d'occuper

⁴ www.grammaire.reverso.net/2_2_18_emigre_immigre.shtml , [Page consulté le 25.04.2017]

⁵ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exode/32163#definition

des emplois mal rémunérés et dangereux pour la santé, peu prestigieux, offrant peu de possibilité de promotion⁶

Alors que le salaire peut augmenter dans ces emplois afin de répondre en mieux, mais en parallèle il faudrait augmenter aussi les salaires des autres secteurs et cela va créer une inflation chronique.

En outre, les travailleurs étrangers temporaires sont prêts à accepter ces emplois, car même si les salaires sont bas, ils restent plus élevés que dans leur pays d'origine, ils peuvent donc exercer ces emplois quelques temps afin d'économiser et ensuite rentrer dans leur pays d'origine.

2.2 Théorie de la globalisation

La théorie de la globalisation est un changement dans la méthodologie dans le sens où elle perçoit les différents marchés du travail dans le monde comme un seul marché du travail mondial. Elle déplace l'unité d'analyse des sociétés nationales vers un marché mondialisé. Ainsi, les migrations ne sont plus conceptualisées comme le résultat de décisions indépendantes prises d'un point d'origine X pour aller à un point d'arrivée Y. Ce sont en réalité des mouvements provoqués par la logique même d'un système unique. Il faut selon cette théorie sortir du nationalisme méthodologique.

Les Acteurs influant les flux migratoires

D'après la théorie de la globalisation, ce sont soit les acteurs dominants, comme les entreprises multinationales, les Etats, Les grands pôles urbains, qui répartissent les ressources y compris humaines, au niveau international. Soit d'autres acteurs qui essaient d'utiliser leur marge de manœuvre pour tirer parti du système et de positionner aux meilleures opportunités.

En définitive, La mondialisation a fait organiser au niveau mondial la circulation des marchandises et des Hommes.

2.3 Théorie de la nouvelle économie

Cette Théorie tente d'expliquer que les migrants décident de façons collective, selon la théorie la famille qui décide, car elle serait bien plus rationnelle qu'un individu, la famille va se comparer à des groupes de référence qui sont importants pour elle (voisin, autre membre de la famille, etc), dans le cas où il y a des inégalités très importantes entre sa situation et celles des groupes de

⁶ CAHUC, P., SEVESTRE, P., & ZAJDELA, H. (1990). "Négociations salariales et segmentation du marché du travail", *Economie et Prévision*, 92-93, 1-2, 43-50.

référence ,cela donne un sentiment de privation et à une frustration pour compenser ce sentiment, la famille décide d'envoyer quelqu'un à l'étranger pour recevoir un revenu plus important.

L'essence de ses considération finalement pas de réduire les inégalités par rapport aux pays riche, mais par contre réduire les inégalités entre les groupes de référence de la famille.

3 Les deux principales catégories des émigrés :

Il existe deux catégories d'émigre qui circule dans la méditerranée entre les deux rives, ces catégories sont : ⁷

3.1 La catégorie des émigrés aventuriers :

Ce dont les « refugier » ou « clandestin », qui ont quittés leurs pays natal, l'existence de cette catégorie de personne sur les terres étrangers est juridiquement illégitime et sans avoir aucun droit sur cette terre.

Cette catégorie est différente de l'émigré légitime, En principe ce type de d'émigration est considéré comme une émigration aventureuse et sans projet à l' avenir.

3.2 La catégorie des émigrés ayant une stratégie migratoire

C'est la catégorie de personne qu'on peut considérer comme la mieux élevée et formée de la société d'origine, ces personnes sont généralement : (les intellectuelles, les cadres, les praticiens médicaux de santé ...).

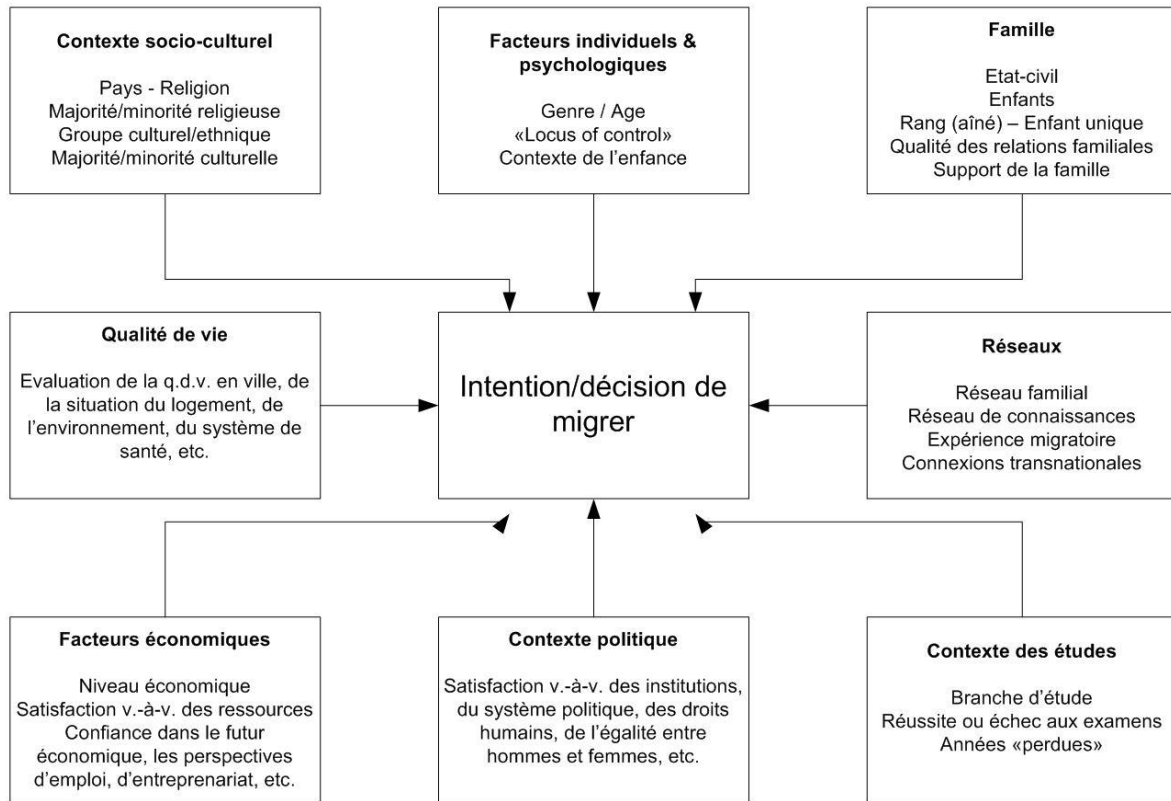
Ces personnes veulent émigrer en Europe, au moyen orient (golfe) ou Amérique du nord pour chercher la liberté ou le bien-être qu'ils ne trouvent pas dans leur pays d'origine en dépit de leur aisance Financière.

4. Les facteurs explicatifs de migration :

Cependant, Beaucoup de contraintes peuvent inciter l'homme pour émigrer : les contextes socioculturel, Facteurs individuels et psychologiques, Famille, Qualité de vie, Réseaux, Facteurs économiques, contexte politique, contexte des études , la plupart de ces facteurs se produites à l'issue d'une défaillance.

⁷ BERRETIMA Abdel-Halim, FERREOL Gilles (sous la didrection), Polarisation et enjeux des mouvements migratoires entre les deux rives de la méditerranée, Ed EME, Bruxelles, 2013

Schéma 1 : les principaux facteurs conduisant à l'émigration de l'individu



Source : Université de Poitiers, Revue Européenne des migrations internationales 2013 ,29 (3) pp. 154

5. Migration et Santé

Un autre exemple est celui de la santé : les États sont en concurrence pour offrir à la fois des services de qualité et en même temps le faire au moindre cout. Souvent, il y a un décalage entre ce que chaque État peut offrir dans les services hospitaliers et aux professionnels de la santé qu'ils peuvent former. Cela dépend en effet de facteurs comme les salaires, les conditions de travail, la reconnaissance et les aspirations des professionnels. Afin de pallier aux déséquilibres qui peuvent exister dans le marché du travail, les États ont recours à des professionnels formés ailleurs, une solution plus facile et rapide que de tenter d'améliorer les conditions du système. Il y a une véritable circulation mondiale des professionnels de la santé, surtout des anciennes colonies vers les anciennes puissances coloniales. Bien sûr, ce sont les pays les plus faibles qui en bâtissent, ils

dépensent pour former leurs populations, sans disposer d'un bon retour sur investissement pour le pays.⁸

Section 2 : l'histoire de l'émigration Algérienne

1. Histoire de l'émigration algérienne

L'émigration algérienne s'inscrit dans l'histoire de l'Algérie au fil du temps, des variations quantitatives et qualitatives par suite d'une évolution migratoire en début des années 1915 jusqu'à nos jours, notamment dans les années 1990 et la détérioration du climat social et l'insécurité qui régnait durant la décennie noire. En effet le phénomène de l'émigration a continué de remonter au xx siècle et rentrer dans nouvelle phase de diversification des destinations et des profils.

En théorie trois périodes essentielles ont marqué l'histoire de l'immigration algérienne qui sont : (Abdelmalek SAYAD, La double absence, 1999).

1.1 Le premier âge de l'émigration

Concerne la première génération, qui était une génération des paysans pauvres qui essayent de lutter pour la survie, il choisit d'émigrer pour qu'ils puissent trouver les moyens de rendre leurs vies meilleures. Ces personnes continuent de vivre en France et tant que telle ils ne se sont pas séparé de leur mode de vie aux comportements sociaux « l'émigré alors, ne s'est pas séparé des siens, de sa terre, de ses activités que physiquement et provisoirement était mandaté par sa famille et plus largement par la société ,une mission alors bien précise, limitée dans le temps parce que limitée dans ses objectifs »⁹ C'était une émigration individuel et défini par le nombre et l'espace.

1.2 Le deuxième âge de l'émigration

Dans cette période l'émigration de paysan algérien en France a augmenté de plus en plus qui , elle s'est caractérisée par l'individualisme, le contact avec les français ou ces émigrés mènent d'autres algériens de se séparer de leur groupe d'origine et de rechercher la satisfaction de soi , l'émigration devenait une entreprise individuelle dépouillée « *Donc ils ont réussi à décrocher un emploi permanent dans le secteur industriel et ainsi cette génération sont des jeunes célibataires issus des compagnes et encore des zones urbaines leurs retour au pays se limite seulement aux congés annuels, certains restent des années sans y retourner contrairement aux premiers émigrés* »¹⁰

⁸ Sociologie des migrations et des relations interculturelles, page 13

⁹ Abdelmalek SAYAD, La double absence, Edition seuil, Paris, 1999, pp. 60-67.

¹⁰ -ibid. p67

1.3 Le troisième âge de l'émigration

Dans cette période l'émigration algérienne a pris une nouvelle tendance une dimension différente par rapport aux deux générations précédente, où l'augmentation du taux de l'émigration et sa généralisation à toutes les régions d'Algérie, aux hommes de tout le groupe, paysans et non paysans, jeunes et moins jeunes, aux familles ou enfants. L'émigration de cette génération est devenue familiale, les algériens issus de cette génération sont plus ou moins instruits, ils exercent des activités différentes par rapport à celle qu'était exercée par les deux premiers âges, le mariage mixte entre algériens et les français n'est plus un tabou.¹¹

2. Les destinations des migrants algériens

Les émigrés algériens forment une communauté importante et d'installation ancienne qui remonte jusqu'à la première guerre mondiale, Malgré les vicissitudes de la politique de la France vis-vis des travailleurs des colonies puis l'évolution heurtée des rapports entre les deux Etats Algérien et Français à l'indépendance, la France restait la destination privilégiée de l'émigration algérienne, l'Espagne, l'Italie, la Grande Bretagne et la Belgique sont en train de devenir les nouvelles destinations européennes des migrations algériennes, en revanche la présence des algériens prend aussi de l'ampleur au Canada, aux USA et dans certains pays du Golfe.

2.1 La France, principale destination des migrants algériens

L'émigration algérienne en France commença au cours des années 1905 avec le départ des paysans algériens qui essayaient de lutter pour la survie, Des centaines de travailleurs algériens sont embauchés dans les mines et les usines de l'industrie, jusqu'à 1912 les chiffres ont augmentés de 4000 à 5000 Algériens, en 1914 on compte environ 13000 Algériens en France.¹²

Le phénomène a continué de se développer, Surtout pendant la première guerre mondiale et la deuxième guerre mondiale où la France a fortement engagé de façon volontaire ou obligatoire les ressources humaines de ces colonies, au moment de ce conflit beaucoup d'Algériens sont partis pour libérer la France contre l'occupation Allemande.

¹¹ -ibid. p67

¹² Djamel GUERID, l'exception Algérienne, Casbah éd, Alger, 2007, pp 52-55.

Tableau 1: L'évolution des flux migratoire des algériens en France

Année	Population algérienne émigrée
1946	22114
1954	208540
1962	350484
1968	473812
1975	710690
1982	805016
1990	614207
1999	1053240
2006	1 101 253

Source : Centre de recherche et d'études sur l'Algérie contemporaine ; « Algériens et Français: mélanges d'histoire » ; Paris : L'Harmattan;(2008).

Après l'indépendance un ensemble des accords bilatéraux ont été mis entre L'Algérie et la France dont un accord qui favorise la conservation des ressortissants algérien en France pour bénéficier de ces précieuses devises qu'ils envoient.

La crise économique de 1974 à la suite du premier choc pétrolier de 1973 et en la crise de 1980 ont largement affectés le monde d'industrialisation, une baisse de productivité ainsi un licenciement a été produit, cette situation a fait diminuer le nombre d'entrées d'algériens en France et une augmentation des expulsions.

Ces dernières années la politique Française migratoire prend une nouvelle amplitude de sélection qui privilégie les personnes qualifiées et hautement qualifiées.

2.2 L'Espagne, deuxième destination des algériens

Selon le rapport d'observatoire de l'immigration à l'université d'alicante « 63 525 algériens qui résident en Espagne, dont 21,4% à Alicante en 2015 », par rapport à 55 726 algériens en 2008, le rythme a connu certaine augmentation depuis la crise des mobiliers en Espagne 2014, et l'acquisition des mobiliers par les algériens. En effet, l'émigration Algérienne vers l'Espagne est un phénomène assez récent.

2.3 L'Amérique du Nord, troisième destination des algériens

L'émigration des algériens en Amérique du nord (USA, canada) représenté dans deux périodes qui sont :

- La période de 1970 et 1980, et la politique de formation à l'étranger de L'Etat Algérien.
- La période de 1990, la guerre civile que la population algérienne a vécue.

En ce qui concerne sa répartition géographique dans le pays d'accueil, l'émigration Algérienne aux Etats-Unis est essentiellement installée à Boston et au Texas, Mais beaucoup d'algériens vivent aussi à Washington et à New-York. Au Canada, les émigrés algériens sont Très majoritairement installés au Québec qui concentre plus de 80%, et plus précisément à Montréal, la métropole francophone de l'Amérique du Nord.

Tableau 2: La répartition des émigrés algériens par pays d'accueil 2006 :

les pays d'accueils	Effectifs
Allemagne	17 641
Belgique	20 295
Espagne	55 726
France	1 101 253
Italie	22 672
Royaume Unis	14 152
Pays arabe	76 795
Canada	35 000

Etats-Unis	18 000
Autres pays	19 365
Totale	1 398 240

Source : migrations méditerranéennes ; Rapport 2008/2009 ; Consortium pour la Recherche Appliquée sur les Migrations Internationales CARIM ; octobre 2009.

Au total, l'Algérie compte environ 1 400 000 émigrés de nationalité algérienne en 2006 dont 16.4% de personnes qualifiés et hautement qualifiés. Par rapport à la région ANMO (Afrique du Nord et Moyen-Orient), l'Algérie est le troisième pays d'émigration Derrière le Maroc et l'Egypte.

3. L'émigration des cadres ou des compétences algériennes à l'étranger

Le phénomène de l'émigration algérien a pris des nouvelles tendances après l'indépendance du pays, ou d'autres catégories émergent, mais la plus marquante était la catégorie des intellectuelles (ingénieure, enseignant, médecins ...),L'émigration de la catégorie élevé ou formé est une véritable hémorragie pour le pays, Aujourd'hui il y a environ un 500 000 cadres algériens en Europe et en Amérique, dont 40000 à 60000 vient aux États-Unis et au canada, L'Algérie c'est l'un des pays les plus touchés par cette émigration des compétences.¹³

L'Algérie a beaucoup subi vis-vis la fuite des cerveaux à l'étranger, notamment pendant la décennie noir, un nombre des structures Etatique se trouvait sans encadrement en raison de la mobilité massif des cadres qualifiants, selon les chiffres « environ 500000 cadre ont fui le pays a la recherche d'un horizon meilleurs, Ces départs massifs ayant commencé depuis les années 80, ont causé des pertes financières considérables sur le plan des dépenses de formation et de l'apport au PIB de l'Algérie. Ainsi, ces cadres ont fait perdre 105 milliards de dollars à l'Algérie alors qu'ils ont généré une richesse estimée à 465 milliards de dollars pour les pays d'accueil. » Smaïl Goumeziane en 2017.

Tableau 3 : Les emplois occupés en % par les algériens dans les pays d'accueils en 2006

	Canada	Espagne	USA	France	GB	Tunisie	Totale
1	10.6	7.2	-	2.4	30.6	16.3	4.1
2	30.5	0.7	40.5	3.3	3.7	18.7	4.0
3	11.8	3.8	-	11.4	24.1	12.9	11.2
4	12.1	6.3	17.0	14.3	-	8.1	13.7
5	19.1	13.4	20.9	17.2	13.9	9.1	17.1
6	8.7	23.7	-	0.1	6.2	1.8	1.2
7	0.3	31.3	-	26.3	-	10.8	24.9

¹³ Smaïl Goumeziane en 2017

8	5.6	13.1	12.5	0.6	9.2	8.1	1.5
9	1.4	0.1	-	18.9	8.7	13.4	17.3
10	0.1	0.4	5.1	5.4	-	1.0	4.9
Tolat	100	100	100	100	100	100	100

Source : la dimension sociopolitique de la question « migration et développement » en Algérie ; Consortiumpour la Recherche Appliquée sur les Migrations Internationales CARIM ; 2009.

- 1-Membre de l'exécutif et des corps législatif :
- 2- Profession intellectuelle et scientifique
- 3- Profession intermédiaire des sciences physiques et techniques
- 4- Employés de type administratif
- 5-Personnel des services et vendeurs de magasin et de marché
- 6-Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche
- 7-Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal
- 8-Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage
- 9-Ouvriers et employés non qualifiés
- 10-Autres

Section 3 : L'exode des Médecins à l'échelle mondiale, en particulier les médecins Algérien.

L'exode des Médecin Algériens est un nouveau phénomène qui a apparu depuis l'année 70, un nombre considérable de Médecins généralistes et spécialistes qui ont choisi de quitter le pays pour aller exercer à l'étranger, C'est la catégorie des cadres la plus touchés avec la France comme premier pays d'accueil.

L'émigration des médecins est une véritable hémorragie, un phénomène qui coute chère au pays sur différent plans. D'ailleurs, plusieurs études ont cherché à préciser empiriquement le lien entre les indicateurs de santé (l'espérance de vie) et la croissance économique,¹⁴ Un niveau élevé d'espérance de vie a des effets favorables sur le rythme de croissance du PIB (Produit intérieur brut)¹⁵» (philippe Aghion, peter Howitt et Fabrice Murtin 2012)

¹⁴ Document de travail de l'OFIC , THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND GROWTH: WHEN LUCAS MEETS NELSON-PHELPS,NOVEMBER 2009.

¹⁵ Philippe Aghion, peter Howitt et Fabrice Murtin, 2012.

1. L'exode des médecins à l'échelle mondiale :

En effet l'exode international des Médecins est une problématique qui s'inscrit dans les obstacles du pays d'origine.

Il est à rappeler que les mouvements internationaux des Médecins ont pratiquement deux types de flux migratoires, un flux sud-Nord qui se représente par un mouvement migratoire entre un pays en voie de développement vers un pays développé, et un flux Nord-Nord qui se représente par un mouvement migratoire entre un pays développé vers un pays développé.

Les mouvements internationaux de médecins ont fortement augmenté au cours des vingt dernières années et le sens des flux migratoires s'est également modifié. Les pays de Sud enregistrent généralement des soldes migratoires négatifs de médecins.

Tableau 4 : les principaux pays des médecins émigrants :

Pays d'origine	Nombre de Médecins	Taux d'émigration
Inde	55 794	8.0
Allemande	17 214	5.8
Royaume-Uni	17 006	11.3
Philippines	15 859	26.4
China	13 391	1.0
Ex-URSS	11 360	-
Algérie	10793	23.4
Pakistan	10 505	8.3
Canada	9 946	13.0
Iran	8 991	12.9
Viêtnam	7 591	15.2
Afrique du Sud	7 355	17.4
Égypte	7243	15.8
Maroc	6 221	28.0
Cuba	5 911	8.2

Source : Perspectives des migrations internationales, rapport de l'OCDE20077

L'inde et l'Allemagne sont ceux qui envoient le plus de médecins à étranger suivi du Royaume-Uni et du Philippines, l'Algérien n'arrivant qu'en 7^e position.

D'après les donnes du tableau précédent on peut remarquer les deux catégories des flux migratoire Sud-Nord, Nord-Nord, en prenant l'exemple de L'Allemagne et le Royaume-Uni qui appartient aux flux Nord-Nord, par contre L'Algérie dispose un flux migratoire Sud-Nord.

En effet, avec une démographie importante, ces pays ont des capacités de formation médicale proportionnelles à la taille de leur population. ¹⁶En 2004, avec 71 290 médecins vivant à l'étranger, l'Inde est le pays ayant le plus de médecins en dehors de ses frontières. ¹⁷« 18 % des Médecins qui travaillent dans les pays de L'OCDE sont des Médecins né à étrangers » (rapport de L'OCDE en 2018).

La majorité des pays qui se présentent dans le tableau au-dessus enregistrent des taux d'émigration qui dépasse les 35 %, ceux sont les pays qui se situent en Afrique et dans les caraïbes.

Ils s'est avéré que les destinations des médecins à l'échelle internationale dépendent majoritairement du lien culturel et historique ainsi que les politiques migratoires adoptés par les pays d'accueils, en titre d'exemple, les médecins Egyptiens ont généralement la Royaume uni comme pays d'accueils, par contre les Médecins algériens privilégient d'aller en France ou vers d'autre pays Francophone.

Tableau 5 : Les pays de destination des médecins étrangers en 2008.

	Effectifs des Médecins immigrés	% des Médecins immigrés
États-Unis	196 815	24.4
Royaume-Uni	49 780	33.7
France	33 879	16.9
Allemagne	28 494	11.1

¹⁶ Yasser Moullan (University of Oxford, International Migration Institute, Irdes) Les migrations internationales des médecins, impacts et implications politiques, n° 203 - novembre 2014

¹⁷ Le rapport de l'OCDE 2018

Canada	22 860	35.1
Australie	20 452	42.9
Espagne	9 433	7.5

Source : les personnels de santé dans les pays de l'OCDE, rapport de l'OCDE 2008

Selon le tableau ce classement réalisé sur la base de l'effectif des Médecins immigrés, en tête de ce classement, il y a les Etats unis, suivie du Royaume-Uni, France, Allemagne...

L'Australie dispose du plus haut taux de l'immigration des médecins en 2008 qui s'élève à 43% par rapport aux médecins autochtones des pays d'accueil.

Le système de santé Américain a absorbé plus de 196 815 Médecins étrangers qui représente 24,4 % des Médecins globale au Etats-Unis, un chiffre assez important par rapport aux autre pays.

Si on prend tous les Médecins émigrés à l'OCDE le taux de l'émigration remonte à 18.2 % qui représente 400000 Médecins émigrés en valeur absolue.

L'Asie est la première région qui envoie des Médecins à étrangers. En prenant le cas les Etats-Unis, plus de la moitié des Médecins étrangers sont des Médecins d'origines Asiatiques.

Par ailleurs l'Afrique du nord est la première région qui envoie des Médecins en France où plus de 45 % des médecins en France sont des Médecins originaires de cette région.

2. L'exode des médecins algériens dans le monde.

2.1 Aperçu sur l'émigration des médecins algériens

Histoire de l'émigration de Médecin Algérien s'inscrit dans deux périodes consécutives, première période se caractérise par le départ de médecins résident boursier d'Etat à l'étranger, dans le cadre de la politique de formation à l'étranger depuis les années de 70 et 80 ,cette catégorie de Médecins est constituée d'étudiants et des cadres enseignants.la perte subie par la collectivité a commencé quand cette catégorie a choisi de s'installer dans le pays d'accueil après l'achèvement de la formation envisagée.

Deuxième période, est la période de la décennie noire et la détérioration du climat social, ainsi l'insécurité qui régnait durant cette période a une part plus au moins importante dans l'explication de l'émigration des médecins algériens.

2.2 Les principales destinations des médecins Algériens

En dépit des possibilités d'emploi dans les secteurs public et privé, les médecins algériens affichent une forte disposition à l'expatriation. Leur destination privilégiée reste majoritairement la France, pour ¹⁸des raisons historiques, linguistiques et culturelles, un système de formation calqué sur le modèle français, l'existence de conventions inter universitaires... Il y a une minorité de médecins qui s'installent en Belgique, dans les pays du Golfe, aux USA et au Canada.

2.3 Les catégories des médecins algériens migrants

Il existe principalement quatre catégories auquel le Médecin immigrant appartient :

La première catégorie est réservée pour les médecins qui ont été attribués des bourses à l'étranger durant la période 70 et 80 et qu'ont choisi d'exercer dans les pays d'accueils. Le déficit de l'Etat vis-à-vis cette catégorie est très lourde en regard du montant qui est assez grand de cette catégorie.

Deuxième catégorie, sont les Médecins qui ont obtenu leur diplôme de médecins, à leur frais propre et à titre individuel grâce aux visas d'étude, par contre une partie de leur formation effectuée en Algérie.

La troisième catégorie concerne les médecins qui ont achevés leurs études de médecine en Algérie et ayant rejoint les hôpitaux des pays d'accueils dans le cadre de stage de spécialisation ou de recyclage à titre de candidature individuelle et qui ont préféré de s'y installer et de continuer à exercer leur activité dans les pays d'accueils. la perte dans cette catégorie est très considérable.

Quatrième catégorie, réservée pour les Médecins nés en Algérie ou d'origine Algérien de parents nés en Algérie, sont les Médecins qui sont venu jeunes avec leur famille et qui sont scolarisés dans les pays accueils, aucune perte pour l'Algérie concernant cette catégorie.

Section 4 : L'exode des Médecins Algérien en France

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont faibles. Les politiques de santé, le système de santé ont pour objectif de réduire les inégalités de toutes formes. Un ensemble de mesure a été mis par les décideurs de santé au cours de ces dernières années, mais la plus marquante était l'augmentation de l'effectifs de santé et ouvrir les portes pour la main d'œuvre qualifiées pour exercer en France. Un effectifs important des médecins

¹⁸ Ahcène Zehnati, Economiste de la santé et chercheur au CREAD, AOÛT 2018

généraliste, spécialiste qui viennent de différent continent ont décidé d'entrer en France pour s'émigrer, un solde négatif très importants des médecins dans certains pays comme l'Algérie, ce qui prive une grande majorité de leur population à l'accès aux soins de santé élémentaires.

«Si on prend les médecins nés en Algérie exerçant en France, le taux d'émigration est de 23,35% en 2018. Si on s'intéresse uniquement aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins (TOM), ce taux est de 20,13% » (Ahcène zenati, en 2018 ¹⁹)

En 2017, 4812 médecins diplômés d'Algérie et s'inscrit au tableau de l'ordre médecins, une augmentation de 36% par rapport à l'année 2007 qui comptabilisait 3086 médecins.

1. Les effectifs des médecins Algérien en France

Tableau 6: les principaux pays des Médecins immigrants en France 2017

Pays de naissance	2017	2007	Evolution (en points)
ALGERIE	24%	25%	-1,00
MAROC	10,70%	11,50%	- 0,80
ROUMANIE	8,10%	7%	1,10
TUNISIE	7,10%	7,10%	0,00
LIBAN	4,40%	4,40%	0,00
ALLEMAGNE	4%	4,30%	-0,30
VIETNAM	3,30%	3,70%	-0,40
SYRIE	3,30%	3,10%	0,20
BELGIQUE	3,10%	3,20%	0,10
ITALIE	2,90%	2,40%	-0,50

Source : (études longitudinales (2007-2017 Des médecins nés hors de France et des Médecins Diplômes Hors de France page 2) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

¹⁹ AhcèneZehnati ,Economiste de la santé et chercheur au CREAD,alwatan, AOÛT 2018

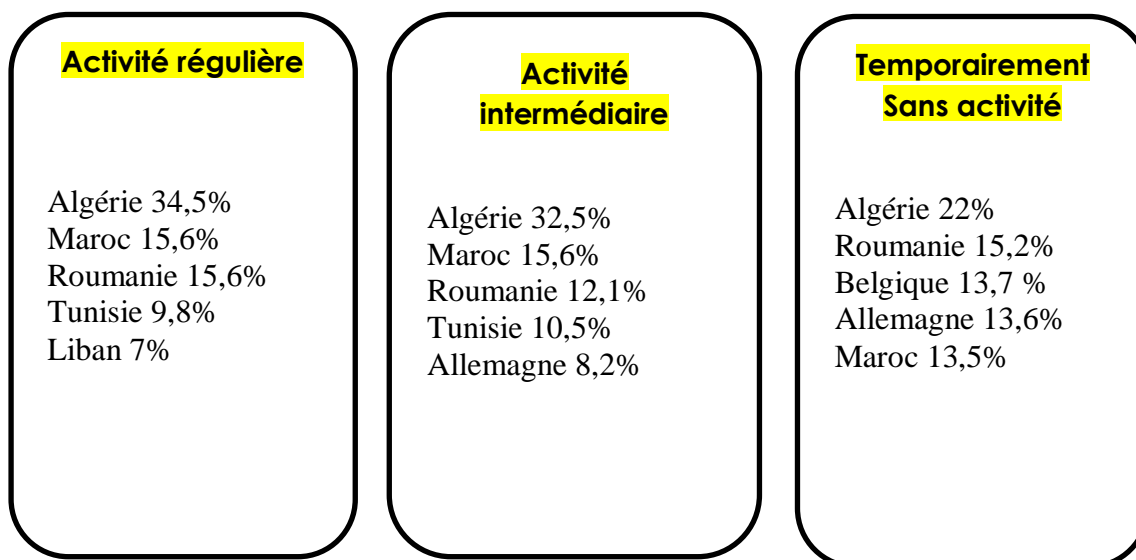
41.8% des médecins étrangers inscrits au tableau de l'ordre des médecins sont nés au « Petit Maghreb » ; ce qui fait référence à 24 % des Médecins étrangers en France sont d'origine Algériens.

L'Algérie détient le plus haut nombre des Médecins émigrant en France dont l'effectif s'élève à 9365 Médecins, Si on prend uniquement aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins.

Une Evolution de -1 % d'effectif inscrit en 2017 par rapport à année 2007, La période 1995-2000 est celle où le phénomène de l'émigration a connu une forte accélération.

2. La répartition des médecins selon les types d'activités

Schéma 2: la répartition des Médecins Etrangers en France selon LE TYPE D'ACTIVITE (Classement Des Cinq Premiers Pays De Naissance)

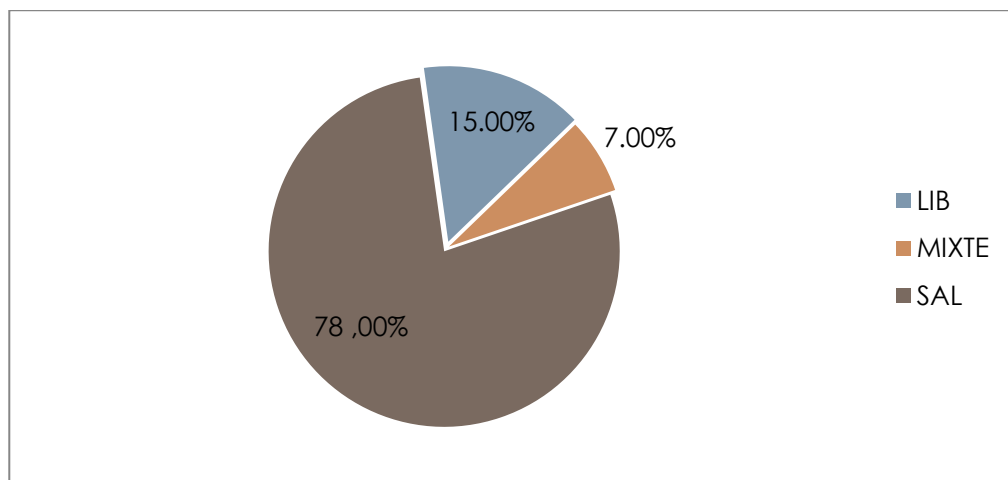


Source : (études longitudinales (2007-2017 Des médecins nés hors de France et des Médecins Diplômes Hors de France, page 06) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

1264 Médecins en France sans activité dont 34.5% sont des Algériens qui se trouvent sans activité, la part des algériens est très élevée par rapport aux autres pays d'origines.

34.5% des Médecins Algériens inscrits au Tableau de l'ordre des Médecins se trouvent en activité régulière et 32.5 % en activité intermédiaire. Des chiffres assez importants par rapport aux autres pays, comme le Maroc et la Roumanie.

Figure 1 : Mode d'Exercices des Médecins Généraliste nés en Algérie exerçant en France d'une manière Régulière.



Source : (études longitudinales (2007-2017 Des médecins nés hors de France et des Médecins Diplômés Hors de France, page 91) Les médecins diplômés d'un pays hors de l'Union Européenne ,CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

53 % des Médecins nés au Maghreb en Activité Régulière exerce dans le secteur libéral et 39 % dans le secteur mixte et 8 % pour l'exercice salarié.

Les médecins diplômés d'Algérie exercent pour plus de la moitié comme salarié. On observe une diminution de l'activité libérale entre 2007 et 2017.

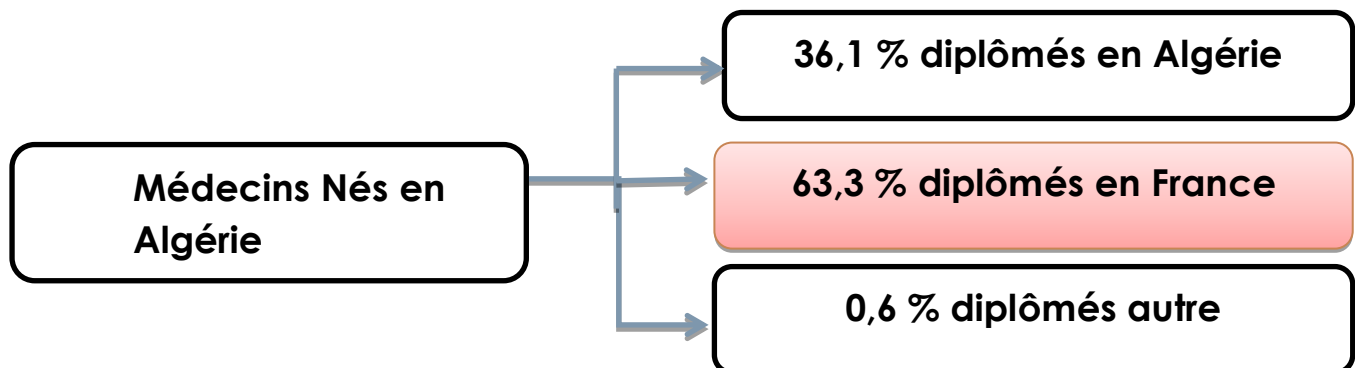
Selon le pays de naissance, on constate que les médecins nés en Tunisie, ²⁰ont tendance à privilégier l'exercice libéral en médecine générale (61.1%). A contrario, les médecins qui sont nés en Algérie semblent plus attirés par l'exercice salarié. Ces tendances sont très similaires à celles observées en 2007.

²⁰ ibid.p14

68% des médecins diplômés d'Algérie exercent dans 4 grandes régions françaises : Ile de France (44%), Auvergne Rhône Alpes (9%), Hauts de France (9%) et Occitanie (6%). Ces médecins exercent majoritairement dans les grands départements.

3. Diversification des parcours et profils Médecin Algérien en France

Schéma 3 : PARCOURS DU MEDECIN GENERALISTE Né EN ALGERIEN



Source: études longitudinales (2007-2017 Des médecins nés hors de France et des Médecins Diplômés Hors de France, page 17) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

Si on se concentre sur les Médecins Généraliste Né en Algérien et diplômés exerçant en France le chiffre augmente jusqu'à 63 %, et 36.1% pour ceux qui sont diplômés en Algérie, et une minorité qui ayant un diplôme de médecin dans d'autre pays.

La majorité des Médecins généraliste né en Algérie, ont obtenu leur diplôme en France.

Tableau 7 : Classement par pays des cinq premières qualifications exercées des médecins inscrits et nés hors de France :

Pays/ Qualification	cardiologie Et maladie vasculaire	chirurgie générale	GYNECOL GIE- OBSTETRI QUE	Médecin de travail	médecins générale	Ophthalmologie	Pédiatrie	psychiatrie	radiodiagnostic Et imagerie Médicale	Totale général
ALGERIE	393	104	139	176	3467	345	341	893	459	6317
ALLEMAGN E	29	26	42	40	571	39	95	97	39	978
Belgique	26	61	46	43	420	36	59	49	94	834
Italie	43	132	47	65	200	49	40	64	71	711
LIBAN	133	83	113	13	505	53	163	67	77	1207

Source : études longitudinales (2007-2017 Des médecins nés hors de France et des Médecins Diplômes Hors de France, page 22) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

54.9% des médecins nés en Algérie ont obtenu une qualification de médecine générale, 14.1 % de psychiatrie, 6.2% de cardiologie et maladies vasculaires, 5.5 % d'ophtalmologie, 5.4% de pédiatrie et 2.2 % de gynécologie obstétrique.

Les médecins de nationalité algérienne sont présents dans l'ensemble des spécialités à l'exception de la Réanimation-Médicale, de la Chirurgie de la face et du cou, Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, de la Chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie viscérale et digestive, de la Gynécologie-médicale, de la Recherche médicale, génétique médicale, Neurochirurgie, la neuro-psychiatrie, l'onco-hématologie, santé publique et médecine sociale.

L'exode des médecins généraliste Algérien représente une part très importante par rapport aux autres spécialités.

Conclusion

Le constat que nous pouvons effectuer par rapport à ce chapitre c'est que le phénomène de l'exode a pris des nouvelles tendances où d'autres catégories émergent, mais la plus marquante reste celle des Médecins, avec la France comme premier pays d'accueil pour des raisons historiques, linguistique, professionnelle et même sociales car ce pays recouvre une communauté assez importante d'émigrés

Cette forte migration des Médecins Algériens en France qui représente 24 % des médecins étranger dont les Médecins généraliste représente un chiffre hyper intéressant, un mouvement massif sud nord qui s'est développé au cours des années 1995 et 2000 nous laisse se poser un tas de question par rapport à la politique de formation des cadres , au cout de cette formation, à la politique de maintien des cadres , de salarisation de réflexion à la politique de santé..... Enfin des questions qui méritent beaucoup d'attentions du côté des responsables politiques pour revaloriser cette catégorie de cadres.

Chapitre 2

La Chronologie de l'exode des cadres de la santé en Algérie

Introduction

L'analyse de l'organisation sanitaire, du fonctionnement et du développement du système de santé algérien nous permet d'analyser le cadre institutionnel, juridique et réglementaire dans lequel évolue l'activité des médecins algériens, elle nous aidera aussi à identifier les carences du système, ainsi des situations insupportables qui ont poussé les médecins algériens à aller à l'étranger pour terminer leurs carrières.

En effet le comportement des professionnels de la santé est fortement influencé par l'environnement immédiat de leur activité et de leur relation avec les autres acteurs du secteur de la santé.

Le système de santé est constitué par un nombre d'aspects qui assurent et facilitent son fonctionnement en particulier le corps humain qui est considéré comme une véritable valeur qui contribue à la satisfaction des besoins de la population en terme de soins. Le développement des ressources humaines notamment le corps des médecins, fut et restera encore longtemps l'axe essentiel des préoccupations des pouvoirs publics.

Un système de santé organise la rencontre entre la demande et l'offre de soins, il s'agit d'un côté de donner les moyens financiers aux individus pour obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie et de pouvoir couvrir les frais provoqués par la maladie. Il s'agit, de l'autre côté, d'organiser la production des soins.

Avec ces considérations que nous avons citées, ils expliquent ainsi, l'intérêt que nous portons à l'étude du système de santé algérien à travers l'étude de son organisation actuelle et comment il s'est développé à travers le temps, par ses ressources humaines et matérielles qu'il recèle, les couts induites par son fonctionnement et le mode de son financement.

Dans ce premier chapitre, nous consacrons la première section à l'identification de l'exode dans l'évolution de système de santé, nous tentons dans la deuxième section à présenter la politique de formation en santé et discuter sur les mesure prise par l'Etat pour remédier le problème de manque cruel de médecins, Dans la troisième section nous allons définir les motifs de l'exode des médecins algérien en regroupant trois facteur essentielles qui promouvoir l'évènement étudié.

Section 1: l'exode dans l'évolution du système de santé

Dans tous les pays ²¹L'évolution des systèmes de santé a une influence sur les formes d'organisation de la profession médicale, soucieuse d'affirmer son monopole sur les soins et l'autonomie de ses pratiques. Le développement rapide des systèmes de santé après la seconde guerre mondiale s'est inscrit dans un contexte particulier, où la croissance économique permet le progrès social qui lui-même nourrit la croissance économique

L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962, nous avons focalisé notre description sur la période après l'indépendance car il y avait une indépendance dans la prise de décision des pouvoirs publics.

²²L'évolution de système national de santé en Algérie après indépendance est représenté par quatre périodes, allant de 1962 jusqu'à nos jours.

1. L'édification progressive d'un système national de santé (1962-1973)

En débutant par la première période de naissance d'un premier système algérien de santé, après indépendance, l'Algérie a hérité un système de santé purement centré sur les soins curatifs accessibles seulement pour les Européens.

Après indépendance l'Algérie disposait de moins 600 médecins dont 50 % algériens²³ pour couvrir les besoins en santé d'une population de 10.5 millions habitants.

Une situation terrible sur le plan social et sanitaire, ce qui mis l'Etat devant l'urgence d'adopter un ensemble de modifications et de mesures pour affronter ces problèmes. La fuite des cadres européens qui étaient implanté et exerçaient en Algérie étaient un problème très sérieux car plusieurs structures

²¹ Bruno palier, La réforme des systèmes de santé :le développement des systèmes de santé,2012,p.7-8

²² Selon le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalier, décembre 2015

²³OMS : Plan d'action biennal de coopération entre L'ALGERIE ET L'OMS 2001.

1.1 Coopération et faiblesse de taux d'exode :

De 1962 jusqu'à la fin des années 1980, le système de santé algérien a connu le phénomène d'immigration de médecins étrangers en Algérie, des médecins que l'Algérie a fait appel pour combler le manque de médecins au lendemain de l'Indépendance, pour contribuer à l'effort de formation et ensuite pour assurer l'accès aux soins de santé de la population dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé publique.

Une coopération internationale essentiellement en provenance des pays socialistes et de l'Égypte qui était rapidement instaurée, quelques professeurs agrégés de nationalité française restaient affectés dans le CHU d'Alger dans le cadre de la formation. ²⁴Le chiffre global de cette coopération était de 937 médecins en 1962.

Des 2500 médecins dont 285 algériens que l'Algérie comptait avant 1962 il n'en restait plus que 600 au moment de l'indépendance, dont le nombre de spécialistes n'excédait pas une vingtaine.

La faculté d'Alger sera le premier et unique pilier de la formation après l'indépendance qui sera concrétisée grâce à la contribution d'une poignée de professeurs algériens et d'autres praticiens acceptant de s'intégrer dans le cadre formateur, ainsi qu'au concours de professeurs français volontaires recrutés dans le cadre de la coopération technique. Le rappel des étudiants algériens en médecine inscrits dans les facultés françaises allait donner l'impulsion définitive, en renforçant l'activité des structures hospitalo-universitaires.

Mais, malgré les efforts accomplis, la formation restait largement insuffisante. Le nombre de médecins formés entre 1962 et 1971 a atteint seulement 315 médecins alors que le nombre d'enseignants confirmés dépassent à peine une centaine de toutes catégories et spécialités confondues ; par conséquent, l'écart risquait de se creuser davantage entre besoins et moyens en raison de la démographie galopante.

²⁴séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne ; ministère de la santé, Alger /7/8 Avril 83

de santé se trouvaient sans couverture médicale ce qui a poussé l'Etat de faire appeler les praticiens cubains, russes...afin d'encadrer les structures fermés en raison de la fuite massive des cadre européens.

1.2 La politique de formation de 1973

La politique soutenue de formation initiée par l'Etat depuis la réforme des études médicales de 1973, Cette politique vise initialement à combler le manque considérable de médecins enregistré au lendemain de l'indépendance suite au départ massif des médecins français et au nombre réduit de médecins autochtone.

2. le code de santé publique et les premiers ajustements (1974-1989)

En 1974, l'accès aux soins dans les structures publiques de santé a été institué et la constitution de 1976 intègre le principe de gratuité. L'Etat devient alors l'organisateur direct des activités de soins et du financement des dépenses²⁵ . Cependant, tous les moyens mis à la disposition de la santé publique n'ont Pas abouti aux résultats espérés, ceci bien avant la survenue de la crise économique et de l'application des réformes imposées par le FMI.

Dans cette période les prix du pétrole ont augmenté (chocs pétroliers de 1973Et 79), une aisance financière pour financer le secteur de la santé jusqu'à 1986, ce qui permet à l'État d'augmenter les budgets alloués au financement de secteur de santé, ainsi qu'une augmentation relative des effectifs en santé.

2.1 Les mesures prise par Etat

Trois plans du développement ont été produits, le plan quadriennal 1974 – 1977 et deux premiers plans quinquennaux 1980- 1984 et 1985-1989, l'objectif principal de ces plans étaient basé sur la réalisation d'infrastructure de soins et de la formation pour réduire les disparités de la couverture des infrastructures.

Cette réorganisation du système de soins se caractérise par :

- une unification des services de soins,
- une hiérarchisation du système de soins.

²⁵ Oufriha F.Z. : La difficile restructuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? In Cahiers du CREAD n° 35/36, 3ème et 4ème trimestre 1993. PP. 7 à 58.

Cependant l'ensemble de ces mesures a eu un impact contradictoire²⁶ :

- positif : sur la santé globale de la population, notamment grâce à une meilleure accessibilité du public aux prestations de soins.
- négatif : la fermeture de la majorité des cabinets médicaux privés des hospitalo-universitaires et leur départ des centres médico-sociaux alors que les unités de soins de base (polyclinique, centre de santé) étaient quasiment inexistantes dans les grandes villes. Ce qui a provoqué un rush de la population vers les CHU.

L'apport de la coopération internationale reste important, elle constitue encore le support essentiel des structures publiques à l'intérieur du pays. En tenant compte de cette coopération l'indice global²⁷ était d'un médecin pour 1745habitants en 1984

Le taux de réalisation des infrastructures hospitalières a été le plus élevé (57%), alors que celui des structures décentralisées est de l'ordre de 20%. Par contre, la part du budget du secteur sanitaire consacrée aux polycliniques et centres de santé est dérisoire.

Tableau 8 : Réalisations d'infrastructures sanitaires 1980-1984

	Hôpitaux Nombre de (lits)	Polycliniques	Centres de santé	Maternités
Programmées	18 800	656	717	144
Réalisées	10 740	130	276	30
%	57%	20%	38,5%	26%

Source : M.S.P.R.H, dans article de réforme en santé évolution et perspective publié en 2015.

Les livraisons d'infrastructures prévues pour 1985 étaient importantes, cependant le système de soins se trouve déséquilibré car les structures hospitalières ont été élargies (26 hôpitaux) au détriment des structures légères et des objectifs sanitaires affichés par le M.S.P.

²⁶ Ouchefoun A., Hamouda D. : Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie. In Cahiers du CREAD n° 35/36, 3ème et 4ème trimestre 1993. P. 69.

²⁷ séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne ; ministère de la santé, Alger /7/8 Avril 83

3. les deux premiers textes de réforme (1990 – 1999)

Une période un peu spéciale par rapport aux autres périodes que nous avons citées à cause de insécurité du pays (la décennie noire) et encore une crise financière qu'elle a ralenti l'effort de l'investissement au différent secteur y compris le secteur de la santé.

Tableau 9 : les crises et leurs effets sur le système de santé

financement	Social	Epidémiologique
1986: Crise financière et Ajustements structurels majeurs.	1991: crise sociale (tragédie Nationale)	Transition Epidémiologique Incidence sans cesse croissante des MNT
<ul style="list-style-type: none"> - Ralentissement des premiers programmes d'investissement remettant en partie en cause la réduction des disparités de couverture sanitaire. - Les grandes entreprises se délestent de leurs structures de santé parapubliques 	<ul style="list-style-type: none"> – départ massif des cadres de la santé à l'étranger. – Forte demande en soins alors que les budgets stagnent – Fermeture de certaines structures en raison de l'insécurité – Le système de formation universitaire souffre. 	

Source : M.S.P.R.H, dans article de réforme en santé évolution et perspective publié en 2015

Dans les années 1980, l'économie algérienne a connu des difficultés importantes. En effet, le contre-choc pétrolier de 1986 a porté un coup dur à une économie quasiment rentière, c'est la période des plans anti-pénurie et de stabilisation. Aux débuts des années 1990, l'Algérie a engagé des réformes structurelles concrétisant ainsi le passage à l'économie de marché. parmi ces réformes engagés, les réformes du système de santé et les réformes de la sécurité sociale tenues le

4, jusqu'à 6 décembre 1990, dont l'essentiel des recommandations va conserver la bonne gouvernance hospitalière et la maîtrise voire la réduction des coûts de santé.

La conférence nationale s'est particulièrement intéressée aux points suivants cités dans le tableau 10

Tableau 10 : les principaux points de sortie, de la conférence nationale sur la Réforme du système de santé et de la sécurité sociale

La Bonne gouvernance hospitalière	La maîtrise et la réduction des coûts de santé
<ul style="list-style-type: none"> - rétablissements des instruments de gestion. Institutionnalisation du projet d'établissement. - la hiérarchisation des soins et à la normalisation des activités. - consensus diagnostiques et thérapeutiques. - système d'information sanitaire. - la mise en œuvre de conventions entre le secteur public et le secteur privé de santé. - la répartition rationnelle et équitable des moyens humains et matériels et l'harmonisation des régimes du service national et du service civil. - la valorisation des situations socio professionnelles et salariales des personnels de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - statuts, mode de gestion et financement des établissements publics de santé. (hôpital entreprise avec un statut spécifique). - la mise en place d'un système d'évaluation et de contrôle interne et créer une agence d'audit et d'évaluation externe des structures de santé. - la rentabilisation des investissements infrastructurels et matériels existants - financement des activités en substitution du financement de structure.

Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalier, décembre 2015

Et pour appliquer ces engagements un ensemble de mesures ont été prises dans différents niveaux pour préparer les milieux d'application.

Formation

- Formation des gestionnaires aux nouvelles méthodes de gestion Médicaments.
- Mise en œuvre de post graduation spécialisés en sciences médicales (CES) par DE n°97-291 de 1997 (CES urgences, transfusion sanguine, épidémiologie et hygiène hospitalière, diabétologie, santé scolaire...)

- Création d'un module de gestion de la pharmacie hospitalière dans la formation graduée des pharmaciens

Médicaments

- Promotion de la production nationale de médicaments
- Amélioration des réseaux d'approvisionnement et de distribution
- Développement de la consommation du générique.
- Consolidation des activités de contrôle des médicaments

Contractualisation

- la loi de finances 1992.

Temps complémentaire et service civil autorisés par la loi 98-08

3.1 La crise sociale de 1991 et l'amplification de l'exode des médecins algériens

La détérioration du climat social et l'insécurité qui régnait durant la décennie noire constituent entre autre des facteurs complémentaires ayant une part plus ou moins importante dans l'explication de l'exode des médecins algériens.

Si nous considérons l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins français pendant la période allant de 1990 jusqu'à 2010, nous remarquons qu'il y a une certaine augmentation des effectifs des médecins algériens immigré en France, cette augmentation est justifié par la crise sociale qui été produite en Algérie.

Tableau 11 : Evolution de nombre de médecins de nationalité algérienne inscrits au

Tableau de l'ordre des médecins français (1990-2010)

Année	1990	1995	2000	2007	2010
Effectifs	70	82	693	985	977

Source : Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France ; OCDE ; 01/11/2008
2007et 2010 base de données de conseil national de l'ordre des médecins français.

4. La période 1999 –à nos jours

Le système national de santé semble faire, aujourd'hui, l'unanimité contre lui, aussi bien de la part des usagers que de la part des professionnels de soins. Ces critiques fondées portent aussi bien sur

des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade et aux dysfonctionnements des unités de soins que sur leurs résultats et objectifs²⁸.

4.1 L'organisation institutionnelle actuelle de système de santé algérien

L'organisation actuelle du système national de santé se caractérise par sa Centralisation et sa forme pyramidale de trois niveaux opérationnels, composé d'entités ayant Des missions bien précises de planification, de coordination et d'exécution de la politique de Santé, en fonction de leur position dans la hiérarchie de système.

5 Le financement du système de santé en Algérie

Avant 1974, Le Financement De La Santé Provient ²⁹Pour 60% De L'Etat Pour La Prise En Charge des Plus Démunis De La Population, 30% Par La Caisse De Sécurité Sociale Pour Leurs Affiliés Et 10% Par Les Usagers Eux-mêmes.

Après 1974, Les financeurs du système de Santé, sont l'Etat, Les collectivités locales de 1970 à 1979, La sécurité sociale, La Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) de 1980 à 1981 Et Les Usagers Qui Contribuent depuis 1975, d'une Manière Symbolique Au financement des frais de consultation et de séjour en milieu hospitalier.

D'autres organismes nationaux participent au Financement de la Santé, notamment les départements ministériels participant aux activités de préventions générales, les mutuelles sociales fournissant à Leurs adhérents des Prestations de santé et les entreprises nationales par a Création de leurs centres médicaux sociaux Au profit de leur personnel.

Concernant le secteur privé de santé, les Soins y sont payants, Les Assurés sociaux et leurs ayant-droits bénéficient du remboursement de La sécurité sociale sur la base d'une tarification de 1987. Sur La Base Des Informations suscitées, La dépense nationale de santé regroupe les dépenses de Fonctionnement Et d'investissement destinées au secteur de la santé et qui sont à la Charge de l'Etat, des organismes de Sécurité Sociale, des usagers, des Entreprises Privées et des mutuelles Sociales.

²⁸ Rapport ,ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalier, décembre 2015

²⁹ Mohand Boulahrik ,Financement de Système de Santé Algérien ,

Avec une dépense nationale de santé de 6.6% du produit intérieur brut au titre de l'année 2014, L'Algérie Se Situe Au-dessous Des Taux Des Pays Européens Et Nettement Au-dessus des Ressources Allouées à La Santé Dans Les Pays Sous-développés. Le Montant De La Dépense Nationale De Santé De L'Algérie Va En S'accroissant dans les Années à venir car ce sont beaucoup de facteurs qui le prouvent.

L'évolution des dépenses de santé prises en charge par l'Etat, les Organismes de sécurité sociale et les ménages (ressources accessoires) de 2005 à 2015 se présente comme suit :

Tableau 12 : Dépenses nationales de santé par sources de financement (En 10 ans)

Année	Etat	CNAS	Remboursement CNAS	Autres ressource	Reliquat	Total
2005	61695031	35000000	407500	800000	2810720	100713251
%	61.26	34.74	0.4	0.8	2.8	100
2006	73468310	35000000	300000	800000	1793520	111361830
%	65.97	31.43	0.27	0.72	1.61	100
2007	106660946	35000000	300000	800000	1177980	143938026
%	74.1	24.31	0.21	0.55	0.82	100
2008	151471267	38000000	300000	800000	3319520	193890787
%	78.12	19.61	0.15	0.41	1.71	100
2009	173220480	38000000	300000	800000	143520	212464000
%	81.25	17.09	0.14	0.37	0.07	100
2010	197232583	38000000	300000	800000	614379	236946962
%	83.24	16.03	0.13	0.43	0.26	100
2011	363948093	38000000	300000	800000	5442320	408490413
%	89.10	9.30	0.07	0.20	1.33	100
2012	360340296	48129410	300000	800000	26700000	436269706
%	82.60	11.03	0.07	0.18	6.12	100
2013	308411172	49629410	-	1100000	14660000	373800582
%	82.51	13.28	-	0.29	3.92	100
2014	307796476	57818524	-	1100000	8000000	374715000
%	82.14	15.43	-	0.3	2.13	100
2015	315898086	65219092	-	1100000	14000000	396217178

%	79.73	16.46	-	0.28	3.53	100
---	-------	-------	---	------	------	-----

Source : à partir des données de MSPRH

Le financement de secteur de santé a connu une certaine augmentation à partir des années 2005, cette situation s'explique par les dépenses d'investissements engagées par l'Etat, suite à l'augmentation des prix de pétrole 2004.

6. Les déferents problèmes de système de santé au cours de dernières années (justifiant en partie l'exode)

6.1 Le disfonctionnement dans l'offre de soins :

- Les polycliniques et les salles de soins, devant couvrir les besoins de prévention et de soins de base, ne répondent pas toujours à leurs missions.³⁰
- Aussi, les populations s'orientent vers les structures d'un niveau supérieur (EPH, EHS, CHU) d'où une confusion, entre les structures en charge de la prévention et des soins de Base et les structures d'hospitalisation, ne permettant pas d'identifier les centres de coûts respectifs.
- De même en matière de qualité des prestations, les paramètres les plus significatifs à l'origine de l'insatisfaction des usagers mais aussi de la démobilisation des personnels de santé.

6.2 Le mauvais accueil des usagers, des problèmes d'information et de communication.

L'expérience menée avec la création des EPH et EPSP, instaurée par le décret 07-140 du 19 mai 2007 a fortement mené vers une confusion dans la manière de servir les usagers du service public de santé.

- Le malade se retrouve totalement désorienté passant d'une structure à une autre sans une prise en charge correcte.
- Dans pareil cas, les soins préventifs et les activités de santé deviennent des actions isolées, non intégrées dans un système où la coordination est une exigence et un élément de réussite.

6.3 Le Désert médical

Le pays est cependant confronté à un défi majeur de santé publique lié aux fortes inégalités territoriales en matière de santé des populations et de répartition de l'offre de soins. Il existe, en

³⁰ Pr. L. ABID DGSSRH - MSPRH ,organisation actuelle du système de santé et perspectives ,page 18,

effet, des zones sous médicalisées dans lesquelles les citoyens éprouvent des difficultés à accéder aux soins dans des conditions de proximité et de délais satisfaisantes.

Le désert médical désigne la fuite de capitale humaine vers d'autre horizon, ce qui va amener à un arrêt de service manquant de capitale humaine formée en la matière pour couvrir le service, ce problème existe dans les établissements de santé publique.

Selon le ministre de santé « *le service civile est le seul moyen garantissant la couverture globale pour l'ensemble des citoyens* » (ministère de santé, 2018)

L'Etat a mis le service civil dans le but de combler les disparités sanitaire qui existent dans quelques régions tel que les zones des hauts plateaux et les zones du sud.

En effet, L'implantation de la couverture sanitaire en Algérie dépend majoritairement de la répartition géographique de la population, et parmi les zones les plus touchés par le désert médical, il les y les zones des Hauts Plateaux et du Sud.

En dépit de l'ensemble des motivations salariales (indemnité géographique de zone...) donné par le gouvernement à l'ensemble des professionnels de santé le problème est toujours présent.

Par ailleurs, la destination privilégiée des professionnels reste le nord du pays en raison de la prospérité et le développement de cette zone par rapport au sud qui est une zone légèrement moins active.

Après une analyse de l'offre de soins dans les différentes régions du pays, tant dans le secteur public que dans le secteur libéral, l'Etat a mis un ensemble des mesures à prendre pour y remédier le système afin de confronter le désert médical.

Les solutions proposées par les pouvoirs publics étaient comme suit :

- Appel à la coopération médicale étrangère et ce dès l'indépendance su pays.
- Augmentation de la formation tant des médecins généralistes que des spécialiste.
- Ouverture récemment de 3 facultés de médecine dans le sud : Bechar, Laghouat, Ouargla.
- Service civil obligatoire pour les médecins spécialistes de durée variable selon les régions (1 à 4 ans)
- Jumelage entre les hôpitaux universitaire et les hôpitaux du sud et des hauts-Plateaux.

6.4 La grève des médecins résidents

En 2018, une grève de six mois des médecins résidents pour réclamer de meilleures conditions de travail avait paralysé le secteur de la santé.

La non satisfaction des revendications par le gouvernement a accéléré leur départ vers des cliniques privées du pays et à l'étranger.

La grève a provoqué une grande perturbation dans nombre d'établissements hospitaliers, allant jusqu'à la paralysie dans certaines spécialités, à l'instar de la chirurgie, où des interventions chirurgicales ont été reportées et parfois annulées.

Section 2: (Numerus clausus) et politique de formation des cadres de santé en Algérie

La politique de formation change d'un pays à l'autre, elle varie selon le système de santé adopté dans un pays. L'effectif des professionnels de santé à former dans le système de santé dépend du nombre des places disponibles dans les établissements publics de santé, et souvent par rapport à la demande de santé présente dans un territoire donné.

En prenant l'exemple du système français, le nombre des effectifs à former chaque année est limité par le principe de (Numerus clausus), les études de santé (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmière, masseur-kinésithérapeute...) sont réglementées et sont soumises à un numerus clausus. Le numerus clausus est fixé par arrêté signé par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, alors qu'en Algérie ce n'est pas le cas l'effectifs des professionnels de la santé formés est totalement ouvert en regard de la mobilité massif des cadres vers le secteurs privé d'une part et d'autre part une mobilité vers l'étranger , dans lequel les médecins, pharmaciens, chirurgien-dentiste sont motivés pour plusieurs raisons d'aller vers le privé ou à l'étranger et quitter le secteur public.

Depuis 1962, l'Algérie a conservé sa politique de gratuité de l'enseignement pour tous les niveaux y compris la formation en santé.

L'Algérie a beaucoup subi par rapport au secteur de la santé en matière de manque d'effectifs de cadres, des situations délicates ont été produites qu'on peut distinguer en deux périodes :

Premièrement après l'indépendance de l'Algérie et la fuite des cadres européens qui ont été implantés et exerçant en Algérie, plusieurs structures de santé se trouvaient sans couverture médicale ce qui a poussé l'Etat de faire appeler les praticiens des pays socialistes et arabes afin d'encadrer les structures fermées en raison de la fuite massive des cadres européennes.

Deuxièmement la période de la décennie noire le même scénario se répète mais cette fois-ci avec le départ des praticiens algériens en raison de la non sécurité dans le pays.

Le tableau suivant représente l'évolution des effectifs des médecins en Algérie pendant la période 1962-1972

Tableau 12 : évolution des effectifs des médecins en Algérie entre 1962- 1972

Année	Médecins Algériens	Médecins Etrangers	Total	% Médecins Etrangers
1962	342	937	1279	73
1963	285	1034	1319	78
1964	288	1013	1301	77
1965	304	1115	1419	78
1966	364	992	1356	73
1967	417	1036	1453	71
1968	461	1152	1613	71
1969	519	1179	1698	69
1970	611	1149	1760	65
1971	696	1189	1885	63
1972	784	1201	1985	60

Source : séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne ; ministère de la santé, Alger /7/8 Avril 83

Face à cette situation de manque de médecins, l'Algérie a été obligée de faire preuve de pragmatisme en utilisant au mieux le volontarisme et le dévouement du personnel médical et paramédical existant, de remettre en fonctionnement la faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger, de former sur le tas le personnel d'encadrement et de gestion administrative et de faire appel à la coopération . En 1963, la proportion des médecins étrangers Représente 78% du total des médecins en activité en Algérie. Dix ans plus tard cette proportion a connu une baisse, mais reste toutefois très importante pour atteindre 60.50%.

L'Algérie est parvenue à former nombre considérable de médecins, grâce au vaste Programme de formation qu'elle a lancé depuis la mise en place de la réforme des études Médicales en 1971. Ce programme avait pour objectif de combler le manque de médecins au lendemain de l'indépendance suite au départ massif des médecins français et le nombre Insuffisant de médecins algériens qui avoisine 285 médecins, qui ont eu le privilège D'accéder à la faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger qui était d'ailleurs la seule faculté de médecine que l'Algérie possédait jusqu'au milieu des années 1970.

Le lancement de ce programme de formation a permis pour l'Algérie d'augmenter de Façon très remarquable le nombre de médecins formés. En effet, l'Algérie a formé plus de 50000 médecins ; dont 11282 spécialistes et 19901 généraliste sont en activité en 2006 ; le Secteur privé attire 31% de total des médecins, 52.41% des médecins spécialistes et 33.04% Des médecins généralistes. Cet effort de formation n'as pas permet de satisfaire pleinement la forte demande de soins de santé de la population algérienne en particulier durant la période allant de 1962 jusqu'à la fin des années 1980. Cette incapacité de résoudre le déséquilibre entre l'offre et la demande de médecins a été légèrement atténuée grâce à l'apport de médecins étrangers de certains pays, cette situation a fait de l'Algérie un pays d'immigration des médecins dans le monde durant cette époque.

Tableau 13 : L'évolution des effectifs des médecins en Algérie entre 1973-1988

Année	Médecins Algériens	Médecins étrangers	Total	% des médecins Étrangers
1973	1241	1226	2467	49
1974	1425	1247	2672	46
1975	1820	1392	3212	43
1976	2427	1448	3875	37
1977	3026	1295	4321	29
1978	2726	1295	4021	32
1979	3156	1752	4908	35
1982	7410	2568	9878	25
1983	8250	3188	11438	27
1984	9336	3026	12361	24

1985	11170	2000	13170	15
1986	13404	1965	15369	12
1987	15949	1811	17760	10
1988	18683	1131	19814	05

Source : séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne ; ministère de la santé, Alger /7/8 Avril 83. De 1983 à 1988 : La dynamique du système de santé Algérien: Bilan perspectives ;BrahimBrahamia ; (1991).

En 1979, on dénombre 3156 médecins de nationalité algérienne et 1752 médecins Étrangers, soit un total de 6081 médecins assurant une couverture médicale d'un médecin pour 2960 habitants. En 1982 le corps Médical Algérien se compose de 7410 médecins, soit une progression de 2166% par rapport à 1962.

Tableau 14 : évolution des effectifs des médecins en Algérie entre 1989-2008

Année	Effectifs
1989	-
1990	19 487
1991	-
1992	21 378
1993	22 202
1994	-
1995	24 166
1996	27 652
1997	28 344
1998	29 970
1999	30 962
2000	32 332
2001	33 654
2002	35 368
2003	36 347
2004	37 720
2006	39 938
2008	40 857

Source : 1996 à 2006 bases de données de ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

1990,1992et 1995 : NOUARA KAÏD ; Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants 2008 OMS; « Statistiques sanitaires mondiales 2012»

Actuellement l'Algérie met en avant la formation en santé car cette dernière constitue un pilier du système national qui est destiné à appliquer la politique de santé en Algérie. En effet la mission de formation des professionnels de la santé dont le pays a besoin a un double objectif :

- Assurer une prise en charge totale, permanente et quantitative de la santé des citoyens malades.
- Protéger les citoyens sains de la maladie.

Cette formation doit concerner l'ensemble des personnels de santé qui gravitent autour du malade et contribuent à sa prise en charge médicale.

Ce sont les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les psychologues, le personnel paramédical dans toutes ses composantes (Infirmiers, infirmières, Orthophoniste, Rééducateurs, Prothésiste Dentaire, Préparateurs en Pharmacie) et bien d'autres qui sont concernés par l'actualisation et la mise à niveau de leurs connaissances.

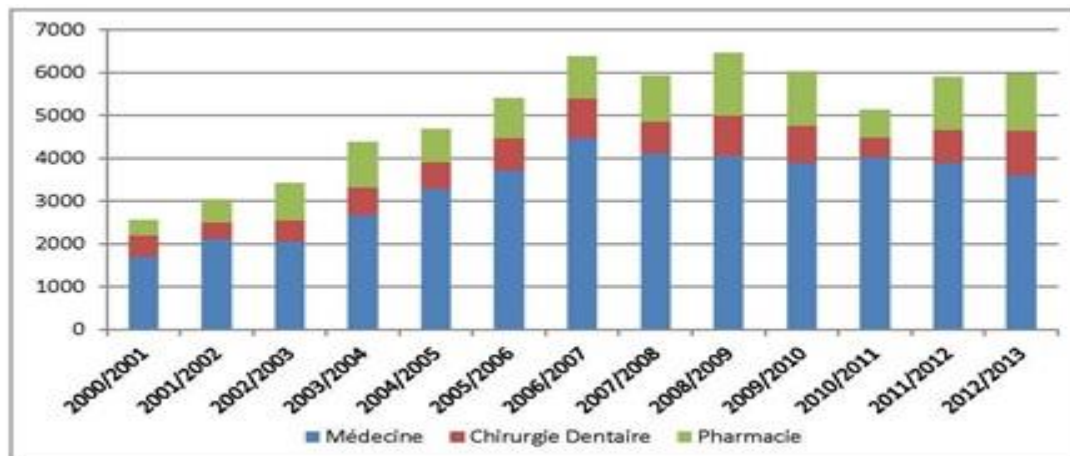
Le tableau suivant représente l'évolution des indices de la couverture médicale depuis l'indépendance jusqu'à 2010.

Tableau 15 : Évolution de l'indice de couverture médicale (Nombre d'habitants pour 1 praticien)

Années	Effectif des Médecins	Nombre N'habitants /Médecins	Effectifs des pharmacies	Nombre habitants/ 1dentistes	Effectif des chirurgiens -dentistes	Nombre d'habitants /1 dentiste
1963	1319	7 922	204	51 225	151	69 205
1972	1985	7 139	354	40 031	308	46 010
1982	9 916	2 005	1175	16 922	2 144	9 274
1992	25 304	1 038	2 984	8 804	7 833	3 354
2002	35 368	887	5 198	6 033	8 618	3 639
2010	56 209	640	9 081	3 962	11 633	3 093

Source : ONS, Rétrospectives statistiques 1962-2011.

Il convient toutefois de signaler qu'en dépit des conditions très sélectives d'accès aux études de médecine, le tableau n° 07 nous renseigne sur la tendance ascendante des effectifs des étudiants en médecine, pharmacie et chirurgie dentaire, mais elle reste relativement importante au regard des ratios de couverture en médecins et pharmaciens déjà satisfaisants.

Figure 2: Evolution des effectifs de diplômés de graduation en sciences médicales

Source des données MESRS/DDP/SDPP/Annuaire.

D'après le **Tableau 15** En Algérie, on comptait en 1962 moins de 350 médecins pour une population estimée alors à plus de 10 millions d'habitants ; soit les ratios d'1 médecin pour 25 463 habitants et 1 chirurgien-dentiste pour 72 848 habitants. En 2010, on compte 1 médecin généraliste pour 640 habitants, 1 médecin spécialiste pour 1700 habitants et 1 dentiste pour 3093 habitants. Il existe toutefois de grandes disparités entre les régions ; on compte, à titre illustratif, 1 médecin généraliste pour 2103 habitants à Adrar et 1 médecin pour 494 habitants à Oran.

En 2006, la part du budget allouée pour la formation y compris les rémunérations des résidents représente 2,33% du budget de fonctionnement.³¹

1 Les structures en charge de la formation des professionnels de la santé en algérien

Elles sont multiples et relèvent pour la plupart du Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalier.³²

Ainsi à côté des 14 facultés de médecine relevant du Ministère de L'enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique Chargées de la formation des Médecins , des Pharmaciens et des chirurgies dentistes dont le pays a besoin , nous disposons :

- D'une Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé (ENMAS).
- D'un institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale (INFPF).

³¹ Base de données de ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

³² Colloque international sur les politique de santé –Alger 18 et 19 Janvier 2014

- De 25 instituts Nationaux Supérieurs de Formation Paramédicale.
- De 3 instituts Nationaux Supérieures des sages-femmes.
- D'une Ecole Paramédicale a Laghouat.
- De 07 Instituts de formation Paramédicale
- Et de 564 Structures de Santé répartie ainsi
 - * 14 Centres Hospitalo-universitaires (CHU)
 - * 194 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)
 - * 76 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS)
 - * 27 Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)
 - * 08 Etablissements Hospitalier (EH)
 - * 01 Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU d'ORAN)
 - * Des classes annexes au niveau des hôpitaux réservées à la formation d'Aides-Soignants

Ces instituts, ces Ecoles et ces classes annexes ont une capacité théorique pédagogique de 24403 places pédagogique et d'hébergement de 6731 lits sachant que les classes annexes prennent en charge les élèves locaux (régime de l'externat).

2 Evaluation de la formation au cours de dernières années

De tous les instruments de mesure, les données chiffrées restent les plus objectives, les plus significatives pour l'évaluation d'un plan de formation contribuant au développement du secteur de la santé.

Ainsi, au cours de la décennie 2004 -2013, ces instituts et écoles ont formé 52003 agents paramédicaux. Dans ce chiffre global, les paramédicaux diplômés d'Etat représentent la moitié des effectifs Formés (25372).

Les sages-femmes sont au nombre de 4562 et les AMAR au nombre de 2789 , au cours de le même période 18595 aide soignants ont été formés

2.1 Formation pour les étrangers :

193 diplômés ont été délivrés aux étudiants de 16 pays amis en particulier d'Afrique de 2004 à 2013

2.2 Formation pour l'obtention d'un certificat d'études spécialisées en sciences médicales CES

Il s'agit d'une formation ³³complémentaire certifiante (et non diplômante) destinée aux médecins généraliste pour l'acquisition d'une compétence dans une spécialité qui fait défaut dans notre pays (exemple des urgentistes et dans médecins catastrophe)

³⁴902 Médecins généralistes provenant de nos structures de santé publique ont bénéficié de cette formation dans 12 spécialités en particulier dans la médecine d'urgence et dans la transfusion sanguine pour les différents centres de transfusion sanguine (CTS) érigés et les postes de transfusion sanguine existant à travers le pays.

Section 3 : Les motifs de l'exode des médecins algériens

Le phénomène de l'exode des médecins algériens est l'issue d'un ensemble des problèmes et facteurs tel que des facteurs induits par le système de santé, et des facteurs induites par l'environnement socio-économique, ainsi des facteurs externes qui promouvoir le départ avec les politique de l'émigration professionnelle des pays d'accueils, que on les considère comme des facteurs d'appels.

1 Les facteurs induits par le système

1.1 L'Obligations de l'Etat vis-à-vis les médecins

Le parcours de praticiens médicaux de santé en algérien est différent de celui à étranger, dont les praticiens médicaux de santé algériens confrontent aujourd'hui à un nombre défis après l'achèvement de leurs formations, pour qu'ils puissent exercer librement dans n'importe quel secteur.

Une fois le médecin spécialiste résident achève sa formation en médecine, il est tenu d'exercer obligatoirement dans le secteur public, il s'agit d'une obligation instituée par un dispositif législatif qui a pour objectif de répartir les potentialités humaines qualifiées à travers le territoire

³³ Colloque international sur les politique de santé –Alger 18 et 19 Janvier 2014

³⁴ Bases de données de ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ,2014

national, l'affectation des médecins spécialistes faite par rapport à son choix ,Pour ce qui est de la durée du service civil, le champ reste ouvert pour la révision de sa durée en fonction des régions dans lequel est affecté.

Les diplômés des études en médecine sont récupérés après l'acquittement de service civil.

En plus du service civil les praticiens recourent à un service militaire pour les hommes praticiens durant 1 ans.

1.2 Le burnout

Bien que les taux de prévalence de burnout des praticiens de santé en Algérie ne soient pas bien établis, un malaise indésirable se fait ressentir des praticiens, l'épuisement professionnel est existé d'une façon très grave dans le système de santé algérien.

Des études, ont confirmé que les médecins sont bien plus touchés par le burnout que, les aide soignants ou d'autre catégorie³⁵.

Le burnout de praticiens de santé a une relation significative sur l'explication de phénomène de l'exode des praticiens, il provient parfois de l'entourage professionnel, cependant in soumettent leurs salariés à des conditions précaires comme la suractivité, les heures supplémentaires non rémunérées, le concept de pointage, la surcharge dans les bureaux,

En titre d'exemple, l'acquittement de secteur public par le médecin engendre une surcharge pour les autres médecins, une fois le médecin exerçant dans le secteur public quitte le service, un manque de couverture va se créer pour les autres médecins exerçant dans le même établissement, ce qui va amener à une situation de surcharge pour les autres médecins.

Une autre étude récemment publiée suggère que la surcharge de travail pour les médecins affecter d'une façon périlleuse sur l'accès aux soins de santé³⁶.

1.2 Les salaires

En effet, l'effort physique ou moral est généralement recomposé par un salaire qui constitue le revenu direct pour chaque individu. Cependant l'impuissance de salaire peut-être un motif d'un événement indésirable, selon la théorie keynésienne « *tout supplément de revenu est un supplément de consommation* ».

³⁵Michel Delbrouck : Le Burn out du soignant .le syndrome d'epuisement professionnel.Edition, De Boeck, Collection Oxalis ,Bruxelles 2003.

³⁶ Cas particulier de la Théorie de l'offre de travail

Le salaire est parmi les facteurs essentiels justifiant le phénomène de l'émigration des médecins en Algérie, malgré les augmentations récentes par le pouvoir public vis-à-vis les médecins, le salaire d'un médecin reste insuffisant par rapport aux pays d'accueils, un mécontentement justifié par des graves cyclique qui paralysent les structures de santé publique.

Comparativement aux pays voisin l'écart est très considérable, en Algérie un Médecin généraliste débute sa carrière à 300 euro par mois et un spécialiste de niveau bac +12 à 450 euro alors que au Maroc, il commence sa carrière à 727 euro et 910 euro, et en Tunisie à 791 euro et 935 euro.

En France, le niveau de rémunération des Médecins est plus élevé comparativement avec de celui de l'Algérie, Maroc, Tunisie qui s'élève à 3 682 euro et 5 000 euro pour ceux qui sont exercé dans le secteur public³⁷.

Concernant le type de rémunération, la France favorise de ces médecins une rémunération par actes médicale, en Algérie la rémunération se fait par rapport aux heures de travail.

En dépit de l'Augmentation des taux d'inflation des prix en Algérie, les salaires en générale reste les même, dont les salaires des médecins font partie, est cela reflet l'absence d'une politique d'actualisations des indicateurs de niveau de vie, ce qui suite une dégradation de pouvoir d'achat des professionnels de santé au cours de ces dernier années.

En ce qui concerne de la politique d'indemnité appliqué, la satisfaction est inexistante, du fait que le régime l'indemnité est basé sur l'expérience professionnelle.

1.4 Les facteurs de pénibilité au travail comme source d'épanouissement professionnel

En effet beaucoup de facteurs peuvent amener le Médecins de se désespérer, parmi ces facteurs, exercer la profession dans des conditions précaires tel que :

- Le manque de personnel.
- Problèmes liés au fonctionnement des établissements de santé publique (Hygiène, pénuries de médicaments)
- La surcharge de travail.
- Le manque de soutienne psychologique.
- Les conditions générales de travail difficiles.
- Les relations conflictuelles dans l'équipe.

³⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les revenus des médecins libéraux, UNE ANALYSE À PARTIR DES DÉCLARATIONS DE REVENUS, page 28, 2008

- Le manque de reconnaissance professionnelle de la part de la tutelle.
- L'insécurité durant l'intervention.
- Le caractère imprévisible des urgences.

2 Les facteurs induits par l'environnement socio-économique

2.1 Le rapport entre les tarifs de remboursement et le secteur privé

Les tarifs de remboursement ne sont pas très encourageant pour les malades pour aller se faire traiter chez le privé (car les tarifs ont été gelés depuis 1984) ,en quelques sorte les privés ne sont pas motivé par la profession car ils ont toujours en face des malades qui souffrent et qui se plaignent de la cherté des prix exercé par les professionnels privé donc, ils préfèrent s'exiler à l'étranger car le secteur de la santé es très bien structuré, les tarifs sont clairs, constamment révisés, les tarifs aussi sont appliqués suivant les lois, l'éthique et le consensus médical donc le cadre législatif protège aussi bien le malade , le praticien et le secteur et l'économie en général.

3. Les facteurs d'appels des pays d'accueils

3.1 Les programmes officiels de l'émigration professionnelle

Il s'agit d'une politique adopté par les pays accueils pour promouvoir le développement et accroitre la productivité en répondre les besoin de la qualité.

Le programmes vise à attirer la main d'œuvre la plus qualifiante de chaque secteurs professionnel , dont le but dans le secteur de santé est de chercher les professionnels de santé les plus expérimentés et qui ayant une très bonne capacité d'intellectuelle pour les recruter dans ces propres systèmes de santé, en effet l'objectif de la politique émigration professionnel est d'assurer le performance organisationnelle et systémique dans l'établissement d'une part et d'autre part réduire les couts de la formation des Médecins locaux en cherchant des praticiens formés expérimentés .

En Algérie un nombre considérable des médecins généraliste spécialiste avaient quitté le pays à travers les programmes de l'émigration professionnel, notamment vers le canada et USA.

3.2 Les facilitations des mouvements vers les pays d'accueil

La libre circulation pour les praticiens de santé qualifiée vers les pays d'accueils peut-être une attraction indirecte pour l'émigration, en prenant l'exemple de la France en 2018, qui a donné des facilitations pour les médecins algériens qui veulent demander un visa long séjour afin d'effectuer un DFMS ou un DFMSA.

Non seulement la France, mais aussi l'Allemagne qui a modifié les lois de l'immigration pour les médecins pour que les établissements allemands puissent plus facilement engager des médecins étrangers.

Conclusion

À partir de ce qui précède, l'exode des praticiens de santé débute par le départ des médecins européens qui étaient implantés en Algérie avant l'indépendance jusqu'à 1980, et s'est terminé par le départ des médecins algériens qualifiés formés en Algérie à partir des années 1990 jusqu'à nos jours.

L'augmentation du budget alloué à la santé en 2005 jusqu'à 2015 a fait améliorer quasiment le système de santé en termes de disposition des moyens matériels pour rattraper le retard enregistré durant les années de crise.

L'Algérie est parvenue à former un nombre considérable de médecins, grâce au vaste programme de formation qu'elle a lancé depuis la mise en place de la réforme des études médicales en 1971. Ce programme avait pour objectif de combler le manque de médecins au lendemain de l'indépendance.

L'effectif des praticiens de santé en Algérie a connu une forte augmentation, le nombre de médecins formés et exerçant en Algérie dépasse les 56 209 en 2010 par rapport à 1 319 en 1963, si on y ajoute ceux qui sont formés en Algérie exerçant à l'étranger le chiffre remonte vers les 80 000 Médecins.

Le phénomène de l'émigration des médecins à l'étranger est l'issue d'un nombre de facteurs participé d'une façon directe ou indirecte aux départs des professionnels médicaux de santé, ces facteurs regroupés en trois position , des facteurs induits par le système de santé tel que le salaire, burnout, l'obligation de l'Etat vis-à-vis les Médecins, les Problèmes liés au fonctionnement des établissements de santé publique d'un côté , et des facteurs induites par l'environnement socio-économique ,Le rapport entre les tarifs de remboursement et le secteur privé ,le bien-être social, et en troisième position des facteurs d'appels des pays d'accueils ,ceux sont les politiques de l'émigration professionnelle des pays développés qui cherchent la professionnalisation avec des couts réduits pour combler les disparités qui se présente dans leur système de santé.

Chapitre 3

Les implications de l'exode et perspective

Introduction

L'exode des médecins à l'étranger a causé plusieurs dommages au système de santé algérien, notamment à partir des années 1991 et le début de la crise sociale (tragédie Nationale), les dysfonctionnements des hôpitaux publics et la fermeture dans certains cas a entraîné des déficits pour le système de santé en terme de distribution des soins suffisant pour l'ensemble de la population cette problématique a permis de la propagation des maladies, ce qui a conduit à une dégradation de l'état de santé des algériens.

En effet, les conséquences néfastes obtenues par le phénomène de l'exode des praticiens de santé, existent à différents niveaux y compris un dommage sur l'état en terme de déficit monétaire (formation, transfert de malades à l'étranger ...), déficit sur le système de santé, et des conséquences sur l'état de la population.

Le présent chapitre est divisé en trois sections, la première section aborde un cas pratique de l'EPH REMCHI en projection sur l'effet de l'exode des praticiens.

Dans la deuxième section nous allons tenter de présenter les différents effets obtenus par l'exode des praticiens de santé.

Dans le chapitre trois nous essayerons de présenter des recommandations qui devraient être appliquées pour appréhender ce phénomène, en proposant une feuille de route applicable au niveau interne et externe du pays et qui apporte des mesures constructives.

Section 1 : Cas pratique de l'EPH REMCHI

La problématique de l'exode des praticiens de santé affecte immédiatement sur le plan de l'offre dans le secteur de santé public, du fait que la faiblesse de niveau de l'offre va amener à une situation de déséquilibre entre l'offre et la demande des soins. L'exode avait creusé l'effectif des médecins et a rendu la distribution des soins déséquilibré et parfois « injuste » sur le territoire national.

Pour estimer le coût et le poids d'un médecin quittant un service médical par un médecin ainsi estimer le taux d'occupation par médecins, nous avons demandé les statistiques de bilan d'activité des services d'exploration et surveillance de l'EPH REMCHI, de parvenir au manque éventuel qui pourra produire et celui qui existe.

Tableau 16 : BILAN D'ACTIVITE DU MOIS D'AVRIL 2019 SERVICE D'EXPLORATION

STRUCTURE	Consultation	Endoscopie	Echographie	Ponction	hospitalisation
Rhumatologie	57	/	07	0	09
Néphrologie	110	/	60	/	17
Gastro-entérologie	/	/	/	/	/
Pneumo-phtisiologie	/	/	/	/	/
Infectiologie	10	/	/	/	0
Orl	148	04	/	/	0
Cardiologie	83	/	/	/	02
Cardio Exploration	12	/	/	/	/
Médecin de travail	64	/	/	/	/
Médecins légale	13	13	/	/	/
Maternité	41	/	/	/	/

Source : base de données, bilan d'activité service exploration du mois d'avril 2019, Direction des services de santé l'EPH REMCHI 2019.

Commentaire

Le tableau suivant nous renseigne que il y une demande assez importante dans la structure orl qui répondre 148 consultation effectués et 04 endoscopie, suivis par la structure Néphrologie qui représente 110 consultation avec 60 endoscopie ,17 hospitalisation, les autres services viennent en troisième position tel que, Cardiologie, Rhumatologie, Médecin de travail.

En ce qui concerne des services gastro-entérologie et Pneumo-phtisiologie, la prestation n'a pas été disponible durant le mois d'avril en regard du congé annuel attribué au Médecin gastro-entérologue.

Sur un autre plan, la question de l'effet de l'exode des cadres sur la distribution des soins à été vérifié dans le service pneumo-phtisiologie qui a été fermé en raison de la démission de médecin pneumo et son départ à l'étranger (Arabie saoudite).

Analyse des données

L'analyse du bilan d'activité nous à permis de mesurer le manque éventuel (qui peut être déterminé statistiquement) ainsi que le manque réelle en prestation de service spécialisé.

L'arrêt de service temporaire du service gastro-entérologie et pneumo-phtisiologie a engendré des surcharges pour les mêmes services au CHU Tlemcen durant le mois d'avril, où un ensemble des patients présentant des cas d'urgence ont été évacués vers le CHU de Tlemcen.

Par rapport aux mois précédents, la moyenne de consultation en gastro a été estimé à 70 consultation par mois avec une moyenne de 8 hospitalisation par mois .De ce fait on constate que l'absence de remplacement durant cette période a mené l'établissement d'évacuer une moyenne estimé de 70 cas, avec 8 cas nécessitant une hospitalisation.

En revanche, Le service pneumo-phtisiologie dispose par rapport aux mois précédent, une moyenne de 65 consultations par mois et 10 hospitalisations, donc une moyenne de 65 , et 10 hospitalisation ,qui peuvent arriver chaque mois, ce qui va accroître la demande en service pneumo vers le CHU ou vers le privé.

Tableau 17 : BLIAN D'ACTIVITE DE SERVICE SURVEILLANCE MOIS D'AVRIL 2019

Nombre de lit	CONSULTATION GENERALISTE			consultation spécialisé						DECES			EVACUATION		
	F	H	E	MEDICAL			CHRURGICAL			F	H	E	ENTRANT	SORTANT	
6	3856	3688	3498	12	13	35	13	11	02	3	2	0	22	MT	UMC
														07	85

Source : base de données, bilan d'activité service surveillance du mois d'avril 2019, Direction des services de santé l'EPH REMCHI 2019.

Commentaire

Les données du tableau suivant nous renseignent sur les activités du mois d'avril du service surveillance, où un nombre hyper croissant de consultations des généraliste qui dépasse les 3400 consultations incluant homme, femme et enfant.

La consultation spécialisée Médical dans le service de surveillance était autour de 12 et 35 pour H, F, E, en ce qui concerne la consultation spécialisée chirurgical la structure avait fait entre 2 et 13 consultations pour H, F, E, les consultation spécialisé représentent une part moindre importance par rapport aux nombre des consultations généraliste réalisées.

Les évacuations du mois d'avril ont été augmentées par rapport aux mois précédents.

Analyse des données

Le tableau ci-dessus et les statistiques précédentes du bilan d'activité nous font remarquer qu'il y a une augmentation dans les évacuations justifiées en quelque sorte par la non disponibilité des médecins qui encadrent les services pneumo et Gastro, dont la majorité des 85 évacuations UMC (urgent Médical chirurgical) appartient aux services gastro et pneumo.

Les évacuations MT (Malade transféré) ceux sont les malades qu'ont été hospitalisés à EPH et transférés.

La moyenne de consultation généraliste chez les H, F, E du mois avril atteint 3680, qui représente une moyenne de 122,66 consultation dans les 24/h, sachant que l'établissement adopte le système 3 * 8, alors 40,88 consultation pour chaque médecins qui assure les 8 H, dont la moyenne idéal recommandée est de 22 consultations pour chaque médecins par jour, ce qui nous donne un écart de 18 consultations supplémentaire que le médecin effectue chaque jour par rapport à l'échelle recommandé.

À partir de ce qui précède et avec la projection de la partie motif de l'exode du 2^{ème} chapitre, on peut se permettre de dire que les situations de surcharge existent d'une façon très sérieuse dans nos établissements publics de santé.

Section 2 : les incidences néfastes obtenues de l'exode des praticiens de santé

L'exode des praticiens de santé a causé plusieurs dommages incontournables à l'Algérie et au système de santé en particulier, comme nous avons indiqué dans le deuxième chapitre, (désert médical, la décennie noire et le manque de la couverture sanitaire...)

En effet, les conséquences de l'émigration des médecins sont multiples, la perte enregistré dans différent niveau y compris un dommage dans le système de santé, et sur l'état de la population avec la diffusion des maladies non traité notamment dans les années 90.

Afin de mieux synthétiser les incidences obtenues par le phénomène de l'exode des praticiens de santé Nous avons regroupé les incidences obtenus en partie :

1 Incidences obtenus sur le système de santé

1.1 Déséquilibre entre l'offre et la demande dans le système de santé

Comme s'est décrit dans le cas pratique, il s'agit d'une augmentation de la demande par rapport à l'offre rendue, l'émigration des médecins avait diminués l'effectif en réduisant l'offre dans le système de santé algérien, le nombre des praticiens se change chaque année avec leur mobilité vers les deux horizons.

Mise à part de la polémique du manque de l'effectif et la faiblesse de l'offre et encore un autre enjeu lié à la transition démographique et le vieillissement de la population ou par d'autres façons, l'évolution de la démographie médicale qui va promouvoir la demande en santé.

1.2 Qualité

Sur le plan de la qualité les conséquences étaient flagrantes, notamment avec l'augmentation des pourcentages des erreurs médicales enregistrées dans les établissements publics en raison du départ des médecins qualifiés et expérimentés, des milliers de plaintes pour erreurs médicales sont déposées chaque année.

Non seulement les erreurs médicales, mais aussi des erreurs médicamenteuse, ainsi des risques iatrogénies.

L'élément de la qualité en santé à une importance primordiale, car il s'agit de la santé de l'individu, le patient ignorant totalement de la qualité (l'asymétrie de l'information), les évacuations incessantes ont conduit à une augmentation de la pression chez les hôpitaux, ce qu'il a été accompagné d'une dégradation de la qualité des services rendus aux patients.

1.3le manque des médecins spécialistes

Le manque des médecins spécialistes formés en la matière dans quelque cas a conduit l'Etat d'évacuer à l'étranger ce qui a coûté cher au pays en termes de frais, le clavaire de la pénurie des médecins spécialiste aussi a fait penser l'Etat de faire appeler des médecins étranger pour exercer en Algérie avec des tarifs énormes.

Quatre modèles d'évaluation de la performance en santé, reviennent sur amélioration de la qualité des soins, l'absence de la main d'œuvre qualifiés dans les établissements de santé publics a affecté la vision de préférence.

1.4 Le Déficit des établissements publics par la non maîtrise des couts

La non-qualité coûte très cher à l'établissement, mise à part aux rôles des professionnels d'administration de santé, dont les personnels chargés de gestion de santé dans la problématique de maîtrise des couts, le médecin est le premier responsable de la qualité en terme de maîtriser la bonne consommation des médicaments avec la bonne prestation offert aux patients. Cependant, les mauvaises attitudes de médecin vont influencer sûrement sur le plan économique.

2. Incidences obtenus sur l'état de la population

2.1 La diffusion des maladies

Le taux de morbidité a augmenté d'une façon assez grave, du fait que la transition épidémiologique que l'Algérie a vécu dans les dernières années marquée par la pénurie des praticiens de santé a permis la propagation des maladies transmissibles (maladies infectieuses de l'enfant, maladie à transmission hydrique, tuberculose, zoonoses...), par ailleurs ceux sont les maladies de la pauvreté qui existent dans les pays pauvres et les pays en voie de développement, à cette situation s'ajoute l'émergence des maladies non transmissibles ceux sont les maladies de l'opulence (cancers, diabète, affections cardio-vasculaires, rénales, neurologiques et respiratoires chroniques...) qui plus existent dans les pays développés.

3. Incidences obtenus sur l'Etat

3.1 La perte de l'Etat vis-à-vis le coût de formation des médecins algériens exilés à l'étranger

En effet, la facture de la formation des médecins installés à l'étranger est hyper coûteuse à l'Etat en terme de financement de formation et d'enseignement des médecins, l'absence des études et les statistiques nous a pas permis de donner une estimation en chiffre monétaire que l'Etat a supporté, mais par contre nous avons essayé de mettre en valeur les éléments qui sont inclus.

Il existe plusieurs catégories des médecins émigrés, la perte se multiplie si le médecin émigré a été formé en Algérie.

En dépit du manque d'études et les statistiques vis-à-vis cette problématique, nous avons pu illustrer en quelque sorte les différents frais qui devraient être inclus dans la facture de formation d'un médecin, notamment en Algérie la facture est plus élevée car la formation est financée totalement par les fonds publics.

Tableau 18 : frais divers de formation de médecins en Algérie

Frais direct	Frais indirect	
Coût de formation théorique et pratique	Coût d'infrastructures et de ceux relatifs aux équipements	Coût d'œuvre sociale
-SALAIRES DES ENSEIGNANTS - FRAIS SUPPORTS DE RECHERCHES DOCUMENTATION - FRAIS STAGE - FRAIS DE FORMATION DES ENSEIGNANTS...	- CONSTRUCTION - EQUIPEMENT - LES FOURNITURES ET LES SERVICES ASSURANT LEUR FORMATION ...	- TRANSPORT - HEBERGEMENT - RESTAURATION - BOURSES D'ETUDES - ASSURANCE MALADIE...

Source : le tableau réalisé par nos soins

Le tableau des Frais divers de formation de Médecin nous a permis de voir les frais en élément qui inclus dans la formation des praticiens de santé, et cela si en se focalisant sur la formation dans le cycle universitaire, cependant le Coût de la formation des médecins généraliste spécialiste devrait aussi inclus les Coût de formation primaire, collège et lycée ce qui va doubler le chiffre.

Selon le lieu de formation et le financement, il existe principalement quatre catégories auquel le médecin émigré appartient, comme s'est mentionné dans le premier chapitre.

- La perte est flagrante pour la première catégorie qui est réservé pour les médecins qu'ont attribués des bourses à l'étranger durant la période 1970 et 1980 et qu'ont choisi d'exercer dans les pays d'accueils.

- La deuxième catégorie concerne les Médecins qui ont obtenu leur diplôme de Médecin en Algérie et ayant fréquentés les universités du monde pour terminer leur étude par leur moyennes propres, par contre une partie de leur formation effectuée en Algérie.
- Troisième catégorie concerne les médecins qui ont achevé leur formation d'étude de médecine en Algérie et ayant rejoints les hôpitaux des pays d'accueils dans le cadre de stage de spécialisation ou de recyclage à titre de candidature individuelle et qui ont préféré de s'y installer et continuer à exercer leur activité dans les pays d'accueils, la perte pour ces médecins est très considérable.
- Aucune perte pour la quatrième catégorie des médecins qui sont nés en Algérie ou d'origine Algérien de parent et qui ont scolarisé dans les pays d'accueils.

3.2 La perte de L'Etat vis-à-vis les transferts des malade à l'étrangers :

En revenant à la crise économique que l'Etat a vécu en 1986, les évacuations à l'étranger ainsi les transferts des malades en raison de la non disposition des médecins formés en la matière dans certaine spécialité a conduit l'Etat de faire des évacuations sous la charges de la sécurité sociale ce qu'il a couté cher à l'Etat.

4 Incidences obtenus sur les pays d'accueils :

Au moment, où les pays d'origine des médecins avaient été en souffrance de manque de couverture sanitaire et l'augmentation des taux de morbidités, les pays d'accueils été le premier bénéficiant de l'émigration des médecins algérien quand on parle sur les pays d'accueils on parle sur la France comme le premier pays bénéficiant des médecins algérien.

Un gaie pour l'économie de la France qu'elle a bénéficié d'un nombre intéressant de médecins formé en dehors de la France expérimenté dans quelque cas.

en se focalisant sur la participation de nos médecins au développent de la France, ainsi les brevets d'inventions que nous médecins ont obtenus la perte est choquante.

Section 3 : Perspective

A partir de ce qui résulte, le problème de l'émigration des médecins faudrait être revu , en essayant de mettre des mécanismes efficaces pour la lutte contre l'exode des praticiens de santé, notre compréhension ainsi les analyses abordés concernant ce phénomène nous a permet de proposer une feuille de route applicable au niveau interne et externe avec des recommandations dans laquelle la problématique sera appréhendée.

1. Au niveau interne

Premièrement, faire une étude approfondie sur l'émigration des médecins, et connaître les opinions des médecins nationaux, en les interpellant à travers des sondages d'opinion afin de savoir quels sont les causes principales avec des priorités de l'évènement indésirable, à l'issue de la recherche effectuée nous arriverons vers ce que nous devons améliorer dans notre système.

Sur la base de notre recherche effectuée sur l'émigration des médecins, nous avons remarqué que le médecin algérien exerçant dans le secteur public subi quotidiennement le problème de surcharge , le consumérisme a fait son entrée à l'hôpital depuis l'adoption de la politique de gratuité, nous proposons pour ce fait, réduire la demande présenteielle en adoptant des techniques innovantes comme la consultation à distance (internet, téléphone) effectué par l'hôpital via le plateforme numérique de l'hôpital (santé.1, santé.2), en investissant sur le plan numérique (internet) qui est devenu plus en plus une nécessité dans chaque maison. En sensibilisant les gens d'utiliser ce genre de moyens pour diminuer la consultation présenteielle.

Le principe de la gratuité des soins en Algérie a encouragé beaucoup plus la demande des soins pour s'augmenter pour les gens qui ne nécessitent pas une prise en charge dit (faux malades), en effet le principe de la gratuité il doit être révisé devant certains profils. L'unification de programme informatisé (dossier malade) dans tous les hôpitaux facilite les tâche de médecin durant l'intervention.

Développer l'activité d'assistanat dans les hôpitaux pour créer un système d'information plus efficace, notamment envers l'orientation des patients .en revenant au problème de surcharge, une bonne orientation de patient suite à une bonne prestation. Intégrer l'information pour l'orientation vers des services locaux donne une intervention rapide qui peut aider à maitriser la demande produite.

Assurer la disponibilité des médecins spécialistes dans certaines spécialités et diminuer les évacuations, en améliorant les conditions de travail des médecins ainsi que la sécurité durant le travail.

Souvent le manque de soutien psychologique du médecin et la reconnaissance professionnelle de la part de la tutelle auraient des conséquences indésirables sur le comportement des médecins. Aujourd'hui la relation administration-médecins aurait dû être plus étroite à travers un processus sous la charge du service gestion des carrières médicales.

La non-qualité produite de l'insatisfaction du personnel due à des tensions et les litiges auront des conséquences néfastes sur le personnel, la qualité des soins et les coûts.

Le manque de formation solide en gestion des risques médicaux pour les dirigeants de santé a conduit à une circulation incessante des fautes médicales au sein de l'hôpital ce qu'il a résilié la profession de pas mal de praticiens de santé. Nous proposons pour ce fait de recruter des managers de santé qualifiés formés en la matière et qui peuvent adopter une démarche de qualité des risques survenus dans nos hôpitaux (risque à priori, risque à posteriori).

Le recrutement des professionnels administratifs en santé formés dans le domaine de santé sera très bénéfique pour nos hôpitaux, car ce qui existe maintenant ce sont des cadres formés dans d'autres filières non spécialisés dans la gestion de la santé.

Concernant la rémunération des agents médicaux il est recommandé de passer à l'acte car ce type de rémunération a des effets sur la motivation, la productivité et la qualité des soins qu'il importe de surveiller avec attention. Le salaire des praticiens de santé doit être suffisant pour leur permettre de subvenir à leurs besoins, car parmi les raisons significatives du départ des médecins vers le secteur privé on trouve le salaire qui est différent de celui dans le public.

La mise à disposition des logements pour les praticiens de santé fait partie de l'amélioration des conditions de vie pour cette catégorie d'élites.

Non seulement les revenus et logements mais aussi, améliorer les infrastructures et assurer la pérennité de leur financement, parfois les problèmes liés aux financements des hôpitaux en Algérie, affectent d'une façon directe la distribution des soins avec le manque des médicaments et les fournitures et services qui assurent leur travail.

En effet l'émigration des médecins algériens à l'étranger c'est toute une issue d'un système de santé défaillant en manque de progrès, la réduction du taux d'émigration se fera avec l'amélioration du système de santé.

2. Au niveau externe

Impliquer les médecins émigrés hautement qualifiés dans le développement de système de santé et de l'Université algérienne à travers l'intensification des forums de discussions.

Les médecins émigrés ont accumulé un capital d'expérience professionnelle, des compétences techniques et scientifiques et un savoir-faire que l'Algérie peut mobiliser dans son développement. Une telle considération représente une perspective plus positive du fait migratoire. Son apport est peut-être négligeable du point de vue financier, mais très important du point de vue du transfert de capital humain.

Le retour n'est pas une condition nécessaire pour que les médecins hautement qualifiés et les médecins-chercheurs algériens apportent leur contribution au développement de l'Université Algérienne et du système de santé de leur pays d'origine. Outre les transferts de fonds, ces compétences ont une influence, en particulier lorsque ils se rendent dans leur pays d'origine pour des interventions médicales hautement spécialisées, des activités.

Il est difficile et coûteux d'augmenter les salaires des médecins dans le secteur public ou de les aligner à ceux appliqués dans les pays développés. En effet, il est injuste ou peu judicieux d'augmenter les traitements dans un seul secteur, et que l'économie algérienne n'a pas les mêmes capacités et caractéristiques par rapport à celles des pays développés.

Le discours politique algérien vis-à-vis de la participation des émigrés qualifiés au développement de l'Algérie a une importance pour les attires.

Conclusion

L'exode des médecins algériens à l'étranger c'est toute un issue d'un système de santé défaillant en manque de progrès, la réduction de taux de l'émigration se fera avec l'amélioration de système de santé, ainsi une révision entière sur les principes de L'Etat vis-à-vis la santé.

En effet L'augmentation du budget allouer à la santé à fait augmenter l'offre public en quelque sortie, mais par contre plusieurs chose n'a pas été changés, la qualité ainsi le comportement des médecins qui partent chaque année pour terminer leur parcours à l'étranger.

L'analyse de cas pratique nous a permis de dire que nos médecins subissent la surcharge du travail, ce qui va affecter la volonté du médecin de rester exercer dans le système algérien.

Les médecins émigrés ont accumulé un capital d'expérience professionnelle, des compétences techniques et scientifiques et un savoir-faire que l'Algérie peut mobiliser dans son développement.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'exode des praticiens de santé débute par le départ des médecins européens qui étaient implantés en algérien avant l'indépendance jusqu'à 1980, et s'est terminé par le départ des médecins algériens qualifiants formés en algérien à partir des années 1990 jusqu'à nos jours.

Le phénomène de l'émigration des médecins à l'étranger est l'issue d'un nombre de facteurs participés d'une façon directe ou indirecte aux départs des professionnels médicaux de santé, ces facteurs regroupés en trois positions, des facteurs induits par le système de santé tel que le salaire, burnout, l'obligation de l'Etat vis-à-vis les Médecins, les Problèmes liés au fonctionnement des établissements de santé publique d'un côté, et des facteurs induites par l'environnement socio-économique, Le rapport entre les tarifs de remboursement et le secteur privé, le bien-être social, et en troisième position des facteurs d'appels des pays d'accueils, ceux sont les politiques de l'émigration professionnelle des pays développés qui cherchent la professionnalisation avec des coûts réduits pour combler les disparités qui se présente dans leur système de santé.

Malgré les augmentations du budget de la santé à partir des années 2004 en raison de l'aisance financière que l'Algérie a vécu, le phénomène était toujours présent dans le système de santé algérien.

L'exode des praticiens de santé est l'issue d'un système de santé défaillant en manque de progrès.

Bibliographie

Ouvrage et article

Abdelmalek, S. (2009). *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Paris: Seuil.

AGSSRH, P. A. (s.d.). *Organisation actuelle du système de santé et perspectives*.

Moullan, Y. (2014). *Les migrations internationales des médecins impacts et implications politiques*. Université of Oxford.

BENJAMIN, S. (2007). *L'immigration en France au XXe siècle*. Paris: Hachette Littérature.

Berretima Abdel-Halim, F. G. (2013). *Polarisation et enjeux des mouvements migratoires entre les deux rives de Méditerranée*. Bruxelles: ED EME.

Boulaïrik, M. (2011). *Financement de système de santé Algérien*.

Delbrouck, M. (2003). *Le burnout du soignant*. Bruxelles: Collection Oxalis.

F, O. (1993). *La difficile restructuration du système de santé en Algérie quels résultats*.

Guérid, D. (2007). *L'exception Algérienne*. Alger: Casbah ED.

Hamouda, O. (1993). *Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie*.

Levier les barrières. (2009). *Mobilité et développement humain*. Pnud.

Palier, B. (2012). *La réforme des systèmes de santé*. France.

Sociologie des migrations et des relations interculturelles. (s.d.). Ed Mirloge.

Zehnat, A. (2018). *L'émigration des médecins Algériens en France*. ALWATAN.

Zejdala, C. S. (1990). *Négociation salariale et segmentation du marché de travail*.

Les dictionnaires

Bandon, R. (2003). *Dictionnaire de sociologie*. Paris: éd Larousse.

Thèses et mémoires :

Kara terki assia, la régulation de l'offre dans le nouveau système de soins publics en Algérie ; thèse de doctorat , université de Tlemcen , janvier 2010

KADIRI HASSANI Nadia, « Le travail, lieu privilégié d'intégration : le cas de L'insertion socioprofessionnelle d'immigrant marocaine à Montréal », Université de Quebeque, Montréal, 2008.

KAÏD OUARA; « 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'Etat ES Sciences Economiques ; Université D'Alger, juin 2003.

AZOUG Atmane « *L'émigration des médecins algériens : Causes, conséquences et perspectives* » Thèse de magister économie université de Bejaia

LAHDIR Khaled « *Les causes de L'émigration des cadres algériens à l'étranger* »
Master sociologie Université de Bejaia

KADIRI HASSANI Nadia, « Le travail, lieu privilégié d'intégration : le cas de L'insertion socioprofessionnelle d'immigrant marocaine à Montréal », Université de Quebeque, Montréal, 2008.

BAHLOUL Yacine « *Nouvelles stratégies d'émigration chez les étudiants* »
Thèse de master anthropologie université de Bejaia

Rapports

CIRMA. (2009). *Migration méditerranéennes*.

Colloque international. (Colloque international 2014). les politique de santé. Alger.

BRAHMIA, B. (1991). La dynamique du système de santé Algérien Bilan perspective .
Alger.

OMS. (2001). *Plan d'action biennal de coopération entre l'Algérie* .

séminaire sur le développement d'un système national de santé ministère de la santé.
(s.d.). L'expérience Algérienne.

KIAD, N. (s.d.). *Le système de santé Algérien entre l'efficacité et l'équité essai d'évaluation à travers la santé et l'enfant* .

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS . (2017). *Etude longitudinales 2007-2017 Des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France*.

MSPRH. (2015). *Evolution et perspective sur la réforme en santé* .

OFIC. (2009). *THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND GROWTH* .

OCDE. (2007). *Perspectives des migrations internationales* .

OCDE. (2008). *Migration des professionnels de santé* .

OMS. (2001). *Plan d'action biennal de coopération entre l'Algérie* .

Sites internet

Dictionnaire. (s.d.). Récupéré sur
www.grammaire.reverso.net/2_2_18_emigre_immigre.shtml

larousse. (s.d.). *larousse*. Récupéré sur
www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exode/32163#definition

MSPRH. (s.d.). Récupéré sur www.sante.gov.dz

ons. (s.d.). *ons*. Récupéré sur www.ons.dz

www.conseil-national.medecin.fr

www.cnes.dz

Annexes

Annexe 1 : L'évolution des flux migratoire des algériens en France

Année	Population algérienne émigrée
1946	22114
1954	208540
1962	350484
1968	473812
1975	710690
1982	805016
1990	614207
1999	1053240
2006	1 101 253

Source : Centre de recherche et d'études sur l'Algérie contemporaine ; « Algériens et Français: mélanges d'histoire » ; Paris : L'Harmattan;(2008).

Annexe 2 : La répartition des émigrés algériens par pays d'accueil 2006 :

les pays d'accueils	Effectifs
Allemagne	17 641
Belgique	20 295
Espagne	55 726
France	1 101 253
Italie	22 672
Royaume Unis	14 152
Pays arabe	76 795
Canada	35 000
Etats-Unis	18 000
Autres pays	19 365

Totale	1 398 240
---------------	------------------

Source : migrations méditerranéennes ; Rapport 2008/2009 ; Consortium pour la Recherche Appliquée sur les Migrations Internationales CARIM ; octobre 2009.

Annexe 3: les principaux pays des Médecins immigrants en France 2017

Pays de naissance	2017	2007	Evolution (en points)
ALGERIE	24%	25%	-1,00
MAROC	10,70%	11,50%	- 0,80
ROUMANIE	8,10%	7%	1,10
TUNISIE	7,10%	7,10%	0,00
LIBAN	4,40%	4,40%	0,00
ALLEMAGNE	4%	4,30%	-0,30
VIETNAM	3,30%	3,70%	-0,40
SYRIE	3,30%	3,10%	0,20
BELGIQUE	3,10%	3,20%	0,10
ITALIE	2,90%	2,40%	-0,50

Source : (études longitudinales (2007-2017 Des médecins nés hors de France et des Médecins Diplômes Hors de France page 2)
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Annexe 4 : la répartition des Médecins Etrangers en France selon LE TYPE D'ACTIVITE (Classement Des Cinq Premiers Pays De Naissance)

Activité régulière

Algérie 34,5%
Maroc 15,6%
Roumanie 15,6%
Tunisie 9,8%
Liban 7%

Activité intermédiaire

Algérie 32,5%
Maroc 15,6%
Roumanie 12,1%
Tunisie 10,5%
Allemagne 8,2%

Temporairement Sans activité

Algérie 22%
Roumanie 15,2%
Belgique 13,7 %
Allemagne 13,6%
Maroc 13,5%

Source : (études longitudinales (2007-2017 Des médecins nés hors de France et des Médecins Diplômes Hors de France, page 06) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Annexe 5 : Classement par pays des cinq premières qualifications exercées des médecins inscrits et nés hors de France :

Pays/ Qualificatio n	cardiologie Et maladie vasculaire	chirurgie générale	GYNECOL GIE- OBSTETRI QUE	Médecin de travail	médecins générale	Ophtalmologie	Pédiatrie	psychiatrie	radiodiagnostic Et imagerie Médicale	Totale général
ALGERIE	393	104	139	176	3467	345	341	893	459	6317
GB	29	26	42	40	571	39	95	97	39	978
Belgique	26	61	46	43	420	36	59	49	94	834
Italie	43	132	47	65	200	49	40	64	71	711
LIBAN	133	83	113	13	505	53	163	67	77	1207

Source : études longitudinales (2007-2017 Des médecins nés hors de France et des Médecins Diplômes Hors de France, page 22) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

Annexe 6 : BLIAN D'ACTIVITE DU MOIS D'AVRIL 2019 SERVICE D'EXPLORATION

STRUCTURE	Consultation	Endoscopie	Echographie	Ponction	hospitalisation
Rhumatologie	57	/	07	0	09
Néphrologie	110	/	60	/	17
Gastro- entérologie	/	/	/	/	/
Pneumo- phtisiologie	/	/	/	/	/
Infectiologie	10	/	/	/	0
Orl	148	04	/	/	0
Cardiologie	83	/	/	/	02
Cardio Exploration	12	/	/	/	/
Médecin de travail	64	/	/	/	/
Médecins légale	13	13	/	/	/
Maternité	41	/	/	/	/

Source : base de données, bilan d'activité service exploration du mois d'avril 2019, Direction des services de santé l'EPH REMCHI 2019.

Annexes 7 : BILAN D'ACTIVITE DE SERVICE SURVEILLANCE MOIS D'AVRIL 2019

Nombre de lit	CONSULTATION GENERALISTE			consultation spécialisé						DECES			EVACUATION		
	F	H	E	MEDICAL			CHIRURGICAL			F	H	E	ENTRANT	SORTANT	
6	3856	3688	3498	12	13	35	13	11	02	3	2	0	22	M T	UM C
														07	85

Source : base de données, bilan d'activité service surveillance du mois d'avril 2019, Direction des services de santé l'EPH
REMCHI 2019.

Table des matières

Remerciements.....	
Dédicace.....	
Liste des abréviations.....	
Sommaire.....	
Introduction générale.....	
Chapitre 1 : <i>les théories de l'émigration et l'exode des médecins algériens dans le contexte général de L'émigration</i>	
Introduction	
Section 1 : <i>les théories de l'émigration</i>	
1. Définition des concepts.....	
2. les Théories explicatives de l'immigration.....	
2.1 Théorie du marché du travail segmenté	
2.2 Théorie de la globalisation	
2.3Théorie de la nouvelle économie	
3 Les deux principales catégories des émigrés.....	
3.1 La catégorie des émigrés aventuriers	
3.2La catégorie des émigrés ayant une stratégie migratoire	
4. Les facteurs explicatifs de migration.....	
5. Migration et Santé.....	
Section 2 : <i>l'histoire de l'émigration Algérienne</i>	
1. Histoire de l'émigration algérienne	
1.1 Le premier âge de l'émigration	
1.2 Le deuxième âge de l'émigration	

1.3 Le troisième âge de l'émigration.....	
2. Les destinations des migrants algériens.....	
2.1 La France, principale destination des migrants algériens.....	
2.1 La France, principale destination des migrants algériens.....	
2.3 L'Amérique du Nord, troisième destination des algériens.....	
3. L'émigration des cadres ou des compétences algériennes à l'étranger	
Section 3 : L'exode des Médecins à l'échelle mondiale, en particulier les médecins Algérien.	
1. L'exode des médecins à l'échelle mondiale	
2. L'exode des médecins algériens dans le monde.....	
2.1 Aperçu sur l'émigration des médecins algériens.....	
2.2 Les principales destinations des médecins Algériens	
2.3 Les catégories des médecins algériens migrants.....	
Section 4 : L'exode des Médecins Algérien en France	
1. Les effectifs des médecins Algérien en France	
2. La répartition des médecins selon les types d'activités	
3. Diversification des parcours et profils Médecin Algérien en France	
Conclusion.....	
Chapitre 2 : la Chronologie de l'exode des cadres de la santé en Algérie	
Introduction.....	
Section 1 : l'exode dans l'évolution du système de santé.....	
1. L'édification progressive d'un système national de santé (1962-1973)	
1.1Coopération et faiblesse de taux d'exode	
1.2 La politique de formation de 1973.....	

2. le code de santé publique et les premiers ajustements (1974-1989)	
2.1 Les mesures prise par Etat	
3. les deux premiers textes de réforme (1990 – 1999)	
3.1 La crise sociale de 1991 et l’amplification de l’exode des médecins algérien	
4. La période 1999 –à nos jours	
4.1 L’organisation institutionnelle actuelle de système de santé algérien.....	
5 Le financement du système de santé en Algérie.....	
6. Les déferents problèmes de système de santé au cours de dernières années (justifiant en partie l’exode)	
6.1 Le disfonctionnement dans l’offre de soins	
6.2 Le mauvais accueil des usagers, des problèmes d’information et de communication.	
6.3 Le Désert médical.....	
6.4 La grève des médecins résidents	
Section 2 : (<i>Numerus clausus</i>) et politique de formation des cadres de santé en Algérie	
1. Les structures en charge de la formation des professionnels de la santé en algérien	
2. Evaluation de la formation au cours de dernières années	
2.1 Formation pour les étrangers.....	
2.2 Formation pour l’obtention d’un certificat d’études spécialisées en sciences médicales CES.....	
Section 3 : <i>Les motifs de l’exode des médecins algériens</i>	
1. Les facteurs induits par le système	
1.1 L’Obligations de l’Etat vis-à-vis les médecins.....	
1.2 Le burnout.....	
1.3 Les salaires.....	
1.4 Les facteurs de pénibilité au travail comme source d’épanouissement professionnel	
2 Les facteurs induits par l’environnement socio-économique.....	

2.1 Le rapport entre les tarifs de remboursement et le secteur privé

3. Les facteurs d'appels des pays d'accueils

3.1 Les programmes officiels de l'émigration professionnelle.....

3.2 Les facilitations des mouvements vers les pays d'accueil

Conclusion

Chapitre 3 : Les implications de l'exode et perspective.....

Introduction

Section 1 : Cas pratique de l'EPH REMCHI.....

1. Premier cas

1.1 Commentaire

1.2 Analyse des données.....

2. Deuxième cas.....

2.1 Commentaire

2.2 Analyse des données

Section 2 : les incidences obtenues de l'exode des praticiens de santé.....

1. Incidences obtenus sur le système de santé

1.1 Déséquilibre entre l'offre et la demande dans le système de santé

1.2 Qualité.....

1.3 La pénurie des médecins spécialiste.....

1.4 Le Déficit des établissements publics par la non maîtrise des couts

2. Incidences obtenus sur l'état de la population

2.1 La diffusion des maladies

3. Incidences obtenus sur l'Etat.....

3.1 La perte de l'Etat vis-à-vis le coût de formation des médecins algérien s'exilés à l'étranger

3.2 La perte de L'Etat vis-à-vis les transferts des malade à l'étrangers

4 Incidences obtenus sur les pays d'accueils

Section 3 : perspective

1. Au niveau interne

2. Au niveau externe

Conclusion

Conclusion générale

Bibliographie.....

Annexe.....

Table des matières.....