

LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN FACE À LA CRISE SANITAIRE DU COVID-19: QUELS ENSEIGNEMENTS SUR SES DÉFAILLANCES?

Zoulikha SNOUSSI*

Received: 06/06/2020/ Accepted: 02/07/2020 / Published: 18/07/2020

Corresponding authors : z.snoussi@univ-dbkm.dz

RÉSUMÉ

La propagation de la pandémie de Covid-19 en Algérie a mis le système de santé national devant une épreuve rude. Cette crise sanitaire a clairement dévoilé la vulnérabilité de notre système et nous rappelle donc le caractère important et urgent de sa reconstruction pour son renforcement. Par ailleurs, les enseignements tirés de cette expérience difficile nous serviront certainement à avoir une nouvelle vision pour élaborer une politique de santé solide, globale et durable.

MOTS CLÉS: Covid-19; système de santé; défaillances; enseignements; Algérie.

CLASSIFICATION JEL: H12; I11; I18

* FSECSG de l'Université de Khemis Miliana, Algérie. E-mail 1: snoussi25@yahoo.fr E-mail 2: z.snoussi@univ-dbkm.dz

THE ALGERIAN HEALTH SYSTEM FACING THE COVID-19 HEALTH CRISIS: WHAT LESSONS LEARNED ABOUT ITS FAILURES?

ABSTRACT

The spread of the Covid-19 pandemic in Algeria has put the national health system under severe strain. This health crisis has clearly revealed the vulnerability of our system and then reminds us of the important and urgent character of its reconstruction for its strengthening. Moreover, the lessons learned from this difficult experience will certainly help us to have a new vision for developing a strong, overall and sustainable health policy.

KEYWORDS: Covid-19; health system; failures; lessons; Algeria.

JEL CLASSIFICATION: H12; I11; I18

النظام الصحي الجزائري في مواجهة الأزمة الصحية لـ "كوفيد 19":
ما الدروس المستفادة من إخفاقاته؟

ملخص

إنّ انتشار وباء كوفيد-19 في الجزائر وضع النظام الصحي الوطني تحت ضغط شديد. لقد كشفت هذه الأزمة الصحية بوضوح ضعف نظامنا و هي بذلك تذكّرتنا بالطابع الهام والعاجل لضرورة إعادة بنائه من أجل تعزيزه. من جهة اخرى ، فإنّ الدروس المستفادة من هذه التجربة الصعبة ستساعدنا بالتأكيد في الحصول على رؤية جديدة لتطوير سياسة صحية قوية، شاملة ومستدامة.

كلمات مفتاحية: كوفيد-19؛ النظام الصحي ، الإخفاقات ، الدروس المستفادة ، الجزائر.

تصنيف جال: H12; I11; I18

INTRODUCTION

L'apparition, à partir de janvier 2020, du nouveau Corona virus «Covid-19» a rapidement plongé la majorité des systèmes de santé à travers le monde dans des situations critiques de crise sanitaire. Le système national de santé algérien ne fait pas l'exception; la situation étant inédite, les défis à relever sont importants. Certes, l'épreuve est dure même pour les pays les plus développés tels que la France, l'Italie, l'Espagne ou même les Etats Unis d'Amérique. Ces pays se sont retrouvés sous tension face à l'ampleur de la pandémie, mais cette crise a clairement dévoilé la vulnérabilité du système de santé algérien et révèle l'urgence de le réformer, pour son renforcement.

A la suite de cette flambée épidémique, plusieurs actions ont été entamées par les autorités responsables des différents secteurs afin d'éviter les dégâts ou de limiter les risques et accroître ainsi la résilience. Il est évident que cette pandémie a chamboulé tous les paramètres de la vie sociale, économique et même politique, avec tous les maux qu'elle a provoqué, mais il ne faut pas perdre de vue des éclairages qu'elle a pu apporter, particulièrement sur les faiblesses de notre système de santé; les inégalités d'accès aux soins entre les régions, la dévalorisation du personnel soignant, le manque de matériel, d'équipements et de médicaments dans les hôpitaux, etc. Par conséquent, l'avantage réside dans les enseignements qu'on pourra tirer de cette crise afin de réfléchir à la manière de reconstruire notre système de santé. Les leçons tirées sont essentielles car elles serviraient, à la mise en place d'une stratégie qui conduirait à l'amélioration du système.

Ainsi, l'objectif de ce papier est justement de discuter des enseignements en rapport avec la santé, à tirer de cette expérience lourde, et qui représenteraient des pistes de réflexion pour la refonte de notre système de santé.

L'article est organisé de la manière suivante: dans un premier temps, nous présenterons un bref retour sur l'apparition et la propagation du Covid-19 dans le monde et en Algérie. Ensuite, nous passerons en revue notre système de santé face à cette pandémie. Enfin, nous discuterons des leçons tirées de cette crise sanitaire.

1. RETOUR SUR L'APPARITION ET LA PROPAGATION DU COVID-19 DANS LE MONDE ET EN ALGERIE

C'est au 31 décembre 2019 que le bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Chine a été informé de cas de pneumonies d'origine inconnue, détectés dans la ville de Wuhan. Un nouveau coronavirus, responsable de cette maladie respiratoire, a été identifié et a été dénommé «SARS-Cov-2». Un mois plus tard, 581 cas avaient été confirmés en Asie ou aux États-Unis et 17 personnes étaient décédées à cause du virus. Ainsi, l'OMS déclare l'épidémie de Covid-19 comme étant une «Urgence de santé publique de portée Internationale». (MSPRH, 2020, p.5), et le 11 mars 2020, elle annonce que l'épidémie de la Covid-19 est désormais une pandémie mondiale, après avoir enregistré plus de 121.000 cas (Faucher *et al.*, 2020).

Le nombre de nouveaux cas n'a cessé d'augmenter en Chine, mais aussi dans d'autres pays d'Asie. Au continent européen, le virus s'est propagé dans une majorité des pays. Les plus durement touchés sont le Royaume Unis, l'Italie, l'Espagne et la France. Les Etats-Unis est aussi l'un des pays qui a fortement été touché par cette pandémie. Ils viennent en tête de liste en termes de nombre de cas confirmés, suivis successivement par le Brésil, la Russie, l'Inde et le Royaume Unis. (Cf. Tableau N°1)

En Algérie, la pandémie de Covid-19 s'est propagée à partir du 25 février 2020, où on a déclaré le premier cas testé positif. La wilaya de Blida, l'épicentre de l'épidémie, a enregistré les premiers cas sur le territoire national à un rythme progressif. Par ailleurs, le premier décès de ce virus a été enregistré le 12 mars 2020. Après presque quatre mois du dépistage du premier cas, le taux de guérison est de 70% contre un taux de mortalité de 7%. Il est à noter que depuis la première semaine du mois d'avril, le nombre de guéris a été multiplié par sept en l'espace de 70 jours (de 113 à 7.842 guéris entre le 07 avril et le 16 juin 2020). Par ailleurs, s'agissant de la répartition des cas confirmés par tranche d'âge, on note une prédominance des 25-49 ans (40,5%), suivie des plus de 60 ans (28,6%). En outre, les deux wilayas

d'Alger et de Blida enregistrent à elles seules environ 24% du total des cas confirmés et 34% des décès, depuis le début de la pandémie.¹

Tableau N°1. Propagation du Covid-19 dans le monde (chiffres arrêtés au 16 juin 2020)

Pays	Date de dépistage du 1 ^{er} cas	Nombre de cas confirmés	Nombre de décès	Autres remarques
Russie	n.d	544.725	7.274	le plus touché en Asie, mais à un taux de mortalité le plus bas (1,3%)
Inde	n.d	354.065	11.903	le plus de morts en Asie
Royaume Unis	n.d	299.600	42.054	1 ^{er} pays en Europe en termes de cas confirmés et de morts
France	24 janvier	194.347	29.550	1 ^{er} décès hors Asie, le 15 février
Italie	31 janvier	237.500	34.405	2 ^{ème} en Europe en termes de décès
Espagne	n.d	244.328	27.136	2 ^{ème} en Europe en termes de cas confirmés
Allemagne	27 janvier	188.252	8.820	5 ^{ème} en Europe en termes de cas confirmés
Etats Unis d'Amérique	22 janvier	2.137.731	116.963	tête de liste
Brésil	n.d	923.189	45.241	2 ^{ème} pays dans le monde en termes de nombre de cas
Monde	/	8.173.495	443.678	taux de mortalité moyen de 5%
Algérie	25 février	11.147	788	59 ^{ème} en termes de nombre de cas.

Source : Fait par l'auteure à partir des données de (Faucher et al., 2020) et de la plateforme <http://covid19.cipalgerie.com/fr/statistiques-detaillees-covid-19-algerie/>.

2. LE SYSTEME DE SANTE NATIONAL FACE A LA PANDEMIE

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a eu d'abord à construire un système de santé. Son choix a été particulièrement

¹ <http://covid19.cipalgerie.com/fr/statistiques-detaillees-covid-19-algerie/> (Consulté le 17 juin 2020)

orienté vers la création d'une médecine gratuite totalement socialisée. Ainsi, un vaste programme de développement a été entamé par, notamment, l'institution, en 1973, de la gratuité des soins. Des progrès ont été réalisés, surtout depuis le début des années 2000, grâce à une priorité redonnée à la santé et une part croissante du budget de l'Etat consacrée à la santé.

Par ailleurs, les réformes économiques initiées en 1988² ont facilité l'émergence du secteur libéral et favorisé ainsi son développement. Par conséquent, des cabinets médicaux de médecins généralistes puis ceux des spécialistes se sont vite multipliés et ont proliférés. Ce secteur a continué de croître à un rythme accéléré puisqu'en plus de ces structures privées légères, beaucoup de cliniques médicales et chirurgicales, de centres d'imagerie, de centres d'hémodialyse, etc. ont vu le jour. Ainsi, la création des cliniques s'accroît avec une moyenne de 14 cliniques créées par an entre 1998 et 2006. À partir de 2007, le nombre moyen de création est passé à 9 cliniques par an (Zehnati et Peyron, 2015). En 2015, 237 cliniques médico-chirurgicales et 33 cliniques médicales fonctionnent à côté de 8.352 cabinets de consultations spécialisées, 6.910 cabinets de consultations généralistes et 6.144 cabinets de chirurgie dentaire. (Santé News, 2017). Depuis 2002, les cliniques de l'hémodialyse ont connu, elles aussi, un taux de création croissant suite à la convention signée avec la sécurité sociale pour la prise en charge intégrale des dépenses de soins pour hémodialyse (Zehnati et Peyron, 2015). En 2015, on a recensé 148 centres d'hémodialyse. (Santé News, 2017). Selon (Mabtoul, 2004), trois éléments fondamentaux sont à l'origine de l'émergence du secteur de santé privé en Algérie. Tout d'abord, la captation par les cliniques privées des médecins spécialistes (notamment les gynécologues, cardiologues et chirurgiens) jouissant d'une expérience appréciable à l'hôpital et éventuellement connus pour leur bonne réputation. Ensuite, l'appropriation rapide par le secteur privé de la technologie innovante (IRM, Scanner, Colposcope, Endoscope, etc.) souvent en panne ou inexistant à l'hôpital. Enfin, l'adhésion de l'Etat

² Décret législatif n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.

au plan de réajustement structurel imposé par le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale, à partir de 1994.

Par ailleurs, mis à part les éléments contextuels sus-cités, l'émergence des cliniques privées était aussi encouragée par les stratégies individuelles des fondateurs de ces structures (Zehnati, 2013). Nous distinguons ici entre les médecins opérateurs externes (les praticiens libéraux et ceux du secteur public) qui prennent en charge au niveau des cliniques, leurs patients déjà recrutés au cabinet, à l'hôpital ou à travers d'autres canaux (adressages de confrères,...); les médecins étrangers qui sont aussi mobilisés par les cliniques qui assurent des soins en chirurgie cardiaque; et les médecins correspondants (généralistes et/ou des spécialistes non chirurgicaux) qui orientent les patients vers les cliniques notamment pour les interventions chirurgicales, moyennant une forme d'intéressement ou dans le cadre d'une relation purement confraternelle (Zehnati, 2019). Également, la double activité³ des médecins de l'hôpital a aussi contribué à l'extension du secteur privé (Zehnati, 2013). Ainsi, la faiblesse perçue des salaires dans le secteur public et la possibilité d'optimiser sa rémunération chez le privé via le paiement à l'acte rend la double activité plus attractive. De même, afin de maintenir la demande dans le secteur privé, les médecins optent en faveur de longues listes d'attente à l'hôpital susceptibles de pousser les patients à recourir au secteur privé (Zehnati, 2019). Toutefois, l'offre de soins en Algérie reste prédominée par le secteur public qui couvre environ 93% du total du nombre de lits disponibles dans les deux secteurs, où les soins y sont gratuits ou symboliquement payants. (Snoussi, 2018).

³ Deux dispositifs régissent l'activité des médecins du secteur public dans leurs relations avec les cliniques privées. Le premier connu sous le nom de "l'activité complémentaire" qui date depuis 1999, permet aux médecins spécialistes hospitalo-universitaires du secteur public jouissant de cinq années d'ancienneté d'exercer en parallèle dans le secteur privé (clinique privée, cabinet médical ou dans le secteur parapublic) à raison d'une journée par semaine. Le deuxième dispositif porte le nom de "l'activité lucrative", institué en 2010, autorise les praticiens hospitalo-universitaires et les praticiens spécialistes (y compris ceux occupant les postes de chef de service et de chef d'unité) du secteur public à exercer dans les structures privées une activité lucrative les week-ends et les jours fériés.

En outre, les dépenses nationales totales de santé augmentent constamment. Elles sont passées de 3,49 % à 6,6 % du PIB entre 2000 et 2013 (Messaili, et Kaïd Tlilane, 2017), puis à 7% en 2015 pour atteindre 6,4% en 2017. L'Algérie consacre en moyenne 6,11% de son PIB au secteur de la santé (moyenne calculée sur huit ans entre 2010 et 2017)⁴, un pourcentage non négligeable en comparaison par exemple à son voisin; le Maroc (5,5%) (Media24, 2018), malgré que ce taux reste incomparable avec celui des pays industrialisés tels que la France; 8,6% du PIB pour l'année 2018 (DREES, 2019).⁵ Avec le quatrième poste de dépense, la santé a bénéficié, au titre de l'année 2020, d'un budget conséquent de plus de 408,2 milliards de dinars en hausse de 2,33% par rapport au budget de 2019 (Litamine, 2019). Pourtant le secteur de la santé n'arrive pas à se mettre en route et des dysfonctionnements majeurs continuent de le paralyser. Les dépenses de santé sont en augmentation, mais le problème de fond est le management défaillant. Les questions à traiter sont diverses ; gestion et valorisation de la ressource humaine, financement de la santé, décloisonnement public-privé, prise en charge des malades, manque de moyens, corruption, inégalités d'accès aux soins et aux médicaments, programme d'enseignement et formation des médecins, acquisition et maîtrise des nouvelles technologies, etc.

En effet, dans son rapport publié en 2019 notant les pays selon leur capacité à faire face aux crises sanitaires d'ampleur internationale, « Global Health Security index »⁶ considère l'Algérie comme l'un des pays les « moins préparés » suite à son classement à la 173^{ème} place sur un total de 194 pays. Egalement, dans le classement de

⁴ <https://ar.knoema.com/atlas/الصحة-على-الإنفاق-الجزائر/percent-الناتج-المحلي-من-إجمالي> (Consulté le 06 juin 2020)

⁵ Les dépenses de santé en pourcentage du PIB en 2018 ont atteint 16,9% aux Etats Unis, 12,2% en Suisse, 9,8% au Royaume Unis, 11,2% en Allemagne et 8,9% en Espagne. Consulté sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d889ceef-fr/index.html?itemId=/content/component/d889ceef-fr>

⁶ L'indice de sécurité sanitaire mondiale (SGH) est une analyse comparative de la sécurité sanitaire et des capacités connexes dans les 195 pays qui composent les États parties au Règlement sanitaire international (RSI [2005]).

«Bloomberg healthiest country index»⁷ de 2019, le système de santé algérien vient en quatrième position en Afrique derrière le Nigéria, la Tunisie et l'Afrique du Sud. Par ailleurs, dans les circonstances de la crise actuelle, la revue scientifique Britannique « The Lancet » avait publié une étude plaçant l'Algérie parmi les trois pays africains les plus à risque d'importer le Covid-19 à côté de l'Afrique du Sud et de l'Égypte⁸. Cependant, la même étude avance que ces trois pays restent les moins vulnérables car leurs systèmes de santé sont les mieux préparés du continent (Gilbert et *al.*, 2020).

Certes, les faiblesses du système de santé algérien ne sont pas nées avec la présente crise sanitaire. Toutefois, cette dernière a révélé toutes les défaillances. Ainsi, la refonte globale de notre système est plus que jamais indispensable ; cette accumulation de problèmes et les défis futurs rendent nécessaire la mise en œuvre d'une politique de santé plus cohérente, susceptible de construire un système plus fort.

3. ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA PANDEMIE COVID-19

Un fléau d'une telle ampleur qui a frappé le monde entier paralysant ainsi plusieurs secteurs vitaux nous marque sûrement avec des faits saillants qui nous serviront, sans doute, d'enseignements dans l'avenir. Allons voir de près quelles sont les principales leçons tirées de la pandémie Covid-19 en rapport avec le secteur de la santé.

3.1. Un système de santé fortement centralisé : l'Institut Pasteur, seule habilité à effectuer les tests PCR

Depuis le début de la pandémie et jusqu'à fin mars 2020, l'Institut Pasteur d'Alger était la seule habilité à effectuer le test de diagnostic spécifique «PCR»⁹. Mais, il demeure incapable à lui seul de répondre

⁷ Le Bloomberg Healthiest Country Index distingue les économies de 169 pays selon les facteurs qui contribuent à la santé globale. Cet indice classe les pays en fonction de variables telles que l'espérance de vie tout en imposant des pénalités pour des risques tels que le tabagisme et l'obésité.

⁸ Les propos de l'étude ont été tirés à partir de l'analyse du volume du trafic aérien qui a relié la Chine aux différents pays de l'Afrique sur toute l'année 2019.

⁹ PCR (Polymerase Chain Reaction) en anglais ou ACP (Amplification en Chaîne par Polymérase) en français, est une méthode de biologie moléculaire de diagnostic des maladies infectieuses ou parasitaires. Le test PCR pour la Covid-19 se fait par un

aux besoins de dépistage croissants. Par conséquent, plusieurs régions se trouvaient dans l'incapacité à mener des analyses pour confirmer ou non des cas suspects. Cette situation a poussé les autorités responsables à prendre la décision de former des équipes de dépistage du virus et de créer et d'équiper des annexes de l'Institut (implantées dans des Etablissements Publics Hospitaliers « EPH ») dans d'autres wilayas du pays; Oran, Constantine, Boumerdes, Ouargla, Tamanrasset, Béchar, etc. Egalement, plusieurs laboratoires d'analyse et de dépistage du Coronavirus ont été créés au niveau des universités, à l'exemple de l'université d'Alger, de Mostaganem, de Tlemcen, ou de Tizi Ouzou. Ces initiatives ont permis alors d'élargir l'opération de dépistage et de porter le nombre de personnes dépistées à environ le double par rapport au début de l'épidémie.¹⁰

Le présent constat témoigne de la forte centralisation de notre système de santé. En effet, c'est déjà à partir de 1973, date d'instauration de la gratuité des soins, qu'une triple centralisation s'est apparue: l'implantation des structures de soins à travers le territoire national à l'aide d'une carte sanitaire; le financement des dépenses de santé par un budget global forfaitaire, préétabli, mais budgétisé au niveau des ministères de tutelle (Finances, Santé); et l'affectation autoritaire des médecins (à travers le service national obligatoire, mitemps, zoning, l'autorisation d'installation) en fonction des localisations spatiales des structures publiques (Oufriha, 1997). Aussi, au vu des investissements consentis au secteur de la santé et au nombre du personnel soignant formé, et ce depuis l'indépendance, l'absence de laboratoires analogues à l'Institut Pasteur dans les autres régions d'Algérie (Est, Ouest, Sud-Est, Sud-Ouest, Haut-plataux, etc.) aurait pu être évitée. On comprend alors que les établissements de santé soient peu impliqués, voire même oubliés, dans l'élaboration de la politique de santé.

prélèvement naso-pharyngé (gorge, nez, nasopharynx) à l'aide d'un petit écouvillon (goupillon) inséré dans le nez.

¹⁰ Ainsi, au mois de mai, une vingtaine de laboratoires répartis à travers le pays étaient capables de réaliser plus de 400 tests de dépistage du Covid-19 par jour en moyenne (APS, 2020).

Cependant, l'approche centralisatrice des systèmes de santé a fait preuve de limites depuis déjà longtemps, dans plusieurs pays du monde. Le modèle scandinave était précurseur dans la démarche de décentralisation. Le processus, en Espagne et en Italie, était progressif à partir de 1978. Au Royaume Unis, la décentralisation a été entamée au début des années 90 suite à la décentralisation économique de l'époque. (CREDES, 2003). Des expériences plus récentes (la France et le Québec) confirment encore le passage inévitable vers la décentralisation. Toutefois, même si les formes¹¹, les voies et l'étendue sont différentes, l'objectif demeure l'amélioration de l'efficacité et la réactivité du système de santé en adaptant au mieux les réponses aux besoins des populations à travers l'encouragement de l'implication et la participation citoyenne. (CREDES, 2003)

Ainsi une redistribution des moyens financiers, matériels et humains s'impose en parallèle avec une territorialisation sanitaire bien réfléchie. L'action est déterminante au vu, d'une part, de la croissance démographique, de l'étendue de notre pays et de la diversité de son environnement physique (climat, reliefs, commodités de la vie, etc). D'autre part, le développement technologique lié à la santé et la manifestation d'un patient plus exigeant veut que l'offre de soins soit adaptée en permanence à la demande. Il est temps d'envisager une réforme sanitaire majeure en faveur d'une décentralisation élargie donnant une large autonomie aux régions sanitaires pour planifier et décider sans y avoir l'obligation de recourir à chaque fois à l'administration centrale.

¹¹ On distingue quatre principales formes de décentralisation: la déconcentration qui est le transfert de responsabilités à des niveaux territoriaux plus bas au sein des gouvernements centraux; la délégation qui est le transfert des responsabilités de gestion étendues à des organisations qui agissent en marge de la structure administrative central; la dévolution qui veut dire confier des pouvoirs à des gouvernements territoriaux autonomes; et enfin, la privatisation c'est à dire le transfert de responsabilités et la délégation de certaines fonctions à des organisations privées (CREDES, 2003).

3.2. Forte mobilisation du personnel soignant des établissements de santé publics malgré des conditions de travail difficiles

Depuis le début de la pandémie, les professionnels de santé du secteur public se sont engagés à affronter une situation hasardeuse. Tous les membres du personnel soignant sont mobilisés pour faire face à un épisode de crise sanitaire inédite, pourtant le manque en moyens de protection, d'outils diagnostic et de prise en charge des cas diagnostiqués est important. Conscients de leur devoir, les praticiens continuent de travailler dans ces conditions inappropriées malgré une dégradation continue de la situation depuis plusieurs années.

En effet, les constats de la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'homme menée en 2008¹² avaient déjà fait état des conditions dérisoires dans lesquelles fonctionnent les services d'urgence de nos hôpitaux, notamment le manque de moyens et d'équipements techniques (ambulances, radio, etc.), ainsi que du matériel nécessaire pour le diagnostic (stéthoscope, tensiomètre, etc.) et parfois même des médicaments de première urgence. Le rapport de la commission note aussi un déficit en personnel paramédical qui se répercute négativement sur la prise en charge et le suivi des malades hospitalisés. Par ailleurs, quelques années plus tard, le constat est encore confirmé par les conclusions de l'audit du MSPRH effectué en septembre 2013¹³. Dans ce rapport, il est noté que le personnel soignant exerce dans des conditions difficiles du fait qu'il est souvent exposé aux agressions verbales et/ou physiques des patients et de leurs proches. Egalement, l'effectif est jugé insuffisant pour la charge de travail. De plus, les professionnels

¹² Une commission composée de trois groupes de travail qui ont élaboré un programme de visite conformément à l'accord conclus avec le MSPRH. Les établissements visités (hôpitaux, polycliniques, cliniques de maternité, centres de santé et salles de soins) sont au nombre de quatre vingt cinq (85) répartis sur dix (10) wilayas.

¹³ Audit effectué par le ministre de la santé pour évaluer sur le terrain l'impact réel des réformes et ajustements sur l'organisation du système de santé, les ressources et les moyens et aussi sur la gestion, le fonctionnement et le niveau d'activité des établissements de santé.

de santé exercent la plupart du temps en manque de moyens et matériels indispensables à leur activité (Snoussi, 2017).

Donc, il est temps de penser sérieusement à améliorer les conditions de travail du personnel soignant. On peut là penser au renforcement du recrutement du personnel soignant ou des effectifs administratifs dans les services de soins (les secrétaires médicales par exemple). De même, la mise à la disposition des soignants de tous les moyens et outils de travail utiles à leur exercice est d'une nécessité cruciale pour l'accomplissement de leur devoir d'une manière appropriée. La réorganisation des conditions de travail est également primordiale dans la mesure où elle permettra d'améliorer la performance des soignants. Ici, on peut envisager d'objectiver les charges de travail des praticiens avec une revalorisation de l'indemnité, notamment pour ce qui concerne les gardes et astreintes¹⁴ (Snoussi, 2017). Il est question également de revoir à la hausse la grille salariale du personnel médical et paramédical¹⁵ et de supprimer en parallèle la double activité des médecins.

3.3. Absence des médecins libéraux

Si les "combattants en blouses blanches" du secteur public ont fortement fait preuve d'humanité et de professionnalisme, depuis le début de l'épidémie en Algérie, les médecins du secteur privé ont eux aussi contribué à prendre en charge les patients. Toutefois, des médecins de ce même secteur ont préféré fermer leurs cabinets malgré une obligation du gouvernement de « *maintenir leur activité sous peine de poursuites pénales et de sanctions administratives de retrait immédiat et définitif des titres légaux d'exercice de l'activité* » en publiant deux décrets

¹⁴ En cette période d'épidémie du Covid-19, les autorités algériennes ont accordé une prime mensuelle exceptionnelle au personnel de santé publique (mobilisés dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la propagation du coronavirus) pour une durée de trois mois renouvelables; 10.000 da pour le personnel administratif, 20.000 da pour le personnel paramédical et 40.000 da pour le personnel médical.

¹⁵ A mentionner qu'au mois de septembre 2019, le premier ministre avait annoncé la multiplication par deux et demi du salaire des praticiens spécialistes de la santé publique exerçant dans les wilayas du Sud et des Hauts-plateaux, par rapport à celui de ceux exerçant dans le Nord.

exécutifs (2020-70 du 24 mars 2020 et 2020-86 du 2 avril 2020). Ces médecins libéraux se sont trouvés entre un dilemme de taille; fermer leurs cabinets pour se protéger ou assurer la continuité des services sans moyens de protection. D'autant plus qu'un grand taux de contamination des médecins présente un sérieux risque qui pèsera lourdement sur le système de santé. De leur côté, les médecins de ville, généralistes et spécialistes, déplorent le manque de moyens de protection contre le Coronavirus. La note ministérielle n°15 du 8 avril 2020 relative à la protection des personnels de santé face à l'infection du Covid-19 a précisé toute une liste de moyens de protection (masques, sur-blouses, lunettes de protection, charlotte, gants, etc.) indispensables à l'activité des professionnels de la santé pendant cette pandémie. En revanche, leur disponibilité sur le terrain n'est pas garantie, pour tous les praticiens.

Le cas des praticiens dentistes est plus sensible à cause du risque de contamination plus élevé auquel ils sont exposés avec leur personnel soignant. Ainsi, ayant probablement épuisé leur stock de protection et de désinfection et en présence de difficultés d'approvisionnement (ou tout simplement par peur de contamination), nombre de médecins ont fermé leurs cabinets dentaires. Quelques autres praticiens disposant de moyens de protection ont choisi, le cas échéant, de continuer à exercer avec des conditions de travail limitées (consultation sur rendez-vous, accès au cabinet pour un seul patient à la fois, traitement des cas urgents seulement, etc.). La décision de fermeture des cabinets dentaires a eu, sans doute, un impact négatif sur l'accès aux soins. En effet, après la note adressée par le Ministère de la santé aux EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité) recommandant de procéder à titre exceptionnel aux soins urgents, le choix a été laissé aux autorités locales pour en prendre la décision appropriée concernant la suspension ou la continuité de l'activité des médecins dentistes, et cela en rapport avec la situation pandémique locale (Benrahal, 2020).

Devant cette situation, l'implication des médecins et des médecins dentistes privés demande une disponibilité plus large des équipements de protection leur permettant de continuer ou de

reprendre leurs activités en cette période difficile, en plus de les informer, guider et les accompagner tout au long de cette crise.

3.4.La téléconsultation: une alternative à la suspension de l'activité des cabinets médicaux?

En substitution aux consultations dans les cabinets médicaux, et dans le but de désengorger les hôpitaux et les cabinets qui représentent un milieu favorable à la propagation du virus, les médecins du secteur libéral ont essayé de trouver une alternative; la téléconsultation. De fait, ils ont opté pour les moyens de vidéotransmission habituels tel que Skype ou Whatsapp par exemple, ou tout simplement les appels téléphoniques, ou sur Viber, Messenger ou via les commentaires sur le réseau social «Facebook».

D'autres médecins ont choisi de joindre des plateformes de téléconsultations en ligne et se sont prêtés volontiers au devoir de répondre aux préoccupations de leurs patients. Ainsi, en collaboration avec une communauté de médecins volontaires, « Yassir consultation » a mis à la disposition des citoyens, des spécialistes pour répondre à leurs questions en ligne via une plateforme regroupant des médecins généralistes et des spécialistes.¹⁶ Par ailleurs, la Société Algérienne de Cardiologie (SAC) est parvenue à mettre à la disposition des cardiologues un outil de travail en ligne facilitant la prise en charge des patients, en intégrant un module de téléconsultation (Kouaci, 2020). Une autre initiative du groupe « Winnelka d'aides aux malades », actif sur le réseau social Facebook a donné naissance à un site Internet « StopCoronaDz »: une plateforme de téléconseil regroupant des professionnels de la santé de différentes spécialités (28 spécialités au jour du 31 mai 2020) qui se portent bénévoles, par une inscription sur la plateforme, en précisant les jours et les tranches horaires de leurs disponibilités.¹⁷

De même, une nouvelle plateforme de téléconsultation médicale « etabib.dz » a été initiée par la start-up « Ibn-Hamza » pour permettre de consulter gratuitement par appel vidéo (sur un site ou

¹⁶ <https://yassir.io/teleconsultation/> (Consulté le 11mai 2020)

¹⁷ <https://stopcorona-dz.com> (Consulté le 29 mai 2020)

via une application sécurisée) des médecins bénévoles dans différentes spécialités, et ce à partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un smartphone. La plateforme propose la possibilité d'accéder à son dossier médical n'importe où, de demander le renouvellement de son ordonnance sans se déplacer et bien sûr d'expliquer son état de santé à son médecin en toute aise.¹⁸

En outre, le Ministère de la Santé a lancé une plateforme de sensibilisation sur le Coronavirus en Algérie, en collaboration avec le Ministère de la Poste et des Télécommunications. Cette plateforme contient plusieurs rubriques qui apportent des renseignements relatifs au Coronavirus; modes de transmission et de diagnostic, principaux symptômes, prise en charge, consignes sanitaires, etc. Elle publie également un suivi quotidien des nouveaux cas confirmés et des décès. Une autre rubrique est aussi consacrée aux mesures prises par le gouvernement, et un espace est dédié aux professionnels. De même, un numéro vert (3030) est mis en place pour le Covid-19.¹⁹

Mise à part ces quelques initiatives timides, la téléconsultation reste encore peu utilisée en Algérie en raison, d'une part, d'une faible maîtrise des outils de la nouvelle technologie, particulièrement chez les personnes âgées, d'autre part, le problème de couverture du réseau Internet dans certaines zones rurales et les perturbations des réseaux de connexion n'aident pas. Il y a lieu aussi de rappeler la culture du citoyen Algérien qui n'a pas encore intégré avec force et conviction l'utilisation des outils de la nouvelle technologie dans son quotidien, notamment pour tout ce qui a trait à la santé.

En effet, le développement de la téléconsultation en Algérie requiert une étroite collaboration entre les différentes parties prenantes, notamment les deux ministères de la santé et celui du travail (en qualité de tutelle des caisses d'assurance maladie) pour, par exemple, autoriser les pharmaciens à accepter les ordonnances scannées et envoyées au patient (par courriel, Viber, Messenger ou tout autre moyen) avec bien sûr le cachet apposé et la signature du médecin, et ce lorsque le patient, l'assuré social, consulte en ligne,

¹⁸ <http://etabib.dz> (Consulté le 11 mai 2020)

¹⁹ <http://covid19.sante.gov.dz> (Consulté le 16 juin 2020)

notamment pour les malades chroniques qui sont déjà fichés dans la base de données des pharmaciens.²⁰

Dans le même ordre d'idées, et afin de faciliter le traitement de la prescription, dispensation et remboursement des médicaments par successivement les médecins, pharmaciens et caisses d'assurance, les deux ministères sus-cités pourraient convenir de la mise en place d'un système de gestion électronique des ordonnances pour qu'elles soient acheminées directement par le médecin prescripteur vers le pharmacien d'officine qui les transmettra à son tour aux caisses d'assurances sociales, sans passer par le patient. Une telle pratique permettrait d'accélérer le temps de traitement des ordonnances et d'améliorer le parcours de soins du patient avec le moins d'erreurs et à des coûts moindres tout en garantissant que le patient ait son traitement complet aux délais impartis. Par ailleurs, l'utilisation de l'ordonnance digitale permettra aussi d'éviter la perte de l'ordonnance et la fraude, d'informer le médecin en cas du remplacement du médicament prescrit par un générique, et aussi de confirmer au médecin que son patient a bien récupéré ses médicaments permettant ainsi un meilleur suivi (Julie, 2020). Ce plan pourrait également servir grandement au développement de la téléconsultation et éviter ainsi au malade de se déplacer et se rendre à chaque fois au cabinet de son médecin pour renouveler l'ordonnance. Une telle initiative servirait éventuellement à la généralisation de l'utilisation du e-commerce par l'achat en ligne (commande et paiement) des médicaments chez des officines préalablement certifiées et conventionnées.

3.5.Des taux de remboursement complètement obsolètes

Devant le nombre de nouveaux cas enregistrés chaque jour et le manque de tests de dépistage, et afin de pouvoir entamer le traitement par les personnes présentant des symptômes de contamination par la

²⁰ Donc, ne pas se contenter à renouveler au malade chronique son traitement pour un mois lorsque celui-ci est dans l'incapacité de présenter une ordonnance, comme c'est le cas après la dernière entente entre les deux tutelles (ministère de la santé et celui du travail) à la demande du Syndicat National des Pharmaciens d'Officine (SNAPO).

Covid-19, avant que leur état de santé se détériore, le ministère de la santé a autorisé les spécialistes de recourir à l'utilisation du scanner thoracique comme alternative au dépistage biologique.²¹ Dans les hôpitaux publics, le dépistage par scanner thoracique est souvent gratuit (sinon une participation symbolique est demandé aux malades), mais reste insuffisant au vu du nombre des demandeurs, avec des délais d'attente souvent longs. Dans les cliniques privées et les centres d'imagerie médicale, l'accès est plus facile, toutefois les tarifs ne sont pas à la portée de tous, surtout que le taux de remboursement par la sécurité sociale de cet acte est dérisoire. Il est vrai qu'en cette période de détresse, certaines cliniques privées se sont portées volontaires pour offrir leurs services de scanner thoracique à titre gratuit, mais ça reste une réponse temporaire et insuffisante.

En effet, les tarifs de remboursements des consultations médicales et des actes médicaux (analyses sanguines, radios, soins dentaires, etc.) datent depuis 1987 et n'ont pas été révisés depuis. De même, il existe des examens de radiologie non remboursés, tel que l'IRM « l'Imagerie par Résonance Magnétique » qui n'est pas remboursé puisqu'il ne figure pas dans la nomenclature nationale des actes médicaux de 1985. Devant une batterie d'examens indispensables demandés au patient, et avec des tarifs de plus en plus élevés, ce dernier, obligé de s'acquitter d'une charge financière élevée par rapport à son revenu, est souvent contraint de s'endetter ou d'abandonner les soins.

La question ne date pas d'aujourd'hui, toutefois la présente crise de santé a accentué le problème. Dès lors, l'actualisation de la liste des actes médicaux devant être pris en charge et la révision de leurs taux de remboursement est une urgence. Dans le Rapport « Nabni » de 2012, il a été proposé d'augmenter les niveaux de remboursement des prestations auprès des établissements de santé conventionnés avec la sécurité sociale, en commençant par les examens radiologiques (inclus scanners et IRM) et les examens biologiques usuels. L'action devrait

²¹ En date du 06 mai, sur un total de 7.710 patients sous traitement, environ 60% des cas suspects (4.595 personnes) étaient diagnostiqués par radiologie et scanner, alors que 3.115 cas étaient confirmés par test PCR (Kourta, 2020).

être entamée par l'établissement des niveaux de coûts réels des examens radiologiques et des examens biologiques en concertation entre le ministère de la santé publique, les caisses de sécurité sociale (CNAS, CASNOS), les gestionnaires du secteur privé et les spécialistes des coûts de la santé. Ensuite, il serait question d'augmenter les remboursements de la sécurité sociale auprès des établissements de santé et laboratoires d'analyse médicale conventionnés avec la sécurité sociale à des niveaux plus en rapport avec ces coûts. (Nabni, 2012,)

Par ailleurs, ce même rapport a repris, dans sa version 2020, les recommandations déjà citées en insistant à ce que le reste à charge pour les ménages soit réduit à des niveaux acceptables par l'augmentation des parts respectives prises en charge par l'assurance maladie, les mutuelles et l'Etat. Dans ce sens, on insiste sur la généralisation de la contractualisation auprès des médecins, pharmacies, établissements de santé privés avec l'assurance maladie et le système du tiers-payant, ainsi que l'extension de la couverture aux centres de radiologie/imagerie, examens biomédicaux, radiothérapie, kinésithérapie, etc, et l'augmentation des niveaux de remboursements. Le rapport mentionne aussi la nécessité de développer un régime complémentaire de mutuelles de santé ou compagnies d'assurances ou à défaut d'augmenter la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat en ligne avec l'évolution des besoins au sein de la population. (Nabni 2020, 2013)

Il est à rappeler que le dossier de la révision des taux de remboursement a été évoqué en 2009, avant qu'il ne soit suspendu à ce jour en raison de l'accroissement des dépenses de remboursement de la CNAS suite à sa convention avec les cliniques privées.²²

3.6.Pénurie en certains médicaments de maladies chroniques suite à la fermeture des frontières

Suite à l'évolution de la pandémie Covid-19, l'Etat Algérien avait mis en place des mesures de confinement et a décidé la fermeture de ses frontières. En conséquence, le marché de consommation des

²² <https://lecourrier-dalgerie.com/les-taux-de-remboursement-restent-en-letat-depuis-1987-le-patient-face-a-la-cherte-des-actes-medicaux/> (Consulté le 13 mai 2020)

médicaments d'officine connaît des perturbations en approvisionnement de certains médicaments de maladies chroniques. Ainsi, le Syndicat National des Pharmaciens d'Officine (SNAPO) a déploré une grave pénurie des médicaments dans les pharmacies pour le traitement des maladies chroniques²³ et a souligné aussi la carence en « Chloroquine » au niveau des officines, molécule indispensable au traitement de certaines maladies inflammatoires et auto-immunes, également fortement demandée dans le protocole thérapeutique des patients atteints de Covid-19, depuis la propagation de l'épidémie.²⁴

Confrontés à cette pénurie et devant les frontières fermées (qui représentaient des issues de secours pour se procurer ses médicaments de l'étranger), les patients en situation de détresse ont trouvé dans les réseaux sociaux un refuge pour lancer des appels, pour se procurer des médicaments, auprès des pharmaciens, des associations d'aide aux malades ou tout simplement des simples citoyens. La solidarité a souvent permis des issues favorables à ces appels, mais l'aide demeure insuffisante et exceptionnelle. Là encore, l'intervention des autorités responsables est déterminante pour la procuration de tous les médicaments essentiels utilisés dans les traitements habituels des malades, particulièrement chroniques. Il faut bien réfléchir à cette

²³ Tels que le médicament prescrit pour le traitement des dysfonctionnements de la thyroïde ; « Levothyrox », tout dosage, les traitements pour les cancéreux, notamment ceux utilisés pour soigner le cancer du sein, tels que l'« Arimidex 1 mg » et « Nolvadex 20 mg », ainsi que le médicament destiné à régulariser la pression artérielle « Mono Tildiem 300 mg ». D'autres médicaments en rupture de stock ont été aussi signalés à l'exemple de « Digoxine » utilisé dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, « Lovinox » anticoagulant injectable, « L'Azopt » pour la tension de l'œil du glaucome, « Josacine 500mg » pour certaines infections du corps (Hamra, 2020).

²⁴ Dans ces circonstances, des nouvelles mesures étroites sont demandées d'être respectées pour la fourniture de la « Chloroquine » aux malades souffrant de certaines maladies auto-immunes. Il s'agit de l'obligation de la présentation, par le patient à la pharmacie, d'un dossier médical constitué d'une prescription et attestation médicales, ainsi qu'une copie de la carte Chifa. Ce dossier sera transmis par le pharmacien à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) pour délivrer le traitement en quantité utile.

question et dessiner les grandes lignes d'action qui permettraient de développer une industrie pharmaceutique nationale capable de booster la production locale et garantir ainsi un approvisionnement large, sûr et permanent, en médicaments, en quantité et en qualité. Par ailleurs, l'action devra être continue et consolidée après la sortie de ce passage périlleux sachant que cette crise ne sera probablement pas la dernière que connaîtra notre planète.

CONCLUSION

L'avènement du nouveau Coronavirus a mis notre système de santé à rude épreuve. La Covid-19 a clairement révélé les dysfonctionnements de notre système de santé. Toutefois, cette crise pourrait naître un nouvel espoir de changement dans le cas où les enseignements tirés permettent de tisser les premières lignes d'une politique de santé solide, globale et durable. Ainsi, la réforme sanitaire devra commencer par une décentralisation du secteur donnant une vraie autonomie aux régions sanitaires. Par ailleurs, une revalorisation des compétences du secteur public de la santé est primordiale, il devient donc impératif de revoir la formation et la gestion de la ressource humaine. De même, que le soutien au secteur public est plus que jamais nécessaire, puisqu'il a prouvé en cette période de crise la disponibilité et la compétence de son personnel. Egalement, le développement de la téléconsultation est indispensable pour la médecine de demain. En outre, après plus de trente ans d'attente, il est temps d'actualiser les tarifs de remboursement des actes médicaux. Enfin, la procuration sûre et durable des médicaments requiert le développement d'une industrie pharmaceutique nationale solide.

Au vu des enseignements que l'on peut tirer de cette crise sanitaire, le dossier de la réforme du système national de santé devra être étudié avec rigueur en apportant aux problèmes actuels des réponses qui sont cohérentes, fiables et faisables. Les pistes à développer sont nombreuses; la valorisation à la performance, la promotion de la formation continue, l'application de la contractualisation, la mise en place d'un système d'information sanitaire, la décentralisation de

l'organisation et du fonctionnement des services de santé notamment dans le Sud, le renforcement du contrôle des services de santé, etc.

Références bibliographiques

- Algérie Presse Service (APS). (2020, 01 mai).** *Covid-19: hausse sensible du nombre de tests quotidiens dans les laboratoires de l'IPA.* Consulté sur : <http://www.aps.dz/sante-science-technologie/104593-covid-19-hausse-sensible-du-nombre-de-tests-quotidiens-dans-les-laboratoires-de-l-ipa>
- Benrahal N., (2020, 31 mars),** *Prise en charge médicale du Coronavirus : Les établissements publics de santé s'adaptent à l'urgence,* *El Moudjahid, quotidien national d'information.* Consulté sur : <http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/150532>
- Centre de Recherche, d'étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), (2003).** "Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé", n° 72. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes72.pdf>
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), (2019).** "Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé", France. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>
- Faucher, M., Chevrier, A., Gagnon, C., Béland, A., & Corbeil, JP., (2020, 11 mai).** *Suivez la propagation du covid-19 à travers le monde.* Consulté sur : https://www.ledevoir.com/documents/special/20-03_covid19-carte-dynamique/index.html
- Gilbert M., Pullano G., Pinotti F., Valdano E., Poletto C., Boëlle P-Y., D'Ortenzio E. Y., Yazdanpanah Y., Eholie SP., Altmann M., Gutierrez B., & Kraemer MUG., Colizza. V. (2020).** «Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study». *In The Lancet*, vol. 395(10227), pp 871-877.
- Hamra F., (2020, 17 février).** *Pénurie de 10 médicaments pour maladies chroniques: A qui la faute?.* CAP Ouest. Consulté sur: <http://capouest.info/2020/02/17/penurie-de-10-medicaments-pour-maladies-chroniques/>

Julie P., (2020, 09 janvier). *Vers la mise en place de l'ordonnance électronique dès 2020. Santé sur le Net.* Consulté sur: <https://www.sante-sur-le-net.com/ordonnance-electronique/>

Kouaci M., (2020, 21 avril). *Société algérienne de cardiologie: Une nouvelle application de téléconsultation pour les cardiologues.* Reporters. Consulté sur: <https://www.reporters.dz/societe-algerienne-de-cardiologie-une-nouvelle-application-de-teleconsultation-pour-les-cardiologues/>

Kourta D., (2020, 06 mai). *Près de 5000 cas suspects diagnostiqués par radiologie et scanner.* El Watan. Consulté sur: <https://www.elwatan.com/edition/actualite/le-diagnostic-positif-repose-sur-lidentification-du-virus-par-rt-pcr-selon-les-specialistes-06-05-2020>

Litamine K., (2019, 07 novembre). *Répartition des budgets: La Défense s'accapare (toujours) la part du lion.* Consulté sur: <https://www.algerie-eco.com/2019/11/07/repartition-budgets-defense-accapare-toujours-part-lion/>

Mebtoul M., (2004). « Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie ». In *Journal des anthropologues*, vol 96-97, pp 195-207.

Media 24. (2018, 03 décembre). *Santé au Maroc: offre sanitaire, financement., les derniers indicateurs chiffrés du secteur.* Consulté sur: <https://www.medias24.com/MAROC/SOCIETE/188078-Sante-au-Maroc-offre-sanitaire-financement...-les-derniers-indicateurs-chiffres-du-secteur.html>

Messaili M., & Kaïd Tlilane N., (2017). « Dépenses publiques de santé et santé de la population en Algérie: une analyse économétrique ». In *Santé Publique*, vol. 29(3), pp 383-392.

MSPRH DGPPS, (2020). "Plan de préparation et de riposte à la menace de l'infection coronavirus Covid-19 ". Disponible sur: <http://www.sante.gov.dz/images/Prevention/cornavirus/Plan-de-preparation.pdf>

Oufriha F-Z., (1997). « Ajustement structurel et autonomie du système de santé : quels résultats ? ». In *Cahiers du CREAD*, N°41, pp 97-100.

Rapport Nabni. (2020, (2013)). "Cinquantenaire de l'indépendance: enseignements et vision pour l'Algérie de 2020, Chapitre Santé".

Disponible sur: <http://www.nabni.org/wp-content/uploads/2013/01/Nabni-Santé-2020.pdf>

Rapport Nabni, (2012). "Cent mesures pour l'émergence d'une Algérie nouvelle au 5 juillet 2012: Vers un plan d'actions de rupture pour l'année du Cinquantenaire". Disponible sur: <http://www.nabni.org/wp-content/uploads/2012/12/rapport-nabni-2012.pdf>

Santé News. (2017, 12 juillet). *Structures de santé / Les cliniques privées gagent du terrain.* Consulté sur: <https://www.santenews-dz.com/structures-de-sante-cliniques-privees-gagent-terrain/>

Snoussi Z., (2018). "Le marketing hospitalier en Algérie: des perspectives de développement dans les établissements privés à l'encontre d'obstacles dans le secteur public", Forum International sur les recherches en Marketing, Marrakech (Maroc).

Snoussi Z., (2017). « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les droits des uns ou la responsabilité des autres ? ». In *International Journal of Economics and Strategic Management of Business Process*, vol 9, pp 89-96.

Zehnati A., (2013). « Les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire ». In *les cahiers du Cread* vol. 105/106, pp 187-208.

Zehnati A., (2019). « Les stratégies des cliniques privées algériennes dans le recrutement des patients : bouche à oreille, réseaux professionnels et conventionnement ». In *la revue des sciences commerciale*, vol.18(1), pp 82-96.

Zehnati A., & Peyron C., (2015). « Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement ». In *Mondes en développement*, vol. 170(2), pp 123-140.