

N. TALEB IBRAHIMI

L'alternative public/privé et le champs de la santé : une approche par le droit

Les représentations dominantes du champ de la santé s'ordonnent autour de trois grandes prismes, de trois grandes divisions : celle qui passe entre l'économique et de social ; celle qui distingue le curatif du préventif ; celle qui sépare le public du privé.

C'est la troisième **summa divisio** qui retiendra ici notre attention, bien qu'existent des ponts entre elles trois. Nous constatons de prime abord que la question est d'actualité, aussi bien en France qu'en Algérie. En effet, là comme ici, l'alternative public/privé occupe le devant de la scène, tant en politique qu'en doctrine. Pour le juriste comme pour les autres chercheurs en sciences sociales, elle constitue le terrain privilégié de présentation et de représentation du champ de la santé, tant la forme sociale juridique marque les autres discours jusqu'à leur fournir sa propre rationalité.

Et pourtant, on est confronté à une sorte «d'incapacité» du discours juridique à rendre compte, sinon à expliquer la réalité.

Précisément, c'est ce paradoxe qui a éveillé notre réflexion sur la fonction cognitive de ce discours, sur son mode de fonctionnement comme discours clos et élément du système social tout à la fois.

A cet égard, le social et la santé sont un «lieu» où la distinction public/privé «mène une vie bien concrète». On ne pouvait, par conséquent, ni «dénier» son existence ni la qualifier «d'artificielle» et «d'arbitraire»^[1]. Non plus, on ne pouvait se contenter d'affirmer son «intranéité» au droit et à l'Etat bourgeois^[2].

Il nous fallait donc procéder à l'examen de la dualité public/privé «telle qu'elle ressortit de chaque mode de production, telle qu'elle se développe, [...] dans chaque formation sociale de ce mode de production»^[3], tout en reconnaissant la complexité des problèmes qu'elle pose. Pour en rendre compte et afin d'éviter la simplification du positivisme et l'erreur de sa théorisation, nous avons saisi l'alternative public/privé à partir de la problématique de l'**articulation** de ses différents termes.

Aussi notre approche de la question se fera-t-elle en deux temps :

– Une «monstration» de l'articulation par la négative au fil d'une traversée des discours tenus sur la santé en France et en Algérie -

notre première partie ;

– la formulation d'hypothèses sur la double articulation public/privé, public/para-public en Algérie : notre tentative de propositions positives - notre seconde partie.

Partie I

Une détermination négative

A. La dogmatique juridique française :

Convaincus du fait que «les manuels classiques [...] sont un bon résumé de la conscience sociale dominante», nous sommes partis de l'idée de savoir comment la doctrine juridique française se représentait – et présentait – le social et le sanitaire, et à travers quelles catégories juridiques[4].

D'emblée, la problématique dominante qui se dégage nous a confrontés à la **summa divisio** du droit français, celle qui passe entre le droit public et le droit privé.

Nous trouvons là, chez les juristes, autant d'indicateurs sur la conception respective de cette distinction/dualité, autant de points de repère sur leur représentation du droit et de la question de la santé du social.

Notre investigation de la doctrine avec, d'un côté, les juristes qui traitent de la santé et du social dans leurs manuels, et de l'autre, les spécialistes de la question, renforcera le sentiment, voire la conviction que «dans la manière dont les juristes classiques analysent le droit bourgeois, il y a [...] non une explication réelle, étant donné leur méthode, mais l'indice de problèmes réels»[5].

C'est cette méthode et ces problèmes que nous tenterons de mettre en évidence. Nous constaterons, à cet effet, combien l'analyse juridique est intériorisée et reproduite même par les non juristes spécialistes de la santé, tant le droit est la forme sociale dominante de la société bourgeoise.

Il est «curieux» de voir que les privatistes, dans leur très grande majorité, se désintéressent de la question de la santé qui, pourtant, historiquement et pendant très longtemps, a été considérée comme une affaire purement privée, même si l'Etat libéral s'en est emparé, par certains de ses aspects, pour des raisons d'ordre public.

Les publicistes par contre, pour la plupart du moins, s'en saisissent par le biais de la fameuse théorie du service public, fondement principal du droit administratif français, soit pour justifier, soit pour contester la notion de service public social.

Une réflexion sur ces attitudes différentes entre les juristes français, selon leur formation et leur spécialité, nous renseignera sur leur représentation respective de la dualité public/privé.

Anticipons quelque peu sur nos conclusions et disons d'ores et déjà que, au-delà des divergences – apparentes, en réalité – la question fondamentale et qui comporte des enjeux communs est celle de **la nature de la question de la nature juridique.**

Chez certains juristes privatistes, le droit est défini par l'opposition droit objectif/droits subjectifs et la distinction droit public/droit privé est tout bonnement occultée[6]. De ce point chez la majorité d'entre eux, on va en parler cependant, afin, essentiellement, de classer les disciplines juridiques par branches.

Ce travail de classification, auquel tous, bien évidemment, se livrent, va se heurter à deux problèmes délicats qui sont au coeur de la question de la santé et du social. Ce sont :

- 1) la question de la délimitation des frontières entre les deux droits, public et privé ;
- 2) La question de la qualification du droit de la santé et du social.

Disons tout de suite que la question qui nous occupe n'est abordée que de manière accessoire et succincte, toujours dans les chapitres et paragraphes consacrés aux «divisions», aux «branches» du droit, à la place du droit civil dans ces «branches». De la santé et du social, il n'en est question qu'à l'occasion de cette classification.

Devant les difficultés de délimitation des frontières entre les deux droits qui, d'ailleurs, font l'unanimité même si elles sont présentées de manière plus ou moins différentes par les auteurs, tous se raccrochent à la **summa divisio** public/privé[7].

Tous affirment non seulement le «caractère historique» de cette distinction et son «importance», mais aussi sa «justification rationnelle», ses «intérêts théoriques», «pratiques» et «techniques».

Mais, bien entendu, aucun élément sur la nature historique, sur le statut, la fonction de cette distinction, les pratiques sociales qu'elle recouvre et occulte en même temps.

Le droit désignant et déplaçant en même temps les vrais problèmes, les non-dits et l'empirisme sont rois. Quant à ce qui est dit, il baigne dans un tel positivisme qu'il ne fait que légitimer un état de fait, un ordre présenté comme naturel.

La distinction se fondant sur l'opposition/conciliation que doit réaliser le droit entre l'intérêt général et les intérêts particuliers, elle a un sérieux fondement logique: «il vaut mieux la conserver, [...] surtout que beaucoup de nos institutions sont pratiquement organisées en se référant à elle»[8].

C'est là, précisément, qu'apparaissent entre les auteurs des divergences. **Il est des matières, en effet, qui, comme le social et le sanitaire, semblent échapper à l'alternative public/privé.**

Ce sont ces matières, dites «mixtes», ces «zones intermédiaires», aux «lisières» du droit public et du droit privé, où les deux se combinent de manière diverse, qui gênent les privatistes dans leur démarche inéluctable de classification des branches du droit.

Devant les craintes d'apparition d'un «troisième grand bloc» – «le droit social se constituant perpendiculairement aux axes traditionnels» – les auteurs campent chacun sur sa position, sur la nature du droit du travail et de plus encore du droit de la santé et de la sécurité sociale, les divergences sont affichées.

- Pour certains, ce sont des branches du droit privé «par nature»^[9].
- Pour d'autres, le droit de la sécurité sociale, qui s'est détaché du droit du travail, et le droit de la santé peuvent être considérés comme des branches du droit public, en tous cas s'en rapprochant beaucoup^[10].
- Enfin, les partisans des solutions médianes les qualifient de «disciplines mixtes»^[11].

En vérité, ces attitudes traduisent autant de confirmations de cette distinction. On comprend aisément que rares sont ceux qui se passionnent pour ces «zones intermédiaires» qui comportent le risque de la remettre en cause.

A ce stade de notre réflexion, nous pouvons déjà affirmer que cette question de la nature juridique comporte des enjeux fondamentaux et qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de technique juridique. Nous y reviendrons.

Qu'en est-il de l'attitude des publicistes ?

Comme chacun sait, le service public constitue, dans la définition du «régime administratif», un critère clé avec celui de la puissance publique. C'est l'extension de la notation de «mission de service public» qui a donné en France la catégorie des services publics sociaux.

C'est dans ce cadre-là que sont pensés et présentés le sanitaire et le social par les juristes publicistes.

Le service public social par excellence a été, pendant longtemps, représenté essentiellement par les institutions publiques d'assistance datant de la fin du 19^e siècle et refondues en 1953 sous l'appellation d'aide sociale. A côté de l'assistance, se sont développées des institutions de prévoyance. Enfin, depuis 1928-1930 et 1945, le plus important des services sociaux est constitué par la sécurité sociale.

Par ailleurs, il existe en France une autre forme de gestion du social et de la santé, représentée par l'association d'une personne privée au service public généralement par voie de convention. S'agissant de la santé, c'est une formule posée par la réforme de 1970 (loi hospitalière de décembre 1970) préconisant des établissements d'hospitalisation associés.

Si dans le cas de l'assistance publique et de l'aide sociale on est en présence d'un régime administratif, d'un secteur public purement administratif par détermination de la loi, dans les autres cas on est en présence, comme le dit A. de Laubadère, «d'une nouvelle illustration de la concurrence du droit administratif assorti de la compétence de la juridiction administrative, et du droit privé, assorti de la compétence du juge judiciaire»[\[12\]](#).

Il est intéressant de constater qu'à la différence de leurs collègues privatistes, les publicistes du droit français ne semblent pas manifester une grande animosité, et une crainte démesurée face à la dualité des droits, face à leurs mouvements de «pénétration réciproque». Ils semblent, bien au contraire, l'intégrer dans leur construction doctrinale au nom des «transformations de la vie moderne» qui justifient la collaboration du public et du privé, et les dérogations à la notion de service public.

Ce trait de la doctrine ne correspond-il pas à une caractéristique du droit administratif français, un droit qui «suit le mouvement», «qui a tendance à s'ouvrir à de nouvelles réalités», «qui enregistre une redéfinition des rapports entre le public et le privé»[\[13\]](#) ?

Ne traduit-il pas également une politique de la juridiction administrative elle-même ? En effet, il est intéressant de voir que c'est le Conseil d'Etat (C.E) qui a été à l'origine de la construction doctrinale du secteur public social, «jouant le jeu du respect des intentions du Tribunal des conflits (T. C)»[\[14\]](#). C'est la jurisprudence du C. E., relative à la distinction des «matières» et des «questions» ou des «rapports» de droit public, et des matières droit privé, qui a eu, précisément. pour effet de soustraire d'importants aspects du fonctionnement du service public à la compétence administrative. La santé et le social font partie de ces matières-là.

Partant du constat que la mise en concurrence des droits public et privé, au détriment du droit public et du juge administratif, se fonde sur une jurisprudence des «matières de nature juridique définies a priori», posée par T. C. et suivie par le C. E.[\[15\]](#), ne peut-on, alors, dire que le juge administratif participe du mouvement de privatisation du droit et de l'Etat français, comme mouvement réel et dominant, même si l'ensemble de la doctrine ne l'entend pas ainsi[\[16\]](#) ?

En effet la notion de service public social a été très vivement critiquée par certains, contestée et remise en cause par d'autres. Elle est tout de suite apparue comme une doctrine perturbant l'ordre juridique français. A la vérité, c'est que «l'on se préoccupait peu du fond du droit, le seul but recherché était d'enlever quelques catégories de litiges à la compétence de la juridiction administrative, avec peut-être l'espoir d'aboutir à la création d'un troisième ordre de juridiction, la juridiction sociale»[\[17\]](#).

La dualité juridique et juridictionnelle était menacée, mais, surtout, la notation de social avait pour objectif le «démantèlement» de la juridiction administrative et de la notation de «matières

administratives», étant donné que tout service public pouvait être comme social.

Pour F. - P. Benoît, bien heureusement, cette «fiction» juridictionnelle devait se heurter à la réalité des matières administratives qui se sont révélées plus fortes qu'elle»[\[18\]](#).

L'argument pourrait se tenir, s'il n'occultait la face cachée de l'iceberg. Or, on ne sait rien des tenants et aboutissants de cette «privatisation» du service public. On ne sait rien sur ce «social» qui, pour certains, devait dépasser la dualité public/privé et, pour d'autres, revêtir la forme du privé. On ne sait pas pourquoi, en France, l'institution de sécurité sociale est par «nature» privée. On ne sait pas que la notion de service public hospitalier, issu de la loi de décembre 1970, a été le fruit de luttes acharnées et le résultat de compromis entre le public et le privé[\[19\]](#). Enfin, on ne sait rien de ce droit social, cette «autre manière de dire le droit, articulée sur un certain type de rationalité juridique, un type de juridiction»[\[20\]](#).

Bref, comme pour dépassionner la question – mais ne rien régler, en définitive – la plupart des publicistes concluent au caractère imprécis et flou de la notation de service public social et à son intérêt juridique assez limité[\[21\]](#).

Enfin, que l'on examine les manuels et les ouvrages des juristes spécialistes de la santé, dans forme ou dans leur contenu, et l'on se rend bien compte que la question de la nature juridique est incontournable.

Tous les plans des ouvrages étudiés sont là pour l'attester[\[22\]](#). La nature juridique constitue l'idée force sur laquelle sont bâtis ces textes, s'agisse-t-il de présenter les institutions sanitaires ou de caractériser le droit de la santé.

La distinction public/privé est le critère principal du «découpage» des ouvrages. Jouxte cette **summa divisio**, l'autre dichotomie, qui caractérise le droit et l'institution sanitaire français, celle qui passé entre le curatif et le préventif. Dans la majorité des cas, les deux se recoupent pour donner un deuxième critère de «découpage». Traite-t-on de la profession médicale, du traitement des maladies ou des établissements de soins, le classement se fait selon le critère de la forme publique ou privée, la prévention, elle, étant considérée par tous comme une mesure de police, donc publique, relevant en cela de la santé dite publique.

Quant aux établissements sociaux ou médico-sociaux, ils sont soit traités en annexe[\[23\]](#), soit dans un chapitre indépendant sur le «secteur semi-public»[\[24\]](#).

Si tous ces ouvrages nous fournissent un tableau exhaustif des instructions sanitaires et sociales françaises, une image complète du système français de la santé, ils n'échappent pas, cependant, à la critique. La forme renseigne déjà sur le fond : elle le structure même.

Analysée comme un bien ou, au contraire, comme un mal, dans le champ de la santé, la distinction public/privé est présentée comme faisant partie de l'ordre des choses. Un donné ; un phénomène naturel. Ainsi apparaît-elle partout, détachée de toute histoire, de son histoire. Serait-il fait appel à celle-ci, elle n'est alors qu'événementielle : histoire de la médecine, histoire de l'hôpital... Elle ne fait «qu'annoncer» ce qui va suivre, sans que les liens en soient évidents : un chapeau qu'on ôte, une fois franchie la porte.

Pourtant, nombreuses sont les façons d'écrire l'histoire de la santé. Celle-ci, vue par l'histoire officielle de la médecine, ne nous renseigne ni sur le contexte, les modes et formes de l'intégration de la médecine dans l'espace et dans l'organisation sociale de la société industrielle, ni sur les raisons profondes de l'évolution de l'institution hospitalière, ni enfin sur la naissance de ce nouveau «regard médical» fondement du pouvoir biomédical qui caractérise l'époque contemporaine, enfermée qu'elle est dans une vision «historiciste» des découvertes thérapeutiques et scientifiques[25].

Point d'éléments permettant de situer et de comprendre «la nature historique» de la dualité public/privé que tout le monde s'accroche à présenter comme le fait majeur distinctif du système français de la santé.

Nous nous reporterons à A. Marchand, dont toute «l'étude tend à montrer que la santé et son domaine se situent tant au niveau de l'infrastructure économique que des superstructures», pour comprendre, d'une part, que cette dualité correspond, tout comme l'intégration sociale de la médecine concomitante à son autonomisation, à un «moment historique» de la société française et qu'elle marque, d'autre part, la forme sociale historique de la médicalisation de cette société[26].

Notre auteur explique que c'est dans la dissolution des rapports de production féodaux qu'il faut chercher la constitution de la médecine comme science, et que c'est dans la «détermination historique des réseaux de la médicalisation de la société» qu'il faudra repérer la systématisation de l'antagonisme actuel entre médecine publique et médecine privée.

Il s'attachera également à montrer que «le conflit entre **l'hôpital** et la **famille** comme lieux de médicalisation de la société va agiter toute la période révolutionnaire et même bien au-delà», ce double réseau de la médicalisation étant «constitutif de l'unité antagonique public privé». Elle en est une résultante[27].

«Ce double réseau de la médicalisation participait directement à l'édification d'un nouvel ordre, à travers tant la détermination de l'intellectuel médecin comme intellectuel organique s'articulant sur la famille comme instance que le réseau public hospitalier comme élément du pouvoir médical et surtout de l'ordre social»[28].

Dans le champ de la santé, c'est cet ordre social qui est occulté par la présentation dominante de la distinction entre forme publique et forme privée, au sens où «les institutions juridiques peuvent être analysées comme une certaine représentation de l'ordre social, tout autant que comme un des facteurs de cet ordre»[\[29\]](#).

Les tentatives de définition du droit de la santé que nous allons examiner ne vont pas enlever son opacité à cette distinction.

- Il est très significatif que la tentative de caractérisation du droit de la santé, chez les juristes spécialistes de celle-ci, bute, d'entrée de jeu, sur la question de la nature juridique.

Pour justifier des difficultés de délimitation du droit de la santé, c'est d'abord la notion de «santé publique» qui est incriminée.

«Si le droit de la santé publique est si difficile à délimiter et à définir, c'est que la notion centrale à laquelle il se rapporte – la santé – est bien délicate à cerner et que l'épithète «publique» soulève plus de difficultés qu'elle n'en résoud»[\[30\]](#).

Quelles questions ? On ne le saura pas. Et pourtant, dès l'introduction, l'auteur déclara que «c'est [...] ce **caractère public** des problèmes de santé qu'il va falloir éclairer et ce d'autant que le phénomène est récent, contemporain de la révolution technique» et qu'il marque «un nouvel âge du droit de la santé»[\[31\]](#).

Tout est difficile à définir : la santé, la santé publique. Heureusement, il y a l'«opposition hexagonale public/privé», et on s'y raccroche. «Les formules» droit public de la santé», «droit privé de la santé» ont le mérite de n'abriter aucune équivoque», de «n'être pas factice», même si l'on reconnaît qu'elles «ne marquent pas avec assez de clarté le phénomène [...] d'un saut qualitatif entre la prise en compte des santés individuelles et l'apparition de la notion de «santé publique»[\[32\]](#).

La différence de nature est considérable entre ce type de représentation et l'analyse que nous propose A. Chauvenet[\[33\]](#).

Là où les deux auteurs voient une «richesse collective» indispensable à la puissance de la Nation, A. Chauvenet repère un nouveau «champ d'intervention étatique spécialisé [...] : à travers la politique d'allocation des ressources publiques, le «social» est constitué en domaine autonome spécifique possible d'une gestion selon les modalités de la rationalité capitaliste»[\[34\]](#).

Elle y voit, d'autre part, «un autre mode d'insertion [de la médecine] dans le social [...], dans la mesure où la médecine perd sa spécificité en tant que sphère autonome et libérale pour être investie par les savoirs et les modes d'intervention des autres sphères du social, pour être réorientée et réappropriée dans une perspective économique»[\[35\]](#).

C'est cette pseudo-autonomie de la sphère sociale (et donc de la Santé publique) qui perturbe les juristes dans leurs schémas traditionnels : d'un côté, la distinction public/privé ne semble plus opérationnelle ; de l'autre, elle est incontournable.

* Il en résulte des réponses très diverses, mais qui restent néanmoins enfermées dans la problématique de la nature juridique :

– le droit de la santé a un caractère très vaste et très composite. Par son objet et par sa finalité, il englobe les règles juridiques les plus variées : droit international et droit interne, droit public et droit privé, droit des personnes et droit des biens. Il comporte trois grandes catégories des règles, qui interfèrent entre elles : la réglementation de la police, la Santé publique, le contrat[36].

– Le droit de la santé publique déborde le cadre du droit hospitalier.

– Le droit de la santé publique recoupe, pour partie seulement, le droit médical[37].

Là encore, les difficultés de la classification butent sur la dualité médecine privée/médecine publique, le «service public hospitalier» n'étant pas une notion suffisamment globalisante pour rendre compte du droit français de la santé.

M. Harichaux, qui traite de la rémunération du médecin, refuse, quant à elle, de construire sa thèse sur l'opposition traditionnelle médecine libérale et médecine salariée, médecine privée et médecine publique : «cette opposition conceptuelle des modes d'exercice, dit-elle, à laquelle était traditionnellement attachée une opposition des formes de rémunération tend à devenir caduque sur le plan professionnel [car] un rapprochement de ces deux formes d'exercice et de leur rémunération s'opère actuellement en France»[38]. Au risque de contredire B. Oppetit préfaçant l'ouvrage de M. Harichaux, l'«accueil» de la problématique publique/privé n'est pas évité. Mais le pouvait-elle seulement ? Car il ne s'agit pas de nier l'existence de la distinction au nom d'une prétendue interdisciplinarité[39]. Certes, elle est bien réelle, concrète et objective, dans la société capitaliste dans laquelle elle fonctionne[40], n'en déplaît à certains juristes marxistes qui l'ont qualifiée d'«artificielle», d'«arbitraire» et de «fallacieuse»[41].

En vérité, la diversité des règles juridiques, la complexité des statuts et des réglementations est grande et réelle, Mais de là à conclure à l'absence de «logique» et de «cohérence» il n'y a qu'un pas que seule la théorisation du positivisme permet de franchir. C'est ce que fait D. Ceccaldi[42]. Il ne sera pas le seul.

La diversité est signe d'incohérence et de complexité : le «mal français». Heureusement, l'Etat est là, qui y remédie, assure la coordination et donne quelque cohérence. N'est-ce pas là le rôle de cet Etat-arbitre au-dessus des appareils et des classes ? C'est ce qui explique l'importance de la fonction de la coordination en droit, en

sciences administrative et politique en France. Une véritable panacée[43].

D. Ceccaldi ne se contente pas d'observer les faits et de les décrire ; il les fait parler comme si «la théorie de la société» était «simple prolongement de la masse des faits accumulés»[44]. Dans cette démarche, «il n'y a pas de pont entre ce qui existe et la représentation [...] que nous en avons : le seul effet de la science est de mettre de l'ordre dans les données sensibles»[45].

Ici, la fonction de la «science juridique» est de mettre de l'ordre en prenant comme critère celui de la nature juridique des phénomènes observés.

Rien d'étonnant que cette démarche n'occulte les forces sociales donnant corps à ce qui est appelé «les différents secteurs» de la santé et les travaillant, vu que le sujet est passif, d'après l'empirisme.

Rien d'étonnant non plus que l'articulation et les relations entre les différents secteurs juridiques de la santé ne soient allègrement passés sous silence, comme s'ils fonctionnaient en circuit fermé, en toute indépendance les uns par rapport aux autres.

Structures et institutions de la santé sont déconnectées de leur réalité[46] ; seul apparaît l'Etat, Raison Suprême au-dessus de la mêlée, pour redonner au tout sa cohérence.

Connaissance parfaitement empirique et idéaliste du champ de la santé français.

Procède de la même démarche la présentation que fait Ch. Brumter de la planification sanitaire[47]. Là non plus on ne va guère au-delà du constat de la multiplicité des centres de décision, du pluralisme du dispositif sanitaire ni de la complexité des solutions. Une situation qui explique la nécessité de la «rationalisation», de la «coordination» et de la «programmation». Le plan de la thèse est construit sur cette logique d'ensemble : d'un côté, la description de ce qui résulte de l'observation empirique de la réalité : de l'autre, la reproduction, par l'auteur, des mots d'ordre officiels contenus dans les textes juridiques et politiques.

J. Fournier et M. Questiaux, quant à eux, parlent de «situation conflictuelle» et de «concurrence»[48].

Mais, dans tout cela, le statut et la fonction de dualité public/privé sont bel et bien occultés.

Au nom de la transparence, est opacifiée la réalité de la politique de la santé en France !

Une tentative de saisir la logique de l'évolution de cette politique de 1958 à 1975 a été menée par F. Banal : les plans de santé successifs ont été étudiés et une date charnière repérée, celle de 1970, qui marque la restructuration du système de santé ainsi que

l'accroissement du rôle de l'Etat. Ce constat est juste. Mais, comme le dit pertinemment J. de Kervasdoué, «l'Etat est en effet aujourd'hui au centre des systèmes de santé», et «pourtant la conception dominante est toujours que la médecine est une affaire privée[49]. Cette contradiction apparente spécifique au champ de la santé en France n'est nulle part explicitée. Compromis et arbitrages sont en permanence nécessaires, tant le secteur s'est transformé en une «arme politique». F. Banal ne le montre pas. non plus que tous ceux qui, comme lui, ont étudié le «service public hospitalier» et la loi de décembre 1970 qui le consacra[50].

* Le droit de la santé, celui de la sécurité sociale, «sont»-ils du **droit social**, «ce droit nouveau, [... qui] ôte peut-être sa pertinence à l'opposition du public et du privé»[51] ?

La question est intéressante, et à double titre : celui de la santé et du social ; celui du droit.

Voyons ce qu'est ce droit social, dont la principale vertu est de nous situer hors la **summa division**.

Conçu comme un «droit de la protection qui s'attache à rétablir l'égalité rompue au détriment des personnes défavorisées ou exposées à des risques spéciaux», le droit social intègre celui de la santé publique comme l'une de ses branches, «à côté du droit de l'aide sociale et du droit de la sécurité sociale»[52]. C'est là la conception dominante du droit social qui le définit à partir de ses deux caractéristiques principales.

1) Par ses **sujets**, le droit social serait celui des économiquement et socialement faibles, celui des populations défavorisées et ciblées par la société et le droit, les non salariés, les indigents, les pauvres et les vieux, les handicapés. C'est là une conception qui reste dominée par les vieux schémas du 19e siècle, de la charité, de la bienfaisance et de l'assistance. Dans ces derniers s'inscrit la vision dominante de la santé et du social : des phénomènes résiduels pour marginaux de la société... Conception propre à l'avènement des sociétés industrielles où l'économique et le social constituent deux sphères autonomes, où le social et le droit social ont fonction de rétablir une égalité et un équilibre rompus par l'économique et que la règle du «droit commun», le droit civil, est incapable de réaliser.

2) Le droit social est réduit au droit du travail et à celui de la Sécurité sociale qui sont ses **objets** naturels, matières que la doctrine juridique ne peut intégrer au droit commun, le droit civil[53].

C'est là une définition réductrice de ce droit nouveau, à la fois du point de vue du social et de la santé que du point de vue du droit. La prise en compte du social et du sanitaire, ainsi que la socialisation du droit qu'elle implique, font l'objet d'une démarche restrictive et tout à fait insuffisante.

En effet, «le droit social serait de peu d'intérêt [...] s'il devait se limiter à combler les lacunes du droit civil, à marquer l'entrée dans le droit d'objets qui lui auraient jusqu'alors échappé»[\[54\]](#).

En conséquence, droit du travail, droit de la santé et droit de la Sécurité sociale ne sont que des exemples, les plus classiques, certes, du droit social. D'autres droits sociaux existent, et sont possibles. En effet, la conception de droit social réductrice à ces matières-là n'explique en rien la nécessité de leur autonomie juridique ni celle d'un droit différent. Elle ne nous renseigne pas sur ce **processus de socialisation du droit, un des phénomènes les plus marquants de l'histoire du droit et de l'Etat contemporain des sociétés industrielles, celui de l'Etat Providence**[\[55\]](#).

Ne concevoir ce processus de socialisation du droit que comme «solution» apportée aux insuffisances et carences du droit civil et dont la manifestation serait une publicisation du droit, au détriment du droit privé, serait méconnaître «sa propre positivité, sa propre manière d'objectiver les sujets et objets, et sa référence doctrinale qui n'a plus grand chose à voir avec la construction du droit naturel qui supportait le droit civil»[\[56\]](#).

Il ne s'agit pas là d'une autre expression de la dualité-opposition public/privé, mais **d'un autre type de rationalité juridique et politique** ; une alternative à la distinction, une autre forme historique du droit : celle de cette «sphère sociale repolitisée où [les] institutions sociales et celles de l'Etat se fondent en un unique complexe de fonctions qu'il n'est plus possible de différencier selon les notions de public et de privé»[\[57\]](#). Et l'auteur d'ajouter : «la société industrielle du 20e siècle régie par un **Etat social** voit se développer des rapports et des types de relations qui ne peuvent que partiellement être articulés sur les institutions du droit privé ou du droit public ; ils obligent au contraire à introduire les normes de ce qu'on appelle le droit social»[\[58\]](#).

B. L'état de l'analyse en Algérie :

Certes, les travaux scientifiques sur la question de la santé en Algérie après son indépendance sont encore peu nombreux. Cependant, ce qui existe actuellement peut faire l'objet d'une réflexion critique à la lumière de notre problématique de départ.

En effet, que nous prenions les travaux publiés avant 1974 ou après cette date, nous pouvons faire le constat suivant : si ces recherches apportent une somme considérable de données et d'informations pour un domaine aussi complexe et difficile à explorer, elles pèchent toutes, à des degrés divers, par des problèmes de méthode, quelle qu'en soit la discipline de l'auteur, celle d'un juriste, d'un économiste ou d'un sociologue.

En résumé, on peut dire que, de façon générale, l'empirisme, le positivisme et le systémisme constituent le dominateur commun de l'approche dominante en la matière. Sans nul doute, c'est une identité

de logique dans ces démarches qui, selon nous, explique limites, fausses pistes ou impasses, voire les paradoxes constatés dans certaines analyses soutenus jusque-là.

Cet essai critique trouve sa raison d'être dans ce constat.

Tous les chercheurs qui se sont intéressés à la question de la santé en Algérie ont mis en évidence, sinon en exergue, le caractère pluriel et multiforme de l'institution sanitaire et du «système» de santé. Certes, l'image est juste : l'erreur consiste à la présenter toutefois comme un **donné**, non comme un **construit**.

L'observation des phénomènes apparents et leur simple restitution par la description est la démarche dominante rencontrée. Que l'on décrive le «système des services sanitaires» ou le «financement de la santé», le «statut des cadres médicaux» et les «structures sanitaires» ou «l'organisation sanitaire», la «coexistence» de plusieurs filières de soins, de plusieurs «secteurs», de plusieurs modes de financement et d'exercice de la médecine, est présentée comme un phénomène naturel, normal.

D'un point de vue méthodologique, ni le choix des questions traitées, ni l'ordre de les présenter n'est justifié par les auteurs. Par ailleurs, les liens entre les différentes questions et niveaux traités ne sont pas établies. L'empirisme est roi[59].

Ce type de démarche, qui caractérise le positivisme le plus primaire, aboutit de toute évidence et, parfois, en toute inconscience, à un fétichisme de la forme, la forme de l'institution sanitaire, la forme du «système» de santé étant saisie, ici, à partir du critère juridique, son expression apparente la plus immédiate.

L'approche du champ de la santé à partir de ce qui est, d'emblée, observable – cette forme juridique – a conduit à sacrifier la présentation en thèmes de «secteurs» de santé, public, para-public et privé, faisant courir le risque des limites méthodologiques et épistémologiques à la fois du positivisme et du systémisme[60].

En effet, l'approche de la politique de la santé par le biais exclusif de la nature juridique de l'institution, des structures, des modes d'exercice et de financement, etc... s'avère d'abord très vite extrêmement réductrice.

Comme le dit très justement M. Miaille, «à vouloir observer les faits «bruts», on risque fort de découvrir l'idéologie de la société beaucoup plus que la société elle-même»[61] ; à vouloir faire de la nature juridique un phénomène «premier» qui fixe la contradiction principale, on risque de produire et de reproduire un discours idéologique (le discours officiel) sacrifiant la forme au détriment du fond et d'occulter, ainsi, la vraie dimension de la question de la santé : sa nature sociale.

L'impasse de tous ces travaux réside premièrement dans

l'enfermement du débat sur la santé dans le couple médecine

publique/médecine privée, d'une part, et, de l'autre, dans le triptyque nationalisation/étatisation/socialisation. Il en résulte trois types de conséquences :

- 1) la reproduction d'une conception négative de la santé d'un côté, et d'une conception biologique de la maladie, de l'autre, malgré la reconnaissance de l'influence qu'exercent les «facteurs» économiques et sociaux de la santé ;
- 2) la reproduction d'une problématique manichéenne du bien et du mal à partir de présupposés non scientifiques : après avoir passé le secteur public au peigne fin de la critique par exemple, on en appelle paradoxalement à son renforcement[62] ;
- 3) le recours quasi général à la problématique de la distorsion entre le discours officiel, les objectifs affichés et les pratiques réelles[63].

Si cette impasse a déjà fait l'objet de critiques[64], il reste à mener une réflexion sur ce type de présentation/explication qui, privilégiant le critère juridique de la nature de l'offre de soins, aboutit donc à s'en tenir aux formes de gestion de la maladie et de santé et à occulter la question du type, du modèle de santé dominant qu'elles véhiculent ou empêchent.

Car c'est le propre de la démarche positiviste de prendre ces formes comme un donné allant de soi et de faire l'impasse sur leur nature historique, leur fonction et leur statut dans le traitement de la question de la santé, sur les techniques sociales de prise en charge de la maladie et de la santé qui les sous-tendent, techniques introduites par le droit colonial et reproduites par l'Etat national. Plus loin, nous tenterons de réfléchir sur les liens entre les formes publique, para-publique et privée et ces techniques.

Par ailleurs, le manque de rigueur dans la méthode et les présupposés méthodologiques a produit d'autres effets pervers que nous tenterons de mettre en évidence.

On constate, en effet, que c'est par référence à la notion de **système** que la politique de santé est saisie et analysée de façon dominante. Cependant, on peut y distinguer plusieurs attitudes :

- 1) soit que l'on s'inscrive d'emblée dans le cadre conceptuel et méthodologique de l'analyse de système telle qu'elle a été développée par l'I.R.E.P. de Grenoble – sans que ce cadre soit préalablement défini et sans justification de ce choix[65] ;
- 2) soit que l'on soulève les «difficultés» et «ambiguïtés» de l'application de l'analyse de système à la santé, sa relativité enfin, pour, en définitive, l'adopter implicitement comme outil d'analyse[66].

En réalité, la pratique d'un systémisme, déjà sujet à caution, par une utilisation imparfaite, non rigoureuse, de la théorie des systèmes a conduit ces auteurs à des réactions et à des conclusions erronées qui limitent considérablement l'intérêt de leurs analyses.

1) On retrouve généralement la présentation, critiquable, des trois secteurs (public, para-public et privé) dans un rapport d'autonomie les uns par rapport aux autres d'une part, et dans un rapport d'extériorité par rapport à l'environnement socio-économique et politique d'autre part[67].

2) Il s'ensuit, par ailleurs, qu'on est confronté au discours mystificateur de la possibilité de transformation, de l'intérieur, du système et de ses sous-systèmes. C'est tout le discours officiel sur les vertus unificatrices de la décision de gratuité de la médecine d'une part, et sur la rationalisation du «système» de santé d'autre part, un discours formulé à intervalles réguliers depuis les années 70 qui est reproduit, ici[68] et auquel le droit donne une matérialité[69].

3) L'envers de cette approche consiste à tout rejeter sur «l'extérieur», sur les conditions économiques et sociales «en évacuant la responsabilité de l'institution sanitaire de la situation vécue» et en occultant son statut et «sa part dans la reproduction du système global»[70]. C'est là une attitude, elle aussi, vouée à l'échec.

Seul M. Kaddar, qui situe sa problématique dans l'analyse des «relations et déterminations réciproques entre système social, système de production et système de santé», propose une pratique cohérente et rigoureuse de l'analyse systémique qui ne soit pas une théorisation de l'empirisme et du positivisme.

Sans répondre néanmoins à la question qu'il pose et qui est de savoir si l'on peut «encore parler de système de santé»[71], l'auteur engage sa réflexion à partir de deux niveaux d'analyse dont l'enchevêtrement révélerait, selon lui, la nature de la logique profonde du système de santé, «en jeu fondamental» : «le premier niveau est relatif aux «éléments internes» du système de santé entendu au sens strict. Là sont posés les problèmes de moyens, d'organisation, de coordination technique et administrative. Le deuxième niveau a trait aux transformations et aux pesanteurs de l'ensemble du système économique et social qui exercent à des niveaux divers une influence déterminante sur la dynamique du système de santé»[72].

Ce sont ces présupposés méthodologiques – dont au demeurent la validité, la pertinence au regard des résultats obtenus restent encore à démontrer[73] – qui ont évité à M. Kaddar le fourvoiement quasi général dans la théorisation de l'empirisme.

En effet, non contents de décrire ce qui est et de s'y tenir, la plupart des travaux vont plus «loin» en extrapolant par un jugement de valeur sur ce qui est, comme s'il était un fait pur.

A vrai dire, c'est l'absence de «reconstruction» du réel qui a produit des analyses aussi hâtives qu'infondées, concluant à «d'incohérence», à «l'irrationalité», au caractère «contradictoire» et «conjuncturel» de la politique de la santé en Algérie[74].

Cette appréciation négative est justifiée par des facteurs tout autant exogènes qu'endogènes : «les incohérences et contradictions sont inhérentes à la phase de transition que traverse l'Algérie et au mode

de développement qu'elle a choisi». C'est «la voie de développement non capitaliste [qui] se caractérise par des contradictions à tous les niveaux : économique, social et juridique». En conséquence, «seule l'analyse de cette voie de développement choisie par l'Algérie nous permettra de dégager la logique interne du système sanitaire»[\[75\]](#).

D'un autre côté, on a généralement tendance «à considérer le système de santé comme un monde fermé ayant une logique propre que l'on considère comme «irrationnelle» et auquel on applique une logique extérieure [que] l'on qualifie de rationnelle»[\[76\]](#).

Cela donne le discours suivant : «les différents types d'appropriation (public, para-public et privé) excluent toute démarche d'unification réduit l'action sanitaire. [...] Elle est aussi facteur d'irrationalité de gestion [...] et de concurrence»[\[77\]](#).

D'une part, le problème est d'emblée mal posé et, d'autre part, tout se passe comme si l'observation des faits pouvait, d'elle-même, donner les clés d'explication de la réalité.

Ce n'est évidemment pas le «pluralisme» de l'institution sanitaire – du reste, demeuré inexpliqué et non situé historiquement – qui empêche son unification. Cela est une tautologie et un non-sens.

C'est la nature administrative du processus de prise en charge et de gestion de la maladie et de la santé qui comporte intrinsèquement la reconduction des différents termes de l'alternative. La construction de l'espace public de la santé, son unification qui, de 1966 à 1973, a donné le secteur sanitaire actuel, s'est faite selon les moments «avec» ou «contre» les «secteurs» para-public et privé : démarche pour le moins ambivalente que nous analyserons plus loin. Ne procédant pas d'une approche sociale de la question de la santé, elle laissera coexister, selon des formules variables, plusieurs logiques et plusieurs formes de gestion de la santé.

Là où on ne voit «qu'incohérence», «contradictions», «irrationalité» et «concurrence», nous tenterons de reconstruire **l'unité** de la politique de la santé et ce, à travers l'analyse des différents termes de l'alternative public/privé et l'analyse de leur **articulation**[\[78\]](#).

En effet, seule cette problématique des formes de l'institution sanitaire et des formes de gestion de la santé restituera à la politique de la santé et sa cohérence et son unité.

Impossible de s'engager dans cette entreprise si l'on occulte, comme il est fait, le rôle, la fonction et le statut de l'Etat dans l'articulation, si l'on situe, d'autre part, la sphère du social et de la santé hors de l'économique entérinant ainsi la dichotomie capitaliste entre l'économique et le social.

Impossible également de s'y engager si l'on ne saisit pas l'articulation dans son moment actuel, car seule cette démarche historique permet de restituer cette vision non statique et toujours actuelle de la politique de la santé en Algérie, à travers une périodisation où le droit

joue un rôle actif et dynamique, scandant les différents rythmes de cette politique dans les moments à la fois de continuité et de rupture[79].

Partie II

Une détermination positive

A. L'articulation public/privé :

1.- Depuis 1963 et jusqu'à l'heure où nous écrivons, la question de l'exercice de la profession médicale n'a jamais cessé d'être d'actualité[80]. On peut dire qu'elle a été et continue d'être une question centrale dans la politique de la santé en Algérie. C'est que l'alternative médecine publique/médecine privée a toujours occupé le devant de la scène, scandant ainsi les différents moments de la politique de la santé, la réduisant par là-même à une politique de l'exercice de la médecine.

Ce constant est d'une justesse implacable. Il traduit bien la réalité d'une réponse aux besoins sociaux de santé par la gestion de la maladie. Cela a été dit ; nous n'insisterons donc point là-dessus.

Il comporte cependant le danger d'une explication de cette réalité par les faits observables, celui notamment de faire de l'alternative public/privé la contradiction principale de la politique de la santé. En effet, conclure à l'issue d'une réflexion sur «les éléments de la structuration du système de santé» que «la question du statut du médecin est **centrale** dans tout [ce] processus» ne comporte-t-il pas le risque dénoncé par l'auteur lui-même «d'enfermer le débat sur la santé dans l'alternative médecine étatique/médecine libérale» et donc de le situer essentiellement, voire exclusivement, sur le terrain de la forme[81].

Plus haut, nous avons fait le procès de cette approche, mais par la négative.

Pour en donner un point de vue positif, il nous faudra «reprendre» l'analyse du procès de structuration de l'institution sanitaire algérienne.

A la vérité, il nous est apparu que l'importance et le caractère décisif de la première période de la politique de la santé avaient été beaucoup minimisés par les travaux menés jusque-là. Tous les auteurs s'accordent, en effet, à qualifier cette première décennie (1963-1973) de période d'hésitations, d'attente, de transition, durant laquelle le système colonial avait été reconduit, en contradiction avec les principes et objectifs proclamés[82].

Nous formulons, quant à nous, les hypothèses suivantes :

1) On assiste durant cette période à un **glissement d'un projet de socialisation de la médecine à un processus d'étatisation de son organisation.**

2) C'est dans un processus – qui contient en lui – même la négation de la nature sociale de la question de la santé – que réside l'hégémonie d'une gestion administrative de la santé et de la maladie en Algérie.

Du plan de socialisation de la médecine, tel qu'il a été formulé par le Programme de Tripoli et par la Charte d'Alger, c'est l'étatisation qui a été «retenue». Mais n'est-elle pas présentée dans le discours officiel comme l'étape préalable du socialisme ou bien même confondue avec lui[83] ?

De bout en bout, jusqu'à la création **de jure** du «secteur sanitaire» en 1973 par la loi des Finances (!), la structuration de l'appareil étatique de la santé aura eu pour fondement une logique administrative et financière, centralisée et unificatrice.

Dans notre thèse en préparation, nous analysons en détail les différents jalons et moments de ce processus continu de 1966 à 1973 qui, par sa logique et certains de ses aspects, est la systématisation de la politique de santé coloniale des années 1944, encore plus développée en 1956, et qui sera réactivée à partir de 1974.

Contentons-nous de dire ici que, pendant que se structuraient l'espace et l'appareil publics de santé dans un mouvement d'unification et de rationalisation administrative et financière de ce qui existait déjà, continuaient de courir les différentes logiques médicales et sociales de gestion de la maladie et de la santé, oeuvre de la colonisation : celle, dominante, de l'assistance médicale, celles, marginales, de l'assurance-maladie et de la santé Publique, toutes reproductrices de stratifications et différenciations économiques et sociales.

Là se situe **la contradiction principale** de la première décennie : entre ce processus administratif d'unification – rationalisation de l'existant dont l'issue est la sectorisation administrative de la santé et le maintien, voire la reconduction, des logiques différenciées d'organisation, de gestion et de financement de la santé.

L'analyse de cette contradiction nous livrera la logique profonde de structuration du secteur public de la santé, sa base de classe et, par là-même, les clés de sa crise de domination.

Apparaît ainsi à l'évidence le statut de contradiction secondaire de l'alternative médecine publique/médecine privée.

Nous formulons l'hypothèse que c'est le «non traitement» ou, plutôt, la nature du traitement de la première qui a conféré à la seconde le statut de question centrale.

En d'autres termes, nous soutenons que l'hégémonie d'une gestion administrative de la maladie et de la santé comportait intrinsèquement la négation du projet de socialisation de celles-ci et, à l'inverse, la reproduction de l'alternative public/privé.

Inverser l'ordre des choses et/ou ne pas saisir cette contradiction principale ont conduit à conclure à l'absence de cohérence et de logique d'ensemble, à l'irrationalité de la politique de la santé d'un côté, à privilégier l'analyse à partir de la forme publique, privée, para-publique de l'institution sanitaire, des ressources, du statut des professionnels de l'autre.

2.– En conséquence, notre troisième hypothèse concerne **le rôle et le statut de l'Etat dans la production et la reproduction de l'alternative public/privé** ; elle met en évidence le caractère idéologique de la présentation empirico-typologique de l'institution sanitaire en termes de «secteurs» public, privé et para-public tout à fait indépendants[84].

Dans le champ de la santé, le droit oeuvre bien dans cette entreprise d'opacification des rapports réels. Méconnaître ce rôle, c'est refuser de reconnaître les liens entre les pratiques étatiques de gestion de la santé et les stratégies visant à la régulation de l'exercice de la médecine.

Toute l'histoire de la politique de la santé en Algérie est contenue dans celle de l'organisation et de l'exercice de la médecine. Deux faces d'un même phénomène. La construction de l'espace public de la santé et, partant, la fonctionnarisation de la profession, ainsi que l'exerce privé de la médecine sont intimement liés. Du statut de l'un dépend le sort de l'autre. On ne peut donc traiter de l'un sans parler de l'autre et réciproquement.

L'intérêt d'une analyse dialectique de l'alternative public/privé, aussi bien sur le plan méthodologique que théorique, est pluriel. En effet, cette alternative interroge la formation économique et sociale à des niveaux multiples :

* l'alternative médecine publique/médecine privée comme expression de l'alternative développement libéral/développement socialiste : la question de la «voie» de développement en Algérie ;

* l'alternative médecine publique/médecine privée comme expression de la «collusion/opposition (public/privé, Etat/Bourgeoisie privée) aux contours spécifiques, eux-mêmes résultats d'un rapport de forces ponctuel et général»[85].

La réflexion doit donc porter sur les termes de cette alternative, et pour chaque période, aussi bien à travers le discours politique que le discours juridique.

* l'alternative comme facteur explicatif de la crise de domination du secteur public de la santé, crise qui traduit en réalité l'impasse de la socialisation de la santé par l'étatisation de la médecine. Car, nous le verrons, les véritables problèmes se situent à l'intérieur de l'Etat et de son secteur et non entre public et le privé.

* l'alternative comme expression des luttes pour l'hégémonie politique. En ce sens, les termes actuels de l'alternative sont un des

niveaux de saisie des «changements» qui s'opèrent dans l'Algérie des années 1980.

Le rôle de l'Etat dans la production et la reproduction de l'alternative médecine publique/médecine privée a comme toile de fond deux types de discours politiques et de pratiques étatiques :

1) le discours sur le couple propriété privée exploiteuse/propriété privée non exploiteuse.

La problématique du capital privé est tout entière contenue dans ce couple. Ce n'est pas tout. Car, au-delà de ce signifiant direct, ce sont toutes les ambiguïtés du projet de société algérien qui s'y nichent.

Ainsi, les notions de propriété privée exploiteuse et non exploiteuse ont un statut et une fonction idéologique dans le discours politique. Comme le dit judicieusement D. Liabès, «la pratique discursive de l'Etat national sur la propriété joue un rôle dans la constitution de l'Etat national, et donc dans les alliances qui l'instituent comme Etat de classe» [86]. Le discours sur la propriété privée est corrélatif de la structuration de l'Etat. C'est ici qu'apparaît le caractère mystificateur de la distinction médecine publique/médecine privée, d'appropriation de classe : est donc incontournable la question du contenu social du secteur d'Etat et de sa médecine.

2) le discours et les pratiques étatiques à l'égard de la profession libérale. L'idéologie de la profession libérale est à la fois rejetée et éminemment présente dans le discours politique en Algérie. Comme, par son silence et/ou son action, l'Etat a-t-il «couvert» l'existence et le développement de ces espaces associatifs où les professions libérales sont dominantes, tout comme il a laissé le secteur privé se développer à l'ombre du secteur d'Etat ? Quelles ont été les stratégies de l'Etat national vis-à-vis de la corporation médicale de la dissolution des ordres en 1963 jusqu'à la période actuelle où nous assistons, depuis 1980, à leur réhabilitation sous d'autres formes, telles les Unions socio-professionnelles dont l'U.M.A. constitue, avec l'Union des Ingénieurs, l'association corporative la plus importante en nombre et en cohésion organique, ce qui fait d'elle un véritable partenaire sur l'échiquier institutionnel et décisionnel de la santé ?

La régulation étatique de l'exercice de la médecine en Algérie est, certes, balisée par la date marquante de 1974, année de mise en oeuvre de la gratuité de la médecine. Aussi est-il admis, partant de là, de distinguer deux périodes : **1963-1973** et **1974-1987**. En réalité, si 1974 constitue un moment de rupture dans la politique de la santé, la continuité avec la période précédente n'est pas rompue, notamment avec la dynamique impulsée en matière d'exercice de la profession médicale.

1963 - 1973

Reproduite par une régulation administrative autoritaire de l'exercice de la profession entre 1963 et 1966, l'alternative médecine

publique/médecine privée va être légalisée par les réformes de 1966.

La récupération étatique du Service civil, à l'origine instauré à l'initiative de certains médecins, et ses modalités de mise en oeuvre en ont fait, dès les premières années de l'indépendance, un rempart contre la nationalisation de la médecine inscrite pourtant dans le programme de Tripoli et dans la Charte d'Alger.

Résultat d'une politique de compromis, le Service civil va avoir une autre fonction, celle de structurer définitivement l'institution sanitaire algérienne en trois «secteurs» obéissant à des logiques propres et à des règles juridiques différentes. Le résultat en est triple :

- * l'exercice libéral de la médecine et son idéologie demeureront toujours le référent ;
- * la structuration de l'institution sanitaire va dès lors échapper à une logique de «prise en charge» des besoins sociaux de santé pour une logique dominante de leur professionnalisation ;
- * le statut colonial de l'assistance médicale gratuite est reconduit encore pour une décennie dans une Algérie qui construit le socialisme !

1966 est une date connue, comme dans l'histoire politique, économique et sociale de l'Algérie, pour la légalisation de ce mouvement ambivalent d'étatisation/privatisation[87].

Dans le champ de la santé, ce processus va avoir deux effets :

1) la fonctionnarisation des médecins et l'étatisation de la médecine apparaîtront comme une **sanction** dans la mesure où elles sont le «lot» des nouvelles recrues qui devront, obligatoirement et à titre permanent, rejoindre le futur secteur sanitaire issu du rattachement des unités d'A.M.G. aux hôpitaux : le **privilège** de l'exercice privé est réservé, lui, aux «anciens» médecins d'une part, et, de l'autre, aux anciens Moudjahidines pour services rendus à la Patrie !

2) le public et le privé semblent ainsi être renvoyés dos à dos. Or, il n'en est rien. D'une part, la formule du «plein temps aménagé» réservée aux chefs de service consacre l'interpénétration des deux secteurs ; d'autre part, les modalités d'application des textes de 1966 et, notamment, l'Ordonnance de 1971 rétablissant le Service civil vont faire de l'exercice privé une référence, alors qu'il n'était qu'une situation exceptionnelle en 1966.

Désormais, le secteur sanitaire n'est plus que le passage, le relais obligé pour le cabinet et le mi-temps, une annexe publique à celui-ci ; va alors commencer le mouvement de «transhumance» des médecins faisant leur Service civil. Seules deux catégories professionnelles et sociales constituent les permanents du secteur public : les hospitalo-universitaires qui reproduisent le système ; les missions médicales étrangères qui soignent les souffrances de la masse.

Après 1974, une série de textes interviennent, qui élargissent les possibilités légales d'exercice privé de la médecine.

Cet exercice privé est tout d'abord maintenu implicitement[88], puis, explicitement[89]. Il cesse d'être un privilège et devient un choix pour les généralistes. ouvert même aux hospitalo-universitaires[90].

Depuis 1976, date de l'«algérianisation» de la législation de la santé et, donc, deux ans après la promulgation de la gratuité de la médecine, les praticiens doivent choisir entre le «régime du plein temps» et le «régime du mi-temps», le secteur et le secteur privé. En réalité, le choix posé par le législateur n'en est pas un, et l'exercice privé de la médecine reste toujours le référent, dans la mesure ou,

- 1) pratiquement, le plein temps dans les structures publiques continue d'être assimilé au Service civil ouvrant la voie à l'exercice privé ;
- 2) les médecins exerçant à plein temps en qualité de «contractuels» dans les services médico-sociaux, ceux des Sociétés nationales et de la Sécurité sociale. agréés par le Ministre de la Santé publique, pensent s'installer en privé à l'issue du contrat ou en cas de rupture de ce dernier ;
- 3) étant donné l'absence du statut du médecin public d'une part, et de cadre légal régissant le fonctionnement de l'appareil public, le secteur sanitaire d'autre part[91], c'est toute la question de l'hégémonie du secteur public qui est posée ici. L'Etat s'en est-il donné les moyens ? S'agissant des moyens juridiques, après le volontarisme de 1974, c'est le vide, le flou et les contradictions qui caractérisent la période.

En outre, les conditions d'application de la politique étatique de gratuité de la médecine ont constitué le creuset des conditions de reproduction de l'alternative médecine publique/médecine privée.

Mais à une phase d'intégration autoritaire de l'exercice privé de la médecine va succéder, à partir des années 1980, l'ère de l'intégration consensuelle.

Le discours et les instruments juridiques changent de nature : désormais, il est question de complémentarité du public et du privé, d'intégration contractuelle dans le cadre d'un «système national de santé», dont la carte sanitaire constitue le «schéma directeur»[92].

La formule autoritaire du «mi-temps» instituée en 1966 et reconduite par le code de la santé publique disparaît ; elle est remplacée par «l'exercice de profession à titre privé [...] dans le cadre de la carte sanitaire»[93].

Le champ de la privatisation de la médecine est limité par la loi de 1985 aux «cabinets dentaires, officines pharmaceutiques, cabinets de consultations et de soins, laboratoires d'analyses médicales, lunetterie et prothèse médicale»[94], le projet d'élargissement du champ de la privatisation de la médecine aux «cliniques» est, deux ans après la promulgation de la loi sur la santé, à l'ordre du jour des

travaux de l'A.P.N. [95]. Les deux principaux leviers étatiques de la politique de l'exercice de la médecine, qui ont favorisé sa privatisation, seront de deux ordres :

- L'un, externe au champ spécifique de la santé : il s'agit des aménagements successifs du Service civil depuis 1981 ;
- L'autre, inhérent à lui : il s'agit du renforcement du système de l'assurance-maladie par les lois de 1983 portant refonte de la sécurité sociale[96].

B. L'articulation public/para-public :

L'autre forme de l'alternative passe entre le public et le para-public.

Son analyse comporte deux niveaux constitutifs de la forme para-publique.

- l'institution ou le système de sécurité sociale algérien et sa «fonction» de santé ;
- le secteur public économique et sa fonction de santé.

L'approche qui a prévalu et que nous avons mise en cause plus haut a consisté à poser cette alternative en termes de concurrence, contradictions et/ou convergences entre le public et le para-public[97].

Notre problématique sera différente dans la mesure où elle (pré) tend à circonscrire l'alternative autour de l'articulation de ces deux éléments, le public et le para-public. Ce sont en effet les différents **liens** entre ces deux termes qui nous intéressent.

La question de la forme juridique dite «para-publique» a, en Algérie, une existence historique liée au processus de formation du droit. S'agissant du champ de la santé, elle ne pourrait être extraite de l'analyse de la politique de l'alternative dans ses différents moments, dans sa logique.

C'est dans ce cadre que doivent être étudiés les deux points qui tournent autour de la qualification «para-public» :

- La question des statuts des personnels de santé, publics et para-publics ;
- La question de la nature juridique de la Sécurité sociale en Algérie, celle de savoir si cette dernière est une institution publique ou para-publique.

Ces deux questions relatives à la forme juridique para-publique et qui touchent au droit du travail et au droit de la sécurité sociale feront l'objet d'une autre livraison. Ici, ce sont les liens entre la forme juridique para-publique et la forme publique dans le domaine de la santé qui nous intéressent, notre objectif étant de leur restituer leur contexte et leur véritable problématique à travers l'analyse du projet doctrinal de socialisation de la médecine et de sa récupération/transformation par l'Etat national sans lesquels les

propositions sur la gratuité de la médecine ne pourraient avoir de sens.

Dès le départ, et pour deux raisons fondamentales, nous voudrions manifester notre désaccord sur les hypothèses émises jusqu'ici relativement au projet de gratuité de la médecine :

1) La «décision révolutionnaire» n'a pas été pensée dans sa dimension historique. En d'autres termes, dans les travaux menés jusqu'à présent, elle n'a guère été replacée dans le cadre du plan de socialisation de la santé tel qu'il a été défini par les textes fondamentaux du pays. En effet, cette occultation de l'histoire contribue à dénaturer les événements et les pratiques. Les analyses s'en trouvent ainsi faussées et dénuées d'intérêt, si ce n'est de celui de reproduire le discours officiel.

2) Par contre, quand il est fait appel à l'histoire, c'est une vision linéaire et historiciste qui domine et, dans ce cas, ce sont les prémisses de l'analyse qui sont fausses.

En effet, là où M. Kaddar voit une «continuité doctrinale» entre, notamment, le Programme de Tripoli, la Charte d'Alger et la Charte nationale, nous sommes, nous, frappés par les nuances, sinon les contradictions entre ces différents discours[98].

Là où l'analyse est menée en termes «d'écart» entre le système projeté et ses résultats, de «décalage et contradictions entre la volonté politique» et la «logique prévalente de l'institution sanitaire»[99], nous formulons, nous, la double hypothèse que voici :

- 1) celle des **limites** du plan doctrinal de socialisation de la santé en Algérie ;
- 2) celle de sa **récupération/transformation** par l'Etat national.

Car, c'est par ce détour doctrinal que nos hypothèses sur la gratuité de la médecine et sur l'alternative public/para-public se trouveront précisées.

Il est certes reconnu que le Programme de Tripoli consacre la tendance étatiste du développement et de la construction du socialisme. Pour ce qui est de la question de la santé, les principes sont clairs : «seul un Etat moderne édifié sur des bases démocratiques et anti-féodales» «pourra trouver la solution efficace au problème de la santé, de l'habitat et de l'amélioration des conditions de vie»[100].

Le triptyque socialisation / nationalisation / étatisation spécifique du «populisme» algérien est dominant : «la médecine et les installations sanitaires doivent être rapidement nationalisées de façon à assurer la médecine gratuite pour tous, aspiration sociale des masses, dans les plus brefs délais». «Cette nationalisation sera mise en oeuvre d'après les principes suivants : développement d'un service national de santé qui prend en charge tous les hôpitaux et les installations sanitaires et [qui] fonctionnera avec des médecins à plein temps [...] L'institution

de ce service national de santé doit prévoir l'absorption du secteur libéral classique»[\[101\]](#).

La socialisation de la médecine, par sa gratuité, doit résulter de sa nationalisation/étatisation.

Les contours de ce service national de santé restent très généraux, cependant. Sera-ce un système à la britannique ? Non point, puisqu'il est prévu une absorption, à termes, de la médecine privée. Un service national de santé à la soviétique ? Tout ce qui est sûr, c'est que l'impasse totale est faite sur l'institution et sur la question de la Sécurité sociale. Cette dernière, était-elle vouée à disparaître avec la médecine privée dont elle est le fondement ? L'étatisation de la médecine inscrite au programme signifierait-elle sa condamnation à mort ?

Face à ce silence doctrinal, il est important d'observer que l'U.G.T.A., dès les premières années de l'indépendance, a fait preuve d'une action aussi énergique qu'efficace pour la reprise en main des Caisses de Sécurité sociale et leur gestion par les représentants des travailleurs. Il n'est pas exagéré de dire que les quelques mesures structurelles prises entre 1962 et 1963 (fusion des Caisses du régime général sur une base territoriale qui donna la Casoral, la Casoran et la Casorec, la gestion majoritaire des Comités de gestion des Caisses par les travailleurs et la désignation des Directeurs des Caisses par l'U.G.T.A.) peuvent être mises au compte de l'action et de la mobilisation syndicale[\[102\]](#).

Il semble, ici, que les divergences de vue soient totales entre les rédacteurs du Programme de Tripoli et la doctrine de l'U.G.T.A.

A ce propos, l'action syndicale peut-elle être analysée comme un «dépassement qualitatif» du Programme de Tripoli par les travailleurs et leurs représentants, seule force politique dont le souci majeur était la construction d'une société socialiste, et qui fût en mesure d'avoir et de présenter les grandes lignes de la future organisation économique et sociale du pays[\[103\]](#).

Nous verrons plus loin que, malgré son action des premières années de l'indépendance, la doctrine syndicale reste «limitée», dans le domaine de la santé et du social.

Si la gratuité de la médecine pour tous est l'objectif ultime du Programme de Tripoli, il faut constater que la politique de la santé est réduite à celle de l'exercice de la médecine. Le reste relèvera de «campagnes contre les épidémies, les maladies contagieuses» avec l'aide des organisations de masse et de l'Armée.

Vision donc réductrice et négative de la santé, qui consacre la dichotomie entre le social et le sanitaire.

Non seulement dans le ton, mais dans le contenu, le projet de programme de la Fédération de France diffère de celui qui fut adopté

à Tripoli[104]. L'analyse du «problème sanitaire», selon ce projet, fait ressortir trois principes essentiels :

1) La santé fait partie intégrante du développement. Elle n'est pas réduite à la médecine ; elle n'est pas conçue comme une «charge» pour la Nation : «un pays moderne doit être sain [...]. Nous avons besoin de toutes les forces, de toutes les énergies [...]. On ne saurait concevoir le développement d'un pays sans une lutte de tous les instants contre ce qui peut constituer un frein et souvent une catastrophe : la maladie»[105].

L'homme est au centre de «l'auto-développement national» ; il est la projection de cette Algérie dont l'avenir sera socialiste ou ne sera pas[106].

2) La santé est posée comme un droit. «Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé et aux soins médicaux gratuits. Ils ont également droit à la sécurité matérielle en cas d'incapacité de travail ou de maladie et pendant la vieillesse»[107].

La gratuité de la médecine est le corollaire de ce droit. Il y a donc ici rupture avec la conception coloniale de la santé comme un devoir de la puissance publique. La nation de droit nous situe sur un autre registre. En conséquence, seul l'Etat peut être le garant et promoteur de ce droit. Mais, à la différence du programme adopté à Tripoli, cela ne signifie pas la nationalisation de la médecine. Le terme est d'ailleurs totalement absent du projet de la Fédération de France. La notion de service national de santé n'a pas le même contenu : «tous les médecins débutants seront mis à la disposition de l'Etat pendant une durée de 10 ans. Ils devront exercer leurs activités au sein d'un service public (hôpitaux, dispensaires, organismes de dépistage). [...] Pour pallier le manque de personnel, il sera fait obligation aux étudiants en médecine d'apporter leur concours [...] dès la 3e année» enfin, «l'ouverture d'un cabinet sera soumise au contrôle de l'Etat tant pour le lieu que pour le fonctionnement, ceci, afin d'éviter la concentration dans les grandes agglomérations au dépend des campagnes»[108].

La lettre des deux textes est en effet différente : alors que le Programme de Tripoli a pour objectif «la disparition de l'exercice libéral», le projet de la Fédération de France consacre le **statu quo** et n'interdit pas la possibilité de l'exercice privé de la médecine, contrôlé et orienté par l'Etat.

3) Etant donné que le service national de santé n'implique pas la nationalisation de la médecine, la question du financement est posée dans les termes suivants : «l'Etat doit instaurer un système d'assurances sociales équitable», cet organisme d'assurances sociales, «dont les fonds seront constitués en partie par les cotisations mensuelles et en partie par les subventions de l'Etat, sera chargé du paiement des honoraires selon un barème déterminé»[109].

C'est donc un système mixte qui est préconisé, tant du point de vue de l'exercice de la médecine que de son financement.

Sommes-nous, pour autant, confrontés à deux politiques différentes sous-tendues par deux projets de société eux-mêmes différents ? La réponse nécessite un travail et une réflexion, qui restent à mener, sur les discours nationaliste et socialiste en Algérie, avant et après l'indépendance.

Pour ce qui nous concerne, il importe de tenir compte du contexte et des conditions d'élaboration du Programme de Tripoli pour comprendre, notamment, que, s'il «reflète une vision nationaliste et populiste qui sacralise et idéalise le peuple et en même temps édifie l'Etat», il contient nombre de contradictions doctrinales et politiques sur la nature sociale de la Révolution[110]. Les affrontements de l'été 1962 sont là, pour le corroborer et pour démentir l'unanimité doctrinale et idéologique affichée.

Qu'en est-il en 1964, à l'occasion du 1er Congrès du Parti F.L.N. ?

Selon le rapport du Secrétaire général du Parti annexé à la Charte d'Alger, celle-ci se veut être en même temps un «enrichissement» du Programme de Tripoli et une «reconstruction doctrinale»[111].

En réalité, malgré la permanence d'objectifs fondamentaux communs, une lecture attentive des deux textes révèle des différences de fond notables concernant notamment la conception et la définition du socialisme d'une part, et leurs effets sur le rôle de l'Etat d'autre part[112]. Nous verrons que la Charte d'Alger définit un véritable plan de socialisation de la médecine s'inspirant de ces principes ; en ce sens, elle s'éloigne des orientations du Programme de Tripoli.

Après une brève analyse de classe de l'institution et de la politique de santé coloniale qui, selon la Charte d'Alger, fonctionnait au bénéfice de la «minorité dominante», les grands axes de ce plan de santé publique sont posés. L'élément central en est **la réforme de la Sécurité sociale** qui comporte deux volets[113] :

1) La réforme de la Sécurité sociale est liée d'abord à la question de l'emploi, véritable «nécessité sociale et facteur de développement».

Comme complément à la politique de l'emploi et de «l'écrasement progressif de l'échelle des salaires», «il faut ajouter une législation sociale protégeant l'ouvrier et le paysan pauvre dans tous les domaines étant donné que les inégalités sont au départ trop criardes»[114].

Les objectifs immédiats fixés par le 1er Congrès du Parti F.L.N. consiste en «**l'unification** des régions de Sécurité sociale» et «**l'extension** de cette protection au secteur agricole autogéré et coopératif ainsi qu'aux petits paysans, petits commerçants et artisans», l'application «aux travailleurs et aux fonctionnaires d'un même régime d'allocations familiales»[115].

2) Le deuxième aspect de cette réforme de la Sécurité sociale a trait à la politique de la santé.

«Dans le cadre d'une planification sanitaire, il convient de centraliser tous les services existants afin d'assurer la nécessaire gratuité des soins que doit précéder une réforme de la Sécurité sociale»[\[116\]](#). Car, il faut bien le constater, le traitement de la question de la santé passe par celui de la Sécurité sociale.

A ce niveau déjà, les deux approches, celle du Programme de Tripoli et celle de la Charte d'Alger, sont différentes et pourtant les deux textes ont en vue l'objectif de la gratuité de la médecine pour tous. Si les objectifs sont les mêmes, les moyens d'y parvenir différents [\[117\]](#). On l'a vu, dans le Programme de Tripoli la gratuité de la médecine passe par sa nationalisation/étatisation, fondement d'un «service national de santé».

La formule est toute différente, de faire de la gratuité de la médecine pour tous le corollaire d'une réforme de la Sécurité sociale. C'est toute la question du financement social de la politique de la santé qui est ici posée, et, avec elle, celle du type de santé que l'on veut promouvoir : en définitive, un choix de société.

Ici, la question des formes de gestion de la santé n'est évidemment pas indifférente. S'agissant de l'exercice de la médecine, la Charte d'Alger pose comme objectifs «la nationalisation totale de la médecine et du commerce pharmaceutique», précédée d'une «étape préliminaire» pendant laquelle sera appliqué un «service civil médical» conçu comme une «exigence d'intérêt national». Faut-il en conclure au maintien de l'exercice libéral ? Sur ce point, le texte est muet. Mais la réponse est implicite, car elle est contenue dans les orientations explicitant le projet de réforme de la Sécurité sociale. Il est question, comme nous l'avons dit plus haut, d'unifier et d'étendre les anciens régimes de Sécurité sociale afin d'instaurer la gratuité de la médecine. **A contrario**, il est permis de dire que cette gratuité par la généralisation et l'harmonisation de l'assurance-maladie ne signifie pas sa nationalisation.

Il importe de souligner, à ce niveau de l'analyse du discours, que ce plan de santé développé lors du 1er Congrès du Parti F.L.N. en 1964 est celui-là même que contenaient les programmes de l'U.G.T.A. **Révolution et Travail** et, avant lui, **l'Ouvrier algérien**, ainsi que les résolutions du 1er Congrès de la Centrale syndicale de janvier 1963[\[118\]](#).

Les pouvoirs publics n'ont rien «inventé», ni en 1974, ni en 1983. Du «moment opportun» de ces réformes dont seul l'Etat est juge et «décideur», nous traiterons plus loin[\[119\]](#) ; auparavant, nous voudrions faire quelques observations sur le contenu du plan de socialisation de la santé et de ses limites.

1) Le projet doctrinal sur la question de la santé en Algérie n'est

qu'un **plan de socialisation de la médecine.**

Comment pouvait-il en être autrement et comment, en d'autres termes, la question de la santé pouvait-elle être saisie et «traitée» dans sa dimension véritable. c'est-à-dire sociale, alors que la dimension sociale du développement est elle-même occultée et refoulée ? Comment pouvait-il en être autrement, puisque la dichotomie entre l'économique et le social passe au coeur même du projet social industrialiste algérien[120] ?

Nous formulons, à cet égard, l'hypothèse que seule une approche se fondant sur la nature sociale de la question de la santé et son traitement, elle-même impliquant une reformulation du rapport économique/social, aurait permis une remise en cause, voire une rupture avec le type de réponse à la santé véhiculé par le modèle bio-médical occidental introduit en Algérie et, par là-même, avec les différentes formes juridiques, organisationnelles et institutionnelles qui lui ont donné corps et qui l'ont reproduit dans les sociétés capitalistes industrielles où il s'est développé.

Nulle part on ne trouve de réflexion sur la combinaison historique de l'assistance médicale, de l'assurance-maladie et de la police sanitaire (dite plus tard «santé publique»), productrice de formes et de logiques spécifiques de gestion de la santé et de la maladie.

2) En effet, même les éléments les plus conscients des forces sociales en Algérie se sont laissés enfermer dans une problématique «française» de la question de la santé.

La reconduction de l'assurance-maladie comme mode de gestion dominant de la santé, par sa généralisation, son unification et sa gestion par les travailleurs a, en effet, été inscrite à tous les congrès de l'U.G.T.A. (du 1er au 4e), sans que fût menée une réflexion de fond sur le système de Sécurité sociale et la technique de l'assurance-maladie qui le sous-tend introduits par l'administration coloniale, leurs effets économiques et sociaux[121].

Mais n'est-ce pas là la réaction d'une organisation ouvrière qui reste marquée par l'histoire de sa formation et notamment de sa dépendance organique et idéologique à l'égard de la C.G.T. française, par ses luttes intestines et notamment «entre communistes et nationalistes», par sa forme de participation au mouvement de libération nationale «en tant que partie non distinctive du peuple algérien et non pas sur la base d'un mouvement autonome et doté d'un programme propre»[122] ?

Par ailleurs, n'est-ce pas là l'attitude d'un mouvement qui reste sur la défensive et qui oppose aux défenseurs de l'A.M.G. coloniale et à ceux qui considèrent comme un luxe le fait d'avoir un emploi et d'être «assuré sociale», l'élargissement et l'unification des régimes de Sécurité sociale[123] ?

Tous ces arguments combinés sont confortés par la conception de la Sécurité social comme «conquête ouvrière».

3) Le déplacement du terrain de la santé à celui de la médecine est le propre d'un **projet social populiste** d'essence petite-bourgeoise qui contient, produit et véhicule ses propres limites et ambiguïtés, expression d'une critique petite-bourgeoise de l'impérialisme, du colonialisme et, donc, de son héritage.

Explication aussi essentielle que les deux premières proposées, dans la mesure où elle nous livre la dimension sociale du projet de développement algérien.

2. – Nous l'avons formulée plus haut, l'hypothèse constituant la toile de fond de l'articulation public/para-public, celle de **la récupération/transformation étatique du projet doctrinal de socialisation de la médecine.**

Il reste à saisir les moments et les modalités de ce processus, puis ses effets, afin de mettre en évidence les logiques qui courent dans l'alternative public/para-public.

* Ce «travail» étatique d'appropriation/transformation d'un discours et d'un projet forgé en «dehors» de l'Etat, dans les instances du Parti et du syndicat notamment, ne se donne pas à l'observation immédiate. Conditionné par les forces sociales en présence, la conjoncture du moment, il est, en quelque sorte, «souterrain» et continu. Le droit, comme forme sociale, permet sa lecture et l'empêche tout à la fois. Il nous faudra «traverser» la pratique juridique pour mettre en relief les moments saillants de ce processus : ceux relatifs au projet de réforme de la Sécurité sociale, dont la gratuité de la médecine était posée comme le corollaire.

La question qui se pose est la suivante : pourquoi avoir tant attendu pour rendre la médecine gratuite en Algérie, alors que, nous le disions, cet objectif était inscrit dans les plateformes du Parti F.L.N. et les résolutions syndicales dès 1962 et 1964, comme la résultante d'un projet social plus vaste, celui de la Sécurité sociale, celle introduite par la puissance coloniale ? Ni naïve, ni sans intérêt, cette question. D'ailleurs, elle a déjà été soulevée à propos d'autres domaines de la vie économique et sociale, l'agriculture et l'industrie en Algérie : en effet, pourquoi avoir attendu si longtemps pour mettre en oeuvre la Révolution agraire et promulguer la Gestion Socialiste des Entreprises[124] ? «A l'Etat le temps, au peuple la patience», diront certains[125]. En effet, l'Etat est seul juge du temps, du temps opportun et de celui des priorités. La construction de l'Etat et la mise en oeuvre de la politique de l'industrialisation «industrialisante» étaient les priorités : le temps de la mise en place d'une domination politique.

Pour ce qui est de la santé, il fallait le temps de la structuration de l'appareil et de l'espace publics. Nous l'avons dit, le «secteur sanitaire» est mis en place durant la première décennie : la réforme de la santé publique de 1966 en a jeté l'armature structurelle, celle de 1973, instituant un budget global et un forfait-hôpitaux, lui a donné son assise financière. Elle marque d'ailleurs la dernière phase du

processus de structuration de l'appareil public de la santé et le premier moment de l'appropriation/récupération/transformation du projet de refonte de la Sécurité sociale. Expliquons-nous.

A compter du 1er janvier 1973, et conformément à la loi des Finances pour la même année, entre en application la réforme du financement du secteur public par l'institution d'une budgétisation globale du «secteur sanitaire» et d'un forfait-hôpitaux appliqué aux organismes de Sécurité sociale, comme moyen à la fois de régler la gestion financière des établissements hospitaliers après l'échec des mesures financières des années 1966-1968 et comme mode particulier de socialisation de la médecine.

A un projet social de réforme du système professionnel de Sécurité sociale, oeuvre de colonisation, on a répondu par une mesure étatique financière : le premier moment. L'Ordonnance portant gratuité de la médecine dans les secteurs doit être analysée, à notre sens, comme le deuxième moment de ce procès.

La réforme financière de 1973 a rendu la médecine gratuite possible pour l'Etat. Elle a donné à la décision volontariste de l'Etat son assise financière. La question des sources de financement de la gratuité de la médecine était, désormais, réglée.

Quant à la refonte de la Sécurité sociale, elle est inscrite à l'ordre du jour : le 30 janvier 1974, la Commission Nationale pour la Refonte de la Sécurité Sociale (C.N.R.S.S.) est officiellement installée[126]. Le premier projet de Code de la Sécurité sociale est prêt au printemps de 1975 et transmis à la Présidence de la République en juin de la même année. Cependant, dans un contexte marqué par les rapports conflictuels avec le Maroc qui se lance dans sa «marche verte» vers le Sahara occidental, l'heure est à la mobilisation de tous contre «l'impérialisme et ses alliés» : le projet de la Sécurité sociale est alors ajourné[127].

Ne peut-on dire que la décision volontariste de gratuité de la médecine pour tous l'a court-circuité en quelque sorte ? Il sera en effet «gelé» pendant de longues années, puis repris pour «approfondissement» à partir de 1978 et, surtout, de 1980 par une série de comités et commissions **ad hoc** dans un climat politique, économique et social déjà bien différent.

Dix ans après, l'institution d'un nouveau mode de financement du secteur sanitaire qui parachève son processus de structuration, le 5 juillet 1983 sont enfin promulguées les lois sur la refonte de la Sécurité sociale : le troisième moment du «travail» étatique de récupération/transformation du projet initial.

L'enterrement du plan de socialisation de la médecine durant la première décennie, sa récupération/appropriation/transformation dans les années 1970 concrétisée par la médecine gratuite pour tous, son exhumation enfin dans le contexte des années 1980 traduisent en effet les affrontements et luttes de classe autour du

projet social sur la santé et le social. Ils portent les traces des luttes, compromis et négociations entre classes et/ou fractions de classe.

C'est que «le populisme algérien est pris dans des nécessités contradictoires : «prendre en charge – quitte à les formuler selon sa logique propre – les revendications de couches sociales relativement différenciées, régler les contradictions par une utilisation graduée de la contradiction (ainsi, la réforme agraire, vieille revendication, n'a été réalisée qu'à partir de 1972), intégrer des niveaux de significations disparates, instrumentaliser des théories ou des programmes politiques [...], idéologiser des techniques»[\[128\]](#).

La médecine gratuite a été une mesure étatique de politique sociale concourant au «social politique» et notamment à l'intégration sociale.

Nous verrons qu'elle «arrangeait» les affaires de l'Etat d'un point de vue strictement financier du fait, notamment, de la part croissante de la Sécurité sociale dans son financement. «Acte politique», elle «arrange» également ses affaires politiques, en même temps qu'elle restitue sa dignité au «producteur-gestionnaire».

Aussi avancerons-nous l'idée que l'hégémonie de la bourgeoisie bureaucratique avait besoin du «consensus» de toutes les forces sociales et politiques composant la société algérienne, de l'adhésion des masses comme de l'union des forces sociales exploiteuses.

C'est sur ce mouvement d'intégration sociale que cette hégémonie s'est consolidée. La gratuité de la médecine pour tous décrétée à la fin de 1973 en constitue un des maillons forts, tout comme la Révolution agraire et la Gestion Socialiste des Entreprises.

La problématique spécifique de l'articulation public/para-public que nous avons développée comporte des effets particuliers quant aux rapports entre Etat/institution et système de Sécurité sociale d'une part, et quant au mode spécifique de socialisation de la santé d'autre part.

1) La Sécurité sociale est au coeur de la question de la santé en Algérie, pas seulement comme prestataire de soins, comme l'autre filière de santé ou comme source de financement des dépenses de santé. Nous venons de le voir, en effet, à travers notre hypothèse sur l'appropriation/reformulation étatique d'un projet doctrinal et ses différents moments qui sont autant de **niveaux** de traitement de la question de la santé.

En conséquence, les relations qu'entretiennent l'Etat et l'institution de Sécurité sociale sont non seulement incontournables, mais inévitables. Le traitement de la question de la Sécurité sociale n'a pas seulement été étranger à celui de la question de la santé, mais, plus encore, il a été conditionné par lui et réciproquement, l'Etat étant au centre de cette problématique.

En effet, l'Etat a «travaillé» aussi bien l'institution que le système de protection sociale lui-même. Aussi est-il permis de parler d'un

véritable processus continu «d'étatisation» de l'institution, jalon et fil conducteur de l'histoire des rapports entre l'Etat et la Sécurité sociale.

A cet égard, qualifier l'institution algérienne de para-public est-il encore fondé ? L'interrogation semble levée par le droit positif qui, collant au «fait», qualifie, quant à lui, les organismes de Sécurité sociale **d'établissements publics**[129], même si le débat doctrinal est encore permis, activé qu'il est par le point de vue syndical sur la question de la gestion de la Sécurité sociale et, donc, de la nature de ses fonds[130].

Quelles ont été les phases, les modalités et les enjeux de cette entreprise d'étatisation de la Sécurité sociale saisie sous l'angle de la politique de la santé ? Le processus en est complexe. qui a connu différents moments et séquences que nous mettrons en évidence et analyserons en nous situant à trois niveaux essentiels : la politique, l'économique et l'institutionnel. Ces trois niveaux sont étroitement liés et imbriqués les uns dans les autres ; mais, pour les besoins de l'analyse, nous les dissocierons :

- l'aspect politique à travers l'appropriation étatique du projet de refonte de la Sécurité sociale, ce qui a été développé plus haut ;
- l'aspect économique et financier à travers l'utilisation des fonds sociaux par l'Etat, de la domiciliation et la budgétisation de ces fonds à la planification des investissements ;
- l'aspect institutionnel enfin à travers l'organisation et la gestion de la Sécurité sociale, du contrôle à «l'administrativisation» de cette institution.

2) Ici, nous formulons l'hypothèse d'un **renforcement de l'assurance-maladie comme type de gestion dominant de la santé.**

L'assurance-maladie en effet, avant 1974, ne touchait qu'une frange très infime de la population algérienne et de sa catégorie active. Les assurés sociaux : une minorité face à la majorité de la population indigente. De cette technique dominée de gestion des corps – celle de l'assurance-maladie – le droit à la gratuité médicale allait faire en quelque sorte une logique dominante. Cela ressort de l'analyse du mode de financement de cette gratuité tel qu'il a été décidé par l'Etat. De ce fait, celle-ci mettra en évidence la spécificité de la gratuité de la médecine par rapport, notamment, aux autres mesures de politique sociale : une mesure qui relève à la fois de la logique d'assistance et de celle de l'assurance, celle-ci prenant le pas sur celle-là.

La réforme du système de Sécurité sociale réalisée en 1983 va-t-elle rompre avec cette problématique ? Non point. Au contraire, elle va la renforcer, son fondement et son objectif étant l'extension et l'unification des assurances sociales, de l'assurance-maladie entendues au sens traditionnel.

On passe néanmoins d'une situation où l'Etat était garant du droit à la santé – de celui à la médecine, du moins – pour tous à une situation où l'Etat assure et répartit les risques et leur prise en charge.

Ce renforcement de l'assurance sociale comme forme dominante de socialisation des risques sociaux et du «risque» maladie s'inscrit dans une nouvelle politique de la main-d'oeuvre et de la gestion de la force du travail. En effet, les préoccupations du Statut Général du Travailleur (S.G.T.) sont différentes de celles du droit du travail qui devait s'appliquer au «producteur-gestionnaire» des années 1970. Avec le S.G.T., on est loin de la volonté politique d'abolition du salariat affirmée dans les textes sur la Gestion Socialiste des Entreprises. On peut dire que, dans l'Algérie des années 1980, le salariat et l'assurance sociale sont les deux faces d'un nouveau rapport social.

A cet égard s'impose l'analyse de la nouvelle politique de l'assurance sociale et des fonctions du «nouveau» système de protection sociale comme type de régulation sociale et comme schéma de rationalité dans lequel sont pensés le sanitaire et le social. Au regard du droit à/de la santé, la réflexion doit être menée dans deux directions : celle de la nature des prestations de Sécurité sociale et celle de l'articulation de l'assurance-maladie à l'exercice privé de la médecine.

C'est ce qui nous fait dire que deux logiques courent dans l'alternative public/para-public : d'un côté, celle de l'appropriation étatique des fonds sociaux en vue d'asseoir l'hégémonie du secteur public et, de l'autre celle de l'utilisation de la technique de l'assurance sociale comme forme dominante de gestion de la santé permettant la reproduction de l'exercice privé de la médecine. La boucle est bouclée et la problématique de l'alternative public/privé affleure derrière l'alternative public/para-public. La forme particulière de l'assurance sociale n'est donc pas neutre.

Encore une fois réapparaît le lien entre la forme de gestion de la santé et le type de santé dominant : l'unité d'un rapport social spécifique, rapport entre l'Etat et la société, rapport entre l'individu et l'Etat.

Notes

[1] Comme le font certains auteurs marxistes in Pour une critique du droit, ouvrage collectif, coll. «Critique du droit», 1, P.U.G., F. Maspéro, 1978, p. 8.

[2] Cf. A. Althusser, «Les A.I.E.», La Pensée, Paris 1971 ; B. Edelman, Le droit saisi par la photographie (Eléments pour une théorie marxiste du droit), Paris, F. Maspéro, 1973, p. 129 ; J. Habermas, L'espace public, Paris, Payot, 1986 ; M. Miaille, Une introduction critique au droit, Paris F. Maspéro, 1976, pp. 181-182.

[3] Ph. Dujardin, 1946, le droit mis en scène, Coll. «Critique du droit», 4, P.U.G., 1979, p. 240.

[4] M. Miaille, «La spécificité de la forme juridique bourgeoise», Procès, 9, 1982, «Approches critiques du droit», p. 89.

[5] Id., ibid. p. 99.

[6] C'est le cas des ouvrages d'introduction au droit de J. Carbonnier, Droit civil, t. I, «Introduction, les personnes», Paris, Thémis, P.U.S., 1982, 14e éd. ; J. Chevallier, L. Boch, Introduction à l'étude du droit, les personnes physiques, la famille, les biens, les obligations, les sûretés, 1ère Année, Paris Sirey, 1986. Pourtant, pour certains auteurs marxistes, l'une ne va pas sans l'autre, cf. A. Demichel, Le droit administratif, essai de réflexion théorique, Paris, L.G.D.J., 1978, p. 65.

[7] Il y a ceux qui affirment à la fois une chose et son contraire : M. De Juglart propose un tableau de répartition des disciplines juridiques en droit privé et droit public où il précise que certaines branches du droit privé (la procédure civile, par exemple, le droit maritime, le droit rural) «peuvent par certains de leurs aspects être rattachés au droit public, [...] d'autres sont entre les deux «Cours de droit civil, t. I, Introduction, Personnes, Famille», Programme de 1ère année de Capacité de droit, Paris Montchrétien, 1985, 11e édi., p. 37.

D'autres constatent que la distinction public/privé «a subi au cours de l'histoire des vicissitudes diverses qui ont affecté soit son existence, soit son contenu» (l'auteur se réfère ici à G. Chevrier, «La distinction du droit privé et du droit public et l'entreprise publique», Archives de Philosophie du Droit et de Sociologie juridique, 1, 1952, pp. 1-77). Le critère même de la distinction est encore aujourd'hui sujet à de vives discussions, de même que le domaine respectif des deux branches du droit et leur influence mutuelle (cf. Aubry et Rau, Droit civil français, 7e éd., par P. Esmein et A. Ponsard, t. I, par A. Ponsard, Paris, Librairies techniques, 1966, p. 11).

Enfin, il y a ceux qui s'insurgent contre une conception «statique du droit», se fondant sur les «classifications traditionnelles» au nom d'une inéluctable et aujourd'hui évidente «interpénétration réciproque du droit public et du droit privé» pour conclure à une «confusion bouleversante qui s'opère dans le monde moderne entre toutes les disciplines juridiques» et après l'étonnement et l'indignation, au caractère de «droit commun», de droit civil (G. Lambert, Cours de droit civil, Licence de droit, 1ère année, Introduction à l'étude générale du droit, Droit des personnes, Paris, Maison-neuve, 1970, pp. 38-39).

[8] R. Legeais, Droit civil, 1, «Introduction, Personnes, Famille», Paris, Cujas, 1971, p. 57.

[9] R. Legeais, op. cit., p. 59.

[10] Aubry et Rau, op. cit., pp. 18-19 ; J. Ghestin et G. Goubeaux, Traité de droit civil, Introduction générale, 1, 2e édi, Paris, L.G.D.J., 1983, p. 71.

[11] G. Marty, P. Raynaud, Droit civil, t. I, «Introduction générale à l'étude du droit», 2e éd., Paris, Sirey, 1972, pp. 74 et sq. ; G. Lambert, op. cit., p. 38.

[12] A. de Laubadère, *Traité de droit administratif*, par J. C. Venezia et Y. Gaudemet, Paris, L.G.D.J., 1984, 3e éd., t. I, p. 701.

[13] *L'Administration dans son droit. Genèse et mutation du droit administratif français*, ouvrage collectif, Collection critique du droit, Paris, Publisud, 1985, p. 157.

[14] Comme le dit F.-P. Benoît (*Le droit administratif français*, Paris, Dalloz, 1968, p. 809).

[15] Adoptant probablement la politique des «blocs de compétence» (cf. F.-P. Benoît, *op. cit.*, pp. 410 et sq).

[16] En effet, si «le mouvement de publicisation du droit est le plus apparent, le mouvement inverse [celui de la privatisation] [est] le plus profond. [...] c'est le mouvement réel», comme le dit justement M. Miaille, celui de la privatisation de l'Etat, c'est-à-dire de sa soumission de plus en plus grande aux intérêts de la classe qui en occupe le sommet» (M. Miaille, *Une introduction*, *op. cit.*, pp. 177-178).

[17] F.-P. Benoît, *op. cit.* p. 811.

[18] *Id.*, *ibid.*

[19] Il est intéressant d'observer que les pseudo-explications, quand elles existent sont toujours formulées en petits caractères dans le texte, à la dimension de l'importance que leur accorde l'auteur et/ou de la timidité de celui-ci sur le terrain de l'explication.

[20] F. Ewald, «Le droit de droit», *Archives de philosophie du droit, Le système juridique*, t. 31, 1986, p. 253.

[21] A. de Laubadère, *op. cit.*, pp. 422-424 ; J. de Soto, *Droit administratif, Théorie générale du Secteur public*, Paris, Montchrétien, 1981, p. 40.

[22] J. Moreau, D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Mementos, Paris, Dalloz, 1981 ; J.-M. Aubry, *Le droit de la santé*, Paris, PUF., 1981 ; D. Ceccaldi, *Les institutions sanitaires et sociales*, 7e éd., Paris, Ed. Foucher, 1979 ; «Hospitalisation publique, hospitalisation privée», *R.D.S.S.*, n° spécial, 1974.

[23] Le moins qu'on puisse dire, c'est que ces «inclassables» remettent en cause la logique d'ensemble. Cf. J.-M. Aubry, *op. cit.*, pp. 305-307.

[24] Cf. D. Ceccaldi, *op. cit.*

[25] M. Bariety et Ch. Coury, *Histoire de la médecine*, Paris, P.U.F., 1978, 2e éd. ; J. IMbert, *les hôpitaux en France*, Paris, P.U.F., 1981, 4e éd.

[26] A. Marchand, *Travail et santé, une approche méthodologique et historique*, Thèse de doct. d'Etat en Sc. Eco., Montpellier, 1976, pp. 407, 587.

[27] *Id.*, pp. 622, 654 (souligné par nous).

[28] *Id.*, p. 654.

[29] M. Miaille, *Une introduction*, *op. cit.*, p. 53.

- [30] J. Moreau, D. Truchet, op. cit., p. 15.
- [31] Id., pp. 8, 13 (en italiques dans le texte).
- [32] «Alors que la conception traditionnelle voyait dans la santé un attribut, une qualité de la personne, un bien individuel à préserver par une réglementation de police appropriée ou à reconstituer si son propriétaire la laisse se délabrer, la conception contemporaine de la santé - Santé Publique [id] indispensable à la puissance de la Nation. Il en découle de nouvelles obligations pour les pouvoirs publics mais aussi un titre nouveau pour intervenir, réglementer, pour permettre, pour interdire ou contrôler» (J. Moreau et D. Truchet, op. cit. p. 14).
- [33] «L'entreprise de la santé publique : la communauté territoriale et le positivisme comme instruments de rationalisation du champ social», Critique de l'économie politique, 2, 1980).
- [34] Id., p. 90.
- [35] Id., p. 91.
- [36] J.-M. Aubry, op. cit., pp. 13-15.
- [37] J. Moreau et D. Truchet, op. cit., pp. 16-17.
- [38] M. Harichaux, La rémunération du médecin, Paris, Economica, 1979.
- [39] C'est aussi, mais à un autre niveau, la critique faite à B. Edelman par Ph. Dujardin op. cit., p. 230.
- [40] M. Miaille, Une introduction, op. cit., pp. 160-183.
- [41] Pour une critique du droit, op. cit., pp. 8, 20.
- [42] D. Ceccaldi, op. cit., pp. 5, 115.
- [43] Cf. M. Crozier, Le Phénomène bureaucratique, Paris, Seuil, 1963 ; L. Sfez, L'Administration prospective, Paris, A. Colin, 1970.
- [44] C. Dan, «Empirisme et matérialisme, de Marx à Piaget», Epistémologie et marxisme, Col. 10/18, Paris, 1972, p. 271.
- [45] Id. ibid.
- [46] Cf. B. Jobert, Le social en Plan, Paris, 1981 ; M. Steffen, Régulation politique et stratégies professionnelles, Médecine libérale et émergence des centres de santé, Grenoble, 1983.
- [47] Cf. Ch. Brumter, La Planification sanitaire, Thèse de doct. d'Etat, en Droit, Strasbourg, février 1979.
- [48] Le traité du social. Situation, luttes, politiques, institutions, Paris, Dalloz, 1980, 3e éd., 893 et sq.
- [49] La santé rationnée, ouvrage collectif, Economica, Paris, 1981, p. 13.

[50] Parmi les nombreuses études sur cette loi de 1970, citons A. de Laubadère, A.J.D.A., 1971, p. 90 ; J. Tordeux, «La Réforme hospitalière», R.D.S.S., 1971, p. 76 ; public, janvier 1972 p. 5, J.-A Mazère, «Le Service public hospitalier à la croisée des interventions publiques et privées», R.D.S.S., n° spécial, 1974 ; F. Villey, «La Réforme hospitalière», N.E.D., 1977, n° 4370-4371, pp. 5-38 ; J. FOURNIER, M. Questiaux, op. cit., p. 900 et sq. ; F.

Sabatier, Un exemple d'évaluation des politiques publiques : la loi hospitalière du 31.12.1970, dix ans après, Thèse de doct. de 3e Cycle en Eco. et gestion des institutions marchandes, Paris X, 1981 ; M. Lalignant, «De quelques conséquences ignorées de la loi du 31.12.1970 portant réforme hospitalière», R.D.S.S., 1982, pp. 433-464.

[51] F. Ewald, L'Etat providence, Paris Grasset, 1986, pp. 306, 213.

[52] J. Moreau, D. Truchet, op. cit., p. 18.

[53] G. Lyon Caen, J. Tilhet-Pretnar, Manuel de droit social, Capacité, L.G.D.J., 1980, 3e éd. p. 7 et sq.

[54] F. Ewald, op. cit., p. 435.

[55] Cf. la démonstration magistrale de F. Ewald à propos de problème des accidents du travail dans la société industrielle capitaliste (op. cit).

[56] Id. pp. 459, 435, 470.

[57] J. Habermas, op. cit., p. 156.

[58] Id., ibid.

[59] F.-Z. Oufriha-Bouzina, Principaux aspects de l'économie de la santé en Algérie, Thèse de doct. d'Etat en Sc. Eco., Alger, juin, 1972 ; cf. 2e partie («Le système des services sanitaires : ressources et moyens sanitaires») : «Les personnels» ; «L'organisation de la politique de la santé» ; «La protection sanitaire et nutritionnelle de la mère et l'enfant» ; «Le réseau hospitalier» ; «La distribution du médicament» ; G. Mansouri, La politique de la santé en Algérie, Mém. D.E.S. en Droit public, Alger, 1975 («Le statut des cadres médicaux», «Les structures sanitaires») ; Z. Bendaoud, Z. Bendaoud, Santé et développement en Algérie, Thèse de doct. D'Etat en Sc. Eco., Paris, 1981 («La santé pendant la période coloniale», «La situation sanitaire de l'Algérie indépendante», «La politique médicale et la couverture des besoins», «La santé et la politique d'industrialisation»); A. Ikène, Les bases de rationalisation des programmes de santé publique en Algérie, D.E.A. de Sociologie du Droit et des Relations sociales, mention Santé, Paris I, 1983 («L'évolution démographique et l'état sanitaire», «Les structures sanitaires et l'offre de soins», «les professions de santé et l'action sanitaire») ; L. Lamri, Le système de santé algérien : organisation, fonctionnement et tendance, Mém. de Magister en Sc. Eco., option Planification, Alger, nov. 1986 («Evolution historique du système de santé algérien», «Organisation et fonctionnement du système de santé actuel»).

[60] F.-Z. Oufriha-Bouzina, op. cit., «Coût et financement des prestations médico-sanitaires» : «Les dépenses publiques de santé», «Les assurances sociales», «Les dépenses privées de santé» ; P. Chaulé, Problèmes actuels de la couverture des besoins de santé en Algérie : hypothèses pour une planification, C.R.E.A., Alger, déc. 1977 ; A. Thébaud, «Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie : réflexion théorique à partir d'un cas concret», Cahiers de socio et de démo. médicale, XVIIe année, n° 4, oct. déc. 1977, pp. 170-183 ; A. Ikène, op. cit., p. 176.

[61] M. Miaille, Une introduction, op. cit., p. 339.

[62] Critique formulée lors de la soutenance du Mémoire de L. Lamri.

[63] Cf. A. Thébaud, op. cit., pp. 171-172 : «La Charte nationale et la Constitution de 1976 insistent plus radicalement sur l'objectif à long terme d'une protection de la santé de tous, assurée par un service de santé général et gratuit. [...] On constate cependant la persistance d'un triple système de distribution de soins : le secteur privé, le secteur semi-public, le secteur public [...]. Or, si ce système de santé national et gratuit veut répondre aux besoins de la collectivité, peut-il suffire de la simple étatisation d'une partie des structures de santé existante dans les pays ?» (souligné par nous). Signalons cependant que l'intérêt de l'analyse d'A. Thébaud réside dans la prise en compte du critère de la forme de l'institution sanitaire combiné à deux autres critères (l'appartenance socio-économique et les conditions de vie, les raisons de la consultation et le comportement habituel devant la maladie) dans un travail d'enquête sur l'interaction entre les besoins de santé et la réponse institutionnelle (op. cit., pp. 176-183). Les hypothèses de cette enquête qui offre un «premier outil d'analyse du fonctionnement réel de l'institution sanitaire algérienne» ont été enrichies par un travail mené à partir de l'analyse de la demande de soins des assurés sociaux d'Alger en 1975 et ayant comme objectif d'approcher la demande globale médicale et pharmaceutique, sa répartition entre les trois systèmes de soins (public, para-public et privé), l'indice d'activités de chacun de ces systèmes et la part des activités qu'il consacre aux assurés selon l'âge, le sexe, la condition socio-professionnelle, la taille de la famille, ainsi que l'attachement relatif à chaque système de soins (cf. «Journée d'étude sur la politique du médicament», I.N.S.P. - I.T.P.E.A., Revue de l'I.N.S.P., n° hors série, Alger, 1979).

[64] Notamment par M. Kaddar, Système de santé. et médicaments. Cas de l'Algérie, Mémoire de Magister en Sc. Eco., option Planification, Oran, janvier 1982, qui propose, lui, une problématique en termes de socialisation / médicalisation (cf. id., «Entre la socialisation et la médicalisation : le projet de gratuité des soins : 1974-1980», Notes critiques et débats de l'Institut des Sc. Eco., Oran, n° 3-40, sept. 1982, pp. 217-243).

[65] C'est le cas de F.-Z. Oufriha-Bouzina, op. cit., p. 176 et sq.

[66] C'est le cas de L. Lamri, op. cit. pp. 8-9, 24-25.

[67] Conception contre laquelle s'insurge M. Kaddar, op. cit.

[68] Notamment par G. Mansouri, A. Thébaud, L. Lamri.

[69] Nous procéderons dans notre thèse (en préparation) à une analyse critique du discours juridique et des autres pratiques discursives donnant corps à cette logique.

[70] Cf. M. Kadar, op. cit., p. 134.

[71] Au sens restreint du terme donné par de Bernis : «un ensemble d'activités interreliées spécifiées par rapport aux autres activités économiques et sociales, au service d'objectifs déterminés de l'intérieur de cet ensemble, acquérant ainsi, ce système n'étant pas séparé de son ensemble nous entretenant avec lui des relations cohérentes avec sa propre nature» (p. 25).

[72] M. Kaddar, op. cit., p. 134.

[73] M. Turshen, «The use of systems analysis in health planning : World Health Organisation Planning for maternal and child health services in Algeria», Kapitalistate, 6, Fall, 1977, pp. 171-176 ; Ida R. Hoos, Systems analysis in Public policy, a critique, Berkeley-Los Angeles-London, Univ. of California Press, 1972.

[74] Cf. F.-Z. Oufriha-Bouzina, op. cit. ; G. Mansouri, op. cit. ; Z. Bendaoud, op. cit. ; La santé en Algérie, dossier Cedetim, Paris, 1978.

[75] G. Mansouri, op. cit., pp. 7, 137, 139.

[76] M. Kaddar, op. cit., p. 24 bis.

[77] M. Lamri. op. cit., pp. 72-73.

[78] Nous devons d'ores et déjà préciser que notre conception de l'articulation n'est pas la même que celle de L. Lamri, tant il est vrai que l'on ne résoud que les questions que l'on veut bien se poser : «comme le système ne comprend pas uniquement la composante publique, importante il est vrai par les moyens qu'elle mobilise, nous réserverons le 3e chapitre à l'analyse des secteurs privé et para-public en essayant de les articuler avec le type public. Nous répondrons aux questions suivantes : l'existence des secteurs privé et para-public à côté du secteur public est-elle nécessaire, complémentaire ou temporaire ? Quels sont leurs apports dans l'amélioration de l'état de santé de la population ? Quelles sont leurs implications financières? (souligné par nous). Pour anticiper sur ses conclusions, l'auteur ajoute : «la coexistence est souvent difficile. Elle engendre des rivalités, aiguise la concurrence et amenuise l'unification» (op. cit., pp. 99-100).

[79] L'An 1 de cette politique ne se situant pas, bien entendu, l'année où la médecine a été décrétée gratuite pour tous.

[80] Un projet «d'élargissement» de l'exercice privé de la médecine a été annoncé par la presse nationale au mois d'octobre 1978. Il est à l'ordre du jour des travaux de l'A.P.N. de l'actuelle session.

[81] M. Kaddar, op. cit., chap. 1 de la 1ère partie ; pp. 135, 153.

[82] Faisant en quelque sorte de 1974 l'année où la médecine a été décrétée gratuite pour tous : l'An I de la politique de la santé !

[83] Ce qui fait dire à D. Liabès «le discours doctrinal de l'Etat – le noyau dur de son idéologie propre – se formule en termes marxistes [...], instrumentaliste un discours théorique [...] chargé d'une fonction importante de rupture [...]. Déconnectée désormais de son cadre théorique de référence, cette terminologie marxiste [...] «menant sa propre vie» au sein de l'idéologie populiste et s'y combinant avec d'autres apports, a été au fondement d'un certain nombre de confusions aux conséquences théoriques et politiques incalculables ; ainsi dès l'origine, nationalisation, socialisation et étatisation vont de pair ; le développement d'un secteur d'Etat – de la propriété d'Etat – devient le synonyme de transition au socialisme» (Capital privé et patrons d'industrie en Algérie, 1962-1982, propositions pour l'analyse des couches sociales en formation, Alger, Centre de Recherche en Economie Appliquée (C.R.E.A.), 1984, p. 501).

[84] Ce point de vue participe de la même problématique défendue par D. Liabès dans son analyse critique de la thèse de S. P. Thiery sur les «tendances» publiciste, privatiste, etc. (op. cit., pp. 116-117, 154-155). S'agissant de l'exemple français, A. Marchand, rattachant la santé à la notion de «bloc historique», dira : «Définir une dialectique Etat/société civile, c'est définir des champs spécifiques, l'un déterminant le lieu d'exercice comme les présupposés de l'autre. C'est pour cela que nous n'analyserons pas en termes antagoniques les liens entre secteur privé et secteur public en matière sanitaire. Il est évident que la clinique privée n'est ni plus ni moins coercitive que l'hôpital public. Les rapports secteur public - secteur privé en médecine renvoient beaucoup plus à une formation historique (le fameux bloc) qu'à une distinction de nature ou d'exclusion» (op. cit., p. 478).

[85] D. Liabès, op. cit., p. 73.

[86] Id., ibid., p. 497.

[87] Les textes de 1966 sur la santé sont à mettre en parallèle avec le dispositif juridique relatif à l'Investissement (Code des investissements de la même année) qui «plus qu'une simple charte des garanties exigées par le capital privé à l'Etat, serait plutôt un discours (public) de la légitimation d'un procès privé d'exploitation» (D. Liabès, op. cit., p. 505).

[88] Cf. Ord. n° 74-94 du 1er octobre 1974 portant abrogation de l'art. 6 de l'Ord. n° 66-65 du 4 avril 1966 portant réglementation de l'exercice des professions des

médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes (J.O.R.A., n° 81 du 8 octobre 1974, p. 858), qui abolit le plein temps aménagé ; D. n° 76-48 du 20 février 1976 relatif aux conditions d'exercice des fonctions hospitalières des maîtres-assistants, des docents et des professeurs des instituts des sciences médicales (J.O.R.A., n° 17 du 27 février 1976, p. 203), qui instaure le plein temps obligatoire dans les C.H.U. et autres structures de santé publique pour les hospitalo-universitaires cités.

[89] Cf. Ord. n° 76-79 du 23 octobre 1976 portant Code de Santé publique et D. n° 76-41 du 23 octobre 1976 portant réglementation de l'exercice du laboratoire d'analyses médicales (J.O.R.A., n° 1 du 2 janvier 1977, p. 12).

[90] Par le Code de la Santé publique de 1976, alors qu'il le leur avait été interdit six mois auparavant par le D. de 1976 (décret cité) sous peine de déchéance de leurs titres universitaires.

[91] Seuls les hospitalo-universitaires (professeurs, docents, maîtres-assistants) se voient dotés d'un statut particulier en 1974 seulement (cf. D. n° 74-201 à 203 du 1er octobre 1974) ; en 1979 seulement intervient un décret (D. n° 79-112 du 30 juin 1979, in J.O.R.A. du 3 juillet 1979) fixant les dispositions statutaires applicables aux corps des médecins spécialistes, des pharmaciens spécialistes et des chirurgiens-dentistes spécialistes. Le généraliste, dit «médecin de santé publique», reste, quant à lui, régi par les textes de 1968 ! Ce n'est qu'en 1982 que paraissent les statuts particuliers des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, des spécialistes et des spécialistes hospitalo-universitaires (cf. J.O.R.A. n° 54 du 21 décembre 1982, p. 1845). Nous l'avons vu, la création du secteur sanitaire date des années 1970. Néanmoins, ce dernier ne recevra sa consécration qu'en 1981 (cf. D. du 5 septembre 1981). Quant aux textes d'application de l'Ord. de 1976 portant création des C.H.U. et à ceux de l'art. 9 du Code de la Santé publique faisant du secteur sanitaire une «entreprise socialiste», ils ne verront jamais plus le jour !

[92] Cf. La Résolution du Comité central du Parti F.L.N. de décembre 1980 sur la santé ; la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, qui abroge le Code de la Santé publique de 1976 et l'Ord. de décembre 1973 sur la gratuité de la médecine (J.O.R.A., n° 8 du 17 février 1985, p. 122) ; les circulaires n° 21 du 20 octobre 1981 réglementant l'utilisation des compétences et l'accès aux structures publiques de santé des spécialistes exerçant sous le régime du mi-temps, n° 2/CAB du 10 janvier 1982 rappelant la position des praticiens vis-à-vis du secteur sanitaire, et n° 628 du 13 juillet 1982 rappelant les obligations du régime du mi-temps ; enfin, élaboration d'un projet de décret qui fixe les conditions de participation à l'exécution des programmes de santé des praticiens exerçant en cabinet ou officine. (cf. Le Développement de la santé, Docum. du Ministère de la Santé, Alger, 1983, p. 74).

[93] Cf. la loi sur la santé n° 85-05 du 16 février 1985, art. 201-202 et 208-213.

—**[94]** Ibid., art. 208.

[95] En réalité, le projet était «prêt» depuis au moins deux ans, mais les conditions pour le rendre «public», elles, ne l'étaient pas encore.

[96] Cf. la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales (J.O.R.A. n° 28 du 5 juillet 1983, p. 1198).

[97] L. Lamri, op. cit. ; P. Chaulet, O. Brix, «Médecine gratuite et sécurité sociale, convergences et contradictions», Séminaire Université d'Oran, avril 1982.

[98] Cf. M. Kaddar, op. cit. , pp. 143 et sq. pp. 165 et sq.

[99] Id., ibid.

[100] Programme de Tripoli, Annuaire de l'Afr. du Nord, 1962, p. 694. «Des centaines de milliers d'orphelins, des dizaines de milliers d'invalides, des milliers de familles réduites aux femmes et aux enfants, et abandonnés à leur sort, attendent du pouvoir national les mesures adéquates qui s'imposent» (pp. 687-688).

[101] Ibid., p. 702.

[102] Ce qui fit dire à F. Weiss que «la sécurité sociale est le seul domaine de la vie économique où l'U.G.T.A. gère vraiment quelque chose», Doctrine et action syndicales en Algérie, Paris, Cujas, 1970, p. 251.

[103] Cf. F. Touchène (thèse en préparation sur la Gestion Socialiste de l'Entreprise en Algérie).

[104] D'après M. Harbi, le projet de la Fédération de France ne sera pas porté à la connaissance de la commission chargée d'élaborer le Programme de Tripoli, non plus que les points de vue des Wilayas (F.L.N., Mirage et réalité, p. 330).

[105] Projet de Programme de Tripoli présenté par la Fédération de France au C.N.R.A., Tripoli, mai-juin 1962 (B.N. Paris, p. 39).

[106] Ibid., p. 8.

[107] Ibid., pp. 40, 64.

[108] Ibid., pp. 39-40.

[109] Ibid.

[110] «La commission a un délai de 10 jours [...]. Les conditions de travail sont médiocres, la participation aux débats fort inégale. Les textes des rapporteurs sont examinés directement en séance plénière [...]. A l'issue d'un bref débat, le G.P.R.A. adopte sans modification le projet de débat [...]. La discussion ne traîne pas en longueur. F. Abbas le considère comme du «communisme mal digéré», mais l'accepte [...]. Un amendement d'un représentant de la Fédération de France, Ali Haroun, introduit la référence au socialisme. Personne ne s'y oppose ! Le programme est adopté à l'unanimité» (M. Harbi, op. cit., pp. 330-341) : «en cinq minutes, alors que les querelles de clans et de personnes

ont duré des jours entiers» (T. N. Maschino, F. M'rabet, L'Algérie des illusions. La Révolution confisquée, Paris, R. Laffont, 197, p. 72).

[111] La Charte d'Alger. Ensemble de textes adoptés par le 1er Congrès du Parti F.L.N. (du 16 au 21 avril 1964), F.L.N., Commission centrale d'orientation, Alger, pp., 131 et 137.

[112] «Le socialisme n'est pas seulement une certaine organisation de la production, c'est la récupération de la société par les individus qui la composent et leur libre épanouissement. Le socialisme ne se définit pas seulement par la Nationalisation des moyens de production. Il se définit aussi et surtout par l'autogestion [...] principe même de la société socialiste» (La Charte d'Alger, pp. 56, 63).

Le rapport du Secrétaire général ajoute : «Notre choix en faveur de l'autogestion ne doit pas nous faire oublier que dans certains cas, compte tenu des conditions économiques et sociales, le développement par le moyen de l'étatisation peut s'avérer nécessaire. Nous savons que c'est là une voie qui comporte des dangers» (id. p. 154). En conséquence, «il faut dénoncer la théorie de la construction préalable de l'Etat [...]. Il faut combattre sans répit la tendance de ceux qui affirment que la construction de l'Etat est un préalable à la Révolution» (id. p. 144).

Cf. A. Bancaud (Un discours édifiant : le discours politique du pouvoir algérien (1962-1978), Thèse de doct. d'Etat en Sc. Po., Montpellier, 1980, pp. 117 et sq.) sur les deux conceptions développées sur la Charte d'Alger : J. Leca in «Parti et Etat en Algérie», Annuaire de l'Air. du Nord, 1968 et S. Koulichisky, Autogestion, l'homme et l'Etat. L'expérience algérienne, Paris-La Haye, Mouton, 1974 ; J.-L. Autin, Le Droit économique, Thèse, Montpellier, 1976 ; D. Guérin, L'Algérie caporalisée, Paris, Dépôt C.E.S., 1965.

[113] Nous avons vu que le Programme de Tripoli était muet là-dessus.

[114] La Charte d'Alger, p. 77.

[115] Ibid. (souligné par nous).

[116] Ibid.

[117] A l'aide de «continuité doctrinale» avancée plus haut, nous préférons celle de «consensus» : ici, consensus autour de l'objectif de la gratuité de la médecine et divergences sur voies et moyens de sa concrétisation. Ce consensus «à la fois spontané et intériorisé», ne serait-il pas, comme le dit D. Liabès, «l'héritage social, politique, symbolique de légitimation de la guerre de libération nationale», les divergences, elles, l'expression de projets sociaux contradictoires, plus ou moins exprimé ? Cf. D. Liabès, Cahiers du C.R.E.A., 4, 1984, p. 154.

[118] Il est significatif de constater que le premier numéro de L'Ouvrier algérien du 17 août 1962 et Révolution et Travail, n° 30 du 19 mars 1964, «Pour un

système unique de Sécurité Sociale» sont consacrés à la Sécurité sociale.

[119] «Le peuple n'a pas à se demander pourquoi hier cela était impossible et aujourd'hui réalisable [...]. Le pouvoir est maître du temps, celui des «conditions objectives» et des «priorités» de la Raison : à l'Etat le temps, au peuple la patience» (A.Bancaud, op. cit., p. 70).

[120] En effet, «il est étrange de constater combien l'idéologie du progrès par l'industrialisation et l'application de la science et des techniques [...] est, comme le bon sens cartésien, la chose du monde la mieux partagée» et comment «le discours techniciste parce qu'il met en scène des évidences, empêche de poser les questions essentielles de tout procès historique, c'est-à-dire du développement par qui et pour qui ?» (D. Liabès, Capital, op. cit., p. 30).

[121] Les nuances, voire les contradictions, dans le discours syndical seront examinés ailleurs.

[122] Voir la thèse de S. Chikhi sur le mouvement ouvrier algérien, soutenue à Paris VII, 1986, pp. 65-80.

[123] Cf. le premier numéro de L'Ouvrier algérien et Révolution et Travail, (op. cit.) ; L. Vandeville, La Casorec et les pouvoirs publics, D.E.S. de Droit, Alger, 1971.

[124] Cf. T. Benhouria, L'Economie algérienne, Paris, Maspéro, 1980.

[125] Cf. A. Bancaud, op. cit., p. 117.

[126] Par l'Ord. de la même date qui institue l'unicité de tutelle du Ministère du Travail et des Affaires sociales sur les organismes de Sécurité sociale. En réalité, une commission composée en majorité de syndicalistes avait déjà été mise en place officieusement depuis deux ans.

[127] Pourtant, une Ord. d'octobre 1975 va étendre l'assurance-maladie aux professions libérales, commerçants et artisans.

[128] D. Liabès, Capital, op. cit., p. 495.

[129] Cf. D. du 1er août 1970 portant organisation administrative des organismes de Sécurité sociale ; Ord. du 31 décembre 1973 portant médecine gratuite dans les secteurs sanitaires ; décrets d'application des lois de juillet 1983 portant organisation administrative des caisses de Sécurité sociale parus en 1985.

[130] Nous attirons ici l'attention sur les dangers d'une vision européocentriste. En effet, la problématique de l'autonomie de la Sécurité sociale est un thème spécifiquement français. Il semble qu'il exprime à la fois une revendication patronale constante à laquelle se joint l'idéologie mutualiste (du libre choix, de l'assurance volontaire, de la multiplicité des caisses contre le principe de la caisse unique) et une revendication

syndicale sociale. Cette convergence pour le contrôle respectif de l'institution par ces différents acteurs sociaux existe en France, en opposition à une étatisation de la Sécurité sociale telle qu'elle a été posée par le Plan Beveridge (cf. M. Steffen, op. cit.). Aussi, sur le plan juridique, les caisses de Sécurité sociale sont-elles considérées comme des organismes mutualistes de droit privé gérant un service public. Se pose donc pour nous la question de la validité de cette problématique spécifique pour le cas de l'Algérie. C'est ici que la question de la nature juridique est incontournable, tout autant que la nature de cette même question.