

L'EMERGENCE D'UN NOUVEL ACTEUR DANS LE PAYSAGE SANITAIRE ALGERIEN ET L'APPORT DES PPP, NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION PUBLIC-PRIVE

THE EMERGENCE OF A NEW ACTOR IN THE ALGERIAN HEALTH LANDSCAPE AND THE CONTRIBUTION OF PPPS, NEW FORMS OF PUBLIC-PRIVATE ORGANISATION

Mohamed AMRANI

Université Abdelhamid ben Badis–Mostaganem (Algérie)

Email: mohamed.amrani@univ-mosta.dz

Reçu :07 /11/2021	Accepté :28/05/ 202	Publié en ligne :30/12/2022
-------------------	---------------------	-----------------------------

Résumé

Les réformes économiques engagées visant à renforcer les mécanismes de l'économie de marché posent le problème du financement du secteur de la santé. En cette période de crise et de restructuration économiques, l'Algérie tente de maîtriser les dépenses sociales et notamment celles de santé. Le désengagement progressif de l'Etat sur le plan financier affecte la définition de la politique de santé à suivre et pousse à l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante «cliniques privées» mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public. Nous nous proposons, dans le cadre de ce travail de revisiter la réalité du secteur de la santé en Algérie, du système de santé algérien en mobilisant des arrangements théoriques du nouveau management public et de l'économie de l'innovation dans les service dans sa variante des partenariats public-privé (PPP) .

Mots Clés : PPP, Emergence, Clinique privée, Innovation organisationnelle.

Abstract

The economic reforms undertaken to reinforce the mechanisms of the market economy raise the problem of financing the health sector. In this period of economic crisis and restructuring, Algeria is trying to control social expenditure, particularly health expenditure. The progressive disengagement of the state on the financial level affects the definition of the health policy to be followed and pushes for the emergence and the extension of the private sector of the profit-making care especially in its component "private clinics" thus putting an end to the hegemony during three decades of the public sector. We propose, within the framework of this work, to revisit the reality of the health

sector in Algeria, of the Algerian health system by mobilizing theoretical arrangements of the new public management and the economy of the innovation in the service in its variant of the public-private partnerships (PPP).
Keywords: PPP, Emergence, Private clinic, Organizational innovation.

JEL Classification Codes: I1, I11, I18, H51

1- Introduction

Il est communément admis aujourd'hui que l'innovation est cruciale dans le domaine du nouveau management public pour pouvoir relever les défis que rencontrent les gouvernements dans la conception de leurs systèmes de santé nationale, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Tous les échelons politiques reconnaissent que le (ppp) en est une et insistent à juste titre sur le rôle déterminant des collaborations public-privé. Les partenariats public-privé (ppp), sont à ce titre, des formes de coopération entre le public et le privé, qui ont connu un indéniable succès ces dernières années. Ils sont fondés en particulier sur l'idée de la capacité des organisations privées d'améliorer, selon différents canaux (financement, complémentarité, ou simple mimétisme), l'efficacité des organisations publiques ou du nouveau système que le partenariat constitue, dans la réalisation d'une activité donnée.

Dans les pays en voie de développement. Il devient de ce fait nécessaire de développer des partenariats innovants entre les divers acteurs tout au long des filières et des chaînes de valeur. Cette corrélation positive est largement traitée dans la littérature en matière du nouveau management public, en particulier à destination des secteurs budgétivores, se retrouve aujourd'hui en tête des préoccupations internationales et des priorités des politiques de développement. La théorie économique a aussi insisté sur la nécessité d'encourager le partage des innovations des pays développés avec les pays en voie de développement, et entre ces derniers.

En Algérie, les organismes de santé sont confrontés depuis au moins deux décennies à une transformation de la demande de soins, engendrée par la conjonction de multiples facteurs, démographiques, médicaux et socioéconomiques. Les dépenses de santé connaissent une croissance effrénée. Le partenariat public-privé dont nous rendons compte ici s'établit entre une structure de santé publique et une autre privée, la philosophie sous-jacente s'oriente à celle de la réduction des coûts par

suppression des doublons et l'établissement d'une coopération fondée sur la complémentarité. Le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante «cliniques privées» mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public. Un système de soins hybride en a résulté où un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements semble nourrir un secteur privé en pleine croissance. Après plus de vingt années d'existence, l'offre privée de soins a gagné progressivement l'ensemble du territoire même si elle est beaucoup plus importante dans les grandes métropoles. Aujourd'hui, 300 cliniques sont opérationnelles dont un tiers est dédié à l'hémo-dialyse. Dans de nombreuses spécialités, l'offre privée de médecins dépasse celle du secteur public (Zehmati, 2010.p.2). L'apport du secteur privé en lits d'hospitalisation progresse mais reste faible, il totalise une capacité d'accueil de 4800 lits .En outre, il dispose d'une part significative des équipements d'imagerie médicale surtout les plus coûteux. Cette dynamique s'opère dans un contexte de transition plurielle : une transition économique qui reste encore inachevée, une transition sociologique avec une forte urbanisation, une rapide transition démographique avec une modification de la pyramide des âges, une transition épidémiologique toujours en cours (le poids croissant des maladies chroniques) et une transition politique toujours en suspens. Une des conséquences de l'ouverture du secteur de la santé est le transfert de ressources qualifiées vers le secteur privé. La migration des professionnels du secteur public vers le secteur privé plus rémunérateur a pris des proportions alarmantes. Cette ouverture au privé est perçue par certains analystes comme une marchandisation de la santé, institue une médecine à deux vitesses et participe à l'accentuation des inégalités d'accès aux soins. Pour d'autres, elle est souhaitable vue l'état de délabrement que vit le secteur public et les dysfonctionnements le caractérisant.

1-1. Problématique

En Algérie, les pouvoirs publics ont décidé d'instaurer la médecine gratuite en 1974, l'objectif étant de relever le niveau sanitaire et notamment d'améliorer rapidement la situation sanitaire des populations défavorisées. Cependant, le système de soins choisi montre qu'il s'agit d'un système orienté vers les soins curatifs. Malgré le développement de l'offre des services de santé et le volume des investissements consentis,

les disparités régionales persistent. Le système national de santé semble aujourd'hui faire l'unanimité contre lui aussi bien de la part des usagers que de la part des professionnels de soins. Ces critiques fondées tant sur des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade et aux dysfonctionnements des unités de soins qu'à leurs résultats objectifs.

La question centrale à laquelle nous tenterons de répondre dans cette présente contribution est relative au mode de construction et de développement du secteur privé des soins dans un contexte systémique spécifique. Comment et quel apport pourrait apporter l'adoption du nouveau management public perçu sous l'angle du PPP au sens large, c'est-à-dire de celui qui associe l'État à une organisation privée dans l'atteinte d'une mission précise ? Tels qu'ils sont envisagés, ces PPP constituent en réalité une boîte noire en matière d'innovation (Rosenberg, 1982,p.304), pour leurs promoteurs comme pour les pouvoirs publics. En effet, pour l'essentiel, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'hypothèse sous-jacente est que le rapprochement des ressources publiques et privées est susceptible d'accroître l'efficacité du système de soins, selon des mécanismes qui, somme toute, importent peu. Il s'agit bien d'appréhender l'émergence et l'expansion du secteur privé à partir d'une dynamique d'ensemble tout en mettant en avant les mécanismes à l'œuvre ayant contribué à l'émergence et au développement des cliniques privées à partir de la fin des années 80, est de montrer que la mise en œuvre des PPP peut engendrer une dynamique d'innovation complexe.

L'exposé de notre travail suivra la trame suivante : dans un premier temps, nous expliciterons le concept d'émergence en tant que vecteur d'innovation et une revue de la littérature se rapportant à notre sujet qui ambitionne de mettre en relief au service des praticiens de l'administration publique et de la gestion privée d'un mini cadre conceptuel afin de pouvoir saisir et surtout opérationnaliser des politiques, des programmes et des projets publics en misant sur les PPP. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la formation du secteur privé des soins dans sa composante médecine de ville depuis l'indépendance jusqu'au début du processus de libéralisation à travers une périodisation. Ensuite, nous présenterons des données quantitatives et qualitatives sur l'émergence et l'extension du segment des cliniques privées. Enfin, nous appréhenderons le fonctionnement des cliniques privées en mettant en avant les stratégies mises en œuvre par les cliniques privées dans leurs interactions avec l'environnement.

1-2. Méthodologie

Dans l'élaboration de ce travail, la démarche entreprise tente de répondre aux soucis méthodologiques suivants :

Premièrement, la démarche est inductive. En effet, partant des résultats actuels de la santé des Algériens, on s'interroge sur le système de santé national, a-t-il consommé toutes les opportunités offerte par la gestion publique du secteur de la santé, et comment évaluons-t-on les deux décennies de coopération secteur public/secteur privé dans ce secteur ?

Deuxièmement, la démarche entreprise est déductive en ce sens qu'elle tente de recenser les effets produits par la restructuration de l'économie nationale qui s'est traduite par le passage à l'économie de marché puis par l'application du programme d'ajustement structurel et les conséquences induites sur le système de santé des algériens.

En plus de ces deux niveaux d'analyse et ayant choisi l'émergence des clinique privé comme champ d'étude et dans la mesure où notre objectif sous-entendu est d'entrer dans la boîte noire de l'innovation engendrée par les ppp, le noyau dur de notre travail sera de mettre en exergue qu'au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents acteurs du système de soins et, à ce titre, quels sont les enjeux justifiant un ppp ? .

2- Quelques rappels théoriques

La science économique a choisi comme phénomène fondamental d'étudier la production des biens et des services et leur répartition au sein de la société aux fins d'assurer le maximum de bien être au maximum de personnes. Elle analyse ainsi la manière dont les individus et les collectivités produisent et utilisent les ressources, qui peuvent être rares, pour satisfaire leurs besoins. Ainsi, pour un économiste, le système de santé pose d'abord des questions relatives à l'allocation des ressources soit au niveau global (combien dépenser pour la santé ?) soit au niveau du secteur lui-même (comment répartir les ressources attribuées ?). Ces questions renvoient immédiatement à d'autres : comment évalue-t-on le bien-être associé à telle allocation ? Comment déterminer une allocation efficace et équitable ? Comment mesurer les coûts de la santé ? Tout économiste qui aborde ce type de problèmes constate qu'il n'a pas de réponse à ces questions fondamentales. Néanmoins, le vrai problème est de savoir si l'on peut améliorer l'allocation. Dans ce contexte notre appareillage théorique se rapportera aux deux concepts évoqués en trame

de fond de la présente contribution, il s'agit en l'occurrence, de l'émergence du secteur privé de soins de santé en Algérie et l'apport hypothétiques souhaitable du concept de PPP dans la philosophie de rapprochement interinstitutionnel.

2-1. Contribution du concept de PPP, à la recherche appropriée aux nouvelles formes d'ouverture et de rapprochement entre l'État, les territoires et les organisations.

Quatre principaux phénomènes se sont conjugués pour expliquer l'émergence des PPP : la persistance de la fragilité des finances publiques, la frustration grandissante des citoyens et des entreprises à l'endroit de la qualité des services offerts par les administrations et organismes publics, la puissance de la rhétorique d'inspiration néolibérale qui fait la part belle au recours à des mécanismes de marché pour la prestation de services publics, et la propension des gouvernements à imiter en les adaptant des expériences étrangères jugées positives (mimétisme) (Pongsiri, 2002; Savas, 2000; Tang, 1997). Le battage médiatique qui a visé les ppp ne doit cependant faire perdre de vue que le phénomène n'a rien de récent. (Dahl et Lindblom, 1953) avaient déjà prédit, il y a plus d'un demi-siècle, le rapprochement progressif des secteurs privé et public. (Pongsiri, 2002), pour sa part, fait des efforts du gouvernement fédéral américain pour revitaliser les infrastructures urbaines dans les années 60 le point de départ moderne des expériences de PPP. La récession économique des années 70 incita par la suite les autorités politiques un peu partout en Occident, tant à droite qu'à gauche, à approfondir encore leur collaboration avec des firmes privées pour la livraison de services publics. Pendant les années 80, les PPP furent davantage perçus comme des dérivés du courant plus global de privatisation impulsé par des dirigeants politiques conservateurs, principalement Margaret Thatcher au Royaume-Uni et Ronald Reagan aux Etats-Unis d'Amérique. C'est sans doute la raison pour laquelle une bonne partie de la littérature managériale de la fin des années 80 et du début des années 90 sur les PPP s'insère dans un courant intellectuel – qui est au demeurant une constellation très éclectique qu'on désigne par le nouveau management public (Dunleavy et Hood, 1992). Dans l'ouvrage devenu emblématique du nouveau management public. consacrent d'ailleurs le premier chapitre aux PPP et en font l'un de leurs sept mécanismes privilégiés de réingénierie des gouvernements, aux côtés de la privatisation, de la contractualisation, de la décentralisation, de la rémunération au rendement, du management par résultats et de

l'orientation client. Même si dès cette époque, plusieurs reprochent au NMP ses soubassements idéologiques et politiques de nombreux gouvernements, dans leurs textes officiels de présentation de leurs intentions de réforme, en intégreront de larges pans. Pensons à la Grande-Bretagne (1988), au Canada (1990) et aux Etats-Unis (Gore, 1993).

Les enjeux économiques et budgétaires sont tellement importants que même une société avec une solide économie étatique, comme la Chine (128 milliard de dollars pour 223 projets en 2013-2015), a finalement rejoint un pays de tradition d'économie mixte, comme la France (qui s'est montrée intéressée progressivement au PPP depuis 1989). En effet, sur le plan opérationnel, c'est à partir de la fin des années 1990 que des projets menés en PPP font leur entrée dans la rhétorique et les recommandations d'organismes internationaux comme l'OCDE ou la Banque Mondiale, jusque-là des tenants assez stricts du marché comme mode optimal d'allocation des ressources. L'ouverture affichée à l'endroit des PPP par le New Labour de Tony Blair, qui se hisse au pouvoir en 1997, fera ensuite beaucoup pour élargir l'intérêt des chercheurs, particulièrement dans les pays anglo-saxons. On note aussi que les pays en voie de développement n'échappent pas non plus à la vague des PPP (Wallis et Dollery, 2001).

En effet, opérées à l'échelle planétaire les PPP sont telles qu'il serait bien difficile de conclure à une vogue ou à un mouvement localisé. On compterait en effet sur les doigts d'une seule main les pays qui n'expérimentent pas à l'heure actuelle des modes de collaboration public-privé. Les domaines les plus divers font aussi l'objet de projets de ppp : l'aide aux pays en voie de développement, la R&D (Sliglitz et Wallsten, 1999), la lutte à la pauvreté, la défense nationale, la mise au point de véhicules à moindre consommation énergétique, le renouveau urbain, la protection environnementale, la gestion de l'eau et bien d'autres.

Une telle dynamique d'innovation est particulièrement multiforme. Les PPP peuvent être à l'origine d'un assemblage (package) complexe et multiforme d'innovations et de processus d'apprentissage divers dont il faut comprendre les contenus et les mécanismes. La complexité de ce « package » s'explique par la multiplicité des formes d'innovations mises en œuvre, par l'éventail de leur intensité, par la diversité des sources de l'innovation, par la diversité des métiers de l'hôpital et des acteurs concernés par l'innovation ainsi que par la multiplicité de leurs objectifs et de leurs registres de justification.

Sur le plan du questionnement, la principale difficulté à laquelle sont confrontés les décideurs, les gestionnaires et les évaluateurs des politiques, projets et programmes publics issus des nouvelles formes d'ouverture et de rapprochement public-privé est de nature conceptuelle et opérationnelle. L'absence d'une théorie générale ou du moins d'un cadre conceptuel et a fortiori l'absence de normes de gestion susceptibles d'en faciliter la conception, la réalisation, l'exploitation et le pilotage loin des soubassements idéologiques et des joutes politiques sont causées par la prolifération des définitions (institutionnelles) des ppp. Ces dernières sont généralement formulées selon que l'on soit pour ou contre, d'obédience de gauche ou de droite, libéral ou social-démocrate, y voyant tantôt un désengagement de l'État, tantôt un ancrage des valeurs néolibérales.

2-2. Réconcilier des « cultures » managériales ou organisationnelles opposées : le public et le privé

Le premier défi important qui se pose aux promoteurs du rapprochement entre une organisation publique et une organisation privée est celui de l'opposition de ce qu'on appellera d'un terme probablement impropre les « cultures » managériales et/ou organisationnelles pour désigner un ensemble complexe de dispositifs institutionnels et organisationnels, de conception des produits, des services, des missions et des performances (Mintzberg H. 1998) La contradiction des « cultures » managériales et/ou organisationnelles est un frein classique au rapprochement entre le public et le privé. Ce frein peut se traduire de deux manières différentes : 1) une résistance volontaire au changement et au rapprochement, 2) une résistance involontaire (inertielle) liée aux caractéristiques intrinsèques de chaque organisation. Ces freins au partenariat se traduisent mécaniquement en freins à l'innovation lorsque l'objet du PPP est l'innovation. La force de ces freins dépend de la nature du partenariat. Ils sont plus aisés à desserrer dans les expressions les plus simples du PPP, celles qui peuvent faire l'objet d'un contrat explicite. Dans ces cas, le partage des tâches peut être organisé de manière simple et contractuelle. En revanche, dans les PPP qui s'inscrivent plus difficilement dans des contrats explicites, ces freins sont plus difficiles à desserrer. En effet, dans ces cas, le PPP suppose une relation plus fusionnelle, qui peut contraindre les acteurs concernés à renoncer à certaines pratiques, qui touchent à la nature fondamentale de leurs missions et à la finalité sociale des organisations.

Comme nous l'avons souligné dès l'introduction, en incitant aux ppp dans le secteur sanitaire, les pouvoirs publics poursuivent

essentiellement des objectifs d'efficience, explicites (la recherche de complémentarité, la suppression des doublons, la mutualisation de certains services médicaux ou non) ou implicites qui renvoient à l'hypothèse selon laquelle le privé serait plus efficace que le public (Christensen, T., Fane, Y., 2016) et (Dalingwater, L., 2015)

En théorie, dans les ppp, on pourrait envisager trois cas de figure, selon la logique (publique ou privée) qui l'emporte : logique publique dominante, logique privée dominante, hybridation équilibrée des deux logiques. Cependant, compte tenu de l'objectif implicite évoqué précédemment, on peut dire que l'hypothèse de la logique publique dominante est exclue.

La principale difficulté à laquelle sont confrontés les décideurs, les gestionnaires et les évaluateurs des politiques, projets et programmes publics issus des nouvelles orientations des ppp, est de nature conceptuelle et opérationnelle (Mazouz, B. 2008). L'absence d'une théorie générale ou du moins d'un cadre conceptuel et a fortiori l'absence de normes de gestion susceptibles d'en faciliter la conception, la réalisation, l'exploitation et le pilotage loin des soubassements idéologiques et des joutes politiques sont causées par la prolifération des définitions (institutionnelles) des ppp. Ces dernières sont généralement formulées selon que l'on soit pour ou contre, d'obédience de gauche ou de droite, libéral ou social-démocrate, y voyant tantôt un désengagement de l'État, tantôt un ancrage des valeurs néolibérales. Il est donc important d'encourager les études théoriques et empiriques menées par des chercheurs universitaires afin de proposer un cadre conceptuel des organisations issues des nouvelles formes de coopération.. Les données empiriques issues d'études de cas réalisées pourraient alors tenir compte à la fois des spécificités organisationnelles publique, privée et de la société civile, des impératifs d'efficacité et d'efficience, ainsi que des exigences de transparence et d'imputabilité propres à l'appareil public. Ceci permettrait de structurer les débats autour de la gestion des organisations issues des nouvelles formules en proposant des grilles d'analyses théoriques et empiriques adaptées à ces nouvelles réalités.

3- La dynamique d'innovation dédiée aux structures sanitaires

L'analyse économique traditionnelle envisage l'activité hospitalière comme une fonction de production comme les autres (Djellal, et Gallouj, 2007). Ainsi, l'introduction de l'innovation est envisagée, pour l'essentiel, sous l'angle de la réduction des coûts de production. Dans

une telle perspective, les ppp visent à augmenter l'efficacité des organisations en réduisant leurs coûts de production. L'innovation est ainsi envisagée de manière exogène, l'essentiel étant le résultat en termes d'efficacité économique d'un processus invisible.

Cette approche du produit et de l'innovation n'est pas satisfaisante pour rendre compte de la complexité des phénomènes en jeu dans un ppp. La mise en œuvre des ppp contribue à renforcer la complexité des dynamiques d'innovations dans les structures hospitalières. Parce qu'elle ne néglige aucune fonction sanitaire (qu'elle soit du domaine médical ou non) et parce qu'elle prend en compte différents niveaux organisationnels, Ce concept de ppp, dans le secteur sanitaire est également souvent utilisé pour décrire des formes très variées de relations entre le public et le privé (Mazouz et al. 2008 ; Mazouz, 2009). Les ppp diffèrent selon de nombreuses variables : le nombre de partenaires impliqués, la nature, l'intensité, la durée de la relation établie, l'objet de cette relation, etc. Il existe ainsi des ppp de production (ce sont les plus anciens et les mieux connus), mais aussi des ppp d'innovation.

C'est donc une définition large des ppp que nous retiendrons dans ce travail dans la mesure où les ppp innovants et les montages complexes ne se limitent pas aux seuls contrats de partenariat cités précédemment.

3-1. Le concept d'émergence

Le concept d'émergence est apparu vers 1920, il est issu d'un groupe de philosophes et de biologistes britanniques. Dans le cadre de cette contribution, l'émergence est considérée comme l'apparition de nouvelles caractéristiques à un certain degré de complexité. Cette émergence peut être « faible » ou « forte ». Lorsque la dynamique causale du tout est entièrement déterminée par la dynamique causale des parties, et est subjectivement interprétée comme émergente par un observateur extérieur, l'émergence est dite « faible » (Bedau, 1997). Dans ce contexte, ce qui importe, c'est l'existence des propriétés émergentes fortes.

C'est donc le sens systémique de l'émergence qui est retenu. L'accent ici est mis sur le phénomène d'émergence qui n'est pas considéré comme une somme de comportements simples, mais plutôt comme le résultat d'une interaction entre ces comportements et la complexité du système. (Beckenkamp, 2006), décrit cette conception de l'émergence en précisant que l'émergence est un concept encadré dans la théorie du système".

3-2. Le secteur privé dans la littérature

Dans la plupart des pays en développement, le secteur privé a pris une grande importance dans la fourniture des soins. Ce secteur est considéré parfois comme étant une boîte noire car les données sur sa taille, les types

de prestataires, les mouvements des professionnels entre le secteur public et privé, l'origine des ressources financières, le coût et la qualité des soins, sont pauvres

Lorsqu'on aborde le secteur de la santé, on parle essentiellement de l'hospitalocentrisme et de l'hôpital public. Les résultats de la revue de littérature sur les termes «cliniques privées et secteur privé des soins de santé» montrent ce déficit de recherches. Les cliniques privées en tant qu'organisations sanitaires est un objet de recherche peu connu par les sciences économiques et les sciences sociales en général y compris dans les pays développés. Plusieurs auteurs ont souligné la carence de travaux portant sur ces questions (Claveranne et al, 2003, Piovesan 2003). Ce sujet de recherche a été abordé de façon globale par des recherches générales portant sur la dualité des systèmes de santé. Ces études sont le fait de thèses de médecine portant sur le secteur privé dans son ensemble ou sur des approches spécifiques : l'histoire des cliniques privées, les modes de recrutement du personnel de santé,...etc. De nombreuses recherches ont été consacrées aux médecins libéraux sans que les logiques d'action à l'intérieur des cliniques ne soient reconstituées (Piovesan 2003).

Des recherches en sciences économiques ont été consacrées à ce sujet mais toujours dans une perspective macroéconomique en apportant des éclairages sur le financement de ce secteur, la complexité et l'hétérogénéité des structures privées de soins ou encore sur l'évolution de leurs activités. Quelques travaux microéconomiques notamment ceux de (Gadreau, 1981) ont analysé les choix des cliniques privées en termes d'activités (médicales, chirurgicales, obstétrique,...). D'autres études se sont intéressées à l'impact des modes de tarification des cliniques sur leurs activités (Hartmann 2000). Des travaux dans le domaine du management des organisations ont abordé la clinique privée comme étant une organisation sanitaire à caractère spécifique (GRAPHOS)¹. Ces études ont fait ressortir les conflits entre les différentes générations de médecins et les conflits occasionnés lors des opérations de rachat et de fusion.

En Algérie, le secteur privé reste assez mal connu des autorités et les données le concernant sont incomplètes. Les recherches et travaux sur le secteur privé de soins analysé sous l'angle économique sont inexistantes. Les recherches conduites ont porté plus spécialement sur la sociologie

¹Groupe de Recherche sur les Organisations Sanitaires, Université Lyon 3, France.

de la santé, et ont fait l'objet de publications dans des revues nationales et internationales. Cette situation contraignante et en même temps opportune laisse toute recherche se rapportant à ce thème d'un apport original.

4- Contexte général à l'émergence du secteur privé des soins en Algérie : un processus évolutionniste

Sachant que le système de soins et l'environnement socio-économique et politique sont intimement liés, les changements majeurs observés sont :

Le profond bouleversement du profil de morbidité observée (transition épidémiologique) sur lequel nous reviendrons dans le prochain chapitre.

La seconde évolution a trait à la modification complète de l'architecture des soins au cours de ces vingt dernières années sous le double effet : d'abord d'une croissance soutenue des structures publiques et privées. Puis, d'un essor considérable des effectifs des personnels de santé.

La troisième évolution est constituée par la relative médiocrité des résultats sanitaires obtenus malgré la mobilisation des moyens humains, financiers et matériels. Nous nous ne discuterons que des deux premières évolutions.

*** La période 1962-1973**

L'Algérie a hérité d'un système de soins inadapté aux besoins de la population qui se caractérise par une infrastructure relativement importante mais hospitalo-centriste, répartie au Nord, en ville et dans les zones agricoles riches couvrant ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins. Deux secteurs cohabitent : le secteur public et le secteur privé (dans les villes).

L'ensemble de ces structures a pour but de lutter contre les maladies infectieuses et parasitaires et la prévention à travers la généralisation de la vaccination et la mise en place des programmes nationaux de santé. Ces privilèges dont bénéficie la population citadine concernent surtout ceux qui ont un emploi et /ou ceux qui disposent de revenus importants. En milieu rural, l'Assistance Médicale Gratuite (A M G) prend en charge tous les «indigents» d'abord, puis toute la population y accède. Ces AMG étaient gérés par les communes.

L'infrastructure sanitaire existante était jugée suffisante et par conséquent ne donnera lieu à aucun investissement public. Cependant, on assiste à une extension rapide de toute une série d'activités sociales

importantes, dont des activités de santé, qui se sont propagées au niveau des entreprises publiques industrielles et commerciales. C'est ainsi que le développement des CMS (centres médicaux sociaux) des entreprises et de la sécurité sociale. Ce segment parapublic des soins a bien fonctionné grâce « aux ressources abondantes dont disposent les organismes initiateurs, au profit des catégories nées de l'industrialisation étatique ». L'organisation sanitaire demeure centrée sur l'hôpital qui est subventionné, en majeure partie, par l'Etat. La mobilisation des ressources financières externes accrues grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures a facilité et concrétisé cette décision.

Quant au financement des services de santé, il se fait de trois manières :

1- l'Etat et les collectivités locales interviennent pour 60% dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières et des AMG. Les malades démunis qui constituent la quasi-totalité des patients sont pris en charge gratuitement. Le remboursement de leur prise en charge est assuré à :

85% par le trésor public, et à 25% par les caisses de solidarité des départements et des communes.

2- La caisse de sécurité sociale prend en charge le remboursement des soins d'une partie des salariés et de leurs ayants droit. Elle participe au financement du secteur hospitalier sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30% du prix de journée.

3- Les personnes autonomes en matière de prise en charge sont les professions libérales, les petits industriels, agriculteurs, et les commerçants qui règlent directement leurs dépenses de santé. Leur participation ne représente que 10% des dépenses de santé.

*** La période 1974-1984**

En février 1973, un décret instaure la structuration du système de santé algérien. Ce qui a amené à découper le pays en secteurs sanitaires correspondant approximativement au territoire d'une daïra qui comprend une structure d'hospitalisation et des unités de soins périphériques (polycliniques, dispensaires, centre de santé) qui lui sont rattachées administrativement. Cette réorganisation du système de soins se caractérise par :

Une unification des services de soins,

Et une hiérarchisation du système de soins.

Elle annonce donc la politique de soins de santé primaire.

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

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.

*** La période 1985-1993 : L'impact de la crise économique sur la santé publique**

Dès le début des années quatre-vingt, les efforts d'investissement dans le domaine du social qui sont financés exclusivement sur fonds d'Etat ont subi un ralentissement avec l'essoufflement des recettes de l'Etat. Cependant, l'effort d'investissement a été maintenu à des niveaux moyens selon les secteurs. L'année 1986 sera caractérisée par la remise en cause de la gratuité des soins et l'instauration du ticket modérateur dans la structure publique. Le début de la décennie 90 sera marqué par la priorité accordée à la construction d'hôpitaux aux dépens des infrastructures légères (polycliniques et centres de santé) et par conséquent la primauté au système curatif sera accordée au détriment du système préventif.

***La période 1994-2001 : Les effets du PAS sur le système de soins en Algérie**

En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel (PAS) sont :

Sur le plan interne, la compression des dépenses de soins.

Sur le plan externe, la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part et la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger d'autre part.

4-1. Privatisation de l'exercice médical

Avec la gratuité des soins instaurée en 1974 et à partir de 1976, les médecins doivent théoriquement choisir entre le régime de plein temps et le régime du mi-temps. En 1977, d'importants mouvements de grève des praticiens du secteur public reposent cette question à partir des conditions de travail et de rémunération jugées peu attractives. En fait, elles traduisent le poids grandissant de ce corps rapidement gonflé suite aux desserrements de la forte sélection à l'entrée qui régnait dans les études médicales opérées par la réforme de 1971. Un choix définitif est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendue plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé. La crise économique qu'a connue le pays suite au retournement du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne dépendante à 97% des hydrocarbures a précipité le processus

d'ouverture. Ce choc exogène a réduit sensiblement les ressources financières du pays et n'a pas permis la reproduction d'un secteur public dominant et surdimensionné. Les difficultés budgétaires de l'Etat entraînent, un freinage de la création d'emplois dans la fonction publique. L'ouverture au secteur privé était plus que nécessaire. Toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation du mi-temps pour les médecins privés installés, la fin du service civil, et la suppression du zoning². Le secteur privé passe alors de la contrainte à la liberté. La privatisation répond aussi à une forte pression de la démographie médicale multipliée par une politique de formation active.

Depuis la réforme des études médicales en 1971. Corps imprégné du modèle libéral et biomédical mais qui rejette aussi les conditions de fonctionnement d'un secteur public bureaucratisé où les dysfonctionnements sont multiples (Oufriha, 2002).

Les réformes économiques initiées en 1988 suite à une double ouverture politique et économique ont explicitement consacré la privatisation comme mode d'allocation des ressources. Dans le secteur de la santé, un décret législatif a été promulgué et offre la possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins⁸. Le programme d'ajustement structurel (1994-1998) avait pris le relais des réformes entreprises pour renforcer le processus de libéralisation. L'émergence du secteur privé des soins ne s'est pas manifestée de façon spontanée ; elle a résulté de la conjugaison d'un ensemble de facteurs exogènes et endogènes qu'on vient d'énumérer.

4-2. Les cliniques privées : définition, catégories et évolution

Les cliniques constituent un ensemble très hétérogène pour lequel il n'existe pas une définition propre et unique. Les statuts et la nature des cliniques ont évolué au gré de la législation. Le ministère de la santé dans ses différentes publications (2001,2002) reconnaît le développement et l'expansion des activités du secteur privé. Peu de données sont disponibles ; nous pouvons connaître la répartition territoriale des cliniques privées, leurs capacité litière et les spécialités investies. En revanche, le volume et la tarification des activités restent méconnues et manifestement sous déclarés.

Les cliniques privées sont des établissements de soins qui peuvent être de nature juridique différente : sociétés de personne physique ou des

²Mesure contraignant les médecins à s'installer dans des zones géographiques définies par les pouvoirs publics afin d'assurer une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire

personnes morales (EURL, SARL ou SPA). La clinique doit être exploitée par un médecin, un groupement de médecin, des mutuelles

Néanmoins, Il y a lieu d'insister sur l'importance du contexte local qui a conditionné l'émergence de ce secteur, contexte recomposé suite à des facteurs exogènes et des mobiles endogènes particulièrement propices. Les stratégies individuelles ou collectives des médecins ont aussi été déterminantes dans l'émergence et le renforcement du secteur privé des soins.

Dans ces établissements, en plus du staff médical permanent, les médecins libéraux côtoient les médecins du secteur public et même des médecins d'autres nationalités dans les cliniques qui se positionnent sur le segment de la chirurgie cardiaque.

Nous distinguons les cliniques avec des activités médicales et/ou chirurgicales en ambulatoire seulement, des cliniques médicales et/ou chirurgicales avec hospitalisation avec ou sans un service de maternité. Comme nous retrouvons des structures de moindre importance telles que les cliniques de diagnostic assurant des activités d'exploration, les cliniques de procréation médicalement assistée et les cliniques dédiées uniquement à l'hémodialyse sous la responsabilité d'un médecin néphrologue. Certaines cliniques médico-chirurgicales assurent aussi la prise en charge des malades dialysés.

Depuis la promulgation de la nouvelle carte sanitaires en 2007, les cliniques médico-chirurgicale avec hospitalisation sont dénommées établissements hospitaliers privés (EHP)³.

En 1990, on dénombrait deux cliniques en activité. Au début du processus d'émergence, le concept de clinique était dédiée à une ou deux pathologies, les activités étaient organisées autour d'un mini plateau technique, il n'y avait pas de structure de type clinique-hôpital où une variété de spécialités étaient assurées avec des technologies médicales sophistiquées. La diffusion des cliniques gagne graduellement les grands centres urbains. En 1994, date correspondant au début d'application du programme d'ajustement structurel sous l'égide du FMI, 22 cliniques étaient opérationnelles. Le nouveau credo des institutions internationales (OMS, FMI et la Banque Mondiale) était la nécessité d'intégrer le secteur privé, jugé complémentarité dans le système de soins, et encourager les partenariats public/privé. En 1998, leur nombre a atteint 58 cliniques et en 2010, 200 cliniques médico-chirurgicales étaient opérationnelles.

³Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation privés et fonctionnement des établissements hospitaliers



Source : Construit par nos soins à partir des données du MSPRH

5- L'émergence et le fonctionnement des cliniques privées : une transformation du champ médical et de nouvelles pratiques sont à l'œuvre

Comme sus-évoqué la mise en œuvre des politiques économiques de libéralisation à partir de la fin des années 80 suite à la double crise économique et politique représente un changement important des règles du jeu par rapport auquel les acteurs se repositionnent et redéfinissent leurs actions stratégiques. Les interactions entre les stratégies individuelles des professionnels de santé et les éléments contextuels ont déterminés les évolutions du système de santé Algérien comme ce fût le cas dans de nombreux pays en développement (Inde, Thaïlande, Egypte, les pays de l'Europe de l'Est,...).

Nous considérons donc que les interactions entre les stratégies individuelles des fondateurs des cliniques et les éléments contextuels ont été déterminantes dans le processus d'émergence des cliniques privées. Qu'ils soient médecins ou étrangers au domaine médical, les porteurs de projets ont investi le champ médical jusqu'alors dominé par le secteur public. Si l'on ne doit pas minorer le poids de forces exogènes dans le développement du secteur privé en général, on considère que les forces endogènes ont joué un rôle moteur (stratégies individuelles des médecins, initiatives politiques locales, recherche de nouvelles sources de profits par les entrepreneurs,...).

Les travaux de (Mebtoul, 2004A,2004B) sur les cliniques privées mettent en avant trois éléments ayant favorisé l'émergence des cliniques privées : la captation par le secteur privé des soins d'une majorité de médecins spécialistes (gynécologues, cardiologues et chirurgiens) jouissant d'une expérience appréciable à l'hôpital, l'appropriation rapide

par le secteur privé des moyens techniques les plus récents (IRM, Scanner,...etc.) souvent en panne ou inexistant à l'hôpital et enfin l'adhésion de l'Etat aux réformes imposées par le fonds monétaire internationale et la Banque Mondiale à travers le programme d'ajustement structurel. Le discours de ces institutions plaide pour l'intégration de ce secteur dans le système de santé officiel et la réforme hospitalière. La figure de proue de cette transformation est le médecin quel que soit son statut (libéral, secteur public,...). Ce dernier est considéré comme un personnage clé ayant joué un rôle moteur dans l'émergence et la dynamique du secteur privé des soins. Il apparaît comme un entrepreneur, insatisfait des anciens modes d'exercice, il crée une nouvelle façon de s'organiser, un nouvel support à son activité, qui rompt avec les principes et modes de faire anciens. Les données du MSPRH montrent que la majorité des cliniques ont été fondées par les médecins (chirurgien, gynécologue, médecin généraliste,...).

Les cliniques privées en tant que nouvelles organisations sanitaires représentent des innovations organisationnelles, marqueurs des évolutions du système de santé algérien. Elles constituent un support d'exercice des activités médicales et chirurgicales. Cette nouvelle figure dans le paysage sanitaire rompt avec les modes de fonctionnement anciens. De nouvelles façons de faire s'observent, des modalités de coopérations inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé. Au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents professionnels de santé au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers. Ces nouveaux offreurs des services de soins sont dans une logique de recherche d'activités à tout prix dans un contexte d'absence de prise en charge collective des dépenses de soins occasionnées dans le privé. La principale revendication des fournisseurs de soins reste l'établissement de relations contractuelles avec les organismes de la sécurité sociale afin d'accroître le volume du marché des soins en rendant solvable une demande bien plus large. L'absence de liens entre les fournisseurs de soins et le financeur fait que ce dernier se comporte comme un acheteur aveugle de services de soins. La déconnexion financeur / fournisseurs de soins favorise l'exploitation de toute forme d'asymétrie informationnelle pour servir les stratégies utilitaristes des offreurs de soins.

Le renforcement et la dynamique du secteur privé des soins ne peuvent être appréhendés sans rappeler les stratégies des médecins de l'hôpital qui influencent le secteur privé et contribuent à son extension.

Différentes modalités d'action ou d'interactions peuvent être mobilisées. L'une de ces modalités transite par le comportement des médecins du secteur public notamment en termes de stratégie d'offre de travail ou de double activité (Zehnati. et Peyron, 2013). La sphère publique et privée deviennent interdépendantes, la césure public/ privée est introuvable (Mebtoul, 2004B). Le double investissement des deux secteurs où la nature du service est la même et donc en compétition permet aux médecins l'élaboration de stratégies individuelles d'adaptation (copingstrategies) dans leurs interactions avec le marché des soins pour maximiser leur utilité. La double activité peut alors être assimilée à un «portefeuille d'actifs» où le premier emploi (dans le secteur public) procure un revenu garanti, stable mais faible, déconnecté du nombre d'heures de travail effectué (une obligation) et un second emploi procurant un salaire plus élevé en moyenne mais plus variable (une action). L'arbitrage entre les deux actifs détermine le niveau de revenu du médecin.

Notons aussi que l'absence d'un système d'incitation (primes de rendement, heures supplémentaires rémunérées,...) dans le secteur public laisserait les médecins de l'hôpital dans des stratégies actives de recherche d'activités. Les listes d'attentes à l'hôpital deviennent un instrument de contrôle ou d'induction de la demande pour une prise en charge dans le secteur privé. Certains de ces comportements et de ces stratégies s'exercent au détriment du secteur public : conflits d'intérêt, induction de la demande (Evans 1974; Rice 1983), comportement de recherche de rente (Krueger, 1974) surtout dans un contexte où le système de régulation est faible, voire inexistant. Le semblant d'encadrement de l'activité des médecins, s'avère insuffisant pour l'emporter sur les motivations et incitations du ressort des comportements individuels des professionnels de santé sur le marché du travail (Zehnati., 2012). Le manque de supervision de la double activité par les pouvoirs publics a induit sa quasi-généralisation. Les ruptures opérées par l'élite médicale avec l'hôpital la conduisant aujourd'hui à devenir un acteur central dans la construction et le renforcement de la santé comme un marché (Hours, 2003). Cette tendance à la marchandisation des soins a fait des comportements opportunistes et des stratégies utilitaristes le dénominateur commun à l'ensemble des offreurs de soins.

6- Conclusion

Les PPP sont des formes de coopération entre le public et le privé, qui ont connu un indéniable succès ces dernières années. Ils sont fondés en particulier sur l'idée de la capacité des organisations privées d'améliorer, selon différents canaux (financement, complémentarité, ou simple mimétisme), l'efficacité des organisations publiques ou du nouveau système que le partenariat constitue, dans la réalisation d'une activité donnée.

Plus récemment, les ppp sont également envisagés comme des dispositifs permettant d'accroître la qualité et de produire des innovations dans le domaine des services. Ils peuvent, dans ce cas, être envisagés comme des cas particuliers de Réseaux d'Innovation Public Privé dans les services. Les ppp se heurtent ainsi à une difficulté nouvelle, théorique, mais aussi managériale (et de politique publique). Les mutations socio-économiques (libéralisation de l'économie, désengagement graduel de l'Etat dans le domaine social) et sanitaires (émergence de maladies dégénératives, de problèmes psychosociaux, accidents et traumatisme, violence, toxicomanie...) que connaît l'Algérie nécessitent une approche nouvelle de la politique de santé. En matière de financement, la maîtrise de la croissance des dépenses de santé doit consister en une rationalisation de dépenses et non au rationnement de l'accès aux soins. Il s'agit de réduire les surcoûts et de réfléchir aux nouvelles sources de financement.

La rareté des ressources et le volume de la demande importante obligent à concentrer les moyens disponibles pour les groupes cibles susceptibles de générer de meilleurs rapports coûts- efficacité. L'exploration de l'émergence du secteur privé des soins en Algérie nous a permis de relever le développement exponentiel de ce secteur qui pose de nouvelles problématiques au système de santé algérien. Le secteur privé, largement plus rémunérateur, a induit des conflits d'intérêt surtout pour les médecins exerçant la double activité et participe à l'accentuation des inégalités d'accès aux soins.

Politique nationale de santé, système de santé, carte sanitaire, régions sanitaires, districts sanitaires, programmes nationaux, ... Le secteur de la santé a été complètement disséqué. Dans ce sillage, la nouvelle loi sur la santé même si elle n'est pas indemne de toute critique représente une remise à jour, qui une fois confronté au terrain fera réagir tous les intervenants aussi nombreux que les malades en souffrance, ce sont là les thèmes qu'aura à éclaircir les textes d'application apparemment fin prêt dès le début de 2022. Des parties anonymes ont tenu à faire dévoiler aux syndicats autonomes de la santé, des indiscrétions présageant un

véritable bouleversement dans le secteur. Des changements en profondeur et des nouveautés, pas forcément très positifs pour tous les patients et les professionnels. La pandémie aidant reste à savoir une question centrale à laquelle il faudra impérativement une réponse aussi fondamentale que pertinente quant à quelle gouvernance et quelle place aura les nouvelles formes d'ouverture et de rapprochement public-privé pour rendre notre système de santé plus juste et plus efficace dans ce monde d'aujourd'hui.

Bibliographie

1. BATIFOULIER P., DOMIN J.-P et GADREAU M, «*Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation*», *Économie appliquée*, 60(1), 2007, p.5-36.
2. BEDAU M.A, «*Weak emergence*» . In J. Tomberlin, Ed., *Philosophical Perspectives: Mind, Causation, and World*, Vol. 11 (Malden, MA: Blackwell, 1997), 1997, .pp.375-399.
3. BOUZIANI M. , *Chapitre 2. Les soins de santé publique: quels enjeux?*, *Journal International de Bioéthique*, 13(3), 2002, 27-35.
4. BRADFORD,N.,”*Public-Private Partnership? Shifting Paradigms of economic Governance*”, in Ontario. *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de Science Politique*, 36(5), 2003, 1005-1033.
5. CHRISTENSEN, T., FAN, Y., *Post-New Public Management: a new administrative paradigm for China?*, *International Review of Administrative Sciences*, 84(2), 2016, 389-404.
6. CLAVERANNE J.P ET PIOVESAN D, «*La clinique privée, un objet de gestion non identifié*» .In *Revue française de gestion* N°146/5, 2003 , pp.143-153.
7. DALINGWATER, L., *Post-new public management (NPM) and the reconfiguration of health services in England*, *Observatoire de la société britannique*, 16, 2015, pp. 51-64.
8. DJELLAL, F, GALLOUJ, F, “*Innovation in hospital: a survey of the literature*”, *The European Journal of Health Economics*, Volume 8 n°3, 2007, pp.181-193.
9. DOLLERY, B. E. AND WALLIS, J. L., *The Political Economy of Local Government: Market Failure, Reform and Leadership*, *Studies in Fiscal Federalism and State – Local Finance* series edited by Wallace E. Oates, Cheltenham, Edward Elgar, 2001, x + 252
10. FAURE O et DESSERTINE D, *Les cliniques privées : deux siècles de succès*, Rennes, PUR, 2012.

11. GAUDRON, P., *Henri ville, un partenariat public-privé réussi dans le secteur de la santé*, Revue Française d'Administration Publique, 130, 2009, 307-322.
12. KADDAR M., *Le financement de la santé au Maghreb : données et problèmes actuels*, Communication pour le séminaire inter pays sur le financement des soins de santé et la maîtrise des coûts. Tunis, juillet 1992, 27-30
13. MAAZOUZ, B., « *Les aspects pratiques des partenariats public-privé : De la rhétorique néolibérale... aux enjeux, défis et risques de gestion des PPP* ». Revue française d'administration publique 2009/2 (n° 130), pages 215 à 232.
14. MAAZOUZ, B. : « *Gestion de projets menés en partenariat public-privé : Risques et défis spécifiques* », In book : *Gestion de projets en contexte public*, Edition : 1ère, Chapter: Chap. 10, Publisher: Presses de l'Université du Québec, Editors, 2017, pp.225-244.
15. MAZOUZ, B. , *Le Métier de Gestionnaire Public à L'Aube de la Gestion Par Résultats: Nouveaux Rôles - Nouvelles Fonctions - Nouveaux Profils*, PUQ, 2008.
16. OUFRIHA F.Z., « *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie* ». In cahiers du CREAD n° 41, 3ème trimestre, 1997.
17. PATRICK DUNLEAVY & CHRISTOPHER HOOD, *From old public administration to new public management*, Public Money & Management, 14:3, 1994, pp.9-16
18. SLIGLITZ ET WALLSTEN, *Public-Private Technology Partnerships September 1999*, américain Behavioral Scientist, 1999, pp: 52-73
19. ZEHNATI A, « *Les inégalités de répartition des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales*» In Le Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique (JESP), Faculté de médecine d'Oran, n°4, Juin 2010, pp.19-31.
20. ZEHNATI A, *La mobilité des professionnels de santé sur le marché du travail en Algérie*, Communication présentée au colloque international, mobilités internationales, déséquilibres et développement : vers un développement durable et une mondialisation décar-bonnée? Université d'Orléans, 6-8 juin 2012.
21. ZEHNATI. A et PEYRON C, « *Les interactions secteur public/secteur privé dans le système de santé algérien*». Article accepté pour publication dans la revue Maghreb-Machrek. A paraître en décembre 2013.