THÈSE PRÉSENTÉE POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE DE DROIT(E.D.41)
SPÉCIALITÉ DROIT PUBLIC

Par Ghalem Leila Ilhem

Les conflits avec les patients dans les établissements publics de santé algériens: contribution à analyse et construction d'outils de gestion

Sous la direction de Madame la **Professeure Cécile CASTAING**

Co-directeurs: **Messieurs les Professeurs Jean-Pierre DUPRAT et Mostapha KARADJI**

Soutenue le 23 novembre 2024

Membres du jury :

Monsieur Xavier BIOY
Professeur à l'Université Toulouse Capitole, *Président*

Madame Cécile CASTAING
Professeure à l'Université de Bordeaux, *Directrice de thèse*

Madame Danièle CRISTOL
Professeure à l'Université de Rennes, *Rapporteur*

Monsieur Jean-Pierre DUPRAT
Professeur à l'Université de Bordeaux, *Codirecteur de thèse*

Monsieur Mostapha KARADJI
Professeur à l'Université de Sidi Belabes, *Codirecteur de thèse*

Madame Johanne SAISON
Professeure à l'Université de Lille, *Rapporteur*

université de BORDEAUX

THÈSE PRÉSENTÉE POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE DE DROIT(E.D.41)

SPÉCIALITÉ DROIT PUBLIC

Par Ghalem Leila Ilhem

Les conflits avec les patients dans les établissements publics de santé algériens: contribution à analyse et construction d'outils de gestion

Sous la direction de Madame la **Professeure Cécile CASTAING**

Co-directeurs: **Messieurs les Professeurs Jean-Pierre DUPRAT et Mostapha KARADJI**

Soutenue le 23 novembre 2024

Membres du jury :

Monsieur Xavier BIOY
Professeur à l'Université Toulouse Capitole, *Président*

Madame Cécile CASTAING
Professeure à l'Université de Bordeaux, *Directrice de thèse*

Madame Danièle CRISTOL
Professeure à l'Université de Rennes, *Rapporteur*

Monsieur Jean-Pierre DUPRAT
Professeur à l'Université de Bordeaux, *Codirecteur de thèse*

Monsieur Mostapha KARADJI
Professeur à l'Université de Sidi Belabes, *Codirecteur de thèse*

Madame Johanne SAISON
Professeure à l'Université de Lille, *Rapporteur*

Les conflits avec les patients dans les établissements publics de santé algériens: contribution à analyse et construction d'outils de gestion.

Résumé: Les établissements publics de santé constituent un contexte propice aux conflits qui émergent entre les patients et les professionnels de la santé. En effet, la pratique hospitalière, devenue trop technicienne et déshumanisée, s'est sensiblement écartée des attentes renouvelées des malades et de l'idéal soignant. Dans un nouveau paysage, les patients, qui se considèrent comme sujets de droits, aspirent à jouer un rôle actif dans leur projet de soins et revendiquent d'être pleinement informés sur leur état de santé, de prendre des décisions éclairées concernant leur thérapie et de recevoir des soins en toute sécurité et dans le respect de leur dignité.
Ces revendications ont suscité des transformations profondes dans la relation de soins, tant sur le plan philosophique que juridique, donnant lieu à un cadre législatif encadrant de nouveaux droits des patients. Cependant, ces changements ont également infléchi la relation de soins dans une dynamique conflictuelle caractérisée par des expressions de mécontentement, voire, dans certains cas, par des manifestations de violence, donnant lieu à un contentieux singulier dont le traitement n'est satisfaisant ni pour les patients ni pour les soignants.
Face à cette réalité, l'analyse des causes sous-jacentes de ces conflits et la mise en place d'outils spécifiques de régulation sont devenus des enjeux majeurs. Cette thèse vise à examiner en profondeur les moteurs de ces conflits et à proposer des mécanismes de régulation novateurs adaptés au droit algérien.
Mots-clés: Relation de soins, conflits, outils de gestion, établissements publics de santé, patients.

Patient-related conflicts in Algerian public healthcare Institutions : a contribution to analysis and the development of management tools.

Abstract: Public healthcare institutions provide a fertile ground for conflicts to arise between patients and healthcare professionals. The practice of hospital care, becoming increasingly technical and dehumanized, has significantly deviated from the evolving expectations of patients and the ideals of caregiving. In this changing landscape, patients, asserting themselves as rights-holders, aspire to take an active role in their treatment plans. They demand full disclosure about their health status, the ability to make informed decisions regarding their therapy, and the receipt of safe and dignified care.
These demands have sparked profound transformations in the healthcare relationship, both in philosophical and legal realms, leading to a legislative framework that encompasses new patient rights. However, these changes have also shifted the healthcare dynamic towards a conflict-laden scenario marked by expressions of discontent and, in certain instances, even violent incidents. This has resulted in unique disputes that leave both patients and healthcare providers unsatisfied with the resolution.
Confronting this reality, a thorough analysis of the underlying causes of these conflicts and the implementation of specific regulatory tools have become pivotal objectives. This thesis aims to deeply examine the driving forces behind these conflicts and to propose innovative regulatory mechanisms that align with Algerian law.
Keywords: Therapeutic relationship, conflict, management tools, public healthcare Institutions, patient.

INSTITUTLÉONDUGUIT(ILD)

UR7439 – Université de Bordeaux

L'Université de Bordeaux n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

A mes chers enfants.
Que ce travail vous inspire à toujours
poursuivre vos passions.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, tout d'abord, ma directrice de thèse, Madame la Professeure Cécile Castaing, pour son accompagnement scientifique tout au long de ma recherche. Avec fermeté et bienveillance, elle m'a constamment encouragé à l'exigence et à la rigueur. Je remercie également Monsieur le Professeur Karadji Mostapha pour avoir codirigé mon travail. Ses précieuses orientations m'ont été d'un apport considérable. Mes sincères remerciements s'adressent aussi au Professeur Jean-Pierre Duprat pour sa confiance lorsqu'il a accepté de diriger ce travail et m'a permis de rejoindre l'Institut Léon Duguit.

J'exprime également ma gratitude aux membres de mon jury Monsieur le Professeur Xavier Boiy, Madame la Professeure Danièle Cristol et Madame la Professeure Johanne Saison pour l'honneur qu'ils m'ont fait en acceptant de lire et de juger mon travail.

Je remercie vivement Madame Elisabeth Tournan, dont la gentillesse et l'extrême serviabilité m'ont vraiment marquée. Sa présence rassurante et son dévouement exceptionnel ont été une source de soutien tout au long de ces années de recherche.

Je suis également reconnaissante envers mes enfants pour leur patience et les sacrifices qu'ils ont consentis pour me permettre de garder ma sérénité face au tourbillon de la recherche. Je remercie également les membres de ma famille, et tout particulièrement ma sœur Salima, pour son soutien quotidien. Nombreuses sont également les personnes grâce auxquelles j'ai pu mener à bien ce travail. Il y a ceux qui ont accepté d'observer mon travail et d'en discuter (Nawel Kebdani et Osthadh Faraoun), ceux qui ont pris le temps de me lire (Dr Chabane), ceux qui m'ont soutenu logistiquement (Méziane) et ceux qui, par leur amitié sincère, ont été un refuge dans les moments difficiles (Amel). J'ai une pensée particulière pour Kamel Zekri, qui, sans son engagement, je n'aurais jamais réussi à accomplir toutes les formalités administratives nécessaires à mes inscriptions. Bien qu'il ne me soit pas possible de nommer toutes les autres personnes qui m'ont généreusement accompagnée dans cette aventure, cette thèse est aussi la leur. Qu'elles soient chaleureusement remerciées pour leur présence. Quant à toi, Ulysse, après tant de tempêtes et de combats, tu peux enfin poser l'ancre et trouver refuge dans l'univers académique, riche de promesses et de sérénité !

Liste des principales abréviations utilisées

aff. - affaire(s)
ANDS- Agence Nationale de Documentation de la Santé
AREES- Agence Nationale de la gestion des réalisations et d'équipement des établissements de santé
CAA - Cour administrative d'appel
Cass. - Cour de cassation
CDU- Commission de relation avec les usagers
CE - Conseil d'Etat
CEDH- Cour européenne des droits de l'Homme
CHT- Communauté hospitalière de territoire.
CHU- Centre Hospitalo-universitaire
CJUE - Cour de justice de l'Union Européenne
CSP- Code de la santé publique
DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GCS- Groupement de coopération sanitaire.
HACCP- Hazard Analysis Critical Control Point
HAS - Haute Autorité de Santé.
JORA - Journal officiel de la République Algérienne
JORF- Journal officiel de la République Française
MSP- Ministère de la santé
MSPRH- Ministère de la santé et de la réforme hospitalière
MTH- Maladies à transmission hydrique
OMS- Organisation mondiale de la Santé
ONIAM- Office national d'indemnisation des accidents médicaux
OPU- Office des publications universitaires
SGG- Secrétariat Général du Gouvernement
TA- Tribunal administratif
T. confl.- Tribunal des conflits
UHSO- Union Hospitalière du Nord-Ouest.
vol. – volume

SOMMAIRE

PARTIE1 ANALYSE DES CONFLITS OPPOSANT LE MALADE A L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

TITRE 1- L'ACCES AUX SOINS ET L'HOSPITALISATION : PREMIER MOTEUR DE CONFLITS

Chapitre 1 - L'accès aux soins appréhendé sous l'angle du conflit

Chapitre 2 - Le séjour et les prestations hôtelières appréhendées sous l'angle du conflit

TITRE 2- PRATIQUES ET ACTES MEDICAUX : UNE TECHNE AMBIGUË GENERATRICE DE CONFLITS

Chapitre 1 - L'information et le consentement appréhendés sous l'angle du conflit

Chapitre 2 - L'échec thérapeutique et l'accident médical appréhendés sous l'angle du conflit

PARTIE 2 CONSTRUCTION D'OUTILS DE REGLEMENT DES CONFLITS OPPOSANT LE MALADE A L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

TITRE 1- L'EXPRESSION COLLECTIVE ET LA PRATIQUE PARTICIPATIVE: UNE SOLUTION PROMETTEUSE .

Chapitre1- La pratique participative dans la prise de décision sanitaire en Algérie: un dispositif timoré

Chapitre2 - La participation citoyenne à la prise de décision sanitaire en Algérie: vers la rénovation approfondie du dispositif

TITRE 2- LE REGLEMENT AMIABLE DES CONFLITS EN MATIERE MEDICALE: UNE NOUVELLE FORME DE JUSTICE

Chapitre 1 - Le règlement amiable des conflits en matière médicale en droit algérien: un dispositif spécifique inexistant

Chapitre 2 - Le règlement amiable des conflits en matière médicale en droit algérien: vers la création d'un dispositif spécifique

« *Rendre la justice n'est que la seconde dette de la société. Empêcher les procès, c'est la première. Il faut que la société dise aux parties : pour arriver au temple de la justice, passez par celui de la concorde. J'espère qu'en passant vous transigerez* ».

Louis-Pierre-Joseph Prugnon.

INTRODUCTION

Traiter de la relation de soins dans une thèse de droit reviendrait, en paraphrasant professeur Serge Regourd évoquant la notion de tutelle, « *à s'engager dans une de ces routes à grande circulation doctrinale où l'on court le risque d'être condamné au "tout est dit et l'on vient trop tard"* »[1]. En effet, la pertinence d'une telle étude peut être *a priori* remise en question en France, le scepticisme s'étendant de manière générale aux travaux portant sur les droits des patients, la qualité du système de santé ou encore la responsabilité médicale. Or, en Algérie, la doctrine rencontre encore de grandes difficultés pour stabiliser ce domaine d'étude où les chercheurs, malgré leurs efforts constants, se trouvent confrontés aux défis persistants d'un secteur, véritable « laboratoire »[2], où l'activité du législateur est demeurée très limitée comparativement à son homologue français. Cette absence de normes spécifiques claires a incité les chercheurs algériens à se référer systématiquement aux travaux réalisés en France, les utilisant comme cadre de référence, pour étayer leurs analyses sur les questions en corrélation avec les droits des patients ou avec la responsabilité médicale. Afin d'éviter que ce travail ne soit perçu comme une simple compilation de la diversité des études déjà effectuées sur pareils thèmes en France, il est primordial de spécifier, dès les premières lignes de nos développements, que notre recherche abordera cette matière, principalement, au prisme du droit algérien d'autant plus que les nécessités pratiques ont exercé, en Algérie, une influence significative sur l'élaboration des normes encadrant l'activité de soins, au point d'être à l'origine de nombreuses singularités juridiques. Aussi, notre recherche axée sur les conflits opposant le patient aux établissements publics de santé, se focalisera essentiellement sur les règles ancrées dans le droit algérien encadrant la relation de soins et les droits des patients. Nous examinerons en détail les solutions adoptées par le législateur algérien en la matière, cherchant à mettre en exergue les motifs et les circonstances ayant sous-tendu leur adoption. De plus, nous tenterons de construire des théories explicatives pour rendre compte de son silence dans certaines situations entraînant ainsi l'absence de règles spécifiques pour réguler certains conflits. En outre, nous mettrons en lumière les occasions où la transposition, ou du moins l'inspiration, des solutions consacrées en droit français pourrait constituer une opportunité propice pour le législateur algérien

[1] REGOURD, Serge, *L'acte de tutelle en droit administratif français*, LGDJ, tome 142, 1982, p. 9

[2] Expression utilisée Le professeur Didier Truchet pour désigner le secteur de la santé français. Voir APOLLIS, Benoît, TRUCHET, Didier, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Mémentos, 11ème édition, 2022, p. 19.

afin de formuler ses propres approches.

Il a été fait le choix, par conséquent, d'orienter notre étude, qui a pour ambition de créer des outils juridiques spécifiques pour la gestion des conflits potentiels entravant la relation des patients avec les établissements publics de santé algériens, en partant d'une analyse de ces derniers, vers un axe que nous considérons, d'une part, pertinent au regard de l'absence de travaux abordant cette perspective et, d'autre part, passionnant compte tenu des défis susceptibles de compliquer cette recherche.

L'exposé de la problématique de la recherche **(III)** nécessite préalablement de s'intéresser à la définition des termes du sujet afin de fixer le cadre de la recherche **(I)**, ainsi que de délimiter le contexte dans lequel s'inscrit le sujet, permettant ainsi de situer la perspective de la recherche et démontrer sa pertinence **(II).**

I. Le cadre de la recherche: les conflits au prisme de la relation de soins

«*Toute réflexion suppose préalablement la définition des termes et concepts ayant vocation à être objet de ladite réflexion. La définition est une opération de qualification d'un terme, laquelle apparaît lourde de conséquences puisqu'elle conditionne en large partie la suite de la réflexion, les mots ne servant pas tant à désigner qu'à agir* »[3]. Aussi, il convient de s'arrêter dans cette partie de l'introduction sur la définition des termes principaux de notre sujet, qui constituent le cadre de la recherche. Ainsi, sera abordée, dans un premier temps, la notion de relation de soins en mettant particulièrement l'accent sur les droits des patients **(1).** Par la suite, sera développée la notion de conflits ainsi que sa construction dans le champ juridique **(2).**

1. La relation de soins

La santé occupe une place prépondérante au sein de nos sociétés contemporaines de plus en plus médicalisées, demeurant ainsi« *l'une des préoccupations sociales les plus sensibles*»[4]. Le droit de jouir d'un état de santé satisfaisant, tel que le conçoit la définition ambitieuse de l'organisation mondiale de la santé[5], couvre tout aussi bien la santé individuelle que la santé publique se rapportant à la fois *« à l'individu en ce qu'il a de plus personnel et à l'organisation sociale en ce qu'elle a de plus essentiel*»[6]. Au cours des dernières décennies, plusieurs facteurs ont participé à engendrer de nouvelles attentes chez les patients modifiant leur perception de la relation de soins.

La relation de soins constitue le fondement essentiel de la pratique médicale. Elle se réfère à cette relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient caractérisée par la doctrine de colloque singulier[7]. Ce concept, souvent qualifié de «*formule typiquement française »* [8] est décrit comme étant « *la principale modalité qui sous-tend une large part de la pratique médicale»*[9].Considéré à l'origine comme un rapport binaire entre un patient et son médecin, il tend

[3] PAUVERT, Bertrand, *«* Regards sur le sens de la dignité », *Revue Générale de Droit Médical*, numéro spécial : Le sens des mots en droit des personnes et droit de la santé*,* n°11, 2008, p. 77.

[4] APOLLIS, Benoît, TRUCHET, Didier, Droit de la santé publique, précité, p 17.

[5] L'OMS définit la santé en tant qu'« un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

[6] BIOY, Xavier, LAUDE, Anne, TABUTEAU, Didier, *Droit de la santé*, 4ème édition, PUF, Thémis droit, Paris, 2020, p 2.

[7] VERON Paul et VIALLA, François, « Qualification juridique du « colloque singulier » : faut-il en finir avec le contrat? », *Mélanges Molinari*, vol 25, n°1, 2020, pp 245-277.

[8] HARDY, Anne-Chantal, « 1. Du colloque singulier à l'éthique médicale », dans, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP, 2013, pp. 23-45.

[9] Colloque singulier (2022, 19 janvier). Dans *Wikipédia* sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Colloque_singulier >, consulté le 27 février 2024.

aujourd'hui « *au temps de l'équipe et de l'équipement* »[10] à être de plus en plus multiple. Dans cette perspective, les rôles respectifs des patients et des professionnels de santé ont connu une évolution significative, entraînant ainsi des transformations dans les normes qui s'y rattachent[11].

Il est couramment caractérisé que la période actuelle marque un changement de paradigme, passant d'un modèle paternaliste à une conception de partenariat dans la relation de soins notamment entre médecins et patients. Ce changement s'est manifesté par un déplacement de l'accent initial sur le principe de bienveillance vers une affirmation de la primauté du respect de l'autonomie. En effet, portée par des valeurs *d'empowerment*, la dynamique de la relation de soins est désormais résolument transformée, conférant au patient un nouveau statut où il émerge en tant qu'acteur actif dans la prise en charge de ses problèmes sanitaires ainsi que dans la gestion et la conduite de son traitement[12].

Ces modifications relationnelles, de dimension internationale, trouvent leurs justifications, paradoxalement en grande partie, dans les avancées en sciences et en techniques médicales source d'émergence d'une médecine technique prometteuse de performance et porteuse d'un sentiment de sûreté[13]. Assurément, « *dans ce climat gouverné par la croyance forte en la fiabilité et la constante évolution des progrès technologiques, la valeur accordée au jugement clinique du praticien tend à être battue en brèche. L'accent mis sur la performance et la précision semble frapper d'obsolescence la primauté de la qualité relationnelle. La médecine performante devient prédictive et nourrit le mythe de la lisibilité de l'avenir du corps. Elle ouvrirait la possibilité de faire des choix rationnels de mode de vie en fonction des risques que l'on encourt et dont on a été informé. Déjà des individus en bonne santé réclament des examens qui leur permettraient de prédire un risque de cancer, de diabète ou encore de démence* »[14].Cependant, cette technicité croissante comporte également d'autres conséquences: la médecine est devenue complexe et dangereuse, non plus par

[10] VERON Paul et VIALLA, François, « Qualification juridique du « colloque singulier » : faut-il en finir avec le contrat? », précité.

[11] MOQUET ANGER, Marie-Laure, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, vol 34, n° 4, 2022, pp. 27-32.

[12] SARRADON-ECK, Aline, « Le patient contemporain », *Cancer(s) et psy(s),* vol 4, n°1, 2019, pp. 51-60. Voir aussi PIERRON, Jean-Phillipe, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, vol 25, n°2, 2007, pp 43-66.

[13] COUCKE, Philippe, « Chapitre 2. Les grandes avancées médicales », dans, *Médecine du futur. L'intelligence artificielle au chevet des patients*, Mardaga, 2020, pp. 41-48.Voir aussi NATY-DAUFIN, Philippe, et Élodie CARMONA, « Chapitre 17. Les nouvelles technologies au service de la santé », dans, *Manuel de santé publique.* Presses de l'EHESP, 2020, pp. 479-511.

[14] WEBER, Jean-Christophe, « Evolutions de la relation Médecin-malade », dans, *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales*, Presses Universitaires de Strasbourg, 2003, pp 23-38.

ignorance, mais par recours à des moyens techniques invasifs parfois audacieux voire téméraires introduisant ainsi le risque médical dans la relation de soins. La spécificité de ce risque ainsi que l'accent accru sur les exigences sécuritaires des patients expliquent « *l'émergence du droit dans la relation médicale mais aussi la transformation opérée par le droit de la relation médicale*»[15].

D'un autre côté, face à de nouvelles exigences de politiques publiques ainsi que sous l'influence de logiques consuméristes, les patients ont été graduellement considérés sous deux perspectives distinctes, à savoir celles d'usagers et de consommateurs. Pour rappel, il convient de préciser que l'émergence du concept d'usager dans le domaine de la santé publique s'inscrit dans un contexte plus large de transformation de l'État providence et de la citoyenneté[16]. En effet, l'usage de ce terme reflète une volonté de redéfinir les relations entre patients et professionnels de santé ou encore entre citoyens et institutions, en mettant en avant leurs droits qui se fondent sur l'exercice d'un droit d'usage. Plutôt que de se focaliser sur la transformation de l'identité du patient, il apparait que ce terme est plus centré sur la redéfinition du statut de celui-ci en le situant par rapport à un service public et non plus exclusivement par rapport aux soins et *« il est devenu courant, par commodité, de rassembler sous ce vocable totalisant les personnes recevant des soins à l'hôpital»*[17]. Ainsi, le patient usager n'hésite plus à formuler, à partir d'un regard nouveau sur le corps et la santé[18], des demandes inédites[19]aux professionnels de santé, considérés désormais comme des prestataires de services. En outre, les malades ont développé des attitudes de consommateurs s'inscrivant dans la démarche de marchandisation des soins et de régulation du système de santé par les lois de l'économie de marché[20]. La productivité, la compétitivité, l'efficience ainsi que la qualité émergent comme les nouveaux impératifs de la politique qui encadre

[15] LAUDE, Anne, « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique*, vol 113, n°1, 2005, pp 113-120.

[16] TABUTEAU, Didier- Ronald, « Pour un usager acteur dans le domaine sanitaire et social », *Entretiens du Conseil d'Etat en droit social*, Palais-Royal, Vendredi 24 mars 2023 sur EDS_20223_DRT.pdf consulté le 14/02/2024.

[17] SCHWEYER, François-Xavier, « 4. Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », dans, *Les usagers du système de soins.* Presses de l'EHESP, 2000, pp. 37-54.

[18] La conception de la santé et de la médecine a évolué, englobant désormais tous les aspects de la vie quotidienne tels que l'activité physique, l'alimentation, la sexualité, et bien d'autres. La médicalisation se trouve généralisée et s'impose dans divers domaines (visite d'embauche, médecine du travail, dépistage, vaccinations, expertise psychiatrique dans le monde judiciaire). Elle détient un pouvoir normatif et autoritaire transformant le corps en une entité inscrite dans un marché économique.

[19] Les attentes des patients vont au-delà du simple traitement ou de la prévention des maladies ; elles se transforment en une demande de solutions répondant à des convenances personnelles ou à des désirs de confort. Cela se manifeste par la modification de certaines caractéristiques naturelles, telle que la chirurgie esthétique, ou par la compensation d'une fonction naturelle défaillante, comme dans le cas de la procréation assistée, voire par sa substitution, comme avec la contraception médicale.

[20] BATIFOULIER, Philippe, « Chapitre 11. Consommer sans le marché. Le patient, la maladie et le besoin de soins », dans, *Santé, consommation et marchés.* EMS Editions, 2022, pp 236-260.

l'organisation du système sanitaire, favorisant une évolution où la santé est parfois perçue comme une commodité similaire à toute autre, devenant ainsi un objet de consommation[21]. Le consommateur est appréhendé comme un sujet autonome et rationnel, de plus en plus informé sur les produits et les services. Utilisateur ou acheteur, ce dernier est calculateur car « *il n'est pas déshonorant d'être consommateur* »[22]. Collectivement, il aspire à devenir le décideur souverain de l'utilisation des ressources à son avantage optimal, suivant la morale utilitariste en vigueur. En santé, il ne demeure plus un patient passif, dépendant et obéissant. Il remet en question les avis des experts, conscient des incertitudes qui pèsent sur leurs connaissances scientifiques, et marque, ainsi, son entrée comme décideur dans une relation dont il est le principal concerné[23].

Le rejet du paternalisme et du pouvoir médical s'est donc associé à une volonté politico-économique d'évaluer les services médicaux; une convergence qui a entraîné un rééquilibrage, par le droit, de la relation de soins et a conduit à une consécration légale des droits des patients. Ces droits sont orientés vers deux objectifs principaux : garantir le respect de la personne humaine et faire du patient un véritable acteur de sa santé. Ainsi, l'on retrouve au cœur de ces droits le respect de la dignité du malade, englobant la reconnaissance de son droit fondamental à l'accès aux soins sans aucune discrimination, le respect de sa vie privée ainsi que le secret des informations relatives à sa santé. Par ailleurs, le respect de l'autonomie de la volonté du patient requiert que lui soient délivrées d'une manière claire et loyale toutes les informations concernant son état de santé afin de lui permettre d'exprimer librement un consentement éclairé préalablement à la réalisation de tout acte de soins.

Le droit, en ayant « *innervé »*[24] progressivement la relation de soins, a donné lieu à l'utilisation d'une terminologie riche qui peine à désigner le sujet des soins, désormais considéré également comme sujet de droit. Elle varie entre « droits des malades», « droits des patients», « droits des usagers du système de santé », ou encore « droits des consommateurs de soins». Sans vouloir s'attarder sur la littérature juridique et professionnelle[25] qui, depuis longtemps déjà, s'est penché sur

[21] SCHNEIDER-KAMP, Anna, et Søren, ASKEGAARD, « Chapitre 3. Conceptualiser la consommation en santé grâce à la notion de capital santé », dans, *Santé, consommation et marchés.* EMS Editions, 2022, pp. 56-78.

[22] BATIFOULIER, Philippe, « Chapitre 11. Consommer sans le marché. Le patient, la maladie et le besoin de soins », précité.

[23] LE PEN, Claude, « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, vol 60, n°2, 2009, pp. 257-271.

[24] Cette métaphore a été utilisée par Anne Laude pour décrire l'implication profonde et complexe du droit dans la relation médicale. L'emploi de ce terme suggère que le droit est devenu intrinsèquement lié à la relation de soins, comme les nerfs le sont à un organe, et que cette implication a eu des répercussions significatives sur la dynamique de cette relation, LAUDE, Anne, « Les médecins et les malades face au droit », précité.

[25] Plusieurs auteurs ont abordé la question de déterminer les appellations opportunes pour désigner la personne prise en charge par le système de santé. Certains d'entre eux avaient considéré que ces notions concurrentes étaient

les problématiques corrélées à ces glissements sémantiques[26], il nous semble toutefois pertinent de préciser les raisons qui nous ont conduit à privilégier dans notre étude le terme « patient » pour désigner la personne faisant appel au système de soins. En ce sens, il convient de souligner qu'en Algérie, il semblait y avoir un consensus autour du terme utilisé étant donné que les textes algériens[27] emploient exclusivement dans leurs versions en langue nationale, donc officielle[28], le terme « *elmaridh* » qui signifie littéralement malade. Toutefois, en examinant de près la version française de ces textes, notamment la nouvelle loi de santé algérienne[29], on constate que ce terme, bien que faisant encore l'objet d'un emploi vivace par le législateur algérien[30], cède progressivement le pas à d'autres appellations pour désigner les personnes en relation avec le système de santé. En effet, cette loi, premier texte algérien à avoir expressément institué les « droits » de ces sujets en leur dédiant dans son *corpus* un chapitre distinct, a consacré pour ce faire le terme de «patient» et intitulé le chapitre y correspondant « droits et obligations des patients ». Une approche qui se distingue de celle adoptée en France, où le terme « malade » est retenu dans le texte équivalent, du moins dans son titre. Selon Guillaume Rousset, « *le droit ne définit pas le patient, ce qui est approprié au vu des problèmes que pourrait soulever une tentative de délimitation »*[31]. Sur un plan purement sémantique, le terme « patient » évoque la notion de souffrance, dérivée du latin *patior* signifiant souffrir. Ainsi, au-delà des cas de maladie, ce terme englobe toutes les personnes

source d'instabilité alors que d'autres y percevaient des opportunités d'évolutions. Voir FAGNANI, Francis, « Du 'malade' au 'consommateur' : médecine et mutations sociales », *La revue du praticien*, 1984, vol 34, n°11; DAUBECH, Lin, « Le statut du patient hospitalisé, vers l'incertitude juridique ? », *LPA*, 1997, n° 61 ; LAUDE, Anne, « Le consommateur de soins », *Recueil Dalloz*, n° 26, 2000; MEMETEAU, Gérard, « Le patient consommateur et le professionnel de santé », *LPA*, n°243, 2002; CULTRU, Christophe, « Patient ou consommateur », *Droit déontologie et soin*, vol 4, n°1, 2004; MOQUET-ANGER, Marie-Laure, « Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? », *Revue générale de droit médical*, n°12, 2004 ; CARLIN, Noëlle*, «* La personne soignée : client, usager, patient ou malade ? *»*, *Revue Générale de Droit Médical*, numéro spécial : Le sens des mots en droit des personnes et droit de la santé*,* n°11, 2008.

[26] Ce glissement sémantique soulève des problèmes juridiques car aucune des désignations n'est neutre et peut avoir des implications juridiques significatives en déterminant le *corpus* de règles applicables. A titre illustratif, l'utilisation du terme « consommateur » pour désigner cette personne laisse entendre que c'est le droit de la consommation qui est destiné à réguler la relation de soins, induisant ainsi une transformation majeure de cette relation particulière.

[27] IL s'agit de tous les textes relatifs au fonctionnement des établissements de santé, des deux lois relative à la santé (ancienne et nouvelle) ainsi que du code de déontologie médicale qui seront présentés et référenciés dans la deuxième partie de l'introduction.

[28] La problématique du bilinguisme juridique sera abordée dans la deuxième partie de cette introduction.

[29] Il s'agit de la loi n°18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé, JORA n°46 du 29/7/2018 dont le contenu et la genèse d'adoption seront amplement détaillées dans la deuxième partie de cette introduction.

[30] Dans la version française de la nouvelle loi de santé algérienne, le terme « malade » a été utilisé 56 fois, tandis que le terme « patient » n'a été employé que 28 fois et celui d'usager seulement 5 fois.

[31] ROUSSET, Guillaume, « Comment nommer la personne prise en compte par le système de sante? », *Recherches en communication*, 2009, n° 32, p. 103.

confrontées à la souffrance, que celle-ci soit physique, émotionnelle ou psychologique. Il couvre de manière exhaustive et variée toutes les situations que peuvent rencontrer les personnes qui sont en contact avec le système de santé incluant les malades, les couples cherchant à concevoir un enfant par des moyens assistés, les femmes enceintes, les personnes subissant une intervention de chirurgie esthétique, en raison de la souffrance morale et psychologique qu'elles peuvent endurer mais aussi toutes celles en interaction avec le secteur de la médecine préventive, prédictive ou de travail. Le caractère général du terme « patient » a été confirmé par la Déclaration sur la promotion des patients en Europe de l'organisation mondiale de la santé qui le définit comme étant la personne, malade ou non, ayant recours aux services de santé[32]. Par ailleurs, il importe de préciser que le terme « patient » n'établit aucune différenciation selon le lien juridique qui unit la personne malade à l'établissement qu'il le prend en charge donnant lieu à une relation statutaire ou contractuelle. Il n'induit également aucune connotation financière, technique ou négative et ne laisse s'exprimer que l'aspect humain. Enfin, il est neutre juridiquement, n'induisant aucun lien avec une quelconque relation commerciale, de clientèle ou de consommation. L'ensemble de ces points positifs, ainsi que la décision du législateur de lier ce terme aux droits des individus en relation avec le système de santé, ont influencé notre décision de le retenir dans notre étude. Il est entendu que le terme « malade », bien que plus lacunaire ne correspondant pas « *à toute la diversité des situations puisqu'une personne prise en charge au sein du système de santé n'est pas forcément malade* »[33], sera également présent dans notre travail, suivant l'exemple du législateur algérien qui l'associe au terme de patient en fonction du moment et de la dimension de la relation de soins.

Le deuxième terme du sujet qu'il s'agira à présenter est la notion de conflit.

2. La notion de conflit

La notion de conflit désigne « *une situation relationnelle structurée autour d'un antagonisme…dû à la présence simultanée de forces opposées, à un désaccord (sur des valeurs, des opinions, des positions…), à une rivalité lorsque des acteurs sont en compétition pour atteindre le même but ou posséder le même objet (personne, bien, statut, territoire…) ou à une inimitié affective (animosité, hostilité, haine…)* »[34]. Cependant, il convient de noter que le conflit n'est pas la seule situation qui exprime l'opposition de deux parties. En effet, il existe plusieurs autres sortes de contestations, d'une gradation plus au mois différente, qui opposent des personnes ou des groupes

[32] Déclaration adoptée par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe le 30 mars 1994.

[33] GIRER, Marion, et Guillaume ROUSSET, « Introduction », dans, *Les droits des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social*. Presses de l'EHESP, 2022, pp. 7-10.

[34] PICARD, Dominique, et Edmond, MARC, « Chapitre premier. La notion de conflit », dans, *Les conflits relationnels.* Presses Universitaires de France, 2020, pp. 7-16.

de personnes, dont essentiellement; les litiges, les différends ou les désaccords. Alors que dans le langage courant, les distinctions entre les termes décrivant ces situations sont souvent floues, car « *tout le monde n'utilise pas toujours les mêmes mots pour parler des mêmes choses* »[35], cette ambiguïté se reflète également dans le langage juridique où ces termes sont souvent « *utilisés comme des synonymes, tant par le discours du droit, celui des dispositifs juridiques eux-mêmes, que par les discours sur le droit, celui que tient la doctrine juridique* »[36]. En effet, il est fréquent de constater dans les dictionnaires généraux[37] ainsi que juridiques[38], que les définitions de ces expressions se recoupent entre elles, laissant entendre «*qu'elles pourraient être considérées comme équivalentes par conventions de langage* »[39]. Néanmoins, plusieurs auteurs soutiennent que ces concepts présentent des distinctions et des complémentarités discernables, basées sur les contours spécifiques de leurs définitions respectives.

Ainsi, le professeur Antoine Jeammaud, dans son analyse des rapports entre conflit, litige et différend[40], souligne une nuance importante entre ces notions. Il affirme que chacune est marquée par un degré d'affrontement distinct. Selon lui, le conflit est caractérisé par «*une relation antagonique que réalise ou révèle une opposition de prétentions ou aspirations souvent complexes, plus ou moins clairement formulées, entre deux ou plusieurs groupes ou individus, et qui peut connaître une succession d'épisodes, d'actions, d'affrontements* »[41]. En revanche, le litige se définit comme «*l'opposition de prétentions juridiques soumise à une juridiction civile, pénale, administrative ou arbitrale, appelée à la trancher par une décision*»[42], alors que le différend est « *entendu comme un désaccord juridique non encore porté, formalisé, devant une juridiction par un acte ouvrant une procédure, contentieuse ou gracieuse ». Observons toutefois que ce terme est parfois utilisé pour désigner un élément constitutif du litige lui-même »*[43].

---

[35] RIVIER, Marie-Claire, Pascal, ANCEL, Gérard, BLANC, Marianne, COTTIN, Olivier, GOUT, et al, *Les modes alternatifs de règlement des conflits: un objet nouveau dans le discours des juristes français ?* Rapport de recherche, Mission de recherche droit et justice. 2001, p 29.

[36] RIVIER, Marie-Claire, « Conflit/litige », dans, Cadiet Loic, *Dictionnaire de la justice*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, p 196.

[37] Dictionnaire Larousse, Dictionnaire Le Robert.

[38] PUIGELIER, Catherine, *Dictionnaire juridique*, 3ème édition, Bruxelles, Bruylant, 2020, pages 38, 244, 369, 693.

[39] CADIET, Loïc, CLAY, Thomas, *Les modes alternatifs de règlement des conflits*, Dalloz, 3ème édition, 2019, p 48.

[40] JEAMMAUD, Antoine, « Conflit, différend, litige », *Droits*, vol 34, n°2, 2001, pp. 15-20.

[41] Ibid, p 17.

[42] Ibid.

[43] Ibid.

Le professeur Loïc Cadiet considère, quant à lui, que ces notions relèvent « *d'un genre commun : celui des relations conflictuelles* » [44]. Toutefois, il avance que le litige est simplement « *un conflit juridiquement relevant, c'est-à-dire un conflit susceptible de faire l'objet d'une solution juridique par application des règles de droit* »[45].

D'autres auteurs retiennent une approche originale de la relation entre litige et conflit. Ainsi Laura Viaut propose « *la théorie du conflit masquant et du conflit masqué* »[46]. Selon cette théorie, le conflit masquant concerne les prétentions juridiques et trouve réponse dans la règle de droit, incarnée par « le litige ». En revanche, le conflit masqué se rapporte à des questions plus profondes, telles que l'importance accordée à la logique affective dans l'analyse des raisons psychologiques et sous-jacentes au conflit. Ainsi, le litige est présenté comme une manifestation visible du conflit, sa partie émergée, tandis que le conflit masqué réside dans les émotions, motivations, valeurs et intérêts des parties. Cette perspective est illustrée par l'image de l'iceberg, où le litige représente la pointe émergée, tandis que le conflit sous-jacent constitue la masse immergée.

En ce qui concerne le concept de différend, ce dernier peut être considéré comme un conflit et un litige dormant en ce sens qu'il «*évoque l'altérité sans impliquer nécessairement la manifestation de l'adversité conflictuelle* »[47]. En effet, notion instable[48], le différend est la description « *d'une situation d'opposition pouvant être qualifiée de conflit ou de litige ou des deux à la fois selon le degré de rationalisation de la situation par les parties* »[49].

Il apparait, ainsi, que les notions de litige et de différents situent les oppositions d'intérêts des parties essentiellement dans un champ juridique, ce qui radicalise leurs prétentions et les focalise uniquement sur la dimension du droit, plutôt que de les traiter dans leur globalité[50]. En effet, la professeure Marie-Claire Rivier estime que sur les « *trois termes, le terme conflit apparaît comme celui qui est moins lié à la saisine d'une juridiction et qui a la connotation juridique la moins*

[44] CADIET, Loïc, CLAY, Thomas, *Les modes alternatifs de règlement des conflits*, précité, p 48.

[45] Ibid.

[46] VIAUT, Laura, « La médiation familiale et la théorie des deux conflits », *Les Cahiers de la Justice*, vol 2, n° 2, 2020, pp. 333-342.

[47] BECKER, Martine, MIRIMANOFF, Jean, OUDIN, Federica et al, *Dictionnaire de la médiation et d'autres modes amiables*, préface Gurbanov, Ramin, Bruxelles, Bruylant, 2019, 524 p.

[48] OUATTARA, Tiégolo Fougniguéta, *Les modes alternatifs de traitement des conflits familiaux : étude comparative des droits français et ivoirien*, Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur en droit, spécialité droit privé, Université de bordeaux, soutenue le 06 octobre 2023, p 19.

[49] BECKER, Martine, MIRIMANOFF, Jean, OUDIN, Federica et al, *Dictionnaire de la médiation et d'autres modes amiables*, précité.

[50] Ibid.

forte»[51]. Ainsi, compte tenu des clarifications apportées précédemment, nous avons choisi, pour les besoins de notre étude, de privilégier le mot conflit pour faire référence aux situations d'oppositions susceptibles de se déclarer dans le cadre d'une relation de soins étant donné qu'il s'agit d'une notion plus large qui évoque à la fois les différends d'ordre juridique et affectif[52]. Le terme conflit est particulièrement adapté au domaine médical dans la mesure où il embrasse les difficultés de toutes sortes rencontrées dans la relation de soins[53]. Ces situations peuvent aller des contestations liées aux droits des patients aux difficultés et litiges nés à l'occasion d'un acte de soins. C'est cette approche qui est retenue par le pouvoir réglementaire français lorsqu'il énonce la compétence de la commission réunie en formation de conciliation dans l'article R1142-19 du code de la santé publique.

Outre le choix du terme « conflit » pour décrire les situations d'insatisfaction et d'opposition des patients, il est également essentiel d'expliquer les raisons du recours au mot « gestion » pour désigner l'approche adoptée pour répondre à ces situations conflictuelles. Dans un contexte de tensions ou de désaccords, la gestion revêt une signification particulière représentant le processus visant à anticiper, reconnaître et régler les conflits de façon efficace[54]. Ainsi au-delà de la simple résolution des conflits, qui implique la clarification des situations, la recherche de solutions acceptables pour toutes les parties et la définition d'objectifs pour éviter que les dissensions se compliquent davantage et s'enveniment, la gestion des conflits permet également d'agir en amont de ces situations en mettant en place des approches préventives qui ciblent leurs facteurs structurels profonds. Assurément, la réponse au conflit ne peut pas être uniforme car elle nécessite des actions permettant d'agir, à la fois, sur les causes immédiates et structurelles de ce dernier. En ce sens, la gestion implique de savoir sélectionner la réponse appropriée, de savoir la conduire ou l'adapter en fonction de l'évolution du conflit[55]. En somme, cette expression se distingue par sa neutralité quant au résultat attendu, ce qui constitue un atout supplémentaire. L'ensemble de ces raisons ont été déterminantes dans notre décision de privilégier, au sein de notre étude, l'expression « gestion des conflits » par rapport à d'autres expressions similaires telles que « résolution » ou « traitement », qui

[51] RIVIER, Marie-Claire, Pascal, ANCEL, Gérard, BLANC, Marianne, COTTIN, Olivier, GOUT, et al, *Les modes alternatifs de règlement des conflits: un objet nouveau dans le discours des juristes français ?* Rapport de recherche, précité, p 31.

[52] CADIET, Loïc, CLAY, Thomas, *Les modes alternatifs de règlement des conflits*, précité.

[53] GIBELIN, Anne, *La médiation en santé. Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, Thèse, droit privé et sciences criminelles, Université de Montpelier, 2015.

[54] VIAUT, Laura, « Qu'est-ce que la gestion du conflit ? Éléments pour bien comprendre la finalité des MARC », *LPA*, n° 32, 2021, p. 9.

[55] BECKER, Martine, MIRIMANOFF, Jean, OUDIN, Federica et al, *Dictionnaire de la médiation et d'autres modes amiables*, précité p 253.

véhiculent une connotation orientée uniquement vers la solution immédiate de la situation conflictuelle.

Après la définition respective des notions de relation de soins et de conflit, une deuxième partie de l'introduction sera consacrée à la contextualisation de la recherche.

II. La contextualisation de la recherche

La délimitation du contexte de la recherche implique l'examen de deux éléments principaux. Ainsi, avant de se concentrer sur la législation algérienne en matière de santé **(1)**, il est nécessaire de dresser un portrait global du système de santé algérien **(2)**. Toutefois, il est important de noter que cette présentation est délibérément sommaire, destinée uniquement à esquisser le contexte dans lequel s'inscrit cette recherche. Un examen plus approfondi des diverses questions, notamment celles soulevées par la loi relative à la santé, sera entrepris dans la suite de nos développements.

1. Le système de santé algérien

La notion de système de santé n'est pas une notion proprement juridique. Toutefois, elle apparait dans les travaux doctrinaux existant en la matière en tant que concept juridique visant à harmoniser l'offre de soins sur un territoire défini[56]. Elle évoque essentiellement la régulation étatique des services de santé dans un cadre territorialisé[57]. Cette régulation implique d'adopter une approche cohérente des droits des patients, des établissements, des professionnels et des produits de santé auxquels un ensemble de règles juridiques communes devra être appliqué[58].

La notion de système de santé est d'apparition récente dans la législation algérienne. C'est la loi 85-05 relative à la protection et la promotion de la santé[59]qui est venue consacrer ce concept pour la première fois dans l'ordonnancement juridique algérien en considérant que ce système « *se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population»* [60]. Par la suite, la nouvelle loi de santé algérienne en a confirmé la finalité sans pour autant en retenir une définition aussi caractérisée que sa précédente en disposant que « *le système national de santé vise la prise en charge des besoins de la population en*

[56] STEFANOVA, Deyana, *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*, Thèse, droit public, Université de bordeaux, 2020, p 25.

[57] CLEMENT, Jean- Marie, *Précis de droit hospitalier*, LEH, 2ème éd, 2011, 198 p.

[58] APOLLIS, Benoît, TRUCHET, Didier, *Droit de la santé publique*, précité, p. 20.

[59] La Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, JORA n°8 du 17/02/1985.

[60] Conformément à l'article 4 de la loi 85-05 relative à la protection et à la promotion de la santé, précitée.

matière de santé» [61]. La définition du législateur algérien s'inscrit en droite ligne avec celle retenue par l'Organisation mondiale de la santé. En effet, selon l'agence onusienne le système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources, visant à améliorer la santé à travers quatre fonctions principales, à savoir la prestation des services, la création des ressources, le financement et la gestion administrative[62]. Dans son rapport relatif à la performance des systèmes de santé dans le monde élaboré en 2000, l'Organisation mondiale de la santé avait fourni également une définition *a minima* des systèmes de santé, pouvant s'appliquer à toute démarche adoptée par les pays membres en matière d'organisation de leurs services de santé. Cette définition met l'accent sur un ensemble d'acteurs et d'actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé. Elle définit ainsi le système de santé exclusivement par sa finalité qui consiste à promouvoir, restaurer et maintenir la santé[63]. Ainsi, à la lumière des divers textes juridiques qui ont façonné cette notion en droit algérien, le système de santé doit s'entendre, dans le cadre de notre recherche, comme étant l'ensemble des moyens organisationnels, humains, structurels et financiers destinés à prendre en charge les besoins de la population en matière de santé et réaliser les objectifs prédéfinis en la matière.

Le système de santé algérien est fondé sur un nombre de valeurs structurantes. En effet, le législateur algérien a considéré que l'universalité, l'égalité d'accès aux soins, la solidarité, l'équité et la continuité du service public et des prestations de santé constituent les principes fondamentaux sur lesquels sont basés l'organisation et le fonctionnement du système de santé national[64]. En réalité, bien que ces principes soient généraux et s'appliquent au fonctionnement de l'État, ils se déclinent comme nous aurons à le démontrer tout au long de cette recherche d'une manière assez spécifique au domaine de la santé.

Le système de santé algérien se caractérise par de nombreuses singularités qui ont émergé au cours de sa construction dont le processus s'étale sur cinq grandes étapes historiques. Chacune d'elle a été fortement influencée par les décisions politiques et les stratégies adoptées à l'époque par les pouvoirs publics en matière de santé. La première phase, de 1962 à 1973, marque la période de construction progressive du système national de santé. En effet, au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a été confrontée à une situation sanitaire critique, marquée par une charge

[61] En vertu de l'article 6 de la loi n°18-11 précitée.

[62] OMS, *A propos des systèmes de santé, Qu'est-ce qu'un système de santé?* Sur http://www.who.int/ healthsystems/about/fr consulté le 12/10/2023.

[63] OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*, p. 5-6.

[64] En vertu de l'article 8 de la loi n°18-11 précitée.

épidémiologique importante[65], le départ massif du personnel technique et administratif français,[66] ainsi qu'une répartition inégale des infrastructures sanitaires[67]. Aussi, un effort considérable a été déployé en matière de prévention, grâce à la mise en œuvre de plusieurs programmes nationaux de santé développés avec le soutien technique de l'Organisation mondiale de la santé dans le but de protéger les populations vulnérables et prévenir les maladies prévalentes. Un programme de vaccination obligatoire et gratuite a également été mis en place[68]. De plus, un appel a été lancé aux médecins des pays amis et arabes pour établir des coopérations et des missions médicales en direction de l'Algérie. L'essentiel de la coopération s'est concentrée sur les pays du bloc socialiste, notamment le Cuba et la Chine, avec quelques petites missions provenant d'autres pays tels que l'Égypte, l'Irak et la Syrie[69]. L'Algérie a également entrepris sa première réforme des études en sciences médicales dans le but de former mille médecins par an tout en maintenant le français comme langue d'enseignement de la médecine[70]. Par ailleurs, cette période est marquée par les mesures prises par l'État concernant le statut d'exercice des professions médicales dans le but de faciliter l'accès aux soins et de renforcer le secteur public. En effet, en 1963, une mesure interdisant toute nouvelle installation de médecins dans le secteur libéral a été adoptée. Une tentative a même été lancée en janvier 1965 dans la wilaya[71] de Tlemcen, choisie comme wilaya pilote, où tous les cabinets privés ont été fermés et les médecins affectés aux structures publiques[72]. En 1966, une ordonnance a instauré une obligation de mi-temps dans le secteur public pour les praticiens exerçant

[65] Un taux brut de mortalité élevé (18,1/1000 : 1965), une Espérance de vie à la naissance (51 ans), Un taux de mortalité maternelle (500/100.000 NV : 1962), Un taux d'Accouchements en milieu assisté à 30%, un Taux de mortalité infantile de (180- 141,5 / 1000 NV), des cas graves de malnutrition ainsi que des maladies transmissibles sévissant à l'état endémiques, Ministère de la Santé, *Evolution du système national de santé Alger*, Rapport, 1990.

[66] Selon Professeur Mostefa khiati, l'Algérie comptait en 1963, 285 médecins,38 chirurgiens-dentistes, 70 pharmaciens, 250 paramédicaux diplômés et aucun administrateur de grade de directeur d'hôpital ou d'économe à l'exception de quelques agent administratifs. KHIATI, Mostefa, *La santé en Algérie*, OPU, 2017, p 57.

[67] Les infrastructures laissées comprenaient 156 établissements de santé répartis en 143 hôpitaux dont un sanatorium (Meftah), hôpitaux psychiatriques (Blida et Sidi Chami ; Oran), un centre de lutte contre le cancer (CPMC, Alger) et 13 cliniques privés. L'ensemble de ces infrastructures totalisait 42.787 lits techniques d'hospitalisation, Ministère de la Santé, *Evolution du système national de santé Alger*, Rapport, précité.

[68] BOUYOUCEF-BARR, Djamila, « La construction du système national de santé », *La revue des sciences commerciales*, vol 8, n°1, 2009, pp 86-106.

[69] TADJ, Meziane, *Le système de santé en Algérie*, Kounouz Elkiteb, Algérie, 2019, p 56.

[70] KHIATI, Mostefa, *La santé en Algérie*, précité.

[71] Le terme « wilaya » désigne une division administrative en Algérie, équivalente au département en France.

[72] KENNAS, Ibrahim, *Comparaison entre le développement du système hospitalier français et algérien : les questions éthiques de la transposition du management public hospitalier français en Algérie*, Thèse, éthique médicale, Université Paris Cité, 2022.

en profession libérale, les obligeant à consacrer la moitié de leur journée au service de la santé publique[73]. En parallèle, une série de mesures visant à unifier la tutelle administrative des structures sanitaires publiques, héritées de la période coloniale, ont été mises en place. Les dispensaires relevant des préfectures, les centres d'hygiène scolaire liés aux académies du ministère de l'Éducation, ainsi que les dispensaires antituberculeux organisés sous l'égide de l'Office Public d'Hygiène Sociale, ont tous été intégrés aux établissements hospitaliers. Cette démarche a également concerné les unités de santé situées à proximité des différents hôpitaux qui sont demeurées sans cadres gestionnaires après l'indépendance, formant ainsi ce qui allait devenir ultérieurement « des secteurs sanitaires ». En effet, cette mesure, initialement à visée administrative, va déboucher, plus tard, sur le concept de secteur sanitaire qui a été progressivement pensé en tant que bassin de population au niveau duquel le système de santé intervient pour prendre en charge la santé de la population[74].

La seconde étape, couvrant la période de 1974 à 1986, a été marquée par plusieurs mesures significatives, notamment l'introduction de la gratuité des soins dans les établissements publics de santé à partir de 1974[75], une mesure ultérieurement consacrée par l'article 67 de la Constitution de 1976. Ce choix idéologique, opportun en son temps, reflétait parfaitement l'orientation politique de l'Algérie indépendante. Sa mise en œuvre, qui aura un impact significatif sur le droit d'accès aux soins comme nous l'analyserons en détail dans la suite de nos développements, a malheureusement coïncidé avec un abandon du système de facturation dans les établissements publics de santé, financés depuis par une dotation forfaitaire automatique combinant budget de l'Etat mais surtout, de plus en plus, celui de la sécurité sociale[76]. En 1975, l'Algérie a adopté une approche de programmation sanitaire en introduisant des normes visant à garantir une répartition équitable de l'offre de soins[77]. L'État a également cherché à promouvoir une distribution équilibrée des médecins sur l'ensemble du territoire national. A cette fin, il a été mis en place un service civil obligatoire pour les praticiens médicaux[78] qui peuvent, après s'être acquittés de cette obligation, opter pour une

[73] L'ordonnance n°66-65 du 4 avril 1966 portant règlementation de l'exercice des professions de médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et sages femmes, JORA n° 27 du 5/4/1966.

[74] KENNAS, Ibrahim, *Comparaison entre le développement du système hospitalier français et algérien : les questions éthiques de la transposition du management public hospitalier français en Algérie*, précité.

[75] L'ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires, JORA n°1 du 1/1/1974.

[76] OUFRIHA, Fatma-Zohra, « Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins, contribution à l'étude de l'économie de santé en Algérie »**,** *Cahiers du CREAD*, vol 6, n° 27 et 28, 1991, pp 15-32.

[77] Un centre de santé pour 6000 à 7000 habitants, une polyclinique pour 15000 à 25.000 habitants, un hôpital par daïra, un hôpital par wilaya, Ministère de la Santé, *Evolution du système national de santé Alger*, Rapport, précité.

[78] Conformément à l'article 19 de l'ordonnance n° 76-79 du 23 octobre 1976 portant code de la santé publique, JORA

activité libérale dans le cadre du «zoning »[79]. Cette mesure, qui a conduit à terme à un renforcement du nombre des praticiens exerçant à titre libéral, témoigne de la prise de conscience des pouvoirs publics quant aux limites des décisions précédemment adoptées concernant l'exercice public obligatoire. En effet, il était devenu impossible pour l'État algérien de continuer à rémunérer une aussi grande masse de médecins travaillant dans le secteur public. Le troisième fait majeur de cette période est la promulgation du texte portant création du secteur sanitaire, véritable pierre angulaire du système national de santé[80]. En effet, ce texte qui a permis d'entériner la pratique déjà existante sur le terrain résultant du rattachement des unités légères aux hôpitaux, a procédé à la création du concept de sous-secteur exprimant ainsi l'idée d'une hiérarchisation des soins. Parallèlement, la loi consacrant le forfait hospitalier versé par la sécurité sociale en vue de financer la gratuité des soins instaurée en 1974 a été adoptée, légitimant ainsi une autre pratique déjà établie[81]. Cette période coïncide également avec l'adoption par l'Algérie de ses premiers plans de développement soutenus par une augmentation significative des revenus pétroliers. Les pouvoirs publics ont procédé, alors, à l'inscription d'ambitieux programmes de réalisation d'infrastructures sanitaires, permettant la construction de plus de quarante hôpitaux dotés de moyens modernes et d'équipements lourds. Toutefois, bien que ces investissements aient amélioré la couverture nationale en lits, ils ont été marqués par l'absence d'une planification territoriale pertinente et parfois par une conception architecturale inadaptée aux spécificités hospitalières. De même, l'acquisition rapide des équipements lourds s'est effectuée sans une évaluation préalable de leur pertinence, de leur emplacement optimal et des besoins en personnel qualifié nécessaire à leur utilisation et à leur maintenance[82]. La dernière réforme significative de l'hospitalisation pendant cette période a été mise en œuvre en 1986 avec la promulgation du décret n°86-25, qui a accordé aux centres hospitalo-universitaires un statut autonome[83]. Jusqu'alors, ces structures n'étaient pas définies en

n°101 du 19/12/1976. La loi n°84-10 du 11 février 1984 relative au service civil, JORA n°7 du 14/2/1984 va mieux assoir ce dispositif.

[79] Le zoning est une politique adoptée par les pouvoirs publics algériens qui consiste, comme l'indique son nom, à imposer aux médecins de s'installer dans les zones où l'offre de soins est faible, dans une démarche d'équilibre régional.

[80] La création du secteur sanitaire a été évoquée la première fois dans l'article 9 du code de la santé publique précité qui l'a qualifié d'«entreprise socialiste ». Cependant, le texte d'application qui devait permettre cette consécration ne verra jamais le jour. Ce n'est qu'en 1981 que le secteur sanitaire a finalement été légalement institué, avec la promulgation du décret n° 81-242 du 5 septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires, JORA n°36 du 8/9/1981.

[81] La loi 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, JORA n°28 du 5/7/1983.

[82] KENNAS, Ibrahim, *Comparaison entre le développement du système hospitalier français et algérien : les questions éthiques de la transposition du management public hospitalier français en Algérie*, précité.

[83] Le décret n° 86-25 du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires, JORA n°6 du

tant qu'entités distinctes, et les services universitaires étaient rattachés aux secteurs sanitaires. Cette mesure a eu pour effet d'instituer des hôpitaux chargés d'une triple mission: les soins hautement spécialisés, l'enseignement et la recherche scientifique. Enfin, la réalisation la plus remarquable de cette époque réside dans la promulgation de la loi n°85-05 dite loi sanitaire. Ce texte qui fera l'objet d'un examen plus détaillé dans la suite de nos développements, se distingue, pour son époque, par sa rigueur tant sur le plan conceptuel que pragmatique. Sa structuration et son organisation moderne, tournées vers l'avenir, lui ont assuré une pérennité certaine pendant trois décennies.

La période s'étendant de 1987 à 2001 se révèle être une période particulièrement épineuse pour deux raisons majeures. Tout d'abord, elle est marquée par la chute abrupte des revenus de l'Algérie consécutive à la crise pétrolière de 1986, contraignant l'État à revoir à la baisse, voire à abandonner totalement, bon nombre de ses programmes de développement y compris ceux de la santé. En outre, cette crise a mis à rude épreuve la gestion du secteur public, qui peinait à assumer les dépenses de fonctionnement de ses établissements et l'entretien de ses équipements. Elle se traduit, également, par une forte pénurie de médicaments et des perturbations dans le déroulement des programmes nationaux de prévention, mettant ainsi en évidence les multiples faiblesses du secteur de la santé. Face à cette situation critique, l'État s'est vu contraint d'engager des mesures de réforme visant à promouvoir l'ouverture progressive du secteur à l'investissement privé en lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires dispensés dans les cabinets médicaux privés grâce à la suppression du « zoning »[84] ainsi qu'en autorisant l'ouverture de cliniques privés assurant des activités d'hospitalisation[85]. Il est essentiel de souligner que la réintroduction de la pratique médicale libérale ne découlait pas d'une planification stratégique mais plutôt de la nécessité de trouver une réponse rapide au déclin des prestations dispensées dans les établissements publics de santé, ce qui explique, d'ailleurs, le manque d'accompagnement du secteur libéral de santé et sa non légitimation jusqu'à ce jour[86]. Par ailleurs, le système de santé a plongé durant cette période dans une situation particulièrement éprouvante en raison du contexte politique et sécuritaire marqué par le terrorisme particulièrement meurtrier et destructeur qui a ébranlé l'Algérie à cette époque. En effet, des centaines de structures de soins ont été totalement

12/2/1986.

[84] Instruction n°00112/MSP/SG du 02 mars 1987 relative aux modalités d'installation des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens Dentistes, Généralistes et Spécialistes.

[85] Conformément au décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privés, JORA n°42 du 19/10/1988.

[86] Le tarif des actes pratiqués par le secteur libéral n'est pas réévalué par la sécurité sociale et de ce fait une grande partie des frais induits par la prise en charge des patients dans ce secteur demeure à leurs charges, ce qui le fait ressortir souvent de secteur sans moralité et accusé de mercantilisme.

détruites, tandis que d'autres ont été fermées et désertées par le personnel soignant, entraînant ainsi une réduction considérable de la couverture médicale dans certaines régions du pays[87]. Toutefois, en dépit de cette situation difficile de nombreuses actions ont été entreprises durant cette période dans le but d'inscrire le système de santé algérien dans la modernité et l'universalité. A cet égard, il a été procédé à la révision des statuts des établissements publics de santé par la mise en place des conseils d'administration réformant ainsi les pratiques de la gouvernance interne de ces établissements et redéfinissant les responsabilités en leur sein[88]. De plus, diverses structures et institutions de soutien indispensables à l'action du ministère de la Santé ont été mises en place[89]. Néanmoins, la régionalisation, prévue en tant qu'objectif principal de la répartition territoriale de l'offre de soins dans le cadre de la décentralisation et de la carte sanitaire, s'est arrêtée au stade de la création des conseils régionaux de la santé[90]. Il est évident que cette notion de régionalisation, particulièrement séduisante et porteuse de grands espoirs, ne peut avoir d'impact réel que si elle se calque sur une région administrative associée à une administration dotée de fonctions et de pouvoirs publics. Or les régions n'existent pas en Algérie et il s'avère complexe d'envisager la mise en place de régions uniquement pour le secteur de la santé. De plus, même si l'on suppose une telle faisabilité, il reste difficile de prendre en compte les divers déterminants régionaux et sociaux de la santé sans la présence de partenaires institutionnels régionaux. Enfin, la déontologie médicale réintroduite par la loi n°90-17 du 31 juillet 1990 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé devient effective par la promulgation du décret 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale[91].

La période de 2002 à 2018 a été marquée par une dynamique de réforme hospitalière, favorisée par le retour à la paix facilité par la politique de concorde nationale, ainsi que par une

[87] TADJ, Meziane, *Le système de santé en Algérie*, précité.

[88] Nous reviendrons en détail sur cette réforme dans la deuxième partie de notre recherche, titre I, premier chapitre.

[89] Ces instituions sont : Le laboratoire national contrôle produits pharmaceutiques (LNCPP) par décret exécutif n°93-140 du 14 juin 1993, JORA n° 41 du 20/6/1993; L'institut Pasteur d'Algérie (IPA) érigé en établissement public à caractère industriel et commercial par décret exécutif n°94-74 du 30 mars 1994, JORA n° 19 du 10/4/1994; La Pharmacie centrale hôpitaux (PCH) par décret exécutif n°94-293 du 25 septembre 1994, JORA n° 63 du 05/10/1994; L'Agence nationale pour le développement et la recherche en santé (ANDRS) par décret exécutif n°95-40 du 28 janvier 1995, JORA n° 06 du 08/2/1995; L'Agence nationale de sang (ANS) par décret exécutif n°95-108 du 9 avril 1995, JORA n° 21 du 19/4/1995; L'Agence nationale de documentation et de la recherche de la santé(ANDS) par décret exécutif n° 95-319 du 14 octobre 1995, JORA n° 34 du 18/10/1995; L'Institut national pédagogique formation paramédicale (INPFPM) par décret exécutif n°96-148 du 27 avril 1996, JORA n° 27 du 5/5/1996; Le Centre national pharmacovigilance(CNPV)par décret exécutif n°98-192 du 3 juin 1998, JORA n° 39 du 7/6/1998; Le Centre national de toxicologie(CNT) par décret exécutif n° 98-188 du 2 juin 1998, JORA n° 38 du 3/6/1998.

[90] Conformément au décret 97-262 du 14 juillet 1997 portant création, organisation et fonctionnement des conseils régionaux de la santé, JORA n° 47 du 16/7/1997.

[91] Le décret 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale, JORA n° 52 du 8/7/1992.

conjoncture économique favorable. Ces éléments ont constitué des facteurs propices à l'adoption de politiques de réforme dans le secteur de la santé. Le département ministériel de la santé a changé d'appellation pour devenir le ministère de la santé et de la réforme hospitalière, et un conseil national de la réforme a été installé[92], marquant ainsi le début d'une politique de réforme ambitieuse. Cette politique visait principalement à planifier et organiser l'offre de soins dans les établissements de santé par la mise en place d'une nouvelle organisation sanitaire qui prend en considération les différentes modalités de prise en charge des patients, incluant une séparation entre les établissements hospitaliers et ceux assurant des soins de base[93]. Cette mesure avait pour objectif de favoriser une approche de santé de proximité et de supprimer la notion de bassin de population, qui entraînait une fragmentation du système de santé. Diverses actions ont été entreprises pour moderniser et améliorer la qualité des services hospitaliers, dans le but d'humaniser et de sécuriser les prestations offertes. De plus, un cadre réglementaire a été instauré pour régir la création et le fonctionnement des établissements privés de santé[94]. Par ailleurs, la notion de service public a été consacrée en tant qu'instrument essentiel dans le domaine de la santé, afin de favoriser une meilleure coordination entre le secteur public et privé[95]. Dans cette optique, des activités d'intérêt général ont été confiées aux structures privées de santé. Enfin, il a été créé un cadre législatif qui consacre les droits des patients à travers la promulgation d'une nouvelle loi de santé. Cette période était, à notre sens, la plus opportune, en termes de moyens[96], pour entreprendre des réformes substantielles. Le contexte social était également propice à l'application de réformes, les citoyens ainsi que les acteurs de la santé, émergeant d'une longue période d'insécurité et de lutte quotidienne

[92] Un conseil national de la réforme a été installé officiellement par le Ministre de la santé et de la réforme hospitalière le 15 aout 2002. Le Conseil a organisé son travail autour de six dossiers « Besoins de santé et demande de soins », « structures hospitalières », « ressources humaines », « ressources matérielles », «financement » et « intersectorialité », sur http://www.santemaghreb.com/actualités/0703/0703-27.htm.

[93] Conformément au décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, JORA n°33 du 20/5/2007.

[94] Le décret exécutif n° 07-321 du 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés, JORA n°67 du 24/10/2007.

[95] En vertu des articles 311 et 312 de la loi de santé 18-11 précitée.

[96] L'offre en soins en matière de structures était conséquente avec 283 hôpitaux publics (dont 14 CHU, 1 EHU, 5 EH, 68 EHS, 195 EPH), 7.022 structures de proximité (271 EPSP, 1.375 polycliniques, 5.376 salles de soins), 330 structures privées et 111 centres d'hémodialyse. Soit un global de 68.154 lits et donc un ratio de 1 lit pour 500 habitants, ce qui représente une couverture globale en lits très satisfaisante, bien que disparate entre les wilayas. L'offre en soins en matière de ressources humaines était également conséquente avec un total de 48.991 professionnels médicaux (522 professeurs, 183 docents, 2.658 maîtres-assistants, 13.132 spécialistes, 13.390 généralistes, 7.276 pharmaciens, 10.422 chirurgiens-dentistes, 1.408 parapublics dont 819 au niveau CNAS. Soit un ratio de 1 médecin pour 908 habitants. La couverture financière était idéale avec un budget multiplié par 4 entre 2000 et 2010 (fonctionnement et équipement) : 64,149 milliards de DA dont 20,54 de la CNAS en 2000 pour 233 milliards de DA dont 38 de la CNAS en 2010. TADJ, Meziane, *Le système de santé en Algérie*, précité.

pour la survie, étaient psychologiquement enclins à accepter tout changement susceptible de restaurer un climat de tranquillité, surtout si ce dernier est porteur d'une meilleure couverture sanitaire. Pourtant, de nombreuses questions d'une importance capitale pour l'efficience et l'efficacité du système de santé sont restées en suspens, et les réformes mises en œuvre en la matière se sont limitées à des ajustements mineurs sans effets directs sur l'amélioration de la prise en charge des patients. Leur unique qualité réside dans leur capacité à différer les problèmes de fond[97]. En effet, des problématiques telles que la gratuité des soins, le financement de la santé, la contractualisation, les disparités régionales en matière de couverture sanitaire et de soins de haut niveau, la complémentarité public-privé ainsi que la mise en place d'un système national d'information sont autant de chantiers qui demeurent encore en suspens et requièrent une réforme plus profonde voire radicale. En conséquence, la situation du secteur ne satisfait aucun des acteurs impliqués et ne répond pas à l'aspiration au changement régulièrement exprimée notamment par les patients dont les attentes croissantes portent aussi bien sur le respect de leurs droits, la réaffirmation des obligations des établissements et des professionnels de santé ainsi que sur l'efficacité des procédures devant être engagées pour répondre aux défaillances de ces derniers.

La période actuelle, débutée en 2018 avec la promulgation de la nouvelle loi de santé, était censée marquer l'achèvement de la réforme hospitalière par la mise en place des textes d'application nécessaires à la pleine mise en œuvre de cette loi. Elle devait également résoudre d'autres défis, en tête desquels figurait le statut des établissements publics de santé[98], élément déterminant pour les réformes structurelles et organisationnelles de ces institutions, et pour une gestion rationnelle et effective. Cependant, la pandémie de la Covid-19, dont les conséquences étaient à la fois sanitaires,

[97] Les réformes en la matière se sont limités à : Pour la gratuité à la promulgation des décrets exécutifs n° 01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux et n° 04-101 du 1er avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé, J.O n°20 du 4 avril 2004). En matière de contractualisation, la simulation lancée en 2003 a été un échec total. A ce jour l'approche du forfait par pathologie n'a pas été entamée, les hôpitaux ont des ressources propres minimales. La non-révision de la nomenclature et la tarification des actes de soins paralyse l'activité du secteur privé, KHIATI, Mostefa, *La santé en Algérie*, précité.

[98] « *Les établissements publics de santé sont des établissements à caractère administratif. Les limites de cette catégorie juridique d'établissements ont pesé lourd sur l'activité de ces structures, sur leur efficacité et leur rendement. Leurs gestionnaires évoquent souvent l'ampleur des effets résultant de ce statut sur la gestion des deniers publics, sur l'accomplissement de leurs missions et notamment sur la prise en charge du malade. Ce mode de gestion de l'établissement public se caractérise par : - une fonction publique rigide et compliquée au vu de la mission et de la particularité du mode d'intervention du secteur de la santé ; - une comptabilité publique, ajoutée aux formes administratives de la tutelle et d'interférence sur les activités de l'établissement public de santé ont engendré une évolution inacceptable menant, plus souvent, vers des conflits, et de voies de blocage ; - une finalité s'appuyant, légalement, sur le suivi des formalités administratives, justifiées plus que sur la réalisation des résultats et la concrétisation des objectifs ; - une croissance souvent injustifiée des dépenses de santé au niveau des structures de santé due particulièrement à l'absence d'un schéma d'organisation des activités de santé, celui-ci devrait déterminer le niveau de régulation et d'intervention des pouvoirs publics ; - une utilisation irrationnelle des moyens et des ressources* », SAIHI, Abedelhak, « L'établissement public de santé : quête d'une nouvelle catégorie juridique», *Idara*, vol 17, n°2, 2007, pp 93-100.

économiques et sociales, a retardé ce processus, plongeant le secteur dans une sorte de paralysie pendant plus de deux années. Il est attendu aujourd'hui des pouvoirs publics algériens de trouver les moyens permettant d'utiliser efficacement les investissements financiers consentis par l'État dans le domaine de la santé, et d'établir un cadre garantissant la qualité et l'équité du système de soins. Assurément, l'État est confronté aujourd'hui à des défis majeurs en termes de stabilité nationale et de gestion d'enjeux géostratégiques régionaux, toutefois, il doit également trouver des solutions pour ce secteur, techniquement spécialisé mais socialement sensible, représentant un enjeu sociétal et politique primordial.

2. La loi de santé algérienne

Avant d'aborder la législation algérienne relative à la santé, il nous semble pertinent d'évoquer brièvement la formation du droit algérien en analysant les dynamiques de sa formation et les influences des différents systèmes juridiques qui l'ont marqué, pour mieux saisir son fonctionnement. La doctrine a eu un intérêt soutenu pour la question de la constitution du droit algérien. Certains travaux se sont exclusivement consacrés à ce sujet[99], tandis que d'autres l'ont traité de manière plus indirecte[100]. Malgré les variations et les perspectives différentes, il existe un consensus parmi les chercheurs sur plusieurs aspects distinctifs du droit algérien. Nombreux sont les auteurs qui soulignent son caractère syncrétique et parfois conflictuel, reconnaissant toutefois qu'il est principalement influencé par le droit français, au point de le qualifier de droit « *d'emprunt* »[101].

Au lendemain de l'indépendance, il était logique que l'influence du droit colonial puisse décliner. Néanmoins, ce dernier a continué à jouer un rôle central, servant souvent de modèle principal et étant parfois même directement appliqué. Des aspects tels que la distinction fondamentale entre droit public et droit privé, la dualité juridictionnelle, la gestion des biens domaniaux ainsi que les problématiques majeures du droit administratif, illustrent clairement cette

[99] BABADJI, Ramdane, « Le syncrétisme dans la formation du système juridique algérien », dans, *Politiques législatives: Égypte, Tunisie, Algérie, Maroc*, CEDEJ, 1994, pp 19-33; HAMROUCHI, Noureddine, *Le droit algérien entre mimétisme et créativité*, Thèse en droit, Nice, 1990; KHALFOUNE, Tahar, « Système juridique en Algérie – Un pluralisme normatif désordonné», *Revue internationale de droit comparé*, vol 67, n°2, 2015, pp 409- 436; MAHIOU, Ahmed, « Rupture ou continuité du droit en Algérie», *Revue algérienne des sciences juridiques, politiques et économiques (RASJEP),* n° spécial, 1982, pp 107-135; MAHIOU, Ahmed, « Les séquences du changement juridique en Algérie. Cinquante ans de droit (1962-2012)», *Insaniyat*, vol 57, 2012, pp 73-89.

[100] AUTIN, Jean-Louis, *Le droit économique algérien : l'examen des institutions juridiques au service de l'analyse de la formation sociale*, Thèse, droit public, Université de Montpellier I, 1976; LATOURNERIE, Marie-Aimée et KHAKFOUNE, Tahar, « Le domaine public en droit algérien : réalité et fiction », *Revue Internationale de Droit Comparé*, vol 57, n°2, 2005, pp. 547-550.

[101] CHALABI, El Hadi, « Culture juridique et modernité en Algérie », *Awal, Cahiers d'études berbères*, n° 16, 1997, p 15. Voir aussi CHALABI, El Hadi, « droit et politique : l'exemple algérien », dans, *L'Algérie contemporaine: Bilan et solutions pour sortir de la crise*, éd. L'Harmattan, 2000, p. 20.

influence constante qui s'exerce encore aujourd'hui sur le droit algérien, plus de soixante ans après l'indépendance du pays[102]. Cette persistance s'explique principalement par trois facteurs clés. Le premier réside clairement dans la décision du législateur algérien de reconduire après l'indépendance les normes françaises existantes pendant la période d'occupation. Assurément, le droit algérien a été fortement marqué par la loi du 31 décembre 1962, qui a explicitement prolongé l'application de la législation antérieure « jusqu'à nouvel ordre»[103]. Toutefois, ce texte législatif qui a maintenu l'ordre juridique précédent, a introduit certaines modifications nécessaires pour refléter la souveraineté nouvellement acquise de l'Algérie. Il est essentiel de noter que les normes contraires à la souveraineté nationale, celles à caractère colonialiste ou discriminatoire, ou celles susceptibles de compromettre les libertés démocratiques n'étaient pas incluses dans cette reconduction[104]. Cette précision de taille a permis d'éviter toute interprétation ambiguë en « *laissant supposer que l'ordre juridique français pouvait être assez aisément débarrassé de ses scories coloniales* »[105]. L'annulation de cette reconduction a été considérablement retardée car malgré l'abrogation officielle de la loi du 31 décembre 1962 au 5 juillet 1973[106], l'applicabilité des normes françaises a continué à être en vigueur jusqu'au 5 juillet 1975[107] ; cette période devant servir au remplacement de tous les textes. Toutefois, « *compte tenu de la tâche à accomplir, ce délai s'est vite révélé trop présomptueux. En fait, à la dite date, la plupart des textes n'ont pas été remplacés, malgré le forcing pour respecter l'échéance et ils ne l'ont été qu'avec des retards variables allant de quelques mois à quelques années* »[108]. A travers cette approche, le législateur algérien a clairement établi le principe de réception de la législation antérieure. En effet, nombreux sont les auteurs qui

[102] HENRY, Jean-Robert, « 9. Le passage du droit colonial à son histoire dans l'Algérie de l'indépendance », dans, *Faire l'histoire du droit colonial. Cinquante ans après l'indépendance de l'Algérie.* Karthala, 2015, pp. 225-239.

[103] Loi n° 62-157 du 31 décembre 1962 reconduisant la législation antérieure à l'indépendance, JORA n°2 du 11/1/1963.

[104] Conformément à l'article 2 de la loi n° 62-157 précitée qui dispose que: « tous les textes et dispositions portant atteinte à la souveraineté intérieure ou extérieure de l'Etat algérien ou d'inspiration colonialiste ou discriminatoire, tous les textes ou dispositions portant atteinte à l'exercice normal des libertés démocratiques sont considérés comme nuls et non-avenus ».

[105] HENRY, Jean-Robert, « 9. Le passage du droit colonial à son histoire dans l'Algérie de l'indépendance », précité p 226.

[106] En vertu de l'ordonnance n°73-29 du 5 juillet 1973 portant abrogation de la loi n° 62-157 du 31 décembre 1962 tendant à la reconduction jusqu'à nouvel ordre de la législation en vigueur au 31 décembre 1962, JORA n°62 du 3/8/1973.

[107] L'article 4 de l'ordonnance n°73-29 précitée dispose que: « *La présente ordonnance prendra effet à compter du 5 juillet 1975 et sera publiée au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire*».

[108] MAHIOU, Ahmed, « Les séquences du changement juridique en Algérie. Cinquante ans de droit (1962-2012), précité.

estiment qu'il s'agit là d'un véritable phénomène de réception plutôt que d'une simple influence du droit français et considèrent qu'il est tout à fait justifié d'affirmer que l'examen de tout sujet de droit public, en particulier, nécessite de prendre en compte, même de manière indirecte, les dispositions de cette loi[109]. Le deuxième élément expliquant la persistance de l'influence du droit français concerne l'impact de l'École de droit d'Alger. Cette institution, « *créée il y a plus d'un siècle par la loi du 20 décembre 1879 sous l'impulsion de Paul Bert, a joué un rôle clé dans la propagation de la culture juridique française en Algérie. Dès 1883, douze étudiants de cette école ont réussi les épreuves de troisième année de licence à la faculté de droit d'Aix-en-Provence, ce qui a permis à l'École de droit d'Alger d'être habilitée dès 1885 à organiser localement les examens de licence en droit. Par décret du 31 décembre 1889, elle a également obtenu le droit de délivrer un certificat d'études spécialisées en législation algérienne, droit musulman et coutumes locales. En 1909, elle a été reconnue comme faculté de droit, bénéficiant d'un statut équivalent à celui des facultés métropolitaines*»[110]. Le développement notable de cette faculté doit beaucoup à l'engagement de ses professeurs et enseignants, qui ont formé des générations de juristes algériens imprégnés de la pensée juridique française perpétuant ainsi son influence à travers le temps[111]. Enfin, le troisième facteur découle de la politique d'arabisation initiée par l'Algérie dont le droit fut l'une des premières disciplines ciblées. Les textes juridiques ont commencé à être rédigés et publiés à la fois en Arabe classique et en français. Toutefois, depuis le 27 janvier 1970, la version française porte expressément la mention « traduction française », faisant de celle en langue arabe la version officielle[112]. Dans sa démarche précipitée d'arabisation, le législateur algérien a eu recours à des droits de pays du Moyen-Orient, notamment le droit égyptien, qui n'était en réalité qu'une adaptation légère du droit français dans sa forme la plus ancienne[113]. Ainsi, sous la bannière de « l'algérianisation du droit », il a adopté en 1975 un Code civil[114] fortement inspiré du Code civil

[109] KHALFOUNE, Tahar, « Système juridique en Algérie – Un pluralisme normatif désordonné », précité. Voir aussi HENRY, Jean-Robert, « 9. Le passage du droit colonial à son histoire dans l'Algérie de l'indépendance », précité. Voir également MAHIOU, Ahmed, « Rupture ou continuité du droit en Algérie», précité.

[110] BASTIER, Jean, « L'enseignement du droit à Alger de 1879 à 1914 », dans, *Les Facultés de droit de province au XIXe siècle*. Tome 1, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2009, pp 519-542.

[111] Cette école a été dirigée par des professeurs tels que Dujarier, Estoublon et Morand. Parmi son corps enseignant, elle compte des éminents professeurs tels que François Borella, Henri Capitan, Claude Collot, Jacques Derrida, René-Jean Dupuy, Jean-Robert Henry, Pierre Lampué, Émile Larcher, Michel Miaille, Louis Milliot, Frederic Peltier et Jacques Robert. Voir BASTIER, Jean, « L'enseignement du droit à Alger de 1879 à 1914 », précité.

[112] MAHIOU, Ahmed, « Rupture ou continuité du droit en Algérie», précité.

[113] CALLIANO, O, « Le Code civil égyptien, véhicule pour la diffusion des modèles européens en Afrique », dans, *Dynamiques et finalités des Droits africains*, Économica, 1980, p. 53.

[114] L'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975 portant Code civil, JORA n°78 du 30/9/1975.

égyptien, qui est lui-même une copie du Code civil français de 1804[115]. Dans ce contexte, le professeur Ali Filali souligne que les nouveaux textes rédigés en Arabe ne sont en réalité que des duplications des textes français, et que les techniques employées dans le droit algérien sont également celles du droit français. Selon lui, il n'est pas exagéré d'affirmer que cette arabisation a contribué à perpétuer l'acculturation en facilitant la propagation et la diffusion des concepts juridiques français en langue arabe[116].

Bien que de nombreuses normes du droit algérien sont dérivées du système juridique français, il est important de souligner que d'autres aspects juridiques, adoptés juste après l'indépendance, se sont inspirés du droit islamique. Dans le domaine du droit privé, notamment pour les questions de droit de la personne et de la famille (mariages, successions, filiation) et de droit de la propriété, le droit islamique joue un rôle prédominant, minimisant ainsi l'influence du droit français. La *sharî'a* se distingue nettement en tant que système de droit privé et personnel, profondément enraciné et défini[117]. Par conséquent, les juristes en droit islamique tendent à privilégier le droit privé sur le droit public, ce dernier étant peu couvert par les textes coraniques et ayant suscité un intérêt moindre dans les recherches, le rendant principalement technique[118]. De ce fait, les jurisconsultes islamiques n'avaient initialement pas contesté l'adoption du droit public français par les pays musulmans après leurs indépendances[119] d'autant plus que cette adoption a été facilitée par la codification du droit public français simplifiant ainsi sa transposition. Cependant, il est essentiel de noter que le droit islamique ne constitue pas un droit national algérien proprement dit. Il s'agit plutôt d'un droit transnational et communautaire relevant de *la umma*, concernant plus de 25% de la population mondiale[120]. À cet égard, le droit algérien ne reconnaît pas le droit islamique comme sa source principale, et encore moins comme sa source exclusive contrairement à de nombreux autres

[115] FILALI, Ali, «Introduction générale», *Annales de l'Université d'Alger*, vol 21, n°3, 2012, pp 9-24.

[116] FILALI, Ali, « La codification du droit de la famille : une harmonisation aléatoire du droit algérien», dans, *Annales de l'Université d'Alger*, Actes du colloque internationale sur la cohabitation des systèmes juridiques dans le droit algérien et les approches régionales du droit, Alger 24 et 25 novembre 2015, volume 27, n°1, pp 89-128.

[117] SCHACHT, Joseph, *Introduction au droit musulman*, Maisonneuve & Larose, 1999, 250 p, p 13.

[118] Ahmed Mahiou estime que « *le droit public reste relativement négligé dans les études contemporaines du droit islamique. L'unique œuvre notable sur le Khalifat reste celle rédigé en langue arabe par Mawardi Abou l'Hassan Ali au XIe siècle traduits et annotés par E. FAGNAN sous le titre (les statuts gouvernementaux ou règles de droit public et administratif)*, MAHIOU, Ahmed, « Rupture ou continuité du droit en Algérie», précité.

[119] SUFI, Abu-Taleb, « La shari'a islamique et le droit positif dans les pays arabes : histoire et prospective», dans, *Politiques législatives: Égypte, Tunisie, Algérie, Maroc*, CEDEJ Égypte/Soudan, 1994, pp 137-156.

[120] MERVIN, Sabrina, « 4 .Le droit islamique et sa méthodologie (*fiqh* et *uṣûl al-fiqh*) », dans, *Histoire de l'islam*, Flammarion, 2016, pp. 79-99.

pays arabo-musulmans[121]. En effet, en vertu de l'article premier du Code civil algérien, un ordre hiérarchique des sources juridiques est établi, contraignant ainsi le juge à suivre la législation dans toutes les matières que couvrent directement ou implicitement ses dispositions. En l'absence de texte législatif, le juge doit se référer aux principes du droit musulman, et, à défaut de ceux-ci, à la coutume[122]. Par sa formulation, cet article structure donc clairement la hiérarchie des sources du droit, faisant appel aux principes du droit musulman uniquement en l'absence de législation ou de réglementation. Toutefois, en bonne logique juridique, ces principes doivent être conformes avec les autres normes nationales, en particulier la Constitution. Or, nous notons que « *le droit musulman est hors cette pyramide* »[123]. En effet, le code de la famille algérien, conforme aux préceptes de l'islam, qui autorise la polygamie, le droit de contrainte matrimoniale, la répudiation unilatérale et un système successoral différenciant les hommes des femmes, peut sembler en contradiction avec le principe constitutionnel d'égalité entre les deux sexes[124]. En réalité, cette apparente contradiction ne fait que souligner la complexité de l'intégration des sources religieuses dans l'ordonnancement juridique national et les défis liés à cette hiérarchisation de sources. En droit comme en fait, le système juridique algérien accorde au droit musulman un espace privilégié, englobant les aspects liés au mariage, à la famille, à la filiation et aux successions[125]. Il importe de préciser que le droit islamique s'applique également à d'autres aspects tels que les questions entourant la mort et les relations sexuelles, bien que ces dernières, fortement teintées de morale religieuse, soient davantage ancrées dans des principes moraux que strictement juridiques[126]. Par ailleurs, il est essentiel de noter que la domination de la *sharî'a* dans le cadre juridique national est protégée de toute critique en raison de la censure imposée tant par l'État lui-même que par les groupes d'opposition islamiste. Cela est particulièrement vrai avec l'ascension des mouvements islamistes qui visent à établir un État islamique et mettent en avant l'islamisation des normes juridiques comme revendication centrale[127].

---

[121] SUFI, Abu-Taleb, « La shari'a islamique et le droit positif dans les pays arabes : histoire et prospective», précité.

[122] L'article 1er de l'ordonnance n° 75-58, modifié et complété, précitée dispose: « *La loi régit toutes les matières auxquelles se rapporte la lettre ou l'esprit de l'une de ses dispositions. En l'absence d'une disposition légale, le juge se prononce selon les principes du droit musulman et, à défaut, selon la coutume. Le cas échéant, il a recours au droit naturel et aux règles de l'équité*».

[123] BABADJI, Ramdane, « Le syncrétisme dans la formation du système juridique algérien », précité.

[124] FILALI, Ali, « La codification du droit de la famille : une harmonisation aléatoire du droit algérien*»,* précité.

[125] Ibid.

[126] SAINT-PROT, Charles, « Le droit au cœur de l'Islam », *Société, droit et religion*, vol 2, n°1, 2012, pp. 143-153.

[127] LABAT, Séverine, « L'islamisme algérien, vingt ans après », *Confluences Méditerranée*, vol 76, n°1, 2011, pp. 137-153.

Il est également nécessaire de considérer l'impact des normes du droit socialiste introduites en Algérie dès 1963, marquant la naissance d'un nouveau droit à travers l'adoption de l'autogestion, inspirée du modèle yougoslave[128]. Cette période a vu les entreprises agricoles ainsi qu'une grande partie des entreprises industrielles et commerciales se détacher des régulations traditionnelles du Code civil et du code du commerce, pour être soumises à un nouveau régime où la gestion est confiée directement aux travailleurs. Des principes issus du droit de l'ex-URSS, tels que la réforme agraire[129], la planification, la gestion socialiste des entreprises, ou encore la politique de développement des industries industrialisantes[130] et le monopole étatique sur des secteurs clés comme les télécommunications, les transports, le commerce extérieur et la santé, ont également été intégrés[131]. Ce changement avait posé à l'époque des défis significatifs pour la coexistence de ces normes avec le droit français déjà établi[132]. Toutefois, à la fin des années 1980, sous l'influence des politiques du Fond Monétaire International et de la Banque Mondiale, l'Algérie a commencé à se détourner de ce modèle dirigiste vers la privatisation et la désétatisation, s'alignant ainsi sur les tendances de la mondialisation qui touchaient les pays en développement et les anciennes nations socialistes[133].

Ainsi, il ressort que l'examen du système juridique algérien met en lumière un droit marqué par un pluralisme normatif à la fois complexe et syncrétique, souvent qualifié par la doctrine de «

[128] Conformément aux décrets de mars 1963 relatifs à l'autogestion: Décret n°63-88 du 18 mars 1963 portant règlementation des biens vacants, JORA n°15 du 22/03/1963; décret n°63-95 du 22 mars 1963 portant organisation et gestion des entreprises industrielles et minières ainsi que des exploitations agricoles vacantes, JORA n°17 du 29/03/1963; décret n°63-98 du 28 mars 1963 déterminant les règles de répartition du revenu des exploitations et entreprises d'autogestion JORA n°17 du 29/03/1963.

[129] En vertu de l'ordonnance n°71-73 du 8 novembre 1971 portant révolution agraire, JORA n°97 du 30/11/1971.

[130] Le terme « industrie industrialisante » a été formulé par certains économistes (François Perroux, Gérard Destanne de Bernis) pour désigner le fait que certaines branches industrielles, lorsqu'elles existent, peuvent donner naissance à d'autres activités induites, donc favoriser des phénomènes d'industrialisation.

[131] CHALABI, El Hadi, « Droit, État et pouvoir de l'Algérie coloniale à l'Algérie indépendante », *NAQD*, vol 3, n° 2, 1992, pp. 35-47.

[132] Professeur Ahmed Mahiou estime que : « *Du fait de l'intrusion de l'État dans tous les rouages de l'économie et de la société, il y un développement considérable du droit économique qui remet en cause la division classique entre le droit public et le droit privé. C'est l'époque où le juriste se retrouve dans l'expectative, voire la perturbation, devant des évolutions et des transformations qui touchent aux catégories et notions habituelles les mieux établies du droit. Il suffit de prendre un exemple pour comprendre cette perplexité, celui du contrat. On sait que le droit français repose sur la distinction entre le contrat administratif et le contrat de droit privé ; cette distinction pose souvent des difficultés dans certaines situations mixtes et qui amène parfois le Tribunal des conflits à délimiter le domaine de chacun. En Algérie, avec la révolution agraire, c'est tout le secteur de l'agriculture et une partie du secteur industriel et commercial qui posent des problèmes de qualification et donc de compétence contentieuse* », MAHIOU, Ahmed, « Les séquences du changement juridique en Algérie. Cinquante ans de droit (1962-2012), précité.

[133] TERKI, Nour-Eddine, « Les aspects juridiques de la privatisation des entreprises publiques économiques », *Idara*, 2007, vol 17, n°2, pp. 63-91.

polysystémie juridique »[134]. Plusieurs types de rationalités juridiques, aux valeurs parfois contradictoires, y cohabitent, reflétant les multiples dynamiques sociales, politiques et économiques de l'Algérie et « *il est vain de chercher une articulation cohérente entre ces diverses règles* »[135].

En matière de santé, l'Algérie s'est dotée de sa première législation sanitaire quatorze ans après son indépendance en adoptant un code de la santé en 1976[136]. Ce texte, à forte tendance socialiste, rappelle dès son préambule les choix idéologiques à orientation socialiste opérés par l'Algérie, en particulier la législation relative à la gestion socialiste des entreprises ainsi que les différents textes règlementaires subséquents pris pour son application[137]. La mise en œuvre de ce code a été subordonnée à la promulgation de textes d'application variant entre décrets et arrêtés[138] dont beaucoup n'ont jamais été promulgués, notamment en raison de l'interruption de l'ancrage politico-institutionnel de la pensée socialiste en Algérie suite au décès du président Houari Boumediène en décembre 1978[139]. « *Le nouveau chef de l'Etat et son entourage entreprennent le démantèlement graduel de ce qui avait été édifié par son prédécesseur et l'option de type socialisante est abandonnée pour aboutir à une plus grande libéralisation de l'économie*» [140]en vue d'une insertion dans la mondialisation. Ainsi, la plupart des textes ont été progressivement remplacés pour répondre à la fois aux besoins d'une économie de marché et aux exigences des instances financières internationales. C'est dans ce contexte de réorientation économique et politique que le code de la santé a été abrogé par la loi n°85-05 relative à la protection et à la promotion de la santé. Promulguée en 1985, cette nouvelle législation, composée de 269 articles répartis en neuf titres, aborde des thèmes variés tels que la santé publique, l'épidémiologie, le personnel de santé, les produits pharmaceutiques, et le financement du secteur. Elle vise à établir les

[134] Ce terme a été utilisé la première fois par Rabah-Nour-Eddine, Saadi dans sa réflexion sur l'état de la science juridique en Algérie. Il a été repris après par plusieurs auteurs qui partagent ce point de vue notamment Ahmed Mahiou et Tahar. Khalfoune. Voir en ce sens, Saadi, RABAH-Nour-Eddine, « Quelques réflexions sur l'état de la science juridique en Algérie », *Revue algérienne des sciences juridiques, politiques et économiques*, vol 22, n° 1, 1985, pp. 7-23; MAHIOU, Ahmed, « Les séquences du changement juridique en Algérie. Cinquante ans de droit (1962-2012), précité et KHALFOUNE, Tahar, « Système juridique en Algérie – Un pluralisme normatif désordonné», précité.

[135] KHALFOUNE, Tahar, « Système juridique en Algérie – Un pluralisme normatif désordonné », précité, p 434.

[136] L'ordonnance n° 76-79 du 23 octobre 1976 portant code de la santé publique, précité.

[137] Notamment l'ordonnance n° 71-74 du 16 novembre 1971 relative a la gestion socialiste des entreprises, JORA n° 101 du 13/12/1971.

[138] Conformément à l'article 2 de l'ordonnance n°76-79 du 23 octobre 1976 précitée qui dispose que : « *Les modalités d'application de la présente ordonnance seront précisées, en tant que de besoin, par décrets et arrêtés* ». L'ordonnance renvoi à plus de 45 textes d'application entre décrets et arrêtés.

[139] TADJ, Meziane, *Le système de santé en Algérie*, précité.

[140] AIT-CHAALAL, Amine, « L'Algérie depuis 1962 : retour sur une histoire contrastée », *Revue internationale et stratégique*, volume 46, n°2, 2002, pp. 61-72.

dispositions fondamentales en matière de santé et à concrétiser les droits et devoirs relatifs à la protection et à la promotion de la santé de la population[141]. Cette loi a également introduit plusieurs outils juridiques essentiels notamment en matière de planification sanitaire, d'intersectorialité, de développement de la prévention et d'organisation du système de santé. Amendée cinq fois en trente-trois ans, elle a subi des révisions majeures concernant notamment la pratique médicale libérale, la déontologie médicale et la gestion des produits pharmaceutiques[142]. Des voies se sont alors élevées pour en signaler les limites et lacunes, en particulier celles qui concernent les droits des patients et pour appeler à l'adoption d'une nouvelle loi sanitaire.[143].

Dans de nombreux pays, l'adoption d'une nouvelle loi sanitaire est souvent précédée par des mois de débats techniques et politiques, soutenus par des données chiffrées et des analyses détaillées fournies par les autorités de santé, différents groupes d'experts ainsi que par les représentants des parties concernées, y compris le mouvement associatif. Or, en Algérie, il n'y a pas eu de bilan critique publié sur les réalisations et les limites du système de santé sous l'égide de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 en amont du projet de la nouvelle loi de santé[144]. Un tel bilan aurait permis une meilleure compréhension des limites de la législation existante et des nécessités de sa réforme. Certes, des assises régionales et nationales de la santé ont été tenues en 2014 et 2015 entrainant de larges discussions[145].Cependant, il est important de noter, que seulement une partie des recommandations et des résultats de ces assises a été publiée sur le site du ministère de la Santé. De plus, les débats et les recommandations ont souvent reposé sur des expériences et des perspectives partielles, faute de données nationales précises et d'analyses fiables pour éclairer pleinement les acteurs du système de santé sur les questions fondamentales du secteur. Aussi, il a été simplement reconnu et déclaré que le système de santé ne répondait plus aux attentes des patients, alimentait le mécontentement des professionnels, souffrait de rigidités organisationnelles historiques et faisait face à des tensions financières croissantes[146].

---

[141] Conformément aux dispositions de 1er article de la loi n°85-05 précitée.

[142] La loi n°88-15 du3 mai 1988, JORA n°18 du 4/5/1988 (réintroduction de la pratique libérale); La loi n° 90-17 du 31 juillet 1990, JORA n°35 du 15/8/1990 (réintroduction de la déontologie médicale); La loi 98-09 du 19 août 1998, JORA n°61 du 23/8/1998 (service civil et activité complémentaire); La loi 08-13 du 20 juillet 2008, JORA n°44 du 3/8/2008 (produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux); L'ordonnance 06-07 du 15 juillet 2006, JORA n°47 du 19/7/2006.

[143] BELKHAOUANE, Ghizlane, *«* Les droits des patients en Algérie entre le vide législatif et la nécessité de mettre en place de nouveaux mécanismes pour améliorer leur prise en charge-étude comparative*», Revue de droit public algérien et comparé*, vol 4, n°1, 2018, pp 95-102, (article en Arabe).

[144] GUENDOUZ, Mohamed, *«* L'évolution de la législation sanitaire algérienne*», Revue algérienne des sciences juridiques et politiques*, vol 55, n°3, 2018, pp 167-176, (article en Arabe).

[145] Cette question sera abordée dans la deuxième partie, titre I relatif à la gestion participative.

[146] KEDDAR, Miloud, *«* Remarques préliminaires sur l'avant-projet de loi sanitaire*», Les Cahiers du GRAS*, n°6, 2015, pp

C’est dans ce contexte caractérisé par des consultations préliminaires limitées et un diagnostic insuffisant que la nouvelle législation sanitaire, intitulée « loi relative à la santé », a été promulguée. Composée de quatre cent cinquante articles, elle marque une expansion significative par rapport à la législation précédente, doublant pratiquement le nombre d'articles. Cette inflation souligne l'ambition du législateur de promulguer un texte clairement écrit et juridiquement solide caractérisé par son exhaustivité et son efficacité. Toutefois, malgré son volume, la loi est structurée en neuf titres qui, par leur distribution et leur traitement des sujets, révèlent un certain déséquilibre. Alors que certains thèmes sont abordés en profondeur, comme celui de la santé mentale, d'autres, tels que les soins palliatifs, sont seulement mentionnés de manière lapidaire[147]. Elle réitère certains principes fondamentaux du système de santé algérien, tels que l'importance de la prévention, le rôle de l'État dans la garantie des soins préventifs et de base, l'assurance de l'accès universel aux soins, la protection des groupes vulnérables, et la structuration des soins à travers des programmes nationaux et une planification sanitaire. La loi introduit également des concepts et des stratégies relativement nouvelles, comme la création de l'agence nationale des produits pharmaceutiques, l'introduction des comptes nationaux de la santé, l'évaluation et l'accréditation des établissements de santé ainsi que l’obligation qui leur est faite d'adopter des projets d'établissements et des contrats d'objectifs et de moyens. Elle assoie aussi la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé en matière de prestations sanitaires ainsi qu’une coopération nationale ou internationale en vue de répondre à certains besoins de santé. De plus, il s'agit du premier texte législatif algérien à consacrer un chapitre entier aux droits des patients. Auparavant, ces droits n'étaient certes pas totalement ignorés, mais ils étaient dispersés à travers divers textes, notamment le code de déontologie médicale dont la valeur juridique est inférieure à celle d’une loi. Ce dernier impose des obligations auxquelles doivent se conformer les professionnels de santé sans que les droits qui découlent de ces obligations ne soit affirmés de manière positive. Toutefois, certains aspects critiques, comme la gouvernance des établissements publics, la gestion des ressources humaines, la capacité à administrer un système de santé de plus en plus complexe et diversifié, et la notion de transparence sont soit sous-estimés soit abordés de manière traditionnelle sans tenir compte suffisamment des leçons du passé et des expériences internationales. De même, le financement du système de santé est abordé de façon assez classique, avec une simple énumération des sources de financement et des modalités d’allocation des ressources.

La loi est relativement silencieuse ou lacunaire sur plusieurs aspects, notamment sur les dispositions relatives au système d'information qui sont insuffisamment détaillées et manquent de

---

32-42.

[147] Plus de 39 articles sont dédiés à la santé mentale alors que trois articles sont consacrés à la question des soins palliatifs.

clarté. Cette lacune est d'autant plus préoccupante étant donné la gestion actuelle du système de santé, qui souffre d'un manque de données précises et fiables sur diverses dimensions telles que l'état de santé de la population, l'offre et la demande de soins, l'efficacité des structures et des programmes de santé, les ressources utilisées, les coûts des interventions et les financements. Un autre domaine peu couvert par la loi est la gestion des conflits d'intérêts, qui affectent profondément le système de santé en Algérie en raison des importants enjeux économiques et financiers. Ce problème ne se limite pas uniquement au secteur pharmaceutique mais touche une large partie des composantes et des acteurs du système. Il est essentiel d'établir des normes législatives qui renforcent les principes de probité, de loyauté, et de confidentialité déjà présents, en y ajoutant des principes d'indépendance, d'impartialité et d'objectivité pour guider l'action des personnes en position d'autorité ou chargées de missions de santé publique ou de gestion des établissements de santé. En outre, la nouvelle loi omet également de traiter la problématique de la gestion des conflits qui peuvent surgir entre les patients et les établissements de santé qui les prennent en charge. Ce silence constitue une lacune significative dans la mesure où l'instauration de tels mécanismes contribuerait notablement à améliorer la relation de confiance entre les patients et les prestataires de soins et lutter contre la défiance exprimée à l'égard de ce système et de ses acteurs. De plus, la loi ne reconnaît pas suffisamment les droits collectifs des patients. La création d'espaces où les voix des malades peuvent être entendues et transformées en actions concrètes serait une avancée significative pour la défense des droits individuels des patients et un moyen efficace de prévention de la conflictualité qui prévaut dans le secteur.

Par ailleurs, il importe de souligner que la vision prospective fait défaut dans la nouvelle loi sanitaire. Pour rappel, une nouvelle loi ne devrait pas seulement viser à corriger les lacunes de la législation précédente, mais aussi anticiper et préparer le cadre législatif pour les évolutions futures. Une loi efficace doit prévoir et réguler les scénarios possibles pour les dix à vingt prochaines années, afin de minimiser le besoin de révisions constantes. Elle devrait être prospective, en tenant compte des évolutions prévues dans le domaine de la santé et ses multiples facettes. Cela inclut l'évaluation des impacts des changements démographiques et médicaux, des transitions sanitaires et socio-économiques, des implications de la mondialisation, des avancées techniques, des progrès dans les sciences médicales, ainsi que des nécessités d'une gestion plus participative et de nouvelles formes de gouvernance des établissements de santé, sans oublier les enjeux éthiques et déontologiques émergents. Or, une telle approche permettant de déterminer clairement les défis à relever et les opportunités à saisir pour les années à venir est absente dans la nouvelle loi relative à la santé. L'un des exemples le plus flagrant de cette lacune est, sans doute, la question des sanctions

financières prévues en cas de manquements à certaines de ses dispositions[148]. En effet, la loi spécifie des montants fixes, en dinars, à titre de pénalités pour réparer ces manquements. Bien que cela reflète l'importance accordée à ces règles, l'approche de fixer des montants invariables est problématique notamment dans un contexte économique marqué par une dévaluation continue de la monnaie nationale. Aussi, la pertinence et l'efficacité de telles pénalités peuvent rapidement s'éroder, remettant en question la durabilité de la mesure.

Enfin, la nouvelle loi de santé multiplie les renvois au pouvoir réglementaire afin qu'il définisse les modalités pratiques de sa mise en œuvre[149]. Toutefois, l'absence d'un calendrier prévisionnel pour la publication de ces textes réglementaires lors de la rédaction de la loi a retardé son application effective[150]. Cette situation rend l'entrée en vigueur de la loi largement dépendante de la volonté, voire de la capacité, du ministère de la Santé à produire rapidement les textes d'application nécessaires. Par conséquent, plusieurs aspects importants de la loi restent partiellement applicables.

Après la présentation du cadre et de l'objet de la recherche, il convient d'exposer la problématique retenue pour la recherche.

III. Exposé de la problématique de la recherche

L'exposé de la problématique sera structuré autour de trois éléments. Il s'agira, tout d'abord, d'annoncer la problématique de la recherche **(1)** pour décrire ensuite l'approche retenue pour y répondre et les problèmes auxquelles cette étude a été confrontée **(2)** avant d'exposer le plan **(3).**

1. La problématique de la recherche

L'institution des droits des patients dans la législation algérienne découle de la volonté du législateur, représentant de la souveraineté nationale, de placer le patient au cœur du système de santé et d'apporter des changements significatifs dans sa prise en charge dans le but de répondre efficacement aux mises en cause récurrentes et aux controverses émises par les patients à l'encontre de ce système et de ses acteurs[151].

Or, force est de constater que les situations conflictuelles perdurent en particulier au sein des établissements publics de santé, en raison de divers facteurs. Tout d'abord, la complexité de la mise

[148] Voir les articles de 400 à 441 de la loi n°18-11 précitée.

[149] La loi renvoie à 111 textes d'application devant être fixés par voie règlementaire.

[150] MAKHLOUF, Hicham, *«* Analyse de la loi n° 18-11 relative à la santé : entre progrès et lacunes*», Annales de l'Université d'Alger*, vol 35, n°1, 2021, pp 66-82, (article en Arabe).

[151] GUENDOUZ, Mohamed, *«* L'évolution de la législation sanitaire algérienne*»,* précité.

en œuvre pratique des droits des patients sur le terrain entrave leur effectivité car celle-ci ne résulte pas uniquement de « *la possibilité de s'en prévaloir en justice* »[152]. En effet, en dépit de la consécration des droits des patients dans la législation, leur application au quotidien est souvent compromise par leur interprétation erronée ou leur connaissance partielle. Bien que ces droits soient universels et ne devraient en aucun cas être ignorés ni des professionnels de la santé, ni des patients et usagers de ce système, des lacunes persistent[153]. Dans de nombreux cas, les déclinaisons de certains droits restent fortement méconnues entraînant une inapplication partielle voire totale de ces derniers. A titre illustratif, beaucoup de patients, ne sont pas informés que le droit au respect de la dignité de la personne humaine vaut aussi pour la prise en charge de la douleur, leur conférant, ainsi, le droit d'accéder à des traitements permettant de soulager leur souffrance[154]. De la même manière, le droit au respect du secret professionnel est communément reconnu, bien que peu de patients soient au fait que la transmission aux membres de leurs familles d'informations concernant leur état de santé, de leur vivant ou postérieurement à leur décès, obéit à un encadrement précis et ne concerne pas, par principe, l'ensemble des informations figurant dans leur dossier médical[155]. L'insuffisante compréhension des droits des patients concerne également les professionnels de la santé, certains d'entre eux évoquant l'imprécision du vocabulaire juridique. Ainsi, à l'heure où nous rédigeons cette thèse, des questions sur le droit de consentir ou surtout de ne pas consentir à un traitement ou à un acte médical continuent encore à être posées dans le milieu professionnel médical algérien, amplifiées par des scandales qui défrayent l'actualité sanitaire nationale[156]. La méconnaissance du rôle et de la place des membres de la famille et des proches des patients dans la relation de soin, en fonction de leur qualification juridique respective (autorité parentale, représentant légal, tuteur ou ayants-droit), est un aspect très complexe qui constitue, à son tour, une source particulièrement génératrice de conflits[157].

En outre, la dégradation des conditions matérielles d'hospitalisation et d'accueil dans les établissements publics de santé algériens, qui constituent un soutien essentiel à la mise en œuvre des droits des patients, contribue de manière significative à cette conflictualité. En effet, cette réalité

[152] MOQUET ANGER, Marie-Laure, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », précité.

[153] MAKHLOUF, Hicham, *«* Analyse de la loi n° 18-11 relative à la santé : entre progrès et lacunes*»*, précité.

[154] Conformément aux dispositions de l'article 286 de la loi n°18-11 précitée.

[155] Conformément aux dispositions de l'article 25 de la loi n°18-11 précitée.

[156] Y. TERKMANE, *« maitre Sellini, bâtonnier d'Alger, et le consentement du malade* », TSA, 17/12/2022 sur https://www.tsa-algérie.dz/Maître Sellini, bâtonnier d'Alger, et le consentement du malade-TSA (tsa-algerie.dz), consulté le 21/12/2023.

[157] KHELLAFI, Rabiâa, *Droits des patients au sein des pratiques médicale-Etude comparée-*, Thèse, droit privé, Université Abou Baker Belkaid de Tlemcen, 2018, p 22, (thèse en Arabe).

préoccupante du système sanitaire algérien[158], remet en cause la fragilité du caractère hospitalier de ses structures. Assurément, en des moments de vulnérabilité que constitue la maladie, chaque personne souhaiterait bénéficier d'une attention particulière et de conditions d'hospitalisation respectant sa fragilité. Le patient est en droit de s'attendre, lors de sa prise en charge, non seulement à la compétence des soignants, au respect de ses droits mais également à la qualité de l'accueil et du confort qui lui sont réservés, sans avoir à faire de compromis entre ces différents aspects. L'affaiblissement de l'hospitalité de ce lieu de soins et de vie suscite des sentiments d'appréhension ou de malaise chez les patients qui bien souvent regrettent qu'il ne soit pas possible « *de déposer l'organe malade avant d'aller faire un tour pendant que l'hôpital s'affaire à le réparer* »[159].

Enfin, le défaut de volonté politique pour affirmer pleinement certains droits des patients contribue également à l'aggravation des conflits qui les opposent aux professionnels et établissements de santé qui les prennent en charge[160]. En effet, la législation algérienne est restée peu explicite, voire silencieuse sur certaines questions majeures. Cette opacité entraine une latitude d'interprétation variable chez les professionnels de santé, engendrant fréquemment des incertitudes et des conflits. En guise d'exemple, la nouvelle loi de santé a passé sous silence les modalités destinées à favoriser la délivrance de l'information aux malades, omettant de faire référence à l'entretien individuel ou à l'information orale. Pourtant, ces aspects revêtent une importance capitale dans la relation de soins, car leur reconnaissance formelle aurait contribué à réintégrer la confiance et la proximité, facteurs essentiels à une pratique médicale non défensive. Il existe également des silences qui découlent de l'absence de volonté du législateur algérien d'aborder

[158] L'insatisfaction des patients à l'égard des conditions matérielles d'hospitalisation et des prestations hôtelières des établissements publics de santé algériens a fait l'objet de recherches tant récentes (voir MIHI, Wiâm et ELKAFL, Yasmina, « La réalité de la qualité des prestations dans les établissements hospitaliers», *Revue des études et recherches sociales*, vol 11, n°3, 2024, pp 201-214. OUBAKHTI, Nacera et MEHDID, Yamina, « L'évaluation de la qualité des prestations dans les hôpitaux algériens», *Revue des études économiques et financières*, vol 13, n°1, 2020, pp 38-52, qu'anciennes AYAD, Leila et HELLALI, Ahmed*,* « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : point de vue des malades »*, Les Cahiers du MECAS*, vol 12, n°2, 2016, pp 107-119. Ces préoccupations ont également donné lieu à des analyses approfondies se concentrant sur des régions ou des structures spécifiques (MAHDID, Yamina, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : étude de cas de l'établissement public hospitalier- Maghnia », *Revue des études commerciales et économiques contemporaines*, vol 5, n°1, 2022, pp 468-494. REDJIMI, Sara, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : étude de cas de l'établissement hospitalier public El Hakim Akbou Guelma », *Revue Jadid El Iktisad*, vol 17, n°1, 202, pp 210-232. YOUCEF, Asmaâ, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : étude de cas de l'établissement hospitalier d'ophtalmologie franco-cubain de solidarité Alger-Cuba Ouargla*», Revue algérienne du développement économique*, vol 7, n°1, 2020, pp 237-248*.* BENICHI, Amar, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : étude de cas des établissements publics de santé de la wilaya de Biskra», *Revue de gestion des affaires et d'études économiques*, vol 3, n°1, 2017, pp 7-25). L'ensemble de ces articles sont en Arabe.

[159] SCHAAD, Béatrice, « Prologue : Pourquoi se préoccuper d'hospitalité ? », dans, *(in)hospitalités hospitalières. Conflit Médiation Réconciliation.* Médecine & Hygiène, 2023, pp. 13-19.

[160] MOUSTAFAOUI, Asmaâ, « La protection juridique des droits des malades- Etude comparée droit français, droit algérien-», *Revue des recherches juridiques et économiques,* vol 3, n°1, 2020, pp 193-207, (article en Arabe).

certaines questions telle que la notion de l'accident médical non fautif et les problématiques corrélées à son indemnisation, qui demeurent depuis longtemps en suspens en droit algérien. L'inertie législative touche aussi un aspect primordial dans la relation de soins à savoir les difficultés enregistrées en matière d'accès aux soins, composante essentiel du droit fondamental à la protection de la santé. En Algérie, ces difficultés ne s'expriment pas en termes d'accessibilité financière puisque l'Etat assure la gratuité des soins mais plutôt en termes de couverture et d'accès effectif aux prestations sanitaires. En effet, les conflits liés à l'accès aux soins sont avant tout le fait de territoires où une offre de soins est présente, mais s'avère insuffisante pour répondre à la demande de la population. Ils renvoient également aux délais de prise en charge, au détournement des malades vers les structures privées et au manque de visibilité dans le parcours de soins qui sont souvent perçues comme une faillite du système de santé algérien.

Aussi, il convient de s'interroger sur la complexité du phénomène de la conflictualité qui prévaut dans ce secteur. Bien que la nature et l'ampleur de ces conflits soient difficiles à déterminer de manière précise, une analyse des principaux moteurs qui les alimentent permet de mieux appréhender les effets pervers qu'ils peuvent engendrer. Ils se manifestent en Algérie à travers un éventail de situations, allant des tensions mineures aux crises les plus violentes, passant par un sentiment d'insécurisation de la prise en charge, voire de défiance à l'égard du système de santé et de ses acteurs. Le législateur algérien n'a pas consacré suffisamment d'attention au développement de mécanismes de traitement des plaintes et réclamations dans le domaine de la santé. À l'heure actuelle, la résolution de ces situations conflictuelles dépend principalement de l'office du juge, mais les solutions dégagées ne répondent pas toujours aux besoins des parties impliquées et ne permettent pas d'agir en amont de ces situations. Par conséquent, il est impérieux de conceptualiser de nouveaux outils pour répondre à ces défis. Toutefois, sans une analyse des différents facteurs sous-jacents de ces conflits, il est impossible de déterminer les instruments juridiques qu'il conviendrait de développer pour leur gestion en droit algérien. Il est tout aussi important que cette conceptualisation ne s'inscrive pas dans une logique excessive de réformes ou de modifications mais plutôt dans une approche équilibrée et réfléchie. Le Doyen Jean Carbonnier rappelait, dans ce cadre, qu'il ne faut pas que la « *passion du droit* » se transforme à tout prix en « *passion d'en changer* »[161].

Dès lors, une problématique apparait : Quels sont les principaux moteurs qui alimentent les conflits entre le patient et les établissements publics de santé en Algérie, et quels outils le législateur algérien devrait-il envisager pour améliorer la gestion de ces situations conflictuelles ?

[161] CARBONNIER, Jean, *Droit et passion du droit sous la V*^{ème} *République*, Paris, Flammarion, p 19.

2. L'approche retenue et les difficultés de la recherche

La présente recherche est une étude de droit algérien. Elle s'attache à analyser les normes consacrées dans la législation algérienne en matière des droits des patients afin de déceler les principaux manquements et facteurs qui peuvent déclencher des conflits les opposant aux établissements public de santé qui les prennent en charge, non sans avoir examiné les conditions de séjours et d'hospitalisation dans ces établissements, élément majeur dans cette conflictualité. Elle repose également sur une étude directe de la jurisprudence algérienne, qui ne sera pas fondée uniquement sur les diverses indications données par les auteurs mais surtout sur une analyse personnelle des arrêts, jugements et autres décisions. Elle tend à souligner l'absence de règles spécifiques pour la prévention et la résolution de ces conflits dans le contexte juridique algérien et comprend une tentative de construction de nouveaux outils pour y remédier. Loin d'adopter une authentique approche comparatiste[162], cette étude se distingue par la spécificité de sa démarche qui consiste à examiner de près les normes nationales, à caractériser leurs singularités et à les critiquer avec une mise en regard, indirecte, avec les normes françaises. L'objectif étant d'inciter le législateur algérien à faire des choix et à entreprendre des réformes pour promouvoir ces normes et adopter des approches innovantes

L'intérêt d'une telle démarche est double. Elle permet, d'une part, d'offrir aux chercheurs français, la possibilité «*de pénétrer et de comprendre la substance de toute une législation* »[163] en reproduisant d'une manière analytique les dispositions des lois algériennes. En effet, ces données juridiques pourraient constituer une matière précise pour ceux d'entre eux à la recherche de modèles étrangers, d'autant plus qu'elles seront disponibles dans une langue partagée, facilitant ainsi leur exploitation à des fins comparatives. D'autre part, du côté algérien, cette approche offre la possibilité de s'inspirer du droit français afin d'y puiser les meilleures solutions adaptables au droit national. Le but étant d'amener à un aménagement de règles spécifiques pour les questions non

[162] Sylvain Soleil estime à ce sujet que : « *La question de la démarche comparatiste a été disputée au tournant des XIXE-XXe siècles et jusqu'à nos jours. L'auteur qui présente des éléments de législation étrangère fait-il à proprement parler de la comparaison juridique ? Lorsqu'il juxtapose des données, lorsqu'il traduit et commente des textes, peut-on dire qu'il compare des droits ? Peut-il y avoir un rapport entre l'étude des droits étrangers et la comparaison des droits ? Au moment où la doctrine s'interrogera sur ce qu'est le droit comparé et ce qui ne l'est pas, on fermera souvent la porte à cette approche. En 1894, Frantz von Liszt indique, par exemple : « n'est pas législation comparée ce qu'on fait passer trop souvent comme telle, à savoir : le traité sur un droit national isolé quelque éloigné qu'il soit »23. En 1900, Raymond Saleilles se désole devant les travaux qui ne sont que des « études de législations étrangères, sans que la comparaison qui s'en dégage soit autre chose qu'un simple rapprochement, ou une simple juxtaposition d'institutions, et sans qu'il y ait la moindre tentative faite pour présenter une analyse des lois scientifiques qui doivent présider à cette comparaison, ou à cette sorte de pénétration réciproque ». En 1932, Walther Hug en parle comme d'« un simple préalable au droit comparé* », SOLEIL, Sylvain, « Pourquoi comparait-on les droits au XIXe siècle ? », *Clio@Themis* [En ligne], 13 | 2017, mis en ligne le 02 octobre 2017, URL : http://journals.openedition.org/cliothemis/824, consulté le 13 mars 2024.

[163] ANTHOINE DE SAINT-JOSEPH, Fortuné, *Concordance entre les codes civils étrangers et le code Napoléon*, Paris, Leipzig, Hingray, 1840, p 1.

couvertes par la législation algérienne notamment en matière de mécanismes juridiques spécifiques de gestion des conflits prévalent dans le secteur de la santé. Il est essentiel de préciser que la véritable valeur de ces aménagements tient à la modélisation de règles conformes à l'ordonnancement juridique du droit algérien, en accord avec les normes et principes juridiques en place et non à la transposition de normes françaises. Assurément, « *il est beaucoup plus facile d'imiter un modèle étranger de législation qui a bien réussi que d'en inventer une nouvelle* »[164].

Cette recherche a été confrontée à plusieurs obstacles significatifs qui ont entravé son déroulement. Bien que ces contraintes ne soient pas insurmontables, elles soulignent certaines de ses imperfections et limites potentielles. La première difficulté réside dans l'approche adoptée pour cette recherche. L'étude d'un droit étranger requiert, notamment lorsqu'il est présenté à des lecteurs non familiers avec celui-ci, une attention particulière en matière d'information juridique. Pour rappel, l'information juridique doit être énoncée, en règle générale, essentiellement à partir d'une source de droit, entendue au sens formel du terme, c'est-à-dire un texte législatif ou règlementaire ou une décision de justice. Or, dans le souci de renforcer la compréhension des informations présentées dans notre recherche et d'anticiper les possibles difficultés liées à leur interprétation, et considérant que le droit algérien, « *comme tout ordre juridique national, dispose de sa propre rationalité* »[165], nous avons, souvent, eu recours à la littérature juridique comme deuxième source. Ces précautions ont entrainé des écueils méthodologiques dans la mesure où nos références relatives à l'information juridique ont souvent privilégié la littérature juridique au détriment de la matière première que constitue la règle de droit. De même, notre besoin d'assimiler correctement les normes françaises nous a souvent amené à consulter l'opinion des auteurs sur certaines questions, ce qui a conduit aux mêmes défis méthodologiques.

En second lieu, il est important de souligner que le contexte juridique en Algérie nécessite de porter la réflexion sur certains aspects théoriques qui ne sont plus pertinents en France. En effet, les deux systèmes juridiques ont évolué différemment et présentent des disparités sur plusieurs questions. La doctrine de l'humanisation des hôpitaux en est le meilleur exemple. Aussi, les références bibliographiques françaises sur ces sujets ne sont pas toujours récentes, car peu d'auteurs ou de chercheurs s'y intéressent encore. En revanche, en Algérie, la littérature sur ces questions est à la fois récente et abondante. Malgré cela, nous avons privilégié les sources originales pour deux raisons. La première tient à leur valeur qui est beaucoup plus importante. Gilbert Grandguillaune, ne disait-il pas dans ce cadre que si l'on a besoin de l'étranger, il vaut mieux le prendre à sa

[164] YNTEMA, Hessel-E, « Le droit comparé et l'humanisme, Discours inaugural du 4 août 1958 (Ve Congrès international de droit comparé de Bruxelles, 1958*) »*, *Revue internationale de droit comparé*, vol 10, n°4, 1958, p 698.

[165] RAMBAUD, Thierry, « Chapitre II - Des choix méthodologiques », dans, *Introduction au droit comparé. Les grandes traditions juridiques dans le monde*, Presses Universitaires de France, 2017, pp. 37-61.

source[166] ? La seconde se rapporte aux difficultés liées à la traduction des sources algériennes qui requiert un effort considérable, constituant ainsi une autre dimension de complexité à cette recherche.

En outre, cette étude a également été confrontée à une difficulté technique majeure. Sa réalisation dépend étroitement de l'accès à divers matériaux nécessaires, tels que les informations qui existent au sein des données institutionnelles notamment les statistiques, les rapports de présentation des projets de lois et textes réglementaires, les débats parlementaires précédant l'adoption des textes, les notes internes des ministères et les décisions de justice. Cependant, appréhender ces divers documents en Algérie s'avère souvent difficile, voire impossible dans certains cas, en raison de leur diffusion limitée, voire opaque. La collecte très particulière de ces matériaux nécessite patience, car elle requiert souvent plusieurs mobilités de recherche auprès de départements ministériels, de hautes juridictions, et même de certains établissements de santé[167], où l'accès à ces documents non publiables est parfois restreint à une consultation sur place, sans possibilité de reproduction.

Enfin, la dernière difficulté, bien que non la moindre, qui a complexifié cette recherche, est liée à notre propre positionnement idéologique en tant que professionnel de santé, ayant pu voir le fonctionnement de ce secteur de l'intérieur. En effet, la recherche a nécessité une grande vigilance pour nettement séparer la démarche impliquée par une étude académique, qui se veut légitimement scientifique, de celle de l'acteur du système de santé, marquée par son vécu professionnel et son ressenti empirique.

3. L'annonce du plan

Pour répondre à la problématique de notre recherche nous avons élaboré un plan articulé en deux parties. La première a pour objet de tenter une analyse des principaux moteurs de conflits qui émergent dans le cadre des interactions entre les patients et les établissements publics de santé algériens. Cette analyse approfondie est essentielle pour saisir les dynamiques sous-jacentes de ces conflits et comprendre les perceptions des patients. Elle est également déterminante pour identifier les mécanismes régulateurs nécessaires à une gestion efficace de ces situations. Nous entamons notre analyse par l'examen des obstacles rencontrés par les patients dans l'exercice de leur droit fondamental à l'accès aux soins. Elle se poursuit en scrutant les difficultés surgissant suite à une admission dans une structure publique de santé, où la période d'hospitalisation se révèle être un

[166] GRANDGUILLAUME, Gilbert, « La Francophonie en Algérie », *Hermès, La Revue*, vol 40, n°3, 2004, pp. 75-78.

[167] Je pense particulièrement à mon déplacement à l'établissement public hospitalier chef lieu de la wilaya d'Ain Defla car il était autrement impossible de recueillir des données probantes concernant un événement inédit : La condamnation pénale d'un des ses médecins pour défaut de consentement.

terrain fertile pour les conflits, notamment en raison des enjeux autour du respect de la vie privée et des conditions matérielles de séjours souvent précaires dans le contexte algérien. En outre, nous explorons les conflits associés à la réalisation de l'acte de soins lui-même, incluant les questions du droit au consentement libre et éclairé préalable à tout acte de soins et les événements indésirables pouvant survenir pendant ou après cet acte, qu'ils soient ou pas de nature fautive.

La deuxième se veut une contribution pour la construction de deux mécanismes juridiques susceptibles d'apporter des changements dans la gestion des conflits au sein des structures publiques de santé en Algérie. Le premier outil, à caractère préventif, vise à rétablir la confiance dans le système de santé et ses acteurs, tandis que le second se concentre sur l'institutionnalisation d'une démarche amiable de résolution des conflits spécifique aux conflits médicaux, proposant ainsi une alternative aux procédures judiciaires traditionnelles, souvent longues, coûteuses et inefficaces pour rétablir le lien de confiance dans la relation de soins

En conséquence, notre travail sera structuré de la manière suivante:

Première partie: Analyse des conflits opposant le malade à l'établissement public de santé.

Deuxième partie: Construction d'outils de règlement des conflits opposant le malade à l'établissement public de santé.

Partie 1- Analyse des conflits opposant le malade à l'établissement public de santé

Depuis plusieurs décennies, la dynamique entre la santé, la maladie et le rôle de la médecine dans nos sociétés modernes a subi des transformations majeures et des changements significatifs[168]. Le développement de la science et les innovations dans les techniques médicales ont reconfiguré les attentes des patients. Ceux-ci ne se contentent plus d'un simple droit à l'accès aux soins, ils réclament désormais une efficacité accrue des traitements et des actes médicaux qui leur sont prodigués. Les enjeux de cette transformation sont importants et ont entraîné, au niveau international, un bouleversement profond des interactions entre professionnels de santé et patients. Désormais, la relation médicale s'articule autour d'un cadre juridique qui reconnaît les patients à la fois en tant que personnes humaines puis en tant qu'usagers du système de santé.

La reconnaissance du patient en tant que personne humaine, en mettant l'accent sur le respect de sa dignité comme droit central, implique l'interdiction de toute discrimination dans sa prise en charge, la protection de sa vie privée ainsi que le secret des informations le concernant. En outre, elle amène au rétablissement de l'équilibre des relations qui le lient aux soignants en respectant notamment l'autonomie de sa volonté, à travers la définition des conditions de délivrance d'une information claire et loyale qui permet de recueillir de sa part un consentement libre et éclairé préalable à tout acte de soins. Par ailleurs, la qualité d'usager confère au patient d'autres droits notamment en matière d'accueil et d'humanisation. Inscrite dans l'esprit de cet ordre juridique, la nouvelle loi de santé algérienne a formalisé ces droits qui transcendent désormais les simples obligations déontologiques des professionnels de santé, notamment des médecins, telles qu'énoncées dans le code de déontologie médicale. Les droits des patients, qui n'étaient jusqu'alors que le reflet inversé des obligations déontologiques des médecins, sont désormais reconnus en tant que tels et peuvent être invoqués devant les tribunaux. Dans ce cadre, il n'est pas surprenant que les conflits et le contentieux de la responsabilité médicale aient connu une augmentation notable, plaçant la question de la judiciarisation de la médecine au cœur des préoccupations actuelles[169].

En réalité, n'est supposé rendre compte de cette judiciarisation, *stricto sensu*, que le décompte des affaires effectivement portées devant les tribunaux. Or, les conflits qui émergent bien avant cette phase contentieuse sont beaucoup plus nombreux. Ils débutent souvent par une réclamation

[168] BIOY, Xavier, LAUDE, Anne, TABUTEAU, Didier, *Droit de la santé*, précité.

[169] HELMLINGER, Laurence, et MARTIN, Dominique, « La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité », *Les Tribunes de la santé*, vol 5, n° 4, 2004, pp 39-46.

formulée par un patient, adressée au professionnel de santé ou à l'établissement de soin qui l'a pris en charge. Elle exprime, au mieux, des questionnements sur la qualité des soins dont il a fait l'objet, au pire, une mise en cause personnelle de celui ou de ceux qui l'ont traité.

En ce sens, les sources d'insatisfaction des malades sont diverses et les moteurs des conflits qui peuvent les opposer à une structure publique de santé sont multiples. Ils peuvent s'analyser en identifiant deux aspects distincts. D'une part, certains conflits se rapportent à la relation entre le patient et l'établissement de santé, et portent sur des problématiques liées à l'accès aux soins ou aux prestations qui lui sont fournies pendant son séjour ***(premier titre).*** D'autre part, il existe un plus grand nombre de conflits, liés à la relation médicale elle-même, qui se concentrent principalement sur le manque d'information, l'absence de recueil du consentement du patient ou encore sur certaines fautes résultant de la pratique d'actes de soins ***(deuxième titre).***

Titre 1- L'accès aux soins et l'hospitalisation : premier moteur de conflits

La perception d'un besoin en soin est ce qui conduit l'être humain à recourir aux structures sanitaires. Or, ces dernières sont des entités complexes composées de multiples parties prenantes: les professionnels qui y dispensent des services, les gestionnaires qui en coordonnent la production et les personnes qui y ont recours. Ces acteurs interagissent à l'intérieur de processus organisationnels et institutionnels élaborés qui influencent la dynamique interne du système de santé et ont des conséquences déterminantes sur la manière dont les patients jouissent de ces services. En réalité, cela revient à dire que gérer la réponse institutionnelle à un besoin de santé et le cheminement qu'elle doit suivre équivaut à gérer la complexité. En Algérie, comme dans de nombreux pays, le système de santé est un dédale organisationnel et administratif, doublé d'obstacles liés à la gratuité des soins, elle-même résultante de choix politiques.

Au point de départ se situent toutes les difficultés liées à l'accès aux soins, un sujet qui revient régulièrement dans les débats autour du système de santé algérien. Il importe de souligner que cette question d'accès n'est pas une préoccupation spécifique à l'Algérie. Elle est devenue un axe majeur de la politique portée par l'Organisation Mondiale de la Santé, sous le terme « couverture sanitaire universelle » et une référence constante dans les efforts internationaux visant à améliorer la santé. Classiquement deux dimensions sont régulièrement décrites. La première renvoie à l'accessibilité territoriale des soins, qui suppose que les services de santé doivent être disponibles à une distance raisonnable pour tous ceux qui en ont besoin. La seconde renvoie à l'accessibilité organisationnelle, qui est liée à la façon dont ces services sont structurés, ainsi qu'à la complexité et à l'opacité qui peuvent caractériser la mise en place des prestations sanitaires. Ces deux simples assertions sont porteuses de multiples conflits **(*chapitre I*).**

Au second point, apparaissent les difficultés et les conflits que rencontre le malade au sein des structures de santé. Les contraintes et les signes d'inconfort que la maladie et le contexte même de l'hospitalisation font peser sur le patient et ses proches sont manifestes. Face aux besoins de sécurité et de qualité exprimés par les malades pendant leur hospitalisation, la mise en place d'une organisation de travail et de règles institutionnelles respectueuses de la vie privée des patients et de l'accueil de leurs proches s'impose. Si tout le monde s'accorde sur la perte de la dimension humaine à l'hôpital public, encore faut- il en cerner les causes. Deux types d'explications sont souvent mise en avant dans les débats en Algérie: les conditions matérielles de l'hospitalisation et la maltraitance « banalisée » subie par les patients et c'est dans cette sphère que se développent les différents

conflits liés à l'hospitalisation et aux prestations hôtelières **(*chapitre II*).**

Chapitre 1 – L'accès aux soins appréhendé sous l'angle du conflit

Le droit à la santé est souvent décrit comme un but ultime, comprenant des idéaux impossibles à garantir par les systèmes de santé, étant essentiellement tributaires de facteurs individuels et environnementaux. Il implique, toutefois, le droit d'accéder à des soins appropriés à son état de santé, faisant de ce dernier un véritable droit[170] qui ne garantit pas l'état de bonne santé en soi, mais assure plutôt à chaque patient la possibilité de consulter un professionnel ou de se rendre dans un établissement de santé pour recevoir un traitement adapté à ses besoins médicaux. En Algérie, ce droit est particulièrement affirmé, se manifestant à travers divers aspects. Il se présente tout d'abord en tant que droit social exigible de l'Etat et nécessitant son intervention pour être mis en œuvre. Il se manifeste aussi en tant que liberté personnelle qui confère au patient la faculté d'opérer des choix en matière de soins. A l'instar du droit français, il s'applique à des groupes particuliers de la population, définis par les textes, afin de protéger « *toutes sortes de figures de la vulnérabilité sociale*»[171]. **(*Section I*).**

La question de l'accès aux soins se situe au cœur des défis qui caractérisent le système de santé algérien. En effet, la mesure de l'effectivité de ce droit nécessite une analyse des conditions réelles de cet accès, notamment dans un contexte de limitation de la ressource financière et de défaillance du dispositif de pérennité des soins. Pouvoir consulter le praticien de son choix, en tous points du territoire national et trouver un établissement et des professionnels dans des conditions avérées de qualité, de sécurité et de permanence, telles sont traditionnellement les difficultés citées en matière d'accès aux soins. Toutefois, le point de vue des patients, leur ressenti et leur vécu vis-à-vis de ces difficultés sont, de manière générale, des points relativement aveugles des études, l'analyse ne prenant en compte que les aspects financiers et territoriaux. Or, il est nécessaire de combiner ces aspects psychologiques et socioculturels avec les autres dimensions d'ordre organisationnel, pour rendre compte de façon plus complète des logiques des conflits en matière d'accès aux soins (***Section II*).**

[170] DAVID, Eric, « Le droit à la santé comme droit de la personne », *Revue Québécoise de droit international*, vol 2, 1985. pp. 63-115. Voir aussi, BELANGER, Michel, « Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, 1998, vol 9, n°3, pp 57-61.

[171] BIOY, Xavier, *«* Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental? *»,* dans, *L'accès aux soins,* Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2010, pp 37-71.

Section 1. Le droit d'accès aux soins: nature et portée complexes à identifier

En raison de sa nature complexe et multiforme, il est difficile d'assigner des limites précises au contenu du droit d'accès aux soins. En effet, toute tentative d'interprétation de ce droit risque d'être partielle ou insuffisante et ce en dépit de la richesse des recherches qui s'y réfèrent de façon incidente ou à titre principal. Dans la production doctrinale relative à ce sujet, les travaux du professeur Xavier Bioy ont particulièrement marqué notre démarche pour appréhender ce droit. Notre étude se concentre spécifiquement sur l'analyse des mécanismes légaux et des dispositions juridiques en vigueur en Algérie. Le droit d'accès aux soins, envisagé tant comme un droit que comme une liberté, est solidement ancré dans la loi fondamentale algérienne ainsi que dans divers textes spécifiques, lui offrant ainsi une base solide et explicite facilitant sa mise en œuvre effective ***(§1)***.

Les interrogations formulées et les réflexions soulevées quant à la portée de ce droit ne présentent *a priori*, aucune difficulté d'interprétation puisqu'il s'agit d'un droit garanti « à tous ». Pourtant, la référence explicite faite à certaines catégories spécifiques de personnes confère à ce droit un caractère catégoriel[172]. Aussi, bien que considéré sur le plan individuel comme un droit garanti à chacun sans exception, il n'est pas exclu, qu'il soit issu, sur le plan collectif, des politiques sociales visant à offrir une protection spécifique à des personnes en situations de fragilité ***(§2)***.

§ 1. Le droit d'accès aux soins: une congruence corrélée au droit à la protection de la santé

La définition du droit d'accès aux soins n'est pas un exercice des plus simples. Nous avons par conséquent choisi d'écarter de sa définition les dimensions philosophiques, voire idéologiques, qui nous auraient dirigée vers un hypothétique droit « à être en bonne santé», une notion dont l'affirmation légale demeure illusoire. Composante essentielle du droit fondamental à la protection de la santé, le droit d'accès aux soins se rapporte à la fois aux pouvoirs publics, qui en sont le principal débiteur, et à l'individu, auquel il doit être garanti tout en préservant sa liberté d'accéder aux soins de son choix ainsi qu'en respectant l'indépendance professionnelle et morale des médecins qui les dispensent **(B)**. En droit algérien, il bénéficie d'une solide assise juridique étant consacré tant au sommet de la hiérarchie des normes juridiques que dans d'autres textes plus spécifiques, contenant un ensemble de dispositions de nature à le garantir **(A)**.

[172] BIOY, Xavier, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental?», précité.

A. Les bases juridiques du droit d'accès aux soins

Le droit d'accès aux soins est un aspect essentiel du droit global à la protection de la santé. Il constitue le point de départ de tout acte des soins représentant, ainsi, le droit le plus élémentaire des patients. Il implique de garantir à chacun un accès égalitaire aux soins nécessités par son état de santé et se positionne de ce fait comme l'une des priorités sociales les plus fortes. Dès lors, la loi fondamentale, en Algérie, a reconnu ce droit en tant qu'objectif à valeur constitutionnelle **(1)**. Par ailleurs, plusieurs textes législatifs et réglementaires sont venus en forger les instruments **(2)**.

1. Le cadre constitutionnel du droit d'accès aux soins

Le droit d'accès aux soins est reconnu en droit constitutionnel algérien comme étant une composante essentielle du droit fondamental à la protection de la santé. Cette reconnaissance reflète l'engagement de l'Algérie à respecter les droits de l'homme, alignant sa législation sur les normes internationales. En effet, il convient de rappeler que plusieurs textes internationaux[173] et régionaux[174] ont proclamé le droit à la santé. S'inscrivant dans l'esprit de ces textes, toutes les Constitutions algériennes ont consacré le droit à la protection de la santé en tant que devoir de l'Etat. En ce sens la Constitution de 2020[175] affirme sans aucune ambigüité dans son article 63 que l'Etat veille à assurer au citoyen la protection de sa santé. Il convient de rappeler que cette nouvelle révision constitutionnelle traduirait, selon son préambule, une réponse aux aspirations à des changements sociaux profonds exprimés pacifiquement par le peuple lors du mouvement populaire du 22 février 2019. Elle est envisagée comme un pas vers l'édification d'une « une Algérie nouvelle ». Rédigée par un comité d'experts nommé par le président de la République, cette dernière mouture de la Constitution se veut plus ambitieuse dans la reconnaissance et la garantie d'un large éventail de droits fondamentaux et de libertés publiques. En effet, si législateur constitutionnel a reconduit la totalité des droits et libertés garantis par les précédentes versions de la Constitution, ils sont dorénavant qualifiés de « fondamentaux » et bénéficient de ce fait de la protection constitutionnelle contre toute atteinte ou restriction de la part de l'ensemble des pouvoirs et institutions publics. L'Etat veille à la mise en œuvre législative de ces droits afin d'assurer leur

[173]La Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 (article 25) sur http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adopté par l'Assemblée générale de l'ONU le 16 décembre 1966 (article 12 sur volume-993-I-14531-French.pdf (un.org).

[174]La charte Africaine des droits de l'homme et des peuples (article16) sur 36390-treaty-0011_-_african_charter_on_human_and_peoples_rights_f.pdf (au.int).

[175] Décret présidentiel n°20-442 du 30 décembre 2020 relatif à la promulgation au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire de la révision constitutionnelle, adoptée par référendum du 1er novembre 2020. JORA n°82 du 30/12/2020.

accessibilité, leur visibilité et stabilité[176].

En matière de droit fondamental à la protection de la santé, le législateur constitutionnel a repris des principes d'ordre général utiles pour la construction de ce droit[177]. Il convient de préciser que la santé dans sa dimension absolue en tant que capital humain ne saurait constituer l'objet de cette norme constitutionnelle. En réalité, ce que vise la Constitution algérienne, c'est l'institution d'un droit à la protection de la santé entendu comme l'obligation de favoriser son développement et permettre son maintien ou son rétablissement quand elle est affectée. Les pouvoirs publics peuvent garantir cette obligation par un accès à des soins préventifs et curatifs moyennant des politiques publiques de santé. Dans cette perspective, le droit à la protection de la santé constitue un cadre global du droit à l'accès aux soins qui n'a pas reçu de consécration constitutionnelle autonome en Algérie. Il est plutôt perçu comme la principale manifestation du principe constitutionnel de protection de la santé. En réalité, cette approche aligne l'Algérie à la norme observée en France et à l'échelle internationale. Le professeur Xavier Bioy estime, à ce sujet, que« *la plupart des quatre-vingt Etats qui ont constitutionnalisé la santé ne mettent pas en avant cet aspect. Seule environ une quinzaine de Constitutions formule un droit subjectif à la santé et un droit individuel d'accès aux soins. Les autres se partagent entre une formulation très objective où l'Etat s'engage, sans effet direct, à protéger la santé de ses sujets et une formulation subjective reconnaissant un droit à la santé mais s'en remettant le plus souvent à la loi pour en forger les instruments* »[178].

En Algérie, comme ailleurs, c'est à la Cour constitutionnelle en tant qu'autorité chargée de veiller au respect de la Constitution, qu'il revient de déterminer la valeur accordée au droit à la protection de la santé et d'en fixer les modes de protection. Il importe dans ce sens de rappeler que l'implantation de la Cour constitutionnelle dans le paysage politique et institutionnel de l'Algérie est relativement récente. Son histoire se confond avec celle des Constitutions algériennes dont l'adoption répondait plus à un besoin de légitimation des gouvernements qu'à une affirmation des droits des citoyens, ce qui explique leur rôle plus symbolique ou programmatique que juridique[179].

---

[176] Le décret présidentiel n°20-442, précité dispose expressément en son article 34 que : « *les droits fondamentaux et les libertés publiques sont garanties par l'Etat et s'imposent à l'ensemble des pouvoirs et institutions public qui ne peuvent les restreindre qu'au moyen d'une loi, lorsque la Constitution elle-même le prévoit et pour des motifs liés au maintien de l'ordre public, de la sécurité et de la protection des constantes nationales, ainsi que pour la sauvegarde d'autres droits et libertés constitutionnellement protégés. En tout état de cause, ces restrictions ne peuvent porter atteinte à l'essence de ces droits et libertés* ».

[177] Tels que « la promotion de la justice sociale » (art. 9), « l'égalité et la non-discrimination » (art. 37), « l'inviolabilité de la personne humaine », « la proscription de toute forme de violence physique ou morale ou d'atteinte à la dignité » (art. 39), « l'inviolabilité de la vie privée du citoyen » et « la protection des personnes dans les traitements des données à caractère personnel » (art. 47).

[178] BIOY, Xavier, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », précité.

[179]« *On a pu parler, pour l'Algérie des premières années après l'indépendance, de «renoncement au constitutionnalisme* », Le Roy, Thierry, « Le constitutionnalisme : quelle réalité dans les pays du Maghreb ? », *Revue*

Ultérieurement, pour marquer son intégration dans la communauté internationale, on a vu peu à peu surgir, en Algérie, des préambules et déclarations de principes, « *pas assez exhaustifs certes mais plus au moins réalistes* »[180] qui ont créé, à leur tour, la nécessité de consacrer dans le texte constitutionnel un mécanisme destiné à en garantir l'application. C'est dans ce contexte, qu'a été créé, à la faveur de l'importante révision constitutionnelle du 23 février 1989[181], un Conseil constitutionnel, aujourd'hui dénommé Cour constitutionnelle[182], doté de compétences en matière de contrôle de constitutionnalité des lois et de contentieux électoral. La révision constitutionnelle du 28 novembre 1996[183] va élargir son champ de compétences pour introduire le contrôle obligatoire, préalablement à leur promulgation, des lois organiques. Enfin, une dernière avancée constitutionnelle, a été introduite à l'occasion de la révision de la Constitution en mars 2016[184] permettant de consacrer le mécanisme de l'exception d'inconstitutionnalité qui a connu sa première application en 2019[185]. Dans un bilan du Conseil constitutionnel algérien, dressé en 2005, il a été noté par plusieurs auteurs que «*le nombre de décisions contraignantes rendues par lui en quinze années était très modeste (sept), dont aucune ne porte sur les droits et libertés des citoyens ; l'instance étant cantonnée au rôle d'arbitre de la vie électorale* »[186]. Pour sa part, Monsieur Kamel Fenich, ex-président de la Cour constitutionnelle estime, que depuis l'adoption de l'exception d'inconstitutionnalité, les avancées réalisées par son institution dans le processus de construction de l'Etat de droit et la protection des droits et libertés individuels et collectifs sont importantes. Il affirme, en ce sens, que « *La jurisprudence de la Cour constitutionnelle ne cesse de s'enrichir d'avis et de décisions qui obligent les pouvoirs publics à respecter les dispositions de la*

française de droit constitutionnel, vol 79, n°3, 2009, pp. 543-556.

[180] CABANIS, André et LOUIS MARTIN, Michel « Les lois fondamentales du Maghreb francophone : un constitutionnalisme réaliste », *Égypte/Monde arabe,* n° 2, 2005, pp 75-85.

[181] Décret présidentiel n°89-18 du 28 février 1989 relatif à la publication au journal officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire de la révision constitutionnelle adoptée par référendum du 23 Février 1989, JORA n° 9 du 1/3/1989. (Algérie)

[182] La Cour Constitutionnelle est l'organe juridictionnel suprême de l'Algérie, créée par la révision constitutionnelle de 2020 et mise en place en novembre 2021, remplaçant le Conseil constitutionnel. Elle est composée de 12 membres désignés ou élus pour un mandat unique de six ans, et est régie, entre autres, par les articles 185 et 186 de la Constitution.

[183] Décret présidentiel n°96-438 du 7 décembre 1996 relatif à la publication au journal officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire de la révision constitutionnelle adoptée par référendum du 28 Novembre1996, JORA n° 76 du 8/12/1996. (Algérie)

[184] Loi n° 16-01 du 06 mars 2016 portant révision constitutionnelle, JORA, n°14 du 07/3/2016. (Algérie)

[185] Décision n°1/D.CC/EL/19 du 20 Novembre 2019.

[186] GRAEFFLY, Romain, « Le Conseil constitutionnel algérien. De la greffe institutionnelle à l'avènement d'un contentieux constitutionnel *?* », *Revue du droit public*, n° 5, 2005, pp 1381-1404.

Constitution consacrées aux droits et libertés. Le juge constitutionnel s'est déjà prononcé sur l'inconstitutionnalité de nombreuses dispositions législatives, ce qui en fait un véritable garant de droits et libertés de l'homme »[187]. En effet, plusieurs décisions rendues, ces quatre dernières années, en matière d'exceptions d'inconstitutionnalité peuvent en témoigner[188].

Sans vouloir prendre part à cette controverse, l'intérêt pour notre recherche d'avoir aborder ce point réside dans le fait de mettre en exergue la difficulté, pour tout chercheur, d'affiner l'analyse autour de la valeur et de l'effectivité reconnues au droit à la protection de la santé en raison de la fragilité du droit constitutionnel algérien, dont la jurisprudence est relativement récente et n'est pas très abondante sur la question. En réalité, de toutes les décisions consultées nous n'en avons trouvé aucune qui soit rendue en cette matière. Ceci dit, il ne fait aucun doute qu'en droit constitutionnel algérien, la protection de la santé, comme les autres droits sociaux, n'est plus considérée comme un simple idéal à réaliser mais présente bien un caractère obligatoire; rendant nécessaire le contrôle de la part du juge constitutionnel algérien pour configurer, par son office et sa capacité à imposer des obligations positives à l'Etat, ces normes constitutionnelles[189]. Il serait souhaitable, en ce sens, de le voir s'inspirer de la jurisprudence de son homologue français d'autant plus que le droit constitutionnel, comme l'ensemble du droit public est le domaine où le droit français a le plus marqué l'Algérie et beaucoup d'États du monde arabe[190]. Il convient de rappeler, dans ce cadre, que « *dès ses premières décisions rendues en matière de protection de la santé, le juge constitutionnel français a reconnu ce droit comme un principe à valeur constitutionnelle. Il réitérera par la suite cette position avec la nuance qu'au début de la décennie 90 il présentera également la protection de la santé comme un objectif à la réalisation duquel le législateur et l'autorité réglementaire doivent concourir et ce, sans renoncer ultérieurement à la qualification de principe à valeur constitutionnelle»*[191]. Le panorama de la jurisprudence du Conseil constitutionnel français et la référence qui y est faite à la notion de santé publique laisseraient entendre que ce dernier, a plus cerné les aspects collectifs du droit à la santé que les aspects résultant du caractère individuel de ce droit comme le souligne Virginie Saint-James qui estime que « *la jurisprudence semble, en effet,*

[187] FENICH, Kamel, « Le rôle du Conseil constitutionnel algérien dans la garantie des droits et libertés des citoyens», *Revue du Conseil constitutionnel*, n° 15, 2020, pp 11-18, (article en Arabe).

[188] Le bilan est de: (1 décision en 2019, 2 décisions en 2020, 4 décisions en 2021 et 29 décisions en 2022) Conformément aux données recueillies sur le site de la Cour constitutionnelle https://cour-constitutionnelle.dz/ consulté le 10 Janvier 2023.

[189] MARTENS, Paul, «Sur le juge constitutionnel, (discours prononcé à l'occasion de la XIIe Conférence des Cours constitutionnelles européennes en juin 2002*)*», *Revue française de droit constitutionnel*, vol 53, n°1, 2003, pp3-16.

[190] LE ROY, Thierry, « Le constitutionnalisme : quelle réalité dans les pays du Maghreb ? », précité.

[191] BYK, Christian, « La place du droit à la protection de la santé au regard du droit constitutionnel français », *Revue générale de droit*, vol 31, n°2, 2001, pp 327–352.

mieux déterminer les aspects collectifs du droit à la santé que ses aspects privés, en ce sens qu'elle cerne les restrictions qu'il est possible d'imposer aux individus au nom de la santé de tous »[192]. Effectivement, s'agissant des aspects individuels du droit aux soins et notamment de la liberté de choix du médecin et de la liberté de prescription, sans avoir exclu formellement ces points de la notion de protection de la santé, le juge constitutionnel a cependant refusé à deux reprises d'en examiner la valeur[193]. Le Conseil constitutionnel français a tout de même « *su mener progressivement le droit à la protection de la santé sur le chemin d'une reconnaissance effective. Tout en proclamant et en réaffirmant depuis 1975 le droit individuel à la protection de la santé, il a inscrit celui-ci dans une socialisation qui a conduit à imposer à l'Etat de véritables obligations positives »*[194].

2. Le cadre légal du droit d'accès aux soins

En Algérie, le droit d'accès aux soins est clairement établi par plusieurs textes juridiques. En effet, la nouvelle loi de santé définit ce droit comme étant un outil essentiel qui, avec la garantie de la continuité du service public et la sécurité sanitaire, contribue à réaliser l'ultime objectif de la protection de la santé publique[195]. Cette même loi, en détaillant les règles de fonctionnement des établissements de santé, a renforcé ce droit en redéfinissant leurs missions pour y inclure l'égal accès aux soins et la permanence de l'accueil comme priorités[196]. Par ailleurs, le droit d'accès aux soins est aussi consacré par des textes réglementaires spécifiques, tels que le décret exécutif n°01-12, qui, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, garantit l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies[197].

Comme le souligne le professeur Xavier Bioy, le droit d'accès aux soins, peut relever également d'autres droits fondamentaux en dehors de celui de la protection de la santé et se développe ainsi par extension sur des fondements indirects. En droit algérien, l'accès aux soins se

---

[192] SAINT-JAMES, Virginie, « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », *Revue de droit public et de la science politique en France et à l'étranger*, n°2, 1997, pp 458-485.

[193] Déc. N° 74 - 54 DC, 15 janvier 1975 ; Déc. n° 80-117 DC, 22 juillet 1980 ; Déc. n° 89-269 DC, 22 janvier 1990.

[194] JACQUELOT, Fanny, « La protection de la santé par le Conseil constitutionnel: un parfum français aux notes d'Italie», *Revue française de droit constitutionnel*, vol 115, n°3, 2018, pp. 513-532.

[195] Conformément à l'article 3 de la loi n°18-11 précitée qui dispose que : «*les objectifs en matière de santé consistent à assurer la protection de la santé des citoyens à travers l'égal accès aux soins, la garantie de la continuité du service public de santé et la sécurité sanitaire* ».

[196] Titre VI, chapitre 1 et 2 de la loi 18-11 précitée.

[197] Le décret exécutif n° 01-12 du 21 Janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux, JORA n°6 du 21/1/2001.

mêle fréquemment au droit à la vie[198], une matière où la jurisprudence est particulièrement riche[199] en raison de la position prééminente que ce droit occupe au niveau international et dans les systèmes régionaux de protection des droits fondamentaux. En effet, en mettant régulièrement l'accent sur la sacralité et le caractère indérogeable du droit à la vie, les juridictions tendent de temps à autre à l'entrelacer avec le droit d'accès aux soins[200]. Alors que la dimension négative du droit à la vie interdit à l'État de priver les personnes de ce droit, sauf dans des cas limitativement énumérés et encadrés d'un point de vue procédural, sa dimension positive oblige les pouvoirs publics à le protéger activement. En ce sens, la consécration des infractions telles que la non-assistance à personne en danger[201] et l'homicide involontaire[202], avec comme motif affirmé le retard dans l'accès et l'administration des soins, illustre parfaitement cette dynamique. Le législateur algérien a également recouru au droit à la vie pour imposer à l'État des obligations positives, notamment dans la prévention de risques spécifiques, assurant ainsi la protection du droit d'accès aux soins. Ces mesures, en réduisant l'incidence de certaines maladies graves, facilitent indirectement l'accès aux soins médicaux en préservant la capacité d'accueil du système de santé. Les dispositions contenues dans la nouvelle loi de santé relatives aux vaccinations obligatoires, assurées à titre gratuit par l'Etat[203], en sont l'exemple le plus édifiant.

Le droit au respect de la dignité personne humaine sous-tend également le droit à l'accès aux soins, puisque ce principe fondamental requiert la satisfaction des besoins vitaux du sujet visé[204]. Le respect de la dignité concerne tout individu en quête de soins, qu'il s'agisse de patients déjà en

[198] Article 9 du code de déontologie médicale algérien précité.

[199] BOUGOUTOUF, Khemissi, « Le droit à la vie et les engagements internationaux de l'Algérie », *Cahiers de la politique et du droit*, vol 13, n°2, 2021, pp 213-226, (article en Arabe).

[200] À l'échelle nationale, un exemple pertinent est la décision de la Cour Suprême dans l'affaire n°0010067 du 13/10/2021. Cette décision démontre clairement que l'État, responsable de personnes en situation de vulnérabilité, doit mettre en œuvre les actions nécessaires pour protéger leur vie. L'affaire en question concernait une personne maintenue en détention provisoire, dont l'état de santé s'était aggravé à cause d'une maladie chronique préexistante, et pour lequel une libération avait été refusée. Au niveau européen, plusieurs jurisprudences de la Cour Européenne des Droits de l'Homme peuvent également être citées dans ce cadre (CEDH, 3 avril 2001, Keenan c. Royaume-Uni n° 27229/95, CEDH, 16 novembre 2006, Huylu c. Turquie requête n° 52955/99).

[201] La décision de la C. Suprême dans l'affaire n°118720 du 30/05/1995 engageant la responsabilité du médecin pour homicide volontaire et sa décision dans l'affaire n° 128892 du 26/12/1995 engageant la responsabilité du médecin pour non assistance à personne en danger en constituent des exemples caractérisés, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », édition Houma, 2014, p 29.

[202] Article 413 de la loi de santé 18-11, précitée.

[203] Article 40 de la loi de santé 18-11, précitée.

[204] FABRE-MAGNAN, Muriel, « La dignité en Droit : un axiome », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol 58, n°1, 2007, pp. 1-30.

traitement[205] ou de ceux en attente de soins. Ainsi, une prise en charge médicale lente ou non disponible peut être perçue comme un traitement inhumain ou dégradant, en particulier pour les personnes privées de liberté. Bien que la jurisprudence algérienne n'ait pas encore établi explicitement ce lien, souvent exploré dans la doctrine[206], la Cour européenne des droits de l'homme a reconnu dans certaines affaires que des délais excessifs dans la fourniture de soins médicaux nécessaires constituaient une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[207]. De même, la valorisation de la dignité de la personne humaine a conduit au développement des soins palliatifs visant à préserver la meilleure qualité de vie possible des patients, à soulager leur douleur et à apaiser leurs souffrance psychique [208].

Enfin, il est évident que le droit d'accès aux soins implique une application stricte du principe d'égalité devant le service public et son corollaire celui de non-discrimination. Le code de déontologie algérien interdit explicitement toute forme de discrimination dans la délivrance des soins en raison de sexe, d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition sociale, d'idéologie politique ou de toute autre raison, en tant de paix comme en tant de guerre[209]. Le lien entre l'accès aux soins et l'égalité devant le service public est également formalisé par le législateur algérien, qui impose aux établissements de santé de garantir à l'ensemble de la population un égal accès aux soins qu'ils dispensent. Ils sont tenus de recevoir toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, en les accueillant de jour comme de nuit, pour des urgences ou pour des consultations ambulatoires[210]. Pourtant, la discrimination dans l'accès aux soins pourrait réapparaître en raison notamment de la raréfaction des ressources thérapeutiques. En effet, l'émergence de traitements innovants, particulièrement coûteux pour des maladies rares, soulève de manière aiguë cette question et exacerbe le dilemme entre fournir des soins à une population restreinte de patients souffrant de maladies orphelines à un coût très élevé, et la décision de ne pas le faire, ou de

[205] Conformément aux dispositions de l'article 340 de la loi de santé 18-11 précitée qui dispose : « *Dans l'exercice de leurs activités, les professionnels de santé doivent être guidés par des valeurs éthiques, notamment les principes du respect de la dignité de la personne, de l'honneur, de l'équité, de l'indépendance professionnelle, des règles de déontologie ainsi que des consensus factuels ».*

[206] DJALETI, Amer, « Le droit à la dignité humaine et ses implication en matière de soins et de médicament», *Revue droit international et développement*, vol 8, n°2, 2020, pp 120-130, (article en Arabe).

[207] CEDH (GC), 27 juin 2000, İlhan c. Turquie, requête n° 22277/93.

[208] Conformément aux dispositions de l'article 286 de la loi n°18-11, précitée.

[209] Article 7 du code de déontologie algérien, précité.

[210] Les différents principes qui régissent les services publics en Algérie (égalité, continuité, mutabilité et accessibilité) ont valeur juridique et ont été consacrés par les tribunaux algériens dès l'indépendance, BENYEKEN, Abedlmadjid, « Le régime juridique des services publics en droit algérien», *Revue des sciences juridiques et sociales*, vol 3, n°3, 2018, pp 588-603., (article en Arabe).

conditionner cet accès, en raison des contraintes économiques et d'une perspective de justice distributive. Si les autorités sanitaires algériennes s'engagent à maintenir ce principe de non-discrimination à travers une stratégie spécifique de prise en charge de maladies rares[211], les réalités économiques peuvent conduire à une inévitable sélection entre les malades, libérant les établissements de santé des exigences de non-discrimination. Les choix et les pratiques de sélection existent depuis toujours et sont connus du milieu médical, le tri étant un principe inhérent à la pratique de la médecine. La forme la plus spectaculaire de ces choix se rencontre en médecine de catastrophe ou de guerre lors des tris prioritaires des personnes blessées devant être évacuées. La définition de groupes prioritaires, par âge ou par zone géographique, dans certaines campagnes de vaccination en lien avec l'indisponibilité en quantité suffisante de vaccin constitue également une autre illustration de cette justice distributive de soins[212]. L'arbitrage de greffons en vue de transplantation d'organes met particulièrement en lumière la pratique de sélection des malades car il faut souvent décider qui sera greffé en priorité en fonction de l'urgence médicale et de la probabilité de survie post-opératoire. Si, ces pratiques restent un sujet difficile à évoquer auprès du grand public, la pandémie de la Covid-19 les a remises à l'avant de la scène en questionnant la légitimité de la mise en attente des autres pathologies sans lien avec la crise sanitaire. En effet, des pratiques telles que la déprogrammation de prises en charge des malades, la fermeture des lits, le report de l'ensemble des activités chirurgicales et interventionnelles, l'arrêt de l'activité de chirurgie ambulatoire…, fussent-elles au nom de la crise sanitaire, elles constituent une discrimination dans la délivrance de soins. Elles auront occasionné, sur le plan juridique, une véritable perte de chances pour les malades et, sur le plan sanitaire, elles révèlent une désorganisation prolongée des services de santé, qui mettra du temps à être résorbée. Autant de questions spécifiques qui questionnent l'effectivité du principe de non-discrimination dans l'accès aux soins et nécessitent de la part du

[211] Le 27 juin 2020, lors du premier Congrès international sur les maladies rares organisé au Centre international des conférences à Alger, le ministre de la Santé, M. Benbouzid, a souligné l'importance de la prise en charge des patients atteints de maladies rares. Il a affirmé que le gouvernement avait reçu des instructions récentes pour ne ménager aucun effort, qu'il soit financier, organisationnel ou de coordination, afin d'établir un processus efficace garantissant un accès à des soins de qualité pour ces patients. À cette occasion, il a également mis en lumière les progrès réalisés par l'Algérie dans la prise en charge de ces maladies, notamment avec la publication d'un arrêté en 2013 établissant une liste de 28 maladies rares, ainsi que l'enregistrement et la commercialisation de 43 molécules par la Pharmacie Centrale des Hôpitaux depuis 2004. Le ministre a ajouté que dès l'introduction d'une nouvelle molécule sur le marché international, l'Algérie s'assure de son enregistrement et de sa disponibilité pour les patients, malgré les coûts élevés, garantissant ainsi un approvisionnement continu des établissements de soins en ces produits essentiels. Voir arrêté du 6 février 2013 fixant les listes des maladies rares et des pathologies à pronostic vital ainsi que les produits pharmaceutiques destinés à leur traitement, JORA n°50 du 9/10/2013.

[212] Nous citerons à titre d'exemple la campagne de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C à Dieppe, Seine-Maritime en 2005-2006, Didier Houssin, « Aspects éthiques liés à l'allocation des ressources en santé », journée Allocation des ressources et équité dans l'accès aux soins, organisée par l'Espace éthique/Ile-de-France le 20 mai 2014, sous la direction de Paul-Loup Weil-Dubuc.sur https://www.espace-ethique.org/ressources/intervention/aspects-ethiques-lies-lallocation-des-ressources-en-santé consulté le 1/1/2023.

législateur algérien un intérêt particulier pour mettre en place, le plutôt possible, des régulations juridiques en la matière, d'autant plus que l'organisation mondiale de la santé a appelé à créer une « *nouvelle normalité*» des politiques et des systèmes de santé[213]. Ainsi, élaborer des instruments législatifs et réglementaires permettant le maintien des services de santé essentiels en situation de crise sanitaire doit être considéré comme une priorité aussi élevée que la garantie de la prise en charge médicale liée à cette crise. Pour se faire des stratégies axées sur le développement de soins primaires et secondaires peuvent permettre une meilleure résilience du système de santé algérien.

B. La nature protéiforme du droit d'accès aux soins

Le droit d'accès aux soins présente des caractères spécifiques inhérents aux droits sociaux, qui ont fait l'objet d'importantes discussions dans la pensée juridique comme l'atteste l'abondante littérature consacrée à leur régime et à la possibilité de garantir leur effectivité devant les tribunaux. Il se présente aussi bien en tant que droit-créance que l'État est tenu de satisfaire **(1)** qu'en tant que liberté individuelle qui peut être invoquée face lui **(2)**.

1. L'accès aux soins: un droit exigible

La notion droits-créances renvoie aux droits qui répondent à un besoin social et exigent pour se concrétiser une intervention positive des pouvoirs public, ce qui peut expliquer leur manque d'effectivité en raison des difficultés liées à cette intervention. En effet, les droits-créances se présentent classiquement en tant que droits dont la réalisation exige un effort financier important de la part de la collectivité, trait qui les distinguent des droits civils[214]. En ce sens, il est important de noter que cette contrainte financière influence considérablement le raisonnement du juge. S'il est évident de voir ce dernier protéger facilement la liberté d'expression ou le droit à la vie privée, il est plus difficile qu'il puisse ordonner la mise à disposition de logements, d'emplois ou la construction d'hôpitaux[215]. Cette réticence à adopter injonctions en vue de l'exécution de ces droits, révèle la prise en compte par le juge de leurs répercussions financières. Il convient, toutefois, de préciser que dans certaines affaires spécifiques, le juge français s'est écarté de cette position habituelle[216].

---

[213] OMS, *Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19*, Exposé de la position de l'Organisation mondiale de la santé, 2021, sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346531/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01, consulté le 1/1/2023.

[214] BOSSUYT, Marc, « La distinction entre droits civils et politiques et droits économiques, sociaux et culturels », *Revue des droits de l'homme*, 1975, p. 790.

[215] GRÜNDLER, Tatiana, « Section 1. Le droit à la protection de la santé », *Revue des droits de l'homme*, n°1, 2012, pp 212-226.

[216] Certaines jurisprudences récentes en droit français confirment la sanction de la violation de ces droits dont *« l'Affaire du Siècle »* qui en représente la meilleure illustration. En effet, l'Etat français a été reconnu responsable de

En matière de droit à l'accès aux soins, également classé parmi les droits sociaux et, plus précisément, les droits-créances, l'analyse de la jurisprudence algérienne révèle une intervention juridictionnelle restreinte. Pourtant, la culture du coût est absente en matière de prestations sanitaires en Algérie, ce qui semble contraire à ce que pourrait le suggérer le discours doctrinal. Le professeur Ahmed Hedili note, à cet égard, que la jurisprudence n'a pas établi de lien direct entre les coûts et l'accès aux soins, un lien pourtant fréquemment abordé par la doctrine[217]. En France, même en l'absence de référence textuelle aux ressources nécessaires pour garantir le droit d'accès aux soins, il est courant que le juge français en tienne compte dans ses décisions ou du moins les intègre dans son raisonnement. A titre d'exemple, le Conseil Constitutionnel français a reconnu que la réalisation du droit à la protection de la santé peut dépendre de la volonté du législateur de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie[218], admettant, ainsi, une conciliation entre les intérêts sanitaires et les impératifs financiers. Cette considération des coûts se manifeste également dans la jurisprudence européenne. En effet, la Cour européenne des droits de l'Homme a mis en avant cet aspect financier pour restreindre la portée de sa jurisprudence sanctionnant, au titre de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme, l'État ayant adopté une mesure d'éloignement à l'encontre d'un étranger très gravement malade[219]. Une position qu'elle va revoir, d'ailleurs, en 2016 en se réconciliant « *presque avec elle-même et l'Humanité*»[220].

Par ailleurs, la réaction du juge constitutionnel algérien à la suite d'une éventuelle passivité des pouvoirs publics dans la garantie du droit d'accès aux soins est assez singulière puisqu'il n'a jamais prononcé d'injonction à leur encontre. Effectivement, il n'existe aucun mécanisme permettant de répondre par la voie juridictionnelle à l'inaction des pouvoirs publics en la matière et aucune procédure juridictionnelle ne permet de contraindre le législateur à intervenir. Devant la difficulté de trouver une explication à cette position, l'on se contentera de préciser que la Cour constitutionnelle algérienne, comme nous l'avons souligné précédemment, ne se prononce que sur

---

manquements dans la lutte contre le réchauffement climatique. Par un jugement du 3 février 2021(n°1904967, 1904968, 1904972, 1904976/4-1), le tribunal administratif de Paris a reconnu l'existence d'un préjudice écologique lié au changement climatique. Il juge que la carence partielle de l'Etat français à respecter les objectifs qu'il s'est fixés en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre engage sa responsabilité, TA de Paris,3 février 2021,Association Oxfam et a., n° 1904967, 1904968, 1904972, 1904976/4- 1. (France)

[217] HEDILI, Ahmed, «Le droit à la protection de la santé- lecture juridique à la lumière des droits sociaux », *Revue des études juridiques*, vol 8, n°1, mai 2021, pp 410-468, (article en Arabe).

[218] Décision n° 2002-463 DC du 12 décembre 2002. (France)

[219] CEDH, (GC), 27 mai 2008, N c. Royaume-Uni requête n° 26565/05. Voir Slama, Serge, et Karine Parrot, « Étrangers malades : l'attitude de Ponce Pilate de la Cour européenne des droits de l'Homme », *Plein droit*, vol 101, n° 2, 2014, pp. I-VIII.

[220] KLAUSSER, Nicolas, « Malades étrangers : la CEDH se réconcilie (presque) avec elle-même et l'Humanité », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 02 février 2017, consulté le 20 mai 2024.

des lois et non sur la carence du législateur, l'un des débiteurs de ce droit[221], à prendre des mesures destinées à assurer cette protection[222]. La réalité de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, en Algérie, montre que cette dernière exerce un contrôle restreint sur la mise en œuvre des droits-créances se limitant à sanctionner les inconstitutionnalités les plus manifestes. Ce mode de contrôle laisse, donc, une large marge d'action et de décision au pouvoir législatif dans la mise en œuvre de ces droits, ce qui permet au législateur de conserver un pouvoir important en matière sociale. En droit français, bien que cette position soit valable, il se trouve qu'elle reste nuancée par la pratique des réserves d'interprétation par lesquelles le juge constitutionnel français adresse au législateur des prescriptions, pratique qui pallie quelque peu l'absence de recours en carence[223].

Enfin, il est essentiel de souligner que le droit à l'accès aux soins, composante essentiel du droit à la protection de la santé, peut se présenter comme une obligation de moyens incombant aux pouvoirs publics; une obligation entendue au sens de l'efficacité de ces moyens. Or, dans cette dimension, les pouvoirs publics algériens se sont rarement imposés d'injonctions pour mettre en œuvre des mesures permettant de réaliser un certain seuil de résultats à atteindre en termes sanitaires, à l'exception de quelques programmes en matière d'éradication de maladies contagieuses[224]. La gestion de la crise sanitaire de la Covid 19 en représente la meilleure illustration. Si en France, la responsabilité de l'Etat pour carence fautive a été mise en cause dans la gestion de la pandémie pour défaut de prise de certaines mesures préventives qui auraient permis d'enregistrer de meilleurs résultats sanitaires[225], aucune action similaire n'a encore été enregistrée en Algérie.

En France, l'effectivité du droit à la protection de la santé est désormais envisagée non

---

[221] Le professeur Xavier Bioy estime à ce sujet que: « *Le droit à la santé ne peut exister que dans le cadre d'une loi. L'Etat se trouve bien sûr en première ligne des débiteurs de ce droit, sous les traits d'un service public constitutionnel »,* Bioy, Xavier*, «* Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental?*»,* précité.

[222] BELBEKRI, Meriem, « La contribution du Conseil constitutionnel dans le travail législatif », *Revue de la pensée juridique et politique,* vol 4, n° 2, 2020, p 297-304, (article en Arabe).

[223] GAY, Laurence, *Les droits créances constitutionnels*, Bruxelles, Bruylant, 2007, p 183.

[224] L'Algérie a pris des engagements en matière de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses. Elle réalisé des résultats notables qui lui ont permis d'obtenir plusieurs certificats d'élimination de nombre d'entre elles délivrés par l'Organisation mondiale de la santé dont les certificats d'élimination de la Poliomyélite en 2016, du Tétanos chez la femme enceinte et le nouveau-né en 2018 et du paludisme en 2019, OMS Algérie, *Rapport biennal 2020-2021. Ne laisser personne pour compte*, Rapport 2021, p 18.

[225] TA Paris, 28 juin 2022, 2012679/6-3. Selon ce jugement, le tribunal administratif de Paris a traité 34 requêtes de personnes infectées par la Covid-19 ou de proches de victimes décédées. Cette juridiction a conclu à une négligence de l'État dans sa gestion de la pandémie durant les mois de mars à mai 2020, pour diverses raisons énoncées dans le jugement. Cette décision confirme les anticipations formulées par la doctrine, notamment dans les travaux de : GAUCHE- JACQUEMET, Anne, « Pénurie de masques: une responsabilité pour faute de l'État ? », *La Semaine juridique. Édition générale*, n°13, 2020, pp 617-619.

seulement en termes de mise en œuvre d'actions publiques ou d'arbitrage entre contraintes économiques et objectifs sanitaires mais aussi à travers des critères d'efficacité et d'efficience, favorisant la recherche de la meilleure alternative possible pour la protection de la santé. Sous l'influence du droit européen, c'est à l'efficacité des mesures destinées à mettre en œuvre ce droit, et globalement à l'efficience du système de santé que les pouvoirs publics s'intéressent dorénavant. Pour rappel, le juge européen a déjà eu à se prononcer sur la conformité au droit de l'Union européenne d'une mesure étatique destinée à protéger la santé de la population, en s'intéressant particulièrement à l'efficacité de cette mesure sanitaire, surtout que celle-ci avait pour effet de restreindre les échanges interétatiques de marchandises[226]. En réalité, le juge européen n'approuve de telles restrictions à la libre circulation que lorsque la mesure sanitaire est jugée nécessaire et proportionnée. Or, le contrôle de cette proportionnalité inclut à la fois un test d'efficacité, qui évalue si la mesure nationale permet d'atteindre l'objectif sanitaire poursuivi, ainsi qu'un test d'interchangeabilité, où le juge vérifie l'existence d'une alternative moins contraignante mais tout aussi efficace. La proportionnalité est donc étroitement liée à l'efficacité de la mesure étatique, intervenant dans les deux composantes de ce contrôle[227].

En ce sens, il importe de souligner que la question de l'effectivité du droit à l'accès aux soins, bien que centrale, est de plus en plus influencée par les considérations d'efficacité et d'efficience, qui intègrent la dimension économique de l'application de ce droit. Aussi, il serait souhaitable de voir le juge constitutionnel algérien intégrer dans son raisonnement toutes ces dimensions, lorsqu'il sera appelé à se prononcer sur un contentieux en matière de protection de la santé publique notamment avec la tendance actuelle de recul de l'Etat social, susceptible d'avoir une incidence sur la gratuité des soins. L'enjeu sera alors de faire en sorte que l'individu ne pâtisse pas de cette recherche d'efficience globale et de trouver une juste mesure entre l'effectivité du droit individuel à l'accès aux soins et l'efficience du système de santé.

2. L'accès aux soins: une liberté protégée

En dépit du fait qu'il soit un droit fondamental, l'accès aux soins reste conditionné par la liberté personnelle des patients. Le professeur Xavier Bioy souligne que cet accès est le plus souvent perçu comme une liberté, qui peut également se manifester sous la forme d'un droit-créance lorsque lorsqu'il s'agit d'organiser cet accès à des services de santé en faisant de l'Etat ou

[226] Il s'agit d'une jurisprudence antérieure au traité de Lisbonne du 1 décembre 2009. CJCE, 8 mars 2001, Konsumenombudsmannen c/AB (GIP), aff. C-405/98, Rec. I, p. 1816.

[227] GRÜNDLER, Tatiana, « Effectivité, efficacité, efficience. L'exemple du droit à la santé », dans, *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme,* Presses universitaires de Paris Nanterre, 2008, pp. 31-40.

des pouvoirs publics le principal débiteur identifié de ce droit[228]. Ainsi, l'accès aux soins s'articule d'abord autour d'une liberté formelle, incluant le libre choix du médecin, puis évolue vers un objectif social dont le législateur modère la mise en œuvre. Fondamentalement, le droit est garant de la liberté et les restrictions imposées par l'État de droit ne se justifient que par leur capacité à protéger ces libertés. C'est dans cette perspective, enrichie par certains principes essentiels, tels que le libre choix du médecin par le patient, et la liberté d'exercice du médecin, qu'on peut distinguer entre droit et liberté à l'accès aux soins[229].

En droit algérien, le principe de la liberté de choix du patient, qui s'étend également à la liberté des soignants, est établi par l'article 42 du code de déontologie médicale. Cet article dispose que « *le malade est libre de choisir ou de quitter son médecin ou son chirurgien dentiste. Le médecin, le chirurgien dentiste doit respecter et faire respecter ce droit du malade* ». Ce libre choix est un principe fondamental de la relation de soins, Toutefois, selon les dispositions de l'article 9 du mêm code, le médecin ou le chirurgien-dentiste peut refuser de dispenser des soins pour des raisons personnelles, sans que cela ne constitue une forme de discrimination[230]. Cette norme évoquant la formule « *un patient libre face à un médecin libre*»[231] ne se limite pas uniquement au médecin mais inclut également la pratique médicale en établissements public de santé.

Pourtant cette liberté ne sera pas sans conséquences sur l'accès aux soins. Elle génère diverses interrogations liées aux litiges qui s'y sont associés. En effet, bien que l'accès aux soins soit reconnu comme une liberté fondamentale, sa mise en œuvre effective repose en grande partie sur les modalités selon lesquelles les recours juridiques peuvent être engagés[232]. En théorie, pour les établissements publics de santé, ces modalités devraient être assez simples en raison de l'application des principes liés au service public et des voies de recours ouvertes à ses usagers. Pourtant, la réalité est autre et aucune procédure juridictionnelle efficace n'existe en Algérie. Comme le souligne certains auteurs, rares sont les recours intentés devant les tribunaux administratifs algériens sur la base d'atteintes à cette liberté et ce n'est pas faute d'inexistence de ces dernières[233]. En effet, le juge

[228] BIOY, Xavier, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental?», précité.

[229] Un exemple parmi les plus extrêmes est donné par le professeur Xavier Bioy, qui rapporte à ce sujet que *« des hypothèses de soins certes éventuels ou hypothétiques mais dont la liberté personnelle pourrait tendre à reconnaître le droit à ne pas s'en fermer l'accès. On pense ici, notamment, aux greffes autologues de sang de cordon ombilical qui exigeraient l'ouverture de banques de sang privées pour l'instant non-autorisées en France».* BIOY, Xavier, «Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental? *»,* précité.

[230] Conformément à l'article 7 du code de déontologie médicale algérien, précité.

[231] ALMERAS, Jean-Pierre, PEQUIGNOT, Henri, *La déontologie médicale*, Litec, 1996, p.9.

[232] NOUASSRIYA, Houda, «La protection des libertés fondamentales dans la législation algérienne*», Revue El Hakika*, vol 17, n°1, 2018, pp 01-29, (article en Arabe).

[233] BRAHIMI, Mohamed, « Le référé-liberté: un outil efficace pour la protection des libertés fondamentales »,

algérien peine à reconnaître un caractère sérieux à la responsabilité pour entrave à cette liberté; les requêtes au fond ne permettent pas d'individualiser ce problème et les procédures de référé sont quasi-inexistantes. Il importe tout d'abord, de rappeler que la procédure du référé-liberté a été consacrée par le nouveau code de procédure civile et administrative algérien de 2008[234], elle constitue le socle sur lequel s'appuie l'exercice des droits fondamentaux du citoyen. Elle sanctionne tout acte émanant d'une autorité administrative susceptible de porter atteinte à ces droits. Pour que le juge des référés algérien décide de suspendre un acte ou une décision administrative portant atteinte à une liberté fondamentale il faudrait la réunion de deux conditions. La première consiste en l'atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale, ce qui signifie que le juge du référé-liberté n'ordonnera la suspension d'une décision administrative portant atteinte à une liberté fondamentale que si elle atteint un seuil de gravité exceptionnelle. Il appartiendra bien sûr au demandeur de prouver cette atteinte et il reviendra au juge d'apprécier et de qualifier la nature de cette atteinte au vu des allégations et des moyens fournis par le demandeur. Le législateur algérien n'a pas défini la notion de liberté fondamentale[235]. Il revient donc au juge des référés de qualifier au cas par cas la liberté invoquée devant lui et il le fait souvent en considérant comme liberté fondamentale une liberté garantie par des textes de valeur constitutionnelle ou internationale[236]. La seconde a trait au caractère d'extrême urgence que doit revêtir cette demande et qui ne doit souffrir d'aucun retard. Les pouvoirs du juge du référé-liberté sont très étendus car il peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde des libertés fondamentales. La loi n'a pas énuméré les mesures que peut prendre le juge du référé- liberté et lui a laissé le champ libre d'ordonner toute mesure qu'il jugera nécessaire en fonction du cas d'espèce. Il peut ainsi prononcer une injonction quand bien même le requérant ne l'a pas sollicitée. Pourtant, selon certains auteurs, le juge administratif algérien, reprenant la jurisprudence de son homologue français, refuse de voir dans le droit à la santé une liberté invocable dans le cadre du référé-liberté[237]. En effet, l'examen de la liste des

---

Actualités juridiques en Bref, sur hhttps://www.brahimi-avocat.com.,consulté le 29 Mai 2022.

[234] Conformément aux dispositions de l'article 920 de la loi n° 08-09 du 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative, modifiée et complétée, JORA n° 21 du 23/4/2008 qui dispose que : « *Statuant sur la demande visée à l'article 919 ci-dessus, justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde des libertés fondamentales auxquelles des personnes morales de droit public ou des organismes dont le contentieux relève des juridictions administratives, auraient porté, dans l'exercice de leurs pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Dans ce cas, le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit (48) heures à compter de la saisine* ».

[235] BRAHIMI, Mohamed, « Le référé-liberté: un outil efficace pour la protection des libertés fondamentales », précité.

[236] ADDOU, Abdelkader, « Le référé-liberté dans le droit algérien et français-étude comparative », *Revue El Hakika*, vol 12, n°3, 2013, pp 01-22, (article en Arabe).

[237]GOUIZI, Haouariya, « L'effectivité du pouvoir du juge du référé-liberté dans la protection des libertés fondamentales», *Revue droit et sciences humaines*, vol 15, n°1, 2022, pp 1871-1887, (article en Arabe).

libertés fondamentales reconnues par le juge des référés-libertés français depuis 2001 le confirme[238]. Cette position du juge algérien trouve justification dans le fait que l'accès aux soins ne correspond pas aux finalités et conditions propres de la procédure du référé car leur transposition au domaine médical pose problème. Sur ce sujet, le professeur Xavier Bioy souligne que « *la question de l'urgence en premier lieu, toujours difficile à apprécier, renverrait soit à estimer que toute atteinte à la santé doit immédiatement cesser, soit à déterminer des degrés dans l'acceptabilité selon la probable rapidité d'apparition ou l'évolution d'une pathologie. Il en serait de même de la gravité de l'atteinte, conditionnée par les caractères réversible et admissible des effets de la nuisance. Mais c'est surtout sur l'idée de liberté qu'achoppe la reconnaissance de la santé* »[239].

En France, la période liée à la crise sanitaire, souvent associée à des atteintes accrues aux libertés fondamentales, a encouragé corrélativement la saisine du juge du référé-liberté et accentué son activité. Elle a été également l'occasion de confirmer la tendance à la banalisation dans laquelle s'inscrit le référé-liberté depuis quelques années déjà. Par un accès sans cesse plus large à son juge, une telle banalisation conduit inévitablement à une surdétermination de l'office de ce dernier, phénomène que le Conseil d'État français cherche d'ailleurs activement à réguler[240]. Aussi, il serait prudent que le Conseil d'Etat algérien dans sa tentative de faire évoluer le référé-liberté puisse maintenir sa jurisprudence loin de l'excès observé en France notamment pendant la crise sanitaire[241] où le magistrat français « *a fait montre d'une propension remarquable à l'interprétation extensive de certaines libertés ainsi que d'une appréhension non classique de la condition de l'illégalité* » [242]. Autant d'infléchissements sont susceptibles de dénaturer définitivement le référé-liberté[243].

En conclusion, il est évident que les différentes dimensions que nous avons explorées

[238] A l'occasion d'une communication sur sa décision reconnaissant le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé comme une liberté fondamentales (CE, ord., 20 septembre 2022, n° 451129), le Conseil d'Etat français a établi une liste des libertés fondamentales reconnues par le juge des référés-libertés depuis 2001. Cette liste a été diffusée le 14 octobre 2022 sur son site officiel https://www.conseil-etat.fr,consulté le 1/1/2023.

[239] BIOY, Xavier, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ?», précité.

[240] CAILLE, Pascal, « Ce que la crise sanitaire nous (re)dit du référé-liberté », *Civitas Europa*, vol 45, n°2, 2020, pp. 149-164.

[241] D'après les statistiques communiquées par le Conseil d'Etat français sur son site officiel, ce dernier a jugé 647 recours déposés par des citoyens, associations ou organisations professionnelles qui contestaient la gestion de la pandémie par le gouvernement. Voir Conseil d'Etat, « Un an de recours en justice liés à la covid-19. Retour en chiffres sur l'activité du Conseil d'État, juge de l'urgence et des libertés», *Rapport public annuel 2021*, Paris, La Documentation française, sur https://www.conseil-etat.fr/actualites consulté le 15/7/2023. Voir également SCHMALIAN, Sarah, «L'impact du contentieux covid sur l'office du juge du référé-liberté du Conseil d'état », *RDLF*, 2023 chron, °22 sur https://t.co/QliMf6nWXq, consulté le 15/7/2023.

[242] CAILLE, Pascal, « Ce que la crise sanitaire nous (re)dit du référé-liberté », précité.

[243] Nous citerons à titre d'exemple l'ordonnance Syndicat Jeunes médecins, CE, ord., 22 mars 2020, Syndicat Jeunes médecins, req. n° 439674, Rec., T. ; AJDA, 2020, p. 851, note C. VALLAR.

renforcent la perception du droit d'accès aux soins comme étant à la fois un droit faiblement opposable aux pouvoirs publics et une liberté du patient insuffisamment protégée. Cette situation appelle le législateur algérien à envisager la création de nouveaux mécanismes, similaires à ceux existant en France, qui pourraient être mobilisés afin de gérer les conflits ou éventuellement le contentieux relatif au droit d'accès aux soins. Ces outils, dont la fonctionnalité sera explorée pour des raisons méthodologiques dans notre deuxième partie, pourraient être un moyen efficace, parmi d'autres, d'obliger les structures de santé à prendre les mesures nécessaires lorsqu'une difficulté se présente en matière d'accès aux soins. En France, des commissions veillent au respect des droits des usagers et contribuent à l'amélioration de la qualité et surtout de l'accueil des personnes malades et de leurs proches[244]. Aussi, à l'avenir, lorsqu'un patient en Algérie contestera la politique d'accueil ou d'accès à un établissement de santé et qu'il n'obtiendra pas satisfaction suite à ses doléances orales ou à ses griefs écrits auprès du représentant légal de l'établissement, il pourra, dans un premier temps, saisir un organe interne de cet établissement, chargé des relations avec les usagers. Ceci offrirait à l'établissement la possibilité de prendre connaissance des améliorations à apporter à ses démarches d'accès aux soins. Le pouvoir de ces organes internes pouvant être limité, il serait également possible de recourir, dans un deuxième temps, aux commissions de médiation, que nous envisageons de créer en droit algérien. Ces commissions pourraient intervenir dans des situations similaires à celles gérées par les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales en France, bien que l'intervention de ces dernières en matière d'accès aux soins reste assez marginale[245].

§ 2. Les contours du droit à l'accès aux soins

Composante essentiel du droit fondamental à la protection de la santé, le droit d'accès aux soins est ancré dans des valeurs d'égalité et de justice sociale. Sa qualification est difficile au vue de ses bénéficiaires. Il comporte de deux principales dimensions. La première concerne un droit objectif et universel, inhérent à la personne humaine, consacré à tous et dépendant de l'application des normes de santé publique. Les initiatives visant à préserver ce droit universel incluent les stratégies et les priorités nationales en matière de politique de santé publique, notamment par l'établissement d'objectifs et de plans pour la jouissance effective de ce droit **(A)**.

La seconde dimension réside dans un droit subjectif, incluant une composante individuelle que

[244] MOURGUES, Audrey, « Focus – La commission des usagers au sein des établissements de santé : donner la parole aux usagers pour améliorer la qualité de la prise en charge », *Informations sociales*, vol 198, n° 3, 2018, pp. 69-72.

[245] BIOY, Xavier, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ?, précité. Voir également Théron, Jean-Pierre, «Service public et accès aux soins », dans, *L'accès aux soins,* Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2010, pp 73-85.

l'on peut revendiquer dans diverses situations. Il prend une forme catégorielle, réservé à certaines personnes en situation de vulnérabilité, pour lesquelles des dispositifs spécifiques sont prévus **(B)**.

A. L'accès aux soins: un droit objectif universel

L'accès aux soins demeure pour le plus grand nombre des patients un droit universel impliquant l'action positive de l'Etat en tant que garant de la réduction des inégalités en matière de santé et du développement de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. Dans cette optique, l'effectivité de ce droit dépend largement des instruments de politique publique mis en œuvre par l'État **(1).** Par ailleurs, la reconnaissance du droit à la sécurité sociale pour certaines catégories de la population contribue aussi à renforcer cette effectivité **(2)**.

1. Le droit d'accès aux soins et les politiques publiques de santé

« *La santé est sans doute l'un des domaines de l'action publique dans lequel la définition d'une politique publique est l'exercice le plus délicat*»[246], du fait de la nécessité de définir des objectifs collectifs qui assurent à chaque citoyen les moyens de maintenir sa santé ou de se soigner. En Algérie, les autorités sanitaires travaillent depuis plusieurs années à développer une politique de santé visant à organiser une prise en charge équitable de tous les citoyens. Cette politique doit non seulement respecter la garantie du droit à la santé énoncée dans la loi fondamentale, mais également se concrétiser à travers des stratégies adaptées aux problèmes sanitaires spécifiques de la population et aux facteurs qui influencent ces problèmes, dans le but ultime d'améliorer la santé publique.

À cet égard, bien que la nouvelle loi sanitaire algérienne mentionne une politique nationale de santé, elle ne définit pas clairement le processus de mise en œuvre ni les critères d'évaluation de cette politique[247]. Les modalités de son élaboration restent vagues, et bien que les moyens et les domaines d'intervention soient identifiés, les détails spécifiques et les implications de ces priorités ne sont pas explicités, contrairement à la législation française[248]. En effet, le code de santé publique français, articule clairement le rôle et la responsabilité de l'État dans la définition d'une politique de santé, en s'appuyant sur des objectifs pluriannuels. De plus, un rapport est annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique, détaillant les objectifs de santé du gouvernement et les plans

[246] TABUTEAU, Didier, « Loi de santé publique et politique de santé », *Santé Publique*, vol 22, n° 2, 2010, pp 253-264.

[247] Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi de santé 18-11 précité qui consacre que : *« la politique nationale de santé s'appuie, notamment dans sa mise en œuvre, sur l'intersectorialité, à travers la contribution, l'organisation et l'orientation des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé ».*

[248] SOULIMANE, Abdelkrim, « Lois de santé publique, en Algérie et en France », *Santé Publique*, vol 16, n° 4, 2004, pp 639-640.

d'action principaux envisagés pour leur mise en œuvre[249].

Toutefois, le législateur algérien a défini les objectifs de la santé publique, axant principalement sa démarche sur la création d'un service public sanitaire destiné à répondre de manière globale, cohérente et continue aux besoins de santé de la population[250]. L'organisation et le fonctionnement de ce service sont basés sur les principes d'universalité, d'égalité d'accès aux soins, de solidarité, d'équité et de continuité du service public et des prestations de santé[251]. Ces principes fondateurs, qui s'appliquent à toutes les activités du service public, peuvent également être considérés comme « *des pans de politique publique*»[252], qu'il convient d'ailleurs d'analyser en profondeur, notamment en ce qui concerne la continuité et la globalité. En effet, ces deux principes, sont particulièrement prononcés dans les activités de soins et produisent plusieurs effets directs et concrets pour les patients.

En matière de continuité des soins, il faut savoir que le droit algérien consacre ce principe, en premier lieu, en tant que devoir déontologique des praticiens médicaux articulé autour de deux dimensions. La première consiste à veiller à la continuité des soins notamment dans les situations où les médecins refusent de prodiguer des actes médicaux pour des motifs légitimes. Dans de tels cas, il est impératif qu'ils transmettent au nouveau médecin les informations nécessaires à la poursuite des soins. La seconde consiste à assurer cette continuité des soins en toute circonstance y compris en cas de calamité. Ces obligations sont clairement stipulées dans le code de déontologie médicale qui, toutefois, ne détaille pas les modalités susceptibles d'assurer efficacement leur mise en œuvre[253].

---

[249] L'article L 1411-1 du code de la Santé Publique (CSP) établit les modalités d'élaboration et d'évaluation des politiques de santé. Ces modalités ont été révisées à plusieurs reprises pour intégrer des mécanismes d'évaluation plus rigoureux. Initialement, les ordonnances de 1996 ont introduit l'obligation de publier un rapport annexe à la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). La loi de mars 2002 a ensuite instauré une obligation pour le gouvernement de présenter un rapport annuel au Parlement sur les politiques de santé. La loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique a prolongé cette dynamique en précisant que les objectifs de la politique de santé publique sont redéfinis tous les cinq ans, accompagnés d'une loi quinquennale annexée d'un rapport détaillant les objectifs et les principaux plans d'action. Ce rapport, basé sur les travaux du Haut Conseil de la santé publique, est également soumis pour avis à la conférence nationale de santé. Toutefois, cette mesure n'a pas été pleinement mise en œuvre et a été modifiée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

[250] Tel que précisé par les dispositions de l'article 3 de la loi de santé n°18-11, précité.

[251] Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi de santé n°18-11, précitée.

[252] BIOY, Xavier, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental? », précité.

[253] Les articles 8, 42 et 50 du code de déontologie médicale algérien, précité stipulent respectivement que: « *Sous réserve des dispositions de l'article 9 ci-dessus, le médecin, le chirurgien dentiste, peut refuser pour des raisons personnelles de donner des soins* » ; «*Le médecin, le chirurgien-dentiste peut se dégager de sa mission à condition que la continuité des soins aux malades soit assurée* » ; « *Le médecin et le chirurgien-dentiste doivent prêter leur concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé publique. Ils sont tenus, en particulier, de collaborer du point de vue médical à l'organisation des secours et notamment en cas de calamité* ».

Ensuite, la continuité des soins se présente en tant que droit individuel du patient opposable à l'ensemble des structures et établissements de santé. En effet, la nouvelle loi sanitaire dispose clairement que les besoins de la population en matière de santé sont pris en charge de manière cohérente et continue[254]. Une continuité qui se matérialise par la mise en place d'un dispositif de permanence et de garde[255] ainsi que par la consécration du remplacement ou de la suppléance dans le cadre de l'exercice médical libéral[256]. Toutefois, il convient de signaler que cette loi ne spécifie pas explicitement l'obligation pour les structures de santé de garantir la continuité des soins lorsqu'ils ne peuvent prendre en charge un patient, faute de moyens ou de compétences. Cette responsabilité est implicitement sous-entendue. En effet, l'article 21 de cette loi dispose qu'« *aucun motif, de quelque nature que ce soit, ne peut faire obstacle à l'accès du citoyen aux soins dans les structures et les établissements de santé* », suggérant, ainsi, une obligation de continuité des soins entre établissements. Cette interprétation est d'autant plus renforcée, si l'on précise qu'au regard de l'ordre chronologique d'énonciation, l'article 21 figure parmi les dispositions relatives aux droits des patients, que les établissements de santé doivent obligatoirement respecter dans le cadre de leurs missions[257].

En matière de continuité des soins, la mesure novatrice introduite par la nouvelle loi de santé algérienne, qui consiste à intégrer les structures de santé privées dans les missions de service public, mérite particulièrement d'être examinée de près. En effet, la consécration par le législateur algérien de cette mesure traduit sa volonté de faire prendre en charge des activités d'intérêt général par les structures privées alors que jusque-là elles ne pouvaient pas être, régulièrement exécutées par elles[258]. Pour rappel, cette consécration est totalement reprise du droit français qui considère que le service public s'impose comme l'instrument de base de l'action publique, ayant vocation à garantir un égal accès des individus à un ensemble de prestations essentielles au sein de la collectivité. En ce

[254] En vertu de l'article 6 de la loi n°18-11, précitée.

[255] Les dispositions de l'article 289 de la loi de santé 18-11 précitée se lisent comme suit : « *Les structures et les établissements de santé publics et privés et les officines pharmaceutiques publiques et privées sont tenus d'assurer le service de garde conformément aux modalités fixées par voie réglementaire*».

[256] Conformément à l'article 171 de la loi de santé 18-11, précitée.

[257] Conformément aux dispositions de l'article 280 de la loi n°18-11, précitée qui dispose que : « *Les structures et les établissements de santé sont accessibles à toute la population. Ils exercent leurs missions dans le respect des droits des patients* ».

[258] Les articles 311 et 312 de la loi de santé 18-11 disposent, respectivement, que : « *La mission de service public confiée aux structures et établissements privés de santé de façon temporaire et occasionnelle vise l'égal accès aux soins en assurant d'une manière continue, une couverture sanitaire dans les zones à couverture sanitaire insuffisante sur la base de la mise en œuvre de programmes nationaux et régionaux de santé* »,« *Les dépenses afférentes aux soins prodigués par les structures et les établissements privés de santé investis des missions de service public, sont régies par des conventions établies avec le ministère chargé de la santé* ».

sens, la qualification des activités de santé en missions de service public revêt en France « *un caractère juridique indiscutable* » et traduit « *une préoccupation politique indéniable* »[259]car elles répondent de manière évidente à un intérêt général caractérisé. C'est la loi hospitalière du 31 décembre 1970[260] qui a été le premier texte législatif ayant consacré la notion de service public dans le domaine de la santé, sous la terminologie de « service public hospitalier». Ces dispositions sont devenues obsolètes avec la loi du 21 juillet 2009[261] qui a renouvelé, sous l'influence du droit européen, totalement ce dispositif avec une nouvelle appréhension de la notion du service public de santé complètement détachée de tout aspect organique et venant remplacer celle du service public hospitalier. Cette loi procède, également à une réforme complète des conditions dans lesquelles les établissements de santé privés peuvent se voir confier des missions de service public. En effet, antérieurement à son adoption, le service public était assuré de droit par tous les établissements publics de santé et pouvait l'être, sous certaines conditions, par les établissements privés tant à but lucratif qu'à but non lucratif qui en exprimaient la volonté. Avec la loi de 2009, « *cette participation se trouve organisée dans la mesure où tout établissement de santé mais aussi nombre d'autres acteurs de santé, quel que soit leur statut, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer ces missions. Une telle contribution est analysée par l'agence régionale de santé en fonction des besoins de la population*»[262]. Aujourd'hui, la notion de service public hospitalier a été réintroduite dans la législation française par la loi dit *loi Touraine* de 2016[263] et s'impose avant tout comme un élément de renforcement de la coopération au sein du système de santé français. Il y lieu de préciser dans ce cadre que « *cette nouvelle notion de service public hospitalier n'est pas identique à la notion classique de service public hospitalier qui a été introduite par la réforme hospitalière du 31 décembre 1970. En effet, sur certains points, le législateur de 2016 a renoué avec la conception classique du service public hospitalier, mais parallèlement il a assorti cette notion d'un certain nombre d'innovations dans l'objectif de prolonger la démarche, déjà initiée par la loi Bachelot de 2009, qui est d'adapter la notion de service public dans le domaine de la santé aux exigences du droit de l'Union Européenne. En ce sens, le service public hospitalier ne se définit plus ni par un critère organique, ni par un critère matériel, mais par un critère purement formel,*

[259] MOQUET-ANGER, Marie-Laure, *Droit hospitalier*, LGDJ, 7ème édition, Paris, 2024, p. 83.

[260] Chapitre premier de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dite loi Boulin, JORF n°3, janv. 1971, (France).

[261] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°167 du 22/7/2009, (France).

[262] STINGRE, Didier, « Missions de service public et coopération sanitaire », dans, *Le service public hospitalier*, Que sais-je, 2021, pp 30-52.

[263] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°22du 27/1/2016, (France).

par référence aux obligations spécifiques de service public»[264]. En vertu de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique français, le service public hospitalier s'entend désormais comme un régime juridique spécifique, qui s'applique à toute l'activité des établissements de santé responsables de sa prise en charge. Il comporte plusieurs obligations spéciales pour ces derniers qui sont détaillées par l'article L. 6112-2 du même code. Celui-ci énonce un régime juridique très précis et détaillé du nouveau service public hospitalier où sont mentionnés tous les principes consubstantiels à son fonctionnement: l'égalité d'accès et de prise en charge, la continuité, la qualité des prestations, l'accessibilité financière par le respect des tarifs réglementaires ou conventionnels.

En Algérie, il faudra attendre l'adoption des textes d'application permettant la mise en place de ce dispositif, pour pouvoir se prononcer sur l'efficacité des formes juridiques et des conditions dans lesquelles les structures privées se verront confier des missions de service public. Il serait, pourtant, souhaitable, là aussi de reproduire le modèle coopération public-privé institutionnalisée en France dans la mesure où il va permettre de fonder une coopération efficiente en matière de prestations de diagnostic, de soins et de surveillance. En effet, la loi dite *loi HPST* a simplifié et gradué les outils de coopération à disposition des acteurs et favorisé leur mise en place. En ce sens, elle a supprimé un certain nombre de formules juridiques de coopération telles que les syndicats inter-hospitaliers, les cliniques ouvertes ou la communauté d'établissement et renforcé la palette des outils par deux nouveaux dispositifs, à savoir le groupement de coopération sanitaire (GCS) et la communauté hospitalière de territoire (CHT), remplacés plus tard par pour les groupements hospitaliers de territoires (GHT)[265]. Par des niveaux d'encadrement juridique différents, notamment en matière d'intégration et de prise de décision des établissements parties prenantes des coopérations, ces deux nouveaux outils permettent, avec les autres supports existants de coopération, de diversifier et de graduer les outils juridiques proposés aux acteurs de la santé. De même, la loi dite HPST a maintenu la distinction classique entre « coopération conventionnelle »[266], reposant sur le support juridique d'une convention et, donc, non dotée de la personnalité morale et « coopération organique »[267] créant une structure de coopération elle-même dotée de la personnalité

[264] STEFANOVA, Deyana, *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*, précité, p 79.

[265]C'est l'une des mesures phares de la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, précitée.

[266] Les principales formes de coopération conventionnelle en France sont : La communauté hospitalière de territoire (CHT), la convention et la fédération médicale inter-hospitalière, STEFANOVA, Deyana, *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*, précité.

[267] Les principales formes de coopération organique sont Le groupement d'intérêt économique (GIE), le groupement d'intérêt public (GIP et le groupement d'intérêt public (GIP), STEFANOVA, Deyana, *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*, précité.

morale. Venue compléter l'édifice, la loi du 24 juillet 2019[268] a privilégié un instrument plus souple et informel de coopération qui est le projet territorial de santé dans le but de permettre de garantir le développement d'une coopération sanitaire plus décloisonnée. En effet, conformément aux dispositions du code de la santé publique français[269] le projet territorial de santé *« apparaît comme un document élaboré par l'ensemble des offreurs de soins sur un territoire donné (communautés professionnelles territoriales de santé, établissements de santé, services sociaux et médico-sociaux) dans l'objectif d'assurer la coordination de leur action. Ce document est censé déterminer le territoire pertinent pour l'organisation des parcours de santé, ainsi que les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé »*[270]. Comme l'indique l'exposé des motifs de cette loi, l'instauration du processus de décloisonnement et de coordination du système de santé implique l'assouplissement des contraintes pesant sur les offreurs de soins, lesquels sont tenus de prendre eux-mêmes les mesures nécessaires afin de participer activement à une démarche de coopération; une approche qui correspond totalement au concept du système de santé[271]. Cependant, il existe, à notre sens, un autre élément qui a joué en la faveur du décloisonnement et de l'approfondissement de la démarche de coopération entre les offreurs de soins, à savoir l'évolution des modes de financements. En effet, le plan « Ma santé 2022 », institué par le décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017[272], a souligné l'importance de décloisonner les financements des offreurs de soins dans l'objectif de renforcer la cohérence dans l'organisation de leur offre de soins[273]. C'est pourquoi l'introduction de nouveaux modes de financement des prestataires de soins est présentée comme un objectif clé de cette stratégie, visant à mieux adapter le financement à la coordination de l'offre de soins dans la prise en charge des parcours des patients[274]. Les avancées réalisées par le législateur français en matière d'intégration des structures de santé privées dans les missions du service public de santé, constituent des enseignements précieux qui devraient être pris en considération par le législateur

[268] La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n° 172 du 26/7/2019, (France).

[269] Article art. L. 1434-10-III du CSP.

[270] STEFANOVA, Deyana, *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*, précité.

[271] Ibid

[272] Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, JORF n°31, décembre 2017, (France).

[273] STEFANOVA, Deyana, *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*, précité.

[274] Ibid.

algérien dans sa tentative de concevoir les normes permettant cette intégration dans le système national de santé.

Sur un autre registre, le droit du malade à la continuité des soins se décline également en un droit à la continuité de la chaîne des soins, une dimension qui concerne essentiellement les maladies chroniques et les pathologies lourdes dont la prise en charge se trouve prolongée, nécessitant l'intervention du système de santé dans sa globalité. Cette forme de continuité appelle la mise en place de plusieurs dispositifs organisationnels qui dépassent le cadre strict du service public hospitalier pour englober l'ensemble du système de santé. En pratique, cela implique le renforcement des soins de proximité et le développement des soins ambulatoires assurés à domicile[275] pour garantir une prise en charge cohérente et continue, adaptée aux besoins des patients atteints de ces pathologies. À cet égard, il est important de noter que de nombreux dispositifs ont été mis en œuvre en Algérie pour globaliser l'offre de soins, notamment grâce au développement d'un tissu sanitaire complet, introduit par la carte sanitaire dès 1982[276]. Cet outil, tel qu'il fût pensé par les pouvoirs publics à l'époque, était perçu, comme nous aurons à le détailler plus amplement dans la section suivante de ce chapitre, en tant que moyen destiné, essentiellement, à la régulation d'une offre de santé permettant de corriger les disparités entre régions, villes et compagnes[277]. Mais au-delà de cet aspect de territorialisation de l'offre de soins, la carte sanitaire a structuré la prise en charge globale des patients en organisant le déploiement des structures publiques de santé sur tout le territoire national[278]. La configuration initiale de la carte sanitaire divisait le territoire national en secteurs sanitaires, centrés chacun autour d'un hôpital principal, autour duquel gravitaient plusieurs unités de soins de base, composées majoritairement de petits centres de santé. Conçue théoriquement pour une allocation rationnelle des ressources matérielles et humaines, cette organisation a instauré une hiérarchie rigide des soins et a renforcé l'hospitalo-centrisme, au détriment des unités de soins de proximité, base de la politique de prévention et de la prise en charge des maladies chroniques. En vigueur depuis 2007, le décret n° 07-140[279] a significativement restructuré le réseau public de soins hospitaliers en Algérie, marquant l'abandon de l'ancienne configuration. Cette réforme a distinctement séparé les établissements publics

[275] En vertu de l'article 281 de la loi de santé 18-11, précitée.

[276] Ministère de la Santé, *Carte sanitaire nationale*, 2ème volume, Document interne, 1983.

[277] AGUERCIF-MEZIANE, F et AGUERCIF, M. « Le système de santé publique en Algérie », *Cahiers du CREAD*, 3ème et 4ème trimestres, 1993, pp 97 -109.

[278] BOUYOUCEF-BARR, Djamila, « L'organisation territoriale de l'offre de soins : Quelles réalités En Algérie ? », *La revue des sciences commerciales*, Vol 14, n°1, 2015, pp 70-85.

[279] Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, précité.

hospitaliers des établissements de soins de proximité. Dans le cadre de cette restructuration, de nombreux centres de santé ont été érigés en polycliniques et dotés de moyens et de ressources les rehaussant au niveau de cette nouvelle classification. Cette démarche a permis d'assurer une décentralisation des soins, générant ainsi une meilleure réponse à l'évolution des besoins sanitaires de la population, notamment face à l'augmentation des maladies non transmissibles, chroniques et dégénératives. Pourtant, la nouvelle loi de santé algérienne a prévu de revenir sur cette configuration en adoptant une organisation basée sur la circonscription sanitaire. Cet ajustement semble renouer avec les principes du cadre juridique antérieur à 2007[280]. Les raisons avancées dans les discours officiels, pour justifier ce changement, font référence à une recherche d'une meilleure mutualisation des ressources humaines et des moyens financiers, ce qui implique une budgétisation commune pour les différentes unités de chaque circonscription sanitaire, allant des hôpitaux aux petites unités de soins. Or, l'expérience a révélé que ce modèle de financement tend à privilégier les besoins des hôpitaux aux dépens des structures de base, ce qui ne manquera pas de se répercuter sur les activités de ces dernières (limitation des gardes payantes, ruptures de médicament, de vaccins et de réactifs…) et aura sans aucun doute des conséquences sur la continuité de la chaine de soins. Toutefois, il sera nécessaire d'attendre la promulgation des textes réglementaires qui instaureront cette nouvelle configuration pour évaluer pleinement ces répercussions.

Outre, les principes de continuité et de globalité du service public de santé, l'instauration de la médecine gratuite, en tant que politique publique, a également contribué à améliorer l'accès aux soins en libérant les patients du paiement des frais des actes dispensés par le secteur public. Le choix politique d'une médecine gratuite, mise en place dès 1974[281], a été renforcé par la nouvelle loi de santé qui énonce que l'Etat assure la gratuité des soins et en garantit l'accès à tous les citoyens sur l'ensemble du territoire national. Pour ce faire, il met en œuvre tous les moyens de diagnostic, de traitement et d'hospitalisation des malades dans l'ensemble des structures publiques de santé ainsi que toute action destinée à protéger et à promouvoir leur santé[282].

La gratuité des soins couvre l'ensemble de la population[283] et englobe la totalité du panier des

[280] Conformément à l'article 298 de la loi de santé 18-11, précitée.

[281] Ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires. Précitée.

[282] Article 13 de la loi de santé 18-11 précitée.

[283] « *La population cible va connaitre un léger aménagement à partir de la deuxième moitié des années 80 avec deux décisions visant à introduire une part moralisatrice du risque et ce, afin de tempérer les dépenses de santé et responsabiliser davantage les usagers. La première, prise en 1984 consiste à ne plus distribuer les médicaments gratuitement pour les malades non hospitalisés et la seconde se traduit par l'instauration d'un ticket modérateur consistant à faire participer les malades symboliquement à raison de 20% du coût des examens radiologiques et des analyses pratiqués à titre ambulatoire (c'est-à-dire en dehors de toute forme d'hospitalisation). En application de la loi de finances de 1995 et de l'arrêté interministériel du 7 janvier 1995, il a été prévu également une participation*

soins offerts par les structures publiques de santé allant des soins primaires jusqu'aux actes médicaux hautement spécialisés[284]. Plus récemment, un effort supplémentaire a été consenti en faveur d'une gamme très spécifique de prestations sanitaires, en particulier celles en relation avec les objectifs du développement durable en matière de santé publique, tels que les soins anténataux, les accouchements assistés, les césariennes ainsi que les services de santé dédiés aux personnes âgées[285]. Il est important de souligner, que pour certains services dédiés à des maladies spécifiques ou à la promotion de la santé, les enjeux de la gratuité résident principalement dans leur impact bénéfique significatif sur la santé publique, d'où le souhait des autorités sanitaires algériennes de leur conserver un statut de bien public. La vaccination, le planning familial, la prévention et le traitement des maladies transmissibles en constituent les exemples les plus édifiants.

La genèse de la politique de médecine gratuite montre que cette dernière a suscité des controverses dès sa mise en œuvre, n'étant pas perçue comme le meilleur moyen d'améliorer l'accessibilité aux soins[286]. Instituée dans le cadre des réformes radicales entreprises, après l'indépendance, par un Etat soucieux de renforcer sa légitimité en multipliant les marques de sollicitude à l'égard des « masses » [287], cette mesure s'est immédiatement distinguée des autres actions se réclamant du même principe de justice sociale. En effet, la « révolution agraire »[288]

---

symbolique au payement des consultations de médecine générale et spécialisée pratiquée à titre ambulatoire. Cette participation, arrêtée respectivement à 50 DA et 100, excluait les personnes atteintes des maladies chroniques, les populations concernées par des programmes nationaux de santé et certaines catégories sociales protégées, ce qui revient pratiquement à une dispense de l'ensemble de la population », HABOUR, Ali-Sayeh, « Les dépenses de santé en Algérie et les enjeux de leur financement», *Revue Afak pour études et recherches*, vol 3, n°2, 2020, pp 129-149, (article en Arabe).

[284] Le panier de soins inclue tous les actes de soins, notamment les soins curatifs et préventifs, d'exploration fonctionnelle et interventionnelle ainsi que les soins hautement spécialisés et les traitements ambulatoires pour certaines pathologies dont essentiellement la cancérologie.

[285] HABOUR, Ali-Sayeh, « Les dépenses de santé en Algérie et les enjeux de leur financement», précité.

[286] GUILLERMOU, Yves, « Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexion sur l'expérience Algérienne », *Sciences sociales et santé*, vol 21, n°2, Juin 2003, pp 79-108.

[287] Il est indéniable qu'à cette période (début des années 1970), une époque où la scène internationale était marquée par le clivage idéologique entre l'Est et l'Ouest, l'idée de la "discrimination positive" en faveur des plus démunis était difficilement conciliable avec les principes des dirigeants d'un État se revendiquant comme "socialiste". Ces dirigeants s'engageaient officiellement dans l'éradication des disparités socio-économiques plutôt que dans leur simple « atténuation ».

[288] En 1963, les autorités algériennes prennent le contrôle des terres agricoles abandonnées par les colons français. Les petites exploitations sont préservées pour les petits agriculteurs, tandis qu'une partie de ces terres est distribuée à des anciens combattants de la guerre. Cependant, la majeure partie de ces terres est convertie en fermes d'État qui seront nationalisées dès l'été 1966. En 1972, une réforme agraire majeure est entreprise par le gouvernement, visant à éradiquer l'exploitation dans les zones rurales. Ce processus implique la dissolution du système de fermes d'État et la redistribution des terres aux agriculteurs sans terres, qui doivent alors rejoindre des coopératives gouvernementales. Au sein de ces coopératives, des aides financières, des prêts, des semences et des fertilisants leur sont fournis.

lancée moins de deux ans auparavant, était considérée comme une démarche claire ayant suscitée un consensus général. Or, la médecine gratuite censée bénéficier à tous les citoyens sans distinction soulevait des interrogations quant aux principaux bénéficiaires réels de cette mesure. A l'époque déjà, les premières réactions étaient très mitigées aussi bien parmi les couches populaires qu'au sein des professionnels de santé. Alors que le discours politique officiel présentait la gratuité des soins comme un « *droit inaliénable pour tous les citoyens*»[289], de larges fractions de la population, confrontées aux pénuries et dysfonctionnements du secteur public, considéraient qu'il s'agissait d'une tentative de généralisation d'une « médecine de dernière catégorie » et qu'il valait mieux payer pour être soigné correctement. Ce sentiment partagé par tous les algériens, y compris les personnes de condition très modeste, semble résumer la perception dominante de la gratuité des soins. De leur côté, les médecins, tout en se demandant en quoi les conditions d'accès aux soins se trouvent réellement modifiées[290], s'interrogeaient avec une certaine inquiétude sur les répercussions d'une telle mesure au niveau de leur activité quotidienne et de leurs rapports avec les malades[291]. Aujourd'hui, encore, le ministre algérien chargé de la santé considère que l'expertise du système de santé a été déjà faite par l'ensemble des citoyens et que la gratuité de soins n'a pas reflété l'équité demandée. Des dizaines de milliers de patients préfèrent se déplacer en Tunisie pour se faire soigner dans de grandes cliniques tout en consentant au paiement des frais colossaux que ça occasionne [292].

Ainsi, bien que la politique de gratuité des soins ait été instituée pour améliorer l'accès universel aux soins, son application a révélé d'importantes lacunes, particulièrement en termes de qualité des prestations médicales. Cette situation a généré une insatisfaction généralisée, qui a participé à relativiser l'effectivité du droit d'accès aux soins, soulignant ainsi la complexité de concilier universalité et qualité dans le cadre du système de santé publique algérien.

2. Le droit d'accès aux soins et la sécurité sociale

Dans les systèmes de santé payants, ce sont les règles de la sécurité sociale qui déterminent, en fonction des taux de remboursement, l'étendue de l'accès aux soins. Aussi, la gratuité de la

[289] KEDDAR, Miloud, « Les politiques sanitaires : Quel bilan ? », dans, *Algérie de l'indépendance à l'état d'urgence*, Paris, l'Harmattan, 1992, pp 190-209.

[290] La gratuité ne changeait pratiquement rien aux conditions d'accès pour les malades, dans la mesure où la très grande majorité de ceux-ci bénéficiaient déjà de la gratuité (au moins partielle) des soins, soit au titre de l'AMG, soit en tant que salariés couverts par les assurances sociales.

[291] MEBTOUL, Mohamed, COOK, Jon, GRANGAUD, Jean-Paul, TURSZ, Anne, « Les jugements des médecins algériens sur l'activité de soins : une identité professionnelle fragile », *Sciences sociales et santé*, vol16, n°2, 1998, pp. 5-25.

[292] GUECHI, Habiba, « Les nouvelles réformes du système de santé (Réalités et Perspectives)», *Revue des sciences économiques, de gestion et des sciences commerciales*, volume 14, n°1, 2021, pp 454-465, (article en Arabe).

médecine instaurée en Algérie pourrait suggérer un rôle moindre de la sécurité sociale dans l'amélioration de l'effectivité du droit d'accès aux soins puisque les patients peuvent bénéficier de toutes les prestations dispensées par les établissements publics de santé sans engagement de frais de leur part. Pourtant, cette perspective simpliste masque une réalité beaucoup plus complexe, qu'il convient d'analyser.

Tout d'abord, il essentiel de présenter la genèse de ce service public en Algérie. La sécurité sociale désigne un ensemble de dispositifs et d'institutions majoritairement publics qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses. Après l'indépendance, le pays a hérité d'un système de sécurité sociale fragmenté, issu de l'époque coloniale, avec plus de onze régimes distincts[293]. La nécessité de réformer ce système a émergé dans les années 1970, avec pour objectifs l'unification des régimes, l'uniformisation des avantages et l'extension des bénéficiaires. La refonte a été organisée autour d'entités spécialisées, chacune dédiée à un type de risque spécifique (santé, invalidité, retraite, et chômage)[294]. Les réformes initiées en 1983[295] ont posé les bases de cette unification, tandis que celles de 1992[296] ont mis en place une organisation qui permet de distinguer entre salariés et non-salariés. Le système de sécurité sociale algérien a des fondements professionnels, mais s'est étendu au fil des années à d'autres catégories de la population y compris celles n'exerçant aucune activité professionnelle, qui bénéficient désormais du statut d'assuré social.

L'accès aux soins constitue l'une des principales missions de la sécurité sociale en Algérie. Il s'articule autour de deux principaux axes. D'une part, la sécurité sociale représente l'un des principaux bailleurs de fonds de la gratuité de la médecine. D'autre part, elle consolide le droit d'accès aux soins en complétant la couverture sanitaire assurée par le secteur public, à travers plusieurs dispositifs notamment la prise en charge des soins par paiement en nature, les prestations complémentaires ou encore le système du tiers payant.

En effet, la sécurité sociale est appelée à contribuer au financement du budget de fonctionnement des établissements de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finance. Ces dispositions budgétaires, appelées «forfait hôpitaux» sont une obligation financière supposée venir en compensation de tous les soins gratuits

[293] KAMRI, Zina, « L'évolution du système de sécurité sociale en Algérie », *Revue des études en sociologie des organisations*, vol 9, n°2, 2022, pp 106-118, (article en Arabe).

[294] Ibid.

[295] En vertu de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, précitée.

[296] Conformément au décret exécutif n° 92-07 du 4 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale, JORA n°2 du 8/1/1992.

dispensés par les structures sanitaires publiques aux assurés sociaux et leurs ayants droits. Depuis son institution en 1973, le forfait hôpitaux a connu une augmentation soutenue. Il est passé de 120 millions de DA en 1973 à 27 021 millions de DA en 2004, soit une augmentation de plus de 225 fois en 31 ans. De 2005 à 2011, il s'est stabilisé entre 35 et 38 milliards de DA, avant d'atteindre 88 milliards de DA en 2019[297]. Actuellement, une réforme est en cours d'engagement afin de contractualiser les relations entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé dans le but d'optimiser la prise en charge financière des soins pour les assurés sociaux.

Les prestations en nature en Algérie couvrent une gamme étendue de soins dispensés par le secteur libéral, incluant les actes médicaux et chirurgicaux, l'imagerie médicale, les analyses biologiques, les produits pharmaceutiques, l'hospitalisation, les soins et prothèses dentaires, les appareillages, l'optique médicale, le planning familial, ainsi que la rééducation et la réadaptation professionnelle. Elles englobent également les cures thermales ou spécialisées, le transport sanitaire et les déplacements nécessaires pour les soins. Ces prestations sont remboursées à hauteur de 80% des tarifs réglementaires, ce taux pouvant atteindre100% pour certaines maladies chroniques. Toutefois, certaines prestations nécessitent une autorisation préalable de la caisse de sécurité sociale[298]. Il est important de souligner que malgré ces mesures, le système d'assurance maladie en Algérie ne permet pas un accès étendu aux soins, en partie à cause du faible taux de remboursement pratiqué. De plus, la pratique des honoraires libres par les médecins libéraux contribue à d'importantes disparités dans l'accès aux soins, renforçant ainsi les inégalités sanitaires dans le pays.

En outre, des prestations complémentaires ciblant des prises en charges spécifiques de soins ont été développées. L'une des initiatives les plus notables consiste en la création de quatre centres régionaux d'imagerie médicale. Ces derniers jouent un rôle primordial dans le dépistage précoce de maladies graves et coûteuses, telles que le cancer du sein, et augmentent l'accessibilité des assurés sociaux à des examens de radiologie coûteux. De plus, un programme spécifique a été développé pour établir des cliniques spécialisées dans la gestion de pathologies complexes, comme la clinique de chirurgie cardiaque infantile et la clinique d'orthopédie spécialisée en matière de scoliose. Ces structures constituent un outil d'amélioration de l'accessibilité à des soins hautement spécialisés souvent associés à des transferts de patients à l'étranger.

Enfin, pour faciliter l'accès aux soins, l'assurance maladie a mis en place une mesure permettant aux assurés sociaux d'accéder à des prestations sans devoir payer d'honoraires. Ce dispositif, connu sous le nom de tiers payant, implique un paiement direct des professionnels de

[297] ZIANI, Lila et ZIANI, Farida, « La contractualisation dans le secteur de santé en Algérie : Etat des lieux et contraintes », *Revue les cahiers du POIDEX*, vol 10, n°1, 2021, pp 36-55.

[298] CHOUAIDIA, Mounia et LAIB, Samia, « Régime de la sécurité sociale en Algérie», *Revue des Sciences Juridiques et Politiques*, vol 10, n°2, 2019, pp 1768-1789.

santé par l'assurance, évitant ainsi aux patients d'avancer les frais lors des consultations ou d'attendre un remboursement. Elle concerne trois disciplines dispensées au niveau des établissements hospitaliers privées, à savoir la chirurgie cardiaque[299], l'hémodialyse[300] et les soins obstétricaux[301]. Plusieurs études internationales ont révélé que le coût initial des consultations, même sans dépassement d'honoraires, peut constituer une barrière significative au soin pour certains patients[302]. De ce fait, le tiers payant est devenu un droit pour les soins liés à la maternité et pour les personnes atteintes de maladies chroniques, qui engendrent des dépenses de santé régulières et élevées. Toutefois, ce système pourrait limiter le droit au libre choix du praticien, consacré par la législation algérienne, dans la mesure où il dissuade les patients de consulter des médecins ou des établissements non conventionnés avec les organismes de sécurité sociale.

Enfin, nous pouvons avancer qu'il apparaît essentiel de reconnaître que le droit universel à l'accès aux soins doit être soutenu par des droits subjectifs individuellement applicables variant selon les situations. Néanmoins, la réponse à ces besoins individuels ne doit pas diluer le principe d'universalité du droit à l'accès aux soins, que la législation cherche à établir et à maintenir.

B. L'accès aux soins: un droit subjectif catégoriel

« *Le droit à la santé recèle une dimension individuelle. La protection de la santé ne s'applique en effet pas à tous sans aucune distinction, mais bien à certains individus, dont la situation répond à quelques critères d'identification, simples, précis* »[303]. En effet, si la Constitution algérienne fait référence à un droit garanti à l'ensemble de la population, la loi de santé qui constitue la base législative du droit fondamental du droit à la santé mentionne expressément certaines situations **(1)** ou certains groupes de personnes **(2)**, au profit desquelles le droit à la protection de la santé doit être « notamment » garanti.

---

[299] Conformément au décret exécutif n° 14-367 du 19 du 15 Décembre 2014 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les établissements hospitaliers privés autorisés à assurer des activités médico-chirurgicales cardiaques et cardio-vasculaires, JORA n°75 du 28/12/2014 (Algérie).

[300] Conformément au décret exécutif n° 15-11 du 14 janvier 2015 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les centres privés d'hémodialyse, JORA n°4 du 29/1/2015 (Algérie).

[301] Conformément au décret exécutif n° 20-60 du 19 du 14 mars 2020 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les établissements hospitaliers privés pour la prise en charge de l'accouchement, JORA n°16 du 24/3/2020 (Algérie).

[302] CHAMPETIER DE RIBES, Delphine, « Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau », *Regards*, vol 53, n°1, 2018, pp 57-68.

[303] JUAN, Stéphanie, « L'objectif de valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé : droit individuel ou collectif », *Revue du droit public*, n°2, 2006, pp 439-458.

1. Des situations

Le droit algérien se caractérise par l'adoption d'un droit d'accès aux soins dans sa forme la plus étendue. Il se concrétise par des privilèges octroyés au profit de personnes se trouvant face à des difficultés particulières. Les cas liés à ce contexte se rapportent aussi bien à des différences de milieux qu'à des situations exceptionnelles.

En ce sens, la nouvelle loi de santé algérienne a accordé un intérêt particulier pour l'accès aux soins en milieu éducatif, universitaire et de formation professionnelle qui s'inscrit dans les grandes priorités nationales dans la mesure où il réduit les inégalités en matière de santé et permet d'agir en amont sur certaines pathologies dépistées précocement chez les enfants scolarisés. C'est en tant que milieu de vie qui accueille les enfants et les adolescents algériens pendant plus d'une décennie que le système éducatif contribue à l'amélioration de la santé. Ainsi, aux termes de l'article 96 de ladite loi, des structures sont mises en place spécifiquement pour le dépistage et le suivi des activités de santé scolaire. La normalisation de ces activités[304] constitue le garant de l'égal accès aux soins d'une grande partie de la population à savoir celle des enfants et adolescents scolarisés ou des jeunes adultes en cycle de formation universitaire ou professionnelle. En ce sens, une première approche consiste à identifier les principaux problèmes de santé publique (baisse d'acuité visuelle, risque cardiovasculaire, cancer, obésité, sida...) et à établir un programme permettant de les dépister et de les prendre en charge au cours de leur scolarité. Une seconde démarche consiste à assurer des actions d'éducation sanitaire notamment dans le domaine de la prévention des addictions. En fait, cette démarche ne saurait constituer la base d'une éducation à la santé en milieu scolaire parce qu'il y a un consensus dans la bibliographie internationale sur le fait que les programmes thématiques sont peu pertinents et que les interventions multifactorielles et globales sont les plus efficaces [305]**.** En effet, il ne suffit pas d'exposer aux élèves les dangers de l'alcool, du cannabis et du tabac pour qu'ils ne deviennent pas dépendants à ces psychotropes, pas plus qu'il ne suffit de donner des règles nutritionnelles pour prévenir l'obésité. De plus, nombre de mesures préventives mises en œuvre dans les établissements scolaires, bien que fondées sur des données épidémiologiques, ne correspondent pas toujours au rôle éducatif de l'école. L'enjeu réside plutôt dans la mobilisation de l'école sur ce qui, dans sa mission propre, est de nature à promouvoir la santé plutôt que le transfert vers l'école de problématiques sanitaires[306].

[304] Conformément aux dispositions des articles 94,95 et 96 de la loi n°18-11, précitée.

[305] OMS, *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and,specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? »,* 2006, sur https:// www.euro.who.int/ data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185 consulté le 3/1/2023.

[306] JOURDAN, Didier, « L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables », *Les Tribunes de la santé*, vol 16, n°3, 2007, pp 53-59.

Pareillement, l'accès aux soins en milieu de travail, considéré à la fois comme un enjeu de santé publique et un enjeu économique et social, a reçu de la part du législateur algérien une attention considérable[307]. Effectivement, ce droit s'applique à toute la population active sachant que les services de médecine du travail ne prennent en charge, du moins à titre obligatoire, que les salariés. En ce sens, l'obligation inscrite à la charge de l'employeur pour développer des activités de médecine de travail dans la loi de santé algérienne, reflète une vision qui ne se limite pas exclusivement à l'obligation de prévention des risques professionnels, mais intègre également le principe de l'égal accès aux soins en milieu de travail[308]. Un principe dont les résultats attendus concernent aussi bien la politique de santé publique que le fonctionnement des entreprises et le climat social. Pourtant, il est évident que, bien que les activités de médecine du travail soient légalement destinées à « *l'amélioration des conditions et du milieu de travail*»[309], elles ne réussissent pas toujours à transformer ce milieu, principal facteur des troubles de santé. Cette difficulté s'explique par la complexité d'intervenir en amont sur les causes organisationnelles et managériales des problèmes de santé[310]. Face à cela, le personnel de santé dédié à cette tâche développe d'autres mesures d'accompagnement individuel qui consistent à assurer la « prévention secondaire » permettant de s'adapter à une situation qu'ils considèrent parfois ne pas pouvoir empêcher, ou à la « prévention tertiaire » n'agissant qu'après la survenue d'un problème. Cantonné, souvent, à une activité ciblée sur la réalisation de visites médicales individuelles, ce personnel adopte une démarche d'individualisation des réponses aux problèmes d'ordre organisationnel.

En milieu pénitentiaire, les patients détenus disposent des mêmes droits d'accès aux soins que les autres malades sous réserve des restrictions liées à la privation de liberté. En effet, la nouvelle loi de santé algérienne dispose que le détenu malade est en droit de purger sa peine tout en recevant les soins nécessaires et bénéficier de l'adaptation des conditions générales de sa détention à la situation particulière de son état de santé[311]. Cette position n'est pas sans rappeler les déclarations de Guy Canivet, magistrat français et ancien membre du Conseil constitutionnel, qui a affirmé qu'« *admettre que la peine d'emprisonnement a pour finalité la réintégration, dans la société, d'une personne condamnée induit une autre logique juridique, celle d'un détenu qui, à l'exception*

[307] Les règles générales d'organisation et de fonctionnement de la médecine du travail ont été doublement consacrées: elles figurent à la fois dans la loi de santé n°18-11, précitée ainsi que dans la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail, JORA n°4 du 27/1/1988.

[308] Conformément aux dispositions de l'article 99 de la loi de santé 18-11, précitée.

[309] Conformément aux dispositions de l'article 100 de la loi de santé 18-11 précitée.

[310] BAREL, Yvan, et Sandrine FREMEAUX, « Vers une médecine du travail préventive ? », *Annales des Mines - Gérer & comprendre*, vol 122, n° 4, 2015, pp. 4-12.

[311] Tel que stipule l'article 101 de la loi de santé 18-11 précitée.

de la liberté d'aller et de venir, conserve tous les droits puisés dans sa qualité de citoyen, qu'il n'a pas perdue du fait de sa condamnation, mais aussi celle d'un lieu, la prison qui, faisant partie du territoire de la République, doit être régi selon le droit commun, y compris dans les adaptations qu'exige la privation de liberté»[312]. En ce sens, les malades détenus jouissent en Algérie d'un égal droit d'accès aux soins sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique et doivent bénéficier de ce fait des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu libre. Il est important de préciser que depuis la loi n°05-04 du 6 février 2005[313], la prise en charge de la santé en milieu carcéral est assurée, principalement par le ministère de la Justice. Le dispositif de soin en milieu pénitentiaire est donc assumé par les services de ce dernier qui assurent les soins somatiques et psychiatriques des détenus ainsi que les actions de prévention et d'éducation à la santé. Ces services sont rattachés à un hôpital « référent » dont la liste est fixée conjointement avec les services du ministère de la Santé. L'intérêt de cette nouvelle organisation est de garantir à la population carcérale une compétence médicale et un accès aux soins équivalant à ceux trouvés en milieu libre. Pourtant, des limites liées principalement à la permanence des soins et à la difficulté des extractions médicales ainsi qu'aux délais d'accès aux soins persistent. Le milieu carcéral limite également le droit au libre choix du praticien. Il impose un dispositif sanitaire à une population qui ne se soigne pas toujours à l'extérieur, ce qui questionne la légitimité des soins à la demande du juge en milieu carcéral car *«c'est dans cette interface entre justice et champ médical, entre loi et soin que naissent de nombreux conflits éthiques »*[314].

Enfin, en cas de crises sanitaires, désignées par le législateur algérien comme une «situation exceptionnelle», le droit d'accès aux soins est également garanti par la nouvelle loi de santé[315]. Pourtant, même si ce texte prend le soin de réaffirmer ce droit, il ne faut pas perdre de vue qu'une situation exceptionnelle de nature à provoquer une vague importante de recours aux soins, en particulier en termes d'hospitalisation, est susceptible de mettre à rude épreuve l'organisation de tout système de santé et d'exacerber ses fragilités. La crise sanitaire de la pandémie du coronavirus, dont la nature et l'ampleur ont été inédites, a permis justement de vérifier cela et de révéler la fragilité de cette disposition législative. En effet, elle a ouvert, dans le champ de la santé publique, le chantier des inégalités qui peuvent surgir en matière d'égal accès aux soins dans des situations de

[312] CANIVET, Guy, *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires*, Rapport au Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, 2000, Paris, La documentation Française.

[313] Loi n° 05-04 du 27 du 6 février 2005 portant code de l'organisation pénitentiaire et de la réinsertion sociale des détenus modifiée et complétée, JORA n°12 du 13/2/2005. (Algérie).

[314] PICCINELLI, Sylvie, « Les soins en milieu carcéral et la place de la justice dans le soin », *Le Journal des psychologues*, vol 317, n° 4, 2014, pp. 55-60.

[315] Selon les articles 123 et 124 de la loi de santé 18-11 précitée.

crises sanitaires d'une manière qui frappe, non pas, par sa nouveauté mais par une mise en évidence saisissante des limites des politiques mises en place par l'Etat lors de ce contexte. Il faut rappeler que pendant la pandémie, l'Algérie, à l'instar de beaucoup de pays, a eu recours à des mesures largement improvisées pour compenser les faiblesses de son système de santé (nombre de lits d'hôpitaux insuffisants, accès aux soins intensifs saturé, indisponibilité des médicaments et des moyens de protection…etc.) et ce en instaurant des mesures strictes de confinement[316], présentées comme un moyen de freiner la propagation du virus alors qu'elles visaient en premier lieu à tempérer le recours aux soins techniques et aux structures de santé largement dépassées[317]. Pourtant, ces mesures n'ont pas réussi à juguler la saturation dans les structures de santé et à alléger la tension extrême sur les lits disponibles ce qui a conduit à durcir les critères d'admission des malades dans une tentative d'adaptation de l'offre de soins aux moyens disponibles. Il est vrai que le discours officiel dans le pays, prôné par les sociétés savantes et les autorités administratives et sanitaires, était en faveur d'un accès non conditionné aux soins, l'Algérie étant l'un des rares Etats à avoir refusé de fixer un âge seuil pour les soins en réanimation[318]. Pourtant, l'analyse des données du ministère de la Santé relatives à la prise en charge de la Covid-19 dans les services des urgences ou de réanimation[319], révèle que les contraintes logistiques et les moyens limités des structures de santé ont impulsé un travail de priorisation des patients notamment dans l'accès à certains soins spécialisés, et ce en fonction de l'âge ainsi que de certaines caractéristiques médicales des patients. En l'absence d'enquêtes ou de travaux de recherche qui concourent, pour l'instant à objectiver ce constat, nous ne pouvons que nous référer à certains chiffres officiels du ministère de la Santé qui permettent de déceler en filigrane une discrimination indirecte dans les admissions des malades notamment pour les hospitalisations[320].Cette catégorisation des malades, pour générale qu'elle ait

[316] Conformément aux dispositions du décret exécutif n° 20-69 du 21 mars 2020 relatif aux mesures de prévention et de lutte contre la propagation du Coronavirus (COVID-19), JORA n° 15 du 21/3/2020.(Algérie).

[317] MEBTOUl, Mohamed, « Les pouvoirs publics, les professions sanitaires et les populations : les réponses algériennes à la crise du COVID-19 », *Monde(s)*, vol 20, n°2, 2021, pp 163-181.

[318] Certains pays ont effectivement mis en place des critères de priorisation pour l'admission en réanimation pendant la pandémie de COVID-19, afin de gérer la pression sur les systèmes de santé dont l'Italie, l'Espagne, la France et le Royaume uni. Voir à ce sujet JEANDEL, Claude, « Enjeux éthiques et accès aux soins à la lumière de la Covid-19 », dans, *Éthique du grand âge et de la dépendance,* Presses Universitaires de France, 2020, pp 97-116.

[319] Des données quotidiennes sont communiquées officiellement à la presse par le ministère de la Santé et sont disponibles sur le site du ministère de la Santé http://www.sante.gov.dz/.

[320] Données recueillis à partir des bulletins de L'Institut National de Santé Publique. Voir L'Institut National de Santé Publique, *Situation épidémiologique en Algérie du COVID-19* », Bulletins n°1 du 18/4/2020 au n°267 du 29/4/2022, disponibles sur//www. insp.dz/. En Algérie, un pays comptant 44 millions d'habitants, les statistiques officielles au mois d'avril 2023 ont enregistré un nombre total de 271 712 cas de malades et 6 881 décès dus à la COVID-19. Il est à noter que l'âge moyen des décès est de 64 ans. Les personnes de plus de 65 ans représentant 10 % des malades hospitalisés dans des services de réanimation. Cependant, de nombreux experts considèrent que ces chiffres sont nettement sous-estimés. Voir à ce sujet, HANNOUN, Djoher, BOUGHOUFALAH, Amel et al, «Covid-19 : Situation

été dans de nombreux pays avec des mises en accusation des médecins pour traitements discriminatoires envers les malades, remet en question les principes régissant l'exercice médical fondés notamment sur l'éthique[321], l'égalité, la dignité et la justice sociale. Aussi, il n'est pas exclu de voir dans les mois à venir le juge administratif algérien saisi, dans le cadre d'une procédure inédite, de recours en responsabilité dirigés contre les établissements publics de santé. Ces recours pourraient être fondés sur la faiblesse des dispositifs mis en place afin de garantir un égal accès aux soins en cette situation exceptionnelle. Sur un autre registre, il importe de souligner que les circonstances sanitaires exceptionnelles de la Covid-19, qui ont justifiées des mesures exceptionnelles lors de la prise en charge des patients, n'ont pas été dépourvues de risques. Malheureusement, les victimes de la pandémie sont nombreuses. Si le régime actuel de responsabilité médicale en Algérie apporte des réponses à certaines situations, il n'est pas certain que celles créées par la crise sanitaire puissent toutes être analysées par ce biais. Le cadre juridique existant semble insuffisant pour traiter adéquatement les contentieux potentiels liés à la Covid-19. C'est pourquoi la création d'un Fonds de solidarité pour l'indemnisation des accidents médicaux devient nécessaire. Ce fonds permettrait de répondre de manière plus adéquate dans des cas où il est difficile d'attribuer la responsabilité des préjudices subis par un patient à un professionnel de santé spécifique.

Pour conclure, il apparaît que le droit d'accès aux soins n'est pas universellement applicable sans distinction. En réalité, il est accordé à des individus spécifiques qui remplissent des critères d'identification clairement définis par les textes.

2. Des catégories

La question du droit d'accès aux soins, une préoccupation majeure des lois sanitaires en Algérie, est exprimée dans ces textes en des termes qui reflètent une intention de repenser ce droit. L'approche adoptée ne vise plus l'Homme dans son essence et sa totalité, mais plutôt des catégories spécifiques d'êtres humains[322]. Les titulaires de ce droit ne sont plus des personnes abstraites mais plutôt des individus concrets, saisis dans l'une de leurs qualités temporaires ou contingentes ou appréhender dans leurs singularités de femmes ou d'enfants, de vieillards ou de nouveaux nés, de diabétiques ou de cancéreux… prenant en compte leurs besoins ou leurs caractéristiques spécifiques

épidémiologique et évolution en Algérie», *Revue Algérienne d'allergologie*, vol 5, n°1, 2020, pp 92-99.

[321] La démarche utilitaire de favoriser certains patients par rapport à d'autres dans le processus de sélection pour l'admission, au nom de considérations pratiques, soulève des préoccupations éthiques, car cela peut être perçu comme une forme de limitation des soins, JEANDEL, Claude, « Enjeux éthiques et accès aux soins à la lumière de la Covid-19 », précité.

[322] Aussi bien dans la loi de santé 85-05, que dans la nouvelle loi de santé 18-11, précitées.

de catégories de malades, sous des formes au demeurant très hétérogènes.

Bien que le législateur algérien ait suivi la tendance contemporaine du foisonnement de droits catégoriels, sa position ne peut, en aucun cas, être assimilée à une régression ou un abandon de l'ambition universaliste du droit d'accès aux soins, l'énumération étant plus englobante qu'excluante. En effet, la référence explicite faite à l'enfant, à la mère ou encore aux personnes âgées n'est qu'indicative. Envisagé sous l'angle individuel, le droit à la protection de la santé est donc garanti à chacun sans exception ce qui n'interdit pas, sur le plan collectif, la possibilité d'adoption de politiques sociales qui, tout en respectant le principe d'égalité, visent à protéger la santé de catégories spécifiques de personnes, comme le prévoit la nouvelle loi de santé. Ces politiques s'inscrivent notamment dans l'objectif de promouvoir le droit au développement et à l'épanouissement familial.

En ce sens, la mère et l'enfant ont vu protéger leurs droits d'accès aux soins par des dispositions particulières dans la nouvelle loi de santé algérienne[323], incluant également l'enfant à naitre dont le droit à l'accès aux soins est protégé dès sa conception[324]. Le droit de l'adolescent et de la personne âgée ont été aussi spécifiquement garantis[325].

En ce qui concerne les personnes en difficulté, définies par la loi de santé algérienne à travers diverses variantes[326], le législateur a aménagé une protection attentive et renforcée de leur droit à l'accès aux soins en disposant que « *les structures et les établissements de santé publics et privés investis d'une mission de service public, assurent gratuitement la couverture sanitaire de l'ensemble des personnes en difficulté »* [327].

S'agissant des malades atteints de troubles psychiatriques, la loi de santé algérienne a tenu compte de la spécificité de cette catégorie de patients et a tenu à entourer de toutes les garanties nécessaires leur droit d'accès aux soins dans des structures spécifiques assurant une prise en charge complète comportant des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de

[323] Conformément aux articles 73 et 83 de la loi de santé 18-11 précitée.

[324] L'article 76 de la loi de santé 18-11 consacre l'accès à la médecine prénatale.

[325] Suivant l'article 85 (pour l'adolescent) et l'article 87 (pour la personne âgée) de la loi de santé 18-11précitée.

[326] Conformément aux dispositions de l'article 88 de la loi de santé 18-11 précitée qui se lisent comme suit : « *Sont considérées personnes en difficulté, notamment:- les personnes à faible revenu, notamment les personnes handicapées ou vivant dans des conditions de précarité matérielle sociale et/ou psychologique mettant en danger leur santé mentale et physique ;- les personnes victimes de catastrophes ou de tout autre évènement exceptionnel en situation de précarité matérielle ou sociale ; - les personnes âgées, les enfants ou les adolescents en danger moral et / ou placés dans des établissements relevant du ministère chargé de la solidarité nationale ; - les mères et les femmes en situation de détresse psychologique et sociale ».*

[327] Article 90 de la loi de santé 18-11 précitée.

réinsertion sociale[328].

Enfin, il est important de souligner qu'avant mars 2023, la date à laquelle le décret exécutif n° 23-100 du 5 mars 2023[329] a été adopté, le législateur algérien n'avait pas traité une catégorie particulièrement significative de patients: les individus d'origine étrangère, dont la prise en charge médicale soulève des interrogations complexes à la fois d'ordre administratif et économique. Face à cette absence de normes, ces personnes ont toujours bénéficié en Algérie d'un droit d'accès aux soins gratuit pour toutes les prestations sanitaires, similaire à celui des citoyens algériens, et ce, indépendamment de la régularité de leur statut ou de leurs moyens financiers. Cependant, ce nouveau texte conditionne désormais cet accès pour les personnes étrangères non conventionnées au paiement d'un montant couvrant les frais de ces prestations médicales[330]. Par ailleurs, il restreint la délivrance gratuite de soins pour les ressortissants étrangers sans ressources aux seuls cas d'urgence[331], posant ainsi des questions éthiques et juridiques concernant leur accès aux soins programmés, qui risque d'être entravé par ces nouvelles dispositions.

Pour conclure, nous pouvons affirmer que l'adoption par le législateur algérien d'une approche catégorielle du droit d'accès aux soins vise spécifiquement à renforcer l'effectivité de ce droit universel pour certains groupes de patients, en multipliant les prestations ciblées en leur faveur. Un ciblage qui revient à reconnaître le caractère catégoriel de ce droit sans se départir de sa vision collective.

Section 2. Les conflits inhérents à l'accès aux soins

L'accès aux soins est un concept pluridimensionnel, englobant la disponibilité de l'offre, l'accessibilité géographique à celle-ci, l'organisation des services de santé, l'accessibilité financière et l'acceptabilité des soins. Il convient par ailleurs de distinguer l'accès effectif de l'accessibilité, qui définit la facilité avec laquelle la population d'un lieu donné peut atteindre les services de soins. C'est dans le cadre de cette dernière que s'inscrit le débat en Algérie sur les différents conflits qui y sont rattachés. Au sujet de la nature de ces conflits, rappelons qu'aux fins de l'analyse nous avons regroupé ces derniers en deux catégories distinctes appuyés sur les concepts d'accessibilité spatiale et temporelle. Ce regroupement est justifié par notre volonté de différencier les barrières relevant de

[328] Conformément à l'article 125 de la loi de la santé 18-11 précitée.

[329] Décret exécutif n° 23-100 du 5 mars 2023 fixant les modalités de paiement du montant des prestations de soins par les personnes étrangères au niveau des structures et établissements publics de santé, JORA n° 15 du 12 mars 2023.

[330] Conformément à l'article 4 du décret exécutif n° 23-100 du 5 mars 2023 précité.

[331] En vertu de l'article 10 du décret exécutif n° 23-100 du 5 mars 2023 précité.

la répartition géographique de celle liées aux problématiques « temporelles » et organisationnelles.

En Algérie, les conflits liés à l'accès aux soins sont avant tout le fait de territoires où une offre de soins est présente, mais s'avère insuffisante pour répondre à la demande de soins ***(§1)***. Les difficultés qui renvoient, d'une part, aux délais de prise en charge et, d'autre part, aux problèmes liés à une méconnaissance du système de santé relèvent également du même registre ***(§2)***.

§ 1. L'inégalité territoriale dans l'accès aux soins

La distance et la répartition géographique inégale des ressources sanitaires à travers le pays ont un impact négatif sur l'accès aux soins. Les difficultés éprouvées se manifestent davantage lors de soins immédiats non programmés, communément dénommé « urgences », et dans une moindre mesure, lors des soins primaires. En effet, la dimension géographique dans le recours aux soins de première ligne ne recouvre pas les mêmes enjeux que dans les soins spécialisés. De la même façon, observer les effets de cette variable lors de soins non programmés ne produit pas les mêmes résultats que pour les soins planifiés. Pour saisir finement les logiques spatiales et leur influence négative sur l'accès aux soins, il s'avère nécessaire de les examiner dans le contexte des soins primaires et des interventions non programmées **(A)**, ainsi que dans celui de l'offre de soins spécialisés, davantage génératrice de conflits**(B)**.

A. Accessibilité géographique et comportements d'accès

Comme tout autre service public, les établissements publics de santé ont pour obligation d'assurer une égalité spatiale et une accessibilité géographique adéquate. Cependant, en matière de soins, cette équité suscite des interrogations plus profondes que dans d'autres prestations, en raison des répercussions significatives que pourrait avoir une répartition inégalitaire de ces services sur la santé générale de la population.

En effet, dans un service public de santé, la problématique de l'accessibilité géographique se pose assez différemment dans la mesure où l'Etat intervient dans la régulation d'une offre censée apporter à tous, de manière non différenciée, une réponse à un même besoin de santé. En ce sens, l'équité spatiale se pose principalement comme une question de planification, dans la mesure où c'est à l'État qu'incombe la responsabilité d'organiser l'implantation des ressources sanitaires et d'orienter la répartition de l'offre de soins. Bien que notre recherche s'intéresse essentiellement aux conflits opposant le malade aux établissements publics de santé, il nous semble important d'analyser certains outils juridiques régulateurs de l'offre de soins en Algérie dans la mesure où ils visent à organiser le système de santé notamment dans sa dimension « accès aux soins ». La volonté de l'Algérie d'adopter des politiques publiques d'encadrement de l'offre de soins est récente. Si la carte sanitaire a été instituée en 1982, la nouvelle loi de santé va l'associer à un instrument nouveau

relevant d'une planification sanitaire décentralisée à savoir le schéma d'organisation sanitaire, qui servira d'outil essentiel à cette planification[332]. Consacrés en grand décalage par rapport au législateur français, qui avait déjà combinés ces outils en 1991[333], il est attendu de la carte sanitaire, dont le texte d'application vient juste d'être adopté[334], de permettre une meilleure organisation de l'offre de soins. En effet, cet instrument vise à équilibrer sur l'ensemble du territoire national les moyens, les ressources et les activités permettant d'assurer la couverture sanitaire. Elle fixe les normes de cette couverture et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte, notamment du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, afin d'assurer une répartition équitable de l'offre de soins [335]. Pour sa part, le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de cette offre, ainsi que les coopérations à développer, notamment entre les établissements publics et les structures privées de santé[336]. Il s'agit, donc, essentiellement d'une régulation portant sur le volume des équipements sanitaires déployés dans différents bassins de santé. Lorsque ce volume est inférieur en lits ou en appareils diagnostiques et thérapeutiques à celui fixé par la carte sanitaire, les services extérieurs chargés de la santé peuvent se voir autoriser leurs éventuelles demandes de création d'équipements de structures ou d'extension. Dans le cas contraire, le constat d'une offre de soins excédentaire, au vu de la carte sanitaire, interdira toute création de lits, et toute implantation d'appareil diagnostique ou thérapeutique supplémentaire. Ce type de planification repose, en fait, « *sur des indices de besoins, l'inventaire des équipements existants et un régime d'autorisation pour coordonner les activités de soins* »[337]. Or, le concept de planification sanitaire a évolué et à la régulation strictement quantitative s'est imposée petit à petit une réflexion sur l'efficience opposant une logique de rationnement à une logique de besoins. Assurément, dans un contexte de ralentissement de la croissance économique, la planification sanitaire doit permettre non seulement de déterminer les besoins et les ressources

[332] L'article 7 de la loi 18-11 précitée dispose que: « *La planification sanitaire assure….Elle s'appuie sur la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire…. ».*

[333] La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1), JORF n°179 du 2 aout 1991, complète la carte sanitaire instaurée par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1970. (France)

[334] Le décret exécutif n° 22-373 du 27 octobre 2022 fixant les modalités d'élaboration, d'évaluation et de mise à jour de la carte sanitaire, JORA n° 72 du 31/10/2022. (Algérie)

[335] Conformément aux dispositions de l'article 270 de la loi de santé 18-11 précitée.

[336] Conformément aux dispositions de l'article 271 de la loi de santé 18-11 précitée.

[337] BOURDILLON, François, « Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire », *Revue française d'administration publique*, vol n°113, n°1, 2005, pp. 139-145.

nécessaires pour les satisfaire mais aussi d'établir également un ordre de priorité, permettant le choix d'une solution opportune parmi plusieurs alternatives. Ce choix prend en considération le contexte socio-économique et territorial, les contraintes internes et externes connues ou prévisibles, et doit se faire en concertation avec les professionnels de santé, les acteurs de santé et les populations concernées[338]. En ce sens, la carte sanitaire, en tant qu'outil de planification présente beaucoup de limites. Efficace pour interdire les créations d'équipements, en cas d'excédents, elle est inopérante pour réduire le trop-plein. Elle ne permet donc pas d'ajuster l'offre à la réalité des besoins. Ses effets de contentions sont imparfaits, et n'assurent pas une maîtrise des dépenses satisfaisante[339]. En réalité beaucoup d'auteurs, en France, considèrent, qu'elle est devenue « *un outil trop grossier à lui seul pour prendre en compte l'évolution des techniques et des modalités de prise en charge des usagers*»[340]. C'est ainsi, qu'elle va tomber progressivement en désuétude. En effet, le législateur français en avait réaffirmé la nécessité pendant plusieurs années tout jugeant nécessaire de la compléter avec le schéma régional d'organisation sanitaire[341]. À travers les ordonnances du 24 avril 1996, qui ont créé les agences régionales de l'hospitalisation, il a orienté l'organisation de l'offre de soins vers une nouvelle dimension régionale. Cette approche privilégie un pilotage local basé sur la complémentarité de l'offre de soins. En 2003, l'ordonnance n°2003-850[342]va suspendre, définitivement, le recours à cet outil en abrogeant les dispositions réglementaires qui l'on institué et en modifiant profondément les règles de planification, d'autorisation et de coopération sanitaire en France[343]. En effet, ce texte va permettre de concrétiser la nouvelle philosophie de la planification qui, comme nous l'avons expliqué, est axée sur une meilleure évaluation des besoins de santé et une plus grande prise en compte de la dimension territoriale avec une association étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers ainsi qu'une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé. Ce dernier est devenu lui-même le maillon

[338] LOPEZ, Alain, et Pierre-Henri BRECHAT, « La planification en santé : un essai à transformer », *Les Tribunes de la santé*, vol 50, n°1, 2016, pp 93-111.

[339] BASSAT, Bernard, LOPEZ, Alain, *Planification sanitaire ; méthodes et enjeux, édition école nationale de la santé publique*, Rennes, 1997, 183 p.

[340] LERNOUT, Tiffany, Louis, LEBRUN, et Pierre-Henri, BRECHAT, « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives », *Santé Publique*, vol 19, n° 6, 2007, p 500.

[341] Trois générations de SROS se sont succédé en 15 ans en France : Le SROS I (de 1991 à 1999), le SROS II (de 1999 à 2004) et le SROS III (de 2006 à 2011). Ils sont remplacés depuis par les schémas régionaux d'organisation de soins.

[342] Il s'agit de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n°206 du 6 septembre 2003. (France)

[343] BRECHAT, Pierre-Henri, Philippe, MARIN, et Jacques, RAIMONDEAU, « Chapitre 11. Planification en santé », dans, *Manuel de santé publique,* Presses de l'EHESP, 2020, pp. 313-338.

central de l'organisation sanitaire en association à d'autres formes de synergies, de décloisonnement et de réorganisation de l'offre de soins[344].

Ainsi, notre crainte de voir, encore une fois, le législateur algérien façonner, dans sa démarche d'emprunt juridique, des normes incomplètes ou déphasées se vérifie à ce niveau dans la mesure où la législation française a dépassé, depuis plusieurs années déjà, le cadre de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire. Aussi, le législateur algérien pourrait envisager l'introduction de nouvelles formes de régulation, de manière simultanée aux autres réformes nécessaires dans le secteur de la santé. Ces dernières concernent, d'une part la contractualisation des relations avec la sécurité sociale et d'autre part la révision du statut juridique des établissements de santé. Une révision étroitement liée à l'adoption de la loi organique relative aux lois de finances dont la loi de finances afférente à l'année 2023 marque la première application en Algérie[345]. En effet, les avancées substantielles attendues en matière de gestion, découlant de cette mise en œuvre sont susceptibles d'avoir un impact considérable sur la dynamique de l'ensemble du système de santé[346]. Il est important de noter que l'adoption de modèles organisationnels similaires à ceux en vigueur en France se heurte aux statuts juridiques des établissements de santé algériens qui ne permettent pas de concrétiser les formes de coopération entre les différents acteurs de santé tel qu'elles existent en France. Or, c'est précisément cette démarche de coopération qui donne son plein sens à la notion de « territoire de santé cohérent », où la régulation de l'offre de soins est directement influencée par les acteurs locaux et les usagers. Enfermés dans le carcan d'établissement public à caractère administratif, dont les limites ont été passées en revue dans notre introduction, les établissements de santé algériens sont assez hermétiques au mouvement cherchant à y appliquer, comme en France, des modes de gestion et d'incitation issus du secteur privé [347] qui pourraient rendre la gestion plus

[344] Nous entendons essentiellement les outils destinés à organiser la coordination entre les acteurs au niveau des territoires issus des derniers textes législatifs français, notamment la loi "santé" de janvier 2016, comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le plan gouvernemental français "Ma Santé 2022" en a fait des piliers de la "transformation" souhaitée du système de santé français.

[345] Conformément à l'article 89 de la Loi organique n° 18-15 du 2 septembre 2018 relative aux lois de finances, JORA n°53 du 2/9/2018.

[346]Sur le plan économique, la Loi organique dite LOLF fait entrer les finances publiques dans un nouvel âge. Ces derniers étaient enfermées dans le formalisme et les procédures parce qu'on était d'abord soucieux d'assurer le respect de quelques principes de présentation du budget, une bonne connaissance des opérations, par la tenue de comptes clairs et la régularité de l'exécution. Aujourd'hui, quand l'interventionnisme budgétaire montra son inefficacité face aux crises économiques et sociales, la LOLF est venue permettre d'utiliser le budget comme instrument de régulation de l'économie nationale, fonction qui fut ensuite présentée comme déterminante et impose aux personnes publiques, État compris, de respecter des lois élémentaires de l'économie, ce qui exige de leur appliquer des méthodes éprouvées de gestion, CALMETTE, Jean-François. « La Lolf comme nouvelle approche des politiques publiques », *Informations sociales*, vol 150, n°6, 2008, pp. 22-31.

[347]Depuis la fin des années quatre-vingt-dix, on observe en France l'introduction de logiques gestionnaires qui se caractérisent par l'orientation de l'action vers les notions de coût, d'efficience et de qualité, et surtout par une

efficiente et plus attentive aux besoins des usagers.

Au-delà de ces divergences dans les politiques d'encadrement de l'offre sanitaire dans les deux pays, il demeure que le rapport à l'espace est un élément déterminant dans l'accès aux soins mais c'est également un facteur complexe à analyser. En effet, si la problématique est surtout mise en rapport avec l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, ce qui ne permet pas, dans certains endroits, de répondre à la demande de soins, la dimension géographique dans le recours aux soins de proximité ne recouvre pas les mêmes enjeux que dans le recours aux soins non programmés (urgences). De la même façon, l'observation des effets de cette dimension à un moment précis, comme celui du choix initial du service ou du professionnel de santé ou dans une perspective diachronique en s'intéressant aux pratiques de recours sur le long terme, ne produit pas les mêmes résultats. Aussi, les nombreuses études qui ont essayé de chercher à mesurer l'équité spatiale aux soins, à partir de critères quantifiables de la demande et de l'offre de soins et en particulier les critères liés à la densité médicale devraient également analyser les comportements et les perceptions des patients sur la question, car c'est seulement à l'aune de leurs représentations qu'un accès sera jugé bon ou mauvais. En effet, « *sans nier l'existence d'authentiques zones sous dotées, et sans en relativiser l'impact pour les populations concernées, les études menées, bien que régulièrement affinées, peinent à décrire une réalité qui colle au vécu des usagers*»[348]. En ce sens, pour saisir finement les logiques spatiales de l'accès aux soins il est nécessaire d'examiner comment d'autres facteurs dans les arbitrages des patients peuvent gouverner la dimension géographique de l'accès aux soins et déterminer, par conséquent, les différents conflits qui peuvent en découler.

Dans ce cadre, l'accessibilité spatiale se définit d'abord en termes de proximité qui est le critère de «l'évidence» au moment du choix initial ou du premier recours à un service de soins. En effet, la proximité apparait comme un critère évident et naturel, par lequel il est aisé d'opérer une première sélection qui ne semble pas nécessairement faire l'objet d'arbitrages précis ou de raisonnements soigneusement soupesés de la part des patients. Choisir son service de santé « au plus proche » s'apparente plus à une logique de recherche qu'à un véritable arbitrage. Il y a lieu de préciser dans ce cadre que la proximité des soins, concept assez proche dans ses motivations de la

attention pour l'organisation de la production plutôt que pour la production de soins elle-même. Les hôpitaux sont soumis aux mêmes exigences de productivité et d'efficience que d'autres secteurs d'action publique. Des notions et dispositifs qui, jusqu'à un passé proche, étaient étrangers à l'administration ou à l'hôpital, prennent progressivement racine et s'hybrident avec les logiques d'actions antérieures. L'influence croissante d'une logique d'efficience implique un nouvel arbitrage entre les critères de coût, de qualité et de proximité.

[348] VERAN, Olivier, « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », *Les Tribunes de la santé*, vol 39, n° 2, 2013, pp 77-85.

décentralisation[349], revêt une valeur symbolique très forte dans la société algérienne. En effet, c'est en 2007 que la notion de proximité est apparue pour la première fois dans une loi hospitalière algérienne[350] précédant de loin le législateur français qui ne la consacrera qu'en 2009, à l'occasion de la promulgation de la loi Hôpital, Santé, Patients et Territoires[351]. Si la volonté des pouvoirs publics algériens de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national est rappelé dans plusieurs instruments juridiques[352], c'est la nouvelle loi de santé qui va assoir juridiquement la notion de proximité des soins[353]. Il est important de préciser à cet égard que le législateur algérien a limité son champ aux soins primaires dispensés par des structures de santé de base qui constituent la porte d'entrée du système de soins. Ils assurent l'ensemble des prestations de prévention, de promotion de la santé, de soins essentiels et de réadaptation. Ils ont un rôle majeur dans les soins ambulatoires car ils sont les principaux dispensateurs de soins et d'aide à domicile. En ce sens, la proximité des soins ne semble pas se poser dans les mêmes termes qu'en France. En Algérie, l'aménagement d'une offre diversifiée de soins de proximité a pour but de permettre une bonne accessibilité aux soins de première ligne pour l'ensemble de la population tandis que les autres activités sanitaires plus spécialisées, peuvent rester concentrées dans des établissements disposant d'un plateau technique adéquat[354]. Or, le législateur français a adopté un raisonnement différent[355] dans la mesure où d'abord, « les hôpitaux de proximité » peuvent être des établissements de santé publics ou privé. Ensuite, ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers mais

[349] Nonobstant la possibilité que la décentralisation puisse subrepticement dissimuler l'intention de l'État de déléguer certaines de ses attributions, elle demeure une approche stratégique d'organisation des responsabilités et des compétences, caractérisée par l'effort d'établir une administration plus étroitement affiliée aux citoyens. Cette démarche vise à rapprocher la prise de décision et l'exécution des services publics des préoccupations et des besoins concrets des populations locales.

[350] Conformément aux dispositions du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, précité.

[351] L'article L1411-11 de ladite loi stipule que « *L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité ».*

[352] La loi n° 10-02 du 29 juin 2010 portant approbation du Schéma national d'aménagement du territoire, JORA n°61 du 21/10/2010. (Algérie)

[353] Conformément aux articles 268,283 qui stipulent respectivement que : « *Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure prise en charge du patient, la continuité des soins ainsi que la délivrance de soins de proximité de qualité, afin d'assurer l'accessibilité et l'équité en matière de santé* », « *Les soins de base ou primaires sont… ils constituent le premier niveau du processus de soins du système national de santé et doivent être rapprochés le plus possible des lieux de vie….* ».

[354] AZZOUZI, Amar, et Abdelhak, ACIDI, « La répartition spatiale inégale de l'offre de soins à Annaba (Est algérien) », *Les Tribunes de la santé*, vol 56, n°3, 2017, pp 83-95.

[355] Décret n°2021-586 du 12 Mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité, JORF n°0111 du 13 Mai 2021. (France).

ils exercent, également, une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, des consultations de plusieurs spécialités et disposent pour ce faire de plateaux d'imagerie, de biologie médicale et d'équipements de télésanté. Ils peuvent aussi, sous certaines conditions, exercer des activités de chirurgie[356]. Ainsi, la proximité qui, implique en Algérie un régime d'exercice strictement public avec un nombre élevé d'unités de soins dont le niveau d'équipement et le volume d'activité sont relativement réduits, comprend en France des soins plus complexes nécessitant un niveau d'équipement plus élevé et générant un fort volume d'activité. Cette divergence entre les deux législateurs s'explique, à notre sens, par la place qu'occupe le secteur public dans le système de santé algérien[357] ; le réseau privé de soins (cabinets individuels et établissements hospitalier privés), en dépit de toutes les mesures de permanence, de garde et de remplacement mis en place par les autorités sanitaires dans le cadre de l'exercice médical libéral, continue de jouir d'une très grande autonomie dans le fonctionnement qui ne tient compte ni de réseaux de soins ni de notions de service public. La plupart des structures ne sont pas tenues de faire des gardes et font peu de visites à domicile. Ils ferment le week-end, la nuit et ne sont contraints à aucune permanence des soins[358]. De plus, comme nous l'avons précisé, l'opposition des formes de complémentarités des activités de prévention, de soins et de réadaptation entre les différents acteurs de santé dans les deux pays accentue cette divergence.

Par ailleurs, il convient de préciser que la politique de proximité mise en place par l'Algérie a montré ces limites dès lors que de multiples facteurs ont contribué à réduire la fonction de porte d'entrée des structures de soins de base, dont principalement le manque d'encadrement médical et l'absence de moyens matériel appropriés. Ceci a suscité un certain rejet de la part de la population notamment dans les zones urbaines[359]. De surcroit, ces structures n'ont pas su s'adapter à la transition épidémiologique caractérisée par la montée en puissance des pathologies chroniques (maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire, diabète, déficits cognitifs, cancers…) qui ont toutes une caractéristique commune: le traitement à long terme. En effet, le choix d'un médecin traitant pour ce type de pathologies relativise la variante géographique car il ne sera pas guidé par la

[356] Conformément aux dispositions de l'article L6111-3-1 du CSP français.

[357] L'article 5 de la loi de santé 18-11 précité dispose que : « *le système national de santé s'appuie sur un secteur public fort* ».

[358] MENASSRIYA, Samiha, « La complémentarité entre le secteur public et privé et son rôle dans l'amélioration de la couverture sanitaire globale», *Revue de droit et de sciences politiques*, vol 10, n°1, 2023, pp 429-441, (article en Arabe).

[359] AZZOUZI, Amar, et Abdelhak, ACIDI, « La répartition spatiale inégale de l'offre de soins à Annaba (Est algérien) », précité.

recherche de proximité mais plutôt par celle de la confiance[360]. Les patients attendent toujours de ce médecin traitant qu'il soit attentif à leur contexte familial, qu'il ait la mémoire de ce qui se dit en consultation et qu'il assure ainsi un véritable suivi. Même si beaucoup de médecins traitants se déplacent moins souvent à domicile, les patients peuvent les consulter sur des plages horaires très amples ou bénéficier d'arrangements dans l'organisation de leurs rendez-vous. Plus encore que cette disponibilité, les malades sont particulièrement attachés à la relation qu'ils ont créée avec eux dans le mesure où ils leur communiquent des éléments sur leur santé qui sont vécus comme très personnels étant liés à leur histoire de vie[361]. Les convictions culturelles et religieuses[362] peuvent être une autre cause de cet attachement. Ainsi, la logique spatiale ne gouverne pas toujours le comportement des patients et la proximité géographique revêt moins d'importance dans ces situations où les malades ne consultent pas toujours le professionnel de santé le plus proche de leur lieu de résidence; la proximité n'étant pas toujours kilométrique et la distance pouvant être supportée lorsqu'il s'agit d'aller plus loin pour un service adapté ou de meilleure acceptation pour les malades.

En outre, l'accessibilité à des services de santé ne se traduit pas toujours par la mise en place d'une stratégie d'accès, elle peut également se traduire par des accommodements. En effet, bien souvent, lorsqu'un problème médical, psychologique ou social d'un malade n'a pas été résolu, les urgences de l'hôpital le plus proche constituent alors un recours immédiat pour répondre à ce besoin de santé insatisfait ; « *les services d'urgences sont souvent considérés comme une sorte de supermarché pour examens complémentaires*»[363]. De même, une demande de soins urgente aboutit, généralement, au service des urgences le plus proche, géographiquement, du malade car elle répond, soit, à une inquiétude de sa part quand il s'adresse au service des urgences de sa propre initiative, soit à un degré de gravité qui ne peut attendre quand il est adressé par un autre professionnel de la santé. Aussi, les conflits liés à l'accès géographique aux soins s'expriment, également, en termes d'accès aux services des urgences. En Algérie, ces conflits sont souvent exprimés dans un contexte marqué par des tensions et des émotions vives. Non seulement la

[360] SEBAI, Jihane, et Fatima, YATIM, « Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe », *Santé Publique*, vol 30, n°4, 2018, pp 517-526.

[361] Nous citerons à titre d'exemple ce que racontent les malades à leurs médecins à propos des contraintes financières qui les empêchent de suivre certains régimes alimentaires ou encore les obligent à arrêter des fois le traitement qu'ils n'arrivent pas à acheter.

[362] La consultation des femmes chez certains professionnels de la santé de sexe masculin notamment dans des spécialités telles que la gynécologie ou la rééducation fonctionnelle reste encore problématique dans certaines régions en Algérie.

[363] GENTILE, Stéphanie, et al, « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », *Santé Publique*, vol 16, n°1, 2004, pp 63-74.

difficulté d'accès produit des conflits avec les patients, leurs proches, voire les médecins les ayant adressés dans le cadre de l'urgence, mais elle heurte, également, les attentes des patients qui ont privilégié, dans ce cadre de figure, la disponibilité des médecins des urgences et la rapidité de la prise en charge plus que la qualité de cette dernière. En outre, les conséquences de ce recours aux urgences sont catastrophiques sur l'activité des établissements de santé dans la mesure où la pression exercée par ce recours excessif crée un conflit de concurrence avec leurs activités principales, produisant des perturbations dans les interventions et les activités programmées. Ces perturbations se traduisent notamment par des prolongements de la durée de séjour des patients dans les différents services, engendrant ainsi non seulement une utilisation accrue des ressources hospitalières, mais une incompréhension et des mécontentements de la part des malades.

Ainsi, le recours inapproprié et excessif aux services des urgences, ayant pour conséquences leur engorgement régulier, est un moteur important de conflits qui a souvent interpellé les autorités de santé algériennes pour mettre en place une politique d'amélioration et d'assouplissement des conditions d'accueil dans ces services. Ainsi, a été déployé à partir de 2002, un plan national [364]qui relève d'une ambition sans précédent aussi bien en termes d'efforts financiers qu'en termes de prise en compte de la globalité de la chaine des urgences. Une initiative n'est pas sans rappeler celle lancée en 2004[365] par les autorités sanitaires en France. D'un autre côté, la clarification attendue des textes d'application de la nouvelle loi de santé quant aux conditions de participation et de coordination entre différentes structures de santé au dispositif de la permanence des soins va permettre à son tour de rationaliser le comportement des malades en assurant une meilleure organisation et surtout une meilleure lisibilité de la médecine de garde dans le secteur libéral.

Enfin, nous pouvons avancer qu'il est difficile de conclure, au nom d'une logique fondée uniquement sur les caractéristiques de l'offre de soins au sein d'un bassin géographique donné, que *« le plus proche soit le mieux* ». Il ne peut pas y avoir d'un côté des patients satisfaits habitant des territoires favorisés et de l'autre côté des patients en difficultés sur un territoire déficitaire. Pareillement, les patients peuvent ne pas avoir un degré identique d'accessibilité aux soins sur le même territoire et pour la même offre de soins. L'ampleur et les types de difficultés y varient en

[364] Conformément au décret exécutif n° 02-247 du 23 juillet 2002 fixant les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n° 302-096 intitulé « Fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux », JORA n°51 du 24/7/2002.

[365] « *Le plan « Urgences » initié en septembre 2003 s'est traduit par des mesures globales pour l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences (amont, intra hospitalier, aval). A cet effet 500 millions d'euros ont été répartis-en sous enveloppes de manière Echelonnée sur la période 2004-2008. Plus largement ce plan a caractérisé une volonté de prise en compte et d'amélioration de l'accès aux soins non programmés pour la population, et a ainsi suscité la mise au point de mesures règlementaires structurelles comme les décrets sur la permanence de soins (septembre 2003 et avril 2005) et sur les activités d'urgences (mai 2006)* », Ministère de la Santé et des Solidarités Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, *Evaluation du plan urgences 2004-2008*, Rapport, janvier 2007 surhttps://www.google.com consulté le 30/7/2023.

fonction de plusieurs autres paramètres d'où la nécessité de centrer la réflexion sur le patient et non uniquement sur le territoire.

B. le médecin référent, un verrou d'accès aux soins secondaires

Si l'organisation spatiale des services de soins primaires et d'urgence est impérative pour assurer un accès équitable aux soins, l'objectif de développer des modalités qui permettent aux médecins généralistes d'accéder à « une expertise spécialisée »[366] constitue un autre volet essentiel de cette problématique. Effectivement, sur l'ensemble du territoire, l'offre de médecine spécialisée doit non seulement répondre aux besoins ponctuels des patients mais aussi satisfaire les exigences de suivi et de coordination des soins spécialisés. Cela passe aussi bien par les distances d'accès que par la stricte coordination entre médecins spécialistes et généralistes ainsi qu'entre établissements de santé publics et structures privées.

Pour rappel, les soins ont été structurés en plusieurs niveaux en Algérie, chacun correspondant à différents types de services et de spécialisations[367]. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les soins primaires, ou de premier recours, regroupent des services à faible intensité technologique ; ils sont dispensés à des patients souffrant de problèmes de santé non invalidants, de pronostic, *a priori*, favorable, dans un contexte ambulatoire. En parallèle, les soins secondaires ou tertiaires ont en commun de regrouper des services spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge d'un domaine pathologique donné. Par définition, les services spécialisés ne prennent en charge les patients que pour des problèmes spécifiques à leur domaine d'expertise. Cette spécialisation repose sur deux aspects principaux: une compétence liée à un savoir et un savoir-faire spécifique, ainsi que la maîtrise des techniques diagnostiques ou thérapeutiques et l'utilisation d'équipements correspondants. La distinction entre soins secondaires et soins tertiaires tient principalement au degré de spécialisation des soins. Le terme « soins tertiaires » est fréquemment employé pour désigner les services médicaux les plus spécialisés, généralement dispensés par des établissements hospitaliers spécialisés notamment les centres hospitalo-universitaires. En effet, cette progression dans la différenciation des compétences et des techniques est généralement corrélée à la catégorie de l'établissement ainsi qu'à la pratique publique de la médecine.

Ainsi, lors de la mise en place d'un réseau de soins dans un territoire donné, il est impératif que soit présente, à côté des acteurs des soins primaires, une offre de services spécialisés permettant

[366] Accéder à une expertise spécialisée signifie que les médecins généralistes ont la possibilité de consulter ou de collaborer avec des médecins ou des professionnels de la santé ayant des compétences et des connaissances spécialisées dans un domaine médical particulier. Cela leur permet d'obtenir des avis, des conseils ou des traitements spécifiques pour des patients présentant des problèmes médicaux complexes ou nécessitant des compétences plus pointues que celles généralement couvertes par la médecine générale.

[367] AGUERCIF-MEZIANE, F et AGUERCIF, M. « Le système de santé publique en Algérie », précité.

d'assurer la complétude de la première ligne de prise en charge des malades et de faire jouer une logique de subsidiarité au bénéfice de cette offre. Bien que les principaux objectifs de cette organisation soient de garantir la continuité et la permanence des soins pour toutes les spécialités dans le cadre des prises en charge territoriales, les défis associés peuvent également être d'ordre organisationnel, économique ou culturel. En réalité, la complémentarité de l'offre de soins dans un territoire éviterait un enfermement des patients dans un parcours de soins trop spécialisé, sans possibilités de retour aux médecins généralistes ; l'inverse étant vrai également. Elle permet une meilleure maitrise des ressources allouées au secteur de la santé, les soins primaires étant moins onéreux que les soins secondaires et tertiaires. En ce sens les services de premier recours doivent trier, filtrer et s'assurer de n'avoir recours aux soins spécialisés qu'à bon escient. Pour reprendre des termes médicaux, les soins primaires doivent éviter qu'il y ait trop de « faux positifs » en renvoi à des pathologies diagnostiquées à tort comme graves ou nécessitant des soins spécialisés [368]. Enfin, et au-delà de ces considérations, cette organisation vise la réduction de la fuite vers les activités médicales non autorisées. Il faut préciser, dans ce cadre, que nous observons en Algérie une émergence croissante des pratiques médicales traditionnelles qui, sans remettre en cause la médecine académique, s'en distinguent et proposent d'en corriger les dysfonctionnements ou d'en compléter les manques notamment pour les maladies chroniques. Sans être légale, cette médecine traditionnelle est tolérée à la faveur du silence des autorités en raison de la montée de l'islamisme ces dernières années, d'autant plus qu'elle est souvent associée à al-tib al-annabaoui[369], ce qui explique sa popularité et sa coexistence conflictuelle avec les services de santé. Il est important de noter que cette situation diffère de celle en France où l'usage de la médecine traditionnelle est sujet à la controverse, et où en 2020, des questions de séparatisme ont été soulevées en lien avec cette pratique[370]. En effet, en France toute personne pratiquant la médecine sans disposer des diplômes requis est passible de sanctions sur le fondement de l'infraction d'exercice illégal de professions de santé[371].

Ainsi, pour relever ces enjeux et consolider les efforts consentis par l'Etat afin de mette en place une offre de soins complète et accessible, l'Algérie a développé dans la nouvelle loi de santé

[368] DE POUVOURVILLE, Gérard. « 43. L'organisation des soins », dans, *Traité d'économie et de gestion de la santé.* Presses de Sciences Po, 2009, pp. 401-406.

[369] La médecine prophétique, également connue sous le nom d'El-tib el-nabaoui, constitue une branche de la médecine islamique qui repose principalement sur les hadiths, c'est-à-dire les enseignements attribués au prophète Mahomet. Elle offre une variété de conseils médicaux couvrant un large éventail de maladies, de traitements curatifs et de pratiques d'hygiène, tous issus des hadiths.

[370] Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, sur www.senat.fr, consulté le 2/2/2023.

[371] Conformément aux articles L4161-1 à L4161-6 du CSP. (France)

un dispositif consistant à déléguer à des médecins référent un rôle de coordination entre les différents acteurs du système de santé se trouvant au sein du même territoire. Ce médecin est désigné pour effectuer les premiers examens médicaux et rediriger, le cas échéant, les patients vers les spécialistes ou les structures hospitalières adaptées à leurs cas. En ce sens, l'article 22 de ladite loi dispose que « *tout patient accède, dans le cadre de la hiérarchisation des soins, aux prestations des services spécialisés de santé après consultation et sur orientation du médecin référent , à l'exception des cas d'urgence et des cas médicaux d'accès directs définis par le ministre chargé de la santé*». Le dispositif en lui-même présente des atouts importants, comme nous aurons à l'expliquer en abordant le parcours de soins. En effet, il permet de cadrer le comportement du malade qui se considère souvent comme son propre coordinateur et veut accéder sans contrainte à tous les niveaux de soins sous peine d'y renoncer et d'avoir recours à la médecine conventionnelle. Cependant, c'est la manière dont l'a organisée la loi de santé algérienne qui pose problème.

En ce sens, il ya lieu de relever que la loi a identifié le médecin référent, comme étant le « *médecin généraliste traitant du patient au niveau de la structure de santé de proximité publique ou privée, la plus proche de son domicile* ». Sans revenir sur l'inefficacité des structures publiques de proximité, largement rejetées par la population, ni sur la relativité de la notion de proximité que nous avons déjà largement explorée, il importe de souligner que cette identification semble davantage constituer une injonction qu'une véritable orientation. En effet, la formulation employée par le texte algérien laisse entendre que le législateur impose au malade son médecin référent qu'il désigne comme étant un médecin généraliste[372], et qui plus est, le plus proche de son domicile. Nous imaginons, en ce sens, qu'il va y avoir une inscription obligatoire des citoyens sur des listes liant les malades à des médecins prédéterminés. Aussi, le patient devra renoncer, en fonction de cette liste, à consulter son médecin au profit de celui disponible dans la structure de santé la plus proche de son lieu de résidence. Il est difficile de percevoir, dans cette démarche, une quelconque marge de libre arbitre, ce qui conduit, en fait, à compromettre le principe du libre choix du médecin,

[372] Régie par des textes qui datent de plus de 46 ans, notamment le décret n°71-215 du 25 Aout 1971 portant organisation du régime des études médicales, la formation du médecin généraliste algérien du 21ème siècle ne répond plus aux besoins actuels en soins de la population. Le nombre d'étudiants est trop élevé par rapport aux structures d'accueil, la prise en charge pédagogique est insuffisante et il n'existe pas de formation pratique dans les structures de soins de base (polycliniques et salles de soins) alors que c'est dans ces structures que le médecin est appelé à exercer à la fin de ses études. De même les programmes d'enseignement sont jugés inadéquats avec les nouvelles réalités de santé publique du pays. En ce sens une refonte de la formation médicale de graduation est en cours actuellement en Algérie ayant comme objectif, conformément aux conclusions de la commission chargée de l'architecture du cursus instituée par le ministère de l'Enseignement supérieur dans le cadre de cette refonte, de rapprocher le profil du médecin généraliste formé en Algérie du modèle OMS dit « médecin 5 étoiles » avec ses 5 caractéristiques: dispensateur de soins de qualité, communicateur, décideur averti, membre influent de la communauté, gestionnaire. Voir en ce sens ÄMIRA, Djaouida, « L'évolution de la formation médicale en Algérie : un progrès certain mais insuffisant», *Revue algérienne des études de population*, vol 2, n°1, mai 2018, pp 19-33., (article en Arabe).

principe fondamental de la relation médicale[373]. La nouvelle loi de santé n'a pas tenu compte de la dimension émotionnelle dans la relation de soins ni de l'attachement des malades à leurs médecins traitants. Il est fréquent de voir des patients continuer à consulter le même médecin, même après leur déménagement.

En outre, la logique adoptée par la loi en définissant la proximité seulement par rapport au domicile du patient peut laisser perplexe. En effet, en définissant la proximité par rapport au domicile, la loi tient compte des situations où la mobilité est restreinte notamment dans le cas où la maladie entraîne un arrêt de travail. Il serait donc logique de garantir un accès facilité aux soins en rapprochant le médecin référent du domicile du patient. Pourtant, d'un autre côté, l'idée de définir la proximité en relation avec le lieu de travail ou dans la trajectoire domicile-travail pourrait également être envisagée dans la mesure où la plupart des individus passent une grande partie de leur journée au travail et que des médecins référents proches de ces lieux pourraient offrir une commodité supplémentaire, tout en s'intégrant dans la routine quotidienne de ces personnes. En tout état de cause, il aurait été plus acceptable de laisser aux patients la possibilité de choisir eux-mêmes leurs médecins référents ou du moins leur donner la possibilité de faire un choix entre plusieurs options fixées par la loi. Cette inquiétude est d'autant plus accentuée par le manque de précision de la part du législateur quant aux méthodes qui régiront l'accès aux prestations spécialisées. Il demeure à clarifier si ces méthodes seront similaires à celles adoptées pour désigner le médecin référent, en privilégiant une approche basée sur une logique de proximité.

D'autre part, il convient de considérer une autre perspective selon laquelle le médecin référent pourrait se voir investi du pouvoir de décider seul vers quel service spécialisé orienter le patient. Cela soulève alors la question de savoir si le patient aura le droit de refuser cette orientation sans compromettre son accès aux soins. En effet, la question du renoncement aux soins est pluridimensionnelle. Elle englobe non seulement les situations de renoncement-refus, où le patient choisit délibérément de ne pas accepter son traitement, mais également celles de renoncements-barrières, caractérisées par des obstacles qui compliquent le parcours de soins et peuvent conduire à l'abandon de la prise en charge médicale[374]. Aussi ces problématiques exigent une réflexion approfondie que le législateur algérien devra entreprendre lors de l'élaboration du futur texte d'application de cette norme, et ce dans le but de lui assurer une mise en œuvre adéquate.

Par ailleurs, la consécration du médecin référent pourrait constituer un verrou à l'accès aux

[373] Conformément aux dispositions de l'article 42 du code de déontologie médical algérien, précité.

[374] Cette distinction est cité par Isabelle Poirot-Mazères pour pointer d'une part les obstacles, tels que les contraintes financières, qui rendent plus complexes les parcours de soins et d'autre part pour mettre en évidence l'expression d'une préférence individuelle, soit de choisir de se traiter soi-même ou de solliciter des formes de soins différentes de celles légitimées par le système de santé. Voir POIROT-MAZERES, Isabelle, « Le renoncement aux soins », dans, *Le renoncement en droit public*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2021, pp 37-60.

soins secondaires dans la mesure où la formule législative employée par la loi algérienne conditionne l'accès à l'expertise spécialisée par un passage obligatoire, pour consultation et orientation, chez le médecin référent. Il faut rappeler, à ce titre, que la forme de médecin référent introduite en France par la réforme de l'assurance maladie de 2004[375], était une variante faible du *gate-keeping*, puisque le patient garde la possibilité d'accéder directement aux soins spécialisés sous peine que son remboursement soit affecté[376], l'objectif poursuivi par le législateur français en la matière fait appel plus à des considérations économiques liées à l'assurance maladie qu'à un moyen de fermer ou limiter le recours à l'expertise spécialisée. Or, dans le cadre de la gratuité de la santé instituée en Algérie cette mesure restrictive ne peut pas trouver explication par une rationalité financière. Le risque est qu'elle puisse renvoyer essentiellement à une démarche organisationnelle consistant à subordonner le droit d'accès aux soins secondaires par un passage obligatoire chez le médecin référent. Il sera difficile d'imaginer l'effet de ce conditionnement sur l'accessibilité des soins secondaires et guère possible d'en en mesurer l'efficacité en matière d'organisation de l'offre de soins d'autant plus que le système français qui constitue le repère en la matière a consacré le dispositif du médecin référent d'une manière différente et que l'accès direct aux soins spécialisés est mieux institutionnalisé en France. Il faudra attendre, là aussi, que la voie réglementaire puisse définir les modalités d'application de ce dispositif pour pouvoir vérifier la justesse de notre analyse.

Enfin, il importe de préciser que, indépendamment des conditions de sa mise en œuvre, l'adoption du concept de médecin référent marque une étape significative dans l'évolution du système de santé algérien vers un modèle de fourniture de soins et d'assurance maladie plus fiscalisé, d'inspiration beveridgienne, qui est actuellement prédominant en Europe. Ce changement devrait favoriser une organisation plus intégrée des médecins libéraux[377].

§ 2. La carence dans l'organisation de l'accès effectif aux soins

Si l'accessibilité géographique a été souvent mise en avant en tant que cause principale des besoins insatisfaits des patients en matière d'accessibilité aux soins, d'autres facteurs ont pris de l'importance à ses côtés. En effet, les difficultés peuvent être également temporelles, liées à l'accroissement de la durée des délais d'attente des patients aussi bien pour des actes médicaux courants que pour des soins spécifiques. L'allongement des listes d'attente est susceptible de

[375] Conformément aux articles L162-5 et L162-5-3 du code de la sécurité sociale.

[376] Le recours au médecin traitant n'est pas une obligation. Mais s'il ne respecte pas ce parcours de soins coordonnés, le patient est moins bien remboursé.

[377] BARNAY, Thomas, Laurence, HARTMANN, et Philippe, ULMANN, « Réforme du 'médecin traitant' et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2007, pp 109-126.

décourager le recours aux établissements publics de santé et de favoriser le choix des malades vers les structures privées **(A)**. En se superposant l'une à l'autre, la méconnaissance des démarches à entreprendre pour accéder à certains services médicaux et le manque de visibilité dans un parcours de soins mal coordonné, constituent à leur tour un frein en matière d'accès aux soins, en Algérie **(B)**.

A. Lenteur dans les délais de rendez-vous et prise illégale d'intérêts

Si de nombreux patients expriment les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins en termes de distance, les délais d'attente sont également souvent mentionnés. En effet, sur l'ensemble du territoire national, ces problématiques temporelles se traduisent par des attentes excessivement longues pour obtenir un rendez-vous avec certains professionnels de santé ou pour bénéficier de certains actes médicaux ou chirurgicaux. Le fait de ne pas réussir à faire prendre en charge un besoin de santé programmé dans des délais que le patient juge raisonnables est souvent à l'origine de conflits liés à l'accès aux soins.

La problématique des délais d'accès aux soins ne met pas l'Algérie en mauvaise position dans les comparaisons régionales, l'accès à la médecine générale, la chirurgie dentaire et plusieurs spécialités médicales se fait sans attente partout sur le territoire national[378]. Pourtant, Il existe, depuis quelques années, des indices soulignant des difficultés en matière de délais dans certaines spécialités, ou pour certains types de soins programmés, ce qui a contribué à faire surgir ce thème dans le débat public[379]. Les spécialités les plus emblématiques et pour lesquelles les pouvoirs publics ont essayé de mettre en place des règles normatives et des lignes directrices, pour réguler les délais d'attente aussi bien pour les consultations externes que pour les hospitalisations, sont essentiellement la gynécologie obstétrique[380]. D'autres spécialités telles que la réanimation, l'imagerie médicale et la radiothérapie continuent de rencontrer des difficultés avec des délais d'attente très longs, ce qui provoque des réclamations de la part des patients qui ont des exigences immédiates. Il est important de noter que de nombreuses études ont exploré le lien entre les délais d'attente et les résultats sanitaires, notamment la mortalité. La plupart de ces études ont conclu que les délais n'ont pas d'incidence sur l'état de santé lorsqu'il s'agit de soins programmés. En effet, un triage efficace permet aux patients nécessitant une prise en charge urgente d'être traités rapidement,

[378] OMS, Bureau Régionale Afrique, *Rapport sur la performance des systèmes de santé dans la région africaine de l'OMS*, Rapport 2020 sur https://www.afro.who.int/sites/default/files/20 consulté le2/2/2023.

[379] L'un des principaux thèmes des assises de la santé organisées en Algérie le mois de Juin 2014 est les délais de prise en charge des malades.

[380] La mise en place par le ministère de la Santé de la population et de la réforme hospitalière d'un guide d'organisation des réseaux de prise en charge de la femme gestante en 2018.

tandis que ceux pour qui l'attente est possible sans risque pour leur santé peuvent attendre plus longtemps[381]. Les périodes d'attente prolongées peuvent augmenter l'anxiété des patients, ce qui est peu pris en compte dans ces études techniques.

D'autres problèmes, d'ordre économique, ayant un impact direct sur les malades sont également corrélés aux délais d'attente. Assurément, durant la période d'attente, le prolongement du traitement ou la prescription d'autres médicaments usuels engendre des coûts supplémentaires mal acceptés par les patients qui viennent s'ajouter à ceux générés par la perte de productivité et les frais des aidants. Il importe de préciser dans ce cadre que la gratuité des soins en Algérie ne couvre que les médicaments à usage hospitalier[382]. Tous les autres médicaments disponibles en pharmacie de ville demeurent à la charge des patients. Cette situation constitue, en réalité, une disparition d'une chance de limiter une perte de gains qui peut être prise en considération dans le cadre du préjudice de perte de chance[383], qui sera, pour des considérations méthodologiques, examiné dans le chapitre relatif aux conflits inhérents au droit à l'information et son corollaire le droit au consentement.

Par ailleurs, les délais d'attente présentent, indépendamment de toute considération financière, un gradient social compte tenu des réseaux sociaux qui entrent en jeu dans ce cadre. En effet, en Algérie, les personnes issues des classes socio-professionnelles élevées ont tendance à attendre moins que celles des classes sociales plus défavorisées pour obtenir des rendez-vous médicaux ou un accès aux services hospitaliers, accentuant ainsi les disparités d'accès aux soins[384]. En réalité, les difficultés à accorder un rendez-vous dans les meilleurs délais ont encouragé certaines pratiques illicites et dérives déontologiques de la part des professionnels de la santé qui pratiquent, dans une certaine mesure, une stigmatisation des malades en avantageant certains d'entre eux par rapport à d'autres moyennant une prise illégale d'intérêt. L'organisation des soins dans une structure publique de santé amène tout patient venant consulter à suivre un parcours long et complexe, où chaque étape peut être une occasion pour de telles pratiques illicites, auxquelles ce dernier se plie pour pouvoir continuer son parcours sans difficultés particulières que ça soit pour les examens

[381] DREES, *Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins,* Document de travail, série études et recherches, 2015 n° 133, p 22. Voir également SICILIANI, Luigi, et Jeremy, HURST, « Causes de la disparité des délais d'attente en chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE », *Revue économique de l'OCDE*, vol n°38, n° 1, 2004, pp. 107-137.

[382] Les médicaments à usage hospitalier mentionnés se réfèrent exclusivement à ceux sous forme injectable.

[383] La Cour de cassation française définit la perte de chance comme « *la disparition certaine d'une éventualité favorable, qu'il s'agisse de la chance d'obtenir un gain ou de la chance de limiter une perte. Elle rappelle, par ailleurs, de manière constante, que l'indemnisation exclut toute demande à la hauteur de la totalité du gain manqué ou des pertes qui n'ont pas été évitées, mais se limite à une certaine somme correspondant à la seule chance perdue* », Cass. crim., 18 mars 1975 : Bull. Crim. n°79.

[384] CHEURFA, Taous, « La problématique des inégalités sociales de santé en Algérie : Une étude exploratoire du renoncement aux soins dans la Wilaya de Bejaia », *Les Cahiers du MECAS*, vol 16, n° 1, 2020, pp 153- 170.

pratiqués à titre ambulatoire ou pour les hospitalisations.

Le détournement des patients vers les structures privées, dans le but de réduire les délais de prise en charge ou de les rendre immédiats, est également une pratique courante dans les établissements publics de santé algériens[385]. En effet, certains médecins ont tendance, lors de leurs consultations dans les structures publiques, à réorienter les patients vers les cliniques privées où ils exercent en parallèle. Plusieurs arguments sont avancés pour les convaincre comme la qualité de la prise en charge ou son immédiateté. Un tel phénomène concerne l'ensemble des prestations hospitalières, qu'il s'agisse des osculations, analyses médicales, examens d'imagerie, actes chirurgicaux, rééducation fonctionnelle, ou même la prise en charge des pathologies lourdes tel que le cancer. Cette pratique, qui implique essentiellement les médecins spécialistes, entraîne des répercussions significatives dans la mesure où ces derniers délaissent les établissements publics de santé, aux heures régulières de service, afin d'honorer ces rendez-vous dans les structures privées, moyennant des rétributions élevées. Certains d'entre eux vont jusqu'à limiter le nombre de patients qu'ils acceptent de voir dans les établissements publics de santé, et orienter la plus grande partie d'entre eux vers des rendez-vous dont les délais s'étalent sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois après afin de les forcer à recourir au secteur privé où la prise en charge est sans délais. Cette pratique qui fait place à une médecine à deux vitesses, est une véritable source de conflit d'intérêt[386].

En droit algérien, le conflit d'intérêt en matière médicale n'a pas été défini. Cette absence de définition n'est pas sans incommoder le magistrat algérien, habitué à s'appuyer sur une clarification précise des termes. La prise illégale d'intérêts, l'abus de pouvoir, le délit de corruption, sont autant de qualifications pénales qui permettent de sanctionner certains faits, désormais pleinement visibles dans la pratique médicale algérienne (activités complémentaires des médecins, financement

[385] Cette pratique a été reconnue pour la première fois dans un discours officiel tenu par le ministre de la Santé algérien Amar Tou lors de la séance plénière de l'APN du 6 avril 2006 où ce dernier a indiqué que pas moins de 208 médecins inspecteurs ont été formés et mobilisés pour intervenir mensuellement au niveau de toutes les structures de santé, publique soit-elle ou privée dans le but de freiner les pratiques immorales du transfert illicite des malades du public vers le privé. Voir MAHMOUDI, Samah et HAMRIT, Abedlghani, *«* Manifestations de la dépravation dans le secteur de la santé algérien et mécanismes de lutte»*, Revue de l'enseignant chercheur pour les études juridiques et politiques*, vol 6, n°2, 2021, pp 416-432, (article en Arabe).

[386] « *L'élaboration d'une définition générale du conflit d'intérêt est difficile tant cette notion est susceptible d'apparaître sous des jours différents selon l'aspect sur lequel se concentre la focale. Certaines définitions sont générales : un conflit d'intérêts « prend naissance lorsqu'une même personne poursuit deux ou plusieurs intérêts et lorsque ces intérêts sont contradictoires », ou désigne une « situation dans laquelle une personne voit ses intérêts personnels entrer en conflit avec des intérêts dont elle a la charge ». D'autres définitions ajoutent des nuances et font l'effort d'être plus précises, intégrant par exemple la notion de devoir : « […] les situations dans lesquelles une personne en charge d'un intérêt autre que le sien n'agit pas, peut être soupçonnée de ne pas agir avec loyauté ou impartialité* », JANVIER, Jérôme , Didier, RAOULT, Laurence, CAMOIN et Pierre, LE COZ, « Le conflit d'intérêts dans le milieu médical et le problème de sa définition juridique : accent sur le débat français », *Éthique publique* [En ligne], vol. 16, n° 2 | 2014, mis en ligne le 12 mai 2015, consulté le 18 juillet 2022.

d'activités de recherche par les laboratoires, détournement de malades ...etc.). Néanmoins, aucune disposition n'est vraiment capable d'interpréter juridiquement toute la diversité de ces problèmes. Ainsi, l'idée de conflit d'intérêts s'est récemment imposée dans la pratique médicale algérienne, sans que le droit ait pu pleinement l'intégrer à sa littérature, faute de pouvoir nommer précisément ce qu'elle désignait. En effet, il convient de s'interroger sur la nature juridique du conflit d'intérêts dans la pratique médicale qui peut renvoyer aussi bien à une situation de fait qui serait inévitable, ou relever d'actes délictueux. La réponse n'est pas univoque et l'attitude du législateur algérien sera différente vis-à-vis de chacune de ces possibilités. Si dans le premier cas, le conflit d'intérêts doit être encadré par des instruments déontologiques ou des directives et recommandations du ministère de la Santé, il devrait être sanctionné par les codes civil et pénal dans le second cas. En ce sens, l'approche adoptée par le législateur français en la matière pourrait être une source d'inspiration qui permettra au législateur algérien d'assoir une solution pragmatique à l'aune des vertus de la probité ou de l'impartialité.

En effet, en France, depuis le scandale sanitaire du *Mediator*[387], en 2010, les autorités sanitaires françaises ont pris conscience de la nécessité d'une considération juridique pénale et civile des conflits d'intérêt[388]. À la suite de cette affaire, plusieurs mesures ont été adoptées. Certaines sont préventives basées exclusivement sur un régime déclaratif (élargissement de la déclaration publique d'intérêts, charte de l'expertise et dispositif anti-cadeaux)[389], tandis que d'autres sont plus radicales ayant d'une part consacré l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et la protection des lanceurs d'alerte[390] et d'autre part imposer une transparence de la vie publique[391]. Ainsi, le législateur algérien devra non seulement mettre en place

[387] La durée et l'étendue des dommages causés par ce scandale sont remarquables. Mis sur le marché français de 1974 à 2009, ce médicament, potentiellement mortel, est responsable de 500 à 1 800 décès. Il a continué à être prescrit, en partie à cause de la négligence de certains responsables de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Ces derniers, chargés de son évaluation, avaient des liens trop étroits avec le laboratoire pharmaceutique qui le commercialisait. Voir dans ce cadre NOUGUEZ, Étienne, et al. « L'Agence française du médicament après le scandale du Mediator. Crises et travail de restauration institutionnelle », *L'Année sociologique*, vol 73, n°2, 2023, pp. 327-357.

[388] JANVIER, Jérôme , Didier, RAOULT, Laurence, CAMOIN et Pierre, LE COZ, « Le conflit d'intérêts dans le milieu médical et le problème de sa définition juridique : accent sur le débat français », précité.

[389] Conformément aux textes français suivants: - décret n° 2012-745 du 9 mai 2012 relatif à la déclaration publique d'intérêts et à la transparence en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, JORF n°0109 du 10 mai 2012 ; - décret n°2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique, JORF n°0116 du 22 mai 2013 ainsi que le décret n°2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme, JORF n°0116 du 22 mai 2013.(France)

[390] En vertu de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte (1), JORF n°0090 du 17 avril 2013. (France)

[391] Conformément à la loi organique n° 2013-906 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, JORF n°0238 du 12 octobre 2013. (France)

des solutions juridiques pour lutter contre le conflit d'intérêt dans la pratique médical mais également replacer des valeurs morales telles que l'impartialité, la loyauté ou le désintéressement au cœur de ces solutions afin que puissent être dégagé des réponses pertinentes à des situations ,où des intérêts personnels des professionnels de la santé entrent en conflit avec les intérêts des patients dont ils ont la charge et dont essentiellement le détournement du malade. En ce sens, la loi française du 20 Avril 2016[392]qui a inscrit dans le statut général de la fonction publique des obligations d'origine jurisprudentielle permettant de réaffirmer les valeurs fondamentales de la fonction publique constitue un texte susceptible d'apporter des éclairages intéressants pour le législateur algérien.

B. Parcours du malade et épuisement à s'orienter dans le système de santé

Une grande partie des conflits en matière d'accès aux soins s'explique également par une désorientation dans le système de santé, une méconnaissance des professionnels qui pourraient prendre en charge les besoins des patients, ou par la complexité des démarches à entreprendre pour avoir accès à certains soins, souvent décrites par les patients qui y sont éligibles comme un véritable parcours du combattant.

Alors que la notion de parcours de soins est au cœur des discours sur le système de santé, il est intéressant de relever que les difficultés rapportées par les patients tournent essentiellement autour des formes de désorientation qu'ils vivent[393]. Sans imputer la responsabilité de cette situation à un professionnel de la santé ou à un autre en particulier, les patients ont le sentiment de ne pas toujours trouver de soutien suffisant du côté des acteurs du système de santé. Ils cherchent donc par eux-mêmes leur chemin, essaient de frapper à différentes portes pour trouver de l'aide et obtenir des informations. Ils peuvent avoir également tendance à suivre des itinéraires qui ne sont pas toujours les bons les amenant à se retrouver dans des parcours chaotiques[394].

Bien que les efforts des pouvoirs publics, en Algérie, aient longtemps été consacrés, à la mise en cohérence de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire avec la création de dispositifs de coordination entre les différents niveaux de soins, ce besoin prégnant d'orientation exprimé par les

---

[392] Loi n°2016-483 du20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, JORF n°0094du 12/4/2016. (France)

[393] « *Je ne savais pas que je devais passer par mon médecin traitant ! », « j'étais livrée à moi-même !* », « *je n'avais aucune idée vers quel service me tourner pour ces soins !*» nombreux sont les verbatim qui, au-delà de signaler une désorientation, indiquent que les personnes sont perdues dans ces univers qu'elles perçoivent comme particulièrement complexes. Voir AYAD, Leila et HELLALI, Ahmed, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : point de vue des malades », précité.

[394] REVIL, Hélèna. « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, vol. 53, n°1, 2018, pp. 29-41.

patients devrait les inciter à introduire cette notion de parcours aussi bien dans l'organisation du système de santé algérien que dans le *corpus* juridique . Cette consécration doit être centrée, au-delà de la seule dimension sanitaire, sur les autres aspects de la prise en charge des patients car il s'agit non seulement de créer des liens entre les différentes structures du système de santé mais aussi et surtout de faire en sorte que ces dernières offrent un cheminement de prise en charge adapté aux besoins des malades et connu par eux. Une telle approche fait plutôt écho au modèle des soins chroniques développé au niveau international[395]. Il est donc question de repérer, pour un problème de santé donné, les différentes étapes que le patient pourrait suivre (prévention, consultation, soins, chirurgie, rééducation…) et de rechercher, pour chacune de ces étapes, les conditions possibles qui aident les patients à s'y rapprocher et à s'y maintenir.

Le législateur algérien ne s'est pas inscrit dans cette démarche et la nouvelle loi de santé est restée silencieuse sur le concept de parcours de soins préférant adopter un autre outil mais qui s'inscrit néanmoins dans l'esprit de la littérature internationale en matière d'organisation de la prise en charge médicale[396]. Dénommé « réseaux de soins », cet outil vise à améliorer la prise en charge des patients, à garantir la continuité et la qualité des soins de proximité, et à promouvoir l'accessibilité et l'équité en matière de santé[397]. En l'absence de textes d'application pour mettre en œuvre ce dispositif, il est prématuré de juger de son efficacité à offrir de nouvelles perspectives en termes d'organisation des activités de santé et à définir de véritables repères pour les patients dans leur parcours de soins, à la manière du concept de parcours de soins adopté par le législateur français.

En ce sens, il est important d'analyser attentivement l'intégration du parcours de soins dans le système de santé français afin de comprendre ses apports en matière d'organisation du cheminement du malade. En France, la notion de parcours de soins est couramment employée dans le secteur de la santé depuis plus d'une quinzaine d'années. Elle apparaît de façon formelle dans la

[395] Le « Chronic care model » constitue une stratégie organisationnelle pour la gestion des maladies chroniques, conçue pour améliorer les soins tant au niveau individuel que collectif. Ce modèle part du principe qu'une amélioration significative des soins nécessite une démarche qui intègre des interventions au niveau du patient, du fournisseur et du système. Le soutien organisationnel du système de santé, pour faciliter les soins, constitue une des composantes de ce modèle. Voir dans ce cadre BRUNN, Matthias, et Karine, CHEVREUL, « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé Publique*, vol 25, n°1, 2013, pp. 87-94.

[396] Dans la littérature internationale, les objectifs principaux du concept de « parcours de soins » sont d'assurer l'accès de la population aux soins appropriés, dispensés par les professionnels adéquats, au sein des structures adaptées et au moment opportun, tout en optimisant les coûts. Ce concept vise à mettre en place un suivi coordonné du patient, à la fois chronologique et géographique, durant toute la durée de sa maladie et à proximité de son domicile, intégrant ainsi une dimension à la fois temporelle et spatiale. BRUNN, Matthias, et Karine, CHEVREUL, « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », précité.

[397] Conformément à l'article 268 de la loi de santé 18-11 précité.

loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie bien que le mot *parcours* ne soit pas utilisé une seule fois dans le texte. Celui-ci privilégie plutôt le terme de coordination, qui apparaît quatorze fois dans cette loi, pour justifier la mise en place du système de médecin traitant. Le parcours de soins consiste alors à confier à celui-ci les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. La multiplication des maladies chroniques, le vieillissement de la population, le déploiement de la technologie médicale ont été des facteurs qui ont mis en évidence la pertinence du parcours de soins dans l'organisation des activités de santé. Il apparaît alors comme une solution possible à une prise en charge globale du patient, par différents acteurs, et sur une durée relativement longue en permettant de déployer « *de bonnes compétences, au bon moment, sur un territoire donné* »[398] tout en superposant au défi soignant le défi économique d'optimisation de la dépense de santé. Le parcours de soins a donc jusqu'ici peu de rapport avec les besoins exprimés par les individus, et encore moins avec les multiples dimensions de leur situation. Il consiste plutôt en un ensemble de mesures censées diminuer les dépenses de l'assurance maladie. Ensuite, une évolution conceptuelle s'est produite, avec la promotion des notions de « parcours de santé » et de « parcours de vie », codifiés en 2016[399] et qui sans éclipser la notion de parcours de soins sont venus la compléter. Ainsi, au parcours de soins, défini de façon restreinte[400], se distinguent généralement les parcours de santé[401] et de vie[402], qui englobent le premier. Les ruptures dans les parcours sont conçus à la fois comme des moments difficiles à vivre pour la personne et son entourage, et comme des problèmes à résoudre pour les professionnels et les pouvoirs publics considérant qu'ils résultent du cloisonnement des différents secteurs d'intervention.

Les implications de l'approche de parcours de soins quant à l'organisation du système de santé sont multiples, mais celles qui intéressent la présente recherche porte uniquement sur la prise en charge du patient. Il importe de préciser dans ce cadre que raisonner en termes de parcours

[398] BIZARD, Frédéric, *Politique de santé : réussir le changement,* Dunod, 2015, 256 p.

[399] En vertu de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé(France), précitée.

[400] Les parcours de soins permettent l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Voir en ce sens CARGNELLO-CHARLES, Emmanuelle, et Isabelle, FRANCHISTEGUY-COULOUME, « Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? », *Management & Prospective*, vol 36, n° 3, 2019, pp. 69-89.

[401] Les parcours de santé articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

[402] Les parcours de vie envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement…

suppose de penser la situation de chaque malade comme singulière, indépendamment des grandes catégories dans lesquelles s'inscrit la pathologie ou le handicap dont souffre la personne, car chacun vit différemment la situation en fonction de ses ressources économiques, de ses caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude…), de son lieu de résidence, de sa trajectoire antérieure, ou encore du moment du cycle de vie. L'usage de la notion de parcours vient à l'appui d'une prise en compte globale de toutes les dimensions de la vie de la personne et non seulement de son état de santé. Assurément, ce raisonnement permet de réaffirmer l'importance de la perception subjective, appelée communément le vécu, qu'ont les personnes de leur situation et non seulement des éléments objectifs permettant de caractériser leur état de l'extérieur. « *L'accent est mis sur les ruptures biographiques et les phases de transition au cours desquelles leur rapport au passé et à l'avenir, leur estime de soi ou encore leur identité sont mis à l'épreuve, là encore de façon singulière* »[403]. L'approche par les parcours implique aussi d'accroître la variété de l'offre de services plutôt que son volume, le but étant d'apporter, dans la durée, la réponse la plus appropriée à la situation de chaque personne selon son lieu de vie mais aussi ses préférences et ces choix. Il est ainsi possible de conclure que les apports de cette démarche pour le malade sont importants dans la mesure où il est mieux dirigé dans sa prise en charge qui devient lisible ; l'endroit et la manière dont elle est effectivement réalisée et, le cas échéant, la manière dont elle devrait l'être sont identifiés tout en supprimant les ruptures qui peuvent être provoquées par les cloisonnements des acteurs de santé.

Occultant tous les avantages de cette démarche, le législateur algérien a choisi de ne pas adopter le concept de parcours de soins. Sa position paraît fondée sur le rejet de l'approche financière ayant impulsé le choix du législateur français à adopter cette solution et qui se trouve en parfaite inadéquation avec la gratuité du système de santé dont la remise en cause est catégoriquement exclue par le pouvoir politique en Algérie. Ceci prouve, encore une fois, que le législateur est resté en décalage par rapport aux évolutions menées par son homologue français pour optimiser le parcours de soins qui a complètement changé de paradigme, dépassant la seule dimension financière pour prendre « *trois implications majeures : une personnalisation de l'évaluation et des prises en charge, une prise en compte des multiples dimensions de la vie des personnes, et un accompagnement sur le long terme qui comprend aussi la prévention*»[404].En outre, elle pourrait se justifier, également, par les limites qui ont été pointées lors de la mise en œuvre de ce dispositif dans le système français, qui se retrouvent aussi dans la réalité du système de santé

[403] BLOCH, Marie-Aline, et Léonie, HENAUT, « De la coordination aux parcours : un changement de paradigme », dans, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, 2014, pp. 117.

[404] Ibid.

algérien. La première a trait au manque d'adhésion dont pourrait faire preuve les professionnels de santé et aux « *difficultés d'appropriation des outils par les acteurs de première ligne. Pour certains professionnels, l'approche par les parcours n'a de sens qu'au niveau « stratosphérique » des décideurs institutionnels ; les protocoles associés ne constituent que des objets technocratiques, sans lien avec les pratiques de travail quotidiennes*» [405]. La seconde réside dans l'institutionnalisation du dossier médical personnel (DMP), outil indispensable à la mise en place du parcours de soins coordonnés et l'organisation cordonnée des soins. Une mise en place, qui, comme nous le détaillerons dans le chapitre relatif aux conflits liés au droit à l'information et au consentement, est loin de voir le jour[406]. Aussi, la tendance aujourd'hui en Algérie ne devrait plus être à la réflexion au sujet du caractère nécessaire ou non du parcours de soins, mais plutôt à l'exigence de mettre en place les solutions et les mesures qui vont permettre de l'assoir, dans le but de rendre un repérage dans le cheminement et les itinéraires de prise en charge des malades possible.

[405] CHKAIR, Sihame, et al, « Valorisation d'un parcours de soins : entre difficultés et alternatives », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol 32, n° 4, 2014, pp 280-290.

[406] Rappelons dans ce cadre que la Cour des comptes française a considéré dans son rapport public annuel de 2013 que les retards de déploiement du DPM ont été particulièrement préjudiciables au médecin traitant et à l'organisation du parcours de soins coordonnés, Cour des comptes, « Les restructurations hospitalières », *Rapport public annuel 2013,* sur https://www.ccomptes.fr, consulté le 5/3/2023.

Conclusion du premier chapitre

Le droit fondamental à la protection de la santé exige de garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessaires à son état de santé et d'assurer la continuité de ces soins. Ce droit, de valeur constitutionnelle en Algérie, est soutenu par plusieurs textes législatifs. En effet, dans le cadre de la politique publique sanitaire menée par l'État, la loi de santé algérienne prévoit des dispositions destinées à protéger ce droit, notamment pour certaines catégories de personnes en situation de précarité. La gratuité des soins instituée en Algérie est un atout majeur qui permet de surmonter les barrières financières à l'accès aux soins. Pourtant, ce droit reste peu opposable à l'État et ne jouit que d'une effectivité relativement limitée.

En effet, bien que l'accès aux soins soit consacré en droit, la réalité sur le terrain diffère souvent. De multiples obstacles peuvent limiter cet accès, générant divers types de conflits. Ces difficultés peuvent être de nature territoriale ou géographique, liées à la capacité d'accéder à des professionnels de santé dans un périmètre et un délai raisonnables. Cela concerne aussi bien les soins non programmés que les soins primaires et secondaires. Pour ces derniers, l'expertise médicale tend à être concentrée uniquement dans certaines structures hospitalières disposant d'équipement adéquat (plateau technique, présence des spécialités…), ce qui renforce la perception que seules ces structures offrent des prestations sécurisantes.

La difficulté d'accès aux soins ne se limite pas à une question géographique ; elle peut également être temporelle, due notamment à la lenteur des procédures de prise de rendez-vous, qui pousse souvent les patients vers le secteur privé. De plus, elle peut être organisationnelle, liée à la nécessité d'une bonne compréhension du système de santé, qui doit mettre en place des outils et des dispositifs permettant aux patients de se repérer dans le cheminement de l'offre de soins.

La qualification juridique des divers conflits corrélés à l'accès aux soins constitue une étape fondamentale de notre recherche. En s'appuyant sur le droit français, notre analyse met en lumière la situation actuelle du droit algérien et évalue l'efficacité des normes juridiques introduites par la nouvelle loi de santé. Il est crucial que ces normes n'affectent pas négativement l'accès aux soins, qu'elles soient en accord avec le cadre légal existant, et qu'elles soient pleinement applicables pour assurer leur efficacité pratique.

Chapitre 2 – Le séjour et les prestations hôtelières appréhendés sous l'angle du conflit

Si l'hôpital connaît de continuelles évolutions, son objectif institutionnel de soigner ou d'améliorer l'état de santé des malades reste inchangé. Anslem Strauss perçoit d'ailleurs dans cet objectif de « *rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme…. le ciment symbolique grâce auquel, en termes métaphoriques, l'organisation se maintient*»[407]. Ces avancées, prenant en compte le bien-être des patients, ont conduit à des efforts substantiels pour créer un environnement hospitalier où le patient peut se sentir presque « comme chez lui », bénéficiant d'un maximum de confort durant son séjour. En réalité, l'hospitalisation d'un patient crée entre lui et l'établissement un contrat distinct de celui de soins. Ce contrat engage l'établissement à disposer d'une organisation adéquate pour assurer l'accueil et l'hébergement du patient en toute intimité et sécurité. Les activités de soins sont, en effet, intégrées dans une organisation collective qui vise à juxtaposer et coordonner les multiples activités logistiques essentielles à la vie hospitalière. Cette organisation influence le rythme quotidien de l'hôpital, incluant les configurations architecturales, le règlement intérieur, et les modalités d'intervention des professionnels, lesquels doivent tous être guidés par le respect de la vie privée du patient, favorisant ainsi son épanouissement au sein de l'établissement sans nuire à la vie collective. Par ailleurs, la pratique religieuse est primordiale à l'hôpital car les patients qui y arrivent avec leurs croyances ne peuvent être restreints dans leur liberté de culte, dès lors qu'elle n'entrave pas la bonne marche du service et la qualité des soins. En outre, en tant qu'établissement accueillant du public et fournissant des services hôteliers, l'hôpital est tenu de se conformer dans ses pratiques aux prescriptions règlementaires imposées en matière de sécurité publique afin de garantir celle de ses patients tout au long de leur hospitalisation **(*Section I*).**

Par ailleurs, il est important de réfuter l'idée selon laquelle l'hôpital serait uniquement « *un établissement où le malade vient se faire soigner sans se préoccuper des conditions matérielles de son séjour et de son hébergement* »[408]. En effet, cette perception est en décalage avec la réalité, car la déshumanisation qui caractérise les structures de santé algériennes et les formes subtiles de maltraitance qui y persistent sont des foyers de tensions et de véritables catalyseurs de conflits pendant la période de séjour hospitalier **(*Section II*).**

[407] STRAUSS, Anslem. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionniste*, l'Harmattan, 1992, p 50.

[408] SENOUSSI, Zoulikha, « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres», *Conférence Internationale en Economie-Gestion & Commerce International*, vol 9, 2017, pp 89-96.

Section 1. L'hôpital lieu, de soins et de vie: un cadre juridique et organisationnel aux enjeux complexes

La prise en charge du malade au cours de son hospitalisation dans un établissement de soins soulève des questions délicates concernant la vie privée dans un espace collectif. Traditionnellement définie comme la sphère d'intimité individuelle, la vie privée se distingue de la vie publique, mais sa définition objective reste complexe et son contenu, hautement subjectif.

En droit algérien, le respect de la vie privée est protégé par un ensemble de textes. Envisagé dans un établissement de soins, ce droit renvoie, en ses composantes, à plusieurs dimensions aussi bien identitaires relatives à la liberté religieuse et culturelle qu'institutionnelles correspondant à l'intimité, à la libre disposition des biens personnels et au droit à l'image. Le droit à la vie familiale et sexuelle durant l'hospitalisation suscite à son tour un certain nombre de problématiques corrélées au droit à la vie privée ***(§1).***

Pareillement, les conditions d'accueil et d'hébergement soulèvent des questions concernant la sécurité des patients séjournant à l'hôpital, qui se trouvent exposés à des risques techniques qui, bien que distincts des risques liés directement aux soins, sont tout aussi préoccupants. Ces risques ont incité les autorités sanitaires à s'interroger sur leur persistance et à proposer plus d'encadrement et de réglementation pour renforcer cette sécurité ***(§2).***

§ 1. Séjour et droit au respect de la vie privée et des croyances

La relation de soin, et en particulier l'hospitalisation, affecte inévitablement la vie privée des patients et engendre de multiples problématiques liées aux exigences de la vie dans un cadre institutionnel et collectif. Sont ainsi soulevés des questionnements éthiques et juridiques ayant trait aux éléments qui composent, de manière non exhaustive, la vie privée à l'hôpital, l'intimité du patient, sa sexualité, sa vie familiale, etc. Le patient, vulnérable par essence et définition, livre en toute confiance et confidentialité sa vie privée physique et morale au professionnel et à l'établissement de santé qui assure sa prise en charge **(A).**

De même, l'hôpital, dont la mission est de soulager la maladie dans un contexte où la vie et la mort se côtoient, doit être un espace privilégié où les usagers du service public peuvent pratiquer leurs croyances et religions en toute liberté, dès lors que cela n'entrave pas la bonne marche du service et la qualité des soins **(B)**.

A. Le droit au respect de vie privée à l'épreuve de l'hospitalisation

La vie privée, concept universel et commun, est souvent compréhensible en théorie mais demeure rarement définie de manière précise, ce qui génère d'innombrables interrogations, particulièrement dans le contexte de la relation de soins. Comprendre les enjeux de la vie privée des patients nécessite une analyse détaillée de son objet et de sa portée **(1)**. Les professionnels de santé, en accédant à des informations sensibles notamment sur l'état de santé des patients, peuvent involontairement porter atteinte à leur vie privée. Le secret professionnel est donc essentiel pour protéger cette intimité, particulièrement durant l'hospitalisation, où de nombreuses problématiques émergent. Aussi, les fondements juridiques du secret professionnel sont perfectibles et doivent être évolutifs, à l'image des situations factuelles pour lesquelles il a été institué **(2)**.

1. Les facettes de la vie privée à l'hôpital : portée et limites

Le droit à la vie privée dans un établissement de santé revêt une portée particulière notamment pendant l'hospitalisation où, traditionnellement, la vie privée cède devant une vie collective et institutionnelle particulièrement envahissante. Il se décline en plusieurs droits subjectifs dont essentiellement le droit à l'intimité qui, appliqué au séjour hospitalier, implique le respect de la quiétude, de la pudeur et de la personnalité du patient.

Assurément, le respect du droit à l'intimité pendant l'hospitalisation implique que le patient puisse disposer d'un espace personnel qui lui soit réservé afin de lui permettre, au-delà du repos, de se soustraire au regard des autres et à la pression de la vie collective. Il doit également pouvoir posséder des affaires personnelles, choisir sa place lorsque cela est possible et aménager sa chambre selon ses goûts, dans les limites des règles de sécurité et de civilité imposées par l'organisation de la structure hospitalière. Sur ce point, il faut souligner que le service public hospitalier, en Algérie, garantit ce droit sous réserve du respect de ses principes fondateurs[409]. Toutefois, le malade admis dans un service public hospitalier est placé dans une situation assez contradictoire, car quelles que soient les conditions de son hospitalisation[410], il se trouve dans une situation d'usager, légale et réglementaire. Pensionnaire de fait, il doit se soumettre à certaines dispositions organisationnelles de l'administration qui peuvent affecter ses libertés individuelles et son quotidien. Certains auteurs estiment que le magistrat algérien considère que la chambre du malade a le caractère d'un domicile privé[411], une position empruntée de son homologue français qui a affirmé qu'« *une chambre*

[409] MALKI, Amel, « Le service public hospitalier en Algérie », *Revue des sciences juridiques et sociales*, vol 5, n° 1, 2020, pp 246-263, (article en Arabe).

[410] Le placement administratif fait exception à ces conditions d'hospitalisation car il obéit à d'autres procédures règlementaires.

[411] BELKHAOUANE, Ghizlane, « Les droits des patients en Algérie entre le vide législatif et la nécessité de mettre en

d'hôpital occupée par un malade constitue pour lui au sens de l'art. 184 du Code pénal, un domicile protégé en tant que tel par la loi, qu'il occupe à titre temporaire mais certain et privatif et où, à partir du moment où cette chambre lui est affectée et pour tout le temps que dure cette affectation, il a le droit, sous la seule réserve des nécessités du service, de se dire chez lui et notamment d'être défendu contre la curiosité publique»[412]. En réalité cette jurisprudence présente un intérêt particulier dans la mesure où elle donne un statut juridique à la chambre d'hôpital[413].Cette qualification octroie des droits au patient et impose des obligations à l'établissement hospitalier qui l'accueille. Le patient hospitalisé a ainsi le droit de recevoir dans sa chambre les personnes de son choix et peut demander à ce qu'aucune information ne soit divulguée concernant sa présence à l'établissement ou son état de santé. Il bénéficie également du droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, ainsi que de ses entretiens avec les visiteurs et les professionnels de santé. En France, on se réfère encore à cette jurisprudence pour souligner la protection dont bénéficie cet espace hospitalier[414], qui doit pouvoir être une zone de quiétude au sein de laquelle il est légitime d'espérer être protégé contre l'intrusion des autres.

L'intimité fait également référence, dans son acception commune, au rapport personnel que le malade développe avec son corps. Ceci inclut l'intimité des soins et des toilettes et la protection des parties intimes de son corps. Frapper à la porte, attendre la réponse, solliciter l'accord du patient ou de son accompagnant pour la présence des étudiants, masquer la nudité autant que possible, fermer la porte lors des soins, autant de pratiques qui, s'elles sont adoptées lors de l'entrée dans la chambre d'un malade hospitalisé ou de la réalisation d'un acte de soins, participer au respect de son intimité.

Pareillement, le droit à la vie familiale qui fait figure aujourd'hui de droit consubstantiel au droit à la vie privée[415], impose que le malade puisse conserver, durant la période d'hospitalisation, des relations avec les membres de sa famille. En Algérie, il n'existe pas de règles organisationnelles d'accompagnement du malade par son entourage. Les visites sont, en théorie, limitées et leur

---

place de nouveaux mécanismes pour améliorer leur prise en charge-étude comparative», précité.

[412] Cour d'appel de Paris, 7 mars 1986, affaire Ch. Nobel, Daubech, Lin, « Le statut du patient hospitalisé, vers l'incertitude juridique ? », *LPA*, 1997, n° 61, p 9.

[413] Avant cette décision de la Cour d'appel de Paris, la publication des photos prises secrètement du fils de Gérard Philippe sur son lit d'hôpital avait déjà conduit à la saisie des numéros de l'hebdomadaire France-Dimanche. La cour avait estimé que ces images représentaient une intrusion inacceptable dans la vie privée de la famille, selon un arrêt de la Cour de cassation datant du 12 juillet 1966 (Bull. n° 778). Cependant, les juges n'avaient pas spécifiquement statué sur le statut juridique de la chambre d'hôpital en tant que tel.

[414] SAISON, Johanne, « Des paparazzis déguisés en infirmiers : de la violation du domicile pour intrusion dans la chambre d'hôpital du patient », *Une histoire litigieuse et contentieuse de l'image et de la photographie*, 2020. ⟨hal-03684140⟩, sur http://d-piav.huma-num.fr/items/show/18, consulté le 27 décembre 2022.

[415] Droit ancré dans la Constitution algérienne et prévu par l'article 71.

déroulement est encadré. Elles doivent se dérouler pendant les heures prévues par l'hôpital, qui sont choisies pour ne pas interférer avec les routines de soins et les heures de repas ou de coucher des patients. Cependant, il est particulièrement difficile de profiter de ces instants dans les structures hospitalières où la vie collective prend le dessus sur ce droit. Les consignes des établissements de santé relatives aux visites, qui sont évidemment des mesures restrictives, tendent le plus possible à être adaptées au respect de la vie privée des malades. Le pouvoir de police dont est investi le directeur d'un établissement public de santé lui confère la capacité de protéger les patients contre l'incursion de tiers et de préserver ainsi leur vie privée. Parallèlement, ce pouvoir lui donne également la possibilité d'interdire des visites ou de les limiter lorsqu'elles sont jugées incompatibles avec l'état du patient ou la mise en œuvre de son traitement. Ainsi, il peut agir tant dans l'intérêt de la confidentialité des usagers que dans celui de leur santé et de leur sécurité. Il peut également expulser certains visiteurs en cas de méconduite de ces derniers[416].

Il y a dans le droit des patients un certain nombre de principes de base qui peuvent se révéler difficiles à mettre en œuvre juridiquement. Le droit au respect de la vie de famille corrélé à celui de la vie privée du patient, bien qu'inscrit de manière tout à fait formelle dans la nouvelle loi de santé, est au nombre de ces socles. En effet, il est légitime de se questionner sur l'existence d'une garantie, dans le droit des patients, pour que les malades hospitalisés puissent recevoir la visite de leurs proches. La jurisprudence en Algérie manie rarement ses dispositions, à l'exception de certaines situations de soins psychiatriques [417]ou en présence d'un parent injurieux et menaçant vis-à-vis du personnel soignant[418]. Elle les appréhende le plus souvent de manière négative, concluant à l'absence d'atteinte au respect du droit de la vie familiale en cas d'interdiction de visites. En ce sens, le contexte de la crise sanitaire du coronavirus, constitue la meilleure illustration de cette position. Effectivement, le juge administratif algérien n'a été saisi d'aucun contentieux lié à l'interdiction des visites familiales pendant l'hospitalisation[419], notamment pour les personnes en fin

[416] Plusieurs situations justifient des restrictions sur les visites dans un établissement hospitalier : « 1. Le directeur peut limiter les visites lors d'une épidémie pour réduire le risque de transmission de maladies contagieuses. 2. Dans les cas où un patient est dans un état critique ou nécessite une grande intimité, le nombre de visiteurs peut être restreint pour favoriser son repos et sa tranquillité. 3. Les visiteurs qui interfèrent avec le fonctionnement de l'hôpital ou perturbent les autres patients peuvent être temporairement exclus pour maintenir l'ordre et la quiétude dans l'établissement. 4. En présence de conflits entre visiteurs pouvant affecter le patient, le directeur a la possibilité d'interdire à certains d'entre eux l'accès à la chambre afin de préserver la sérénité et la santé du patient ».

[417] OSSOUKINE, Abdelhafid, « Chapitre 9. Le droit et la maladie mentale », *Journal International de Bioéthique*, vol. 13, n° 3-4, 2002, pp. 105-120.

[418] NASSERI, Abdelkader, « Pénalisation des agressions contre le personnel de la santé : étude à la lumière de l'ordonnance n°20-01 de 2020 modifiant le code pénal algérien», *Revue Prévention et Ergonomie*, vol. 17, n° 1, 2023, pp 48-70, (article en Arabe).

[419] Ministère de la Santé, Direction de la réglementation et du contentieux, *Bilan annuel des affaires en justice du secteur de la santé »,* Années 2020,2021.

de vie contrairement à son homologue français qui a eu à se prononcer sur plusieurs référés-liberté introduit en ce sens. Il importe de préciser que le Conseil d'Etat français n'a pas sanctionné ces refus de visites dès lors qu'ils avaient pour vocation de protéger la santé des patients hospitalisés, des personnels et des visiteurs[420]. La pandémie de la Covid-19 a donc remis sur la scène la nécessité pour le législateur algérien d'engager une normalisation du droit de visites dans les établissements de santé et de réglementer strictement leur interdiction notamment dans le contexte de crises sanitaires à l'image de son homologue français[421]. La rupture des liens familiaux et la privation de l'accompagnement des proches exposent les personnes particulièrement vulnérables, souvent en perte de repères, à un risque de majoration de leurs troubles, voire à une détérioration irrémédiable de leur état de santé.

Dans le même ordre d'idée, la question de la sexualité en institution hospitalière se révèle être un aspect non moins problématique du droit au respect de la vie privée, malgré le raccourcissement de la durée du séjour hospitalier. En Algérie, c'est l'une des questions sur lesquelles il est improbable de voir engager un débat juridique. En effet, si le droit algérien n'a pas échappé sur certains aspects, à l'influence du droit français et à son esprit laïcisant, il ne peut pas renier pour autant le droit musulman. L'acculturation juridique née en Algérie à la suite de son intégration dans une logique de mondialisation des droits de l'homme est loin de lui faire articuler la pensée juridique en matière de sexualité en dehors des règles du *fikh* islamique. En effet, l'islam considère que « *la fonction sexuelle est en soi une fonction sacrée .Elle doit être réglée afin que bon usage en soit fait. Le Coran ne la frappe pas elle-même d'interdit, il en règle seulement l'usage »*[422]. Aussi, la sexualité n'est « licite » que dans le cadre de l'union légale qu'est le mariage et les relations sexuelles hors mariage sont formellement prohibées. Enfreindre ce qui est du domaine du licite relève du registre du « zina », terme que l'on traduit généralement en français par « fornication » et qui correspond au langage de la dogmatique chrétienne qui désigne les relations entre des personnes non mariées et non liées par un vœu religieux. C'est un délit sévèrement puni par le droit algérien[423]. Ensuite, l'Islam a énoncé, pour les croyants soucieux d'assurer leur salut, des recommandations précises, en matière de relations sexuelles et conjugales, que les juristes musulmans ont inscrites dans des codes plus ou moins rigides et totalement contradictoires au droit

[420] CE, ord, 15 avr. 2020, n° 439910, *Association Corona victimes*, Lebon ; AJDA 2020. 817.

[421] Conformément à l'article L1112-2-1 du code de la santé publique, créé par la Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, JORF n° 0083 du 9 avril 2024.

[422] BOUHDIBA, Abdelwahab, « Chapitre II. Les interdits islamiques de la sexualité », dans, *La sexualité en Islam*, Presses Universitaires de France, 2010, pp. 23-29.

[423] BENKHELIFA, Ilhem, «Le crime du zina en droit algérien », *Revue Kabs des sciences humaines et sociales*, vol 5, n°1, 2021, pp 810-836, (article en Arabe).

en vigueur dans les pays occidentaux[424]. Ainsi, les pratiques et les représentations de l'homosexualité sont interdites en « terre de l'islam ». Toute forme d'exhibitionnisme et le fait d'exposer sa vie sexuelle, même à des proches sont proscrits. La souillure est associée au hadath (acte sexuel), qui impose aux pratiquants des rites de purification à réaliser après chaque rapport intime. Si des transgressions à ces prohibitions existent, elles ne peuvent être autorisées, au vu de la société et encore, moins dans un établissement public. En réalité, à côté de ces interdits, il en est d'autres qui organisent au sein de la communauté musulmane les relations sexuelles et définissent un statut de la sexualité extrêmement contraignant. Au *haram*, interdit islamique dans son acception générale est accolé la *hichma* (pudeur, retenue, bonne éducation) qui constitue, par le biais de vertus morales, un conditionnement social redoutable interdisant toute pratique sexuelle, même légitime, dans des lieux publics fût-elle pratiquée dans des chambres de malades et à huit clos[425].

La question du droit à l'image du patient occupe une place essentielle parmi les diverses déclinaisons du droit au respect de la vie privée[426]. En effet, porteuse de l'identité de la personne, sa reproduction constitue un vecteur aussi bien d'atteinte à la dignité du malade qu'à celle de son intimité. Le droit à l'image du patient est protégé juridiquement en Algérie[427]. En effet, le Code civil fond cette protection sur le droit à la personnalité qui permet à chaque personne de déterminer souverainement la manière dont elle se présente aux tiers. L'article 47 dudit code dispose que «*celui qui subit une atteinte illicite à des droits inhérents à sa personnalité, peut en demander la cessation et la réparation du préjudice qui en sera résulté* ». C'est le droit au respect de la vie privée qui constitue le fondement juridique principal des droits de la personnalité en Algérie. Ainsi, la base juridique du droit à l'image est couverte également par les dispositions du code pénal qui sanctionne sévèrement le fait de porter atteinte à la vie privée en enregistrant ou en transmettant, sans le consentement de celle-ci, l'image d'une personne se trouvant dans un lieu privé[428]. En ce sens, le champ d'application de cette disposition a vocation à s'appliquer pour les séjours hospitaliers dans les établissements de santé en dépit du fait qu'il soit considéré par les juristes

[424] BELLAKHDAR, Saïd, « La prescription de la sexualité en Islam », *Topique*, vol 105, n° 4, 2008, pp. 105-116.

[425] CHEBEL, Malek, « Sexualité, pouvoir et problématique du sujet en islam », *Confluences Méditerranée*, vol. 41, n° 2, 2002, pp. 47-63.

[426] CALLOCH, Pierre, « Droit Paris, à l'image des personnes accueillies », *TSA*, n°916, 2003, p 17.

[427] BELKADI, Karima, «La protection juridique du droit à l'image dans la législation algérienne », *Revue des études juridiques*, vol 8, n°1, 2022, p 471 à 491, (article en Arabe).

[428]L'article 303 bis du code pénal algérien précité dispose que : « Est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à trois (3) ans et d'une amende de cinquante mille (50.000) DA à trois cent mille (300.000) DA, quiconque, au moyen d'un procédé quelconque, porte volontairement atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui :(…) 2 - en prenant, enregistrant ou transmettant sans l'autorisation ou le consentement de celle-ci, l'image d'une personne se trouvant dans un lieu privé. (….) ».

algériens comme relativement étroit car l'infraction n'est constituée que si l'image est prise sans l'autorisation de la personne et dans un lieu non ouvert au public[429]. Les dispositions du Code civil algérien ne traitent pas explicitement du caractère privé du lieu d'atteinte à la personnalité. Cependant, il est possible de conclure que le droit à l'image s'applique à toute personne se trouvant dans un lieu public, dès lors que cette image porte atteinte à sa vie privée ou à sa dignité. C'est pour cette raison que l'exploitation de l'image de la personne souffrante dans un cadre plus large que celui de la relation entre médecin et patient peut se heurter au caractère intime de la vie privée.

En France, cette protection est issue d'une construction prétorienne où très tôt les juges avaient dû se prononcer sur la possibilité de reproduire une image à des fins médicales ou scientifiques. Ils avaient alors nettement affirmé que « *si la photographie d'un malade pouvait être utilisée à une fin d'étude, elle ne devait pas être intégrée dans un ouvrage médical accessible à tous et notamment aux profanes*»[430]. De même, dans une décision de 1892, les juges français avaient affirmé que «*la science, bien qu'astreinte à révéler ses découvertes suivant les exigences du progrès, ne saurait sacrifier à ces exigences les droits individuel*s»[431]. Pourtant, ces solutions jurisprudentielles, «*ne signifient pas que toute publication d'image au sein d'établissement nécessite l'autorisation expresse des intéressés. En effet, s'il semble évident que la reproduction de l'image d'une seule personne ou d'un groupe de personnes dans l'intimité de la vie privée constitue en elle-même une atteinte au droit, on peut imaginer que ce même groupe, qui se livrerait à une activité publique, même occasionnelle, pourraient être représenté dans la mesure où la nature de l'activité permettrait de considérer qu'ils ont consenti à livrer publiquement leur image* »[432]. Cette dualité des solutions adoptées en France, en fonction de la nature de l'activité explique, à notre sens, la réticence de tout emprunt en matière de protection de l'image du patient dans en Algérie où la protection de ce droit est encore fragile[433], d'autant plus que l'hôpital s'ouvre, de plus en plus, aux médias et aux émissions d'intérêt public.

Ainsi, il primordial aujourd'hui d'engager une réflexion permettant de consacrer un dispositif juridique propre à la protection de l'image du malade dans la loi de santé algérienne notamment dans le cadre de la recherche médicale et de l'ouverture des hôpitaux aux médias à travers la multiplication des émissions se déroulant dans ce milieu. En effet, la question est d'autant plus

[429] BELKADI, Karima, «La protection juridique du droit à l'image dans la législation algérienne », précité.

[430] PREDA, Raruca. « 4. L'encadrement juridique de l'image de la personne dans le domaine de la santé », dans, *Image et santé. Matériaux, outils, usages.* Presses de l'EHESP, 2011, pp. 53-58.

[431] T. civ. Bordeaux, 18 juillet 1892, S. 1896, 1, 81, note A. Le Poitevin.

[432] CALLOCH, Pierre, « Droit Paris, à l'image des personnes accueillies », précité.

[433] BELKADI, Karima, «La protection juridique du droit à l'image dans la législation algérienne », précité.

complexe que l'exposition médiatique de l'hôpital et le rôle de l'image dans l'éducation et la recherche témoignent du fait que le droit à l'image coexiste avec d'autres droits et libertés tel que le droit d'auteur et la liberté de création. L'application du droit à l'image et du droit d'auteur au domaine de la santé doit tenir compte de la spécificité de la production d'images dans ce milieu et avoir pour but de maintenir l'équilibre entre les intérêts des acteurs impliqués, qu'il s'agisse des patients, des professionnels de santé ou des réalisateurs de documentaires relatifs à la maladie. Pareillement, les auteurs d'images représentant les malades ou l'environnement hospitalier devraient être conscients de la nature du sujet traité et de la volonté légitime des malades de maitriser la représentation publique de leur image.

Enfin, pour assurer le respect de leur vie privée, le droit à la confidentialité de l'hospitalisation permet à certaines personnes hospitalisées de ne pas divulguer leur présence dans une structure de santé[434]. Cette confidentialité s'étend à la non-divulgation des données concernant leur présence ainsi que les raisons de leur admission. Elle n'est opposable qu'aux tiers et l'identité du patient reste connue de l'établissement de santé où il est hospitalisé. La demande de confidentialité est retranscrite dans le dossier d'admission du patient qui est constitué selon la procédure habituelle. Contrairement au texte français qui a consacré explicitement cette mesure[435] au profit de toute personne hospitalisée, la loi de santé algérienne est restée silencieuse sur cette question. Néanmoins, une lecture attentive de l'article 24 de ladite loi permet d'avancer que le secret des informations médicales institué au profit du malade couvre également le secret de l'hospitalisation. Encore une fois, le législateur algérien, ayant opté dans la loi de santé n°18-11 pour une description détaillée des fonctionnements des structures de santé au détriment des droits des patients, devrait ne pas négliger de tels aspects et réaliser une réelle avancée en matière de consécration de ces droits largement couvert par son homologue français.

En conclusion, nous pouvons dire que la vie privée pendant le séjour hospitalier présente des facettes nombreuses et saisir ce qui en relève n'est pas toujours chose facile d'autant que son contenu est souvent contingent des impératifs du service public hospitalier.

2. Le secret professionnel, clé de voûte du droit à la protection de la vie privée du patient

La pratique hospitalière, en multipliant les intervenants autour du patient, a significativement étendu la portée du secret professionnel. Initialement formulé dans le serment d'Hippocrate[436], ce

[434] Il ne s'agit pas à proprement parler de secret professionnel qui ne lie que certains soignants mais plutôt d'un droit à la réserve et la confidentialité concernant des informations relatives à l'hospitalisation des malades.

[435] Conformément à l'article R 1112-45 du CSP.

[436] « *Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* », Serment d'Hippocrate, trad.

principe s'enracine, en Algérie, dans plusieurs textes. Erigé par l'article 36 du code de déontologie médicale[437], il est aussi énoncé par le code pénal algérien[438] et consacré par la nouvelle loi de santé[439]. Il importe de préciser d'emblée que l'intérêt de cette loi se situe également dans la définition du cadre du secret professionnel et dans la concrétisation juridique de la notion de secret partagé entre professionnels de santé.

En effet, l'une des caractéristiques spécifiques de cette loi trouve illustration dans la dualité terminologique qu'elle emploi pour définir le secret professionnel. Contrairement au code de déontologie médicale qui a retenu l'expression « secret professionnel », la nouvelle loi de santé a employée tantôt le terme « secret médical » et tantôt celui de secret professionnel[440]. Le choix de l'un ou de l'autre de ces termes n'est pas sans conséquence, et pose des problématiques qui outrepassent la simple accoutumance linguistique. En effet, analysant l'opportunité de l'emploi de ces deux terminologies, le professeur Bruno Py « *assimile l'emploi de l'expression secret médical à un double fourvoiement qui laisse premièrement entendre qu'il y aurait un secret spécifique des médecins »*[441], ce qui n'est pas le cas , dans la mesure où le code pénal algérien les cite, au même titre que les pharmaciens, les sages-femmes ou toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions permanentes ou temporaires, des secrets qu'on leur confie. De plus, « *cette expression permet d'imaginer qu'une information couverte par le secret médical serait accessible exclusivement aux médecins »*[442]. Or, ce n'est également pas le cas, car l'échange d'informations couvertes par la confidentialité est autorisé, dans l'intérêt du patient, entre différents professionnels de la santé tel que nous aurons à le démonter dans la suite de nos développements en abordant le secret professionnel partagé. En outre, le professeur Bruno Py ajoute que : «*l'expression*

---

d'É. Littré (1819-1861). Ou encore « *Les choses que, dans l'exercice ou même hors de l'exercice de mon art, je pourrai voir ou entendre sur l'existence des hommes et qui ne doivent pas être divulguées au-dehors, je les tairai, estimant que ces choses-là ont droit au secret des Mystères », Serment d'Hippocrate, trad. littérale de M. Riquet et E. des Places, d'après le texte grec édité par J. Petrequin, La chirurgie d'Hippocrate, Paris, 1878.*

[437] Cet article dispose que : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du malade et de la collectivité, s'impose à tout médecin et chirurgien dentiste sauf lorsque la loi en dispose autrement* ».

[438] L'article 301 du code pénal algérien précité stipule que : «*Les médecins, chirurgiens, pharmaciens, sages-femmes ou toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions permanentes ou temporaires, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, ont révélé ces secrets, sont punis d'un emprisonnement d'un (1) à six (6) mois et d'une amende de cinq cents (500) à cinq mille (5.000) DA ».*

[439] Conformément à l'article 24 de la loi de santé 18-11, précitée.

[440] Les articles 24 et 25 de la loi de santé18-11 précité, font référence à l'expression secret médical, tandis que l'article 169 emploi celle de secret professionnel.

[441] PY, Bruno, *Le secret professionnel*, l'Harmattan, 2005, p 17.

[442] Ibid.

secret médical conduit à envisager qu'il s'étend exclusivement aux informations de nature médicale»[443], alors que le code pénal algérien fait référence aux secrets dont le professionnel a eu connaissance au titre de l'exercice de ces fonctions sans mention limitative aux informations médicales.

Compte tenu de cette rédaction qui a consacré les deux expressions, nous pouvons conclure que la loi de santé algérienne a retenu une approche large du secret professionnel aussi bien dans son contenu que dans ses débiteurs, position assez proche de celle du législateur français consacrée en matière de respect de la vie privée sanitaire.

En effet, si la loi de santé algérienne n'innove pas réellement lorsqu'elle affirme que « *le secret couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance des professionnels de santé »,* elle a le mérite d'en fixer une définition large, identique à celle retenue par la législation et la jurisprudence françaises[444]. Elle élargit les secrets confiés à tout fait connu « dans l'exercice de la profession de soins » ou « à raison de son exercice » sans les limiter aux informations communiquées sous le sceau de la confidentialité. Ainsi, le secret professionnel se définit moins par la nature de son contenu que par les circonstances dans lesquelles ce dernier a été connu[445].

En outre, la loi de la santé algérienne procède à un élargissement remarquable des débiteurs de ce droit lorsqu'elle énonce que tout professionnel de la santé est tenu aussi bien au secret médical et ou au secret professionnel. Ceci comprend, par référence aux dispositions de l'article 165 de la même loi, toute personne exerçant et relevant d'une structure ou d'un établissement de santé qui, dans son activité professionnelle, fournit ou concourt à la prestation de santé ou contribue à sa réalisation. Sont également inclus les personnels relevant des services extérieurs assurant des missions techniques, d'enquêtes épidémiologiques, de contrôle et d'inspection. Ainsi, ce ne sont plus les seuls soignants qui sont débiteurs du secret mais tout professionnel en relation avec le patient susceptible d'avoir pris connaissance d'informations le concernant, notamment le personnel administratif. La loi de santé rejoint, donc, le code pénal qui a retenu une définition large de la violation du secret professionnel. Contrairement à la loi française, les dispositions du texte algérien ne font pas référence aux autres professionnels provenant d'autres secteurs d'activité qui peuvent être impliqués dans la prise en charge des malades en coopération avec les établissements de santé

[443] PY, Bruno, « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel», *RDS*, n° 50 Hors-série, 2013, p 165.

[444] L'article L 1110-4 du code de la santé publique consacre en effet le droit des usagers du système de santé au secret des informations les concernant. Voir aussi Cass. crim 19 décembre 1885 DP, 1886, I, p. 347; Cass crim. 22 décembre 1966, 66-92.897; B. Py, « *Secret professionnel* », art. cit., p. 306.

[445] Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

notamment ceux du secteur médico-social et des services de santé militaire.

La portée élargie du secret professionnel prend d'autant plus de relief que la nouvelle loi de santé algérienne clarifie utilement la question du partage d'informations entre les professionnels de santé. Devant la nécessité de mettre en commun des informations médicales pour assurer les soins de certains patients, la nouvelle loi a pris acte de la réalité des soins en équipe et a intégré l'idée d'un secret à dimension collective en consacrant l'obligation de partager les informations relatives au patient lorsque les professionnels de santé interviennent en équipe pour sa prise en charge. Assurément la formule législative utilisée dans l'article 169 ne laisse aucun doute sur l'intention du législateur algérien de considérer ce partage comme un principe obligatoire fondé sur la notion de l'intérêt du patient[446]. Cela marque une distinction notable avec la législation française, qui, bien qu'elle autorise ce partage, ne le rend pas obligatoire[447]. De plus, en France, le partage est encadré selon qu'il s'étend ou non à la même équipe de soins[448], une notion qui n'est pas définie en droit algérien. Au-delà de « l'intérêt du malade », la loi française considère que ce partage doit être destiné « à assurer la continuité des soins» ou à « déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ». Il est autorisé entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins sous réserve du consentement préalable du malade sachant qu'au sein de la même équipe soignante, ce consentement est réputé acquis[449]. L'article R. 1110-1 du code de la santé publique français est venu, ensuite, préciser que ces intervenants ne peuvent « […] échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge que dans la double limite : 1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ; 2° Du périmètre de leurs missions »[450]. En France, « *le législateur contemporain semble avoir perdu le sens de la concision et veut à tout prix préciser*

[446] Les termes de l'article 169 se lisent comme suit : « *Lorsque les professionnels interviennent en équipe pour la prise en charge du patient, les informations parvenues à l'un des membres de l'équipe, doivent être partagées par l'ensemble des membres dans l'intérêt médical du malade* ».

[447] Dans l'article L.1110-4, le législateur français utilise le verbe « pouvoir », indiquant ainsi que les soignants ont la discrétion de décider s'ils échangent ou non des informations. À l'opposé, l'article 169 du code algérien emploie le verbe « devoir », imposant ainsi une obligation aux soignants de partager les informations.

[448] L'article L.1110-12 définit la notion de l'équipe de soins comme étant un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui soit exercent dans le même établissement de santé, soit se sont vu reconnaître cette qualité par le patient ou exercent dans un ensemble présentant une organisation formalisée.

[449] Conformément à l'article L.1110-4, III du CSP.

[450] Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, JORF n°0169 du 22 juillet 2016.

chaque mécanisme jusqu'au détail, au risque d'y faire entrer le diable qui, on le sait, y élit volontiers domicile »[451].

En ce sens, la solution adoptée par le législateur algérien est certes loin d'être pragmatique car elle ne permet pas de définir clairement les situations dans lesquelles le partage du secret peut intervenir. De même, elle n'identifie pas précisément les personnes qui sont y tenues pouvant créer, ainsi, des incertitudes chez les magistrats algériens qui seront amenés à interpréter différemment la notion « d'intérêt du malade ». Pourtant, ce doute peut donner une marge d'appréciation réduite aux professionnels de la santé algériens qui auront tendance à apprécier les situations légitimes de partage de secret professionnel par défaut que par excès dans la mesure où sa divulgation constitue un délit pénal sévèrement puni[452]. A l'inverse, la solution adoptée par le législateur français est contesté par beaucoup d'auteurs[453] qui considèrent qu'elle permet un partage « *effréné* »[454] du secret professionnel car, assurément, « *cette cascade de candidats au partage conduit à s'interroger sur la possible préservation d'un secret médical "dilué" par l'expansion du champ de la santé : "l'effet buvard". On peut, en effet, craindre que l'hypertrophie du partage conduise à une atrophie du secret* »[455]. Pareillement, certaines pratiques, jugées aggravantes, sont dénoncées dans la mesure où « *le partage du secret ne justifie pas ces réunions hospitalières (…) et cette absence de souci du secret dans le monde hospitalier est toujours très anormale. Ce partage du secret ne justifie pas que les secrétariats hospitaliers délivrent des informations téléphoniques sans code de référence. Il ne justifie pas que les ordinateurs eux-mêmes aient des codes passe-partout allumés le matin et fermés le soir parce que, à chaque fois, vouloir le rallumer avec son code personnel embarrasse la routine hospitalière. Ce partage ne justifie pas le bavardage si indifférent au respect de l'intimité de la personne car, comme le dit l'adage socratique, "il y a plus de peine à garder un secret qu'à tenir un charbon ardent dans sa bouche"* »[456]. Ainsi, apparait nettement la différence entre les deux législateurs en matière de partage du secret professionnel sans pour autant traduire des démarches

[451] VIALLA, François, « Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », *Revue générale de droit médical,* n°82, 2022, p 75.

[452] En vertu de l'article 301 du code pénal algérien précité.

[453] Didier Tabuteau précise à ce sujet d'ailleurs que les médecins et les soignants hospitaliers ne s'y trompent guère et qu'il ne connait pas de médecin, d'infirmière ou d'administrateur hospitalier qui se fasse soigner dans leur propre hôpital, TABUTEAU, Didier, « Le secret médical et l'évolution du système de santé », *Recueil Dalloz*, 2009, 39, p. 2629. Voir également à ce sujet Sicard, Didier, « Quelles limites au secret médical partagé ? », *Recueil Dalloz*, 2009, 39, p. 2634.

[454] Expression utilisée par VIALLA, François dans « Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », précité.

[455] VIALLA, François, « Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », précité.

[456] SICARD, Didier, « Quelles limites au secret médical partagé ? », *Recueil Dalloz*, précité.

complètement divergentes.

Par ailleurs, la loi de santé algérienne n'innove pas en matière de dérogations au principe du secret professionnel puisqu'elle ne fait que s'inscrire dans la mouvance des courants législatifs et jurisprudentiels dominants[457]. Ces dérogations, se présentent sous des formes diverses dans la législation algérienne tantôt sous forme de devoir, tantôt sous forme de pouvoir de divulgation qui concernent divers domaines en rapport avec les relations qu'entretient le débiteur du secret professionnel avec les autorités administratives ou judiciaires ainsi que la famille du patient. Toutefois, leur rappel par la loi de santé est particulièrement utile en pratique car il représente ici l'intérêt de fixer le principe et ses exceptions, tout en mettant en relief le respect de la volonté du patient, qui, seul, peut déplacer les frontières de ce qui doit rester dans le domaine privé et de ce qui peut tomber dans le domaine public[458].

Enfin, il est essentiel de noter que la nouvelle loi de santé constitue le seul texte algérien qui établit un lien direct entre le droit au respect de la vie privée et la confidentialité des informations médicales[459]. Cette loi ne se limite pas à réaffirmer le secret professionnel, elle en élargit la portée pour inclure toutes les informations personnelles du patient. Ainsi, au-delà des données médicales, il couvre des informations relatives notamment à l'état civil, l'adresse et la situation familiale, reflétant la complexité et l'amplitude de la notion de vie privée dans le contexte de soins. Plus qu'un fondement de l'intérêt général, essentiel pour l'ordre social et le bon fonctionnement de la société, le secret professionnel intègre désormais l'intérêt individuel, notamment à travers la protection de la vie privée. Les défis pratiques liés au respect de ce secret illustrent les nombreux problématiques et potentiels conflits entre les intérêts des patients et les exigences de la pratique médicale.

---

[457] Par rapport aux : 1.Autorités publiques concernant les déclarations pour des raisons de santé publique, notamment les déclarations de naissance, de décès et des maladies contagieuses. 2. Dans le cadre d'une information ou d'une poursuite judiciaire. 3. Dans certaines situations particulières comme le mauvais traitement ou les atteintes sexuelles infligées à des personnes vulnérables. 4. Concernant la famille du patient, de son vivant et après son consentement pour lui apporter un soutien direct.

[458] Conformément à l'article25 de la loi de santé18-11 précitée qui dispose que : *« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, les membres de la famille de la personne malade peuvent recevoir les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien à celle-ci, sauf opposition de sa part. Sauf volonté contraire exprimée par la personne de son vivant, le secret médical ne représente pas un empêchement à l'information de la famille d'une personne décédée, si toutefois celle-ci leur est nécessaire pour connaître les causes du décès afin de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir ses droits* ».

[459] Les termes de l'article 24 de la loi de santé 18-11, précitée se lisent comme suit: « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée ainsi qu'au secret des informations médicales la concernant, exception faite des cas prévus expressément par la loi. Le secret médical couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance des professionnels de santé. Le secret médical, peut être levé par la juridiction compétente. Il peut être également levé pour les mineurs et les incapables à la demande du conjoint, du père, de la mère ou du représentant légal ».*

B. Le respect de la liberté du culte au prisme de l'hospitalisation

Certaines personnes assignent à la religion une sphère soigneusement délimitée à l'espace personnel, lieu d'épanouissement de la vie privée. Pourtant, la place du religieux ne peut pas être cantonnée à cette dimension et chaque personne est libre d'exprimer sa religion et de la pratiquer dans le respect de l'ordre public. Ceci implique, notamment pour l'État, l'obligation de rendre possible et de protéger cet exercice pour toutes les religions et toutes les croyances. Les conséquences de cette liberté sur la vie sociale nécessitent des adaptations du droit commun et l'adoption de réglementations spécifiques. En ce sens, il est opportun de s'interroger sur la protection juridique qu'offre l'Etat algérien aux différents cultes **(1)** et sa mise en œuvre dans les hôpitaux, dans la mesure où ils sont des lieux propices à l'expression du religieux **(2).**

1. La liberté du culte dans le droit algérien : une liberté affirmée

L'Algérie, pays musulman de confession sunnite de rite malékite, reconnaît l'islam comme religion officielle dans l'article 2 de sa loi fondamentale[460]. Ce principe constitutionnel, tout en interdisant aux institutions de l'État de se livrer à des comportements contraires à la moralité islamique, ne limite pas les droits des autres confessions, mais protège plutôt la liberté de religion. En effet, la liberté de croyance et d'opinion est profondément ancrée dans le droit algérien et a été garantie par toutes les constitutions du pays depuis son indépendance, la consacrant comme un droit inviolable[461].

Sans procéder à une analyse exhaustive des textes législatifs et réglementaires qui garantissent les droits et libertés fondamentales des non-musulmans en Algérie, il est essentiel d'en examiner les principales dispositions. Ces dernières démontrent que, du moins en théorie, les protections accordées aux non-musulmans, individuellement ou collectivement, ne sont pas inférieures à celles dont bénéficient les musulmans. En effet, très tôt après l'indépendance, plusieurs lois et règlements sont venus renforcer le principe du libre culte en Algérie et ont permis aux non-musulmans de pratiquer librement leur religion dans la limite du respect de l'ordre public, de la moralité et des droits et libertés fondamentales d'autrui.

Ainsi, le non-musulman jouit de la pleine liberté personnelle, sa vie et ses biens sont

[460] L'Algérie n'est pas le seul Etat confessionnel. Plusieurs grands pays ont une religion officielle dont la Norvège.

[461] La constitution de 1963 énonce expressément, dans son article 4, que « *la République garantit à chacun le respect de ses opinions et de ses croyances, et le libre exercice des cultes* ». La constitution de 1976 se limite à reconnaître dans son article 53 l'inviolabilité de la liberté de conscience et d'opinion. La constitution de 1989, même après les révisions de 1996, 2002, 2008 et 2016 adopte une position similaire en confirmant dans son article 36 l'inviolabilité des libertés de conscience et d'opinion. La révision constitutionnelle de 2020 maintient la même position et stipule en son article 51 que : «*La liberté d'opinion est inviolable. La liberté d'exercice des cultes est garantie, elle s'exerce dans le respect de la loi. L'Etat assure la protection des lieux de cultes de toute influence politique ou idéologique ».*

inviolables au même titre que ceux des musulmans. Il a le droit d'aller et de venir avec toutes les garanties et les protections nécessaires[462].Le non-musulman a également le droit de choisir ses représentants et de participer à l'élection du chef de l'État mais ne peut pas postuler à la magistrature suprême[463].La loi algérienne autorise l'exercice de ministres des cultes non-musulmans nommément désignés par l'autorité religieuse de leur confession compétente en territoire algérien[464]. Elle reconnait également aux associations des communautés religieuses d'Algérie le droit à la propriété avec exonération des droits et des taxes[465]. Le législateur algérien entoure la sépulture et la ritualisation des funérailles des non-musulmans d'une protection particulière à la hauteur de l'importance attachée par toutes les religions à ces rituels considérés comme des valeurs essentielles de l'humanité[466]. Effectivement, la loi relative aux sépultures[467] règlemente les cérémonies funéraires des différents cultes et régule les lieux d'inhumation dans les villes et les villages où l'on professe plusieurs religions particulièrement dans le cas où il n'y aurait qu'un seul cimetière. Ce dernier devra être partagé en autant de parties qu'il y a de cultes en proportion aux nombre d'habitants avec une entrée particulière pour chacune d'elle. Lorsque le ministre des cultes, sous quelque prétexte que ce soit, se permettra de refuser son ministère pour l'inhumation d'un corps, l'autorité locale représentée par le président de l'assemblée populaire territorialement compétente commettra, au besoin, un autre ministre du même culte pour remplir ces fonctions[468].

---

[462] Conformément aux dispositions des articles 35 et 37 de la nouvelle Constitution algérienne qui disposent respectivement que : *« Les droits fondamentaux et les libertés sont garantis par l'Etat»* et que *: «Les citoyens sont égaux devant la loi et ont droit à une égale protection de celle-ci, sans que puisse prévaloir aucune discrimination pour cause de naissance, de race, de sexe, d'opinion ou de toute autre condition ou circonstance personnelle ou sociale* », Décret présidentiel n° 20-442 du 30 décembre 2020 relatif à la promulgation au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire de la révision constitutionnelle, adoptée par référendum du 1er novembre 2020, précité.

[463] Article 87 de la révision constitutionnelle de 2020, précitée.

[464] Conformément au décret n°69-204 du 6 Décembre 1969 fixant le régime de rémunération des ministres des cultes non-musulmans, JORA n°8 du 12/18/1969.

[465] En vertu des dispositions de l'ordonnance n° 76-54 du 10 Juin 1976 portant exonération des droits et taxes sur les actes et déclaration ayant pour objet l'incorporation dans le patrimoine de l'association diocésaine d'Algérie et de l'association des communautés religieuses d'Algérie nouvellement créées, des biens meublés et immeubles qui leur sont dévolus, à titre d'apports, par d'autres associations diocésaines déjà existantes, en voie de dissolution, JORA n° 48 du Mardi 15/6/1976.

[466] « *On juge une société à la façon dont elle enterre ses morts* », KOUMBEM, Elie, *Les rites funéraires de l'évangile: étude anthropologique et théologique des rites funéraires Zamse du Burkina-Faso,* Thèse, théologie, Université, Aix-en-Provence, 2002, p 198.

[467] Il s'agit de l'ordonnance n° 75-79 du 15 Décembre 1975 relative aux sépultures, JORA n°103 du 26/12/1975.

[468] Conformément à l'article 21 de l'ordonnance n° 75-79, précitée.

Pareillement, la loi relative à l'état civil[469]autorise les parents appartenant à une confession non-musulmane à choisir pour leurs enfants des prénoms de consonance non algérienne. Pourtant, la loi sur la famille maintient des empêchements au mariage et à la succession en raison de la disparité de culte. Aussi, le mariage d'une musulmane à un non-musulman est prohibé. En cas de divorce, le titulaire du droit de garde des enfants doit s'engager à assurer leur éducation suivant les percepts de la religion musulmane. De même, le titulaire du droit testamentaire ou le titulaire de recueil doivent être de confession musulmane. Le testament est valable entre personnes de religions différentes, alors que sont exclues de la vocation héréditaire les personnes frappées d'anathème et les apostats[470].

Le principe de la liberté religieuse s'impose également, en Algérie, à l'administration pénitentiaire débitrice d'obligations particulières à l'égard des détenus qui doivent être traités sans distinction de religion ou d'opinion[471]. Aussi, le détenu est en droit d'accomplir ses obligations religieuses et de recevoir la visite d'un homme représentant son culte[472] dans le respect des contraintes et nécessités inhérentes à la sécurité de ce lieu privatif de liberté et aux règles de son bon fonctionnement.

Face aux campagnes de presse de 2004 et 2008 qui ont alimenté des débats de société très polémiques au sujet de la liberté de culte et de conscience et celle de la conversion[473], le législateur algérien a pris la mesure de la nécessité de prendre en charge cette question et de lui fournir un cadre juridique spécifique. Il faut rappeler que l'Algérie, à l'instar des pays du Maghreb, de

[469] En vertu de l'article 64 de l'ordonnance n° 70-20 du 19 Février 1970 relative à l'État civil modifié et complété par la loi n° 14-08 du 9 aout 2014, JORA n° 49 du 20/8/2014.

[470] Conformément aux dispositions respectives des articles 31, 62, 93, 118, 200 et 138 de la loi n°84-11 du 9 Juin 1984 portant code de la famille complété et modifié, JORA n° 23 du 12/6/1984.

[471] L'article 2 de la loi n° 05-04 du 6 février 2005 portant code de l'organisation pénitentiaire et de la réinsertion sociale des détenus dispose que : «*Les détenus sont traités de manière à préserver leur dignité humaine et assurer l'élévation, de manière constante, de leur niveau intellectuel et moral sans distinction de race, de sexe, de langue, de religion ou d'opinion»*, JORA n° 12 du 13/2/2005.

[472] Conformément aux dispositions de l'article 66 de Loi n° 05-04 portant code de l'organisation pénitentiaire et de la réinsertion sociale des détenus, précitée.

[473] La célèbre historienne Karima Dirèche rapporte dans ses travaux de recherche que : « *Le phénomène de conversion, quasi-invisible dans les années 1990 en Algérie, a occupé le débat public lors d'une campagne de presse orageuse en 2004. Ce débat intensifiait l'ampleur du phénomène et l'efficacité du prosélytisme protestant notamment en Kabylie, région berbère du nord de l'Algérie. Les chiffres avancés selon lesquels 30 % de la population de la région de Tizi-Ouzou aurait été évangélisée ont provoqué, au cours de l'été 2004, une polémique médiatique sans précédent et des réactions tranchées de la part de certains partis politiques. Ces conversions ont d'abord été évoquées par un universitaire algérien au cours d'un colloque organisé à l'Université des sciences islamiques de Constantine où des chiffres, dont on ne connaît pas la source, ont été avancés : à savoir qu'il existait 15 églises chrétiennes à Tizi-Ouzou et que près de 31 % des habitants de la wilaya (qui en compte plus d'un million) fréquentaient les églises et participaient au culte. On rajoute également que 74 % de ceux qui fréquentent les offices ne le font que pour accéder à des aides financières* », DIRECHE, Karima, «Évangélisation en Algérie : débats sur la liberté de culte *», L'Année du Maghreb*, V, 2009, p 275.

l'Afrique subsaharienne et de l'Amérique du sud, a été touchée par la grande vague néo-évangélique qui a envahi plusieurs de ces régions[474]. Bien que la Kabylie ait suscité, dans un premier temps, des tensions et des réactions, les regards se sont également tournés vers d'autres micro-chrétientés émergentes sur l'ensemble du territoire algérien, soulevant ainsi la question de la multiplication des lieux de culte. C'est dans ce contexte particulier qu'a été promulguée, en 2006, la loi fixant les conditions et règles d'exercice des cultes autres que musulmans[475]. Ce texte, révélateur de la volonté de l'État algérien de prendre en charge la question de la liberté de conscience, réglemente, de façon très stricte, les cultes en leur imposant de s'organiser en associations religieuses soumises à l'agrément de l'État et en renforçant les enseignes de visibilité et de transparence des églises. Par ailleurs, des dispositions pénales sont prises dans ce texte à l'encontre d'attitudes prosélytes observées notamment dans des établissements de santé[476].

Au-delà de sa dimension répressive, cette loi a le mérite d'engager pour la première fois, au sein de la société algérienne et d'une manière aussi pragmatique, la réflexion sur la liberté de conscience et de culte. Elle reflète également le positionnement politique et idéologique de l'État algérien sur cette question qui soulève encore des interrogations fondamentales sur la protection constitutionnelle de la liberté du culte notamment à la lumière des engagements internationaux de l'Algérie en la matière[477]. La loi de 2006, fondée sur un texte constitutionnel qui se prête déjà à des interprétations ambigües, est considérée comme un frein à la pratique religieuse non-musulmane, désormais, circonscrite à son expression collective[478].

---

[474] Sébastien Fath précise que : « *l'univers chrétien évangélique est extrêmement hétérogène dans les pratiques et dans les interprétations dogmatiques. La polysémie du terme évangélique désigne des mouvements aussi divers que les Quakers, les pentecôtistes, les méthodistes, les adventistes, les anabaptistes ou des groupes plus radicaux comme les Mormons (« Saints des derniers jours ») ou les Témoins de Jéhovah* », FATH, Sébastien, *Le protestantisme évangélique, un christianisme de conversion. Entre rupture et filiation*, Éditions Brépols, 2004, 380 p.

[475] Il s'agit de l'ordonnance n° 06-03 du 28 février 2006 fixant les conditions et règles d'exercice des cultes autres que musulmans, JORA n°12 du 1/3/2006.

[476] L'article 11 de l'Ordonnance n°06-03 fixant les conditions et règles d'exercice des cultes autres que musulmans précitée dispose que : «*Sans préjudice des peines plus graves, est puni d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans et d'une amende de 500.000 DA à 1.000.000 DA quiconque : 1 - incite, contraint ou utilise des moyens de séduction tendant à convertir un musulman à une autre religion, ou en utilisant à cette fin des établissements d'enseignement, d'éducation, de santé, à caractère social ou culturel, ou institutions de formation, ou tout autre établissement, ou tout moyen financier, 2 - fabrique, entrepose, ou distribue des documents imprimés ou métrages audiovisuels ou par tout autre support ou moyen qui visent à ébranler la foi d'un musulman ».*

[477] L'Algérie est signataire du Protocole des Nations Unies relatif aux droits civils et politiques, de la Charte africaine des droits de l'Homme, et de la Charte arabe des droits de l'Homme.

[478] Plusieurs auteurs estiment que la loi 06-03 précitée représente une violation de la Constitution et des obligations internationales de l'Algérie visant à faire respecter la liberté de culte. Voir MOUKHTARI, Mourad, «De la liberté religieuse en droit algérien », *Revue des études académiques*, vol 2, n°1, 2015, pp 1-15. TAHROUR, Faycel, «Protection du droit à l'exercice des rites religieux entre le droit international et la législation algérienne», *Revue Alwahat des recherches et des études*, vol 9, n°2, 2015, pp 290-311, (article en Arabe).

Il importe en effet de s'interroger sur l'absence de dispositif juridique spécifique à l'expression individuelle de la liberté du culte particulièrement en milieu clos pour des personnes ne disposant pas de possibilités de déplacement afin d'exercer les pratiques liées à leur religion dont principalement les patients séjournant dans les établissements de santé.

2. La liberté du culte à l'hôpital : un encadrement au nom de la neutralité

Principe s'imposant à l'administration et aux services publics et figurant à l'article 26 de la Constitution[479], la neutralité implique la non-discrimination en raison de la race, des convictions idéologiques, politiques ou religieuses. En effet, ce principe qui est considéré comme un frein à une politisation excessive des activités de l'administration et du service public, devrait également être un moyen de rendre compte d'un principe d'indifférence de ces derniers à l'égard de toute question de nature religieuse. S'imposant sous une double forme, ce principe engage dans un premier temps un devoir d'indifférence vis-à-vis des opinions et croyances relevant d'«*une mise à distance, par la puissance publique, des courants de pensée philosophique, morale ou religieuse, dans le but de parer à tout soupçon d'embrigadement ou de manipulation des citoyens ou administrés, usagers des services publics concernés* »[480].Il s'aligne de ce fait sur les principes d'égalité et de non-discrimination précédemment développés. La seconde forme du principe de neutralité est celle d'un devoir d'action des pouvoirs publics, en vue de garantir le respect de certaines libertés fondamentales et de faciliter les conditions de leur exercice. Il s'agit « *d'une neutralité active qui contribue à la pacification sociale en signalant les devoirs de l'État ou des collectivités locales face aux droits des individus, des citoyens, des clients, des usagers des services publics* »[481]. Cette dernière ne s'identifie pas à une neutralité d'abstention mais plutôt à une neutralité de respect qui impose aux services publics de veiller, dans leurs relations avec les usagers, à ce que tous puissent exprimer leurs convictions religieuses, philosophiques, spirituelles et politiques.

Aujourd'hui, ce principe s'entend en Algérie pour toute activité de service public et le degré de la rigueur de son application varie selon les espaces juridiques donnant lieu à une jurisprudence nuancée d'un domaine à l'autre[482]. Les établissements publics de santé relèvent en tant

---

[479] La révision constitutionnelle de 2020 précitée prévoit ce principe en disposant que : « *L'administration agit avec le public en toute neutralité dans le respect de la légalité et avec célérité* ».

[480] DUMONT, Gilles, GILLES, J. Guglielmi, KOUBI, Geneviève. *Droit du service public*, Montchrestien, coll. Thémis, 2e éd, 2007, p 55.

[481] KOUBI, Geneviève, « Le principe de neutralité des services publics: un principe corollaire à la modernisation de l'État ?», *La revue administrative*, 1992, p. 494.

[482] BOUGERRA, Ismail, « Les garanties de l'application du principe de la neutralité des services publics *», Revue de droit et des sciences politiques,* vol 7, n°1, 2020, pp 10-21, (article en Arabe).

qu'administration de la sphère publique, et en tant que service publics des espaces ouverts aux citoyens. Aussi, le principe de neutralité peut s'appliquer à ces structures en tant que fondement juridique à la liberté du culte notamment en l'absence d'un dispositif juridique spécifique en Algérie. Il faut rappeler, en ce sens, que le professeur Jean-François Lachaume, énonce que « *le premier aspect de la neutralité du service public consiste à ne faire aucune discrimination entre les usagers des services publics en fonction de leur opinions, politiques, religieuses, philosophiques ou de leur race et la neutralité ainsi conçue comme une neutralité indifférente (...) ou comme une neutralité par la non-discrimination selon les opinions (...), et il est évident que cette neutralité ne possède guerre d'autonomie par rapport au principe d'égalité puisqu'elle tend à en assurer le respect»*[483]. Cette affirmation trouve une résonance dans les dispositions de la nouvelle loi de santé qui interdit que le malade puisse « *faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins en raison, notamment de son origine, de sa religion, de son âge, de son sexe, de sa situation sociale et familiale, de son état de santé ou de son handicap* »[484]. La liberté de culte s'inscrit, donc, dans le prolongement des principes de neutralité et d'égalité et de non-discrimination prônés dans le service public de la santé.

Le législateur français, a aussi inscrit le principe de neutralité dans le code de la santé publique[485], qui s'impose à tous les hôpitaux soumis également en tant que démembrement de la République au principe de laïcité[486].Toutefois, les dispositions qui ont permis d'affirmer le principe de laïcité dans ces structures ne l'ont pas pour autant expliciter en détail. Afin de clarifier tous les aspects qui y sont corrélés, les autorités sanitaires en France ont édicté une circulaire permettant de déterminer les domaines d'application de la laïcité à l'hôpital[487]. Ainsi, un patient hospitalisé est autorisé à suivre les préceptes de sa religion en ce qui concerne le recueillement, la présence d'un ministre du culte de sa religion, la nourriture et la liberté d'expression. De même, en matière mortuaire, les familles des malades en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix. Leurs proches sont admis à rester auprès d'eux et à les assister dans leurs derniers instants. Par ailleurs, la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire DGS/DH n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients

[483] LACHAUME, Jean-François, BOITEAU, Claudie, PAULIAT, Hélène, *Grands services publics*, Editions Dalloz - Sirey, 2e éd, 2000, p 324. Voir aussi à ce sujet VALETTE, Jean-Paul. « Chapitre 1. Les principes communs aux services publics », dans, *Droit des services publics,* Ellipses, 2020, pp. 149-172.

[484] Conformément à l'article 21 de la loi de santé 18-11 précitée.

[485] Conformément à l'article L6112-1 du CSP, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (art. 99) et par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (art. 1).

[486] Conformément aux articles L 3211-3 et R 1112-46 du CSP.

[487] Circulaire N°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé(France).

hospitalisés tout en affirmant la liberté d'action et d'expression des patients dans le domaine religieux, a rappelé que :« *Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel* ».

Dans le contexte algérien, des initiatives similaires peuvent être observées notamment en matière d'instauration d'une charte du malade. En effet, la circulaire n°004 du 03 Août 1994[488] a mis l'accent sur l'importance pour chaque établissement de santé d'éditer une charte du malade, définissant les droits et devoirs des patients, tout en instaurant l'obligation de sensibiliser le personnel soignant au respect des citoyens malades et des visiteurs. Cependant, il est important de noter que cette circulaire ne fait pas référence spécifiquement au fait religieux et n'inclut pas explicitement les droits liés à la liberté du culte. De plus, ce texte n'a pas défini une version officielle et unifiée de cette charte, laissant ainsi une certaine liberté aux différentes institutions de santé pour son élaboration[489]. Cette approche qui n'a pas favorisé une démarche commune pour l'établissement d'un instrument aussi important que la charte du malade hospitalisé, ne peut certainement pas découler sur un encadrement du droit à la liberté du culte et la prise en compte des besoins religieux des patients car il est peu probable de voir émerger des initiatives personnelles, émanant des gestionnaires des structures de santé algériennes, permettant d'aborder un thème aussi sensible que le fait religieux. Il aurait été préférable d'adopter une approche plus cohérente et coordonnée qui aurait permis d'unifier les concepts, les expressions et le langage normatif entre tous les établissements de santé afin de garantir la liberté du culte dans les établissements de santé.

Comparer la démarche adoptée par les autorités sanitaires des deux pays reviendrait à ouvrir le débat sur la pertinence des mesures prises par un état confessionnel et un état laïc pour préserver la diversité des opinions religieuses et spirituelles. Aussi nous nous limiterons aux aspects utiles pour notre recherche à savoir essayer de trouver dans les solutions mises en place par le législateur français des outils que pourrait adopter le législateur algérien dans le domaine du libre exercice du culte dans les établissements de santé où il n'existe pas de normes spécifiques applicables en la matière. En ce sens, la nouvelle loi de santé algérienne aurait dû adopter des dispositions claires permettant de clarifier l'exercice de ce droit en déterminant les pratiques religieuses autorisées aux non-musulmans dans les structures sanitaires. Pourtant, il est peu probable de voir le législateur algérien suivre la logique juridique française dans sa gestion du fait religieux et de voir un texte

[488] La circulaire n°004/MSP/CAB du 03 Aout 1994 relative à la réhabilitation du service public dans les établissements de santé, qui s'inscrit dans le cadre de directives gouvernementales énoncées par l'instruction des services du chef du gouvernement algérien n°302 du 24 Mars 1994.

[489] Les termes de la circulaire n°004/MSP/CAB précitée peuvent se lire comme suit : «*(…) Les initiatives personnelles qui seront prises dans ce sens sont évidement à encourager et seront bien entendu accueillies favorablement (…)».*

similaire intégrer la structure juridique du système de santé algérien notamment dans un contexte marqué par la recrudescence de l'islamisme politique. La difficulté pour surmonter les situations qui rendent la liberté d'exercice des autres cultes non-musulmans d'application limitée serait, donc, aussi bien celle de la mise en place des normes juridiques mais surtout de celle de les faire respecter tant par les autorités publiques que par le citoyen algérien.

§ 2.Séjour et droit à la sécurité

Le choix des termes et des indicateurs utilisés pour analyser la sécurité des patients reflète la difficulté à caractériser les risques dans le domaine de la santé. L'existence de questions récurrentes sur la distinction entre la sécurité des patients et la sécurité de soins en témoigne. En effet, le risque se présente à l'hôpital de façon polymorphe, à la mesure de la richesse des situations qu'on y rencontre. Pouvant être à la fois une entreprise où se déroule différentes fonctions hôtelières (blanchisserie, cuisine, services logistiques et techniques), un établissement ouvert au public, un immeuble de grande hauteur, un lieu ouvert sur la ville et une structure où une multiplicité d'acteurs entre en jeu, l'établissement de santé est générateur de risques sur divers champs qui conditionnent le séjour hospitalier **(A).** Ainsi, la mise en place d'une gestion des risques généraux dans l'établissement de santé représente un enjeu fondamental qui doit être correctement encadré par le droit **(B).**

A. Risques cachés à l'hôpital, source de l'alourdissement du régime de responsabilité

Un établissement de santé est à la fois un lieu de soins, de vie et de visite, où convergent des facteurs de risques élevés et variés affectant patients, visiteurs, et personnel soignant. Souvent, la perception de ces risques reste limitée, se concentrant principalement sur ces infections contractées à l'hôpital, difficiles à guérir car résistantes aux antibiotiques courants. Or, bien souvent les malades et les médias font état de situations extrêmes et de crises qui rappellent que l'hôpital n'est pas un lieu sans risque **(1)**. La responsabilité essentiellement pénale de son gestionnaire s'en trouve, par conséquent, significativement alourdit **(2).**

1. Typologie du risque hospitalier

Définir le risque est une tâche complexe. Sa large utilisation en fait souvent un concept abstrait et dépourvu de sens spécifique hors d'un contexte donné. En réalité, Il existe un certain flou conceptuel autour de la notion du risque et son champ sémantique est large[490]. Protéiforme, ce dernier peut se référer tout aussi bien à un événement mineur individuel ou collectif, un accident ou

[490] HUSSON, Julien, *Gérer les risques à l'hôpital. De l'inquiétude des acteurs à la méthode*, Thèse, sciences de gestion, Université Jean Moulin - Lyon 3, 2005.

un incident, un dommage ou sa cause ou encore un phénomène prévisible ou imprévisible. Face à cette diversité d'acceptions, l'Organisation mondiale de la Santé, dans son rapport sur la santé mondiale de 2002, a adopté une définition plus précise, identifiant le risque pour la santé comme « *la probabilité d'une issue sanitaire défavorable ou un facteur qui augmente cette probabilité »*[491]. Ainsi, dans une première approximation, le risque peut être défini comme l'apparition plus ou moins prévisible d'un événement non souhaité dont les conséquences sont mesurables en termes de gravité. En effet, s'il est vrai que la notion de risque est difficile à définir, les conséquences de sa «non-gestion» sont quant à elles aisément identifiables et mesurables. Néanmoins, toute classification précise de ces conséquences reste imparfaite dans la mesure où ils sont la résultante d'un enchainement de différentes tâches [492] car « *aucune activité humaine n'est confronté comme l'activité médicale à un problème dynamique comportant autant d'aspect de complexité* »[493].

Il faut rappeler dans ce cadre que « *les cartographies des risques hospitaliers sont nombreuses au sein de la littérature. Pourtant, celle dégagée au mois d'octobre 1996 au cours du 64ème congrès de l'Union Hospitalière du Nord-Ouest semble être, au sens de plusieurs chercheurs, la plus complète et la plus développée»*[494]. Elle regroupe les risques hospitaliers en quatre grandes catégories. Si les deux premières, à savoir le risque social et le risque de gestion, ne sont pas concernés par notre recherche, la troisième catégorie, liée à l'activité de soins, sera abordée dans le chapitre consacré à l'échec thérapeutique et à l'accident médical. Ainsi, et à des fins d'analyse et de méthodologie, nous nous limiterons dans ce paragraphe à examiner uniquement la dernière catégorie de risques, relevant de l'organisation et du fonctionnement général des établissements de santé, communément dénommés risques techniques.

En ce sens, il faut souligner que ces établissements concentrent un vaste faisceau de risques inhérents à la vie hospitalière. Ainsi, les dommages aux biens sont nombreux et peuvent entraîner des préjudices aussi bien pour les patients que pour le personnel hospitalier. Les risques d'incendie et électriques, informatiques et téléphoniques prennent une ampleur croissante en raison de l'utilisation de ces technologies dans les établissements de santé. Les actes malveillants, les pannes ou les intoxications alimentaires sont des incidents qui ne sont pas propres à l'hôpital mais

[491] OMS, *Rapport sur la santé dans le monde* 2002, chapitre 2, p 21 sur https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_fr.pdf, consulté le 11/5/2023.

[492] A titre d'exemple, le succès d'une intervention chirurgicale, sans risques, repose sur plusieurs facteurs, tels que la consultation pré-anesthésique, la disponibilité des fluides médicaux, la stérilisation du bloc opératoire et la sécurité électrique, entre autres. Ces différentes composantes nécessitent la collaboration de nombreux intervenants et interfaces, chacun représentant une source potentielle de risque.

[493] REACH, Gérard, « La médecine, un art de la complexité », *Hegel*, vol. 4, n° 4, 2018, p 266.

[494] HUSSON, Julien, *Gérer les risques à l'hôpital De l'inquiétude des acteurs à la méthode,* Thèse, sciences de gestion, Université Jean Moulin - Lyon 3, 2005.

concernent toutes les organisations. Pourtant ils seront très mal acceptés lorsqu'ils se produisent dans une institution hospitalière alimentant la polémique autour de la perception de la sécurité des patients.

Il n'est pas possible dans le cadre de notre recherche de traiter tous les risques techniques auxquels est exposé le malade pendant son hospitalisation, aussi nos développements ultérieurs se limiteront aux plus importants d'entre eux, ayant émaillé l'histoire récente des établissements de santé de scandales ou dont l'occurrence a amené les autorités sanitaires à les encadrer à travers la mise en œuvre de politiques de gestion de risques.

2. Le risque, une pénalisation de l'acte de gestion

Outre la responsabilité civile des gestionnaires d'établissements de santé, que nous détaillerons ultérieurement, il est important de noter que le développement de la culture du risque dans le secteur sanitaire en Algérie s'est effectué concomitamment à l'évolution de la législation pénale qui a renforcé le régime de responsabilité des gestionnaires en la matière. Assurément, cette évolution facilite désormais la mise en cause de la responsabilité des directeurs des établissements de santé et fait du juge pénal le nouvel arbitre des conflits en matière de sécurité des patients.

Le code pénal algérien a introduit en 2020 de nouvelles infractions[495], qui permettent de sanctionner des comportements exposant à un risque y compris de la part des personnes morales de droit public[496]. Ainsi, le juge pénal peut sanctionner la mise en danger d'autrui même en l'absence de dommage alors qu'il n'existe aucun manquement grave. Le code pénal algérien indique que les délits peuvent résulter de la violation délibérée à une obligation de prudence ou de sécurité édictée par la loi ou le règlement.

En réalité, l'obligation d'agir avec diligence n'est pas nouvelle dans la loi algérienne et plusieurs fois, les gestionnaires des établissements de santé ont été mis en cause pour le non-respect de la réglementation en matière de sécurité des patients. Certains récits d'ailleurs permettent de rappeler cette vérité. Ainsi, l'incendie survenu le mardi 24 septembre 2019 à l'unité de néonatologie de l'hôpital d'El oued situé au sud du pays qui avait provoqué la mort de huit nouveaux nés et blessé onze autres, est encore présente dans les mémoires[497]. L'indignation était si grande que le

[495] En vertu de la loi n° 20-06 du 28 avril 2020 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal, JORA n°25 du 29/4/2020.

[496] Le législateur algérien a adopté en novembre 2004 deux lois dont l'importance est capitale pour consacrer expressément la responsabilité pénale de la personne morale. La première est la loi n°04-14 du 10 novembre 2004 qui a modifié et complété le code de procédure pénale en ajoutant un chapitre concernant la poursuite de la personne morale, JORA n°71 du 10/11/2004. Et la seconde est la loi n°04-15 du 10 novembre 2004 qui a modifié et complété le code pénal en adoptant dans l'article 51 bis un principe général de la responsabilité pénale des personnes morales, JORA n°71 du 10/11/2004.

[497] Les services de la protection civile ont fait état, le 24 septembre 2019 vers 3h52, de la mort de 8 nourrissons, entre

chef de l'Etat avait demandé au ministre de la Santé de veiller à ce que « *toute la lumière* » soit faite sur cet incendie[498]. Le parquet d'El oued, après avoir ouvert une information judiciaire contre les infirmières chargée de la surveillance de la salle, le surveillant de garde et le directeur de l'établissement, démis de ses fonctions à l'occasion de cet accident, a ordonné la mise en détention provisoire de plusieurs personnes[499]. Pourtant seul le directeur sera condamné à deux années de prison ferme pour homicide involontaire[500]. Pareillement au mois d'octobre 2003, une coupure d'électricité survenue au centre hospitalo-universitaire d'Oran a coûté la vie à quatre malades se trouvant en réanimation. Pour une raison qui est restée indéterminée le groupe électrogène de sécurité n'a pas fonctionné. La responsabilité pénale du directeur a quand même été engagée, aboutissant à une condamnation[501].Il faut préciser dans ce cadre que le risque pénal constitue, le quotidien de la gestion hospitalière en Algérie. En effet, bien que la responsabilité des directeurs soit une des dimensions principales de leur fonction, la pénalisation de l'acte de gestion constitue, dans ce pays, un phénomène complexe et contradictoire consécutif à la juridisation excessive de secteurs entiers de la gestion publique. En ce sens, si les délits intentionnels classiques liés à la corruption ou au trafic d'influence et aux atteintes au devoir de probité ne plaident pas en faveur d'un reflux de la répression pénale, la sanction des fautes non intentionnelles, parfaitement involontaires résultant du fait des attributions de ces gestionnaires en tant que décideurs au sein des structures publiques, constitue une condamnation qui peut être considérée comme infamante. Le sentiment de malaise qui existe chez les décideurs publics est d'autant plus grand qu'il s'y est greffé une forme de répression administrative qui s'apparente à de l'immolation symbolique[502]. En effet, pour tout événement ayant un impact émotionnel particulier sur l'opinion publique, l'on procède

---

brulés et asphyxiés par la fumée de l'incendie, et ont secouru 76 autres personnes dont 11 nourrissons, 37 parturientes et 28 soignants, R. w, « *Huit nourrissons décèdent dans un incendie à El Oued : Négligences coupables »,* EL WATAN, 24/9/2019.

[498] Ibid.

[499]L'enquête sécuritaire et judiciaire qui avait été ouverte concernant l'incendie enregistré à la maternité relevant de l'EHS Bachir Bennacer, El-Oued a révélé que l'incendie avait été provoqué par un court-circuit électrique sur un appareil anti-moustique, selon les premiers éléments d'enquête. Pourtant, le magistrat instructeur du tribunal d'El-Oued avait ordonné le lendemain de l'incendie le placement de sept personnes en détention provisoire sous le chef d'inculpation de « négligence » ayant entrainé la mort accidentelle. Rapport circonstancié adressé par la direction de la santé El Oued au Secrétariat Général, ministère de la Santé sous le n°3750 du 26/9/2019.

[500] C. d'El Oued, ch. déli, 19.11.2019. Ministère de la Santé, Direction de la réglementation et du contentieux, *Bilan annuel des affaires en justice du secteur de la santé »,* Année 2019.

[501] F. Boumediene « *Quatre morts et de nombreuses négligences au CHU d'Oran* », LIBERTE, 9/10/2003.

[502] Immolation certes symbolique, mais non sans graves conséquences pour leur réputation, leur carrière mais également pour la sérénité et la continuité de la gestion publique menacée par le refus de beaucoup de cadres d'occuper des postes de responsabilité face à cette insécurité juridique.

immédiatement au remplacement du chef d'établissement usant de la sanction administrative comme mode de régulation de la gestion publique.

Auparavant, les manquements à l'obligation de sécurité étaient limités au délit d'homicide involontaire ainsi qu'aux coups et blessures involontaires. Cependant, depuis la promulgation de la loi n° 20-06 du 28 avril 2020[503], le code pénal algérien a évolué. L'article 290 *bis* introduit désormais l'infraction de la mise en danger d'autrui, en disposant qu'« *est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans et d'une amende de 60.000 DA à 200.000 DA, quiconque, par la violation délibérée et manifeste d'une obligation de prudence ou de sécurité édictée par la loi ou le règlement, expose directement la vie d'autrui ou son intégrité physique à un danger.*». Ces dispositions ont des conséquences importantes sur l'acte de gestion dans les établissements de santé dans la mesure où la responsabilité du directeur pourra être engagée automatiquement dans le cas de non-respect d'une règle de sécurité, dès lors que ceci crée un risque et ce même si cette faute n'est pas la cause directe et immédiate du dommage.

Ainsi, ni la délégation, ni la mise en cause de la responsabilité de la personne morale qu'il représente ne permet d'atténuer la responsabilité du gestionnaire de l'établissement de santé. Il faut rappeler en ce qui concerne la délégation que, d'une manière générale, le droit pénal prévoit que nul n'est responsable que de son propre fait. Ainsi, la responsabilité du délégataire qui commet directement une infraction pourra être engagée. Pourtant, dans le domaine de la sécurité, les mécanismes de délégation n'exonèrent le gestionnaire que de manière très restrictive dès lors que chaque responsable est tenu à l'attention et à la rigueur exigée par les textes pour l'accomplissement de sa mission. Par conséquent, si le délégant néglige de surveiller les conditions dans lesquelles la délégation est exercée, sa responsabilité pourra être mise en cause sur le fondement de la négligence fautive[504]. De même en ce qui concerne la responsabilité des personnes morales autres que l'Etat, loin d'être exonéré, le gestionnaire de l'établissement de santé est directement concerné par cette responsabilisation de la personne morale qui implique le comportement des organes ou des représentants. Cette responsabilité n'exonère, donc, nullement celles des personnes physiques qui ont créé ou contribué à créer ces faits car il peut y avoir cumul de responsabilités[505].

En Algérie, la responsabilité, particulièrement lourde, qui pèse sur les gestionnaires des établissements de santé n'est pas atténuée par la prise en compte du contexte et des difficultés

[503] Loi n° 20-06 du 28 avril 2020 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal, précitée.

[504] NEDJAR, Sidi-Mohamed, «Le régime juridique de la délégation administrative», *Revue académique Numirus*, vol 2, n°1, 2021, pp 207-231, (article en Arabe).

[505] FERHAOUI, Abedlaziz, « La responsabilité pénale des personnes morales en droit algérien *», Revue de lettres et de sciences sociales*, vol 16, n° 2, 2019, pp 85-96, (article en Arabe).

pratiques auxquelles ces derniers sont confrontés. En effet, les gestionnaires des établissements de santé exercent des responsabilités extrêmement diversifiées qui les contraignent à établir des priorités tout en respectant le principe de continuité du service public. Bien souvent, ils se trouvent confrontés au dilemme sécurité –continuité du service public et doivent, par conséquent, concilier au mieux ces deux impératifs lors de la prise de décision de fermer un service, voire un établissement pour des raisons de sécurité ou maintenir son ouverture afin de garantir la continuité des soins. Des lors, il est important que ces éléments soient pris en compte par le juge pour apprécier si le gestionnaire de l'établissement de santé a effectivement commis une faute pénale. Ceci est d'autant plus pertinent, même en présence d'une infraction réglementaire, car l'évaluation de la faute doit considérer les circonstances spécifiques entourant l'incident.

Afin de prévenir les potentielles dérives découlant de l'application des nouvelles dispositions du code pénal algérien, le législateur algérien pourrait utilement s'inspirer de l'approche française. En effet, le législateur français a tempéré les possibilités d'incrimination en adoptant la loi du 10 juillet 2000[506] modifiant les conditions d'engagement de la responsabilité pénale des décideurs, notamment celles des chefs d'entreprise et des élus locaux pour le contentieux des accidents. Soucieux de rendre la responsabilité pénale« *plus juste et moins omniprésente*»[507], ce dernier est intervenu en dépénalisant la faute simple sans relation de causalité directe avec le dommage[508]. L'intérêt de ce dispositif est de prendre en compte les conditions dans lesquelles le décideur public exerce sa mission tout en opérant une distinction entre les imprudences conscientes et les imprudences inconscientes, *distinguo* qui permet au juge de choisir entre deux types de fautes non intentionnelles. Depuis, lorsque le lien entre la faute et le dommage est seulement indirect, les juridictions françaises ne peuvent condamner une personne physique sur le fondement d'un délit non intentionnel qu'à la condition qu'elle ait commis une faute caractérisée ou délibérée. Aussi, pareils ajustements sont importants à introduire dans le *corpus* du code pénal algérien dans la mesure où le contentieux qui va résulter de cette pénalisation croissante de l'acte de gestion sera très important d'autant plus que le juge peut interpréter de manière très large la notion de manquement à un règlement en y incluant les circulaires, les instructions, voire les règles professionnelles et déontologiques notamment en l'absence d'un encadrement juridique suffisant comme c'est le cas en Algérie. Par ailleurs, la volonté des patients de voir un coupable désigné à tout prix dans ce genre de situations va accentuer leur préférence de recourir dans ce domaine à une

[506] La loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels, JORF n°159 du 11 juillet 2000, (France).

[507] MAYAUD, Yves, « retour sur la culpabilité non intentionnelle en droit pénal… (À propos de la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000) », *Recueil Dalloz*, 2000, p. 603.

[508] Article 121-3 al. 4 du code pénal français.

voie pénale qui se veut plus coercitive et répressive. Ainsi, si une réforme s'impose, la question qui se pose est celle d'un juste équilibre, non pas en éliminant la responsabilité pénale pour imprudence, mais en faisant en sorte qu'elle soit appréciée de façon spécifique et avec plus de discernement.

B. L'obligation de sécurité à l'hôpital : un impératif de service public

L'idée selon laquelle une loi pourrait être adoptée pour énumérer toutes les normes relatives aux situations permettant un bon fonctionnement technique de l'hôpital et une prévention systématique des risques et incidents qui y sont corrélés est une illusion. De même, l'ambition d'éliminer totalement les défaillances dans un établissement de santé est utopique. En revanche, il est essentiel d'encadrer ces risques par un régime juridique qui intègre des autorisations multiples, des vérifications diverses et un contrôle permanent **(1)**. Parallèlement, chaque établissement de santé doit développer une politique opérationnelle de gestion des risques efficace pour garantir une véritable sécurité au sein de la vie hospitalière **(2)**.

1. Une règlementation sécuritaire pour garantir le bon fonctionnement de l'hôpital: une lacune dans le maillage législatif algérien

De par leur qualité d'établissements publics, les structures de santé devraient faire l'objet, en matière de sécurité, d'un encadrement règlementaire strict. Afin d'en préciser l'importance, il est impératif de partir des textes qui en posent les principes, en précisent les conditions d'application et en définissent les contours. Il faut préciser d'emblée l'insuffisance des normes, en droit algérien, pour encadrer certaines situations où la règle juridique est soit inexistante, soit n'apporte pas de solutions acceptables pour la sécurité du malade.

Ainsi, en matière de sécurité incendie, une règlementation soucieuse des différences entre établissements a été adoptée[509]. Classé en « bâtiments de type U », l'établissement de santé fait l'objet de prescriptions générales communes et de dispositions particulières en fonction de la taille de l'établissement et du nombre de lits, les immeubles de grandes hauteurs bénéficiant de recommandations différentes. Dans cette matière, les normes adoptées par le législateur algérien se rapprochent énormément de celles édictées par son homologue français notamment en ce qui concerne la mise en cause de la responsabilité des constructeurs, des installateurs des équipements et des exploitants en matière d'incendie[510]. Ces règles tendent à organiser et à favoriser la fonction

[509] Loi n° 19-02 du 14 du 17 juillet 2019 relative aux règles générales de prévention des risques d'incendie et de panique, JORA n° 46 du 21/7/2019.

[510] Les arrêtés du 23 mai 1989 et du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, JORF du 14 juin 1989 et n°197 du 26 août 1990. (France).

de prévention en tant qu'instrument privilégié devant permettre d'éviter, dans la mesure du possible, la manifestation du risque incendie ou en limiter les effets. La responsabilité pénale du directeur de l'établissement de santé est lourde en matière de sécurité incendie où il doit s'assurer de la conformité règlementaire de ses installations et procéder régulièrement à leur contrôle. Il doit également se soumettre aux visites de la commission de sécurité et veiller à la formation du personnel au risque incendie[511].

Pareillement, l'électricité, source d'énergie primordiale pour un hôpital, présente des risques majeurs pour la sécurité du patient. Qu'il s'agisse du fonctionnement des ascenseurs, des installations de chauffage, de traitement d'air, du téléphone et désormais du réseau informatique, toutes ces installations techniques se trouvent dépendantes de l'énergie électrique dont l'approvisionnement à l'hôpital constitue une question de vie ou de mort. Même si elle reste exceptionnelle, l'interruption de l'alimentation électrique dans un établissement de santé constitue un risque face auquel il doit se prémunir. En ce sens, la dépendance à l'électricité doit faire l'objet d'un encadrement juridique strict qui oblige les hôpitaux, non seulement, à disposer de deux sources d'alimentation électrique pour assurer une permanence en cas de pannes et de coupure mais également à installer des groupes électrogènes, dont le fonctionnement doit être vérifié par un personnel technique formé. En Algérie, la sécurité électrique des établissements de santé est insuffisamment encadrée sans pour autant parler d'un réel vide juridique en la matière. Les prescriptions règlementaires sont dispersées dans différents instruments juridiques. La circulaire n°3, qui détaille les procédures d'exploitation, de réception, d'ouverture et de mise en service des nouveaux hôpitaux publics, représente l'instrument le plus utilisé dans ce domaine[512]. En revanche, il convient de noter l'effort consenti par le pouvoir règlementaire en France en matière de sécurité électrique dans les établissements de santé. Outre la reconnaissance du principe qui impose de prendre des mesures de sécurité en cas de défaillance du réseau d'énergie électrique, spécifié à l'article R-6111-22 du code de la santé publique, plusieurs autres textes sont venus préciser le dispositif et expliciter les prescriptions, notamment par voie de circulaires[513]. A notre sens, il est improbable de voir le législateur algérien adopter la démarche du législateur français dans ce

[511] DAHAS, Amel, *la responsabilité en matière d'incendie dans les structures publiques de santé-étude de cas de la maternité d'EL Oued*, mémoire de master, précité.

[512] La circulaire n°03/MSP/DGSS du 13 Avril 2011, relative aux procédures d'exploitation, de réception, d'ouverture et de mise en service des nouveaux hôpitaux publics, stipule que pour aboutir à un fonctionnement optimal d'une structure de santé, il y a lieu de veiller et de s'assurer que la source d'électricité fonctionne d'une manière continue sans aucune interruption. Aussi, deux groupes électrogènes fonctionnant en alternance sont obligatoires (Algérie).

[513] Circulaire N°DHOS/E4/2009/02 du 7 janvier 2009 relative à la prévention des coupures électriques dans des conditions climatiques de grands froids. Circulaire DHOS/E4 n° 2008-114 du 7 avril 2008 relative à la prévention des coupures électriques dans les établissements de santé. Circulaire N°DHOS/E4/2006/393 du 8 septembre 2006 relative aux conditions techniques d'alimentation électrique des établissements de santé publics et privés (France).

domaine en raison de la vétusté du parc hospitalier algérien dont la mise à niveau en matière de sécurité électrique est d'une part techniquement irréalisable[514] et nécessite, d'autre part, des efforts financiers considérables que les établissements de santé ne sont pas en mesure de supporter. Toutefois, il est important de préciser que les nouvelles structures hospitalières réalisées les deux dernières décennies en Algérie obéissent aux standards internationaux en la matière.

En outre, la gestion de l'eau destiné à la consommation des services logistiques, techniques et médicaux est également essentielle au bon fonctionnement de l'hôpital. En Algérie, cette gestion est réglementée par des dispositions communes prises en matière de contrôle de l'eau propre à la consommation contenues dans la loi n° 05-12 relative à l'eau[515], contrairement à la France qui, sous l'effet médiatique de certains scandales[516], a choisi d'intensifier les exigences relatives au risque d'une mauvaise eau à l'hôpital en adoptant un encadrement règlementaire propre aux structures de santé[517]. Le non-recours, en Algérie, à une réglementation spécifique pour la gestion de l'eau à l'hôpital se justifie par le fait que celle-ci est déjà rigoureusement encadrée par les dispositions communes à tous les utilisateurs. Il est important de rappeler que la lutte contre les maladies à transmission hydrique reste l'un des principaux programmes de prévention en Algérie, nécessitant une vigilance draconienne en matière de sécurité de l'eau de la part de tous les intervenants[518]. En France, en revanche, la situation épidémiologique ayant évolué au-delà du stade des maladies transmissibles, les priorités sont différentes.

Bien que la qualité de l'air en milieu hospitalier soit également fondamentale, dans la mesure où celui-ci constitue un terrain privilégié pour le développement des germes, le seul encadrement juridique spécifique mis en place par le ministère de la santé algérien en la matière concerne les

[514] D'après des données recueillies auprès de la direction des équipements publics du ministère de la Santé, le centre hospitalo-universitaire de Sidi Belabes, se trouvant à l'ouest du pays avait engagé en 2009 une opération de mise à niveau de son réseau électrique. Cependant, cette opération a été jugée par les services techniques compétents de l'ENACT et de SONELGAZ comme irréalisable en raison d'une part de la vétusté de la structure construite en 1936 et de l'autre part de l'inadaptation des réseaux déjà existants.

[515] Il s'agit de la loi n° 05-12 du 4 août 2005, modifiée et complétée, relative à l'eau, JORA n° 60 du 4/9/ 2005.

[516] L'hôpital européen Georges-Pompidou a connu, entre 2000 et 2001, Onze cas de contamination de patients aux légionelloses dont Cinq d'entre eux sont morts, T. Serafini, «*l'hôpital Pompidou malade de son eau »,* Libération, publié le 1/1/2001.

[517] Dans le cadre du Plan National Santé Environnement (action relative à la prévention des légionelloses) et du Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales 2005 – 2008, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la direction générale de la santé en France ont missionné un groupe de travail qui a rédigé un guide « de l'eau dans les établissements de santé » afin de les aider à mettre en œuvre une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau, sur *https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/eaux/article/qualite-de-l-eau-dans-les-etablissements-de-sante*,consulté le 7 septembre 2022.

[518] KHERIFI, Wahida et BEKIRI, Fadia, « Les maladies à transmission hydrique en Algérie », *Journal Algérien des Régions Arides (JARA),* n°14, 2017, pp 74-83.

blocs opératoires, en tant qu'unités sensibles[519]. Cette mesure, initialement prise pour imposer des normes en la matière aux établissements hospitaliers privés, a été étendue aux établissements publics de santé. Le législateur français s'est longuement penché sur les systèmes de ventilation spécifiques à installer dans chaque espace de travail. En ce sens le code du travail français a ciblé les locaux particulièrement dangereux en raison du développement des micro-organismes potentiellement pathogènes ou polluants[520]. De même, les dispositions du décret du 12 Avril 1988[521]ont énuméré les prescriptions à respecter pour les unités sensibles comme les blocs, les services où sont traitées des infections respiratoires et les unités de grands brulés. Là, encore le besoin de légiférer s'impose en Algérie pour réglementer ce domaine particulièrement sensible. Nous pensons que le développement de la législation sur les infections nosocomiales, qui sera détaillé dans le prochain chapitre, accélérera certainement l'élaboration de normes relatives à la qualité de l'air dans les hôpitaux

Enfin, compte tenu du volume de repas servis chaque jour, de leur importance thérapeutique et de la fragilité des patients, la sécurité alimentaire est une priorité absolue dans les établissements de santé. La circulaire n°1256, qui a établi les conditions d'hygiène nécessaires et les mesures à prendre par les établissements de santé en la matière, s'est cependant limitée aux règles de base de la sécurité alimentaire[522]. En contraste, la réglementation française a considérablement évolué depuis 1993, notamment avec l'adoption de la directive «hygiène»[523]. Sa transposition en droit français a introduit la nouvelle approche de la sécurité des aliments, imposant la méthode « Hazard analysis critical control point » pour maîtriser le risque alimentaire à l'hôpital. En effet, l'application de cette démarche permet d'analyser les dangers associés aux différents stades du processus de préparation des plats (de la matière première jusqu'au repas servi) et d'en identifier les points critiques indispensables à maitriser afin d'empêcher toute contamination possible, plutôt que d'analyser le produit fini. En Algérie, de nombreux chercheurs en sciences de gestion et en économie de la santé ont exploré cette approche dans leurs études, tentant de l'appliquer aux

[519] La circulaire n°70/MSP/DNOSS/SDEAPS du 15/02/1993 fixant les conditions techniques pour l'agrément des projets de réalisation des cliniques privées (Algérie).

[520] Conformément aux dispositions de l'article R 232-1 du code du travail français.

[521] Décret n°88-355 du 12 avril 1988 portant modification des articles. r111-20, r111-21, r111-22, r131-15, r131-16 et r131-17 du code de la construction et de l'habitation relatifs aux caractéristiques thermiques des bâtiments et de leurs équipements, JORF du 15 avril 1988.

[522] La circulaire n°1256/MSP/DAMF du 10 juillet 1988 relative à l'alimentation des malades et du personnel complétée par la circulaire n°2/MSP/CAB du 13 Juillet 1994 relative à l'alimentation dans les établissements publics de santé.

[523] Directive Européenne n°93-43 du 14 juin 1993 N° 9343 relative a l'hygiène des denrées alimentaires (France).

structures de santé algériennes pour en tester la fonctionnalité et l'adaptabilité[524]. Il serait opportun que les autorités sanitaires algériennes prennent en considération les résultats de ces recherches afin de réaliser l'adaptation la plus appropriée de cette norme européenne aux spécificités des structures de santé en Algérie.

2. La démarche qualité : un outil d'action pour l'hôpital

En se référant à l'OMS, *« la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé,(…), au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* »[525]. Ainsi, le terme qualité n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence, mais plutôt pour désigner un compromis et un équilibre à trouver entre les attentes des patients, les coûts, les délais, la satisfaction du personnel, l'environnement, les choix stratégiques et les performances de l'hôpital. La prévention des risques techniques y concourt car dans ce contexte, le risque est considéré en tant qu'événement susceptible d'entrainer une non-qualité. Il est entendu comme une absence de réponse à un besoin sécuritaire exprimé ou implicite du patient. Effectivement, si la sécurité n'est pas le produit de la qualité l'inverse est vrai. La prévention des risques et la sécurité des usagers constituent une des clés majeures de la qualité à l'hôpital. Elle en conditionne même l'existence car aucune qualité réelle n'existe pour le malade sans garanties concernant sa sécurité.

Dans ce contexte, la nouvelle loi de santé 18-11 a institué l'exigence pour les établissements de santé d'élaborer d'un plan « démarche qualité » qui doit s'aligner aux objectifs nationaux, régionaux ou locaux en matière de développement sanitaire[526]. Elle rend également obligatoire l'intégration de contrats d'objectifs et de performance dans le fonctionnement de ces établissements, sous réserve d'une validation par les services compétents du ministère chargé de la santé[527]. Ces contrats décrivent les transformations que l'établissement s'engage à réaliser pour le développement de ses activités et l'amélioration de la qualité de la prise en charge de ses patients. Ils fixent, également, les ressources financières nécessaires à ces transformations ainsi que les

[524] ISSAADI, Hayette, *La méthode HACCP et la gestion des risques à l'hôpital Cas : Cuisine centrale du CHU de Tizi-Ouzou Unité NEDIR Mohamed*, mémoire de Master, spécialité sciences économiques, Université Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou, 2021.

[525] OMS, *Qualité de soins,* sur https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab, consulté le 12 Septembre 2022.

[526] Conformément à l'article 290 de la nouvelle loi de santé 18-11 précitée.

[527] En vertu de l'article 301 de la nouvelle loi de santé 18-11 précitée.

ressources humaines qu'il faut déployer. Toutefois, contrairement à la législation française, le législateur algérien n'aborde pas ces contrats spécifiquement en termes de sécurité et de qualité des soins[528]. En effet, il se limite à utiliser le terme d'« obligations des structures et des établissements publics de santé », qui englobe implicitement toutes les actions relatives à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Ces concepts, qui sont au cœur de la politique hospitalière, auraient pourtant mérité une mention explicite dans la loi de santé algérienne.

La divergence entre les législateurs français et algérien se manifeste également dans les procédures d'évaluation qu'ils ont instituées pour assurer l'amélioration continue de la qualité des soins. Alors que la législation algérienne a établi une évaluation interne basée sur des critères et des méthodes définis par les services compétents du ministère de la santé[529], la France a mis en place une procédure externe appelée procédure de certification. Cette dernière est une évaluation externe réalisée par la Haute Autorité de Santé, qui mobilise des experts indépendants des établissements de santé ainsi que des organismes de tutelle[530]. Il va sans dire que pour garantir l'objectivité de l'évaluation, l'approche française semble particulièrement appropriée. En effet, compte tenu de la complexité de la qualité dans le milieu hospitalier, le recours à un large éventail de moyens d'évaluation, tels que la certification de laboratoires opérant selon une logique de production industrielle, les enquêtes de satisfaction et les référentiels de bonnes pratiques, est indispensable.

Enfin, il faut préciser que la procédure de certification n'est pas un simple outil de gestion mais plutôt un ensemble assez complexe porteur de sens qui véhicule des artefacts, des méthodes, des règles et des pratiques à respecter[531], c'est pourquoi l'appropriation de cette procédure par le législateur algérien dans les établissements de santé n'est pas chose aisée dans la mesure où sa complexité ne s'adapte pas au statut juridique actuel de ces établissements, un statut dont la modification prévue par la nouvelle loi de santé algérienne tarde à voir le jour, comme explicité dans notre introduction.

---

[528] L'article L 710-16-1 du CSP, abrogé par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique, dispose que : « … *Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5 ».*Il importe de préciser que l'abrogation de cette disposition ou son non report dans le code s'explique par le fait qu'elle soit dénuée de toute portée juridique car son effet était limité aux délais impartis à la mise en place de la procédure de certification aujourd'hui finalisée en France.

[529] Les dispositions de l'article 325 de la loi de santé 18-11 précitée se lisent comme suit : « *Les structures et les établissements de santé doivent procéder à une évaluation interne de leur gestion, de leurs activités ainsi que des pratiques professionnelles utilisées en leur sein, et élaborent un rapport d'évaluation interne selon les critères et les méthodes définis par les services compétents relevant du ministère chargé de la santé* ».

[530] Conformément à l'article L 6113-3 du CSP français.

[531] DE VAUJANY, François Xavier, « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage », *Management & Avenir*, vol. 9, n° 3, 2006, pp 109-126.

Section 2. Les conflits inhérents au séjour et aux prestations hôtelières

Appréhender les conflits liés au séjour hospitalier et aux prestations hôtelières suppose en premier lieu que l'on prenne la mesure de l'enjeu de la déshumanisation des établissements de santé et du manque de moyens qui conditionnent le bien-être du malade pendant son hospitalisation. En effet, l'établissement de santé doit s'adapter, non seulement aux impératifs de révolution médicale et technique, mais aussi aux exigences de confort et d'intimité, qu'imposent désormais le séjour et l'accueil des malades, des consultants, et du public. L'humanisation des hôpitaux constitue, en Algérie, une préoccupation majeure pour les patients et un chantier permanent pour tous les responsables hospitaliers dans la mesure où non seulement les conditions matérielles d'hébergement sont toujours et inévitablement mises en cause, mais également en raison d'autres détails matériels qui impactent la vie hospitalière ***(§1).***

Par ailleurs, et en second lieu les malades pointent également les effets négatifs induits par une forme de maltraitance latente qu'ils vivent, particulièrement, pendant le séjour hospitalier. Bien que non évidente, cette maltraitance peut avoir des conséquences négatives sur leur expérience d'hospitalisation, d'autant plus que sa « banalisation » ou son« acceptation passive» est plus nuisible que son caractère fondamentalement inacceptable ***(§2).***

§ 1. L'hôpital : un lieu en quête d'humanisation?

La question de l'«humanisation de l'hôpital» constitue l'une des rares préoccupations qui a mobilisé plusieurs générations d'hospitaliers[532]. Ce mouvement très profond, dont la question centrale était celle de la personne malade pendant son hospitalisation, constitue une véritable doctrine qui a amorcé la législation sur les droits des personnes malades **(A)**. Alors que le terme « humanisation » a connu un déclin dans la littérature hospitalière internationale, il est toujours utilisé en Algérie pour désigner les chantiers de modernisation des conditions d'accueil et d'hébergement des malades mais avec une connotation négative. En effet, ces conditions défavorables mettent les établissements de santé algériens face à plusieurs défis et génèrent des conflits spécifiques qui leurs sont propres **(B).**

A. L'humanisation des hôpitaux : genèse et fortune d'une doctrine fondatrice

L'expression « humaniser l'hôpital » a été employée pour la première fois en 1943 par Henri

[532] La somme de congrès, de commissions, d'instances, d'articles, d'ouvrages, de rapports, de témoignages mais aussi de directives et circulaires produits par le projet d'humanisation en est le meilleur témoin.

Thoillier dans son livre *L'hôpital français*[533]. Toutefois, la volonté d'humaniser l'hôpital s'est exprimée bien avant, notamment avec la publication, en France, de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales. En effet, avec la création des assurances sociales, est apparue l'idée de mettre en place des hôpitaux accueillant un public plus privilégié, notamment les patients payants et les bénéficiaires des nouveaux régimes de protection sociale. Dans ce contexte, l'inspection générale des services administratifs a souligné dans un rapport établi en 1938 qu'il ne fallait pas *« oublier que les assurés sociaux ne sont pas considérés comme des indigents, que pour les attirer dans leurs établissements les commissions administratives se sont appliquées à ne plus mériter le reproche de faire de la médecine d'indigents. Elles ont fait incontestablement un gros effort pour moderniser leurs services, quand elles n'ont pas été amenées à exécuter un programme de constructions nouvelles* »[534]. C'est ainsi que les notions de confort et de bien-être ont commencé à émerger dans la sphère sanitaire.

Après l'adoption du décret-loi du 29 juillet 1939 sur l'organisation des hôpitaux et hospices, qui prônait le principe de « l'hôpital pour tous » et qui fut largement repris par l'acte, dit loi du 21 décembre 1941[535], une doctrine émergea à la sortie de la guerre : l'humanisation des hôpitaux. Cette doctrine avait pour objectif principal la suppression des salles communes, tout en soulevant plus largement la question des droits des personnes hospitalisées[536].

À partir de 1944, un arrêté ministériel[537] a officiellement exclu les chambres de plus de six lits des normes en vigueur, sachant que l'objectif a évolué vers des chambres comprenant au maximum quatre lits dans les années 1960[538]. De plus, une circulaire datée du 16 juin 1948[539] prévoyait la distribution d'un « *tract d'accueil* » aux patients admis dans les hôpitaux, dans le but d'améliorer leur condition et de dissiper toute appréhension liée à leur hospitalisation. L'objectif était de

[533] THOILLIER, Henri, *L'Hôpital Français*, Paris, Max Brezel, 1943, 279 p.

[534] Ce passage du rapport de l'inspection a été cité par IMBERT, Jean, *Les hôpitaux en France*, Que-sais-je ?, PUF, 1981, p 62.

[535] Loi du 21 décembre 1941 portant réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, JORF du 30 décembre 1941. Voir à ce sujet, VICHARD, Philippe, « La loi hospitalière du 21 décembre 1941, origine, conséquence », *histoire des sciences médicales* », tome XLI, n° 1, 2007, pp 61-70.

[536] TABUTEAU, Didier, « Droits des malades et politique de santé *»,* dans, *L'humanisation de l'hôpital*. *Mode d'emploi*, Musée de l'AP-HP, 2009, pp 143-154.

[537] Arrêté du 20 mai 1944 fixant les conditions techniques et hygiéniques auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers, JORF du 8 juin 1944.

[538] Conformément au rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, L'humanisation des hôpitaux, 10 janvier 1975, cité par TABUTEAU, Didier, « La genèse d'un texte fondateur », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, vol. 34, n° 4, 2022, pp. 11-15.

[539] La circulaire du 16 juin 1948.

créer « *entre les malades et les agents du personnel de tous grades une atmosphère de loyauté et de confiance mutuelle* ».

En 1947, la Fédération Internationale des Hôpitaux est créée, offrant une plateforme de réflexion aux directeurs d'hôpitaux sur les conditions d'accueil et d'hébergement des malades. Cette initiative a donné lieu à plusieurs congrès nationaux et internationaux centrés sur l'amélioration des conditions de séjour des patients à l'hôpital. À partir de 1949, des notes et des circulaires internes à l'Assistance Publique de Paris ont souligné l'importance de combattre le bruit auquel les malades étaient exposés dans les services hospitaliers. Elles ont également évoqué la nécessité de prévoir des horaires de réveil plus flexibles pour les personnes hospitalisées[540]. De plus, à cette époque, les premiers ouvrages sur ce sujet ont commencé à être publiés,[541] continuant d'inspirer de nombreux auteurs à ce jour[542].

La doctrine de l'humanisation des hôpitaux a été officiellement établie par une circulaire du 5 décembre 1958[543] et renforcée par trois autres circulaires en 1970[544]. Elle a été conceptualisée dans le rapport Ducamin de juillet 1970[545]. Les décrets du 14 janvier 1974 et la charte du patient

[540] La circulaire du 28 juin 1949 donne des instructions pour que « les malades ne soient, en aucun cas, réveillés avant 6h30 » et la note du 28 juillet 1949 rappelle "à tous les membres du personnel que le respect du repos du malade constitue pour chacun d'eux, quelle que soit la nature de ses fonctions, une obligation impérieuse».

[541] Parmi les contributions des usagers du système hospitalier, le célèbre ouvrage « Peggy » de M. Vernhes (1958), où elle raconte l'hospitalisation de sa fille et son combat contre le règlement qui interdisait aux parents de rester aux côtés de leurs enfants hospitalisés au-delà des heures de visite. J. Maurice lance, également, en 1982 dans son ouvrage « *Bruno mon fils* » un cri d'alarme et de révolte contre l'inhumanité du système hospitalier centré sur la maladie, mais ignorant le malade. Par contre les récits professionnels sont plus axés sur les actions et modalités à mettre en place afin d'humaniser les structures de santé. En ce sens, Delore propose, en 1959, dans son ouvrage « *L'hôpital humanisé* » une suite de réformes à réaliser dans les hôpitaux et E. Barnes (1968), aborde dans son livre « *Les relations humaines à l'hôpital* » la question de l'organisation hospitalière tandis que deux spécialistes des sciences sociales, Deliège et Leroy, examinent, en 1978, dans leur ouvrage « *Humanisons les hôpitaux* » les problèmes reliés à l'humanisation des hôpitaux et proposent des mesures pour en améliorer la situation.

[542] Beaucoup d'auteurs contemporains continuent à s'intéresser à ce thème tel que Backes, Dirce Stein, Valeria Lerch Lunardi et Wilson D. Lunardi Filho. « L'humanisation hospitalière comme expression de l'éthique», *Latin American Journal of Nursing*, 2006, pp 132-135 ou encore NARDIN, Anne, *L'humanisation de l'hôpital »,* Presses de l'EHESP, 2010 et plus récemment R. Behruzi, «Perception of Humanization of Birth in a Highly Specialized Hospital: Let's Think Differently *»,Health-Care-For-Women-International*, 2013 ainsi que M. Manfoumbi, «*L'accueil en milieu hospitalier »*, SIDIEF, Liberville, 2013.

[543] Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux, JORF n°0290 du 12 décembre 1958.

[544] La circulaire ministérielle du 25 février 1970 relative à l'humanisation des hôpitaux demande aux établissements de fournir un rapport sur l'application des recommandations de la circulaire du 5 décembre 1958. La circulaire ministérielle du 6 avril 1970 préconise des mesures pour améliorer les conditions d'accueil et de séjour dans les établissements pour personnes âgées. La circulaire ministérielle du 18 décembre 1970 donne un caractère obligatoire aux recommandations de la circulaire du 5 décembre 1958.

[545] Rapport au ministre de la Santé publique et de la sécurité sociale, « pour une politique de la santé, L'humanisation des hôpitaux », juillet 1970. Ce rapport est diffusé à l'ensemble des préfets par le Ministre de la Santé Robert Boulin (Lettre du 31 juillet 1970).

hospitalisé du 20 septembre 1974, révisée en 1995 et 2006[546], ont concrétisé cette approche en affirmant le droit du malade au respect de sa dignité et de sa personnalité, considérés comme essentiels pour une véritable humanisation de l'hôpital. Cette évolution a conduit à l'adoption en France de la loi hospitalière de 1991, qui a marqué une avancée significative en affirmant pour la première fois, au niveau législatif, les droits des personnes hospitalisées[547]. Par la suite, l'ordonnance hospitalière de 1996[548], intégrée au plan Juppé, a renforcé cette démarche en instaurant la présence de représentants des associations dans les conseils d'administration des hôpitaux.

En Algérie, après l'indépendance, les pouvoirs publics ont commencé à accorder une première attention au sujet à la fin de la décennie noire[549]. Au début, l'humanisation était présentée comme l'un des ingrédients de la modernisation des établissements de santé. Elle reposait sur la dimension matérielle et les commodités qu'il fallait déployer pour ériger de nouvelles structures fonctionnelles et efficaces dont la qualité des équipements techniques s'accorde avec la recherche de l'agrément et du confort, représentés en tant que signatures de la modernité. En effet, on pouvait mesurer, particulièrement sur ces deux points, les grandes défaillances du système hospitalier algérien dont le décalage entre un niveau médical technique, considérablement développé et les carences d'une prise en charge hôtelière, rappelant les institutions charitables de jadis, était criant[550]. Si des résultats remarquables ont été enregistrés en matière de santé publique, il n'en demeure pas moins que le système de santé algérien était marqué par la domination d'une médecine de pointe qui coexistait avec un hébergement déficient. Cette dualité a été clairement mise en évidence par les constats de la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'homme qui a mené en 2008, conformément à un accord conclu avec le ministère de la Santé, un véritable audit apurès de plusieurs établissements de santé[551]. A la suite de ces visites, les membres de la commission ont fait état d'un certain nombre de constatations, reprises ici, en ce qui concerne la situation de ces

[546] Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé, Abrogée et remplacée par la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

[547] Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, précitée.

[548] Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996.

[549] La décennie noire correspond à la guerre civile qui a opposé le gouvernement algérien aux groupes terroristes islamistes. Le conflit a commencé en décembre 1991 et pris fin en 1999 suite à l'élection d'un nouveau président A. Bouteflika et la mise en place de la Concorde Nationale.

[550] SENOUSSI, Zoulikha, « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres», précité.

[551] Les établissements visités (hôpitaux, polycliniques, maternité, centres de santé et salles de soins) sont au nombre de quatre vingt cinq (85) répartis sur les dix (10) plus grandes wilayas du pays, CNCPPDH, « Rapport annuel sur l'état des droits de l'homme en Algérie *», Rapport public 2009*, Alger.

établissements en matière d'humanisation.

Dans certains services renommés, les salles communes subsistent encore, offrant un tableau difficile à supporter où les patients, alignés côte à côte, endurent les nombreux inconvénients de cette promiscuité (lavabos et toilettes partagés, absence de rideaux pour isoler les malades, y compris ceux en fin de vie, et impossibilité de préserver la confidentialité des échanges avec le personnel ou les visiteurs). En Algérie, bien qu'aucun texte réglementaire n'impose la suppression des salles communes, leur élimination est considérée comme une étape préliminaire essentielle à toute initiative d'humanisation. Il faut noter que leur maintien compromet la garantie du respect de la vie privée des patients et de la confidentialité des informations échangées. La réflexion sur ce sujet s'est véritablement engagée à partir de la fin des années 2006, mais malgré quelques réalisations concrètes, les progrès restent lents. Les efforts portent sur l'amélioration de toutes les conditions d'hébergement (chambres, literie, mobilier…)[552] mais l'ampleur et la complexité des transformations à opérer sont telles que les énergies et les allocations budgétaires se retrouvent largement débordées. A lui seul, le chantier de la fermeture des salles communes mobilise les esprits et dévore les budgets.

Au-delà des bonnes intentions de chaque établissement et des directives ministérielles à faible valeur juridique, l'humanisation nécessitait un dispositif précis, qui fixe le programme et énumère les moyens. Cette fois, le ministère de la Santé prend ses responsabilités et se dote d'une agence pour assurer la gestion et la régulation de cette transformation. En effet, il est créé en 2013 l'Agence Nationale de la gestion des réalisations et d'équipement des établissements de santé placée sous la tutelle du ministère de la Santé[553]. Cette dernière est chargée, principalement, de fournir une assistance technique en matière de réhabilitation des infrastructures de santé, d'acquisition, de livraison et d'installation des équipements médicaux. Cette initiative reflète la volonté des pouvoirs publics de transformer les conditions de prise en charge des patients. Elle témoigne également de la stratégie du ministère de la Santé qui privilégie les réhabilitations des structures existantes plutôt que la construction de nouvelles infrastructures, afin d'améliorer progressivement les conditions d'hospitalisation. Un important mouvement de transformation a eu lieu[554], mais à ce jour, toutes les salles communes n'ont pas encore été éliminées[555]. Cette

[552] Suivant les constatations contenues dans le rapport établi par la CNCPPDH, précité, p 98.

[553]Conformément au décret exécutif n 13-220 du 18 juin 2013 portant création d'une agence nationale de gestion des réalisations et d'équipement des établissements de santé, JORA n°33 du 26/6/2013.

[554] Ministère de la Santé, Direction des équipements publics, *Bilan des réhabilitations et des mises en service des nouvelles structures,* Décembre 2021.

[555] Notamment dans de grands centres hospitalo-universitaires à vocation nationale tel que le CHU de Sidi Belabes, Tlemcen et Oran.

persistance contribue à créer de grandes disparités dans les conditions d'hébergement des patients. En effet, il est assez paradoxal qu'à une époque où l'on construit des hôpitaux publics tels que les nouveaux centres de lutte contre le cancer, où chaque chambre ne compte que deux lits offrant un niveau de confort élevé, il persiste encore des lieux sombres et mal aérés où l'on entasse un groupe de malades, alors même qu'ils bénéficient de thérapeutiques de pointe, parfois fort coûteuses.

Ces conditions d'hébergement sont une raison majeure pour laquelle certaines catégories de patients se tournent vers le secteur privé. En effet, tant que persiste la crainte d'être hospitalisé en salle commune, les patients ayant des conditions matérielles favorables continuent de préférer les structures privées, trouvant les hôpitaux publics peu attractifs[556]. En effet, on oppose à la meilleure prestation des structures publiques en matière de compétence du personnel, la qualité supérieure des structures privées en ce qui concerne l'hébergement. Cette perception est confirmée par les résultats de différents sondages mentionnés dans certaines études, où les personnes interrogées expriment leur satisfaction quant à la compétence du personnel soignant dans les hôpitaux publics. Cependant, elles dénoncent la qualité insuffisante de l'hébergement dans ces mêmes établissements[557]. Bien que les recherches sur le secteur libéral des soins en Algérie soient extrêmement limitées, et que les références disponibles se résument principalement aux travaux d'anthropologie de la santé du professeur Mohamed Mebtoul,[558], l'analyse d'entretiens semi-directifs réalisés avec des fondateurs de cliniques privées révèle la satisfaction des patients quant aux conditions d'hébergement[559]. L'étude réalisée par Mounia Teniou en 2014, portant sur les représentations sociales de la santé en Algérie[560], a également montré l'amplitude du rejet des patients des conditions d'hébergement dans les hôpitaux publics, ce qui exhortait la plupart des personnalités de haut rang devant être hospitalisés à choisir l'hôpital militaire d'Ain Naadja[561]. Lorsque ces personnes devaient accéder à

[556] ZEHNATI, Ahcène, et Christine Peyron, « Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement », *Mondes en développement*, vol 170, n° 2, 2015, pp. 123-140.

[557] HADMER, Zineb, « Evaluation de la qualité à l'hôpital et satisfaction des patients », *Ahyaâ*, vol 18, n°1, 2018, pp 471-484, (article en Arabe). Voir aussi MADI, Belkacem, «La qualité des soins au sein des établissements publics de santé algériens et la satisfaction des patients», *Revue des sciences sociales et humaines*, vol 15, n°31, 2017, pp 81-112, (article en Arabe), BENSAFI, Aaouatif, « Evaluation de la Qualité à l'hôpital et satisfaction des patients», *Afak Fikriya*, Vol 5, n°02, 2017, pp 20-38.

[558] MEBTOUL Mohamed est professeur de sociologie à l'université Oran 2. Il est également chercheur associé au Groupe de recherche en anthropologie de la santé (GRAS). Il est auteur de plusieurs travaux sur cette question dont principalement «*l'introuvable césure public-privé en Algérie: De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins* », Presses de Sciences Politiques, 2004/1 n° 29 | pages 13 à 28.

[559] BENACHENHOU, Sidi Mohamed, « L'influence de la qualité des soins sur la satisfaction des patients: Application de la méthode des équations structurelles », *Les Cahiers du MECAS*, vol 7, n°1, 2011, pp 33-45.

[560] TOUNIA, Mounia, «Les représentations sociales de la santé en Algérie », *Les cahiers du LAPSI*, vol 11, n°1, 2014, pp 149-166.

[561] L'hôpital militaire d'Aïn Naâdja, ou hôpital central de l'armée, appelé couramment Aïn Naâdja, est un hôpital

une structure de santé publique, elles n'étaient pas admises anonymement. Au contraire, elles étaient généralement orientées vers un hôpital bien précis, souvent dans un service spécifique d'un praticien renommé, où les conditions d'hébergement étaient nettement plus favorables.

Aujourd'hui, après plusieurs années d'efforts, le paysage matériel et les conditions d'hébergement des patients en Algérie ont considérablement évolué. Cependant, il est prématuré de déclarer que l'humanisation est complètement acquise dans les hôpitaux algériens. Un effort continu d'amélioration et de modernisation reste nécessaire pour encadrer tous les aspects matériels qui influent sur la vie hospitalière quotidienne.

Pour conclure, il est important de préciser que, bien que la doctrine d'humanisation ait initié la législation sur les droits des patients en France[562], elle s'est limitée en Algérie à une dimension matérielle visant à améliorer le cadre de vie hospitalière. Elle est, fortement corrélée à l'idée de la dégradation des conditions d'hébergement dans les établissements de santé, un moteur important de conflits même si celui-ci n'est pas générateur de contentieux.

B. La déshumanisation, une particularité des établissements de santé algériens

Le caractère inhumain de l'hôpital public en Algérie ne se limite pas uniquement à la précarité sociale de ses espaces d'hébergement ; il est également le résultat de plusieurs autres facteurs. En premier lieu, c'est la qualité modique des équipements et le mobilier inadapté des chambres qui viennent s'ajouter aux conditions dégradées d'hébergement[563]. En effet, un minimum de mobilier est mis à la disposition des patient leur offrant la possibilité de conserver quelques objets familiers ou de dissimuler tous ce qui peut choquer leur vue ou celle de leurs visiteurs. En revanche, les patients n'ont aucune possibilité de personnaliser leurs chambres ou de contrôler leur environnement par l'intermédiaire de dispositifs technologiques avec l'utilisation de la domotique mais aussi avec du mobilier adapté à leur handicap. En effet, les chambres ne sont pas pensées de manière à favoriser l'autonomie des malades (les barres d'appui n'existent pas, les prises de courant sont hors de portée…) ce qui ne permet pas aux malades d'évoluer sans assistance et leur impose l'attente d'une âme condescendante pour les assister[564].

En second lieu, l'hygiène fait défaut dans la plupart des services de santé du pays où le mauvais

---

militaire et universitaire algérien situé à Kouba, dans la banlieue sud-est d'Alger, en Algérie. Inauguré en 1987, l'établissement s'étend sur 120 ha. Il est l'un des meilleurs établissements d'Afrique.

[562] LAUDE, Anne, et Didier TABUTEAU, « Chapitre premier. L'émergence des droits des malades », dans, *Les droits des malades.* Presses Universitaires de France, 2018, pp. 3-24.

[563] Conformément aux constations contenues dans le rapport établi par la CNCPPDH, précité, p 98.

[564] SENOUSSI, Zoulikha, « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres», précité.

nettoyage des espaces est un constat confirmé par les conclusions de l'audit du ministère de la Santé effectué en septembre 2013 par le ministre lui-même pour évaluer sur le terrain l'impact réel des réformes et ajustements décidés par les pouvoirs publics en matière d'organisation du système de santé[565]. Les conclusions de l'audit attestent des mauvaises conditions d'hygiène et de nettoyage des chambres souvent négligés, favorisant le développement des bactéries ou autres facteurs d'infections. Le professeur Smail Mesbah, directeur de la prévention au ministère de la Santé à l'époque et président de la Société algérienne d'infectiologie, avait mis en garde contre ce phénomène qui menace la santé publique en rappelant que «*si l'Algérie avait respecté les engagements pris dans le cadre du programme de l'alliance mondiale de l'Organisation mondiale de la santé en 2013, la propagation de ces bactéries n'aurait pas pris plus d'ampleur*»[566]. Le professeur Zoulikha Senoussi précise dans ce cadre qu' « *au niveau des services d'hospitalisation, les salles d'eau sont dans certains établissements dans un état de délabrement total et dégagent une odeur nauséabonde, les douches sont dans un état crasseux et délabré et servent souvent comme remise»*[567]. Aujourd'hui encore, il semble que la situation des hôpitaux algériens en matière d'hygiène hospitalière ne connaisse pas une grande amélioration. En ce sens, le Docteur Lies Merabat, président du syndicat national des praticiens de la santé publique estime « *que les manquements aux règles de base d'hygiène observés dans les hôpitaux algériens sont inacceptables et ne peuvent continuer d'être tolérés»*[568].

Le manque d'hygiène dans les cuisines est également préoccupant, le personnel n'ayant reçu aucune formation spécifique dans ce domaine et ignorant les principes de base de la sécurité alimentaire. À l'exception des grands établissements de santé, il n'existe pas d'approche diététique systématique pour la nourriture préparée et servie aux patients. Cette lacune est due à l'absence de personnel qualifié dans les cuisines et à l'absence de liens clairement définis et établis entre les médecins, qui devraient prescrire des régimes alimentaires spécifiques pour chaque patient, et le service de l'économat[569]. Dans ce cadre le professeur Mostefa Khiati, président et fondateur de la

[565] BOULAHOUAT, Mahdia, « Nettoyage des locaux en milieux hospitaliers et lutte contre le risque infectieux : étude exploratoire au niveau des établissements de santé de la wilaya de Béjaia », *Revue recherche économique contemporaine,* vol 4, n°1, 2021, pp 98-118.

[566] KARA TERKI, Assia, « Coût des soins en Algérie: Exemple des maladies nosocomiales », *Revue Les cahiers du POIDEX*, vol 7, n°1, 2018, pp 243-253.

[567] SENOUSSI, Zoulikha, « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres», précité.

[568] BOULAHOUAT, Mahdia, « Nettoyage des locaux en milieux hospitaliers et lutte contre le risque infectieux : étude exploratoire au niveau des établissements de santé de la wilaya de Béjaia », précité.

[569] SENOUSSI, Zoulikha, « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres», précité.

fondation nationale pour la promotion de la santé et de développement de la recherche, a déclaré que «*les repas servis aux patients ne sont pas préparés dans le strict respect des conditions d'hygiène* » de plus, dit-il « *les établissements hospitaliers ne servent pas des repas compatibles à la nature de la maladie du patient. Certains d'ailleurs, présentent des pâtes, même pour ceux qui souffrent de problèmes d'estomac et de côlon, ce qui provoque –dans certain cas- des complications pour les patients*»[570]. Par ailleurs les faiblesses de l'intendance et la qualité médiocre de l'alimentation sont tout autant critiqués. Ainsi, « *les plateaux repas d'une cuisine industrielle ne permettent pas, le plus souvent, de discerner l'origine animale ou végétale du produit proposé. Le poisson carré ressemble à s'y méprendre à des légumes et les viandes sont froides et résistent aux couteaux plastifiés* »[571]. De même, les examens imposent leur propre logique et leur propre rythme. Ainsi, si un examen a lieu à l'heure du déjeuner, le plateau déjeuner du patient reste à l'air libre et ambiant sur la table de chevet. Pareillement, l'obligation de passer certains examens à jeun prive les malades d'un repas essentiel. La qualité de l'alimentation dans les établissements de santé est également critiquée par la communauté médicale. Certains praticiens expriment leur mécontentement vis-à-vis des repas servis. Un médecin décrit « *Avez-vous déjà surmonté des épreuves telles qu'un repas à l'hôpital? ...C'est comme d'avaler une poignée de médicaments et de répéter le geste pendant un bon quart d'heure .Et puis il y a les repas et il y a la délicatesse de la servante de salles qui ne parle pas et vous dépose un plateau en pâture sur la tablette ! ...De la salade sans vinaigrette ni assaisonnement, et un quart de tomate coupé par un enfant de 4 ans au-dessus, sans sel ni poivre. Un morceau de viande, de je ne sais quelle bête, ressemblant plus à rien qu'à autre chose et puis il y a ce truc semblable, vaguement, du moins visuellement à des petits pois, avec un goût de bave cuite. Une stricte horreur ! Un yaourt, en train de baigner dans son eau et une pomme* »[572] . Cette accumulation de critiques, plus ou moins fondées, illustre en tout cas la perception paradoxale des patients, qui voient l'hôpital comme le dernier lieu d'humanité.

Par ailleurs, la désorientation et le manque de repères viennent renforcer le caractère inhumain des structures de santé algériennes et le sentiment d'égarement qu'on y ressent. « *Quand on est perdu, c'est qu'on est dans un hôpital !*»[573], cette expression est d'autant plus vraie que la

[570] KHIATI, Mostefa, « Alimentation en milieu hospitalier », *Nutr. Santé*, Vol 8. n°02, 2019, pp 36-79.

[571] ANSAAD, Redouane, «Les prestations dans les établissements hospitaliers: entre réalité et attentes», *Revue des sciences économiques et financières*, vol 13, n°1, 2020, pp 7-22, (article en Arabe).

[572] DJEDAD, Mebarka, «Évaluation de la qualité des services de santé du point de vue des médecins et des infirmiers dans les hôpitaux algériens: Étude de cas de certains hôpitaux de la wilaya de Sétif», *Revue des sciences économiques*, vol 12, n°4, 2019, pp 196-209, (article en Arabe).

[573] Expression employée par Didier Sicard dans, Sicard, Didier, *«* L'Hôpital, un lieu devenu inhospitalier », *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, vol 1, n °137, 2010, pp 64-66.

signalisation hospitalière dans les hôpitaux algériens est l'une des plus incohérentes qui soient[574]. Les sigles qui se terminent par « logie » accumulent l'abstrait et l'indifférence. Conçue pour guider les personnes dans l'enceinte de l'hôpital et les orienter vers les différents services et équipements, elle prend une forme singulière dans les établissements de santé algériens en mélangeant des noms propres, empruntés à la politique ou à la guerre de libération, à des spécialités médicales au sens plus au moins obscur (médecine nucléaire, andrologie..). Pourtant, cette combinaison de noms et de sigles méconnait la demande simple d'une orientation claire émise par les malades ou leurs proches. Les panneaux d'orientation sont, soit beaucoup trop nombreux ce qui annihile l'orientation, soit trop uniformes créant une vraie désorientation à cause de leur ressemblance. Ils sont, également, dans la plupart du temps peu lisibles et ne comportent pas des indications sur la localisation des chambres, des toilettes, des ascenseurs, des bureaux des médecins et des heures de services[575]. La difficulté n'est pas moindre lorsqu'il faut atteindre le service approprié par ascenseur; celui-ci étant réservé aux malades quand il n'est pas en panne[576]. D'où l'obligation de chercher un autre passage ou, quand cela est autorisé, de côtoyer malades, médecins et infirmiers. Ainsi, ce qui devait être un itinéraire rapide se transforme en un parcours chaotique.

La perte de repères et la défaillance de l'orientation dans les établissements de santé sont accentuées par l'impossibilité d'identifier le personnel soignant ou de connaitre son rôle. Le port anarchique des blouses ne permet pas de distinguer les personnels qui, en outre ne portent pas de badges d'identification[577], contrairement aux directives de levée de l'anonymat des agents de l'administration qui ont été adoptées pour améliorer la transparence et personnaliser les rapports entre le personnel soignant et les malades[578]. Aussi, ces comportements ont vidé cette mesure règlementaire de toute sa philosophie et ont renforcé le manque de crédibilité et de professionnalisme que peuvent ressentir les malades à l'égard des soignants.

Par ailleurs, il convient de souligner que la presse algérienne, tel que le rapporte certaines études, n'a pas hésité à critiquer les conditions matérielles et le confort dans les structures publiques de santé en considérant qu'« *il ne faut vraiment pas beaucoup d'imagination et d'argent pour transformer cette vie inacceptable qu'on offre à aux malades, dans la plupart des hôpitaux, en une*

[574] Conformément aux constations contenues dans le rapport établi par la CNCPPDH, précité, p 100.

[575] SENOUSSI, Zoulikha, « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres», précité.

[576] Conformément aux constations contenues dans le rapport établi par la CNCPPDH, précité, p 100.

[577] SENOUSSI, Zoulikha, « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres», précité.

[578] MERKAMEL, Ali, « La modernisation de l'administration en Algérie», *Afak El Eouloum*, vol 6, n°4, 2021, pp 455-465, (article en Arabe).

vie plus digne de l'homme et qui pourrait, non seulement, aider à supporter la souffrance, mais pourrait chercher à éteindre l'angoisse »[579]. De nos jours, si ces descriptions demeurent toujours d'actualité, elles sont moins acerbes et les journalistes dénoncent, plutôt, la démarche qualité mise en place par les hôpitaux qui ne parvient pas à elle seule à satisfaire les aspirations humanistes des malades et répondre à leurs revendications[580]

Pour conclure, il importe de préciser que les conditions d'hébergement dégradées observées dans une grande partie des services d'hospitalisation en Algérie posent des questions essentielles quant à la qualité des soins et du service public hospitalier dans le pays. Le droit à un traitement de qualité ne se limite pas à une simple énonciation formelle. Il implique une obligation de moyens que l'État doit assumer en tant que garant de l'accès aux soins. L'objectif est de promouvoir une offre sanitaire dont la qualité est conforme aux standards internationaux. Dans cet esprit, les services d'hospitalisation et les prestations hôtelières doivent être entièrement adaptés aux besoins réels des patients, prenant en considération leur confort et leur bien-être. Les droits qui leur sont garantis en théorie par les textes doivent se traduire concrètement par des conditions de séjour dignes et respectueuses de leur dignité humaine. Il ne suffit pas que le droit soit proclamé; des moyens adéquats doivent également être mis en œuvre pour rendre ce droit effectif.

§ 2. L'hôpital : un lieu devenu maltraitant ?

La maladie, en tant que principal facteur de vulnérabilité, fait apparaitre la nécessité de lutte contre toutes les formes de maltraitance vis-à-vis des patients. En réalité, il est rare qu'un soignant soit intentionnellement maltraitant car ceci relèverait d'une qualification disciplinaire ou même pénale. Pourtant, il existe des situations ordinaires ancrées dans le quotidien de la vie hospitalière où certains manquements, qui paraissent pourtant ordinaires, sont beaucoup nuisibles et constituent une source de conflits. Leur risque réside dans leur invisibilité ou leur banalisation conduisant à une acceptation passive, non moins, dangereuse, de la part des malades d'où la nécessité de leur prise en compte par le droit **(A)**. Ils sont souvent liés tant, au comportement du personnel soignant qu'au fonctionnement des hôpitaux **(B).**

[579] ZEMMOURA, Naziha, « La réalité de la qualité des services de santé en Algérie entre réalisations et défis», *La Revue Algérienne de Sécurité et de Développement*, vol 11, n°1, 2022, pp 41-56, (article en Arabe).

[580] Nous avons analysé le discours journalistique portant sur la santé à travers un échantillon d'articles de quatre journaux d'information générale : El Watan, El Khabar, El Moudjahid, El bilad durant la période du mois d'octobre 2019 au mois de septembre 2020. Plusieurs facteurs ont été retenu pour la constitution de cet échantillon dont: la langue (deux journaux arabophone et deux autres francophones, la tendance (deux titres progouvernementaux et deux autres plus au moins dans l'opposition) et enfin la propriété (des quotidiens publics et d'autre privés). La période de cette analyse a coïncidé avec la pandémie de la Covid 19 et certains mouvements de grève de la corporation de la santé qui ont certes donnée lieu à des sujets particuliers qui ne sont pas en relation avec l'humanisation des structures de santé mais n'en demeurent pas moins intéressant dans la mesure où ils renseignent sur l'image de la santé perçue par les médias.

A. La « maltraitance » à l'hôpital, une notion peu définie dans le droit algérien

Le terme « maltraitance » est un néologisme relativement récent que le droit, tant au niveau international que national, a tardivement adopté afin d'en réguler la sanction. En effet, cette notion apparaît peu dans le droit positif algérien[581] et n'a été consacrée explicitement qu'en 2015, à l'occasion de la promulgation de la loi 15-12 relative à la protection de l'enfant[582] où le législateur algérien a rejoint le courant de la protection du plus faible en mettant en place un dispositif centré essentiellement sur l'enfant.

Sur un plan juridique, la maltraitance, peut être définie comme « *un ensemble de comportements ou attitudes concernant des personnes qualifiées de vulnérables, intervenant dans le cadre d'une relation de confiance ou de dépendance pouvant causer de la détresse ou des blessures à ces personnes. Elle peut être physique, morale, financière, sexuelle ou liée à de simples négligences dans le cadre de soins ou de traitement à domicile ou en institution*»[583]. La notion de vulnérabilité nous renvoie à la fragilité inhérente à l'existence humaine. Une personne vulnérable est quelqu'un « *qui donne champ à des attaques … et qui, plus qu'un autre, peut être menacé dans son autonomie, sa dignité, son intégrité tant physique que psychique*»[584]. Ainsi, il est possible d'interpréter cette définition de manière extensive, car le droit européen inclut dans cette catégorie non seulement les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées, mais également les individus malades, qui se trouvent dans des situations où ils sont incapables de se défendre[585]. Ces situations s'accompagnent de négligences aussi bien actives que passives. C'est dans ce cadre que la notion de maltraitance va être reprise, d'abord dans le secteur médico-social, pour nommer le phénomène de négligences qui touche notamment les personnes âgées et handicapées, puis dans le secteur de la santé et plus particulièrement dans le secteur hospitalier pour désigner une maltraitance passive, considérée comme ordinaire, tissée de petites négligences quotidiennes qui prennent plusieurs formes pendant l'hospitalisation.

En Algérie, bien que le principe de respect de la dignité du malade soit rappelé, le terme de maltraitance n'est mentionné ni dans la loi de santé ni dans le code de déontologie médicale,

---

[581] Cette notion n'apparait pas dans le Code civil ni dans celui de la famille. Elle a été introduite dans le code pénal d'une manière insidieuse en 2006 suite à la modification de l'article 330.

[582]Loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant, JORA n°39 du 19/7/2015.

[583] LATTES, Jean-Michel, « Aspects juridiques de la maltraitance et protection des personnes vulnérables. Personnes âgées et Personnes en situation de handicap », dans, *Vulnérabilités et liberté*, Colloque d' Alma Midi-Pyrénées, Toulouse„ 2011, p 3.

[584] CA d'Aix en Provence du 1.12.2008, Fondation de santé des étudiants de France, n° 07/12323.

[585] BROWN, Hillary, *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus,* Editions du Conseil de l'Europe, 2002, 148 p.

contrairement aux textes législatifs et règlementaires français. Il est intéressant de noter que c'est dans le code de l'action sociale et des familles que le terme de maltraitance a été utilisé pour la première fois en France, à l'occasion de la création du comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, établi par l'arrêté du 16 novembre 2002[586]. Cette création a permis d'insérer dans ledit code des indications relatives à la prévention de la maltraitance et à la lutte contre celle-ci. En parallèle, dans le code de la santé publique, les références à la maltraitance sont rares, se limitant principalement à l'une des missions de l'Agence régionale de santé[587]. En ce qui concerne les codes de déontologie ou les règles professionnelles des professions médicales et paramédicales, le terme de maltraitance est principalement évoqué en lien avec les responsabilités spécifiques de l'infirmier[588]. En revanche, la lutte contre la maltraitance est devenue une composante de la qualité des soins, de l'accueil et de la prise en charge des patients en France. Effectivement, le code de la santé publique a consacré, depuis la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, le droit du patient à des soins de qualité. Ainsi, ont émergé dans ce cadre des normes de pratique professionnelle notamment à travers des procédures d'accréditation puis de certification des établissements de santé. Dans la première version de l'accréditation, un chapitre entier a été consacré aux droits et information du patient, et le terme de maltraitance apparaît explicitement dans le manuel V2010. Présentant des évolutions par rapport aux versions antérieures, ce manuel fait état de développements thématiques concernant les droits des patients et la nécessité d'inciter les établissements de santé à adopter des actions en matière de prévention de la maltraitance qui ne se limitent pas aux faits délictuels et individuels mais tendent également vers la mise en œuvre de démarches permettant de rendre les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes malades. Ainsi, en tant que composante essentielle de la démarche de qualité des soins, la lutte contre la maltraitance se situe à la frontière des normes juridiques et des normes de qualité. Assurément les normes de qualité, en veillant aux pratiques professionnelles, se réfèrent, également aux normes juridiques existantes, incluant les sanctions des violences constitutives de maltraitance ainsi que le droit au respect de la dignité et de l'intimité des patients et celui de la confidentialité des informations.

Par ailleurs, en se penchant sur la jurisprudence algérienne, la recherche que effectuée dans les revues du Conseil d'Etat et de la Cour suprême permet d'avancer que le juge algérien n'a pas sanctionné des cas de maltraitance dans les établissements de santé en dehors des actes de violence

[586]L'arrêté du 16 novembre 2002 portant création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, JORF du 6 décembre 2002.

[587]L'article L.1431-2 du CSP français fixe les missions de l'Agence régionale de santé en termes de développement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

[588] Conformément à l'article R-4311-5 du CSP français.

intentionnelle et des délits volontaires commis en pleine connaissance de cause[589]. Une telle rareté ne constitue en rien une anomalie dès lors que les juridictions ne peuvent être saisies que de phénomènes négatifs générant du contentieux. En France, la même recherche donne lieu à des résultats plus importants où la notion de maltraitance apparait la première fois dans un arrêt du Conseil d'État du 29 avril 2002[590]. Dans le cas d'espèce madame X, aide-soignante titulaire, a eu un comportement verbal agressif et des gestes assimilables à des brutalités physiques à l'encontre d'au moins deux pensionnaires de la maison de retraite dans laquelle elle exerçait ses fonctions. Ces faits étaient constitutifs d'une faute de nature à justifier une sanction disciplinaire d'exclusion temporaire de quinze mois infligée par le directeur du centre hospitalier intercommunal du bassin de Thau. Se prononçant sur la décision de la commission des recours du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière qui a substituée à la sanction envisagée par le directeur, une sanction d'exclusion temporaire de trois mois, le juge a considéré que « *que le conseil de discipline, lors de sa séance du 13 juin 2000 a entendu plusieurs autres personnes témoignant dans le même sens et dont les déclarations conduisent à atténuer la portée des incidents imputables à l'intéressée ; que, dès lors, en proposant de réduire la sanction prononcée à l'encontre de Mme X... à une exclusion temporaire de trois mois, la commission des recours n'a pas entaché son avis d'erreur manifeste d'appréciation* ». De même, plusieurs autres arrêts illustrent le contrôle opéré par le juge administratif sur les procédures disciplinaires qui ont sanctionné des comportements inappropriés liés à une absence de bientraitance envers les patients, sans mentionner explicitement la notion de maltraitance. Les comportements des soignants ont été qualifiés de caractère instinctif et des circonstances atténuantes ont été prises en compte[591]. D'un autre côté, le Conseil d'Etat a sanctionné la maltraitance hospitalière en considérant dans un arrêt du 8 septembre 2003 qu'il « *ressort des pièces du dossier que le directeur du centre hospitalier de Saint Quentin a, par décision du 13 mars 2003, révoqué M. Thierry Y, aide-soignant, pour avoir giflé et injurié un pensionnaire de la maison de retraite dépendant du centre hospitalier; que, sur recours de M.Y, la commission des recours du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière a émis l'avis qu'il y avait lieu de substituer à la sanction de révocation une exclusion temporaire des fonctions de deux ans assortie de dix-huit mois de sursis; Considérant que, en application de l'article 26 du*

[589] C. Suprême, affaire n°304663 du 28-01-2003, H.S infirmier à l'hôpital de Msila c/ W.A, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 43. Voir aussi, C. Suprême, affaire n°316498 du 26-07-2006, A.S infirmier à l'hôpital de Constantine c/ DJ, N. Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 46.

[590] Conseil d'Etat, 8 SS, du 29 avril 2002, 227341, inédit au recueil Lebon.

[591] CAA Bordeaux, 26 aout 2008, 06BX01257, Inédit au recueil Lebon. Voir aussi, CAA Bordeaux, 31 décembre 2009, N° 08BX02405, Inédit au recueil Lebon, CAA Nantes, 16 mai 2003, N° 01NT01490, Inédit au recueil Lebon et CE, 7 avril 2004, N° 259786, Inédit au recueil Lebon.

décret du 13 octobre 1988, l'exécution de l'avis de la commission de recours impose au directeur du centre hospitalier de substituer à la décision de révocation une nouvelle décision qui ne peut être plus sévère que celle retenue par la commission des recours ; qu'elle implique en conséquence la réintégration de M.Y; que les troubles qui en résulteraient dans l'établissement hospitalier, notamment à l'égard des patients, eu égard à la gravité des faits commis par l'intéressé, créent une situation d'urgence; Considérant qu'en l'état de l'instruction et, compte-tenu des explications données au cours de l'audience publique par M. Y sur les actes qui lui sont reprochés et qui ont justifié sa révocation, le moyen tiré de ce que l'avis rendu par la commission des recours du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière est entaché d'une erreur manifeste d'appréciation est propre à créer un doute sérieux quant à la légalité de cet avis »[592].

Ainsi, nous notons qu'en matière de maltraitance, les juges évaluent les situations de vulnérabilité bien au-delà des notions génériques organisées par les textes et constatent, au cas par cas, les conséquences réellement induites par ces vulnérabilités. Dans ce contexte, ils identifient l'intention coupable de l'accusé, allant au-delà de la simple négligence ou insouciance. Ils mettent en lumière l'existence d'actes délibérés, commis en pleine connaissance de cause.

Toutefois, même si la maltraitance caractérisée a été prise en compte par le droit, l'existence de certaines situations de maltraitance latente dans les établissements de santé suscite une véritable réflexion sur l'efficacité de la règle de droit pour lutter contre ces formes de maltraitance psychique ou psychologique, qui sont beaucoup plus complexes à cerner et à éradiquer. La jurisprudence révèle ses limites dans la lutte contre la maltraitance et la protection des personnes vulnérables. En effet, malgré les cas exposés et sanctionnés, la majorité des situations de maltraitance reste probablement impunie. Cette réalité met en lumière la nécessité de développer des mesures et des actions plus efficaces pour prévenir et combattre cette forme insidieuse de maltraitance, tout en assurant une protection adéquate aux personnes vulnérables.

B. La maltraitance à l'hôpital: des pratiques répandues en Algérie

L'absence de normes juridiques n'empêche pas le repérage de certains manquements aux droits des patients, qui mettent en lumière une forme de maltraitance latente dans les établissements de santé algériens[593]. En réalité, de nombreux exemples témoignent de situations ordinaires vécues

[592] CE, 8 septembre 2003, N° 259787, Inédit au recueil Lebon.

[593] Il existe quelques rares travaux de recherche qui emploient le mot « maltraitance » pour faire référence à des actes non intentionnels de la part des professionnels de la santé dans leurs comportements quotidiens avec les malades. Voir à ce sujet, BELKHAOUANE, Ghizlane, « Les droits des patients en Algérie entre le vide législatif et la nécessité de mettre en place de nouveaux mécanismes pour améliorer leur prise en charge-étude comparative», précité. Voir également, KAMRAOUI, Azzedine, *Les nouveaux postes de la responsabilité médicale en Algérie- étude comparée*, Thèse, droit public, Université Mohamed Ben Ahmed d'Oran, 2013.

quotidiennement par les malades, qui relèvent d'un phénomène de maltraitance invisible, intériorisé par eux et souvent considéré avec indifférence par les soignants, d'où l'adjectif «banalisé». L'objet des développements qui suivent est de mettre en évidence cette forme de maltraitance, car elle est à l'origine de nombreux conflits entre les patients, leurs proches et les établissements de santé, surtout pendant la période d'hospitalisation. C'est en rendant visible certaines pratiques que pourraient être créé un régime juridique permettant leur sanction. Souvent, la compréhension factuelle permet d'instaurer des mécanismes juridiques adaptés et éclairés, capables de faire face aux défis émergents dans le domaine de la santé et d'assurer une protection adéquate des droits fondamentaux des malades.

Dans ce contexte, il est important de rappeler que la personne hospitalisée est, souvent, encore considérée en tant qu'objet ou matière première sur laquelle les professionnels de santé travaillent. Au confluent de plusieurs logiques parfois contradictoires entre elles, ces derniers sont confrontés à des choix difficiles et s'opposent mutuellement dans leurs comportements. De ce fait, ils finissent par afficher une certaine indifférence à la présence du malade et ignorent, en partie, les attentes et demandes de la personne hospitalisée et de son entourage.

Plusieurs situations font, effectivement, états d'un fonctionnement collectif des professionnels qui ignore la présence même des malades ou de leurs proches. Ainsi, de simples échanges entre professionnels, en présence du patient, peuvent être source de maltraitance. Assurément, comme dans tout milieu professionnel, les échanges entre collègues ne concernent pas uniquement les tâches à réaliser, mais peuvent également concerner ce qui relève de la vie privée de ces professionnels. Anodines dans la plupart des cas, ces discussions peuvent porter à conséquence quand elles se déroulent devant le patient, un public non concerné, qui aurait besoin au contraire de toute l'attention des professionnels. D'autres témoignages, notamment dans les salles de réveil ou les services de psychiatrie révèlent le comportement des professionnels qui tendent à se regrouper à l'écart des malades, semblant oublier les demandes ou tout simplement l'existence des patients présents dans le service[594]. Les conversations portent parfois sur les conditions de travail et le patient est pointé implicitement du doigt étant, généralement, la source des difficultés des personnes qui le soignent. Pareillement, les personnes soignés peuvent également être prises en otage de clivages corporatistes ou de conflits internes à l'établissement de santé que les discussions, parfois houleuses, laissent transparaitre[595].

Par ailleurs, il est reproché aux professionnels de la santé leur manque de disponibilité. En

[594] AYAD, Leila et HELLALI, Ahmed, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : point de vue des malades », précité.

[595] DUMOND, Jean-Paul, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, vol 1, n° 1, 2003, pp. 71-81.

effet, centrés sur l'organisation et les tâches à réaliser, ils oublient qu'il faut du temps pour communiquer avec le malade, lui accorder de l'attention ou l'apaiser. Or, ce manque de temps peut aboutir à une rupture de la prise en charge émotionnelle. Les docteurs Anne Révah-Lévy et Laurence Verneuil rapportent dans leur livres « *docteur, écoutez!*», que « *23 secondes est la moyenne de temps de parole accordée au patient avant que le médecin ne l'interrompe pour diriger l'entretien »*[596].

On note aussi, souvent, le peu de crédit accordé à la parole du patient. Dans ces cas, la maltraitance est étroitement associée à des désagréments physiques, voire une mise en danger des personnes. La connaissance scientifique est utilisée pour disqualifier la connaissance issue de l'expérience personnelle du patient. De telles attitudes sont critiquables, surtout quand elles entraînent des conséquences graves, telles que des risques non pris au sérieux, des éléments diagnostiques négligés, ou des alertes données et ignorées. Ces négligences peuvent mener à des retards de diagnostic ou à des erreurs médicales, généralement considérées comme impardonnables par les patients[597].

En outre, la situation de dépendance des malades exige de la part des professionnels une attitude qui l'atténue. Or, de nombreux témoignages de malades évoquent des humiliations en rapport avec le corps, l'intimité et le besoin d'aller aux toilettes ou d'avoir le bassin[598]. Le défaut d'hygiène (protections inchangées, aliments renversés…) s'accompagne, souvent, d'un sentiment d'abandon. Pareillement, l'absence de prise de conscience de la part des professionnels de santé de la gêne ressentie par les patients devant l'exposition prolongée de leur nudité notamment dans les blocs opératoires ou les salles de réveil ou devant des personnes qui n'ont pas de rôle dans le soin tels que d'autres malades est perçue comme une humiliation qui accroit l'incompréhension des patients et nourrit la conflictualité. Assurément, la maltraitance peut être accentuée dans certaines situations de soins où le niveau de dépendance du patient à l'égard de son environnement est très important. De ce point de vue, le séjour en réanimation est topique. Les professionnels de santé sont concentrés sur des soins très lourds dont la technicité peut leur faire oublier certains besoins des patients et justifier des faits de maltraitance tel que la nudité ou l'inconfort de l'hospitalisation où les soins se font de jour comme de nuit avec toutes les nuisances que ceci peut engendrer[599].

---

[596] REVAH-LEVY, Anne et VERNEUIL, Laurence, *Docteur, écoutez ! -Pour soigner il faut écouter*, Albin Michel, 2016, 146 p.

[597] DOMINICE, Pierre, « Du silence de la souffrance à la parole des patients », *Le sujet dans la cité*, vol 1, n° 1, 2010, pp. 107-119.

[598] AYAD, Leila et HELLALI, Ahmed, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : point de vue des malades », précité.

[599] KAZEK, Armand, « La transparence et l'espace-temps en réanimation », *L'information psychiatrique*, vol. 91, n° 10,

En lien avec ce dernier point, il importe de préciser que parfois c'est toute l'organisation hospitalière qui agresse les malades et leurs proches dans la mesure où la maltraitance est étroitement liée au fonctionnement institutionnel des établissements publics de santé qui prime sur la personne malade dont la singularité, les attentes et les pratiques individuelles sont perçus comme « *un grain de sable qui risque de bloquer la machine* »[600]. Aussi, en règle générale, il est demandé au patient de s'adapter aux contraintes de l'organisation et non l'inverse. L'établissement de santé fonctionne selon des règles implicites connues seulement des professionnelles, ou parfois explicitées, dans un règlement plus au moins formalisé qui n'est ni négociable ni adaptable à la situation de chaque patient. L'invocation de ce règlement a pour objectif de faire entrer le malade dans un rôle prescrit qui est de tendre vers l'objectif ultime de guérison. Pourtant, il est d'autant moins accepté que les règles édictées ne trouvent pas de justification claire, et confinent parfois à l'absurde, voire à l'inhumanité. « *Il faut faire toujours preuve de courage !», « il est interdit d'avoir du vague à l'âme ! », « les parents ne peuvent pas rester longtemps auprès de la personne malade, ça la fatigue ! »*. Autant de témoignages qui résument les formes d'autocensure qui sont imposées pendant l'hospitalisation, aux patients et à leurs proches[601].

La maltraitance institutionnelle se manifeste, généralement, dès l'arrivée à l'établissement de santé, moment souvent générateur d'angoisse où les personnes hospitalisées et leurs proches ressentent tout particulièrement le besoin d'être aidés, accompagnés et guidés. En effet, l'accueil, première étape de l'admission du malade, souvent négligée dans les structures de santé algériennes, est aussi une source de maltraitance. En règle générale, les formalités administratives sont remplies à l'admission, « *il manque toujours un papier, un numéro mais le personnel des bureaux des entrées reste figé sur le formalisme, à en croire qu'il n'est pas capable de faire preuve de compréhension »*[602]. Pourtant, les accueils « ratés » laissent des souvenirs souvent douloureux. Ils illustrent parfaitement le sentiment d'abandon et d'errance que peuvent ressentir des personnes mal accueillis à leur arrivée dans un établissement de santé et certains protocoles d'accueil peuvent être vécus comme une expérience traumatisante, notamment dans les hôpitaux psychiatriques où le personnel, centré sur la sécurité des patients, se mobilise en groupe pour admettre un seul malade[603].

2015, pp. 809-817.

[600] GILLES, Jeannot, *Les usagers du service public*, PUF, Que sais-je ?, 1998, p 4.

[601] MIHI, Wiâm et ELKAFL, Yasmina, « La réalité de la qualité des prestations dans les établissements hospitaliers», précité.

[602] AYAD, Leila et HELLALI, Ahmed, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : point de vue des malades », précité.

[603] MERIAUX, Mathilde, Delatte, BENOIT, HENDRICK, Stéphan et DENIS, Jennifer, « L'accueil en santé mentale, si on en parlait ! »*, Psychologie Française*, Vol 68, n°2, 2023, pp309-326.

Par la suite et tout au long de l'hospitalisation, l'établissement de santé impose un rythme aux patients et à leurs proches. Au quotidien les patients ont l'impression que l'hôpital fonctionne devant eux comme s'ils n'existaient pas. Ils subissent l'arbitraire de la discipline de cette organisation et sa cadence qui est, parfois, décousue et incohérente rendant impossible le repos[604]. Très souvent, les reproches des malades se manifestent quand ils ressentent le besoin de se reposer et qu'ils en sont empêchés. Cela est d'autant plus vrai la nuit où les soignants, pris dans les tâches à assurer, oublient le respect du sommeil des malades. En effet, *« la nuit est aussi à inscrire au tableau noir. L'infirmier de service qui arrive à minuit pour vous faire une prise de sang ou pour vous changer la seringue de votre robot injecteur ou encore vous placer sous perfusion allume, sans considération aucune, la lumière, alors que vous aviez enfin trouvé le sommeil, fait ce qu'il a à faire et s'en va comme il est venu et vous en avez pour une heure ou deux avant de pouvoir vous rendormir»*[605]. Plus encore, ce rythme imposé finit, parfois, par entrer en contradiction avec la qualité des soins et les règles d'hygiène, accélérant la dégradation de l'état des patients. Assurément, les personnes qui arrivent dans les services d'hospitalisation relativement autonomes peuvent se trouver rapidement altérées par le rythme imposé par l'organisation de l'établissement. En effet, elles sont souvent contraintes de porter des couches faute de se retenir jusqu'aux heures fixes allouées pour aller aux toilettes, ce qui peut accélérer leur déclin. De plus, les changements non anticipés dans le programme de soins, les examens déplacés, les modifications d'horaire sont d'autant plus critiqués qu'ils aboutissent à une mise à distance des proches, même si elle est involontaire[606].

L'établissement de santé impose également le bruit de ses activités. Les malades dénoncent fréquemment cette contrainte qui semble parfois être « *cultivée* »[607], car elle est perçue comme une marque de désintérêt pour les patients. Elle symbolise le déséquilibre de la relation entre les professionnels de santé et les malades, qui leur reprochent leur incapacité à s'interroger sur l'impact de leurs activités[608]. Il est d'autant plus décrié que *« des erreurs médicales peuvent survenir, même si cela est rare, lorsque le bruit ambiant à l'hôpital est trop élevé et qu'il altère la communication*

[604] CAUVIN RENAULT, Corine, « Introduction. De quel mal souffre l'hôpital public ?», dans, *Reconstruire l'hôpital. Concilier normes et relation de soin*, Érès, 2020, pp 19-25.

[605] AYAD, Leila et HELLALI, Ahmed, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : point de vue des malades », précité.

[606] JOUBLIN, Hugues. « Le proche de la personne malade et l'univers des soins », dans, *Traité de bioéthique. II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques.* Érès, 2010, pp. 270-285.

[607] COLAU, Hélène, COQ-CHODORGE, Caroline, HAROSTEGUY, Jean-Pierre, « nuisances ; l'hôpital monte le son », *Infirmière magazine*, n°359, 2015, pp 22-28.

[608] REYNAUD, Eric, *«* Le bruit, fléau des établissements de santé *», Gestions hospitalières*, *dossier (Les patients*), n° 606, 2021, p 315.

entre les soignants »[609].

L'organisation de la sortie enfin et le retour à domicile ne sont pas toujours exemptes de tensions. Cet aspect, insuffisamment considéré par les professionnels de santé, devient particulièrement problématique lorsque le patient ou ses proches font face à une impréparation, ainsi qu'à des remises en question, annulations ou reports fréquents[610].

En outre, le fait que la direction des établissements de santé ne réponde pas systématiquement aux plaintes et doléances des patients, qui signalent certains cas de maltraitance mentionnés précédemment, est particulièrement frustrant pour les intéressés. En effet, faute d'un cadre règlementaire adéquat, ces établissements n'ont pas mis en place un espace institutionnel permettant aux équipes soignantes, assistées de représentants qui portent leurs voix, de prendre en charge efficacement ces doléances. Or, ces derniers considèrent la réclamation comme un moyen de provoquer des changements et d'œuvrer pour l'optimisation de leur prise en charge. Ils s'efforcent d'initier des mesures structurelles visant à améliorer l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé[611]. C'est pour cette raison que nous envisageons d'introduire la pratique participative, en tant qu'outil de gestion des conflits au sein des établissements de santé en Algérie, tel que nous développerons en détail dans la deuxième partie de notre recherche.

En conclusion, il importe de préciser que l'ensemble de ces situations de maltraitance institutionnelle témoigne du sentiment profond ressenti par le malade qui perçoit l'hôpital comme une institution organisée par rapport à elle-même et aux contraintes de ses professionnels et peu en fonction de ses attentes et de ses besoins en tant qu'usager. Aussi, il est essentiel de mettre en œuvre une véritable stratégie destinée à éviter la maltraitance banalisée à l'hôpital en renforçant la prévention de ce phénomène, plutôt que de s'en remettre uniquement au processus de sanction, qui ne devrait intervenir que pour les situations extrêmes. Cette maltraitance banalisée ou ordinaire peut être combattue non seulement par un régime juridique adéquat, mais aussi une évolution des pratiques et des formations éthique. En effet, la loi ne suffit pas, à elle seul, à faire évoluer les pratiques professionnelles et institutionnelles, d'autres valeurs se doivent d'être mobilisées pour réduire ce risque comme l'éthique et la déontologie tant au niveau des personnes qu'au niveau d'une profession ou d'une institution. Aussi, il importe que les professionnels de santé puissent

[609] Indique François Dominique, responsable de la mission développement durable à l'ARS, DOMINIQUE, François, *Etude de l'environnement sonore du prématuré au chu de limoges,* Etude, 2016, ARS *nouvelle Aquitaine.*

[610]ALBANO, Maria Grazia, et al, « L'éducation précédant la sortie de l'hôpital : nouvelle forme d'éducation thérapeutique. Critères de qualité et perspectives d'application à notre contexte », *Recherche en soins infirmiers*, vol 141, n°2, 2020, pp. 70-77.

[611] OUCHEN, Rima, *La gestion de la qualité en tant qu'outil d'amélioration de la prestation hospitalière – étude de cas des centres hospitalo-universitaires de l'est algérien-* », Thèse, sciences de gestion, Université Hadj Lakhder de Batna, 2018.

repenser leurs pratiques et que les établissements hospitaliers réévaluent leur organisation pour offrir un meilleur accueil, une écoute attentive aux patients et à leurs proches, et faire vivre leurs droits. À cet égard, il serait pertinent pour les pouvoirs publics sanitaires algériens de considérer la conduite d'une étude similaire à celle réalisée par la Haute Autorité de santé en France en 2009[612]. En effet, cette étude a mis en lumière l'existence de ce phénomène dans les établissements de santé français malgré les avancées significatives en matière de pratiques et d'organisation, ainsi que l'instauration de cadres légaux. Aussi, une telle étude pourrait constituer une étape fondamentale pour identifier et adresser les enjeux de la maltraitance « ordinaire » ou « passive » dans le contexte algérien.

[612] COMPAGNON, Claire et GHADI , Véronique, *La maltraitance ''ordinaire'' dans les établissements de santé – étude sur la base de témoignages*, Etude, 2009, HAS, Paris. Voir aussi, BRESSAND, Michelle, CHRIQUI-REINECKE, Martine et SCHMITT, Michel, *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé*, Rapport au Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, 2011, Paris, La Documentation Française, sur www.ladocumentation francaise.fr /rapports, consulté le 30/07/2023.

Conclusion du deuxième chapitre

Il apparaît quelque peu paradoxal que, au sein des établissements hospitaliers, où les règles de vie collective prédominent, le patient demeure particulièrement attaché à la préservation de son droit au respect de sa vie privée. Ce droit fondamental se heurte à un environnement où l'intimité est fréquemment mise à l'épreuve, soulevant ainsi des enjeux juridiques, éthiques, déontologiques et sanitaires significatifs. Ainsi, se pose aujourd'hui, non sans une certaine insistance, la question du respect de l'intimité du malade et la protection des informations personnelles et privées relatives à son hospitalisation. Il est également essentiel de reconnaître que la prise en compte des croyances personnelles du patient est un élément fondamental dans le contexte de soins. Pareillement, le besoin de sécurité à l'hôpital se trouve, de plus en plus renforcé, du fait de l'intégration du malade dans une culture du risque considérant que l'hôpital en produit autant qu'il produit de soins. Le législateur algérien s'est saisi de ces questions, en prévoyant divers encadrements protecteurs de ces droits, qui se sont adaptés aux évolutions sociétales et technologiques de la relation de soins.

Par ailleurs, l'hospitalisation représente une épreuve notable pour les patients et leurs proches, non seulement en raison des implications liées à la maladie, à la souffrance et à la mort, mais également en raison de la perception d'une organisation complexe inhérente aux établissements de santé. En effet, être hospitalisé signifie être dans une position de rupture, être arraché à sa vie affective, être séparé de ses proches. En ce sens, le malade subit, pendant un certain temps, une acculturation et doit adopter des comportements nouveaux et se conformer à la subculture d'un établissement qui devient le cadre de son existence. Il dépend, également, du personnel médical et soignant. Aussi, il attend, non seulement un cadre de vie bienséant mais également une écoute de la part de ces professionnels, de la bienveillance et parfois un accompagnement inconditionnel. Faute de répondre, toujours, à ces attentes, des signes de crises et de conflits émergent souvent, reflets des tensions et des conditions d'hospitalisation au sein des hôpitaux publics algériens.

Conclusion du premier titre

Le droit à l'accès aux soins est un droit fondamental reconnu par la constitution et de nombreux traités internationaux. Il garantit à tous les individus l'accès à des soins de qualité, sans discrimination, et ce, quel que soient leur âge, leur sexe, leur race, leur religion ou leur statut socio-économique. L'Algérie a mis en place des politiques et des programmes pour garantir un égal accès aux soins pour tous les patients, notamment à travers, d'une part, une politique de gratuité des soins qui permet à tous les citoyens de bénéficier de la totalité du bouquet des soins offerts par le secteur public et, d'autre part, en veillant également à assurer une offre sanitaire équitable notamment dans les régions rurales. Pourtant, ce droit se trouve, parfois, compromis par des facteurs liés à la disponibilité de certains soins, la distance à parcourir pour se rendre dans un établissement de santé, ou encore par des barrières organisationnelles. En effet, la fragmentation de la réponse au besoin de santé entre soins primaires et soins hospitaliers nécessite un schéma d'ensemble, une hiérarchisation des prestations et une coordination entre ces différents niveaux afin de structurer un parcours de soins efficient, lisible et surtout accessible pour tous les patients car c'est dans cette sphère que surgissent les difficultés qui peuvent affecter, séparément ou simultanément, l'accès aux soins.

Si le parcours du malade pour accéder à une structure de santé adaptée à son besoin de santé peut être une source de conflits, son hospitalisation au sein de cette structure fait apparaitre d'autres types de contraintes. L'institution hospitalière, à la fois lieu de soins et de vie, doit offrir des prestations de santé à ceux qui en ont besoin. Cependant, elle n'est plus uniquement perçue sous cet angle, car le patient exige aujourd'hui non seulement le respect de ses droits à l'intimité et à la sécurité pendant son hospitalisation, mais aussi de bénéficier de bonnes conditions matérielles et d'un certain confort durant son séjour. En ce sens, et dans une démarche qualiticienne les établissements de santé sont tenus, d'une part, de créer des environnements hospitaliers plus accueillants et plus agréables pour les patients et de trouver, d'autre part, des moyens de maintenir une dimension humaine dans les soins en luttant contre le déni d'humanité, le manque d'écoute et l'imposition de règles de vie rigides. L'ensemble de ces manifestations, pointées par les patients et reliés à des facteurs essentiellement institutionnels anciens et nouveaux, font des établissements de santé des organisations « souvent » maltraitantes génératrices de malaises et de conflits pendant la période l'hospitalisation.

Titre 2- Acte et données médicales: une *technè* ambiguë génératrice de conflits

La médecine a enregistré des avancées notables auxquelles on ne peut rester indifférent. Cependant, ces progrès ne sont pas sans poser de nouveaux défis. Les techniques médicales avancées et les médicaments efficaces d'aujourd'hui, capables de traiter des maladies autrefois considérées comme incurables, requièrent une précision et une vigilance accrues, car le risque d'erreurs n'est plus toléré par les patients. Loin de réduire la responsabilité médicale, ces innovations ont engendré l'effet inverse : elles ont intensifié les attentes des patients, qui deviennent de plus en plus exigeants, revendiquant autonomie et résultats concrets.

L'affirmation de l'autonomie du malade découle de sa volonté «*de conserver la maîtrise de sa destinée*»[613]. Elle implique la reconnaissance de certains droits, dans le but de lui permettre de devenir un véritable acteur de sa santé. En ce sens, l'information du patient, en vue d'une expression éclairée du consentement, constitue un pilier de cette autonomie. Sa consécration au sein de la loi a permis d'assurer au malade la qualité de sujet de droit et non d'objet de soins en amenant les professionnels de santé à honorer leurs devoirs de conscience et d'humanisme. Bien que la prise en compte de la volonté du patient et l'éclairage de cette volonté soient consubstantiellement liés, le recueil du consentement en lui-même génère peu de contentieux. En revanche, le caractère éclairé de ce consentement, autrement dit le droit à l'information du patient, est souvent source de conflits ***(chapitre I).***

Par ailleurs, le patient a du mal à concevoir qu'un acte médical censé améliorer son état de santé puisse parfois entraîner des conséquences négatives. Face aux accidents médicaux qui surviennent dans la grande variété des situations de la relation médicale, il réclame une juste réparation pour les dommages subis. Par principe, le patient ne peut engager la responsabilité d'un médecin que s'il parvient à prouver la faute de ce dernier. S'il est important de réaffirmer le caractère bien établi de ce principe jurisprudentiel dans le marbre de la loi algérienne afin de réduire le contentieux médical, il est, également, essentiel dans un souci légitime d'une meilleure indemnisation des victimes, d'inscrire, dans cette loi les situations ou l'on peut s'écarter de ce principe fondateur. Ces exceptions permettraient l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs notamment dans le cas où la réalisation de préjudices n'est pas corrélée à un manquement aux obligations des soignants ***(chapitre II).***

[613] Cour de cassation, « Le droit de savoir », *Rapport annuel 2010*, Paris, La Documentation française.

Chapitre 1 – L'information et le consentement appréhendés sous l'angle du conflit

Si la bonne foi est « *l'âme du droit des contrats* »[614], réputée garantir la loyauté des potentiels contractants dans leur rapports, il s'agit néanmoins d'un concept incertain, du fait de l'imprécision de sa substance et de sa portée. Découlant du principe de bonne foi[615], le devoir d'information semblait nécessaire à l'autonomisation des obligations pesant sur les cocontractants. En effet, visant à apporter une connaissance éclairée de l'engagement, cette obligation permet de battre en brèche les potentielles réticences dolosives d'où sa reconnaissance en tant que droit à tous les types de contrat variant en fonction des branches concernées.

C'est dans ce cadre qu'un véritable droit à l'information du patient a reçu une consécration effective, bien que de nature particulière car l'acte de soins met davantage en jeu le droit du patient à faire respecter son intégrité physique indépendamment de l'existence de contrat. La relation médicale est une construction juridique très spécifique régie par des principes supérieurs et soumise au respect de droits fondamentaux. Elle est caractérisée par son asymétrie, le médecin étant un homme de savoir par rapport à un patient ignorant qui ne pouvait qu'accepter le modèle thérapeutique qui lui était prescrit. Pourtant cette relation a remarquablement évolué et présente désormais un nouveau visage où le malade est considéré comme un véritable sujet de droit capable de prendre ses propres décisions.

La problématique du droit à l'information et du droit au consentement occupe une place prépondérante dans les conflits qui opposent le malade aux établissements publics de santé en Algérie. Initialement consacrées dans le code de déontologie médicale en tant qu'obligations des praticiens médicaux, ces notions ont été élevées au rang de droits des malades par la nouvelle loi de santé algérienne. Elles ont connu de nombreuses évolutions, tant en termes de portée et d'implications **(*Section I*)**, que de sanctions, en cas de non-respect par les soignants, devenant un poste de préjudice en pleine expansion en droit algérien (***Section II***).

[614] MEKKI, Mustapha, « Les principes généraux du droit des contrats au sein du projet d'ordonnance portant sur la réforme du droit des obligations », *Recueil Dalloz*, 2015, 14, p 816.

[615] Principe général du droit des contractants qui s'applique tant au stade des négociations contractuelles que lors de l'exécution du contrat. L'article 1104 du CC français, correspondant à l'article 107 du CC algérien, précise que cette disposition est d'ordre public.

Section 1. Le droit à l'information : des problématiques juridiques autour de sa nature et sa finalité

Dans une tentative de rééquilibrage de la relation médicale et afin de conférer une garantie de respect de certains aspects humains dans cette relation, l'information du malade a été consacrée, depuis la promulgation de la nouvelle loi de santé, en tant que droit du patient alors qu'elle s'imposait en tant qu'obligation légale du praticien médical aussi bien dans l'ancienne loi de santé que dans le code de déontologie médicale.

Retracer l'histoire du droit à l'information revient donc à rappeler l'affirmation progressive de l'autonomie du patient, concomitante au progrès scientifique et à l'émergence des droits des citoyens. Le médecin, dont le pouvoir s'est désacralisé, ne pouvait plus continuer à décider seul de tous les choix thérapeutiques concernant ses patients. La nouvelle loi de santé algérienne a renforcé la place du patient dans la relation médicale, en accentuant l'importance de l'information **(§1)** et du consentement **(§2).**

§ 1.Le droit à l'information: une mue de la confiance dans la relation de soins ?

Recherchant une meilleure transparence dans la relation médicale, l'exercice des activités des professionnels de santé a été soumis au droit du patient d'être informé préalablement à tout acte de soins. Construit progressivement par la jurisprudence et consacré par divers textes, les contours de ce droit, bien que définis par la loi, restent encore mouvants. Ils tendent de plus en plus à renforcer la position du patient, à l'instar de ce qui est observé dans d'autres domaines du droit, notamment en droit privé.

Toutefois, si l'objectif recherché par cette transparence ne peut être rempli que par une information précise **(A)**, le législateur n'en a pas moins tenu à la délimiter en déterminant ce qui doit être dit et ce qui peut être tu **(B).**

A. *Une information précise*

S'inscrivant en droite ligne avec l'évolution du statut du patient, à une époque où le paternalisme médical semble révolu, l'information due au malade a fait l'objet de nombreuses évolutions aussi bien par rapport à son contenu qui apparait aujourd'hui de plus en plus complet, voire exhaustif **(1)** qu'en ce qui concerne sa forme **(2).**

1. Un périmètre élargi

Le contenu de l'information médicale renvoie à plusieurs dimensions, tant individuelle que

collective. Dans ce contexte, l'information fournie par un médecin à son patient dans le cadre de la relation de soins constitue la dimension curative de l'information. À l'opposé, l'information mise en œuvre par les pouvoirs publics dans le cadre de leur mission de gestion des risques menaçant la santé publique représente la dimension préventive. Bien que nous nous attachions dans le cadre de notre recherche à mettre la lumière sur la première dimension de l'information dans la mesure où elle constitue une des sources des conflits qui peuvent entraver la relation du malade avec l'établissement public de santé, il reste essentiel d'examiner également sa dimension collective. Cette dernière relie le patient au système de santé dans son ensemble et peut, par conséquent, engendrer divers autres conflits.

Dans le cadre de la relation médicale individuelle, l'information due au malade a pris d'abord en Algérie la forme d'un devoir professionnel consacré dans le code de déontologie médicale. En effet, ce texte, dont la portée n'est que d'ordre réglementaire, a reconnu l'obligation, pour chaque médecin, de donner au malade des informations sur les raisons de tout acte médical subi. Les dispositions de ce code[616] n'avaient cependant pas précisé le contenu de l'information et l'avait limité aux raisons de l'acte de soins. C'est la nouvelle loi de santé qui va conférer une portée législative à cette obligation et l'ériger en droit du malade tout en détaillant le contenu de l'information qui doit lui être obligatoirement communiquée. En effet, les dispositions de la loi 18-11, intégralement inspirées de celles du code de la santé publique français[617] ont clairement précisé que l'information « *(...) porte sur les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* »[618].

Le principal trait saillant de cette nouvelle position du législateur algérien est l'élargissement du contenu de l'obligation d'information pour inclure les « *risques fréquents ou graves normalement prévisibles* », même si ces risques restent exceptionnels. Cette extension est « *l'une des problématiques juridiques majeures soulevées en matière d'information»*[619]en raison du caractère ambigu et relatif du concept de risque exceptionnel qualifié par Didier Chauvaux d'énigmatique car variable *« du médecin au juriste, du juge administratif au juge judiciaire, d'une époque à*

[616] L'article 43 du code de déontologie médicale algérien, précité dispose que: « Le médecin, le chirurgien dentiste doit s'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible sur les raisons de tout acte médical »

[617] Article L. 1111-2 du CSP. (France)

[618] Article 343 alinéa 3 de la loi de santé algérienne 18-11, précitée.

[619] GIRER, Marion, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », *Revue générale de droit médical*, n°82, 2022, p 125.

l'autre »[620] Le législateur algérien, au même titre que son homologue français, n'a pas défini la notion de gravité du risque laissant au juge une large marge de manœuvre pour l'apprécier. Notons, à ce titre que les juridictions civile et administrative, dans les deux pays, ne se sont jamais totalement alignées sur la définition du risque exceptionnel créant une grande confusion en la matière[621]. Cette divergence provient principalement de l'absence de définition précise du concept de « risques normalement prévisibles », ainsi que de la distinction subtile entre les risques habituellement attendus et ceux exceptionnels. En conséquence, le principe d'une information exhaustive a progressivement pris le dessus, implicitement consacré dans les deux pays par la formule législative « *risques normalement prévisibles* »[622]. Cette approche a cependant suscité des critiques de la part de nombreux auteurs et professionnels de santé, qui estiment que l'obligation d'information aurait dû être formulée différemment, laissant plus de libertés aux praticiens[623].

Par ailleurs, la nouvelle norme consacrée par le législateur algérien se distingue de celle retenue par son homologue français sur plusieurs autres points relatifs au contenu de l'information. En effet, le code de la santé publique français a consacré l'obligation d'informer le malade sur la possibilité qui s'offre à lui de recevoir des soins sous forme ambulatoire alors que le législateur algérien est resté silencieux sur le sujet. Il faut préciser que jusqu'à la promulgation de la loi 18-11, ni l'hospitalisation à domicile ni les soins palliatifs n'étaient juridiquement encadrés en droit algérien[624]. Leur mise en œuvre sur le terrain dépendait essentiellement des initiatives de certaines équipes médicales, qui en assumaient alors la pleine responsabilité en l'absence de cadre légal. En adoptant les dispositions de l'article L 1111-2 du code de la santé publique français, le législateur

[620] SAISON, Johanne, « Controverse sur l'étendue de l'obligation d'information médicale » *AJDA*, 2003, p 72.

[621] La question de l'hypothèse de décès est clairement identifiée par le juge administratif comme un risque grave qui doit être impérativement communiqué au patient, que l'intervention soit effectuée dans un cadre libéral ou hospitalier, comme en témoigne l'arrêt Courrech du Conseil d'État du 15 janvier 2001 (DA avril 2001, p. 39, note de C.Esper). Concernant les invalidités, les perspectives du juge administratif et du juge civil divergent. En l'absence d'une définition précise de l'invalidité, divers exemples illustrent les multiples situations invalidantes en médecine. La perte d'un membre ou d'un organe est reconnue par les juges comme conséquence invalidante de l'acte médical, par exemple la perte d'un œil (Cass. Civ. 1ère, 15 novembre 1999), la paralysie d'une corde vocale (CAA Marseille, 8 février 2001, Boutrif) ou l'amputation d'une jambe (CAA Nancy, 21 mars 2002, Di Costanzo, req. n°98NC00017). En revanche, le juge administratif a jugé que de simples douleurs du membre inférieur droit ne constituent pas une invalidité suffisamment grave (CAA Nantes, 19 octobre 2000, Madame B., req. n°96NTO1642).

[622] Formule consacré dans le CSP français et la nouvelle loi sur la santé algérienne n°18-11.

[623] Didier Chauvaux indique dans ce cadre que « « *les praticiens conservent une grande liberté d'appréciation quant au contenu et aux modalités de l'information. Ils ne sont nullement tenus, selon nous, et les commentaires des arrêts de la Cour de cassation nous confortent dans cette analyse, de procéder à une énumération exhaustive des types d'accidents constatés, quelle que soit leur fréquence. En effet, ce n'est pas d'un tel inventaire sinistre dont le patient a besoin pour prendre sa décision* », Conseil d'Etat, Section, du 5 janvier 2000, 181899, publié au recueil Lebon.

[624] L'article 281 de la loi 18-11 précité dispose que « *Les structures et établissements publics et privés de santé peuvent également assurer : des soins à domicile ; l'hospitalisation à domicile ; les soins palliatifs* ».

algérien a choisi de suivre la version de 2009[625], plus adaptée à la réalité médicale algérienne, où l'hospitalisation à domicile n'est pas encore généralisée faute de réglementations d'application. Ceci conforte nos précédentes analyses qui mettent en exergue cette tendance du législateur algérien à produire des normes incomplètes ou en total décalage avec certaines solutions dégagées par son homologue français car jugées non prioritaires pour lui.

En outre, en raison de la gratuité des soins instaurée en Algérie, le législateur algérien n'a pas inclus dans la loi 18-11 des dispositions relatives à l'obligation d'information sur le coût de l'acte médical, présentes dans le code de la santé publique français[626]. Une obligation qui se trouve d'autant plus renforcée en matière de chirurgie esthétique où un devis détaillé doit être remis au patient tout en lui accordant un délai minimum de réflexion avant de pratiquer l'acte médical en question. Aussi, dans le cadre de la mise en place de la contractualisation des prestations médicales par la nouvelle loi de santé[627], le législateur algérien aurait dû élargir le contenu de l'obligation d'information pour y inclure cette dimension de coût qui aurait favoriser le développement de quelques réflexes d'économie de la santé dans la pratique hospitalière algérienne.

En somme, en médecine curative, le législateur algérien s'est inscrit, à travers les solutions qu'il a dégagées, dans la démarche prescrite par l'ordre juridique étranger qui a précisé que l'information délivrée au malade devait être « générale, intellectuellement appréhensible par un public non spécialisé[628], complète et totale[629], rapide et adéquate[630], transmise préalablement à

[625] Version en vigueur du 23 juillet 2009 au 28 janvier 2016 modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, précitée.

[626]Conformément à l'article 1111-3 du CSP qui dispose en effet que : « *Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais* ».

[627] Article 330 de la loi 18-11, précitée.

[628] La résolution (74)6 du 27 juin 1974 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe sur les méthodes destinées à améliorer la santé bucco-dentaire.

[629] La Charte du malade usager de l'hôpital du Comité hospitalier de la CEE adoptée à Luxembourg le 9 mai 1979 stipule que « *le malade usager de l'hôpital a le droit d'être informé de ce qui concerne son état. C'est l'intérêt du malade qui doit être déterminant pour l'information à lui donné. L'information donnée doit permettre au malade d'obtenir un aperçu complet de tous les aspects, médicaux et autres, de son état et de prendre lui-même les décisions ou de participer aux décisions pouvant avoir des conséquences sur son bien- être* ». La charte dispose également que « *le malade usager de l'hôpital ou son représentant a le droit d'être complètement informé à l'avance des risques que peut présenter toute prestation inhabituelle en vue du diagnostic ou du traitement* ». Dans le même ordre d'idée la résolution du Parlement européen du 19 janvier 1984 sur une charte européenne des droits du patient établit que « *le droit à l'information sur le diagnostic, la thérapie et le pronostic* ». Enfin, la résolution du Conseil des ministres de la santé des Etats membres réunis au sein du Conseil du 22 décembre 1989 concernant la lutte contre le SIDA prescrit que « *l'information doit être claire et complète* ».

[630]Conformément à la déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale 1989 portant recommandations aux médecins dans les recherches biomédicales sur l'être humain de 1964 et des révisions réalisées en 1975, 1983, « *lors de toute recherche sur l'homme, le sujet éventuel sera informé de manière adéquate des objectifs, méthodes, bénéfices escomptes ainsi que des risques potentiels de l'étude et des désagréments qui pourraient en résulter pour lui. Il devra également être informé qu'il a le privilège de ne pas participer à l'expérience et qu'il est libre de revenir sur son*

l'acte médical et enfin permanente et actualisée »[631].

D'égale manière, le droit à l'information a également été consacré en médecine préventive eu égard à son importance primordiale dans ce domaine. En effet, l'Etat engage différentes politiques de prévention dans le but, d'une part de lutter contre des maladies transmissibles notamment celles contrôlables par la vaccination et d'autre part pour diminuer l'incidence d'une maladie dans une population donnée et réduire autant que possible son évolution. Or, les résultats de ces politiques ne peuvent être probants que grâce à une information institutionnalisée du public. L'objet de notre recherche n'est pas de faire une présentation intégrale des politiques publiques de prévention en santé mais d'illustrer que l'information de l'usager est au centre de ces politiques surtout lorsqu'elle vise à encadrer les conduites individuelles à risque[632] où elle est mise au profit de campagnes de vaccination[633]. C'est ainsi que le législateur algérien, emboitant le pas au législateur français, a étendu dans la nouvelle loi de santé les mêmes règles applicables en matière d'information curative à l'information collective diffusée dans le cadre des actions de prévention[634] afin de répondre à d'éventuels contentieux engagés à l'encontre de l'Etat pour carence fautive dans son rôle de prévention.

Cette position qui consiste à concilier et à renforcer les deux dimensions de l'information en droit algérien, permet d'offrir au patient une meilleure protection.

2. Un contenu formalisé

L'alourdissement du droit à l'information a conduit les praticiens à s'organiser de telle sorte qu'ils puissent toujours délivrer une information exhaustive adoptant une démarche préventive qui exige certains ajustements délicats dans la relation médicale. En effet, devant l'obligation de lister tous les risques liés aux pathologies permettant au malade de faire son choix en toute connaissance de cause, le praticien s'est replié, dans le cadre de son exercice, sur certaines pratiques dans le but

---

consentement à tout moment ». Dans un même sens, la Déclaration de Lisbonne de 1981 sur les droits des malades dispose que « *âpres avoir été adéquatement informé sur le traitement proposé, le malade a le droit de l'accepter ou de le refuser* » et la recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe aux Etats membres sur la recherche médicale sur l'être humain de 1990 selon laquelle « *cette information doit être suffisamment claire et être adaptée, de façon à permettre de donner ou de refuser le consentement en pleine connaissance de cause* ».

[631]A cet égard, la recommandation R (80)6 du 30 avril 1980 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant la lutte contre le cancer mentionne que cet organe est « convaincu que le grand public doit être informé au travers de medias et de tous les autres moyens appropries des connaissances actuelles en matière de cancer ».

[632] Notamment pour certaines actions de prévention telles que les programmes de lutte contre l'alcoolisme ou le tabagisme ; les programmes de prévention en matière de consommation de stupéfiants et les programmes de prévention de maladies à transmission sexuelle.

[633] Notamment pour certains actes vaccinaux obligatoires ou facultatifs.

[634] Article L.1111-2 du CPS pour le législateur français _ article 343 de la loi 18-11 précitée pour le législateur algérien.

de se préserver de tout recours en responsabilité.

En réaction à l'absence de directives claires du législateur algérien sur les modalités de transmission de l'information médicale, de nombreux professionnels de santé en Algérie ont adopté l'utilisation de fiches écrites pour formaliser l'information. Ce choix contraste avec la pratique en France, où l'information orale délivrée lors d'entretiens individuels est explicitement imposée. Au début, il s'agissait de courts documents d'information structurés en deux parties, dont une consacrée à l'expression de l'accord du patient et l'autre destinée à le guider à faire un choix thérapeutique à travers l'énumération des risques notamment exceptionnels. Aujourd'hui, on assiste à un accroissement de la quantité d'informations qui y est consignée et l'apparition de rubriques clairement porteuses de conséquences juridiques. On y retrouve en effet, de longues pages décrivant en détail toutes les interventions prévues auprès du patient, leur déroulement et les traitements alternatifs. Ces documents sont devenus de plus en plus exhaustifs à en oublier que le contenu devrait d'abord éclairer la décision du malade et viser le respect de l'autodétermination et de l'inviolabilité de sa personne. Ainsi, cet excès de formalisme a transformé ce qui était initialement une obligation morale et déontologique en une exigence législative perçue par certains praticiens comme dégradante, les réduisant au rôle d'exécutants des demandes contractuelles d'un client[635]. Ils cèdent à la tentation de procéder à une énumération des risques sans remplir leur obligation de conseil et expliquer aux patients l'intérêt de suivre telle ou telle conduite thérapeutique en dépit des risques exceptionnels qui y sont rattachés ne prenant pas en considération la noblesse de leur tâche ni la spécificité de l'acte médical [636].

Fortement opposé à cette façon de procéder, le professeur Abdelaziz Ayadi, président de l'ordre des médecins de la région d'Annaba soutient que « *le droit du patient d'être informé doit être respecté, mais le médecin doit conserver une démarche éthique. Son institution ne soutient pas l'idée de réduire l'information à un simple échange de signatures entre médecin et patient, semblable à celui d'un acte notarié, qui pourrait donner au médecin l'opportunité de se dégager facilement de son obligation d'information*»[637]. Dans ce cadre le professeur Anne Laude estime que « *la pratique de nombreux médecins, particulièrement ceux pratiquant des gestes à risque (anesthésie, chirurgie, endoscopie), consistant à remettre aux patients des documents écrits et à leur faire signer des déclarations de remise de documents d'information, ne saurait constituer une présomption irréfragable d'une prise de connaissance intégrale des conséquences de l'acte médical*

[635] POULET, Nadine, « Information du patient et consentement éclairé en matière médicale », *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, n°4, 2018 sur https://doi.org/10.25965/trahs.1174.

[636] Ibid.

[637] Cité par BELDJBEL, Atika, «L'information du patient : entre renforcement, assouplissement et exemption dans le droit algérien», *Revue des sciences humaines*, vol 21, n°1, 2021, pp 547-563, (article en Arabe).

envisagé »[638].Cette vision rejoint celle de la jurisprudence algérienne, qui selon certains auteurs, cherche à promouvoir les conditions d'un dialogue transparent entre praticiens et patients. L'objectif n'est pas de transformer le droit à l'information et le recueil du consentement du patient en une simple formalité où les médecins se contentent de faire signer des documents stéréotypés décrivant les risques. Au contraire, elle vise à encourager une communication authentique et complète, loin de toute démarche mécanique[639]. En effet, les formulaires remis aux patients ne sont ni nécessaires, ni suffisants car ces derniers n'appréhendent pas tous l'information de la même manière. *« Les paroles sont comme les médicaments : il faut adapter à chaque patient leur forme, leur dose, leur moment d'administration »*[640]. Assurément, la quantité d'informations donnée au patient, est forcément plus limitée que sa capacité d'écoute et les limites de sa compréhension immédiate. Qu'elle soit la cause ou l'effet de la dispense d'une quantité accrue d'informations, l'incertitude quant à la fonction de l'écrit n'en demeure pas moins présente.

L'exigence d'exhaustivité imposée par le droit à l'information semble privilégier l'écrit comme support d'une information complète. Toutefois, ce dernier ne peut pleinement répondre aux critères d'une information optimale. Ceci, nous amène à conclure à la nécessité d'ajuster le formalisme de l'information communiquée au patient, afin de mieux répondre à ses besoins spécifiques tout en respectant son droit à l'information. Il est essentiel que cette information, facilitant une prise de décision partagée, soit considérée comme un aspect d'une pratique médicale normale plutôt que comme un élément potentiellement contentieux, utilisé pour soutenir les réclamations de patients qui se plaindraient d'avoir été insuffisamment ou incorrectement informé[641].

B. Une information limitée et encadrée

Si le législateur a précisé le contenu de l'information dans l'objectif de rééquilibrer la relation médicale et d'offrir une meilleure protection au patient, il a également veillé à en limiter l'exhaustivité. Destinée à éclairer le consentement, l'information véhicule le meilleur et le pire. Aussi, la délivrer sans encadrement pourrait certainement avoir des résultats contraires à ceux

[638] LAUDE, Anne, « Le droit à l'information du malade », *Les Tribunes de la santé*, vol.9, n° 4, 2005, pp 43-51.

[639] KHELIFI, Asma, «Le droit d'information et du recueil du consentement du patient», *Revue de recherche en droit des contrats et des affaires*, vol 7, n°2, 2022, pp 279-296, (article en Arabe).Voir aussi Bensghir, Mourad, «Le droit du patient à l'information- Une étude analytique à la lumière des nouveautés législatives en Algérie et en France», *Revue du droit et des sciences sociales*, vol 5, n°3, 2012, pp 77-100, (article en Arabe).

[640] HOERNI, Bernard, SAURY, Robert, *Le consentement, information, autonomie et décision en médecine*, Masson, 1998, p 63.

[641] MEMETEAU, Gérard, « Chapitre 2. L'information, droit fondamental du patient ? », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, vol 26, n° 1, 2015, pp. 21-36.

escomptés et entraîner des conséquences pernicieuses significatives sur la continuité des soins. En ce sens, il est devenu impératif de l'encadrer en lui fixant des limites **(1)** et un régime de preuve permettant au malade de protéger ses intérêts en cas de méconduites liées à ces limites **(2).**

1. Des atténuations classiques

L'information est au centre de la relation médicale. Transformée par la nouvelle loi de santé en un véritable droit du patient, elle conditionne le consentement de celui-ci à l'acte de soins et lui permet de l'exprimer en toute connaissance de cause, après avoir reçu toutes les données nécessaires concernant son cas. Pourtant, il existe des situations où ces données ne peuvent pas être communiquées pour des raisons objectives empêchant de les délivrer partiellement ou totalement ou parce que le patient s'y oppose. En effet, des limites au droit à l'information où le médecin n'est pas tenu de satisfaire cette obligation ni de recueillir le consentement existent. L'urgence, l'impossibilité ou le refus du patient d'être informé en sont les principales illustrations. En droit algérien, le médecin peut également prendre, l'initiative de dissimuler ou de nuancer dans certaines hypothèses, les informations données au malade. Aussi, il est important dans le cadre de notre recherche d'examiner chacune de ces limites afin de mieux comprendre les écarts et les manquements qui peuvent émerger en la matière et constituer des sources potentielles de conflits.

Tout d'abord, pour ce qui est de la notion d'urgence, il est important de préciser qu'en tant que question technique, elle n'a pas été clairement définie par les textes algériens. En effet, si le code de déontologie médicale algérien oblige le médecin à prodiguer des soins lorsque la vie du malade se trouve en situation de péril, il ne définit pour autant cette situation[642]. Pourtant au-delà d'une simple exception au droit à l'information et au recueil du consentement, la formulation employée dans ce texte semble désigner l'urgence comme étant une situation critique et vitale caractérisée par un aspect d'intensité qui place le patient en danger imminent et met le médecin dans l'obligation de prodiguer les soins nécessaires. La nouvelle loi de santé adopte, également, la même position en associant l'urgence à la maladie grave et contagieuse ou à une menace grave pesant sur la vie du patient. Effectivement, la conjonction de coordination « *ou* » utilisé dans l'article 344 de la loi de santé, qui dispose que «*toutefois, en cas d'urgence, de maladie grave ou contagieuse ou si la vie du patient est gravement menacée, le professionnel de santé doit prodiguer les soins et, le cas échéant, passer outre le consentement* », suggère que l'idée retenue par législateur algérien est de marquer la sélection et le choix entre des éléments d'une nature similaire en terme de dangerosité intense. Assurément, ce type de coordination est inclusif et les différents termes coordonnés sont simultanément vrais sans pour autant que l'un deux définisse l'autre. Une

[642] L'article 44 du code de déontologie médicale algérien dispose que : « *Si le malade est en péril ou incapable d'exprimer son consentement, le médecin, le chirurgien dentiste doit donner les soins nécessaires* ».

vision différente, sans pour autant être contradictoire, a été retenue par le législateur français qui évoque l'urgence, à travers l'article L1111-2 du code de santé publique, comme une circonstance pouvant dispenser le professionnel de santé de fournir l'information préalable au patient sans pour autant mettre l'accent sur un degré d'intensité du danger associé à cette situation d'urgence. En tout état de cause et appréhendée sous l'angle d'obstacle à la délivrance de l'information et l'expression du consentement, l'urgence sera expliquée dans son sens le plus restrictif comme toute situation où l'acte de soins est indispensable et ne peut pas être différé alors que le patient est incapable d'exprimer son consentement, l'intervention médicale devant être immédiate soit pour supprimer un danger soit pour le prévenir.

La jurisprudence française, à travers plusieurs arrêts, a joué un rôle primordial dans définition de la notion d'urgence en la limitant à des situations caractérisées par « *l'exigence d'un pronostic vital, danger imminent pour la vie du patient, absence d'alternative thérapeutique, intervention limitée aux actes indispensables à la survie du patient et proportionnés à son état* »[643]. L'état d'angoisse ou de désarroi d'un patient n'est pas reconnu comme justifiant une dérogation au principe du libre consentement[644]. Il en va de même pour les risques futurs ou les interventions de chirurgie esthétique[645]. Ainsi, seule la situation de péril vital dispense le recueil du consentement et rend licite l'accomplissement de l'acte médical sans avoir obtenu au préalable le consentement du malade. Se prononçant à ce sujet le professeur Bruno Py déclare que « *le soin ordinaire nécessite deux volontés. Lorsque la mort rôde, le malade est en danger et l'absence de consentement du patient, si elle contrarie le pouvoir de soigner, représente un obstacle éthique et juridique. Lorsque la mort attaque, le malade est en péril et le médecin doit agir, fût-ce sans ou contre le consentement du malade* »[646]. Quoi qu'il en soit bien qu'il n'y ait pas une définition exacte en droit de cette notion, il importe de préciser que les différentes tentatives de définition gravitent toutes autour de l'idée « *d'un préjudice dans le retard* »[647]. Ainsi, un médecin qui peut découvrir lors de l'accomplissement d'un acte pour lequel il a le consentement de son malade, la nécessité de

[643] Cass. Civ. 1ère, 11 octobre 1988, JCP 1989, II, 21358, note A. Dorsner-Dolivet, CAA Bordeaux 11 juin 1991 *Consorts Guignard*, req. n° 90BX0005 et CAA Paris 6 mai 1998 *Madame D*. et 9 juin 1998 *Madame S*.

[644] CAA Bordeaux 26 avril 1999, AJDA 1999.

[645] Cass civ, 1er, 11 octobre 1988, pouvoir n° 86-12832, Bull, civ. I, n°280, p 192, «*il résulte des propres constatations des juges du fond que le consentement de mme. Y n'a pas été sollicité avant cette intervention, alors que celle-ci n'était pas destinée à prévenir un danger immédiat pour sa vie, mais seulement à empêcher un risque futur en cas d'une éventuelle nouvelle grossesse et qu'elle impliquait de surcroit un choix strictement personnel de la part de l'intéressé*», CLEMENT Jean-Marie, Les grands principes du droit de la santé, Les études hospitalières, Bordeaux, 2004, p124.

[646] PY, Bruno, « Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril », *Actualité juridique Pénal*, juillet-aout, 2012, p 384.

[647] Ibid.

pratiquer un autre geste imprévu, doit différer ce nouvel acte jusqu'à acquittement auprès de son patient de son obligation d'information sur les conséquences qui y sont liées. Le recueil du consentement est un processus continu, c'est pourquoi le patient doit être tenu informé de tous les nouveaux éléments relatifs à son état de santé et aux traitements qu'il subit. Il demeure entendu que cette position ne tient plus si ce report a des conséquences aggravantes sur la vie du malade[648]. Si la personne est en péril de mort, le médecin doit volontairement sacrifier l'exigence du consentement libre et éclairé pour le secourir, même contre son gré. Le législateur algérien entend protéger l'intégrité du corps humain par le consentement et malgré le consentement[649].

Ensuite, la seconde limite concerne les situations où il est impossible d'informer le patient. Exception très ambigüe dont les contours sont flous, elle est pourtant citée dans le code de déontologie algérien dans le cas de l'ablation d'organe. En effet, l'article 34 dudit code dispose que « *Aucune mutilation ou ablation d'organe ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, qu'après information et consentement de l'intéressé ou de son tuteur légal*». Cependant, le texte ne précise pas ce qu'il faut entendre par impossibilité et ne l'étend pas à l'ensemble des actes médicaux. Pourtant, il est clair que l'impossibilité ne signifie pas l'urgence car celle-ci est différenciée par des dispositions particulières comme cela a été précisé précédemment[650]. De même, elle ne peut viser les cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté puisque, comme nous aurons à le détailler dans le prochain paragraphe relatif au consentement du malade, l'intervention des parents ou du représentant légal du malade est prévue par les textes algériens. Le législateur français a entretenu la même ambigüité en consacrant cette exception dans le code de la santé publique et sa norme n'apporte pas plus de précisions ou d'éclaircissements sur cette notion. Ainsi, nous pouvons supposer que plusieurs situations sont susceptibles d'entrer dans cette catégorie. L'impossibilité peut être factuelle, le médecin ne pouvant pas retrouver ou contacter le malade lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations ou des traitements, une situation médicale nouvelle requiert qu'il en soit informé. Elle peut également être matérielle, quand la communication avec le patient est rendue difficile, telle que c'est le cas des patients étrangers ne maîtrisant pas la langue [651] ou de patients sourds muets. Enfin, elle peut être

[648] BOYER, Anne, *L'information dans le système de santé: nature et conséquences sur la relation médicale*, Thèse, droit public, Université de Limoges, 2008, p 293.

[649] Conformément à l'article 344 de la loi n°18-11 qui dispose que : « *En cas de refus des soins médicaux, (…….) le professionnel de santé doit prodiguer les soins et, le cas échéant, passer outre le consentement* ».

[650] Article 344 de la loi 18-11 précité.

[651] Il n'y a aucune disposition réglementaire qui oblige les hôpitaux algériens à recourir à des interprètes en cas de malades étrangers et la seule langue étrangère couramment parlé en Algérie est la langue française. La langue anglaise est très peu pratiquée notamment par l'élite algérienne.

médicale où « *impossibilité* » et « *urgence* » sont très peu différenciables notamment dans le cas de l'inconscience. Néanmoins, il importe de préciser que dans ce cas de figure, même si le malade ne peut pas recevoir personnellement l'information, il est prévu la consultation de la famille, en droit algérien, et celle des proches ou de la personne de confiance en droit français. Par conséquent, l'impossibilité d'informer viserait, à notre sens, des situations autres que celles de l'inconscience.

La troisième limite à l'obligation d'information est dictée par la seule volonté du patient qui peut tout simplement refuser d'en recevoir. La consécration de cette solution par le législateur algérien a été inspirée par de nombreuses jurisprudences de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat français qui ont confirmé cette limite[652]. En ce sens, la nouvelle loi de santé algérienne prévoit en son article 343 que « *Le médecin doit respecter la volonté du patient* ». Ce respect comprend, outre les choix thérapeutiques, sa décision de ne pas être informé sur son état de santé. Il importe de préciser que cette limite à l'obligation d'information a été également reconnue par le droit international qui consacre que« *la volonté d'une personne de ne pas être informée doit être respectée* »[653]. Cependant, malgré l'intention du législateur algérien de renforcer l'obligation de respecter la volonté du malade en toutes circonstances, il est essentiel de faire la distinction entre le refus d'être informé et le refus d'être soigné. En effet, un patient peut choisir de décliner l'information concernant sa maladie tout en acceptant la thérapie proposée. D'autre part, dans le cas de maladies contagieuses ou lorsque le pronostic vital est engagé, le patient peut se voir imposer un traitement[654]. En tout état de cause, la pratique démontre que l'application de cette disposition est très difficile à mettre en exécution dans la mesure où il ne faut rien laisser au hasard dans le parcours médical afin d'éviter qu'une révélation soit faite au malade accidentellement lors d'un examen complémentaire. De même, il est complexe pour un médecin de concilier son obligation de conseil avec le respect du droit du patient de refuser l'information, surtout lorsque l'annonce d'une maladie s'accompagne d'une forte charge émotionnelle qui peut plonger le patient dans une détresse profonde et diminuer sa capacité de jugement. C'est pourquoi il incombe au médecin de ne pas accepter trop aisément ce refus et de s'assurer qu'il soit réel, en informant clairement le patient des conséquences de son choix.

En outre, une dernière limite à l'obligation d'informer, connue sous le nom de « silence thérapeutique » ou « privilège thérapeutique », mérite une attention particulière. Pour des fins

[652] Cass. Civ. 1ère 14 octobre 1997 précité et CE 5 janvier 2000 Consorts Telle, précité et Cass. Civ. 1ère 7octobre 1998, Bull. civ. n°291, JCP 1998, II, 10179.

[653] Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain signée à Oviedo le 4 avril 1997 qui est entrée en vigueur en 1999 par d'autres pays. La France l'a ratifiée par l'article 1er de la loi du 7 Juillet 2011 sur la bioéthique et n'a été opposable en droit interne Français que depuis le 1er Avril 2012.

[654] Des situations qui seront, d'ailleurs, plus explicitement détaillées dans nos prochains développements relatifs au refus de soins.

d'analyse et en raison de sa spécificité en droit algérien, elle sera développée dans le cadre de notre recherche en tant que limite au pouvoir décisionnel du patient et sera abordée au paragraphe consacré au consentement à l'acte médical.

Enfin, il convient de souligner que le respect du droit à l'information et l'application de ses limites, qui présentent des complexités dans leur mise en œuvre par les soignants, sont souvent sources de contentieux et de conflits. C'est dans cette perspective que le législateur a cherché à encadrer ce droit par un régime de preuve spécifique.

2. Une preuve délicate

La preuve de l'information constitue le point de départ de tout contentieux lié à ce droit. En effet, lorsqu'un malade estime qu'il n'a pas reçu toutes les données qui lui étaient nécessaires pour prendre une décision éclairée concernant sa santé, le médecin devra se justifier. Détenteur de l'information il doit prouver qu'il en a délivré une satisfaisante et de qualité. Le législateur algérien n'a consacré, dans la loi de santé, aucune disposition concernant la charge de la preuve en matière d'information médicale; le juge algérien rend ses décisions, dans ce contexte, en s'inspirant du régime général de la preuve.

En ce sens et construit autour d'une exégèse de certaines dispositions du *fikh* islamique[655]notamment le hadith du prophète qui précise que « *le fardeau de la preuve est exigé du plaignant et le serment incombe à celui qui nie* », le Code civil algérien a consacré à travers l'article 323 que « *le créancier doit apporter la preuve de l'obligation et le débiteur, celle de sa libération* ». A s'en tenir à une lecture littérale de cet article, il semble que le problème de la charge de la preuve soit réglé en établissant un ordre chronologique de la production des preuves. Ainsi, émettant une prétention et alléguant des faits à son soutien, le demandeur devra prouver ceux-ci si leur existence est contestée par son adversaire. De même, il appartiendra au débiteur de démontrer sa libération de ses obligations. La charge de la preuve pèsera ainsi alternativement sur chacune des parties jusqu'à ce que l'une d'entre elles ne puisse y satisfaire.

Transposées à la responsabilité médicale, ces dispositions de portée générale font incomber, de prime abord, la charge de la preuve aux patients victimes du préjudice dû à un défaut d'information. Pourtant, au regard des principes qui gouvernent la charge de la preuve, cette solution ne s'impose pas avec la force de l'évidence. Effectivement l'article 323 du Code civil algérien n'est que d'une apparente clarté. Sous ses diverses applications juridiques, il cache plus de choses qu'il n'en révèle. Ainsi, placé sur le terrain de la responsabilité médicale, lors de l'exécution d'un acte de soins si le malade se plaint de ne pas avoir été correctement informé et que le

[655] La religion musulmane est une source du droit algérien. Voir *supra* introduction.

professionnel de la santé conteste cette allégation, la charge de la preuve va lui incomber d'autant plus que l'obligation d'information, à l'exception des cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient est une obligation de résultats qui n'a pas besoin d'être prouvée. Effectivement, l'appréciation de la nature de l'obligation a un intérêt particulier en matière probatoire, si l'obligation est de résultat et que le résultat promis n'a pas été atteint, le débiteur est présumé responsable. L'orthodoxie juridique oblige, donc, que dans ce cas de figure la charge de la preuve soit imposée au professionnel de la santé.

Le juge algérien a estimé en statuant sur le pourvoi en cassation de B.F contre l'arrêt de la chambre d'accusation de la Cour d'appel de Constantine rendu le 26 novembre 2001 que « *considérer que le médecin est tenu à une obligation de moyens et non de résultats quand il avait omis d'informer sa patiente des risques de la toxoplasmose sur sa grossesse est inacceptable juridiquement*»[656]. Ainsi, en opérant cette distinction, la jurisprudence algérienne a retenu le principe de renversement de la charge de la preuve au profit de la patiente dans la mesure où l'allégation formulée par cette dernière la contraint à devoir prouver un fait négatif. Ceci représente, en réalité, une application mécanique des principes qui gouvernent la charge de la preuve car ils permettent de dépasser la difficulté de rapporter la preuve d'un fait négatif par le plaignant en renversant la charge de la preuve et en obligeant la partie adverse à établir un fait positif. Toutefois, en raison de l'indisponibilité d'autres décisions de justice en matière de responsabilité médicale en Algérie, une difficulté largement rapportée par plusieurs travaux de recherche[657], nous ne pouvons pas affirmer que cette solution est devenue un principe de dispense systématique de la charge de la preuve pour le patient. En effet, l'appréhension des diverses décisions de justice reste étroitement dépendante de leur diffusion et elles ne pourront être analysées que dans la mesure de leur accessibilité. Ainsi, la position de la jurisprudence algérienne en matière de la charge de la preuve pour défaut d'information reste confuse et ses contours ne sont pas assez clairs même si certains auteurs rapportent que l'influence de la jurisprudence française sur le magistrat algérien n'a pas manqué de se faire sentir dans ce domaine[658].

Pour rappel, la charge de la preuve pour défaut d'information, en France, a également pesé

[656] Cour suprême, affaire n° 297062 du 24/6/2003, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », *Edition Houma*, 2014, p 45.

[657] Voir à ce sujet GUENIF, Ghenima, *Obligation du médecin de recueillir le consentement libre et éclairé du patient*, Thèse, droit public, Université Mouloud Mameri de Tizi ouzou, 2018. Voir aussi OUAFI, Khadidja, « Prouver l'erreur médicale devant le juge civil » *Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 13, n°1, 2022, pp 940-959, (article en Arabe). Voir HEDILI, Ahmed, « L'équilibre entre le principe de la preuve qui incombe au plaignant et les spécificités de l'erreur médicale dans le contexte des tendances actuelles de la responsabilité médicale», *Revue des recherches juridiques et économiques*, vol 4, n°2, 2021, pp 1-24, (article en Arabe).

[658] SAADANA, Laid, «La charge de la preuve en droit positif algérien», *Revue El Fikr*, vol 9, n° 2, 2014, pp 189-206, (article en Arabe).

pendant longtemps sur le patient, en l'absence de textes particuliers. S'inscrivant dans une« *logique compassionnelle* » alimentée par la difficulté d'apporter la preuve « *diabolique* »[659]de cette délivrance, « *la jurisprudence qui dessine les contours d'un droit plus attentif à la détresse ne pouvait se satisfaire encore longtemps de l'existence d'un tel verrou* ». Elle finira par opérer un revirement en la matière tant du côté judiciaire [660]que de celui administratif[661]. Il appartient ainsi au professionnel ou à l'établissement de santé de prouver que le patient a bien été informé, lorsque ce dernier prétend avoir été victime d'un défaut d'information. Ce revirement a été ensuite consacré expressément par la loi du 4 mars 2002, au sein de l'article L. 1111-2 alinéa 9 du code de la santé publique, qui dispose qu'« *en cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article*».

Ainsi, il aurait été souhaitable que le législateur algérien adopte une position aussi catégorique en consacrant clairement des dispositions propres à la charge de la preuve en matière d'information médicale dans la nouvelle loi de santé. Or, il a gardé le silence sur le mode de la preuve en matière d'information médicale qui reste, ainsi, soumis au régime général de la preuve. En ce sens, divers modes sont reconnus à savoir écrits, témoignages, serments, aveux et présomptions[662]. En pratique ils prennent différentes formes telle que le nombre de consultations précédant l'acte médical, le délai de réflexion laissé au patient, les lettres d'orientations vers d'autres médecins, les comptes rendus médicaux adressés au malade ou encore le formulaire de consentement personnalisé comportant des indications sur l'état de santé du patient et bien encore d'autres faits et modes dont la liste ne saurait être exhaustive. Si les présomptions et témoignages sont tangibles comme mode de preuves, ils restent aléatoires, difficiles à illustrer et pas assez probants pour apporter aux praticiens une bonne sécurité juridique. C'est dans cet ordre d'idée, et cherchant à tout prix à se prémunir en cas de litige que les professionnels de la santé ont été amené à recourir à une preuve écrite, signée par le patient pour se défendre. En effet, conserver une copie du document d'information que le patient a signé, attestant qu'il a reçu une information adéquate, contribue à

[659] Expression formulée par Barbieri, Jean-François, « Défaut d'information et responsabilité médicale: les principes de droit privé », *LPA,* n°2*,* 1995, p. 16.

[660] Cass. civ. 1re, 25 février 1997, n° 94-19.685, Hedreul, Gaz. Pal. 27-29 avril 1997, p. 13, rapp. P. Sargos ; JCP G 1997, I, 4025, obs. G. Viney; RTD civ 1997, p. 434, obs. P. Jourdain et p. 924, obs. J. Mestre; D., 1997, somm. p. 319, obs. J. Penneau, RDSS, 1997, p. 288, obs. L. Dubouis : « celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation […] » : le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information à l'égard de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation.

[661] CE, sect., 5 janvier 2000, AP-HP et Consorts Telle, précité.

[662]Les règles de fond concernant la preuve sont détaillées dans les articles 323 à 350 du Code civil algérien, tandis que les aspects formels sont exposés dans les articles 70 à 74 du code de procédure civile et administrative.

renforcer la sécurité juridique [663].Si ces documents comprennent une partie consacrée au consentement que le malade est censé signer, ils ont, en réalité, une double finalité à savoir matérialiser la preuve de la bonne délivrance de l'information et renseigner sur la qualité de son contenu.

Là aussi, il aurait été souhaitable de s'inspirer du droit français qui a déjà tranché cette question. En réalité, même avant l'adoption de la loi du 4 mars 2002, il était admis que la production d'une preuve écrite concernant la délivrance de l'information médicale n'était pas nécessaire et que celle-ci pouvait être apportée par tous moyens[664]. Par la suite, la loi du 4 mars 2002 a explicitement consolidé ce principe dans l'article L. 1111-2, alinéa 9 du code de la santé publique, tandis que l'alinéa 3 du même article dispose que l'information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel. L'aspect central à retenir de ces normes est que le recours à l'écrit n'est pas requis, alors que l'entretien oral reste obligatoire. La première chose à prouver est donc l'existence d'un entretien individuel où l'information orale est supposée être délivrée et différents éléments peuvent en faire la preuve. « *À l'inverse, l'écrit seul ne suffit pas. Lorsqu'il est utilisé comme mode de preuve, son contenu est examiné avec attention par les juges, car l'information doit être de qualité, et l'écrit ne peut être retenu qu'en complément d'une information orale* »[665].

Il importe de souligner que la nouvelle loi de santé algérienne n'aborde ni l'entretien individuel ni l'information orale. Ce silence législatif sur des aspects essentiels de la relation de soins est digne d'attention. L'intégration de ces éléments aurait pu renforcer la confiance et la proximité dans la relation patient-praticien, permettant ainsi aux médecins d'adapter leur communication aux besoins spécifiques de chaque patient et de satisfaire les critères d'une information de qualité. Les raisons de ce silence s'expliquent sans doute par la position adoptée par une grande partie la doctrine qui estime que le seul moyen indiscutable de preuve induit par la nouvelle jurisprudence reste l'écrit, même si elle reconnait que cette pratique est étrangère à la tradition médicale[666]. Se prononçant sur cette attitude prudentielle, le conseiller français Pierre Sargos, estime que si *« l'écrit est la forme la plus sûre de la preuve de l'information, elle ne peut être figée que sous cette forme »*[667]. Pourtant,

---

[663] BOYER, Anne, *L'information dans le système de santé: nature et conséquences sur la relation médicale*, Thèse, précitée.

[664] VIALLA, François, « La défaillance dans l'information : une faute d'humanisme ?», *Revue juridique de l'Océan Indien,* n° 16, 2013, pp 9-29.

[665]GIRER, Marion, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », précité.

[666] BONNET, Xavier et François, PONCHON, « Fiche 4. L'information du patient », dans, *L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier*, Presses de l'EHESP, 2018, pp. 19-25.

[667] Sargos, Pierre, « Information et consentement du patient », *Bulletin de l'Ordre des médecins*, Janvier 1999, p 11.

d'autres auteurs considèrent que « *ce remède, si c'en est un, est pire que le mal !* » [668]Assurément, «*les formulaires stéréotypés ou ésotériques, employant un jargon volontairement obscur pour le profane, pourraient être considérés par les juges comme « un mépris d'humanisme médical», un formalisme routinier attestant de l'absence d'effort du praticien à se faire comprendre de son patient »*[669].

Aussi, nous pouvons avancer en conclusion, que la formalisation par un écrit de la délivrance de l'information représente une préoccupation défensive mais ne peut en aucun cas constituer une décharge de responsabilité. En effet, elle ne remplace pas l'information donnée oralement au patient, qui reste essentielle à la préservation du lien de confiance qui caractérise la relation du médecin-patient. Il serait souhaitable que le législateur algérien puisse souscrire à la démarche de son homologue français et trancher cette question dans les futurs amendements de la nouvelle loi de santé qui ne manqueront pas de suivre notamment après la tenue des dernières assisses de la santé, dont les résultats seront examinés plus en détail dans notre deuxième partie[670].

§2. Le consentement du patient : une coopération par le droit

L'acte médical est par essence une atteinte à l'intégrité physique du malade. Le consentement libre et éclairé permet, en plus de la nécessité médicale, de le légaliser. Droit subjectif de l'individu, il l'autorise à décider de l'usage de son corps. La recherche d'un réel équilibre dans la relation de soins marquée par un caractère inégalitaire, constitue le fondement éthique du consentement, l'objectif n'étant pas de remplacer la relation duale médecins-patient mais d'instaurer une responsabilité conjointe dans la prise de décision. Ainsi, pour remplir les conditions de validité et rendre le consentement licite, celui-ci doit être exprimé suivant des modalités précises et revêtir certaines qualités **(A).** Fondé sur une logique d'accompagnement et de partenariat, les choix qu'il permet d'exprimer renforcent la prééminence de la volonté du patient **(B).**

A. Consentement et expression de volonté

L'encadrement légal du droit au consentement libre et éclairé à l'acte médical établit de manière explicite les critères nécessaires pour assurer la validité de ce dernier **(1)**. Qu'il soit exprimé par le patient lui-même ou qu'il s'agisse d'un consentement substitué ou anticipé, les modalités relatives à son recueil sont définies de manière précise. En outre, cet encadrement vise à

[668] Expression utilisée par LANSAC, Jacques, et Michel, SABOURAUD, « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale », *Les Tribunes de la santé*, vol 5, n°4, 2004, pp 47-56.

[669] DUPUY, Olivier, *L'information médicale: information du patient et information sur le patient* », LEH, 2ème édition, 2005, p 136.

[670] Voir *infra* deuxième partie, titre I, chapitre I, relatif à la gestion participative.

optimiser la planification des soins, en garantissant que les décisions prises respectent les préférences du patient et les exigences légales et éthiques **(2).**

1. Les qualités d'un consentement valide

La liberté de consentir à l'acte médical est inscrite en droit algérien dans différents textes. A ce stade de la recherche, il n'apparaît pas nécessaire de revenir sur la genèse de la consécration juridique de ce principe étant donné qu'il est explicitement affirmé et renforcé par les normes de la nouvelle loi de santé algérienne. En effet, ce texte dispose qu'« *aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient* » et précise également que « *le médecin doit respecter la volonté du patient, après l'avoir informé des conséquences de ses choix* »[671]. Bien que ces dispositions s'inspirent de la loi française[672], il est important de noter que le législateur algérien, à la différence de son homologue français, n'a pas explicité la possibilité pour le patient de retirer son consentement à tout moment durant le traitement. Assurément, l'acte médical étant une succession de pratiques et d'actions qui s'inscrivent dans le temps, il nécessite que le consentement soit exprimé à chaque moment de cet enchainement.

Cette disparité entre les deux textes législatifs soulève de nombreuses interrogations. Elle peut être attribuée à une omission manifeste de cette disposition par le législateur algérien[673]. Effectivement, il est courant qu'en cherchant à s'aligner sur son homologue français, le législateur national établisse des normes qui restent incomplètes par rapport aux solutions développées en droit français. Il est également noté des décalages fréquents entre les deux législateurs notamment lorsqu'il s'agit de rédiger une nouvelle loi qui ne suit pas, toujours, les dernières évolutions juridiques en la matière. Rappelons, à ce titre, que la possibilité de retirer le consentement à tout moment de l'acte médical, n'a été consacrée en France qu'en 2002 à l'occasion de la promulgation de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi *Kouchner*[674]. Or le législateur algérien, en adoptant sa nouvelle loi de santé en 2018, à défaut de tout régler en une seule réforme, n'a pas intégré l'ensemble des dispositions reprises de la législation française. Il s'est

[671] Article 343 alinéa 1 et 2 de la loi 18-11 relative à la santé, précitée.

[672] L'article L 1111-4 al. 1 du code de la santé publique issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dispose que« *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »

[673] L'exposé des motifs qui a été présenté lors des débats parlementaires pour accompagner le projet de la nouvelle loi de santé, que nous avons pu consulter directement auprès de la direction de la règlementation du ministère de la Santé, ne mentionne pas la possibilité de retirer le consentement.

[674] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF 5 mars 2002.

limité à quelques-unes d'entre elles, choisissant celles qui répondaient le plus aux impératifs sociaux et politiques du moment. La réforme législative entreprise a porté essentiellement, sur les statuts des établissements de santé et leurs modes de gestion. A l'appui de cette analyse, nous pouvons avancer que sur les quatre-cent cinquante articles qui composent le *corpus* de la nouvelle loi de santé algérienne, seuls quatre d'entre eux ont été consacré au droit à l'information et au consentement aux soins. Ces articles font partie des neuf traitants des droits des patients. En comparaison, la loi *Kouchner*, qui a influencé significativement le législateur algérien en matière de protection des droits des malades, aborde de manière approfondie le droit à l'information et au consentement. En plus du chapitre préliminaire intitulé « droits des personnes », elle consacre un chapitre entier à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté. Cette différence souligne l'importance variable accordée à ces aspects fondamentaux par les deux législateurs. Par ailleurs, il convient de relever que les normes non reprises à l'occasion de cette réforme ne doivent pas être appréciées au seul niveau juridique entendu *stricto sensu* mais également au regard d'aspects philosophiques et politiques auxquels se greffe un arrière fond religieux. Cette complexité résume parfaitement la difficulté de l'emprunt juridique dans un secteur aussi délicat que celui de la santé eu égard à la grande influence de la religion sur l'élaboration des règles de droit notamment dans un Etat confessionnel comme l'Algérie.

Pareillement, la loi de santé algérienne n'a pas consacré, de la même manière, le caractère renforcé du consentement. En France, ce dernier est devenu un authentique acte volontaire ne se limitant plus à une simple adhésion aux soins. Le malade est coauteur, du moins en théorie, de la décision médicale et « prend avec les professionnels de la santé » toutes les décisions concernant son état. Or, le concept de consentement, tel que consacré par la loi algérienne ne prend pas la même dimension et désigne, plutôt, une attitude passive du patient plus proche de l'approbation ou de la non-opposition que de l'autodétermination. Cette position désavoue ce que nous pouvons lire en doctrine sur le nouveau rôle du patient qui se trouverait à présent considéré comme un véritable « acteur de son parcours de soins »[675].

Le refus éventuel d'un traitement est devenu aussi un droit absolu que le médecin est obligé de respecter en Algérie. Il est néanmoins subordonné, à des normes procédurales strictes ainsi qu'à certaines limitations[676]. Ce droit est restreint lorsque la vie du malade est mise en danger ou que le

[675] MOQUET ANGER, Marie-Laure, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », précité. Voir aussi Girer, Marion. « Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol 32, n° 1, 2014, pp 29-37.

[676] L'article 344 alinéa 1 et 2 de la loi 18-11 précitée dispose que : « *En cas de refus des soins médicaux, il peut être exigé, une déclaration écrite, à cet effet, du patient ou de son représentant légal. Toutefois, en cas d'urgence, de maladie grave ou contagieuse ou si la vie du patient serait gravement menacée, le professionnel de santé doit prodiguer les soins et, le cas échéant, passer outre le consentement* ».

pronostic vital est engagé. Dans de telles circonstances, le professionnel de santé est contraint de passer outre la volonté du patient pour délivrer les soins nécessaires. En droit algérien, le refus de se faire soigner connaît également une autre limitation en cas de maladie contagieuse, où la santé collective prend le dessus sur la volonté individuelle. La divergence de positions entre les deux législateurs sur cette question est notable dans la mesure où la loi française du 2 février 2016[677] a « *consacré explicitement le droit du patient de refuser des traitements et en a fait une disposition de portée générale en le déconnectant des situations de fin de vie et d'obstination déraisonnable »*[678]. En réalité, la loi *Kouchner* avait déjà introduit la possibilité pour le patient de refuser les soins, sans pour autant explicitement libérer le médecin de la responsabilité de son obligation d'apporter des soins. Le professeur Cécile Castaing considère que « *la position adoptée par la jurisprudence française en la matière, souvent qualifiée de contra legem, a renforcé les errements juridiques dans ce domaine »*[679]. Des errements qui sont toujours d'actualité puisque la Cour administrative d'appel de Bordeaux a condamné par sa décision du 20 octobre 2022 un hôpital à verser 4000€ à une patiente en réparation d'un préjudice moral d'origine fautive à la suite d'une transfusion pratiquée malgré son refus[680]. En revanche, le juge des référés du Conseil d'État, saisi le 3 mai 2022 d'une requête visant à annuler l'ordonnance d'un tribunal administratif qui avait rejeté la demande d'un malade Témoin de Jéhovah, transfusé contre sa volonté, avait considéré que « *le droit pour le patient majeur de donner son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale. En ne s'écartant des instructions médicales écrites dont M. C… était porteur lors de son accident que par des actes indispensables à sa survie et proportionnés à son état, alors qu'il était hors d'état d'exprimer sa volonté, les médecins de l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne n'ont pas porté atteinte à ce droit, non plus qu'aux autres libertés fondamentales garanties par les stipulations internationales invoquées, d'atteinte manifestement illégale*»[681]. Cette décision du Conseil d'État n'est pas un blanc-seing pour contourner un refus de soin. Elle réaffirme au contraire le caractère fondamental de la liberté d'accepter ou de refuser un soin, indépendamment de la nature du soin ou du motif du refus. Toutefois, dans les situations d'urgence vitale impliquant un patient inconscient, il n'existe pas de solution toute faite pour résoudre *a priori* le dilemme, un

[677] La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n°0028 du 3 février 2016.

[678] CASTAING, Cécile, « Le refus de traitement libre et éclairé *», Revue générale de droit médical*, n°82, 2022, pp 91-106.

[679] Ibid.

[680] Cour administrative d'appel de Bordeaux. Lecture du 20 octobre 2022. N° 20BX03081.

[681] Conseil d'État. Décision n° 463713, Ordonnance du Juge des Référés du 20 mai 2022 sur https:// www. legifrance. gouv.fr/consulté le 15/2/2023.

choix est à faire. Il doit pouvoir être justifié *a posteriori*, tel qu'a été le cas dans cette affaire. Ainsi, l'approche du législateur algérien qui vise à modérer les excès potentiels en matière de refus de soins a permis d'atteindre un équilibre approprié dans ce domaine, évitant ainsi de nombreux conflits qui auraient pu survenir, notamment dans des situations d'urgence vitale. Il semble en effet peu raisonnable d'imposer une conduite systématique au médecin. Il est plutôt judicieux de reconnaître son droit de résoudre en toute conscience les dilemmes de devoirs qui peuvent se présenter à lui. Il serait inapproprié de lui reprocher un choix particulier, sauf à méconnaître la nature même de la pratique médicale[682].

Affirmer le principe du consentement n'est pas suffisant, il est également essentiel de lui donner les moyens de son application et de sa mise en œuvre. Dans ce but le législateur et la jurisprudence, appuyés par la doctrine, ont arrêté des critères déterminants du consentement dont les deux caractéristiques principales sont la liberté et la clarté. L'analyse de ces critères permet de vérifier s'ils procurent une véritable protection aux patients. A cet égard, le caractère libre du consentement signifie que ce dernier est délivré sans contraintes et exempt des vices de volonté. Il doit être exprimé par une personne consciente et capable de s'obliger juridiquement. Il convient de remarquer, à ce sujet, que le législateur algérien n'a pas retenu d'âge pour la majorité médicale l'alignant à la majorité civile. Il affiche ainsi sa volonté de ne pas voir se développer une autonomie juridique pour le mineur ou l'adolescent en matière de santé et notamment de santé reproductive et sexuelle.

De même, on entend par le caractère éclairé du consentement que le malade puisse donner son accord à l'acte médical en toute connaissance de cause, parfaitement renseigné sur sa maladie, ses traitements, les enjeux de la thérapeutique et les risques encourus. Considéré sous cet angle, la clarté du consentement se trouve intimement subordonnée à la qualité de l'information. En effet, la recherche de critères permettant de considérer l'information donnée au malade comme étant une information optimale constitue une préoccupation majeure dans la mesure où ces critères permettront de fonder un consentement éclairé. Pourtant, la nouvelle loi de santé algérienne est restée silencieuse sur ces qualités se contentant de préciser que *« l'information est assurée par tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui lui sont applicables »*[683]. Ce renvoi au respect des règles déontologiques reflète clairement la volonté du législateur algérien de voir s'appliquer les solutions dégagées par le code de déontologie médicale à toute situation passée sous silence dans la nouvelle

[682] VIALLA, François, « Refus transfusionnel », *Médecine & Droit*, Vol, 2022, pp 95-107 sur https://www.elsevier .com/open-access/userlicense/1.0. Voir également Magali Bouteille-Brigant, « Le refus de soins en cas de mise en jeu du pronostic vital du patient », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, n° 34, 2022, pp 91-95.

[683] Article 343 de la loi de santé18-11 précitée.

loi de santé. C'est, donc, en référence à ce code de déontologie que les qualités que doit revêtir l'information donnée au malade ont été précisées. Le texte algérien qualifie l'information qui doit être délivrée au patient d'intelligible et loyale[684]. Ainsi, pour tendre vers une information idéale d'un point de vue juridique, le sens et les valeurs que doivent renfermer ces deux adjectifs doivent être respectés[685]. En France, les qualités de l'information délivrée au malade ont elles aussi été définies essentiellement par la déontologie[686], bien que la loi du 4 mars 2002 les a explicitement précisées. Notons dans ce cadre que le législateur français a retenu l'adaptabilité en tant que qualité supplémentaire pour tendre vers la bonne information. Occulté par le législateur algérien, en dépit de toute son importance, ce critère sous-entend que l'information donnée doit être accompagnée d'un véritable travail de concordance entre ce qui doit être dit au malade et ses facultés de compréhension prenant en considération l'âge, le niveau intellectuel, la condition sociale, son état physique ou mental et le contexte où il évolue. Il implique de la part du médecin une faculté importante qui tient à sa capacité d'apprécier l'aptitude du malade à recevoir toutes les données le concernant notamment quand le pronostic vital est mis en jeu. Les raisons de ce silence concernant ce critère tiennent, à notre sens comme nous aurons à le détailler plus bas, à la consécration renforcée de la notion du « privilège thérapeutique » dans le code de déontologie médicale algérien car il est évident qu'un effort de personnalisation et d'adaptation de l'information va précéder la décision du médecin de dire ou de cacher certaines informations à son malade.

En tout état de cause, nous pouvons dire que le respect de ces critères est impératif en matière de consentement, car la prise en compte de la volonté du patient, et son éclairage sont inconditionnellement liés.

2. Le recueil du consentement et la planification des soins

Lorsque le médecin a correctement informé son patient de son état de santé, il peut recueillir son consentement selon des modalités clairement définies par la réglementation en vigueur. Conçue dans une démarche de respect de l'autonomie du patient, le consentement doit être recueilli auprès de la personne concernée elle-même.

---

[684] L'article 43 du code de déontologie médicale algérien, précité dispose que « *Le médecin, le chirurgien dentiste doit d'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical ».*

[685] A travers l'adjectif « *loyal* », il est recherché que le médecin donne à son malade une information qui prend en compte exclusivement son profit en observant le plus de neutralité possible. L'adjectif « intelligible », signifie que l'information donné doit être simple et clair la rendant compréhensible par son récepteur.

[686] Pour rappel, la détermination de critères de la qualité de l'information due au malade par le législateur Français représente l'aboutissement d'un long et complexe cheminement ; les premiers critères en la matière ont été essentiellement dégagés par la jurisprudence suivi de près par le code de déontologie et confirmés par la suite par le CSP. BOYER, Anne, *L'information dans le système de santé: nature et conséquences sur la relation médicale*, Thèse, précitée.

Toutefois, le législateur algérien et conformément aux dispositions de la nouvelle loi de santé permet de recourir aux parents ou au représentant légal pour consentir à la place du patient lorsque le recueil du consentement de celui-ci s'avère impossible en raison d'une incapacité de fait ou d'une incapacité juridique[687]. En utilisant un vocabulaire maladroit qui associe les deux notions dans le même article, le législateur algérien se distingue de son homologue français qui n'a pas commis la même confusion et a prévu des dispositions différentes pour les deux cas de figures[688]. Il convient de rappeler que le mineur et le majeur incapable font l'objet de protections particulières en matière de consentement aux soins, consacrées par le code de déontologie médicale algérien. Ce dernier indique que « *Le médecin, le chirurgien-dentiste appelé à donner des soins à un mineur ou à un incapable majeur doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal, et d'obtenir leur consentement* »[689]. Il précise également que l'avis de l'incapable majeur, qui peut émettre une opinion sur sa prise en charge médicale, doit être pris en compte dans toute la mesure du possible, bien que la règle générale demeure le consentement de la personne ayant un pouvoir de représentation en matière de décisions personnelles. Nous notons, encore une fois, que les deux législateurs ont adopté une solution différente dans ce domaine dans la mesure où le législateur français a conforté le principe d'autonomie de la personne protégée en prévoyant expressément que les informations nécessaires à la prise de décision relatives à sa santé et à sa prise en charge lui soient adressées en première intention d'une manière adaptée à ses facultés de compréhension, de façon à ce qu'il puisse consentir de manière personnelle aux décisions concernant son état de santé. Ce n'est que subsidiairement que les personnes chargées de la protection peuvent être amenées à consentir à sa place[690]. Cette divergence s'explique par leurs positions éloignées en matière des droits des personnes vulnérables consacrées respectivement dans chaque Code civil. Il importe, à ce titre, de signaler que le législateur français, sur le fondement de l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020[691], a harmonisé et simplifié les règles spéciales applicables aux décisions prises en matière de santé avec le régime général de la protection de la personne majeure, fixé par le Code civil. Une harmonisation qui vise à répondre aux difficultés rencontrées, notamment par les

[687] Article 343 de la nouvelle loi de santé 18-11 précitée.

[688] Le terme utilisé dans la loi algérienne est « incapable ». Or, l'incapacité peut être une incapacité de fait qui est désignée par le législateur français sous le vocable de « hors d'état d'exprimer sa volonté »ou une incapacité juridique qui désigne le mineur et le majeur incapable.

[689] L'article 52 du code de déontologie médical Algérien, précité.

[690] VERON, Paul. « Les décisions de soins en contexte de vulnérabilité : quels arbitrages du droit entre autonomie et contrainte ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol 38, n°2, 2020, pp. 67-75.

[691] Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, JORF n°0061 du 12 mars 2020.

praticiens, dans l'articulation des dispositions du code de la santé publique, résultant de la loi du 4 mars 2002 avec celles du Code civil. En effet, ce texte précise les cas d'intervention des personnes chargées d'une mesure de protection juridique à l'égard d'un majeur et rénove, dans cet objectif, la terminologie applicable en la matière dans les deux codes. Ainsi, en imposant le principe d'autonomie du majeur protégé en matière sanitaire, tout en maintenant l'équilibre nécessaire avec la mesure de protection, le législateur français a scellé définitivement la divergence avec son homologue algérien sur le sujet.

Le législateur français, contrairement au législateur algérien, a également mis en place plusieurs autres instruments pour favoriser le processus décisionnel et le partage des responsabilités entre le patient, ses proches et les soignants afin que le malade puisse autant que possible conserver son pouvoir décisionnel, même s'il devient inapte. En ce sens, désigner par anticipation, une personne de confiance susceptible de porter sa voix dans le cas où le malade deviendrait incapable d'exprimer sa volonté au sein d'une situation médicale complexe, est un droit prévu par le code de santé publique français. En effet, l'article L.1111-6 définit la personne de confiance et son rôle en disposant que « *toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne (...). La désignation de la personne de confiance est révisable et révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions* ». Dans sa version initiale, l'article L.1111-6 du code de la santé publique ne visait par cette disposition que le malade hospitalisé. Cependant, le législateur français va l'étendre ultérieurement pour impliquer de façon plus importante tous les médecins traitants qui doivent s'assurer, désormais, que leurs patients ont bien été informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. Il est important de préciser que ce concept ne semble pas avoir connu en France, depuis 2002, le succès escompté. La possibilité de désigner une personne de confiance se résume souvent, dans les faits, à une simple démarche administrative lors de l'admission et elle reste assez méconnue des patients et des professionnels de santé. Cela tient sans doute à ce que la désignation et le rôle de cette personne sont source de difficultés pour les professionnels de santé dans la mesure où aborder la question d'une éventuelle perte d'autonomie avec une personne déjà affaiblie par sa maladie est une démarche assez délicate[692].

La notion de personne de confiance est un concept qui n'est pas connu en droit algérien et il est peu probable de voir le législateur algérien emprunter cette solution dans la mesure où le rôle de

[692] GAUTIER, Anaïs, « 49. Le processus de désignation de la personne de confiance », dans, *Soins palliatifs. En 54 notions,* Dunod, 2020, pp. 316-321.

la famille et les liens ethniques sont différents dans la société algérienne. En effet, la famille en Algérie est cohésive et la parenté commande l'ensemble des rapports sociaux. L'individualisme moderne qui imprègne profondément de nombreuses dispositions juridiques en France se heurte aux traditions algériennes et aux percepts de l'islam qui rejettent l'idéologie individualiste. Il est impossible de voir en Algérie, un médecin traitant ou un ami proche remplacer l'assistance que peut apporter les membres de la famille au malade et encore moins les substituer juridiquement pour exprimer sa volonté. En sa qualité d'outil de régulation sociale, le droit ne peut se saisir de cette question qui serait considérée comme une reconnaissance explicite du modèle sociétale occidental et serait rejetée par la société algérienne rendant son application juridique caduque.

De même, en ce qui concerne le consentement par anticipation à certaines décisions médicales en fin de vie, le législateur algérien n'a pas organisé la possibilité pour les malades d'exprimer préalablement leurs volontés en matière de soins en consignant des directives anticipées, tel que consacré par le législateur français[693]. La question des directives anticipées est très délicate à appréhender en droit algérien, particulièrement au regard de la religion musulmane, qui constitue une source majeure du droit dans le pays. En effet, les enseignements du *fikh* islamique établissent des principes stricts concernant la maladie et la fin de vie. L'attribution d'une valeur morale à de tels documents est source de grandes controverses, principalement parce que la croyance en *el ghaib* (l'inconnu), qui inclut les événements futurs connus de Dieu seul, joue un rôle central dans l'Islam. Selon les enseignements prophétiques, « seul Dieu sait ce que nous ignorons » et par conséquent, anticiper des événements incertains tels que la maladie et la mort est considéré comme contraire aux préceptes de l'islam, car nul ne connaît le moment de sa propre mort. Dans l'islam, la vie et la mort sont considérées comme intrinsèquement liées, et il est enseigné que Dieu a créé la mort et la vie pour éprouver les actions des êtres humains[694]. Ainsi, préparer activement sa fin de vie est contraire aux valeurs de la société algérienne. De plus, les directives anticipées, telles que définies dans le droit français, ne se limitent pas à exprimer des souhaits pour la fin de vie ; elles impliquent des décisions graves et souvent irréversibles, notamment concernant l'arrêt ou la limitation des traitements, ce qui est interdit en islam selon un verset coranique stipulant « *et ne vous tuez pas vous-même, Allah est miséricordieux envers vous* »[695].

[693] Les directives anticipées sont organisées par le décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées, prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires, JORF n°32 du 7 février 2006.

[694] Entendons-nous bien qu'il a commencé par la mort avant la vie, ce qui souligne la primauté de la mort. Cette conception est fondée sur l'idée que la mort n'est pas seulement une fin, mais une transition vers l'au-delà. Les épreuves de la vie et de la mort sont utilisées pour éprouver la foi et les actions des êtres humains, conformément à la vision que Dieu teste Ses créatures pour déterminer leur véritable allégeance et leur mérite pour le Paradis.

[695] Coran 4/29.

La législation algérienne n'inclut actuellement aucune disposition spécifique pour le recueil du consentement des patients dans le contexte de l'enseignement clinique. A l'heure où nous rédigeons ces lignes, le ministère de l'Enseignement supérieur mène des réflexions sur le statut des études médicales, avec un examen de diverses questions éthiques, dont le consentement des patients dans le cadre de ces enseignements[696]. La révision législative qui devrait suivre ces discussions permettra certainement d'intégrer une disposition formelle à ce sujet dans la mesure où il est attendu que cette réforme aboutisse à l'élaboration d'un statut de l'étudiant en médecine, précisant ses obligations et ses droits. Elle devrait également conduire à la mise en place d'une «convention cadre» entre le ministère de la Santé et ministère de l'Enseignement supérieur visant à habiliter les structures de santé publique comme terrains de stage pratique pour les étudiants en médecine.

Au terme de cette analyse, il apparaît clairement que le consentement libre et éclairé a été consacré comme fondement de la légitimation de l'acte de soins. Il donnera plus tard naissance à l'émergence d'une « certaine codécision » dans la pratique médicale algérienne, en tant que nouvelle notion portée par la doctrine dont l'objectif serait d'obtenir une réelle responsabilisation des malades.

B. Consentement et processus décisionnel.

Le consentement aux soins constitue l'élément clé du processus décisionnel dans la relation médicale. Le but de ce processus est de déterminer le soin le plus approprié au patient compte tenu du stade actuel de sa maladie et des particularités de son parcours de vie. Il implique une démarche collaborative où la responsabilité de la décision est partagée avec le patient **(1)**. Dans cette optique, il est impératif que le praticien lui communique toutes les informations pertinentes, en évitant toute forme de nuancement ou de dissimulation **(2)**.

1. La codécision en droit algérien: un déplacement du pouvoir décisionnel vers le malade ?

Le patient, sous réserve qu'il soit capable de s'obliger juridiquement, participe activement et de manière concertée avec son médecin aux modalités concernant son traitement médical. Ainsi, la décision repose tant sur le médecin que sur le patient ce dernier endossant un rôle actif et responsable dans la gestion de sa maladie et devenant un acteur clé du système de santé. C'est dans ce contexte, établi sur le postulat de l'autonomie du malade, que le terme « codécision » ou

[696] Dans le cadre de l'amélioration qualitative et la modernisation de l'enseignement de la médecine, quatre groupes de travail se sont penchés sur plusieurs dossiers dont les deux premiers sont consacrés à la normalisation des conditions d'activité en milieu hospitalo-universitaire. Smaili, Mahmoud, « Les réformes de l'enseignement supérieur en Algérie entre les exigences de quantité et les défis de qualité. - Une étude diagnostique du parcours des réformes qu'a connues le secteur de l'enseignement supérieur en Algérie», *Revue Milaf des recherches et des études*, vol 8, n°1, 2022, pp 106-126, (article en Arabe).

« décision médicale partagée » a été forgé dans la doctrine juridique française[697]. Ce concept a également été promu au niveau européen par l'Organisation Mondiale de la Santé dans une publication de 2008 [698].

Toutefois, il est important de souligner que, contrairement à la France, le législateur algérien n'a pas explicitement formalisé ce concept de décision médicale partagée dans un texte de loi. En effet, l'analyse des dispositions législatives algériennes en matière de consentement démontre que le médecin doit respecter la volonté de son malade. Toutefois cette volonté peut être entendue en tant que liberté de choix pour accepter ou refuser une conduite thérapeutique. A aucun moment, la loi algérienne a employé le mot décision pour qualifier le choix opéré par le malade et encore moins un vocabulaire qui permet de comprendre que ce choix fait référence à une véritable délibération « **avec** »[699] les professionnels de la santé autour de différents choix et possibilités thérapeutiques permettant d'élaborer une stratégie médicale partagée. Le modèle de la relation médicale qui pourrait découler de cette perception de la loi algérienne pourrait être celui d'une relation où il existe un transfert d'information unidirectionnel, du médecin vers le patient et où ce dernier explicite ses choix et laisse ensuite le médecin prendre seul la décision en respect des choix de son malade. Dans une approche tout à fait contraire, on peut lire dans la loi française relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé que « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »[700], signifiant que le malade déciderait avec son médecin des modalités de sa prise en charge médicale et impliquant un partage des prérogatives au sein du processus décisionnel.

En réalité, l'énoncé normatif de la loi de santé algérienne qui dispose que «*le médecin doit respecter la volonté du patient, après l'avoir informé des conséquences de ses choix* »[701], mérite une attention particulière en raison de son manque de clarté., Effectivement, bien que le terme « décision » ne figure pas explicitement dans ce texte, la formulation employée n'exclut pas catégoriquement la notion de délibération conjointe entre le patient et son médecin. Cette ambiguïté, quant à la reconnaissance de la décision médicale partagée dans le droit national, est

[697] LAUDE, Anne, « Le patient, nouvel acteur de santé ? », *Recueil Dalloz*, 2007, 17, p. 1151. Roman, Diane, « Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée ? », *RDSS*, n°3, 2005, pp 423-441. DREIFUSS-NETTER, Frédérique, « Les directives anticipées : de l'autonomie de la volonté à l'autonomie de la personne », *Gazette du Palais,* 2006, pp 1693-1695.

[698] OMS. *Where are the patients in decision-making about their own care ?*, 2008.

[699] Le mot **avec** est transcrit en gras pour mettre l'accent sur l'action conjointe.

[700] Article L.1111-4 du code de la santé publique français.

[701] Article 343 de la loi de santé algérienne 18-11, précitée.

d'autant plus renforcée par l'adoption, dans la même loi, de dispositions qui semblent confirmer l'intention du législateur algérien de valoriser le concept de codécision. En effet, cette dernière a introduit une nouvelle norme relative à un dispositif dénommé « *démarches diagnostiques et thérapeutiques basées sur des consensus factuels, régulièrement évalués et mis à jour* »[702]. Ce dispositif est considéré d'une importance particulière, puisque la loi le présente comme l'un des piliers de l'organisation du système national de santé[703]. Le législateur algérien affiche, à travers cette norme, son intention de mettre en place des guides de bonnes pratiques ou de bonne conduite et de les ériger en outil d'aide à la décision thérapeutique. Toutefois, la loi reste silencieuse sur les destinataires de ces guides qui peuvent être déclinés en recommandations de bonnes pratiques destinées à l'intention des professionnels de la santé ou en aides à la décision destinées aux patients. Il est important de préciser que dans les deux cas ils constitueront par essence, un des moyens de mise en pratique des principes de la médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine)[704] puisqu'ils facilitent un temps d'échange et de délibération entre patients et professionnels de santé où seront prises en compte les données de la science concernant les différentes options disponibles, l'expérience du professionnel et les attentes et préférences du patient. Ils permettront ainsi de développer des démarches centrées autour des malades, augmentant la participation de ceux qui le souhaitent aux décisions qui concernent leur santé, ce qui revient donc à concrétiser l'enjeu principal de la décision médicale partagée.

Cette démarche du législateur algérien le rapproche particulièrement de la position adoptée par son homologue français en matière de décision médicale partagée dont l'outil essentiel a été les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de santé en France. En effet, ces protocoles permettent d'encadrer la délivrance de l'information de manière hiérarchique, synthétique, compréhensible et retranscrite sur différents supports, dans le but d'aider les patients et les professionnels de santé à prendre des décisions partagées[705]. Il est toutefois impossible, à l'heure où nous rédigeons ces lignes d'affirmer de façon péremptoire que l'intention du législateur algérien est de renforcer effectivement le concept de la décision partagée à travers la consécration de cette

[702] Article 265 de la loi de santé algérienne 18-11, précitée.

[703] Conformément au même article qui l'introduit, à savoir l'article 265 de la loi de santé algérienne, sus cité.

[704] L'EBM ou la médecine fondée sur les faits se définit comme « *une façon rigoureuse, consciencieuse et judicieuse d'utiliser les preuves les plus récentes et de plus haut niveau pour les décisions concernant le soin d'un individu* ». Cette vision procédurale des soins développés dans un premier temps en tant que techniques pédagogiques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique de la littérature médicale va être utilisée pour divers autres objectifs tels que l'aide au jugement clinique en permettant de prendre en compte les préférences du patient dans les décisions concernant son traitement. Voir BIZOUARN, Philippe. « *Evidence-Based Medicine* et expertise clinique », *Multitudes*, vol. 75, no. 2, 2019, pp. 103-113.

[705] HAS*, Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée*, octobre 2013, sur http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/ application/pdf.

norme car sa mise en place est conditionnée à la promulgation des textes d'application de la nouvelle loi de santé algérienne qui n'ont pas encore été élaborés. Toutefois, il importe de préciser que les recommandations de bonne pratique sont, dans les faits, des instruments de régulation médicale qui ont pour finalité d'orienter ou de modifier le comportement de leurs destinataires. Elles ne créent pas de droits ou d'obligations pour ces derniers, car elles n'ont pas l'autorité de la loi ou du règlement. Toutefois, elles représentent par leur contenu, leur élaboration et leur formalisation, toutes les apparences de règles de droit. En ce sens, le législateur algérien devrait d'ores et déjà tirer les leçons des écueils qui ont accompagnés la consécration de son homologue français des recommandations de bonne pratique et définir avec exactitude leur nature intrinsèque et leur valeur juridique. En effet, ces recommandations ont été sujettes, au début de leur consécration en France, à controverse suscitant plusieurs débats juridiques portant sur la force normative de ces règles et leur opposabilité[706]. Le Conseil d'Etat français a tranché cette question à travers l'arrêt *FORMINDEP* du 27 Avril 2011[707]en admettant de manière inédite le contrôle des actes de droit souple des autorités indépendantes par la juridiction administrative[708]. Bien que cette question soit aujourd'hui tranchée en France, nous l'évoquons pour signifier notre inquiétude de voir le législateur algérien, lors de la mise en place des textes d'application relatifs aux démarches diagnostiques et thérapeutiques encore une fois, adopter des solutions en décalage avec les dernières évolutions juridiques en la matière.

Enfin, il est important de préciser qu'une partie de la doctrine reste dubitative sur l'effectivité d'une décision médicale partagée dans la mesure où « *la transmission des informations préalables au recueil du consentement est imparfaite* »[709].Ainsi, nombre d'auteurs estiment que la codécision reste idéaliste, oscillant entre « *mythe et réalité* »[710]. Au soutien des écrits les plus sceptiques de ces derniers, nous retrouvons le vécu des malades qui confirme leurs difficultés de perception de l'information rendant la codécision difficile, voire impossible dans certains cas.

Nous pouvons conclure au terme de cette analyse que pour asseoir, au-delà du consentement une démarche de codécision et une véritable culture de responsabilisation du malade dans toutes les décisions qui concernent sa santé, la non dissimulation de l'information constitue une condition

[706] SMALLWOOD, Olivier, « Essai d'une qualification juridique des recommandations», *Droit et santé*, n°15, 2007, pp 17-28.

[707] CE, 27 avr. 2011, *Association pour une formation médicale indépendante (Formindep)*, req. n°334396, Leb, AJDA 2011. 1326, concl. C Landais ; D. 2011. 1287 et 2565, obs. A. Laude ; RDSS2011. 483, note J. Peigné.

[708] Depuis d'autres décisions du palais royal sont venues renforcer et compléter l'édifice réglementaire en la matière. CE, 21 mars 2016, Société Fairvesta International GMBH et autres, Nos 368082, 368083, 368084, à propos des communiqués de presse publiés par l'Autorité des marchés financiers sur son site internet, confirmé par CE, 21 mars 2016, Société NC Numericable, N° 390023. CE, 19 JUILLET 2019, Marine le Pen 426389, Publié au recueil Lebon.

[709] LAPLAUD, Ambre, *Le consentement et responsabilité médicale*, Thèse, Droit, Université de Limoges, 2019, p 107.

[710] CATHERINE, Aurore, « La codécision, entre mythe et réalité », dans, *Consentement et santé*, Dalloz, 2014, pp 119-130.

nécessaire.

2. Le privilège thérapeutique en droit algérien: un maintien du pouvoir décisionnel du médecin ?

Le droit du patient de consentir librement à tout acte médical le concernant est un droit fondamental et une règle éthique et déontologique largement consacré en droit algérien. Fortement corrélé au droit à l'information, il suppose nécessairement la délivrance d'une information complète sur les modalités, la nécessité et la finalité de l'acte médical. Or, le privilège thérapeutique est le droit pour le médecin de retenir ou de nuancer certaines informations à l'égard de son patient lorsque la divulgation de celles-ci causerait un préjudice grave à sa santé.

Ainsi, si le privilège thérapeutique est une exception au droit à l'information du malade, il limite également son autonomie décisionnelle. Effectivement comment pourrait-on concevoir des situations où le malade donnerait son accord pour un acte médical sans que toutes les informations concernant sa maladie ne lui soient révélées? L'absence de certaines données prive le patient d'éléments essentiels et nécessaire pour juger de l'intérêt de l'acte médical et procéder à des choix en toute autonomie. Une autonomie qui rencontre, d'ailleurs, quelques difficultés en Algérie où le législateur a choisi de maintenir le privilège thérapeutique ancrant ainsi la tradition paternaliste plus profondément dans la pratique médicale.

Dans ce contexte, il faut rappeler que le pouvoir réglementaire algérien a consacré le privilège thérapeutique à travers l'article 51 du code de déontologie algérien qui dispose que «*pour des raisons légitimes, que le médecin, le chirurgien-dentiste, apprécie en toute conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic grave mais la famille doit en être prévenue, à moins que le malade n'ait préalablement interdit cette révélation*»; une consécration qui demeure encore en vigueur jusqu'à l'heure où nous rédigeons ces lignes. Il peut paraitre, de prime abord, que cette norme soit porteuse d'une contradiction car le malade ne pourrait s'opposer à la révélation de l'information à la famille si lui-même est tenu dans l'ignorance. En réalité, il faut comprendre à travers cette norme que le médecin peut demander au patient l'autorisation d'informer la famille d'une manière générale sans pour autant lui faire comprendre que c'est dans le but de l'exclure de cette information. Ainsi, si le médecin décide de tenir dans l'ignorance un malade, il peut toutefois lui demander si ce dernier est d'accord pour partager des informations sur sa santé avec ses proches en nuançant la question et en l'intégrant dans une démarche de portée générale.

La nouvelle loi de santé algérienne reprendra cette notion d'une manière implicite. En effet, l'article 343 de la nouvelle loi de santé 18-11 tel qu'il a été rédigé ne semble pas reconnaitre, de prime abord, cette limite. Néanmoins, une lecture attentive de la loi va nous permettre de constater que cette rédaction ne remet pas en cause la faculté pour le médecin de cacher son diagnostic au malade car elle fait un renvoi évident au code de déontologie médicale en précisant que

l'information doit être délivrée par le professionnel de la santé dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables. Elle autorise, de ce fait, la dissimulation de l'information dans l'intérêt du malade sachant qu'il ne peut être question que « *d'un silence thérapeutique* » synonyme de non divulgation de toute l'information[711].

La position du législateur algérien qui consacre en filigrane le privilège thérapeutique par le truchement des règles déontologiques rappelle singulièrement la solution appliquée dans le code de santé publique français avant que les dispositions de l'article R. 4127-35 al. 2 ne soient abrogées[712]. En effet la limitation thérapeutique, qui n'a pas été expressément prévue ni encadrée par la loi *Kouchner* a continué à exister, du moins théoriquement, après la promulgation de cette loi et ce en raison des dispositions ambigües de l'article L1111-2 du code de la santé publique qui rappellent que les informations doivent être transmises aux malades dans le respect des règles déontologiques[713]. Ce n'est effectivement qu'après la réforme du code de déontologie opérée en 2012 qu'il a été consacré, qu'hormis le cas d'urgence ou d'impossibilité, le médecin ne peut taire une information à son patient sauf si celui-ci le lui demande, sans avoir à exposer des tiers à des risques de transmission de maladies contagieuses. La codécision dans la pratique médicale française s'en trouve, par conséquent, plus renforcée par la délivrance d'une information sans rétention.

Le maintien du privilège thérapeutique par le législateur algérien s'inscrit en droite ligne avec la logique d'une grande partie de la doctrine qui estime, qu'agissant dans l'intérêt de son malade et considérant que la délivrance de l'information pourrait avoir des conséquences négatives sur l'évolution de son cas, le médecin a la prérogative de limiter l'information[714]. Il peut également

---

[711] A ne pas confondre entre le droit au silence et le droit au mensonge, expression utilisée par WELSCH, Sylvie, *Responsabilité du médecin*, Litec, 2ème édition, 2003, p. 72.

[712] Conformément aux dispositions du décret n°2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale, JORF n°0108 du 8 mai 2012.

[713] Marion Girer considère que: «…*Cette hypothèse, limitée au cas d'un diagnostic ou d'un pronostic grave ou fatal combiné avec la nécessité de sauvegarder l'intérêt du patient, avait continué d'exister après l'adoption de la loi du 4 mars 2002, de manière au moins théorique, en raison des ambiguïtés des dispositions de l'article L. 1111-2 al. 2 CSP, qui rappelle que l'information doit être délivrée par le professionnel de santé « dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* », GIRER, Marion, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », précité. Pour sa part Anne Laude estime dans un article qui a été publié avant la réforme du code de déontologie de 2012 que «…*la loi ne semble pas remettre en cause la possibilité pour le médecin de dissimuler un diagnostic grave ou fatal. En effet, le texte prévoit alors que l'information doit être délivrée par le professionnel "dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables", et opère ainsi un renvoi implicite à l'article 35 du code de déontologie médicale qui autorise dans certaines hypothèses la dissimulation à l'initiative du médecin* », LAUDE, Anne, « Le droit à l'information du malade », précité.

[714] Le conseiller Sargos a précisé en commentant l'arrêt Hédreul rendu par la première chambre civile de la Cour de cassation le 25 février 1997, que cet arrêt, « *s'il vise la justification de l'absence d'information par l'urgence, l'impossibilité ou le refus du patient, n'exclut pas, bien au contraire, ce que l'on pourrait appeler une limitation thérapeutique de l'information* ». Il ajoute que le médecin peut « *la limiter pour des raisons légitimes et dans l'intérêt du patient»,* Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin.

déterminer son contenu en fonction de l'appréciation qu'il fera de l'état de ce dernier. Il est essentiel que le médecin évalue chaque cas *in concreto*, sans se limiter à une approche uniforme, indépendamment des circonstances[715]. Plusieurs auteurs approuvent, donc, cette limite qui même si elle s'oppose au principe d'autonomie du patient et réduit son pouvoir décisionnel reste conforme au bon sens prenant l'intérêt de ce dernier comme fondement.

Encore très pratiquée dans l'exercice médical en Algérie, l'application de cette norme pose beaucoup de problèmes car elle entretient la polémique sur le « *truth-telling* » et le pouvoir des malades de prendre leurs décisions en toute liberté suivant des choix qui ne sont pas nécessairement ceux sur lesquelles se fonderaient les professionnels de la santé. Assurément, «*le patient pourrait accorder une valeur préférentielle à la qualité de la survie au détriment de la durée de celle-ci, alors que le praticien pourrait maximiser la valeur quantitative des années gagnées en accordant moins d'importance à la qualité du vécu* »[716].

Ainsi, nous pouvons avancer, en conclusion, que même si une partie de la doctrine approuve encore l'exception thérapeutique, cette dernière a montré ses limites lorsqu'elle est confrontée aux enjeux du principe de l'autonomie du patient et de sa responsabilisation. C'est pour cette raison qu'elle doit être abrogée en droit algérien sous réserve que le praticien puisse bénéficier de protections nécessaires afin que sa responsabilité ne soit pas engagée, pour faute d'humanisme ou de manquement à la déontologie, lors de la dispensation d'une information sans préparation d'autant plus que les dispositions de l'article 51 du code de déontologie médicale algérien qui précisent que « *le diagnostic grave ou pronostic fatal ne doivent être révélés qu'avec la plus grande circonspection* » n'ont pas été clairement explicitées[717].

Section 2. Les conflits inhérents à l'information et au consentement

Dictée par l'éthique, confirmée par la loi et appréciée par les juges administratif et civile, le droit à l'information qui conditionne le recueil du consentement du malade, telle qu'elle se présente aujourd'hui, a participé à modifier la relation qu'entretient celui-ci avec son médecin.

En effet, et en raison des tentatives d'équilibrer la relation de soins, de renforcer l'effectivité des droits des malades et d'assurer une transparence dans leur prise en charge, l'obligation

[715] LAPLAUD, Ambre, *Le consentement et responsabilité médicale*, Thèse, précitée.

[716] Comité consultatif de bioéthique, Avis n°35 du 13 mars 2006 relatif à l'exception thérapeutique, p. 7.

[717] Beaucoup d'auteurs s'interrogent sur la brutalité de l'annonce de la maladie et la nécessité d'une assistance psychologique dans l'entretien individuel au cours duquel l'information est délivrée. LAUDE, Anne, « Le droit à l'information du malade », précité.

d'information a subie des transformations qui ont touché sa conception même et produit des résultats contraires à ceux escomptés. La dimension subjective des principes qui circonscrivent cette obligation la rend difficile à apprécier par le médecin et délicate à appréhender par le malade.

« *Trop informé peut fragiliser, trop judiciariser peut ternir la relation médicale et le mieux est parfois l'ennemi du bien* »[718].Portant ces marques, les conflits qui peuvent naitre d'une mauvaise information ou d'un consentement non recueilli ou partiellement sont complexes à analyser. Focalisés sur la faute, les malades estiment qu'elle compromet la relation médicale et la ressentent en tant que rupture du lien de confiance (**§1**). Loin de cette vision, les professionnels de la santé s'inscrivent dans une logique de résultats et estiment qu'il n'y a point de conflits s'il n'y a point de préjudice **(§2**).

§ 1. Le défaut d'information et de consentement: des fautes à fondement original.

L'adoption d'une loi garantissant le droit du malade à être informé, engendre pour ce dernier le pouvoir d'exiger du soignant la communication complète des informations concernant sa maladie, de décider avec lui, une fois informé, des choix qui s'offrent à lui pour sa thérapie, et enfin de demander une indemnisation même en l'absence d'une faute médicale technique [719]. De ce fait, le professionnel de santé, débiteur de l'information, est tenu de fournir toutes les données nécessaires à un patient, créancier, en droit de lui demander des comptes. Cette exigence peut donner lieu à des conflits si le professionnel ne satisfait pas à son devoir légal et déontologique de délivrer une information « optimale » **(A)** et recueillir un consentement éclairé à l'acte de soins **(B)**; information et consentement étant consubstantiellement mêlés.

A. Le défaut d'information : une faute d'humanisme.

Un médecin a, envers ses malades, une responsabilité très étendue qui couvre deux types d'obligations joignant science et conscience dans la mesure où l'acte de soins tout comme le verbe soigner, lui-même, implique deux concepts antinomiques cure[720] et care[721]. En effet, le célèbre arrêt *Mercier*[722], qui en sus d'avoir instauré en droit civil une responsabilité de nature contractuelle dans

[718] ALBERT, Nathalie, « Obligation d'information médicale et responsabilité », *RFDA*, 2003, pp 353-369.

[719] LAPLAUD, Ambre, *Le consentement et responsabilité médicale*, Thèse, précitée.

[720] Qui signifie traitement médical d'une certaine durée, méthode thérapeutique, soins et remède.

[721] La notion de « care » a fréquemment conservée son nom d'origine anglo-saxon car la langue Française n'a pas de mots équivalents pour en traduire la richesse sémantique. Ce terme englobe non seulement l'acte de soin lui-même, mais également les sentiments et les valeurs qui y sont associés.

[722] Civ. 20 mai 1936, *D.P.*, 1936, 1, p. 88, note E.P., rapp. L. JOSSERAND, concl. P. MATTER ; *Gaz. Pal.* 1936, 2, p. 41 ; *S.* 1937, 1, p. 321, note A. BRETON ; *JCP*, 1936, 1079 ; *GAJ civ.*, tome 2, n° 161-162 ; F.VIALLA *et alii*, *Les grandes décisions*

le domaine médical, a rattaché à l'acte de soins de nombreux devoirs et obligations.

Faisant date dans la relation médecin-patient, cet arrêt va fonder, en Algérie[723] qui était une colonie française à l'époque, un nouveau raisonnement juridique qui astreint le praticien à donner à son malade non seulement des soins conformes aux donnés de la science mais également des soins consciencieux qui, au-delà de la méticulosité attendue du praticien, revêtent une acception plus large, celle de la morale. Le juge algérien va mieux asseoir cette position au fil de plusieurs décisions, en considérant que le médecin est engagé à fournir des prestations consciencieuses et attentives[724]. Pourtant, il ne sera pas le seul à receler ce devoir puisque la doctrine avait déjà examiné bien auparavant dans un traité d'abd el rezzak el-sanhouri les obligations morales du médecin qui se distinguent des autres situations encadrant la responsabilité d'une manière générale[725]. De plus, un traité de droit médical de 1954 avait illustré « *une présomption de confiance d'autant plus marquée qu'elle s'accorde avec des pouvoirs exceptionnels, dans une matière intéressant intimement et essentiellement la personne humaine* »[726].

Par ailleurs, plusieurs dispositions du code de déontologie médicale algérien font référence au devoir d'humanisme du médecin en disposant que « *Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins et sans négliger leur devoir d'assistance morale …. », « … le médecin, le chirurgien-dentiste s'engage à assurer à ses malades des soins consciencieux, dévoués….* »[727]. Parfaite reproduction des articles R.4127-32 et R.4127-37 du code de la santé publique français qui prévoient que « *Le médecin s'engage...à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués…*», « *….et l'assister moralement* ….», ces dispositions reconnaissent la dimension morale des devoirs du médecin. Cette reconnaissance a conduit à l'émergence d'une nouvelle catégorie de fautes, distinctes de la faute technique traditionnellement associée à des erreurs de compétence médicale. Qualifiées de faute d'humanisme, elles n'émanent pas d'une carence dans l'application des connaissances médicales mais plutôt d'un manquement à des

---

du droit médical, Paris, LGDJ, 2009

[723] L'Algérie, étant à l'époque une colonie Française, appliquait les dispositions du droit colonial. Voir notre introduction notamment la partie relative à la formation du droit national.

[724] Ces décisions seront détaillées plus amplement dans le prochain chapitre relatif à l'appréciation jurisprudentielle de la faute hospitalière en Algérie. Toutefois, la décision de la Cour suprême dans l'affaire n°399828 du 23/1/2008/ A.A.K…c et A.B en constitue un exemple caractérisé. Khadir, Abdelkader, *« Recueil d'arrêts en responsabilité médicale* », précité, p 29.

[725] EL-SANHOURI, Abd El Rezak, *Al-wasit fi sharh alqanoun el madani el djadid (commentaires sur le nouveau Code civil*), Maison de la renaissance du patrimoine arabe, Beyrouth, Liban, 1973, p 899, (ouvrage en Arabe).

[726] SAVATIER, René, AUBY, Jean-Marie, SAVATIER, Jean et PEQUIGNOT, HENRI, *Traité de droit médical*, Librairies Techniques. Paris, 1956, p. 291.

[727] Articles 11 et 45 du code de déontologie médicale algérien, précité.

obligations déontologiques.[728]. Elles découlent d'une atteinte à la dignité de la personne humaine et se produisent indépendamment de l'acte de soins proprement dit, étant rattachées à sa dimension humaine. Elles peuvent, par conséquent, apparaitre avant, pendant ou après l'acte de soins, ce qui les rend difficiles à appréhender. Il faut rappeler, à ce titre, que le législateur algérien« *n'a pas défini la faute médicale ni ses différentes formes, que ce soit dans le Code civil et pénal algérien, ou dans la loi sur la protection et la promotion de la santé de 1985* »[729].La nouvelle loi de santé18-11est restée, également, silencieuse sur le sujet, se contentant de lister les obligations et les devoirs des professionnels de la santé.

La faute d'humanisme trouve son terrain d'élection dans la violation du devoir d'information et le défaut du consentement[730] eu égard à l'importance de l'échange dans la relation de soins. En effet, l'information est au cœur de cette relation car elle permet de réaliser un équilibre entre le profane et le sachant et rend éclairé un consentement qui légalise l'atteinte à l'intégrité du corps humain. Ainsi tout manquement à cette obligation sera considéré comme une faute d'humanisme car il affecte directement les bases mêmes qui soutiennent les exigences d'humanité dans la relation médicale.

La déontologie est loin d'être le fondement exclusif de la qualification du défaut d'information et de consentement en faute d'humanisme[731]. En effet, le législateur algérien, en consacrant ces obligations comme droits du patient, manifeste clairement son intention de traiter les manquements à ces normes juridiques comme des fautes à part entière, susceptibles d'entraîner des sanctions civiles et pénales[732]. Elles sont considérées en tant que fautes spécifiques, non techniques et appréhendées indépendamment des connaissances scientifiques.

Ainsi, lorsqu'ils ne remplissent pas leur devoir de conseil et d'information, les professionnels de la santé et en particulier les médecins commettent une faute d'humanisme qui constitue, aujourd'hui, la principale source de contentieux en matière de responsabilité médicale. Si aucun

[728] L'article 6 du code de déontologie médicale algérien, précité consacre qu' « … exercent leurs missions dans le respect de la vie et de la personne humaine ».

[729] Propos tenus par le ministre de la Justice algérien à l'occasion d'une journée d'étude organisée par la Cour suprême le 13/04/2010 sous le thème «*la faute médicale cherche législation* ». Voir ABED EL RAHIM, Sabah, « La faute médicale technique en droit algérien », *Revue Moukarabet*, vol 4, n°1, 2016, pp 274-285, (article en Arabe).

[730] L'arrêt Teyssier de la Cour de Cassation du 28 janvier 1942 précise que le recueil du consentement est une « *obligation, imposée par le respect de la personne humaine* ».

[731] ARRADA, Moussa, « La responsabilité médicale entre considérations éthiques et enseignement », *Revue de la Cour Suprême*, numéro spécial, La responsabilité médicale à la lumière de la législation et de la jurisprudence, 2010, pp 6-12.

[732] Conformément au principe constitutionnel de légalités des délits et des peines le défaut d'information n'est pas retenu comme un délit pénal sauf quand il existe un texte spécifique réprimant l'absence du recueil du consentement dans un domaine particulier tel que les recherches biomédicales.

chiffre n'a été donné sur le nombre de citoyens qui se sont plaints à la justice pour faute d'humanisme, il est relevé, selon Dr Bekkat Berkani, président du Conseil national de l'ordre des médecins algériens, que celui-ci a eu à connaître, dans les six dernières années, quelque cinq-cents plaintes émanant de citoyens contre des médecins au motif qu'ils ont été victimes de diverses fautes médicales[733].

Bien que, la compétence de la juridiction administrative se soit imposée, en Algérie pour apprécier le défaut d'information survenant dans une structure publique de santé[734], terrain de notre recherche, il arrive dans certains cas que le juge judiciaire algérien soit admis à statuer sur pareils litiges. En effet, en Algérie, la responsabilité civile d'un médecin libéral peut être engagée même si le manquement à son devoir d'information se produit dans un établissement public de santé. Cette possibilité est permise lorsque les praticiens privés exercent dans de tels établissements, en réponse à un besoin de couverture médicale, dans le cadre d'un dispositif juridique connu sous le nom de « conventionnement »[735]. Les relations s'établissant, alors, entre ces praticiens et les malades usagers de l'hôpital public obéissent aux règles du droit privé au sens de la prestation due par le contrat et relèvent de la compétence de la juridiction civile.

Le juge judiciaire dispose, également, d'une compétence exclusive en cas de contentieux né d'un défaut de consentement en matière de recherches biomédicales conformément aux dispositions des articles 439 et 440 de la loi de santé algérienne n°18-11. Cette consécration témoigne de la volonté du législateur algérien de « contractualiser » la participation à la recherche médicale en ménageant une grande place au consentement. Elle peut être également, juste révélatrice de l'évolution des préoccupations éthiques en médecine de recherche au même titre qu'en médecine de soins. La priorité qui était accordée à la nécessité et aux bienfaits de la recherche où seuls les intérêts de la science médicale et de la collectivité primaient va être orientée vers l'autonomie des personnes impliquées dans cette recherche. Le renforcement du consentement éclairé du malade entouré de protections pénales reflète ainsi l'intention de faire du malade un réel partenaire de

[733] Propos rapportés par Moussa Arrada, président du Conseil national de l'éthique. Voir ARRADA, Moussa, *«* La responsabilité médicale entre considérations éthiques et enseignement », précité.

[734] Cette compétence a été largement critiquée notamment par des décisions du juge civil qui a défendu la prévalence de la relation médecin-malade sur la relation malade-hôpital notamment par l'arrêt de la Cour d'appel d'Oran du 22/1/1996. Pourtant, la question a été tranchée par la Cour suprême la veille du transfert des dossiers traités par sa chambre administrative vers le Conseil d'Etat, nouvellement créé, dans l'affaire n°157555 du 20/10/1998 qui a considéré que l'hôpital étant une institution publique à caractère administratif, l'action civile relative à la responsabilité civile des hôpitaux relève des compétences du tribunal administratif comme première instance. Voir BOUDALI, Mohamed, « La responsabilité médicale entre la jurisprudence administrative et civile», *Revue jurisprudence*, vol 2, n°2, 2006, pp 175-195, (article en Arabe).

[735] Conformément aux dispositions du décret exécutif n°13-195 du 20 Mai 2013 relatif à l'indemnité de garde au profit des personnels des établissements publics de santé, JORA n°27 du 22/5/2013, « *il peut être fait appel, en cas de nécessité absolue,….à des praticiens médicaux spécialistes exerçant à titre privé* ….. ».

l'investigateur dans une recherche.

Enfin, il est important de préciser que même si les obligations pesant sur les professionnels de la santé demeurent identiques que l'on se soigne dans une structure privée ou publique, toutes les juridictions n'utilisent pas le vocable de faute d'humanisme pour appliquer des règles contentieuses au défaut d'information et de consentement. En effet, la juridiction administrative algérienne rattache ce manquement à l'organisation et au fonctionnement du service en dépit du fait qu'il soit davantage lié à l'activité médicale caractérisée par l'indépendance des médecins dans l'exercice de leur art[736].

B. Le défaut de consentement: vers une pénalisation de la faute en droit algérien?

Bien que le défaut de consentement ne soit pas un fait pénal par lui-même, une juridiction algérienne vient de considérer, pour condamner un médecin, que le défaut de consentement correspondait à une inobservation de règlement, fondement d'une condamnation pénale au titre des « coups et blessures involontaires ».

Dans cette affaire qui remonte au mois de septembre 2022, la patiente F.F avocate de profession est admise à l'hôpital d'Ain Defla en vue de son accouchement. Pendant le travail, la patiente présente une hémorragie résultant d'une rupture de l'utérus après utilisation de forceps ce qui a conduit la gynécologue S.W à procéder à une hystérectomie. Ayant perdue le bébé qui est décédé des suites d'une souffrance fœtale et privée de la possibilité d'une nouvelle grossesse, la patiente dépose plainte pour délit d'imprudence, de négligence et d'inobservation des règlements. Le médecin condamné par la première instance à deux mois de prison ferme interjette appel. La cour d'Ain Defla rejette sa demande et la condamne le 25 décembre 2022 à deux ans de prison ferme. C'est ce dernier verdict très lourd qui donnera à l'affaire une autre dimension d'autant plus que la gynécologue a dénoncé le refus des avocats de la défendre contre leur consœur[737]. L'affaire tourne dès lors au corporatisme, face au silence des tutelles respectives que sont les ministères de la Santé et de la Justice.

En réalité, cette affaire a permis de mettre en exergue plusieurs problématiques : celle de l'étendue de l'information due au malade lorsqu'il ne s'agit pas de pratiquer un acte médical notamment en ce qui concerne les risques qui y sont attachés, l'accouchement étant considéré comme un acte naturel, celle de recueillir le consentement d'un patient par anticipation aux risques qui peuvent survenir pendant l'acte prodigué, et enfin celle de la nécessité médicale en tant que

[736] HOLCMAN, Robert. « Chapitre 14. La responsabilité », dans, *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod, 2019, pp. 405-433. Voir aussi BOUDALI, Mohamed, « La responsabilité médicale entre la jurisprudence administrative et civile», précité.

[737] Propos recueillis auprès du directeur de l'établissement public hospitalier d'Ain Defla.

limite au droit à l'information et au recueil du consentement. Elle démontre aussi que la norme qui autorise les médecins à pratiquer des ablations d'organe pour motif médical très sérieux, sans le consentement du malade, ne figure que dans un texte réglementaire tandis que l'infraction pour coups et blessures involontaires est prévue par la loi pénale. Pour offrir un cadre juridique sécurisé aux pratiques d'ablation d'organes et prévoir ainsi une exception claire à l'expression de la volonté du malade dans le cadre de la nécessité médicale, une norme de nature juridique équivalente est nécessaire, d'autant plus que les dispositions prévues par la loi de santé algérienne pour les cas où le médecin peut outre passer le consentement du malade ne prévoient pas la nature des actes de soins qui peuvent être prodigués et ne fait pas mention de l'ablation d'organe.

En raison de l'indisponibilité de l'arrêt en question qui n'est pas encore publié, nous ne pouvons pas apporter les commentaires qui s'imposent mais nous pouvons, toutefois, avancer certaines observations concernant ce jugement. Tout d'abord, en matière d'information, bien que l'accouchement par voie basse soit un événement naturel et non un acte médical, la gynécologue était, néanmoins, tenue d'informer la parturiente du risque de rupture utérine inhérent à un accouchement par voie basse qu'elle était susceptible de subir et, en conséquence, de la possibilité pour elle de recourir à une césarienne. En droit algérien, la problématique de l'extension de l'obligation d'information à des actes non médicaux tels que l'accouchement n'est pas connue dans la pratique médicale algérienne et ne s'est jamais posée avant cette affaire. Il faut rappeler que même en France cette question n'était pas tranchée jusqu'à une récente décision du Conseil d'Etat en juin 2016[738] qui a mis un terme à l'incertitude qui entourait cette question en l'état de jurisprudences contradictoires. En effet, alors que certaines cours administratives d'appel avaient pu juger que l'accouchement par voie basse était un évènement naturel, qui ne constituait, en quelque sorte, pas un acte médical nécessitant une information spécifique[739], le Conseil d'Etat a considéré, confirmant d'autres jugements[740], que les risques liés à l'accouchement par voie basse entraient dans le champ d'application de l'obligation d'information prévue à l'article L 1111-2 du code de la santé publique français.

Ramener au cas d'espèce, on peut penser que la Cour de Ain Defla a pu conclure à un défaut d'information sur les risques de l'accouchement par voie basse de la part du médecin privant ainsi la patiente de la possibilité de recourir à une autre solution ou du moins de planifier avec le médecin les soins qui devaient être pratiqués dans le cas où le risque de rupture utérine se serait réaliser. Ainsi, concernant le droit à l'information, le médecin a commis une faute en ne fournissant pas à la

[738] CE, 27 juin 2016, n°386165.

[739] CAA Douai, 3 juill. 2007, n° 06DA01178, AJDA 2007. 1999. CAA Paris, 8 juin 2005, n° 01PA01720, Assistance publique - Hôpitaux de Paris c/ Martin, Lebon.

[740] CAA Bordeaux, 14 nov. 2014.

patiente les éclaircissements nécessaires sur les risques associés à l'accouchement par voie basse. Cette négligence lui impute la responsabilité de toutes les conséquences de l'accouchement, indépendamment de leur origine.

Ensuite, dans la polémique qui a suivi l'affaire, nous avons relevé à travers les déclarations très médiatisées des deux parties et lors de notre entretien avec le chef d'établissement, que le magistrat n'a pas jugé opportun de recourir à une expertise médicale dans la même spécialité. Ceci implique, à l'évidence, qu'aucune faute technique dans la conduite de l'acte opératoire n'a été soulevée par la requérante. Pourtant, nous ne pouvons nous empêcher de constater que la Cour aurait pu retenir la responsabilité du médecin pour faute technique, l'usage de forceps laissant souvent présager une maladresse dans la réalisation de cet acte. On pouvait s'attendre, également, à ce que la responsabilité du médecin soit retenue dans le choix de la technique à réaliser une fois qu'elle a constaté que la phase d'expulsion était trop longue, d'autant plus que le recours à la césarienne présentait moins de risques pour l'enfant que l'usage de forceps et que la césarienne pouvait avoir lieu alors même que le travail s'était mis en route.

Enfin, en ce qui concerne le défaut de consentement retenu comme fondement pour condamner pénalement le médecin, il nous semble opportun de préciser que la position du juge algérien est inédite même si avant lui, une chambre d'accusation en France, a considéré, pour renvoyer un médecin devant une juridiction de jugement, que le défaut de consentement correspondait à une faute pénale, l'avis de cette chambre d'accusation n'a cependant pas été suivi par la juridiction de jugement[741]. Les motifs de cette décision n'étant pas encore publiés, nous pouvons néanmoins essayer de se représenter le raisonnement de la Cour de Ain Defla qui a considéré que le défaut de consentement correspondait à une inobservation de règlement justifiant une condamnation au titre des « coups et blessures involontaires». En fait, le médecin a l'obligation, sauf urgence ou impossibilité, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une ablation d'organe. Cette obligation est imposée par le code de déontologie médicale algérien mais ne figure pas dans la loi de santé. Mais la loi de santé algérienne autorise le médecin à outre passer le consentement du malade dans le cadre de l'urgence ou du refus de soins quand le pronostic vital est en jeu, sans préciser la nature des actes que le médecin est autorisé à pratiquer. Or, dans le cas d'espèce nous notons par rapport aux faits, que la situation d'urgence n'est pas caractérisée mais le caractère impérieux de l'intervention est, par contre, justifié. Ainsi, le médecin, devait recueillir le consentement de la malade, et l'outre passer en cas de refus de la part de cette dernière de subir l'acte opératoire impérieux pour sa santé. Pourtant, la patiente n'a pas eu droit à exprimer sa volonté ni par un assentiment ni par un refus, le médecin ayant jugé que la nécessité médicale est une limite

[741] Rouen, Chambre d'accusation 26/02/1969.

au recueil du consentement alors qu'en réalité c'est une limite au refus de soins et ne dispense pas le médecin de l'obligation de recueillir la volonté de son malade, fusse-t-elle un refus de soins. Ainsi, le médecin a commis une faute professionnelle qui peut s'apprécier en tant que délit conformément aux dispositions de l'article 413 de la loi da santé algérienne 18-11 qui dispose que «*tout professionnel de santé qui, par négligence ou faute professionnelle avérée commise dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions affecte l'intégrité physique ou la santé d'une personne, cause une incapacité permanente, met en danger sa vie ou provoque son décès, est puni conformément aux articles 288, 289 et 442 (alinéa 2) du Code pénal ».*

Il faudra attendre d'une part la décision de la Cour suprême pour savoir si cet arrêt va modifier les fondements de la responsabilité médicale lié au défaut de consentement et d'autre part sa publication pour comprendre le raisonnement juridique suivi par le juge. Quoiqu'il en soit, cette affaire qui a opposée deux corporations a été l'occasion pour que juristes et médecins renouvèlent leurs insatisfaction de voir les actes dommageables soulevés par la pratique médicale algérienne appréhendées par le régime général classique de la responsabilité civile, l'activité médicale étant considérée en tant que cas d'application, parmi d'autres, des règles de droit relatives à la prise en charge des conséquences dommageables des activités humaines[742]. Ils ont formulé le souhait de voir le législateur algérien introduire des règles de droit spécifiques à la prise en charge des fautes médicales telles que celles insérées par son homologue français dans le code de la santé publique à l'article L.1142-1 qui a posé pour la première fois de façon aussi significative, des règles de droit écrit et des principes applicables aux professionnels et aux établissements de santé en cette matière.

En ce sens, ériger un « droit » spécial de la responsabilité médicale est une priorité en droit algérien afin de combler le manque de normes spécifiques en la matière. Il importe de préciser que *« la responsabilité n'est pas un état qui se révélerait avec la seule survenue d'un accident ; si elle est établie, elle ne l'est qu'au terme d'une appréciation menée en référence aux règles de responsabilité qui précisent à quelles conditions un professionnel ou un établissement assume les conséquences dommageables de ses actes. Ces règles qui s'appliquent après l'accident sont autant de règles de qualification qui permettent a posteriori de dire à quelles conditions un professionnel ou un établissement de santé pourra être déclaré responsable*»[743].

§ 2. Le défaut d'information : un préjudice spécifique.

Le manquement aux obligations d'information et de recueil de consentement est constitutif

[742] KHELIFI, Asma, «Le droit d'information et du recueil du consentement du patient», précité.

[743] THOUVENIN, Dominique, « Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n° 2, 2006, pp 35-42.

d'une faute engendrant un préjudice qui est la traduction juridique du dommage subi. En application des principes traditionnels du droit, sa prise en compte dans la mise en œuvre de la responsabilité ne prend de sens que si ce dommage est directement imputable à l'activité du médecin ou du service public hospitalier. Pourtant, la faute d'information n'est souvent pas la cause principale du dommage. En ce sens et s'éloignant de la théorie traditionnelle de la responsabilité, la jurisprudence a retenu une interprétation souple de ces exigences en matière de réparation pour défaut d'information en retenant un préjudice éventuel **(A)** et un autre moral **(B).**

A. La perte de chances : un préjudice très peu appliqué en droit algérien.

En Algérie, la théorie de perte de chance est l'une des questions juridiques qui a le plus marqué la divergence de position entre le droit algérien et le droit français[744], notamment en ce qui concerne son existence et son application. Il faut rappeler, dans ce cadre, que la notion de « perte de chance » est une solution qui a été dégagée par le juge judiciaire français à la fin du XIXe siècle[745]. Depuis lors, elle a donné lieu à une jurisprudence abondante ainsi qu'à de vifs débats au sein de la doctrine en France. Elle a été introduite en droit médical, non sans quelques heurts, et ce en raison de la spécificité de la pratique médicale qui ne peut être que rétive à pareils concepts dont la subjectivé risque de pervertir l'application. En effet, son application dans ce contexte peut paraître audacieuse, car la chance de guérison est déjà compromise par la présence de la maladie elle-même et par les réactions biologiques individuelles, qui sont imprévisibles[746]. C'est le Conseil d'Etat français qui, contrairement à ses postions habituelles en la matière[747], a accepté en premier

[744] Professeur Ghenima Lahlou-Khiar a synthétisé l'opinion de la doctrine sur ce sujet, en observant que : « Certains auteurs font preuve de beaucoup de prudence en évoquant la perte d'une chance, non comme un préjudice indemnisable en droit algérien, mais bien comme une œuvre de la jurisprudence française. D'autres au contraire, admettent l'indemnisation d'un tel préjudice ». LAHLOU-KHIAR, Ghenima, « Pour une refonte du droit de l'indemnisation », *Annales de l'université d'Alger*, vol 30, n°3, 2016, pp 47-85. Cette position est également corroborée par des travaux plus récents. Voir ASSALI, Arâra, « La perte de chances en droit civil algérien », *Revue sciences juridiques et sociales*, vol 7, n°9, 2022, pp 692-705, (article en Arabe).

[745] Ce chef de préjudice est apparu lorsque le juge civil français a admis pour la première fois, la responsabilité d'un mandataire de justice ayant privé un justiciable de la possibilité d'exercer un recours. Depuis, la notion de perte de chances a intégré le raisonnement juridique et d'autres hypothèses se virent acceptées et même indemnisées. En ce sens, il a été reconnu le préjudice subi par la veuve d'un étudiant en sixième année de médecine tué dans un accident, parce qu'elle ne pourra plus jouir de la bonne situation matérielle que lui aurait procuré les revenus de son mari ou encore celui du propriétaire d'un cheval de course, dont l'animal ne pourra plus courir par la faute d'un tiers….et bien encore d'autres exemples jusqu'à son étendue aux restant des branches de la responsabilité. Akhoun, Jérémie-Idriss, *La perte de chance en droit des contrats*, Thèse, droit privé, Université de La réunion, 2023.

[746] BOUSSARD, Sabine, « Les vicissitudes de la perte de chance dans le droit de la responsabilité hospitalière », *RFDA*, n°5, 2008, pp 1023-1035.

[747] Selon Maryse Deguergue, les juges de la Haute juridiction administrative ont été jusque là réticents vis-à-vis de la notion de perte de chance par rapport à leurs homologues judiciaires puisqu'elle n'était pas étrangère à celle du préjudice moral longtemps rejeté par eux. De plus, ce préjudice dessert la Thèse de l'autonomie de la responsabilité administrative. DEGUERGUE, Maryse, « 5. La perte de chance en droit administratif », dans, *L'égalité des*

lieu la possibilité d'indemniser une perte de chance dans la pratique médicale. Il considéra que les négligences du personnel soignant avaient « *compromis les chances qu'avaient le sieur R d'éviter l'amputation* »[748] les liant, donc, directement au préjudice corporel subi. Peu de temps après, la Cour de Cassation a adopté à son tour la même position en admettant le préjudice résultant de la perte de chance[749].

Pourtant, l'extension de la théorie de la perte de chance pour réparer un préjudice lié au défaut d'information ne se fera que beaucoup plus tard. En effet, si la Cour de cassation française a marqué une première application de la théorie de la perte de chance en matière médicale en 1965[750], elle ne l'a étendue au défaut d'information qu'en 1990[751] où elle y fait explicitement référence. Le raisonnement juridique construit par la Cour de cassation pour admettre l'indemnisation de la perte de chance dans ce cadre s'appuie sur le fait que le défaut d'information ou la mauvaise information a privé le malade « *d'éléments nécessaires à une décision éclairée* »[752], ou plutôt que l'inobservance de cette obligation « *n'a pas permis au patient de prendre une décision ou de motiver un refus participant, ainsi, à la réalisation du dommage* »[753]. Il peut également reposer sur l'idée que le manquement à ce devoir « *a privé la patiente de la possibilité de refuser ou de retarder l'intervention engendrant une perte de chances d'échapper au risque de paralysie* »[754]. Ainsi, la difficulté posée par le lien de causalité entre le défaut d'information ou de consentement et le préjudice subi est dépassée. Il ne s'agit plus pour le malade de prouver que la faute est la cause directe et certaine du préjudice mais seulement d'établir que cette faute l'a privé d'une chance de refuser l'acte et d'échapper, par conséquent, au risque qui s'est réalisé[755]. Ce qui a constitué une

---

chances. Analyses, évolutions, perspectives. La Découverte, 2000, pp. 197-210.

[748] CE 24 avril 1964 Hôpital-Hospice de Voiron, Lebon p. 259.

[749] Cass. Civ. 1ère, 14 décembre 1965, JCP G 1966, II, n° 14753, note Savatier.

[750] Il s'agissait, en l'espèce, d'un enfant devenu infirme alors que les médecins avaient fait une erreur de diagnostic, la Cour de cassation décida alors de réparer « les chances de guérison dont a été privé le patient », sus cité.

[751] Cass. civ. 1ère, 7 février 1990, Bull. civ. I, n° 39 ; D., 1991, Somm. 183, obs. J. PENNEAU ; RTD civ., 1992, p. 109, obs. P. JOURDAIN. Cette décision indique: « *qu'en manquant à son obligation d'éclairer M. Y... sur les conséquences éventuelles de son choix d'accepter l'opération qu'il lui proposait, M. X... a seulement privé ce malade d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles qui seules ont fait l'objet de la demande de réparation de M. Y... »*.

[752] C. Cass , 17 novembre 1969, Bull. n°347 ; D 1970 jurisp. p. 85 ; JCP 1970 II 16507, note R. Savatier ; RTD Civ. 1970, p. 580, à propos d'une intervention de chirurgie esthétique.

[753] CA Paris 17 novembre 1983, JCP 1985 II 20406 note Dorsner-Dolivet

[754] CA Rennes 11 juin 1996, jurisdata n°1996-043634 ; Cass. Civ 1ère 31 mai 2007 Monsieur et Madame J. c/ Monsieur H., Gaz. Pal. 22 juin 2007, p. 6.

[755] LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, PORCHY-SIMON, Stéphanie, *Droit du dommage corporel: systèmes d'indemnisation*,

façon de détourner l'obstacle juridique initial. En créant « *un artefact et un autre préjudice qui, lui, est certain et peut être indemnisé »*[756], la perte de chance est devenue un chef de préjudice tout à fait autonome, indépendant des souffrances corporelles ou psychiques. La volonté d'indemniser les victimes ayant justifié le changement de la nature de la perte de chance qui était initialement perçue comme un aménagement de l'exigence du lien de causalité.

En ce sens, le juge français appréhende la perte de chance par la prise en considération du préjudice corporel en mettant en balance la situation finale du patient résultant de l'enchaînement des circonstances liées au défaut d'information avec celle dans laquelle aurait pu normalement se trouver ce dernier s'il avait évité une détérioration de son état de santé[757]. Toutefois, le comportement hypothétique du malade, ayant reçu une information exhaustive sur l'acte médical reste incertain. Son renoncement à la thérapie peut être total, partiel ou voire nul notamment devant l'absence d'une autre alternative thérapeutique moins risquée[758]. Récemment, le Conseil d'État français a précisé que la perte de chance doit en principe être admise en cas de violation de l'obligation d'information, sauf s'il est prouvé par l'instruction que même bien informé, le patient aurait consenti à l'acte[759]. Ainsi, *« même si ce système d'indemnisation sur le fondement de la perte de chance est valable, encore aujourd'hui, pour les hypothèses dans lesquelles il n'est pas possible de déterminer de manière certaine quelle aurait été l'attitude du patient s'il avait été correctement informé, il n'est en revanche d'aucune utilité lorsqu'il est établi que le malade, dûment informé, aurait tout de même accepté l'acte de soins, notamment en raison de sa nécessité, de son urgence ou de l'absence d'alternatives. En pratique, la perte de chance liée au défaut d'information est rarement retenue, car les juges estiment souvent que le patient n'avait pas d'autre choix et que même bien informé, il n'aurait pas refusé l'acte. La demande est également rejetée lorsque l'intervention n'a pas causé de réelle atteinte à l'intégrité corporelle du patient, soit parce qu'elle est parvenue au but fixé, soit parce qu'elle n'a pas causé une atteinte plus grave que celle qui serait résultée d'une absence de soins»*[760].

Dalloz, 9ème édition, 2022, 916 p.

[756] TESTARD, Christophe, « Le recours à la perte de chance devant les juridictions administratives », dans, *La perte de chance devant les juridictions administratives*, Actes du colloque de Lyon du 19 novembre 2018, Cour administrative d'appel de Lyon, 2019, pp. 18-33.

[757] BOUSSARD, Sabine, « Les vicissitudes de la perte de chance dans le droit de la responsabilité hospitalière », précité. Voir également Puigserver, Fréderic, « L'évaluation de la perte de chance en matière hospitalière : une tentative d'unification », *RFDA*, n°5, 2008, pp 1036-1048.

[758] CE, 15 janv. 2001, Courrech, Leb. p. 1184, et CE, 27 sept. 2002, Sainty, AJDA 2003, p. 1551 1512.

[759] CE 20 novembre 2020 n° 419778, L. Bloch; Resp. civ. et assur. 2021, chron. p. 5, obs. L. Bloch et S. Hocquet-Berg.

[760] GIRER, Marion, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », précité.

En Algérie, il n'existe pas de disposition claire dans le Code civil quant à une possible indemnisation de la perte d'une chance. Le professeur Ghenima Lahlou-Khiar estime à ce sujet que « *Cette absence pourrait être interprétée comme un refus délibéré du législateur de prendre en charge cette catégorie de préjudice. Une telle interprétation se justifie par le fait que l'indemnisation de la perte d'une chance est une construction de la jurisprudence de la Cour de cassation française, appliquée bien avant 1975, date de promulgation de notre Code civil. Or, nous noterons avec intérêt, que le législateur algérien n'a pas repris cette jurisprudence, comme il l'a fait par ailleurs pour d'autres règles juridiques dégagées par la jurisprudence française, dans d'autres dispositions tel que les articles 136,138. Si le législateur n'a pas prévu la perte d'une chance comme préjudice indemnisable, n'a t-il pas entendu l'exclure justement de cette indemnisation!*»[761]. Pourtant, il est possible, à notre sens, de voir dans l'article 182 du Code civil algérien une consécration implicite du préjudice de perte de chance notamment lorsqu'il évoque le concept de « pertes subies et de gains perdus »[762].

Par ailleurs, il importe de préciser que le juge algérien a adopté une position complètement différente de son homologue en matière de perte de chance et ce en dépit de la grande influence exercée par la jurisprudence française sur ses positions[763]. Aussi, la perte de chance n'a pas connu une grande application en matière de responsabilité médicale, contentieux dans lequel il est particulièrement difficile de trouver des décisions du juge algérien statuant sur cette réparation. Une exception notable est la décision du tribunal de Sénia du 26 mars 1996. Dans cette affaire, la responsabilité du médecin a été engagée en considérant que « *ne pas avoir informé la malade des risques exceptionnels de la technique de la péridurale avant de pratiquer la césarienne lui a fait perdre l'opportunité de ne pas accepter cet acte et par conséquent une chance d'échapper aux séquelles graves qu'elle a gardé de cet acte de soins* »[764].

La réticence du système judiciaire algérien à appliquer la notion de perte de chance s'explique sans doute par l'influence exercée par la *chariâ* islamique sur le droit algérien. Il faut rappeler, à cet égard, que tout emprunt de solutions juridiques, même s'il constitue une pratique normale, doit obéir à une démarche d'adaptation soignée afin de ne pas soulever des difficultés d'application. Les dispositions légales et les règles prétoriennes « *ne sont pas seulement le reflet*

[761] LAHLOU-KHIAR, Ghenima, « Pour une refonte du droit de l'indemnisation », précité.

[762] L'article 182 du Code civil algérien dispose que : « *La réparation couvre les pertes subies par le créancier et les gains dont il a été privé, à condition que ce soit la suite normale de l'inexécution de l'obligation ou du retard dans l'exécution ».*

[763] KHALFOUNE, Tahar, « Système juridique en Algérie – Un pluralisme normatif désordonné », précité.

[764] La décision du tribunal de Sénia du 26 Mars 1996 confirmée par la Cour d'Oran, cité par GUENIF, Ghenima, *Obligation du médecin de recueillir le consentement libre et éclairé du patient*, Thèse, p 229.

d'un système de valeurs, mais également un agencement technique plus ou moins performant qui dérive d'une histoire et d'une culture»[765].Or, la culture algérienne, fortement soumise à l'influence de la religion musulmane, rend la jurisprudence sensible aux normes religieuses qui constituent non seulement une source principale du droit[766] mais marque, également, d'une manière indélébile, le système juridique algérien tant dans son développement que dans sa philosophie. Il importe de rappeler dans ce cadre que l'article premier, alinéa 2 du Code civil dispose qu'«*en l'absence d'une disposition légale, le juge se prononce selon les principes du droit musulman*». Au surplus, la capacité du droit islamique à traiter des questions litigeuses inédites se trouve bien établie, attendu que ce dernier est perçu, par de nombreux jurisconsultes de l'islam, en tant que droit universel et intemporel « *salih fi kuli makan wa zaman*»[767] à l'instar de ce que pensaient les rédacteurs du Code civil en France[768].

Les percepts de la *chariâ* musulmane ne reconnaissent pas la notion de perte de chance la considérant en tant que concept méconnu du *fikh* islamique et ne sont pas, par conséquent, favorables à son application[769]. Une grande partie des théologiens, notamment l'école hanafite ont passé sous silence cet aspect de la responsabilité civile au point de le faire passer pour interdit. Leur raisonnement trouve justification, d'une part, dans l'absence du fondement juridique de cette réparation étant donné que l'islam ne prévoit de dédommagement que pour le préjudice réel[770]. En ce sens, l'imam Ibn El Kaim a dit: « *iktadat assouna eta3ouidh bi el mithl* » ce qui signifie « que chaque dédommagement doit être équivalent au préjudice causé »[771]. Ceci fonde le principe de l'impossibilité d'indemniser un risque éventuel dans la mesure où un dommage est toujours

[765] BADIE, Bertrand, *L'État importé: L'occidentalisation de l'ordre politique*, Fayard, Paris, 1992, p. 197.

[766] On entend ici par le terme « source » le processus de formation du droit Algérien et les différents systèmes juridiques qui l'ont influencé et non son acception juridique habituelle signifiant sources formelles ou matérielles du droit.

[767] Une expression en arabe qui signifie dont les préceptes sont invariables et applicables en tous lieux et en tout temps.

[768] Ces derniers étaient convaincus que les règles qu'ils élaboraient étaient cohérentes et immuables et que l'observation du Code civil deviendra la morale universelle. LEVY-BRUHL, Henri, *Sociologie du droit*, 6ème édition, PUF, 1981, p. 68.

[769] BIN SALEH BIN MOHAMED ALAYED, Mohamed, « L'indemnisation de la perte de chances dans le fikh islamique*», Revue de l'Université Islamique des Sciences de la chari3a*, Université el Madina, vol 4, n°208, 2024, pp 209-300, (article en Arabe).

[770] DJOUM3A, Fakih-Mohamed, « La perte de chance entre le droit civil et le fikh islamique- étude comparée », *Revue de la faculté du droit et de la chari3a*, université du Caire, n°11, 2020, pp 135-220, (article en Arabe).

[771] L'imam Ibn El Kaim est un Imam, philosophe, chercheur, savant et mufti musulman sunnite, d'origine arabe. Il est, avec de nombreux oulémas, considéré comme l'une des figures islamiques les plus importantes et l'une des plus influentes. Benkouya, Idriss, « L'Interprétation dans l'héritage d'Ibn Qayyim al-Jawziyya », *Revue kiraât,* vol 7, n°1, 2015, pp 289-304, (article en Arabe).

aléatoirement lié à une multitude de facteurs et que par conséquent *elkadi* (le magistrat islamique) doit pouvoir qualifier et distinguer avec exactitude le fait générateur du préjudice pour l'indemniser équitablement sans recourir à une quelconque méthode probabiliste. D'autre part, ce raisonnement se justifie par la similitude entre la perte de chance et le *pretium doloris*. Ainsi, et compte tenu de l'inexistence d'une évidence absolue autorisant la réparation du préjudice moral en droit islamique[772], comme nous aurons à le démontrer en abordant le préjudice d'impréparation, les musulmans hésitent à demander réparation au titre de ce chef de préjudice. Il faut rappeler, à cet égard, que le juge ne peut pas indemniser d'office et que le moyen tiré de la perte de chance doit être nécessairement soulevé par le requérant[773]. Pourtant, cette position radicale va être nuancée grâce aux efforts d'une partie des *moujtahidines* qui se montrent favorable à l'autorisation de cette réparation[774], basant leurs interprétation sur le fait que l'islam tend à protéger aussi bien les intérêts présents qu'éventuels des musulmans, et que toute atteinte à cette dernière catégorie d'intérêts constitue une disparition d'une éventualité favorable qu'il convient de réparer. En effet, le prophète a dit : « *la darrara wala derrar* » ce qui signifie « point de préjudice, ni dommage ». Ce hadith qui représente la règle de base de la responsabilité dans l'islam exhorte à éviter aux musulmans tout préjudice ou dommage indépendamment de sa forme ou du fait qu'il soit réel ou éventuel avantageant *el maslaha* (l'intérêt) sur la nature du préjudice[775].

Cependant, cet effort de lever toute controverse sur le sujet, n'a pas permis d'atteindre les résultats escomptés et le recours du juge algérien à la perte de chance se trouve encore mitigé, d'où la nécessité d'une harmonisation des solutions juridiques islamiques en la matière, sous quelque forme qu'elles se présentent, afin de libérer l'initiative du magistrat algérien et permettre une meilleure réparation de ce préjudice.

B. L'impréparation : un préjudice inconnu en droit algérien

« *Le renouvellement des dispositions du droit fait partie intégrante du corpus juridique : en raison de la nature prescriptive des mesures par lesquelles il effectue la régulation des mœurs, le droit est, au rythme du temps, le lieu de changements et de projections dont la finalité est de tendre, notamment lorsqu'éclatent des crises génératrices de déceptions et de doutes, vers ce qui, pour le*

[772] FARUQ-ABDALLAH, Karim, *Le préjudice moral et sa réparation dans la jurisprudence islamique*, Dar al-Kutub al-Ilmiyah, Beyrouth, Liban, 2012, p 46, (ouvrage en Arabe).

[773] Conformément aux dispositions de l'article 358 du code de procédure civile et administrative algérien, précité.

[774] KAZEMI-RACHED, ALI, *L'Islam et la réparation du préjudice moral* », Droz, 1990, p 38.

[775] DJEDID, El Djoudi, « La règle 'la darrara wala derrar' et ses applications dans les transactions financières », *Revue pensée juridique et politique,* vol 7, n°1, 2023, pp 1389-1395, (article en Arabe).

monde des hommes, est considéré comme plus juste et meilleur que le droit en vigueur »[776]. En ce sens, et pour rester fidèle à cet objectif de justice améliorée, il est essentiel que l'humain reste au cœur de l'innovation juridique. Ainsi, l'une des principales préoccupations du droit algérien devrait être de développer des réponses juridiques proactives aux conflits médicaux, favorisant une relation harmonieuse entre les patients et les professionnels de la santé.

Pourtant, en dépit de la tendance du législateur algérien à valoriser l'autonomie personnelle et la maîtrise corporelle en tant que droits fondamentaux du malade, le droit algérien n'a pas encore reconnu de nouveaux postes de préjudice pour réparer le défaut d'information ou de consentement. En effet, l'atteinte portée à ces valeurs humanistes reste, dans la plupart des cas, très peu sanctionnée en Algérie, où les décisions de justice se succèdent rapidement sans que se révèle de façon précise une voie bien tracée. Idéalement, le législateur algérien aurait pu souscrire à des démarches novatrices en la matière en puisant dans les solutions nouvellement dégagées par la jurisprudence française. Pour rappel, jusqu'à une période récente, les conséquences dommageables du défaut d'information étaient analysées en France, exclusivement au regard de la théorie de la perte de chance. Cette position très critiquée par la doctrine « *affectait gravement la portée et l'effectivité de l'obligation d'information médicale* »[777] et portait atteinte à un droit subjectif du malade, celui de recevoir une information complète avant de donner son accord ou de refuser un acte médical, qu'il soit nécessaire ou non pour préserver sa santé.

Marquée par ce débat, la jurisprudence française va être amenée à reconsidérer sa position en matière d'indemnisation du défaut d'information sans pour autant marquer la fin de la perte de chances. Dans ce cadre, le professeur François Vialla affirme qu':«*on voit donc se dessiner une position somme toute cohérente. Lorsqu'une perte de chance peut être mise à jour, la réparation du défaut d'information se fera sur ce terrain. Quand le défaut d'information n'aura pas occasionné de chance perdue, il n'en demeure pas moins un manquement fautif qui ne peut être laissé sans réparation. Apparaît alors un préjudice autonome lié à la violation d'un droit du patient et au non-respect de sa volonté* »[778], qualifié de « préjudice d'impréparation ». Il est clair que, bien que ce nouveau poste de préjudice et la perte de chances découlent tous deux d'un défaut d'information, leur similitude s'arrête là. Il s'agit d'un dommage moral qui consiste dans le fait de n'avoir pas pu se préparer à l'éventualité de la réalisation de certains risques et troubles notamment en prenant

[776] GOYARD-FABRE, Simone, « L'innovation dans le champ juridique ou le passé recomposé », *Revue de métaphysique et de morale*, vol 83, n°3, 2014, p 311.

[777] JOURDAIN, Patrice, « Nomenclature des préjudices corporels. Rapport français », dans, *Le dommage et sa réparation dans la responsabilité contractuelle et extracontractuelle*, *Etudes de droit comparé*, Bruylant, 2015, pp. 567-593.

[778] VIALLA, François, « Défaut d'information: classicisme ou originalité ? », *Revue Droit et Santé*, n° 47, 2012, pp 855-857.

certaines dispositions personnelles.

L'avancée significative dans la jurisprudence française en matière de responsabilité médicale liée à l'indemnisation pour défaut d'information a été marquée par l'arrêt historique[779] *Seurt contre Piechaud*[780], rendu le 3 juin 2010 par la Cour de cassation. L'affaire concernait un patient qui, après avoir subi une adénomectomie prostatique, souffrait d'impuissance et cherchait à engager la responsabilité du médecin qui l'avait pratiquée pour ne pas l'avoir informé au préalable de l'existence de ce risque. En l'espèce la cour d'appel de Bordeaux, avait constaté le manquement du praticien à son devoir d'information, mais écarté sa responsabilité et débouté le malade de ses demandes, en estimant qu'eu égard à la pathologie dont souffrait le patient et en l'absence d'alternative thérapeutique, il aurait accepté l'intervention litigieuse même s'il avait été informé du risque potentiel d'impuissance[781]. Le pourvoi intenté devant la Cour de cassation posait « *une difficulté de logique judiciaire* »[782], à savoir celle de ne pas reconnaitre que le manquement du médecin à son devoir d'information peut causer un préjudice, quand bien même il n'est pas lié à une perte de chance. Or, la juridiction bordelaise s'inscrivant en droite ligne avec la jurisprudence antérieure avait retenu que la réparation d'un préjudice moral autonome était explicitement impossible. En outre, l'analyse des raisons fournies en réponse à la troisième branche des moyens de cassation clarifie l'étendue de ce changement de jurisprudence. Ces motifs sont exprimés ainsi: « *L'obligation du médecin d'informer son patient avant de porter atteinte à son corps est fondée sur la sauvegarde de la dignité humaine; que le médecin qui manque à cette obligation fondamentale cause nécessairement un préjudice à son patient, fut-il uniquement moral, que le juge ne peut laisser sans indemnisation; qu'en décidant au contraire que M. n'aurait perdu aucune chance d'éviter le risque qui s'est réalisé et auquel le docteur P. l'a exposé, la cour d'appel a violé les articles 16-1, 16-2 et 1147 du Code civil* ». Ainsi la Cour rappelle « *qu'il résulte des deux premiers de ces textes que toute personne a le droit d'être informée, préalablement aux investigations, traitements ou actions de prévention proposés, des risques inhérents à ceux-ci, et que son consentement doit être recueilli par le praticien, hors le cas où son état rend nécessaire une*

[779] Comme l'indique Pierre Sargos, un des spécialistes français les plus renommés, dans son analyse. Voir Sargos, Pierre, « Deux arrêts 'historiques' en matière de responsabilité médicale générale et de responsabilité particulière liée au manquement d'un médecin à son devoir d'information », *Recueil Dalloz*, 2010, p 1522.

[780] Cass. (1ère civ.), 3 juin 2010, Bull. civ. 2010, I, n° 128.

[781] La cour a retenu qu'« *il n'existait pas d'alternative à l'adénomectomie pratiquée eu égard au danger d'infection que faisait courir la sonde vésicale (et) qu'il est peu probable que (le patient), dûment averti des risques de troubles érectiles qu'il encourait du fait de l'intervention, aurait renoncé à celle-ci et aurait continué à porter une sonde qui lui faisait courir des risques d'infection graves ».*

[782] De l'avis de l'avocat général Legoux reproduit par la gazette du Palais, 16-17 juin 2010, pp. 9-12.

intervention thérapeutique à laquelle elle n'est pas à même de consentir »[783]. En conséquence, elle établit une nouvelle règle stipulant que le manquement au devoir d'information, tel que défini par les dispositions concernées « *cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice, qu'en vertu du dernier des textes susvisés, le juge ne peut laisser sans réparation»*[784].

La décision rendue par la Haute juridiction judiciaire est particulièrement innovante sur plusieurs aspects. Premièrement, elle confère à la responsabilité médicale liée au défaut d'information une autonomie, s'appuyant sur des fondements textuels qui transcendent les limites traditionnelles du droit civil des obligations. Deuxièmement, l'aspect le plus remarquable de cette décision est que le dommage résultant d'un défaut d'information est désormais considéré comme un préjudice indépendant, qui se détache de la notion de perte de chance et de l'analyse probabiliste sur ce que le patient aurait décidé s'il avait été pleinement informé.[785]. Le constat que le patient n'a pas été complètement informé constitue désormais la seule base sur laquelle le juge est appelé à fonder son jugement. L'impréparation n'est pas liée aux séquelles de l'acte médical ni aux conséquences de sa réalisation, mais elle est directement liée à la faute d'humanisme, plus limitée et mieux ciblée. En outre, plusieurs auteurs estiment que lorsque les juges se réfèrent à l'article 1240 du Code civil, ils manifestent leur intention de compenser dans ce cadre « *tout le préjudice mais rien que le préjudice*»[786] s'alignant ainsi sur la jurisprudence *Teyssier* et réaffirmant le principe de la réparation intégrale du dommage subi par la victime[787].

En 2012, la Cour de cassation française a confirmé cette approche de principe à travers deux nouveaux arrêts[788]. Toutefois, elle adopté une interprétation légèrement différente qui a aidé à définir plus clairement les contours de ce type spécifique de préjudice en établissant qu'il « *entraîne un préjudice moral, résultant d'un défaut de préparation psychologique aux risques encourus et du ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle* »[789]. Déjà à cette époque, plusieurs auteurs analysaient cette expression comme faisant

[783] Cass. (1ère civ.), 3 juin 2010, Bull. civ. 2010, I, n° 128.

[784] Ibid.

[785] SARGOS, Pierre, « Deux arrêts 'historiques' en matière de responsabilité médicale générale et de responsabilité particulière liée au manquement d'un médecin à son devoir d'information », précité.

[786] THUNIS, Xavier, FOSSEPREZ, Bérénice, « Caractère indemnitaire ou punitif des dommages et intérêts », dans, *Le dommage et sa réparation dans la responsabilité contractuelle et extracontractuelle*. *Etudes de droit comparé*, Bruylant, 2015, p 308.

[787] Ibid.

[788] Cass. (1ère ch. civ.), 12 juin 2012 n° 11-18327, D., 2012, p. 1794, note LAUDE, Cass. 1re civ., 12 juillet 2012, n° 11-17.510, P : JurisData n° 2012-015717.

[789] Cass. (1ère ch. civ.), 12 juillet 2012, sus cité.

référence à une concrétisation avérée du risque soulignant une problématique majeure : l'impréparation, *au sens littéral*, implique automatiquement la réalisation du dommage caché. Elle reflète le choc éprouvé par la victime lorsqu'elle découvre qu'un risque dont elle n'avait pas été informée s'est matérialisé. Cela soulève la question de savoir si un préjudice corporel devrait découler de cette absence d'information. La jurisprudence fournira des éclaircissements sur ces aspects bien plus tard.

Pour sa part, le juge administratif,[790] semble aligner sa position avec celle adoptée par son homologue judiciaire. En effet, dans son premier arrêt du 24 septembre 2012, le Conseil d'État précise qu'«*hors les cas d'urgence ou d'impossibilité de consentir, la réalisation d'une intervention à laquelle le patient n'a pas consenti oblige l'établissement responsable à réparer tant le préjudice moral subi de ce fait par l'intéressé que, le cas échéant, toute autre conséquence dommageable de l'intervention* ». De plus, l'arrêt rendu par la Haute juridiction administrative le 10 octobre 2012 renforce cette tendance, en énonçant sans ambiguïté qu'« *indépendamment de la perte d'une chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques courus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a pu subir du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité, notamment en prenant certaines dispositions personnelles* ». Ainsi, le juge administratif reconnait à son tour l'existence d'un préjudice autonome d'impréparation qui découle directement d'un manque d'information. La nécessité de réparer ce préjudice se présente même en l'absence de perte de chance et sans lien avec d'autres dommages résultant de l'acte de soins[791].Cette position innovante adoptée par le Conseil d'État montre une convergence notable avec la jurisprudence de la Cour de cassation, soulignant l'importance accordée au droit à l'information du patient[792] .

Cependant, à travers cet arrêt, le juge administratif semble adopter une approche plus restrictive que celle de la Cour de cassation, en conditionnant le préjudice d'impréparation à l'existence d'un dommage corporel[793]. En modérant les effets jugés excessifs de la jurisprudence *Seurt contre Piechaud* et en répondant aux réserves et interrogations exprimées par une partie de la doctrine[794], le juge administratif a restreint la portée de ce type de préjudice en associant

[790]CE, 24 septembre 2012, n° 336223 : JurisData n° 2012-021515, CE, 10 oct. 2012, n° 350426 : JurisData n° 2012-022715, JCP Ed. G, 2012, 1252, p. 2106 note F. VIALLA.

[791] POPPE, Clothilde et QUILLEVERE, Manon, «Vers l'indemnisation du préjudice d'impréparation pour tous ? », *Gestions hospitalières,* n°521, 2012, pp 638-640.

[792] VIALLA, François, «Comparaison des jurisprudences rendues en matière de responsabilité pour défaut d'information », *Revue Médecine & Droit*, n°120, 2013, pp 57-64.

[793] La rédaction du considérant permet de relever l'expression suivante : «…lorsque ces risques se réalisent… ».

[794] Mentionnées précédemment dans nos développements.

l'engagement de la responsabilité de l'établissement à la constatation effective d'un dommage corporel. Plus tard, la Cour de cassation s'alignera sur cette approche plus modérée adoptée par le Conseil d'État, comme l'illustre l'arrêt du 23 janvier 2014[795]. Le juge judiciaire précisera sa jurisprudence précédente en ajustant sa position, en définissant le droit à l'information comme un droit personnel, accessoire au droit à l'intégrité physique, conditionné par la concrétisation du risque médical non divulgué[796].

Si*« La cohérence et la sécurité juridique sortent grandies du rapprochement opéré entre les positions des deux ordres de juridictions »*[797], *«ce volte-face jurisprudentiel peu respectueux des justiciables a pu être dénoncé comme conduisant à l'affaiblissement des droits fondamentaux du patient et se plaçant à contre-courant de l'élévation du droit à l'information dans la hiérarchie des normes»*[798].Ainsi, la jurisprudence « *comme si qu'elle a été effrayée par sa propre création* »[799] va évoluer vers une autre démarche, qui accorde au patient, indépendamment de la nature de sa prise en charge, le droit de prétendre à la réparation d'un préjudice d'impréparation, à condition que le risque non communiqué se soit concrétisé.

Par ailleurs, en s'inscrivant dans le courant jurisprudentiel sensible aux demandes indemnitaires des victimes de dommage corporel lié à l'activité médicale, l'arrêt de la Cour de cassation du 25 janvier 2017[800] marque un autre ajustement de cette démarche. Il établit la possibilité de cumuler le préjudice d'impréparation avec celui de la perte de chances, tout en préservant le principe de la réparation intégrale du dommage[801]. En effet, cette décision est notable pour deux raisons: d'une part, elle renforce une jurisprudence bien établie sur la réparation de

[795] Cass, (1ère ch. civ.), 23 janvier 2014, Bull., 2014, I, n° 13.

[796]Dans son arrêt du 23 janvier 2014 précité, la Cour de cassation décide que : *« Indépendamment des cas dans lesquels le défaut d'information sur les risques inhérents à un acte d'investigation, de traitement ou de prévention a fait perdre au patient une chance d'éviter le dommage résultant de la réalisation de l'un de ces risques, en refusant qu'il soit pratiqué, le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information cause à celui auquel l'information était due, lorsque le risque se réalise, un préjudice résultant d'un défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque, que le juge ne peut laisser sans réparation ».*

[797] VIALLA, François, «Comparaison des jurisprudences rendues en matière de responsabilité pour défaut d'information », précité.

[798] GIRER, Marion, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », précité.

[799] HOCQUET-BERG, Sophie, « Devoir de conseil et d'information : Cass. civ. 1re, 23 janvier 2014, n° 12-22.123 », *Responsabilité civile et assurances*, 2014, n°4, p. 116

[800] Cass, 1ère civ,25 janvier.2017, n°15-27898 : D.2017.p.555.

[801] À condition qu'une demande de réparation soit explicitement formulée pour chacun de ces préjudices, comme précisé dans l'arrêt de la Cour de cassation, 1ère civ, 15 juin 2016, n° 15-11339 : Gaz. Pal. 6 décembre.2016,n°281s2,p.70,obs.

l'impréparation même sans perte de chances, et d'autre part, elle souligne l'indépendance de ce préjudice en affirmant la possibilité de l'indemniser même lorsque la perte de chances est clairement établie. Récemment, le Conseil d'État a également souligné la nécessité de se prononcer sur l'existence éventuelle d'un préjudice d'impréparation indépendamment de la perte de chances, reconnaissant que ces préjudices peuvent être indemnisés de manière autonome[802]. L'arrêt du 23 Janvier 2019[803] de la Cour de cassation apporte une contribution significative en clarifiant que le préjudice d'impréparation peut être indemnisé même lorsque le dommage corporel a déjà été intégralement compensé. Il réaffirme également la position établie par la jurisprudence de 2014 ayant trait à la nécessité de la réalisation du risque avant que la réparation puisse être accordée. De surcroit, il est important de noter que les juges reconnaissent un équilibre entre solidarité et responsabilité en cas de défaut d'information, même si le manquement à l'obligation d'information est, par principe, antérieur à l'aléa et même si, dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002, la prise en charge des dommages liés aux activités de soins par la solidarité nationale est considérée comme subsidiaire et ne s'applique que lorsque la responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé ne peut être établie [804].

Bien que le préjudice d'impréparation soit une solution prétorienne, il est essentiel de reconnaitre l'apport significatif de la doctrine dans la définition de ses contours et la précision de sa consistance. En fait, devançant même la jurisprudence, plusieurs auteurs avaient déjà plaidé pour la reconnaissance de ce type de dommage[805]. Participant à circonscrire ce nouveau poste, le professeur Jean Penneau le définit en tant que tout dommage *«dont peut se plaindre un patient qui n'a pas été en mesure de se préparer psychologiquement au risque qui lui avait été caché (…) Il est en effet, de constatation commune que l'on supporte mieux un dommage à l'éventualité duquel on a pu*

[802] GIRER, Marion, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », précité.

[803] Cass, 1ère civ, 23 janvier. 2019, n°18-10706.

[804]GIRER, Marion, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », précité.

[805] L'auteur Stéphanie Porchy-Simon a qualifié en 1994 le défaut d'information en tant qu'atteinte aux *«sentiments d'autonomie et de dignité*» du malade. Voir PORCHY-SIMON, Stéphanie, *Volonté du malade et responsabilité du médecin,* Thèse, droit, Université de Lyon 3, 1994. L'auteur Sophie Hocquet Berg suggérait en 1995 «*de sanctionner l'atteinte au droit à l'information du patient indépendamment de tout jugement sur le résultat médical produit (…). Il ne s'agit pas en effet, de réparer un préjudice causé par la violation d'une obligation, mais de sanctionner l'atteinte à un droit. De la même façon devraient être sanctionnées les atteintes au droit du patient de consentir en pleine connaissance de cause à une intervention médicale, même si les conséquences ont étés finalement bénéfiques ».* Elle précisait également que le défaut d'information devrait être sanctionné *«au moyen d'un préjudice moral, constitué finalement par l'atteinte à la libre et exclusive maîtrise par l'individu de sa propre destinée » tout comme «il convient d'analyser l'information médicale non plus seulement comme un devoir mais aussi comme un droit, un véritable droit subjectif du patient »*. Voir HOCQUET BERG, Sophie*, Obligation de moyens ou obligation de résultat ? : À propos de la responsabilité civile du médecin*, Thèse, droit privé, Université de Paris 12, 1995.

psychologiquement se préparer, que celui qui était totalement imprévu »[806].

La doctrine aborde généralement le préjudice d'impréparation de manière similaire à la jurisprudence. Cependant, certains auteurs avancent l'idée que ce préjudice peut, dans divers cas, présenter un aspect matériel qui s'étend au-delà de la dimension morale traditionnellement reconnue par les juges[807]. Le caractère du préjudice d'impréparation a également donné lieu à des opinions divergentes parmi les juristes et engendré de nombreuses discussions sur le sujet. Certains soutiennent que même en l'absence de suites dommageables résultant de l'acte médical litigieux, la seule violation du droit subjectif du patient à l'information justifie une réparation systématique d'un préjudice qu'ils qualifient d'« autonome ». Selon eux, le dommage moral devrait être réparé en soi en toutes circonstances, indépendamment de la réalisation des risques encourus et quelle que soit l'issue de l'acte médical ou ce qui arrive au patient après l'avoir subi. Ils reconnaissent, ainsi, le droit subjectif au détriment du préjudice d'impréparation. D'autres voient cette approche comme une dérive par rapport à la nature fondamentale du droit de la responsabilité civile et administrative, qui assure une fonction indemnitaire et non punitive. Selon eux, le préjudice ne peut pas être considéré comme entièrement autonome du fait de son association étroite avec un dommage corporel résultant de la concrétisation d'un risque médical. Par conséquent, l'objectif de la réparation serait de couvrir un préjudice complémentaire au dommage physique réellement subi par le patient. Ils considèrent que reconnaître une responsabilité pour une intervention réussie sans effets secondaires encouragerait une attitude démesurée à la reconnaissance de nouveaux postes de préjudice faisant peser des responsabilités encore plus contraignantes sur les épaules des professionnels de santé[808].

A l'heure où nous rédigeons ces lignes, la jurisprudence algérienne n'a pas encore adopté cette solution. En réalité beaucoup d'obstacles entravent cet emprunt dont principalement la difficulté de la réparation du préjudice moral en droit algérien. Il est essentiel de souligner que, jusqu'en 2005, le Code civil algérien ne mentionnait pas explicitement le principe d'indemnisation du préjudice moral. L'article 124 de ce code disposait simplement que: « *Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à la réparer »*[809]. A l'instar de son homologue français[810], le législateur algérien n'avait pas précisé la nature du

[806] PENNEAU, Jean, *La responsabilité du médecin*, Dalloz, 3ème édition, 2004, p. 35.

[807] Le Professeur Patrice Jourdain intervenant dans ce contexte précise que l'impréparation s'accompagne *« parfois d'une dimension patrimoniale lorsque le défaut d'information empêche la victime de prendre les précautions, notamment professionnelles, justifiées par l'éventualité de la survenance du dommage corporel »*. JOURDAIN, Patrice, « Nomenclature des préjudices corporels. Rapport français », précité.

[808] GOUT, Olivier, « Le préjudice d'impréparation en matière médicale », *Revue générale de droit,* vol 50, n°2, 2020, pp 363-371.

[809] Ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975 portant Code civil, précité.

dommage qui devait être réparé, ne faisant aucune distinction entre l'indemnisation du préjudice matériel et moral. Prenant par la suite conscience de la nécessité de combler ce vide, l'amendement du Code civil en 2005[811] est venu en effet adopter explicitement le principe de l'indemnisation du préjudice moral dans son article 182 bis selon lequel «*l'indemnisation du préjudice moral comprend tout préjudice à la liberté, l'honneur et la réputation* ». Cet article ne définit pas le préjudice moral susceptible d'être indemnisé mais se contente d'en énumérer les formes. Toutefois, grâce à cet amendement, le principe de réparation du préjudice moral a été reconnu au même titre que le préjudice matériel. Il n'est plus contesté et son application n'accepte aucune interprétation[812]. En ce sens, les juges algériens ont fini, en application de ces nouvelles dispositions du Code civil, par uniformiser leur position concernant la réparation du dommage moral. Les deux ordres de juridictions algériens ont revu définitivement leur démarche et ont confirmé l'abandon de toute restriction à l'indemnisation du dommage moral à travers plusieurs arrêts de la Cour suprême algérienne[813]confirmé, à de nombreuses reprises, par des décisions du Conseil d'Etat[814].

Pourtant, l'indemnisation du dommage moral a longuement fait débat dans le *fikh* islamique. Effectivement, les sources fondamentales du droit musulman à savoir le Coran, *la Sunna*[815], *el Idjma* [816]et *el qissas*[817], reconnaissent le préjudice moral sans admettre sa réparation. En effet, la plupart des théologiens jurisconsultes estiment que l'islam ne permet pas l'indemnisation de ce préjudice[818] compte tenu, d'une part, du caractère non économique et non financier de ce type de

---

[810]La même disposition existe en droit français conformément aux dispositions de l'article 1240 du Code civil français.

[811] Loi n° 05-10 du 20 juin 2005 modifiant et complétant l'ordonnance n°75-58 du 26septembre 1975, modifiée et complétée, portant Code civil, JORA n°44 du 26/6/2005.

[812] ASSALI, Sayah, « La position du législateur algérien concernant l'indemnisation du préjudice moral», *Revue Recherches,* Vol 7, n°1, pp 34-41, (article en Arabe).

[813] C. Suprême.ch.civ 231413 du 28/3/2007 ; C.Suprême.ch.civ 505072 du 17/12/2009 ; C. Suprême.ch.civ 008250 du 12/04/2017 ; C. Suprême. ch.civ 1029469 du 23/05/2018 et C. Suprême. ch.civ 009701 du 11/11/2020 ; le site électronique de la Cour suprême.

[814] C, d'Etat, 08 mars 2009, 021487; C, d'Etat du 31 mars 2011, 060839, cité par Nacer, Rania, « L'évaluation judiciaire de l'indemnisation », Revue Recherches, vol 3, n°3, 2015, pp 128-145, (article en Arabe).

[815] La Sunna représente les enseignements et les comportements du prophète Mahomet en islam, servant de modèle pour la majorité des fidèles. Elle est perçue comme les pratiques adoptées et perpétuées par les musulmans contemporains de Mahomet à travers les âges. C'est la deuxième source du droit islamique.

[816] L'ijma3 désigne l'accord collectif établi entre différentes tendances doctrinales et écoles juridiques islamiques spécialisées. Il est considéré comme la troisième source fondamentale du droit islamique, dominée actuellement par les interprétations des écoles sunnites.

[817] El kiyas est une méthode de raisonnement utilisée par les juristes musulmans pour aborder des questions juridiques non explicitement traitées par les textes sacrés, en se basant sur une analogie avec une situation similaire déjà traitée par un des textes sacrés.

[818] FARUQ-ABDALLAH, Karim, *Le préjudice moral et sa réparation dans la jurisprudence islamique*, précité.

dommage, la compensation pécuniaire ne peut en aucune manière réparer une atteinte à l'honneur de la personne ou ses souffrances morales. D'autre part, parce que l'islam a posé un caractère punitif et non indemnitaire pour ce type de dommage. En effet, le fondement juridique de cette réparation fait défaut dans la mesure où l'atteinte morale relève du droit pénal islamique dépendant de la discrétion du prince (*atta3zir*) qui doit définir la peine à appliquer. Néanmoins, certains législateurs modernes notamment ceux du moyen orient estiment, sans porter atteinte à la pérennité des principes posés dans les sources du droit musulman, que « *tout préjudice en droit coranique est réparable* », encore faut-il prendre la mesure du préjudice et la capacité réparatrice de la compensation[819]. Il s'agit de voir par quelle institution du droit musulman l'indemnisation des victimes des préjudices extra patrimoniaux pourraient s'effectuer. En ce sens, ces législateurs estiment que la *diya* (prix du sang), équivalent de la compensation de l'ancien droit romain, pourrait constituer un moyen de réparation du préjudice moral car elle est due non seulement pour l'homicide, mais aussi pour les lésions, la perte d'organes ou de la beauté. Bien qu'elle ne constitue pas toujours un moyen adéquat de la réparation du préjudice moral, elle forme, toutefois, le noyau d'une règlementation en sa faveur consolidant l'idée de la possibilité de la réparation du préjudice moral dans le *fikh* islamique. En ce sens, si le législateur algérien a reconnu le principe d'indemnisation du préjudice moral, « *il n'en reste pas moins que cette indemnisation est une des plus grandes problématiques juridiques pour la justice algérienne jusqu'à ce jour, dont la mesure où elle a été voué à un éclatement dès le départ avec des régimes spécifiques touchant une catégorie d'individus qui appellent un traitement spécial* »[820]. *« Si le pretium doloris et le dommage moral consécutif à un accident de la circulation, entraîne l'indemnisation en droit algérien, les victimes de terrorisme n'ont droit qu'à une compensation du préjudice économique et matérielle sans aucune référence au préjudice moral* »[821], ce qui confirme, encore une fois, les difficultés et les divergences qui entourent cette réparation.

Par ailleurs, le maintien du privilège thérapeutique en droit algérien, et c'est là le principal écueil, empêche la possibilité d'indemniser le préjudice d'impréparation. En effet, s'il l'exception thérapeutique peut, sous certaines conditions, légitimer la dissimulation ou le nuancement des informations communiquées au malade, il est clair qu'elle peut être invoquée à tout moment par le médecin, même si elle n'est pas véritablement justifiée, pour se soustraire à toute action de réparation pour préjudice d'impréparation.

Ainsi, il paraît souhaitable que le droit algérien, puisse définir un préjudice qui sanctionne le

[819] KAZEMI-RACHED, ALI, *L'Islam et la réparation du préjudice moral* », précité.

[820] LAHLOU-KHIAR, Ghenima, « Pour une refonte du droit de l'indemnisation », précité.

[821] Ibid.

défaut d'information avec un concept lisible et des contours bien définis susceptibles de résoudre des difficultés bien plus qu'il pourrait en poser ,à plus forte raison que le paysage jurisprudentiel et doctrinal du droit médical en Algérie est complexe et relativement incertain . *«La solution qu'il convient d'apporter aux questions d'aujourd'hui, et tout particulièrement à la question de la sanction du défaut d'information suffisante et du consentement ne doit pas nécessairement être trouvée dans les réponses d'hier. Il convient de faire preuve d'audace et d'imagination sans tomber dans les excès des dérives mais en gardant à l'esprit l'évolution globale du droit de la responsabilité médicale dans tous ses aspects »*[822] .

[822] HANNOSSET, Etienne, « Consentement éclairé : fondement, méconnaissance, conséquences », dans, *Droit médica*l, Larcier, Bruxelles, 2005, pp 227-265.

Conclusion du premier chapitre

Le malade a le droit d'être informé sur son état de santé. Cette information doit porter, non seulement sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposées, mais aussi sur leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les autres solutions possibles et les conséquences en cas de refus. Le droit à l'information est d'autant plus efficient qu'il perdure au-delà de la réalisation de l'acte médical, car le professionnel de santé est désormais tenu d'avertir le malade des risques nouveaux découverts après la fin de la relation de soins et dont l'existence était jusque-là inconnue. Le créancier du droit à l'information est certes avant tout le patient lui-même, toutefois, il convient de tenir compte de son degré de maturité ou de sa faculté de discernement lors de la délivrance de cette information, le droit des mineurs et des majeurs sous tutelle est protégé par l'intermédiaire de leurs représentants légaux.

Des limites existent au droit à l'information. Ainsi, le médecin ne sera pas tenu d'informer son patient en cas d'urgence. Il devra également se conformer à la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, quelle qu'en soit la gravité. Toutefois, dans le but de responsabiliser les personnes porteuses de maladies graves, ce refus de savoir ne peut s'appliquer lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. De surcroît, en dehors de toute manifestation préalable de volonté du patient de ne pas être informé, la loi ne remet pas en cause la possibilité pour le médecin de dissimuler un diagnostic grave ou fatal et autorise dans certaines hypothèses la dissimulation à l'initiative du médecin.

Le droit à l'information vise à éclairer le malade afin de lui permettre de consentir à l'acte médical en toute connaissance de cause. En effet, la volonté du malade doit toujours être respectée et aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de ce dernier. Le respect de la volonté du malade occupe une place essentielle dans la législation algérienne reflétant les devoirs d'humanisme du médecin. Cependant, malgré cette reconnaissance formelle, des conflits persistent et l'équilibre recherché dans la relation de soins n'a pas été atteint. En effet, l'affirmation de l'autonomie du patient et le renforcement de l'obligation d'information sont souvent perçus par les professionnels de santé comme une source d'alourdissement des responsabilités qui pèsent déjà sur eux. Une perception qui a altéré le lien de confiance qui caractérise la relation de soins, la foi et la confiance étant les piliers essentiels de cette relation[823].

[823] LAUDE, Anne, « Les médecins et les malades face au droit », précité.

Chapitre 2 – L'échec thérapeutique et l'accident médical appréhendés sous l'angle du conflit

Il est bien établi que l'« *acte médical le mieux conduit peut échouer, blesser, tuer* »[824]. Cela souligne un fait indéniable: le risque est intrinsèquement lié à la pratique de la médecine. Ce lien découle, d'une part, de la maladie elle-même, qui est naturellement porteuse de risques, et d'autre part de la technicité croissante de l'acte de soins qui n'est pas exempte de dangers. Cependant, les avancées enregistrées en matière d'exercice médical sont telles, que les attentes des patients quant à l'efficacité des soins se sont renforcées, et l'acceptation des accidents médicaux est de plus en plus réduite.

C'est dans ce contexte que, la question de la responsabilité encourue par les professionnels de santé, en cas d'accident médical, est devenue une véritable problématique séculaire qui mobilise constamment les juristes. S'il est vrai que le dénominateur commun de toutes les responsabilités est l'obligation de répondre, soit d'une infraction soit des dommages causés, celle-ci ne peut être liée qu'à une obligation légale dont le non-respect constitue une faute. Néanmoins, l'absence de faute ne saurait automatiquement exclure la nécessité de réparer le dommage afin de respecter le droit du patient à être indemnisé de tout préjudice subi. Les distinctions sémantiques entre une pratique fautive ou non fautive ont leur importance. Elles fixent le cadre des arguments et des justifications qu'invoqueront malades et professionnels de la santé face à un événement indésirable ou un échec thérapeutique. Les qualifications juridiques établies dans la visée d'une réparation et l'appréciation de la nature de la responsabilité vont, également, en dépendre **(*Section I*).**

Au-delà de cette analyse juridique établissant formellement l'origine fautive ou non fautive de l'accident médical, il faut préciser que le ressentiment que ce dernier génère est fortement corrélé au contexte de sa survenue. En effet, si certains événements non désirables résultants d'actes purement techniques et générant des conséquences graves, témoignent des conflits qui naissent en matière d'accident médical, ils ne peuvent pas rendre compte, seuls, de l'ampleur de ces conflits. Certaines défaillances matérielles ou organisationnelles, même sans conséquences objectivement significatives, peuvent provoquer, à leur tour, de graves conflits et générer une rupture de confiance et une atmosphère délétère pour la bonne conduite des soins **(*Section II*).**

[824] SARGOS, Pierre, « L'aléa thérapeutique devant le juge judiciaire », *La Semaine Juridique*, n°5, 2000, pp 189-193.

Section 1. Accident médical évitable et inévitable: nuances complexes entre deux régimes différents

La responsabilité médicale se définie comme étant « *l'obligation pour un professionnel de santé ou un établissement de soins de réparer les dommages qu'un patient a subi du fait d'un accident médical* »[825]. L'étude du fondement de cette responsabilité requiert que l'on prenne quelques précautions liminaires dans la mesure où ce fondement a fait l'objet de nombreuses controverses et continue d'ailleurs à alimenter le débat doctrinal. Fondé sur un régime de responsabilité pour faute, elle peut exceptionnellement revêtir la forme d'une responsabilité sans faute. En droit algérien, la faute demeure la pierre angulaire de cette responsabilité que ce soit en matière civile ou administrative. Pour le professeur Guy Nicholas, il n'existe pas à vrai dire de définition précise de la faute, si ce n'est celle qu'on cite généralement, à savoir le « manquement à une obligation préexistante»[826]. Ainsi, le juge jouera un rôle essentiel et souverain dans son appréciation. Elle sera évaluée par référence au comportement du professionnel de la santé et aux pratiques admises par la communauté scientifique ainsi que les standards cliniques et les recommandations de bonnes pratiques (***§1***).

Pourtant, si la faute peut, générer un dommage, elle ne constitue, en réalité que l'une des branches de l'alternative qui se présente aux situations où le patient n'obtient pas le résultat souhaité et ne peut de ce fait être assimilée au fait dommageable lui-même[827]. En effet, dans certains cas, l'accident médical est inévitable résultant d'un acte non fautif ou d'un aléa. Le caractère exceptionnel de l'engagement de cette responsabilité a pour objectif la préservation de l'intérêt des patients (***§2)***.

§.1 L'accident médical évitable : le maintien de la faute dans toute sa rigueur en droit algérien

En droit algérien, la responsabilité encourue par les professionnels de la santé en cas d'accident médical, résultant d'actes de soins pratiqués au sein des établissements publics de santé, est une responsabilité pour faute. Notion difficile à cerner avec précision, le concept de faute se

[825] « Responsabilité médicale», dans, GUINCHARD Serge et DEBARD Thierry (dir.), Lexique des termes juridiques, 27ème édition, Paris, Dalloz, 2019.

[826] GUY, Nicholas, *La responsabilité médicale*, Flammarion, 1997, p 95.

[827] PENNEAU, Jean, *Faute et erreur en matière de responsabilité médicale*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 1973, p 10.

caractérise par une grande adaptabilité[828]. Ayant longtemps opposé les deux ordres de juridictions, son appréhension non harmonisée a conduit à des disparités dans la prise en compte de la situation des victimes. Le régime juridique de la responsabilité hospitalière pour faute s'est progressivement construit au fil du temps **(A)** avec un apport jurisprudentiel important qui en a permis une meilleure appréciation **(B)**.

A. La construction du régime de la responsabilité hospitalière pour faute en droit algérien

La faute est l'élément fondamental dans les divers régimes de responsabilité civile ou administrative. Le professeur Jean Penneau remarque d'ailleurs, que « *le changement de nature de la responsabilité médicale n'a pas changé la nature de la faute* »[829]. En effet, notion multiple et complexe, la faute médicale s'individualise dans le cadre de la faute civile **(1)**. Pourtant, en matière de responsabilité hospitalière, il ne faudrait pas marginaliser certains points qui sont déterminants à savoir le caractère spécial des règles de la responsabilité administrative et l'autonomie que ces règles revêtent vis-à-vis de la responsabilité civile **(2).**

1. Les principes du droit civil, un apport fondamental mais ambigu

Le contentieux médical hospitalier constitue le domaine juridique qui a été le plus marqué par l'influence du droit civil et ce à maints égards. En effet, sur un plan doctrinal, la conceptualisation en la matière est majoritairement le fait de juristes de droit privé à tel point que l'on dit, souvent, que la responsabilité médicale est contractuelle en omettant sa seconde face qu'est la responsabilité administrative. Les analyses d'arrêts dans le domaine sont majoritairement issues de la doctrine civiliste car dans une certaine mesure, la doctrine administrativiste se désintéresse du droit de la responsabilité médicale administrative au profit d'une matière plus générale qu'est le droit de la santé publique. A l'inverse, la doctrine privatiste a joué un rôle fondamental dans son appréhension. Les publications d'auteurs arabes ou français ayant influencé le droit algérien tels que Abedrezzak Essanhouri, Soulaymane Markes, Jean Penneau, René Savatier, Francine Demichel et André Demichel peuvent en témoigner bien que l'apport de certains publicistes comme Soulaymene Attamaoui ou le doyen Jean-Marie Auby a été essentiel.

Par ailleurs, sur le plan quantitatif, le nombre d'arrêts rendus en droit de la responsabilité médicale par les juridictions civiles est sans commune mesure avec celui des juridictions administratives même s'il est difficile d'établir, en Algérie, des statistiques exactes en la matière en

[828] BIOY, Xavier, LAUDE, Anne, TABUTEAU, Didier, *Droit de la santé*, précité, p 453.

[829] PENNEAU, Jean, *Faute et erreur en matière de responsabilité médicale*, précité, p 22.

raison de la publication partielle des décisions des juridictions administratives[830].En effet, le pourcentage de publication est très faible. La consultation d'une dizaine de numéros[831] de la revue du Conseil d'Etat fait ressortir seulement une moyenne de trente décisions publiées par numéro alors que le nombre de décisions rendues par cette institution durant cette période est sûrement beaucoup plus important, même si nous n'avons pas de chiffres exactes pour étayer correctement nos propos[832]. En tout état de cause, la consultation des décisions publiées permet d'avancer que seulement une dizaine d'entre elles ont trait à la responsabilité hospitalière. Parallèlement, les décisions rendues par la Cour suprême, la plus Haute juridiction de l'ordre judiciaire en Algérie, en matière de responsabilité médicale et publiées durant la même période représentent le triple de ce chiffre. Cela démontre l'ampleur du contentieux de la responsabilité médicale traité par les deux ordres de juridictions. En France, le contentieux de la responsabilité civile médicale est également beaucoup plus riche et fourni que celui de la responsabilité hospitalière[833], qui ne représente qu'entre un et deux pour cent du contentieux administratif[834]. Un magistrat de l'ordre administratif a fait remarquer que « *même s'il est difficile d'établir des statistiques de ce genre au sein de la juridiction administrative, le contentieux de la responsabilité médicale présente en effet un contentieux presque infime. On peut estimer que devant les tribunaux administratifs, le contentieux de ce genre représente entre 1 et 1.5% de l'ensemble des requêtes enregistrées chaque année, 2% devant les cours administratives d'appel, c'est-à-dire à peine plus, peut-être parce que la difficulté des affaires justifie qu'il y ait un tout petit peu plus d'appel. Devant le Conseil d'Etat, on est à des niveaux extrêmement faibles de l'ordre de 1%. La pression est donc peut-être plus sociologique et politique, que numérique* »[835] .

---

[830] Durant les années 70, la publication des décisions rendues par la chambre administrative de la Cour Suprême s'est faite dans deux revues éditées par le ministère de la Justice ; il s'agissait en l'occurrence « du bulletin des magistrats » et de « l'annuaire de la justice ». Depuis 1989, la publication s'est poursuivie dans la revue de la Cour Suprême et ce jusqu'à la création de la revue du Conseil d'Etat en 2001 ; depuis cette date, la publication des arrêts du Conseil d'Etat s'effectue dans cette revue dont le premier numéro a vu le jour en 2002.

[831] Les revues disponibles consultées sur le site du Conseil d'Etat concernent les années de 2002 à 2015.

[832] Professeur khelloufi a souligné cette difficulté sans donner de chiffres exactes, Khelloufi, Rachid, «La jurisprudence administrative dans le système juridique algérien: une jurisprudence inaccomplie », *Idara*, n°53, 2012, pp 66-81. Par ailleurs, nous retrouvons souvent des décisions non publiées en lien avec notre recherche pendant cette période ce qui laisse penser qu'il y en a sûrement d'autres en lien avec d'autres sujets.

[833] MAUGÜE, Christine et MARION, Laurence, *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ, 2ème édition, 2019, p. 23.

[834] WADA, Léo, *L'office du juge en droit de la responsabilité médicale*, Thèse, droit, Université Paris 8, 2017.

[835] THIELLAY, jean- Philippe, « La réparation du dommage médical : responsabilité ou solidarité ? », dans, *Conseil d'Etat, Santé et justice : quelles responsabilités ? Dix ans après la loi du 4 mars 2002*, La Documentation Française, 2013, p 74.

De même, sur le plan qualitatif, le champ de compétences du juge judiciaire est beaucoup plus étendu que le juge administratif car il apprécie la responsabilité pénale de tous les médecins, la responsabilité civile des médecins hospitaliers officiant à titre libéral et la responsabilité civile des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé privés. En réalité même sur un plan historique, le juge civil nous paraît être le juge habituel de ce contentieux et ce à maints égards. Il est celui qui a posé les premiers jalons de la responsabilité médicale en condamnant les négligences des médecins et en rappelant que la dignité était une composante centrale du droit de la santé[836]. Il s'est également montré soucieux des droits des patients indépendamment des pressions du corps médical. Dans cette perspective, il faut rappeler qu'il est le premier garant des libertés individuelles et ce avant que le juge administratif n'intervienne sur un terrain qui n'était pas le sien[837]. En matière d'hospitalisation sans consentement, par exemple, on rappellera que le rôle du juge judiciaire est prépondérant.

En réalité, en matière de responsabilité médicale, le juge administratif a souvent puisé dans ce précieux vivier que constitue le droit civil. En Algérie, la transposition de la jurisprudence est tellement importante qu'elle prête, parfois, à confusion comme peuvent en témoigner quelques arrêts de la Cour suprême. Il importe, toutefois, avant d'examiner de près cette incohérence, de préciser quelques observations édifiantes concernant ces arrêts. « *Premièrement, seule une partie de ces décisions est publiée ; une publication qui ne porte que sur certains attendus (à ce propos, il aurait fallu utiliser le terme « considérant », terme plus approprié pour les décisions de justice rendues par les juridictions administratives), relatifs à la position du juge ainsi que le dispositif de la décision. Cette publication partielle prive les chercheurs d'un certain nombre d'éléments de la décision (les visas, les faits, la procédure, les moyens soulevés par les parties et leurs demandes) qui permettent un commentaire plus complet de la décision et par conséquent une connaissance de la position du juge, d'une manière globale, par rapport à l'affaire qu'il a eue à connaître. Deuxièmement, les décisions publiées sont citées à partir des initiales des noms des parties uniquement. Cette façon de procéder est critiquable à plusieurs titres car elle ne participe pas à la connaissance et à la mise en place de la jurisprudence»*[838].

Ainsi, en dépit de cette publication aléatoire et inopérante, certains auteurs ont pu souligner

[836] Dès 1835, le juge civil a condamné les négligences des médecins. De même, la formule posée par son célèbre arrêt Mercier n'a jamais été contestée depuis. Wada, Léo, *L'office du juge en droit de la responsabilité médicale*, Thèse, précitée.

[837] SAUVE, Jean- Marc, « Quel juge pour les libertés ? », *Recueil Dalloz,* 2016, p 1320.

[838] KHELLOUFI, Rachid, « La jurisprudence administrative dans le système juridique algérien: une jurisprudence inaccomplie », précité.

ces incohérences dans la transposition de jurisprudences[839]. A titre d'exemple, le professeur Rachid Khelloufi précise que dans l'arrêt *Hôpital Boudens d'Oran c /consort B*, rendu à propos d'un litige relatif au décès d'un enfant du fait d'un patient atteint de troubles mentaux placé dans la même salle que la victime, le juge a considéré que c'est le personnel soignant, qui les avaient mis ensemble, qui a créé cette situation de risque dont la responsabilité incombe à l'administration. Aussi, il la condamne, sur le fondement de l'article 134 du Code civil, à verser aux requérants la somme de cent quarante mille Dinars Algériens pour réparer ce préjudice[840]. Le juge de la Cour suprême a confirmé ce jugement en concluant son arrêt de la manière suivante : « *il existe effectivement une faute de service dans cette affaire, qui appelle à la confirmation de l'arrêt attaqué dans tous ses attendus…l'indemnité étant juste*»[841]. Cette position a créé des frontières très floues entre deux jurisprudences distinctes: la faute de service et l'application de l'article 134 du Code civil. La même incohérence a été observée dans l'arrêt *Hôpital universitaire c/S* du 17 janvier 2000[842]. Le professeur Rachid Khelloufi estime que l'attitude du juge administratif algérien s'explique par le fait que les règles qui sont propres à la responsabilité administrative, sans perdre de leur spécificité, se sont énormément rapprochées, quant aux satisfactions qu'elles procurent aux victimes, de celles du droit commun, d'où le recours fréquent à ces dernières[843].

Ainsi, nous notons que « *le vœu formulé autrefois par le doyen René Savatier, de voir les tribunaux administratifs emprunter les critères des tribunaux judiciaires eux-mêmes, pour l'appréciation de la faute médicale ouvrant au malade une action en responsabilité »*[844], s'est largement réalisé. Cependant, il semble qu'aujourd'hui, qu'il y a moins de place pour une hardiesse jurisprudentielle puisque la structure de la responsabilité médicale est bien établie, du moins en France où les deux ordres de juridictions partagent des règles communes depuis l'adoption de la loi dite *Kouchner* en 2002. Aussi, loin de nécessiter de grandes innovations, ce contentieux a plus besoin de clarté et simplicité dans notre pays.

---

[839] KHELLOUFI, Rachid, *Droit de la responsabilité administrative* », O.P.U, Alger, 1994, p 06, (ouvrage en Arabe). El hocine, Ath Melouya , soulèvera également cet aspect, voir ATH MELOUYA, El hocine, *La responsabilité de la puissance publique*, Dar el Houda, Ain Mlila, 2013, p164 et 165, (ouvrage en Arabe).

[840] C. Oran, ch.adm, 18/1/1986, hôpital Boudens d'Oran c /consort B, cité A. Khadir, « *recueil d'arrêts en responsabilité médicale »,* précité, p 55.

[841] Cour Suprême. Ch. Adm, doss n°157555Hôpital Boudens Oran c. / B. du 16/07/1988, Revue Juridique, 1991, n°1, p 121.

[842] C.E, 17/1/2000, CHU Dorbani d'Annaba, c/ S.M, cité par Noureddine, Mohamed-Karim, «La notion de faute et responsabilité administrative des services publics hospitaliers: Pour une meilleure garantie des droits des victimes », *Revue des droits de l'homme et des libertés publiques*, vol 06, n°03, 2021, pp 797-828.

[843] KHELLOUFI, Rachid, *Droit de la responsabilité administrative* », précité.

[844] WADA, Léo, *L'office du juge en droit de la responsabilité médicale*, Thèse, précité.

2. Les principes du droit administratif, entre prolongements et innovations

Après l'indépendance et conformément à la loi portant reconduction de la législation française jusqu'à nouvel ordre[845], le système juridique algérien a repris les principaux textes régissant les différents domaines de la vie notamment en ce qui concerne la responsabilité administrative. Ainsi notre système juridique administratif dans ses premiers arrêts post indépendance, reprendra les solutions françaises concernant les fondements de la responsabilité administrative. C'est le cas notamment des arrêts *Bardies–Montfa*[846] où l'allusion à la décision *Blanco* du Tribunal des conflits français était évidente. Le professeur Mohamed Boussoumah[847] souligne, dans ce cadre, que le juge administratif algérien s'est réapproprié à peu de chose près les considérants de la célèbre décision dont les termes se lisent comme suit : « *Attendu que la responsabilité qui peut incomber à l'administration pour les dommages causés aux particuliers ne peut être sans autre considération du Code civil, que cette responsabilité n'est ni générale, ni absolue qu'elle a ses règles qui varient selon les besoins du service public*». Il expliquera que « *bien que la loi opère une nouvelle distribution des tâches entre la chambre administrative de la Cour suprême et les tribunaux administratifs, le problème de la répartition des litiges se repose dans les mêmes termes qu'en droit français, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la Cour suprême. Cette similitude résultant du fait qu'à côté du contentieux par détermination de la loi (travaux publics, expropriation, actes des autorités administratives), il existe un vaste champ ou le juge intervient souverainement* »[848]. Cette conclusion du professeur Mohamed Boussoumah a également été partagée par d'autres auteurs. Ainsi Etienne-Jean Lapassat affirme que « *dans tous les cas, le tribunal administratif a purement et simplement appliqué les règles du droit français et de la jurisprudence du conseil d'état* »[849].

Ainsi, les affaires administratives relevaient uniquement de la compétence des chambres administratives existantes au sein des cours et de la Cour suprême. De plus, la recevabilité des affaires administratives était soumise à des conditions spécifiques; il en était de même des procédures relatives aux voies de recours contre les décisions de justice rendues par les chambres administratives des cours. Il faut rappeler à ce propos que le système juridictionnel algérien a connu trois étapes principales. La première s'est étalée de 1963 à 1998 partant de la création de la Cour

[845] Loi n°62-157 du 31 Décembre 1962 reconduisant la législation antérieure à l'indépendance, précitée.

[846] T. A d'Alger, arrêt Bardies et consorts c/ l'Etat, du 02 /07 /1966, R.A, 1966, n°2 p 359.

[847] BOUSSOUMAH, Mohamed, « Essai sur la notion juridique de service public », *Revue algérienne des sciences juridiques, économiques et politiques*, 1992, vol.30, n°3, p 344.

[848] Ibid., p 345.

[849] LAPASSAT, Etienne-Jean, *La justice en Algérie 1962-1968*, Armand Colin, 1969, Paris, p 89.

Suprême en passant par la mise en place des cours et des tribunaux, mettant un terme au système juridictionnel qui prévalait avant l'indépendance de l'Algérie. La deuxième étape a débuté avec l'institution et la création du Conseil d'Etat et des tribunaux administratifs en tant qu'ordre juridictionnel administratif autonome à côté de l'ordre judiciaire. Elle a duré jusqu'en 2022[850], date de révision de l'organisation judiciaire annonçant la future mise en place des tribunaux administratifs d'appel. Si la question de l'existence d'un contentieux administratif ne se pose pas dans la deuxième et troisième phase, dans le sens où l'architecture juridictionnelle générale fait apparaître un ordre juridictionnel administratif autonome compétent pour connaître des litiges administratifs, la question d'un contentieux administratif durant la première étape n'a pas été tranchée de la même manière par les juristes. En effet, partant de l'organisation juridictionnelle marquée par une unité de juridiction, un nombre important de juristes ne reconnaissait pas l'existence d'un contentieux administratif. Certains auteurs rapportent l'incohérence du système algérien au travers de quelques arrêts de la Cour suprême[851]. Ainsi dans l'arrêt *ministre de la Santé c/ famille Abdelmoumen*, le juge administratif de la Cour suprême affirme que « *la responsabilité de l'administration est une responsabilité particulière soumise à des règles autonomes et que les règles du droit civil lui sont étrangères et non applicables* »[852]. Cependant, dans un autre arrêt *C.H.U Oran, c. /B et consorts*[853], le même juge semble adopter une position différente en considérant que la responsabilité civile des centres hospitaliers universitaires et la condamnation à des dommages relèves de la compétence des chambres administratives conformément aux dispositions du code de procédures civiles.

Par ailleurs, il est important de rappeler que, depuis l'arrêt *Hamidouche*[854] de 1966, le juge algérien a régulièrement fondé sa jurisprudence sur la notion de faute de service, une jurisprudence qui a été confirmé à plusieurs reprises[855]. Toutefois, cette notion de faute n'est pas appliquée d'une manière uniforme. Ainsi, dans l'arrêt du Conseil d'Etat du 08 mars1999 relatif à l'affaire de *l'Hôpital de Ain Azzal c/ T. et consorts*, le juge administratif a fondé la responsabilité sur la base

[850] Cette organisation juridictionnelle est contenue dans la loi organique n° 05-11 du 25 juillet 2011 relative à l'organisation judiciaire, JORA n° 51 du 20/07/2005, abrogée par la loi organique n° 22-10 du 9 juin 2022 relative à l'organisation judiciaire, JORA n° 41 du 16/06/2022.

[851] KHELLOUFI, Rachid, *Droit de la responsabilité administrative*, précité, p 43.

[852] C. Suprême. Ch. Adm. , ministre de la Santé c/famille Abdelmoumen du 17/04/1982 inédite cité par Khelloufi, Rachid, «La jurisprudence administrative dans le système juridique algérien: une jurisprudence inaccomplie », précité.

[853] C. Suprême. Ch. Adm. C.H.U Oran. c/ B, dossier.157555 du 20/10/1988, R.J, 1991, n°01, p 121.

[854] C. Suprême, du 08/04/1966, cité par Khelloufi, précité, p.07.

[855] C. Suprême du 13/01/1991, dossier n°75670, Aff. C.H.U Sétif c/groupe K, cité par Khelloufi, précité, p.06.

d'un défaut d'entretien doublé d'une faute intentionnelle[856], tandis que dans un autre arrêt du 22 mars 2006, il a considéré que la faute commise par le chirurgien constitue une faute dans le suivi et fonde clairement la responsabilité de l'hôpital[857]. Cela étant, il convient de noter la remarque pertinente du professeur Lhocine Ath Melouya qui observe que le juge administratif algérien tranche la plupart des litiges sans préciser la forme de la faute commise[858]. Illustrant cette problématique, dans une affaire plus récente, le requérant contestait la qualification de la faute. Le Conseil d'État a alors conclu, à partir des résultats de l'expertise, que l'absence de trois médecins pour assister le chirurgien constituait une faute médicale ayant affecté la santé de la patiente. En conséquence, il a jugé que le centre hospitalier n'avait pas réuni les conditions nécessaires pour l'intervention chirurgicale, établissant ainsi sa responsabilité[859]. Cette variabilité dans la définition des fautes contribue à une grande confusion dans la terminologie et les concepts utilisés par la jurisprudence algérienne, ce qui est perçu comme un tâtonnement par les patients. Cette perception entraîne fréquemment leur recours abusif à la voie pénale et à l'engagement de la responsabilité personnelle des médecins. Le commissaire du gouvernement français Hubert Legal soulignait, à ce propos, que « *dans l'état de droit, les mots ne doivent pas seulement être justes, ils doivent être compris* »[860].

Le problème est d'autant plus accentué par le silence du législateur algérien, qui n'a pas encore tranché la définition de la notion de faute médicale. En effet, bien que la nouvelle loi de santé dispose que « *Toute erreur ou faute médicale avérée, après expertise, susceptible de mettre en cause la responsabilité de l'établissement et/ou du praticien médical ou professionnel de santé, commise dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions et qui affecte l'intégrité physique ou la santé du malade, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, entraînent l'application des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur*»[861], cette formulation n'apporte pas l'éclairage nécessaire pour résoudre les ambiguïtés existantes. Assurément, cet article dispose d'une manière claire que la responsabilité

[856] C.E du 08/03/1999, Aff. L'Hôpital de Ain Azzal c/ T. et consorts, cité par Noureddine, Mohamed-Karim, «La notion de faute et responsabilité administrative des services publics hospitaliers: Pour une meilleure garantie des droits des victimes », précité, p 799.

[857] C.E du 22/03/2006, Aff. Secteur sanitaire ras el oued c/ A.A, cité A. Khadir, « *recueil d'arrêts en responsabilité médicale »,* tome I, précité, p 82.

[858] ATH MELOUYA, El hocine, *La responsabilité de la puissance publique*, précité, p.101.

[859] C.E n°117209 du 15/06/2017, Aff. Etablissement public hospitalier Ain Taya c/ B.F, Revue du Conseil d'Etat, 2017, n°15, p .104.

[860] CE, 10 avril 1992, Epoux V. Rec. Lebon. p. 171, concl. H. Legal RFDA 1992. 571.

[861] Article 353 de la loi de santé n°18-11, précitée.

médicale est par principe une responsabilité pour faute. Il est, par contre, difficile d'affirmer qu'il instaure une unification complète du régime de la responsabilité indemnitaire pour faute autour de la faute « avérée ». On aurait aimé croire que la nouvelle loi de santé 18-11 serait plus ambitieuse en ce qui concerne l'unification des compétences et que c'est dans cet esprit qu'elle a institué à travers cet article un régime commun et unifié de responsabilité des professionnels de santé indépendamment du juge. Or, rien dans le rapport de présentation du projet de cette loi au Secrétariat Général du Gouvernement ne laisse présager une telle orientation. Ainsi, la consolation est légère tant on avait espéré une loi porteuse d'une réforme salutaire du droit du dommage corporel qui semble s'orienter vers une uniformisation des outils et un droit complètement autonome de la responsabilité médicale ou, du moins, affirmer sans détour la fin de l'éclatement des règles de la responsabilité médicale entre deux ordres de juridictions. Se pose, également, la question de la place de la répression et, par suite, du contentieux pénal dans ce régime d'autant plus que les sanctions citées dans cet article sont détaillées au titre VIII, de ladite loi, relatif aux dispositions pénales. Ce qui laisse finalement, encore une fois, le champ libre à l'office du juge qui a eu, de tout temps, la lourde tâche de préciser les contours de la faute médicale.

B. L'appréciation jurisprudentielle de la faute hospitalière

Dans le domaine de la responsabilité hospitalière, comme en bien d'autres domaines, les décisions de la justice administrative occupent une place particulière, en raison de la fonction normative historique du juge. Même si, nécessairement, ces décisions n'ont plus les mêmes fonctions juridiques et sociales qu'autrefois, elles continuent d'être une source d'innovations et de renouvellement. En ce sens, la faute en tant que fait générateur de la responsabilité hospitalière a connu des mutations qui ont trait aussi bien à sa nature diverse reflétant les obligations spécifiques des établissements de santé et leurs formes d'inexécution[862] **(1)**, qu'à sa gradation **(2)**.

1. L'empreinte de la distinction obligation de moyens et obligation de résultat

Les jurisprudences administrative et civile ont affirmé à de nombreuses reprises que le médecin est tenu à une obligation de moyen. La nature de cette obligation se justifie par l'aléa qui entoure l'acte médical, et qui empêche de faire peser sur le médecin l'obligation d'obtenir un résultat déterminé concernant la santé de son patient. Le médecin ne promet pas la guérison mais emploie tous les moyens pour y parvenir. Aussi, le patient ne pourra demander la réparation de ses préjudices au professionnel de santé que s'il prouve que celui-ci a été défaillant dans l'emploi des moyens. Pour reprendre les termes de l'arrêt rendu par la Cour suprême le 23janvier

[862] LANTERO, Caroline, « Les consolidations du droit de la responsabilité hospitalière», *Actualité juridique Droit Administratif*, n° 13, 2020, pp 714-756.

2008[863]« *l'obligation de moyens est l'engagement du médecin à fournir des efforts consciencieux et attentifs, conformes aux circonstances existantes et aux données acquises de la science dans le but de guérir le malade et d'améliorer sa situation sanitaire »*. La violation même involontaire de cette obligation consacrée à l'article 45 du code de déontologie médicale algérien[864], engage la responsabilité des professionnels de la santé. Si le droit administratif comporte des particularités, tenant à la nature singulière de l'activité qu'il règle, il ne saurait déroger à ces principes communs.

En ce sens, les juges considèrent que les données scientifiques et les conférences de consensus sont une source d'obligations pour les professionnels de la santé. Cette référence aux données scientifiques est fort ancienne en jurisprudence et la Cour de Constantine, chambre administrative, dans une décision du 3 avril 1978 en a tenu compte[865] pour juger insuffisants, au vue des règles de l'art médical, les examens pratiqués par le médecin de l'hôpital en vue de diagnostiquer le cas de Dame B. Pourtant, il importe de préciser que si les juges admettent ces données ils ne devraient pas leur conférer de valeur normative en raison de leur caractère «*mouvant, évolutif et pluriel* »[866] ; leur non-respect ne devra pas entraîner systématiquement la reconnaissance de la faute du médecin. Le magistrat algérien n'a malheureusement pas pris position par rapport à ce sujet contrairement au juge français qui a précisé par un arrêt rendu le 26 janvier 2017[867] que *« s'agissant des recommandations émises par la Haute Autorité de santé, il ne peut être reproché au praticien de n'avoir pas strictement appliqué ces préconisations,.....surtout parce qu'elles ne constituent que des règles non contraignantes de bonnes pratiques, et ne font pas obstacle à l'adoption par le médecin de solutions différentes, dans le cadre de son appréciation propre du traitement le plus adapté au cas précis de son patient »*. Ainsi, la liberté pour le praticien d'adopter la conduite médicale qui lui semble le plus adaptée à l'intérêt de son patient se trouve respectée.

L'obligation, pour le médecin, de donner au patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science comporte, également, son devoir d'évaluer les

[863] C. Suprême, affaire n° 399828 du 23/01/2008, A.A.K...c /A.B.., Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale *»,* précité, p 29.

[864] Cet article dispose que : « *Dès lors, qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin, le chirurgien dentiste s'engage à assurer à ses malades, des soins consciencieux, dévoués, conformes aux données récentes de la science et de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de confrères compétents et qualifiés*».

[865] C.ch. adm, Constantine 3/4/1978, dame B/ hôpital Constantine, arrêt non publié cité par Younsi-Haddad, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», *Revue Algérienne des Sciences Juridiques et Politiques*, volume 35, n° 3, 1998, pp 9-46.

[866] PENNEAU, Michel, PENNEAU, Jean, « Recommandations professionnelles et responsabilité médicale», *Médecine & droit*, vol 1998, n°33, pp 4-7. Voir également SMALLWOOD, Olivier, « La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ? », *Médecine & droit*, vol 2006, n° 79-80, pp 121-126.

[867] CA Versailles, 26 janvier 2017, n° 14/09204. (France).

risques de la thérapeutique en se renseignant avec précision sur l'état de santé de son patient. La Cour suprême a précisé dans un arrêt rendu le 21 juin 2018[868] que la responsabilité du médecin ophtalmologue de la clinique D.S était engagée même si l'indication opératoire était justifiée et qu'aucune faute technique ne pouvait lui être reprochée et ce après avoir constaté que ce dernier n'avait pas estimé, à tort, l'atteinte de sa patiente.

En outre, l'obligation de moyens comprend la conformité de la pratique médicale aux règles de l'art dont l'appréciation s'effectue *in abstracto* en comparaison avec un autre médecin de la même spécialité, placé dans les mêmes circonstances et utilisant la même technique. Ainsi, la quatrième chambre de la Cour Suprême a rendu un arrêt le 08 février 2005[869]dans lequel elle a pu retenir l'absence d'une faute d'un praticien en dépit de complications nés à la suite de l'acte chirurgical et ce en imputant l'atteinte survenue aux risques de la technique utilisée et non à la faute du médecin.

Afin de prendre leurs décisions, les magistrats se réfèrent aux conclusions de l'expertise médicale qui occupe un rôle probant dans la jurisprudence algérienne. Pourtant, ce n'est pas l'expertise qui tranche le litige, mais elle constitue une source fiable de données scientifiques aidant à la compréhension de la situation litigieuse afin de la résoudre. En ce sens, la Cour Suprême, par un arrêt rendu le 28 janvier 2003[870], a précisé que les juges du fond ont fondé leur décision sur les faits aidés par ce qu'ils ont pu conclure de l'expertise médicale.

Par ailleurs, dans son analyse de la qualité des actes médicaux réalisés, l'expert doit fonder ses conclusions sur les données acquises de la science à l'époque des faits. Ainsi, il ne pourrait être reproché à un médecin de ne pas avoir utilisé une technique qui n'existait pas à l'époque ou au contraire d'avoir utilisé une technique par la suite interdite mais parfaitement valide au jour des faits. Un courant doctrinal adopte deux approches concernant les données acquises de la science en distinguant entre celles dites avérées désignant les données validées par la littérature médicale et les données récentes qui n'ont pas encore subi l'épreuve du temps et n'ont pas encore été validées par la communauté scientifique, suivant chronologiquement les données acquises de la science[871]. Le code de déontologie médicale algérien, fait référence à ces données sous le vocable de « *donnés*

[868] C. Suprême, affaire n° 1193813 du 21/06/2018, *Revue de la Cour suprême* n°2, 2018, p 44.

[869] C. suprême, affaire n°293020 du 08/2/2005, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 88.

[870] C. suprême, affaire n°304272 du 28/1/2003, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 15.

[871] BEGUIN, Antoine, « Les contours de la faute de technique médicale », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°6, 2019, pp.975.

récentes de la science »[872], contrairement aux normes françaises qui emploient le terme de «*connaissances médicales avérées »*[873]. Pourtant, le juge français va adopter une solution proche de celle assise dans la législation algérienne puisque la Cour de cassation a admis, dans un arrêt rendu le 5 avril 2018, la conformité des soins aux recommandations émises postérieurement à l'acte médical. Elle précise en ce sens, qu'« *il incombe à des médecins experts judiciaires d'apprécier, notamment au regard de ces recommandations, si les soins litigieux peuvent être considérés comme appropriés* »[874]. Enfin, la non-conformité à ces données de la science fait présumer une faute du praticien et le juge administratif s'y réfère régulièrement pour préciser les modalités d'appréciation standard du médecin.

2. L'empreinte de la distinction faute lourde et simple

La responsabilité hospitalière a été reconnue par le Conseil d'Etat français bien avant l'indépendance. Elle concernait d'une part les dommages causés par un défaut d'organisation ou de fonctionnement de l'hôpital et d'autre part, les dommages causés par un acte médical. En ce sens, une distinction fondamentale était admise. Lorsque la faute concernait l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, une faute simple suffisait à engager la responsabilité hospitalière[875]. A l'inverse, si la faute découlait d'un acte médical, le juge imposait alors au requérant de prouver l'existence d'une faute lourde[876].

Cette jurisprudence a été reconduite par les juridictions algériennes. C'est ainsi que dans une affaire opposant le sieur B. au centre hospitalier d'Alger, la Cour suprême, chambre administrative, a déclaré, par un arrêt du 29 janvier1977, qu'« *attendu qu'il est constant que le jeune B a été admis à 9h.30; aucune prescription médicale n'a été posée à son sujet; que l'intéressé a été durant de longues heures sans surveillance particulière et constante; que quatre jours plus tard, une gangrène est apparue au niveau du foyer de la fracture et a gagné le coude, rendant ainsi une amputation indispensable; que cette négligence a, dans les circonstances de l'affaire, constitué une*

[872] Conformément à l'article 45 du code de déontologie médicale précité.

[873] Conformément à l'article L.1110-5 du code de la santé publique Français qui dispose que : « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible des souffrances au regard des connaissances médicales avérées*».

[874] Cass. 1ère civ., 5 avril 2018, n° 17-15.620. (France).

[875] CE 8 novembre 1935, Loiseau et Philipponeau, n° 29669, n° 31999, Lebon. pp. 1019-1020. CE, 7 avril 1967, Centre hospitalier régional d'Orléans c/ Fichon, Lebon., p 300. (France).

[876]CE, 26 juin 1959, Rouzet, n° 31396, Lebon. p. 405. CE, 28 décembre 1971, Centre hospitalier de Reims, Lebon, p 418. (France).

faute lourde engageant, envers la victime la responsabilité du service hospitalier»[877]. Dans la même année, la Cour Suprême va maintenir cette position dans l'affaire S contre hôpital civil de Lakhdaria[878]. Cet arrêt a été également l'occasion de reconduire la jurisprudence française qui admettait de soumettre l'activité des établissements hospitaliers et celle de leurs médecins à une responsabilité administrative. Elle a ainsi rappelé que les médecins des hôpitaux avaient la qualité d'agents publics, et leur dépendance administrative était compatible avec l'indépendance de l'acte médical, qu'il s'agisse de l'élaboration du diagnostic ou de la nature des soins prescrits. Par conséquent, la responsabilité du dommage, par suite d'une faute médicale, devait être assumée par le service public.

En Algérie, cette jurisprudence constante a été longtemps maintenue et appliquée également par les juridictions inférieures, qui ont jugé que plusieurs manquements pouvaient constituer une faute médicale lourde. Ainsi, dans une affaire qui opposait la dame Y à l'hôpital de Mostaganem, la requérante se plaignait de séquelles importantes suite à une intervention chirurgicale pratiquée dans le service de gynécologie, consécutives à une négligence dans l'acte médical. La Cour d'Oran chambre administrative a jugé dans un arrêt du 30 mai 1981 qu'« *attendu que l'administration de hôpital de Mostaganem ne fait état d'aucune difficulté particulière ou de circonstance exceptionnelles susceptible de l'exonérer, qu'il résulte de l'examen du rapport d'expertise, que tant le médecin que l'administration de hôpital ont commis une faute lourde... »*[879]. La même position a été également adoptée par la chambre administrative de la Cour de Constantine concernant l'oubli d'un pansement dans le corps d'un malade. Dans un arrêt du 19 novembre 1986[880], cette dernière a statué que « *les principes retenus en matière de responsabilité médicale exigent que l'établissement hospitalier soit responsable des actes commis par les médecins lorsqu'il y a faute lourde* ». De manière analogue, la même cour a jugé dans un arrêt du 18 novembre 1995[881], suite à une erreur grossière de diagnostic, qu'« *attendu que le préjudice est consécutif à une faute lourde de la part de deux médecins spécialistes, et qui constitue une faute de service à la charge de l'hôpital* ».

Ainsi, le juge algérien a, pendant longtemps, engagé la responsabilité des établissements

[877] C. Suprême, ch.adm, 29.1.1977, aff.B /hop. Alger, cité par HANNOUZ, Mourad-Mouloud et HAKEM, Ahmed, *Précis de droit médical : à l'usage des praticiens de la médecine et du droit*, OPU, 1993, p 147.

[878] C. Suprême, 22.1.1977, S. / hop. Lakhdaria, cité par HANNOUZ, Mourad-Mouloud et HAKEM, Ahmed, *Précis de droit médical : à l'usage des praticiens de la médecine et du droit*, précité, p 144.

[879] C. Oran, ch.adm, 30.5.1981. Dame Y. /hop Mostaganem, cité par HANNOUZ, Mourad-Mouloud et HAKEM, Ahmed, *Précis de droit médical : à l'usage des praticiens de la médecine et du droit*, précité, p.144.

[880] C. Constantine, ch. adm. 19.11.1986, .B.H/CHU Constantine, arrêt non publié cité par Younsi-Haddad, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité, p 17.

[881] C. Constantine, ch.adm.18.11.1995.B.T./CHU. Constantine arrêt non publié cité par Younsi-Haddad, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité, p 17.

hospitaliers sur la base de la faute lourde, l'appliquant de manière particulièrement large aussi bien sur un défaut de surveillance médicale[882], un défaut de fonctionnement du matériel médical[883], un retard d'intervention[884], ou même sur l'absence de personnel[885]. Il convient de souligner que les juridictions pénales ont également adopté cette jurisprudence, illustrée notamment par une affaire jugée par la chambre délictuelle de la Cour d'Oran le 10 novembre 1970, opposant le ministère public à C.L., médecin à l'hôpital d'Oran. Lors d'un accouchement, le praticien a imprudemment administré une injection dont les effets étaient imprévisibles et a ensuite, recouru, pour réparer les effets secondaires, à des méthodes d'accouchement ayant entraîné de graves conséquences pour l'enfant. Bien que le tribunal délictuel ait initialement relaxé le médecin des accusations de blessures involontaires, la chambre délictuelle de la cour, saisie sur appel de la partie civile, a jugé l'appel recevable et a reconnu la présence d'une faute lourde, engageant ainsi la responsabilité du médecin[886]. En revanche le juge judiciaire français ne s'est jamais aventuré sur le terrain de la faute lourde en matière médical[887].

Il est également important de préciser que le juge administratif algérien n'a que rarement eu recours au terme de faute simple[888], dans la mesure où toute faute non qualifiée de « lourde » est, par définition, considérée comme simple. Cette distinction implicite illustre une caractéristique fondamentale du système juridique, où la gravité d'une faute détermine sa classification, éliminant ainsi le besoin d'une explicitation systématique pour les fautes simples dans les décisions judiciaires. Par ailleurs, il est intéressant de noter que la faute simple a progressivement été intégrée dans le champ de l'acte médical lui-même, à mesure que les activités médicales se banalisaient. En effet, avec les avancées scientifiques, certaines pratiques médicales auparavant considérées comme

[882] C, cham adm, Constantine, 18/1/1989, B.M c/ hôpital Jijel, arrêt non publié cité Younsi-Haddad, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité, p 25.

[883] Cour Suprême, 26/4/1992, D.A c/ CHU Sétif, arrêt non publié cité par Younsi-Haddad, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité, p 21.

[884] Cour Suprême, 19/4/1993, secteur sanitaire Adrar c/Zaaf Rokia et consorts, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale *»,* tome I*,* précité, p 65.

[885] Cour Suprême, affaire n°128892 du 26/12/1995, hôpital Tlemcen c/B.B, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale *»,* tome I*,* précité, p 37.

[886] C. Oran, ch. délict, 10.11.1970, cité par HANNOUZ, Mourad-Mouloud et HAKEM, Ahmed, *Précis de droit médical : à l'usage des praticiens de la médecine et du droit*, précité, pp 144 et 145.

[887] WADA, Léo, *L'office du juge en droit de la responsabilité médicale*, Thèse, précitée.

[888] T. Administratif d'Alger, 2/3/2005, CHU Nafissa Hamoud « Alger » c/R.R, cité par Amiri, Farida, *La responsabilité des hôpitaux publics en matière de fautes médicales*, Thèse, droit public, Université Mouloud Mameri de Tizi Ouzou, 2021, p 135. L'arrêt en question se lit comme suit : « considérant que la responsabilité de l'hôpital est engagée suite à une faute médicale qui est une faute simple…. ».

complexes sont devenues semblables à d'autres activités administratives. De ce fait, le juge administratif algérien a pris conscience que, n'importe quel acte de soins pouvait intrinsèquement être rattaché à l'organisation de service, un contexte dans lequel la faute médicale fait figure de tautologie[889]. D'ailleurs, le juge algérien s'est lancé dans une distinction au sein de la faute lourde, pour le moins hasardeuse, évoquant une faute manifeste et d'une nature particulièrement spécifique pour engager la responsabilité hospitalière[890]. Cette attitude n'a pas surpris la doctrine, qui y a vu le signe d'un déclin de la faute lourde autrefois exigée pour engager la responsabilité de l'administration. En effet, elle reflète une volonté d'identifier plus fréquemment qu'auparavant des fautes spécifiques qui, en réalité, ne se distinguent pas fondamentalement de la faute « de nature à », adoptée par la jurisprudence française. Aujourd'hui, le juge administratif algérien a initié une démarche assez proche de son homologue français, ses nouveaux arrêts ne faisant plus référence au degré de la faute mais se concentrent plutôt sur la qualification de faute médicale ou de faute de service hospitalier[891]. En fait, il ne s'agit pas d'un abandon de la faute lourde au profit de la faute simple, comme le résume certains juristes d'une manière un peu hâtive, mais plutôt de l'adoption d'une grille de lecture plus subtile de la faute. Effectivement, si la qualification de la faute a bien évolué, ses critères de détermination sont restés inchangés et témoignent de la constante recherche, par le juge, d'un certain seuil de gravité de la faute, en fonction de la complexité de l'activité médicale concernée. Il continue d'ailleurs toujours à rechercher dans un premier temps si les conséquences dommageables sont imputables à un acte médical ou à l'organisation et au fonctionnement du service. Ainsi, l'alternative proposée, en droit algérien, à la faute lourde est la faute qualifiée, consacrée dans la nouvelle loi de santé sous le vocable de « faute avérée »[892]. Les juristes, naturellement attachés aux mots et aux qualifications qui s'y rattachent, savent pertinemment que cette dernière n'est pas une faute simple. C'est une façon subtile pour le juge algérien de se démarquer de son homologue français par l'emploi d'une terminologie différente, qui lui permet de procéder à ses propres interprétations, selon les cas qui se présentent à lui.

[889] YOUNSI-HADDAD, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité.

[890] C. Suprême, 26.7.1992, n°92106, cons. H/hop. Bénisaf, arrêt non publié, cité par HANNOUZ, Mourad-Mouloud et HAKEM, Ahmed, *Précis de droit médical : à l'usage des praticiens de la médecine et du droit*, précité, p 188.

[891] C.E, 23/10/2014, n°094194, ou encore C.E, 20/02/2014, n°088725 site officiel du Conseil d'Etat consulté le 10 octobre 2022. (Algérie).

[892] Conformément à l'article 353 de la nouvelle loi de santé n° 18-11 qui dispose que : «*Toute erreur ou faute médicale avérée, après expertise, susceptible de mettre en cause la responsabilité de l'établissement et/ou du praticien médical ou professionnel de santé, commise dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions et qui affecte l'intégrité physique ou la santé du malade, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, entraînent l'application des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur* ».

§2.L'accident médical inévitable

Exiger la faute en toute circonstance pour faire jouer le mécanisme de la responsabilité, qui ouvre droit à la réparation, s'avère parfois injuste, laissant la victime sans réparation si elle ne parvient pas à établir la preuve d'un lien de causalité entre la faute et le dommage. Par ailleurs, l'accident thérapeutique peut survenir même en l'absence de faute ou d'erreur imputable aux professionnels de la santé. En ce sens, la responsabilité fondée sur la faute est devenue peu satisfaisante, tant pour les professionnels de la santé que pour les patients. Ce malaise a favorisé l'évolution vers deux nouveaux systèmes : le premier engagerait la responsabilité des établissements de santé même lorsque aucune faute ne leur est imputable **(A)**, et le second ferait peser l'indemnisation des victimes de certains accidents médicaux non fautifs sur la solidarité nationale, indépendamment d'un régime de responsabilité **(B)**.

A. L'accident médical sans faute: une responsabilité d'exception en droit algérien

Le régime de la responsabilité sans faute, est un palliatif utilisé depuis longtemps par le juge administratif quand l'administration cause un dommage sans avoir commis de faute. Dans ce cas, une responsabilité dite de plein droit peut être engagée. En matière médicale, elle est consacrée explicitement, en droit algérien, dans le cadre des études cliniques **(1)**. Elle est également retenue par la jurisprudence pour d'autres situations **(2).**

1. Les études cliniques : une exception légale introduite par la loi de santé

La responsabilité sans faute a été admise la première fois en 1895 alors que l'Algérie était encore une colonie française. En effet, dans le célèbre arrêt *Cames*[893], le Conseil d'Etat français a reconnu une responsabilité sans faute, sur le seul fondement du risque. En l'espèce, M. Cames, fut blessé lors de travaux exécutés dans le cadre du service public et le commissaire du gouvernement Jean-Romieu proposa de reconnaître la responsabilité de l'Etat compte tenu du risque résultant des travaux effectués dans le cadre du service public. Aujourd'hui, même si cette jurisprudence est désuète car la législation algérienne a repris le flambeau en créant des régimes spécifiques d'indemnisation[894], elle est toujours appliquée pour certaines situations. En effet, la responsabilité sans faute pour risque a été reprise pour les dommages causés indirectement par l'administration, du

[893] CE, 21 juin 1895, n°82490, Lebon. 509. (France).

[894] A titre d'exemple, nous pouvons citer: - Le décret exécutif n°81-55 du 28/3/1981 relatif à l'aide financière, au titre des dommages causés par le séisme du 10 octobre 1980, aux exploitations agricoles, artisanales, industrielles, commerciales et professionnelles dans les zones sinistrées, JORA n°13 du 31/3/1981. -Le décret exécutif n°99-47 du 13 février 1999 relatif à l'indemnisation des personnes physiques victimes de dommages corporels ou matériels subis par suite d'actes de terrorisme ou d'accidents survenus dans le cadre de la lutte anti-terroriste, ainsi qu'à leurs ayants-droit, JORA n°9 du 17/2/1999.

fait du recours à des engins, des produits, ou des méthodes dangereuses[895], du fait des actes administratifs légaux[896], lorsque les tiers sont victimes d'accidents de travaux publics[897], quand des personnes sont indirectement blessées par une opération de police[898], ou encore lorsque des actes terroristes sont commis[899].

Par ailleurs, l'Etat se comporte lui-même comme son propre assureur ; il estime que les individus souscrivent en quelque sorte à cette assurance en supportant des charges particulières au nom de l'intérêt général. Ce principe d'égalité devant les charges publiques est un principe à valeur universelle qui figure à l'article 82 de la Constitution algérienne. Il est basé sur un concept de solidarité en socialisant les risques. Dans ce cadre, il convient de rappeler que « *la responsabilité administrative a constitué pendant longtemps l'archétype du droit binaire, où autant les conditions d'engagement de la responsabilité des personnes publiques que les fondements médiats de cette responsabilité pouvaient être classifiés selon des distinctions duales. Or, l'évolution a montré la pertinence du questionnement doctrinal, apparu à l'aube du XXIe siècle, et relatif au maintien du caractère binaire du droit administratif, eu égard à la complexification du droit. Non seulement les classifications binaires des régimes de responsabilité s'avèrent insuffisantes à traduire les subtilités de la réalité jurisprudentielle, mais encore la rénovation des fondements de la responsabilité administrative par le recours à d'autres concepts que ceux de la période classique s'opère de manière silencieuse »*[900].Ces défis rendent difficile l'appréhension des fondements sur lesquels la responsabilité sans faute est établie.

En effet, notion incertaine en droit administratif, elle a déconcerté les commentateurs dès son émergence dans le paysage jurisprudentiel[901]. Depuis plus d'un siècle, les théoriciens du droit s'efforcent de définir les fondements théoriques de situations dans lesquelles, bien que l'État ne soit

[895] C. suprême, 9/7/1977, aff H.A c/ ministère de l'Intérieur cité par ATH MELOUYA, El hocine, *Cours en droit administratif- tome II -la responsabilité sans faute*, Dar el Khaldounia, 2007, p 47. (Ouvrage en Arabe).

[896] C. suprême, 3/12/1965, aff Hattab c/ l'ETAT cité par ATH MELOUYA, El hocine, *Cours en droit administratif- tome II -la responsabilité sans faute*, précité, p 98.

[897] C. cham. adm. Constantine, 2/3/1983, arrêt cité par Ezoubir, Salah Eddine, La responsabilité administrative pour risques et ses applications en matière de travaux publics », *Revue doctrine et droit*, n°4, 2013, p 7, (article en Arabe).

[898] C.E, 5/11/2002, cité par ATH MELOUYA, El hocine, *Cours en droit administratif- tome II -la responsabilité sans faute*, précité, p 43.

[899] C. cham. adm. Bejaia, 4/6/2000, n° 2000-405, ou encore C. cham. adm. Constantine, 21/11/2003, n° 2003-849 cités par Assoud, Yacine, « La responsabilité de l'Etat en matière d'indemnisation des victimes d'actes terroristes », *Revue droit de l'Homme et libertés publiques*, vol 7, n°1, 2022, p 360, (article en Arabe).

[900] DEGUERGUE, Maryse, « Regard sur les transformations de la responsabilité administrative », *Revue française d'administration publique*, vol. 147, n°3, 2013, pp. 575-587.

[901] DEGOFFE, Michel, « Chapitre II. La responsabilité sans faute», dans, *Droit administratif*. Ellipses, 2020, pp. 445-466.

coupable d'aucune faute et ne soit responsable d'aucun fait dommageable, des indemnités sont néanmoins accordées aux victimes par le juge administratif[902]. Notons, en ce sens, qu'« *à l'origine déjà, la distinction entre le risque – entendu comme danger – et l'égalité devant les charges publiques n'était pas des plus claires, car le risque est une charge publique et cette notion, d'origine privatiste, a bien été « publicisée » par le principe d'égalité* »[903]. Ainsi, la doctrine n'a jamais été unanime par rapport aux fondements de la responsabilité sans faute et les débats se sont focalisés plus sur l'anormalité du dommage subi par la victime[904].

En effet, pour qu'une responsabilité sans faute soit appliquée, le dommage subi doit être spécial, affecter des individus déterminés et présenter un caractère anormalement grave, dépassant les simples gênes quotidiennes ou occasionnelles inhérentes au fonctionnement du service. Le dommage corporel, de par sa nature souvent grave et directe, semble constituer le cadre idéal pour l'application de ce type de responsabilité. A titre illustratif, la chambre administrative de la Cour de Constantine a reconnu que la mort d'une infirmière pendant son service, causée par une inhalation de gaz, engage la responsabilité de l'État[905]. Cependant, il ne faut pas oublier que l'appréciation des dommages corporels est complexe notamment en termes de seuil de gravité, ce qui rend la distinction entre responsabilité pour faute et sans faute extrêmement difficile.

En droit algérien, il semblerait que ces questions soient aujourd'hui dépassées, du moins en matière médicale, puisque la nouvelle loi de santé 18-11 a tranché la question en créant un régime juridique de responsabilité sans faute dans un cadre très strict, celui des études cliniques, sans faire aucune référence à une notion de gravité ou d'anormalité du dommage. En effet, l'article 393 de ladite loi dispose que « *pour les études cliniques sans bénéfice individuel direct, le promoteur assume, dans tous les cas, même sans faute, l'indemnisation des conséquences dommageables de l'essai pour la personne qui s'y prête et celle de ses ayants droit* ». Cette disposition est originale, car elle consacre pour la première fois en droit algérien la responsabilité sans faute dans le cadre du service public hospitalier. Il ne s'agit pas d'une extension des régimes existants de responsabilité du

[902] CAMGUILHEM, Benoit, *Recherche sur les fondements de la responsabilité sans faute en droit administratif*, Thèse, droit public, Université Paris 2, 2012.

[903] BROYELLE, Camille, « Le risque en droit administratif « classique » (fin du XIX, milieu du XXème siècle) », *Revue de Droit Public*, n°6, 2008, pp 1513-1516.

[904] Certains ont défendu la théorie selon laquelle ce fondement repose sur l'égalité des charges publiques comme le défend le Doyen Duguit alors que d'autres estiment qu'il se confond avec la notion de risque comme le note le Professeur Chapus. Les partisans des systématisations sont également divisés; le Professeur Eisenmann défend un principe de corrélation entre les charges et les avantages et à l'inverse, le Professeur Paul Amselek semble se concentrer sur l'anormalité du dommage subi par la victime. CAMGUILHEM, Benoit, *Recherche sur les fondements de la responsabilité sans faute en droit administratif*, Thèse, précitée.

[905] C. ch. adm, Constantine, 17/4/1978, A.T c/ hôpital Collo, arrêt non publié cité par Younsi-Haddad, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité, p 25.

fait de méthodes dangereuses, et tout porte à croire que ce contentieux représente pour le législateur algérien un cas exceptionnel, ou du moins à part, n'entrant dans aucun des cas de figure possibles de la jurisprudence administrative détaillés précédemment. En effet, la solution est novatrice car il s'agit cette fois d'un usager du service qui « *se présente comme un acteur du progrès médical, voire comme un collaborateur du service public de la recherche biomédicale* »[906]. De plus, le législateur s'est montré particulièrement prudent en associant cette solution à deux conditions strictes: une thérapeutique expérimentale qui ne s'impose pas pour des raisons vitales, puisqu'il s'agit d'études cliniques sans bénéfice individuel direct et des conséquences dommageables liées à cette thérapeutique, sans précision quant au degré de gravité ou d'exceptionnalité des complications. En effet, la terminologie employée par le législateur algérien permet de confirmer qu'un tel régime tend à s'appliquer à toutes les conséquences des thérapeutiques expérimentales. Bien que cette solution n'ait pas encore été affirmée ou infirmée par la Haute juridiction, principalement en raison de l'absence de textes d'application la concernant, elle présente néanmoins l'avantage de distinguer clairement, en droit algérien, le régime de la responsabilité pour faute de celui de la responsabilité exceptionnelle sans faute. De plus, elle contribue à élargir le champ classique de cette dernière.

Rapproché au régime juridique adopté en France en matière d'essais cliniques, il nous semble que la démarche adoptée par législateur algérien présente une nette différence. En effet, selon la directive européenne 2001/20/CE, ces essais ne peuvent être entrepris dans les États membres que si la législation de ces derniers contient des dispositions relatives à l'assurance ou à l'indemnité couvrant la responsabilité de l'investigateur et du promoteur. La directive de l'Union Européenne concerne fondamentalement deux aspects. Le premier est la nécessité, pour protéger les participants à un essai clinique, de garantir que le promoteur ou le médecin-investigateur possède la capacité financière de couvrir les dommages occasionnés lorsque sa responsabilité pour faute est engagée. Le deuxième aspect est que les commissions d'éthique doivent aussi tenir compte des dispositions concernant la réparation ou l'indemnisation en cas de dommages ou de décès imputables à un essai clinique. La législation française fait exception en prévoyant, uniquement, une responsabilité pour faute, mais elle l'assortit conformément aux dispositions de l'article L1121-10 du code de la santé publique français à la fois d'une présomption légale de responsabilité de la part du promoteur et d'un système étatique subsidiaire d'indemnisation sans faute[907].

Par ailleurs, il nous semble hors de propos de comparer la solution dégagée par la loi de santé algérienne avec le régime de responsabilité sans faute du service public hospitalier consacré

[906] De Lajartre, Arnaud, « La Responsabilité hospitalière relative aux "premières" médicales: jurisprudence Gomez et loi Huriet », *L'Actualité juridique. Droit administratif,* n° 7-8, 1997, pp 562-569.

[907] FAURAN, Blandine, « Information, transparence et responsabilités dans les essais cliniques », dans, *Essais cliniques, quels risques ?*sous la direction de Laude Anne, Tabuteau Didier. Presses Universitaires de France, 2007, pp. 169-180.

en France, car les deux régimes ne sont pas du tout comparables. Tout d'abord, le contexte est fondamentalement différent. La recherche biomédicale, telle que définie, consiste en « *des études sur l'être humain en vue de développer les connaissances épidémiologiques, diagnostiques, biologiques et thérapeutiques et d'améliorer les pratiques médicales*»[908]. En Algérie, cette recherche repose non seulement sur une expérimentation préclinique suffisante, mais aussi sur un cadre juridique spécifique qui exige la participation active d'une personne participant à la recherche, d'un promoteur, d'un médecin investigateur et de comités d'éthique habilités à donner un avis sur la recherche menée. Cette structure complexe souligne la divergence du contexte de la recherche comparé à celui des soins. Ensuite, la nature de l'acte médical pratiqué est un autre point de discordance. Le législateur français n'a pris en compte pour admettre la responsabilité sans faute d'un établissement de santé, que l'acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade. En contraste, la législation algérienne en matière d'études cliniques ne se limite pas à ces actes médicaux, embrassant une gamme plus large d'interventions. De plus, ce dernier a toujours retenu un risque particulier en matière de responsabilité sans faute, ce qui diffère nettement de l'approche algérienne adoptée dans ce cas de figure. En réalité, la solution mise en place par le législateur algérien nous semble se rapprocher considérablement de la jurisprudence *Gomez*[909] sur plusieurs aspects. En effet, dans cet arrêt très remarqué, le juge français avait, certes, retenu des complications exceptionnelles et anormalement graves pour engager une responsabilité sans faute de l'établissement de santé mais la thérapeutique devait être nouvelle et ses conséquences pas encore entièrement connues. Elle ne devait pas également s'imposer pour des raisons vitales. A son tour, la jurisprudence *Gomez*, bien que reprise des années plus tard par les juges du fond n'a jamais eu l'occasion d'être appliquée ou infirmée par la Haute juridiction administrative française[910].

La consécration de la responsabilité sans faute en matière d'études cliniques constitue une avancée législative importante. Il faut souhaiter que cette initiative ne se limite pas à l'avenir uniquement à ce domaine mais qu'elle serve également de catalyseur pour sensibiliser le législateur algérien à la nécessité d'indemniser l'aléa thérapeutique qui demeure depuis trop longtemps en suspens en droit algérien.

---

[908] Conformément à l'article 377 de la nouvelle loi de santé 18-11 précitée.

[909] CAA, Lyon, 21 décembre 1990, Cts Gomez, req, n° 89LY01742, Lebon. 498 ; AJDA 1991. 167 ; AJDA 1991. 126, chron. J-P. Jouguelet et F. Loloum ; D. 1991. Somm. 292, obs. P. Bon et P. Terneyre ; JCP 1991. II. 21698, note J. Moreau. (France).

[910] TA, Amiens, 18 novembre 1994, n°911492, H.B.et autres c/ Ch de Montdidier ; TA, Toulouse, 16 novembre 1995, Cts D. c/ CHU de Montauban, Les Petites Affiches, n°70, 1996. 11, note N. Albert : « Les complications qu'elle a entraînées, qui n'étaient pas connues et décrites dans la littérature chirurgicale à l'époque de l'intervention, constituent un risque exceptionnel ». (France).

2. Les exceptions par détermination de la jurisprudence

Le principe de responsabilité pour faute connaît quelques exceptions prétoriennes qui s'appliquent essentiellement aux infections nosocomiales et aux dommages causés par des produits de santé.

Concernant les infections nosocomiales, le juge administratif français avait établi dès 1960, époque où sa jurisprudence s'appliquait encore en Algérie, un régime de responsabilité pour faute présumée. Cela a été illustré dans l'affaire *Savelli*[911], où un dysfonctionnement flagrant avait révélé une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier. Dans cette affaire spécifique, le Conseil d'État avait jugé que la survenue d'une maladie infectieuse indiquait une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier, à qui il incombe de fournir au personnel médical du matériel et des produits stériles.

Les recherches que nous avons menées, ne nous permettent pas d'affirmer de manière concluante que cette jurisprudence a été largement reprise après l'indépendance. Toutefois, nous avons identifié un arrêt intéressant, où Conseil d'État algérien a eu à se prononcer, en 2003, sur un dommage causé par une infection nosocomiale[912]. En l'espèce, l'appelant présentait une fracture du le fémur, nécessitant une opération chirurgicale qui avait eu lieu dans l'hôpital de Bejaia le 31 octobre 1995, lors de laquelle un dispositif médical d'ostéosynthèse a été posé. Quarante-huit heures après l'opération, une infection résistante aux antibiotiques avait été constatée, causée par ce dispositif. Cette infection qui avait nécessité le retrait de la plaque, source du problème, s'était également propagée au fémur, entraînant la nécessité de plusieurs autres opérations d'implantation osseuse dans divers établissements de santé. L'expertise judiciaire avait révélé que les complications subies par l'appelant étaient directement liées à l'infection du fémur causée par la première opération. Le Conseil d'Etat avait alors motivé sa décision de manière très intéressante en considérant *« qu'il incombe à l'hôpital de fournir au personnel médical un matériel et des produits stérile, il a failli à son obligation de prendre les dispositions suffisantes à la préservation de la sécurité du patient mis sous sa responsabilité et contribué à l'existence du préjudice subi, ce qui relève d'une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier* ». Bien que ce jugement fasse mention d'une faute et sans vouloir lancer le débat sur la présence de la faute dans la responsabilité sans faute[913], ni revenir sur les incohérences de certaines décisions du juge algérien

[911] CE, 18 novembre 1960, Savelli. (France).

[912] C.E, arrêt du 11/3/2003,M.K c/hôpital de Bejaia, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 79.

[913]La responsabilité administrative sans faute est un système judiciaire qui n'exclut pas l'existence de la faute, mais exempte la victime d'apporter sa preuve. Cela présente l'avantage de ne pas stigmatiser le comportement de l'administration. CAMGUILHEM, Benoit, *Recherche sur les fondements de la responsabilité sans faute en droit administratif*, Thèse, précité.

précédemment citées, nous rejoignons l'avis de plusieurs chercheurs algériens[914] pour dire que c'est bien une véritable responsabilité sans faute du service public hospitalier qu'a dégagé le juge administratif algérien dans la mesure où il a fait peser sur l'hôpital une obligation de sécurité et de résultat en matière d'hygiène hospitalière dont il n'est possible de s'exonérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère. Le Conseil d'Etat algérien n'a pas fait jouer une présomption de faute pour retenir la responsabilité de l'hôpital étant donné que la preuve de la cause étrangère était quasi impossible dans ce cas[915]. Cette jurisprudence a été suivie également par un juge du fond comme l'illustre l'arrêt pris par la Cour d'Oran le 3 décembre 2005[916].

Une telle position n'est pas sans rappeler celle observée par la Haute juridiction civile française[917].Il faut préciser dans ce cadre que le régime d'indemnisation des infections nosocomiales en France a longtemps été marqué par des divergences entre les deux ordres de juridiction. Alors que le Conseil d'Etat retenait le régime de la faute présumée[918], la Cour de Cassation avait d'abord adopté un régime de présomption de faute, notamment dans les salles d'opération[919]et d'accouchement[920] pour l'abandonner ensuite et faire peser sur les cliniques privées et les praticiens y exerçant une obligation de sécurité et de résultat, dont il n'était possible de s'exonérer qu'en prouvant une cause étrangère. Cette jurisprudence a même été étendue au praticien libéral exerçant en cabinet de ville. Il a fallu attendre la loi du 4 mars 2002 qui a instauré un régime d'indemnisation des infections nosocomiales pour voir le Conseil d'Etat abandonner le régime de la

---

[914] BELBACHIR, Mohamed-Amine et BOUDALI, Mohamed, « Les infections nosocomiales en droit Algérien », *Revue de droit de l'Université de Sidi Belabes*, (article en Arabe), sur www.univ.rdoc.dz.sba, consulté le 12/10/2022. Voir aussi à ce sujet KAB, Djelloul*, La responsabilité médicale en matière d'infections nosocomiales : le devenir du droit algérien au regard du droit français*, Thèse, droit privé, Université Paris-Panthéon-Assas, 2022.

[915] Le régime de responsabilité pour faute présumée ne doit pas être confondu avec la responsabilité sans faute. En effet si la charge de la preuve est la même pour la victime, dans les deux cas il lui appartient de démontrer un préjudice et le lien de causalité entre le préjudice et le fait générateur de celui-ci ; en revanche, pour le défendeur, les possibilités d'exonération diffèrent. En cas de responsabilité pour faute présumée, ce dernier peut apporter la preuve qu'il n'a pas commis de faute ou qu'il y a une cause étrangère au dommage ; en matière de responsabilité sans faute, la responsabilité est dite de plein droit, dès lors il est quasiment impossible de s'en exonérer. KAB, Djelloul*, La responsabilité médicale en matière d'infections nosocomiales : le devenir du droit algérien au regard du droit français*, Thèse, précitée.

[916] C. ch. adm. Oran du 3/12/2005, n° 539, L.F et consorts c/ CHU Oran, arrêt non publié cité par Kachnaoui, Nacéra, « Les mécanismes d'indemnisation des victimes des infections nosocomiales», *El Mostabel pour Etudes Juridiques et Politiques*, Vol 4, n°2, 2020, pp 161-180, (article en Arabe).

[917]Cass. 1ère civ., 29 juin 1999 (3 espèces), n° 97-14.254; n° 97-15.818; n° 97-21.903 arrêts dits « staphylocoques dorés ». (France).

[918] CE, 9 décembre 1988, Cohen, n° 65087. (France).

[919] Cass. 1ère civ, 21 mai 1996, n° 94-16.586. (France).

[920] Cass. 1ère civ, 16 juin 1998, n° 97-18.481. (France).

faute présumée comme le montre la lecture de ses nouvelles décisions[921]. Rappelons en ce sens que l'article L. 1142-1 I, alinéa 2, du code de la santé publique issu de cette loi prévoit qu'en cas d'infection nosocomiale l'établissement de santé est responsable de plein droit sauf s'il rapporte la preuve d'une cause étrangère. Dans ce dernier cas, la solidarité prend le relais, via l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, sous réserve du seuil de gravité et de la condition d'anormalité du dommage comme nous aurons à le démontrer plus bas dans nos développements.

La nouvelle loi de santé algérienne a fait peser sur les établissements de santé une obligation de sécurité en termes d'hygiène hospitalière. L'article 118 dispose, en ce sens, que « *les structures et les établissements de santé publics et privés doivent veiller, en leur sein, au respect des normes d'hygiène hospitalière et des normes d'élimination des déchets des activités de soins à risque infectieux, afin de prévenir les affections y afférentes* ». Pour autant, cette loi n'a pas défini un régime de responsabilité spécifique pour les infections nosocomiales, laissant au juge le soin d'appliquer ce qu'il a créé comme solution au plus près des besoins des patients qui, sans indemnisation, auraient heurté des valeurs de justice.

Tout comme les infections nosocomiales, le défaut des produits de santé soulève la question de la responsabilité sans faute des établissements publics de santé. En Algérie, le dispositif médical et le produit pharmaceutique constituent les deux principales catégories de ces produits, tel que le dispose la loi de santé 18-11[922]. Ces derniers recouvrent un champ extrêmement vaste, ce qui explique la difficulté de la législation à en proposer une définition synthétique[923]. Certains produits comportent des risques sérieux pour la santé des patients alors que d'autres en comportent des risques minimes ou sont exempts de tout risque.

En Algérie, deux incidents majeurs ont mis en lumière les insuffisances de contrôle des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux avant leur mise sur le marché et leur utilisation. Le premier est le scandale sanitaire du vaccin anti-rougeole, qui a causé, en 2001, le décès de sept nourrissons et l'hospitalisation de dizaines d'autres après leur vaccination dans un centre de santé du hameau de Oued el Abtal, près de Mascara situé à 360 km à l'ouest d'Alger[924]. Le

[921] Voir, par exemple, CE, 10 octobre 2011, CHU d'Angers, n° 328500. (France).

[922] Conformément aux articles 207 et 212 de la loi de santé 18-11, précitée.

[923] La définition détaillée et complexe présente dans les divers articles du chapitre 2 du titre V de la loi de santé n°18-11 précitée reflète la vaste étendue du sujet.

[924] C. Mascara, Tribunal criminel du 22/03/2003, arrêt non publié cité par Azizi, Abed el Kader, «L'obligation de sécurité des produits médicaux à l'ère du progrès médical», *Revue de l'enseignant chercheur pour les études juridiques et politiques*, vol 3, n°1, 2018, pp 785-798, (article en Arabe).

second concerne l'affaire du médicament « Héparine »[925]. Pour remédier à cette situation, le législateur algérien a entouré l'enregistrement, l'homologation et le contrôle des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine de protections particulières, aussi bien dans la nouvelle loi de la santé que dans l'ancienne[926]. Il est important de rappeler qu'en Algérie, jusqu'en 2005, la protection des victimes face aux produits défectueux entraînait une sanction pénale. Ainsi, dans l'affaire dite « cachir périmé »[927], le verdict sévère, incluant la peine capitale[928], a suscité une vive controverse, et participer à la mise en place, en droit algérien, d'une responsabilité civile du fait des produits défectueux formalisée par la promulgation de la loi n°05-10, modifiant et complétant le Code civil[929]. Toutefois, bien que cette loi clarifie la question de la responsabilité des fabricants en ce qui concerne les dommages causés par leurs produits[930], elle ne traite pas explicitement de la responsabilité des utilisateurs de ces produits, tels que les établissements de santé. Cette omission soulève incontestablement des problématiques juridiques[931]. En effet, les utilisateurs de dispositifs pharmaceutiques et médicaux sont bien souvent les seuls à avoir été en contact direct avec le patient victime du dommage, qui pourra alors spontanément se tourner vers eux pour demander réparation. Si la nouvelle loi de santé en Algérie a marqué un pas en avant en imposant à l'État l'obligation de veiller au respect des exigences d'efficacité, de sécurité et de qualité dans la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et la dispensation des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux[932], elle n'a pas, contrairement à la législation française, établi une responsabilité sans faute pour les professionnels

[925] C. Suprême, affaire n°306423 du 24/6/2003, M.K.F c/Ch…et parquet général prés de la Cour d'appel de Tlemcen, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 47.

[926] L'article 230 de la loi de santé dispose que : « *Tout produit pharmaceutique et dispositif médical prêt à l'emploi fabriqué industriellement, importé ou exporté doit faire l'objet, avant sa mise sur le marché, d'une décision d'enregistrement ou d'homologation délivrée par l'agence nationale des produits pharmaceutiques prévue à l'article 223 ci-dessus, après avis des commissions d'enregistrement et d'homologation créées auprès de cette agence* ».

[927] Le cachir est un saucisson traditionnel algérien préparé principalement à base de bœuf.

[928] C. Sétif, Tribunal criminel du 29/10/1999, affaire n°13-99, arrêt non publié cité par Djrifili, Mohamed, «L'obligation de sécurité, principe garantissant le droit à l'indemnisation», *Revue El Hakika,* vol 15, n°4, 2016, pp 134-150, (article en Arabe).

[929]Loi n° 05-10 du 20 juin 2005 modifiant et complétant l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, précitée.

[930] Conformément à l'article 140 bis de la loi n° 05-10, précitée qui dispose que: « *le producteur est responsable des dommages du fait du vice du produit, même en l'absence de toute relation contractuelle avec la victime* ».

[931] SARI, Nawel, « La protection des consommateurs en droit algérien », *Revue de droit public algérien et comparé*, vol 2, n°01, 2016, pp 30-53.

[932] Conformément à l'article 205 de la loi de santé 18-11 précité.

et les établissements publics de santé en cas de dommages causés par le défaut de ces produits[933]. Pour rappel, le juge judiciaire français s'est récemment écarté de cette approche en essayant d'interpréter la loi interne à la lumière du droit de l'Union européenne[934].

Cette absence de normes spécifiques ne signifie pas que le juge administratif algérien est resté désarmé face aux dommages causés par les produits défectueux utilisés dans les établissements de santé. L'article 3 de la loi 09-03 relative à la protection du consommateur et à la répression des fraudes[935] lui donne la possibilité par une interprétation extensive d'engager la responsabilité objective du service public hospitalier[936]. En effet, cet article définit le produit comme étant « *tout bien ou service susceptible de faire l'objet d'une cession à titre onéreux ou gratuit* », sachant que les dispositions de la présente loi s'appliquent à tout intervenant et à tous les stades du processus de mise à la consommation. L'établissement public de santé, en tant qu'utilisateur professionnel de produit, rentre dans la catégorie de ces intervenants. Aussi, la loi n°09-03 consacre une obligation de sécurité à la charge des professionnels consistant à ne mettre à la consommation que des produits, des biens, ou des services, satisfaisant à l'attente légitime des consommateurs[937]. Elle comporte également l'obligation d'offrir des produits qui ne doivent pas menacer la santé, la sécurité ou les intérêts du consommateur, et ce aussi bien dans des conditions normales que dans d'autres conditions raisonnablement prévisibles. L'on remarque que la notion du contrat n'est nullement mentionnée par le texte et que l'obligation de sécurité incombe à tous les intervenants qu'il ait ou non contracté avec les consommateurs.

Pourtant, il serait souhaitable que le législateur algérien intervienne par une disposition législative spécifique dans le but de reconnaître la responsabilité de plein droit des établissements publics de santé et de protéger les patients contre les dommages causés par des produits défectueux utilisés au sein de ces établissements. Toutefois, il peu probable de le voir reprendre la solution consacrée par son homologue français, dans la mesure où elle se trouve fortement marquée par l'empreinte du droit européen[938], auquel le législateur algérien est rétif. De plus, elle oppose

[933] Conformément à l'article L. 1142-1 du CSP français.

[934] La première chambre civile de la Cour de cassation l'a rappelé récemment dans un arrêt en date du 26 février 2020, Cass. 1ère civ, 26 février 2020, n° 18-26.256. (France).

[935] La loi n°09-03 du 25 Février 2009 relative à la protection du consommateur et à la répression des fraudes, J.O n°15 du 08/03/2009.

[936] C.E, 11/4/2010, arrêt non publié cité par Mokhtar Rahmani, Mohamed, « La responsabilité du fait des produits défectueux à la lumière de l'article 140 bis du Code civil, et la loi n°09-03 relative à la protection du consommateur et à la répression des fraudes», Revue algérienne du droit et de la justice, vol 6, n°1, 2020, pp 23-42, (article en Arabe).

[937] Conformément aux articles 9 et 10 de la loi n°09-03 du 25 Février 2009, sus citée.

[938] Le régime de responsabilité du fait des produits défectueux en France est fortement corrélé à celui issu de la directive européenne du 25 juillet 1985, transposée dans le Code civil aux articles 1245-1 et suivants (ex. 1386-1 et s.).

également les deux ordres juridictionnels en France créant une inégalité entre les victimes[939].

B. L'aléa : de la notion de risque à celle de conséquences dommageables

L'accident médical peut survenir à tout moment, car la médecine est une activité qui n'est pas dépourvue de risque. Effectivement, il existe des accidents, dont la réalisation résulte d'un risque incontrôlable et inhérent à l'acte médical lui-même, identifié en tant qu'aléas thérapeutiques. Cette notion, consacrée dans le droit français sous le vocable accident médical non fautif, est inconnue dans la législation algérienne et les dommages qui en résultent ne sont pas pris en charge par un dispositif d'indemnisation spécifique. Il est néanmoins intéressant de rendre compte, dans les grandes lignes, des prémices de ce domaine en droit algérien qui connait un regain d'intérêt depuis les dernières réformes de la justice **(1).** En ce sens, et à supposer que le législateur algérien veuille consacrer un nouveau régime spécial en matière d'aléa thérapeutique, l'exemple français qu'il convient d'examiner présente un intérêt indéniable **(2).**

1. Les prémices d'une solidarité nationale en droit algérien

La première révision du Code civil algérien est intervenue très tardivement à la suite des réformes de la justice décidée par les pouvoirs publics. Il a fallu attendre la loi n° 05- 10 du 20 juin 2005 pour que soit mis un terme à une inertie législative de près de trente ans. Le législateur est alors intervenu pour y abroger certains articles[940] et apporter à d'autres des corrections de forme afin d'en lever les éventuelles équivoques. De plus, il a intégré dans le *corpus* législatif algérien la responsabilité du producteur[941], comme nous l'avons précédemment examiné, ainsi qu'une disposition établissant un principe général d'indemnisation des dommages corporels. Les termes de cette indemnisation se lisent comme suit: « *A défaut de responsable des dommages corporels et si la victime n'en n'est pas la cause, l'Etat prend en charge la réparation de ces dommages* »[942]. Le professeur Ali Filali soutient que l'introduction de la responsabilité du producteur, qui s'ajoute à celle du gardien ou du fabricant, s'inscrit dans l'évolution générale du système de la responsabilité

Une des caractéristiques de cette directive est d'être à la fois impérative et exclusive. Ainsi, « le régime mis en place par la directive exclut l'application d'autres régimes de responsabilité, dès lors que ceux-ci reposent sur un fondement identique, à savoir le défaut de sécurité. Cocteau-Senn, Delphine, « La responsabilité du fait des produits défectueux », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, vol 38, n°3, 2023, pp. 75-80.

[939] VERON, Paul, « Esprit de la loi Kouchner, es-tu (encore) là ? À propos de la responsabilité sans faute des établissements et professionnels en matière de défaut d'un produit de santé », *Revue générale de droit médical*, n°82, 2022, pp 147-160.

[940]Notamment l'alinéa deux de l'article 125 ainsi que les articles 135, 136 et 137de la loi n°05-10, précitée.

[941] Article 140 bis de la loi n°05-10 précité.

[942] Article 140 ter de la loi n°05-10 précité.

civile. Toutefois, il considère que l'obligation imposée à l'État de réparer les dommages corporels, pour lesquels il n'y a pas de responsable, représente non seulement une approche novatrice mais aussi, à première vue, antinomique[943]. En effet, le législateur a franchi un pas décisif dans la rupture entre l'indemnisation et la responsabilité en consacrant le principe de la garantie de la réparation du dommage corporel par l'Etat, en tant que solution dérogatoire aux principes généraux de la responsabilité civile. Ceci est d'autant plus vrai qu'au regard de l'ordre chronologique d'énonciation, l'article 140 ter, qui a institué cette indemnisation, figure parmi les dispositions du chapitre III, « De l'acte dommageable », du titre I, « Des sources de l'obligation », et du livre II, « Des obligations et des contrats ». Ainsi, le législateur semble clairement s'écarter de la responsabilité-sanction pour privilégier celui de la réparation en répartissant les charges financières d'indemnisation sur les membres de la collectivité. Ce système résulte d'une pénétration de l'idée de solidarité nationale dans la responsabilité publique. Il « *repose sur l'idée de solidarité et sur le principe d'égalité*[944] », l'Etat n'étant tenu d'intervenir qu'à titre subsidiaire, en cas d'échec dans la mise en œuvre de la responsabilité civile.

L'insertion de cette nouvelle disposition dans le Code civil algérien n'est pas fortuite. Elle révèle la volonté du législateur algérien d'énoncer une règle générale et de synthèse, applicable dans tous les cas de figure, notamment dans le cas d'absence de textes particuliers. Il importe de souligner dans ce cadre, que l'indemnisation systématique du dommage corporel obéît en droit algérien à une multitude de textes dérogatoires au droit commun de la responsabilité civile[945]. Ces textes comportent des règles distinctes, avec des droits inégaux pour les victimes au point où il n'est pas hasardeux d'affirmer aujourd'hui que le nombre de victimes de ces régimes particuliers égale et dépasse même parfois celui relevant du droit commun[946]. Aussi, il nous semble que c'est dans la perspective de mettre fin à ces hésitations législatives et doctrinales que l'article 140 ter a été

[943] FILLALI, Ali, «L'indemnisation du dommage corporel à la lumière de l'article 140 Ter du Code Civil: La consécration d'un système d'indemnisation exclusif de la responsabilité Civile », *Revue algérienne des sciences politiques et juridiques*, vol 45, n°1, 2008, pp 97-125.

[944] KNETSCH, Jonas, « La solidarité nationale, genèse et signification d'une notion juridique », *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, 2014, pp. 32-43.

[945] A titre illustratif, nous pouvons citer: La loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, JORA n°28 du 5/7/1983. -La Loi n° 88-31 du 19 juillet 1988 modifiant et complétant l'ordonnance n°74-15 du 30 janvier 1974 relative à l'obligation d'assurance des véhicules automobiles et au régime d'indemnisation des dommages, JORA n°29 du 20/7/1988. -La loi n° 90-20 du 15 août 1990 relative à l'indemnisation consécutive à loi d'amnistie n°90-19 du 15 août 1990, JORA n°35 du 15/8/1990. -Le Décret exécutif n°99-47 du 13 février 1999 relatif à l'indemnisation des personnes physiques victimes de dommages corporels ou matériels subis par suite d'actes de terrorisme ou d'accidents survenus dans le cadre de la lutte anti-terroriste, ainsi qu'à leurs ayants-droit, précité. -Le décret présidentiel n°02-125 du 07 avril 2002 fixant les droits des victimes des évènements ayant accompagné le parachèvement de l'identité nationale, JORA n°25 du 14/4/2002.

[946] FILLALI, Ali, «L'indemnisation du dommage corporel à la lumière de l'article 140 Ter du Code Civil: La consécration d'un système d'indemnisation exclusif de la responsabilité Civile », précité, p 99.

institué.

Par ailleurs, le professeur Mostapha Karadji estime, à juste titre d'ailleurs, que « *lorsque le législateur prend en charge la réparation du dommage par une compensation au titre de la solidarité nationale, il ne fait en vérité qu'expurger le dommage causé de toute faute d'une part, d'autre part, cette compensation ne peut être que forfaitaire. Cependant, si cette solidarité est un mécanisme qui permet d'indemniser des catégories de victimes et non pas l'individu-victime, elle ne peut être décidée par le juge. Il appartient au législateur de l'instituer à travers les fonds d'indemnisation»*[947]. Or, il est de pratique constante que le législateur algérien ne recourt à la création de fonds spéciaux pour couvrir l'indemnisation des dommages que si leur dimension dépasse le cadre des solutions individuelles, tel que fut le cas pour les dommages causés par les accidents de circulation[948], les calamités agricoles[949] ou les actes terroristes[950].

Bien que l'aléa thérapeutique soit le terrain privilégié pour la solidarité nationale dans la mesure où la gravité du préjudice est l'élément fondamental de sa définition[951], le législateur algérien n'a pas saisi l'occasion de la promulgation de la nouvelle loi de santé pour consacrer cette indemnisation de l'aléa thérapeutique. Certains auteurs avancent que les raisons de ce silence sont un choix volontaire de la part du législateur algérien pour ne pas grever le budget de l'Etat d'une charge financière qui risque d'être assez lourde[952], car une telle indemnisation ne peut naître que dans un contexte économique et budgétaire favorable comme le précisait le Doyen Maurice Hauriou à propos des cas de responsabilité sans faute de l'Etat français[953]. Il nous semble que ce choix tient

---

[947] KARADJI, Mostapha, « Le juge administratif et la faute médicale », *Revue critique de droit et de sciences politiques*, vol 3, n°2, 2008, p139.

[948] L'article 4 du décret n° 04-103 du 5 avril 2004 portant création et fixant les statuts du fonds de garantie automobile, JORA n° 21 du 7 avril 2004, dispose que :« *Le fonds a pour mission de supporter tout ou partie des indemnités allouées aux victimes d'accidents corporels ou à leurs ayants droit, causés par les véhicules terrestres à moteur et dans le cas où le responsable des dommages demeure inconnu ou se trouve, au moment de l'accident, déchu de la garantie ou insuffisamment couvert ou non assuré et se révèle totalement ou partiellement insolvable* ».

[949] L'article 4 du décret exécutif n° 90-158 du 26 mai 1990 portant organisation et fonctionnement du fonds de garantie contre les calamités agricoles, JORA n° 22 du 30 mai 1990 dispose que: «*…sont considérés comme calamités agricoles, les dommages non assurables, d'importance exceptionnelle, dus à un phénomène naturel contre lequel les moyens techniques habituels de prévention et de lutte se sont révélés insuffisants ou inopérants* ».

[950] L'article 145-5 du décret législatif n° 93-18 du 29 décembre 1993 portant loi de finances pour 1994, JORA n°88 du 30 décembre 1993 dispose que : « *il est institué un fonds d'indemnisation de victimes d'actes de terrorisme, destiné à prendre en charge les pensions et capital d'indemnisation, ainsi que les dommages corporels et matériels consécutifs aux actes de terrorisme* ».

[951] CRISTOL, Danièle, « Définition de l'aléa thérapeutique », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n°06, p. 1154.

[952] KARADJI, Mostapha, « Le juge administratif et la faute médicale », précité, p 141.

[953] Le doyen Maurice Hauriou précisait dans ce cadre que : « *toute extension des principes sur lesquels repose la responsabilité de l'Etat doit être surveillée avec soin. L'application des principes anciens, acceptés de tous, entraîne déjà des conséquences budgétaires telles qu'il convient d'y regarder à deux fois avant d'admettre un principe nouveau*

à une question organisationnelle. Il faut rappeler dans ce cadre que, en France, l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, dénommé également « accident médical non fautif » est gérée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux. Cet établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministère de la Solidarité et de la Santé, est financé principalement par une dotation de l'assurance maladie. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par loi de financement de la sécurité sociale[954], institution rattachée elle-même au ministère de la Santé, et ce jusqu'au mois de mai 2022, date de la division de ce département ministériel en deux entités différentes. Or, en Algérie, les organismes de la sécurité sociale ont toujours été rattachés au ministère du Travail[955]. Il est difficile dans ces conditions, d'organiser la gestion d'un établissement placé sous la tutelle d'un département ministériel et financé par un autre; les problèmes rencontrés en matière de financement des établissements publics de santé moyennant une dotation forfaitaire accordée par les organismes de la sécurité sociale en sont le meilleur exemple[956]. Par ailleurs d'autres problématiques juridiques, que nous aurons à détailler plus amplement dans notre deuxième partie, entravent la mise en place d'un fond d'indemnisation, matrice du financement de l'aléa thérapeutique.

2. Les applications de la notion d'aléa thérapeutique en droit français

La législation française s'est attachée à dénommer l'aléa thérapeutique indemnisable sous le vocable d'accident médical non fautif. Ce type d'accident peut survenir lors d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Cependant, la loi du 4 mars 2002 n'a pas n'a pas défini explicitement les actes de soins qui seraient éligibles à une réparation financée par la solidarité nationale. En pratique, c'est l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux qui en a adopté une définition restrictive, se limitant aux interventions thérapeutiques[957]. Cette interprétation contrastait avec les recommandations de la commission nationale des accidents médicaux, qui favorisait une approche plus large incluant la chirurgie esthétique dans le champ de la solidarité nationale. La loi de

---

dont la puissance d'expansion est encore inconnue ». COSSALTER, Philippe, « Notes d'arrêt Maurice Hauriou », *Revue générale du droit* on line, 2016, sur www.revuegeneraledudroit.eu /?p=30096, consulté le 2/2/2022.

[954] En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique français.

[955] Conformément à l'ordonnance n° 74-8 du 30 Janvier 1974 relative à la tutelle des organismes de sécurité sociale, JORA n°11 du 5/2/1974. Par ailleurs, les seuls périodes où les deux départements ministériels (santé et travail) ont été fusionnés sont très coutres ; la première remonte du 20 Juin 1965 au 10 Juillet 1965 sous le gouvernement Boumediene I et la seconde du 22 Février 1992 au 19 Juillet 1992 sous le gouvernement Ghozali II, soit une période de 6 mois depuis l'indépendance de l'Algérie.

[956] BOULAHRIK, Mohand, «Financement du système de santé Algérien », *Revue des sciences économiques de gestion et de commerce*, vol 20, n°1, 2016, pp 9-32. Voir également HABOUR, Ali-Sayeh, « Les dépenses de santé en Algérie et les enjeux de leur financement», précité.

[957] DESSALES, Thomas, *Le règlement amiable des accidents médicaux de 2002 à aujourd'hui : un système à la recherche de nouveaux équilibres*», Thèse, droit privé, Université de Lorraine, 2021.

Financement de la Sécurité sociale de 2015[958] a clarifié cette divergence en précisant que la compétence principale de l'office s'étend aux actes à finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructive, incluant les phases préparatoires et de suivi. Ainsi, en matière de chirurgie esthétique, seules les interventions réparatrices sont éligibles à une indemnisation par l'office. De plus, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé a étendu la couverture de l'ONIAM aux actes à finalité contraceptive ou abortive[959].

Par ailleurs, l'office a toujours exclu l'accouchement par voie basse de son champ de compétence en considérant que, en l'absence de manœuvres obstétricales, l'accouchement ne peut être considéré comme un acte de soins, mais plutôt comme un processus naturel. Ainsi, les risques inhérents à l'accouchement naturel, ou plutôt l'aléa de la gestation ou de la naissance, ne sont pas considérés comme des accidents médicaux non fautifs éligibles à une prise en charge par la solidarité nationale, malgré les conséquences dramatiques qui peuvent en découler. Toutefois, bien que les juridictions des deux ordres aient adopté cette position[960], les juges maintiennent que la qualification d'acte de soins doit être appliquée lorsque des manœuvres obstétricales sont effectuées[961].

Une fois qu'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins a été reconnu comme tel, il est nécessaire de constater le lien de causalité entre cet acte et le dommage subi. La condition de l'imputabilité est remplie lorsque le dommage causé par l'acte est distinct de l'atteinte initiale ou résulte de son aggravation[962]. De plus, cet acte médical doit être exempt de faute. Conformément à l'article L.1142-1 du code de la santé publique, l'indemnisation d'un accident médical non fautif ne peut être demandée au titre de la solidarité nationale que si la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement de soins n'est pas engagée. La loi du 4 mars 2002 a prévu cette indemnisation comme un mécanisme subsidiaire destiné à réparer les dommages graves ne découlant pas d'une faute. Cependant, il existe des circonstances où cette affirmation doit être nuancée. C'est le cas lorsque la situation finale du patient est à la fois due à une faute du praticien et à un accident médical non fautif, une situation spécifiquement traitée par l'article L.1142-18 du code de la santé publique disposant que: «*Lorsque la commission estime qu'un accident médical*

[958] Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, JORF n°0297 du 24 décembre 2014.

[959] Par la modification de l'article L. 1142-3-1 du code de la santé publique.

[960] CE, 27 juin 2016, n° 386165 ; Cass. 1ère civ., 23 janvier 2019, n° 18-10.706. (France).

[961] Cass., Civ 1ère, 19 juin 2019 n° 18-20.883 ; CE, 27 juin 2016, n° 386165 ; CAA Bordeaux, 13 décembre 2016, n° 15BX00009. (France).

[962] Cass. 1ère civ, 14 novembre 2018, n° 17-18.687; Cass. 1ère civ, 11 décembre 2019, n° 18-24.383. (France).

n'est que pour partie la conséquence d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins engageant la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé, elle détermine la part de préjudice imputable à la responsabilité et celle relevant d'une indemnisation au titre de l'office ». Dans cette optique, la faute initiale entraîne une indemnisation totale du préjudice, tandis que l'accident médical non fautif suivi d'une faute entraîne un partage de la réparation en fonction de la contribution causale des deux événements. Aussi, un complément d'indemnisation par la solidarité nationale a été accordé dans un premier temps en cas de faute du praticien consistant en un défaut d'information sur les risques de l'intervention, privant ainsi le patient d'une chance d'éviter l'accident médical survenu[963] et ce sur la base du rapprochement des articles L. 1142-1 et L. 1142-18 du code de la santé publique. Par la suite, cette solution a été étendue à la faute technique médicale, telle qu'un retard de diagnostic ou de prise en charge[964] privant le patient d'une chance d'éviter l'accident. D'un point de vue juridique, cela s'explique par l'existence de deux préjudices distincts résultant de causes différentes : l'un étant directement lié à la faute d'information ou au retard de prise en charge, et l'autre étant lié à la perte de chance d'éviter le dommage corporel qui s'est produit, étant donné que ce dernier reste directement lié à l'accident médical non fautif. Ainsi, l'intervention de la solidarité nationale est limitée aux seules fautes techniques en lien direct avec le dommage corporel. Par conséquent, la victime est intégralement indemnisée à la fois sur le plan de la responsabilité et de la solidarité nationale en cas de concours entre, d'une part, une faute éthique ou technique entraînant seulement une perte de chance, et d'autre part, un accident médical non fautif entraînant le dommage corporel[965].

Il est important de souligner que la simple absence de faute ne suffit pas à accorder aux victimes un droit à l'indemnisation au titre de la solidarité nationale. Des conditions positives sont également requises, notamment la gravité du préjudice subi, associée à des conséquences anormales. Aujourd'hui, les critères de cette anormalité se sont précisés grâce à l'introduction de deux critères alternatifs et hiérarchisés, établis par le Conseil d'État et ultérieurement adoptés par la Cour de cassation, à savoir la gravité et la rareté. En réalité, la disposition introduite par le législateur en 2002 visait à prévenir le risque d'une mise en œuvre systématique de la solidarité nationale dès lors que le préjudice atteignait le niveau de gravité requis par la loi. Cependant, la distinction entre le critère de gravité et celui d'anormalité a rendu l'appréciation de ce dernier complexe pour les juges. En effet, en l'absence de définition précise, le critère d'anormalité a donné

[963] CE, 6 mars 2015, n° 368010. (France).

[964] CE, 10 juin 2020, n° 418166 ; Cass. 1ère civ, 5 avril 2018, n° 17-10.657. (France).

[965] DESSALES, Thomas, *Le règlement amiable des accidents médicaux de 2002 à aujourd'hui : un système à la recherche de nouveaux équilibres*», Thèse, précitée.

lieu à une jurisprudence fluctuante, qui a ensuite clarifié les conditions d'appréciation en retenant deux critères. Le premier résulte de la comparaison entre l'état actuel du patient et celui qu'il aurait eu en l'absence d'intervention, tandis que le second, lié au premier critère, consiste à évaluer la fréquence du risque, car la fréquence statistique d'occurrence du risque caractérise l'anormalité du préjudice[966]. Si le risque est fréquent, le préjudice n'est pas considéré comme anormal, mais s'il est rare, le préjudice est alors qualifié d'anormalité. Selon le premier critère, la condition d'anormalité du dommage est toujours considérée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences nettement plus graves que celles auxquelles le patient aurait été exposé par sa pathologie en l'absence de traitement, indépendamment de la fréquence du risque, et même si ce dernier est inconnu. La fréquence élevée du risque ne constitue pas, en soi, un facteur excluant l'anormalité du dommage[967]. Il est essentiel de démontrer que c'est bel et bien l'acte médical qui est à l'origine du dommage, en procédant à une comparaison entre l'état de santé actuel du patient après l'intervention et celui qu'il aurait eu en l'absence de cette intervention. Ainsi, si l'état du patient est considérablement plus dégradé à la suite de l'acte médical de ce qu'il aurait été sans son réalisation, la condition d'anormalité est remplie[968]. Cependant, ce principe doit être nuancé car la simple gravité du dommage n'implique pas automatiquement son caractère anormal[969]. Par conséquent, la survenue d'une complication entraînant un dommage d'une gravité inférieure ou égale à ce que l'évolution naturelle de l'état de santé du patient aurait été sans l'intervention ou les soins en question, n'est pas considéré comme anormale. En revanche, la condition d'anormalité est toujours remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences nettement plus graves que celles auxquelles le patient aurait été exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement[970].

Par ailleurs, si le dommage n'est que la conséquence de la pathologie antérieure, il n'y a pas

---

[966] HILGER, Geoffroy, « L'indemnisation de l'accident médical non fautif, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale par l'ONIAM et le principe de la réparation intégrale des préjudices*», Revue générale de droit médical*, n°82, 2022, pp 169-173.

[967] En divergence avec les décisions des CCI, l'ONIAM et certaines cours d'appel se fondaient uniquement sur le critère de fréquence statistique du risque. Ainsi, la Cour de cassation, dans ses arrêts du 2 juillet 2014, n° 13-15.750, et du 10 juillet 2014, n° 13-21.603, rejetait la notion d'anormalité si le risque n'était pas « suffisamment rare » ou si la complication, survenant dans 5 à 10% des cas, était considérée comme « connue et fréquente », Cass. 1ère civ., 10 juillet 2014, n° 13-21.603, RTD civ. 2014, 899, obs. P. Jourdain. M. Bacache, note sous CE, 12 décembre 2014, n° 355052 et n° 365211.

[968] CE, 12 décembre 2014, n° 355052 et n° 365211. (France).

[969] Cass. 1ère civ., 31 mars 2011, n° 09-17.135. (France).

[970] CE, 12 décembre 2014, n° 355052 ; CE, 15 octobre 2018, n° 409585 repris par Cass. 1ère civ, 19 juin 2019, n° 18-20.883. (France).

de lien de causalité avec l'acte médical[971]. L'état de santé antérieur perturbe la condition d'anormalité des conséquences dommageables et l'imputabilité directe de l'accident médical à l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Même en présence d'un dommage grave, la solidarité nationale peut refuser de prendre en charge le préjudice en raison de l'exigence de la condition d'anormalité des conséquences dommageables. Ainsi, l'anormalité du dommage doit être évaluée *in concerto*. Conformément à l'article L. 1142-1 II du code de la santé publique, l'anormalité et la causalité doivent être appréciées en tenant compte de l'état de santé du patient et de son évolution prévisible. Elles ne peuvent donc pas être envisagées de manière abstraite, sauf exception, mais doivent être examinées au cas par cas moyennant une analyse médico-légale précise. Par exemple, dans le cas d'un patient ayant un état de santé altéré qui subit une intervention chirurgicale ou un traitement, il peut être difficile d'évaluer l'incidence de manière précise. L'office utilise souvent l'absence de condition d'anormalité pour refuser la prise en charge par la solidarité nationale, ce qui entraîne des litiges complexes[972]. De même, la réalisation d'un risque généralement considéré comme exceptionnel, c'est-à-dire avec une probabilité de survenance normalement inférieure à 5% des cas pour un patient en bonne santé, ou du moins dont la pathologie initiale n'est pas liée à la survenue de la complication, peut ne pas être considérée comme exceptionnelle si l'état de santé du patient influence la survenue de la complication et fait dépasser sa probabilité au-delà du seuil admis. Sur ce point, les juridictions judiciaires et administratives, ainsi que les commissions de conciliation et d'indemnisation à travers leur pratique, sont unanimes[973]. Par conséquent, le dommage, aussi grave soit-il, n'est pas nécessairement considéré comme anormal en fonction de l'état de santé du patient. La condition de gravité repose en effet davantage sur une appréciation objective, tandis que l'anormalité du dommage repose sur une appréciation subjective par rapport à l'état de santé du patient et à son évolution prévisible.

Par ailleurs, les conséquences de l'acte médical peuvent être considérées comme anormales de manière subsidiaire si, dans les conditions dans lesquelles l'acte a été réalisé, la probabilité de survenue du dommage était faible[974]. Cette question soulève alors la problématique du caractère

[971] Cass. 1ère civ., 24 mai 2017, n° 16-16.890. Dans cet arrêt, la Cour de cassation a jugé : « Qu'en statuant ainsi, alors que le retard dans l'évolution favorable de l'état de santé du patient, consécutif au fait que l'intervention chirurgicale, réalisée conformément aux règles de l'art, n'avait pas permis de remédier aux douleurs qu'il présentait et ne les avait pas non plus aggravées, ne caractérisait pas un dommage directement imputable à un acte de soins, la cour d'appel a violé le texte susvisé ». (France).

[972] CAA Paris, 10 juin 2010, n° 09PA04044, Desservettaz- Plantaz ; CAA Versailles, 25 mai 2010, n° 08VE02901; CE, 16 décembre 2013, n° 354268 ; CE, 29 avril 2015, n° 369473. (France).

[973] DESSALES, Thomas, *Le règlement amiable des accidents médicaux de 2002 à aujourd'hui : un système à la recherche de nouveaux équilibres*», Thèse, précitée.

[974] CE, 12 décembre 2014, 355052 et 365211 ; Cass.1ère civ., 15 juin 2016, n° 15-16.824 ; CE, 4 février 2019, n° 413247. (France).

cumulatif ou supplétif du critère de rareté. En d'autres termes, se pose la question de savoir si la faible probabilité de survenue de la complication est suffisante pour caractériser l'accident médical non fautif. La jurisprudence a clairement opté pour le caractère supplétif de ce critère, comme en témoignent plusieurs décisions rendues dans ce sens[975].

Enfin, nous soulignerons, pour résumer les avancées de la loi du 4 mars 2002, que cette dernière définit l'accident médical non fautif imputable à un acte de soins, comme étant tout acte de prévention, de diagnostic ou de soins dont les conséquences sont significativement plus graves que celles auxquelles le patient aurait été exposé en raison de sa pathologie ou de son évolution prévisible en l'absence de traitement, ou en raison de la très faible fréquence de survenue des risques[976].

Revenir sur les grandes lignes de cette procédure applicable en matière indemnisation de l'aléa thérapeutique au titre de la solidarité nationale n'avait pas pour but d'expliquer une démarche connue mais plutôt de démontrer que les nombreuses jurisprudences et le contentieux qui a résulté de sa mise en œuvre sont aussi riches en enseignements. À l'heure de ses vingt ans, les équilibres qui composent ce dispositif sont encore mouvants notamment avec le traitement des dossiers que la crise sanitaire a fait naitre et qui ne manqueront sûrement pas de modifier certaines solutions adoptées en la matière par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux[977]. Ceci, nous autorise à dire qu'il serait opportun pour le législateur algérien d'anticiper par une règle législative toutes ces évolutions et définir clairement les contours que pourraient caractériser l'aléa thérapeutique en droit algérien.

Section 2. Les conflits inhérents aux accidents médicaux fautifs

La faute demeure, en Algérie, le fondement prédominant de la responsabilité médicale du service public hospitalier et le principal fait générateur de conflits en cas d'accident médical ou d'échec thérapeutique. Dramatiquement mise en scène par les médias, elle place périodiquement sous les projecteurs les dysfonctionnements des services hospitaliers, en interrogeant la compétence et la responsabilité civile et pénale des soignants ainsi que la fiabilité des établissements de santé.

[975] Cass. 1ère civ, 2 juillet 2014, n° 13-15.750 ; Cass. 1ère civ, 15 juin 2016, n° 15-16.824 ; CE, 8 février 2017, n° 393482 ; CE, 15 octobre 2018, n° 409585 ; CAA Marseille, 16 mai 2019, n° 17MA02016. (France).

[976] DESSALES, Thomas, *Le règlement amiable des accidents médicaux de 2002 à aujourd'hui : un système à la recherche de nouveaux équilibres*», Thèse, précitée.

[977] L'article L. 3131-20 du code de la santé publique, créé par la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020, lui donne, en effet, compétence s'agissant des dommages résultant des mesures prises en application des articles L.3131-15 à L.3131-17 (état d'urgence sanitaire).

La pratique moderne du contentieux de la responsabilité médicale montre que la jurisprudence algérienne a abandonné la distinction entre la faute lourde el la faute simple, pour engager la responsabilité administrative des établissements de santé. Ainsi, la distinction entre faute dans l'organisation et le fonctionnement du service et la faute médicale peut paraître superflue. Pourtant, en pratique il n'en est rien. L'affirmation du commissaire du gouvernement français Hubert-Legal dans ses conclusions pour la décision *Époux Vergos* résonne à cet égard comme une prédiction. Ayant pourtant lui-même plaidé en faveur de l'abandon de la faute lourde, il précisait qu'«*à l'avenir, la jurisprudence n'aura pas à s'écarter beaucoup de ce qui est aujourd'hui sa tendance principale pour délimiter le domaine de l'erreur non fautive* »[978]. En effet, aujourd'hui encore les juges avant d'apprécier l'existence d'une faute, qualifient le fait générateur du dommage en distinguant la faute médicale de celle dans l'organisation de service.

En droit, on entend par faute médicale tout acte réalisé par les soignants, ayant entraîné un dommage anormal au regard de l'évolution prévisible de l'état de santé du patient; « *le professionnel qui en est l'auteur aurait agi sans la prudence ou la diligence normalement requise* »[979]. En ce sens, elle se décline, en fonction de la démarche thérapeutique, en plusieurs erreurs qui sont susceptibles d'intervenir à plusieurs niveaux tout au long de l'acte médical ***(§1).***

Si l'accomplissement des soins relève des prérogatives du personnel soignant, il appartient aux établissements publics de santé où ils exercent de leur procurer les moyens de prodiguer aux patients des soins consciencieux et attentifs. Ces établissements doivent disposer d'une organisation adéquate pour accueillir les patients et assurer la qualité des soins qui leur seront prodigués. Eu égard à leurs multiples missions, la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service connaît plusieurs types de manifestations et revêt différentes formes ***(§2).***

§ 1. Patients à l'épreuve de la faute médicale : focus sur deux formes de faute

Rapportée à l'art médical, la faute fait naturellement songer à toute la gamme des maladresses techniques possibles et imaginables commises par les soignants, qu'il s'agisse du mauvais choix dans les prescriptions médicamenteuses, d'erreurs de dosages, des maladresses dans la conduite des soins et ou bien encore dans la mise en œuvre de traitements... Autant de situations dont on conçoit qu'elles puissent aboutir à un résultat ressenti comme anormal par le patient, et l'inciter à recourir contre le professionnel ou l'établissement de santé. En ce sens, les fautes médicales recouvrent principalement deux catégories d'erreurs qui interfèrent dans le travail de n'importe quel médecin,

[978] Conclusions du commissaire du gouvernement Legal sur l'arrêt Époux Vergos du 10 avril 1992. Conseil d'Etat, Assemblée, du 10 avril 1992, 79027, publié au recueil Lebon.

[979] AMIRI, Farida, *La responsabilité des hôpitaux publics en matière de fautes médicales*, Thèse, précitée.

qu'il exerce dans une structure de proximité ou dans un établissement hospitalier. L'une, est la faute à caractère intellectuel prédominante en médecine de proximité **(A)** et l'autre, courante en pratique hospitalière, est la faute dont le caractère manuel est dominant **(B).**

A. L'erreur de diagnostic, une prévalence en médecine de proximité

Pour faire écho à notre chapitre consacré à l'accès aux soins, nous rappellerons que la médecine de proximité concerne en Algérie les soins primaires dispensés par les médecins généralistes dans des unités de santé de base. Elle est constituée principalement d'actes de consultations qui représentent plus d'un quart des actes de soins réalisés dans les établissements publics de santé[980], ce qui en fait une pratique fortement exposée aux risques d'erreurs. Pourtant, nous ne disposons encore d'aucune étude nationale susceptible de nous informer sur les diverses erreurs qui peuvent s'y produire, leur fréquence, les conditions de leur survenue, leur gravité et leurs conséquences dans la pratique médicale quotidienne. En France, le constat est identique puisque très peu de travaux publiés portent sur cette question, comme le soulignent les deux études de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques[981]. Ces dernières soulignent, avec regret, que les données disponibles en matière d'accident médical se limitent aux hospitalisations, réhospitalisations et aux décès consécutifs à un événement indésirable.

En pratique, les erreurs survenant dans le contexte de la médecine de proximité sont rarement relevées. Cela s'explique souvent par la nature de la relation médecin-patient, qui est caractérisée par une confiance mutuelle et une compréhension réciproque, favorisant ainsi une certaine indulgence, voire une tolérance excessive, envers les erreurs médicales. Au regard des actes pratiqués en médecine de proximité, ces erreurs peuvent revêtir plusieurs formes dont principalement la prescription inadaptée de médicaments ou la prescription abusive d'examens complémentaires inutiles. Pourtant, l'erreur de diagnostic reste la forme la plus fréquente dans cette pratique dans la mesure où le malade cherche à travers une consultation à ce qu'on établisse, adéquatement et dans des délais corrects, une explication à son problème de santé en vue de propositions thérapeutiques permettant d'améliorer son état de santé et anticiper les complications potentielles.

Le diagnostic se définit comme « *l'acte par lequel un médecin, groupant les symptômes morbides qu'offre un malade, les rattache à une maladie ayant sa place dans le cadre*

[980] Ministère de la Santé, *Projection du développement du secteur de la santé: perspective décennale,* Rapport, 2017 disponible sur http:// www.santemaghreb.com/algerie, consulté le 15/1/2023.

[981] DREES, *L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France. Les enseignements d'une étude pilote dans la région Aquitaine*, Document de travail, série études et recherches, 2003, n° 219. Voir également DREES, *Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale*, Document de travail, série études et recherches, 2005, n° 398.

nosologique»[982].Cependant eu égard aux progrès de la science qui ont permis le développement d'une médecine prédictive capable de déterminer les maladies qu'un individu est susceptible de développer, une définition plus large du diagnostic a été retenue. Désormais, il est considéré comme l'acte par lequel le médecin non seulement identifie une maladie déclarée mais évalue également les risques de survenue de maladies futures, en fonction des prédispositions du patient[983]. Poser un diagnostic correct répond, donc, à l'attente du patient qui, confiant dans l'évolution des capacités de la médecine et des nouvelles technologies, aspire à une prise en charge appropriée. Pourtant, aucune norme dans la législation algérienne n'a été mise en place pour régler cette question contrairement à la législation française qui a imposée au médecin d'établir le diagnostic avec le plus grand soin, et d'y consacrer le plus de temps possible en s'aidant des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés[984].

Cette normalisation, en droit français, permet de mettre en lumière les défis inhérents à l'établissement d'un diagnostic précis, la tâche étant extrêmement complexe et susceptible d'erreurs. Toutefois, ces erreurs ne peuvent engager la responsabilité du médecin que si elles sont constitutives d'une faute[985]. En effet, une erreur ou un retard de diagnostic ne constitue pas en soi une faute de nature à engager la responsabilité professionnelle du médecin[986]. Il faut distinguer sur ce point les comportements révélant une erreur que tout autre médecin aurait pu commettre en raison de la rareté de la pathologie[987]ou de la localisation atypique de la douleur[988], de ceux manifestant un manquement du praticien à l'obligation de dispenser des soins appropriés au regard des données acquises de la science.

La faute du médecin étant rarement reconnue à propos de l'opération intellectuelle d'établissement du diagnostic, l'erreur de diagnostic ne s'analysera en une faute que dans certaines hypothèses. La première concernera l'interprétation inexacte des symptômes observés ou des

---

[982] GARNIER, Marcel et DELAMARE, Valéry*, Dictionnaire des termes techniques de médecin*, 20ème édition, Maloine, 1340 p.

[983] BOURGEAIS, Marie-France, « Le diagnostic », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, vol 19, n°2, 2006, pp. 63-88.

[984] Conformément aux dispositions de l'article R 4127-33 du CSP qui dispose que: « *Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés* ».

[985] MASQUELET, Alain-Charles, « L'erreur de raisonnement », dans, *Le raisonnement médical.* Presses Universitaires de France, 2006, pp. 64-74.

[986] DAOUDI, Sahra, «La faute médicale», *Revue de recherches et études scientifiques*, vol 9, n°1, 2015, pp 92-107, (article en Arabe).

[987] Cass, 1ère civ, 16 juin 1998, n° 97-18.509. (France).

[988] Cass. 1ère civ, 1er mars 2005, n° 03-19.062. (France).

examens médicaux au regard des données acquises de la science au moment de l'examen du patient. Dans une affaire, la Cour Suprême algérienne a annulé un arrêt de la Cour de Biskra qui avait rejeté la demande des consorts B.A dirigée contre le médecin du secteur sanitaire de Biskra visant à les indemniser du préjudice subi par le décès du jeune B.A des suites d'une erreur de diagnostic qui résultait du fait qu'il n'avait pas été tenu compte des antécédents du malade. La Haute juridiction a en effet relevé que contrairement à ce qu'avait jugé le juge de fond, le praticien a bien commis une erreur grossière, selon le rapport d'expertise, lorsqu'il n'a pas fait les recherches nécessaires (renseignement sur l'état du patient, examen complémentaire) pour préciser son diagnostic et déceler la maladie de la patiente[989].Pareillement, dans un arrêt rendu le 27septembre 2006, la Cour suprême a jugé que « *l'erreur de diagnostic ne constitue pas une faute susceptible d'engager la responsabilité du médecin, sauf lorsqu'il se livre à une mauvaise interprétation des symptômes que présente le malade au regard des données acquises de la science* »[990]. Pour sa part, le juge français a retenu une faute médicale de diagnostic dans la pratique et l'interprétation d'échographies qui n'avaient pas été menées conformément au données acquises de la science et n'avaient pas permis de déceler les anomalies dont étaient atteint le fœtus[991]. A l'inverse, il a considéré l'erreur du diagnostic comme non fautive lorsque les symptômes peuvent être confondus avec ceux d'une autre affection ou lorsque la pathologie est très évolutive ne pouvant être diagnostiquée le jour de l'examen radiographique[992].

La seconde hypothèse où l'erreur de diagnostic est considérée fautive est celle de la carence à s'entourer de l'avis éclairé d'autres médecins face à un diagnostic difficile. En effet, afin d'éviter les erreurs de diagnostic, le médecin ne doit pas hésiter à s'entourer du concours de spécialistes ni de s'abstenir de solliciter un autre avis médical. Le code de déontologie médicale algérien dispose en ce sens que : « *dès lors, qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin, le chirurgien-dentiste s'engage à…. faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de confrères compétents et qualifiés*»[993]. Ainsi, la Cour suprême a considéré dans son arrêt du 27 juillet 2005 « *que le médecin qui a observé des symptômes pouvant conduire à suspecter un diabète, et qui s'abstient de demander un avis spécialisé avant d'administrer de l'insuline au malade, commet une faute caractérisée exposant le patient à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer et en lien de causalité évident*

[989] C. Suprême, affaire n°118720 du 30-5-1995, revue juridique de la Cour suprême, n°2, année 1996, p 179.

[990] C. Suprême, affaire n°344410 du 27-9-2006, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 107.

[991] Cass, ass, 13 juillet 2001, n° 2001-010621, 01062,010623. (France)

[992] Cass, 1ère civ, 22 janvier 2002, n° 2002-012743. (France)

[993] Conformément à l'article 45 du code de déontologie médicale algérien, précité.

avec la mort de la patiente »[994].Toutefois, il importe de préciser que si le juge français a adopté la même position, celle-ci sera quelque peu affinée dans la mesure où la jurisprudence française considère que le deuxième médecin appelé à se prononcer sur un cas médical en cas de doute, n'est pas exempté de remettre en cause le diagnostic initial. En effet, censé exercer sa profession en toute indépendance, le praticien n'est pas tenue par le diagnostic établi antérieurement par un de ses confrères. Il doit apprécier, personnellement et sous sa responsabilité, le résultat des examens et des investigations et le cas échéant, en faire pratiquer de nouveaux conformément aux données acquises de la science[995].

Par ailleurs, la mise en œuvre insuffisante d'examens ou de moyens d'investigations préconisés au regard des données acquises de la science constitue à son tour une faute de diagnostic susceptible d'engager la responsabilité du médecin. En ce sens, dans son arrêt du 26 juin 2002[996], la Cour suprême a confirmé le jugement de la Cour de Saida qui avait condamné un médecin à six mois de prison assorti d'un sursis et au payement de la somme de 10.000 dinars algériens, en estimant «*qu'il résulte de l'instruction et notamment du rapport d'expertise que faute de recourir aux moyens radiographiques d'investigations appropriés pour appuyer le diagnostic comme il aurait dû l'être, l'opération chirurgicale n'a pas été pratiquée et un traitement médicamenteux a été prescrit à la place ; que plusieurs heures après la patiente est décédée. Que le médecin n'a pas pris les mesures permettant d'éviter l'issue fatale et que cette négligence a, dans les circonstances de l'affaire, contribuée à la survenance du décès de L.M… ».* Le juge français a adopté la même position dans une affaire récente où la chambre criminelle de la Cour de cassation, dans un arrêt du 10 septembre2019[997] a retenu la responsabilité pénale d'un praticien pour faute de diagnostic. En l'espèce, du fait du décès d'un patient hospitalisé en psychiatrie à la suite d'une occlusion intestinale, un médecin généraliste a été condamné pour homicide involontaire. Il lui a été reproché de ne pas avoir prescrit d'examens radiographiques ou de scanner, ne pas avoir procédé à une surveillance du transit intestinal, n'avoir effectué qu'une tentative de réanimation sommaire et sans conviction et n'avoir pas donné d'instruction pour l'utilisation du matériel de réanimation.

Cependant, il est important de préciser que, en Algérie, aucune disposition particulière n'a été prévue en matière de responsabilité du service public hospitalier dans le cas du diagnostic prénatal,

[994] C. Suprême, affaire n°314597 du 27-7-2005, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale, tome II, précité, p 99.

[995] Cass. 1ère civ., 30 avril 2014, n° 13-14.288 ; Cass. 1ère civ., 3 mai 2018, n° 16-27.506, publié au bulletin. (France)

[996] C. Suprême, affaire n°240754 du 26-6-2002, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 59.

[997] Cass. Crim., 10 septembre 2019, n° 18-85.019. (France)

à l'inverse de la France, où le juge administratif, par son pouvoir prétorien et, postérieurement, le législateur, ont renforcé les conditions d'engagement de cette responsabilité. En effet, la loi du 4 mars 2002 a créé une exigence de faute caractérisée pour engager la responsabilité de l'établissement envers les parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse[998]. Souverainement appréciée par les juges du fond, cette faute est reconnue en cas de négligence ou d'investigations non conformes aux données actuelles de la science lors des actes de détection des anomalies fœtales. Ainsi, des hôpitaux ont-ils été condamnés pour ne pas avoir proposé d'amniocentèse à une femme de 38 ans enceinte de jumeaux[999], ou pour ne pas avoir prévenu des parents de la difficulté d'interprétation d'une échographie pour certaines anomalies du fœtus[1000].

Enfin, il essentiel de préciser que l'erreur ou le retard de diagnostic est pénalement répréhensible lorsque le praticien n'a pas procédé à un examen complet et soigneux du patient. Aussi, il appartiendra à la victime de démontrer que le médecin n'a pas réalisé toutes ses obligations dans la conduite du diagnostic. Toutefois, elle pourra s'appuyer dans l'administration de la preuve par une expertise médicale ou des simples avis d'experts, car dans ce domaine, ses conclusions sont fondamentales et son rapport sera déterminant[1001].

B. La faute dans l'exécution de l'acte médical, une prédominance en pratique hospitalière

La pratique des soins en milieu hospitalier ne se limite pas seulement au diagnostic, bien que les progrès de l'imagerie et de la biologie en accroissent chaque année les possibilités. Il s'agit également d'une médecine curatrice, qui traite, répare, corrige et remplace, grâce aux formidables progrès dans les domaines scientifique et technologique dont a bénéficié la médecine depuis le milieu du siècle dernier. Pourtant, le recours à des techniques plus complexes pour des pathologies de plus en plus lourdes, ou des patients en situation de plus en plus fragile, fait que l'on ne peut jamais être assuré du parfait succès d'un acte médical. En ce sens, la faute médicale technique fait partie de la vie des établissements hospitaliers et de leurs équipes. Tout praticien a, sans doute, connu dans sa carrière un geste médical plus ou moins réussi, voire manqué, avec des conséquences plus ou moins graves. Les illustrations en la matière sont nombreuses. Il en va ainsi lorsque le médecin se trompe sur l'objet de l'intervention projetée, de la faute résultant de la mauvaise

[998] Conformément aux dispositions de l'article L. 114-5 al. 2 du code de l'Action Sociale et des Familles(France).

[999] CAA Paris, 24 juin 2008.

[1000] CAA Lyon, 11 février 2003.

[1001] ARJILOUSS, Rihab, «La charge de la preuve en matière de responsabilité médicale », *Les cahiers de la politique et du droit*, vol 10, n°19, pp 817-830, (article en Arabe).

position du patient pendant l'exécution de l'acte médical, de la mauvaise maîtrise de l'acte médical lui-même ou encore de l'oubli d'un objet dans le corps du patient.

L'évolution de la jurisprudence et l'abandon de la faute lourde en Algérie ont produit leurs effets au premier chef dans le domaine de la faute technique. Autrefois, le juge administratif algérien pouvait hésiter à qualifier une erreur ou une maladresse de faute lourde. Aujourd'hui, de telles erreurs médicales entraînent fréquemment la condamnation des établissements hospitaliers, en particulier dans des spécialités particulièrement sensibles telles que la chirurgie ou la gynécologie-obstétrique.

En matière chirurgicale, le juge administratif algérien se montre de plus en plus sévère avec les chirurgiens, la maladresse dans l'exercice de leur métier étant souvent qualifiée de faute. L'arrêt du 3 juin 2003[1002] illustre l'évolution de l'abaissement du seuil de la gravité tolérée en matière de maladresses chirurgicales. Souffrant de varices, Mme A.L fut admise à l'hôpital de Bouloughine le 20 mai 1992 où elle a subi une exérèse de varices effectuée par le docteur M.S. Au cours de cette intervention la patiente a été victime de complications liées à cet acte chirurgical provoquant une ischémie aigue du membre inférieur. Alors que la chambre administrative de la Cour d'Alger n'avait pas retenu la responsabilité de l'établissement hospitalier dans son arrêt du 16 décembre1997 au motif que « *la maladresse ou l'inattention imputable au chirurgien ne saurait être regardée comme présentant le caractère de gravité constitutif d'une faute lourde susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement hospitalier*», le Conseil d'État, statuant en 2003, ne pouvait naturellement retenir cette motivation puisqu'il avait lui-même décidé, d'abandonner l'exigence de la faute lourde. Après avoir annulé l'arrêt en question, le Conseil d'État a considéré au contraire que « *en dépit de la banalité de l'acte chirurgical qui d'habitude ne comporte aucun risque, le préjudice est le résultat d'une faute technique commise lors de cet acte»*.Cette position n'est pas sans rappeler celle prise par la Haute juridiction administrative française dans l'arrêt *Mme Guyot*[1003]. En effet, Madame Guyot qui avait subi, le 20 janvier 1984, une hystérectomie au centre hospitalier de Châtillon-sur-Seine pour une lésion intérieure bénigne a été victime au cours de cette intervention d'une déchirure de la paroi vésicale provoquant une fistule vésico-vaginale. Le tribunal administratif de Nancy avait, dans un premier temps, retenu la responsabilité du centre hospitalier par jugement du 18 octobre 1988 tandis que la Cour administrative d'appel de Nancy, par arrêt en date du 9 juillet 1991, avait annulé ce jugement et rejeté la demande indemnitaire de Madame Guyot au motif que la faute n'avait pas atteint un seuil de gravité engageant la responsabilité de

[1002]C.E, du 3-06-2003, secteur sanitaire Bouloughine c/ A. L et consorts, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 76.

[1003] CE, 5ème et 3ème sous-section réunies, 27 juin 1997. (France).

l'hôpital. En 1997, le Conseil d'Etat français, confirmant la jurisprudence *époux V*[1004] a annulé l'arrêt de la Cour d'appel de Nancy en considérant que « *quel qu'ait été l'état général de Mme Guyot, une telle déchirure constitue une maladresse dans l'exécution d'une intervention couramment pratiquée* » et *« qu'en outre, le fait que le chirurgien n'a pas constaté la déchirure de la paroi vésicale est constitutif d'une faute d'inattention de sa part ».*

Par ailleurs, en matière d'actes chirurgicaux, l'atteinte accidentelle portée à un organe est également qualifiée de faute[1005].Toutefois, il importe de préciser que même si la jurisprudence a évolué dans un sens favorable aux victimes, toute atteinte accidentelle à l'intégrité physique n'est, en principe, pas fautive notamment si le rapport d'expertise démontre que l'intervention touchait une partie extrêmement sensible et difficile du corps, rendant l'accident presque inévitable et imprévisible[1006]. Le juge cherche ainsi, dans une certaine mesure et au vu de l'instruction, à reconstituer le déroulement de l'intervention et à repérer si, et à quel moment, un acte évitable et fautif a pu être commis. Assurément, dans la pratique chirurgicale, toute erreur ou toute maladresse conduisant à un dommage ne révèle pas nécessairement une faute, en particulier lorsque l'intervention porte sur des organes particulièrement sensibles ou délicats, comme des nerfs ou des artères. Toutefois, il importe de préciser que la jurisprudence judiciaire française a toujours été plus ferme en la matière. En effet, la Cour de cassation a rappelé avant même l'entrée en vigueur de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, que toute faute chirurgicale engage la responsabilité du médecin, une maladresse constituant une faute. Ainsi, dès lors que le praticien porte atteinte à un organe ou à un tissu qu'il n'était pas nécessaire de toucher, il engage sa responsabilité[1007]. Le juge judicaire applique ainsi une forme de présomption de faute[1008] et la charge de la preuve pèse sur le médecin. Celui-ci doit alors démontrer soit l'existence d'une anomalie rendant l'atteinte inévitable, soit la réalisation d'un risque inhérent à l'opération qui ne pouvait être maîtrisé, relevant dès lors d'un aléa thérapeutique[1009]. Il convient toutefois de préciser que pour appliquer cette présomption de faute,

[1004] CE, 10 avril 1992, Époux Vergos, (France).

[1005] C. Suprême, affaire n°254258 du 25-12-2001, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 15.

[1006] C. Suprême, affaire n°209917 du 26-07-2000, cité par Chekchouk, Moufida, « Le rôle de l'expertise médicale dans la détermination de la faute médicale », *Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 10, n°2, 2019, pp 764-775, (article en Arabe).

[1007] Cass. 1ère civ., 30 septembre 1997, n° 95-16.500.(France).

[1008]Cass. 1ère civ., 4 octobre 2017, n° 16-24.159.(France).

[1009] Si la présomption est renversée par le chirurgien, l'indemnisation au titre de la solidarité nationale est loin d'être automatique car elle suppose non seulement que le seuil de gravité ait été atteint (article D. 1142-1 du CSP) mais surtout que le dommage présente un caractère anormal comme étayé dans nos développements sur la notion d'aléa thérapeutique.

l'auteur doit être clairement identifié. Dans un arrêt rendu par la première chambre civile le 3 novembre 2016[1010], la Haute juridiction a refusé de retenir la responsabilité de deux établissements de santé, impliqués tous deux dans un accident médical en présence de cette incertitude d'imputabilité de la faute. Dans une affaire plus récente, la Cour de cassation a opéré par un arrêt rendu le 26 février 2020[1011] un rappel de sa jurisprudence quant à la présomption de faute du chirurgien en précisant, toutefois, que le renversement de la charge de la preuve est conditionné à la certitude de l'imputabilité du dommage à l'acte médical en cause. Une position qui constitue un assouplissement en la matière, puisqu'à défaut de cette imputabilité, le demandeur ne peut bénéficier du renversement de la charge de la preuve.

Il y a lieu de préciser que le dommage médical peut être subi non seulement au moment de l'acte opératoire mais aussi après celui-ci, soit par des gestes médicaux qui s'enchaînent avec une surveillance médicale insuffisante privant le médecin de mettre fin aux conséquences dommageables, soit, par une mauvaise surveillance médicale postopératoire. En ce sens plusieurs exemples de cas dans lesquels la faute a été retenue peuvent être apportés : maladresse à l'occasion d'une anesthésie[1012] ou encore la sortie précoce du malade après avoir subi une intervention chirurgicale[1013].

En outre, en matière obstétricale, la mauvaise application des forceps, alors que le praticien n'avait pas une connaissance précise de la position de l'enfant, caractérise une faute[1014]. Le juge algérien a également sanctionné des cas de rupture de l'utérus[1015], des séquelles d'infirmité motrice d'origine cérébrale dues à une souffrance fœtale[1016], la procidence du cordon ombilical[1017], ou

[1010] Cass. 1ère civ., 3 novembre 2016, n° 15-25.348.(France).

[1011] Cass. 1ère civ., 26 février 2020, n° 19-13.423 et 19-14.240.(France).

[1012] C. Suprême, affaire n°284810 du 6-04-2004, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 75.

[1013] C. Suprême, affaire n°259072 du 2-07-2003, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 67.

[1014]C.E, arrêt 065888 du 26-5-2011, établissement spécialisé mère et enfant Khaled Abdelaziz c/ D. S et consorts, Revue du Conseil d'Etat, numéro spécial « *responsabilité médicale des établissements publics de santé* », 2015, p 21.

[1015]C.E, arrêt 051170 du 27-05-2010, hôpital de Sétif c/ A. CH et consorts, Revue du Conseil d'Etat, numéro spécial « *responsabilité médicale des établissements publics de santé* », 2015, p 17.

[1016] C.E, arrêt 061995 du 31-03-2011, établissement public hospitalier de Médéa c/ H. KH et consorts, Revue du Conseil d'Etat, numéro spécial « *responsabilité médicale des établissements publics de santé* », 2015, p 23.

[1017] C. Suprême, affaire n°283373 du 22-12-2004, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 83.

encore le traumatisme intracrânien provoqué par une extraction par ventouse[1018].

De même, l'oubli d'objets divers, tels que des compresses[1019], des aiguilles[1020] ou encore de la petite instrumentation[1021] dans le corps des patients constitue une illustration caricaturale de la faute chirurgicale. Dans son arrêt du 24 juin 2010[1022], le Conseil d'État algérien a condamné le secteur sanitaire de Sidi Aiych pour préjudice subi à M. A. suite à une deuxième intervention pour retirer une compresse oubliée dans le corps du malade. Dans les faits, la victime a subi dans cet établissement hospitalier une première intervention chirurgicale le 14 avril 2006 à la suite d'un diagnostic d'étranglement dégénératif du canal lombaire. Une deuxième intervention a été pratiquée un mois après pour retirer une compresse qui avait été oubliée dans son ventre. Pareillement, le Conseil d'État français, dans son arrêt du 21 mai 2008[1023], a condamné le centre hospitalier du Havre pour préjudice subi à M. A. suite à une compresse oubliée dans son corps considérant que « *toutefois, qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que l'intervention chirurgicale subie le 18 février 1997 par M. A avait pour seule fin de retirer une compresse qui avait été oubliée lors de l'intervention pratiquée au centre hospitalier du Havre le 6 janvier 1997 ; qu'ainsi, en jugeant que l'oubli de la compresse n'avait causé aucun préjudice à l'intéressé, la cour administrative d'appel a dénaturé les pièces du dossier. […]Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de faire application de l'article L.821-2 du Code de justice administrative et, réglant l'affaire au fond […]* ».

En conclusion, nous pouvons avancer que l'examen de la jurisprudence algérienne permet d'illustrer la diversité des hypothèses que peut prendre la faute médicale technique en pratique hospitalière. Il permet, également d'affirmer que cette faute technique conserve une place centrale, pour engager la responsabilité du service public hospitalier même si elle se trouve concurrencée, en périphérie, par d'autres fondements subsidiaires qui peuvent le faire également. Pourtant, la nouvelle loi de santé n'a prévu aucune définition pour qualifier certaines formes de la faute

[1018] C. Suprême, affaire n°450573 du 20-02-2008, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 51.

[1019] C.E, arrêt 051542 du 29-04-2010, établissement hospitalier Hassan Badi c/ T. H et consorts, Revue du Conseil d'Etat, numéro spécial « *responsabilité médicale des établissements publics de santé* », 2015, p 20.

[1020] C.E, arrêt du 31-01-2000, secteur sanitaire Che Guevara, Mostaganem c/ Benslimane Fatma et consorts, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 69.

[1021] C. Suprême. ch .adm, 10-10-1993, dame N.F/ Hopital skikda, arrêt non publié cité par Younsi-Haddad, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité, p 21.

[1022] C.E, arrêt 052662 du 24-06-2010, secteur sanitaire Sidi Aiych c/ M. A et consorts, Revue du Conseil d'Etat, numéro spécial « *responsabilité médicale des établissements publics de santé* », 2015, p 20.

[1023] CE, 21 mai 2008, M. A. / CH du Havre, n° 296686, Inédit au recueil Lebon. (France).

médicale, permettant d'engager la responsabilité de l'établissement hospitalier, telle que la faute personnelle de l'agent public hospitalier; alors qu'un fil transparent passe entre elle et la faute de service. Une lacune qui complique la mission du juge algérien en matière d'appréciation juridique de la faute commise.

§2.La faute dans l'organisation de service, une faute à la jonction entre l'administratif et le médical

Issue du droit public, la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service est l'une des multiples manifestations de la faute de service et revêt, à ce titre, une dimension statutaire. Elle apparaît comme le manquement par une administration à ses obligations. Il est assez aisé d'en appréhender les différentes manifestations, mais plusieurs grands auteurs se sont heurtés à la difficulté d'en donner une définition et des critères précis. La notion développée par le Doyen Maurice-Hauriou[1024], «*droit au fonctionnement correct du service* », nous semble la plus adaptée pour justifier la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public. Ainsi, un usager d'un établissement public de santé est en droit d'attendre que l'administration satisfasse à son obligation de bon fonctionnement du service public. A l'instar de la faute médicale, il n'existe pas de typologie bien définie du défaut d'organisation et de fonctionnement du service, mais il est possible de distinguer les défaillances administratives, matérielles et les problèmes de coordination **(A)**, des défaillances imputables à l'organisation et à la carence en ressources humaines **(B).**

A. La faute dans le fonctionnement de service

L'hôpital est aujourd'hui une organisation complexe de par la multiplicité de ses acteurs, la diversité de leurs rôles et les moyens technologiques qui y sont employées. Cette complexité est à l'origine du caractère polymorphe du mauvais fonctionnement du service public hospitalier, notion qui peut englober une multitude de fautes dues à la diversité des actes contribuant à ce fonctionnement. Néanmoins, il est possible, selon nous, de distinguer quatre catégories de fautes qui sont étroitement liées à l'obligation de soins.

La première concerne l'obligation pour tout établissement public de santé d'assurer l'accueil et la prise en charge des patients, eu égard à sa qualité de service public, une obligation que nous avons amplement détaillée dans le chapitre consacré à l'accès aux soins. Assurément, un hôpital se doit de prendre en charge ses patients sans retard et, à défaut de place répondant au besoin d'un patient, il doit s'assurer de sa prise en charge par un autre établissement[1025]. La seconde a trait aux

[1024] HAURIOU, Maurice, note sous CE, 17 février 1905. Cossalter, Philippe, « Notes d'arrêt Maurice Hauriou », précité.

[1025] C. Suprême, affaire n°278575 du 26-07-1998, hôpital Msila c/ M.M, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en

problématiques d'asepsie et d'hygiène des hôpitaux qui doivent être irréprochables. En effet, nous avons démontré dans la première section de ce chapitre que le juge algérien a fait peser des obligations très fortes sur les établissements de santé notamment au sein des blocs opératoires, qui se rapprochent d'une obligation de résultat et leur responsabilité peut être engagée en cas d'infections nosocomiales.

Troisièmement, une faute peut également être caractérisée par une surveillance insuffisante des malades en leur qualité de pensionnaires de l'hôpital. La jurisprudence est plus ou moins sévère selon qu'objectivement, le patient nécessite ou non une surveillance particulière en fonction de son état de santé et du régime de son hospitalisation. Ainsi, un défaut de surveillance a pu être relevé à l'encontre d'un établissement n'ayant pas pu empêcher un enlèvement d'un nouveau-né dans une maternité[1026]ou ayant laissé un enfant de quatre ans se faire mordre par un chat[1027]. S'agissant de la surveillance des personnes souffrant de maladies mentales, le juge administratif algérien a posé des exigences particulières, motivées notamment par les risques de dommages que ces personnes peuvent infliger à elles-mêmes ou à autrui. Ces exigences tiennent également compte de la complexité inhérente à l'organisation des services psychiatriques, qui doivent assurer efficacement la surveillance et la sécurité de leurs patients. En effet, l'obligation de surveillance constitue l'élément principal de la notion de garde en droit algérien. Prévue par l'article 134 du Code civil[1028], cette norme a toujours inspiré les juridictions administratives pour construire une jurisprudence propre aux établissements publics de santé bien qu'ils en font, parfois, une application directe[1029]. Il est important de souligner que l'hospitalisation en cure libre, qui repose sur le consentement du patient, soulève de manière prononcée la question de l'exonération de l'établissement de santé de son obligation spécifique de surveillance. En effet, bien que le patient soit admis à l'hôpital de son plein gré, l'équipe soignante peut, pour des raisons exclusivement thérapeutiques, lui appliquer des restrictions de liberté, sans pour autant le contraindre à rester à l'hôpital. En principe, les conditions de la mise en cause de la responsabilité de l'établissement de santé dans ce cas de figure ne

---

responsabilité médicale », tome II, précité, p 93.

[1026] C.E, arrêt du 9-07-2001, CHU de Tlemcen c/ A. H, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 71.

[1027] C. Oran, cha adm, 11-7-1967, ministère public c/ B.S cité par HANNOUZ, Mourad-Mouloud et HAKEM, Ahmed, *Précis de droit médical : à l'usage des praticiens de la médecine et du droit*, précité p 144.

[1028] Cet article dispose que: « *Quiconque est tenu, en vertu de la loi ou d'une convention, d'exercer la surveillance sur une personne qui, à raison de sa minorité ou de son état mental ou physique, a besoin, d'être surveillée, est obligé de réparer le dommage que cette personne cause à un tiers par son acte dommageable. Celui qui est tenu d'exercer la surveillance peut échapper à la responsabilité en prouvant qu'il a satisfait à son devoir de surveillance ou que le dommage se serait produit même si la surveillance avait été exercée avec la diligence requise*».

[1029] C. Suprême, ch adm , 16-07-1988, hôpital Oran c/consorts B, Revue magistrats 1994, n°1, p 120.

devraient pas être identiques à celles applicables aux malades placés contre leur volonté sous le régime d'une hospitalisation d'office. Pourtant, le juge algérien, reconduisant une ancienne jurisprudence française datant d'avant l'indépendance[1030], ne tient pas compte du régime d'hospitalisation et ne fait pas de distinction entre un malade admis volontairement ou placé d'office. Il reste focalisé sur la nature des troubles mentaux qui exigent une surveillance particulière répondant aux critères de l'obligation de moyens. Cependant, il se montre, des fois, plus sévère dans l'évaluation de cette obligation pour les patients hospitalisés sans leur consentement[1031]. C'est ainsi que la Cour suprême, dans une affaire opposant M. Ali à l'hôpital de Batna a déclaré dans un arrêt du 27 juillet 1986 l'établissement responsable du préjudice causé au malade. Il s'agissait en l'espèce d'un malade qui avait été ligoté avec une corde et qui au cours de son transfert vers un autre service a tenté de se libérer en brulant ses liens mais ce faisant, il s'est gravement brulé les mains. Par arrêt du 3 octobre 1984, la chambre administrative de la Cour de Constantine avait retenu la responsabilité de l'établissement et sur appel du directeur, la Cour Suprême a considéré qu'« *attendu que le malade était au moment des faits en état de démence, qu'il a fallu le maitriser et lui attacher les mains pour procéder à son transfert sur l'hôpital psychiatrique ; que cependant au cours de ce transfert, le malade a tenté de se libérer en brulant ses liens et ce faisant il s'est brulé gravement la main gauche ; qu'au moment des faits le malade se trouvait en raison de son état mental sous la garde de l'établissement hospitalier, qu'il y a lieu dans ces circonstances de confirmer la décision déférée »*[1032].Elle a également retenu dans son arrêt du 13 janvier 1991 la responsabilité du centre hospitalo-universitaire de Sétif suite au suicide d'un malade. Il s'agissait en l'espèce d'un patient qui avait été admis au service psychiatrique de cet établissement après qu'il avait agressé son épouse et sa fille à l'arme blanche. Une fois maîtrisé, il a été placé dans une salle sans surveillance où il s'est pendu durant la nuit et n'a été découvert que le lendemain matin. A la suite d'une action intentée par la famille du malade, la chambre administrative de la Cour de Constantine a retenu, par jugement rendu le 15 juin 1998, la responsabilité de l'établissement hospitalier sur la base de l'article 124 du Code civil. Sur appel du directeur de l'établissement, la Cour Suprême a déclaré « *attendu qu'on ne saurait retenir les moyens soulevés par le directeur de*

[1030]La Cour de Bordeaux, par jugement, du 12novemebre 1930, avait admis la responsabilité des hospices civils pour le suicide d'un malade mental qui s'était échappé d'un service ouvert de l'hôpital pour se suicider par noyade en relevant que le « *fait d'avoir laissé s'enfuir de l'hôpital une personne qu'on savait susceptible de tromper la surveillance ou encore de se suicider, constitue incontestablement une faute tant de la part des infirmiers que des concierges, qui n'auraient pas dus les uns et les autres, la perdre de vue* », arrêt cité par Younsi-Haddad, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers»,précité, p 31.

[1031] OUSSAID, Imane, « La protection des malades mentaux dans le système judiciaire algérien et la nouvelle loi de santé 18-11 », *Revue el Maydane des études sociales et humaines*, volume 2, n°6,2020, pp 145- 155, (article en Arabe).

[1032] C. Suprême, cha .adm, 12-07-1986, hôpital Batna c/ M. A et consorts, arrêt non publié du cité YOUNSI-HADDAD, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité, p 32.

l'hôpital et tendant au rejet de la demande du fait que le malade avait perdu la raison ; qu'il appartenait au contraire au personnel de l'établissement de surveiller le malade d'une façon continue en raison justement de son état mental. Que dès lors, il y a lieu de retenir la responsabilité de l'établissement en raison de la négligence du personnel qui est la cause de la mort du malade »[1033]. Par ailleurs, les actes dommageables commis par les patients hospitalisés dans des établissements psychiatriques, que ce soit envers d'autres patients ou des personnes extérieures à l'établissement telles que des fournisseurs, visiteurs ou proches de patients, engagent également la responsabilité de l'établissement hospitalier. Cette responsabilité est fondée sur l'obligation de surveillance qui lui incombe, et la jurisprudence dans ce domaine est bien établie. En effet, le juge administratif algérien a retenu à plusieurs reprises la responsabilité des établissements psychiatriques pour faute dans le fonctionnement de service, suite à des homicides commis par des malades mentaux[1034]. La position du juge français, sur l'obligation de surveillance des malades mentaux, est quelque peu circonstanciée comme on peut le vérifier à travers quelques exemples jugés. C'est ainsi que le tribunal administratif de Nice, dans un jugement du 10 novembre 2006, a retenu la responsabilité hospitalière, dans une affaire dans laquelle une personne avait quitté l'établissement où elle était hospitalisée, avec son consentement, en service de psychiatrie et a mis fin à ses jours[1035]. Selon les juges de première instance, il appartenait à l'établissement public hospitalier, compte tenu des antécédents du patient, notamment de précédentes tentatives de suicides, d'exercer une surveillance particulière sur lui, alors même qu'il était hospitalisé en service libre, c'est-à-dire sans contrainte. La circonstance que l'intéressé ait pu quitter le centre hospitalier vers huit heures du matin et que sa disparition ait été constatée seulement à l'heure de la distribution des repas du déjeuner, vers 11 heures 40, révèle un fonctionnement défectueux du service constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital psychiatrique. Celui-ci est donc condamné à indemniser les ayants droit du patient du préjudice qu'ils ont subi du fait de son suicide. Parallèlement, adoptant une position opposée, la juridiction suprême de l'ordre administratif français considéra que «*le fait que M. T. ait pu échapper à la surveillance dont il faisait l'objet ne suffit pas à établir qu'une faute ait été commise dans l'organisation et le fonctionnement du service [...]* »[1036]. Dans les circonstances de l'espèce, les juges ont estimé que l'établissement n'avait pas

[1033] C. Suprême, affaire n°75670 du 31-01-1991, CHU de Sétif c/ consorts Kouachi, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 61.

[1034] C.E, arrêt du 15-07-2002, hôpital psychiatrique Fernane Hanafi Tizi Ouzou c/ veuve Moulay, A. Khadir, « *recueil d'arrêts en responsabilité médicale »,* tome I, précité, p 74. Voir aussi C. Constantine, ch adm, 23-2-1983, hôpital el Madher c/S.M, arrêt non publié cité par YOUNSI-HADDAD, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», précité, p 35.

[1035] TA Nice, 10 novembre 2006, M. et Mme B., AJDA 2008, p. 441, cité par José Coelho. (France).

[1036] CE, 29 janvier 1999, Mme Anstrud T., n° 185034, Inédit au recueil Lebon. (France).

commis de faute dans le cas du suicide du patient à son domicile, survenu après sa fuite de l'hôpital où il était en cours d'admission, ayant même reçu une injection calmante. Cette position a été réaffirmée dans une autre affaire par la Cour administrative d'appel de Nancy, où les juges relèvent que la surveillance était alors exercée selon les seules exigences du placement libre. Il s'agissait de la fugue d'un patient dépressif et quasiment aveugle qui avait été mortellement accidenté. La cour d'appel a confirmé la décision des premiers juges dans les termes suivants: « *considérant que si l'état général de G. pouvait être regardé comme préoccupant en raison de la première tentative de suicide du 6 octobre 1996 et des blessures qui en ont été la conséquence, il n'est pas établi, ainsi que l'ont d'ailleurs relevé les premiers juges, qu'il aurait manifesté dans les jours qui ont précédé son décès un comportement nécessitant un renforcement de la surveillance alors exercée selon les seules exigences du placement libre»*[1037]. Ces décisions divergentes permettent de conclure que la surveillance du patient hospitalisé avec consentement doit être adaptée à son état de santé. Le juge français utilise la plupart du temps trois critères jurisprudentiels d'appréciation qui permettent, au cas par cas, de déduire ou non l'existence d'une faute de surveillance génératrice de responsabilité indemnitaire: la prévisibilité ou l'imprévisibilité du comportement du patient, en particulier en présence de tendances suicidaires [1038], la nature de la surveillance effectivement exercée, telle qu'elle ressort du dossier[1039], ce qui peut s'avérer délicat dans les services qui, pour des raisons thérapeutiques, accordent une certaine liberté aux patients[1040]; et enfin l'organisation matérielle du service[1041]. Ainsi, on retiendra qu'en matière d'obligation de surveillance de patient admis en régime d'hospitalisation psychiatrique libre, les juges français font une appréciation *in concerto*, au cas par cas et leur réponse varie en fonction des faits de l'espèce. En réalité, il nous semble que le Conseil d'État français n'a pas pu harmoniser les différentes divergences juridictionnelles en la matière parce que peu d'affaires y afférentes lui sont déférées[1042].

[1037] CAA Nancy, 14 octobre 2004, Mme Christiane X., M. Stéphane X. et M. Emmanuel M., n° 99NC00266, Inédit au recueil Lebon. (France).

[1038] CAA Lyon, 19 décembre 2006, Mme Fabienne X. / CH spécialisé de Saint Cyr au Mont d'Or, n° 03LY01665, Inédit au recueil Lebon ; CAA Paris, 11 juillet 1997, Mme Bourguigron / CH René Dubos, n° 96PA00943 et n° 96PA01213, Inédit au recueil Lebon ; CE, 11 février 1959, AP Marseille / Dame Filippi, Rec. CE, 1959, p. 103 ; CE, 05 mars 1959, Dame Moulis, Rec. CE, 1959, p. 177 ; CE, 30 mars 1979, Cardona, RDP 1980, p. 1762. (France).

[1039] CE, 11 décembre 1970, CH de Brest, Rec. CE, 1970, Tables, p. 1192 ; CE, 16 avril 1980, Ghelaf, Rec. CE, 1980, Tables, p. 890; CAA Paris, 11 juillet 1997, Mme Bourguigron / CH René Dubos. (France).

[1040] CE, Sect., 14 juin 1963, Dame Veuve Delecluse, Rec. CE, 1963, p, 374. (France).

[1041] CE, 27 février 1985, CHR de Tarbes / Époux Metge, Rec. CE, 1985, p. 768 ; CE, 10 avril 1970, Sieur X. / CH de Georges Renon à Niort, Rec. CE, 1970, p. 238 : « *le fait d'accueillir dans les mêmes locaux des malades potentiellement dangereux et d'autres usagers du service est susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement* ». (France).

[1042] ISSA, Ahmed, *La responsabilité médicale en droit public libanais et français,* Thèse, sciences juridiques, Université de Grenoble en cotutelle avec Université Libanaise, 2012.

Enfin, la coordination entre les différents services de l'établissement est un point délicat du fonctionnement des services hospitaliers. Elle constitue une source de difficultés souvent à l'origine de nombreuses fautes potentielles. La responsabilité du service hospitalier peut effectivement être engagée à raison d'actes qui relèvent plus de la gestion administrative que de l'art de la médecine, dès lors que ces erreurs ont eu des conséquences sur l'état de santé du patient. Tout manquement de nature administrative corrélé directement à un dommage est susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement. Il en va ainsi de l'inobservation des règlements[1043] ou de l'erreur d'un centre de transfusion sanguine fournissant un sang d'un groupe différent de celui qui lui avait été demandé[1044]. Le retard dans la réalisation d'un examen ou d'une intervention est également sanctionné par le juge lorsqu'il est la source de l'accident médical ou contribue à l'aggravation de l'état des patients[1045]. Cette sanction est comparable à celle que le juge pénal inflige sur le terrain de non-assistance à personne en danger. De même l'absence de transmission d'un dossier médicale exploitable, le mauvais passage d'informations d'un service à un autre ou l'erreur commise dans la transcription d'une fiche médicale sont autant d'erreurs qui permettent aussi d'engager la responsabilité du service public hospitalier[1046].

Il importe de préciser avant de conclure qu'il est, souvent, difficile de distinguer entre l'organisation et le fonctionnement du service. En effet, un problème structurel peut *in fine* se traduire par un problème de fonctionnement. Aussi, les décisions du juge algérien ainsi que celles de son homologue français confondent parfois ces deux aspects[1047].

B. La faute dans l'organisation de service

De manière générale, les manquements relatifs à la gestion humaine de l'hôpital relèvent particulièrement du défaut d'organisation des soins qui peut s'entendre d'une insuffisance du personnel présent, comme d'une absence de personnel qualifié. Assurément, il appartient à

[1043]C. Suprême, affaire n°118720 du 30-05-1995, hôpital Biskra c/ B. A et consorts, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 35.

[1044] C. Suprême, affaire n°159148 du 10-03-1998, cité par ZAHDOUR, Kaouthar, *La responsabilité en matière de transfusion sanguine à la lumière du droit algérien comparé*», Thèse, droit privé, Université Mohamed Ben Ahmed, d'Oran, 2013, p 256.

[1045] C. Suprême, affaire n°209917 du 26-07-2000, procureur général prés Cour d'appel de Batna et K.J c/ arrêt du 15-4-1998 de la Cour d'appel de Batna, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 42.

[1046] C. Constantine, cha, adm, 23-01-1987, arrêt non publié cité par cité par HANNOUZ, Mourad-Mouloud et HAKEM, Ahmed, *Précis de droit médical : à l'usage des praticiens de la médecine et du droit*, précité p 145.

[1047] C.E, arrêt 063344 du 28-04-2011, établissement hospitalier Skikda c/ H. R et consorts, Revue du Conseil d'Etat, n° 10, 2012, p 107 (pour le juge algérien). CE, 09 mars 2009, Mme Fanny Gourdain / CH spécialisé de Saint Venant, n° 303983, RGDM, n° 31, p. 356 (pour le juge français).

l'administration de prendre les décisions nécessaires pour satisfaire à ce qui s'apparente à une obligation de résultat, calibrée en fonction de la taille de l'établissement, de ses missions et de la difficulté objective de la situation.

La référence à l'absence du personnel est fort ancienne en jurisprudence administrative algérienne[1048], et elle ne manque pas d'illustrations. Ainsi, le Conseil d'État algérien a pu considérer que l'absence d'un médecin dans le contexte d'un accouchement dystocique se déroulant sous la surveillance d'une sage-femme justifiait l'engagement de la responsabilité du service public hospitalier sur le fondement d'un défaut dans l'organisation et le fonctionnement du service[1049]. Cet arrêt, où le Conseil d'État a jugé que «*l'absence d'un médecin dans de telles circonstances est constitutive d'un défaut dans l'organisation et le fonctionnement du service engageant la responsabilité du service public hospitalier*», constitue une évolution importante de la jurisprudence relative à l'organisation et au fonctionnement du service public hospitalier. Il souligne particulièrement l'importance de la présence obligatoire d'un médecin obstétricien de garde, apte à assister les sages-femmes lors de complications imprévues. Il faut rappeler que les solutions dégagées, en la matière, par les juges du fond étaient pour le moins disparates; certains arrêts retenant l'existence d'une faute[1050], quand d'autres l'écartaient dans des circonstances de fait similaires[1051]. Les répercussions de cette jurisprudence, quelque peu théorique au regard des conditions de fonctionnement quotidien des hôpitaux, sont considérables dans la mesure où elle implique pour les pouvoirs publics l'obligation d'affectation ou de présence d'un médecin de garde dans tous les hôpitaux disposant d'un service obstétrical.

En outre, le Conseil d'État algérien a estimé que l'absence d'un médecin anesthésiste dans un centre hospitalier prive le patient des garanties médicales auxquelles il est en droit de s'attendre de la part du service public hospitalier, révélant ainsi une carence organisationnelle significative[1052]. Il est nécessaire de préciser que le juge administratif doit apprécier les motifs pour lesquels le

[1048] CE, 21 juillet 1939, n° 63105, Lemaire : « *Considérant qu'il résulte des pièces du dossier que la jeune L., hospitalisée à la Maison des Tout Petits, à Monceau-Saint-Vaast, est décédée des suites de brûlures graves causées par l'apposition d'une compresse effectuée par une fille de salle inexpérimentée, attachée audit établissement ; que cet accident, dans les conditions où il s'est produit, est imputable à un défaut d'organisation du service de nature à engager la responsabilité du département du nord* ».

[1049] C.E, arrêt 092749 du 18-09-2014, établissement hospitalier El Mohamadia c/ A. Z, site officiel du Conseil d'Etat algérien, consulté le 2/2/2022.

[1050] C. Tlemcen, cham, adm, arrêt du 26-10-1999, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 51.

[1051] C. Djelfa, cham, adm, arrêt du 21-05-2001, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 37.

[1052] C.E, arrêt 050456 du 25-02-2010, Hôpital Sour el Ghozlane c/ k. M et consorts, Revue du Conseil d'Etat, numéro spécial « *responsabilité médicale des établissements publics de santé* », 2015, p 24.

praticien dont la défaillance est en cause était absent. En effet, un délai qui peut paraître excessif pour l'intervention d'un praticien ne sera pas considéré comme fautif s'il ressort de l'instruction que l'unique praticien requis était occupé par une autre intervention tout aussi urgente[1053]. De même, la question des astreintes est fréquemment soulevée en lien avec les absences ou retards des médecins. Bien que la garde et l'astreinte soient réglementées, un retard dans les soins dû au temps raisonnablement nécessaire pour qu'un praticien d'astreinte arrive à l'hôpital n'est pas considéré comme un défaut d'organisation du service[1054].

La position du juge administratif français est identique à celle du juge algérien[1055]. Toutefois, il considère également le manque de qualification et la délégation d'actes médicaux à un professionnel non qualifié comme critères pour engager la responsabilité du service public hospitalier en matière de problèmes d'effectif et de personnel[1056]. Cette position s'observe non seulement au niveau du personnel qualifié, mais aussi des équipements. En réalité, le fait pour un établissement de ne pas disposer d'un équipement qui aurait permis d'éviter un accident médical n'est pas, par principe, constitutif d'une faute engageant sa responsabilité, sauf dans certains cas particuliers. En ce sens, l'absence de mesure de la pression d'oxygène dans le sang artériel, faute de l'équipement nécessaire, n'a pas été considérée comme fautive par le juge administratif français[1057]. En effet, pour sanctionner l'insuffisance d'effectifs ou d'équipements, ce dernier se réfère aux normes admises, compte tenu de la catégorie de l'établissement et prend en compte précisément les circonstances de la survenue de l'incident[1058]. Ceci est particulièrement vrai depuis l'édiction de plus en plus fréquente de normes sanitaires minimales permettant de définir avec précision les équipements dont doivent disposer les établissements. Il ne fait nul doute qu'un dommage

---

[1053] C.E, du 06-01-2004, établissement hospitalier Haouari Boumediène/ F.F, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 99.

[1054] C. Suprême, affaire n°128892 du 26-12-1995, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome I, précité, p 37.

[1055] CE, 4 juillet 1990, n° 63930, Sté Le Sou Médical, mentionné aux tables du Recueil ; CAA Versailles, 25 mai 2010, n° 08VE03106, Centre hospitalier intercommunale des portes de l'Oise ; CAA Paris, 21 mars 2007, n° 04PA03090, Centre hospitalier de Coulommiers. (France).

[1056]CAA Bordeaux, 21 juin 1999, n° 96BX02224; CE, 5 mai 1995, n° 133237, Centre hospitalier régional d'Amiens c. L., inédit au recueil Lebon(France).

[1057] CE, 13 novembre 1981, CH d'Évreux / Époux Louis, Rec. CE, 1981, Tables, p. 903. (France).

[1058] CE, 16 avril 1980, Mme Clarrin, n° 01643 et n° 02777, Inédit au recueil Lebon : le Conseil d'État a considéré que « *la surveillance des malades du service était assurée par un personnel infirmier dont l'effectif correspondant aux normes admises et qu'il n'est pas établi de faute à l'égard de ce personnel ; que ni la circonstance que M. Clarrin ait réussi à se procurer une cordelette ni l'existence d'une canalisation apparente dans les toilettes ne sont révélatrices d'une faute de service ou d'un défaut d'aménagement susceptibles d'engager la responsabilité de l'établissement hospitalier* ». Voir également CAA Lyon, 5 juillet 2018, n° 16LY01234, inédit, Lebon. (France).

imputable au non-respect de ces normes engagerait la responsabilité du service public hospitalier.

La configuration des locaux des établissements de santé peut également être une cause engageant leur responsabilité. En effet, dans un arrêt par lequel le Conseil d'État a retenu la responsabilité de l'établissement hospitalier de Bejaia, il a considéré, s'appuyant sur le rapport d'expertise, que le fait que l'unité de réanimation du nouveau-né ne soit pas située à proximité du bloc obstétrical était constitutif d'un aménagement défectueux des locaux privant les patients des garanties médicales attendues du service public hospitalier[1059]. Il en est de même pour le matériel insuffisant ou défectueux qui n'est pas une cause exonératoire de responsabilité lorsqu'il est à l'origine d'un retard de soins. Ainsi, la mauvaise gestion d'un stock, ou l'absence de dispositifs médicaux sont susceptibles d'engager la responsabilité de l'hôpital pour faute dans l'organisation du service[1060].

En conclusion, il est clair que toute défaillance administrative, qui relève plus de la gestion et de la coordination des services que des soins eux-mêmes, mais qui affecte néanmoins la santé d'un patient, engage la responsabilité de l'hôpital. En tant qu'usager, le patient doit pouvoir compter sur un haut niveau de professionnalisme, ainsi qu'une organisation et un fonctionnement efficaces du service public.

[1059] C.E, arrêt 094850 du 20-11-2014, CHU Bejaia c/ M. F et consorts, site officiel du Conseil d'Etat algérien, consulté le 2/2/2022.

[1060] C. Annaba, cham, adm, du 29-09-2001, hôpital Annaba c/ T.A et consorts, Khadir, Abdelkader, « Recueil d'arrêts en responsabilité médicale », tome II, précité, p 96.

Conclusion du deuxième chapitre

Le régime de la responsabilité hospitalière est essentiellement un régime jurisprudentiel, construit par le juge administratif algérien au fil des affaires dont il a été saisi. En effet, ce dernier considère depuis longtemps que les rapports juridiques entre un hôpital public, le professionnel de la santé y exerçant et le patient traité relèvent du droit public, impliquant l'application des règles générales de la responsabilité administrative. Pourtant, bien souvent, le Code civil reste une source d'inspiration pour le juge administratif. Dans certains cas, il peut être amené à étendre, de manière mesurée, certains principes formulés dans le Code civil à des situations de droit public, notamment dans le champ de la responsabilité hospitalière qui présente plusieurs particularités liées évidemment aux caractères propres de cette activité.

En Algérie, la faute demeure le fondement prédominant de la responsabilité hospitalière. Appréciée en fonction de sa gravité, elle a longtemps été soumise à la distinction entre la faute simple et la faute lourde. Le Conseil d'État algérien dont la jurisprudence resta figée sur cette distinction pendant plus de quarante ans, a fini par la remplacer par une autre sémantique sans qu'elle ait réellement disparue. Au cœur de ces évolutions majeures, l'obligation de moyens continue de prévaloir, malgré une simplification des conditions d'engagement de la responsabilité hospitalière. Parallèlement, le juge algérien, s'inspirant de la jurisprudence française, a introduit des exceptions où la responsabilité des établissements de santé est engagée de plein droit, notamment en cas de défaut de produit de santé ou de dommages liés à des infections nosocomiales. En outre, le législateur algérien, a consacré de son côté une responsabilité sans faute dans le cadre des études cliniques. Cependant, il n'a pas suivi le mouvement de recul de la faute en matière de responsabilité médicale, tel qu'observé par le législateur français, ayant choisi de réparer les conséquences dommageables de l'accident médical non fautif, au titre de la solidarité nationale.

En ce sens, la jurisprudence algérienne ne reconnait que deux explications pour l'accident médical survenue dans un établissement de santé, à savoir la faute médicale et la faute dans l'organisation et le fonctionnement de service. Si la première génère des accidents graves qui provoquent une vive émotion et nécessitent des clarifications approfondies, les nombreux incidents, objectivement moins graves, causés par les dysfonctionnements de service requièrent tout autant d'analyse et de réponse appropriée.

Il reste qu'en Algérie, la voie juridictionnelle s'avère parfois être le seul cadre susceptible de révéler clairement les responsabilités dans ces situations. Pourtant, elle représente indéniablement un moyen insatisfaisant, reflétant un manque profond de confiance mutuelle dans la relation de soins.

Conclusion du deuxième titre

Le droit à l'information médicale puise ses racines au cœur du droit à la protection de la personne humaine consacré à un niveau très élevé dans la hiérarchie des valeurs constitutionnelles. Intimement lié au droit au consentement libre et éclairé du malade à l'acte de soins, il le conditionne en respect aux principes de la liberté humaine et du droit de la personne à l'intégrité de son corps. Déjà reconnus en droit algérien en tant que devoirs du praticien, la nouvelle loi de santé va ériger l'obligation d'information et le recueil du consentement en droits du malade en leur donnant une assise législative qui a permis d'en préciser les contours et d'en renforcer l'effectivité. Ainsi, en imposant la délivrance d'une bonne information préalable au recueil du consentement, l'objectif recherché par cette loi vise à confirmer la liberté décisionnelle du malade et permettre de rééquilibrer la relation de soins. Pourtant, les résultats obtenus sont loin d'atteindre les objectifs escomptés, et les conflits liés à la problématique du droit à l'information ainsi qu'au droit au consentement persistent toujours.

Par ailleurs, des accidents médicaux ou des événements indésirables aux formes diverses et conséquences variables peuvent survenir dans le cadre d'une activité de soins, de prévention ou de diagnostic en raison de leur nature qui comporte une grande part de risques, d'autant plus que ces actes sont devenus de plus en plus invasifs. Un événement indésirable associé aux soins peut être en lien avec une faute médicale sans pour autant en être toujours le résultat. Pourtant, en droit algérien, la faute demeure le fondement prédominant de la responsabilité médicale. Elle est évaluée de manière objective par référence aux pratiques admises par la communauté scientifique. Moins disposé à s'éloigner des conditions traditionnelles de l'engagement de cette responsabilité, le législateur algérien reconnait, néanmoins, une responsabilité sans faute des établissements publics de santé dans certains cas, sans pour autant consacrer des dispositions pour indemniser l'aléa thérapeutique au titre de la solidarité nationale.

Aussi, les débats et les subtilités d'analyse autour de la responsabilité hospitalière restent pertinents en Algérie. Loin d'être érodées par un long passé judicaire, ils sont au contraire toujours d'actualité et même « *promises à un bel avenir*»[1061]

[1061] PIERRE, Philippe, « Erreur médicale et faute juridique : brèves réflexions à propos d'un thème en renouvellement *», Revue juridique de l'Ouest*, n°2, 2006, pp 181-193.

Conclusion de la première partie

Le rapprochement et l'analyse des différents conflits qui opposent le malade aux établissements publics de santé ont permis de nous éclairer sur l'exigence grandissante de transparence et de résultat à laquelle sont confrontés, au quotidien, les professionnels de la santé de la part de leurs patients qui ont tendance à recourir, d'une manière croissante, à une procédure de réclamation ou à un assignement devant les tribunaux pour tout manquement à leurs différents droits.

En ce sens, les professionnels de santé redoutent, de plus en plus, d'être mis en cause dans le cadre de leur activité. La relation médicale qui devrait être empreinte de sérénité, à tout le moins de confiance, s'en trouve par conséquent nettement détériorée à tel point que de nombreux médecins exigent des décharges de responsabilité avant de pratiquer certains actes de soin. Ce système de médecine défensive peut engendrer un effet encore plus pervers dans la mesure où les exigences de résultats et de sécurité exprimés par les malades se révèlent être une «*prime à l'audace, aux opérations osées, comme l'est au chantage la responsabilité médicale trop étendue*»[1062].

L'irresponsabilité des professionnels de la santé n'est certainement pas acceptable; la mise en œuvre fréquente de leur responsabilité ne l'est guère non plus, c'est pour cette raison que le législateur algérien devrait mettre en place à l'instar de son homologue français des approches plus efficaces pour aborder les insatisfactions des patients ainsi que les conflits qui en découlent dans le but de les prévenir et, le cas échéant, de les régler amiablement dans un cadre moins dramatique mais aussi diligent que ne l'est celui d'un tribunal.

De tels dispositifs pourraient être l'occasion de dépassionner le débat sur les conflits et le contentieux médical, dont la perception devra être débarrassée de toute connotation infamante, notamment en matière de responsabilités civile ou administrative. Ces dernières n'ont pas une dimension punitive pour l'auteur des faits, mais seulement une fonction réparatrice pour la victime. Ainsi, professionnels et malades se trouveront réunis autour du seul objectif qui vaille: celui de l'amélioration constante de la qualité du système de santé.

[1062] Ainsi que l'écrivait le docteur FOVEAU DE COURMELLES, François-Victor, « Biographie du docteur FOVEAU de COURMELLES », *L'Album du Rictus, journal humoristique mensuel: première série* sur https://archive.org /details/BIUSante_24432x01, consulté le 5 mars 2023.

Partie 2- Construction d’outils de règlement des conflits opposant le malade à l’établissement public de santé

L’analyse des conflits opposant les patients aux établissements publics de santé a permis de démontrer que la conflictualité qui prévaut au sein de ces structures ne résulte pas seulement de faits fautifs générant des accidents médicaux. Des tensions peuvent également surgir entre les professionnels de santé, les patients ou leurs proches lorsqu’une situation complexe a été mal gérée au cours d'un acte de soins. C’est d’autant plus fréquent que les malades expriment de plus en plus des exigences de résultats et de sécurité envers les soignants. De plus, le caractère inhospitalier de ce lieu de vie où se mêlent guérison, souffrance et mort, peut aussi jouer un rôle significatif dans cette conflictualité. Des incidents, tels que le manque de confort, le bruit constant ou l’absence d’intimité, sont très pernicieux car ils ont tendance à s’aggraver dans la majorité des cas. De petites plaintes et réclamations qui auraient pu trouver des solutions sans trop de difficultés, ils évoluent vers un conflit complexe ou encore vers un contentieux délicat à trancher. Ces diverses situations nuisent gravement à la relation de soins et résultent souvent de l’absence de modalités qui auraient permis de les prévenir, ainsi que du recours à des démarches contentieuses inadaptées à la nature particulière de la relation de soins en vue de leur résolution.

En réalité, le droit algérien a instauré des procédures pour traiter les plaintes et les réclamations, ainsi que des mécanismes d'indemnisation des événements indésirables générés par l’activité de soins, notamment les accidents médicaux fautifs. Toutefois, ces dispositifs se révèlent insuffisants pour résoudre de manière efficace l'ensemble des conflits qui surgissent au sein des établissements publics de santé. Leurs limites deviennent apparentes, notamment lorsqu'il s'agit de traiter des situations où il n’existe pas formellement de contentieux, ou de restaurer des relations distendues par un manque de dialogue satisfaisant pour toutes les parties impliquées.

Aussi, il est impératif de revoir certains de ces dispositifs existants, voire de développer des outils novateurs au sein des établissements de santé algériens permettant de régler les conflits de manière plus adéquate. Assurément, un État de droit doit pouvoir adapter ses modes de régulation aux évolutions de sa conflictualité. Dans cette perspective, il importe que les nouveaux mécanismes créés puissent permettre aussi bien de prévenir efficacement les conflits, que de les résoudre dans une démarche qui préserve la relation de soins.

En ce sens, l'instauration d'une pratique participative au sein du secteur de la santé pourrait constituer un outil préventif et une première ligne de défense importante pour enrayer les risques des conflits. En effet, l'élargissement de la participation des patients, à travers leurs représentants,

dans la définition des politiques de santé et dans les processus décisionnels du secteur est une démarche essentielle pour faire face à la montée préoccupante de la méfiance de la population à l'égard de la gestion ce secteur ainsi que pour favoriser l'acceptation plus facile de l'action publique. Elle permet de renforcer la transparence et de créer des conditions favorables à une gouvernance plus démocratique et efficiente. De même, la participation joue un rôle déterminant dans la conception de solutions adaptées aux besoins réels des patients, en mettant en lumière des aspects qui peuvent échapper aux décideurs publics. En outre, elle contribue, en renforçant la présence des représentants des patients au sein des instances décisionnelles et consultatives des établissements de santé, à instaurer une approche organisationnelle reconnaissant la nécessité de contre-pouvoirs et plaçant ainsi les patients au cœur du processus d'amélioration de la qualité des prestations de soins **(*premier titre)*.**

Par ailleurs, la résolution des conflits prévalents au sein des établissements de santé doit être repensée en dehors du système judiciaire traditionnel, qui, dans la majorité des cas, ne fournit pas une réponse optimale pour les parties en litige. Il est souvent perçu comme trop lent, complexe, onéreux mais surtout mal adapté aux situations conflictuelles inhérentes à la relation de soins. En effet, porter les insatisfactions des malades devant les tribunaux peut éventuellement aboutir à la réparation du préjudice causé par un professionnel de santé ou à sa condamnation, mais cela ne permet certainement pas de restaurer le lien de confiance essentiel à la continuité de la relation de soins. Un procès a tendance à orienter l'attention sur les aspects négatifs de cette relation, souvent en effaçant rapidement tout ce qui a pu y être positif. En contraste, la mise en place d'une démarche de règlement amiable encourage une communication ouverte et transparente entre les patients et les professionnels de la santé, créant un environnement favorable à la continuité des soins. De plus, elle permet d'atténuer les pressions qui pèsent sur les professionnels de la santé et d'améliorer leur perception des conflits, les transformant en opportunités d'apprentissage et d'enseignement **(*deuxième titre)*.**

Titre 1- L’expression collective et la pratique participative: une solution prometteuse

Dès les années 1970, l'importance de la participation des citoyens, des usagers et des patients dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé, ainsi que dans l'organisation des soins, a été reconnue au niveau international. L'Organisation mondiale de la santé a joué un rôle pionnier en intégrant officiellement ce concept dans la Déclaration d'Alma-Ata, un document fondateur qui reconnait les droits et les responsabilités des patients de participer, individuellement et collectivement, à l'organisation et au fonctionnement des systèmes de santé. Depuis, cette agence onusienne a continué à produire d'autres rapports et documents qui ont réaffirmé l'importance cruciale de la gestion participative dans la résolution de problèmes concrets de santé. Ce concept s’est, donc, largement répandu au cours des deux dernières décennies, avec de nombreux pays qui l’ont inscrit à différents niveaux réglementaires de leurs droits, en développant des dispositifs permettant l’expression et la prise en compte de la parole des patients.

L’Algérie a, pour sa part, choisi de construire une forme restreinte d’institutionnalisation de ce processus démocratique dans le domaine de la santé. Inspirée principalement du mouvement global de la participation citoyenne dans la prise de décisions administratives, la démarche algérienne s’est souvent limitée à des dispositifs conjoncturels et peu efficaces, tels que les débats publics ou la représentation dans les conseils d’administration. Des mesures qui ne permettent pas de faire suffisamment entendre la voix des patients et ne répondent pas pleinement aux attentes de renforcement de la légitimité et de l'efficacité du système de santé. Pourtant, des facteurs sociologiques et culturels propres à la société algérienne favorisent la consultation et la prise de décision collective. De plus, les expériences étrangères, menées en la matière, offrent des pistes d'appui et de réflexion précieuses pour orienter vers des pratiques participatives exemplaires **(*chapitre I*).**

Aussi, dans l’ambition de renforcer la pratique participative dans le secteur de la santé en Algérie, afin de légitimer la décision dans ce secteur, la rénovation du processus existant est devenue primordiale. En effet, il est essentiel d'adopter un nouveau cadre règlementaire qui favorise une participation effective et significative des acteurs concernés. Cela implique de reconnaître et de définir clairement les différents acteurs impliqués, de mettre en œuvre des mesures concrètes pour sécuriser leur participation et d’identifier les mécanismes et les espaces dédiées au dialogue, à la concertation et à la gestion participative **(*chapitre II*).**

Chapitre 1 – La pratique participative dans la prise de décision sanitaire en Algérie: un dispositif timoré

La participation des patients à tous les niveaux de la décision sanitaire, tant dans l'élaboration des politiques de santé que dans les processus de gestion et de réformes, marque une transformation profonde des pratiques de gouvernance publique en Algérie. Reconnue comme étant un des mécanismes qui pourraient contribuer à l'amélioration du système de soins, elle s'inscrit en réalité dans un mouvement plus vaste de participation croissante des usagers au fonctionnement des institutions administratives, une démarche visant spécifiquement à moderniser les services publics.

En effet, la vision du service public a été repensée pour dépasser les concepts de totalisation et d'universalisation, en mettant d'abord l'usager au cœur de l'action administrative, puis en l'érigeant au rang de partenaire. La politique de modernisation du service public s'est donc fortement appuyée sur une volonté de mieux connaître et mieux servir l'usager, mais aussi d'étendre ses droits et d'améliorer ses relations avec les services publics. C'est d'ailleurs dans cette optique que la notion d'usager a été conceptualisée, avec une référence principale à la participation et à la citoyenneté. Une approche qui valorise particulièrement son degré d'implication active dans la conception, voire dans la production effective de la décision administrative. Bien qu'inspirée de ce mouvement global, la pratique participative dans le secteur de la santé, s'est formalisée en Algérie d'une manière assez timorée. Elle se limite à deux dispositifs qui marquent, certes l'engagement des patients dans le système de santé, mais ne permettent pas d'atteindre pleinement les objectifs escomptés **(*Section I*).**

Pourtant, la nécessité de la mise en place d'une gestion participative dans ce secteur et l'implication des patients dans les politiques publiques de santé est fortement légitimée par le contexte actuel, marqué par une carence de légitimité et de fortes critiques envers la gestion de ce secteur. Les enjeux de cette formalisation sont multiples, notamment en termes d'amélioration de la qualité des services de santé et de renforcement de la confiance entre les patients et les institutions sanitaires. À cet égard, les expériences étrangères et les facteurs sociologiques propres à la société algérienne peuvent être une source d'appui pour justifier la pertinence de l'évolution de la pratique participative en Algérie vers un modèle favorisant une implication réelle et une gestion plus démocratique et efficiente du système de santé **(*Section II*).**

Section 1. La pratique participative dans la décision sanitaire: état des lieux et formalisation en droit algérien

La pratique participative occupe une place de plus en plus importante dans les processus décisionnels en Algérie. Cette évolution découle de la reconnaissance croissante de l'importance de la participation des citoyens dans les prises de décision qui les concernent directement et leur collaboration avec l'administration dans divers contextes. Cependant, si cette expression de participation va rapidement intégrer le cadre juridique algérien et trouver une place dans son vocabulaire, à travers l'émergence de mécanismes juridiques spécifiques, elle ne va pas prendre une dimension lui permettant de caractériser juridiquement l'ensemble des dispositifs de participation à l'action administrative ***(§1).***

Construite en écho à la gestion participative dans la décision administrative, la portée de cette pratique dans le champ sanitaire reste très modérée en Algérie. En effet, bien que l'importance de la participation des patients dans les décisions liées au secteur de la santé soit reconnue, les mécanismes concrets pour la favoriser demeurent limités et les dispositifs permettant d'instaurer des structures de dialogue et de consultation sont souvent sporadiques et ne couvrent pas l'ensemble des questions relatives aux politiques publiques de santé. En outre, la participation à la compétence instituée à travers la représentation des patients dans les conseils d'administration des établissements de santé ne permet pas une réelle implication de ces derniers dans la gestion de ces établissements et dans les décisions stratégiques du secteur ***(§2).***

§.1 Une formalisation dérivée de la participation citoyenne dans la décision administrative.

Le concept de la participation citoyenne dans l'action administrative est perceptible dans de nombreux champs d'intervention de l'Administration. Il vise à améliorer le rapport par nature inégalitaire de cette dernière au citoyen, en lui permettant de « *collaborer à l'élaboration de son propre destin*»[1063] au moyen de divers dispositifs. Ce concept présente une complexité intrinsèque, car il tente de fusionner deux concepts juridiques distincts ayant été formalisés séparément, à savoir celui de citoyen, pour qualifier les administrés **(A)**, et celui de participation, pour caractériser son implication à la décision administrative **(B).**

[1063] RIVERO, Jean, « A propos des métamorphoses de l'administration d'aujourd'hui: démocratie et administration», dans, *Mélanges offerts à René Savatier*, Dalloz, 1965, pp 821-833.

A. la formalisation progressive de la notion de citoyen pour qualifier juridiquement l'administré.

Traditionnellement, le terme administré désigne la personne en interaction avec l'administration ou qui est soumis à un statut légal ou réglementaire. Dans ce modèle classique, la notion de citoyenneté appliquée à la relation entre l'administré et l'administration semblait paradoxale, «*la qualité d'administré étant indépendante de celle de citoyen, laquelle conditionne la participation sur le plan politique*»[1064]. Cependant, parallèlement à cette citoyenneté politique, s'est développée progressivement une notion de citoyenneté administrative[1065]. L'image traditionnelle de l'administré, associée à un contexte de subordination, a évolué vers celle de l'usager **(1)**, perçu comme bénéficiaire des services administratifs, puis vers celle de citoyen, intégrant l'idée d'une démocratie administrative **(2)**.

1. Le développement de la notion d'usager

Dans la sphère administrative, l'individu ne pouvait être qu'un sujet, au mieux un administré, soumis à la puissance unilatérale de l'administration incarnant l'intérêt général et subordonnée à la sphère politique. Dans ce modèle administratif traditionnel conçu à base d'unilatéralité et de contrainte, l'individu est administré, il reçoit, il subit. La relation administrative est pour lui une contrainte qu'il n'a pas choisie et qu'il ne peut éluder[1066]. « *Pris en charge et géré par l'administration, cible de son action, destinataire de ses normes, quadrillé par ses appareils, l'administré se présente comme un objet passif, malléable et docile. Cette relation de domination-sujétion ressort des formes par lesquelles l'administration agit en direction de la société. L'acte unilatéral apparaît comme le condensé de la toute-puissance administrative et l'expression de sa supériorité intrinsèque*; *l'administration ayant la faculté d'édicter des obligations, de conférer des droits, de forger des interdits et les administrés sont tenus de se plier à ses prescriptions, sans espérer pouvoir s'y dérober ou s'y soustraire»*[1067]. Ce style de commandement qui imprégnait l'ensemble des rapports entretenus avec l'administration et surdéterminait toute la relation administrative avec les citoyens va coïncider de moins en moins avec le nouveau contexte dans

[1064] TESTARD, Christophe, *Pouvoir de décision unilatérale de l'administration et démocratie administrative*, Thèse, droit public, Université de Lyon, 2016, p. 32.

[1065] PINEL, Florian, *La participation du citoyen à la décision administrative*, Thèse, droit public, Université de Rennes 1, 2018.

[1066] MORIO, Camille « Administré », Nicolas Kada éd., *Dictionnaire d'administration publique.* Presses universitaires de Grenoble, 2014, pp. 26-27.

[1067] CHEVALLIER, Jacques, « Le "public" du code», dans, *Lectures critiques du code des relations du public avec l'administration*, Lextenso, 2018, pp 127-140.

lequel se déploie l'action administrative et les pressions exercées sur elle en vue d'un rééquilibrage de la relation administrative[1068].

Ainsi, un premier mouvement est intervenu par le développement de la notion d'usager «*démontrant par-là même une émancipation de l'administré à l'égard de l'administration puisqu'il ne subit plus l'action administrative, mais en devient le bénéficiaire*»[1069]. Ce nouveau substantif tend à relativiser la relation verticale d'autorité de l'administration sur l'administré. Toutefois, il importe de préciser que la condition d'usager n'a été, au départ, considérée par la doctrine que comme une simple variante du statut d'administré[1070]. En effet, la relation entre le service et l'usager était encore surdéterminée par le modèle traditionnel de relation administrative qui était dominant dans la mesure où l'administration en reproduisait les caractéristiques essentielles. Aussi, l'usager, à l'instar de l'assujetti, n'avait pas de prise sur l'administration et le cadre des rapports restait foncièrement unilatéral[1071]. Cependant, le développement d'une administration de services a contribué à transformer l'administré d'objet passif et docile en sujet actif et exigeant et l'usager n'apparaît plus seulement « *comme une surface d'inscription des disciplines administratives mais comme le référent de l'action administrative »*[1072]. La relation administrative tout entière a dès lors basculé vers ce modèle et le recours au vocable d'usager, en dehors même du contexte de fourniture de prestations, vise à supprimer les connotations négatives de dépendance, de passivité et de sujétion attachées à celui d'administré. « *La condition d'administré est cette fois subsumée dans un statut d'usager doté d'une force attractive nouvelle, condensant les nouveaux contours de la relation administrative»*[1073].

Ce basculement s'est illustré en Algérie par la promulgation du décret n°84-104 portant création du commissariat à la réforme et à l'innovation administrative[1074]. Consacrant une sorte de

[1068] CHEVALLIER, Jacques, « De l'administration démocratique à la démocratie administrative », *Revue française d'administration publique*, vol 137-138, n° 1-2, 2011, pp 217-227.

[1069] DONIER, Virginie, « Les droits de l'usager et ceux du citoyen », *Revue française de droit administratif*, 2008, pp 13-19.

[1070] WELLER, Jean-Marc, « Les figures de l'usager dans les réformes de modernisation des services publics », *Informations sociales*, vol 198, n°3, 2018, pp 48-56.

[1071] TESTARD, Christophe, *Pouvoir de décision unilatérale de l'administration et démocratie administrative*, Thèse, précité.

[1072] Ibid.

[1073] CHEVALLIER, Jacques, « Le "public" du code», précité.

[1074] Décret n°84-104 du 12 mai 1984 portant création d'un commissariat à la réforme et à l'innovation administratives, JORA n° 20 du 15/5/1984.

« *rupture épistémologique* »[1075], ce texte était porteur d'un modèle administratif différent qui tendait à faire de l'usager la figure cardinale de toute la réforme administrative. Ce changement de paradigme a débouché quatre années plus tard, sur l'adoption d'un des plus importants textes du droit administratif algérien[1076], à savoir le décret exécutif n°88-131 organisant les rapports entre l'administration et les administrés[1077]. Avant d'expliquer la portée de ce texte, il n'est pas sans intérêt de préciser que ce décret a été pris à la suite d'un rapport établi par le ministère de l'Intérieur en 1987, intitulé *La bureaucratie : manifestations et enjeux*[1078]. Dans cette réflexion, l'on a particulièrement relevé l'exigence de l'élaboration d'un code de bonne conduite de l'administration en ces termes : « *dans le cadre de la mise en œuvre de nouveaux rapports entre l'administration et l'administré et d'un nouveau statut de l'usager du service public, l'exigence de l'élaboration d'un code de bonne conduite de l'administration s'impose. Ce code fixe les garanties nouvelles qui sont accordées à l'usager, assure une meilleure protection de leurs droits, fixe les voies et les modalités de recours contre l'arbitraire des décisions administratives et l'égalité des citoyens dans leurs rapports avec l'administration. D'autre part, afin de faciliter le dialogue administration-administré, il fixe une nouvelle procédure administrative non juridictionnelle en assurant une meilleure protection des administrations et en instituant dès le premier stade un recours administratif non contentieux* ». A l'évidence, ce document présenté au gouvernement le 25 novembre 1987, a servi à enrichir l'exposé des motifs du décret n° 88-131 qui a été adopté en juillet 1988[1079]. Il est important de noter que les ambitions initiales du ministère de l'Intérieur, telles que formulées dans le document, dépassaient en portée le texte réglementaire finalement adopté. En effet, ce dernier aspirait initialement à instaurer des normes renforçant les droits et obligations des usagers de l'administration et visait à élever l'usager au rang de partenaire actif dans le processus administratif. Une démarche qui devait s'accompagner d'un effort significatif d'information du

[1075] MAHIOU, Ahmed, *Etudes de droit public*, OPU, Alger, 1984, p 53.

[1076] Il est qualifié ainsi par plusieurs auteurs notamment le doyen Ahmed Mahiou. Voir MAHIOU, Ahmed, « Les séquences du changement juridique en Algérie. Cinquante ans de droit (1962-2012)», précité.

[1077] Décret exécutif n°88-131 du 4 juillet 1988 organisant les rapports entre l'administration et les administrés, JORA n° 27 du 6/7/1988.

[1078] Il s'agit d'un document interne du ministère de l'intérieur non publié qui a été cité dans plusieurs travaux de recherches et articles notamment par BENNADJI, Chérif, « Les rapports entre l'administration et les administrés en droit algérien: l'impérative codification », *Idara*, vol 10, n°1, 2000, pp 197-219. Nous avons pu consulter ce document au niveau de la Direction de la réglementation du ministère de l'Intérieur, des collectivités locales et de l'aménagement du territoire, suite à une demande formulée dans le cadre de notre recherche le 15/05/2022.

[1079]L'examen de l'exposé des motifs de ce texte, tel que présenté au Secrétariat Général du Gouvernement fait ressortir que la majorité de ses arguments sont calquées des propositions énoncées dans le rapport du ministère de l'intérieur de 1987.

public et d'une attention accrue envers les citoyens[1080]. Or, il convient de reconnaitre que l'essentiel du dispositif normatif adopté, comme le souligne beaucoup d'auteurs d'ailleurs[1081], est consacré aux obligations de l'administration qui sont formalisées en vingt-quatre articles, constituant plus de la moitié du *corpus* de ce texte structuré en quarante-deux articles et quatre chapitres. Il constitue toutefois la première normalisation du rééquilibrage des relations entre l'administration et l'administré. En effet, une analyse plus minutieuse de ce texte autorise plusieurs observations. Tout d'abord, il importe de préciser que si le texte en langue française utilise la notion d'administré, la version en langue arabe, donc officielle, retient celle de citoyen. Bien que nous ne nous attarderons pas excessivement sur les défis inhérents au bilinguisme juridique, fréquemment source de confusion pour les juristes et chercheurs en Algérie[1082], il est essentiel de souligner que ce dualisme terminologique soulève des différences substantielles de conception. En effet, l'emploi de la notion de citoyen plutôt que celui d'administré ou d'usager suggère une vision participative plus engagée de la relation entre l'individu et l'administration[1083]. Le législateur algérien a-t-il réellement pris de l'avance sur son homologue français, qui n'a consacré la notion de citoyen, comme nous le détaillerons plus amplement dans nos développements ultérieurs, qu'en 2000 ? Ou cette situation est-elle simplement le résultat des lacunes dans le travail de traduction et du développement imparfait de la terminologie juridique en Algérie ? Face à la complexité de trouver une réponse à ces questions, l'on se contentera de les soulever, reconnaissant que l'exercice est difficile, d'autant plus que plusieurs décennies se sont écoulées depuis l'adoption de ce texte.

Ensuite, mérite d'être examiné avec plus d'attention l'article 21 qui fait obligation à l'administration de développer toute mesure nécessaire pour s'adapter constamment aux techniques modernes d'organisation et de gestion. Pour s'acquitter de cette obligation, l'administration ne devrait pas agir isolément. Selon l'article 33 du texte mentionné, qui compte parmi les rares dispositions dédiées aux devoirs de l'administré, ce dernier est tenu de contribuer à l'amélioration du

[1080] L'analyse comparative des dispositions de ce texte avec les recommandations formulées dans le rapport révèle que ces dernières possédaient une portée plus vaste et suggéraient des interventions plus profondes. Ces recommandations peuvent être classées en quatre idées fortes : des actions visant à renforcer la confiance et la crédibilité envers l'État, des interventions ciblant les procédures et les circuits administratifs, des mesures concernant les textes réglementaires et les structures organisationnelles, ainsi que des initiatives axées sur les méthodes de travail et le personnel impliqué.

[1081] BENNADJI, Chérif, « Les rapports entre l'administration et les administrés en droit algérien: l'impérative codification », précité. Voir aussi FELLAG, Omar, « La relation entre l'administration et les administrés : étude juridique du décret exécutif n°88-131 », *Revue des études juridiques*, vol 1, n°2, 2015 pp 151-160, (article en Arabe). GHIZLANE, Salima, *La relation du citoyen avec l'administration en droit algérien* », Thèse, droit public, Université Benyoucef Benkheda d'Alger, 2013,(thèse en Arabe).

[1082] BABADJI, Ramdane, « Désarroi bilingue: note sur le bilinguisme juridique en Algérie *», Droit et société*, n° 15, 1990, pp 1-13.

[1083] DONIER, Virginie, « Les droits de l'usager et ceux du citoyen », précité.

fonctionnement de l'administration. Il doit le faire en formulant des propositions et suggestions constructives, *via* les registres de doléances disponibles dans chaque service ou tout autre moyen à sa disposition. L'intérêt de l'article 33 réside dans le fait que tout en énonçant un devoir à la charge de l'administré, il le promeut en véritable partenaire, devant se soucier du fonctionnement de l'administration. En effet, ces registres, consignant les propositions et suggestions des citoyens, devaient être exploités régulièrement par l'administration et servir de fondement à l'amélioration continue des services publics. En intégrant activement ces retours dans son processus décisionnel, l'administration ne se contente pas de répondre de manière *ad hoc* aux besoins citoyens, mais s'engage dans une démarche d'amélioration continue qui valorise l'expérience et l'expertise civique. Cette démarche permet non seulement de renforcer le lien de confiance entre citoyens et administration, mais également de concrétiser la vision d'une administration adaptative, ouverte et réceptive aux contributions de ses usagers

Indépendamment des défis liés à l'application effective de cette démarche par l'administration algérienne car une analyse approfondie de ces aspects dépasserait les limites de cette recherche, l'on peut toutefois affirmer que le décret n° 88-131 a amorcé le début de la construction de nouveaux équilibres entre l'administration et le citoyen. Une notion qui sera renforcée progressivement au fil de plusieurs autres textes.

2. Le développement de la notion de citoyen

Retenir la notion de citoyen comme titulaire du droit de participer à la gestion publique implique d'en délimiter les contours. En effet, « *ce glissement sémantique n'est pas qu'une simple formule, il est le reflet, d'une part, de la construction de nouveaux équilibres entre l'administration et le public et, d'autre part, de l'émergence de nouvelles revendications*»[1084]. Dans ses rapports avec l'administration, le citoyen peut être défini comme « *l'administré qui dispose de droits à l'égard de l'administration et d'une capacité à les faire respecter* »[1085]. Les «*droits de citoyenneté*»[1086] reposent «*sur l'idée que l'administré ne saurait être dépourvu d'un droit de regard et de contrôle sur une administration à laquelle il n'est pas entièrement extérieur, puisque l'administration est une branche de l'appareil d'État, appareil d'État dont la légitimité repose, dans un système démocratique, sur l'élection des organes politiques par les citoyens. Ainsi envisagée, la citoyenneté*

[1084] TESTARD, Christophe, *Pouvoir de décision unilatérale de l'administration et démocratie administrative*, Thèse, précité, p. 79.

[1085] DONIER, Virginie, « Les droits de l'usager et ceux du citoyen », précité, p 14.

[1086] GWELTAZ, Eveillard, « La citoyenneté administrative, vecteur de nouveaux droits publics subjectifs des administrés ? », dans, *Les droits publics subjectifs de l'administré,* Association française pour la recherche en droit administratif, LexisNexis, 2011, pp.97-113.

administrative serait un prolongement de la citoyenneté politique»[1087]. Bien que les citoyennetés politique et administrative ne puissent pas être associées, elles reposent autant l'une que l'autre sur la base citoyenne comme source de légitimité de la puissance publique. Alors qu'elle constituait le fondement de la dichotomie classique entre l'administré et le citoyen, la participation devient un élément fédérateur, puisqu'«*à la figure par essence passive de l'"administré", tend ainsi à se substituer, progressivement, celle, intrinsèquement active, du "citoyen"*»[1088]. C'est dans cet ordre d'esprit que le législateur algérien va consacrer, cette fois ci, dans plusieurs textes l'expression citoyen d'une manière explicite qui ne prête pas aux mêmes confusions que celles relevées dans le décret n°88-131. Ainsi, elle apparaît, à titre d'exemple, à l'article 2 de la loi relative à l'aménagement et au développement durable du territoire[1089] qui dispose que «*les citoyens sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique nationale d'aménagement du territoire… »*. Les lois relatives à la commune et à la wilaya ont également illustré cette nouvelle formulation en droit administratif dans le cadre des politiques publiques locales[1090].

Toutefois, il convient de préciser que le législateur algérien n'a pas reconnu la qualité de citoyen aux usagers du service public de santé à l'image de son homologue français[1091]. Bien que la législation française n'emploie pas directement le terme citoyen, elle a néanmoins établi de nouveaux équilibres entre les patients et le système de santé, reposant sur l'idée que ce dernier dispose de droits à l'égard de ce système et d'une capacité à les faire respecter. Une position qui reflète parfaitement la définition de citoyenneté, telle qu'adoptée en droit français. Pour rappel, en droit français, les droits de citoyenneté sont construits autour de l'idée que l'administré ne saurait être dépourvu d'un droit de regard et de contrôle sur une administration à laquelle il n'est pas entièrement extérieur[1092]. En effet, divers textes visant à réformer l'administration en France ont reflété cette conception. On retrouve ainsi l'expression citoyen dans la circulaire du 23 février 1989, relative au renouveau du service public[1093], la charte des services publics du 18 mars 1992[1094] et la

[1087] GWELTAZ, Eveillard, « La citoyenneté administrative, vecteur de nouveaux droits publics subjectifs des administrés ? », précité.

[1088] PINEL, Florian, *La participation du citoyen à la décision administrative*, Thèse, précité.

[1089] Loi n°01-20 du 12 décembre 2001 relative à l'aménagement et au développement durable du territoire, JORA n° 77 du 15/12/2001.

[1090] Il s'agit de la loi n° 11-10 du 22 juin 2011 relative à la commune, JORA n° 37 du 3/7/2011 et de la loi n° 12-07 du 21 février 2012 relative à la wilaya, JORA n° 12 du 29/2/2012. (Algérie)

[1091] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, précitée.

[1092] DONIER, Virginie, « Les droits de l'usager et ceux du citoyen », précité.

[1093] Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, JORF du 24 février 1989.

[1094] Direction générale de l'administration et de la fonction publique, La charte des services publics, La Documentation

circulaire du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'État et des services publics[1095], sachant que la véritable consécration a été introduite par la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration, dite *DCRA*[1096]. Néanmoins, si l'expression citoyen est employée dans l'intitulé de cette loi, elle n'apparaît que très épisodiquement dans le corps même des dispositions de ce texte.

Par ailleurs, il importe de préciser que, depuis peu, le législateur français semble vouloir revenir sur cette notion de citoyen en promouvant la figure du public. Ceci est manifeste depuis l'adoption de l'ordonnance n° 2015-1341 du 23 octobre 2015[1097], qui met en avant cette nouvelle terminologie dans le code des relations entre le public et l'administration. Le professeur Jacques Chevallier explique cette position par le fait qu'« *à l'aune de la participation à la décision unilatérale, la notion de public a une connotation collective que n'a pas nécessairement le citoyen. Les procédures de participation du public, au sens restreint, sont juridiquement celles permettant à toute personne physique ou morale de participer. Il ne s'agit là que d'une forme d'instruments participatifs. Dans d'autres hypothèses, le droit de participer est plus spécifiquement accordé à des personnes directement intéressées, à des représentants d'intérêts ou encore à des électeurs. Le législateur fait donc un double emploi en utilisant la notion de public, dans un sens large, pour viser tantôt toute personne (c'est-à-dire le public dans un sens cette fois-ci restreint), tantôt des personnes directement intéressées, des représentants d'intérêts ou des électeurs»*[1098].

Cette position du législateur français de promouvoir la notion de public comme expression de nature à intégrer toutes les personnes physiques ou morales issues de la société civile aux procédures de participation à la décision administrative est assez proche de celle retenue par le législateur algérien dans le cadre de la loi sur les associations que nous développerons plus amplement dans le prochain chapitre. En effet, cette législation algérienne considère comme citoyens, aussi bien les personnes physiques que les personnes morales de droit privé non chargées d'une mission de service public. La majeure partie des droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ont été, en effet, reconnus à toute personne, qu'elle soit physique ou morale, la figure contemporaine du citoyen étant en mesure de caractériser l'ensemble des administrés et ce

---

française, 1992. (France)

[1095] Circulaire du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'État et des services publics, JORF n°174 du 28 juillet 1995.

[1096]Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, JORF n°0088 du 13 avril 2000.

[1097] Ordonnance n° 2015-1341 du 23 octobre 2015 relative aux dispositions législatives du code des relations entre le public et l'administration, JORF n° 0248 du 25 octobre 2015.

[1098] CHEVALLIER, Jacques, « Le "public" du code», précité, p 7.

faisant toutes les composantes de la société civile. L'administration aurait alors nécessairement affaire à un citoyen au sens du droit administratif. Toutefois, il importe de préciser que la doctrine algérienne ne tend pas toujours à voir dans les personnes morales de droit privé des « citoyens ». Fortement influencée par la doctrine française, dont certains auteurs tels que Dominique Maillard Desgrées du Loû, Virginie Donier ou encore Christophe Testard estiment que le citoyen ne peut être qu'une personne physique[1099], elle considère que les personnes morales peuvent, au mieux, en être de simples usagers[1100].

B. La formalisation de la notion de participation pour qualifier l'implication du citoyen à la décision administrative

La notion de participation à la prise de décision n'a jamais été consacrée juridiquement comme un concept global de nature à qualifier juridiquement l'ensemble des instruments qu'elle regroupe. Toutefois, il existe en droit algérien des dispositions constitutionnelles faisant référence à la participation citoyenne **(1)**. Ce cadre général s'est accompagné d'une formalisation dans différents textes contemporains **(2)**.

1. La participation dans la Constitution algérienne

La participation fait référence à tout mécanisme mis en place afin d'impliquer de manière active les citoyens. Elle a pour objectif de soutenir le développement d'une société démocratique en renforçant le pouvoir d'agir de ses citoyens[1101]. C'est un processus qui implique une mobilisation tant de la part des acteurs institutionnels (État, experts, élus) que des citoyens. Consacrée par la conférence de Rio[1102], la participation est inhérente au développement durable et est considérée

[1099] MAILLARD DESGREES DU LOU, Dominique, *Droit des relations de l'administration avec ses usagers*, PUF, 2000, p. 28. Voir aussi DONIER, Virginie, « Les droits de l'usager et ceux du citoyen », précité, p. 13 et TESTARD, Christophe, *Pouvoir de décision unilatérale de l'administration et démocratie administrative*, Thèse, précité, p. 32.

[1100] AKLI, Lynda et SMAIL, Djouher, «La notion de citoyenneté en droit algérien », *Revue Esséradj pour l'éducation et affaires sociales,* vol 2, n°2, 2018, pp 110-121, (article en Arabe). Voir aussi BEN AMER, Abderrahmane et EL KHAL, Ibrahim, «Lecture dans la définition de la citoyenneté dans la législation algérienne », *Revue Maârif pour études juridiques et économiques,* vol 2, n°3, 2021, pp 5-17, (article en Arabe).

[1101] POURTOIS, Hervé, et John, PITSEYS, « La démocratie participative en question », *La Revue Nouvelle*, vol 7, n°7, 2017, pp. 30-35.

[1102] « *La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED), aussi connue sous le nom de Sommet Planète Terre ou Conférence de Rio a eu lieu à Rio de Janeiro, au Brésil, du 3 au 14 juin 1992. Cette conférence globale, tenue à l'occasion du 20e anniversaire de la première Conférence sur l'environnement humain, à Stockholm, en Suède, en 1972, a réuni des dirigeants politiques, diplomates, scientifiques, représentants des médias et des organisations non gouvernementales (ONG) de 179 pays pour un effort massif visant à réconcilier l'impact des activités socio-économiques humaines et l'environnement. La CNUED a proclamé le concept du développement durable comme un objectif atteignable pour chacun de par le monde. Elle a par ailleurs reconnu que l'obtention de ce type d'intégration et d'équilibre des dimensions d'ordre économique, social et environnemental nécessite de nouvelles perceptions de la manière dont nous produisons et consommons mais surtout de la façon dont nous prenons nos*

depuis comme le *leitmotiv* des politiques publiques et urbaines. À l'échelle internationale, elle s'est imposée comme un principe d'action mondiale[1103].

En Algérie, il a fallu attendre le tournant de libéralisation de l'économie intervenu en 1994 avec le Programme d'Ajustement Structurel[1104], qui avait marqué la fin de la période dite socialiste, pour que le pays puisse rejoindre le cortège international des expérimentateurs des nouvelles méthodologies participatives, promues par les bailleurs de fonds internationaux. En effet, depuis le début des années quatre-vingt-dix, notre pays a adhéré aux protocoles liés au développement durable en tentant de répondre aux injonctions de la « *bonne gouvernance*» émanant des institutions internationales, telles que le Fonds monétaire international et la Banque mondiale qui ont imposé des conditions draconiennes pour accompagner certains prêts[1105].

Dans la masse importante des mesures qui ont été prises par l'Etat algérien pour appliquer ces injonctions, la participation citoyenne s'est déclinée dans divers montages opérationnels mais aussi dans diverses dispositions constitutionnelles. C'est ainsi que le préambule de la Constitution de 1996[1106] a prévu que «*le peuple entend, par cette Constitution se doter d'institutions fondées sur la participation des citoyens à la gestion des affaires publiques et qui réalisent la justice sociale, l'égalité et la liberté de chacun et de tous* ». Abondant dans le même sens, les articles 16 et 31 disposent respectivement quant eux que : « *l'Assemblée élue constitue l'assise de la décentralisation et le lieu de la participation des citoyens à la gestion des affaires publiques* » et que « *les institutions ont pour finalité d'assurer l'égalité en droits et devoirs de tous les citoyens et citoyennes en supprimant les obstacles qui entravent l'épanouissement de la personne humaine et empêchent la participation effective de tous, à la vie politique, économique, sociale et culturelle »*. Ainsi, la participation de la société civile aux décisions publiques est au cœur de cette Constitution illustrant l'émergence de ce mécanisme en tant qu'outil de gouvernance en droit algérien.

En 2011, le président de la République Abdelaziz Bouteflika a prononcé un discours dans

---

décisions », Nations Unies, Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, du 3 au 14 juin 1992, Rio de Janeiro, sur https: // www. un.org /fr/ conferences/environment/rio1992, consulté le 18/3/2023.

[1103] FELLI, Romain, « Développement durable et participation : la démocratie introuvable », *Belgeo*, n°4, 2005, PP 425-434.

[1104] CHERIF, Chakib, « Programme d'ajustement structurel et résultats socio-économiques en Algérie », *Revue sciences humaines*, n°18, 2002, pp 39-56.

[1105] ABDOUN, Rabah, « L'économie algérienne à l'épreuve de l'ajustement structurel », *NAQD*, vol 4, n°1, 1993, pp. 82-89. Voir aussi MEZOUAGHI, Mihoub, et Fatiha, TALAHITE, « Les paradoxes de la souveraineté économique en Algérie », *Confluences Méditerranée*, vol 71, n° 4, 2009, pp. 9-26.

[1106] La Constitution algérienne de 1996 a été adoptée par référendum le 26 novembre de la même année ; Elle fait suite à la Constitution de 1989 dont elle est une révision Constitutionnelle. Elle a été promulguée le 8 décembre 1996, JORA n° 76 du 8 décembre 1996.

lequel il s'est engagé à entreprendre une série de réformes visant à renforcer la démocratie et à effectuer une révision constitutionnelle. Après avoir fait une longue rétrospective des réalisations accomplies depuis son arrivée au pouvoir en 1999, il a abordé le chapitre des réformes en insistant sur le principe de la démocratie participative en ces termes: «*Nous sommes aujourd'hui appelés à aller de l'avant dans l'approfondissement du processus démocratique, le renforcement des bases de l'État de droit, la réduction des disparités et l'accélération du développement socio-économique. (...) Conscient de la responsabilité qui m'incombe, fort de votre soutien et soucieux de préserver l'équilibre des pouvoirs, j'œuvrerai à introduire des amendements législatifs et constitutionnels en vue de renforcer la démocratie participative dans notre pays* »[1107]. C'est dans ce contexte, également marqué par les vagues de contestations populaires, d'ampleur et d'intensité très variable, qui se sont produites dans de nombreux pays du monde arabe, dénommés « printemps arabes »[1108], que le pouvoir constituant algérien va adopter la Constitution de 2016[1109], en veillant à renforcer l'exigence de la participation citoyenne dans la gestion publique à travers plusieurs dispositions. Ainsi, l'article 15 fixe comme missions fondamentales de l'État, celle d'« *encourager la démocratie participative au niveau des collectivités locales*». En outre, l'article 205 prévoit de créer un conseil national économique et social dont la mission essentielle est « *d'offrir un cadre de participation de la société civile à la concertation nationale sur les politiques de développement économique et social* ».

Par ailleurs, il convient de rappeler que cette Constitution a connu une nouvelle révision adoptée le 30 décembre 2020[1110]. Dans cette dernière mouture, il a été reconduit l'ensemble des dispositions inhérentes à la participation citoyenne dans la gestion des affaires publiques garanties par les précédentes versions de la Constitution. Toutefois, l'actuelle révision constitutionnelle marque une réelle avancée en la matière en disposant à l'article 10 que *« l'Etat veille à promouvoir le rôle de la société civile en vue de sa participation à la gestion des affaires publiques* » et ce en créant à travers l'article 213 un Observatoire national de la société civile chargé de contribuer à la promotion des valeurs nationales et la pratique démocratique et citoyenne.

Contrairement au droit algérien où la Constitution a explicitement consacré la notion de

[1107]Cité par BELAOUAR, Mostapha, « La réforme constitutionnelle : étude de la révision constitutionnelle de 2016 », *Revue des recherches politiques et administratives,* vol 6, n°1, 2017, pp 275-286, (article en Arabe).

[1108] CHENA, Salim, « L'Algérie dans le « Printemps arabe » entre espoirs, initiatives et blocages », *Confluences Méditerranée*, vol 77, n°2, 2011, pp 105-118.

[1109] La loi n° 16-01 du 06-03-2016 portant révision Constitutionnelle, précitée.

[1110] Décret présidentiel n° 20-442 du 30 décembre 2020 relatif à la promulgation au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire de la révision Constitutionnelle, adoptée par référendum du 1er novembre 2020, précité.

participation citoyenne, il n'existe pas dans la constitution française de disposition relative à une telle participation. Pourtant, cette absence de cadre constitutionnel en France n'a pas empêché le législateur d'encourager ou imposer une telle participation à la décision publique dans les grands textes contemporains français[1111], un phénomène observé également dans plusieurs textes majeurs en Algérie.

2. La participation dans les textes contemporains algériens

Plusieurs textes législatifs algériens ont consacré, à travers divers mécanismes, le principe de la participation citoyenne dans la gestion des affaires publiques d'une manière expressive et évidente. En réalité, cette participation a été formalisée essentiellement dans les codes des collectivités territoriales[1112]. En effet, en vertu du code communal, la commune constitue le cadre institutionnel d'exercice de la démocratie au niveau local et de gestion de proximité. L'assemblée populaire communale, qui est l'équivalent du conseil municipal français, prend toute mesure pour informer les citoyens des affaires les concernant et les consulter sur les choix des priorités d'aménagement et de développement économique, social et culturel en s'aidant des supports et des médias disponibles[1113]. L'assemblée populaire doit veiller à mettre en place un encadrement adéquat des initiatives locales, visant à intéresser et à inciter les citoyens à participer au règlement de leurs problèmes et à l'amélioration de leurs conditions de vie[1114]. Elle peut également présenter un exposé sur ses activités annuelles devant les citoyens[1115]. Pour réaliser les objectifs de démocratie locale, dans le cadre de la gestion de proximité visée dans le cadre de cette loi, le président de l'assemblée populaire communale peut, chaque fois que les affaires de la commune l'exigent, faire appel, à titre consultatif, à toute personnalité locale, à tout expert ou tout représentant d'association locale dûment agréée qui, en raison de ses compétences ou de la nature de ses activités, peut apporter des contributions utiles aux travaux de l'assemblée ou de ses commissions[1116]. Par ailleurs, toute personne peut consulter les extraits des délibérations de l'assemblée populaire communale ainsi que les arrêtés communaux et toute celle ayant intérêt peut

---

[1111] PINEL, Florian, *La participation du citoyen à la décision administrative*, Thèse, précitée, p 21.

[1112] Il s'agit de la loi n° 11-10 du 22 juin 2011 relative à la commune et de la loi n° 12-07 du 21 février 2012 relative à la wilaya, précitées.

[1113] Titre III, partie 1, articles 11 à 14 de la loi n° 11-10 relative à la commune, précitée.

[1114] Tel que dispose l'article 12 de la loi n° 11-10 relative à la commune, précitée.

[1115] Conformément à l'article 11 de la loi n° 11-10 relative à la commune, précitée.

[1116] En vertu de l'article 13 de la loi n° 11-10 relative à la commune, précitée.

également en obtenir une copie totale ou partielle, à ses frais[1117]. Pareillement, la loi n°12-07 relative à la wilaya a renforcé les dispositions relatives à la démocratie participative en reprenant intégralement celles consacrées dans la loi relative à la commune[1118]. En effet, de nombreuses dispositions ont été reconduites notamment en matière d'information des citoyens et de transparence des délibérations de l'assemblée populaire de wilaya, organe équivalent au conseil départemental français, tandis que d'autres ont été renforcées pour garantir une meilleure application de la démocratie participative. Ainsi, cette loi consacre des principes relatifs à la concertation et à la décentralisation, au développement durable et à la gouvernance urbaine[1119]. Cette continuité législative a permis de consolider les acquis en matière de démocratie participative tout en assurant une certaine stabilité juridique qui favorise une évolution raisonnée de la réglementation[1120]. Il importe, également, de préciser que le renforcement de la démocratie participative au niveau local était inscrit comme l'un des axes prioritaires de la coopération entre l'Union Européenne et l'Algérie pour la période 2013-2017[1121]. Ce programme, cogéré avec le Programme des Nations unies pour le développement, visait l'amélioration de la participation citoyenne dans la planification et la mise en œuvre des politiques communales et de développement économique ainsi que le renforcement du rôle de la société civile, y compris à travers l'utilisation des programmes d'assistance technique. Il avait pour ambition de permettre l'aboutissement à une gouvernance communale concertée, transparente et attentive aux besoins et aux attentes des citoyens notamment des jeunes et des femmes. Le programme prévoyait notamment la mise en place d'outils et d'approches favorisant la concertation et la participation de la société civile dans la

[1117] Conformément à l'article 14 de la loi n° 11-10 relative à la commune, précitée.

[1118] En vertu des articles 18, 32 et 36 de la loi 12-07 relative à la wilaya, précitée.

[1119] Conformément aux missions de l'assemblée populaire de wilaya et aux nouvelles prérogatives du wali notamment ceux consacrés aux articles 102 et 112 de la loi 12-07 relative à la wilaya, précité.

[1120] KACHER, Abdelkader, « De la démocratie participative en général, et de son objet en Algérie en particulier », *Revue Académique de la Recherche Juridique*, vol 10, n°02, 2019, pp 169-181.

[1121] Décret présidentiel n°05-159 du 27 Avril 2005 portant la ratification de l'Accord euro-méditerranéen entre la communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la République Algérienne démocratique et populaire, d'autre part, JORA n°31 du 30/4/2005. Suivant cet accord, l'Union européenne finance depuis 2007 un programme d'appui à la mise en œuvre de l`Accord d'Association (AA), ce programme est conçu pour appuyer l'administration algérienne et toutes les institutions contribuant à la mise en œuvre de l'AA, en apportant à celles-ci l'expertise et les outils de travail nécessaires à la réalisation des objectifs de l'Accord. Un premier programme (p3AI) doté d'un budget de 10 millions d'EUR et ciblant prioritairement les volets économiques et commerciaux de l'AA a été mise en œuvre sur la période 2008-2012. Un deuxième programme (P3A II) doté d'un budget de 29 millions d'EUROS a démarré en Mars 2011 pour une durée de 4 ans, ce dernier élargit la coopération a de nouveaux secteurs tels que l'agriculture, la justice. Un troisième programme d'appui (2013-2017) doté d'un budget de 35 million d'EUROS dont 5 millions été spécialement réservé pour l'appui à la surveillance et l'encadrement du Marché a été signe par les autorités algériennes en décembre 2013.

planification et la gestion du développement territorial de la commune[1122].

Par ailleurs, le législateur algérien a consacré le principe de la démocratie participative dans plusieurs autres textes. Ainsi, entre autres, la loi n°03-10 du 19 juillet 2003[1123] qui procédait de l'application par l'Algérie « *d'une politique moderne intégrant le concept de développement durable, arrêté lors du Sommet de la Terre de Rio de Janeiro en 1992* (…)*lui-même inspiré des fondements du nouveau droit de l'environnement adopté au niveau international*»[1124], a reconnu aux associations de protection de l'environnement le droit de se constituer en partie civile devant les juridictions en cas d'atteinte à l'environnement en vertu du «*principe de l'information et de la participation des populations*»[1125]. Il importe, toutefois, de préciser que cette reconnaissance n'arrive qu'en septième position seulement dans la hiérarchie des principes de référence de l'action publique.

Le code de l'urbanisme est resté quant à lui étanche à l'insertion du principe de la participation. La loi n°06-06 du 20 février 2006 portant loi d'orientation sur la ville[1126], a inclue dans son contenu le principe de participation citoyenne. Cette loi qui n'a fait l'objet d'aucune application en raison de l'absence de textes d'application, préconisait une démarche où « *les différents secteurs et acteurs concernés œuvrent ensemble pour la réalisation d'une politique de la ville organisée de manière cohérente et optimale, à partir de choix arrêtés par l'État et des arbitrages communs* »[1127]. Cette cohérence globale, méthodologique était sous-tendue par la mise en œuvre d'un principe de « *gestion de proximité selon lequel étaient recherchés et mis en place les supports et procédés destinés à associer, directement ou par le biais du mouvement associatif, le citoyen à la gestion des programmes et actions concernant son cadre de vie et d'en apprécier et évaluer les effets engendrés* »[1128].

[1122] YAHOUNI, Oussama et BERZIGUA-SENOUSSI, Amina, « Accord d'Association entre l'Algérie et l'Union Européenne: Mise en œuvre et Perspectives *», The Algerian Journal of Political sciences and International Relations*, vol 13, n°2, 2020, pp 371-390.

[1123] Loi n° 03-10 du 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable, JORA, n° 43 du 20/7/2003.

[1124] MADANI, Safar Zitoun, « Les expériences participatives en Algérie : un révélateur des attentes citoyennes? », *Insaniyat* , n° 90, 2020, pp 29-46.

[1125] Conformément à la loi n° 03-10 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable, JORA n°43 du 20/7/2003 dont l'article 3 dispose que: «*La présente loi se fonde sur les principes généraux suivants : ….- le principe d'information et de participation, selon lequel toute personne a le droit d'être informée de l'état de l'environnement et de participer aux procédures préalables à la prise de décisions susceptibles d'avoir des effets préjudiciables à l'environnement ».*

[1126] Loi n° 06-06 d'Orientation de la ville du 20 Février 2006, JORA n° 15 du 12/3/2006.

[1127] Article 2, alinéa 1 de la Loi 06-06 d'Orientation de la Ville, précitée.

[1128] Article 2, alinéa 4 de la Loi 06-06 d'Orientation de la Ville, précitée.

En outre, il convient de noter que le ministère de l'Intérieur et des Collectivités locales avait annoncé, en mars 2016, l'existence d'un projet de loi sur la promotion de la démocratie participative, alors en cours de finalisation[1129]. Ce projet de loi, devait comporter plusieurs mécanismes encourageant les citoyens à s'impliquer dans la gestion des affaires locales dans les communes et wilayas[1130]. Ces mécanismes amèneront le citoyen à participer à « la prise de décision et à la gestion des affaires le concernant », notamment en ce qui concerne les projets d'intérêt général ou d'utilité publique. Il devait également prévoir la création de nouveaux mécanismes de participation citoyenne, tels que des conseils consultatifs locaux ainsi que des consultations populaires sur les décisions importantes. En outre, il devait encourager le développement de plateformes d'échange électronique qui servent non seulement d'espaces d'information pour le public, mais aussi de lieux pour la consultation et la concertation. Elles permettent également aux citoyens d'accéder à des documents et actes administratifs pertinents. Toutefois, il convient de noter que ce projet de loi n'a finalement jamais été adopté. Les détails précis concernant ce retard d'adoption n'ont jamais été expliqués. Le portail officiel du ministère de l'Intérieur algérien indique que cette mouture est toujours en cours d'élaboration et de discussion[1131].

Enfin, il est pertinent d'examiner la position du droit français en matière de participation du citoyen à la décision administrative, dans la mesure où le législateur français a introduit là également des concepts novateurs, qui se distinguent notablement du droit algérien. En effet, il y a lieu de préciser que si plusieurs textes français illustrent le domaine de cette participation[1132], l'avènement du code des relations entre le public et l'administration par l'ordonnance n° 2015-1341 du 23 octobre 2015 aurait pu être ce temps fort pour une véritable reconnaissance d'un concept juridique de participation. Or, le législateur français n'a pas fait le choix de mettre en avant cette

[1129] Dans le discours inaugural prononcé par le ministre de l'Intérieur, lors de l'installation de l'Observatoire national du Service public, il a été indiqué que ce projet de loi s'inscrit dans le cadre de la concrétisation des amendements constitutionnels de 2016. Élaboré à 90%, il serait soumis dans les prochaines semaines au gouvernement pour examen et débat. Nacir, Samara, « L'Observatoire national du service public : un outil d'amélioration des politiques administratives publiques en Algérie», *Annales de l'Université de Guelma pour les sciences sociales et humaines,* vol 13, n°1, 2019, pp 275-298, (article en Arabe).

[1130] Conformément au rapport de présentation de ce projet de loi mis en ligne par le ministère de l'Intérieur sur son portail officiel. Voir à ce sujet Ministère de l'Intérieur, des Collectivités Locales et de l'Aménagement du Territoire, *Avant projet de loi relative a la participation citoyenne et aux activités participatives au niveau local*, Rapport, 2017, sur https://www.interieur.gov.dz/images/democrative-participative.pdf consulté le 6/4/2023.

[1131] Ibid.

[1132] Loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, JORF n° 8, février 1992. Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement, JORF n° 29 du 3 février 1995. Loi Constitutionnelle n° 2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement, JORF n° 51 du 2 mars 2005. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n° 36 du 12 février 2005.

notion, lui préférant la nouvelle expression d'«*association du public aux décisions prises par l'administration »*[1133]. Pourtant, comme pour le « public », le choix de retenir l'expression « association » a été contesté. Pour Christophe Testard, *« cette nouveauté procède sans doute de la nécessité de vouloir rassembler les différents procédés de participation du public, mais il semble que précisément la notion de participation privilégiée jusqu'à présent était suffisamment malléable pour inclure les différentes hypothèses d'intervention du public lors de l'élaboration des décisions administratives. Une autre critique a porté sur le domaine de l'association du public telle qu'elle est envisagée dans le code des relations entre le public et l'administration. Au sein du code des relations entre le public et l'administration sont fédérés sous cette appellation les dispositifs juridiques que sont les consultations ouvertes sur internet, les enquêtes publiques, les commissions administratives à caractère consultatif et les procédés référendaires, sans avoir vocation à être exhaustif »*[1134].

Malgré l'attachement des juristes à la précision terminologique, où chaque mot porte une valeur juridique distincte, il est important de reconnaître que, tant en droit français qu'en droit algérien, les notions consacrées « d'association ou de participation » convergent pour désigner tous les mécanismes développés pour impliquer activement les citoyens dans les processus décisionnels. Cette reconnaissance qui transcende les différences sémantiques et met en lumière l'engagement vers une gouvernance inclusive, est fondamentale dans le cadre de notre recherche. Le modèle de gestion participative consacré en droit français ayant fortement inspiré la conceptualisation du nouvel outil de gestion participative que nous envisageons de créer en droit algérien.

§.2 Une formalisation à l'état embryonnaire dans le secteur de la santé

La pratique participative dans le secteur de la santé en Algérie s'est principalement manifestée à travers deux aspects majeurs. Le premier concerne le débat public qui a eu lieu lors de l'organisation des assises nationales de la santé, rassemblant les différents acteurs du système de santé dans le but de débattre des enjeux et défis du secteur et de formuler des recommandations pour son amélioration **(A)**. Le second consiste en la participation des représentants des usagers au sein des conseils d'administration des établissements de santé **(B)**. Toutefois, malgré ces avancées, l'efficacité réelle de ces mécanismes de participation demeure problématique. En effet, bien que les assises et les conseils d'administration permettent formellement une participation citoyenne dans les processus décisionnels, il reste à déterminer si celle-ci influence substantiellement les politiques de santé et les décisions clés qui affectent directement la prise en charge des patients.

[1133] Intitulé du titre III du livre Ier du code des relations entre le public et l'administration, précité.

[1134] PINEL, Florian, *La participation du citoyen à la décision administrative*, Thèse, précitée.

A. Les assises nationales de la santé: une forme d'expression de la parole citoyenne

Les assises nationales de la santé ont établi un cadre propice à un dialogue approfondi entre les professionnels de santé, les représentants des patients, et les partenaires sociaux concernant les politiques publiques de santé et l'organisation du système sanitaire. L'objectif de ces discussions est de permettre à chaque partie prenante d'exprimer ses opinions, afin de dégager des mesures qui amélioreront, consolideront et adapteront l'offre de soins autour des principes qui fondent le système de santé algérien.

Bien que plusieurs initiatives aient été lancées pour organiser des assises de la santé en Algérie, seulement deux d'entre elles, celles de 1998 et de 2014, peuvent être véritablement considérées comme des dispositifs participatifs de concertation **(1).** Ces deux événements se distinguent par leurs modalités d'organisation et leurs résultats et retombées normatives qui ont profondément marqué le secteur de la santé **(2).**

1. Deux éditions : deux contextes différents mais une démarche similaire

Plus de deux décennies plus tard, les assises nationales de la santé dans leur première édition, tenues les 26, 27 et 28 mai 1998 au Palais des Nations, restent un exemple emblématique de débat public réussi. Organisée sous l'égide du ministre de tutelle de l'époque, Yahia Guidoum, cette initiative a marqué un tournant par son approche participative unique. Influencé par les nouvelles procédures délibératives alors en vogue, notamment en France[1135], le ministre a créé un espace dédié au débat public, permettant des consultations sur des thèmes habituellement limités à certains cercles professionnels. L'objectif était avant tout de donner la possibilité de s'exprimer aux usagers du système de soins, qu'ils soient malades ou citoyens, représentés par un mouvement associatif en plein essor à l'époque, ainsi qu'aux représentants des professionnels de la santé et les syndicats du secteur. Il ne s'agissait pas seulement d'une consultation technique sur des thèmes précis, mais plutôt d'une volonté de dépasser les traditionnels débats entre experts. L'objectif était de tester de nouvelles méthodes de participation et de démocratie directe dans le domaine de la santé, répondant ainsi au besoin croissant de débat et de communication des citoyens. Le dispositif mis en place devait permettre leur information sur la politique de santé et l'expression de leurs besoins et de leurs attentes.

Ces assises sont intervenues dans un contexte particulier marqué par des événements majeurs dans le secteur de la santé. En effet, le gouvernement avait réactivé, en septembre 1997, le dossier de la contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de

[1135] Il s'agit des états généraux de la santé dont la préparation avait débuté en Juin 1997, Brucker, Gilles et Caniard, Etienne, « Etats généraux de la santé, une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire », *Actualité et Dossier en Santé Publique*. n°27, 1999, pp 6-9.

santé, en tant que nouvelle modalité de financement des activités de soins[1136]. De plus, la libéralisation de l'offre des soins hospitaliers et la création des cliniques privées[1137] constituait à l'époque l'un des glissements les plus importants observés dans le champ de la santé. Par ailleurs, confrontées à des difficultés de gestion et à des contraintes financières, les autorités sanitaires ont initié une réorganisation de la gouvernance des établissements publics de santé. Ce processus incluait l'adoption d'un modèle entrepreneurial et la création de nouveaux organes de gestion. Bien que cette démarche ait été détaillée dans diverses directives[1138], elle demeurait peu familière et mal acceptée. Par conséquent, il était essentiel d'en promouvoir une diffusion plus large, afin de susciter la sensibilisation des acteurs concernés et d'approfondir leur compréhension quant aux objectifs et aux répercussions de cette réorganisation. En outre, la réflexion était également portée sur la volonté de recentrage des activités des établissements de santé autour de leur mission principale de soins et le désir d'essaimage des autres fonctions logistiques, supposées non fondamentales, telle que la restauration ou encore l'entretien ou la maintenance.

Afin de faciliter l'organisation de ces débats, une approche basée sur une décentralisation élargie a été privilégiée. Ainsi, des comités de pilotage régionaux placés sous l'autorité de l'administration centrale ont été mis en place pour coordonner les actions locales. Toutefois, ces comités disposaient d'une marge d'indépendance limitée, en raison de leur rattachement au ministère, ce qui a restreint leur capacité à agir de manière autonome. Au niveau national, un comité de suivi, composé également de cadres de l'administration centrale, avait pour mission de structurer les débats autour de plusieurs ateliers, qui ont porté essentiellement sur la gestion des établissements de santé, la politique de prévention et le financement des dépenses de santé. Ces ateliers étaient animés par des groupes de travail d'experts, dont les missions incluaient la prévention de l'instrumentalisation des débats par les revendications catégorielles formulées par certains groupes présents porteurs d'intérêts spécifiques, ainsi que l'évitement des jeux de rôle habituels. Chaque atelier disposait de rapporteurs désignés, chargés de transcrire sans restriction toutes les propositions formulées par les participants. Aucune proposition n'était rejetée à ce stade,

[1136] Instruction interministérielle du 20/09/97 relative à la mise en œuvre du processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements publics de santé.

[1137] Le Décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, précité est le premier texte qui a instauré l'hospitalisation à titre privé. Pas assez maturé, il sera modifié quatre années plus tard par le décret exécutif n° 92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, JORA n° 75 du 18/10/1992. Une batterie de textes réglementaires a été prise pour accompagner la mise en application de ce texte dont essentiellement la circulaire N°70/DNOSS/SDEAPS du 15/02/1993 et l'arrêté N°2 du 09 janvier 1994.

[1138]Circulaire n° 03 du 21 Février 1998 relative aux modalités de mise en place des conseils d'administration, médicaux et scientifiques au niveau des EHS, SS et CHU.

la consolidation des propositions finales étant confiée à un comité de rédaction. Ce dernier était responsable du filtrage des propositions et de la rédaction des résolutions définitives[1139].

Au-delà de la maturité de certains débats et de la diversité des opinions exprimées, les assises ont permis de dégager des orientations et des idées directrices. En effet, bien que les thèmes abordés n'aient pas suscité le même niveau d'engagement du public, certaines attentes fortes ont émergé. Parmi les recommandations figurent en bonne place la réaffirmation du principe de la prise en charge par l'Etat de la prévention et de la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques, la gratuité des soins pour les démunis sociaux et l'engagement d'une prise en charge par les pouvoirs publics des dépenses relatives à la prise en charge des urgences, des maladies chroniques et de la formation. En ce qui concerne la gestion des établissements de santé, une réforme globale était préconisée à travers la mise en place d'une comptabilité analytique et une meilleure orientation du financement avec un apurement des dettes des établissements publics et la révision des relations entre les caisses d'assurances et les prestataires de services[1140]. Par ailleurs, il convient de préciser que, parmi toutes les revendications exprimées par les participants, il en est une qui se distingue comme une revendication permanente, à savoir la nécessité de voir « *les politiques nationales de santé et de population constituer une priorité des stratégies de développement économique, social et culturel du pays* »[1141]. Quelques extraits du discours tenu par le ministre de la Santé devant l'Assemblée mondiale de la santé à Genève, une année plus tard permettent de mieux comprendre les multiples objectifs de cette initiative. Ce dernier a souligné que « …. *Tout choix en matière de santé est douloureux, et exige une implication de l'ensemble des acteurs pour la formulation des priorités et des axes majeurs devant imprimer la dynamique en matière de santé. C'est ce qui a été fait en Algérie avec la tenue des assises nationales sur la santé du 26 au 28 mai 1998 qui ont regroupé les représentants respectifs des professionnels de la santé, des usagers, du mouvement associatif, des syndicats, des secteurs d'activités et institutions concernés. Ces assises se sont traduites par l'adoption consensuelle de la " Charte de la santé " et d'une série de recommandations qui font l'objet d'un traitement par un comité de suivi. Parmi les recommandations figurent l'impérieuse nécessité de la formulation et de la mise en œuvre d'une stratégie " sécurité-santé "…*» [1142].

[1139] Ministère de la Santé, *Assises Nationales de la Santé- Palais des Nations, 26-28 mai 1998* -, Dossier documentaire, ANDS, Alger, 1998, p 3.

[1140] Ibid.

[1141] Ministère de la Santé, *Assises Nationales de la Santé- Palais des Nations 26-28 mai 1998* », Dossier documentaire, ANDS, Alger, 1998, p 8.

[1142] Allocution du Professeur Yahia GUIDOUM, Ministre de la Santé et de la Population devant la cinquante-deuxième Assemblée Mondiale de la Santé Genève, 19 mai 1999 sur https://www.mission-algéria.ch>archive>algact>oms1, consulté le 24 juin 2023.

Il convient enfin de préciser que le comité de suivi qui a été désigné pour le traitement des résolutions issues des assises a été chargé, également, d'élaborer un dossier documentaire exhaustif retraçant les différentes étapes de cet événement ainsi que le déroulement des ateliers et la synthèse des recommandations émises par les participants. Au-delà de sa simple nature de production issue des assises, ce dossier revêt une valeur supplémentaire en tant que document de référence essentiel pour l'évaluation rétrospective. De plus, il s'est transformé en un puissant outil de communication destiné au grand public, favorisant l'accès universel à l'information.

Cette première édition des assises a rencontré un franc succès en permettant un débat public, sans précédent dans sa forme, sur les enjeux de la santé. Encouragé par cette expérience positive, le ministère de la Santé a décidé d'en organiser une deuxième édition qui va, néanmoins, se démarquer par son caractère gouvernemental, qui s'étend bien au-delà des frontières du seul département ministériel de la santé. En effet, elle émane cette fois-ci d'une démarche gouvernementale, initiée par le ministre de la Santé, Abdelmalek Boudiaf, à la suite de l'autorisation accordée par le gouvernement Sellal à son ministère, afin de lancer ce débat public. Hormis le ministre et son proche entourage, personne ne croyait à la réussite des assises considérant que cette initiative manquait d'originalité et qu'il s'agissait de réitérer une démarche déjà effectuée[1143]. En réalité, de nombreux doutes persistaient quant à la réelle volonté de ses promoteurs de favoriser l'émergence d'une parole libre et d'un consensus concernant les préoccupations majeures en matière de santé publique. C'était pourtant l'objectif affiché par Abdelmalek Boudiaf dès son installation, s'engageant à moderniser le système de santé afin de le rendre plus efficace et mieux adapté aux besoins et attentes des citoyens[1144]. Il avait chargé, à cet effet, ses cadres d'effectuer des visites d'inspection, au niveau des établissements hospitaliers afin de dresser un diagnostic exhaustif des lacunes observées dans l'organisation et la gestion de ces établissements. Il souhaitait également élaborer une carte sanitaire adaptée aux besoins des patients et aux évolutions du pays. Un autre enjeu central de son programme consistait à remplacer la loi sur la santé en vigueur à l'époque[1145], qui ne satisfaisait plus aux exigences contemporaines du secteur, rendant nécessaire l'adoption d'un nouveau texte qui soit en adéquation avec les besoins des professionnels de la santé et les attentes des patients[1146].

C'est, donc, dans ce contexte particulier qu'ont été organisées le 16 et 17 juin 2014 au Palais

[1143] AISSAOUi, Nasereddine, et TAGRARET, Yazid, « Rétrospective et prospective de l'offre de soins en Algérie», *Journal of Business and Trade Economics*, vol 7, n°2, 2022, pp 269-279.

[1144] KEDDAR, Miloud, *«* Remarques préliminaires sur l'avant-projet de loi sanitaire*»,* précité.

[1145] La Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, précitée.

[1146] Voir *supra,* introduction.

des Nations, les deuxièmes assises de la santé regroupant professionnels de la santé, représentants des usagers et du mouvement associatif, des syndicats ainsi que des professionnels libéraux. Pour concrétiser cet événement, la démarche était quasiment identique à celle observée dans les précédentes assises avec des espaces de concertation mis en place aux niveaux régional et national. La réflexion s'est concentrée sur les mêmes thématiques développées dans les ateliers des précédentes assises, à savoir la gouvernance et le financement du système national de santé, la prévention, la protection et la promotion de la santé, la politique de santé en matière d'industrie pharmaceutique et le système d'information de la santé. Sauf à imaginer que rien ne change, on peut supposer que les demandes notamment qualitatives croissent plus vite qu'elles ne sont satisfaites ou, pour le formuler autrement, que l'évolution du système de santé est perçue comme trop lente par les usagers. Il est possible de noter, néanmoins, que les droits des malades ainsi que certains aspects éthiques et déontologiques liées à la pratique médicale ont revêtu une importance particulière dans le cadre de ces assises et ont été délibérément placés en tête de liste des ateliers organisés. Toutefois, il convient de relever que la participation n'était pas uniforme dans tous les ateliers. En effet, certains, notamment ceux portant sur des thèmes moins techniques tels que l'organisation et le fonctionnement du système de santé, ont connu une forte participation[1147].

La clôture des travaux des assises a été présidée par le ministre de tutelle, qui a annoncé la mise en place d'une commission chargée d'élaborer une nouvelle loi sur la santé. Celle-ci, composée des cadres de l'administration centrale, veillera à prendre en compte et intégrer les recommandations formulées lors de cet événement d'envergure dans le processus d'élaboration de ce nouveau cadre législatif. Il a également souligné qu'il présenterait pour examen une copie de la première mouture de ce projet de texte à tous les acteurs du secteur avant la fin de l'été 2014. Nous serons amenés à revenir plus amplement sur ces éléments au cours de nos développements ultérieurs[1148].

Si d'autres assises, telles que celles consacrées à la chirurgie ou à la santé buccodentaire, se sont tenues en Algérie, il convient de noter que ces initiatives ne peuvent être considérées comme de véritables débats publics. Majoritairement techniques, ces rencontres ont surtout réuni des experts et des professionnels de santé, avec une représentation des patients très limitée, voire inexistante. De plus, les recommandations produites par ces assises sont restées de simples propositions sans suite concrète. De même, d'autres initiatives, bien que portées par l'administration centrale du ministère de la santé, ont échoué à mobiliser l'ensemble des acteurs du secteur et à

[1147] Ministère de la Santé, *Synthèse des recommandations des Assises Nationales de la santé- Palais des Nations 16 et 17 Juin 2014-*, Document interne, 2014.

[1148] Voir *infra,* 2. Les remontées de ces deux concertations majeures.

susciter l'engagement des citoyens, étant boycottées dès le départ[1149]. L'absence de concertation et de démarche consensuelle vide ces réunions publiques de toute la philosophie du débat public[1150].

2. La portée de ces deux concertations majeures

Sur le plan politique, il était impératif de concrétiser rapidement les succès de l'organisation, la richesse des débats et les attentes exprimées lors des deux éditions des assises de la santé. C'est pourquoi il n'était pas possible d'envisager la conclusion de leurs travaux sans consécration normative.

Ainsi, les premières assises ont donné lieu à l'adoption de la Charte de la santé qui a défini les priorités du secteur à l'horizon 2005[1151]. Il s'agit d'un document de référence interne signé par le ministre de la Santé de l'époque, visant à établir des standards au sein du secteur. Sans constituer un instrument juridiquement contraignant, elle a été associée à des politiques publiques et des régulations internes. En effet, la charte comprenait un engagement résolu en faveur de la prévention, en particulier dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la santé mentale, des milieux spécifiques, des maladies chroniques ainsi que des accidents et des handicaps. En outre, elle mettait l'accent sur le développement des soins de santé de base et l'amélioration des indicateurs de santé de la population, tout en ciblant la réduction des risques liés à un environnement défavorable. La charte soulignait également l'importance de la maîtrise des coûts et de la réduction de la dépendance aux médicaments importés, en encourageant le développement de l'industrie pharmaceutique nationale. Elle réaffirmait par ailleurs le principe de gratuité des soins établi dans un cadre juridique renouvelé, basé sur la solidarité nationale afin de garantir l'accès aux soins pour tous et une meilleure maitrise des coûts. Enfin, des initiatives telles que la planification familiale et l'éducation sanitaire étaient également mises en avant, témoignant de la volonté d'adresser de manière exhaustive les besoins de santé publique.

Par ailleurs, la deuxième édition des assises s'est également traduite par l'adoption d'une loi parmi les plus marquantes de ce secteur, à savoir la nouvelle loi de santé n°18-11. Conformément aux résolutions des assises, le processus de rédaction de ce dispositif normatif a été immédiatement déclenché dès la fin de cet événement. Piloté par une commission *ad hoc*, il s'est

[1149] À la suite de la pandémie de COVID-19, l'administration centrale sous la direction du ministre de la santé, le professeur Abderrahmane Benbouzid, a tenté d'organiser des assises de la santé prévues pour l'année 2022. Cependant, ces assises ont été boycottées par deux coalitions syndicales ainsi que par les représentants des ordres professionnels. De plus, les représentants des usagers et le mouvement associatif n'ont pas été conviés à participer à cet événement. En conséquence, l'événement a été reconfiguré en un séminaire national sur la modernisation du système de santé, qui s'est tenu les 8 et 9 janvier 2022 au Palais des Nations.

[1150] PINEL, Florian, *La participation du citoyen à la décision administrative*, Thèse, précité.

[1151] Ministère de la Santé, *Charte nationale de la santé*, Document interne, Mai 1998.

poursuivi pendant quatre années qui ont été marqués par une alternance de séquences d'accélération et de freinage liées à diverses controverses dont les plus marquantes, sont corrélés au financement du système de santé et à la nécessité de revoir la politique de gratuité des soins ainsi qu'au rattachement de la sécurité sociale au secteur de la santé[1152]. Le changement opéré à la tête du département ministériel de la Santé est également cité comme un facteur ayant contribué à retarder le processus de mise sur l'agenda législatif de la loi, bien que le nouveau ministre le professeur Mokhtar Hasbellaoui ait repris le flambeau avec beaucoup de détermination, aboutissant à la promulgation de la loi. Il importe de préciser pour conclure que selon l'avis de plusieurs auteurs, l'intégration harmonieuse des dispositifs participatifs aux processus démocratiques classiques repose sur certaines conditions. Tout d'abord, les décideurs doivent avoir une conception claire du rôle qu'ils souhaitent attribuer à ces dispositifs dans l'élaboration des politiques publiques. De plus, il est essentiel que les participants soient informés de manière transparente sur la façon dont les résultats de leurs délibérations seront pris en compte. Enfin, il convient d'établir des mécanismes d'arbitrage explicites pour résoudre les conflits éventuels[1153]. Il est évident que les assises nationales de la santé n'ont respecté aucune de ces conditions, ce qui explique pourquoi elles sont souvent dénigrées et considérées comme un outil de communication instrumentalisé par le ministère de la Santé accentuant, ainsi, la méfiance envers les institutions publiques.

B. La représentation dans les conseils d'administration : une modèle d'une participation à la compétence

Au niveau des établissements de santé, la pratique participative s'exprime en Algérie à travers la représentation des usagers dans les conseils d'administration en tant qu'entité décisionnelle **(1).** Pourtant, la pratique fait apparaître que cette participation se heurte à une lourde règlementation et une absence d'autonomie des établissements de santé dont la conjonction a pour résultat de limiter sensiblement sa portée **(2)**.

1. Le conseil d'administration: cadre et fonctionnement

La gouvernance interne des établissements publics de santé en Algérie a considérablement évolué au cours des dernières années. Cette évolution a été marquée par la mise en place d'un *corpus* législatif et réglementaire évolutif qui transpose les principes d'organisation des entreprises privées et introduit de nouveaux outils de gestion dans l'organisation institutionnelle des établissements de santé, notamment en remplaçant le conseil de direction par le conseil

[1152] KEDDAR, Miloud, « Remarques préliminaires sur l'avant-projet de loi sanitaire», précité.

[1153] PINEL, Florian, *La participation du citoyen à la décision administrative*, Thèse, précité.

d'administration[1154]. Le choix du pouvoir règlementaire d'opérer cette transformation témoigne de sa reconnaissance croissante du modèle entrepreneurial, de son engagement à répondre aux exigences grandissantes en matière de qualité des soins, de gestion des ressources et de transparence, ainsi que de sa volonté de moderniser les pratiques et de réorienter les responsabilités au sein de la gouvernance des établissements de santé, favorisant ainsi une participation accrue des différents acteurs.

Ainsi, les décrets exécutifs n°97-465, 97-466 et 97-467[1155] qui fixent respectivement les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés, des secteurs sanitaires et des centres hospitalo-universitaires ont été les premiers textes qui ont instauré la mise en place des conseils d'administration[1156]. Ces organes peuvent se décliner en plusieurs formes suivant la nature de l'activité principale de l'établissement de santé. Si le carde juridique est sensiblement le même pour toutes les structures publiques de santé[1157], certaines différences mineures subsistent, principalement dues à la nature spécifique de l'activité de chaque établissement et à son rattachement, soit à une collectivité locale, soit à un département ministériel[1158].

La composition du conseil d'administration, strictement définie par les textes, reflète la variété des parties prenantes dans le modèle de gouvernance de l'établissement public de santé. En effet, il est présidé par le représentant du wali, garantissant ainsi une coordination avec les autorités

[1154] Selon les textes qui régissaient le fonctionnement des établissements de santé, l'architecture institutionnelle des structures publiques de santé était fondée sur une ligne hiérarchique où le directeur, chef d'établissement dirigeait l'établissement et assurait la présidence d'un conseil de direction. Voir les décrets exécutifs n°81-241 et n°81-242 du 5 septembre 1981 portant respectivement création et organisation des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés, JORA n°36 du 8/9/1981

[1155] Il s'agit du décret exécutif n° 97-465 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés (EHS), du décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires (SS) et du décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires (CHU), JORA n°81 du 10/12/1997.

[1156] Conformément aux articles correspondants aux textes de création de chaque type d'établissement de santé précités, à savoir : Article 9 du décret exécutif n° 97-465 (EHS), article 9 du décret exécutif n° 97-466 (SS) et article 12 du décret exécutif n° 97-467 (CHU).

[1157] Pour rappel, le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, précité, en vigueur en Algérie depuis 2007, a permis de restructurer le réseau public des établissements de santé, en abandonnant l'ancienne configuration composée de secteurs sanitaires(SS), et en instaurant une nouvelle, comportant les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et les Etablissements Publics de Soins de Proximité(EPSP). Pour leur part, les établissements hospitaliers spécialisés et les centres hospitalo-universitaires n'ont pas été touché par aucune restructuration et demeurent régis respectivement par le décret exécutif n° 97-465 et le décret exécutif n° 97-467, précités.

[1158] Conformément à l'article 2 du décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997 précité, le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

locales. Les autres membres du conseil comprennent un représentant de l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, un représentant des organismes de sécurité sociale, un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya et un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement. Il comprend également des représentants des professionnels de santé, élus par leurs pairs, incluant un représentant des personnels médicaux, un représentant des personnels paramédicaux et un représentant des travailleurs, élu en assemblée générale . La participation des associations des usagers de la santé est également assurée avec la présence d'un représentant. Enfin, le président du conseil médical est aussi membre de cet organe. Les travaux du conseil d'administration bénéficient de l'expertise et de la présence du directeur de l'établissement de santé qui assiste aux réunions avec une voix consultative et en assure le secrétariat[1159]. De plus, le conseil d'administration peut solliciter l'intervention de toute personne susceptible d'apporter un éclairage supplémentaire à ses travaux. Il convient de noter que pour les centres hospitalo-universitaires, en raison de leurs activités de formation et de recherche scientifique, la composition du conseil d'administration inclut un représentant du ministère de l'enseignement supérieur ainsi qu'un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires, élu par ses pairs. Par ailleurs, la présidence du conseil est assurée par un représentant du ministre de la santé, en tant qu'autorité de tutelle exercée sur l'établissement[1160].

Le conseil d'administration joue un rôle significatif dans la prise de décisions importantes au sein de l'établissement de santé. À cet égard, il délibère sur divers aspects, tels que le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, le projet de budget, les comptes prévisionnels et le compte administratif. En outre, il examine les projets d'investissement, les projets d'organisation interne, les programmes annuels d'entretien et de maintenance des infrastructures et équipements médicaux. Le conseil d'administration est également compétent pour approuver les conventions, contrats et accords liés aux prestations de soins en collaboration avec les partenaires de l'établissement, tels que les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions. Il intervient également dans l'élaboration du tableau des effectifs, du règlement intérieur et prend des décisions concernant les acquisitions, les aliénations de biens, les baux de location, ainsi que l'acceptation ou le refus des dons et legs. De plus, il veille à la conformité des marchés, contrats, conventions et accords avec la réglementation en vigueur[1161].

[1159] Conformément aux articles correspondants aux textes de création de chaque type d'établissement de santé précités, à savoir : article 10 du décret exécutif n° 97-465 (EHS), article 13 du décret exécutif n° 97-467 (CHU) et article 10 du décret exécutif n° 07-140 (EPH et EPSP).

[1160] Conformément à l'article 13 du décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997 précité.

[1161] Tels que disposent les articles correspondants aux textes de création de chaque type d'établissement de santé

Le conseil d'administration se réunit régulièrement en session ordinaire tous les six mois. Des sessions extraordinaires peuvent également être convoquées par le président du conseil ou à la demande des deux tiers de ses membres. L'ordre du jour de chaque réunion est établi par son président, sur proposition du directeur de l'établissement. Pour que les délibérations du conseil d'administration soient valables, la majorité de ses membres doit être présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents et en cas d'égalité des voix, celle du président prévaut[1162]. Les délibérations du conseil d'administration sont consignées dans des procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance mais elles ne sont exécutoires qu'après l'approbation de l'autorité de tutelle. Elles sont ainsi soumises à l'approbation du wali ou du ministre de la santé, suivant la nature de la tutelle exercée, dans les huit jours suivant la réunion. Elles deviennent exécutoires trente jours après leur transmission, sauf opposition expresse notifiée dans ce délai[1163].

Le conseil d'administration des établissements de santé a largement préservé les prérogatives et les modalités de fonctionnement du conseil de direction, telles que définies par l'ancienne organisation administrative, à une exception notable près : alors que le conseil de direction était présidé par le directeur de l'établissement, agissant par délégation du wali[1164], ce dernier participe désormais aux réunions du conseil d'administration uniquement avec une voix consultative, tout en assurant le secrétariat du conseil. Cette modification peut sembler diminuer ses prérogatives puisqu'il ne préside plus l'organe délibérant de l'établissement. Toutefois, en pratique, la situation est différente. Nous verrons que le directeur parvient fréquemment à maintenir une position dominante face au président du conseil d'administration.

Enfin, il importe de préciser que bien que le conseil d'administration des établissements de santé dispose, dans les textes, de prérogatives étendues, celles-ci demeurent en grande partie formelles. En réalité, les décisions clés telles que l'allocation des budgets et des effectifs sont prises de manière verticale par le ministère de la Santé. De plus, la mise en place d'une contractualisation interne et externe dans les établissements de santé fait encore défaut, ce qui se traduit par l'absence de contrats d'activités nécessitant une approbation de sa part. Par ailleurs, la conformité des marchés

---

précités, à savoir : article 13 du décret exécutif n° 97-465 (EHS), article 16 du décret exécutif n° 97-467 (CHU) et article 14 du décret exécutif n° 07-140 (EPH et EPSP).

[1162] Tels que disposent les articles correspondants aux textes de création de chaque type d'établissement de santé précités, à savoir : articles 14 et 15 du décret exécutif n° 97-465 (EHS), articles 17 et 18 du décret exécutif n° 97-467 (CHU) et articles 15, 16 et 17 du décret exécutif n° 07-140 (EPH et EPSP).

[1163] Conformément aux articles correspondants aux textes de création de chaque type d'établissement de santé précités, à savoir : article 16 du décret exécutif n° 97-465 (EHS), article 19 du décret exécutif n° 97-467 (CHU) et article 18 du décret exécutif n° 07-140 (EPH et EPSP).

[1164] En vertu des articles correspondants aux textes de création de chaque type d'établissement de santé précités, à savoir : article 10 du décret exécutif n°81-242 (SS), article 10 du décret exécutif n° 81-243 (EHS).

est assurée par une entité externe distincte, à savoir la commission des marchés de chaque établissement. L'ensemble de ces facteurs réduit significativement le rôle du conseil d'administration et compromet la qualité de ses décisions le reléguant à un organe de décision, certes, autonome mais très partiel.

2. Déséquilibres et effets sur la qualité de la participation des membres à la prise de décisions

La participation des usagers au conseil d'administration se situe au plus haut niveau organisationnel de l'établissement de santé car le champ des thèmes relevant des attributions de cet organe est celui des décisions stratégiques. Si l'on s'en tient aux règles de droit encadrant les prérogatives du conseil d'administration, la modalité d'interaction y prévalant serait celle de la décision collégiale du fait de la présence de représentants de différents groupes, concernées par le fonctionnement de l'établissement de santé, dans une institution qui délibère[1165] sur les grandes orientations stratégiques. S'il en va ainsi de la participation *de jure*, la participation *de facto* peut être assimilée à une simple consultation. Elle se caractérise par une absence de pouvoir de décision réel des représentants des usagers, voire à une procédure d'information.

En réalité, plusieurs facteurs peuvent expliquer cette absence de pouvoir qui ne permet pas d'hisser la présence des représentants des usagers, au sein des conseils d'administration, au rang de véritable membre délibérant, ayant un rôle décisif. Tout d'abord, la présence minoritaire des usagers, qui occupent au mieux un siège au sein de cet organe, ne permet pas de refléter la diversité de leurs opinions et de leurs besoins de manière adéquate. De plus, le processus décisionnel au sein de ces conseils caractérisé par le mode délibératif[1166] ne requiert pas, au regard des règles de détermination de la décision, l'accord de tous les membres mais celui d'un nombre suffisant. Les décisions du conseil d'administration se prenant à la majorité simple, et les alliances entre les membres étant exceptionnellement rares à l'exception de celles entre les représentants des personnels, les usagers ne sont jamais en position de déterminer à eux seuls les décisions du conseil, d'autant plus que la voix du président est prépondérante en cas de partage.

Néanmoins, à notre sens, la limitation du pouvoir des usagers ne trouve pas seulement son

---

[1165] Tel est le vocable utilisé dans les articles correspondants aux textes de création de chaque type d'établissement de santé précités, à savoir : article 13 du décret exécutif n° 97-465 (EHS), article 16 du décret exécutif n° 97-467 (CHU) et article 14 du décret exécutif n° 07-140 (EPH et EPSP).

[1166] Dans le jeu entre acteurs, la délibération est considérée comme « *la discussion d'un groupe en vue d'une décision que les membres de ce groupe ont à prendre en commun. Dans ce cas, c'est la détermination de l'arrêt de la décision qui fait l'objet d'un travail collectif. Le fait, que la décision soit bien la tâche collective, est attesté par la présence de procédures d'agrégation des expressions des préférences des participants à la décision, des règles qui ont pour but de dégager une décision collective à partir des positions des participants. On notera que cette décision collective entendue au sens restreint, n'est pas nécessairement précédée le souci de trouver un accord*», URFALINO, Philippe, « La délibération n'est pas une conversation. Délibération, décision collective et négociation », *Négociations !*, n°2, 2005, pp 1-19.

explication dans la qualification du processus décisionnel en délibération, mais plutôt dans le déséquilibre qui caractérise cette délibération. Dans ce contexte, il convient de souligner en premier lieu l'aspect technique prédominant des réunions. En effet, ces dernières se caractérisent souvent par un niveau de technicité élevée, en raison des thèmes abordés qui sont corrélés à des aspects budgétaires, comptables et de gestion, qui requièrent des connaissances spécialisées. Cette dimension technique influence significativement le déroulement des délibérations et peut limiter la participation active et effective des représentants des usagers. En outre, la règlementation algérienne qui a restreint les domaines de compétence du conseil d'administration à ces questions techniques, a accordé également une large marge de manœuvre au directeur de l'établissement dans l'élaboration de l'ordre du jour et la proposition des sujets discutés lors des réunions. Le directeur assume la responsabilité de la préparation des rapports, des documents budgétaires et comptables à présenter aux membres du conseil, il intervient le plus souvent pour mettre en garde quant au respect des textes en exprimant et résumant les possibilités d'action au regard de la légalité d'autant plus que l'hôpital est une structure où une abondante réglementation existe sur chaque aspect de la gestion. Ainsi, il joue un rôle d'animateur, qui tend même à éclipser le président du conseil. Assurément, la lecture des procès-verbaux des réunions des conseils d'administration où il est fréquent de trouver des formulations telles que « *le directeur a exposé* » ou « *le directeur a présenté* »[1167] met en évidence cette réalité. Ces formulations confirment, également, que les décisions sont souvent prises sur la base des recommandations et des présentations du directeur, réduisant ainsi la diversité des perspectives et des opinions au sein du conseil. Sa position de leader technique peut conduire à une certaine domination de son point de vue et à une influence démesurée sur les autres membres du conseil, notamment les représentants des usagers qui peuvent ne pas posséder le même niveau d'expertise technique et se sentir intimidés ou en position de désavantage lors des délibérations.

Enfin, il importe de préciser que, dans le contexte actuel de gouvernance des établissements de santé, aucun membre du conseil d'administration ne peut disposer de pouvoirs significatifs dans la prise de décision, en raison de la nature spécifique de cet organe lui-même et de sa place dans le processus décisionnel. En effet, cela n'en fait ni un véritable espace de pouvoir ni un authentique lieu de délibération. Dans l'approche classique, le processus décisionnel se divise en étapes, commençant par l'identification de la nécessité de prendre une décision, suivie d'un diagnostic de la situation qui mène à la recherche ou à la formulation de différentes solutions possibles. Ces alternatives sont ensuite évaluées et sélectionnées avant d'être définitivement approuvées[1168]. Or

[1167] L'exploitation des procès-verbaux transmis au ministère de la santé pour approbation, dont nous avons pu prendre connaissance auprès de la Direction Générale des Services de Santé et la Direction de la Règlementation, du Contentieux et de la Coopération fait ressortir que l'ensemble des procès-verbaux adressés par les établissements de santé portent ces formulations.

[1168] BURGER-HELMCHEN, Thierry, Caroline, HUSSLER, et Paul, MULLER, « Chapitre 7. La prise de décision », dans,

l'action du conseil d'administration ne se situe pas à l'étape d'élaboration des alternatives ou même de leur sélection, mais, seulement, à celle de leur approbation compte tenu de la présence d'une tutelle trop importante exercée par l'Etat sur les établissements de santé.

En effet, si le statut d'établissement public, modalité originale de la décentralisation fonctionnelle implique l'attribution de l'autonomie à ces établissements, la mise en œuvre de cette autonomie s'accompagne de l'exercice de la tutelle qui correspond à un pouvoir de surveillance et de contrôle, voire à une déconcentration camouflée se traduisant par plusieurs formes[1169]. Parmi celles-ci, on retrouve notamment l'allocation des budgets et la maîtrise des ressources où, chaque année, un arrêté interministériel fixe les recettes et les dépenses de chaque établissement de santé, déterminant ainsi la part du budget pouvant être consacrée à chaque poste de dépenses. Ces dotations peuvent être soumises à des restrictions et des contraintes qui peuvent avoir un impact sur les ressources disponibles pour les opérations, les investissements et les projets de développement. La situation est tout à fait comparable dans les autres domaines de la gestion, où l'exercice de la tutelle est renforcé à travers, notamment, la nomination des directeurs des établissements de santé. Cette nomination est soumise au pouvoir hiérarchique du ministre de la santé, au nom duquel ils exercent leurs missions. Cette faible autonomie des gestionnaires affecte l'autonomie globale de l'établissement, eu égard au renforcement de leurs rôles au sein du conseil d'administration. De plus, la liberté d'action des établissements de santé est limitée dans le domaine des équipements et des infrastructures. Outre les nombreuses procédures à suivre, ils doivent respecter les normes établies par le ministère qui détient le pouvoir de création ou de suppression de toutes les structures de santé, ainsi qu'une compétence en matière d'autorisation préalable nécessaire à tout engagement de travaux visant des transformation ou des réhabilitations de services médicaux[1170]. Enfin, il convient de souligner que cette tutelle s'étend également au contrôle des actes de gestion. Le contrôle a priori d'approbation porte principalement sur les actes les plus importants, tels que les décisions financières tandis que les autres actes sont soumis à un contrôle de légalité, qui oblige les établissements de santé à communiquer, les documents y afférant, à l'autorité de tutelle, ayant le droit de les déférer en cas de contestation[1171].

Management. Le manuel complet du management, 2019, pp. 281-338.

[1169] KADA, Nicolas, « Établissement public », Nicolas Kada éd., *Dictionnaire d'administration publique.* Presses universitaires de Grenoble, 2014, pp. 203-204. Voir également, CHAOUADIYA, Mounia, « La tutelle administrative entre pouvoir de contrôle et autorité hiérarchique en droit algérien», *Annales de l'Université de Guelma pour les Sciences Sociales et Humaines*, vol 9, n°4, 2015, pp 383-395, (article en Arabe).

[1170] Conformément aux dispositions de la Circulaire n° 280 DU 03/04/1990 relative à l'application de la réglementation en matière de changement d'affectation, d'extension, de création ou de fermeture de structures sanitaires.

[1171] ABEDELOUAHEB, Mohamed-Ali et YAKOUR, Ahmed, «Amélioration de la gestion des établissements de santé en Algérie: entre le contrôle externe et le contrôle de gestion», Les Cahiers du MECAS, vol 19, n°2, 2023, pp 155-169, (article en Arabe).

Afin d'assurer une participation plus efficace au sein des conseils d'administration, il est essentiel de rendre ces organes pleinement opérationnels en revoyant leurs prérogatives et leur fonctionnement. Il est aussi nécessaire de reconsidérer le statut juridique des représentants des usagers dans les instances de santé publiques. Ces aspects seront développés plus en détail dans le deuxième chapitre de ce titre, qui se consacre au changement de gouvernance et à la rénovation des dispositifs de participation en santé en Algérie.

Section 2. La pertinence d'une formalisation renforcée de la pratique participative dans le secteur sanitaire en Algérie

La formalisation d'une pratique participative effective dans le secteur de la santé en Algérie revêt une importance capitale pour répondre aux enjeux complexes et aux multiples défis auxquels ce secteur est confronté. En effet, les implications de cette formalisation, dans le contexte algérien, présentent des caractéristiques spécifiques particulièrement complexes en raison de la montée croissante de la défiance de la population à l'égard de la gestion publique, et de la situation préoccupante du secteur de la santé algérien, marqué par des carences notables et des insuffisances importantes. Les expériences étrangères démontrent que la pratique participative renforce la transparence et crée des conditions propices à une gouvernance plus démocratique et plus efficace des systèmes de santé ***(§1)***.

En outre, la société algérienne, imprégnée de facteurs religieux et culturels intrinsèques, offre un terreau propice à la formalisation de la gestion participative citoyenne. Ces fondements religieux et culturels favorisent l'émergence de valeurs telles que la solidarité, la consultation mutuelle et la prise de décisions collectives, alimentant ainsi le besoin de participation active des citoyens dans la gestion des affaires publiques ***(§2)***.

§.1 Attentes et enjeux

Si les enjeux de la gestion participative sont multiples et déterminants pour garantir des systèmes de santé plus efficaces, inclusifs et durables, ils revêtent un caractère singulier dans le contexte algérien **(A)**. Différents pays ont mis en place des expériences et des politiques visant à renforcer la pratique participative et la transparence dans les décisions relatives à la santé. L'examen de ces diverses expériences permet de comprendre les facteurs clés qui ont contribué à leur succès afin d'en tirer des leçons pour construire le modèle à mettre en place en droit algérien **(B)**.

A. La diversité et la complexité des enjeux en Algérie

La participation des patients et citoyens dans la politique de santé s'avère être un enjeu sociétal et politique majeur en Algérie, tant pour des raisons démocratiques et éthiques **(1)**, que pour des aspects pratiques liés à la qualité des soins et des services de santé **(2)**. En effet, cette pratique permet de garantir la transparence et la responsabilité des processus décisionnels, en impliquant les parties prenantes et les communautés dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques. Elle contribue également à assurer l'efficacité, l'efficience et la durabilité du système de santé algérien.

1. La participation, une solution démocratique pour une cohésion sociale

Le constat des difficultés croissantes du dispositif démocratique algérien à assurer ses missions de production de légitimité et de développement d'une cohésion sociale, face aux profondes transformations que l'Algérie a traversées, est largement partagé. Pour rappel, l'Algérie a vécu une décennie noire et traversé des épreuves dont le degré de violences parfois extrêmes, notamment au milieu des années 90, est souligné autant par des récits de la presse que par des écrits qui émanent des différents observateurs, acteurs ou témoins ou encore par des travaux académiques qui prennent la forme d'articles, d'essais, de thèses ou d'ouvrages collectifs[1172]. En effet, la crise que le pays a traversée est l'aboutissement d'une longue période durant laquelle le régime politique était dominé par le parti unique du Front de Libération Nationale (FLN), au pouvoir depuis l'indépendance. Ce régime a établi un système politique relativement fermé, caractérisé par une participation limitée, où le pouvoir était largement détenu par une élite politique restreinte. Durant cette période, le multipartisme était interdit, la presse encadrée et les libertés d'expression et d'association limitées[1173]. Le soulèvement populaire de 1988 a constitué un tournant décisif dans l'histoire politique, sociale et économique du pays. La mobilisation de la population a exercé une pression suffisante sur le régime en place pour initier un processus de démocratisation, se manifestant notamment par la tenue d'élections pluralistes[1174]. Cependant, le processus électoral a été interrompu en 1992, durant la première phase des élections législatives, lorsque le Front Islamique du Salut (FIS), dans sa quête du pouvoir, a émis des accusations de fraude électorale. Ces allégations ont contribué à la création d'un climat de tension, menant finalement à la déclaration de

[1172] SLIMANI, Sarah, « La mémoire tatouée: le trauma de la décennie noire en Algérie dans l'œuvre de Sadek Aissat », *Aleph. Langues, médias et sociétés*, vol 7, n°3, 2020, pp 199-214.

[1173] AIT-CHAALAL, Amine, « L'Algérie depuis 1962 : retour sur une histoire contrastée », *Revue internationale et stratégique*, vol 46, n° 2, 2002, pp. 61-72.

[1174] AGGOUN, Lounis, et Jean-Baptiste, RIVOIRE, « 5 - Octobre 1988, le tournant », dans, *Françalgérie, crimes et mensonges d'États. Histoire secrète, de la guerre d'indépendance à la « troisième guerre » d'Algérie*, La Découverte, 2005, pp. 116-134.

l'état d'urgence. Cette situation a contribué à la radicalisation des groupes islamistes et à la montée de la violence dans le pays pour une dizaine d'années[1175]. Ce n'est qu'à l'adoption de la politique de « concorde nationale » que l'Algérie a amorcé une sortie de crise dans un contexte difficile à interpréter, avec beaucoup de faits et de signes ambigus ou contradictoires affectant les différentes instances : politique, économique, sociale et culturelle[1176].

Durant toutes ces périodes, l'Algérie avait entrepris des efforts d'institutionnalisation qui « *n'ont pas toujours reçu l'accueil et l'attention qu'ils méritent, parce qu'ils ont été brouillés par le climat politique* »[1177]. En effet, la Constitution de 1989, qui malgré sa courte vie et ses faiblesses, a incontestablement constitué une étape décisive dans la transition de l'Algérie vers un régime démocratique en consacrant la transition du parti unique vers un système pluraliste. Elle est révisée et remplacée par celle de 1996 qui opère à son tour une avancée par rapport au processus de démocratisation antérieurement initié en consacrant un chapitre d'une trentaine d'articles garantissant au citoyen la plupart des droits et libertés assurés dans les pays occidentaux[1178]. En fait, beaucoup d'observateurs laissaient entendre qu'il n'y avait aucun changement ou amélioration introduite par cette Constitution dans la mesure où celles qui l'on précédées contenaient également des dispositions similaires. En réalité la différence est fondamentale. Elle « *réside dans le fait que ces dernières contenaient une réserve scélérate qui annihilait les droits et libertés qu'elles prévoyaient en les subordonnant au respect du parti unique et de ses fondements idéologiques*»[1179]. Cette condition constitutionnelle sapait effectivement toute garantie de ces droits, les accordant, d'une part, tout en les annulant, de l'autre, par des exigences ultérieures. Par ailleurs, la nouvelle loi fondamentale a initié la mise en place d'un grand nombre de textes et de codes intervenus pour structurer et institutionnaliser l'ensemble des droits fondamentaux et imposer leurs respects à toutes les institutions locales ou nationales. Ainsi, des mesures telles que la mise en place d'un processus de décentralisation, la confirmation des fonctions du Conseil constitutionnel[1180], ainsi que la

[1175] DIRECHE-SLIMANI, Karima, Nessim, ZNAIEN, et Aurélia, DUSSERRE, « Chapitre 12. La décennie noire algérienne », dans, *Histoire du Maghreb depuis les indépendances. États, sociétés, cultures*, Armand Colin, 2023, pp. 263-273.

[1176] MOUSSAOUI, Abderrahmane, « 4. La concorde civile en Algérie. Entre mémoire et histoire », dans, *Où va l'Algérie ?*, Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans, 2001, pp 71-92.

[1177] MAHIOU, Ahmed, « 1. Les contraintes et incertitudes du système politique », dans, *Où va l'Algérie ?*, Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans, 2001, pp 13-34.

[1178] GOURDON, Hubert, « La constitution algérienne du 28 novembre 1996 », *Monde Arabe*, vol 156, n° 2, 1997, pp 36-48. Voir également Belâouar, Mostapha, « La réforme constitutionnelle : étude de la révision constitutionnelle de 2016 », précité.

[1179] MAHIOU, Ahmed. « 1. Les contraintes et incertitudes du système politique », précité.

[1180] Kamel Fenich affirme, en analysant l'expérience algérienne, que l'existence d'un juge constitutionnel n'est pas courante dans les pays arabes. FENICH, Kamel, « Le rôle du Conseil constitutionnel algérien dans la garantie des droits

création du Conseil d'État, ont ouvert la voie à une proclamation effective des droits de l'Homme. Ces initiatives constituent des gages institutionnels de bonne volonté pour faire prévaloir l'État de droit.

Pourtant, en dépit de ces efforts, la situation politique et sociale dans le pays est restée complexe. Ces dernières années ont vu l'émergence du mouvement de protestation populaire dénommé *Hirak*, lequel a revendiqué des réformes politiques et sociales, ainsi que la fin de la corruption et de la mainmise du régime de l'époque sur l'économie. Cette mobilisation a abouti à la démission du président Abdelaziz Bouteflika en 2019. L'Algérie a organisé des élections législatives et présidentielles, et le nouveau président élu s'est engagé à bâtir une « Algérie nouvelle ». Malgré les avancées constitutionnelles et les tentatives de réformes politiques, le pouvoir algérien est encore critiqué par ses opposants qui pointent un supposé manque de transparence[1181] et des restrictions des libertés. Des critiques qui transcendent parfois les frontières du pays[1182].

Le pouvoir en Algérie a ainsi traversé, au fil des décennies, plusieurs périodes marquées par un questionnement sur sa légitimité. Ces phases ont souvent coïncidé avec des mouvements de protestation, où des citoyens exprimaient leurs préoccupations concernant les conditions économiques et sociales du pays ainsi que la représentativité du pouvoir. Cette situation a mené à l'émergence de la désaffection de la jeunesse algérienne pour les affaires publiques et à la naissance de la défiance envers les autorités publiques[1183].

Aussi, et pour toutes ces raisons, l'introduction des outils de la gestion participative dans un secteur à la croisée des politiques publiques comme celui de la santé est impératif dans notre pays. En effet, l'aspiration grandissante des populations à la démocratisation des politiques publiques s'exprime tout particulièrement pour les questions sociales et de santé. La prise en compte des défis posés par la défiance envers les institutions publiques en Algérie nécessite une réflexion approfondie sur les mesures concrètes à adopter pour rétablir la confiance entre les citoyens et les institutions publiques. L'élargissement de la participation citoyenne dans les processus décisionnels,

---

et libertés des citoyens», précité. Voir également GRAEFFLY, Romain, « Le Conseil constitutionnel algérien. De la greffe institutionnelle à l'avènement d'un contentieux constitutionnel ?», précité.

[1181] BENCHIKH, Madjid, « Le système politique au cœur de la crise en Algérie », *Pouvoirs*, vol 176, n° 1, 2021, pp 27-39.

[1182] Le parlement européen a adopté Jeudi 11 Mai 2023 une résolution à une majorité écrasante (536 voix pour, 4 contre et 18 abstentions) pour dénoncer la dégradation de la liberté de presse en Algérie et appeler les autorités algériennes à modifier certaines dispositions du code pénal permettant de criminaliser le droit et la liberté d'expression. Voir Résolution du Parlement européen du 11 mai 2023 sur la liberté des médias et la liberté d'expression en Algérie, le cas du journaliste Ihsane El-Kadi sur https://www.europarl.europa.eu consulté le 11/5/2023.

[1183] GHOZALI, Nasser-Eddine. « 2. L'Algérie dans tous ses états. De la crise à la démocratie orpheline », dans, Où va l'Algérie ?, Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans, 2001, pp 35-51.

la transparence et la responsabilité sont des éléments clés pour surmonter ce défi majeur. Par conséquent, les politiques et les pratiques doivent être repensées pour permettre une participation accrue et significative des citoyens à la vie politique, économique et sociale de leur pays. La gestion participative consacrée dans le secteur de la santé va favoriser le développement de la conscience civique chez les citoyens, l'enjeu étant la construction de la citoyenneté même en amenant chaque individu à se sentir membre à part entière de la société. Constituant un mécanisme de démocratisation des processus décisionnels, voire un catalyseur de renouveau démocratique, elle permettrait d'établir une meilleure redistribution du pouvoir et de renforcer la légitimité du processus décisionnel. Enfin, porteuse de préoccupations d'équité et de justice sociale, elle permettrait également de réaliser la cohésion sociale en intégrant et en mettant à contribution des individus et des groupes qui se sentent souvent exclus ou marginalisés[1184].

2. La participation, une solution managériale pour une gestion optimisée

Tel qu'indiqué dans nos précédents développements, le secteur de la santé algérien est confronté à de nombreuses contraintes structurelles et fragilisé par de fortes restrictions budgétaires. Ces difficultés se sont traduites par un manque de ressources humaines et matérielles, des infrastructures inadaptées et un faible niveau des prestations sanitaires. En outre, l'accès aux soins est inégalement assuré, avec des disparités entre les zones urbaines et rurales et entre les régions riches et pauvres du pays. Les hôpitaux et les structures de santé sont souvent surchargés, ce qui entraîne des retards dans la prise en charge des patients et une qualité insuffisante des soins prodigués. De plus, la corruption, la bureaucratie et la mauvaise gestion constituent des défis supplémentaires pour le système de santé algérien, ayant fortement contribué à détériorer sa perception globale et à nuire à la réputation qu'il a auprès de ses usagers[1185]. Par ailleurs, divers changements contemporains, liés à la transformation de la relation entre les soignants et les patients, aux progrès scientifiques et innovations, ainsi qu'à la transition vers des modèles de soins ambulatoires et numériques, influencent significativement ce système en modifiant les parcours de soins et la nature des prises en charge médicales. Enfin, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques exercent, à leur tour, des pressions supplémentaires sur les ressources et les capacités du système de santé algérien, nécessitant une gestion innovante et efficace pour garantir une prise en charge de qualité pour les patients.

Eu égard à ces défis et face à la volonté d'améliorer la qualité de la santé de la population et

[1184] SERGENT, Lucile, « 3. La participation, un enjeu politique », dans, *Malades en action, démocratie sanitaire en question,* Érès, 2023, pp 65-81.

[1185] MAHMOUDI, Samah et HAMRIT, Abedlghani, « Manifestations de la dépravation dans le secteur de la santé algérien et mécanismes de lutte», précité.

des soins dispensés en Algérie, il serait opportun d'envisager l'implication des usagers dans l'élaboration des politiques sanitaires et des réformes, à tous les niveaux du système. En effet, si la participation des usagers au fonctionnement des institutions administratives s'inscrit pleinement dans le cadre de la modernisation des services publics ayant pour objectif d'améliorer les relations entre les usagers et l'administration, celle des patients dans les politiques de santé et le fonctionnement du système de soins est perçue comme étant un mécanisme essentiel qui pourrait contribuer à l'amélioration de ce système. Cette approche réfléchie survalorise la place de l'usager en tant que bénéficiaire et destinataire direct de la prestation de soins[1186].

En ce sens, la pratique participative permet de mettre en place un environnement de travail transparent qui donne la possibilité de prévenir la corruption et de garantir une meilleure utilisation des fonds publics[1187]. Assurément, la gestion participative implique de la part des dirigeants de donner accès aux citoyens à toutes les informations nécessaires sur les décisions et les projets publics. Ceci les oblige à rendre compte de leurs actions, de leurs décisions et de leur gestion des ressources publiques, permettant ainsi aux citoyens de mieux comprendre et évaluer leur performance[1188].

La participation favorise également, à la marge, l'efficacité des politiques publiques de santé, dans la mesure où l'association des patients, auxquels est reconnue une « expertise profane » [1189], à l'élaboration et à la conduite de ces politiques permet d'améliorer et de moderniser l'action publique sanitaire. Cette modernisation, s'appuyant fortement sur les principes du *new public management*[1190], mise sur la participation active des usagers pour accroître l'adaptation et la réactivité des services de santé, notamment ceux de proximité. Partant du principe que gérer de plus près permet de gérer mieux, elle vise à mieux répondre aux attentes des usagers. Aide à la conception, la participation va permettre, également, de mieux penser les problèmes et assister les décideurs politiques à mettre les solutions en adéquation avec les besoins des patients, en leur révélant les aspects non perçus par eux. Compte tenu du fait qu'elle favorise, du moins formellement, la prise en compte des points de vue divergents, elle enrichit les débats autour des

[1186] TABUTEAU, Didier, « La démocratie sanitaire », *Les Tribunes de la santé*, vol 70, n° 4, 2021, pp. 25-35.

[1187] DREYFUS, Françoise, « V / La lutte contre la corruption », dans, *Sociologie de la corruption.* La Découverte, 2022, pp. 83-103.

[1188]PASQUIER, Martial, « Chapitre 3. Transparence et accès à l'information détenue par l'administration », dans, *Communication des organisations publiques,* De Boeck Supérieur, 2017, pp. 73-94.

[1189] GROSS, Olivia, « 3. Le recours à l'expertise des patients : un phénomène mondial et protéiforme », dans, *L'engagement des patients au service du système de santé,* Doin, 2017, pp. 69-116.

[1190] PETERS, B. Guy, « Nouveau management public (New public management) », dans, *Dictionnaire des politiques publiques, 5ème édition entièrement mise à jour et augmentée*, Presses de Sciences Po, 2019, pp 398-404.

décisions affectant la santé de la population, et permet d'exposer les arguments en faveur ou contre ces décisions.

L'efficacité est également renforcée par un autre mécanisme à savoir l'acceptation plus facile de l'action publique. Un ressort psychologique connu sous le nom d'effet de participation indique que la participation à l'élaboration d'une décision réduit la probabilité de remise en question de cette dernière. Cette théorie est étayée par le principe énoncé par Serge Moscovici et Willem Doise, selon lequel « *ce qui institue le consensus et le rend convaincant n'est pas l'accord mais la participation de ceux qui l'ont conclu* »[1191]. La participation citoyenne permet également une meilleure compréhension des enjeux et des défis de l'action publique. Grâce aux explications fournies, elle rend les démarches d'exécution plus perceptibles. Les patients prennent aussi conscience des restrictions de temps, de budget ou des contraintes techniques, un éclairage qui contribue à renforcer la confiance dans les services publics hospitaliers.

Enfin, la participation élargie des usagers dans les instances décisionnelles et consultatives des établissements de santé va permettre de mettre en place une approche d'organisation qui reconnaît et intègre des contre-pouvoirs. Au sein de ces organes, seront abordés des questions importantes liées aux finances des établissements de santé, aux projets de services et d'établissements et celles en rapport avec la prise en charge des patients et leur satisfaction. Cette démarche contribuera à placer les usagers « *au cœur du processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge à l'hôpital*»[1192].

B. Le retour sur les expériences étrangères: un argument à l'appui

De nombreux pays ont intégré la participation citoyenne dans les politiques de santé, en développant des dispositifs permettant aux patients, usagers et citoyens d'exprimer leur opinion et de les prendre en compte lors de la prise de décisions en matière de santé publique. Toutefois, les modalités de participation des usagers diffèrent selon les pays et il est difficile de les comparer faute de consensus sur les définitions précises de la participation et de l'usager, ainsi que sur le cadre conceptuel à utiliser **(1)**. Riches d'enseignements, ces expériences étrangères peuvent servir de source d'inspiration pour construire le modèle algérien **(2)**.

[1191] MOSCOVICI, Serge, et Willem, DOISE, « Le problème », dans, *Dissensions et Consensus,* Presses Universitaires de France, 1992, pp. 7-32.

[1192] LECOEUR-BOENDER, Marie, « L'impact du droit relatif à la démocratie sanitaire sur le fonctionnement hospitalier », *Droit et société*, vol 67, n° 3, 2007, pp. 631-647. Voir également Ollivier, Roland, « 5. La démocratie en santé a-t-elle toute sa place dans les établissements et services ?», dans, *La démocratie en santé en question(s).* Presses de l'EHESP, 2018, pp. 59-70.

1. Diversité des concepts et des modalités de mise en œuvre, convergence des procédés

Au cours des deux dernières décennies, une importante littérature s'est développée sur l'implication des usagers dans les systèmes de santé. Cette littérature a décrit différentes initiatives menées dans le monde entier, mobilisant une terminologie imprécise qui utilise souvent les mêmes termes de manière interchangeable, ou qui désigne des individus, des groupes d'individus ou des modalités d'actions spécifiques et différenciées[1193]. Si des ambiguïtés sur les populations concernées existent de part et d'autre dans le monde mobilisant plusieurs vocables tels que patients, public, citoyens, contribuables, usagers, représentants d'usagers, mouvement associatif, personnes profanes et consommateurs de soins, elles sont souvent révélatrices d'une diversité des modes de participation, des enjeux et des objectifs. Les formes d'implication des individus dans les systèmes de santé sont également décrites par un nombre considérable de termes dont les définitions sont souvent imprécises et mouvantes, tels que la participation, l'implication, l'engagement, la collaboration, le partenariat, l'information, la décision partagée, le consentement éclairé, le système centré autour du patient ou de la personne[1194].

En ce sens, l'Organisation mondiale de la santé a organisé en 2014 une consultation d'experts pour se pencher sur les différentes expériences menées en matière de mobilisation des citoyens dans la décision sanitaire[1195]. Il est ressorti de l'ensemble des présentations et des débats que les notions et concepts mobilisés variaient profondément non seulement d'un système de santé à un autre, mais aussi au sein d'un même système, d'un contexte à un autre. En outre, de nombreux travaux académiques ont été menés pour tenter de repréciser ces concepts, souvent en les organisant selon des modèles hiérarchisés qui rendent compte du niveau d'influence des usagers sur l'organisation des soins et des systèmes de santé[1196].

Une analyse à l'échelon européen permet de constater qu'un mouvement de reconnaissance et de formalisation des droits des usagers du système de santé s'était développé depuis le début des

---

[1193] SAFAEI, Jalil, « La démocratie délibérative dans les soins de santé : défis actuels et perspectives futures », *Journal of Healthcare Leadership*, 7,2015, pp 123-136 sur https://doi.org/10.2147/JHL.S70021.

[1194] BOUSQUET, Frédéric, et Véronique GHADI, « La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2017, pp. 116-127.

[1195] OMS, Fondation Gordon et Betty Moore, *Consultation d'experts mondiaux dans le cadre de l'engagement des patients et des familles de l'OMS*, Rapport, 2014, sur https://www.who.int/newsroom/events/detail/2014/10/27/default-calendar/global-expert-consultation-on-the-who-framework-on-patient-and-family-engagement, consulté le 6/4/2023.

[1196] JOUET, Emmanuelle, LUIGI GINO, Flora, Olivier, LAS VERGNAS, « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse. Pratiques de formation/Analyses », *Revue internationale de sciences humaines et sociales*, 2010, pp 58-59. Voir aussi POMEY, Marie-Pascale, et al. « Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, vol 1, n° HS, 2015, pp. 41-50. Voir également POMEY, Marie- Pascale, «Regards croisés France-Québec : La participation des citoyens, des usagers et des patients dans le système de santé», *Revue hospitalière de France*, n° 568, 2016, pp 61-68.

années 1980. La charte européenne du malade usager de l'hôpital de 1979, évoquait déjà la possibilité pour le malade de prendre les décisions lui- même ou d'y participer. En 1986, le parlement européen a adopté la charte européenne de l'enfant hospitalisé[1197], rédigée à l'initiative du milieu associatif, et qui reste en application aujourd'hui dans les services de pédiatrie. La charte de Ljubljana [1198] de 1996 relative aux réformes des systèmes de santé, précise que les gouvernements doivent prêter attention à l'opinion et aux choix des citoyens dans ce domaine. Ainsi, en Suisse plusieurs lois et réglementations ont été mises en place pour favoriser la participation citoyenne dans ce domaine, notamment la loi fédérale sur les professions médicales universitaires et la loi sur la santé publique[1199]. Le rapport sur la stratégie globale « Santé 2020», approuvé par le Conseil fédéral le 23 janvier 2013[1200], fixe les priorités de la politique sanitaire suisse pour les années 2013-2020[1201]. Pour garantir le succès des réformes à conduire, et permettre de renforcer le bien-être des assurés et des patients, cette stratégie inclue la population dans la politique de la santé et donne aux patients toute leur place dans la relation avec les professionnels de santé, place fondée sur l'égalité et l'autodétermination. Un de ses objectifs[1202]intitulé, *Renforcer les droits des patients et des assurés*, place l'être humain au centre de la politique de la santé. En Allemagne, dès le début des années 1990, des représentants des citoyens ont siégé dans les conseils d'administration des caisses sociales d'assurance maladie. Ils étaient, selon les domaines, en position de prise de décision, soit directe, soit indirecte, en élisant les représentants des caisses au sein de la structure nationale en charge de superviser leur fonctionnement. En 2004, la loi de modernisation du système de santé a en outre donné une base légale à la présence de neuf représentants des associations de patients ou d'aide sociale au sein de la nouvelle organisation nationale qui fédère les différentes caisses sociales d'assurance maladie (Gemeinsamer Bundesausschuss). Ils n'ont toutefois qu'une voix consultative[1203]. En Belgique, les droits du

[1197] La Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé a été adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.

[1198] La Charte de Ljubljana a été adoptée par les États membres européens de l'OMS à Ljubljana, Slovénie, le 19 juin 1996. Elle a pour objet de définir un ensemble de principes s'intégrant aux systèmes de santé existants ou permettant d'améliorer les soins de santé dans tous les États membres européens de l'Organisation mondiale de la santé.

[1199] Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) du 23 juin 2006 (Etat le 1er janvier 2022) et Loi sur la santé (LS) du 7 avril 2006.

[1200] Office fédéral de la santé publique (OFSP), « *politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral* », janvier 2013.
[1201] Il comprend 36 mesures, réparties entre quatre domaines d'action. Ces mesures se fondent sur douze objectifs qui doivent permettre d'aménager de manière optimale le système de santé fiable de la Suisse, en fonction des défis actuels et à venir.

[1202] Objectif 2.3 du deuxième domaine d'action « Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle».

[1203] HASSENTEUFEL, Patrick, « Les réformes de l'assurance maladie en Allemagne », *Les Tribunes de la santé*, vol 4, n°3, 2004, pp. 81-89.

patient ont fait également en 2002 l'objet d'une loi[1204] dont l'enjeu concerne la démocratie participative et la citoyenneté dans le champ des soins de santé. Si l'information des patients est au cœur de cette loi, elle se veut être le moyen d'encourager les usagers des services hospitaliers d'interagir avec le personnel soignant pour devenir acteurs de leur santé. En Espagne, ce sont la loi de Santé de 1982 et la loi générale de santé de 1986[1205] qui ont reconnu et régulé, la première fois, le droit à la participation citoyenne dans la gestion et la planification des politiques relatives à la santé. Cependant, dans la pratique, la réflexion sur la pratique participative en santé ne s'est amorcée en Espagne de manière concrète que bien plus tard. En effet, ce n'est qu'en mai 2003 que des représentants d'associations de patients et d'usagers ainsi que des professionnels de la santé, venus de toute l'Espagne, se sont réunis à Barcelone pour débattre du sujet. Leurs travaux ont abouti à l'adoption de la Déclaration de Barcelone des Associations de Patients, approuvée par plus de 50 organisations de patients et d'usagers espagnols, qui répertorie notamment les enjeux de cette pratique participative. Cette initiative citoyenne a donné lieu au « Décalogue des patients» et fut le point de départ de la constitution du Forum espagnol des Patients[1206]. Par ailleurs, on peut citer les exemples souvent évoqués des conférences de consensus ou jury-citoyens, existant dans les systèmes anglo-saxons et nordiques consistant à mobiliser des citoyens profanes sur un thème technique, pendant une courte durée, au cours de laquelle ils entendent des experts et formulent, ensuite, un avis collectif qui aide les pouvoirs publics à la décision. L'exemple le plus abouti est peut-être celui mis en place en Angleterre en 2002, l'institut national pour l'excellence clinique a adjoint à ses groupes de travail pluridisciplinaires chargé, d'élaborer des guides de bonne pratique à l'adresse des professionnels, un conseil des citoyens chargé, pour sa part, de formuler des avis sur les valeurs à retenir pour faire des choix en matière de santé[1207].

La consécration de la participation citoyenne dans le domaine de la santé se constate, également, outre-Atlantique. Ainsi au Brésil, cette pratique est le socle du Système Unique de Santé (SUS) brésilien. En effet, la législation brésilienne a cherché à renforcer la défense du citoyen face à l'Etat, en garantissant les conditions pour que sa voix soit entendue et pour promouvoir l'amélioration ainsi que l'efficacité accrue du système[1208]. Cela a été réalisé en stimulant la

[1204] Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient publié le 26 septembre 2002.

[1205] Loi générale de santé 14/1986 du 25 avril 1986.

[1206] MORENO, Fuentes, JAVIER, Francisco. « Régulation et décentralisation du système sanitaire en Espagne dans une perspective comparatiste », *Pôle Sud*, vol 28, n°1, 2008, pp. 55-85.

[1207] TRITTER, Jonathan, « Participation du public et des patients aux soins de santé et à la politique de santé au Royaume-Uni», *Attentes en matière de santé*, Vol 14, n°2,2011, pp 220-223, sur https://doi.org/10.1111/ j.1369-7625.2011.00697.

[1208] Loi n°8142 du 28 décembre 1990 sur « la participation de la communauté à la gestion du SUS et sur les transferts

participation populaire dans les discussions relatives aux politiques publiques de santé, donnant ainsi une plus grande légitimité aux actions mises en œuvre. C'est ainsi que la représentation des acteurs et usagers se déploie à tous les niveaux jusqu'aux différents échelons territoriaux[1209] . La participation sociale, tout spécialement des usagers est au cœur de ce système décentralisé et hiérarchisé. Elle figure non seulement au rang des trois grands principes qui organisent le système, « l'universalité », « l'intégralité » et « l'équité », mais aussi des trois lignes directrices à valeur constitutionnelle que sont « la décentralisation, la hiérarchisation et la participation sociale »[1210].

L'intégration de représentants des citoyens ou des patients au niveau stratégique au Canada mérite aussi d'être exposée. Au Québec, il existe une commission consultative nommée « Forum de consultation », composée de représentants des citoyens, de la communauté scientifique et de l'administration. Elle est chargée de délibérer et de donner un avis sur des questions que lui soumet le Commissaire à la santé. Les conclusions du forum sont transmises au ministre qui a l'obligation d'y répondre dans un délai contraint, puis déposées à l'Assemblée nationale. Le forum délibère sur les enjeux éthiques et l'acceptabilité sociale des pistes d'action. Pour ce faire, les modes de délibérations sont multiples et bénéficient d'une animation indépendante. Le forum peut également s'autosaisir, et le commissaire est comptable de la prise en compte de ses recommandations[1211]. À titre d'exemples, le forum a été saisi de plusieurs sujets dont la procréation assistée, le dépistage prénatal de la trisomie, la première ligne de soins, les maladies chroniques, la périnatalité, la petite enfance et la santé mentale[1212]. Par ailleurs, des hôpitaux de l'Ontario ont aussi développé plusieurs mécanismes pour intégrer le point de vue des patients et des citoyens, afin de prioriser les services à développer et, en fonction de ces choix, les stratégies budgétaires à mettre en place[1213].

Enfin, il est particulièrement pertinent d'accorder une attention approfondie au modèle français de la participation citoyenne en santé, également appelé initialement « démocratie

---

financiers intergouvernementaux dans le champ de la santé et autres mesures » (établit et organise les missions et le fonctionnement des organismes dédiés à la participation des usagers à la gestion du SUS, aux trois niveaux des collectivités publiques, Unions Etats et municipes : les Conseils de santé et les Conférences de santé).

[1209] LEITE FERREIRA NETO, João, et José Newton Garcia, DE ARAUJO, « L'expérience brésilienne du Système unique de santé (sus) : gestion et subjectivité dans un contexte néolibéral », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol 13, n°1, 2012, pp. 227-239.

[1210] Ibid.

[1211] POMEY, Marie- Pascale, «Regards croisés France-Québec : La participation des citoyens, des usagers et des patients dans le système de santé», précité.

[1212]Ibid.

[1213] E CHAN, Yolande et A BENECKI, Leslie, «Évaluation du succès du processus d'engagement communautaire d'un hôpital», *Healthcare Management Forum*, volume 26, n°1, 2013, pp 20-25, sur https://doi.org/10.1016/j.hcmf. 2012.12.002.

sanitaire » et plus récemment « démocratie en santé »[1214]. Introduite officiellement en 2002 par la loi n° 2002-303 du 4 mars relative aux droits des malades, cette idée avait déjà commencé à émerger à la fin des années 1990, période marquée par d'intenses critiques vis-à-vis des insuffisances du système de santé. En associant les termes « démocratie » et « santé », les pouvoirs publics français ont cherché à instaurer un nouveau mode de rapports sociaux dans la sphère sanitaire, expliqué par la montée en puissance de l'usager dans le domaine public. Portée par une démarche citoyenne, la démocratie sanitaire représente une volonté d'améliorer la qualité du système de santé, en permettant aux bénéficiaires des soins de s'exprimer et de participer à l'élaboration des politiques de santé et aux réformes du système de santé. En pratique, elle se traduit par la participation des usagers à la gouvernance du système de santé et aux instances décisionnelles et consultatives dédiées à l'orientation et à la définition des politiques de santé. Elle s'organise en plusieurs champs dont essentiellement l'implication dans les conseils d'administration et dans les conférences de santé, le soutien aux usagers, la défense des droits et la promotion des droits[1215]. Bien que le modèle français ait grandement inspiré notre démarche pour développer une pratique participative en droit algérien, il est essentiel de préciser que notre dispositif s'en distingue sur plusieurs points. D'abord, la terminologie utilisée diffère, car le terme « démocratie » évoque en Algérie davantage des pratiques politiques que des principes de gouvernance. Cette distinction sémantique est importante pour éviter que le nouveau modèle algérien ne soit perçu comme démagogique et être ainsi potentiellement rejeté. Ensuite, contrairement à la France qui a choisi de construire un cadre de participation des usagers très centré sur la reconnaissance légale des droits individuels et collectifs des patients, le modèle algérien se traduit davantage par la construction d'une forme d'institutionnalisation des processus collaboratifs, permettant de faire entendre la voix des représentants des patients et visant à mieux adapter l'offre de soins à leurs attentes, besoins ou souhaits.

La participation citoyenne à la santé est devenue une pratique courante dans de nombreux pays. Sans prétendre avoir dressé un bilan exhaustif des différentes initiatives mises en œuvre, nous avons tenu à présenter les exemples qui nous ont paru illustrer soit les formes d'intervention qui sont rencontrées le plus fréquemment, soit des actions qui nous ont semblé plus particulièrement exemplaires. Si la comparaison internationale fait ressortir des procédés communs, ces derniers ne permettent pas de mettre en évidence une procédure entièrement satisfaisante.

[1214] La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé parle désormais de démocratie en santé, marquant ainsi la volonté du législateur français d'en élargir le champ d'application.

[1215] SEBAI, Jihane, « Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », *Santé Publique*, vol 30, n° 5, 2018, pp. 623-631.

2. Quels enseignements de ces expériences ?

Les évaluations des initiatives d'implication des usagers dans le domaine de la santé sont encore rares et soulèvent des questions méthodologiques complexes, se concentrant souvent sur le processus plutôt que sur les résultats. Ce constat est confirmé par le rapport établi par Claire Compagnon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé française en 2014, qui, malgré ses contributions, ne déroge pas à cette tendance[1216]. Il nous semble pertinent d'évoquer dans ce cadre les conclusions d'une revue de littérature menée par la *RAND Corporation*, un groupe de réflexion qui produit des recherches et des analyses sur une variété de sujets[1217]. Cette analyse suggère que les impacts de la participation des usagers sont plus souvent liés à un développement de l'expertise de ces derniers et de leurs compétences plutôt qu'à une amélioration mesurable des performances des systèmes de santé[1218]. Cela signifie que la participation des usagers est plus souvent associée à des bénéfices tels qu'une meilleure vigilance, le développement de l'expertise et des compétences des usagers profanes, plutôt qu'à une amélioration concrète des performances des systèmes de santé, comme la qualité, la sécurité ou l'efficience.

Néanmoins, il y a un consensus grandissant pour dire que les expériences internationales d'implication des usagers n'ont pas donné les résultats escomptés. Elles permettent, néanmoins, de tirer plusieurs leçons. Tout d'abord, il est important de noter que la participation citoyenne ne peut pas être considérée comme un remède universel pour résoudre les problèmes de santé. Les expériences ont montré qu'il est important de prendre en compte les contextes locaux, les caractéristiques culturelles et les besoins spécifiques de chaque communauté. Les approches doivent donc être adaptées à chaque contexte afin d'assurer la participation active et significative des citoyens[1219]. De plus, l'implication des citoyens dans les décisions liées à la santé nécessite une véritable volonté politique de la part des décideurs. Il est important de mettre en place des politiques

[1216] Ce rapport est structuré en trois principales parties. La première partie, intitulée « Nos recommandations : faire de la démocratie sanitaire, une réalité », couvre 62 pages et propose des orientations pour renforcer la démocratie sanitaire en France. La deuxième partie, dédiée au bilan des actions et politiques existantes, s'étend sur seulement 17 pages, offrant une analyse concise de l'état actuel et des résultats de la démocratie sanitaire. Voir COMPAGNON, Claire et GHADI , Véronique, Pour l'An II de la Démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2014, Paris, La documentation Française.

[1217] La RAND Corporation « Research ANd Development » est considérée comme un laboratoire d'idées (think tank) américain au service de la décision politique et économique, fondé en 1948. Initialement créée pour offrir des conseils de recherche et d'analyse à l'armée des États-Unis, elle a ensuite progressivement élargi son champ d'action en travaillant pour d'autres gouvernements, pour des fondations privées, pour des organisations internationales et pour des entreprises privées, sur des questions de défense et de sécurité ainsi que sur l'économie industrielle et les politiques publiques en général.

[1218] ANNALIJN Conklin, Zoë SLOTE MORRIS, Ellen NOLTE, *Involving the Public in Healthcare Policy. An Update of the Research Evidence and Proposed Evaluation Framework*, Rapport, Bertelsmann Foundation, RAND Europe, 2010.

[1219] BOUSQUET, Frédéric, et Véronique GHADI, « La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international », précité.

publiques qui encouragent la participation citoyenne et qui assurent que les contributions des citoyens soient prises en compte lors de la prise de décision. Enfin, l'implication des citoyens doit être considérée comme une collaboration plutôt qu'une simple consultation. Les citoyens doivent être intégrés dans le processus décisionnel dès le début, plutôt que d'être sollicités uniquement lorsqu'il est temps de valider une décision déjà prise. Les expériences ont montré que lorsque les citoyens sont impliqués dès le début du processus, ils sont plus enclins à s'engager et à contribuer activement aux décisions liées à leur santé. De même, il est essentiel de construire une réelle représentativité en rassemblant une diversité suffisante des points de vue, notamment en ce qui concerne l'âge, le genre, les caractéristiques socioculturelles et ethnoculturelles. Il est également important de permettre à cette diversité de pouvoir s'exprimer dans les instances en développant les méthodes les plus efficaces, telles que les méthodes de dialogue délibératif et les pratiques de collaborations communautaires. De plus, il est primordial de travailler en collaboration avec les professionnels de la santé et de trouver un bon équilibre dans la participation des usagers, entre les rôles de citoyen et d'usager profane d'une part et le rôle d'usager expert d'autre part. En effet, l'implication des patients dans les soins ne suffit pas à elle seule pour modifier les pratiques, et il est nécessaire de développer une stratégie globale, combinant différentes approches, pour réellement améliorer les performances des systèmes de santé. Il s'agit de leur reconnaitre le pouvoir de remettre en question le caractère asymétrique de la relation usagers-professionnels ; un pouvoir qui doit se construire dans des procédures de négociations. Les participants à ces procédures auront pour objectif non de prendre le pouvoir des autres mais d'y ajouter en jouant le rôle de contre-pouvoir. Aussi, il convient de se montrer prudent quant à la portée de cette démarche qui même si la dynamique qu'elle enclenche est porteuse d'espoir, elle se heurte à l'épreuve des faits et principalement à la confrontation des formes et des registres de légitimité[1220].

Enfin, le regard porté sur les pratiques internationales et étrangères donne le sentiment que le mouvement d'implication des usagers dans la santé est encore en construction et que les différentes difficultés qu'il rencontre doivent être dépassées pour renforcer son efficacité. Les pays les plus avancés en la matière sont ceux qui ont adopté une approche systémique de l'implication des usagers, en multipliant les portes d'entrées, que ce soit au niveau politique, dans les services de santé, dans la recherche ou encore dans la formation des professionnels tels que les modèles québécois et anglais qui sont particulièrement intéressants dans la mesure où ils ont mis en place des dispositifs qui permettent une implication plus large et plus diversifiée des usagers dans le système de santé.

[1220] GROSS, Olivia, « 3. Le recours à l'expertise des patients : un phénomène mondial et protéiforme », précité.

§.2 Des facteurs sociologiques en faveur de cette formalisation

Divers facteurs sociologiques prédisposent la société algérienne à intégrer la gestion participative dans les affaires publiques. En effet, les préceptes de l'islam, source du droit en Algérie, encouragent la participation des citoyens dans les affaires publiques et prônent la consultation et la recherche du consensus dans la prise de décision, *as-shoûra* étant considérée comme un pilier fondamental de la gouvernance islamique **(A)**. Par ailleurs, d'autres facteurs coutumiers valorisent la gestion participative dans la société algérienne où il existe, dans certaines régions, des traditions ancestrales de prise de décision collective et de consultation communautaire **(B).**

A. As-shoûra, une pratique musulmane qui préfigure la concertation publique

As-shoûra est une pratique musulmane régulière dans les décisions publiques. Elle est considérée comme l'un des principes fondamentaux de la gouvernance islamique appliqué par le prophète Mohamed lui-même **(1)**. Toutefois, *la charia* n'a pas établi de système strict pour la pratique d'*as-shoûra*, ni de dispositions constitutionnelles rigides que l'État islamique serait obligé de suivre dans ce domaine. Les dispositions qui régissent cette pratique sont par nature des principes flexibles qui doivent se conformer à l'intérêt public de la communauté musulmane **(2)**.

1. As-shoûra dans la gouvernance islamique

As-shoûra est la pratique qui permet en islam la gestion du pluralisme. Le terme arabe veut dire « consultation », « concertation » ou encore « délibération »[1221]. S'il apparaît à plusieurs reprises dans le Coran[1222], deux versets sont généralement cités pour incarner le principe d'orientation générale.

Dans la sourate *as-shoûra* qui porte elle-même le nom de ce principe, on peut lire que: « …*ce qui est auprès de Dieu est meilleur et plus durable, pour ceux qui croient : ceux qui se confient à leur Seigneur ; ceux qui évitent les péchés les plus graves et les turpitudes, ceux qui pardonnent après s'être mis en colère ; ceux qui répondent à leur Seigneur ; ceux qui s'acquittent de la prière ; ceux qui délibèrent entre eux au sujet de leurs affaires ; ceux qui donnent en aumônes une partie des biens que nous avons accordés*»[1223]. De nombreux *moufassirin*[1224] voient dans ces versets, que

[1221] « As-shoura », *dictionnaire almaany* , sur https://www.almaany.com consulté le 11/5/2023.

[1222] Coran 2/159, 2/233, 24/62, 12/8-10, 27/32, 7/109-111.

[1223] Coran 42/36-38.

[1224] *Moufassir* est le nom donné aux personnes qui interprètent le Coran. Pour être auteur de *tafsir* il faut avoir une grande instruction en hadiths, et aussi une très bonne maîtrise de la langue arabe et de ses préciosités. Il existe plus de 300 exégèses coraniques dont les auteurs les plus connus sont : Ibn Kathir, At-Tabari et Mouhammed al Qurtubi Al

la consultation est décrite comme étant l'un des piliers de l'islam, aux côtés de la prière et de la zakatet et que la hiérarchisation énoncée ici est soigneusement structurée[1225]. En effet, il convient de constater qu'après la qualification morale des croyants, une classification graduelle des attitudes est exprimée. En premier lieu, il y a la réponse à l'appel de Dieu, qui consiste à suivre ses recommandations. En second lieu, il y a l'accomplissement de la prière, qui représente le deuxième pilier de l'islam après la profession de foi et enfin, sur le plan communautaire, il est souligné l'importance de la pratique de la consultation et de l'engagement social solidaire. Il est donc clair que le fait de se soumettre à Dieu au niveau individuel ne signifie pas qu'il existe des solutions toutes faites pour les affaires communautaires. Les croyants doivent se distinguer par leur engagement à délibérer collectivement sur les affaires qui les concernent permettant, ainsi, de favoriser un processus inclusif de prise de décision, où les opinions et les perspectives de chacun sont prises en compte[1226].

Par ailleurs, il est bien établi, à travers de nombreuses narrations, que le Prophète Mohammed accordait une importance primordiale à la consultation constante de ses compagnons chaque fois que se présentait une situation pour laquelle aucune révélation spécifique n'était intervenue. Plusieurs de ses *hadiths*[1227] évoquent son attachement et son engagement envers ce principe[1228]. Abou Hurayra, son compagnon, soulignait fréquemment que jamais il n'avait observé quelqu'un consulter autant ses proches que le Prophète lui-même. Ainsi, il écoutait attentivement les avis de ceux qui l'entouraient et prenait ses décisions en conséquence, en tenant compte de leurs conseils. Il est consigné dans les sources que le Prophète pratiquait la consultation, principalement, dans des

---

ansari.

[1225] DIBI, Samia, « Une réflexion sur "as-Shoûra" dans le Coran », *Revue des lettres et des sciences humaines*, vol 4, n° 2, 2011, pp 1-16, (article en Arabe).

[1226] BOUZAZI, Khalifa, « As-shoûra et la démocratie dans la pensée islamique », *Revue Ashihab*, vol 2, n°2, 2016, pp 23-40, (article en Arabe).

[1227] « *Un hadith est une communication orale du prophète Mohamed, rapportée par une chaîne de transmetteurs. Par extension, le terme désigne l'ensemble des traditions relatives aux actes et aux paroles de Mahomet et de ses compagnons. Les hadiths sont aussi désignés sous le nom de « traditions » de Mahomet ou de « traditions prophétiques ». Alors que le nombre de versets normatifs dans le Coran est relativement concis, les hadiths apportent non seulement des éclaircissements sur Dieu, le Coran, Mahomet et la vie post-mortem, mais donnent également des directives sur tout ce qui organise la vie des fidèles, allant des détails des obligations religieuses aux exhortations au bon comportement. Ainsi, la majeure partie des règles de la loi dite islamique est dérivée des hadiths, plutôt que du Coran* », sur https://fr.wikipedia.org/wiki consulté le 11/5/2023.

[1228] Le Prophète, que la paix et les bénédictions d'Allah soient sur lui, a dit à diverses occasions que : « *Celui qui consulte ne se trompe pas, et celui qui cherche conseil ne regrette pas* », « *jamais un groupe n'a consulté sans être guidé vers la meilleure décision* », « *Quant à Allah et son messager, ils n'ont pas besoin de la consultation, mais Allah l'a rendue une miséricorde pour ma communauté. Celui parmi eux qui consulte ne sera pas privé de la guidance, et celui qui la néglige ne sera pas privé de l'égarement »,* BENKHOUYA, Idriss, « Le principe de la consultation dans la vie du Prophète Muhammad*», Revue El Hakika*, vol 15, n°2, 2016, pp 94-112, (article en Arabe).

domaines techniques tels que les tactiques de guerre[1229]. En effet, au cours de la première confrontation avec les infidèles de la Mecque à « *Badr* », le Prophète Mohamed sollicita les opinions de ses compagnons, leur demandant de partager leurs points de vue sur l'emplacement de l'affrontement. Ibn al Mundhir, après avoir confirmé auprès du Prophète que le lieu choisi n'était pas dicté par une révélation divine mais relevait d'une décision personnelle du Prophète proposa une autre stratégie qui permettait de prendre le contrôle de l'accès à l'eau. Mohamed se rendit à cet argument et ordonna le déplacement de toute son armée en conséquence. De même, avant la bataille d'«*Uhud* », des opinions divergentes étaient exprimées quant à la décision de rencontrer les adversaires mecquois près de la montagne d'«*Uhud* » ou de les attendre dans la Médine. Bien que le Prophète ait préconisé d'attendre, lors des délibérations, la majorité était en faveur de la sortie pour affronter l'ennemi et les musulmans suivirent cette décision. En raison de certaines péripéties du combat durant lequel un groupe des moudjahidines n'a pas suivi les ordres, ils perdirent la bataille et provoquèrent le premier revers des musulmans. C'est dans ces conditions de défaite que fut révélé le verset « *Tu as été doux à leur égard par une miséricorde de Dieu. Si tu avais été rude et dur de cœur, ils se seraient séparés de toi. Pardonne-leur ! Demande pardon pour eux ; consulte-les sur toute chose et si tu as pris une décision, place ta confiance en Dieu. Dieu aime ceux qui ont confiance en lui*»[1230]. Une révélation qui a confirmé fermement le principe de la consultation quel que soit son résultat.

Le prophète pratiquait, également, la consultation de ses compagnons sur diverses questions juridiques, sociales ou politiques telles que le traitement réservé aux prisonniers de guerre[1231], les accords de paix, les sanctions à appliquer envers les non-croyants et les modalités d'approche des rois et des monarques pour les inviter à embrasser l'islam[1232]. Il attachait une grande importance à écouter les avis et les conseils de ses compagnons, car il considérait que la consultation était un moyen essentiel pour prendre des décisions éclairées et pour garantir la cohésion et l'unité de la communauté musulmane[1233]. En rassemblant ses compagnons les plus compétents et fiables, le Prophète ouvrait un espace de délibération où chacun pouvait exprimer librement son point de vue ce qui favorisait la prise de décisions justes et équitables, en prenant en compte les différentes

[1229] TALEB, Hafidha, « Les éthiques de la guerre chez le Prophète Mohamed (psl*)», Matoune*, vol 8, n°1, 2015, pp 160-173, (article en Arabe).

[1230] Coran 3/159.

[1231] CHAIB, Dalila, « Les valeurs humanitaires lors des guerres du Prophète Mohamed (psl) *», Revue de la Charia et de l'Économie*, vol 3, n°6, 2014, pp 299-337, (article en Arabe).

[1232] BENKHOUYA, Idriss, « Le principe de la consultation dans la vie du Prophète Muhammad*»,* précité.

[1233] Ibid.

perspectives et en assurant la participation de tous les membres de la communauté.

Les successeurs du Prophète Mohamed ont également accordé une grande importance à la consultation et à la concertation dans leurs prises de décision[1234]. Abû Bakr, le premier calife, a suivi l'exemple du Prophète en réunissant les compagnons les plus compétents et fiables pour consulter leur avis sur divers sujets. Il a souligné l'importance de l'honnêteté et de la transparence en communiquant à la communauté qu'ils devraient l'aider s'ils le voyaient agir avec justice et vérité, et le reprendre s'ils le voyaient commettre une erreur[1235]. Son successeur Umar a également adopté cette approche en encourageant les gens à corriger ses erreurs s'ils les percevaient. Cette culture de la concertation et de la remise en question a perduré parmi les successeurs du Prophète, témoignant de leur respect du modèle exemplaire du leadership prophétique qui leur sert de guide pour établir une gouvernance juste et équitable, conforme aux enseignements de l'islam[1236].

2. Les principes d'As-shoûra

Nous avons déjà dit que la *charia* n'a pas établi de système strict ou de dispositions constitutionnelles rigides pour la pratique d'*as-shoûra* au sein de l'État islamique[1237]. Cette absence de règles spécifiques offre une certaine marge de manœuvre aux communautés musulmanes pour développer des mécanismes de consultation qui répondent à leurs contextes et à leurs aspirations. En réalité, en accordant une flexibilité dans la pratique d*'as-shoûra*, la *charia* reconnaît que les besoins et les défis auxquels sont confrontées les communautés musulmanes peuvent varier en fonction du temps, du lieu et des contextes sociopolitiques[1238]. Ainsi, sa pratique doit être dynamique et adaptée aux réalités changeantes, tout en préservant les valeurs islamiques fondamentales de justice, de consultation et de participation.

Toutefois, bien que la charia n'impose pas de modèles spécifiques pour la mise en œuvre d*'as-shoûra* la diversité des pratiques de consultation dans l'histoire de la civilisation islamique et les

[1234]AWLED SAID, Ahmed, « L'impact de l'ère des califes bien guidés sur l'établissement des lois constitutionnelles contemporaines », *Revue Alwahat pour les recherches et les études*, vol 9, n°1, 2016, pp 1019-1032, (article en Arabe).

[1235] Les termes du célèbre discours qu'Abû Bakr a prononcé lors de son accès au califat se lisent comme suit : « *Si vous me voyez dans la vérité (le juste), aidez-moi ; si vous me voyez dans l'erreur, reprenez-moi* », WAKED, Rabeh, « Quelques contenus de l'éducation islamique dans les discours des califes bien guidés après leur investiture *», Revue des recherches et études Scientifiques*, vol 17, n°1, 2023, pp 91-110, (article en Arabe).

[1236] RAHMANI, Esaîd, «La biographie prophétique : Entre leadership exemplaire et preuve convaincante», *Revue de la Charia et des études islamiques*, vol 8, n°10, 2017, pp 208-231, (article en Arabe).

[1237] RADDAD, Abderrahmane, «Le principe d'as-shoûra et ses effets constitutionnels dans les domaines politique et législatif», *El Ihyaâ* , vol 15, n°1, 2015, pp 63-88, (article en Arabe).

[1238] KHOUALDIYA, Atif, « Renouvellement des objectifs de la charia islamique», *Rissalat el Masjid*, vol 19, n°1, 2021, pp 7-20, (article en Arabe).

réflexions produites par les *ulémas*[1239] permettent de dégager plusieurs principes inhérents à cette notion[1240].

Tout d'abord, la consultation dans la gouvernance islamique se déroule à trois niveaux distincts. Le premier niveau est la consultation de la communauté des musulmans dans son ensemble, où la participation de tous les membres est recherchée pour des décisions telles que le choix d'un leader ou la mise en place d'un conseil consultatif. Les participants à cette consultation sont l'ensemble de la nation, comme en témoigne le pronom pluriel utilisé dans le verset « …*et consulte-les dans les affaires*…» ou dans celui « …*leurs affaires se décident par consultation entre eux* …». Le deuxième niveau concerne la consultation des spécialistes dans une affaire nécessitant une expertise spécifique. Il s'agit d'une consultation technique auprès de spécialistes de diverses disciplines concernant des projets d'intérêt public. Enfin, le troisième niveau concerne l'implication des organes délégués par la nation et qui agissent au nom du peuple, tels que les conseils législatifs ou les assemblées parlementaires similaires aux instances législatives des sociétés modernes auxquels sont soumis pour délibérations des questions corrélées aux intérêts et aux besoins de leurs sociétés[1241]. Ainsi, la participation peut prendre la forme d'élections directes ou de représentation, en fonction des situations historiques, des habitudes ou des structures sociales existantes.

Par ailleurs, la consultation publique n'étant pas exclusivement politique et s'exerçant par la mise en place de *majalis as-shoûra*[1242], certains *ulémas* préconisent maintenant l'infusion d*'as-shoûra* avec la technologie numérique comme moyen d'améliorer la gouvernance participative ou la gouvernance électronique parmi les musulmans. L'objectif est de renforcer l'État et de la

---

[1239] « *Les ulémas sont des théologiens effectuant des recherches dans le domaine coranique et de la tradition prophétique, mais leurs savoirs peuvent aller bien au-delà de la connaissance théologique. Généralement indépendant du pouvoir séculier, ils sont les gardiens de la tradition musulmane et des hommes de référence* », sur https://fr.wikipedia.org/wiki consulté le 11/5/2023.

[1240] RADDAD, Abderrahmane, «Le principe d'as-shoûra et ses effets constitutionnels dans les domaines politique et législatif», précité.

[1241] Le Dr Abdul Hameed Ismail Al-Ansari estime que : «*Ces trois niveaux de consultation sont clairement visibles dans les actions du Prophète (psl) et des Califes bien guidés. Le choix du calife et certaines affaires publiques ont été partagés avec le public, les nominations et la plupart des décisions publiques relevaient de la compétence de majliss as-shoûra, et il y avait des questions techniques précises laissées aux spécialistes* », RADDAD, Abderrahmane, «Le principe d'as-shoûra et ses effets constitutionnels dans les domaines politique et législatif», précité, p 68.

[1242] « *Majlis al Shura est un terme couramment utilisé pour désigner les assemblées dotées de pouvoirs consultatifs ou législatifs dans les pays arabophones ou à majorité islamique. Dans certains pays, cela peut désigner l'ensemble du corps législatif ou la chambre haute, tandis que dans d'autres cas, les pouvoirs de la législature sont limités à la consultation uniquement lorsque le gouvernement ne fonctionne pas sur une base démocratique. Ainsi, le terme "Majlis al Shura" est utilisé pour désigner l'Assemblée consultative d'Arabie saoudite, qui se rapproche le plus d'une législature en Arabie saoudite, ainsi que les quasi-législatures d'Oman et du Qatar. Il est également utilisé pour désigner le Parlement du Pakistan, la chambre haute du parlement de Bahreïn, et la chambre haute du Yémen* », TENAH, Ahmed, « Le Conseil d'as-shoûra : la représentation législative dans le gouvernement islamique», *Revue Tārīkh al-'Ulūm*, vol 1, n°1, 2016, pp 48-60, (article en Arabe).

communauté en favoriser la participation et la consultation de la base conformément aux principes coraniques.

Enfin, il est primordial de préciser que l'obligation de la consultation dans le cadre de la gouvernance islamique a fait l'objet de plusieurs débats entre jurisconsultes islamiques. Certains érudits soutiennent que cette pratique revêt un caractère contraignant pour le dirigeant. Selon leur perspective, ce dernier est tenu de se référer aux avis d'« *ahl as-shoûra* », qu'il s'agisse de l'ensemble de la société ou d'organes spécifiques de consultation, et d'adopter leurs avis. Parmi les partisans de cette obligation, on trouve des figures notables telles que Muhammad Abduh, Muhammad Rashid Rida et Abdul Karim Zidan, parmi d'autres[1243]. Cependant, il convient de souligner que cette position n'est pas unanimement acceptée. Certains érudits, sans nier l'importance de la consultation, ne la considèrent pas comme étant intrinsèquement obligatoire. Par conséquent, la question de l'obligation de la consultation reste un sujet de débat récurrent dans le contexte de la gouvernance islamique.

B. Tajmaith, une coutume algérienne ancestrale germe de la gestion participative

Le village « *thadarth* » est une communauté territoriale dans certaines régions berbérophones de l'Algérie, notamment le Mzab, la Kabylie et les Aurès. Fondée sur des racines patrilinéaire, soudé par des liens de solidarité, régi par le code de l'honneur, il est doté d'une charte qui accorde à l'assemblée « *tajmaith* » une capacité de gouvernance **(1)** dans le but est de préserver la cohésion de la collectivité et de répondre aux besoins des habitants **(2)**.

1. La gouvernance villageoise

La communauté berbérophone villageoise repose sur la cellule familiale qui constitue l'unité humaine et institutionnelle la plus élémentaire. À partir de celle-ci, le village s'organise en cercles concentriques lignagers de plus en plus vastes, s'étendant du quartier à la tribu ou encore à la confédération. Le village, en tant que communauté, représente un territoire habité depuis des temps immémoriaux par un groupe humain uni par un destin partagé, dont les membres se reconnaissent dans un ancêtre commun et sont liés par les liens du sang[1244]. Afin de gérer ce territoire pour une vie en communauté améliorée et pour perpétuer la cohésion lignagère à travers la solidarité et l'honneur, le village met en place des organes de gouvernance.

L'assemblée du village, également connue sous le nom de « *tajmaith* » qui constitue le cœur

[1243] RADDAD, Abderrahmane, «Le principe d'as-shoûra et ses effets constitutionnels dans les domaines politique et législatif», précité.

[1244] TAIB, Essaid, « Le statut associatif appliqué à thadarth, une bizarrerie juridique ? », *Idara,* vol 27, n°1, 2019, pp 63-85.

vivant du village est chargée de gouverner cette communauté. Véritable institution autochtone qui symbolise une république ou une cité démocratique, elle a pour fonction d'organiser la vie du village en répondant aux besoins d'intérêt commun de ses habitants tout en préservant les valeurs fortes et structurantes de la société berbérophone. Ces valeurs reposent sur des liens de parenté, d'honneur, d'entraide, d'appartenance à un territoire d'identification, d'égalitarisme des habitants[1245], ainsi qu'un processus de décision démocratique et consensuel. C'est sans doute pour cela que « *tajmaith* » est porteuse d'une très forte légitimité qui a pu la maintenir et lui permettre de résister depuis des siècles aux manipulations de l'occupation ottomane visant à susciter des conflits entre tribus, à la politique coloniale aspirant à la supprimer et la remplacer par un ordre administratif allogène[1246] et à l'effacement par l'État national qui cherchait à uniformiser le territoire en créant des collectivités et des circonscriptions territoriales étatiques[1247].

Tajmaith est un organe restreint composée, généralement, de plusieurs membres : l'*amin*, les *touman*, l'*oukil* et les *uqqâl*, des fonctions aux prérogatives distinctes mais complémentaires. L'*amin*, qui est le chef du village, occupe une position importante. Il est nommé par l'ensemble du village, souvent après de longues tractations. Il est choisi en fonction de plusieurs critères dont l'ancienneté de la famille ou la puissance du clan, l'âge qui généralement dépasse les soixante ans, la sagesse et la probité notamment si le postulant a fait preuve à divers reprises de sa capacité de médiation et de conciliation pour résoudre des conflits, l'éloquence, car il doit être capable de persuader les membres du village lors des débats, la réussite dans la gestion des affaires familiales et enfin la compétence et la parfaite connaissance des règles coutumières. Assurément, la communauté berbérophone se donne des garanties en choisissant un homme digne de confiance et connaisseur des *qanuns n tadart*[1248] pour que le village puisse être bien dirigé. Il exerce son mandat pour une durée d'une année, conformément à l'idéal d'égalitarisme qui caractérise la société berbérophone afin que personne ne prenne le pouvoir d'une manière durable. Aujourd'hui, *« tajmaith»* innove non seulement en instituant de plus en plus l'élection du président ou du chef du villagemais en autorisant, également le choix de l'*amin* parmi les jeunes villageois[1249]. Il faut

[1245] Ibid.

[1246] BEN HOUNET, Yazid, « Des tribus en Algérie ? À propos de la déstructuration tribale durant la période coloniale», *Cahiers de la Méditerranée*, n°75, 2007, pp 150-171.

[1247] Les lois relatives à la commune de 1967, 1981, 1990 et 2011 ne reconnaissent pas *tajmaith*, même à titre d'instance consultative. Malgré l'appareillage juridico-institutionnel et les ressources allouées à la commune, *tajmaith* n'a pas disparu.

[1248] « Il s'agit des lois coutumières du village », ZEMMOUR, Ghania, «Tajmaith, institution de gouvernance kabyle : Focus sur la région de Tizi Ouzou en Algérie », *Afak Fikriya*, vol 10, n°1, 2022, pp 18-36, (article en Arabe).

[1249] La supression du poste de l'*amin* est signalée par plusieurs auteurs. Voir notamment, KARA, Sonia, AKNINE Rosa, «La modernité de tajmaât et le renouveau du mouvement associatif», *Revue d'Économie et de Gestion*, vol 2, n°1,

rappeler, dans ce cadre que durant longtemps, toute l'autorité dans *tajmaith* de chaque village appartenait aux hommes d'expérience. En effet, ce sont les hommes âgés, les anciens ou les ainés qui prenaient la parole et les décisions dans les assemblées générales tandis que les jeunes restaient en marge. Admis et prenant part à ces assemblées à partir de l'âge de 18 ans, la prise de parole leur était interdite et ils ne participaient pas à la prise de décision qui était à la charge des meilleurs orateurs, souvent les représentants qualifiés de chaque grande famille[1250]. La situation est, aujourd'hui, tout autre et on assiste à la désignation croissante de jeunes à la tête d'organisations communautaires dans les régions berbérophones en Algérie. Cette évolution s'explique en grande partie par l'impulsion de la modernisation des organes villageois et la nécessité de renouveler les pratiques traditionnelles en les adaptant aux réalités contemporaines. Ainsi, les jeunes universitaires qui sont éduqués dans des environnements urbains ont une meilleure compréhension des défis socio-économiques actuels auxquels sont confrontées les communautés rurales et peuvent apporter des solutions novatrices et créatives. De plus, leur engagement dans les associations de jeunesse et leur participation à des programmes de formation en leadership et en gestion les préparent également à des responsabilités plus importantes au sein de leur communauté[1251].

Les touman sont les représentants désignés des familles, des patrilignages ou même des quartiers lorsque le village atteint une certaine taille. Ils peuvent être considérés, par parallélisme au droit associatif, comme des vice-présidents d'un organe associatif. Ils sont les garants de leurs patrilignages devant *tajmaith* en veillant, en retour, aux intérêts de leur fraction respective. « Garant » est le sens exact du mot *tamen* (singulier de *touman*) en langue amazigh. Leur nombre varie en fonction du nombre de familles et peut atteindre jusqu'à douze. Les touman ont pour mission de préserver l'équilibre et la cohésion sociale du village. Ils participent activement à l'application de la loi en signalant les infractions, en réglant les litiges et en contribuant à la réalisation des projets collectifs. La représentation des familles subit également des adaptations, telles que la double représentation du lignage par un jeune et un aîné, afin de garantir l'ordre et la stabilité du village.

L'*oukil* est désigné par l'*amin* et se charge de la trésorerie, en particulier de la gestion des amendes perçues en cas d'infraction aux dispositions du droit coutumier. Il est aussi préposé à la gestion des biens de la mosquée qui sont distincts de ceux du village. Enfin, à ce conseil peuvent s'adjoindre cinq ou six *uqqâl*, hommes réputés pour leur sagesse et qualités morales. Aucune de ces charges n'est rémunérée.

2018, pp 124-136.

[1250] KARA, Sonia, AKNINE, Rosa, «La modernité de tajmaât et le renouveau du mouvement associatif», précité.

[1251] Ibid.

Le recours à la pratique participative est un procédé courant dans le fonctionnement de « *tajmaith* ». Cela apparait notamment dans l'institution de multiples composantes notamment des commissions spécialisées (commissions techniques, commissions de réflexion, commissions d'experts, commissions des sages, commissions juridiques, commissions disciplinaires…) avec une répartition minutieuse des rôles et des tâches dans chaque composante. Ainsi, les comités de villages se dotent régulièrement de commissions consultatives[1252] ou de groupes de travail[1253] constitués de villageois volontaires connus pour leur expertise technique ou leurs compétences particulières. Ils apportent leur assistance en prenant en charge une question d'ordre organisationnel ou fonctionnel.

Le fonctionnement de « *tajmaith* »se positionne à la hauteur de la commune en ce qui concerne la gestion, l'organisation, le fonctionnement et la logistique administrative. En ce sens, elle établit son règlement interne afin de définir les modalités de travail et de fonctionnement et tient un secrétariat chargé de la rédaction des procès-verbaux, de la tenue des registres pour les recettes et les dépenses des villages ainsi que de l'enregistrement des correspondances et des affaires et projets étudiés[1254]. Cependant, son activité peut varier en fonction des besoins des villageois, des conditions socio-économiques, de la géographie locale, du degré d'urbanisation, ou encore de l'établissement du village en tant que chef-lieu de commune, une entité étatique qui bénéficie de ressources supérieures à celles dont elle dispose.

Enfin, il convient de souligner que « *tajmaith* » demeure une institution informelle qui n'est pas reconnue ni institutionnalisée par l'État, même si elle est indirectement admise par les autorités publiques, notamment lors des élections ou dans le cadre de conflits et de crises où sa médiation est sollicitée et où elle est reçue en tant que délégation par les autorités locales[1255]. Ni l'administration ni le pouvoir politique n'ont réussi à exercer un contrôle sur elle, principalement en raison de la prévalence des revendications culturelles et linguistiques encouragées par le mouvement culturel berbère et les partis politiques berbérophones. Ces revendications ont permis de relier les valeurs traditionnelles et communautaires à une valeur symbolique intégrative de grande importance, à

[1252] « *Le village d'Ibekarene a mis en place quatre commissions pour financer et gérer ses projets* », ZEMMOUR, Ghania, «Tajmaith, institution de gouvernance kabyle : Focus sur la région de Tizi Ouzou en Algérie », précité.

[1253] « *Le village Ait Arbi a installé trois commissions : affaires générales, organisation, finances* », ZEMMOUR, Ghania, «Tajmaith, institution de gouvernance kabyle : Focus sur la région de Tizi Ouzou en Algérie », précité.

[1254] PERRET, Cécile et PARANQUE, Bernar, *«* L'organisation socio-politique des villages kabyles : une gouvernance spécifique des ressources naturelles *»*, *Revue de l'organisation responsable*, vol 7, n° 2, 2012, pp 69-82, sur https://api.semanticscholar.org/CorpusID:146744361.

[1255] TILLELI, Emma, « Le Mouvement citoyen de Kabylie », *Pouvoirs*, vol 106, n°3, 2003, pp. 149-162. Voir également Tilmatine, Mohand, « La Kabylie dans le Hirak algérien. Enjeux et perspectives », *Hérodote*, vol 180, n°1, 2021, pp 32-56.

savoir l'identité berbère, cristallisée dans la langue. Cette identité revêt une force d'autant plus importante qu'elle s'érige en résistance, en opposition et en revendication face au pouvoir politique algérien qui l'a constamment niée[1256].

2. Pouvoirs et missions

En tant qu'instance souveraine du village et autorité morale, *tajmaith* dispose d'un pouvoir législatif, judiciaire et exécutif qui garantit la sécurité, l'honneur, les bonnes mœurs et la quiétude de la communauté ainsi que la bonne gestion des affaires villageoises.

Le pouvoir législatif s'exerce par l'édiction de règles coutumières dont les origines remontent à des temps très anciens. Le droit coutumier est un droit commun à la société amazigh qui découle de la pratique répétée de règles considérées comme bénéfiques pour la collectivité, telles que celles relatives à la propriété, le bornage des terres et les règles d'honneur qui sont difficile à changer[1257]. L'attachement indéniable des berbères aux valeurs anciennes de la vie en communauté explique le maintien de ces règles[1258]. Ces normes qui sont édictées par les hommes et non révélées comme les règles islamiques peuvent, toutefois, être modifiées et adaptées en fonction des besoins des individus et des circonstances locales. Ainsi, le pouvoir législatif consiste principalement à légiférer sur un code de conduite collective qui définit les attentes en matière de comportement, de solidarité, de respect mutuel et de participation active à la vie communautaire et joue un rôle essentiel dans le maintien de l'ordre et de l'harmonie au sein de la communauté[1259].

Le pouvoir judiciaire au sein de *tajmaith* a pour fonction de résoudre les litiges entre les membres de la communauté, en se basant sur une liste d'infractions établies et de sanctions y correspondant. Ce système judiciaire informel comprend plusieurs niveaux de juridiction qui permettent d'envisager un appel en cas de litige non résolu[1260]. La présence d'un pouvoir judiciaire au sein de *tajmaith* contribue à éviter les recours aux tribunaux officiels, réduisant ainsi la charge de

---

[1256] LACOSTE, Yves, « Chapitre 14. Le nationalisme régional de la Kabylie », dans, *Les conflits dans le monde. Approche géopolitique.* Armand Colin, 2016, pp 199-209.

[1257] GAHLOUZ, Mustapha, « Droit coutumier et régulation dans la société kabyle de la fin du XIXe siècle », *Droit et cultures*, n°60, 2010, pp 177-209.

[1258] Cet extrait du règlement coutumier du village Tifilkout conforte cette idée : « Nos traditions ancestrales n'ont rien à envier au mode de gestion des cités modernes. Bien au contraire, nous sommes convaincus que cet héritage est un des plus précieux, car riche en enseignement et en valeurs humaines. Aujourd'hui, et plus que jamais, nous ne pouvons et ne devons l'ignorer car cela serait remettre en cause le fondement même de la société kabyle. Nous sommes tous donc interpellés sur son devenir, la vie en communauté nécessitera toujours un petit sacrifice de chacun pour le bien être de tous », ZEMMOUR, Ghania, «Tajmaith, institution de gouvernance kabyle : Focus sur la région de Tizi Ouzou en Algérie », précité.

[1259] GAHLOUZ, Mustapha, « Droit coutumier et régulation dans la société kabyle de la fin du XIXe siècle », précité.

[1260] Ibid.

travail des prétoires et évitant les lenteurs et les coûts associés à un processus judiciaire formel. Il convient de souligner que le Code civil algérien reconnaît le droit coutumier comme source de droit. De ce fait, l'État laisse s'exercer cette pratique en marge de son système juridique officiel[1261]. Il convient de préciser que le règlement des litiges se fait traditionnellement par une médiation qui s'organise sous les auspices des *touman*, d'un sage ou d'un conseil de sages et qui se révèle être un outil efficace pour la résolution de conflits de voisinage, de passage sur un terrain, de bornage des propriétés, d'atteinte aux bonnes mœurs et de disputes et bagarres. Les sanctions correspondent généralement à des amendes qui sont une forme de ressources pour les villages. Les sommes d'amendes sont différentes d'un motif à un autre, toutefois la somme maximale ne saurait dépasser l'équivalent du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG). Au-delà des amendes et dans le cas où un villageois affiche un refus d'adhésion à l'ordre et désobéit totalement aux décisions du groupe, certains règlements prévoient son évitement social[1262].

Enfin, *tajmaith* dispose aussi d'un pouvoir exécutif qui lui permet de gérer les affaires villageoises. Ainsi, elle intervient dans l'initiation et la réalisation de projets d'intérêt général, la mobilisation des ressources et l'organisation des travaux collectifs pour la réalisation de ces projets. Elle manifeste une vitalité indéniable notamment dans la prise en charge d'actions de développement, confortant l'idée selon laquelle il y a du développement du seul fait qu'il y a des acteurs et des institutions qui se donnent le développement comme objet et comme but et y consacrent du temps, de l'argent et de la compétence professionnelle[1263]. Elle intervient essentiellement pour la réalisation d'équipements collectifs, comme l'ouverture et le bétonnage des pistes et rues, la construction et l'entretien d'infrastructures collectives fontaines publiques, mosquées, maisons de jeunes, sièges pour associations, stades, salles de conférences, bibliothèques, cyber-cafés, espaces pour enfants, entretien des réseaux d'eau et d'assainissement. Ces nombreuses initiatives et projets engagés et réalisés par ces organisations impliquent, au-delà des sommes importantes d'argent, beaucoup de travail et des compétences diversifiées. La réussite de ces projets s'explique par une très forte cohésion communautaire qui permet aux organisations villageoises d'être capables de telles initiatives. Elles possèdent un fort pouvoir mobilisateur auprès des villageois qu'elles réunissent autour de projets multiples et de travaux collectifs. Grâce au principe de la participation de tous les ayants droits, elles créent les conditions d'une participation active des

[1261] BERDJI BEN DJELLOUL, Mohammed, « L'impact de la coutume sur le droit », *Atorath*, vol 9, n°1, 2019, pp 128-141, (article en Arabe).

[1262] ZEMMOUR, Ghania, «Tajmaith, institution de gouvernance kabyle : Focus sur la région de Tizi Ouzou en Algérie », précité.

[1263] PERRET, Cécile et Paranque, BERNAR, « L'organisation socio-politique des villages kabyles : une gouvernance spécifique des ressources naturelles », précité.

villageois dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des projets de développement. Les responsables de villages n'ont pas de difficultés à motiver les citoyens pour participer à une entreprise commune; cette dynamique tenant essentiellement à la vivacité du tissu social villageois.

En conclusion, il apparaît que *tajmaith* constitue un idéal de démocratie participative qui fonctionne selon un modèle ancestral de prise de parole et de délibérations participatives.

Conclusion du premier chapitre

La politique de modernisation du service public vise à mieux comprendre et servir l'usager, à étendre ses droits et à améliorer ses relations et ses interactions avec l'administration. Elle place cet usager-citoyen au centre de ce processus et le considère comme un véritable partenaire soulignant l'importance de son implication active dans les décisions administratives, voire même dans leur production concrète.

Cependant, bien que cette notion de participation citoyenne dans la décision administrative soit reconnue en droit algérien, son application effective dans le secteur de la santé demeure encore à un stade préliminaire. L'évaluation de la situation actuelle met en évidence deux principales manifestations de cette participation : les assises nationales de la santé, qui ont offert un espace de débat permettant aux citoyens d'exprimer leurs opinions sur les questions stratégiques de la politique sanitaire et la participation des usagers, à travers leurs représentants, au sein des conseils d'administration des établissements de santé qui leur ont donné la possibilité de porter leurs voix dans ces instances de gestion.

Toutefois, les observations sur le terrain démontrent que ces formes de participation n'ont pas réussi à véritablement impliquer les patients dans les décisions sanitaires ni à promouvoir une gestion participative efficace, en adéquation avec les attentes et les enjeux spécifiques du contexte algérien. Dans un pays comme l'Algérie, où les valeurs religieuses et culturelles favorisent l'intégration de la participation citoyenne dans différents domaines de la vie publique, il est essentiel de s'inspirer des expériences étrangères en matière de gestion participative dans le secteur de la santé afin d'engager une formalisation plus avancée de cette pratique qui permettrait de renforcer l'implication effective des patients dans les décisions sanitaires qui les concernent et accorderait une plus grande importance à la voix des usagers du système de santé.

Chapitre 2 – La participation citoyenne à la prise de décision sanitaire en Algérie: vers la rénovation approfondie du dispositif

Pour instaurer une démarche préventive efficace de gestion des conflits entre patients et établissements de santé, une rénovation profonde de la pratique participative dans ce secteur s'impose. Cette rénovation nécessite l'élaboration d'un nouveau cadre juridique qui favorise une participation réelle et significative des patients dans la conception et la mise en œuvre des politiques de santé. Dans cette perspective, il est impératif de reconnaître et de définir de manière précise les droits collectifs des patients dont l'exercice représente une forme de contre-pouvoir essentiel leur permettant de défendre leurs intérêts et de contribuer activement aux décisions qui les concernent. De plus, il est essentiel de définir les modes et dispositifs appropriés de cette participation ainsi que d'en identifier les acteurs responsables qui devront être sélectionnés selon des critères rigoureux, garantissant leur légitimité, leur transparence et leur capacité à représenter efficacement les patients **(*Section I*).**

En outre, Il est important de créer des espaces institutionnels de dialogue et de concertation, où les différents acteurs peuvent échanger leurs points de vue, formuler des propositions et contribuer activement à la prise de décisions liées aux politiques de santé, à l'organisation des soins et à l'amélioration du système sanitaire. Il serait pertinent que ces espaces incluent à la fois des instances consultatives stratégiques dédiées à l'orientation et à la définition des politiques publiques, ainsi que des organes de gouvernance des établissements de santé, ou encore des entités qui permettent de placer ces représentants au cœur des relations avec les patients et les usagers du système de santé. Cependant, pour que cette participation puisse être réellement efficiente, certaines conditions doivent être remplies afin d'en renforcer l'attrait et l'efficacité. Aussi, Il convient notamment de veiller à la disponibilité des représentants des patients et à la reconnaissance du travail qu'ils accomplissent. Par ailleurs, il est vivement recommandé de leur assurer des formations appropriées pour les aider dans l'exercice de leurs mandats **(*Section II*).**

Section 1. La mise en place d'un cadre formel de la participation citoyenne dans le système de santé algérien

La convergence de plusieurs éléments permet la mise en place de la pratique participative dans le secteur de la santé. En effet, il est essentiel qu'un cadre juridique en définisse le contenu et les contours afin de donner une portée législative aux droits collectifs des patients en vue de leur permettre de représenter leurs intérêts et d'exprimer leurs préoccupations sur des questions majeures de santé publique ainsi que sur l'organisation du système de santé. Toutefois, pour que ces droits deviennent effectifs, il est primordial que les normes établies soient compréhensibles et cohérentes en s'inscrivant dans le cadre d'un système juridique global. Cela permettra également d'identifier clairement la nature des mécanismes participatifs mis en place dans le cadre de cette démarche. ***(§1)***.

Par ailleurs, la mise en place d'une pratique participative ne peut se concevoir sans l'identification de ses différents acteurs parmi lesquels les représentants des usagers occupent une place centrale. Porteur de la parole des patients, de leurs entourage, famille et proches, ainsi que des utilisateurs potentiels du service public sanitaire, ces représentants sont, eux même, issu d'une association ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades et agréée selon une procédure instituée par la loi. ***(§2)***.

§.1 L'ancrage d'un cadre légal de la pratique participative en santé

Sur un plan législatif, il n'y a pas de réel droit à la participation en santé en Algérie, à l'instar d'autres champs où l'information et la participation des citoyens à l'élaboration des projets, plans et programmes les concernant sont clairement instituées comme des droits reconnus à toute personne. Si un cadre réglementaire permet aux représentants des usagers de siéger dans les conseils d'administration des établissements de santé, il s'agit avant tout d'une démarche formelle.

Aussi, la participation en santé, doit être consacrée par un fondement juridique solide qui en délimite le périmètre et le contenu **(A).** Il est, également, intéressant de tenter de la situer dans les modes de participation des usagers-citoyens à la prise de décision, pour conclure à des tentatives de sa définition **(B).**

A. Un nouveau bloc juridique en faveur de cette pratique

Afin d'assurer un fondement juridique à la pratique participative dans le champ de la santé, une avancée législative est nécessaire en droit algérien en vue d'établir les fondations indispensables à l'exercice des droits collectifs des malades **(1).** Ce cadre juridique sera plus

efficace si de solides mécanismes sont mis en place pour consolider cet exercice à travers l'élaboration de plusieurs autres normes lisibles **(2).**

1. Une législation cadre pour fonder les droits collectifs des patients

Les prémices des droits collectifs des patients relèvent de la doctrine administrative d'humanisation des hôpitaux, précédemment développée dans notre première partie[1264]. Prenant source à l'hôpital, leur développement s'est poursuivi avec l'intégration de représentants des usagers dans les conseils d'administration des établissements de santé. Toutefois, le temps fort, voir fondateur de ces droits dans le système juridique algérien devra être consacré par un texte législatif qui ne peut, en l'occurrence, être que la nouvelle loi de santé.

Dans ce cadre, il convient tout d'abord de préciser que si ce texte évoque le mouvement associatif des personnes malades et des usagers du système de santé, sur lequel repose, entre autres, l'organisation du système de soins national[1265], en tant que moyen contribuant à la protection et à la prévention de la santé[1266], il s'agit avant tout d'un objectif de la politique sanitaire.

Par conséquent, il est impératif d'établir une base juridique plus concrète pour fonder les droits collectifs des patients. En ce sens, nous proposons de transposer en les adaptant au cadre juridique de la loi de santé, les droits institués par la loi n°03-10 du 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable. En effet, le législateur algérien a inscrit, dans l'article 2 de ce texte, un certain nombre d'objectifs visant à protéger l'environnement incluant notamment le renforcement de l'information, la sensibilisation et la participation du public et des différents intervenants aux mesures de protection de l'environnement. Par ailleurs, ce texte renferme un certain nombre de devoirs et de droits pour les acteurs concernés par cette protection qu'ils soient personnes physiques ou morales. Effectivement, l'article 3 consacre, en vertu du principe d'information et de participation, le droit à toute personne d'être informée de l'état de l'environnement et de participer aux procédures préalables à la prise de décisions susceptibles d'avoir sur ce dernier des effets préjudiciables. L'article 35 prévoit

[1264] « *Les premières manifestations d'une préoccupation centrée sur le malade sont présentes dans le mouvement d'humanisation des hôpitaux, qui commence très tôt, dès les années 1945-1950; L'hôpital – et c'est compréhensible – étant le premier lieu où se pose la question des droits des malades* ». Ceux sont les déclarations de Didier Tabuteau lors de l'entretien réalisé le 20 octobre 2016 par Marianne Berthod-Wurmser et Renaud Legal sur les origines de la démocratie sanitaire en France. Voir TABUTEAU, Didier, « La loi de 2002 : origines, acteurs et construction. Où en est-on ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2017, pp 135-142.

[1265] Conformément aux dispositions de l'article 265 de la nouvelle loi de la santé 18-11 qui se lisent comme suit: « *L'organisation du système national de santé s'appuie, notamment sur* : (….) *— la contribution du mouvement associatif et mutualiste ;… ».*

[1266] L'article 10 de la nouvelle loi de santé n°18-11 précité, dispose que : « *Le mouvement associatif des personnes malades, des professionnels et des usagers du système de santé, œuvrant à l'amélioration et au développement de la santé, contribue à la protection et à la prévention de la santé* ».

également pour les associations, légalement constituées et exerçant leurs activités dans le domaine de la protection de l'environnement, la possibilité d'être consultées et de participer à l'action des organismes publics. Elles sont, en outre, habilitées à agir devant les juridictions compétentes contre toute opération ou décision portant atteinte à l'environnement. Ces associations peuvent aussi exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les faits portant un préjudice direct ou indirect aux intérêts collectifs qu'elles ont pour objet de défendre[1267]. Enfin, le législateur a instauré la création de plusieurs organismes publics dédiés à l'environnement, notamment le haut conseil de l'environnement et du développement durable. Cette entité joue un rôle essentiel en tant qu'institution de consultation, de concertation et de coordination intersectorielle chargée de définir les grandes orientations nationales stratégiques en matière de protection de l'environnement et de promotion d'un développement durable. Dans le cadre de ses travaux, elle assure la participation des associations œuvrant dans le domaine, parmi d'autres acteurs pertinents[1268].

Si cet exposé succinct sur la législation mise en place en matière de protection de l'environnement décline toute l'ambition et la richesse des mesures juridiques prises dans ce cadre, il permet également de mettre en évidence la possibilité de définir, en prenant appui sur ces mesures, des droits collectifs pour les patients ainsi que des modalités de la participation citoyenne dans le *corpus* la loi algérienne relative à la santé.

Aussi, pourrait être instauré, dans le cadre de cette loi, un droit à l'information et à la participation des citoyens aux enjeux sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé. Dans le champ des droits collectifs, la mesure phare doit résider dans l'implication des associations de patients, aux côtés des professionnels de santé, dans les circuits de consultation préalable sur les projets de réforme portant sur la politique de santé. Elles pourraient être ainsi érigées en contributeurs de droit à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'État. Pour structurer davantage la représentation nationale des associations, la loi pourrait prévoir la création d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, en tant qu'organe de consultation et d'animation afin de rénover l'environnement juridique du mouvement associatif. Elle pourrait, aussi, associer les usagers dans la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes. En matière de santé mentale, il serait souhaitable

[1267] Tel que disposent respectivement les articles 36 et 37 de la loi n°03-10 du 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable, précitée.

[1268] Cette institution a été mise en place dans le cadre de la loi 83-03 relative à la protection de l'environnement, JORA n°6 du 8/2/1983. Il a été institué par le décret présidentiel n°94-465 du 25 Décembre 1994 portant création du Haut conseil de l'environnement et du développement durable et fixant ses attributions, son organisation et son fonctionnement, JORA n° 1 du 8/1/1995. Ses règles d'organisation et de fonctionnement ont été fixées par le décret exécutif n°96-481 du 28 Décembre 1996 précisant l'organisation et le fonctionnement du haut Conseil de l'environnement et du développement durable, JORA n° 84 du 29/1/1996. Il représente à ce jour la seule institution de ce genre dans le domaine de l'environnement.

que cette loi crée une commission nationale similaire à celles mises en place au niveau de la wilaya[1269] dans le but d'associer les représentants des usagers à l'élaboration du projet national de santé mentale. Enfin, la loi de santé, devrait également instaurer l'action de groupe en santé qui ouvre aux usagers ayant subi un préjudice individuel placé dans une situation identique ou similaire, la possibilité d'agir ensemble en justice contre le responsable à l'origine d'un manquement sur un service de santé ou un dispositif médical.

En consacrant la pratique participative, la loi de santé devrait en outre, marquer de son empreinte le paysage des institutions sanitaire. En effet, l'autre innovation doit résider dans la création des organes consultatifs au niveau national, régional et local, offrant ainsi l'espace nécessaire à l'exercice efficace de cette consultation. Par ailleurs, dans une démarche expérimentale et pour une durée déterminée, la loi pourrait autoriser le comité économique intersectoriel des médicaments[1270], une instance publique chargée de négocier les prix des médicaments, dispositifs médicaux et actes remboursés par l'assurance maladie, à conclure des accords-cadres avec des associations agréées au niveau national. Ces accords-cadres viseraient à favoriser la concertation et les échanges d'informations en matière pharmaceutique, notamment en ce qui concerne la nécessité d'assurer la sécurité des approvisionnements en produits de santé, l'accès aux traitements les plus innovants ainsi que la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain. Ils pourraient être généralisés à la fin de cette période expérimentale si des résultats probants sont enregistrés en la matière. Dans le même esprit, elle pourrait ouvrir aux associations agréées un droit d'alerte auprès de l'agence nationale de sécurité sanitaire[1271] en étendant à la santé la procédure de droit d'alerte existant en matière d'environnement. Au niveau des établissements publics, elle devrait maintenir la représentation des usagers au sein des conseils d'administration bien que la rénovation du statut de cet organe pour le doter d'un véritable pouvoir décisionnel relève d'un autre texte. Elle devrait également instaurer un autre cadre de dialogue pour traiter de la qualité de la prise en charge des malades en abordant ce vaste sujet au sein d'organes chargés de la relation avec les usagers.

Ces nouvelles dispositions vont embrasser de façon très large la question des droits collectifs des malades en renforçant la visibilité institutionnelle et extra-institutionnelle de l'usager et en

[1269] Conformément à l'article 132 de la loi de santé 18-11 précitée qui dispose que : « *Il est institué une commission de santé mentale de wilaya, composée (…..) ; d'un représentant d'une association de malades ».*

[1270] Ce comité a été crée par le décret exécutif n° 20-326 du 22 novembre 2020 portant missions, composition, organisation et fonctionnement du comité économique intersectoriel des médicaments, JORA n°69 du 22 novembre 2022, et ce en remplacement des commissions spécialisées créées auprès de l'agence nationale des produits pharmaceutiques qui été investies de cette mission.

[1271] Cette agence a été créée conformément au décret présidentiel n° 20-158 du 13 juin 2020 portant création d'une agence nationale de sécurité sanitaire, JORA n° 35 du 14 juin 2020.

créant une dimension « défense des intérêts des patients et des usagers du système de santé». Néanmoins, ce cadre initial devrait être renforcé par d'autres textes réglementaires qui viendraient consolider cet édifice.

2. Des normes lisibles pour consolider la pratique participative

Sans vouloir revenir sur la notion de codification, riche d'une longue histoire et jalonnée d'expériences très diverses[1272], il faut préciser que l'Algérie, à l'instar de nombreux grands pays de tradition juridique, a choisi de ne pas adhérer à l'idée de codification. Aussi, les textes qui régissent la santé publique et l'organisation du système national de santé se trouvent dispersés dans plusieurs supports juridiques hétérogènes, marqués par une considérable production législative et réglementaire.

Une telle fragmentation des sources juridiques rend complexe l'insertion de règles régissant la pratique participative dans un ensemble cohérent ainsi que l'accès à ces règles pour les parties concernées. Effectivement, différentes normes doivent se superposer dans divers textes pour conforter les mécanismes de cette pratique. Cette partie de notre recherche n'a pas la prétention de dresser un sommaire exhaustif des nouvelles normes qui doivent être créées, ni des modifications à apporter au *corpus* de certains textes juridiques qui ne s'adaptent pas aux exigences de la nouvelle pratique participative. En réalité, nous nous contenterons de formuler les lignes directrices qui doivent accompagner ce changement de gouvernance préférant, pour des considérations méthodologiques, revenir sur les détails de ces questions, au fur et à mesure, que seront développées les différents aspects de ce changement de gouvernance. Aussi, notre intention, à travers cette partie est de mettre en exergue l'importance de la lisibilité des normes qui vont instituer le cadre renouvelé de la gestion participative dans le corps des règles de droit régissant le secteur de la santé.

Le professeur Cécile Casting estime à ce sujet qu'une nouvelle norme, « *lorsqu'elle est introduite dans l'ordonnancement juridique, modifie de nombreux textes et un travail d'harmonisation doit donc être effectué pour assurer leur cohérence* »[1273]. Or, dans le contexte algérien les problèmes d'articulation des textes peuvent être nombreux, notamment entre la loi de santé et les lois relatives respectivement aux relations de travail et aux associations. Un enjeu majeur réside dans la mise en place d'un dispositif normatif permettant de développer un véritable statut du représentant des usagers du système de santé, l'objectif étant d'imaginer des mécanismes d'attractivité et de pérennisation de cette représentation.

[1272] OPPETIT, Bruno, « Chapitre 1. La notion générale de codification », dans, *Essai sur la codification,* Presses Universitaires de France, 1998, pp. 7-23.

[1273] CASTAING, Cécile, *«* Accessibilité de la norme: La lisibilité de la loi en droit de la santé », dans, *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?* Actes de la journée d'étude organisée le 16 avril 2013 par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'Etat, Les Études hospitalières, 2014, pp 65-80.

Par ailleurs, la lisibilité juridique nécessite l'établissement de normes qui soient accessibles et compréhensibles, évitant à la fois une complexité technique excessive et une superficialité qui pourrait nuire à leur efficacité et précision. En effet, il est particulièrement ardu d'impliquer des patients non spécialistes dans un processus participatif visant à les transformer en acteurs clés de la décision publique lorsque les législations qui définissent le rôle et le fonctionnement des instances de représentation, ainsi que les objectifs mêmes de cette participation, sont marqués par l'ambiguïté.

Aussi, la lisibilité de ce nouveau bloc juridique, comme sa qualité d'ailleurs, doit être une priorité du législateur algérien d'autant plus que la sécurité juridique, nouveau concept en droit algérien, est inscrite parmi les principaux enjeux de la réforme mise en place par la nouvelle Constitution algérienne[1274].

B. Une définition porteuse de l'identité de cette pratique

La pratique participative implique des modes d'action et des processus de gouvernance variés qui regroupent plusieurs dimensions nécessitant d'être clairement différenciées. En effet, le mot de participation ne répond pas en soi à l'identité de cette notion, qu'elle soit directe ou représentative dans son processus **(1),** consultative ou délibérative quant à son impact sur la décision **(2).**

1. Des modes participatifs ou représentatifs ?

Bien que «*participation et représentation entretiennent des liens difficiles à dénouer pour les qualifier précisément*»[1275], le processus de pratique participative que nous ambitionnons d'instituer dans le système de santé algérien serait appelé à fonctionner selon un modèle représentatif où seuls des représentants issus des associations de malades, de familles ou de consommateurs agréées par les pouvoirs publics, seraient habilités à participer aux débats et à émettre des avis sur les politiques ou programmes de santé. Or, ce choix peut susciter dès le départ des critiques sur fond de légitimité de cette représentation. En effet, la polysémie des termes pour désigner le public concerné (citoyens, usagers, patients, consommateurs.) reflète, à elle seule, les concurrences persistantes entre une pluralité de registres d'expression de l'offre de participation en santé. Selon qu'on parle de patients, de citoyens ou d'usagers, les objectifs assignés à cette participation peuvent être très différents. À cela s'ajoute les critiques corrélées au processus de filtrage social mis en place par les pouvoirs publics s'il l'on considère que seuls les associations qui ont reçu préalablement un agrément officiel peuvent prendre part à cette participation. Ce système d'agrément qui n'est autre

[1274] L'article 34 de la révision constitutionnelle de 2020 précité dispose que : « *Afin de garantir la sécurité juridique, l'Etat veille, dans la mise en œuvre de la législation relative aux droits et libertés, à assurer son accessibilité, sa lisibilité et sa stabilité ».*

[1275] BIOSSE-DUPLAN, Alexandre, *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé.* Dunod, 2017, p 18.

qu'un moyen « *de borner juridiquement l'offre de participation, de définir et de protéger les frontières de cet espace consultatif de ce qui peut lui être extérieur ou étranger, ainsi que de distinguer des représentants d'usagers légitimes»*[1276], est largement critiqué. En effet, pour les uns cette forme de démarche délégative est un moyen d'exclure la figure du citoyen ordinaire ou profane au profit de celle du représentant expert[1277]. Parallèlement, pour ceux qui défendent l'utilité d'«*éviter de succomber au mirage de la société civile»*, il est nécessaire de savoir qui doit et peut participer à ce type de dispositif et avec quelle légitimité[1278]. Bien que, le modèle représentatif ne fasse pas l'unanimité de la doctrine internationale qui a accompagné le mouvement de la mise en place de la gestion participative dans le secteur de la santé, il nous semble le plus pertinent à mettre en place en Algérie pour diverses raisons qui justifient ce choix. Tout d'abord, il convient de souligner que la participation directe n'est pas tant visée pour son efficacité que pour répondre à un impératif moral : permettre à tous les citoyens d'exprimer directement leurs opinions sur des questions spécifiques, l'initiative populaire constituant l'enjeu principal. Ensuite, en l'absence d'expérimentations nationales ayant recours à un mode de participation directe, il apparaît que celle-ci peut se heurter à plusieurs limites qui nuancent ses résultats dans le contexte algérien. Les premières tiennent à la mobilisation complexe des citoyens, particulièrement dans des contextes économiques difficiles comme en Algérie, où les défis socio-économiques sont importants. Sans engager une discussion approfondie sur la fragilité de l'engagement citoyen et le développement du sens civique dans de telles conditions, il suffit de noter qu'il est ardu de susciter l'intérêt des citoyens pour des initiatives dont ils ne perçoivent pas clairement l'importance. En effet, un citoyen qui manque de formation politique et intellectuelle peut éprouver des difficultés à comprendre l'enjeu de certaines questions et reste vulnérable aux manipulations politiques. De plus, les votations par oui ou par non peuvent souvent mener à des décisions suboptimales en ne proposant que des alternatives binaires. Par ailleurs, la participation directe présente d'autres limitations, notamment sa potentialité d'être instrumentalisée par les autorités publiques. En effet, les risques de manipulation sont significatifs, car ces autorités contrôlent non seulement le principe et le sujet de la consultation, mais aussi le timing et la formulation des questions. Ce contrôle leur permet, en jouant sur ces paramètres, d'induire les réponses. Enfin, dans un registre différent, l'efficacité de ce type de gouvernance repose sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication comme instruments de participation. Cependant, les individus sans accès à Internet ou possédant

[1276] FAUQUETTE, Alexendre, *Contribution à une analyse sociologique de l'effet sectoriel sur la participation : Le cas du secteur sanitaire*, Thèse, Science politiques, Université de Lille 2, 2016.

[1277] BROCHOT, Sylvie, « Le savoir profane et les promesses de la démocratie technique », dans, *Le savoir profane et les promesses de la démocratie technique,* Presses universitaires de Grenoble, 2020, pp. 1-9.

[1278] TALPIN, Julien, « Jouer les bons citoyens. Les effets contrastés de l'engagement au sein de dispositifs participatifs », *Politix*, vol 75, n°3, 2006, pp. 11-31.

des compétences numériques limitées sont moins enclins à s'engager dans des initiatives de démocratie participative en ligne ou à accéder à des informations pertinentes. Le manque de matériel et d'une connexion Internet abordable, qui ne sont pas universellement disponibles en Algérie à l'heure actuelle, constitue un obstacle majeur au développement de la participation numérique.

Toutefois, il importe de noter que le modèle de participation représentative que nous avons choisi de mettre en place pourraît ultérieurement, au regard des résultats réalisés, être confortée en adoptant un système mixte associant des dispositifs s'adressant directement à des citoyens et d'autres outils s'adressant uniquement à des représentants d'usagers, les uns nourrissant les travaux des autres.

2. Des processus consultatifs ou délibératifs ?

La pratique participative est une forme de partage de l'exercice du pouvoir, fondée sur le renforcement de la participation des citoyens à la prise de décision publique. En ce sens, elle prend soit la forme d'une démarche consultative, soit celle d'une contribution à la codécision. Ainsi, on parle de démarche délibérative pour mettre l'accent sur les différents processus permettant la participation des citoyens à l'élaboration des décisions, pendant la phase de délibération[1279]. La démarche consultative renvoie pour sa part à plusieurs formes où les participants sont invités à donner leur avis, à formuler des recommandations ou à partager leur expertise sur un sujet donné en dehors même de toute perspective directe de décision immédiate.

Employée dans ces deux contextes distincts, la notion de participation n'en ressort pas forcément clarifiée compte tenu de la complexité accrue des processus de décision. En effet, la nuance porte sur un décalage entre ce que requiert la contribution du représentant, et ses effets réels sur la décision publique. Ainsi, lorsque les représentants des patients et usagers intègrent des instances de santé publique où sont examinées les politiques nationales de santé, c'est dans le cadre d'une démarche de consultation alors que lorsqu'ils intègrent des organes de décision, comme les conseils d'administration des établissements de santé, ils s'inscrivent systématiquement dans une démarche délibérative. Le point commun à ces deux processus est « *la confiance dans la capacité de l'individu profane à émettre des jugements rationnels et valables pourvu qu'il soit bien informé et que les conditions pratiques de cette participation soient claires*»[1280]. Pareillement, consultatif ou délibératif, ces deux processus répondent à une demande croissante d'échanges entre l'État, les

[1279] DE MONTGOLFIER, Sandrine, et Nathalie, CATAJAR, « Démocratie participative et évolution d'une politique de santé publique ? », *Santé Publique*, vol. 2, n° HS2, 2019, pp. 43-51.

[1280] FAUQUETTE, Alexendre, *Contribution à une analyse sociologique de l'effet sectoriel sur la participation : Le cas du secteur sanitaire*, Thèse, précité.

structures publiques et les citoyens, usagers ou patients.

Enfin, pour conclure, nous pouvons, en s'essayant prudemment à l'exercice, définir le modèle auquel nous voulons que s'adosse le plus aisément la démarche participative que nous envisageons d'enraciner dans le système de santé algérien comme étant un ensemble de dispositifs institutionnels, officiellement mis en œuvre par les autorités publiques, à toutes les échelles, dans le but d'associer les représentants du malade ou de l'usager en tant que nouvel acteur du système de santé dans le processus décisionnel du secteur. Il permettra, également, d'en faire une partie prenante dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

§.2 L'identification des acteurs et la sécurisation de la participation citoyenne en santé

Dans le contexte algérien, où l'on note l'absence d'un système de participation qui accorde une légitimité incontestable aux représentants des patients, il est impératif de sélectionner avec soin les différents acteurs pouvant porter la voix de ces derniers et exprimer fidèlement leurs intérêts **(A)**. Cette sélection doit s'effectuer en veillant à la légitimité, la représentativité et l'indépendance des acteurs choisis, en établissant des critères clairs et des mécanismes transparents et équitables susceptibles de prévenir les conflits d'intérêts et garantir une représentativité équilibrée **(B)**.

A. Les acteurs de cette participation

Plusieurs forces associatives militent pour la défense des droits et intérêts des patients et des usagers du système de soins. Parmi ces acteurs, l'on trouve, des associations de patients **(1)**, ou encore des associations de protections des consommateurs ainsi que des associations de bénévoles (**2)**. Les enjeux portés par ces groupes varient, reflétant aussi bien des préoccupations communes que des questions spécifiques liées aux groupes qu'ils représentent.

1. Les associations de patients

Dénommée « *El Jamiyya* » en Algérie, l'association désigne une organisation privée, à but non lucratif, indépendante de l'État, dont la constitution et le fonctionnement sont néanmoins réglementés par une législation nationale[1281]. A partir de la fin des années 80 et avec les changements sociopolitiques et économiques intervenus dans le pays, l'Etat algérien a consacré dans la Constitution de 1989 la liberté de création des organisations associatives et syndicales. Ainsi, le mouvement associatif a connu, du moins au plan quantitatif, un essor prodigieux et les associations se sont multipliées, au point que l'Algérie est devenu aujourd'hui l'un des pays du

[1281] BOUSSAFSSAF, Khaled, « La constitution des djamiyyates dans le droit algérien », *Revue El Hakika*, vol 10, n°1, 2011, pp 113-128, (article en Arabe).

Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord où la densité associative est la plus forte[1282]. « *Ce foisonnement exceptionnel des associations, s'il traduisait, certes, un engouement sans précédent des Algériennes et des Algériens, longtemps privés de leurs droits politiques, pour l'exercice de leur citoyenneté, n'en constituait pas moins, aussi et dans une certaine mesure, un exutoire aux frustrations accumulées durant plus de trois décennies »*[1283].

Ainsi, tous les champs et domaines ont été investis (social, caritatif, religieux, culturel, développement, environnement, droits et citoyenneté…) et pratiquement tous les groupes sociaux, quoique de manière assez inégale, s'y sont impliqués[1284]. A la fin des années 2000, les associations algériennes se sont lancées dans des activités qui concernaient aussi bien la défense de l'environnement, la santé, la consommation, le sport et la sauvegarde du patrimoine historique ou architectural et se sont déployées au niveau des quartiers, des villes et des régions pour offrir des services et des aides aux différentes couches sociales. Certaines d'entre elles ont même ciblé des catégories particulières de la population, comme l'enfance abandonnée ou les personnes à mobilité réduite[1285].

Pourtant, confronté à l'érosion de l'enthousiasme des débuts, à l'insuffisante maturation des projets associatifs mais aussi et surtout à un contexte national difficile et contraignant au plan politique (état d'urgence, pratiques administratives bureaucratiques) et au plan sécuritaire (terrorisme), le mouvement associatif, comme d'ailleurs d'autres segments de la société civile, a connu un certain tassement, et un nombre relativement important d'associations ont disparu[1286] .

C'est dans ce contexte que sont nées les associations de patients en Algérie. Organisées autour de valeurs partagées et de projets viables, leurs activités étaient considérées plus pertinentes que celles des autres associations, constituées essentiellement à des fins politiques et dont l'objectif

[1282] Sarah Ben Néfissa a écrit en 2002 : « *Si la situation algérienne permet de parler d'une véritable explosion associative avec la fondation de 20 000 associations en trois ans, la Tunisie, le Maroc, la Lybie et la Jordanie, entre autres, connaissent aussi, dans les années quatre-vingt-dix, un renouveau associatif beaucoup moins important que celui observé en Algérie*». HANAFI, Sari, BEN NEFISSA Sarah, *Pouvoirs et associations dans le monde arabe*, CNRS Éditions, 2002, p. 20.

[1283] BENDIMERAD, Sonia, Amina CHIBANI, et Kamel BOUSSAFI, « Boom associatif en Algérie : réalité ou illusion démocratique ? », *RECMA*, vol 354, n° 4, 2019, pp. 42-57.

[1284] MIHOUBI, Noureddine, «Transformation du mouvement associatif en Algérie depuis 1989: les voies de la professionnalisation », *Insaniyat* , n° 70, 2015, pp 149-159.

[1285] IZAROUKEN, Arab, « Le mouvement associatif en Algérie : histoire et réalités actuelles », *Réseau des démocrates*, 2014, sur http://forumdesdemocrates.over-blog.com, consulté le 18/3/2023.

[1286] En 2004, le Ministère de l'Intérieur a déclaré: « il y a près de 73000 associations en Algérie et seulement 5000 sont fonctionnelles et ont une activité courante », BOUSSAFSSAF, Khaled, « La constitution des djamiyyates dans le droit algérien », précité.

principal était le tissage de réseaux clientélistes mobilisables politiquement[1287]. S'engageant dans un processus de professionnalisation, sachant que cette notion « *doit être placer dans le contexte algérien, du fait qu'il s'agit d'un phénomène récent qu'on ne peut pas comparer avec des associations d'autres pays, engagées dans la voie de la professionnalisation depuis plusieurs décennies, comme la France par exemple»*[1288], les associations de patients ont réalisé un travail minutieux pour maitriser leurs activités et accumuler une expérience qui peut les hisser au rang d'acteurs majeurs de la gestion participative à l'instar des associations de patients en France.

Pour rappel, ces associations situent leurs actions en rapport étroit avec l'histoire d'une maladie que celle-ci soit abordée très pudiquement ou fasse l'objet d'une revendication plus lisible. En effet, le modèle le plus fréquent des associations de patients repose sur une cause commune à plusieurs personnes. C'est un événement de santé qui a motivé leur entrée dans le secteur associatif et l'investissement dans une association thématique. Lorsqu'elles évoquent ce moment de leurs parcours, ces personnes mettent assez rapidement en exergue les singularités des pathologies dont elles ont eu à souffrir et la solitude ressentie, ce qui parait être le motif qui les conduit à rechercher l'aide et le support de pairs et donc à se structurer pour nouer contact et obtenir conseil et orientation. Ces associations couvrent un ensemble de maladies relevant de la même discipline médicale ou présentant des symptômes ou contraintes comparables[1289].

Toutefois, il importe de préciser que le rapport avec la maladie, s'inscrit dans une dimension temporelle particulière dans la mesure où le problème de santé rencontré est à chaque fois marqué du sceau de la chronicité. En effet, la santé en tant que cause n'invite à s'organiser en association qu'autour d'une maladie appelée à durer. À l'inverse, des épisodes de santé courants, même graves, ne donnent pas spontanément naissance à des associations de patients[1290]. Aussi, il convient de préciser dans ce cadre que le progrès médical constitue l'un des facteurs de fragilité de ces associations. En effet, l'apparition de traitements conduisant à la guérison de certaines pathologies signifie que la maladie n'est plus définie comme chronique, ce qui implique une modération des actions des associations actives pour ce type de maladie[1291]. Ainsi à la suite de l'homologation du

[1287] DRISS-AÏT HAMADOUCHE, Louiza, « La société civile vue à l'aune de la résilience du système politique algérien », *L'Année du Maghreb,* 2017, vol 16, pp 289-306.

[1288] MIHOUBI, Noureddine, «Transformation du mouvement associatif en Algérie depuis 1989: les voies de la professionnalisation », précité.

[1289] SAOUT, Christian, « 27. Place et rôle des associations d'usagers et de patients », dans, *Traité de santé publique,* Lavoisier, 2016, pp. 255-259.

[1290] CHAROUD, Mary, « L'engagement des associations de patients atteints de maladies chroniques. Du « savoir patient » aux stratégies de communication », *Politiques de communication*, vol 9, n°2, 2017, pp 37-62.

[1291] RABEHARISOA, Vololona, et Michel CALLON, « L'engagement des associations de malades dans la recherche », *Revue internationale des sciences sociales*, vol. 171, n°1, 2002, pp 65-73.

traitement curatif contre l'hépatite C, certaines associations actives dans ce domaine ont disparu, tandis que d'autres ont été contraintes d'étendre leur champ d'intervention à l'ensemble des maladies hépatiques[1292].

Les objectifs des associations des patients sont toujours arrêtés de manière spécifique par rapport aux maladies dont elles incarnent les enjeux. Ils consistent d'une part à aider les patients atteints de la même maladie, une aide qui s'étend de l'information à l'orientation jusqu'à l'assistance personnalisée aux personnes en difficulté. Ces associations s'emploient également à devenir une expérience et une expertise collectives des patients et à en être un porte-parole auprès du corps médical, des pouvoirs publics et des industries pharmaceutiques, bien que ce rôle soit souvent rejeté par les professionnels de santé qui considèrent leur action plutôt comme une forme de lobbying[1293]. Elles contribuent enfin à la recherche médicale soit sous la forme de collecte de fonds attribués à des chercheurs, soit, en tant que sujet de la recherche. En complément de ces objectifs traditionnels, de nouvelles missions viennent se greffer aux activités de certaines associations qui développent des axes spécifiques tels que la formation tant de leurs membres que des malades et ce à travers des actions d'éducation sanitaire menées en collaboration avec les professionnels de la santé. Certains services sont également offerts aux malades sous forme de prestations d'orientation ou de facilitation d'accès à des services de santé. Ainsi, à un modèle initial de soutien à des personnes malades auxquelles la médecine ne pouvait toujours pas apporter des solutions satisfaisantes, se substituent aujourd'hui des modèles d'associations développés autour de l'expertise, de l'éducation sanitaire et de services rendus aux adhérents ou aux malades.

L'Algérie compte, selon les données recueillies auprès du ministère de l'Intérieur, 151 associations de malades[1294]. Cependant, ce nombre florissant d'associations n'est pas un indicateur fiable du dynamisme de la société civile algérienne. En réalité, il existe un écart considérable entre le nombre d'associations officiellement recensées et celui des associations réellement actives[1295]. Parmi ces dernières, la Fédération Nationale des Insuffisants Rénaux (FNIR), créée en 2004, est considérée comme l'une des plus importantes forces associatives activant dans le secteur de la

---

[1292] BIOSSE-DUPLAN, Alexandre, *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé*, précité. Voir le chapitre2. Les acteurs de la démocratie sanitaire, pp 33-91.

[1293] AKRICH, Madeleine, et Vololona RABEHARISOA, « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé Publique*, vol 24, n°1, 2012, pp 69-74.

[1294] Suivant les données recueillies sur le site officiel du Ministère de l'intérieur, des collectivités locales et de l'aménagement du territoire algérien sur https://interieur.gov.dz/fr/vie-associative/ associations.html consulté le 18/3/2023.

[1295] BENDIMERAD, Sonia, Amina CHIBANI, et Kamel BOUSSAFI, « Boom associatif en Algérie : réalité ou illusion démocratique ? », précité.

santé. Animées par des bénévoles, des patients et leurs accompagnateurs, elle est structurée en 45 associations régionales d'aide aux insuffisants rénaux et regroupe 11 000 adhérents. La FNIR a édité, grâce au soutien de bienfaiteurs, des manuels destinés aux malades afin de les informer sur leur pathologie, son traitement, la diététique et d'autres conseils utiles. De plus, elle a mené un travail important dans la sensibilisation des citoyens aux dons d'organes[1296]. En outre, avec près de trois millions de diabétiques en Algérie, la Fédération Algérienne des Associations des Diabétiques (FAAD) compte également parmi les associations de patients les plus influentes. Elle fédère une centaine d'associations locales et de délégations incluant bénévoles et malades. Elle a pour mission d'informer, de prévenir, de défendre, d'accompagner les personnes atteintes du diabète, tout en soutenant la recherche en diabétologie[1297].

D'autres interlocuteurs majeurs structurent le paysage des associations de malades en Algérie notamment celles œuvrant dans la lutte contre le cancer ou celles intervenant en santé mentale mais il n'est malheureusement pas possible d'en faire une présentation exhaustive, notre but n'étant pas de dépeindre le panorama du mouvement associatif de patients dans notre pays mais de démontrer que celui-ci se densifie, se diversifie et se dynamise[1298] suivant un processus de transformation durable. Ceci est d'autant plus remarquable que l'ouverture du champ associatif notamment dans le domaine de la santé n'a été pensée et inscrite dans les objectifs primordiaux de l'État algérien qu'en 2018[1299]. Ainsi, nous pouvons affirmer que les associations de patients et d'usagers du système de santé peuvent constituer des interlocuteurs de référence tant pour les pouvoirs publics que pour les professionnels de santé, les sociétés savantes et les industries pharmaceutiques.

2. Les associations de consommateurs et les associations de bénévoles

À la différence des associations de patients, les associations de consommateurs incarnent les usagers du système de santé. Sans cause liée à une maladie précise, elles s'impliquent dans le débat en santé au titre d'enjeux collectifs transversaux et communs à leurs adhérents tels que l'accès aux

[1296] ABDENNOUR, Mohcene, «Contribution du bénévolat à la gestion de la maladie au sein de l'institution hospitalière », *Afkar wa Affak*, vol 10, n°3, 2022, pp 295-308.

[1297] Ibid.

[1298] CHIBANI, Amina, et Valérie BILLAUDEAU, « L'innovation sociale au service du projet associatif par sa production de valeur : réflexion sur le cas de l'association d'aides aux cancéreux « El Badr » de la wilaya de Blida », *Vie & sciences de l'entreprise*, vol 208, n°2, 2019, pp 94-114.

[1299] En réponse aux revendications de plusieurs associations, le ministère de l'Intérieur, des Collectivités locales et de l'Aménagement du territoire a engagé à partir de 2018 plusieurs réformes visant à assouplir les conditions et procédures de création des associations. Le droit à la création des associations et au respect de leur libre activité visant à promouvoir la citoyenneté. ABDENNOUR, Mohcene, «Contribution du bénévolat à la gestion de la maladie au sein de l'institution hospitalière », précité.

services hospitaliers, la qualité des soins, ou encore des sujets à fort impact sociétal[1300]. Les actions menées dans ce cadre sont incarnées par le programme d'action de l'association pour la Protection et l'Orientation du Consommateur et son Environnement (APOCE), qui est l'une des premières associations à caractère national. Représentée au niveau des différentes wilayas du pays et siégeant au niveau du Conseil national de la protection du consommateur, celles-ci s'assigne comme missions d'informer les consommateurs de leur droits et lutter contre toutes les actions tendant à exploiter la situation du consommateur, et de compléter l'action étatique des chargés du contrôle de la qualité et de la répression des fraudes[1301]. L'association a pour mission d`aider les consommateurs à concrétiser leurs revendications et d'exercer devant toutes les juridictions l'action civile relative aux faits de nature à nuire aux intérêts moraux et matériels des consommateurs. Son rôle en matière d'information est prépondérant, elle organise régulièrement conférences et tables rondes à la radio ou à la télévision afin de multiplier les actions de sensibilisation en faveur des consommateurs[1302].

Ses récentes actions en santé ont porté sur la substitution des compléments alimentaires aux médicaments, l'affaire Rahmet Rabi étant l'exemple le plus emblématique de cette approche[1303]. Au titre des enjeux qui impliquent la santé publique, l'APOCE s'est également investie dans des actions à visée préventive qui prennent diverses formes (alimentation, santé environnementale ...). Dans ce cadre, elle donne ses avis aux pouvoirs publics sur des questions spécifiques et leur propose les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux des consommateurs. Elle réalise régulièrement des enquêtes sur la qualité et l'organisation du système de santé notamment concernant le ressenti des patients à la suite d'une hospitalisation[1304].

Par ailleurs, plusieurs autres associations de bénévoles, telles qu'*El Fedjr*, *Djamila*, *Amel*, ou *Touiza*, collaborent étroitement avec les établissements de santé. Chacune de ces associations se

---

[1300] ROUX, Dominique, et Lydiane NABEC, « Introduction », dans, *Protection des consommateurs. Les nouveaux enjeux du consumérisme,* EMS Editions, 2016, pp. 19-22.

[1301] LAKLI, Nadia, « Le rôle des associations de consommateurs dans la rationalisation du comportement des consommateurs et dans leurs protection », *Revue des études juridiques*, vol 7, n°3, 2020, pp 600-622, (article en Arabe).

[1302] Ibid.

[1303] Le produit en question, nommé « Rahmat Rabi » (RHB), était vendu dans les officines pharmaceutiques comme complément alimentaire destiné aux patients diabétiques. L'APOCE a émis des avertissements aux citoyens concernant l'utilisation de ce complément. Elle a également exhorté les ministères de la Santé et du Commerce à retirer le produit du marché par précaution, pour procéder à des analyses afin de vérifier sa conformité. Lakli, Nadia, « Le rôle des associations de consommateurs dans la rationalisation du comportement des consommateurs et dans leurs protection », précité.

[1304] ABDENNOUR, Mohcene, «Contribution du bénévolat à la gestion de la maladie au sein de l'institution hospitalière », précité.

caractérise par des objectifs, des actions, des moyens, une histoire et une composition qui lui sont propres. Leur présence au sein des hôpitaux contribue à l'amélioration de la qualité des soins et de l'accueil et permet de rompre partiellement l'isolement qui résulte souvent de la maladie et du séjour à l'hôpital. Les bénéfices psychologiques de telles activités menées dans les hôpitaux sont universellement reconnus[1305]. Leur présence est donc fortement encouragée, notamment dans les services de pédiatrie, où elles contribuent significativement au bien-être des patients.

L'activité de ces associations et de leurs volontaires peut se traduire par des actions qui ne nécessitent pas la mise en œuvre de techniques spécifiques. Ces actions se manifestent à travers des initiatives à caractère individuel, telles que des visites, du soutien et des séances de lecture, ainsi que des actions collectives, comme l'organisation de fêtes religieuses et de *halakates*. Elle peut comprendre également des activités collectives d'animation de groupe telles que des activités d'animation culturelle ou artistique, des concerts, des jeux de société et des séances d'ergothérapie. En tout état de cause, sans enfermer les initiatives associatives dans une liste limitant leur créativité et leur potentiel d'innovation, le ministère de la santé n'autorise aucune activité bénévole à s'exercer au sein des établissements de santé sans autorisation préalable des directeurs de ces structures, et sans que soient fixées avec précision les limites dans lesquelles cette action est appelée à s'inscrire[1306].

Enfin, il existe une dernière catégorie d'acteurs non institutionnels. Ces derniers occupent une place spécifique et contribuent à élargir l'assise de la représentation des patients au-delà du cadre associatif établi. Il faut, rappeler effectivement, que les nouvelles technologies de l'information et de la communication fournissent aujourd'hui un espace propice à l'expression de l'autonomisation individuelle et communautaire au point d'hisser les E-patients et les influenceurs sociaux en nouvel acteur de santé. Assurément, « *dans un contexte de crise de confiance envers l'expertise, ils occupent une place spécifique entre institutions publiques, médecins, associations et patients. Leur force repose sur leur capacité d'émission de messages via les forums, blogs, plateformes ou réseaux sociaux et la quantification affichée sur les réseaux du public qui les suit. Prescripteurs d'opinions, ils se positionnent et sont interpellés en interlocuteurs des autres acteurs du système de santé. Ils répondent à une demande d'information, voire d'avis, autres que ceux des professionnels de santé et institutions publiques. Ils apportent leur vision d'usagers initiés en position d'expert sur les questions inhérentes à leur expérience de la maladie. Leur force tient aussi bien à cette*

[1305] BERNARD, Giovanna, « D'hier à aujourd'hui, des pratiques d'animation en pleine évolution », *Gérontologie et société*, vol 24/96, n°1, 2001, pp 31-41.

[1306] ABDENNOUR, Mohcene, «Contribution du bénévolat à la gestion de la maladie au sein de l'institution hospitalière », précité.

expertise qu'à la publication instantanée de leur parole et à son impact médiatique»[1307]. Aussi, il nous semble que sans leur reconnaître d'office la même légitimité politique que celle que détient une association agréée, ils ne sauraient être ignorés même si nous ne pouvons pas encore avancer à ce jour dans quelle mesure ils participent à l'évolution des comportements dans la relation de soins. Ce phénomène qui n'est d'ailleurs pas spécifique à la santé, interroge le rôle que peuvent jouer ces contributeurs dans le processus démocratique et pose avec acuité la question du statut qui peut leur être dédié[1308].

B. Le dispositif d'agrément, un outil de sécurisation de cette participation

La gestion participative fait entrer le mouvement associatif de patients et d'usagers dans les démarches de décision et d'expertise. Afin de garantir une légitimité de cette participation, elle doit se construire autour de garde-fous que sont l'agrément des associations **(1)** et l'encadrement des liens économiques entre associations et industries pharmaceutiques **(2)**.

1. L'agrément, une garantie légitime

L'agrément des associations de patients et d'usagers du système de santé permet de conférer une crédibilité à la gestion participative. D'une part, il constitue un moyen de s'assurer de la représentativité des organisations avec lesquelles les pouvoirs publics sont amenés à traiter, consolidant ainsi leur légitimité politique. D'autre part, il offre une garantie de sérieux pour les malades, qui confrontés à des situations médicales difficiles, sont vulnérables et peuvent être tentés de recourir à des interlocuteurs qui exploitent leur détresse dans un but commercial ou sectaire.

En droit algérien, le dispositif d'agrément des associations n'est pas propre au secteur de la santé, mais concerne également tous les autres secteurs d'activité. Dans le but de réguler la création des associations, le législateur algérien a établi des dispositions précises régissant les procédures nécessaires à l'obtention de ces agréments. Ces dernières diffèrent considérablement de celles consacrées en droit français. Dans ce contexte, il est tout d'abord important de rappeler qu'après son indépendance, confrontée aux défis de construction nationale, l'Algérie ne disposait pas de législation spécifique aux associations pendant près de dix ans, la loi héritée de la France ayant été suspendue[1309]. Ce n'est qu'avec la Constitution de 1976 que la liberté d'association fut officiellement reconnue. Toutefois, il a fallu attendre jusqu'en 1987 pour que soit promulgué un premier texte

[1307] BIOSSE-DUPLAN, Alexandre, *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé*, précité. Voir le chapitre2. Les acteurs de la démocratie sanitaire, pp 33-91.

[1308] CASES, Anne-Sophie, « L'e-santé : l'empowerment du patient connecté », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol 35, n° 4-5, 2017, pp. 137-158.

[1309] La loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, JORF du 2 juillet 1901.

législatif régissant ce domaine. En effet, la loi du 21 juillet 1987[1310], qui reprend d'ailleurs un certain nombre de dispositions de la loi française, est la première loi algérienne relative aux associations. Elle détermine le cadre d'exercice de cette liberté, de façon assez restrictive. L'association, « *groupement constitué dans un but déterminé, non lucratif* »[1311], doit être déclaré pour avoir une existence légale. Sa mission ne peut en aucun cas être « *contraire au système institutionnel établi*» ou « *de nature à porter atteinte à l'intégrité du territoire, à l'unité nationale, à la religion d'Etat, à la langue nationale et aux options et choix fondamentaux du pays* »[1312]. En outre, une procédure d'agrément préalable instituée par le décret du 2 février 1988[1313] est nécessaire pour toutes les associations ayant une «*dimension ou une vocation nationale entrant dans un domaine d'activité pouvant être assuré par un service public*»[1314].

A la suite de l'adoption de la Constitution du 23 février 1989, qui se démarque totalement de la précédente[1315], le législateur algérien a adopté la loi du 4 décembre 1990 fixant les dispositions du fonctionnement des associations[1316]. Considérée comme une loi libérale par rapport à la précédente[1317], elle a consacré à son tour des dispositions assez proches de celles appliquées par le législateur français notamment en ce qui concerne le fonctionnement des associations (organes de gouvernance, modalités de convocation de l'assemblée générale constitutive, règlement intérieur et adhésion)[1318].Toutefois, en matière de création, le législateur algérien a adopté une position singulière en consacrant « *certaines dispositions qui permettent au pouvoir de conserver des mécanismes de contrôle et de limitation à l'exercice de la liberté d'association*»[1319]. Cela s'est traduit par l'exigence de certains critères, la création d'une association devant être effectuée par au

[1310] La loi n°87-15 du 21 juillet 1987 relative aux associations, JORA n°31 du 29 juillet 1987.

[1311] Telle que définit par les dispositions de l'article 2 de la loi 87-15 relative aux associations, précitée.

[1312] Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°87-15 relative aux associations, précitée.

[1313] Décret n°88-16 du 2 février 1988 fixant les modalités d'application de la loi n°87-15 du 21 juillet 1987 relative aux associations ainsi que les dispositions statutaires communes aux associations, JORA n°5 du 3 février 1988.

[1314] Conformément aux dispositions de l'article 8 du décret n°88-16 précité.

[1315] Suite au soulèvement populaire d'octobre 1988 qui a entraîné l'adoption dans la hâte de réformes fondamentales dans le domaine politique et économique.

[1316] La loi 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations, JORA n°53 du 5 décembre 1990.

[1317] THIEUX, Laurence, « Le secteur associatif en Algérie : la difficile émergence d'un espace de contestation politique », *L'Année du Maghreb*, vol 5, 2009, pp 129-144.

[1318] RULLEAU, Claudine, « La vie associative », *Confluences Méditerranée*, vol 45, n°2, 2003, pp 125-128.

[1319] THIEUX, Laurence, « Le secteur associatif en Algérie : la difficile émergence d'un espace de contestation politique », précité.

moins quinze personnes majeures, de nationalité algérienne, jouissant de leurs droits civils et civiques et n'ayant pas eu de conduite contraire aux intérêts de la lutte de libération nationale[1320]. Les personnes physiques ou morales, qui « *se regroupent sur une base contractuelle et dans un but non lucratif mettent en commun (…) leurs connaissances et leurs moyens pour la promotion d'activités de nature notamment professionnelle, sociale, scientifique, religieuse, éducative, culturelle et sportive* »[1321]. L'enregistrement auprès de l'autorité compétente est obligatoire, tandis que la dissolution de l'association, bien que recommandée, ne l'est pas[1322]. Dans un autre registre, cette loi semble se défier des moyens par lesquels les associations peuvent obtenir des financements, surtout ceux qui viennent de l'étranger. Pour cette raison, il a été établi que les donations et legs d'organisations étrangères doivent faire l'objet d'un accord préalable de l'autorité publique compétente, qui vérifiera l'origine du montant ainsi que sa relation avec les objectifs stipulés[1323].

A la suite du Printemps arabe, le régime algérien a déployé tout un arsenal d'initiatives pour canaliser la vague de protestations ayant éclaté dans différentes villes du pays en janvier 2011[1324]. Ainsi, quelques réformes ont été promises et plusieurs nouvelles lois ont été adoptées, dont la loi n°12-06[1325] du 12 janvier 2012 relative aux associations. Composée de 74 articles, ce texte, toujours en vigueur, détermine les conditions et les modalités de création des associations comme le prévoit la loi fondamentale algérienne[1326]. Adoptant une démarche restrictive, ce texte fixe la portée et l'étendue de la liberté d'association d'une manière assez remarquable. En effet, l'initiative et la liberté associative se sont vu imposer des limites et des restrictions, tant en ce qui concerne les

[1320] Conformément aux dispositions de l'article 5 et 6 de la loi n°90-31, précitée.

[1321] Conformément aux dispositions de l'article 2 de la loi n°90-31 précitée.

[1322] En vertu des dispositions de l'article 34 de la loi n°90-31 précitée.

[1323] Tel que le dispose l'article 28 de la n°90-31 précitée.

[1324] Entre le 3 et le 7 janvier 2011, l'Algérie a connu des émeutes d'ampleur nationale, dont l'élément déclencheur fut la hausse brutale et importante des prix de l'huile et du sucre. Les discours médiatiques ont réduit ce mouvement à sa cause apparente, tandis que les paroles des protagonistes se concentraient sur des revendications autant sociales que politiques. Ce mouvement de révoltes a débuté à Oran et dans la wilaya (département) de Tipaza avant de se propager à l'ensemble du territoire, jusqu'à Laghouat dans le sud. Ce mouvement national s'est étalé sur cinq jours et a causé la mort de 5 personnes : il est à l'origine de l'intensification des revendications socio-économiques sectorielles et de l'émergence de mouvements politiques réclamant un changement politique profond. CHENA, Salim, « L'Algérie dans le « Printemps arabe » entre espoirs, initiatives et blocages », *Confluences Méditerranée*, vol 77, n° 2, 2011, pp 105-118.

[1325] La loi n°12-06 du 12 janvier 2012 relative aux associations, JORA n° 02 du 15 janvier 2012.

[1326] Il s'agit de l'article 43 de la Constitution de 1996 en vigueur à l'adoption de la loi 12-06 qui dispose que : *« La loi détermine les conditions et les modalités de création des associations.*

conditions et modalités de leur création qu'en ce qui concerne leurs actions[1327]. Sur le registre de création, qui intéresse notre recherche, la loi de 2012 distingue trois types d'associations selon leur ressort territorial: nationales, de wilayas et communautaires (districts). Le nombre de membres requis pour la création est variable : les associations nationales doivent avoir au minimum vingt-cinq membres fondateurs provenant d'au moins douze wilayas différentes; les associations de wilayas doivent se présenter avec un minimum de quinze membres fondateurs issus d'au moins deux communes; les associations communautaires doivent déposer leur déclaration en ayant au moins dix membres[1328]. L'assemblée générale constitutive d'une association est constatée par un procès-verbal d'un huissier de justice. Le président de l'association ou son représentant procède au dépôt de la déclaration constitutive de l'association accompagnée d'un dossier comportant les pièces mentionnées par l'article 12 de cette loi auprès de l'administration compétente[1329]. Celle-ci dispose, en vertu de l'article 8, d'un délai pour examiner la conformité du dossier avec la présente loi; un délai qui varie en fonction de la nature de l'association (trente jours pour l'Assemblée populaire communale, en ce qui concerne les associations communales, quarante jours pour la wilaya, en ce qui concerne les associations de wilaya, quarante-cinq jours pour le ministère chargé de l'Intérieur, en ce qui concerne les associations inter-wilayas, et enfin soixante jours pour le ministère chargé de l'Intérieur, en ce qui concerne les associations nationales). Au cours de ce délai, l'administration concernée est tenue, soit de délivrer un récépissé d'enregistrement ayant valeur d'agrément soit de prendre une décision de refus[1330]. Le silence de l'administration vaut, en

[1327] Le professeur Souad Ghaouti estime qu': « *à travers la nouvelle loi, le législateur a renforcé les pouvoirs de l'administration envers les associations, soumises à un contrôle étatique de plus en plus rigoureux. Les aspects de ce régime restrictif de l'action des associations sont identifiables à plus d'un titre. En premier lieu, les associations sont tenues de transmettre, à l'issue de chaque assemblée générale ordinaire ou extraordinaire, à l'autorité publique compétente, une copie du procès-verbal de la réunion dans les trente jours qui suivent leur adoption , sous peine d'une amende, ou encore de la suspension de son activité. En second lieu, les associations nationales ne peuvent adhérer à des associations étrangères poursuivant les mêmes buts ou des organisations non gouvernementales internationales ou coopérer avec celles-ci dans un cadre de partenariat qu'avec l'accord préalable de l'autorité administrative compétente. Le refus pourrait être justifié par des motifs politiques dans le cadre de l'exercice du pouvoir discrétionnaire de l'administration. En troisième lieu, les associations ne peuvent recevoir des fonds provenant des légations et organisations non gouvernementales étrangères en dehors d'une relation de coopération établie et sans l'accord préalable de l'autorité publique compétente* ». GHAOUTI, Souad, « Le droit algérien relatif à la liberté d'association *», Revue algérienne des sciences juridiques et politiques*, vol 60, n°1, 2023, pp 16-38.

[1328] Conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi n°12-06 précitée.

[1329] Les dispositions de l'article 12 de la dite loi se lisent comme suit: « *La déclaration de constitution citée à l'article 7 de la présente loi est accompagnée d'un dossier comprenant : * une demande d'enregistrement de l'association signée par le président de l'association ou par son représentant dûment habilité;* la liste nominative mentionnant l'état civil, la profession, le domicile et la signature de l'ensemble des membres fondateurs et des instances exécutives; * l'extrait n°3 du casier judiciaire de chacun des membres fondateurs; * deux (2) exemplaires certifiés conformes des statuts; * le procès-verbal de l'assemblée générale constitutive établi par un huissier de justice; * les pièces justificatives de l'adresse du siège* ».

[1330] Conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi n°12-06 précitée.

revanche, agrément de l'association[1331]. En cas de refus de délivrance d'un agrément, l'administration compétente doit motiver sa décision par le non-respect des dispositions de la présente loi[1332]. Ainsi, l'administration compétente, dans le cadre de l'exercice de son pouvoir d'appréciation, peut rejeter une déclaration constitutive d'une association aussi bien pour des motifs de procédures, c'est-à-dire la présentation d'un dossier incomplet au sens des articles 4, 5, 6 et 7 de la loi mais également en raison d'autres motifs substantiels[1333]. Cependant, il est manifeste que le refus pour la première catégorie de motifs est exclu *ab initio* par la loi elle-même, puisque l'article 8 de la même loi impose à l'administration destinataire d'une déclaration constitutive d'une association la vérification contradictoire immédiate des pièces du dossier avant de délivrer un récépissé de dépôt. Par contre, en ce qui concerne la deuxième catégorie de motifs, il ressort de la lecture de l'alinéa 4 de l'article 2 de cette loi que l'administration pourrait invoquer, afin de motiver sa décision de refus, la non-conformité de l'objet de l'association projetée avec «*l'intérêt général*, *les constantes et valeurs nationales*, *l'ordre public ou les bonnes mœurs*». Or, une décision de refus d'agréer une association ainsi justifiée pourrait revêtir un caractère arbitraire en raison de la nature tellement vague des motifs de refus qui pourraient être évoqués. Une formulation pareille équivaut même à une absence de motivation. En tout état de cause, l'association bénéficie d'un délai de trois mois pour intenter une action en annulation de la décision de refus soit devant le tribunal administratif territorialement compétent pour les décidions de refus émanant du président de l'Assemblée populaire communale ou du wali soit devant le Conseil d'Etat pour les décisions de refus du ministère de l'Intérieur. Si par contre une décision est prononcée en faveur de l'association, l'administration concernée est tenue de lui délivrer obligatoirement un récépissé d'enregistrement. En contrepartie, l'administration dispose, aux termes du troisième alinéa de l'article 10, assez curieusement d'un délai de trois mois, à compter de la date d'expiration du délai qui lui est imparti, pour intenter une action en annulation de la constitution de l'association devant la juridiction administrative compétente. « *Cette possibilité offerte à l'administration est empreinte d'ambiguïtés. En effet, on s'interroge sur la nature de l'action que l'administration pourrait intenter en l'espèce. S'agit-il d'une action en annulation de la décision administrative portant constitution d'une association qu'elle a elle-même prise sous l'injonction du juge administratif? Bien que les termes de l'article 10/3 se lisent favorablement à cette approche, on ne saurait l'admettre. Il peut s'agir plutôt de l'exercice par l'administration d'une des voies de recours contre la décision de la juridiction administrative compétente ? Rien n'est moins sûr. Si tel est le cas, le législateur aurait*

[1331] Conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi n°12-06, précitée.

[1332] Tel que dispose l'article 10 de la loi n°12-06, précitée.

[1333] Conformément aux dispositions de l'article 10 de la loi n°12-06, précitée.

dû se contenter d'indiquer que les décisions des juridictions administratives en la matière sont susceptibles des voies de recours prévues par le code de procédure civile et administrative. Plus problématique, encore l'alinéa 3 de l'article 10 qui considère que le recours de l'administration n'est pas suspensif de l'exécution de la décision du juge administratif d'attribuer un agrément à l'association ! Cette situation pourrait conduire à des effets indésirables si une décision d'annulation de l'agrément était prononcée par le juge administratif car une association nouvellement agréée va se voir annuler son agrément»[1334].

Au vu de ce qui précède, il ressort que la loi algérienne sur les associations renforce la dépendance et la subordination des associations à l'administration. Sans faire une lecture critique de ce texte, il convient toutefois de préciser que sa philosophie ne s'inscrit pas dans la démarche de la mise en place d'une gestion participative dont la clé de voute est la marge de liberté qui sera accordée aux acteurs de la société civile. Par ailleurs, dans un autre registre, il convient de noter que contrairement aux normes françaises, la loi algérienne n'a pas défini les critères que les associations doivent satisfaire afin d'obtenir un agrément. Cette omission compromet la crédibilité nécessaire pour sélectionner les associations autorisées à représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. Pour rappel, le code de santé publique français subordonne la délivrance de l'agrément à l'observation de critères spécifiques, assurant ainsi une certaine rigueur et transparence dans le processus. Parmi ces critères figurent l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé, ainsi que les actions de formation et d'information qu'elle conduit. La transparence de sa gestion, sa représentativité et son indépendance sont également des critères déterminants[1335]. Il nous parait, donc, essentiel dans le cadre de la mise en place d'une gestion participative dans le secteur de la santé, que la loi de santé puisse intégrer ces critères dans son *corpus*. Alternativement, le projet de la nouvelle loi relative aux associations, actuellement en préparation par le ministère de l'Intérieur[1336], devrait établir un socle commun de critères d'agrément. À ces exigences générales pourraient s'ajouter des conditions spécifiques propres à chaque ministère, assurant ainsi une représentativité effective, indispensable à toute démarche

[1334] LYES, Sam, « Une lecture critique de la loi relative aux associations en Algérie *», Revue de droit de l'Université Mouloud Mameri Tizi Ouzou*, 2013, pp 9- 29.

[1335] Article L1114-1 du code du CSP.

[1336] « *Le projet de loi relatif aux associations comprend plusieurs réformes visant à assouplir les conditions et procédures de création des associations, notamment la réduction du nombre des membres fondateurs, l'annulation de certains documents administratifs exigés dans le dossier et la facilitation des modalités relatives à la déclaration et à l'autorisation de leur activité. Le projet de loi confère aussi aux associations le droit de faire appel des décisions de refus de création d'activité, et il leur ouvre la possibilité de rechercher des sources de financement. Il autorise également le jumelage entre associations adoptant les mêmes objectifs et œuvrant dans le même domaine* », GHAOUTI, Souad, « Le droit algérien relatif à la liberté d'association *»,* précité.

démocratique.

2. La transparence des liens économiques entre associations et industries pharmaceutiques

L'intégrité et l'impartialité des acteurs sont des principes fondamentaux du modèle de gestion participative que nous envisageons de mettre en place en droit algérien. Aussi, l'origine des fonds finançant les activités associatives doit être entourée d'un intérêt particulier. Même dans des pays qui capitalisent une expérience plus importante en gestion participative, comme la France, ce sujet soulève régulièrement des questions de principe. Cela concerne notamment les contributions versées par les industries pharmaceutiques, l'interrogation sur les attentes des financeurs étant légitime.

En ce sens, pour sécuriser cette participation, il est impératif de superposer à l'agrément d'autres mesures garantissant la probité des acteurs de cette gestion participative. Le modèle mis en place par le législateur français pour répondre aux interrogations sur l'indépendance des associations induites par leurs liens économiques avec les industries pharmaceutiques pourrait constituer une source d'inspiration pour le législateur algérien. Il faut rappeler dans ce cadre que le législateur français a instauré deux mesures, l'une concernant la publicité des liens économiques entre industries et associations et l'autre relative à la déclaration des conflits d'intérêts à l'occasion de la participation des associations à l'expertise[1337]. Si la première mesure est transposable en droit algérien, la seconde ne l'est pas dans la mesure où les associations ne participent pas en Algérie à des activités d'expertise[1338]. Aussi nous nous intéresserons dans le cadre de notre recherche exclusivement aux modalités du premier dispositif mis en place par le législateur français.

Instauré en France en 2009, une obligation de déclaration a été inscrite à la charge des industries pharmaceutiques[1339]. Son périmètre couvrait le montant des aides de toute nature procurées par les industries aux associations durant l'année précédente. L'absence d'une définition légale de la notion d'aide avait conduit à n'y intégrer que les dons et subventions. *A contrario*, et conformément au principe de confidentialité des affaires, le périmètre de déclaration excluait les contrats commerciaux qui peuvent constituer une ressource à la fois significative et variable des

[1337] Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, JORF n°0302 du 30 décembre 2011. Voir à ce sujet BIOSSE-DUPLAN, Alexandre, *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé*, notamment le Chapitre 3. Représentation et participation à l'expertise, pp 93-153.

[1338] Il faut, néanmoins préciser que conformément à la nouvelle loi de santé n°18-11 précitée notamment l'article 239, les associations à caractère social et notamment les associations de défense des consommateurs peuvent participer à l'information scientifique ainsi que la publicité sur les produits pharmaceutiques pour leurs activités d'éducation pour la santé.

[1339] Ancien article L. 1114-1 du CSP issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, disposition abrogée.

ressources d'une association, ce qui rendait la transparence escomptée que partielle. En réponse à cette problématique, le législateur français a adopté la loi sécurité sanitaire[1340], dite *Sunshine Act à la française*[1341] par analogie à la loi fédérale américaine sur la transparence des liens économiques entre professionnels et industries pharmaceutiques, qui a étendu l'obligation faite à ces industries de déclarer la totalité des aides versées aux associations, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de la santé[1342]. Un nouveau dispositif de déclaration en ligne est mis en place à partir de 2016[1343]. Il porte sur tous les avantages en nature ou en espèces autres que les rémunérations que les industries de santé procurent, d'une manière directe ou indirecte aux personnes, associations, établissements, fondations, sociétés, organismes et organes de presse, Le seuil à partir duquel les rémunérations perçues ou les avantages offerts sont rendus publics s'élève à dix euros[1344]. Ce dispositif est complété de sanctions pénales[1345].

La difficulté de transposer ce dispositif en Algérie s'inscrit dans un cadre plus général lié à l'utilisation du numérique pour assurer la transparence des finances publiques à travers des portails officiels. En effet, les faiblesses de l'administration algérienne en matière d'appropriation des outils numériques dans l'information des citoyens caractérisent une situation de quasi- absence de la transparence des finances locales dans le pays[1346]. La numérisation des administrations publiques et la collecte, la gestion, la vérification et la publication de données relatives à l'intégrité des responsables publics et aux registres des représentants d'intérêts est inscrite en tant que priorité du gouvernement algérien[1347]. Aussi, l'adoption de ce dispositif en droit algérien reste subordonnée à l'évolution de cette transition numérique.

Enfin et avant de conclure cette partie, il importe de préciser qu'évoquer l'enjeu des liens économiques entre industries pharmaceutiques et associations œuvrant dans le secteur de la santé suscite une autre problématique en Algérie. En effet, si l'on tente une typologie de l'origine des

[1340] Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 précitée.

[1341] GUEGAN, Magali, et Maurice-Pierre PLANEL, « 5. Le « *Sunshine Act* à la française » : tout savoir sur les professionnels de santé ?», dans, *Santé : la transparence en question(s),* Presses de l'EHESP, 2018, pp. 49-57.

[1342] Article L. 1453-1 du CSP.

[1343] Cette disposition faisant jusqu'en 2014 double emploi avec la déclaration instaurée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, précitée qui sera supprimée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, précitée.

[1344] Article D. 1453-1 du CSP issu du décret n°2016-1939 du 28 décembre 2016.

[1345] Article L. 1454-3 du CSP.

[1346] FERROUKHI, Amine. « Transparence des finances locales en Algérie », *Maghreb - Machrek*, vol 246-247, n° 4, 2020, pp. 5-23.

[1347] KAMAR, Khadidja, « La numérisation en Algérie: Entre la nécessité de la transition et les obstacles de la mise en œuvre », *Revue El Fikr*, vol 18, n°1, 2023, pp139-152, (article en Arabe).

fonds des associations algériennes apparaissent schématiquement les subventions consenties par l'Etat, la wilaya ou la commune. Or, l'origine publique d'une subvention ne la rend pas intrinsèquement neutre. Cette participation répond à des intérêts propres aux pouvoirs publics qui ne sont pas forcément en harmonie avec les choix politiques des associations et ne font que coïncider l'usage de l'argent public avec la vision de l'intérêt général tel qu'il est conçu par le gouvernement. Aussi, afin que cette participation soit considérée en tant qu'une garantie d'indépendance des associations, il est impératif que ces dernières participent à la conception même des appels à projets lancés par les pouvoirs publics afin que leur point de vue soit considéré dès le départ, d'autant plus dans un pays comme l'Algérie qui possède ses propres spécificités, pour ne pas dire ses propres apories, en matière d'idéaux démocratiques, car comme le souligne Daho Djerbal pour que le mouvement associatif puisse aboutir à une action démocratique il faudrait, sans doute, que l'État lui-même soit démocratique[1348].

Section 2. La mise en œuvre de la gouvernance participative dans le système de santé algérien: dynamiques de participation et de représentation

La mise en œuvre de la gouvernance participative dans le système de santé algérien représente une volonté d'améliorer la qualité du système de santé, en permettant aux bénéficiaires des soins de s'exprimer et de participer à l'élaboration des politiques sanitaires et aux réformes du système de santé. En pratique, elle implique la participation des représentants des usagers aux instances consultatives stratégiques dédiées à l'orientation et à la définition des politiques de santé ainsi qu'à la gouvernance hospitalière à travers les organes décisionnels et les diverses commissions qui permettent de placer ces représentants au cœur du processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge à l'hôpital ***(§1).***

Toutefois, pour que la participation des représentants des patients aux instances hospitalières et de santé publique soit constructive, plusieurs conditions doivent être réunies dans une optique d'amélioration de l'attractivité et de l'efficacité de cette participation. Parmi d'autres, l'attention peut se concentrer sur la disponibilité des représentants des patients et la reconnaissance du travail qu'ils effectuent. De plus, en vue d'outiller leurs insuffisances cognitives dans le domaine de la gouvernance hospitalière, la proposition de formations appropriées à l'exercice de leurs mandats est fortement recommandée ***(§2)***.

[1348] DJERBAL , Daho, « Le défi démocratique », *NAQD*, vol 29, n°1, 2012, pp 5-13.

§.1 Les diverses façades de la participation

La pratique participative dans sa dimension institutionnelle est aujourd'hui essentiellement indirecte. Elle vise principalement à assurer une implication étroite des représentants des usagers, agissant en tant que défenseurs des intérêts de l'ensemble des patients. Ils interviennent tant dans les décisions majeures et stratégiques relatives aux politiques de santé publique **(A)**, que dans les choix organisationnels des soins, au respect des droits des patients au sein des établissements de santé, ainsi qu'à la gestion des réclamations et des requêtes **(B)**. Afin de garantir une mise en œuvre effective de cette participation, il est primordial d'établir un *corpus* législatif et règlementaire destiné à identifier clairement ces espaces de participation.

A. La participation à visée de consultation stratégique

La participation à visée stratégique requiert un cadre institutionnel propice à la participation citoyenne et à la prise de décisions collectives. Pour cela, elle doit s'exercer à différents niveaux, tant national que régional. En effet, la mise en place d'instances nationales **(1)** et régionales **(2)** dédiées à la concertation et à la participation des acteurs de la santé est essentielle pour garantir une prise en compte effective des besoins et des attentes de la population dans les politiques de santé.

1. Une assemblée nationale pour la santé : clé de voûte de la structuration nationale

Au niveau national, la participation des usagers devrait être prévue à travers un organisme consultatif placé auprès du ministère de la santé, afin de simplifier son fonctionnement. L'intitulé de cette institution et la représentativité recherchée dans sa composition doivent l'assimiler à un parlement thématique dédié aux enjeux sanitaires et médico-sociaux. Sa fonction devrait être clairement consultative et non décisionnaire à l'instar de la conférence nationale de la santé en France[1349], ou du conseil national de la santé au Portugal[1350].

Cet organisme se verrait confier une diversité de missions qui lui permettront de favoriser la concertation sur les questions de santé à travers plusieurs axes fondamentaux. Tout d'abord, il formulerait des avis et des propositions visant à améliorer le système de santé. Ces avis et propositions se focaliseraient principalement sur le projet de loi définissant les objectifs et les

[1349] La conférence nationale de santé (CNS) a été créée en France par l'ordonnance du 24 Avril 1996. Ses missions et sa composition ont été adoptées par la loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique, précitée. Par ailleurs, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 relative aux patients, à la santé et aux territoires, précitée a contribué au renforcement de la démocratie sanitaire et par conséquent aux missions de cet organisme. BIOSSE-DUPLAN, Alexandre, *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé,* précité.

[1350] Lei de Bases da Saúde (loi fondamentale de santé) portugaise de 1990 a prévu la création au niveau national d'une instance de participation du public en santé. FERRINHO, Paulo, et al, « Soixante années de réformes du système de santé portugais : la décentralisation dans le domaine de la santé. Point de vue », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2006, pp 313-329.

priorités de la politique nationale de santé[1351], les orientations stratégiques de cette politique[1352], ainsi que les plans et programmes de santé au niveau national. Ainsi, ils permettraient d'influencer les politiques de santé en mettant l'accent sur des objectifs et des priorités fondamentales. Ensuite, il aurait à élaborer chaque année un rapport portant sur le respect des droits des usagers du système de santé, en prenant en compte les rapports établis par les structures régionales de concertation qui seraient mise en place. Ce rapport devrait mettre en lumière les problématiques liées à l'accès aux soins et à la qualité des prises en charge, couvrant à la fois les soins hospitaliers et les soins préventifs. De plus, il organiserait des débats publics sur des questions de santé et d'éthique, offrant ainsi une plateforme d'échanges et de réflexion ouverte au grand public. Enfin, il serait doté de la possibilité de s'autosaisir de toute question qu'il jugerait pertinente à porter à la connaissance du ministre de la santé afin de pouvoir aborder des sujets spécifiques et émergents qui nécessitent une attention particulière. Les avis qu'il émettrait doivent être rendus publics afin de favoriser la transparence et la diffusion des informations et renforcer la confiance et la légitimité de ses travaux.

Cet organisme serait constitué de différents acteurs du système de santé et de représentants des usagers. D'un côté, il comprendrait des représentants des usagers désignés sur proposition des associations agréées en tant que représentants des usagers du système de santé, des partenaires sociaux regroupant les syndicats de travailleurs et d'employeurs ainsi que des représentants des organismes de consultation crées régionalement et localement. D'un autre côté, il pourrait accueillir des professionnels de la santé, dont au moins deux représentants des services extérieurs relevant du secteur de la santé, plusieurs représentants d'établissements publics ou privés ayant une mission de service public, y compris des centres hospitalo-universitaires, des établissements spécialisés dans la lutte contre le cancer, des établissements offrant des activités de prévention et de soins à domicile, ainsi que des représentants de professionnels de la santé exerçant à titre libéral. Il devrait également inclure des représentants de l'industrie pharmaceutique et des organismes de recherche travaillant dans le domaine de la santé et des sciences de la vie, ainsi que des personnalités qualifiées. De plus, il serait souhaitable que des acteurs de la sécurité sociale et des collectivités locales y participent également de par leur qualité de bailleurs de fonds du système de santé. Enfin, la participation, à

[1351] Pour faire écho à notre première partie, titre1, chapitre 1, la loi de santé algérienne ne fait pas mention d'un projet de loi relatif à la politique de santé publique qui précise les objectifs de la politique de santé du gouvernement et les principaux plans d'action qu'il entend mettre en œuvre pour leur réalisation. Pourtant, suivant les déclarations que nous avons pu recueillir auprès du directeur de la règlementation, du contentieux et de la coopération du ministère de la santé, les propositions de révision de la loi de santé 18-11 actuellement en cours, laissent entrevoir qu'une disposition rendant obligatoire la présentation d'un projet de loi relatif à la politique de santé sera prochainement intégré dans le cadre de cette réforme législative.

[1352] Les domaines d'intervention de la politique nationale de la santé sont énumérés par la loi de santé algérienne qui en a fixé les principes fondamentaux conformément aux articles 3 et 4 de la loi de santé 18-11, précitée.

titre consultatif, de représentants des divers établissements sous tutelle du ministère de la santé[1353], telles que l'Observatoire National de la Santé, l'Institut National de Santé Publique ou l'Agence National de Sang serait également indiquée.

Les membres de cette assemblée devraient disposer d'un pouvoir délibératif. Leur nomination sera effectuée selon une périodicité renouvelable et des membres suppléants seraient, également, désignés dans les mêmes conditions. Ils devraient jouir de leurs droits civiques et tout membre qui perd la qualité pour laquelle il a été désigné cesse automatiquement d'appartenir à l'assemblée. Conformément aux pratiques observées dans d'autres organismes similaires, ces nominations prendraient la forme d'un arrêté émanant du ministre chargé de la santé.

Sur le registre de fonctionnement, cet organisme structuré en différents comités, devrait articuler ses travaux en plusieurs formations. En effet, outre sa formation en plénière, il pourrait organiser ses travaux au sein de commissions permanente et spécialisée. Aussi, c'est dans sa forme plénière que cet organisme devrait rendre ses avis, adopter ses rapports et déterminer les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics qu'il organiserait. L'assemblée plénière qui réunit tous les membres nommés aurait pour mission d'élire un président, adopter le règlement intérieur qui régit cette institution, fixer les modalités de délibérations et de vote et préciser le fonctionnement de ses différentes formations. En dehors des séances plénières, c'est une commission permanente qui assurerait le rôle de pilotage de l'institution et exercer l'ensemble de ses attributions. Enfin, une commission spécialisée aurait pour responsabilité d'élaborer et soumettre pour adoption à l'assemblée plénière un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles seraient appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité des prises en charge.

Il est clair que si un solide ancrage dans l'architecture juridique du système de santé algérien va permettre la stabilité et le développement à long terme de cet organisme, beaucoup de défis existent et devraient être abordés en amont de sa création afin de lui permettre d'être pertinent et de trouver une place solide dans l'élaboration des politiques de santé publique. En ce sens, le suivi minutieux et la mise en œuvre de ses résolutions, et leur intégration dans les politiques de santé constituent les difficultés majeures auxquelles serait confrontée cette structure. En réalité, une partie du problème réside dans la nature non contraignante de ces résolutions bien que l'utilité des avis est reconnue eu égard à la présence d'une fonction consultative officielle. Il faut rappeler que l'avis

[1353] En droit algérien, la tutelle administrative est une forme de pouvoir exercé par une personne morale de droit public, appelée autorité de tutelle, sur une autre : collectivité publique ou établissement public. Le pouvoir de tutelle comprend l'ensemble des moyens de contrôle réglementaires dont dispose cette autorité sur l'entité sous tutelle, en vue de la maintenir dans le respect de la loi, et de faire prévaloir un intérêt public supérieur. CHAOUADIYA, Mounia, « La tutelle administrative entre pouvoir de contrôle et autorité hiérarchique en droit algérien», précité. Les établissements placés sous tutelle du ministère de la santé sont actuellement au nombre de 11 dont les plus importants sont l'institut pasteur d'Algérie et la pharmacie centrale des hôpitaux, TADJ, Meziane, *Le système de santé en Algérie*, précité.

consultatif a été conçu, dès son origine, comme un acte dépourvu de force exécutoire, permettant d'éclairer l'action des organes politiques et non pas de trancher obligatoirement un point de droit ou de l'acheminer vers la mise en œuvre[1354]. Aussi, la mise en place de mécanismes assurant le suivi de l'exécution des avis de cette assemblée pourrait permettre de mieux intégrer ses recommandations au sein du processus d'élaboration des politiques publique de santé.

Par ailleurs, la sélection des représentants et la distribution des rôles et responsabilités au sein de cette institution représente un autre défi de taille eu égard aux profondes divergences d'opinion et d'intérêts qui peuvent exister entre les membres de cette assemblée. Exacerbé par les intérêts institutionnels que chacun représente, ces divergences peuvent être complexes nécessitant des compétences diplomatiques exceptionnelles de la part des présidents de comités pour parvenir à faciliter le dialogue, à encourager la compréhension mutuelle et à trouver des compromis pour garantir le bon déroulement des travaux de l'assemblée et parvenir à des résolutions consensuelles.

Enfin, l'apport des scientifiques et des universitaires devrait être utilisé de manière plus astucieuse pour atteindre les objectifs de l'efficience escomptée. En effet, dans le contexte algérien caractérisé par un déclin de l'élite intellectuelle dans la société[1355], leur contribution est essentielle pour traduire les connaissances académiques en termes accessibles et apporter une légitimité scientifique aux sujets abordés et aux recommandations adoptées. Aussi, il est indispensable, à notre sens, d'encourager leur participation aussi bien en tant qu'acteurs institutionnels qu'en tant que membres de la société civile afin de bénéficier pleinement de leur expertise qui apporterait une contribution significative notamment lors du processus d'élaboration des résolutions.

2. La déclinaison en instances régionales et locales

Bien que la nouvelle loi de santé algérienne n'ait pas affirmé la région comme niveau de gouvernance territoriale, son contenu est émaillé de cette idée. Ainsi, les programmes de protection de la santé à mettre en place par l'État algérien sont définis au niveau national, régional et local. [1356]. Les outils de planification sanitaire consacrés par cette loi établissent des normes à plusieurs niveaux, à la fois national et régional[1357]. Les structures et établissements assurant un service public

[1354] DARGENT, Fleur, « Chapitre I. Les fonctions de la consultation », dans, *La consultation en droit public interne*, DICE Éditions, 2020, sur https://doi.org/10.4000/books.dice.8941, consulté le 26/5/ 2023.

[1355] HADADI, Walida, «La problématique de l'élite intellectuelle», *Afak Fikriya*, vol 7, n°2,2019, pp 276-289, (article en Arabe).

[1356] Conformément aux dispositions de l'article 31 de la loi de santé 18-11 dont les termes se lisent comme suit : « *Les programmes de protection de la santé sont nationaux, régionaux et locaux. Ils sont à la charge de l'Etat et bénéficient des moyens financiers nécessaires à leur réalisation* ».

[1357] L'article 270 de la loi 18-11 dispose que : « *La carte sanitaire fixe les normes de couverture sanitaire et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte, notamment du bassin de population, des*

de santé, sont tenus d'élaborer un projet d'établissement et un plan de démarche qualité qui doivent s'aligner sur des objectifs fixés aux niveaux national, régional ou local[1358]. Pareillement, sont constitués au niveau des régions une nébuleuse d'instances telles que les conseils régionaux des ordres professionnels et les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral. En outre, ce texte n'a pas établi de manière explicite la définition précise du concept de région sanitaire. Pourtant, il est possible, à partir de l'article 32 qui définit les programmes régionaux de protection de la santé, de déduire que cette notion renvoi à une aire géo-sanitaire regroupant plusieurs wilayas caractérisées par des problématiques de santé spécifiques[1359]. Aussi, il est clair que les aspects régionaux sont omniprésents dans le panorama institutionnel de la santé en Algérie. Ceci rend important la démarche de positionner, à ce niveau, des organismes consultatifs afin qu'ils puissent concourir, par leurs avis, à la politique nationale de santé mise en œuvre au niveau des régions et à dessiner une politique régionale de santé.

Contrairement à ce que pourrait laisser penser l'homonymie de noms entre l'organisme de consultation qui serait créé au niveau national et entre ceux établis au niveau régional, le regroupement de ces derniers ne correspondrait pas *stricto sensu* à l'assemblée nationale. En effet, les instances régionales ne formeraient qu'un comité parmi les divers comités établis au sein de l'instance nationale. Bien que leur composition, missions et fonctionnement seraient calqués sur l'assemblée nationale de santé, les rôles et les appellations des comités différeraient d'une instance à l'autre.

Positionnées au niveau du service extérieur du ministère de la santé chef-lieu de chaque région[1360], ces instances contribueraient à structurer une approche régionale de la santé par des avis qu'ils adresseraient aux directeurs territorialement compétents. En ce sens, ils pourraient formuler toute proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Ils émettraient un avis sur les programmes régionaux de santé qui conformément à la loi de santé algérienne bénéficient d'aménagements spécifiques aux besoins de santé des bassins de

---

caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé ».

[1358] Tel que stipule l'article 290 de la loi de santé 18-11 précitée.

[1359] En effet, l'article 32 de la loi de santé 18-11 dispose que : «*Les programmes régionaux de protection de la santé sont destinés à prendre en charge les problèmes de santé spécifiques à plusieurs wilayas du pays. Ils sont élaborés et mis en œuvre par les services extérieurs et sont évalués par le ministre chargé de la santé* ».

[1360] Le pays peut être découpé en neuf (9) régions sanitaires qui épousent pratiquement le schéma national d'aménagement du territoire à savoir : la région Nord Ouest, Nord-Centre, Nord Est, Hauts Plateaux Ouest, Hauts Plateaux Centre, Hauts Plateaux Est, Sud Ouest, Sud Centre et Sud Est avec pour Chef-lieu, respectivement Oran- Alger -Constantine – Tiaret-Djelfa-Sétif-Bechar- Ouargla.

population concernés[1361].Ils procèderaient, également, en lien avec les organes de concertation crées localement au niveau de chaque wilaya à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé, de la qualité des prises en charge et des conditions d'hospitalisation. Enfin, ils seraient habilités à organiser des débats publics sur des questions de santé de leur choix. Leurs avis, rapports, études et travaux, qui devraient obligatoirement être rendus publics, seraient transmis à leurs présidents ainsi qu'aux directeurs des services extérieurs du ministère de la Santé auprès desquels ils seraient rattachés.

Structurés en plusieurs comités, ces instances regrouperaient les représentants des collectivités territoriales des wilayas couvertes par la région, des représentants des services extérieurs de chaque wilaya, des représentants des organes de concertation créés localement au niveau de chaque wilaya, des représentants des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives dans chaque région, des représentants des usagers désignés par les associations agréées au niveau régional, des représentants des offreurs de soins comprenant les établissements publics de santé et les structures privées, notamment les centres hospitalo-universitaires implantés dans chaque région, les établissements hospitaliers spécialisés et les structures assurant des activités de prévention, des représentants de l'assurance sociale, ainsi que des personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de ces organismes. Les instances régionales suivraient les mêmes règles que l'Assemblée Nationale concernant la durée des mandats, les procédures de nomination des membres et de leurs suppléants, ainsi que les conditions de cessation de mandat, telles que la perte des droits civiques ou de la qualité requise pour siéger.

En ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement des organismes régionaux de consultation, ceux-ci adopteraient une structure comprenant une assemblée plénière, une commission permanente et deux à quatre commissions spécialisées, adaptées à la taille de la région. Des groupes de travail permanents peuvent également être créés pour traiter des questions thématiques spécifiques à chaque région. L'assemblée plénière serait responsable de l'élection de son président, de la mise en place de la commission permanente et des commissions spécialisées. Ses attributions comprendraient l'émission d'avis sur les questions relevant de sa compétence, l'établissement d'un rapport d'activité annuel et la détermination des questions de santé qui feront l'objet de débats publics organisés par l'assemblée. La commission permanente, qui devrait refléter l'équilibre au sein des organismes régionaux[1362], exercerait en dehors des réunions plénières toutes

[1361] Conformément aux dispositions de l'article 32 aliéna 2 qui prévoit que : « *Les programmes régionaux de protection de santé bénéficient d'aménagements spécifiques aux besoins de santé des bassins de population concernés, notamment en ce qui concerne l'organisation en réseaux de structures ou jumelage entre établissements de santé pour la prise en charge ainsi que la mobilisation des ressources humaines nécessaires à leur mise en œuvre* ».

[1362] La parité doit être respectée pour l'ensemble des wilayas.

les attributions qui sont dévolues à cette dernière. Enfin, les commissions spécialisées seraient chargées de préparer des rapports dans des domaines spécialisés tels que la prévention, l'organisation des activités de soins, notamment les soins hautement spécialisés, et les droits des usagers du système de santé. Chaque organisme régional aurait la possibilité de créer de deux à quatre commissions en fonction des activités déployées dans la région et de la spécialisation des équipes locales[1363]. Toute commission spécialisée, chargée de préparer un avis dans son domaine de compétence, pourrait solliciter les observations des autres commissions spécialisées. Lorsque la consultation nécessite la contribution de deux commissions spécialisées, l'avis sera rendu conjointement. Si au moins trois commissions spécialisées sont concernées, l'avis serait rendu par la commission permanente ou, conformément aux règlements internes, par l'assemblée plénière.

En dernier lieu, il est impératif d'assurer une fonction participative au niveau local grâce à des entités rattachées à chaque service extérieur du ministère de la santé implanté dans chaque wilaya. La participation des usagers pourrait y être envisagée dans le cadre de deux missions principales : conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants, et organiser au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en y intégrant la voix des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Leurs opinions et propositions seraient transmises aux commissions spécialisées des instances régionales, selon les thèmes abordés. La composition, le fonctionnement et l'organisation de ces entités relèveraient des initiatives locales des services extérieurs du ministère de la santé de chaque wilaya afin de favoriser la libre expression de l'initiative au niveau local sans imposer des contraintes excessives.

B. La participation de proximité

La pratique participative au sein des établissements de santé passe par l'expression de la volonté des représentants des usagers dans un ensemble d'espaces institutionnels où ils sont appelés à siéger. Elle s'exprime, essentiellement, à travers la participation aux organes de décision de ces établissements **(1).** Néanmoins, envisager l'élargissement de son périmètre à d'autres instances pourrait considérablement la renforcer **(2)**.

1. La participation aux organes de décision des établissements de santé

Les conseils d'administration des établissements de santé algériens ne sont pas de véritables espaces de pouvoir ni d'authentiques organes décisionnels en raison de l'exercice d'une tutelle renforcée sur ces établissements, caractérisée par des aspects qui s'apparentent davantage à une

[1363] A titre d'exemple, certaines régions, en particulier celles situées dans le sud, ne disposent pas de centres hospitalo-universitaires et, par conséquent, ne seront pas confrontées à des questions relatives à l'organisation des soins hautement spécialisés.

véritable déconcentration[1364]. Or, la mise en place d'une pratique participative effective et efficace dans le secteur de la santé requiert d'intégrer les représentants des usagers dans des instances dotées d'un pouvoir réel. Cela leur permettrait de prendre des décisions et effectuer des choix qui ont un impact direct sur la prise en charge des patients qu'ils représentent. Aussi, il est essentiel de repenser la gouvernance interne des établissements de santé avant même de considérer l'intégration des représentants des usagers dans certaines structures de gestion. Sans prétendre pouvoir passer d'une régulation administrée à l'autonomie complète des établissements de santé, les réformes que nous proposons d'introduire dans la gouvernance hospitalière en Algérie pourrait nous permettre de tendre vers les équilibres souhaités en matière de gestion participative. Notre démarche ne nécessitera pas de s'engager dans une rénovation en profondeur qui implique une révision substantielle du statut juridique des établissements de santé et de leur mode de fonctionnement.

Tout d'abord, il faut rappeler que, telle qu'appliquée en santé, la gouvernance se prête à différentes interprétations qui l'associent plus largement, au management des établissements[1365]. La caractériser revient à comprendre l'influence des dirigeants hospitaliers sur la performance de l'organisation. Une influence qui se trouve directement liée à l'étendue de leur espace discrétionnaire, Dans le champ de la gestion, la théorie de la gouvernance n'a pas pour objet d'analyser la manière dont les dirigeants gouvernent mais celle dont ils sont eux-mêmes gouvernés[1366]. Elle aide à expliquer la performance des organisations en fonction de la latitude managériale dont disposent les dirigeants. Dans le contexte hospitalier algérien, les fortes contraintes institutionnelles qui existent dans les établissements de santé conjuguées aux cloisonnements professionnels et au corporatisme participent à limiter cette latitude.

La nouvelle gouvernance se conçoit dès lors comme un moyen de limiter ces insuffisances au travers d'un système de mise en transparence fondé, d'une part sur une séparation nette entre la gestion de l'établissement de santé et son contrôle et d'autre part sur la mise en place du contrat qui devient le principal outil pour coordonner l'action des agents au sein de l'hôpital[1367]. Dès lors la gouvernance hospitalière peut être abordée à deux niveaux distincts. Le premier s'intéresse aux relations entre les instances dirigeantes et les parties prenantes externes et le second, qui intéresse notre recherche, se focalise sur la régulation des interactions entre les différents acteurs au sein de

[1364] Voir *supra,* chapitre précédent.

[1365] HOLCMAN, Robert, « Chapitre 7. La gouvernance interne de l'hôpital », dans, *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod, 2019, pp. 207-246.

[1366] LAUDE, Laetitia, « Chapitre 2. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français (Deuxième partie. La conduite des organisations de santé », dans *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé,* Presses de l'EHESP, 2018, pp 165-78.

[1367] Ibid.

l'institution. Il est qualifié de gouvernance interne.

Pour mettre en œuvre cette approche, il est impératif de remplacer une culture essentiellement administrative par une culture de management plus dynamique. Dans ce contexte, les structures et les processus de gestion internes actuels doivent être redéfinis par le législateur algérien pour intégrer les représentants des usagers comme acteurs centraux de la gouvernance. Cette transition implique la mise en place d'une gouvernance interne bicéphale, composée d'un conseil de surveillance et d'un organe exécutif directionnel. Afin d'accentuer cette réorientation, il serait judicieux de supprimer le conseil d'administration traditionnel au profit de ces nouvelles instances dotées de prérogatives clairement définies et adaptées aux exigences de la pratique participative. À la différence du conseil d'administration qu'il remplace, le conseil de surveillance aura un pouvoir de contrôle large et permanent, mais un pouvoir délibératif très en retrait de son prédécesseur qui votait sur de nombreuses décisions de gestion. Son rôle va se limiter à la définition d'orientations stratégiques et à une mission de contrôle de l'ensemble de l'activité de l'établissement. Il élit son président parmi ses membres dont la composition devra inclure une variété d'acteurs (représentants des usagers et des personnels médicaux et non médicaux, bailleurs de fonds, représentants de la tutelle et élus). La fin de la présidence de droit du représentant de la tutelle est une autre évolution forte de cette réforme, même s'il peut la conserver à travers le vote. Le directoire prendra le relais, et les attributions qui étaient dévolues *de jure* au conseil d'administration lui seront transférées. Cet organe, présidé par le chef d'établissement, sera une instance collégiale composée des chefs de services médicaux et paramédicaux, dont le président du conseil médical, des directeurs adjoints, ainsi que de deux représentants des usagers. Il jouera un rôle de conseil auprès du directeur dans la gestion et la conduite de l'hôpital. Il aura pour prérogatives d'approuver le projet médical, préparer le projet d'établissement et conseiller le chef d'établissement sur plusieurs aspects de la gestion. Ainsi, avant toute décision de sa part et selon des modalités qui seront définies par voix règlementaire, le directoire donnera son avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les éléments comptables et financiers, le programme d'investissement relatif aux équipements médicaux, l'organisation interne et sociale de l'établissement ainsi que la politique de qualité et de sécurité des soins, d'accueil et de prise en charge des usagers.

Justifier notre choix d'opter pour un mode de gouvernance assuré par le duo conseil de surveillance-directoire s'avère être un exercice complexe, d'autant plus que « *la littérature sur la gouvernance des organisations, et plus précisément sur le CA, est dominée par des travaux empruntés au monde de l'entreprise. Les recherches sur le sujet, relevant du champ hospitalier en France, n'abordent pas cette instance et s'orientent davantage vers l'étude d'aspects plus*

managériaux et institutionnels »[1368]. Il est même légitime de s'interroger sur les bénéfices réels d'une telle réforme, visant à intégrer les usagers dans une instance dont le pouvoir délibératif est limité. Pourtant, il est essentiel d'insister sur certains arguments clés qui soutiennent notre position. Dans le contexte juridique et politique actuel, il est impossible d'aller vers une réforme en profondeur permettant de réviser le statut actuel et les prérogatives des conseils d'administration des établissements de santé. Cette réforme devra déborder sur des problématiques plus larges telles que la gratuité et le financement du système de santé. De plus, la fonction délibérative du conseil d'administration des établissements de santé algériens n'est que symbolique, cette instance ne disposant que de prérogatives formelles qui ne sont étendues qu'en théorie. Par ailleurs, le choix de faire siéger les représentants des usagers dans les directoires est une condition qui va permettre de garantir une participation effective des usagers dans la gouvernance interne des établissements de santé puisque certaines décisions nécessitent l'approbation préalable de ces organes. Loin d'être isolée, cette démarche est également observée en France, même si le droit positif français ne prévoie aucune disposition rendant la présence des représentants des usagers dans cette instance de gouvernance hospitalière obligatoire. En effet, la volonté affichée par le législateur français de nommer un seul « patron » à l'hôpital, lors de la mise en place des directoires en 2009, n'a pas empêché certains établissements de santé d'y intégrer des représentants d'usagers sur la base de leur seule initiative, même s'ils restent des cas très isolés[1369].

Ainsi, une gouvernance articulée entre un conseil de surveillance et un directoire peut êrmettre une meilleure participation des représentants des usagers à la prise de décisions dans les établissements de santé, en attendant de mettre en place des réformes plus profondes.

2. Les formes de participation alternatives aux organes de décisions

Dans le contexte actuel du droit algérien, il est courant de désigner des représentants du personnel ou leurs suppléants au sein de diverses commissions et comités des établissements de santé. Aussi, se pose légitimement la question de l'opportunité d'intégrer les représentants des usagers à certaines de ces commissions et comités afin de faire entendre la voix des patients dans toutes les instances hospitalières. En effet, cette initiative qui rompt avec les pratiques existantes, dans notre pays, témoigne de la nouvelle dynamique observée dans de nombreux pays qui ont introduit un nouveau paradigme de participation des usagers tendant vers une représentation globale

[1368] LAOUER, Radhoine, et Nabil BIKOURANE, « Le conseil de surveillance des hôpitaux publics en France : structure, processus et performance », *Management & Avenir*, vol 118, n°4, 2020, pp 37-55.

[1369]A titre d'exemple nous citons le CHU de bordeaux. Voir GIRER, Marion, et GUILLAUME, Rousset, « Chapitre 9. Droits collectifs et participation des usagers », dans, *Les droits des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social,* Presses de l'EHESP, 2022, pp 117-132.

et plus équilibrée[1370].

Dans cette optique, deux conceptions de la représentation des patients quant à son étendue se distinguent. La première, plutôt inclusive, soutient que les patients devraient être représentés au sein de toutes les instances hospitalières, que ce soit au sein des organes consultatifs ou techniques, même si ces derniers sont fortement spécialisées et représentent une catégorie spécifique de personnels ou d'acteurs du système de santé[1371]. Si l'on considère le patient comme un acteur à part entière de ce système, la présence systématique de ses représentants est alors nécessaire pour éviter toute forme de marginalisation. Il serait donc inapproprié de constater leur absence au sein des conseils médicaux, des conseils scientifiques[1372], ou des autres comités et commissions techniques[1373], vu le rôle essentiel qu'ils jouent. Même si leurs avis sont essentiellement consultatifs, ces organes conservent un pouvoir décisionnel sur les questions techniques, et l'élaboration de stratégies concernant des thèmes spécifiques liées, entre autres, à l'organisation des activités et à la qualité des soins. Ainsi, la présence d'un ou de plusieurs représentants des patients serait indispensable pour défendre les intérêts des patients dans tous les domaines et veiller à ce que leurs préoccupations soient prises en compte de manière effective.

Par ailleurs, une autre conception semble émerger et suscite un soutien beaucoup plus fort[1374]. Selon cette approche, les patients ou leurs représentants ne devraient être intégrés au travail des différentes instances que si cela concerne directement des domaines qui sont d'un intérêt direct pour les patients. Il n'est pas nécessaire de vouloir impliquer des représentants des usagers dans tous les organes, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, une intégration excessive pourrait être contre-productive pour les intérêts des patients, car les autres acteurs du système de santé, qui en sont les « décideurs naturels » pourraient percevoir cette présence comme une intrusion injustifiée sur le fond. A titre d'exemple, nous pouvons citer la commission d'hygiène et de sécurité ou le comité de

[1370] ROUFFY-LY, Benjamin, RAJAN, Dheepa et Lara, BREARLEY NEETHI RAO, « Les perspectives internationales sur la démocratie participative en santé », *ADSP*, vol 121, n°1, 2023, pp 24-27.

[1371] GIRER, Marion, et Guillaume ROUSSET, « *Chapitre 9. Droits collectifs et participation des usagers*», précité.

[1372] En droit algérien, les établissements de santé se structurent autour de trois organes de gouvernance : un conseil d'administration chargé de leur administration, un directeur assurant leur direction, et un organe consultatif connu sous le nom de « conseil médical ».Toutefois, il convient de noter que dans les Centres Hospitalo-universitaires (CHU), cet organe consultatif est spécifiquement dénommé « organe scientifique »et ce conformément aux dispositions de l'article 10 du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 précité et de l'article 12 du décret exécutif n° 97-467 du 2 Décembre 1997, précité.

[1373] Les principaux comités présents au sein des établissements de santé sont : le comité de lutte contre les infections nosocomiales (arrêté n°64/ MSP du 7/11/1998), le comité de médicaments et des produits pharmaceutiques(décision n° 78 du 24 novembre 1993), la commission d'hygiène et de sécurité (instruction n° 10 /MSP/min du 6 mai 2002), le commission de garde et des urgences (décision n° 178/MSP/min du 15 aout 1996), ainsi que la cellule de la formation continue (circulaire n° 2 du 27 avril 2004).

[1374] GIRER, Marion, et Guillaume ROUSSET, « *Chapitre 9. Droits collectifs et participation des usagers* », précité.

lutte contre les infections nosocomiales. La première instance est chargée d'analyser les conditions de travail ainsi que les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement, et de promouvoir leur prévention en suscitant toute initiative qu'elle estime utile dans cette perspective. La seconde est l'entité qui coordonne la lutte contre les infections nosocomiales en définissant une politique de lutte contre ces risques et les moyens de sa mise en application. Il serait, donc, inopportun de vouloir intégrer des représentants des usagers dans ces instances, car les questions qui y sont traitées sont spécifiques à ces catégories d'acteurs et concernent des sujets purement techniques, sans lien direct avec les intérêts et les droits des usagers. Une telle intégration rencontrerait donc un problème de légitimité[1375]. D'autre part et au-delà de cette légitimité, les représentants des patients n'auraient en réalité qu'un intérêt limité à participer à l'ensemble de ces instances, ou à celles qui ne concernent pas directement les intérêts qu'ils défendent. Cette surprésentation serait particulièrement inutile, du moins en Algérie, si l'on considère les ressources limitées en termes de temps, d'argent et de personnel dont disposent les associations, ce qui devrait empêcher une représentation non ciblée et non pertinente.

En effet, dans le contexte spécifique algérien, il est pertinent d'adopter la vision plus modérée concernant la présence des représentants des usagers dans les comités des établissements de santé. Cette approche permettrait une participation indirecte des patients dans un nombre limité d'instances hospitalières qui sont directement liées à leurs intérêts et préoccupations. Néanmoins, reconnaissant la valeur de la vision « inclusive » mentionnée précédemment, nous considérons qu'il existe des organes où l'absence de représentants des patients soulève des interrogations légitimes. Un exemple concret est le conseil médical ou scientifique des établissements publics de santé. Le cadre juridique actuel ne prévoit aucune représentation des patients au sein de cette instance, pourtant son champ de compétences englobe des domaines d'une importance décisionnelle considérable dans la gouvernance hospitalière en Algérie. Le conseil médical ou scientifique est chargé d'étudier et de formuler des avis médicaux et techniques sur diverses questions concernant l'établissement, tels que l'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux, les projets d'équipements médicaux, les projets de construction et de réaménagement des services médicaux, les programmes de santé et de population, les manifestations scientifiques et techniques, ainsi que la création ou la suppression de structures médicales[1376]. Dans cette perspective, il est essentiel de reconnaître le rôle potentiel des représentants des patients au sein de ces conseils, en vue d'introduire des propositions visant à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services

[1375] GHADI, Véronique et Michka NAIDITCH, « Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? », *Santé Publique*, vol 18, n° 2, 2006, pp 171-186.

[1376] Conformément aux dispositions de l'article 24 du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 précité et de l'article 23 du décret exécutif n° 97-467 du 2 Décembre 1997, précité.

de soins et de prévention. En garantissant une voix pour les patients, cette approche contribuerait à une meilleure prise en compte de leurs besoins et à une plus grande transparence dans les décisions médicales et stratégiques.

Par ailleurs, il convient de souligner une lacune majeure dans le droit algérien qui se caractérise par l'absence d'une commission spécifique consacrée aux relations avec les usagers, à l'instar de ce qui existe dans le droit français. En effet, nous considérons que cette commission revêt une importance particulière et mérite toute notre attention, car elle constitue l'instance la mieux adaptée pour garantir le respect des droits des usagers et contribuer à la construction d'une politique durable axée sur la qualité et la sécurité des soins[1377]. La présence des usagers au sein de cette commission est d'une valeur bien supérieure à leur présence dans d'autres instances. Par conséquent, il est impératif que le législateur algérien puisse prévoir la mise en place de cette commission, en s'inspirant essentiellement du modèle français qui constitue l'un des systèmes qui ont le plus développé et institutionnalisé ce mode de défense des droits des usagers[1378].

Il convient de préciser dans ce cadre, que la nouvelle loi de santé algérienne a introduit une démarche novatrice en instituant une commission spécifique appelée « commission de conciliation et de médiation » [1379]. Cet organe est chargé d'examiner les recours déposés par les patients en cas de violation de leurs droits. Le texte de loi a énoncé le principe de cette création, laissant au pouvoir réglementaire le soin de définir les modalités de sa mise en place qui n'ont, malheureusement, pas été adoptées à ce jour. Aussi, en l'absence d'un texte d'application, il est impossible de se prononcer sur l'intention exacte du législateur algérien, notamment quant à l'éventuelle participation des représentants des usagers au sein de cette commission. Ce qui est certain, en revanche, c'est qu'elle ne sera pas créée au sein des établissements de santé, puisque la loi précise qu'elle sera établie au niveau des services extérieurs du ministère de la santé, avec une portée locale au niveau de la wilaya.

Cette approche diffère considérablement du modèle français et de la démarche que nous souhaitons mettre en place dans le cadre de la gestion participative que nous proposons d'introduire dans le secteur de la santé en Algérie. En effet, dans notre conception, cette commission devrait être établie au sein même de l'établissement de santé, afin d'être au plus près des patients. Il est

[1377] MOURGUES, Audrey, « Focus – La commission des usagers au sein des établissements de santé : donner la parole aux usagers pour améliorer la qualité de la prise en charge », *Informations sociales*, vol 198, n°3, 2018, pp. 69-72.

[1378] BOUSQUET, Frédéric, et Véronique GHADI, « La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international », précité.

[1379] Conformément à l'article 28 de la nouvelle loi de santé 18-11 précitée qui dispose que : « *Tout patient ou toute personne, habilitée à le représenter, a le droit de déposer un recours, en cas de violation de ses droits, auprès de la commission de conciliation et de médiation instituée au niveau de chaque service extérieur, selon les modalités fixées par voie réglementaire ».*

également essentiel qu'elle intègre des représentants des usagers, avec l'un d'entre eux assumant la présidence, afin de garantir une indépendance par rapport à l'influence et au contrôle que pourraient exercer les services extérieurs du ministère de la santé sur ces travaux.

Une fois créée, cette commission serait un espace d'expression individuelle des usagers, de recueil et de gestion de leurs préoccupations. Aussi, lorsqu'un patient exprime son mécontentement à l'égard de la politique d'accueil ou de prise en charge, et que ses remarques orales ou écrites auprès des professionnels et de la direction de l'établissement n'aboutissent pas à une solution satisfaisante, il a la possibilité de la saisir en s'adressant à l'un de ses membres qui auraient le statut de médiateurs. De ce fait, elle examinerait chaque plainte ou réclamation qui lui est soumise et prendrait des mesures appropriées en formulant des recommandations visant à résoudre le problème de l'usager ou en émettant un avis motivé en faveur du classement de la requête. Dans tous les cas, la commission informerait l'usager des voies de conciliation et de recours disponibles. Ainsi, à travers cette mission, la commission des usagers offrirait la possibilité à l'usager d'exprimer ses insatisfactions, tout en permettant à l'établissement de prendre connaissance des améliorations à apporter dans ses démarches qualité en matière d'accueil et de prise en charge.

Au-delà de sa réponse individuelle aux usagers insatisfaits qui l'ont saisie, elle serait, également, un outil favorisant la participation à l'amélioration globale de la qualité des établissements hospitaliers et du système de santé dans son ensemble. En recueillant les plaintes, les réclamations et les informations provenant d'autres instances de l'établissement, elle serait en mesure d'élaborer un rapport annuel qui intègre les propositions des usagers concernant la politique d'accueil et la qualité de la prise en charge. Elle permettrait ainsi une implication complète des représentants des usagers dans l'élaboration de la stratégie et de la politique qualité des établissements de santé.

§.2 Les multiples conditions de la représentation

L'implication des représentants des usagers dans des pratiques participatives suppose la combinaison de plusieurs facteurs pour réunir les conditions de réussite de cette participation. En premier lieu, la disponibilité des représentants est essentielle. Ils doivent être en mesure de consacrer du temps à leurs responsabilités de représentation, ce qui peut poser des défis en termes de conciliation de leurs engagements associatifs avec d'autres obligations professionnelles. De plus, il est important d'accorder une valeur juridique au travail bénévole, ce qui permettrait de valoriser l'activité de la représentation et améliorer son attractivité en vue d'assurer une meilleure implication des citoyens dans ces formes de gouvernance participative **(A).** En outre, il est essentiel de mettre en place une formation adaptée pour préparer les représentants des usagers à remplir efficacement leur rôle et à assurer leurs responsabilités **(B).**

A. Une disponibilité et une attractivité essentielles

Pour les représentants des usagers actifs, qu'ils soient salariés ou travailleurs indépendants, des dispositions spécifiques sont essentielles afin de leur permettre d'organiser efficacement leurs activités professionnelles et représentatives. Cela implique la mise en place de mesures telles que des aménagements de travail ou des congés spécifiques **(1)**. Par ailleurs, il est primordial de reconnaître le travail bénévole et d'offrir des opportunités de développement de carrière liées à l'implication dans les pratiques participatives **(2).**

1. Des autorisations d'absence et des aménagements pour les personnes actives

Afin de permettre aux représentants des usagers qui exercent une activité salariale de pouvoir se consacrer pleinement à l'exercice de la représentativité dans les instances de santé publique ou hospitalières, le droit algérien doit établir la possibilité de les faire bénéficier de congés spéciaux, rémunérés qu'on pourrait désigner de congés pour engagement associatif. Sans nécessairement mettre en place un régime juridique distinct pour ces formes de travail bénévole, un concept sur lequel nous reviendrons dans la suite de nos développements, la législation algérienne devrait les reconnaître, les encadrer et fournir un accompagnement approprié aux fonctionnaires ou salariés qui souhaitent exercer ces fonctions pour une durée déterminée.

En effet, « *la véritable liberté du travail est celle qui permet au travailleur de passer d'une forme de travail à une autre, sans que ce changement implique des bouleversements statutaires* »[1380]. Ainsi, il est essentiel que le code du travail[1381] et le statut général de la fonction publique[1382] algériens veillent à ce que les périodes de travail bénévole ne soient pas trop pénalisantes d'un point de vue statutaire. Une solution serait de considérer partiellement ces périodes de travail non rémunéré comme du temps de travail effectif, afin de maintenir certains droits liés à la relation de travail. Il conviendrait donc de mettre en place des congés spécifiques, destinés aux travailleurs investis de responsabilités associatives, et qui pourraient être demandés par les salariés désignés pour représenter leur association au sein d'instances où celle-ci est impliquée. Ainsi, ces mesures contribueraient à « compenser » la cessation temporaire de l'activité rémunérée et permettraient une meilleure conciliation entre engagement bénévole et emploi salarié.

Cependant, la législation en Algérie reste réticente à l'égard de ces droits. Le statut général de la fonction publique dispose clairement qu'aucune rémunération ne peut être accordée aux

[1380] GARDES, Delphine, « Le travail gratuit : quelle reconnaissance par le droit du travail ? », *Empan*, vol 115, n°3, 2019, pp 77-82.

[1381] La loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail complétée et modifiée, JORA n°17 du 24/4/1990.

[1382] L'Ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, JORA n°46 du 16/7/2006.

fonctionnaires pour les périodes non travaillées[1383]. Toute absence non justifiée entraîne une retenue sur la rémunération, proportionnelle à la durée de l'absence, sans préjudice de mesures disciplinaires prévues par le même texte[1384]. De même, les autorisations d'absence sans perte de rémunération accordées aux fonctionnaires sont strictement encadrées par la législation algérienne. Il importe de préciser que des absences exceptionnelles sont tolérées pour les représentants syndicaux mandatés lors de missions liées à leur représentation syndicale, ou lors de participations à des congrès fédéraux, nationaux ou internationaux. De même, les fonctionnaires exerçant un mandat public sont autorisés à s'absenter pour participer aux sessions des assemblées auxquelles ils appartiennent. Cependant, aucune disposition n'est prévue pour les absences liées à une représentation associative. Par ailleurs, le code du travail algérien adopte également des principes similaires en ce qui concerne cette question[1385]. En effet, les dispositions relatives aux congés et aux absences accordées aux travailleurs ne prévoient pas de mesures spécifiques permettant aux représentants associatifs de s'absenter de leur travail rémunéré pour exercer leurs fonctions de représentation contrairement aux représentants syndicaux ou aux fonctionnaires occupant des mandats publics qui bénéficient de larges facilités en la matière.

Cette position du législateur algérien limite l'engagement actif dans la vie associative et met l'Algérie en décalage avec les normes internationales adoptées par de nombreux pays qui ont instauré des dispositifs juridiques spécifiques pour encadrer les absences des travailleurs engagés dans des activités associatives[1386]. Aussi, la mise en place d'une pratique participative dans le secteur de la santé permettant aux représentants des usagers d'exercer pleinement leurs fonctions, sans entrave professionnelle, requiert l'adoption d'un cadre juridique adéquat.

Dans cette optique, il serait possible d'élargir les dispositions législatives relatives aux représentants syndicaux et aux fonctionnaires en mandat public aux représentants des usagers. Toutefois, il semble plus pertinent de se tourner vers le modèle français, qui se distingue comme

[1383] Conformément aux dispositions de l'article 207 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006, précitée.

[1384] L'article 208 de l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 dispose que : « Le fonctionnaire peut bénéficier, sous réserve de justification préalable, d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, dans les cas suivants : ó pour suivre des études en rapport avec les activités exercées, dans la limite d'un crédit horaire n'excédant pas quatre (4) heures par semaine compatible avec les impératifs du service ou pour participer à des examens ou concours pour la durée des épreuves ; pour assurer un enseignement dans les conditions prévues par la règlementation en vigueur ; ó pour la durée des sessions des assemblées dans lesquelles il exerce un mandat public électif, s'il n'a pas été placé en position de détachement ; pour s'acquitter d'une mission liée à une représentation syndicale, ou participer aux séminaires de formation syndicale, conformément à la législation en vigueur ; pour participer à des manifestations internationales à caractère sportif ou culturel.

[1385] Conformément aux dispositions du chapitre IV de la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail complétée et modifiée, précitée.

[1386] HELY, Matthieu, et Maud SIMONET, « Introduction générale », dans, *Le travail associatif*, Presses universitaires de Paris Nanterre, 2013, pp. 9-15.

une approche prometteuse à adopter. En effet, en droit français, les personnes salariées qui représentent les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique en tant que membre d'une association agréée bénéficient d'un droit à congé de représentation prévu par le code du travail[1387]. En ce sens, toute participation des usagers à une instance spécifique, qu'elle soit consultative ou décisionnelle, telle qu'un conseil de surveillance d'un établissement ou d'une agence régionale de santé, est réglementée ou encadrée par une disposition législative ou réglementaire[1388]. L'employeur doit accorder au salarié le temps nécessaire pour participer aux réunions. La durée du congé de représentation est plafonnée à neuf jours ouvrables par an. Elle peut être fractionnée en demi-journées. Elle est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour l'ensemble des autres droits résultant pour l'intéressé de son contrat. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel payé[1389]. Le cadre législatif instaure à la charge de l'État ou de la collectivité territoriale, le principe d'une indemnité compensant, totalement ou partiellement la perte de revenu. Dans le secteur de la santé, elle incombe à l'établissement de santé public ou privé où siège le représentant[1390]. Le versement de l'indemnité est conditionné à une double attestation; l'une constatant la présence effective du salarié à la réunion, délivrée par le service responsable des convocations et l'autre délivrée par l'employeur indiquant le nombre d'heures non rémunérées en raison du congé. Le droit à indemnité des salariés est désormais étendu aux formations qu'ils suivent au titre de leur activité bénévole[1391].

Mis en place d'une manière relativement tardive, puisque son principe a été établi en 2002 et ses modalités techniques d'application n'ont été précisées que dans un arrêté datant du 9 janvier 2006[1392], le modèle adopté par le législateur français présente des avantages significatifs. Tout d'abord, il facilite la disponibilité accrue des représentants, leur permettant ainsi d'assumer leurs fonctions de manière plus effective. De plus, il garantit une représentation équilibrée de divers

[1387] Article L. 1114-3 du CSP qui renvoie à l'article L. 3142-51du code du travail.

[1388] BONNET, Xavier, et François PONCHON, « Fiche 16. La représentation des usagers », dans, *L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier*, Presses de l'EHESP, 2018, pp. 82-85.

[1389] Article L. 3142-53 du code du travail français.

[1390] Conformément aux dispositions de la circulaire n°DGS/MAU/DAGPB/SRH/BSR/2008/339 du 23 décembre 2008 relative à la mise en œuvre du congé de représentation des usagers dans les instances de santé publique, ce principe s'applique aux représentants : * à l'hôpital ou dans tout établissement de santé public ou privé, à la participation au conseil d'administration ou instance équivalente, comme aux commissions et instances de cet établissement; *aux instances consultatives régionales ou nationales et aux établissements publics nationaux prévus par le code de la santé publique. Sont ici concernées les agences nationales d'expertise et les agences régionales de santé

[1391] Article L. 1114-1 dernier alinéa issu de la Loi française n°2016-41 du 26 janvier 2016, précité

[1392] Arrêté du 9 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 19 avril 1994 fixant la liste des instances mentionnées à l'article L.225-8 du code du travail relatif au congé de représentation en faveur des associations relevant du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, JORF n° 13 du 15 janvier 2006.

groupes de population, évitant ainsi l'exclusion des personnes en activité et la surreprésentation des personnes inactives.

Néanmoins, il convient de souligner que ce dispositif présente une limite majeure qui réside dans l'exclusion des travailleurs non-salariés de son champ d'application. En effet, seuls les salariés membres d'une association peuvent bénéficier du congé de représentation contrairement aux autres catégories professionnelles qui ne rentrent pas dans le cadre du salariat telles que les travailleurs indépendants et les professions libérales et ce même s'ils sont membres d'une association. Cette exclusion engendre une inégalité sociale parmi les représentants dans la mesure où « *au sein de la catégorie des personnes actives, les conditions d'effectivité ne sont recherchées que pour les seuls salariés, causant de manière inéluctable une sous présence des professions indépendantes par leur non implication ou par l'absentéisme que favorise l'absence de mesure correctrice. Le danger porte donc sur une absence de diversité au sein des personnes actives alors que la diversité des profils rend leur implication essentielle* »[1393].

Dans le contexte de l'établissement d'une pratique participative dans le secteur de la santé en Algérie, il est essentiel que le législateur algérien prenne des mesures pour garantir la participation de tous les acteurs issus des diverses fonctions de l'économie. Une recommandation clé serait de mettre en place un dispositif normatif qui reconnaît et encadre les autorisations d'absence pour les personnes exerçant des professions libérales, afin qu'elles puissent pleinement participer à la représentation au sein des instances de santé publique et hospitalières. Il convient de souligner que le mouvement associatif agréé dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades connaît un fort engouement en Algérie de la part des personnes exerçant des professions réglementées telles que les pharmaciens d'officines, les médecins libéraux et les psychologues libéraux. Ces professionnels sont soumis à des obligations spécifiques, telles que la participation aux gardes et des contraintes strictes concernant les remplacements. Par conséquent, plutôt que de viser une compensation financière ou une perte de revenu, il serait envisageable d'envisager cette norme sous l'angle de l'assouplissement des mesures de remplacement ou même de la dispense de certaines obligations, afin de concilier les activités associatives liées à la participation à la nouvelle gouvernance du système de santé avec les obligations professionnelles de cette catégorie professionnelle.

2. La reconnaissance d'un statut juridique du travail bénévole

Le travail bénévole englobe toutes les activités de travail qui se caractérisent par leur absence de but lucratif. Différents termes, synonymes ou similaires, sont utilisés pour désigner ces formes

[1393] GIRER, Marion, et Guillaume ROUSSET, « Chapitre 9. Droits collectifs et participation des usagers », précité.

de travail non rémunéré[1394]. De manière plus précise, le travail « bénévole » présente certaines caractéristiques particulières. Tout d'abord, il se distingue par l'absence de rémunération sans que cela ne signifie nécessairement l'absence de contreparties. En effet, il est important de souligner que le travail bénévole peut parfois être accompagné de certaines compensations, telles que la perception d'une indemnité ou l'accès à certains droits et statuts juridiques[1395]. Cependant, ces éléments ne remettent pas en cause la nature gratuite et désintéressée de cette activité. En effet, le travail bénévole ne vise pas à générer un revenu ou à s'enrichir, contrairement à une activité professionnelle rémunérée, mais il ne conduit pas non plus nécessairement à une diminution des ressources financières du bénévole. Il doit aussi permettre d'accomplir son activité « dans des conditions de vie décentes »[1396]. Pour préserver le caractère gratuit du travail, Il est primordial de veiller à ce que les éventuelles compensations ne soient pas perçues comme une rémunération au sens traditionnel, telle que déterminée sur le marché du travail. En effet, le caractère non rémunéré de cette activité et sa capacité à s'inscrire dans une relation de travail non monétaire doivent être la principale motivation du bénévole. L'absence de rémunération en échange du travail accompli doit être acceptée, voire recherchée, par lui dans la mesure où c'est cette absence de rémunération qui préserve la nature gratuite et désintéressée de son engagement[1397].

Par ailleurs, la finalité pour laquelle le travail bénévole est réalisé revêt une importance capitale. Le motif qui guide l'engagement dans cette activité doit être autre que l'accès à une rémunération. Il peut s'agir du désir d'intégration sociale, du sentiment d'utilité ou de reconnaissance, ou encore de la création de liens sociaux. De plus, ce travail doit être exercé dans des conditions qui ne relèvent ni du travail salarié, ni du travail indépendant. Car « *en telle hypothèse, le travail, bien que non rémunéré, bascule dans le champ du travail salarié ou indépendant*»[1398].

Appréhendé ainsi, l'expression de travail bénévole permet notamment de désigner des activités accomplies dans la sphère associative, telles que la représentation des usagers dans les instances de santé publique et hospitalières. Dans notre ambition de voir le droit du travail algérien,

[1394] La doctrine utilise d'une manière égale plusieurs vocables « travail non rémunéré, travail désintéressé, travail non marchand ou encore travail solidaire », GARDES, Delphine, « Le bénévolat, un « véritable » travail ? Aspects juridiques », *Empan*, vol 74, n° 2, 2009, pp 136-140.

[1395] BOULMIER, Daniel, « Bénévolat et salariat : statuts et protection sociale», *Revue juridique de l'Ouest*, n°4, 2005, pp 419-447.

[1396] SALMI, Fatiha, « Le travail bénévole et ses exigences légales», *Revue du chercheur en Sciences Humaines et Sociales*, vol 12, n° 1, 2021, pp 186-209, (article en Arabe).

[1397] GARDES, Delphine, « Le bénévolat, un « véritable » travail ? Aspects juridiques », précité.

[1398] GUICHAOUA, Hervé, « La frontière entre l'activité professionnelle et le bénévolat », *Le droit ouvrier*, n° 777, 2013, pp 229-239.

à l'image des législations observées dans de nombreux autres pays, accorder, ponctuellement, la possibilité pour les travailleurs salariés de s'engager temporairement dans un travail désintéressé en dehors de toute relation marchande, pendant leur temps d'activité professionnelle, nous aspirons, également, à ce qu'il reconnaisse le travail gratuit effectué par des personnes inactives. Il faut rappeler, en ce sens, que, cette catégorie de travail tend progressivement à être imprégné par le cadre juridique offert par le droit du travail, car il permet parfois d'accéder à des droits comparables, voire identiques, à ceux des salariés, même si le droit du travail ne leur est pas applicable[1399]. Dans le droit français, par exemple, on observe de nombreux éléments empruntés au travail salarié pour encadrer le travail volontaire, et ce, dans différents domaines. Tout d'abord, comme pour tout travail, il existe un âge minimum requis pour exercer cette activité. Ensuite, une formation ou une phase de préparation aux missions peut être assurée au volontaire avant le début de son engagement, ce qui confirme que cette forme de travail nécessite des compétences spécifiques. Le législateur accorde également une attention particulière aux conditions matérielles de vie du volontaire. Bien qu'il ne soit pas question d'une rémunération minimale, différentes lois évoquent la possibilité de percevoir une indemnité ou de recevoir des prestations nécessaires au transport[1400]. Ainsi, ce n'est pas l'exercice d'un travail gratuit en soi qui génère des droits, mais plutôt la dimension qu'il acquiert préalablement en étant assimilé par le droit du travail à un travail salarié, qui lui, est naturellement assorti de droits.

Cependant, il est important de ne pas se méprendre sur cette forme de reconnaissance qui existe en droit français, car le droit du travail refuse toujours de considérer le bénévolat ou le volontariat comme un "travail" à part entière et lui préfère « *le terme juridiquement neutre d'activité ou celui, encore plus flou, d'engagement citoyen*» [1401]. Cette mise à l'écart peut signifier une absence de contraintes, mais également une absence totale de protections et une stigmatisation entraînant des difficultés certaines dans l'exercice concret du travail bénévole. En effet, le *distinguo* entre formes de travail rémunéré et activités gratuites en les désignant par un mot différent sous-entend que ces activités humaines ne sont pas hissées au même rang. Ceci peut expliquer le sentiment de manque de reconnaissance que peuvent ressentir les travailleurs bénévoles et leur désintéressement pour cette catégorie d'activité. Aussi, la reconnaissance juridique, par le droit algérien, du travail bénévole accompli, notamment, dans le cadre de la représentation des usagers dans les instances de santé publique et hospitalières est une étape nécessaire pour renforcer

[1399] GARDES, Delphine, « Le travail gratuit : quelle reconnaissance par le droit du travail ? », précité.

[1400] En France, diverses instances publiques d'expertise ont instauré des dispositifs propres de remboursement des frais de déplacement. BIOSSE-DUPLAN, Alexandre, *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé,* précité.

[1401] GARDES, Delphine, « Le travail gratuit : quelle reconnaissance par le droit du travail ? », précité.

l'attractivité de ces activités, pour reprendre à notre tour un terme juridique neutre. Elle permettra également de renforcer l'intéressement aux différentes formes de cette représentation, en attendant l'adoption de mesures qui vont aller dans le sens de sa professionnalisation, une démarche qui offrirait la possibilité aux représentants des usagers de faire valoir leurs années de représentation afin d'obtenir une validation des acquis d'expérience.

B. Une formation et une efficacité indispensables

La participation aux instances de gouvernance et aux processus de concertation publique requiert des compétences spécialisées et une expertise fondamentale dans des domaines variés. Or, lorsque ces compétences ne sont pas acquises initialement par le biais des expériences personnelles et professionnelles des représentants des patients, il est important de les compenser par des actions de formation obligatoires **(1)** dont les acteurs et les contenus doivent être préalablement identifiés **(2).**

1. Instaurer une obligation de formation

La mise en place d'une formation adéquate destinée aux représentants des usagers doit être une des priorités du législateur algérien afin de favoriser la consécration effective de la pratique participative dans le secteur de la santé. En effet, cette formation revêt un caractère essentiel à plus d'un titre. Dans un contexte général[1402], elle permet aux représentants des usagers d'acquérir des connaissances approfondies et des compétences spécifiques en matière des droits des patients, des processus décisionnels, des enjeux, et des mécanismes de fonctionnement du système de santé. Ainsi, ils sont mieux préparés à jouer un rôle actif dans les prises de décision et à représenter les intérêts des usagers de manière éclairée. Par ailleurs, elle leur offre des compétences en communication, en négociation et en gestion de conflits, essentielles pour interagir avec les autres acteurs du système de santé. La formation permet également d'acquérir une sensibilisation aux enjeux de la diversité et de l'inclusion, afin de garantir une représentation équitable de toutes les populations. En Algérie, la nécessité de cette formation est d'autant plus prononcée en raison de l'expérience limitée et du manque de professionnalisme du mouvement associatif[1403], ainsi que de la complexité et la lourdeur du cadre législatif et réglementaire qui régit les établissements de santé. Ces facteurs exacerbent les difficultés rencontrées par les représentants des usagers pour naviguer dans un paysage juridique et institutionnel aussi complexe.

[1402] GIRER, Marion, et Guillaume ROUSSET, « Chapitre 9. Droits collectifs et participation des usagers », précité.

[1403] MIHOUBI, Noureddine, «Transformation du mouvement associatif en Algérie depuis 1989: les voies de la professionnalisation », précité.

En ce sens, cette formation devra être érigée par le législateur algérien en tant que condition légale pour l'exercice de la représentation dans le système de santé plutôt que d'être consacrée comme un droit. En réalité, le système juridique algérien a récemment conforté cette approche en considérant, dans la réforme de la loi sur l'exercice syndicale de 2023[1404], que la formation syndicale était une condition préalable à l'élection des délégués syndicaux[1405]. Cette position novatrice adoptée par le législateur algérien[1406] témoigne de sa prise de conscience récente quant à l'importance de la formation pour les représentants des intérêts, largement portée par la doctrine[1407]. Il convient de rappeler, dans ce cadre, que les délégués syndicaux, en tant que représentants des salariés et du syndicat, jouent un rôle de médiation vis-à-vis de l'employeur et sont souvent amenés à transmettre ses propositions. Ils occupent ainsi une position d'intermédiaire au sein de la relation salariés-syndicat-employeur, ce qui rapproche considérablement leurs pratiques de l'exercice de la représentation des usagers des services publics[1408]. Cela permet, par conséquent, de transposer cette norme juridique dans le dispositif normatif qui sera consacré en matière de formation des représentants des usagers.

Par ailleurs, il importe de souligner que la position du législateur français a également connu une évolution significative sur cette question. Dans son ancienne version, le texte législatif de référence se limitait à établir le droit à la formation. Cependant, dans sa nouvelle rédaction[1409], le législateur a adopté une approche plus ambitieuse en confirmant le droit à la formation pour l'ensemble des représentants des patients dans les instances de démocratie sanitaire et en l'érigeant en obligation pour les représentants nouvellement nommés à partir du 1er juillet 2016.

D'autre part et dans un souci d'institutionnalisation, cette formation sera adressée uniquement aux membres, issus des différentes associations agréées, appelés à siéger dans les divers organismes de concertation nationale, régionale et locale et dans les différentes instances hospitalières, ce qui

[1404] Loi n° 23-02 du 25 avril 2023 relative à l'exercice du droit syndical, JORA n°29 du 2/5/2023.

[1405] Conformément à l'article 101 de la loi n° 23-02 relative à l'exercice du droit syndical précitée qui dispose que : « Le délégué syndical doit remplir les conditions suivantes : (….)*justifier d'une formation syndicale et/ou d'une formation dans le domaine du droit du travail (….) ».

[1406] Selon la loi n° 90-14 du 2 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical modifiée et complétée (JORA n° 23 du 6/6/1990), les conditions de candidature à l'élection de délégué syndical sont limitées uniquement aux critères d'âge, d'ancienneté et de jouissance des droits civils et civiques.

[1407] ZAAMOUCHE, Fouzia, « L'importance de la formation dans la promotion de la pratique syndicale en Algérie », *Revue des sciences humaines*, vol 24, n°1, 2018, pp 169-182, (article en Arabe).

[1408] OFFERLE, Michel, « Associations, groupes d'intérêts, mouvements sociaux : mêmes concepts ? Même combat ?», dans, *Syndicats et associations : Concurrence ou complémentarité ?*, Presses universitaires de Rennes, 2006, pp 459-468.

[1409] Nouvel article L. 1114-1 du CSP, ses 3 derniers alinéas, issus de la loi n°2016-41 du26 janvier 2016, précité.

constituera, d'ailleurs, un facteur d'incitation pour les demandes d'agrément. Elle donnera droit à une période de congé au cours de laquelle ces représentants participeront à un apprentissage défini comme généraliste dont le contenu vise à acquérir des connaissances et des compétences permettant de comprendre l'organisation, le fonctionnement et le financement du système de santé, la bonne expression des attentes et besoins des usagers et l'apprentissage du travail en réseau. Des sessions de formation complémentaires et actualisées doivent, également, être régulièrement organisées pour aborder des thèmes spécifiques en cas de nouvelles préoccupations majeures ou de normes juridiques émergentes[1410]. Cependant, il est essentiel de limiter la durée de la formation à des périodes relativement courtes, ne dépassant pas un maximum de 15 jours ouvrables par an. Ces périodes peuvent s'étendre, entre les différents modules, à un délai maximal de deux mois, et ce afin de préserver chez les représentants des usagers leurs visions profanes, leur compréhension intuitive et leur sensibilité aux préoccupations quotidiennes des patients. En effet, une formation excessive en termes de durée et de technicité risquerait de les éloigner de cette perspective profane et de les immerger dans une expertise spécialisée. Ces enseignements doivent, au contraire leur permettre de devenir un usager éclairé dont le savoir expérientiel pourra compléter le savoir scientifique[1411].

En outre, il est essentiel que cette formation soit accompagnée d'une indemnité visant à couvrir les frais engendrés par celle-ci. Les modalités et les montants de cette indemnité devront être déterminés en concertation entre les services du ministère des finances et du ministère de la santé. Ils seront alloués, sous forme de subventions, aux associations dont les représentants auront suivi la formation, et il incombera à chacune d'entre elle de les verser à ses membres bénéficiaires. Par ailleurs, il y a lieu de considérer le congé de formation comme une période de travail effectif, avec maintien de la rémunération à la charge de l'employeur. La demande de congé pour formation doit être formulée par les associations agrées auprès des organismes employeurs dans des délais administratifs raisonnables avant le début de chaque session de formation. Elle doit mentionner les noms et prénoms des représentants concernés ainsi que la date et la durée de l'absence sollicitée. À l'issue de la session de formation, il sera exigé de l'organisme l'ayant dispensé de délivrer aux participants une attestation de formation afin de leur permettre de valider leur candidature lors de leur proposition de nomination aux au sein des instances de santé publique et hospitalières, ainsi qu'auprès de leur employeur lors de la reprise du travail.

[1410] Les exemples sont nombreux d'autant plus que les textes d'application de la loi de santé en cours d'adoptions vont introduire de nouvelles normes : nouveaux statuts des établissements de santé, nouvelle structuration du système de santé, la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, le médecin référent….etc.

[1411] CARTRON, Emmanuelle, Sandrine LEFEBVRE, et Ljiljana JOVIC, « Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, vol 144, n°1, 2021, pp. 76-86.

Enfin, il est impératif d'harmoniser les conditions d'accès et de délivrance de ces formations ainsi que leur contenu en élaborant des cahiers des charges qui se rapprocheraient de la nouvelle procédure prévue dans le droit français par l'arrêté du 8 juillet 2021[1412]. Il y va sans dire que ces modalités doivent faire l'objet d'accords conjoints entre les associations agréées dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades, ainsi que le ministère de la santé.

2. Contenu, acteurs impliqués et approches pédagogiques

La formation destinée aux représentants des usagers du système de santé est une formation généraliste, de base qui doit couvrir un large éventail de sujets essentiels pour l'exercice de leurs rôles. Outre les objectifs que nous avons précédemment cités relatifs à la compréhension de l'organisation du système de santé et à l'initiation aux droits des patients, plusieurs autres objectifs devront être assignés à cette formation.

Le premier objectif consiste à faciliter la rencontre et la connaissance mutuelle entre les participants afin de leur permettre de former un groupe qui se constitue une identité ; celle de profanes qui veulent apprendre pour assumer une mission qui leur est confiée et qu'ils veulent mener jusqu'à son terme. Ce point est tout à fait capital, c'est pour cela que la formation doit être dispensée par petits groupes issues de diverses associations agréées du système de santé, afin de favoriser la mixité et l'échange inter associatif, sur les différents champs de compétences dans lesquels elles sont investies. Il est évident, rétrospectivement, que la chaleur de cette expérience contribuera à renforcer la solidarité et la cohésion du groupe[1413] et à façonner une vision globale qui transcende les intérêts individuels des associations. Ainsi, les représentants des usagers pourront pleinement défendre les enjeux de l'ensemble du mouvement associatif, au-delà de leur propre association.

Le deuxième objectif de la formation est d'accompagner ces représentants des usagers dans l'acquisition d'un socle de connaissances et de compétences spécifiques. Il est primordial qu'ils maîtrisent les outils de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients[1414], ainsi que les méthodes d'analyse des plaintes et réclamations des usagers. Ils doivent également développer des compétences en prise de parole, afin de s'affirmer en tant que représentants des usagers dans toutes les instances où ils sont appelés à siéger. De plus, il est essentiel que ces représentants comprennent

[1412] Arrêté du 8 juillet 2021 fixant le cahier des charges de la formation de base des représentants d'usagers, JORF n°0166 du 20 juillet 2021.

[1413] MARC, Edmond, « Se former en groupe, dans, *Éduquer et Former. Connaissances et débats en Éducation et Formation.* Éditions Sciences Humaines, 2016, pp. 85-95.

[1414] BERTILLOT, Hugo, « Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital ? Analyse sociotechnique d'une discrète quantification », *Revue Française de Socio-Économie*, vol 19, n° 2, 2017, pp. 131-152.

et puissent aborder de manière appropriée les grands principes de la bioéthique et les enjeux éthiques auxquels ils pourront être confrontés. Ils doivent également être familiarisés avec les fondamentaux de la gestion participative, notamment en ce qui concerne les principes, les valeurs et les droits qui y sont associés. Enfin, la formation doit leur permettre de développer les compétences nécessaires à l'élaboration de projets des usagers et de rapports d'activité. Il est également crucial qu'ils apprennent à travailler en réseau, en utilisant efficacement les outils numériques et en s'adaptant aux nouvelles pratiques de collaboration.

Toutefois, cette démarche ambitieuse pose des questions difficiles quant à la nature et à la méthode d'enseignement à adopter. En effet, il n'est pas question de former des experts spécialisés pendant une durée limitée, mais plutôt de parvenir à former des citoyens en mesure d'appréhender pertinemment les questions corrélées à leurs rôles de représentants d'usagers. Ainsi, la formation devra être structurée autour de modules théoriques et pratiques adaptés aux profils variés des participants en tenant compte de leurs connaissances préalables et de leurs compétences acquises; une approche qui n'est pas sans rappeler celle retenue au *National Institute for Clinical Excellence* anglais[1415] ou à la *Food and Drug Administration* américaine[1416].

Ainsi, cette formation sera caractérisée par un volet académique qui privilégie l'acquisition de connaissances générales en tant que prérequis ainsi que par des méthodes pédagogiques innovantes qui mettent l'accent sur la construction du savoir par le questionnement même de ceux auxquels il s'adresse. Ces méthodes participatives et actives seront spécifiquement conçues pour encourager les discussions autour de cas concrets et les échanges d'expériences, en complément des apports théoriques. Idéalement, les sessions de formation se dérouleront en présentiel, mais des modules d'apprentissage à distance, utilisant des outils numériques, pourront être proposés en complément, avant ou après la formation principale.

La question de la transparence de cette formation devra également être étudiée. En effet, il est possible que des doutes surgissent quant à la manière dont les enseignements pourraient influencer les opinions des représentants des usagers. Ainsi, pour assurer un maximum de neutralité et de transparence à l'ensemble de cette démarche, l'organisation de la formation doit être confiée, à notre sens, à des personnes issues du milieu académique. Ce choix ne manquera pas, certainement,

[1415] Afin d'optimiser la contribution des associations de patients à ses travaux, le NICE leur fournit une formation à ses méthodes de travail, du soutien et de l'information. Il assure la formation des nouveaux représentants associatifs et personnes profanes sur l'institution et ses méthodes de travail, ainsi que celle des représentants expérimentés par des sessions de mise à jour des connaissances. MASON, Anne, et Peter C. SMITH, « Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2006, pp. 265-284.

[1416] Le programme d'implication des patients et usagers mis en place par la FDA, le patient representative program propose différentes formations et mises à niveau sur les politiques, procédures et cadre juridique. Les trainings and support prennent la forme de téléconférences, webinaires, ateliers annuels dédiés aux représentants ainsi que du soutien individuel ponctuel. BADEY, Frédéric, « La FDA, une centenaire sémillante », *Les Tribunes de la santé*, vol 19, n° 2, 2008, pp. 83-89.

d'être critiqué d'autant plus que dans certaines expériences similaires, l'enjeu clef de la formation a été confié au secteur associatif. Un exemple pertinent est celui du législateur français qui a chargé les associations agréées d'assurer le rôle de formateur[1417]. Si cette position révèle une avancée de la démocratie sanitaire en France, elle ne manquera pas d'interroger dans le contexte algérien la qualité de la formation qui sera dispensée par les associations eu égard au manque d'expérience, de moyens et de professionnalisme du mouvement associatif, largement démontré dans nos précédents développements.

Dans cette optique, l'École Nationale de Management et de l'Administration de la Santé[1418] pourrait être un choix propice pour entreprendre cette formation, et ce, pour plusieurs raisons. En effet, cet établissement dispose d'une expertise avérée dans les domaines de la gestion et du management des établissements et des structures de santé, offrant une formation spécialisée dans ces disciplines. Il bénéficie d'une vaste expérience en matière de perfectionnement, de recyclage et de formation continue dispensés tant en présentiel qu'à distance, au profit de l'ensemble des professionnels de la santé. Par ailleurs, en raison de son statut, cet établissement est habilité à assurer des formations, des études et des expertises pour d'autres acteurs, ce qui permettrait d'impliquer les associations agréées dans ces actions. L'école entretient également des relations d'échange et de coopération avec des organismes nationaux et étrangers œuvrant dans le même domaine d'activité, ce qui lui permettrait de tirer parti des expériences étrangères, notamment françaises, en matière de gestion participative. Elle pourrait également organiser l'encadrement de formateurs au profit des associations algériennes, afin de les préparer éventuellement à prendre en charge la formation de leurs propres représentants à l'avenir.

Enfin, il est primordial de prévoir une évaluation de cette formation, tant du côté des représentants des usagers formés que des associations. Les représentants des usagers devraient être invités à participer à une autoévaluation à la fin de leur formation afin de mesurer le degré d'acquisition des connaissances et des compétences, ainsi que la qualité des enseignements reçus. Parallèlement, les associations devraient inclure dans leurs rapports annuels plusieurs indicateurs relatifs à la formation des représentants d'usagers, tels que le nombre de participants formés chaque année, le taux de participation aux sessions de formation et le taux de satisfaction basé sur les évaluations individuelles des participants. Cette évaluation globale permettra de mesurer l'efficacité

[1417] L'article L1114-1 du CSP français dispose dans son alinéa II que : « *Les représentants des usagers dans les instances mentionnées au I suivent une formation de base délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées au titre du même I ».*

[1418] Créée par décret exécutif n° 89-11 du 07 février 1989, (JORF n°6 du 8/2/1989), modifié et complété par le décret exécutif n°04-73 du 04 mars 2004 portant réaménagement de son statut particulier (JORF n°13 du 7/4/2004), l'Ecole Nationale de Santé Publique prend la dénomination de l'Ecole Nationale de Management et de l'administration de la Santé, en abréviation « ENMAS» par le décret exécutif n° 09-162 du 2 Mai 2009 (JORF n°28 du 10/5/2009). Elle est placée sous tutelle du ministère chargé de la santé.

de la formation et de prendre en compte les retours d'expérience afin d'améliorer continuellement le programme de formation et de garantir sa pertinence et son impact positif.

Conclusion du deuxième chapitre

Il est indéniable de constater que la pratique participative, qui s'est implantée dans le paysage international de la santé ces dernières années, est devenue un choix incontournable. Elle constitue un levier d'amélioration de la qualité du système de santé et un moyen de renforcer la légitimité de la décision sanitaire publique. Opter pour cet outil juridique pour gérer les conflits qui peuvent opposer le malade aux établissements de santé en Algérie est à notre sens un choix nécessaire, mais pas pour autant aisé pour diverses raisons.

D'une part, c'est un domaine en pleine mutation. En effet, sur le plan législatif et réglementaire, la place des usagers, des patients ou des citoyens est en évolution constante aussi bien en droit algérien qu'en droit international, nécessitant d'ajuster régulièrement le droit de la santé à des pratiques qui se constituent continuellement. Cette adaptation concerne, non seulement, les droits collectifs devant être consacré dans la nouvelle loi de santé, mais également de nombreux autres aspects clés qui sont corrélés à ces droits tel que le statut du représentant de l'usager ainsi que la nécessité de sa professionnalisation, la participation aux différentes instances et la préservation de l'indépendance de l'expertise. Tant de sujets qui se doivent d'être mieux compris, et explicités sur le plan juridique.

D'autre part, la coordination entre la représentation par le tissu associatif et les autres formes de représentation du système de santé, tels que les élus, représentants des professionnels de santé et partenaires sociaux, constitue un autre défi majeur compte tenu des jeux d'influence et des rapports de pouvoirs et contre-pouvoirs qui vont accompagner cette participation. Il serait intéressant de réaliser des études, y compris des analyses comparatives au niveau international, pour comprendre comment cette nouvelle entité sera acceptée et s'il existe des spécificités propres à l'Algérie sur cette question. Cette démarche permettrait de déterminer les modalités d'intégration de cet acteur émergent et d'identifier les enjeux spécifiques liés à sa représentation au sein du système de santé.

Enfin, la dernière difficulté qui mérite d'être soulignée concerne l'impact des nouvelles technologies sur la dimension de la pratique participative. Les avancées technologiques ouvrent de nouvelles opportunités pour renforcer la participation citoyenne, mais elles posent également des défis quant à la régulation des informations et des plateformes numériques. Cela nécessite une attention particulière, car la transition démocratique ne peut être analysée séparément de la transition technologique.

Conclusion du premier titre

Parce que l'expérience de la maladie est totale, elle est également collective[1419]. Elle questionne les rapports de la personne malade aux instances, aux systèmes sanitaires et aux politiques publiques. Aussi, le patient dans sa dimension collective est un acteur qui réunit diverses expériences et peut porter des plaidoyers. Son expertise est plurielle et transformatrice, elle permet de montrer aussi bien les effets indésirables de traitements médicaux que les incohérences d'un parcours de soin. Aujourd'hui, l'apport de ce nouvel acteur en faveur de la construction d'un système de santé, transparent, efficace et plus légitime n'est plus à démonter notamment dans le climat de défiance et de crise qui caractérise la sphère publique. En effet, la reconnaissance des droits collectifs des malades au sein du système de santé, avec la création de lieux où leurs paroles peuvent être entendues et transformées en solutions, constitue un outil efficace pour défendre les droits individuels de ces patients et résoudre les conflits.

La rénovation du dispositif de la pratique participative dans le secteur de la santé en Algérie, et plus particulièrement au sein de l'institution hospitalière, va permettre de développer, en plus de la traditionnelle participation dans les organes de gouvernance, un nouvel outil dédié à l'écoute, à l'expression de doléances des patients et à l'émergence d'une parole réparatrice. En effet, la commission de relation avec les usagers, créée à l'occasion de cette rénovation va, progressivement, trouver sa place dans les institutions sanitaires pour devenir un espace où seront abordés les thèmes de la plainte, celui de l'insatisfaction du patient ou encore ceux des conflits liés à sa prise en charge. Il est aujourd'hui primordial que patients, usagers et professionnels de la santé puissent pouvoir réparer sereinement ces difficultés en rétablissant la communication et l'accord sans avoir à passer par un dispositif judiciaire dont les résultats peuvent se révéler parfois insatisfaisants, voire préjudiciables pour les deux parties. L'institutionnalisation de la commission des usagers permettra d'examiner les réclamations des patients en temps opportun, afin d'éviter qu'elles ne dégénèrent en litiges nécessitant une résolution judiciaire. Bien que cette démarche préventive n'ait pas vocation à enrayer définitivement les conflits ou à supplanter la voie juridictionnelle pour les traiter, elle pourrait efficacement constituer un complément à celle-ci, notamment si elle est associée à un mécanisme de règlement amiable des conflits, sujet que nous développerons dans notre prochain titre.

[1419] SERGENT, Lucile, « 3. La participation, un enjeu politique », précité.

Titre 2- Le règlement amiable des conflits en matière médicale: une nouvelle forme de justice

Depuis plus de deux décennies, sous l'acronyme MARC, des alternatives au règlement juridictionnel des conflits se sont développées à travers le monde. Ces modes de résolution amiable, dont l'origine remonte au courant de pensée américain de l'*Alternative Dispute Resolution*, ont réussi à imposer leur hégémonie dans plusieurs pays, adoptant des appellations diverses et une panoplie plus ou moins exhaustive. Présentés par la doctrine comme des instruments de paix sociale, ils promeuvent l'idée selon laquelle une communauté peut gérer un conflit sans ouvrir de procès. Aujourd'hui, ils n'ont plus à prouver leur légitimité face au prétoire, qui se voit progressivement substitué par ces méthodes dans la résolution des conflits.

En droit positif algérien, ils ont été institués pour régler les litiges s'élevant dans plusieurs domaines, chaque texte leur délimitant des contours spécifiques. Cependant, de manière paradoxale, ces mécanismes ne trouvent pas d'application en matière médicale, alors que les différends sont de plus en plus nombreux et le contentieux croissant, marqué par des angoisses, des douleurs et des récriminations. La création d'une procédure de règlement amiable des conflits qui opposent les patients aux établissements de santé ouvrirait la voie à un authentique processus de déjudiciarisation de ce contentieux en favoriserait une résolution rapide et moins douloureuse qu'un procès, permettant ainsi de préserver la relation de soins. Bien qu'inspiré du droit français, la nouvelle procédure, que nous ambitionnons de créer en droit algérien, sera subsidiairement différente. Fondé sur une démarche de médiation, elle sera conceptualisée et élaborée dans un cadre conforme à l'ordonnancement juridique actuel du droit algérien afin d'assurer son efficacité et sa pertinence dans le contexte local. Aussi, malgré une application inégale dans le traitement des conflits, les formes et pratiques de médiation déjà existantes dans la législation algérienne seront d'un apport significatif pour consolider un véritable dispositif de médiation en santé permettant le règlement amiable des conflits médicaux et offrant une forme de justice apaisée **(*chapitre I*).**

Assurément l'institution d'un tel mécanisme nécessitera impérativement d'identifier les organismes qui seront investis de cette mission de médiation et de préciser les critères de compétence qui conditionneront son ouverture. Cela requiert également, afin de garantir son efficacité et son bon fonctionnement, la mise en place d'un encadrement juridique rigoureux, notamment à travers la délimitation des contours juridiques du statut du médiateur en santé. Toutefois, il est tout aussi important que ce cadre puisse préserver la souplesse inhérente à ce mécanisme, qui constitue son essence même et son principal trait distinctif **(*chapitre II*).**

Chapitre 1 – Le règlement amiable des conflits en matière médicale en droit algérien: un dispositif spécifique inexistant

L'institution en droit algérien, d'un dispositif spécifique consacré au règlement amiable des conflits médicaux, indépendant des voies contentieuses traditionnelles, représente un impératif indéniable, dont les avantages pour les parties en litiges ne sauraient être contestés. Ce dispositif est d'autant plus nécessaire en raison des particularités du contentieux médical qui requiert des procédures permettant de préserver la relation de confiance qui caractérise la relation de soins, plutôt que de se limiter à l'établissement de la responsabilité des parties en litige. En effet, la complexité de cette entreprise nécessite une procédure qui mobilise plusieurs facettes et dont le potentiel ne se limite pas seulement à l'évitement de la voie judiciaire, mais permet également la création et la recréation du lien social, contribuant par là même à la préservation de la relation de soins. La médiation, en tant que mode de résolution amiable, semble être la réponse appropriée à la conflictualité qui prévaut dans le secteur de la santé dans la mesure où elle « *apporte l'hormone de confiance permettant la relation et la résilience sociales* »[1420]. Le modèle que nous envisageons d'introduire en droit algérien vise la résolution amiable des situations jugées insatisfaisantes par les patients, couvrant aussi bien l'ensemble des litiges relatifs aux droits des malades et des usagers du système de santé que certains accidents médicaux. Notre démarche aurait dû, idéalement, être complétée par une procédure d'indemnisation amiable des accidents médicaux non fautifs, étant donné que la responsabilité civile ne couvre pas ce type de situations en droit algérien. Toutefois, dans l'état actuel des choses, l'instauration d'une telle procédure s'avère ardue, voire impossible **(*Section I*).**

Bien que la médiation en tant qu'outil de règlement amiable des conflits n'ait pas encore trouvé sa place dans le champ de la santé en Algérie, il est essentiel de noter que le droit algérien en offre un large éventail de formes et de pratiques, à la fois judiciaires et extrajudiciaires. Ces pratiques ne sont pas transposables au secteur de la santé par un simple changement d'adjectif, mais elles constituent des sources d'inspiration et des pistes de réflexion non négligeables pour la création d'un dispositif de médiation en santé. En examinant leur institutionnalisation ainsi que leur régime juridique, nous pouvons tirer des enseignements importants permettant de consolider un dispositif de médiation cohérent et spécifique au secteur de la santé **(*Section II*).**

[1420] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, Que sais-je ?, PUF, 8ème édition, 2020, p 76.

Section 1. La pertinence de la création d'un dispositif spécifique de règlement amiable des conflits médicaux en droit algérien

En l'état actuel du droit algérien, la voie judiciaire reste le recours privilégié pour la plupart des patients confrontés à des litiges avec les établissements publics de santé, malgré ses difficultés probatoires, son coût et ses lenteurs. Aussi, il serait pertinent de mettre en place un dispositif spécifique qui permet d'aborder différemment ces conflits en privilégiant une résolution amiable. Le dispositif que nous ambitionnons d'instaurer en droit algérien se démarquera par son caractère singulier dans la mesure où il reposera essentiellement sur une démarche de médiation, dont l'objectif principal sera de rétablir la communication entre les patients et les professionnels de la santé afin de favoriser un climat propice à la continuité des soins. Poursuivant une double mission, il vise à résoudre de manière amiable les conflits médicaux qui pourraient émerger lors d'une relation de soins, tout en facilitant la négociation d'un accord d'indemnisation à l'amiable de certains accidents médicaux survenus au cours de cette relation. Toutefois, il exclut spécifiquement une démarche d'indemnisation amiable des accidents médicaux non fautifs par la solidarité nationale. Cette limitation découle de la complexité des modifications législatives requises à cet égard ***(§1)***.

Particulièrement appropriée pour la résolution des conflits liés à l'activité de soins, notre dispositif se concentre sur la dimension humaine de la relation de soins, en respectant pleinement les principes fondamentaux de l'éthique médicale. De plus, il offre une alternative pertinente à la judiciarisation croissante de l'activité de soins, en particulier en ce qui concerne son aspect répressif prédominant dans le contexte algérien ***(§2)***.

§1. L'originalité du dispositif de règlement amiable à créer en droit algérien

La mise en place, en droit algérien, d'une procédure de règlement amiable en cas de conflit qui oppose un malade au professionnel ou à l'établissement de santé qui l'a pris en charge reposera, essentiellement, sur une démarche de médiation **(A)**. Elle devrait également pouvoir garantir une indemnisation financière, inscrite à la charge de la solidarité nationale, en cas de dommage qui trouve son origine dans un fait non fautif. Toutefois, la concrétisation de cette démarche indemnitaire se heurte actuellement à des obstacles juridiques qui rendent difficile sa mise en œuvre dans le contexte actuel **(B).**

A. Un dispositif fondé sur une démarche de médiation

La médiation est un mécanisme de règlement des conflits marqué du double sceau de la tradition et de la modernité. Le nouvel essor qu'elle a connu à partir des années soixante-dix et son

développement dans de nouveaux domaines ont participé à entretenir le flou conceptuel qui l'entoure **(1)** soulignant, ainsi, la nécessité de préciser ses caractéristiques distinctives et d'établir des critères qui permettent de la reconnaître et de la distinguer de autres modes alternatifs de règlement des conflits **(2)**.

1. La médiation : un flou terminologique persistant

La médiation est un processus ancestral que l'on retrouve dans la majorité des civilisations. Elle symbolise la préférence de nombreuses cultures et courants de pensée pour la résolution des conflits par la négociation et l'accord plutôt que par la vengeance ou le recours à la justice. Presque tous les systèmes juridiques revendiquent une connaissance ancestrale de cette pratique[1421]. Dans la culture arabo-musulmane, l'origine de la médiation, désignée sous le terme « alwassatta », remonte à la période pré-islamique où un exemple significatif de médiation est illustré dans les récits relatifs à la reconstruction de la *Kaaba*[1422].

Actuellement, ce qui se révèle particulièrement novateur, c'est à la fois la résurgence de la médiation en tant que méthode de gestion des conflits dans des domaines traditionnels tels que les relations du travail ou le commerce et son expansion vers de nouveaux secteurs tels que la consommation, la santé, et l'environnement[1423]. Néanmoins, cette multiplication de nouveaux dispositifs qui ne répondent pas strictement à la définition traditionnelle de la médiation a engendré des confusions autour de ce concept, amplifiant son caractère ambigu et la transformant en une *«notion nomade»*[1424]. Alors qu'au début des années quatre-vingt, ces confusions dans les définitions de la médiation étaient compréhensibles, la situation a évolué aujourd'hui grâce aux contributions tant des organisations de médiateurs que des chercheurs qui se sont efforcés de clarifier cette notion par rapport aux autres méthodes de gestion des conflits et d'interventions sociales[1425]. Néanmoins,

---

[1421] BONAFE-SCHMITT, Jean-Pierre, « Le renouveau de la médiation », *Les Cahiers de la Justice*, vol 3, n° 3, 2020, pp 533-545.

[1422] La Kaaba est le lieu le plus sacré de l'islam. Bâtiment pré-islamique, elle a été construite par le prophète Abraham avec une intention cultuelle qui lui conférait un caractère d'espace sacré. Vers 590, les fondations de la Kaaba furent gravement endommagées par des pluies torrentielles. Menaçant de s'effondrer, le sanctuaire dut être démoli et reconstruit par les tribus de Quraysh. Lors de cette rénovation, ces tribus en désaccord sur la pose d'une pierre rapportée du paradis par l'archange Gabriel dénommée Pierre Noire, évitèrent un conflit imminent en confiant la médiation à Mohamed ibn Abdallah qui était, âgé de 35 ans à l'époque et n'avait pas encore reçu la révélation. Il proposa de placer la Pierre Noire au centre d'une étoffe et demanda aux aînés de chaque tribu de tenir un coin pour la transporter vers son emplacement d'origine où il la replaça lui-même à sa place. Cet événement symbolise l'importance de la médiation et de la confiance envers le médiateur. SAIHI, Hadjer, « La Kaaba…Histoire et sainteté », *Revue des sciences islamiques et de la civilisation,* vol 7, n°3, pp 105-124, (article en Arabe).

[1423] BONAFE-SCHMITT, Jean-Pierre, « Le renouveau de la médiation », précité.

[1424] Ibid.

[1425] NGAN, Jules-Alain, « La médiation : concept, modèles et approches », *Sociographe*, vol 77, n°1, 2022, pp 129-138.

malgré ces efforts déployés pour clarifier ce concept, une confusion terminologique persistante subsiste, s'intensifiant à chaque fois qu'un secteur ou un domaine tente de définir sa propre médiation en fonction de ses objectifs sectoriels, qu'ils soient judiciaires, sociaux, familiaux, médicaux, commerciaux ou internationaux. Ainsi, la médiation perd son autonomie pour se conformer à la spécificité du secteur en question et revêtir une certaine singularité[1426]. Cette situation soulève incontestablement la question de l'altération de la nature de la médiation qui peut même, dans certains cas, être vidée de sa substance.

Madame Michèle Guillaume-Hofnung, dont les travaux font figure de référence en la matière, s'est très tôt préoccupée de cette question en considérant que « *la médiation n'est pas un concept flou, elle bénéficie d'une définition rigoureuse, mais pâtit d'une utilisation irréfléchie*»[1427]. « *Le recours au mot, sans respect de sa substance, nourrit un développement en trompe-l'œil. Le terme se répand, mais pas toujours la médiation. La plupart des pratiques recensées n'ont de médiation que le nom choisi par les promoteurs de systèmes de gestion des plaintes ou des réclamations par voie de conciliation plus ou moins déléguée. La présentation adoptée, secteur par secteur, ne doit pas masquer l'unité fondamentale du concept de médiation, seule capable de leur donner un sens. L'exagération de la spécificité de chaque domaine conduirait à une atomisation, à une mosaïque sans ciment conceptuel. À terme, chaque morceau tomberait* »[1428]. En outre, l'auteur considère que «*la médiation bénéficie de critères précis, rendant injuste l'accusation de flou conceptuel qui la frappe*» [1429]. En ce sens, elle l'a défini comme étant *« un processus de communication éthique reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants, dans lequel un tiers – impartial, indépendant, neutre, avec la seule autorité que lui reconnaissent les médieurs – favorise par des entretiens confidentiels l'établissement, le rétablissement du lien social, la prévention ou le règlement de la situation en cause*»[1430].

Enfin, l'auteur estime que la médiation n'est pas un « *phénomène isolé, mais associé au développement des modes non juridictionnels de règlement des conflits. Ces phénomènes se servent mutuellement de contexte et ne se comprennent pas l'un sans l'autre, même si leur télescopage crée*

[1426] A titre illustratif, la médiation judiciaire se singularise par des procédés proches de la conciliation, tandis que la médiation internationale est fréquemment perçue comme une forme de négociation mais dans les deux cas, elles portent l'appellation de médiation.

[1427] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, p 71.

[1428] Ibid, p 13.

[1429] Professeur Guillaume-Hofnung en a identifié quatre. Il s'agit tout d'abord de l'intervention d'un tiers, l'indépendance du tiers, la neutralité et l'impartialité du tiers et enfin l'absence de pouvoir institutionnel du tiers. GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, p 77.

[1430] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, p 75.

un flou terminologique si préjudiciable à la médiation qu'il nécessitera une clarification »[1431], Cela rend indéniablement nécessaire la distinction de la médiation par rapport aux autres méthodes alternatives de résolution des conflits.

2. La nécessaire distinction avec les autres modes alternatifs de règlement des conflits.

« *Il existe des interférences entre la constellation des modes non contentieux de règlement des conflits et la médiation* »[1432]. Bien que cette dernière présente des particularités distinctes qui la démarquent, la délimitation précise peut parfois s'avérer difficile en raison de certaines similitudes qui existent entre eux.

La différenciation la plus complexe qui existe entre la médiation et ces modes non contentieux de règlement des conflits se rapporte sans aucun doute à la conciliation. C'est d'ailleurs en cette matière que la littérature a été le plus abondante[1433]. La conciliation est un mode de résolution des conflits pouvant être obligatoire ou initié par les parties elles-mêmes, sous la conduite d'un tiers, qu'il soit magistrat ou non. Les fonctions du conciliateur lui permettent de soumettre des solutions aux parties et d'être actif dans ses propositions. Il doit réunir les qualités d'indépendance, de neutralité et d'impartialité, tout en ayant la possibilité de réexaminer les faits qui lui sont présentés et de vérifier les déclarations des parties. La conciliation apparaît ainsi comme un mode alternatif très proche de la médiation, bien que des différences substantielles existent entre les deux approches[1434]. La première réside dans le degré d'implication du tiers. Alors que le conciliateur joue un rôle actif en proposant une solution aux parties en litige, qu'elles peuvent accepter ou refuser, le médiateur se contente simplement de les guider afin qu'elles parviennent à trouver elles-mêmes leur propre solution[1435]. Cette distinction est cruciale et conditionne le processus utilisé, car il peut être

---

[1431] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, p 13.

[1432] Ibid, p 53.

[1433] BEN MRAD, Fathi, « Définir la médiation parmi les modes alternatifs de régulation des conflits », *Informations sociales*, vol 170, n°2, 2012, pp. 11-19. Voir aussi Évin, Claude, « Présentation », dans, *La médiation au service de la santé et du médico-social,* Presses de l'EHESP, 2022, pp. 9-12. Voir également GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité notamment le chapitre III, tentative de clarification : la médiation et les modes de règlement non juridictionnels des litiges.

[1434] REVERCHON-BILLOT, Morgane, « Conciliation et médiation : des modes amiables concrètement différents », *Procédures*, 2021, 12, pp 8-17.

[1435] Les différenciations françaises et européennes postulent pour un rôle plus impliqué du conciliateur. C'est ainsi que Jean-Loup Vivier souligne que « *la différence entre la médiation et la conciliation est aisée à définir en théorie: le conciliateur élabore une décision et recueille l'assentiment des plaideurs; le médiateur aide les parties à élaborer elles-mêmes un accord*». Voir VIVIER, Jean-Loup, «La réforme de la conciliation et l'introduction de la médiation dans la procédure civile», *LPA*, 1996, p 12. Fathi Ben Mrad estime que « *cette différenciation se rapproche des distinctions aujourd'hui les plus admises: le conciliateur a un rôle plus actif que le médiateur* ». BEN MRAD, Fathi, « Définir la médiation parmi les modes alternatifs de régulation des conflits », précité.

relativement simple de passer d'un mécanisme à l'autre si le tiers médiateur ou conciliateur ne respecte pas ces nuances. L'engagement du tiers conditionne également celui des parties, qui ne sera pas équivalent dans les deux cas de figure. En effet, la médiation exige une implication plus poussée de la part des parties dans la mesure où son processus les oblige à entreprendre des démarches pour trouver elles-mêmes une issue au conflit. En outre, il est important de noter que le conciliateur recherche des faits qu'il juge pertinents pour ses propres évaluations et appréciations de la situation. Ses attributions lui permettent de vérifier la véracité des déclarations des parties et de remettre en question la précision des points de vue exprimés, contrairement au médiateur qui n'appuie pas son processus sur la recherche de preuves ni sur l'évaluation des faits se concentrant davantage sur la personne et s'intéressant principalement à l'interaction et à l'intersubjectivité des parties en médiation. Un autre critère distinctif réside dans le fait que la conciliation peut être imposée, contrairement à la médiation qui, dans ses principes, n'est pas obligatoire et dépend de la volonté et de l'adhésion des parties en conflit. Il faut préciser en ce sens, qu'en droit algérien, la conciliation est obligatoire dans certaines matières notamment dans les conflits du travail ou les affaires familiales, comme nous l'expliquerons plus en détail dans la section suivante. A l'opposé, l'incitation à la médiation, même si elle est obligatoire, la procédure étant initiée par un texte, les parties en litige ne peuvent en aucun cas être contraintes à y participer. L'ensemble de ces nuances restent difficilement saisissable en pratique et il s'avère complexe de les appréhender. C'est pour cette raison d'ailleurs que les deux notions sont bien souvent confondues en droit positif[1436].

La médiation se démarque plus aisément des autres modes alternatifs de règlement des conflits, notamment par rapport à la négociation que l'on définit comme étant un dialogue centré sur la résolution d'un problème et la recherche d'un accord mutuellement acceptable pour toutes les parties impliquées. En fait, la négociation est centrée spécifiquement sur les éléments objectifs du conflit même si la dimension subjective et émotionnelle y demeure importante. A l'inverse de la médiation, la négociation ne nécessite pas systématiquement l'intervention d'un tiers dans la mesure où les parties peuvent négocier directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants. De plus, la négociation n'exige pas automatiquement que le négociateur adopte une position neutre et impartiale puisqu'il peut être partie prenante dans le conflit en question[1437].

En ce qui concerne l'arbitrage, la distinction est également claire. Il faut préciser en ce sens qu'en droit algérien, ce dernier est considéré comme un mode juridictionnel non étatique. A la différence des modes alternatifs de règlement des litiges auxquels on l'associe souvent, l'arbitrage

[1436] REVERCHON-BILLOT, Morgane, « Conciliation et médiation : des modes amiables concrètement différents », précité.

[1437] MERLIER, Philippe, « 10. La médiation et la négociation », dans, *Philosophie et éthique en travail social,* Presses de l'EHESP, 2020, pp. 119-135.

n'est pas un mode extra-juridictionnel. C'est une procédure par laquelle les parties à un litige conviennent de le porter devant un arbitre dont ils acceptent par avance de respecter la sentence. Ce mode constitue une forme de justice privée pouvant être proposée lors d'un conflit ou décidée à l'avance dans le cadre d'accords sur son règlement. Lors de ce processus, l'arbitre, un tiers indépendant, résout le litige en exerçant une mission juridictionnelle. Son rôle diffère fondamentalement de celui du médiateur, car il consiste à trancher le litige et à imposer sa décision qui revêt un caractère juridictionnel. Le médiateur n'a pas de pouvoir, mais une fonction de garant éthique de la réalité de la communication. Cette absence de pouvoir est un facteur très important notamment en matière médicale. Elle préserve la liberté des parties en litige et induit chez eux une attitude active, constructive, facilitant l'émergence d'une solution qu'il leur appartient de trouver en toute autonomie. L'arbitrage est généralement une procédure coûteuse utilisée pour réguler les litiges commerciaux notamment en droit international. Il n'exclut pas la possibilité d'une négociation ou d'une médiation préalable[1438].

Enfin, la médiation se différencie tout autant clairement de la transaction qui s'apparente exclusivement à un contrat permettant aux parties en litige de mettre fin à une contestation existante ou d'en prévenir une future. Contrairement à la médiation, la transaction n'exige pas l'intervention d'un tiers et ne repose pas sur une dynamique relationnelle. Ce qui la distingue est son caractère contractuel qui lui confère l'autorité de la chose jugée[1439].

B. Un dispositif excluant la démarche d'indemnisation amiable des accidents médicaux non fautifs

Le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux consacré en droit français inclut une double mission: concilier et indemniser. Ce dernier permet à une victime d'un accident médical d'être indemnisée, et ce même en l'absence de faute du professionnel de santé, dans le respect de certaines conditions. Or, la mise en place d'un dispositif identique permettant également l'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux non fautifs est impossible à concrétiser en Algérie dans le contexte actuel. Il se trouve confronté à deux principaux obstacles stratégiques. Le premier est celui de l'absence d'un fond d'indemnisation, matrice du financement de l'accident médical non fautif **(1).** Le second est lié à la nécessité de développer une procédure d'expertise médicale novatrice adaptée à cette démarche **(2).**

[1438] JARROSSON, Charles, « Arbitrage et médiation dans la littérature », *Revue Droit & Littérature*, vol 2, n° 1, 2018, pp 167-181.

[1439] BEN MRAD, Fathi, « Définir la médiation parmi les modes alternatifs de régulation des conflits », précité.

1. Le fond d'indemnisation amiable: un préalable de valeur manquant.

La technique des fonds d'indemnisation n'est ni récente, ni propre à la réparation des accidents médicaux non fautifs. En effet, il s'agit d'instruments juridiques qui interviennent en cas de dommages ne pouvant être rattachés à aucune responsabilité et offrent une indemnisation à la victime là où la responsabilité civile ne le permet pas. En écho à notre première partie, il importe de rappeler que le législateur algérien a consacré le principe de la garantie de la réparation du dommage corporel par l'Etat en tant que solution dérogatoire aux principes généraux de la responsabilité civile[1440] créant ainsi un véritable droit à l'indemnisation qui sort du champ des régimes classiques de la responsabilité civile[1441]. Dans une société complexe, il est indéniable que certains accidents méritent d'être indemnisés sans nécessairement qu'il y ait de fautes ou de nécessité de rechercher les personnes qui en sont responsables. Leur simple survenue suffit à justifier une indemnisation qui ne repose pas sur l'individu lui-même, mais sur la solidarité nationale.

En Algérie, de tels fonds ont été créés dans le but de prendre en charge la réparation de certains préjudices dont l'ampleur a dépassé les possibilités d'indemnisation individuelle notamment en matière de calamités agricoles ou d'actes de terrorisme[1442]. Cependant, contrairement à ce qui a été fait en France, cette technique n'a pas encore été étendue au champ des dommages résultant d'accidents médicaux non fautifs. En réalité, l'aménagement d'un tel régime en droit algérien soulèverait inévitablement de nombreuses questions épineuses qui seront difficiles à trancher.

La première concerne le mode de financement de ce fonds. Du fait qu'il indemnise des accidents non fautifs, ce dernier ne peut pas être financé par les contributions des débiteurs potentiels de ces dommages. Par conséquent, il faudrait faire appel à la collectivité, principalement par le biais d'un financement public. En Algérie, cela pourrait se concrétiser, à l'instar du modèle français, par le biais d'une dotation globale versée par les organismes de la sécurité sociale ou par une subvention de l'État. Quelle que soit l'option choisie, ce financement représenterait une charge supplémentaire que les autorités publiques ne sont pas en mesure de supporter en matière de dépenses de santé. La gratuité des soins met déjà une pression considérable sur le budget de l'État[1443], et il est peu probable que les autorités publiques algériennes, notamment dans le contexte de la récession économique actuelle, s'engagent dans cette voie.

[1440] Voir *supra* première partie, titre II, chapitre II, section I.

[1441] FILALI, Ali, «L'indemnisation du dommage corporel à la lumière de l'article 140 Ter du Code Civil : Consécration d'un système d'indemnisation exclusif de la responsabilité Civile », précité.

[1442] Voir *supra* première partie, titre II, chapitre II, section I.

[1443] HABOUR, Ali-Sayeh, « Les dépenses de santé en Algérie et les enjeux de leur financement», précité.

Par ailleurs, la définition de l'accident médical non fautif objet de l'indemnisation amiable mise à la charge de ce fond, constitue une problématique bien plus complexe. En effet, cette définition ne peut se faire sans poser certaines limites tant en ce qui concerne les situations générant une intervention du fonds que les préjudices pouvant être réparés. En matière de délimitation des situations dans lesquelles un fait dommageable non fautif donnerait lieu à une indemnisation, des arbitrages difficiles doivent être menés. Aussi, il serait nécessaire de décider si cette démarche doit s'appliquer exclusivement au domaine des soins médicaux proprement dits ou s'il serait préférable d'inclure également les soins préventifs et les actes paramédicaux. Il serait également nécessaire de réfléchir à l'introduction d'un seuil de gravité ou d'admettre des plafonds, afin de circonscrire la solidarité nationale seulement aux situations dommageables exceptionnelles, pour lesquelles il serait injuste que personne n'apporte son aide aux victimes. À cet égard, le modèle français offre des pistes intéressantes, car il encourage une approche pragmatique[1444]. On devrait également s'interroger sur l'opportunité d'indemniser des actes réalisés dans le secteur privé où des efforts de normalisation des plateaux techniques et des conditions d'exercice des activités médicales restent à déployer. Les prestations de santé dispensées dans ce secteur, où la supervision de l'État est moins présente, risqueraient inévitablement de susciter des controverses. De même, en matière de préjudice réparable, il est également nécessaire de considérer la question du principe de la réparation intégrale, qui prévaut en matière de responsabilité civile, mais qui serait difficilement applicable dans ce contexte en raison des ressources limitées de ce fonds.

Enfin, une dernière question, non moins fondamentale, mérite d'être tranchée, à savoir celle des interactions entre ce régime d'indemnisation amiable et la responsabilité pour faute. En ce sens, plusieurs hypothèses pourraient être envisagées. La première consiste à permettre à la victime de choisir d'engager une action en responsabilité devant un tribunal civil en cas d'accident fautif, tout en ayant recours au mécanisme d'indemnisation à l'amiable pour les accidents non fautifs. Cette solution n'est pas très satisfaisante dans la mesure où la victime ignore dans la plupart des cas ce qui s'est réellement passé au cours de l'acte de soins, ce qui risque de lui faire perdre beaucoup de temps en orientant mal son action. On peut également songer à la solution de l'entrée unique, la victime adressant sa demande à l'organisme chargé de l'indemnisation qui réparerait indifféremment les dommages imputables à des fautes ou à des accidents et qui exercerait éventuellement ensuite son recours contre le professionnel ou l'établissement de santé fautif. Autant de questions délicates qu'il convient d'abord de trancher dans une perspective réaliste avant de pouvoir mettre en place une démarche d'indemnisation amiable.

[1444] Voir *supra* première partie, titre II, chapitre II, section I.

2. L'expertise médicale : une réforme prérequise

L'expertise est au cœur du processus de décision en responsabilité médicale. En effet, en raison de la complexité inhérente à la pratique médicale, l'expertise constitue le tournant procédural déterminant dès lors que surgit la question de la remise en cause de la qualité et de la conformité des soins dispensés. Elle constitue la principale mesure d'instruction que les juges peuvent confier à un technicien lorsqu'ils sont saisis d'un litige qu'ils ne peuvent trancher qu'après avoir mené des recherches de fait.

Les conditions de recours aux expertises médicales dans le cadre d'une procédure contentieuse sont strictement encadrées en droit algérien. Bien que le législateur n'ait pas donné une définition explicite de l'expertise, son objectif a été précisé à travers l'article 125 du code de procédure civile et administrative [1445] qui dispose que « *l'expertise est destinée à éclairer le juge sur une question de fait purement technique ou scientifique* ». Cependant, si la méconnaissance par le juge de certaines questions techniques complexes semble justifier le recours à l'expertise d'un professionnel qualifié, il est essentiel de noter qu'en aucun cas le juge ne saurait déléguer à l'expert la charge de dire le droit. Il lui incombe, après avoir été éclairé par le rapport d'expertise, de tirer lui-même les conclusions d'ordre juridique[1446].

La pratique médicale constitue l'un des domaines où le juge sollicite systématiquement un avis expert. Aussi, le code de déontologie médicale algérien a consacré une section spécifique à l'expertise médicale, la définissant comme tout « *acte par lequel, un médecin, un chirurgien-dentiste désigné par un magistrat, une autorité ou autre instance prête son concours technique afin d'apprécier l'état physique ou mental d'une personne, puis généralement d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences pénales ou civiles* »[1447]. En réalité, l'expertise en responsabilité médicale présente toujours deux aspects fondamentaux. D'une part, elle a pour objectif de mettre en évidence l'existence d'un lien de causalité entre le dommage invoqué et l'acte médical en cause et d'autre part, elle permet de mettre en exergue l'existence ou non d'une faute médicale imputable au défendeur, du moins dans le cadre originel de la responsabilité pour faute.

Les expertises en responsabilité médicale peuvent être sollicitées aussi bien en matière civile qu'administrative. En droit algérien, cette procédure est identique quelle que soit la juridiction qui

[1445] La loi n°08-09 du 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative modifiée et complétée par la loi n° 22-13 du 12 juillet 2022, JORA n°48 DU 17/7/2022.

[1446] C. Suprême, affaire n° 97774 du 7.7.1993, revue de la C. Suprême n°2, 1994, p 34. Voir aussi, C. Suprême, 11.4.1995 cité par BOUFTAH, Ahmed, « L'autorité du juge en matière d'expertise judiciaire», *Revue Al-Ijtihad pour les études juridiques et économiques*, Vol 8, n°2, 2019, pp138-156, (revue en Arabe).

[1447] Conformément à l'article 95 du code de déontologie médicale algérien, précité.

l'a diligentée[1448]. Encadrée par les articles 125 à 145 du code de procédure civile et administrative, elle est par principe, toujours facultative. La décision d'y recourir relève du pouvoir discrétionnaire du juge du fond qui, peut l'ordonner, en tout état de cause, soit d'office, sans avoir à solliciter les observations des parties, soit à la demande de celles-ci ou bien la refuser[1449]. Elle peut également être prononcée en référé sur le fondement cette fois ci des articles 75 à 81 dudit code. Par ailleurs, l'expertise judiciaire peut aussi avoir lieu devant le juge pénal et connaît en la matière des spécificités par rapport à l'expertise au civil. Elle est également par principe facultative mais représente un élément indispensable de l'instruction préparatoire au procès pénal. L'expertise ordonnée en cette matière est réglementée par les articles 143 à 156 du code de procédure pénale[1450]. Toutefois, lorsqu'elle a pour objectif de fixer les intérêts civils, celle-ci est alors régie par les règles de la procédure civile.

En droit algérien, l'expertise médicale ordonnée par le juge a une fonction d'assistance au jugement. Elle contribue, en ce sens, à l'élaboration de la décision de justice. Aussi, pour tenir compte de cet aspect, le droit algérien l'a soumise à des principes directeurs fondamentaux qui encadrent sa conduite. En ce sens, elle est soumise au principe de la contradiction aussi bien pendant son déroulement qu'au stade de la discussion de ses résultats[1451]. Le juge exige que l'expert avise les parties et leurs conseils des opérations et réunions d'expertises afin que ces deniers puissent être en mesure, en tout temps utile, de faire valoir leurs observations[1452]. Le respect des droits de la défense est également une condition du droit à un procès équitable consacré par la Constitution algérienne[1453]. Aussi, il importe de rappeler à cet égard, que même lorsque l'expertise est ordonnée à la suite d'une requête unilatérale, l'expert demeure tenu par l'obligation de respecter les droits de la défense.

La réussite d'une expertise dépend non seulement des compétences de l'expert désigné, mais

---

[1448] L'article 858 du code de procédure civile et administrative, précité, dispose que « *Les dispositions relatives à l'expertise prévues aux articles 125 à 145 du présent code sont applicables devant les tribunaux administratifs ».*

[1449] Article 126 du code de la procédure civile et administrative, précité.

[1450] L'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966 portant code de procédure pénale modifiée et complétée, JORA n° 48 du 10/6/1966.

[1451] C. suprême, affaire n° 362397 du 11.3.2003, *Revue judicaire,* n°1, 2003, p 289.

[1452] Ceci implique notamment la convocation des parties non seulement à la première réunion mais à toutes les opérations, l'audition des dires et réquisitions des parties, de leurs avocats ou conseils techniques, la communication des préliminaires du rapport et la réponse de l'expert aux notes relatives aux dits préliminaires.

[1453] Conformément à l'article 41 du décret présidentiel n°20-442 du 30 décembre 2020 relatif à la promulgation au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire de la révision constitutionnelle, adoptée par référendum du 1er novembre 2020, précité, qui dispose que : « *Toute personne est présumée innocente jusqu'à l'établissement de sa culpabilité par une juridiction dans le cadre d'un procès équitable.*

également de la manière dont sa mission sera exécutée. En droit algérien, le choix de l'expert est laissé à la libre appréciation du juge. Cependant, en vertu du décret exécutif n°95-310 du 10 octobre 1995[1454], chaque année, des listes sont établies et homologuées par le ministre de la Justice afin de permettre de guider le juge dans ce choix. Dans les faits, ces listes répertorient des experts qui sont affiliés par la suite à des juridictions dans le ressort desquelles ils résident ou ils exercent leurs activités professionnelles. Le juge s'y réfère pour nommer l'expert de son choix[1455] mais si aucun d'entre eux n'est répertorié dans la spécialité médicale requise, il a la possibilité d'en nommer un autre non inscrit sur ces listes, sous la seule réserve que celui-ci prête serment devant le juge désigné à cet effet[1456]. En raison du coût élevé des expertises, il n'est très fréquemment désigné qu'un seul expert. Néanmoins, le juge a la possibilité de désigner un ou plusieurs experts dans la même spécialité ou dans des spécialités différentes, lorsque cette nécessité apparaît face au cas d'espèce en cause. Ces derniers dressent un seul rapport et forment un seul avis à la pluralité des voix[1457]. Quant à la mission d'expertise confiée à l'expert, le juge fixe souverainement l'étendue de celle-ci. En effet, la décision ordonnant l'expertise doit déterminer d'une manière précise la mission de l'expert, exposer les motifs qui rendent l'expertise nécessaire et fixer le délai au terme duquel, ce dernier devra déposer le rapport au greffe[1458].

L'expertise constitue une phase déterminante dans une procédure d'indemnisation des accidents médicaux et plus particulièrement dans le cas de ceux non fautifs. Pour rappel, l'admissibilité à une procédure d'indemnisation amiable d'un accident médical non fautif est, généralement, conditionnée par un seuil de gravité de l'accident médical. Or, la détermination de ce seuil est basée sur des critères évalués par le médecin expert, d'où l'importance de l'expertise en cette matière. Aussi, le législateur algérien ne peut pas se désintéresser de la nécessité de la réforme de la procédure d'expertise actuellement en vigueur en droit algérien au risque de compromettre la réussite de la mise en œuvre d'une démarche d'indemnisation amiable. Indubitablement, une telle réforme, va permettre de garantir la compétence et l'impartialité des experts qui seront désignés pour connaître des expertises diligentées dans ce cadre, notamment en créant, à l'instar du droit français, une nouvelle instance autonome, chargée d'établir une liste nationale des experts en

[1454] Décret exécutif n° 95-310 du 10 octobre 1995 fixant les conditions et les modalités d'inscription sur les listes des experts judiciaires et déterminant leurs droits et obligations, JORA n° 60 du 15/10/1995.

[1455] Article 2 du décret exécutif n° 95-310 du 10 octobre 1995, précité.

[1456] L'article 131 du décret exécutif n° 95-310 du 10 octobre 1995, précité dispose que « *l'expert qui ne figure pas au tableau des experts, prête serment devant le juge désigné à cet effet, par la décision qui ordonne l'expertise. Une copie du procès verbal de prestation de serment est déposée au dossier de l'affaire* ».

[1457] Article 127 du code de la procédure civile et administrative, précité.

[1458] Article 128 du code de la procédure civile et administrative, précité.

accidents médicaux, de les former, d'évaluer leurs compétences et surtout d'établir des recommandations sur la conduite de ces expertises en veillant à leur application homogène [1459]. Les critères d'inscription sur cette liste nationale devraient être plus rigoureux et plus spécifiques que ceux applicables aux experts judiciaires. Par conséquent, il conviendrait d'exiger des candidats une expérience professionnelle substantielle dans le domaine de compétence requis, ainsi que leur participation préalable à un nombre minimal d'expertises dans ce domaine avant de pouvoir être considérés pour l'inscription sur cette liste d'experts. De plus, il serait essentiel d'exiger également une formation spécialisée en responsabilité médicale, car la compétence en médecine dans le cadre de la pratique clinique ne garantit pas automatiquement la compétence en matière d'expertise. Par conséquent, une formation initiale et continue en expertise demeurerait cruciale. En dernier lieu, il serait impératif de requérir la signature d'une déclaration de probité par le candidat à l'expertise concernant les éventuels liens, qu'ils soient directs ou indirects, qui le lie à tout établissement de soins, producteur ou distributeur de produits de santé, promoteur de recherches biomédicales, ainsi que tout organisme intervenant dans l'assurance de ces entités. De la même manière, tout candidat potentiel devrait également s'engager à ne pas accepter, pendant la période de son inscription sur la liste des experts, de mission ou d'expertise qui serait incompatible avec les exigences d'indépendance et d'impartialité essentielles à l'exercice de ses fonctions d'expert.

De même, la conduite des missions d'expertise devrait faire l'objet de réformes visant à transformer la nature du travail probatoire effectué par les experts, à la fois dans la collecte des éléments nécessaires à l'expertise et dans leur articulation. En effet, l'introduction de l'indemnisation amiable aura un impact sur la manière dont les experts abordent les faits et formulent leurs conclusions. L'indemnisation au titre de la responsabilité médicale repose sur l'établissement d'un lien de causalité entre une faute commise dans les soins et les préjudices subis par le patient. En revanche, dans le cadre de l'indemnisation amiable, l'absence de faute doit être compensée par la démonstration que les soins ont provoqué un préjudice anormal, exceptionnel, imprévisible et non attribuable à l'état antérieur du patient. Dans ce contexte, il est impératif d'établir, de décrire et de mesurer le préjudice de manière précise. Par ailleurs, des distinctions significatives dans la souplesse des procédures et des échanges entre experts et responsables de l'organe d'indemnisation seront inévitablement observées dans le cadre de la procédure amiable. Dans cette dernière, il sera plus aisé de renégocier et d'ajuster les éléments spécifiques de la plainte déposée par le patient. En revanche, dans le contexte de la procédure contentieuse, si, par exemple, en cours d'expertise, il

[1459] En droit français, il a été créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé une commission nationale des accidents médicaux dénommée (CNAMED) qui est une instance indépendante placée auprès des ministres chargés de la justice et de la santé chargé, entre autres, d'établir la liste d'experts en accidents médicaux.

apparaît nécessaire de revoir les cibles mêmes de la plainte[1460], il est impératif de saisir le juge et recommencer tout le processus.

§2.L'intérêt de la médiation dans le règlement des conflits en matière médicale

La médiation se présente comme un mécanisme de règlement des conflits adapté à la nature des activités du secteur de la santé tout en offrant un moyen efficace de réduire le recours aux tribunaux dans ce domaine. En effet, elle se fond parfaitement dans la dynamique de la relation de soins, car d'une part, elle s'accorde avec la dimension humaine des conflits et, d'autre part, elle s'aligne sur les principes fondamentaux de l'éthique médicale, mettant en avant le respect de la personne humaine et l'autonomie de sa volonté **(A)**. Par ailleurs, la médiation joue un rôle essentiel dans la déjudiciarisation progressive de l'activité médicale en proposant une alternative aux litiges judiciaires et en identifiant les signes précoces de conflit pour les résoudre avant qu'ils ne se transforment en contentieux juridiques formels **(B)**.

A. Un mécanisme adapté à la nature de l'activité de soins

La médiation et le soin se rapprochent par différents aspects. Outre l'intérêt que représente une démarche de médiation dans la résolution d'un conflit, elle présente des similitudes avec celle de l'éthique du soin. La médiation, comme l'acte de soin, est intrinsèquement centrée sur la personne humaine **(1)** et repose sur le principe juridique fondamental de l'autonomie de la volonté **(2)**.

1. Un mécanisme adapté à la dimension humaine du conflit

La médiation est généralement utilisée dans des contextes où l'aspect humain et les émotions des parties impliquées sont prédominants. Cette tendance peut être expliquée par le fait que « *dans les dossiers qui présentent un caractère humain, l'application d'une règle de droit rigide ne permet pas toujours de faire disparaître les rancœurs, supprimer les malentendus, et rétablir un dialogue»*[235]. En effet, dans des domaines qui ont un impact direct sur les individus et où il existe inévitablement une dimension humaine impliquant des facteurs tels que la confiance, la sensibilité, l'intimité du corps ou la conscience d'une personne, les conflits peuvent avoir un caractère particulier dont la résolution nécessite le rétablissement du lien de confiance.

Dans la relation de soin, cette dimension humaine est constamment prépondérante dans la mesure où cette relation est considérée comme la rencontre de la conscience d'un médecin et de la

[1460] A titre d'exemple, il est possible de découvrir lors d'une expertise que c'est tel professionnel (l'anesthésiste par exemple) plutôt qu'un autre (le gynécologue) qui doit être mis en cause dans le fait générateur de l'accident médical.

confiance d'un patient envers son thérapeute[1461] les érigeant en alliés. C'est dans ce climat de confiance que le professionnel de santé « *peut exiger du patient quelque chose de nouveau ou d'inattendu»*[1462]. Or, que l'on se place du côté du malade ou de celui du professionnel de santé, cette interaction n'est pas toujours exempte de tensions et suppose que l'on partage, jusqu'à un certain niveau, des points de vue proches sur la maladie et le traitement. Aussi, la relation de soin est toujours marquée par des tensions et des dissensions, du moins potentiel, puisque les points de vue des uns et des autres ne peuvent pas toujours coïncider et l'interaction dans le traitement peut être considérée « *comme une sorte de négociation aussi bien que comme une sorte de conflit* »[1463].

Dans ce contexte, les déceptions ressenties envers les soignants, les techniques thérapeutiques, les dispositifs médicaux et même envers la science en général ont profondément ébranlé la confiance qui unit le patient à son médecin, l'usager à l'établissement qui le prend en charge, ou encore le citoyen au système sanitaire. Cette situation a également renforcé le sentiment de méfiance, voire de défiance, à l'égard des acteurs de la santé. En effet, plusieurs travaux récents confirment cette analyse et mettent en lumière cette distension de la confiance dans la relation de soins[1464]. Tout en soulignant sa précieuse valeur thérapeutique, ces travaux alertent également sur la menace que peut représenter la perte totale de cette confiance pour la relation de soins.

La défiance dans le contexte de soins prend diverses formes qui vont au-delà des aspects purement techniques et reflètent plutôt des problèmes de communication, de perception ou de comportement. Ainsi, «*du côté des malades, sont évoqués une communication déficiente, un manque d'égards, des soins promis mais non dispensés ; tandis que les professionnels de la santé évoquent de la part des usagers des incivilités, de la violence verbale ou psychique, une remise en question régulière des options thérapeutiques, des consultations filmées à leur insu puis diffusées sur les réseaux sociaux. Autant d'éléments générant de la peur, une perte de sens et une usure compassionnelle »*[1465].

Aussi, la médiation en tant que processus exprimant non pas uniquement un potentiel d'évitement de la justice, mais également un potentiel de création et de recréation du lien social peut constituer un élément de réponse à cette défiance et à la complexité des situations

[1461] Une expression attribuée à Hippocrate.

[1462] FREIDSON, Eliot, *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984, p 135.

[1463] GARRIC, Nathalie, et Alexandre HERBLAND, « Présentation. Nouveaux discours de la santé et soin relationnel », *Langage et société*, vol. 169, no. 1, 2020, pp. 15-30.

[1464] « Défiance et santé », Actes du colloque de l'association française de droit de la santé, mai 2021, *Revue de droit sanitaire et social*, n° hors série, 2021, 171 p.

[1465] SCHAAD, Béatrice. « 1 – Hospitalité ou hostilité : l'hôpital comme territoire du conflit », dans, *(in)hospitalités hospitalières. Conflit Médiation Réconciliation.* Médecine & Hygiène, 2023, pp. 27-37.

conflictuelles qui naissent à l'occasion de la relation de soins. A ce propos, le professeur Michèle Guillaume-Hofnung estime que « *dans le domaine de la santé, la complexité des situations mobilise toutes les fonctions de la médiation et dépasse les questions strictement médicales. La maladie exacerbe ou révèle des problèmes familiaux. En tant qu'organisation, l'hôpital, ou la clinique, aura des besoins de médiation comparables à ceux d'une entreprise. Des tensions au sein du personnel proviennent de la coexistence de deux hiérarchies parfois rivales, celle des soignants et celle des administratifs. Les incompréhensions d'origines sociales et culturelles entre soignants et soignés engendrent des conflits qui peuvent devenir des contentieux soit devant les juridictions judiciaires, soit devant les juridictions administratives*»[1466].

Il convient de noter, en particulier en ce qui concerne cette question de porter les contestations des patients devant les tribunaux, que de nombreux auteurs se sont interrogés sur la manière dont la justice peut restaurer la dignité d'une personne qui l'aurait perdue[1467]. Alors que la condamnation d'un professionnel de la santé ou la réparation peuvent apporter une réponse à cette question, un procès dépossède souvent le patient de sa demande initiale de justice. En effet, ce sont d'autres défenseurs qui prennent la parole en son nom, mettant l'accent sur les aspects négatifs de la relation de soins et faisant rapidement disparaître tout ce qui a pu y être positif[1468]. C'est pourquoi la médiation revêt un intérêt particulier dans ce domaine, où la place de l'humain, de son vécu et de son ressenti revêtent une importance primordiale.

Sur le même registre, les professionnels de la santé perçoivent souvent les réclamations des patients comme un échec personnel profondément ressenti. Ils vivent ces réclamations même lorsqu'elles ne sont pas contentieuses, comme une remise en question de leur compétence et de leur dévouement envers leurs patients. Une étude menée par Thomas Grocq sur la médecine défensive et l'appréhension des professionnels de la santé à l'égard des litiges révèle que les praticiens manifestent essentiellement des réactions de surprise, de déception, ainsi qu'un sentiment de trahison émanant de la part du patient. De plus, ils peuvent être sujets à diverses émotions, notamment la colère, le sentiment d'injustice, la honte et un ressenti marqué par la solitude[1469]. Bien que les travaux sur ce sujet sont rares en Algérie, une étude récente menée sur la violence

[1466] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité.

[1467] BLOHORN−BRENNEUR, Béatrice, *La médiation pour tous en France*, 4ème édition, L'Harmattan, 2023, 220 p.

[1468] BARBOT, Janine, et Vololona RABEHARISOA, « Médecine et Justice », *Sciences sociales et santé*, vol 36, n° 4, 2018, pp 5-14.

[1469] GROCQ, Thomas, « La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français, une étude qualitative en focus group », *Médecine humaine et pathologie,* 2020, sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/ dumas-02531693.

psychologique exercée sur les professionnels de la santé[1470] permet de mettre en exergue l'impact psychologique considérable que peuvent avoir les plaintes et réclamations sur le ressenti de ces professionnels, entraînant stress et parfois même dépression. Certains professionnels vont même jusqu'à envisager de changer de carrière. Les conclusions de certains travaux, viennent appuyer notre analyse du vécu des médecins en cas de contentieux, indiquant que « *lorsque les médecins sont mis en cause, ils se remettent généralement en question et cherchent des failles dans leur pratique médicale. Leur réaction varie en fonction de la nature attendue ou inattendue du contentieux. Dans certains cas, les médecins se remettent sérieusement en question, supposant qu'une erreur a forcément été commise si le patient porte plainte. Ils passent en revue les dossiers médicaux et leurs souvenirs pour identifier les lacunes dans leur prise en charge, s'auto-dévalorisant en ne se concentrant que sur ce qu'ils n'ont pas réussi à faire aussi bien qu'ils l'auraient souhaité. Cette perte de confiance en eux survient principalement lorsque des problèmes graves de santé du patient sont impliqués, même si les médecins ont agi conformément aux normes scientifiques et déontologiques, sans qu'une erreur évidente ne soit commise* »[1471].

Là aussi, la médiation présente un potentiel considérable pour atténuer les pressions qui pèsent sur les professionnels de la santé et améliorer leur perception des conflits. En fournissant un espace de dialogue structuré, elle offre aux médecins et autres acteurs du système de soins l'opportunité de s'exprimer, de comprendre les préoccupations des patients et de collaborer vers des solutions mutuellement acceptables. En conséquence, elle peut contribuer à réduire le stress et la dépression qui peuvent découler des litiges médicaux. De plus, en favorisant une meilleure compréhension des attentes des patients et en encourageant une communication ouverte et transparente, la médiation peut affiner la vision des conflits en les transformant en opportunités d'apprentissage et d'enseignement, plutôt qu'en menaces pour la réputation ou la carrière des professionnels de la santé.

Ainsi, une étude future dans le contexte algérien pourrait présenter un intérêt considérable pour évaluer les réactions et les impacts potentiels sur les patients et les professionnels de la santé de la mise en place de telles procédures amiables, si elles devaient être concrétisées.

2. Un mécanisme fondé sur l'autonomie de la volonté, un principe fondateur dans la relation de soins

L'autonomie de la volonté est un principe juridique qui érige la volonté en source créatrice de

[1470] DRAOU, Fatima, « La violence psychologique contre le personnel du secteur de la santé *», Revue de la prévention et de l'ergonomie*, vol 17, n°1, 2023, pp 87-102, (article en Arabe).

[1471] KHALAFI, Rabiâ, « Vers un nouveau concept de la relation médicale à la lumière des transformations légales et juridictionnelles*», Revue des recherches en droit et sciences politiques*, vol 8, n°3, 2023, pp 299-322, (article en Arabe).

droit et d'obligation. Il repose sur l'idée que l'Homme est libre par nature, de sorte qu'il ne saurait s'obliger qu'en vertu de sa propre volonté. D'origine philosophique[1472], ce principe affirme que les relations sociales ne peuvent être que volontaires. Les hommes naissant libres, ne se soumettent pas entre eux mais aboutissent à un accord leur permettant de constituer une société leur profitant à tous, d'où l'émergence, par la suite, de la théorie du contrat social[1473]. La doctrine française soutient, selon une opinion majoritaire, que la théorie de l'autonomie de la volonté a largement influencé l'élaboration du Code civil et plus principalement le droit des obligations. Il importe néanmoins de souligner le fait que la théorie de l'autonomie de la volonté ne fut pas épargnée faisant l'objet de vives critiques doctrinales qui ont conduit à reconsidérer sa place au sein des fondements du droit des contrats. Ces détracteurs estiment, d'une part, qu'en érigeant la volonté en chose supérieure à la loi, on méconnait la hiérarchie des normes et, d'autre part, que cette théorie peut porter atteinte à l'équité, ce qui a provoqué la naissance de l'école du solidarisme contractuel qui repose sur des postulats fondamentalement différents de ceux de l'autonomie de la volonté[1474].

Le principe du respect de la volonté est un principe sur lequel est fondée toute la philosophie de la médiation qui considère que les individus sont les meilleurs défenseurs de leurs propres intérêts. L'adhésion au processus de médiation, et son renouvellement tout au long du processus, ne sont valables que s'ils résultent d'un consentement libre et éclairé. Selon Jacqueline Morineau, « *La médiation est manifestation de notre volonté de rencontrer notre destin, de l'assumer et de le construire à chaque moment du quotidien. Elle est la preuve que nous sommes capables de recréer un lien social à travers le conflit qui nous sépare des autres et que le désordre est un agent indissociable de l'ordre* »[1475]. Ainsi, comme dans un contrat, le mécanisme de médiation fait appel à la volonté des parties à chaque étape du processus, tant pour adhérer à la mise en œuvre du

[1472] La notion de liberté fondamentale a été soutenue par plusieurs auteurs, notamment Grotius (avec le concept de jus gentium), Locke (avec la notion de loi naturelle), et enfin Rousseau, qui l'a rendue célèbre. Voir QUINTARD, Clément, « Hobbes, Locke, Rousseau. Trois penseurs du contrat social », *Sciences Humaines*, vol 319, n°11, 2019, pp 34-34.

[1473] DURKHEIM, Émile, « « Le *Contrat social* de Rousseau » (extraits) (1896) », dans, *Sociologie politique. Une anthologie*, Presses Universitaires de France, 2020, pp. 341-358.

[1474] En ce sens, Monsieur Jean-Cédras indique : « *Les hommes naissent-ils et demeurent-ils libres et égaux en droit des contrats ? A cette question, les classiques répondent pour l'essentiel par l'affirmative. Ils tiennent que la formation du contrat est libre et sa force obligatoire implacable. C'est l'Ecole de l'autonomie de la volonté, qui gouverne la quasi−totalité du droit positif des contrats. Mais une doctrine dite du « solidarisme contractuel » adopte une vue opposée. Pour elle, la liberté postule l'égalité des parties, or celles−ci sont bien souvent de facto inégales. Le contrat n'est donc pas librement formé et sa force obligatoire doit être assouplie au bénéfice du plus faible. Entendu comme l'union des cocontractants en vue d'atteindre un but commun, le solidarisme contractuel implique un certain altruisme de l'un, qui doit prendre en considération, voire en charge, les intérêts de l'autre, lui consentant au besoin quelques sacrifices*». CEDRAS, Jean, *Liberté, égalité, contrat. Le solidarisme contractuel en doctrine et devant la Cour de cassation*, Rapport de la Cour de cassation 2003, la documentation Française.

[1475] MORINEAU, Jacqueline, « 2. La médiation », dans, *L'esprit de la médiation,* Érès, 2010, pp. 65-75.

mécanisme que pour aboutir à une solution. L'accord, le consensus sont essentiels pour mener à bien ce processus, ce qui inscrit la médiation parfaitement dans l'esprit du consensualisme reconnu en droit algérien même s'il n'est pas codifié de la même manière que dans le droit français [1476].

La philosophie de la médiation repose sur l'idée de l'égalité des deux parties qui, libres et égales aboutissent à un point d'équilibre entre leurs intérêts antagonistes. Or, son application dans le domaine de la santé suscite la question légitime de savoir si un établissement médical ou un professionnel de santé peut réellement être considéré comme l'égal d'un patient. Pour répondre à cette question, nous pouvons faire référence à notre première partie où nous avons examiné l'évolution de la relation médicale. En effet, « *la relation de soins a considérablement évolué en quelques décennies. Le passage d'une médecine révélée, fondée sur le divin et le mystique, à une médecine scientifique, appuyée sur les progrès des connaissances et des techniques, a bouleversé les liens entre médecins et malades. D'un rapport entre profane et initié, auréolé de mystère, la relation de soins a évolué vers un rapport entre ignorant et savant, dominé par le modèle du paternalisme médical, pour être aujourd'hui qualifiée de rapport entre patient et professionnel, guidé par la recherche d'un équilibre. L'émergence et l'affirmation des droits des patients constituent l'une des traductions de ces mutations profondes»*[1477]. Assurément, la consécration de nouveaux droits pour le patient, fondés sur le respect de la dignité de la personne humaine, a permis de rééquilibrer la relation de soins. Parmi ces droits, le respect de la volonté du patient, qui s'exprime notamment à travers le consentement libre et éclairé, est sans doute l'un des droits les plus fondamentaux qui ont été légalement établis en la faveur du malade aussi bien en droit algérien qu'en droit français, l'exigence du consentement étant le « *plus vieux principe normatif qui soit* »[1478]. Rappelons à ce sujet que l'obligation de recueillir le consentement du patient a d'abord été reconnue par la jurisprudence, avant d'être expressément consacrée par la loi, de manière

[1476] « *Le Code civil algérien n'a pas pris le soin de consacrer le principe du consensualisme, en toutes lettres comme se fut le cas du Code civil français après l'ordonnance du 10 février 2016, où le législateur français, sous l'influence de l'harmonisation européenne, a complètement modernisé le droit des contrats. Les innovations les plus importantes sont, sans doute : la consécration officielle des principes directeurs contractuels (le principe de la liberté contractuelle, le principe du consensualisme et le principe de bonne foi), ainsi que l'introduction de dispositions codifiées sur les négociations et les avants contrats, mettant ainsi un terme aux fluctuations et incertitudes jurisprudentielles source d'insécurité juridique. Si pour certains, le législateur algérien devrait prendre exemple sur son homologue français et franchir ce pas tant attendu, c'est à dire la réforme du droit civil, il n'en demeure pas moins que d'autres, ne négligeant pas l'influence du droit français, revendiquent une œuvre originale* », CHEHIDI, Mohamed-Salim, «La bonne foi en droit des contrats -étude comparative des droits algérien et français *», Revue de droit public algérien et comparé*, vol 7, n° 1, 2021, pp 79 -89.

[1477] GIRER, Marion, « L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », précité, p 126.

[1478] GIRER, Marion, et Guillaume ROUSSET, « Chapitre 4. Le consentement et l'expression de la volonté de l'usager », dans, *Les droits des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social,* Presses de l'EHESP, 2022, pp. 51-64.

générale dans le Code civil, puis de manière plus spécifique dans la loi de la santé[1479]. « *Il s'agit d'un droit fondamental de la personne humaine et d'une liberté fondamentale de l'usager qui constituent la pierre angulaire de la relation de soin* »[1480].

Aussi, de la même manière que le consentement requis pour un acte médical, le recours à la médiation doit reposer sur le consentement libre et éclairé du patient. Ce consentement confirme son adhésion volontaire au processus de médiation et, plus essentiellement, son accord concernant l'issue du conflit. Toutefois, il est crucial de souligner qu'« *une approche centrée sur le patient n'implique pas la primauté du point de vue du patient »*[1481]. Au contraire, la médiation doit servir d'espace de communication propice à l'expression des expériences, des réalités et des besoins de toutes les parties impliquées, et si nécessaire, à la confrontation de leurs points de vue. *« Bonafé-Schmitt parle de (médiation-communication) ou (médiation-facilitation), qui n'est pas seulement destinée à aider les personnes concernées à régler des tensions, mais aussi à faciliter le dialogue et la compréhension mutuelle. La médiation favorise alors la mise en œuvre d'un échange réparateur de par la prise en compte des émotions et des besoins de chacun. De cette intercompréhension peut naître un accord ou un apaisement, bénéfique à chacun»*[1482].

Enfin, la question cruciale de la prise de décision dans le contexte de la médiation en santé mérite une attention particulière. Il est essentiel de noter que les décisions prises à l'issue du processus de médiation sont le résultat de la négociation entre les parties, en tenant compte de leurs intérêts respectifs, plutôt que d'une application stricte de la loi. Naturellement, la solution trouvée doit être conforme au droit en vigueur, mais il est important de mettre en relief que cette décision ne se base pas uniquement sur des considérations juridiques, à l'instar de celles rendues par les tribunaux. Au contraire, elle est façonnée par les parties, leurs intérêts, et leurs attentes. Cette flexibilité offerte aux parties par le biais de la médiation est l'un des atouts majeurs de ce processus, et c'est pourquoi elle s'applique particulièrement bien dans le domaine de la santé. Ceci est d'ailleurs souligné par un message du conseil fédéral suisse concernant le code de procédure civile, qui privilégie le règlement à l'amiable des conflits non pas seulement pour soulager les tribunaux, mais aussi « *parce qu'en général les solutions transactionnelles sont plus durables et subséquemment plus économiques du fait qu'elles peuvent tenir compte d'éléments qu'un tribunal ne pourrait*

[1479] Voir *supra* première partie, titre II, chapitre 1.

[1480] GIRER, Marion, et Guillaume ROUSSET, « Chapitre 4. Le consentement et l'expression de la volonté de l'usager », précité.

[1481] FERGUSON, Monique, « Améliorer la qualité des soins: quelle place pour la médiation? », *Santé*, n° 68, 2014, p 81.

[1482] Von ROTZ FASEL, Catherine, et Claudia VON BALLMOOS, « 3 – Médiation ou procédure judiciaire : régler les conflits autrement. Passer de la contradiction à la compréhension », dans, *(in)hospitalités hospitalières. Conflit Médiation Réconciliation.* Médecine & Hygiène, 2023, pp. 76-83.

retenir »[1483]. Intervenant sur le sujet lors du colloque des juristes de la méditerranée tenu en Algérie en 2012, Monsieur Christian Lestournelle a également soutenu « *qu'une solution négociée présente de meilleures garanties d'efficacité et d'exécution, notamment parce qu'elle est librement consentie et qu'elle est justifiée par la réalité des questions appréhendées par les parties qui en mesurent toutes les conséquences*»[1484].

B. Un mécanisme de déjudiciarisation de l'activité de soins

A l'instar des autres modes alternatifs de règlement des conflits, la médiation est considérée comme un «*circuit de dérivation du contentieux*»[1485]. En effet, pour diverses raisons, elle constitue une réponse adaptée à la judiciarisation croissante de l'activité de soins notamment dans son volet répressif **(1).** De plus, en agissant en amont, la médiation identifie les signes précoces de conflit et intervient pour les résoudre avant qu'ils ne se transforment en litiges juridiques formels **(2)**.

1. Au-delà de la déjudiciarisation, un mécanisme de dépénalisation de l'activité de soins

La société algérienne, tout comme de nombreuses sociétés à travers le monde, n'a pas échappé au phénomène du recours accru à l'institution judiciaire pour régler les conflits. Cette tendance à multiplier les affaires portées devant les tribunaux, qu'elles relèvent du domaine civil, pénal ou administratif, a eu pour conséquence la surcharge du système judiciaire algérien. En effet, une analyse de la situation, qui prévalait dans ce système depuis plusieurs années, avait révélé une réalité préoccupante, caractérisée par l'encombrement des tribunaux, le manque de moyens, les retards dans la programmation des procès et dans l'application des peines, ainsi que la surpopulation carcérale[1486]. Afin de relever les enjeux d'efficacité et les impératifs de célérité nécessaires à l'avenir de l'institution judiciaire algérienne, une réforme visant la modernisation du secteur de la justice a été entreprise dès le début des années 2000. Cette réforme a été initiée par le président de la République qui a estimé, lors de son intervention devant le Conseil des ministres dans sa réunion du 30 octobre 2001, que la réforme de la justice, *« constitue le socle sur lequel doit se construire l'Etat de droit, seul cadre à même d'assurer le plein épanouissement de la citoyenneté»*[1487]. Sans

[1483] Conseil fédéral, Message relatif au code de procédure civile suisse, FF 2006 6841-6860.

[1484] LESTOURNELLE, Christian, « Les nouveaux modes alternatifs de règlement des différends-médiation et procédure participative », 4 e Convention des juristes de la Méditerranée, Actes du colloque d'Alger 9 -10 décembre 2012, *La semaine juridique*- Édition Générale -, Supplément au n˚27, juillet 2013, p 49.

[1485] JARROSSON, Charles, « Arbitrage et médiation dans la littérature », précité, p 168.

[1486] BOUDIAF, Ismahane, « La modernisation du secteur de la justice en Algérie », *Revue de la pensée juridique et politique*, vol 6, n°2, 2022, pp 268-282, (article en Arabe).

[1487] Communiqué des conseils des ministres du 30 Octobre 2001 disponible sur https://www.premier-

prétendre à une analyse exhaustive de cette réforme, il importe, néanmoins, d'en préciser les éléments majeurs qui selon le professeur Mostapha Karadji[1488] ont été la promulgation en 2008 d'un code de procédure civile et administrative[1489] qui a consacré des principes permettant d'asseoir une nouvelle forme de justice attractive, indépendante et surtout garante des droits des justiciables, dont essentiellement le principe d'égalité des armes[1490], le jugement dans un délai raisonnable[1491] et le respect du principe du contradictoire même lorsque le juge soulève un moyen d'ordre public[1492].

Depuis cette réforme, il convient de noter une avancée significative vers la réalisation de l'idéal d'une justice gratuite et accessible à tous, du moins en théorie, en Algérie. Les individus à faibles revenus ont désormais la possibilité de bénéficier de l'aide juridictionnelle pour couvrir les frais liés à la consultation d'un avocat. De plus, l'introduction de la pratique du juge unique, couplée aux progrès dans le domaine de la bureautique et de l'informatique, a permis de mieux gérer la pression sur le système judiciaire et de rendre les décisions dans des délais presque raisonnables, au prix d'un examen des causes plus rapides[1493]. Néanmoins, malgré ces efforts, les magistrats se trouvent confrontés année après année à une croissance exponentielle du volume des affaires, rendant de plus en plus difficile la gestion de cet afflux de contentieux, notamment dans les domaines civil et pénal. Cette situation s'est traduite par un nombre significatif de décisions prises après un examen sommaire des dossiers, de nombreux jugements rendus après avoir incité les avocats à se limiter à des observations sans développer leurs arguments, et trop de justiciables qui quittent le système judiciaire avec le sentiment de ne pas avoir été écoutés, privés d'une décision adaptée à leur situation[1494].

Ce décalage entre les besoins des justiciables et les solutions proposées par le système judiciaire formel constitue l'un des principaux facteurs qui ont encouragé le développement des méthodes alternatives de résolution des litiges dont la médiation car elles offrent une manière plus

---

ministre.gov.dz/fr/tag/conseil-des-ministres, consulté le 30/7/2023.

[1488] KARADJI, Mostapha, « La réforme de l'Etat en Algérie. Vers une thérapie de longue durée », *Revue de droit public algérien et comparé*, vol 2, n°1, 2016, pp 17-29.

[1489]La loi n°08-09 du 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative modifiée et complétée, précitée.

[1490]Article 3, alinéa 2 de la loi n° 08-09, précitée.

[1491] Article 3, alinéa 4 de la loi n° 08-09, précitée.

[1492] Article 3, alinéa 3 et l'article 843 de la loi n° 08-09, précitée.

[1493] BOUDIAF, Ismahane, « La modernisation du secteur de la justice en Algérie », précité.

[1494] MAKOURRA, Moufida, «La modernisation du secteur de la justice en Algérie : Étude des réalisations et diagnostic des obstacles», *Revue Milaf des recherches et des études*, vol 7, n°2, 2021, pp 69-78, (article en Arabe).

simple et économique de résoudre les conflits. Adaptées à de nombreuses situations, elles permettent aux parties de régler leurs différends de manière plus sereine, sans les contraintes temporelles associées au fonctionnement des tribunaux ou à la procédure judiciaire elle-même[1495].

Les bénéfices inhérents au recours à ces modes alternatifs de règlements des conflits sont bien documentés et ont été le sujet de nombreuses études et travaux[1496]. Aussi, l'objectif de notre recherche ne consiste pas à faire une énième lecture de ces avantages qui les rendent préférables aux solutions contentieuses et qui ont été résumés par les propagateurs et les utilisateurs de ces modes en quelques mots porteurs de sens profonds tels que «*proximité, originalité, souplesse, rapidité, participation et absence de solennité*»[1497]. Il est plutôt nécessaire d'examiner la réalité de cette judiciarisation dans le domaine de la santé en Algérie et de déterminer si elle justifie effectivement le développement de ces procédures non contentieuses, ou si elle n'est qu'une affirmation non fondée, amplifiée par l'effet loupe de la médiatisation qui accompagne souvent les affaires médicales.

Il est important de noter qu'à ce jour, il n'existe aucune étude exhaustive abordant la question de la judiciarisation dans le domaine de la santé en Algérie. Bien que certaines recherches aient ponctuellement relevé ce phénomène, aucune étude globale et quantitative n'a été entreprise. Cette lacune s'explique par l'absence de données statistiques objectives concernant le nombre de requêtes soumises aux tribunaux et le nombre de décisions et de condamnations rendues. En réalité, certaines de ces études ont plutôt évoqué une tension ressentie par les professionnels de la santé à l'égard des actions en justice et des décisions qui en découlent. Elles mettent en évidence le fait que le mécontentement des patients, qu'il soit justifié ou non, est souvent relayé par les médias locaux, amplifié par d'autres organismes de presse, et conduit le parquet à engager des poursuites pénales[1498]. Par ailleurs, d'autres études ont avancé la notion de judiciarisation pour expliquer certains changements de comportement chez les médecins, tels que la formalisation de l'information à travers l'écrit en utilisant des formulaires standardisés, comme mentionné précédemment dans notre chapitre relatif au droit à l'information[1499]. Cependant, ces travaux ne répondent pas de

[1495] TRICOIT, Jean-Philippe, *Le guide pratique du règlement amiable conventionnel. Panorama des modes amiables de règlement des différends* », Gualino, 2020, 384 P.

[1496] En Algérie, selon le moteur de recherche « thèses-Algérie », un total de 175 thèses de doctorat en droit abordant ce sujet ont été recensées pour la période de 2013 à 2023. En France, le moteur de recherche « thèses-France » répertorie environ 100 thèses portant sur ce domaine sur la même période.

[1497] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, p 122.

[1498] BOUGUERA, Ali, « Responsabilité civile médicale : Une étude du droit algérien», *Revue des sciences humaines*, vol 22, n°1, 2022, pp 1137-1155, (article en Arabe). Voir aussi LALOU, Rabah, « La responsabilité du médecin pour erreur médicale», *Revue des sciences juridiques et sociales*, vol 7, n°4, 2022, pp 605-918, (article en Arabe).

[1499] GUENIF, Ghenima, *Obligation du médecin de recueillir le consentement libre et éclairé du patient*, Thèse, précitée.

manière concluante à la question de savoir si les litiges portés devant les tribunaux sont effectivement en augmentation. Cette incertitude découle du fait que, dans le contexte algérien, il est difficile d'identifier des indicateurs concrets permettant d'évaluer cette éventuelle judiciarisation. En effet, sur le plan statistique, le ministère de la Justice algérien ne publie pas de données sur l'ampleur de ce contentieux ni sur son évolution.

Pour pallier cette difficulté méthodologique, nous avons choisi de focaliser notre analyse sur le bilan national des affaires portés devant la justice relative au secteur de la santé, compilé chaque année par la direction de la réglementation et du contentieux du ministère de la Santé. En fait, cette direction sollicite annuellement l'ensemble des établissements de santé afin de recueillir des rapports trimestriels et annuels relatant toutes les affaires impliquant ces établissements publics ou leur personnel dans divers contentieux, qu'ils soient liés à l'activité de soins ou à d'autres domaines. L'agrégation de ces rapports par la direction de la réglementation aboutit à l'établissement d'un bilan annuel qui n'est pas publié, destiné à l'usage interne du ministère de la Santé. Afin, de pouvoir exploiter certaines de ces données, nous nous sommes rapprochés du responsable de cette direction[1500] qui nous a déclaré que « *le nombre d'actions en justice, augmente chaque année avec un recours plus large pour les actions devant les juridictions pénales. A titre d'exemple en 2018, de manière globale, c'est-à-dire tous contentieux confondus, le nombre de procès médicaux a augmenté de 4,07% comparativement à l'année 2017, tandis que les affaires portés en pénal ont augmenté de 53% »*[1501]. Il est important de noter que les données fournies par le ministère de la Santé, bien que précieuses, ne peuvent rivaliser en termes de fiabilité avec celles qui auraient pu être obtenues du ministère de la Justice. Cette limitation découle principalement du phénomène de sous-déclaration des données réelles par les établissements de santé, une caractéristique inhérente au fonctionnement de toutes les administrations algériennes[1502]. Aussi, si elles peuvent témoigner de l'existence d'une « *pression conflictuelle* »[1503] elles ne peuvent accréditer de manière très précise la

Voir aussi, KHELIFI, Asma, «Le droit d'information et du recueil du consentement du patient», précité.

[1500] Suite à une demande formulée dans le cadre de notre recherche, monsieur Mohand Abdi, directeur de la règlementation et du contentieux au niveau du ministère de la santé nous a accordé un entretien en date du 15 avril 2021.

[1501] Nous avons délibérément sélectionné les années 2018 et 2017 à des fins d'échantillonnage, étant donné que les années 2019, 2020 et 2021 ont été marquées par une réduction notable de l'activité dans le secteur de la santé, principalement axée sur la gestion de la pandémie de la COVID-19. Le retour à une cadence de travail plus au moins normale a commencé à être amorcée en Algérie à la fin de l'année 2022.

[1502] HDIDANE, Sabrina et KHALED, Asmaâ, « La réforme administrative dans l'administration publique algérienne : une analyse des obstacles », *Afak Fikriya*, vol 9, n°1, 2021, pp 112-127, (article en Arabe).

[1503] Expression utilisée par Anne-Laude pour faire référence à l'ensemble des demandes en réparation des dommages causés par l'activité médicale et paramédicale, LAUDE, Anne, « La judiciarisation de la santé », *Questions de santé publique*, n° 20, mars 2013, pp 1-5.

thèse d'une inflation de la voie judicaire. Toutefois, ces données statistiques revêtent un intérêt particulier dans la mesure où elles permettent à travers une analyse plus fine, d'identifier un autre phénomène préoccupant, à savoir la pénalisation des fautes médicales. En effet, ce dernier est traduit par une augmentation significative du nombre d'affaires portées devant les juridictions pénales. Il est nécessaire de souligner que cette augmentation ne se signifie pas nécessairement une croissance concomitante du nombre de condamnations car ce n'est pas parce que les tentatives d'engagement d'une responsabilité sont éventuellement plus fréquentes que celles-ci sont pour autant fondées et réunissent les conditions légales pour permettre une condamnation. Néanmoins, cette tendance à elle seule est source de stigmatisation pour les professionnels de la santé. Il est vrai que la poursuite pénale pour une imprudence dans les soins donnés à un patient est toujours douloureusement vécue par les professionnels de santé, dont la fonction et la mission sont de soulager et guérir autrui.

En réalité, le phénomène actuel de judiciarisation répressive de l'activité de soins est étroitement lié à l'attrait de la procédure pénale ainsi qu'aux particularités substantielles et procédurales de cette voie juridique. Outre les avantages procéduraux qu'offre la voie pénale, les patients qui choisissent cette démarche sont principalement motivés par le désir de comprendre les circonstances et les causes des accidents dont ils se considèrent comme victimes[1504]. En matière civile, les victimes se heurtent souvent au secret médical et à l'opacité entourant les circonstances de l'acte médical. En optant pour la voie pénale, elles peuvent lever ce secret. Contrairement à l'accusation civile, qui repose sur les diligences des parties privées, l'accusation pénale implique le principe d'investigation collective au nom de la société. Par conséquent, la procédure pénale offre des avantages probatoires en plaçant la charge de la preuve sur le ministère public dans le cadre d'une procédure inquisitoire, qui, en théorie, exige une enquête équitable, tant à charge qu'à décharge[1505]. De plus, les victimes qui choisissent la voie pénale sont souvent motivées par un désir qui va au-delà de la réparation financière. Elles poursuivent un idéal plus élevé, parfois teinté de désir de vengeance, dans l'espoir que la condamnation du médecin puisse aider à surmonter le deuil et les blessures, voire à mettre un terme définitif à la carrière d'un médecin considéré incompétent[1506]. Cependant, la procédure pénale est perçue par de nombreux praticiens médicaux comme une démarche déshonorante, d'autant plus préoccupante qu'une fois enclenchée, elle semble difficilement réversible. En matière pénale, la question ne se limite pas aux aspects financiers, mais

[1504] MISTRETTA, Patrick, « Droit pénal médical », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol 2, n°2, 2019, pp. 437-448.

[1505] BOUZRARA-ZEGAR, Meriem, «La responsabilité pénale du médecin », *Revue des sciences juridiques et politiques*, Vol 9, n°2, 2023, pp 335-344, (article en Arabe).

[1506] Ibid.

se concentre sur la moralité du professionnel de la santé qui se retrouve stigmatisé, traité comme un coupable, voire comme un délinquant. Dans le contexte de la responsabilité pénale, bien que l'acte médical soit au centre de l'analyse, c'est en tant que citoyen traduit devant une juridiction pénale pour répondre de sa moralité sociale que la situation du professionnel de la santé est examinée avec une solennité dégradante. Même en l'absence de condamnation à l'issue de la procédure pénale, ce professionnel en subit les conséquences. Sur le plan financier, il doit s'entourer de ses propres conseils juridiques et avocats car l'assistance juridique offerte par l'établissement de santé n'est pas toujours efficace. En cas d'amende pénale, celle-ci ne sera pas couverte par une prise en charge assurantielle. Sur le plan professionnel, son implication dans une procédure pénale peut entacher sa réputation et sa probité au sein d'une profession qui repose essentiellement sur la confiance. Du point de vue psychologique, la procédure peut être traumatisante pour le professionnel de la santé, confronté à des interrogatoires, des confrontations, voire à une garde à vue et une mise en examen, avec la possibilité de contrôle judiciaire ou de détention provisoire. « *Le médecin n'exerce plus la même médecine avant et après une procédure pénale, laquelle laisse nécessairement des stigmates*»[1507].

En définitive, au-delà de la problématique de la judiciarisation en tant que mode d'évaluation des actes de soins par la justice, se pose en Algérie la question distincte et tout aussi cruciale du phénomène de la pénalisation de l'acte de soins qui conduit les professionnels de santé de plus en en plus souvent devant les juridictions répressives en raison de leurs fautes non intentionnelles. Cette question revêt une importance particulière étant donné l'absence d'une initiative législative en Algérie visant, à la manière de la loi Fauchon en France[1508], à mettre en place des dispositions légales qui ne permettent pas de condamner une personne physique sur le fondement d'un délit non intentionnel qu'à la condition qu'elle ait commis une faute « caractérisée » ou « délibérée ». Par conséquent, il est moins question de déjudiciarisation des litiges médicaux en Algérie que de la nécessité d'engager une démarche de dépénalisation des actes de soins qui doit être recherchée à travers la mise en place d'une voie de résolution des conflits autre que celle juridictionnelle, notamment par le biais de la médiation.

2. un mécanisme de prévention du contentieux

La médiation en santé ne se limite pas uniquement à résoudre des conflits déjà en cours, elle peut également jouer un rôle préventif significatif. Elle agit en tant que mécanisme créateur et réparateur du lien social, s'appliquant tant de manière secondaire lors du règlement des différends

[1507] BOUZRARA-ZEGAR, Meriem, «La responsabilité pénale du médecin », précité.

[1508] Voir *supra*, première partie, titre I, chapitre II.

qu'en tant que composante principale, bien en amont de tout conflit potentiel. Dans cette dernière optique, le mécanisme de médiation adopte une approche non seulement curative mais aussi préventive[1509]. En ce sens, il intègre un pouvoir de proposition et de recommandation au sein de son dispositif. Son objectif sera, alors, de prévenir la répétition des éléments déclencheurs des conflits potentiels, chaque cas de médiation offrant des enseignements précieux, permettant d'améliorer globalement la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

Cette approche préventive du mécanisme de médiation se rapproche considérablement du rôle des commissions des relations avec les usagers dont les conditions de création, les attributions et les règles de fonctionnement ont été détaillées, pour des raisons méthodologiques, précédemment dans le titre consacré à la gestion participative en santé.[1510]. Pour rappel, ces commissions auront pour mission de garantir le respect des droits des patients et des usagers des établissements de santé, de faciliter leurs démarches, et de contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge. Elles évalueront les pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, en se basant sur l'analyse des plaintes, des réclamations, et des retours de satisfaction. De plus, elles recueilleront à des fins d'analyse les mesures adoptées par l'établissement pour redresser les carences constatées afin de formuler les recommandations nécessaires visant notamment à améliorer la formation du personnel et à assurer le respect des droits des usagers. La médiation préventive s'exercera alors dans le cadre de ces nouvelles commissions permettant, ainsi, aux établissements de santé « *de concrétiser l'idée selon laquelle la démarche juridique doit être suffisamment anticipée au sein des établissements afin que la vision souvent pathologique du droit soit remplacé par une démarche préventive »*[1511].

Ainsi, la médiation et la gestion participative s'entrelaceront pour prévenir les conflits potentiels et restaurer un climat de confiance au sein du système de santé.

Section 2. Panorama des formes et des pratiques de médiation en droit algérien

Du fait de leur grande diversité, il est possible de classer les procédures de médiation en différentes catégories ou familles selon de multiples critères organiques, matériels ou encore structurels. Toutefois, pour des raisons méthodologiques facilitant l'analyse, nous avons décidé de retenir le critère traditionnellement utilisé par la doctrine pour présenter les modes alternatifs de

[1509] SAISON, Johanne, « Répondre à la défiance par le recours à la médiation », *Revue de droit sanitaire et social*, hors série 2021, pp 119-131.

[1510] Voir *supra,* deuxième partie, titre I, chapitre 2.

[1511] GIBELIN, Anne, *La médiation en santé. Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, Thèse, précitée, p 149.

règlement des conflits, distinguant entre procédures extrajudiciaires et judiciaires.

La médiation extrajudiciaire se déroule indépendamment de toute procédure juridictionnelle. Dans ce cadre, les parties choisissent d'un commun accord de faire appel à un tiers pour les aider à résoudre leur différend en dehors des tribunaux. Visant à offrir une justice pratique, elle a été élaborée pour un large éventail de conflits. En droit algérien, elle s'est initialement développée pour répondre aux conflits du travail souvent coûteux et déstabilisateurs. Elle est également associée aux litiges publics où une instance investie d'une autorité institutionnelle agit en tant que médiateur gracieux entre les citoyens et l'administration ***(§1).*** D'une manière opposée, la médiation judiciaire s'inscrit dans le cadre d'une procédure juridictionnelle, dans laquelle le juge peut ordonner son recours après l'accord des parties en conflit ou à la demande de l'une d'entre elles. Son objectif principal est de compléter et d'appuyer les procédures contentieuses, ce qui l'amène à être mise en œuvre aussi bien en matière judiciaire, administrative que pénale ***(§2).***

§1. La médiation extrajudiciaire en droit algérien: un cadre législatif modeste

La médiation peut être qualifiée d'extrajudiciaire lorsqu'elle est mise en place en dehors du cadre judiciaire, et que son déclenchement, son déroulement et la mise en œuvre de tout accord résultant de cette médiation se déroulent sans implication ou contrôle du système judiciaire. Cette forme de médiation, qui englobe un large spectre de situations, est présente en droit algérien, sous deux principales formes : La médiation du travail, domaine d'élection du contentieux social **(A)** et la médiation institutionnelle qui traite des litiges publics **(B).**

A. La médiation du travail: une faible place en droit algérien

A la suite de réformes entreprises en Algérie visant à libéraliser le cadre législatif régulant les relations de travail individuelles et collectives, ainsi que le contentieux social qui en découle **(1)**, le droit du travail algérien a permis le recours à la médiation en tant que moyen non juridictionnel ouvert aux salariés et aux employeurs pour la résolution de leurs différends avant que ce contentieux ne puisse être porté devant les juges **(2).**

1. La libéralisation du droit du travail en Algérie: rappel de quelques concepts

En Algérie, le début des années 1990, marque un tournant décisif dans l'évolution du droit du travail. À cette époque, l'économie du pays était en pleine restructuration, passant d'un modèle socialiste à une économie de marché. L'État se veut libéral garantissant la propriété privée et la liberté du commerce et de l'industrie. Cette orientation a entrainé une nouvelle conception des relations de travail reposant, désormais, sur de nouveaux fondements ainsi qu'une révision complète de la législation du travail se traduisant par l'adoption d'une série de lois accompagnée de

l'abrogation des anciens textes de tendance socialiste[1512].

Aussi, en l'espace de quelques mois, cinq textes législatifs ont été promulgués simultanément. La loi relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs du travail[1513] a marqué le point de départ. Cette législation a accordé aux travailleurs des instruments juridiques pour dialoguer, négocier et exprimer leur mécontentement en exerçant un droit de grève dont les conditions et les modalités sont similaires aussi bien pour le secteur privé que pour celui de la fonction publique[1514]. Cette loi était associée à différents textes régissant le monde du travail dont la loi n° 90-03relative à l'inspection du travail[1515] qui a permis de doter cette inspection d'une indépendance lui permettant un contrôle effectif de la norme juridique[1516]ainsi que la loi n°90-04 relative au règlement des conflits individuels de travail[1517] qui a créé une nouvelle procédure de règlement amiable des conflits individuels et a assuré un échevinage effectif dans la juridiction sociale[1518].

L'innovation majeure s'est produite avec l'adoption de la loi n° 90-11 relative aux relations de travail[1519]. Cette législation a réorganisé le rôle de l'Etat, chargé principalement de fixer les règles de l'ordre public social. Elle a ouvert un vaste champ à la négociation et aux conventions collectives, remplaçant ainsi la gestion étatique et réglementaire des relations de travail[1520]. Cela a entraîné un changement fondamental dans la manière dont le droit du travail était créé. « *Alors que la production de normes a été, jusque-là, le fait exclusif de l'État, elle est désormais, en vertu des nouveaux textes, une œuvre partagée avec les partenaires sociaux»*[1521]. De plus, les formes juridiques liées à l'emploi salarié et les normes régissant les conditions de travail ont également évolué. Le contrat individuel de travail a gagné en importance en remplacement du droit statutaire,

[1512] Notamment la loi n° 78-12 du 05-08-1978 portant le Statut Général du Travailleur, JORA n° 32 du 08/08/1978 et la loi n° 82-06 du 27-02-1982 relative aux relations individuelles du travail, JORA n° 06 du 02/03/1982.

[1513] La loi n° 90-02 du 6 février 1990 relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève modifiée et complétée, JORA n°6 du 7/2/1990.

[1514] Conformément à l'article 3 de la loi 90-02 précité qui précise que « *les dispositions de la présente loi s'appliquent à l'ensemble des travailleurs et employeurs, personnes physiques ou morales à l'exclusion des personnes civiles et militaires de la défense nationale*».

[1515] La loi n° 90-03 du 6 février 1990 relative à l'inspection du travail modifié et complétée, JORA n°6 du 7/2/1990.

[1516] En vertu de l'article 2 de la loi n° 90-03, précitée.

[1517] La loi n° 90-04 du 6 février 1990 relative au règlement des conflits individuels de travail, JORA n°6 du 7/2/1990.

[1518] Conformément à l'article 8 de la loi n° 90-04, précitée.

[1519] La loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail modifiée et complétée, JORA n° 17 du 25/4/1990.

[1520] En vertu des articles 114 et 123 de la loi n° 90-11, précitée.

[1521] KORICHE, Mohammed Nasr-Eddine, « Justice et règlement des conflits du travail en Algérie », *L'Année du Maghreb*, III, 2007, pp 39-54.

devenant ainsi un instrument juridique central pour établir une relation d'emploi salarié[1522]. En ce qui concerne les dispositions légales relatives aux conditions de travail, elles ont désormais une orientation plus flexible, souvent interprétée comme un moyen de dérégulation de certaines matières[1523]. Cette évolution a eu un impact sur la stabilité de l'emploi et la protection des travailleurs, mais elle était déterminante dans le contexte économique prévalent.

Enfin, la loi n° 90-14 relative aux modalités d'exercice du droit syndical[1524] a introduit une certaine mesure de libéralisation en consacrant de nouveaux droits collectifs, notamment la liberté syndicale et le droit à la participation des travailleurs. Désormais, ces derniers sont représentés de manière pluraliste au sein de l'entreprise, avec des représentants élus ou syndicaux[1525].Cependant, il est essentiel de noter qu'en pratique, ces syndicats pluralistes rencontrent des obstacles pour être pleinement impliqués dans le dialogue social. L'État employeur continue de privilégier ses relations avec l'ancien syndicat unique de l'époque dirigiste. En effet, bien que le pluralisme syndical soit officiellement établi, l'interprétation de la loi est telle qu'elle entrave effectivement sa mise en place. Deux techniques juridiques, à savoir l'agrément et l'appréciation de la représentativité, sont utilisées pour maintenir le monopole syndical en place[1526].

En réponse aux protestations formulées par les organisations syndicales autonomes concernant cette application jugée discriminatoire de la loi, ainsi qu'aux recommandations exprimées à plusieurs reprises par la commission de l'application des normes de l'Organisation internationale du travail, qui ont souligné la violation de la Convention n° 87 par l'État algérien[1527], ce dernier a décidé, plus de trente ans plus tard, de procéder à une révision partielle de la loi sur l'exercice syndical. La nouvelle loi n°22-06[1528] est ainsi adoptée permettant d'introduire deux nouvelles

[1522] Tel que dispose l'article 8 de la loi n° 90-11, précitée.

[1523] KORICHE, Mohammed Nasr-Eddine, « Justice et règlement des conflits du travail en Algérie », précité.

[1524] La loi n° 90-14 du 2 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical, modifiée et complétée, JORA n° 23 du 6/6/1990.

[1525] En vertu des articles 2 et 3 de la loi n° 90-14, précitée.

[1526] Conformément aux dispositions de l'article 8 (pour l'agrément) et des articles 35 et 37 (pour la représentativité) de la loi n° 90-14, précitée.

[1527] «*De nombreux cas de licenciement de délégués syndicaux en raison de leurs activités syndicales ont ainsi été relevés par les organes de l'OIT chargés du contrôle du respect des libertés syndicales. À maintes reprises, ces derniers ont exprimé leurs préoccupations au gouvernement algérien, lui demandant de s'assurer que l'action syndicale pouvait être exercée dans un climat exempt d'intimidations, sans violence ni discrimination à l'encontre des travailleurs salariés et de leurs représentants syndicaux ».* Chakib Boukli, Hacène, « La révision partielle de la loi relative aux modalités d'exercice du droit syndical en Algérie », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, n°3, 2022, pp 230-233.

[1528] La loi n° 22-06 du 25 avril 2022 modifiant et complétant la loi n° 90-14 du 2 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical, JORA n°30 du 27/4/2022.

mesures. La première est en relation avec la liberté syndicale et la seconde concerne les garanties apportées à l'exercice du droit syndical. En ce qui concerne la liberté syndicale, les mesures apportées par le gouvernement algérien demeurent largement insuffisantes, voire totalement inefficaces dans la mesure où ces amendements se limitent à la reconnaissance de la liberté de créer des unions, fédérations et confédérations syndicales[1529] ainsi qu'à la possibilité pour les travailleurs et les employeurs de nationalité étrangère de devenir membres fondateurs d'une organisation syndicale[1530]. En matière de protection de l'action syndicale, le législateur algérien a fait le choix singulier de la renforcer en se limitant à considérer tout licenciement d'un délégué syndical intervenu en violation des dispositions légales, comme nul et dépourvu d'effet[1531] mettant en place pour ce faire une procédure des plus singulières également[1532].

En dernier lieu, l'actualité juridique algérienne a été marquée en juin 2023, par l'adoption de la loi n° 23-08, qui traite de la prévention, du règlement des conflits collectifs de travail et de l'exercice du droit de grève[1533]. Cette nouvelle législation vise à améliorer le cadre légal de l'exercice du droit de grève et à établir de nouvelles modalités applicables tant dans le secteur économique public et privé que dans la fonction publique. Elle introduit plusieurs mesures qui n'étaient pas présentes dans la loi n° 90-02, notamment en ce qui concerne les mécanismes de résolution amiable des conflits collectifs, en renforçant l'efficacité des processus de conciliation, de médiation et d'arbitrage, ainsi que des mesures visant à renforcer la confiance entre les partenaires sociaux.

L'examen de l'ensemble des changements résultant des diverses réformes entreprises par l'Algérie en matière de législation du travail revêt une importance particulière. Toutefois, notre analyse se concentrera sur la dimension liée au règlement des conflits sociaux, notamment à travers la médiation, aspect central de notre recherche. Aussi, avant d'explorer les questions connexes, il est nécessaire de clarifier un concept clé en droit algérien. La résolution du contentieux social

[1529] Tel que dispose l'article 2 de la loi n° 22-06, précitée.

[1530] En vertu de l'article 5 de la loi n° 22-06, précitée.

[1531] Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 22-06, précitée.

[1532] L'article 6 de la loi n°22-06, précitée prévoit qu'en cas de refus manifeste de l'employeur de réintégrer le délégué syndical licencié de manière illégale, l'inspecteur du travail compétent dans la région établit un « procès-verbal de refus d'obtempérer ». Ce document est ensuite remis à ce délégué syndical ainsi qu'à son syndicat, pour être utilisé dans le cadre de leur action en vue de la réintégration devant la juridiction sociale compétente. Cette dernière rend un jugement exécutoire sur provision dans un délai de 30 jours maximum, sans attendre d'autres recours, annulant la décision de licenciement et ordonnant la réintégration du délégué syndical à son poste de travail. Au delà de sa complexité, cette procédure soulève plusieurs interrogations notamment en ce qui concerne l'opportunité de l'annulation par décision de justice d'une décision réputée de plein droit nulle et de nul effet.

[1533] La loi n° 23-08 du 21 juin 2023 relative à la prévention, au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève, JORA n°42 du 25/6/2023.

repose en Algérie sur une législation qui distingue les conflits individuels des conflits collectifs de travail[1534]. Un conflit est qualifié d'individuel lorsqu'un différend oppose un salarié à un employeur au sujet de l'exécution de la relation de travail[1535]. Il peut porter sur la reconnaissance d'un droit individuel accordé au salarié par la loi, le règlement ou la convention collective. En revanche, constitue un conflit collectif de travail, tout désaccord relatif aux relations socioprofessionnelles et aux conditions générales de travail entre, d'une part un groupe de travailleurs salariés ou leurs représentants syndicaux et, d'autre part un employeur, un groupe d'employeurs ou leurs représentants syndicaux[1536]. Cette distinction est élémentaire car elle conditionne la détermination de la voie de résolution du conflit, qu'il soit dirigé vers un règlement par voie juridictionnelle ou extrajuridictionnelle.

2. La médiation du travail en droit algérien: mode alternatif ou recours préalable ?

Pour le règlement des différends individuels ou collectifs de travail, la législation algérienne prévoit d'abord l'intervention d'organismes internes au sein de l'organisme employeur, visant à prévenir les conflits du travail, sans recourir à une tierce partie. Dans ce contexte, en matière de conflits individuels de travail, le législateur encourage les partenaires sociaux à inclure dans les conventions collectives des procédures de règlement interne. En l'absence de telles procédures conventionnelles, le différend doit être soumis à des procédures inspirées du droit administratif, dont le principe est le recours du salarié à ses supérieurs, selon la voie hiérarchique. Ce n'est qu'après épuisement des voies de règlement interne, quelles qu'elles soient, que le travailleur peut saisir l'inspecteur du travail. Par ailleurs, pour la prévention des conflits collectifs de travail, le législateur algérien renvoie aux conventions ou accords collectifs pour définir les modalités et la fréquence des réunions que l'employeur et les représentants des travailleurs devraient tenir afin d'examiner la situation des relations socioprofessionnelles et des conditions générales de travail au sein de l'entreprise. Lorsque ces réunions font apparaître un différend, le législateur encourage également les partenaires sociaux à le soumettre à des procédures internes à l'entreprise pour une tentative de règlement. Ces procédures pourraient être définies dans les conventions ou accords collectifs de travail. Aussi, lorsque le différend, individuel ou collectif, n'est pas réglé au sein même de l'entreprise, il devient alors un conflit dont la résolution requiert des parties le recours à une tentative de résolution non juridictionnelle, menée par des instances extérieures à l'entreprise. Il

[1534] Il existe un texte législatif spécifique pour régir différemment chaque type de conflits, à savoir la loi n°90-04 et la loi n°23-08, précitées.

[1535] Conformément aux dispositions de l'article 2 de la loi 94-04, précitée.

[1536] Conformément aux dispositions de l'article 2 de la loi n°23-08, précitée.

convient ainsi de relever que le législateur algérien semble attaché à n'attribuer la qualification juridique de conflit aux différends individuels ou collectifs que si, et seulement si, ils n'ont pas trouvés de solution à la suite du recours à des instances et procédures internes de règlement[1537]. Ce choix s'explique, probablement par la volonté du législateur algérien de privilégier la résolution de conflits du travail à travers des approches de proximité et de négociation. Il vise également à déjudiciariser le contentieux du travail d'autant plus que la procédure de règlement interne préalable est considérée comme une étape substantielle, rendant irrecevable toute demande en justice contraire à cette démarche[1538].

Après épuisement des procédures de règlement interne, le législateur algérien prévoit, en matière de conflits individuels de travail, le recours à une autre procédure de règlement amiable. Nous avons choisi, pour des raisons méthodologiques, de ne pas la développer, bien qu'elle mérite et peut faire l'objet de développements conséquents. Ce choix est guidé par le fait que la médiation ne se rattache pas à cette catégorie de conflits et que, par conséquent, son analyse risque de déborder sur la problématique de notre recherche. Nous relèverons, cependant, une remarque essentielle qui consiste à préciser que cette procédure, qui repose essentiellement sur l'intervention de bureaux de conciliation légalement institués pour ce faire[1539], est solidement ancrée en droit algérien depuis plus de trente ans. Elle demeure l'un des rares dispositifs normatifs du droit du travail qui n'a pas été sujet à des amendements ou des modifications depuis sa promulgation à ce jour.

En revanche, en matière de conflits collectifs, le législateur algérien prévoit des procédures obligatoires de conciliation et de médiation pour les différends qui n'ont pas été résolus dans le cadre des démarches internes. L'arbitrage est également envisagé comme une option[1540]. Pour les besoins de notre recherche, nous avons choisi, également, de ne pas approfondir l'analyse des procédures de conciliation, car elles se situent en dehors du champ de notre étude. Il est toutefois important de noter que la conduite de la procédure de conciliation relève de la compétence de l'inspecteur du travail saisi par l'une des parties au conflit. Les audiences de conciliation impliquent la participation obligatoire de l'employeur et des représentants des travailleurs. En cas de succès,

[1537] Cette condition est citée explicitement dans sa définition des conflits individuels (article 2 de la loi 94-04) ainsi que dans sa définition des conflits collectifs (article 2 de la loi n°23-08).

[1538] La Cour suprême a eu, toutefois, l'opportunité de statuer en faveur du droit fondamental à l'accès à la justice. Elle a affirmé que même si la tentative de conciliation n'a pas eu lieu en réalité, pour quelque raison que ce soit, le demandeur peut néanmoins engager une action en justice si celui-ci peut démontrer qu'il a rempli les obligations légales nécessaires pour déclencher la procédure de conciliation obligatoire, C. Suprême, affaire n° 107398 du 30-3-1994, revue juridique de la Cour Suprême, n°1, année 1994, p 121.

[1539] Conformément aux dispositions du titre III de la loi n°94-04, précitée.

[1540] Tel que dispose l'article 6 de la loi n°23-08, précitée.

elle aboutit à la rédaction d'un procès-verbal de conciliation qui enregistre l'accord réalisé. Dans le cas contraire, l'inspecteur du travail établit un procès-verbal de non-conciliation[1541].

L'échec partiel ou total de la tentative de conciliation marque le passage obligatoire à la médiation en vertu de la nouvelle loi n°23-08 alors qu'elle était une voie optionnelle dans l'ancien texte. Cette évolution représente, d'ailleurs, l'une des nouveautés significatives de cette législation qui a également introduit, dans le cadre de ses innovations, une définition de la médiation la décrivant comme étant une « *procédure par laquelle les conflits collectifs de travail sont confiés à un tiers dénommé ''médiateur'' choisi, d'un commun accord, parmi les personnes figurant sur la liste des médiateurs, dont la mission est de proposer un règlement amiable du conflit collectif* ». Au sens de cette loi, la médiation intervient avant le déclenchement de toute grève. Le médiateur est désigné librement d'un commun accord entre les deux parties. Pleinement investi de leurs confiances, il reçoit d'elles les informations utiles sur le conflit qui les oppose et joue le rôle d'un expert qualifié. La loi lui accorde explicitement des pouvoirs d'investigation liés à sa mission. Ainsi, il peut s'informer de la situation économique de l'organisme employeur et de la situation des travailleurs concernés par le conflit collectif de travail en consultant tous les documents d'ordre économique, comptable, statistique, financier ou administratif pouvant l'aider dans l'accomplissement de sa mission. En matière de législation du travail, il peut se faire assister par l'inspection du travail territorialement compétent. La mission du médiateur consiste à formuler des propositions de règlement du conflit, qu'il présente sous forme de recommandations à l'approbation des parties. Ces propositions ne revêtent aucun caractère obligatoire[1542].

Mérite également d'être souligné, le fait que le législateur algérien a choisi de considérer comme facultatif le recours à la médiation en matière des conflits collectifs survenant au sein des institutions et administrations publiques où seule la procédure de conciliation demeure obligatoire[1543]. Ce choix, en contraste avec la démarche retenue dans le secteur économique, peut s'expliquer par la vision du législateur algérien des personnes morales de droit public, souvent assimilées aux pouvoirs régaliens de l'État et auxquelles il est difficile d'appliquer deux des critères essentiels de la médiation, à savoir l'extériorité du médiateur et son absence de pouvoir[1544].

Enfin, il est important de noter que le droit du travail algérien n'a pas formellement consacré de

[1541] Conformément aux articles de 7 à 13 de la loi n°23-08, précitée.

[1542] En vertu des articles de 14 à 19 de la loi n°23-08, précitée.

[1543] Tel que dispose l'article 28 de la loi n°23-08, précitée.

[1544] OUKIL, Mohamed-Amine, « Efficacité de la médiation en tant que procédure alternative de règlement des conflits en matière administrative : une étude critique», *Revue internationale de recherches juridiques et politiques*, vol 5, n°1, 2021, pp 122-141, (article en Arabe).

dispositions permettant aux travailleurs de signaler les situations d'harcèlement moral ou d'harcèlement sexuel[1545]. Cette catégorie de conflit individuel du travail aurait pu, à l'instar du droit français, être résolue à travers des procédures de médiation, favorisant ainsi son essor dans un domaine qui, dans le contexte juridique algérien, est resté totalement inexploré jusqu'à présent.

Bien que l'approche adoptée par le législateur algérien en matière de médiation du travail représente une innovation notable, le manque de recul nous empêche encore d'évaluer pleinement ses effets ou de tirer des conclusions définitives sur son efficacité à résoudre les conflits de travail. Néanmoins quelques observations préliminaires nous permettent d'avancer que ce modèle s'oppose substantiellement à la philosophie de la médiation que nous ambitionnons d'intégrer dans le système de santé algérien. En effet, notre modèle est fondé sur la responsabilité et l'autonomie des participants, où un médiateur impartial, indépendant et neutre, sans aucun pouvoir coercitif, joue un rôle clé. La seule autorité que possède ce médiateur est celle que les parties lui reconnaissent. De plus, le caractère contraignant de la médiation du travail pourrait compromettre sa nature intrinsèquement volontaire et participative. Le professeur Michèle Guillaume-Hofnung a exprimé des réserves à cet égard, soulignant qu'il « *y avait lieu de s'inquiéter de la tendance à rendre la médiation obligatoire* »[1546].

B. Le médiateur de la République : une expérience de médiation institutionnelle

La médiation institutionnelle est une médiation encadrée par des dispositions réglementaires ou législatives. Son régime juridique résulte des textes qui la fondent. Dans le champ de la médiation institutionnelle marqué par un entrelacs complexe de dispositifs où la plupart des médiateurs institutionnels ne sont ni tiers ni indépendants ni sans pouvoir, le médiateur de la République occupe, en Algérie une position dominante, du fait notamment de son indépendance statutaire et de sa vocation transversale **(1)** ainsi que de la nature des pratiques de médiation dans cette institution **(2).**

1. Portrait de l'institution en droit algérien

Voie de recours non contentieuse en matière administrative, le médiateur de la République a été conçu comme un instrument visant à améliorer le fonctionnement de l'administration dans ses relations avec les citoyens. Intervenant gracieusement, à leurs demandes, cette institution reçoit les

[1545] ZOUBA, Azzedine, « A propos de l'absence de dispositions de protection de la femme contre le harcèlement sexuel dans la législation du travail algérienne - Une étude comparative -», *Revue du droit du travail et de l'emploi*, vol 5, n°1, 2020, pp 157-183, (article en Arabe). Voir aussi, FIDMA, Abdelhek, « Problématique du harcèlement moral au travail : Une étude socio-légale», *Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 13, n°1, 2022, pp 974-987.

[1546] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, p 83.

plaintes des citoyens, les traite en relation avec les administrations concernées[1547] et les aide, ainsi, à défendre leurs droits et libertés. Elle formule également sur cette base des propositions de réformes. Sans être une spécificité algérienne[1548], l'expérience de cette institution revêt dans le contexte algérien plusieurs singularités qu'il importe d'examiner.

En effet, en Algérie, l'histoire de cette institution est marquée par une grande instabilité. S'inscrivant dans le processus très en vogue du règlement amiable des conflits, sa première création date de la promulgation du décret présidentiel du 23 mars 1996[1549], suivi immédiatement par un second texte portant nomination du premier médiateur de la République[1550] en la personne de Monsieur Abdesslam Habachi[1551]. L'institution fonctionne de manière continue jusqu'au 2 août 1999, date de sa suppression par le décret présidentiel n° 99-170[1552], à peine cinq mois après l'élection du président de la République Abdelaziz Bouteflika, soulevant ainsi des interrogations sur l'instabilité des institutions publiques en Algérie dont les causes profondes sont corrélées à la gouvernance politique du pays[1553]. En 2001, le décret présidentiel n°01-71[1554] crée la commission

[1547] Sont ainsi concernés les administrations de l'État, les collectivités locales, les établissements publics et tout autre organisme investi d'une mission de service public.

[1548] La législation suédoise est souvent citée comme étant à l'origine de la création de l'institution du médiateur de la République, communément appelé « Ombudsman ». Cette dénomination a rapidement été adoptée par d'autres nations scandinaves, dont la Finlande, la Norvège, la Nouvelle-Zélande et le Danemark. L'Espagne a opté pour l'appellation « Défenseur du Peuple », tandis qu'au Maroc, elle est connue sous le nom de « Diwan el Madalim ». En Tunisie, cette institution est désignée par « el Mawafik el Idari ». En France, elle a été intégrée « sous le nom de "Défenseur des droits ». Cette diversité terminologique reflète les particularités de chaque système administratif, tout en préservant le principe fondamental d'une médiation indépendante du pouvoir judiciaire. BAHLOULI, Abou Elfadel-Mohamed, «Le médiateur de la République : institution de facilitation des relations entre l'administration et les citoyens et de développement de la société», *Al-Naciriya*, vol 13, n°1, 2022, pp 12-35, (article en Arabe).

[1549] Décret présidentiel n°96-113 du 23 mars 1996 portant institution du médiateur de la république, JORA n°20 du 31/03/ 1996.

[1550] Décret présidentiel n°96-114 du 23 mars 1996 portant nomination du médiateur de la république, JORA n°20 du 31/03/ 1996.

[1551] Le choix de Abdesslam Habbachi pour occuper ce poste mérite une précision. En tant qu'ancien militant de la Révolution algérienne, il a été investi de la mission de président de la commission nationale indépendante de suivi des élections présidentielles (C.N.I.S.E.P) qu'il venait juste d'achever quand il a été désigné en tant que premier médiateur de la République. Certains observateurs du contexte algérien estiment que ce choix s'inscrit dans une logique de forte personnalisation de cette institution tendant à la réduire aux propriétés du titulaire de la fonction, qu'il s'agisse de son charisme, de son capital politique ou de ses compétences juridiques. Cette observation se confirme également par la décision du président Abdelmadjid Teboune de nommer Karim Younes, un homme politique ayant joué un rôle clé lors de la crise politique en Algérie en 2019, pour redonner vie à cette institution.

[1552] Le décret présidentiel n° 99-170 du 2 aout 1999 portant suppression de l'institution du médiateur de la République, JORA n° 52 du 4/08/1999.

[1553] BOSERUP, Rasmus Alenius, « Décennies de stabilité avant la rupture (2000-2020) », *Pouvoirs*, vol 176, n°1, 2021, pp 5-15.

[1554] Le décret présidentiel n° 01-71 du 25 mars 2001 portant création de la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'Homme, JORA n°18 du 28/03/2001, abrogé par l'Ordonnance n° 09-04 du

nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'Homme et lui transfère les missions de l'ancien médiateur. Elle est notamment chargée à ce titre d'assurer des activités de médiation pour améliorer les relations entre les administrations publiques et les citoyens[1555]. Par la suite, après la réforme constitutionnelle de 2016, l'article 198 de la nouvelle Constitution a donné naissance au conseil national des droits de l'Homme dont le fonctionnement est régi par la loi n°13-16[1556]. Ce texte a abrogé les dispositions relatives à la commission consultative des droits de l'Homme[1557] et institué, au sein du conseil des droits de l'Homme, une commission permanente de médiation, chargée d'examiner et de suivre les demandes de personnes physiques ou morales en cas d'abus de pouvoir de la part de l'administration[1558]. Dans le cadre des réformes entreprises sous la présidence du Président Abdelmadjid Tebboune, le décret présidentiel n°45-20[1559] rétablit l'institution du médiateur de la République, lui redonnant vie et confirmant son rôle dans le paysage institutionnel algérien.

L'examen des conditions qui ont conduit à la création de cette institution, telles qu'elles ont été exposées par le professeur Souad Ghaouti dans une étude portant sur l'expérience algérienne du médiateur de la République, notamment pour sa première période d'existence[1560], révèle que ce projet est né aux confluents de plusieurs logiques émanant de la sphère juridique et politique. Du point de vue juridique, cette instauration s'est développée, tout d'abord, dans le contexte de la reconnaissance de la nécessité d'une voie de recours parallèle en matière de contentieux administratif, symbolisée en Algérie par la mise en place d'un médiateur local dans chaque wilaya à partir de 1986. Ces médiateurs locaux, nommés par arrêté du wali et rattachés à son cabinet, étaient chargés de recevoir les doléances des citoyens et de les traiter localement[1561]. De plus, elle s'est

---

27 aout 2009 relative à la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'Homme, JORA n° 49 du 30/08/2009.

[1555] Conformément à l'article 6 du décret présidentiel n° 01-71, précité.

[1556] Loi n° 16-13 du 3 novembre 2016 fixant la composition et les modalités de désignation des membres du Conseil national des Droits de l'Homme ainsi que les règles relatives à son organisation et à son fonctionnement, JORA n°65 du 6/11/2016.

[1557] En vertu de l'article 33 de la loi n° 16-13, précitée.

[1558] Conformément à l'article 24 de la loi n° 16-13, précitée.

[1559] Décret présidentiel n° 20-45 du 15 février 2020 portant institution du médiateur de la République, JORA n° 9 du 19/02/2020.

[1560] GHAOUTI, Souad, « Le médiateur de la république : L'expérience algérienne de 1996 à 1999 », dans, *Annales de l'Université d'Alger 1*, Actes du colloque international sur les modes alternatifs de règlements des conflits, Alger 6 et 7 mai 2014, n°03, 2014, pp 262-279.

[1561] Conformément à la circulaire n°273 du 22/1/1986/M de l'Intérieur/relative aux médiateurs locaux.

inscrit dans la philosophie de la modernisation de l'administration centrée sur l'amélioration des relations avec les citoyens formalisée par la promulgation du décret n°131-88[1562], premier texte juridique organisant les relations entre l'administration et les administrés en droit algérien, ainsi que par trois arrêtés d'application émanant du ministère de l'Intérieur visant à améliorer les conditions d'information et de réception des citoyens et luttant contre certaines lenteurs administratives[1563]. Faisant écho à notre titre dédié à la gestion participative, il convient de rappeler que ce texte, considéré comme l'un des plus importants de la législation algérienne, a certes exprimé la volonté manifeste des pouvoirs publics de réduire les «insatisfactions » du citoyen mais sans pour autant mettre fin au sentiment de la mal-administration voir de *hogra*[1564] profondément ancré dans les esprits des algériens. Par ailleurs, sur le plan politique, cette création est envisagée comme un instrument potentiel pouvant contribuer à l'essor de la société en répondant aux besoins des usagers en matière d'équité. Elle vise à garantir la neutralité de l'administration, à moraliser la vie publique et à renforcer les mécanismes de contrôle. En réalité, l'institution du médiateur de la République en Algérie a émergée et a été réactivée à deux moments clés de l'histoire de ce pays, tous deux liés à des élections présidentielles qui se sont déroulées dans des contextes de rupture de la légitimité juridique et politique[1565]. Elle a constitué un thème fort et récurrent dans les programmes de la campagne électorale des deux candidats Liamine Zeroual et Abdelmadjid Tebboune qui, une fois élus respectivement en 1995 et 2019, ont rapidement mis en place l'institution[1566].

Par ailleurs, l'examen du cadre juridique de cette institution appelle plusieurs précisions. En matière d'encadrement normatif, il est important de noter que lors de l'adoption du premier texte créant l'institution du médiateur de la République, celle-ci aurait pu être inscrite dans le marbre constitutionnel[1567], ce qui aurait assuré sa pérennité, sa légitimité, et son indépendance face aux

[1562] Décret exécutif n°88-131 du 4 juillet 1988 organisant les rapports entre l'administration et les administrés, précité.

[1563] Les trois arrêtés traitent respectivement de la correspondance entre services locaux et citoyens, l'amélioration des conditions de réception, d'information et d'orientation du public et enfin de la rationalisation des conditions d'obtention des certificats d'hébergement et de résidence. Ils sont publiés au JORA n°39 du 28/09/1988.

[1564] Expression familière algérienne qui porte plusieurs sens englobant le mépris, l'oppression, l'injustice, ou l'abus de pouvoir perpétrés en toute impunité par les autorités envers la population sous leur gouvernance.

[1565] Le président Liamine Zeroual a été élu à la suite de la période transitoire durant laquelle l'Algérie était dirigée par un Haut comité d'État, une autorité politique provisoire mise en place du 14 janvier 1992 au 30 janvier 1994 en réponse aux événements de 1988 et à l'interruption du processus électoral. En revanche, le président Abdelmadjid Teboune a été élu en pleine période du *Hirak*, une série de manifestations hebdomadaires qui ont eu lieu entre 2019 et 2021 en Algérie, d'abord pour protester contre la candidature d'Abdelaziz Bouteflika à un cinquième mandat présidentiel, puis pour demander la mise en place d'une Deuxième République et le départ des dignitaires du régime.

[1566] Le Président Liamine Zeroual a mis en place la Médiation de la République en quatre mois, tandis que le Président Abdelmadjid Teboune l'a réactivée en seulement deux mois.

[1567] D'autant plus que c'est la Constitution de 1989, en vigueur à l'époque, qui a institué le Conseil constitutionnel. Par ailleurs, elle contenait les fondements nécessaires pour la reconnaissance du médiateur de la République par voie

évolutions économiques et législatives. Cependant, le législateur algérien a choisi de ne pas suivre cette voie, laissant au pouvoir règlementaire le soin de la créer. Une démarche inexpliquée d'autant plus que d'autres pays, tels que la France, ont érigé l'institution du Défenseur des droits, reprenant les missions d'anciennes autorités administratives indépendante et remplaçant l'ancien médiateur de la République au rang d'autorité constitutionnelle indépendante[1568], considérant que sa constitutionnalisation est une évolution nécessaire pour garantir les droits des citoyens[1569]. Outre ce traitement normatif peu valorisant, l'institution du médiateur de la République en Algérie, telle que définie par son texte de création, se trouve également confrontée à une ambiguïté quant à sa nature juridique. En effet, elle est définie en tant « *qu'instance de recours non juridictionnelle* »[1570], ce qui ne permet pas de la classer dans la catégorie des autorités administratives indépendantes. Cette ambiguïté est d'autant plus entretenue par le mode de nomination du médiateur et son rattachement au président de la République, auquel revient également l'entière liberté de le révoquer[1571]. Assurément, ce rattachement au pouvoir exécutif approfondi la controverse autour de la nature juridique de cette institution d'autant plus que ses relations avec les autres pouvoirs n'ont pas été précisées dans le cadre de ce texte. Alors que la constitutionnalisation d'organismes chargés d'assumer des fonctions administratives telles que le Conseil constitutionnel ou l'Organe national de prévention et de lutte contre la corruption a été envisagée en droit algérien[1572], il est regrettable de ne pas avoir accordé à cette institution une position appropriée, étant donné sa nature complexe, son lien avec le président de la République ainsi que son rôle dans le domaine du pouvoir exécutif qui lui permet d'évaluer le fonctionnement des administrations et des services publics, sans se confondre pour autant avec eux. Cette institution doit être reconnue et admise comme une autorité *sui generis*, même si cela peut compliquer la classification des institutions établie par les théoriciens

législative, conformément à l'article 115, alinéa 1.

[1568] Inscrite dans la Constitution depuis la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008, Ses missions et pouvoirs sont définis par les lois organique n° 2011-333 et ordinaire n° 2011- 334 du 29 mars 2011. Voir DANTONEL-COR, Nadine. « Fiche 9. Le Défenseur des droits », dans, *Fiches d'Institutions administratives,* Ellipses, 2020, pp. 75-81.

[1569] CHELLALI, Réda, «La place du médiateur de la République dans le système institutionnel algérien », *Revue des sciences humaines et sociales*, vol 3, n°1, 2022, pp 181-205, (article en Arabe).

[1570] Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret présidentiel n° 20-45, précité qui se lisent comme suit: « *Le médiateur de la République est une instance de recours non juridictionnelle qui contribue à la protection des droits et libertés des citoyens et à la régularité du fonctionnement des institutions et administrations publiques* ».

[1571] Tel que dispose l'article 12 du décret présidentiel n° 20-45, précité.

[1572] Conformément aux articles 182 et 202 du décret présidentiel n°96-438 du 7 décembre 1996 relatif à la publication au journal officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire de la révision constitutionnelle adoptée par référendum du 28 Novembre1996, précité.

du droit[1573].

2. Une pluralité de pratiques et un engouement de la population

L'expérience algérienne du médiateur de la République s'est caractérisée par son extrême densité et un engouement de la population pour cette institution, perçue comme recours complémentaire, additionnel ou ultime pour les citoyens une fois toutes les autres voies épuisées[1574]. Dès la première année de sa création en 1996, 36 637 requêtes sont parvenues au médiateur de la République, dont 25 785 ont été traitées[1575]. Cet engouement initial n'a pas faibli, puisque l'instance a été destinataire en 2020 de plus de 62 000 requêtes, dont 61 000 ont été traitées[1576]. En réalité, ce qui a séduit les citoyens, c'est la grande flexibilité et la célérité de la procédure, en contraste avec la lenteur et la complexité des procédures administratives et contentieuses, avec un délai de traitement moyen des requêtes estimé à trois mois[1577].

En effet, cette démarche se distingue par l'absence de la lourdeur du formalisme habituellement associée aux procédures contentieuses. Une simple requête écrite ou une demande d'audience sont suffisantes pour saisir directement cette instance, sans être soumis à des contraintes de délai ni à un quelconque filtre, tel que le filtre parlementaire qui était prévu par l'institution française équivalente[1578]. Toutefois le dispositif normatif algérien a établi certains critères de recevabilité des requêtes, qui concernent à la fois la qualité du requérant, limitée aux personnes physiques,[1579] et la sphère de compétence de l'institution, soumise à plusieurs limitations, notamment en ce qui concerne les litiges entre les services publics et leurs agents, ainsi que

[1573] CHELLALI, Réda, «La place du médiateur de la République dans le système institutionnel algérien », précité.

[1574] BAHLOULI, Abou Elfadel-Mohamed, «Le médiateur de la République : institution de facilitation des relations entre l'administration et les citoyens et de développement de la société», précité.

[1575] Ce bilan est cité par professeur Souad Ghaouti qui fait référence à un rapport non publié du médiateur de la République algérien pour l'année 1996-1997, GHAOUTI, Souad, « Le médiateur de la république : L'expérience algérienne de 1996 à 1999 », précité, p 268.

[1576] Suivant le bilan communiqué par Le médiateur de la République, Madjid Ammour, le jeudi 19 janvier 2023, lors de la rencontre « Gouvernement-Walis » tenue à Alger du 19 au 21 janvier 2023, sous le thème « Développement local: évaluation et perspectives », disponible sur https://mediateur.el-mouradia.dz/ consulté le 11/5/2023.

[1577] Ibid.

[1578] En France, avant l'adoption de la loi organique du 29 mars 2011, précitée, les réclamations concernant la « mission déontologie de la sécurité » étaient soumises à un filtre parlementaire. Après la réforme introduite par cette loi organique, le législateur a prévu qu'elles pourraient être engagées directement, par toute victime ou simple témoin d'un manquement dans ce domaine, simplification qui en quelques semaines s'est traduite par une multiplication par trois du nombre des saisines. Voir SENGHOR, Richard, « Les grands chantiers du Défenseur des droits », *Revue française d'administration publique*, vol 139, n°3, 2011, pp 507-515.

[1579] En vertu de l'article 3 du décret présidentiel n° 20-45, précité.

l'existence d'une procédure judiciaire ou d'une décision de justice préalable[1580].De plus, les domaines liés à la sécurité de l'État, à la défense nationale et à la politique extérieure sont explicitement exclus de ses attributions[1581].

L'analyse des dispositions qui délimitent le champ d'intervention du médiateur de la République, autorise plusieurs observations. Tout d'abord, en ce qui concerne les réclamants, le texte algérien utilise de manière interchangeable les termes, citoyen et personne physique, ce qui suscite deux questions importantes. La première question concerne le couple de mots citoyen-personne physique, tandis que la deuxième concerne les implications du terme personne physique en ce qui concerne la saisine du médiateur de la République. Le terme citoyen est généralement employé pour désigner un individu ayant la nationalité d'un pays, tandis que le terme personne physique est un terme générique utilisé pour le distinguer du terme personne morale. Cependant, l'utilisation de ces deux termes dans les articles 2 et 3 du décret présidentiel n° 20-45 pourrait restreindre la qualité des plaignants autorisés à saisir le médiateur de la République. En effet, le terme citoyen semble exclure la possibilité pour un étranger de présenter une réclamation à cette institution, alors que le terme personne physique semble permettre cette possibilité. Par ailleurs, le terme personne physique renferme également une autre restriction excluant toute réclamation émanant d'une personne morale. Cette exclusion ne semble pas avoir de justification juridique ou objective d'autant plus si l'on sait que le législateur français donne la possibilité pour toute personne morale de saisir, en son nom, le Défenseur de la République, et que le mouvement associatif en Algérie, en plein essor, n'échappe pas non plus aux conséquences d'une mal-administration. Par ailleurs, une autre remarque essentielle mériterait d'être soulignée concernant les limites de compétence du médiateur en ce qui concerne les litiges opposant les services publics à leurs agents. L'énoncé normatif vague ne permet pas de déterminer si le médiateur de la République peut se considérer compétent pour traiter les litiges entre ces services publics et leurs agents, notamment lorsque ces derniers perdent leur statut en raison de départs volontaires ou non. De même, la restriction d'examiner les litiges en présence d'une procédure judiciaire préalable ou d'une décision de justice suscite des interrogations quant à la possibilité d'intervention du médiateur dans des situations où les procédures judiciaires sont excessivement lentes, ce qui pourrait être assimilé à une forme de « mal-administration » de la justice, ou dans des réclamations liées à l'exécution des décisions de justice devenues définitives. En outre, se pose la question de la capacité du médiateur de la République à intervenir lorsque, dans le cadre du contentieux administratif, un plaignant se voit opposer une fin de non-recevoir, sachant que le contentieux administratif présente des

[1580] Conformément à l'article 4 du décret présidentiel n° 20-45, précité.

[1581] Tel que dispose l'article 5 du décret présidentiel n° 20-45, précité.

particularités, notamment en ce qui concerne les conséquences du non-respect des conditions de recevabilité des recours devant le juge administratif, qui généralement aboutissent à des décisions de justice se limitant à statuer sur la recevabilité sans aborder les questions de fond. Aussi, face à cette catégorie de décisions de justice, il est essentiel de considérer les moyens dont dispose le médiateur de la République pour intervenir auprès de l'administration impliquée dans le litige.

L'immensité du champ d'intervention du médiateur de la République, qui est doté de pouvoirs de suivi et de surveillance générale, lui permettant d'évaluer la qualité des relations entre l'administration et les citoyens[1582], combinée à une approche méthodique spécifique pour résoudre les conflits, constituent des éléments clés de la crédibilité de cette institution. Il faut préciser en ce sens que le médiateur de la République n'est « *ni procureur de l'administration ni avocat des administrés*»[1583], sa démarche ne vise pas à se substituer au service contentieux de l'administration, qui, par principe, cherche à défendre les intérêts de celle-ci, ni à se transformer en une organisation de défense des droits offrant un soutien systématique aux requêtes individuelles. Cette absence de positionnement préalable n'implique pas nécessairement un rejet de toute prise de partie en faveur du réclamant ou de l'administration concernée. En réalité, celle-ci est déterminée au cas par cas, à l'issue de l'examen du dossier individuel, parfois après des investigations complémentaires. Ainsi, si la plainte est jugée infondée, la démarche va consister à expliquer la décision administrative au réclamant et à défendre sa légitimité. A l'inverse, si la requête est totalement ou partiellement justifiée, une tentative de médiation peut alors être entreprise avec une saisine de l'administration en question, dans le but d'obtenir un ajustement de son action à travers des propositions de mesures correctives formulées par le médiateur de la République[1584]. La faculté offerte au médiateur de proposer à l'administration, bien que sous des conditions strictes, de résoudre des litiges en se fondant sur des principes d'équité lorsque la stricte application de la loi ne peut aboutir à une solution acceptable représente l'apport le plus significatif de cette institution[1585].

Toutefois, il importe de préciser dans ce cadre, que le texte algérien ne précise pas les sanctions à imposer aux autorités publiques mises en cause, en cas de réponses insatisfaisantes de leur part aux demandes du médiateur de la République, à l'exception de la possibilité de saisir le

[1582] Conformément aux dispositions de l'article 3 du décret présidentiel n° 20-45 précité.

[1583] Expression utilisée par Monsieur Jean-Pierre Delevoye septième et dernier Médiateur de la France. Voir Entretien avec Jean-Paul Delevoye, Propos recueillis par CAROLINE HELFTER, « Du Médiateur de la République au Défenseur des droits », *Informations sociales*, vol. 158, no. 2, 2010, pp. 60-66.

[1584] Tel que prévu par les dispositions de l'article 8 du décret présidentiel n° 20-45 précité.

[1585] La stricte application de la loi revêt, dans le contexte algérien, une connotation spécifique synonyme de pratiques négatives ayant marqué la gestion des affaires publiques caractérisée par une interprétation trop rigide de la loi. CHERROU, Kahina, «Le climat des affaires en Algérie: Contraintes, opportunités et impact sur la compétitivité», *Revue des affaires et d'économie de la finance*, vol 8, n°1, 2023, pp 1185 -1196.

président de la République[1586]. Cette mesure nous semble limiter la liberté d'action du médiateur de la République d'autant plus qu'il ressort de la lecture de l'article 5 du décret présidentiel n° 20-45 que ce dernier doit, pour la réalisation de sa mission, rechercher la collaboration de l'administration. Cela laisse supposer que l'action du médiateur est soumise à la bonne volonté de l'administration. En comparaison, la loi française prévoit également une collaboration entre le Défenseur des droits et l'administration, mais elle impose à cette dernière de tenir le Défenseur informé des suites données à ses interventions, d'autoriser ses agents à répondre directement à ses questions, et de ne pas invoquer le caractère secret ou confidentiel des documents demandés. De plus, le Défenseur des droits français est habilité à saisir l'autorité disciplinaire pour lui demander d'engager des poursuites contre un agent ou recommander à l'administration de prendre des sanctions contre une personne physique ou morale, publique ou privée, soumise à autorisation ou agrément administratifs, qui serait à l'origine d'une discrimination. Il peut également présenter des observations devant les juridictions civiles, administratives ou pénales à l'appui d'un réclamant ou intervenir au soutien d'une transaction civile ou pénale. Contrairement à son homologue français, le médiateur de la République algérien ne dispose pas de ces prorogatives, ce qui le place dans une situation de plus grande dépendance vis-à-vis de l'administration. En Algérie, la sanction de l'administration concernée et/ou de ses fonctionnaires défaillants relève du pouvoir d'appréciation du président de la République, et elle est appliquée directement par lui.

L'examen des bilans annuels du médiateur de la République, du moins au cours de ses premières années d'existence permet de confirmer notre analyse dès lors que certains départements ministériels, notamment le ministère de la Santé, n'ont pas adhéré à sa démarche, laissant ainsi un nombre considérable de demandes traduites par les patients auprès du médiateur de la République sans réponse de la part de ce département ministériel[1587]. Bien que des améliorations aient été constatées récemment, puisque le médiateur de la République rapporte un taux de satisfaction de 60 % pour l'ensemble des demandes que son institution a reçue en 2022[1588], ces chiffres ne laissent aucun doute quant aux limites des capacités du médiateur à trouver des solutions satisfaisantes aux dossiers qu'il lui sont soumis, ainsi qu'aux contraintes que peut générer le transfert et la centralisation des doléances vers le président de la République.

Le médiateur de la République dispose néanmoins d'un dernier recours lui permettant

[1586] En vertu de l'article 10 du décret présidentiel n° 20-45, précité.

[1587] Selon le bilan cité par le professeur Souad Ghaouti, les ministères les plus coopératifs sont celui de la justice, avec un taux de réponse de 53 %, et celui des anciens moudjahidines, avec un taux de réponse de 29 %. En revanche, les secteurs de la santé et des affaires sociales affichent un taux de réponse très faible, avec zéro réponse pour le premier et une réponse pour le second. GHAOUTI, Souad, « Le médiateur de la république : L'expérience algérienne de 1996 à 1999 », précité.

[1588] Suivant le bilan communiqué par Le médiateur de la République, Madjid Ammour, précité.

d'infléchir radicalement les positions de services publics en cas de dysfonctionnements généraux, révélés suite à l'examen d'un ou de plusieurs dossiers individuels. Dans ce contexte, il peut formuler des propositions de réformes et les adresser au président de la République dans son rapport annuel. L'objectif est d'envisager une inscription juridique en vue d'un changement législatif ou réglementaire pour corriger ces dysfonctionnements[1589].

En conclusion, il important de souligner que le modèle de médiation qui pourrait être mis en place dans le secteur de la santé ne correspond pas à celui consacré à travers cette institution. En effet, bien que le médiateur de la République offre une multitude d'approches et de logiques permettant la résolution des litiges individuels, l'amélioration de la compréhension des décisions prises par l'administration à travers un véritable travail pédagogique, ainsi que la proposition de réformes plus radicales, cette médiation institutionnelle présente des caractéristiques fort éloignées de notre modèle.

Malgré son utilité indéniable, le rôle actuel du médiateur de la République ressemble davantage à celui d'un régulateur public ou d'un gestionnaire de réclamations, qui n'utilise pas le processus de médiation dans l'acception exacte du terme[1590]. Les textes qui définissent ses fonctions lui imposent des procédures presque exclusivement écrites. Bien que certaines d'entre elles puissent être informelles ou modérées, elles ne constituent pas pour autant un véritable processus de médiation, caractérisé par la souplesse et la communication nécessaires à la conservation du lien de confiance qui caractérise la relation de soins. De plus, les tentatives de médiation doivent être initiées à l'échelon le plus approprié, qui n'est pas nécessairement le niveau supérieur. En effet, elles sont généralement plus efficaces lorsqu'elles sont menées à l'échelon d'origine, c'est-à-dire là où les problèmes surgissent et au plus près des patients. En outre, le médiateur de la république ne remplit pas dans les faits les critères d'impartialité, de neutralité et d'indépendance car, à l'instar de l'administration, il appartient au pouvoir exécutif. Or, dans la définition de la médiation, ce dernier doit cumuler ces qualités précises. Le professeur Michèle Guillaume-Hofnung ne disait-elle pas que le médiateur devait « *comme la femme de César, être irréprochable* »[1591]. Enfin, il est manifeste que l'absence de formation spécifique à la médiation constitue une lacune significative pour les agents de l'État exerçant cette fonction.

[1589] En vertu des dispositions de l'article 7 du décret présidentiel n° 20-45, précité.

[1590] Le professeur Michèle Guillaume-Hofnung estime à ce sujet qu'en matière de médiation institutionnelle, la plupart des médiateurs institutionnels ont une mission de conciliation et non de médiation. GUILLAUME HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité.

[1591] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, p 77.

§2. La médiation judiciaire en droit algérien: un succès limité

La médiation judiciaire est une méthode de règlement des différends distincte des procédures judiciaires classiques, bien qu'elle se déroule au sein d'une instance juridictionnelle et sous le contrôle d'un magistrat. En droit positif algérien, elle est réglementée par les dispositions du code de la procédure civile et administrative, ainsi que du code de la procédure pénale.

En matière civile et administrative, elle implique de mandater, sous l'égide du juge et après accord des parties, un tiers neutre pour entendre les parties, leur permettre de confronter leurs points de vue et faciliter ainsi l'émergence d'un accord permettant la résolution du conflit **(A).** En revanche, en matière pénale, la médiation vise principalement l'indemnisation des victimes de faits délictueux dans une perspective d'alternative aux poursuites **(B).**

A. La médiation judiciaire civile et administrative en Algérie: une étape obligatoire du procès

Qu'il soit initié en matière civile **(1)** ou administrative **(2)**, le processus de médiation judiciaire vise à permettre aux parties de trouver une solution à leur litige dans des conditions souvent préférables au procès. Initialement pensée en tant que mode alternatif de règlement du conflit, la procédure mise en place en droit algérien apparait plutôt comme une étape du règlement judiciaire, étant une mesure que le juge est tenu obligatoirement de proposer aux parties en litige.

1. La médiation judicaire civile en droit algérien: une avancée timide

Dès son accession à l'indépendance, l'Algérie a tenu à élaborer ses premières législations régissant les procédures judiciaires civiles ainsi que l'organisation juridictionnelle de ses instances judiciaires. Cette démarche reflétait la volonté des autorités publiques de mettre fin à l'héritage juridique colonial, marquant ainsi un acte de souveraineté. La nécessité pour ce nouvel État indépendant de se prévaloir d'une organisation judiciaire propre, en phase avec les exigences d'une nation nouvellement constituée, a conduit à la promulgation de la loi n° 66-154[1592], qui a institué le tout premier code de procédure civile algérien entré en vigueur dès les premières années de l'indépendance[1593].

Dans le cadre des réformes menées par les pouvoirs publics algériens afin de consolider et moderniser ce système judiciaire, il a été promulgué une loi majeure, à savoir la loi n°08-09[1594] qui a abrogé la loi n° 66-154 et a consacré la création d'un nouveau code de procédure civile et

[1592] L'ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile, JORA n°48 du 10/06/1966.

[1593] L'entrée en vigueur remonte au 8/6/1966, soit 4 années après l'indépendance.

[1594] La loi n° 08-09 du 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative, précitée.

administrative. En fait, cette nouvelle loi innove sur plusieurs volets notamment par la mise en place de nouvelles règles procédurales qui tiennent compte de la consécration de la dualité de juridiction adopté en Algérie en vertu des articles 23, 37 et 152 de la Constitution de 1996[1595]. En conséquence, ce texte législatif comporte trois groupes distincts de normes. D'une part, des dispositions communes aux procédures civiles et administratives. D'autre part, des dispositions spécifiques à la procédure civile et enfin, des dispositions propres à la procédure administrative. Néanmoins, le législateur algérien a continué d'utiliser la technique de renvoi dans cette loi en faisant référence à certains articles prévus pour la procédure civile afin qu'ils soient appliqués à l'instance administrative[1596]. Une tendance qui pourrait s'expliquer de l'avis de plusieurs auteurs par l'hésitation persistante du législateur algérien à pleinement consacrer la dualité juridique en relation avec la dualité juridictionnelle[1597].

De plus, une autre caractéristique innovante de ce nouveau code réside dans sa minutie, car il traite en détail des différentes étapes de la procédure civile et administrative[1598], ce qui contraste avec le contenu du code de 1966, qui se caractérisait par « *ses lacunes juridiques significatives* »[1599]. Cette précision a considérablement restreint le pouvoir discrétionnaire du juge en matière de procédure.

Enfin, le nouveau code de procédure civile et administrative marque l'ouverture de l'Algérie aux modes alternatifs de règlement des conflits, mettant ainsi fin à une longue période d'indécision[1600].Il faut savoir que, l'Algérie a longtemps manifesté une forme de réticence envers les méthodes alternatives de règlement des litiges, les considérant comme des concurrents directs de la justice étatique, symbole suprême de la souveraineté nationale. A titre illustratif, l'ancien code de procédure civile algérien, dans sa version originale de 1966, interdisait par le biais de son article 442 aux personnes morales publiques, en particulier les entreprises publiques, qui étaient à l'époque les principaux acteurs économiques sur la scène internationale, d'utiliser l'arbitrage en interdisant

[1595] Voir *supra* première partie. Titre II, chapitre 2, section 1.

[1596] On constate que, le code de 2008 renvoi, pour le règlement des litiges administratifs, à 155 articles consacrés initialement à l'instance civile. En comparaison, dans le code de 1966, le nombre de renvois était de 256 fois.

[1597] KHELLOUFI, Rachid, « Réflexions à propos de l'impact du code de procédure civile et administrative sur le contentieux administratif », *Idara*, vol 18, n°2, 2008, pp 109-119.

[1598] La nouvelle édition du code de 2008 a vu une expansion notable du nombre d'articles, passant de 479 articles, qui constituaient le corpus du code de 1966, à 1065 articles. Soit une augmentation substantielle de 589 articles.

[1599] Expression utilisée par le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux, dans son allocution d'ouverture des travaux du séminaire international portant sur « *l'apport du nouveau code de procédure civile et administrative* » organisé à Alger les 21 et 22 février 2009.

[1600] ROUANE, Mohamed-Salah, « Les mécanismes alternatifs de résolution des litiges dans la loi n°08-09», *Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 9, n°2,2018, pp 490-511, (article en Arabe).

l'insertion de clauses compromissoires dans leurs contrats internationaux. Cela compromettait sérieusement leurs relations commerciales et mettait en péril l'économie du pays. Face aux pressions de la communauté des affaires internationales, l'Algérie s'est ouverte à l'arbitrage international presque clandestinement, à la limite de la légalité, en tolérant une pratique interdite par la loi[1601]. Le décret législatif n°93-06[1602]a corrigé cette anomalie en reconnaissant formellement l'arbitrage commercial international et en révisant l'article 442[1603]. Toutefois, le véritable avancement a été accompli grâce au nouveau code de procédure civile et administrative découlant de la loi n°08-09 qui a poussé encore plus loin les réformes et balayé toutes les incertitudes et les ambiguïtés en la matière[1604]. En effet, ce texte a, non seulement, élargit le domaine de l'arbitrage à toute la branche du droit public, mais il a également intégré toute la panoplie des autres modes alternatifs de règlement des conflits notamment la conciliation et la médiation dans son livre 5. Cette codification a donné un contenu et des contours précis à ces mécanismes qui font désormais partie de l'orthodoxie juridique.

C'est dans ce contexte que la médiation judiciaire a été instituée en droit algérien. Le code de procédure civile et administrative lui a consacré pas moins de onze articles, la hissant au rang de procédure que le juge doit obligatoirement proposer aux justiciables pour tous les litiges dont il est saisis à l'exception des affaires familiales, prud'homales et des affaires susceptibles de porter atteinte à l'ordre public[1605]. Le législateur algérien a intentionnellement exclu les affaires familiales du domaine de la médiation, car leur résolution à l'amiable est soumise, en droit algérien, à une procédure spécifique caractérisée par un enchevêtrement de plusieurs concepts juridiques[1606]. Effectivement, le code de la famille a introduit une procédure de conciliation familiale obligatoire stipulée à son article 49 et détaillée au code de procédure civile et administrative[1607]. Il s'agit d'une

[1601] DAHMANI, Rachid, « L'arbitrage: Un mécanisme alternatif de résolution des conflits (analyse et étude critique)», *Revue Albayane des études juridiques et politiques*, vol 7, n°1, 2022, pp 45-58, (article en Arabe).

[1602] Le décret législatif n°93-09 du 25 avril 1 993 modifiant et complétant l'ordonnance n°66-154 du 8 juin 1966 portant code de procédure civile, JORA n°27 du 27/4/1993.

[1603] Le premier article du décret législatif n°93-09 précité dispose que « *l'article 442 du code de procédure civil est abrogé et remplacé par les dispositions ci après : les personnes morales de droit public ne peuvent pas compromettre, sauf dans leurs relations commerciales internationales* ».

[1604]ROUANE, Mohamed-Salah, « Les mécanismes alternatifs de résolution des litiges dans la loi n°08-09», précité.

[1605] Conformément à l'article 994 du code de procédure civile et administrative, précité qui dispose que: « en toute matière le juge doit proposer aux parties la médiation à l'exception des affaires familiales et prud'homales et des affaires susceptibles de porter atteinte à l'ordre public ».

[1606] MAZOUZI, Ahmed-Benyoucef, « Les problématiques de la procédure de conciliation entre le code de la famille et le code de la procédure civile et administrative en Algérie », *Revue Maârif pour études juridiques et économiques*, vol 3, n°1, 2022, pp 156-169, (article en Arabe).

[1607] Il s'agit des articles 439 à 449 du code de la procédure civile et administrative, précité.

forme de conciliation judiciaire qui se déroule à huis clos, sous la direction du juge de la section des affaires familiales. Ce magistrat peut se récuser en faveur de deux arbitres qu'il désigne lui-même lorsque les parties ne peuvent pas parvenir à un accord. La « conciliation par arbitre»[1608] qui en résulte est constatée par un procès-verbal homologué au moyen d'une ordonnance non susceptible de recours.

D'autre part, le législateur algérien a choisi d'exclure les litiges individuels du travail du champ de la médiation judiciaire, préférant recourir, pour cette catégorie de contentieux, à des procédures de règlement extrajudiciaires[1609]. Enfin, la prohibition de la médiation judiciaire dans les domaines relevant de l'ordre public s'explique par la volonté du législateur de protéger l'ordre public. Il convient de noter que la médiation peut être ordonnée dans l'ensemble des juridictions de l'ordre judiciaire, que ce soit en première instance, devant une cour d'appel, ou par le juge des référés.

En dépit de son caractère obligatoire pour le juge, la médiation demeure facultative pour les justiciables, qui peuvent y consentir ou la refuser, le juge ne pouvant recourir à un médiateur, qu'il s'agisse d'une personne physique ou d'une association[1610], sans leurs accords. De ce fait, la médiation revêt une dimension conventionnelle, qui lui confère une nature juridico-contractuelle mixte[1611]. Elle peut concerner la totalité du litige soumis au juge ou seulement une partie de celui-ci, étant aussi bien globale que partielle. Il est important de noter que l'accord des parties pour la médiation ne vaut pas renonciation à l'instance judiciaire, ni aux autres modes amiables de résolution des différends. Le juge n'est pas dessaisi et peut, à tout moment, prendre d'autres mesures qu'il estime nécessaires[1612]. L'instance judiciaire est seulement suspendue car l'affaire revient toujours à l'audience à laquelle sont convoqués les parties et le médiateur. Le juge peut mettre fin à la médiation à tout moment, soit à la demande du médiateur ou des parties, soit lorsqu'il estime que son bon déroulement est compromis[1613].

[1608] Une expression utilisée par l'article 448 du code de procédure civile et administrative, précité.

[1609] Voir *supra,* paragraphe relatif à la médiation du travail.

[1610] Conformément à l'article 997 du code de la procédure civile et administrative précité qui dispose que « *La médiation peut être confiée à une personne physique ou à une association. Si le médiateur désigné est une association son président désigne un de ses membres qui assure, en son nom, l'exécution de la mesure et informe le juge de cette disposition* ».

[1611] CHAMI, Yassine, « Le règlement des litiges judiciaires par la médiation dans le code de procédure civile et administrative», *Revue de recherches et d'études juridiques et politiques*, vol 12, n°1, 2023, pp 77-100, (article en Arabe).

[1612] En vertu de l'article 995 du code de la procédure civile et administrative, précité.

[1613] Tel que dispose l'article 1002 du code de la procédure civile et administrative, précité.

Le médiateur nommé par le juge a pour principale mission d'entendre les parties en conflit et de faciliter un dialogue constructif entre elles en vue de résoudre le différend qui les oppose. Il a également la possibilité, avec le consentement des parties, d'entendre d'autres personnes dont il estime que leur témoignage pourrait être bénéfique pour la résolution du conflit[1614]. Le décret exécutif n°09-100[1615] a précisé les conditions que le médiateur pressenti doit remplir afin d'assurer un traitement équitable du litige. Il doit faire preuve d'impartialité et d'indépendance à l'égard des parties, détenir les compétences techniques appropriées en fonction de la nature du litige et posséder des compétences en communication. De plus, il ne doit pas avoir été condamné pour des infractions graves ni privé de ses droits civils. Enfin, il doit être connu pour sa probité et droiture, étant choisi parmi les personnes, qui de par leur position sociale, sont connues par leur intégrité[1616].

Après avoir mené à bien sa mission, le médiateur communique par écrit au juge l'accord trouvé par les parties à la résolution de leur conflit ou, au contraire, leur désaccord. Lorsque la médiation aboutit à un accord, celui-ci est formalisé dans un procès-verbal, signé par les parties concernées et le médiateur. Ce document est ensuite homologué par une ordonnance du président du tribunal, ce qui lui confère le statut de titre exécutoire[1617]. Le législateur, dans un souci de renforcer les garanties offertes au justiciable, a fixé un délai maximal de trois mois pour la procédure de médiation. Ce délai peut être prolongé une seule fois, à la demande du médiateur, à condition d'obtenir l'accord des parties impliquées[1618].

La médiation judiciaire civile en Algérie n'a pas eu le succès que l'on aurait pu escompter, malgré les nombreux avantages qu'elle offre. Les rares statistiques disponibles en la matière suggèrent une certaine réticence et appréhension de la part des justiciables à recourir à cette procédure[1619]. Plusieurs pensées profondément ancrées dans l'esprit des algériens peuvent alimenter cette attitude. Tout d'abord, il persiste la conviction que les méthodes judiciaires classiques sont le meilleur moyen de garantir les droits des citoyens, ce qui pousse d'ailleurs les parties en litige à les

[1614] Conformément aux dispositions de l'article 1001 du code de la procédure civile et administrative, précité.

[1615] Décret exécutif n° 09-100 du 10 mars 2009 fixant les modalités de désignation du médiateur judiciaire, JORA n°16 du 15/3/2009.

[1616] Conformément à l'article 998 du code de la procédure civile et administrative et de l'article 3 du décret exécutif n° 09-100 du 10 mars 2009, précités.

[1617] En vertu des articles 1003 et 1004 du code de la procédure civile et administrative, précité.

[1618] Tel que dispose l'article 996 du code de la procédure civile et administrative, précité.

[1619] L'Algérie compte environ 700 médiateurs judiciaires ayant bénéficié d'une formation dans ce domaine avec le concours du ministère de la Justice et en collaboration avec l'Union européenne. Toutefois, seulement douze pour cent des affaires portées devant les tribunaux ont été résolues à travers la médiation. ACHBOUCH, Mohamed et RAIS, Mohamed, « Les alternatives à la procédure judiciaire en droit algérien : l'exemple de la médiation», *Revue jurisprudence*, vol 13, n°4, 2021, pp 547-560, (article en Arabe).

privilégier. De plus, le manque de sensibilisation à l'importance de ces méthodes alternatives dans le système judiciaire, conjugué à un niveau d'éducation limité, a également contribué à ce faible recours.

2. La médiation judiciaire administrative: une consécration ambigüe

Le cadre législatif algérien ne comporte pas de dispositions explicites relatives au recours à la médiation en matière administrative[1620]. Pour rappel, l'article 994 du code de la procédure civile et administrative a exclu les affaires portant atteinte à l'ordre public du champ de la médiation. A cet égard, des débats doctrinaux ont émergé, en Algérie, concernant l'exégèse de cet énoncé normatif et plusieurs auteurs, interprétant l'article d'une manière littérale, ont exprimé leur réticence à appliquer la médiation au contentieux administratif, invoquant divers obstacles juridiques qui pourraient entraver sa mise en œuvre[1621].

Tout d'abord, ces derniers soulignent que des éléments culturels dissuadent tant l'administration que les administrés de recourir à la médiation. En effet, l'administration bénéficie déjà d'un privilège de juridiction qui la dispense de recourir à un médiateur. Disposant d'un juge qui a une bonne connaissance de son fonctionnement et de ses impératifs, qui est familier avec ses pratiques et qui fait preuve d'une certaine bienveillance à son égard, l'administration serait réticente à s'en éloigner pour faire appel à un tiers qui ne lui est, sans doute pas, aussi proche. Du côté des administrés, ces derniers ont déjà la possibilité de recourir à une procédure administrative préalable gratuite avant de saisir le juge administratif, d'autant plus que cette dernière proroge le délai de recours juridictionnel. Dans la majorité des cas, cette procédure prend la forme d'un recours hiérarchique qui permet de faire intervenir le supérieur de l'auteur de la décision contestée et qui est perçu par les administrés comme un tiers apportant un regard neuf sur le dossier, à la manière d'un médiateur[1622].

De plus, d'autres contraintes juridiques ayant trait au nécessaire respect de l'ordre public ont un impact négatif sur le développement de la médiation en matière administrative. En effet, le respect du principe fondamental du droit public de l'indisponibilité des compétences des personnes publiques, qui s'applique de manière générale à tous les types de contentieux administratifs,

[1620] OUKIL, Mohamed-Amine, « L'efficacité de la médiation en tant qu'outil de résolution du contentieux administratif : étude critique », *Revue internationale des recherches juridiques et politiques*, vol 5, n° 1, 2012, pp 122-141, (article en Arabe).

[1621] BEN BELKACEM, Farid, « La médiation en Algérie : passé, présent et avenir», *Revue de la cour suprême*, numéro spécial, 2009, pp 589-597. Voir aussi BENSAOULA, Chafika, « La médiation dans les conflits administratifs », participation présentée lors des travaux d'un forum international sur « Les pratiques de médiation » qui s'est tenu à la Cour suprême le 15 et 16 juin 2009 en Algérie, sur http://www.crjj.mjustice.dz, consulté le 12/10/2009.

[1622] POULET, Florian, « La médiation en droit public », *Archives de philosophie du droit*, vol 61, n° 1, 2019, pp. 55-62.

constitue une contrainte de taille. Selon ce principe, la puissance publique ne peut pas renoncer à exercer, conformément aux lois, les compétences qui lui sont dévolues, ni renoncer à percevoir des intérêts moratoires exigibles et encore moins accomplir, en vertu d'un accord amiable, des actions interdites par la loi[1623]. En outre, une autre règle juridique, qui est d'ailleurs étroitement liée à ce principe, prévoit que l'accord conclu par les parties à l'issue de la médiation ne peut porter atteinte à des droits sur lesquels elles n'ont pas la libre disposition. Cette règle revêt une importance particulière dans les litiges d'excès de pouvoir où il est question de légalité objective des décisions administratives. Aussi, le recours à la médiation ne peut pas conduire à une renonciation anticipée de l'une des parties à l'exercice du recours pour excès de pouvoir, qui est destiné à garantir la légalité et qui, de ce fait, relève de l'ordre public[1624]. Enfin, un autre principe général, principalement pertinent dans les contentieux indemnitaires, interdit aux personnes publiques de consentir des libéralités. Aussi, les personnes publiques ne peuvent pas verser des sommes qu'elles ne doivent pas. A titre d'exemple, lorsque l'administration est impliquée dans un litige mettant en cause sa responsabilité, elle ne peut accorder une indemnité que si sa responsabilité est établie et uniquement pour les chefs de préjudice qui sont indemnisables. De même, il n'est pas légalement possible pour l'administration de renoncer, par le biais d'un accord amiable, à faire valoir la prescription quadriennale. Par conséquent, conformément à ce principe, l'administration ne peut pas allouer des sommes pour un préjudice ou un chef de préjudice qui n'existe pas ou qui n'engage pas sa responsabilité[1625].

D'un autre point de vue doctrinal, certains estiment que le législateur algérien n'a jamais eu l'intention d'exclure le contentieux administratif de la médiation[1626]. Si tel avait été le cas, il aurait pu intégrer les modes alternatifs de règlement des conflits exclusivement dans les dispositions relatives aux juridictions civiles, plutôt que de créer un titre distinct applicable aux deux ordres de juridictions sans distinction particulière. De plus, il est à noter que dans des systèmes judiciaires similaires à celui de l'Algérie, comme le système français, la médiation a été introduite en matière administrative, couvrant un large éventail de domaines[1627]. Par conséquent, il est envisageable de

[1623] OUKIL, Mohamed-Amine, « L'efficacité de la médiation en tant qu'outil de résolution du contentieux administratif : étude critique », précité.

[1624] IGHLISS, Bouzid, « De l'impact de l'ordre public sur la spécificité du règlement du contentieux administratif par la médiation », *Revue Académique de la Recherche Juridique,* vol 11, n°2, 2020, pp 304-314, (article en Arabe).

[1625] Ibid.

[1626] FENICH, Kamel, « La médiation», *Revue de la cour suprême*, numéro spécial, 2009, pp 567-585, (article en Arabe).

[1627] Il est essentiel de noter qu'en droit français, la loi du 8 février 1995, bien que faisant référence aux procédures administratives dans son titre, n'a introduit la médiation que dans le contexte des procédures civiles. C'est l'ordonnance n°2011-1540 du 16 novembre 2011, qui transpose la directive 2008/52/CE du Parlement européen, qui a intégré la médiation dans le code de justice administrative. Cette ordonnance a permis d'ordonner une médiation

développer la médiation en droit public, en excluant explicitement uniquement certains litiges ou différends, tels que ceux impliquant les pouvoirs régaliens de l'État ou des entités de droit public, ainsi que ceux relevant de domaines largement régis par des dispositions d'ordre public[1628].

En raison de cette controverse, « *la médiation en droit public demeure largement sous-utilisée en Algérie, même si le nombre de cas de saisine du juge administratif a considérablement augmenté, et que le besoin de développer des alternatives aux litiges administratifs est de plus en plus évident*»[1629].

B. La médiation pénale en Algérie: une mesure alternative aux poursuites

L'introduction de procédures de médiation dans la sphère pénale témoigne de la volonté du législateur algérien de promouvoir une alternative aux sanctions pénales classiques, ainsi que d'adopter une approche différente de la justice. Sa consécration dans le système juridictionnel en Algérie est venue répondre à certains besoins spécifiques **(1)**. Elle représente un premier pas pour tendre vers une nouvelle approche de la justice pénale qui privilégie la réparation des dommages, la responsabilisation des auteurs d'infraction et la restauration du lien social **(2).**

1. La médiation pénale en droit algérien: une émergence tardive

En Algérie, la médiation en matière pénale est un concept relativement récent, si l'on se réfère à l'expérience française. Instaurée par la loi n°15-12 relative à la protection de l'enfant[1630], ainsi que l'ordonnance n°15-02 modifiant et complétant le code de procédure pénale[1631], elle a pris place dans le système judiciaire algérien avec un décalage temporel d'une vingtaine d'années. Pour comprendre ce retard, il est essentiel de revenir sur le contexte qui a donné naissance à cette procédure en identifiant les facteurs qui ont constitué ses prémices et contribué à son intégration dans le paysage juridique algérien.

---

dans les cas de litiges transfrontaliers. Enfin, la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 a complété le code de justice administrative en instaurant un régime de médiation de droit commun applicable aux litiges administratifs internes relevant de l'ensemble des juridictions administratives. Le décret n° 2017-566 du 18 avril 2017, relatif à la médiation dans les litiges relevant de la compétence du juge administratif, a introduit la médiation dans la partie réglementaire du code. POULET, Florian, « La médiation en droit public », précité.

[1628] POULET, Florian, « La médiation en droit public », précité.

[1629] OUKIL, Mohamed-Amine, « L'efficacité de la médiation en tant qu'outil de résolution du contentieux administratif : étude critique », précité.

[1630]La loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant, JORA n°39 du 19/7/2015. Certaines dispositions de cette loi ont été abrogées par la loi n° 23-04 du 7 mai 2023 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des personnes, JORA n°32 du 29/5/2023.

[1631] Ordonnance n° 15-02 du 23 juillet 2015 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966 portant code de procédure pénale, JORA n°41 du 29/7/2015.

Tout d'abord, c'est l'inscription à l'agenda politique de la question du sentiment d'insécurité et d'une focalisation de l'attention sur la petite délinquance, qui va permettre l'émergence en Algérie d'un discours sur la médiation pénale en tant que solution à des préoccupations prioritaires de la population[1632]. Pour rappel, le pays a connu une période marquée par une forme de banalisation de la violence en lien avec le contexte sécuritaire qu'il a connu durant les années 1990. En effet, les origines de la violence en Algérie remontent à la période de lutte contre le terrorisme, caractérisée par des actes de violence extrême tels que des assassinats, des attentats, des massacres de populations civiles, des viols collectifs de femmes, des égorgements et la destruction de biens publics, atteignant des proportions dévastatrices. Ces événements ont eu des conséquences significatives sur la conscience collective de la société algérienne et continuent de la marquer aujourd'hui[1633]. Ils ont donné naissance à des actes d'incivilité devenus ordinaires dans l'esprit des algériens tels que le jet de détritus dans l'espace public, le vandalisme des biens publics, les rassemblements agressifs de jeunes dans les espaces communs des immeubles, les insultes, et même des comportements préjudiciables de harcèlement sexuel envers les femmes dans les rues, ainsi que la propagation du phénomène de la toxicomanie. Autant de formes qui expriment une petite délinquance, désormais au centre de l'attention du politique[1634]. On assiste dès lors au passage à un discours appelant à l'adoption d'une approche de justice visant à contrer ces nouvelles formes de criminalité devenues un véritable phénomène inquiétant[1635]. La médiation pénale est alors présentée

[1632] Le 17 avril 2014 s'est tenue une élection présidentielle en Algérie. Le président sortant, Abdelaziz Bouteflika, dont l'état de santé était dégradé, est réélu pour un quatrième mandat suscitant des inquiétudes quant à sa capacité à diriger efficacement le pays. Le scrutin est boycotté par la plupart des partis politiques et la compagne électorale s'est déroulée dans un climat tendu, ponctuée par des manifestations anti-Bouteflika. Forcés de réagir, les partis de coalition en faveur du quatrième mandat tendront à réagir adoptant partiellement un discours extrémiste s'appuyant en grande partie sur l'exploitation du sentiment d'insécurité et la montée de la petite délinquance.

[1633] CHERABEN, Siham-ElKahina et SALHI-BENCHRIF, Hanifa, «Le traumatisme des attaques terroristes pendant la décennie noire en Algérie et la structure de valeurs des victimes aujourd'hui», *Revue Al-Mokadima pour les études humanitaires et sociales*, vol 7, n° 01, 2022, pp 257-274, (article en Arabe).

[1634] LAYALI, Hadjer, «La prévention de la délinquance en Algérie : qu'en est-il vraiment ? », *Revue algérienne des sciences juridiques et politiques*, vol 06, n°03, 2023, pp 52-71. Voir aussi DERDICHE, Ahmed et KOUIHEL, Farouk, « Les facteurs de la délinquance juvénile dans la société algérienne », *Sociologie du crime pour les recherches et les études scientifiques sur les phénomènes criminels*, vol 3, n°22, 2022, pp 5-16, (article en Arabe).

[1635] Pour mieux mettre en exergue l'ampleur du phénomène, nous nous référons à une étude récente réalisée par A. Leulmi, dans laquelle il a dressé un état des lieux de la criminalité en Algérie. Cette étude s'appuie sur des données statistiques publiées par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) sur son site Internet, ainsi que sur des rapports de la Gendarmerie Nationale et d'organisations gouvernementales. Ces chiffres revêtent une importance particulière pour notre recherche, car ils permettent de mesurer l'ampleur de la petite criminalité enregistrée en Algérie avant l'adoption de la médiation pénale. Les taux d'infractions enregistrées par la police en Algérie pour l'année 2015 (calculés en pourcentage pour 100 000 habitants) révèlent les chiffres suivants : 123,76 agressions, 1,30 enlèvements, 124,97 vols, 65,60 cambriolages, 8,47 cas de violence sexuelle, 1,37 homicide volontaire. Par ailleurs, les bilans de la Gendarmerie Nationale indiquent clairement que la tendance générale de la criminalité en Algérie jusqu'en 2015 concerne les infractions contre les personnes et les biens, représentant respectivement 40 % et 41 % des affaires traitées, suivis des homicides volontaires et des enlèvements d'enfants. En outre, des rapports sur la criminalité en Algérie émis par des ONG telles que l'Overseas Security Advisory Council

comme un mode de réponse souple, rapide et manifeste aux infractions de faible gravité. Elle présente de nombreux avantages notamment un ancrage juridictionnel, une focalisation « évidente » sur la petite délinquance et l'apparente nouveauté. Des caractéristiques qui fournissent un terreau propice pour son développement en Algérie.

De plus, il est essentiel de mettre en lumière un autre aspect significatif qui a joué un rôle majeur dans la décision des autorités algériennes d'adopter la médiation pénale. En effet, l'un des principaux défis auxquels étaient confrontés les pouvoirs publics en Algérie dans leur lutte contre la petite délinquance était l'implication importante de mineurs dans ces activités criminelles[1636]. La problématique de la déviance juvénile et l'engagement de l'Algérie dans une démarche internationale de protection de l'enfant, quelle que soit sa situation, a conduit à l'établissement de normes protectrices des enfants délinquants en introduisant la médiation en tant que «*mécanisme juridique visant à conclure un accord entre l'enfant délinquant et son représentant légal d'une part et la victime ou ses ayants droit d'autre part. Il a pour but de mettre fin aux poursuites, à réparer le préjudice causé à la victime, à mettre fin aux effets de l'infraction et à contribuer à la réinsertion de l'enfant* »[1637]. C'est pour cette raison d'ailleurs que cette procédure a été inscrite d'abord dans la loi relative à la protection de l'enfant avant d'être intégrée dans la refonte du code de procédure pénale.

Enfin, il convient de préciser que l'introduction de la médiation dans le code de procédure pénale algérien ne résulte pas d'une réforme isolée, mais s'inscrit dans une phase de production intensive visant à moderniser un droit répressif qui est resté enfermé dans un vieux carcan depuis trop longtemps. Il est important de noter que le droit pénal algérien repose essentiellement sur deux ordonnances promulguées simultanément le 8 juin 1966, l'une concernant le code pénal et l'autre le code de procédure pénale. Ces deux codes sont parmi les plus anciens textes législatifs en matière répressive qui ont été adoptés après l'indépendance du pays. Les diverses réformes précédentes apportées à ces textes n'ont pas réussi à aligner les normes répressives algériennes sur les normes universelles en vigueur dans ce domaine, selon les défenseurs des droits de l'homme[1638]. Toutefois,

---

signalent que les crimes d'opportunité, tels que les vols et les cambriolages, figurent parmi les infractions les plus courantes en Algérie. LEULMI, Abdelfatah, «Facteurs d'amélioration des statistiques officielles sur la criminalité», *Revue des recherches et des études en sciences humaines*, vol 17, n°01, 2023, pp 1202-1220.

[1636] Pour étayer notre analyse, nous nous appuyons sur les statistiques du Conseil national économique et social, qui révèlent une prévalence élevée de la délinquance juvénile au sein de la société algérienne avec une augmentation de plus de 56 % entre 1998 et 2002, Conseil national économique et social, « Rapport protection de la jeunesse : délinquance des mineurs », Rapport public 2003 sur https://tahat.cnese.dz, consulté le 28/9/2023.

[1637] Conformément à l'article 2 de la loi 15-12 précitée.

[1638] LAHZIL, Abdelelhadi et LAKLIB, Saâd, «Les mécanismes juridiques nouvellement introduits dans la récente modification de la loi sur les procédures pénales», *Revue des études et des recherches juridiques*, vol 02, n° 03, 2017, pp 134-159, (article en Arabe).

l'amendement introduit par le législateur algérien, par le biais de l'ordonnance n°15-02, représente une révision en profondeur de la procédure pénale, marquant ainsi le début d'une approche plus rationnelle axée sur la sécurité et la gestion des affaires pénales. Cette révision comprend un ensemble de dispositions et de règles qui traduisent la volonté du législateur de moderniser le système judiciaire[1639]. Ainsi, parmi ces dispositions, certaines ont permis de renforcer les droits des suspects et d'améliorer la protection des personnes mises en cause dans les procédures pénales. L'une des modifications les plus emblématiques concerne le régime de la garde à vue, permettant pour la première fois dans l'histoire de la justice algérienne à un suspect d'être assisté par un avocat pendant cette période[1640]. D'autres dispositions ont permis le renforcement du rôle du parquet, à la fois en tant qu'acteur clé du traitement des affaires et en tant qu'instance politique de régulation du fonctionnement du système répressif[1641]. Enfin, une dernière catégorie de dispositions a permis de désengorger le rôle des juridictions pénales en instituant un mécanisme dérogatoire au droit d'appel des jugements correctionnels et contraventionnels[1642].

2. Le déroulement du processus de médiation pénale

La loi algérienne permet au procureur de la République de recourir à une mission de médiation entre l'auteur de faits criminels et la victime lorsqu'il estime qu'une telle mesure est susceptible de mettre fin au trouble résultant de l'infraction et d'assurer la réparation du préjudice qui s'en est suivi[1643]. Le dispositif normatif algérien assimile, ainsi, les conditions de recours à la médiation aux objectifs qu'elle poursuit. Menée sous l'égide du procureur de la République, cette démarche ne peut être entreprise qu'à un stade spécifique de la procédure pénale, précisément avant le déclenchement de l'action publique[1644]. Cette limitation temporelle découle de la nature particulière de la médiation pénale dans le droit algérien, qui s'inscrit dans la catégorie des

[1639] SAIDI, Chouâa et ISSAD, Aksâ, «La réalité de la protection des droits de l'homme dans le système juridique algérien», *Revue des droits de l'homme et des libertés publiques*, vol 7, n° 01, 2022, pp 215-245, (article en Arabe).

[1640] Conformément à l'article 51 bis 1 de l'ordonnance n° 15-02 précitée.

[1641] Conformément aux dispositions de la section II intitulée «des attributions des représentants du ministère public » et le chapitre II bis intitulé « de la médiation ».

[1642] L'article 416 dispose: «*Sont susceptible d'appel 1°) Les jugements rendus en matière de délits lorsqu'ils prononcent une peine d'emprisonnement ou une peine d'amende excédent 20 000 dinars pour la personne physique et 100 000 dinars pour la personne morale 2°) Les jugements rendus en matière de contravention lorsqu'une peine d'emprisonnement avec ou sans sursis a été prononcée ».*

[1643] En vertu de l'article 37 bis du code de la procédure pénale créé par l'ordonnance n° 15-02 et de l'article 2 de la loi n°15-12, précitées.

[1644] Cette condition est posée par l'article 37 bis du code de la procédure pénale créé par l'ordonnance n° 15-02 et de l'article 110 de la loi n°15-12, précitées.

alternatives aux poursuites pénales plutôt que dans le vaste ensemble des modes alternatifs de règlement des conflits.

Le législateur algérien a identifié trois parties habilitées à initier la médiation pénale. Il s'agit des autorités de poursuites, et plus particulièrement du procureur de la République qui peut déléguer ce pouvoir à un officier de police judiciaire en cas d'implication d'un enfant délinquant[1645]. De plus, la victime ou le mis en cause des faits criminels peut également jouer un rôle actif en sollicitant la mise en œuvre d'une mission de médiation. Pourtant, dans les faits, il est très peu probable que les victimes ou les auteurs d'infractions disposent d'une information suffisante, tant sur l'existence de la médiation pénale que sur ses modalités, pour pouvoir solliciter le procureur à cette fin. Il est donc généralement constaté que c'est lui qui prend principalement l'initiative de la médiation pénale[1646]. Sa décision est à la fois libre, car il n'est pas tenu de mettre en place cette mesure, et dépendante de considérations pratiques telles que la gravité des faits ou leurs circonstances. Le législateur algérien a délimité le champ des affaires pouvant faire l'objet d'une médiation. En vertu de l'ordonnance n°15-02, elle peut être appliquée en matière délictuelle uniquement pour certaines infractions de faible gravité ainsi que pour les contraventions[1647]. En revanche, en ce qui concerne la délinquance juvénile, la médiation peut être envisagée même pour des crimes[1648]. Il convient de noter que le législateur algérien est demeuré silencieux quant aux critères qui ont motivé cette limitation du champ d'application de la médiation pénale. En d'autres termes, il n'a pas précisé si cette procédure devrait être privilégiée dans les cas où la restauration du lien social entre les parties est cruciale, notamment lorsque celles-ci maintiennent des relations continues, ou lorsque l'affaire comporte des aspects affectifs significatifs, tels que les affaires familiales ou de voisinage. De plus, aucune disposition n'indique clairement que le recours à la médiation devrait être favorisé chaque fois que cela permettrait la non-réitération de l'infraction en particulier dans le cas des mineurs délinquants. En l'absence de données statistiques précises fournies par le ministère de la Justice, il est difficile de

[1645] Tel que dispose l'article 111 de la loi n°15-12, précitée.

[1646] ACHOUCHE, Karim, «La médiation pénale en droit algérien», *Revue internationale de recherches juridiques et politiques*, vol 6, n° 01, 2022, pp 169-190, (article en Arabe).

[1647] L'article37 bis2 du code de la procédure pénale créé par l'ordonnance 15-02 précitée dispose que « *La médiation peut s'appliquer en matière délictuelle aux infractions d'injures, de diffamation, d'atteinte à la vie privée, de menaces, de dénonciation calomnieuse, d'abandon de famille, d'abstention volontaire de paiement de pension alimentaire, de non représentation d'enfant, d'appropriation frauduleuse ou de biens successoraux avant leur partage de choses communes ou de fond social, démission de chèque sans provision, de dégradation ou destruction volontaire de biens d'autrui et aux infractions de coups et blessures involontaires et volontaires commis sans préméditation ni guet-apens ou port d'arme, et aux infractions d'atteinte à la propriété immobilière et aux récoltes agricoles, de pâture sur terrain d'autrui, ainsi que la filouterie d'aliments ou d'autres services. La médiation peut s'appliquer également en matière de contraventions* ».

[1648] Conformément aux dispositions de l'article 110 de la loi n°15-02, précitée.

confirmer si la pratique a contribué à clarifier ces aspects[1649].

La médiation pénale peut aboutir à diverses issues, cependant, la loi algérienne n'a pas explicitement abordé l'éventualité de l'échec de cette procédure et du cours que devrait suivre, alors, les affaires où aucun accord n'a pu être conclu. En fait, le législateur algérien a principalement encadré l'éventualité favorable de la médiation qui se matérialise par la signature d'un procès-verbal entre le procureur de la République et les parties, consignant le contenu de l'accord de médiation et le délai de son exécution[1650].Cet accord, exempt de toute possibilité de recours, peut porter sur plusieurs mesures notamment une remise en l'état, des réparations, pécuniaires ou en nature, du préjudice subi ainsi que tout autre accord conclu entre les parties qui ne soit pas contraire à la loi[1651]. La législation algérienne a qualifié l'accord issu de la médiation pénale de « titre exécutoire » dont le refus délibéré d'exécution, dans les délais impartis, entraine des peines conformément à la législation en vigueur[1652].

En conclusion, la médiation pénale telle qu'elle est consacrée en droit algérien semble s'éloigner des valeurs et principes fondamentaux qui pourraient la hisser au-delà d'une simple mesure visant à désengorger les tribunaux et à accélérer les procédures judiciaires. Plutôt que de représenter un nouveau paradigme dans la gestion des conflits et des infractions, le droit algérien a créé une approche intermédiaire entre le classement sans suite des affaires et les sanctions répressives. Il aurait été préférable d'instaurer une procédure qui tienne compte de toutes les implications de l'infraction, propose des solutions réparatrices et reconstructives, responsabilise les contrevenants, tout en évitant des peines inappropriées ou disproportionnées. Une procédure qui puise dans toutes les potentialités restauratrices de la médiation pénale[1653].

[1649] BOUFARECH, Sofiane, «*La médiation pénale en Algérie : entre le texte et la pratique* », *Revue critique de droit et sciences politique*s, vol 6, n°04, 2021, pp 355-374, (article en Arabe).Voir aussi BELASLI, Ouiza, «La médiation pénale en Algérie à la lumière de l'ordonnance 15-02 », *Revue algérienne des sciences juridiques et politiques*, vol 55, n° 02, 2018, pp 177-198, (article en Arabe).

[1650] Tel que dispose l'article 37 bis 3 de la loi n°15-02, précitée.

[1651] Conformément aux dispositions de l'article 37 bis 4 et bis 5 de la loi n°15-02, précitée.

[1652] En vertu de l'article 37 bis 6 et bis 9 de la loi n°15-02, précitée.

[1653] BEAL, Christophe, « La médiation pénale et la question de la domination », *Archives de philosophie du droit*, vol 61, n°1, 2019, pp 21-31.

Conclusion du premier chapitre

En droit algérien, il n’existe pas de dispositif spécifique pour un règlement amiable des conflits en matière médicale. Pourtant, c'est précisément dans ce domaine que de telles démarches devraient être initiées, offrant la possibilité de pacifier les conflits et de fournir des solutions acceptées par toutes les parties concernées.

Le dispositif que nous cherchons à mettre en place en droit algérien se distingue notablement de celui existant en droit français. Il vise à faciliter la résolution amiable des conflits découlant d'un événement ou d'un ensemble d'événements perçus comme insatisfaisants par le patient. Ces situations peuvent inclure aussi bien certains accidents médicaux que les litiges liés aux droits des malades et des usagers du système de santé. Alors que le système français intègre l'indemnisation amiable des accidents médicaux non fautifs, notre proposition exclut cette possibilité en raison des contraintes majeures du cadre juridique actuel en Algérie. Les ajustements législatifs et organisationnels nécessaires pour la mise en place d'un tel dispositif impliqueraient des modifications substantielles d'une ampleur significative qui pourrait, potentiellement, donner à notre travail un caractère idéaliste et irréalisable. Aussi, notre dispositif reposera essentiellement sur une démarche de médiation, un mécanisme parfaitement adapté à la nature de l'activité de soins. Il permet de renouer des relations apaisées et pérennes entre malades et soignants, en particulier dans le contexte des soins de longue durée. De plus, il contribue à la déjudiciarisation du contentieux médical.

La mise en place de ce dispositif s'appuiera sur l'expérience déjà présente en matière de médiation en droit algérien. En effet, la médiation extrajudiciaire, instituée en Algérie, bien que souffrant d’un cadre législatif restreint, a montré qu'elle pouvait apporter des solutions amiables à un certain nombre de conflits, désengorger les tribunaux et réduire les coûts liés au contentieux. De même, la médiation judiciaire, bien que rencontrant un succès limité, a également permis d’ouvrir la voie à des solutions négociées dans le cadre des procédures judiciaires, rapprocher les parties en litige et parvenir à des accords durables. Aussi, en dépit de leurs limites, ce panorama de formes et de pratiques diverses de médiation fournit d'importants enseignements qui nous guideront dans la mise en place d'un processus structuré de médiation en matière médicale.

Chapitre 2 – Le règlement amiable des conflits en matière médicale en droit algérien: vers la création d'un dispositif spécifique

La mise en place d'un mécanisme de règlement amiable des conflits en matière médicale en droit algérien représente une entreprise complexe qui nécessite de trancher plusieurs questions déterminantes. En effet, après avoir satisfait à la première difficulté, celle de déterminer la nature de ce mécanisme, que nous avons choisi de fonder sur une démarche de médiation en raison de son potentiel significatif dans la régulation des rapports entre patients et professionnels de santé, il est nécessaire de réfléchir, dans un second temps, à l'élaboration d'un cadre juridique optimal susceptible de favoriser son implantation et son développement dans le champ sanitaire en Algérie.

Aussi, afin que la médiation puisse bénéficier d'un ancrage pérenne et s'insérer plus aisément dans les pratiques institutionnelles de ce secteur, il est essentiel de définir de manière précise les entités qui peuvent être saisies des différents conflits ainsi que les règles régissant leur saisine et les modalités de déroulement de la procédure. La mise en œuvre de la médiation nous invite également à considérer et définir clairement les critères de compétence qui peuvent conditionner la possibilité de recourir à ce mécanisme, nécessitant d'opérer des choix délicats pour définir aussi bien la qualité des personnes habilitées à intervenir devant les organismes de médiation que la nature des événements couverts. **(*Section I*).**

Par ailleurs, pour rendre ce mécanisme véritablement efficace, et conforme à sa conception théorique, un encadrement juridique est nécessaire. En ce sens, il s'avère indispensable de créer un véritable statut du médiateur, de définir un protocole pour normaliser la procédure et de clarifier son articulation avec les procédures contentieuses. Toutefois, il essentiel de noter qu'il est exclu que ce mécanisme *« soit soumis à un régime procédural strict et à des contraintes très étendues sur le fond du droit applicable; la souplesse étant une caractéristique intrinsèque de ce processus…»*[1654]. Cet équilibre est impératif pour répondre aux exigences d'une médiation en santé en mesure d'offrir un panel de solutions qui s'adaptent à l'extrême diversité des situations conflictuelles nées de la relation de soins **(*Section II*).**

[1654] GIBELIN, Anne, *La médiation en santé. Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, Thèse, précitée.

Section 1. Le fonctionnement du dispositif de médiation en santé: une simplification nécessaire

L'intérêt des voies de résolution amiable des conflits, instaurées par le législateur, réside fondamentalement dans leur capacité à produire des effets efficaces, résultant principalement de la simplicité et de la rapidité, inhérentes à leurs procédures. En ce sens, il importe que le législateur, algérien dans son initiative d'instituer un mécanisme de médiation en matière médicale, adopte une procédure à la fois simple, facile d'accès et dénuée de formalités complexes ou opaques afin d'assurer son attractivité et son efficacité. Ce choix en faveur de la transparence et de la simplicité doit se manifester tant dans les conditions d'accès que dans le fonctionnement du dispositif.

La définition des événements couverts et la détermination de la qualité des bénéficiaires potentiels de cette procédure requièrent des choix pertinents afin d'atteindre des résultats conformes aux objectifs envisagés par cette mise en place, à savoir le recul significatif des procédures contentieuses dans ce domaine. Cependant, il est important d'éviter l'adoption de critères de compétence standards pour prévenir la saturation du mécanisme par un contentieux excessif relatif à la responsabilité médicale ***(§1)***.

En outre, l'attractivité de ce mécanisme demeure étroitement tributaire du degré de complexité de son fonctionnement. Afin de susciter l'intérêt des victimes, le législateur algérien devra opter non seulement pour l'unicité des instances de médiation qui devraient être centralisées en un guichet unique mais également pour la lisibilité des modalités de déroulement de chacune de ses phases ***(§2)***.

§1. Les conditions d'accès au dispositif de médiation

Plusieurs critères de compétence peuvent influencer la possibilité de recourir au mécanisme de médiation. En effet, le législateur est tenu d'effectuer des choix afin de délimiter les conditions d'accès à ce mécanisme. Alors que des restrictions trop importantes peuvent entraver l'objectif de désengorgement des tribunaux escompté, l'absence de critères risque, quant à elle, de saturer la capacité d'absorption du contentieux en responsabilité médicale et de le submerger. Ainsi, il convient de se pencher sur les limitations d'accès qui peuvent être établies dans le cadre du nouveau mécanisme de médiation qui sera instauré en droit algérien. Certaines de ces limitations seront incontestablement liées à la qualité de la personne habilitée à agir devant les organismes de médiation **(B)**, tandis que d'autres découleront directement des événements couverts dont la nature doit être clairement définie **(A).**

A. Les conditions tenant à la nature des événements couverts

Le recours au mécanisme de médiation vise à faciliter la résolution amiable des conflits découlant d'un événement ou d'un ensemble d'événements perçus comme insatisfaisants par le patient. Ces situations peuvent inclure aussi bien des conflits liés au respect des droits des malades, des litiges en lien avec la vie hospitalière que certains accidents médicaux. Dans tous les cas, l'application d'une condition d'imputabilité **(1)** et la fixation d'un seuil de gravité **(2)** demeurent essentielles.

1. La condition d'imputabilité

La condition d'imputabilité est considérée comme remplie lorsque le conflit découle d'un acte de soins effectué dans un établissement public de santé, qu'il résulte d'une activité préventive ou curative. Il peut également être en lien avec d'autres aspects de l'activité hospitalière, tels que les prestations hôtelières. Lorsque les actes relèvent de cette énumération, ils justifient la saisine des organismes de médiation, indépendamment de la question de savoir s'ils sont exempts de fautes ou non. Il convient de souligner que, en Algérie, la faute demeure le fondement prédominant de la responsabilité médicale des établissements publics de santé[1655]. Néanmoins, le juge en Algérie, s'inspirant de l'évolution jurisprudentielle en France, a introduit des exceptions qui engagent la responsabilité des établissements de santé de plein droit dans le cas de défaut de produit de santé ou de dommages causés par des infections nosocomiales. Contrairement à son homologue français, le législateur algérien a instauré une responsabilité sans faute dans le contexte des études cliniques[1656]. Cependant, il n'a pas suivi le mouvement de recul de la faute en matière de responsabilité médicale tel qu'observé en France, où le législateur a choisi de réparer les conséquences dommageables des accidents médicaux non fautifs, au titre de la solidarité nationale. Nous avons déjà précisé les raisons pour lesquelles l'indemnisation de cette dernière catégorie de préjudices reste impossible dans le cadre actuel du droit algérien, ainsi que les conditions préalables qui ne sont pas encore satisfaites.

Le droit algérien ne reconnaît que deux explications à la survenue de conflits dans un établissement public de santé, à savoir la faute médicale et la faute dans l'organisation et le fonctionnement des services. La première catégorie engendre des accidents graves suscitant une forte émotion et imposant des clarifications exigeantes, tandis que la seconde est liée à des incidents objectivement moins graves, mais pouvant entraîner des dysfonctionnements dans les services qui

[1655] Voir *supra*, première partie, titre II, chapitre II, section 1, premier paragraphe.

[1656] Voir *supra,* première partie, titre II, chapitre II, section 1, second paragraphe.

sont source de problèmes profonds et de réclamations[1657]. Aussi, dans la mesure où le conflit se déclenche dans les suites d'un de ces événements, il est pertinent de déterminer les situations suite auxquelles le malade sera en mesure de recourir au mécanisme de médiation afin de résoudre amiablement son conflit. Si les insatisfactions liées aux aspects de la vie hospitalière sont facile à circonscrire dans la mesure où ils s'attachent au respect de certains droits fondamentaux du malade[1658], les conflits corrélés aux actes de soins sont plus délicat à délimiter. En ces sens, se pose la question de savoir s'il est pertinent d'adopter une conception large de la notion d'actes de soins, ou s'il est au contraire pertinent d'exclure certains actes médicaux ou de prévention de ce mécanisme. En effet, en matière préventive certains actes de vaccination peuvent s'avérer inopérants à prévenir l'apparition d'une pathologie et entraîner la protection immunitaire recherchée alors qu'ils ont été réalisés selon les règles de l'art et le vaccin en question ne présentait aucune défectuosité. De même, il est tout aussi important de réfléchir aux préjudices résultant d'accouchements par voie basse dès lors qu'il s'agit d'un acte naturel et non d'un acte médical. Les accidents survenant à l'occasion d'actes de la médecine de confort ou de chirurgie esthétique pour simple convenance personnelle méritent également réflexion.

La position adoptée par législateur français[1659], bien qu'elle ne soit pas transposable en droit algérien en raison des différences notables entre les deux mécanismes notamment en matière d'exclusion des dommages découlant des aspects de la vie hospitalière[1660], offre une base de réflexion intéressante. Elle pourrait inspirer le législateur algérien dans l'élaboration de sa propre position concernant les actes relevant du nouveau mécanisme de règlement amiable des conflits à instaurer en droit algérien. Dans un souci d'équité envers toutes les victimes d'accidents médicaux, il nous semble plus approprié de plaider en faveur d'un dispositif qui exclut les actes dépourvus de finalité thérapeutique de la catégorie des actes de soins. En effet, les enjeux sont considérables, les actes de chirurgie esthétique étant devenus très répandus et les accidents médicaux survenant à la suite de telles interventions n'étant plus rares. Cependant, il est tout aussi important d'envisager l'inclusion des dommages liés à la vie hospitalière et aux prestations hôtelières dans ce mécanisme. Cette approche serait particulièrement pertinente dans le contexte algérien, marqué par des problèmes significatifs tels que la dégradation des conditions hôtelières dans les établissements de

[1657] Voir *supra*, première partie, titre II, chapitre II, section 2.

[1658] Voir *supra,* première partie, titre I, chapitre II, section 1.

[1659] Largement détaillée dans nos précédents développements, première partie, titre II, chapitre II, section 1, second paragraphe.

[1660] Conformément aux dispositions de l'article L. 1142-1-II du CSP. (France)

santé et une déshumanisation croissante de l'hospitalisation des malades[1661].

2. Le critère de gravité

L'établissement de seuils de gravité en vue d'accéder au mécanisme de résolution amiable des conflits a pour finalité de jouer une fonction de sélection des dossiers à l'entrée du mécanisme. Cette démarche, qui permet de trier les dossiers, est principalement motivée par des considérations d'ordre politique et budgétaire, facilitant ainsi la prise de décision parmi les différentes victimes. A titre illustratif, le législateur français a fait le choix dans le cadre du mécanisme d'indemnisation amiable des accidents médicaux non fautifs « *de ne prendre en compte au titre de la solidarité nationale que les dommages présentant un certain seuil de gravité* »[1662]. Ce seuil, dont le législateur a prévu qu'il ne pourrait être supérieur à 25 % afin de ne pas écarter de ce dispositif d'indemnisation un nombre trop important de victimes, a été fixé par décret à 24 %[1663]. Ainsi, seules les victimes d'accidents non fautifs dont le préjudice est supérieur à ce seuil pourront être indemnisées par la solidarité nationale. La condition de gravité est également remplie lorsque la durée de l'incapacité temporaire de travail résultant de l'accident médical, de l'infection iatrogène ou de l'infection nosocomiale est au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois[1664]. De manière exceptionnelle, le critère de gravité peut être pris en considération lorsque la victime se voit déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale. Ce critère peut également s'appliquer lorsque ces incidents entraînent des perturbations particulièrement graves, y compris sur le plan économique, dans les conditions d'existence de la victime[1665]. A l'origine, l'appréhension du caractère gravité se limitait à

[1661] Voir *supra,* la première partie, titre I, chapitre II, section 2, premier paragraphe.

[1662] BIOY, Xavier, LAUDE, Anne, TABUTEAU, Didier, *Droit de la santé*, 4ème édition, précité. Voir notamment Deuxième partie, Titre second - Les principes d'indemnisation liés à la relation de soins – Sous-titre 2: Les principes d'indemnisation reposant sur la solidarité nationale

[1663] Décret n°2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique.

[1664] L'article D1142-1 modifié par décret n°2011-76 du 19 janvier 2011 dispose que « *Le pourcentage mentionné au dernier alinéa de l'article L. 1142-1 est fixé à 24 %. Présente également le caractère de gravité mentionné au II de l'article L. 1142-1 un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %*».

[1665] Conformément à l'article D. 1142-1 du CSP qui dispose « *A titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu:1° Lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale; 2° Ou lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence* ».

la perte de capacités fonctionnelles et à l'impact sur la vie privée et professionnelle, mesurés principalement en tenant compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail[1666]. Cependant, la loi du 12 mai 2009 a élargi la portée de ce texte et l'appréciation du caractère de gravité tient désormais compte, entre autres, du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles, ou encore du déficit fonctionnel temporaire[1667].

La détermination de seuil de gravité est particulièrement délicate à appréhender dans le contexte algérien pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ces seuils ont été fortement critiqués en France, jugés trop stricts et discriminatoires[1668] ce qui discrédite fortement leur transposition en droit algérien. En effet, en cherchant à offrir une nouvelle voie aux victimes d'accidents médicaux « non fautifs », le mécanisme instauré en France a exclu les victimes d'accidents médicaux jugés « non graves ». Cette exclusion a décalé l'inégalité préexistante entre les victimes d'accidents médicaux fautifs et non fautifs vers une inégalité entre celles qui ont subi des dommages graves et celles qui ont subi des dommages moins graves[1669]. D'autre part, la finalité escomptée à travers le mécanisme de règlement amiable que nous envisageons de créer en Algérie nous oblige à adopter une approche diamétralement opposée à celle adoptée en droit français. Assurément en optant pour l'établissement d'un seuil de gravité élevé, nous restreignons l'accès au mécanisme de médiation aux seuls cas de dommages graves. Cette approche exclut ainsi les autres victimes qui se trouvent contraintes de recourir à la procédure contentieuse pour faire valoir leurs droits. Or, cette forme d'exclusion est difficile à justifier, étant donné que les dommages moins graves sont plus fréquents. La procédure de règlement amiable devrait idéalement fournir une réponse au problème de l'encombrement des tribunaux, mais en restreignant l'accès aux cas de dommages graves, elle risque de ne pas être suffisamment efficace pour alléger la charge judiciaire et offrir une alternative viable

[1666] L'IPP devant être au moins égale à 24 % et l'ITT au moins de 6 mois, conformément à l'article D. 1142-1 CSP, précité.

[1667] Les nouvelles dispositions de l'article L. 1142-1 II. (France)

[1668] Thomas Dessales a souligné cet aspect discriminatoire, notamment en précisant « *que ces conditions d'indemnisation ne sont applicables que pour les accidents médicaux non fautifs résultant des dispositions de l'article L. 1142-1 II CSP. En effet, l'indemnisation des victimes d'une recherche biomédicale n'est pas subordonnée au caractère de gravité du dommage(Art. L. 1142-3, al. 2, CSP). Ce seuil de gravité n'est pas non plus opposable aux victimes d'une vaccination obligatoire, ni à celles d'une contamination post-transfusionnelle par le VIH, ni enfin aux victimes de mesures d'urgence prescrites par les autorités sanitaires, ni aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C, ni aux victimes du benfluorex (Art. L. 3110-4, al. 1er, art. L. 3111-9, al. 1er et L. 3122-1, al. 3, art. L. 1221-14 CSP). Cette dichotomie dans les conditions d'accès à l'indemnisation par la solidarité nationale a été considérée comme source d'inégalités entre les victimes en raison de l'origine de l'accident en cause* ». Voir DESSALES, Thomas, *Le règlement amiable des accidents médicaux de 2002 à aujourd'hui : un système à la recherche de nouveaux équilibres*», Thèse, précitée.

[1669] LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, PORCHY-SIMON, Stéphanie, *Droit du dommage corporel: systèmes d'indemnisation*, précité.

au contentieux juridique.

Par ailleurs, les dommages les plus graves sont également les plus difficiles à résoudre à l'amiable. En effet, à mesure que la gravité du dommage augmente, la complexité du dossier s'accroît, nécessitant une approche plus robuste qu'une nouvelle procédure, potentiellement fragile en raison du manque d'expérience qu'elle capitalise. De plus, étant menée par une instance administrative qui peut ne pas disposer des connaissances médicales et juridiques nécessaires pour arbitrer de tels litiges, il convient donc de se demander s'il ne serait pas plus pertinent d'ouvrir ce mécanisme aux dommages de moindre gravité, qui sont généralement plus faciles à résoudre à l'amiable. Cette logique est largement partagée par plusieurs avocats français spécialistes de la réparation du dommage corporel qui considèrent « *que la voie contentieuse est mieux à même de garantir un bon niveau d'indemnisation aux victimes de dommages corporels, la voie amiable conduisant comme tout règlement transactionnel à une sous-indemnisation des préjudices. En effet, mieux vaut peut-être obtenir une indemnisation moins rapide mais complète permettant à la victime de faire face aux conséquences de son handicap tout au long de sa vie. Le choix de la voie contentieuse peut aussi permettre le versement rapide de prestations indemnitaires, à titre provisoire, par le biais de la procédure du référé-provision même si cela est plus ou moins facile à obtenir selon les dossiers»*[1670].

Dans cette optique, il serait approprié que le législateur algérien établisse des seuils de gravité, toutefois, ceux-ci seraient davantage applicables aux accidents médicaux qui ne relèveraient pas de ce mécanisme et nécessiteraient une résolution par voie contentieuse. Ainsi, l'accès à ce dernier ne sera possible qu'aux dommages n'ayant pas atteint ce seuil de gravité. Il incomberait bien entendu au législateur algérien de définir les paramètres permettant de mesurer cette dernière, lesquels pourraient être envisagés en référence aux mêmes critères fixés par son homologue français[1671].

Le mécanisme de médiation algérien offrirait, ainsi, une opportunité de traiter non seulement les difficultés nées à l'occasion d'une demande de dossier médical ou résultant de problèmes de communication avec l'équipe soignante mais également les accidents médicaux de gravité modéré. Il n'est pas exclu, d'ailleurs, que le législateur algérien puisse revenir sur ces seuils de gravité une fois que le mécanisme serait solidement établi, capitalisant plusieurs années d'expérience qui permettront à ses instances d'acquérir les compétences nécessaires pour résoudre des litiges complexes. Il y va sans dire que les personnes qui ne voudraient pas engager une procédure judiciaire, parce que ses conclusions sont incertaines, les procédures longues et coûteuses

[1670] MORLET-HAÏDARA, Lydia, « Le droit renouvelé de l'indemnisation des accidents médicaux. Focus sur le fonctionnement des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie*, vol 34, n°4, 2022, pp 37-45.

[1671] Tel que contenus dans Les nouvelles dispositions de l'article L. 1142-1 II *in fine.*

demeurent libres de faire le choix de recourir à ce mécanisme quel que soit le degré de gravité de l'accident médical qu'elles ont subi, rendant, ainsi, la démarche accessible au plus grand nombre de requêtes.

B. Les conditions ratione personae

La compétence *ratione personae* fait référence aux critères liés à la qualité de la personne habilitée légitimement à porter son affaire devant les nouvelles instances qui seront chargées de mener le processus de médiation. Cette compétence sera réservée à la victime directe du fait dommageable ou aux personnes pouvant agir en son nom **(1)**. Cependant, il est noté qu'il peut y avoir des exceptions où cette compétence pourrait être étendue à d'autres personnes dans des circonstances spécifiques **(2)**.

1. La détermination de la personne pouvant déclencher la procédure de médiation

Dans le cadre de la procédure que nous envisageons de mettre en place en droit algérien, la faculté de saisir les organismes institutionnels en charge du processus de médiation en santé devrait être attribuée exclusivement à toute personne estimant avoir été insatisfaite des soins qu'elle a reçus, impliquant un professionnel de santé ou un établissement public de santé. Dans le cas des mineurs ou des majeurs protégés, cette possibilité pourrait également être exercée par leur représentant légal[1672].

Cette délimitation, qui englobe effectivement tous les états de la personne ayant directement bénéficié de l'acte de soins objet du conflit, revêt toutefois un caractère restrictif, limitant l'accès à ces organismes uniquement aux personnes ayant directement bénéficié de l'acte de soin en question et excluant ainsi les victimes indirectes. Notre position est fondée sur plusieurs considérations juridiques et pratiques qu'il convient d'analyser soigneusement afin d'expliquer la pertinence de ne pas étendre la faculté de saisine de ces organismes de médiation aux ayants droit de la victime directe, et d'évaluer les implications ainsi que les retombées potentielles de cette limitation.

Tout d'abord, il important de rappeler le fondement même permettant aux ayants droit d'un patient victime d'un acte de soins litigieux de saisir ces organismes. A l'instar d'une procédure contentieuse, les ayants droit peuvent solliciter la réparation de tous les préjudices qu'ils ont subis à la suite d'un acte de soins litigieux sur la base de deux fondements distincts: d'une part, l'action de la victime directe décédée consécutivement à cet acte, dont ils auraient hérité par le biais de la dévolution successorale, et d'autre part leur propre préjudice. Effectivement, en cas de décès de la victime directe, les victimes par ricochet peuvent faire valoir des préjudices patrimoniaux tels que

[1672] La position du législateur algérien en matière de mineurs et de majeurs protégés a été précédemment étayée dans nos développements. Voir *supra,* première partie, titre II, chapitre I, section I.

les frais d'obsèques et de sépulture qu'elles devraient assumer, ainsi que les pertes ou les diminutions de revenus occasionnées par ce décès. À quelques exceptions près, on retrouve des préjudices similaires pour les proches en cas de survie de la victime directe. Par exemple, la perte de revenus des membres de cet entourage est à considérer, en partant du principe qu'un handicap dont souffre la victime directe à la suite du dommage corporel entraîne une perte ou une diminution de revenus pour les ayants droit. De plus, il est nécessaire de réparer, au titre de ce poste, la perte ou la diminution de revenus subie par les proches du patient lorsqu'ils sont contraints, pour assurer une présence constante à ses côtés, d'abandonner temporairement, voire définitivement, leur emploi.

Ensuite, il convient de préciser la qualité du payeur qui peut indemniser la victime indirecte. Classiquement, en présence d'un responsable (professionnel ou établissement de santé), ce dernier doit assumer l'indemnisation des préjudices subis par la victime indirecte, souvent par le biais de son assureur, que la victime directe soit encore en vie ou décédée. L'intervention de la solidarité nationale dans le cas des accidents médicaux non fautifs n'étant pas prévu par le droit algérien[1673].

Le mécanisme de règlement amiable que nous envisageons d'introduire en droit algérien ne poursuit pas principalement une finalité indemnitaire. Il vise avant tout à préserver la relation de soin et à maintenir le lien de confiance entre soignants et patients à travers la médiation. Ainsi, dans les situations où la victime directe survit, il serait préférable d'éviter d'indemniser les victimes indirectes afin de ne pas compliquer les relations entre patients et professionnels de santé avec des revendications émanant de tiers non impliqués dans la continuité des soins. Cette approche n'est pas sans précédent puisque le législateur français a retenu la même position en matière d'indemnisation des victimes indirectes des accidents médicaux non fautifs par la solidarité nationale. Bien que notre mécanisme exclue spécifiquement cette démarche d'indemnisation amiable des accidents médicaux non fautifs, l'approche française pourrait servir de référence utile. En effet, en droit français, cette question a été tranchée par l'article L.1142-1-II du code de la santé publique qui a exclu l'indemnisation des préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux de la victime indirecte en cas de survie du patient victime de l'accident médical non fautif[1674]. La Cour de cassation a rejeté, dans un arrêt du 13 septembre 2011[1675], la possibilité de renvoyer au Conseil constitutionnel cette problématique estimant que cette exclusion ne soulève aucun doute sérieux sur la constitutionnalité de l'article L. 1142-1-II[1676], dont l'objet n'était pas de consacrer un droit à indemnisation de tous les

[1673] Voir *supra,* première section du premier chapitre de ce titre.

[1674] CE, 30 mars 2011, n° 327669. (France).

[1675] Cass. 1ère civ, 13 septembre 2011, n° 11-12.536. (France)

[1676] Les termes de l'article L. 1142-1-II du CSP se lisent comme suit: « *Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et,*

préjudices résultant d'accidents médicaux non fautifs, mais de permettre, sous certaines conditions, la prise en charge, par la solidarité nationale, de certains d'entre eux, en conciliant, d'une part l'exigence d'une indemnisation des patients victimes et de leurs proches, et d'autre part l'équilibre des finances publiques et la pérennité du système. Ainsi, sans méconnaître le principe d'égalité, la loi française a pu réserver le droit à indemnisation des proches de la victime dans le seul cas où cette dernière serait décédée.

Toutefois, dans le cadre du nouveau mécanisme qui serait institué en droit algérien, il serait pertinent de ne pas retenir même cette possibilité d'indemnisation des proches en cas de décès, envisagée par la législation française. En effet, dans les situations où la victime directe décède, la relation de soins est irrévocablement rompue. Dans ces circonstances, il devient superflu de chercher à préserver le lien de confiance entre soignants et soignés, objectif principal de notre démarche. Aussi, engager une action contentieuse pourrait permettre aux ayants droits d'obtenir la reconnaissance et l'indemnisation de leurs préjudices sans recourir à un mécanisme amiable.

Cette approche restrictive présente l'avantage de simplifier le travail des organismes en charge du processus de médiation, nouvellement créés, puisqu'ils ne seraient pas tenus d'entreprendre des démarches liées à la gestion de l'actif successoral. En effet, le transfert de compétence de saisine de ces instances vers les ayants droit nécessite une clarification de leurs attributions notamment en matière de reconnaissance des successeurs légaux du patient décédé. Cela exige d'accorder à ces organismes des pouvoirs leur permettant de vérifier la qualité d'héritier ou de légataire, une prérogative qui ne peut être dévolue à une instance administrative[1677], et encore moins sans une expertise préalable dans ce domaine particulier. En outre, il importe de préciser dans ce cadre qu'en droit algérien le système successoral, dont les principes fondamentaux sont énoncés dans le code de la famille[1678] et inspirés des préceptes de l'Islam[1679], se révèle plus complexe que son équivalent dans le droit français[1680]. Il repose sur le lien de parenté et la qualité de conjoint en tant que référent et n'ouvre, par conséquent, aucun droit à réparation aux proches de la victime sauf s'ils détiennent cette qualité d'héritiers. Ainsi, en l'absence de cette condition, les victimes indirectes ne peuvent

en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale…. ».

[1677] En droit algérien, la « *frédha* » ou l'acte de succession est émis par un notaire local, qu'il s'agisse du lieu de résidence ou du lieu d'inhumation. Il identifie les héritiers ainsi que la portion de la succession qui revient à chacun. La possession de ce document est essentielle lors du processus de liquidation d'une succession. BENNOUI, Nawel, «Les droits liés à la succession dans le droit algérien », *Revue des recherches et études juridiques et politiques*, vol 8, n°1, 2019, pp 291-306, (article en Arabe).

[1678] Le Livre III de la loi n°84-11 du 9 Juin 1984 portant code de la famille, précitée est entièrement consacré aux successions (Articles 126 à 183).

[1679] Coran 4/13-14.

[1680] BENNOUI, Nawel, «Les droits liés à la succession dans le droit algérien », précité.

pas prétendre à une quelconque indemnisation contrairement au droit français où le Conseil d'État a pris une position significative en établissant *« un droit à réparation aux proches de la victime, qu'ils aient ou non la qualité d'héritiers, qui entretenaient avec elle des liens étroits, dès lors qu'ils subissent du fait de son décès un préjudice direct et certain »*[1681]. Cette position du Conseil d'État reconnaît explicitement un droit à réparation pour les proches de la victime, indépendamment de la qualité d'héritiers, en se basant uniquement sur la preuve de liens étroits avec la personne décédée et l'existence d'un préjudice direct et certain. Une solution qui a été réaffirmée, encore une fois, dans une décision du 24 juillet 2019[1682].

En conclusion, l'ensemble de ces facteurs propres au contexte algérien laisse penser que l'adoption d'une démarche restrictive, limitant l'accès à la saisine des organismes de médiation aux seules victimes directes de l'acte de soins, que ce soit de leur vivant ou après leur décès, serait plus appropriée. Toutefois, il est important de préciser que l'adoption d'une telle solution risque de susciter des critiques et de provoquer divers problèmes. En effet, elle pourrait engendrer une rupture d'égalité dans l'accès à la procédure amiable entre les ayants droit du patient et le patient lui-même, car il n'est pas évident de considérer ces parties comme étant dans des situations suffisamment distinctes pour justifier un traitement différent. Assurément, cette position rendrait impossible le traitement d'une demande d'indemnisation d'une victime par ricochet autrement que par la voie contentieuse. Assurément, si l'on adopte cette démarche, l'indemnisation des ayants-droit se trouverait limitée aux préjudices de la victime directe et non aux leurs. Cela pourrait également conduire à deux procédures parallèles, celle menée par la victime directe devant les organismes de médiation et celle menée par les ayants droit devant les tribunaux, ne désengorgeant donc que peu la justice étatique et n'accélérant pas le règlement des litiges. En outre, en jugeant du même fond, ces deux procédures pourraient arriver à des solutions contraires. Autant la voie juridictionnelle par la force de chose jugée attachée à ses décisions contraindrait ces organismes à suivre sa décision, autant le chemin inverse n'est pas possible. En cas de double procédure engagée, cela fragiliserait à la fois la procédure amiable mais aussi les avis de ses organismes qui seraient contraints de surseoir à statuer, pour peu qu'ils aient connaissance de cette dualité, à moins de voir leur crédibilité fortement remise en question.

2. La conception extensive de la victime par ricochet en cas de maladie transmissible

Face à la prévalence du risque infectieux au sein des établissements de santé, les patients sont exposés de manière significative à la transmission d'agents pathogènes, présentant ainsi un risque

[1681] CE, 3 juin 2019, n° 414098. (France)

[1682] CE, 24 juillet 2019, n° 422934. (France)

sérieux de contagion pour leur entourage proche. Il apparaît donc pertinent d'élargir la possibilité de recours aux organismes de médiation pour inclure également les victimes par ricochet en cas de préjudices liés à une contamination non imputable à l'établissement.

Dans ce contexte, la solution adoptée par le législateur français présente plusieurs aspects intéressants. À titre de rappel, avant l'adoption de la loi du 4 mars 2002 et en réponse au scandale du sang contaminé, ce dernier avait mis en place un fonds d'indemnisation chargé de compenser les préjudices résultant de la contamination par le virus de l'immunodéficience humaine due à une transfusion de produits sanguins ou à une injection de produits dérivés du sang[1683]. À partir du 11 août 2004, la gestion du règlement amiable et de l'indemnisation de ces affaires a été confiée à l'Office National d'indemnisation des accidents médicaux. Conformément à l'article L3122-1 du code de la santé publique, cette procédure est accessible aux victimes directes d'un dommage résultant d'une contamination due à une transfusion de produits sanguins ou à une injection de médicaments dérivés du sang, ainsi qu'à leur représentant légal ou aux ayants droit d'une victime décédée.

Concernant les proches de la victime directe qui estiment avoir subi un préjudice, deux perspectives divergentes ont été débattues. La première soutenait que, étant donné que l'article L 3122-1 du code de la santé publique ne prévoyait pas explicitement l'indemnisation de ces victimes dites par ricochet, il n'y avait aucune raison d'accorder davantage de droits que ce que le texte n'accorde. Les partisans de la deuxième perspective, quant à eux, plaidaient en faveur de l'indemnisation et de l'extension de cette procédure aux victimes par ricochet. Ils considéraient que l'article L 3122-1 du code de la santé publique, en ne se limitant pas aux préjudices causés à la personne transfusée mais en se référant à ceux résultant d'une contamination au virus de l'immunodépression humaine due à une transfusion, ouvrait la procédure aux victimes par ricochet. Puisque la loi ne faisait pas de distinction, il n'y avait pas lieu d'être plus restrictif. C'est cette dernière perspective que la Cour de cassation a choisi d'adopter en 2012, une décision pertinente à plusieurs égards[1684]. Dans le cas d'espèce porté devant la Cour de cassation, la victime de la transfusion sanguine contaminée au virus de l'immunodéficience humaine était le mari. Cependant, c'est sa femme qui, après le décès de ce dernier, a découvert sa propre contamination. Deux arguments ont été avancés par l'Office National d'indemnisation des accidents médicaux dont, d'une part, la faute de la victime directe qui n'a pas informé sa partenaire sexuelle de sa propre contamination, et d'autre part, le fait que l'épouse était une victime indirecte, contaminée non pas

[1683] Conformément à l'article 47 de la loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordres social, JORF n°3 du 4 janvier 1992.

[1684] Cass., civ. 2ème, 28 juin 2012, n° 11-21287. (France)

par injection de produit sanguin ou dérivé du sang, mais lors de rapports sexuels. Pour reconnaître la qualité de victime par ricochet de l'épouse et son droit à indemnisation, la haute juridiction a exclu la faute de la victime directe qui avait caché sa maladie à son épouse comme seul fait générateur. En effet, l'Office contestait le lien de causalité en soutenant que le comportement de la victime directe, ayant transmis le virus à son épouse, était la seule cause pouvant être retenue comme fait générateur du dommage. Dans ce contexte, le comportement fautif du patient pourrait rompre le lien de causalité entre la transfusion initiale et le préjudice subi par l'épouse. Lorsqu'il y a une pluralité de causes à l'origine du dommage, les juridictions peuvent parfois en retenir seulement une, soit en raison de sa proximité plus grande avec le dommage, soit en raison de la gravité de la faute commise[1685], conformément à la théorie de la causalité adéquate qui implique l'identification de la cause adéquate ayant effectivement provoqué le dommage. Cependant, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, dans son arrêt, a préféré appliquer la théorie de l'équivalence des conditions, considérant que toute cause était à l'origine de l'intégralité du dommage. Selon cette théorie, les faits sans lesquels le dommage ne se serait pas produit sont considérés comme en étant la cause. La cour d'appel ayant établi que la transfusion était à l'origine de la contamination de la plaignante, les conditions d'indemnisation sont ainsi remplies. Il ne revenait pas à la Cour de cassation de se prononcer sur les faits. Sans la première contamination transfusionnelle, l'épouse n'aurait pas été elle-même contaminée, peu importe que d'autres événements intermédiaires aient été nécessaires à la réalisation de la contamination.

Ainsi, il est évident que le droit français a adopté une interprétation large de la notion de victime par ricochet dans le cadre des accidents de transfusion liés à une contamination par le virus de l'immunodéficience humaine. Bien que cette approche puisse sembler rigoureuse à l'égard de l'Office National d'indemnisation des accidents médicaux au premier abord, cela ne l'empêche pas, en vertu de l'article L3122-4 du code de la santé publique, de demander le remboursement total ou partiel de ces sommes contre la victime directe ou l'un de ses ayants droits en cas de faute impliquant, en l'occurrence, la victime par ricochet. Pour ce faire, il devra établir la preuve du comportement fautif de la victime directe[1686]. En l'espèce, cette preuve serait facile à apporter étant donné que celle-ci était consciente de sa contamination et donc du caractère sexuellement transmissible de sa pathologie.

Par assimilation, le législateur algérien pourrait tirer des enseignements de l'approche adoptée

[1685] Voir les arrêts Seita et le rejet par la cour des actions intentées par des fumeurs victimes de cancer contre les fabricants de tabac. Cass., civ. 2ème, 20 novembre 2003, n°01-17.977, Publié au bulletin. (France)

[1686] Les dispositions de l'article L 3122-4 alinéa 1 se lisent comme suit: « *L'office est subrogé, à due concurrence des sommes versées dans les droits que possède la victime contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes tenues à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes. Toutefois, l'office ne peut engager d'action au titre de cette subrogation que lorsque le dommage est imputable à une faute ».*

en France et l'adapter aux différentes situations de contaminations infectieuses transmissibles. Cependant, il est important de noter que la capacité à prouver une telle contamination varie en fonction des pathologies, certaines étant plus difficiles à établir que d'autres. Ainsi, la disponibilité de tests sophistiqués permettant de retracer la chaîne de contamination virale constitue une condition essentielle. Dans ce contexte, élargir la possibilité pour les victimes par ricochet de saisir les organismes de médiation en cas de contamination infectieuse transmissible, comme cela se fait dans une procédure contentieuse, pourrait être envisagé dans des circonstances appropriées.

§2. Les instances et les modalités de déroulement de la procédure de médiation

Outre les conditions d'accès au dispositif de médiation, il est important de prêter une attention particulière à la question du déroulement de la procédure de médiation elle-même, souvent source de frustrations pour les paries en litiges dans d'autres dispositifs de règlement amiable. En effet, les dispositifs à grande complexité procédurale suscitent peu d'intérêt chez les victimes, soulignant ainsi la nécessité pour le législateur algérien d'opter, non seulement, pour l'unicité des entités auprès desquelles la procédure de médiation serait organisée mais également pour la simplicité des modalités régissant les différentes phases de son déroulement. Dans cette optique, la procédure de médiation serait confiée, au niveau local, à des commissions de médiation et de résolution amiable des accidents médicaux, puis en deuxième instance, à une commission nationale de recours **(A).** Les modalités de déroulement de chaque phase de cette démarche ne devraient entretenir aucune confusion dans l'esprit des victimes **(B).**

A. Les organismes de la procédure

Afin de simplifier et d'accélérer le règlement amiable des conflits en matière médicale, la procédure créée en droit algérien reposerait principalement sur deux instances à savoir les commissions locales de médiation et de résolution amiable des accidents médicaux et une commission nationale de recours. Aussi, il importe d'en préciser le caractère juridique **(1)**, avant d'examiner leur fonctionnement **(2)**.

1. Le caractère juridique des organismes de médiation

Dans chaque wilaya, il serait institué une commission locale de médiation et de résolution amiable des accidents médicaux, agissant comme un véritable guichet unique. Les patients pourraient y soumettre toutes leurs réclamations, quel que soit le motif de leur insatisfaction en vue d'une résolution rapide des conflits pouvant les opposer aux professionnels et établissements publics de santé. Au niveau national, une commission de recours serait mise en place pour examiner les recours formés contre les décisions prises par ces commissions locales. A priori, la

détermination du caractère juridique de ces organismes ne soulève pas de difficulté particulière, puisque, comme leur nom l'indique, elles constituent une voie amiable, non contentieuse et ne peuvent, par conséquent, avoir qu'un caractère administratif. Toutefois, ce caractère semble être en contradiction avec la nature des décisions qu'elles seraient amenées à rendre dans la mesure où celles-ci se rapprocheraient considérablement par certains aspects de celles des juridictions, justifiant ainsi une nature juridique spécifique.

Bien que cette situation soit inédite en droit algérien, une analyse approfondie du contexte juridique national révèle l'existence d'institutions, consacrées dans certains textes algériens, qui partagent des caractéristiques assez proches des organismes de médiation que nous envisageons de créer. En effet, à des fins de simplification et d'accélération du règlement des litiges entre les assurés et les organismes de la sécurité sociale, le législateur algérien a adopté une solution originale pour ce contentieux[1687]. Elle consiste en la mise en place d'une phase préalable à la procédure judiciaire visant à régler à l'amiable le contentieux général qui peut surgir entre un assuré et son organisme de sécurité sociale[1688]. Cette démarche a été mise en place dans le but évident de réduire le recours aux procédures judiciaires, favorisant ainsi une résolution rapide des différends sans imposer de frais supplémentaires aux assurés sociaux[1689]. Elle ne requiert pas de formalités spécifiques, à l'exception d'un ensemble minimal de conditions nécessaires pour engager le règlement amiable entre les parties en conflit, une tâche confiée à des commissions locales et nationales de recours préalable qualifiées[1690]. La nature administrative de ces commissions ne fait pas de doute malgré l'équivoque entretenue par certaines dispositions qui avait été introduites par le législateur algérien dans les lois du contentieux de la sécurité sociale[1691] faisant référence à

[1687] ABASSA, Djamel, *Le règlement du contentieux médical dans la législation algérienne de la sécurité sociale*, Thèse, droit public, Université Mohamed Ben Ahmed d'Oran, 2011.

[1688] La loi n°83-15 du 02 juillet 1983 modifiée et complétée portant contentieux de la sécurité sociale, JORA n°28 du 5/7/1983 dispose dans son article 6 que « *les contestations relevant de par leur nature, du contentieux général de la sécurité sociale sont portées, avant tout recours aux juridictions devant une commission de recours préalable* »,

[1689] ABASSA, Djamel, *Le règlement du contentieux médical dans la législation algérienne de la sécurité sociale*, Thèse, précité.

[1690] Ces commissions ont été instituées par la loi n° 08-08 du 23 février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, JORA n°11 du 2 mars 2008. Elles sont réglementées respectivement par les décrets exécutifs n°08-415 du 24 décembre 2008 fixant le nombre des membres, l'organisation et le fonctionnement des commissions locales de recours préalables qualifiées en matière de sécurité sociale et le décret n°08-416 du 24 décembre 2008 fixant le nombre des membres, l'organisation et le fonctionnement des commissions nationales de recours préalable qualifiées en matière de sécurité sociale, JORA n° 1 du 6/1/2009.

[1691] Notamment loi n° 86-15 du 29 décembre 1986 portant loi de finances pour l'exercice 1987, JORA n° 55 du 30/12/1986, ayant instituée dans son article 121 la commission de recours préalable nationale ainsi que la loi 99-10 du 11 novembre 1999 modifiant et complétant la loi 83-15 du 2 juillet 1983 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, JORA n°80 du 14/11/1999.

certaines notions propres aux juridictions. « *Il est en effet question d'une commission nationale de recours qui statue en appel, à la diligence du demandeur au recours ou de la caisse, alors que l'appel constitue la voie de recours par excellence contre les jugements rendus par les juridictions statuant en premier ressort. Il est indiqué par ailleurs, que la commission statue en premier et dernier ressort, en matière de remise des pénalités et majorations, et il n'est donc plus question de recours préalable, dès lors que les tribunaux ne pourront en aucun cas connaître de ces litige*»[1692]. Ceci avait suscité le débat autour de la question de la nature définitive des décisions prises par les commissions locales et nationales de recours préalable qualifiées [1693], dont le caractère administratif a fini par être bien confirmé[1694].

Par ailleurs, il est important de noter que l'approche adoptée par le législateur français en matière de règlement amiable des accidents médicaux s'inscrit dans le même raisonnement juridique. En effet, il est important de noter à cet égard que les commissions établies dans ce cadre ne sont pas reconnues en tant que juridictions, bien qu'elles soient présidées par un magistrat. Elles ne sont pas non plus considérées comme des autorités administratives indépendantes, mais plutôt comme des commissions *ad hoc* dépourvues de personnalité juridique, ayant des liens étroits avec l'Office National d'indemnisation des accidents médiaux, dont elles dépendent pour l'allocation des ressources financières, humaines et logistiques[1695]. À ce titre, elles rendent des avis dont la commission d'accès aux documents administratifs a considéré qu'ils « *constituaient bien des documents administratifs comportant un grand nombre de mentions personnelles et médicales relatives à la victime et protégées par le secret de la vie privée, ainsi que des éléments traduisant le comportement des professionnels de santé, la divulgation de ce comportement étant susceptible de leur porter préjudice*»[1696].

Ainsi, les organismes de médiation que nous envisageons de créer en droit algérien pourraient

---

[1692] FILALI, Ali, *«* La résolution amiable des litiges de sécurité sociale: des résultats convaincants*», Annales de l'université d'Alger*, vol 25, n°1, 2014, pp 126-157, (article en Arabe).

[1693] Djamel Abassa a fait référence dans sa recherche aux débats de l'assemblée nationale populaire où la commission de l'éducation, de la culture et des affaires sociales de l'assemblée populaire nationale a considéré que la nature juridique de la décision rendue par la dite commission tient lieu d'une première étape ou d'une décision à caractère plutôt spécial, ABASSA, Djamel, *Le règlement du contentieux médical dans la législation algérienne de la sécurité sociale*, Thèse, précité. Voir également LABANI, Ouafa, « La nature juridique du recours préalable dans le contentieux général de la sécurité sociale -Etude comparative entre les droits Algérien et Français de la sécurité sociale», *Revue des sciences humaines*, volume B, n° 32, 2009, pp 13-28.

[1694] LABANI, Ouafa, « La nature juridique du recours préalable dans le contentieux général de la sécurité sociale -Etude comparative entre les droits Algérien et Français de la sécurité sociale», précité.

[1695] MORLET-HAÏDARA, Lydia, « Le droit renouvelé de l'indemnisation des accidents médicaux. Focus sur le fonctionnement des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux », précité.

[1696] Avis de la CADA du 1er avril 2004, référence n° 20041039.

s'inspirer des caractéristiques des institutions de règlement amiable établies par le législateur algérien en matière de contentieux de la sécurité sociale ou encore de celles érigées par son homologue français en matière médicale empruntant beaucoup de leurs traits distinctifs. Assurément, ils auraient un caractère administratif qui revêt, toutefois, une certaine spécificité, vu la nature et la particularité de leurs missions. Dépourvus de personnalité morale, ils exerceraient leurs compétences en étant soumis au pouvoir hiérarchique du ministère de la santé auquel ils seraient liés pour l'octroi de ressources humaines et financières. Néanmoins, ils devraient conserver une certaine indépendance qui leur permettrait de prendre leurs décisions en toute souveraineté. À la différence d'une instance juridictionnelle, ils ne seraient investis d'aucun pouvoir d'investigation telle que des pouvoirs d'audition ou d'expertise. En outre, les décisions qu'ils seraient appelés à rendre ne seraient revêtues d'aucune autorité de la chose jugée et ne seraient pas soumise aux dispositions du code de la procédure civile et administrative notamment celles relatives au contenu des décisions de justice.

2. Fonctionnement des organismes de médiation

Implantées dans chaque wilaya, les commissions de médiation et de résolution amiable des accidents médicaux seraient investies d'une double mission: résoudre de manière amiable les conflits médicaux qui pourraient émerger lors d'une relation de soins, tout en facilitant la négociation d'un accord d'indemnisation à l'amiable en cas d'accident médical survenu au cours de cette relation[1697]. Ces deux missions, bien que distinctes, convergent vers un objectif commun, celui d'apaiser la relation médicale en dehors de toute procédure juridictionnelle. La première mission revêt, cependant, une ampleur considérable en s'étendant à tous les aspects de la relation de soins et de la vie hospitalière. À travers le processus de médiation, la commission aspirerait à rapprocher les points de vue des parties en conflit. De plus, elle assumerait un rôle pédagogique significatif en veillant à la clarté des décisions qu'elle prendrait, notamment celles relatives à l'indemnisation des accidents médicaux en s'assurant que chaque partie puisse comprendre les conditions de survenue de ces événements indésirables. La commission nationale, quant à elle, aurait pour mission de se prononcer uniquement sur le bien-fondé des décisions de recevabilité des demandes de médiation émises par les commissions locales. Cela implique qu'elle ne serait pas habilitée à traiter les recours formulés contre les décisions prises par ces commissions à l'issue du processus de médiation. Par ailleurs, la commission nationale aurait exclusivement le pouvoir de statuer sur les demandes des victimes qui auraient fait le choix de recourir au mécanisme de médiation alors que le degré de

[1697] TOUZARD, Hubert, et Jacques, FAGET, « De la négociation à la médiation », dans, *L'art de pacifier nos conflits. De la négociation à la médiation.* Érès, 2022, pp. 233-238.

gravité de l'accident médical qu'elles auraient subi relève d'une procédure contentieuse[1698].

De manière similaire aux commissions locales instaurées par le législateur algérien dans le domaine de la sécurité sociale[1699], la commission locale de médiation et de résolution amiable des accidents médicaux serait présidée par un représentant désigné par le ministère de la tutelle. Il est évident que le législateur algérien devrait mettre en place une procédure de nomination visant à garantir l'impartialité de ce président en s'inspirant notamment de la démarche adoptée en la matière dans le cadre des autorités administratives indépendantes[1700]. Les autres membres de ladite commission seraient nommés en parité parmi les représentants des patients et des utilisateurs du système de santé, des professionnels de la santé, des responsables d'établissements publics de santé, ainsi que des représentants des compagnies d'assurance économiques ou de personnes qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels. Les membres de la commission nationale de recours seraient désignés dans les mêmes conditions.

Afin d'observer des règles strictes en matière de conflit d'intérêts, les membres des diverses commissions seraient tenus de déclarer, le cas échéant, tout lien direct ou indirect d'ordre familial, professionnel ou financier avec les personnes dont la demande est examinée, ainsi qu'avec les professionnels de la santé, les établissements de santé, les services ou organismes de santé concernés par cette demande. Lorsqu'une telle situation se présenterait, leur participation à la préparation des avis ainsi qu'à la séance de la commission serait exclue. Lorsqu'il s'agit du président, il serait remplacé par le président adjoint. Si ces deux fonctions se trouvent simultanément dans l'incapacité d'assurer leur rôle, ou en cas d'empêchement du président adjoint, le dossier serait transféré à une autre commission. Il est important de noter que le secret professionnel s'appliquerait non seulement aux membres de ces commissions, mais aussi à toutes les personnes qui auraient accès aux documents et informations détenus par celles-ci.

Les commissions locales et nationale se réuniraient sur convocation de leur président, qui établirait l'ordre du jour et désignerait les rapporteurs parmi les membres de la commission ou parmi les fonctionnaires ou agents publics mis à sa disposition. La validité des délibérations serait soumise à la présence de la majorité des membres. En l'absence de cette majorité, une nouvelle séance se tiendrait, sans obligation de quorum, après un délai de quinze jours. Les avis de la commission seraient adoptés à la majorité des membres présents, et en cas de partage égal des voix,

[1698] Voir *supra,* paragraphe 1, relatif aux conditions d'accès au dispositif de médiation.

[1699] FARAOUN, Mohamed, « Le rôle de la commission de wilaya de recours préalable dans la résolution des litiges de sécurité sociale », *Revue de droit public algérien et comparé*, vol 9, n° 1, 2023, pp 633-646, (article en Arabe).

[1700] PETIT, Étienne, « Chapitre 3. Les autorités administratives et publiques indépendantes », dans, *Les institutions administratives en tableaux,* Ellipses, 2021, pp. 84-89. Voir aussi KRIMIA, Abdelhak, « Tableau des autorités administratives indépendantes en Algérie », *Revue de l'enseignant chercheur pour les études juridiques et politiques*, vol 6, n°1, 2021, pp 305-323, (article en Arabe).

la voix du président serait prépondérante. Le secrétariat de la commission, qui serait placé sous l'autorité fonctionnelle du président, serait assuré par des personnels mis à sa disposition par le ministère de la santé. De manière identique aux commissions de wilaya de recours préalable dans la résolution des litiges de sécurité sociale[1701], le fonctionnement de ces commissions reposerait sur un règlement intérieur conforme à un règlement type établi par un arrêté du ministre chargé de la santé, qu'elles adopteraient. Ce règlement préciserait les modalités d'organisation du travail et de préparation des avis, ainsi que la répartition des tâches entre le président, le cas échéant les présidents adjoints, et les membres de la commission. La vie institutionnelle de la commission se matérialiserait par l'adoption de deux rapports annuels publiés: l'un relatif à son fonctionnement et à son activité en matière de règlement des conflits, et l'autre traitant du bilan de la résolution amiable des accidents médicaux.

Les organismes de médiation constituent un simple outil d'institutionnalisation de cette pratique en matière médicale puisque la véritable responsabilité réside entre les mains des médiateurs qui sont chargés de la mission complexe de rapprocher les parties et de parvenir à un accord amiable en vue du règlement des conflits. Ce montage vise, donc, à permettre l'intégration de la médiation dans l'appareil de santé publique algérien. L'objectif principal de ces commissions serait de lui assurer une organisation administrative et financière, permettant ainsi aux victimes de déclencher le processus, tout en donnant aux médiateurs les moyens nécessaires pour le conduire et veiller au respect de ses termes.

B. Les phases et modalités de déroulement

La procédure de médiation instaurée en droit algérien repose sur trois principes fondamentaux: la gratuité, la simplicité et la rapidité. En effet aucun frais de procédure n'est demandé au requérant et la saisine est simple. Elle est également rapide devant intervenir dans un très bref délai. Ces principes imprègnent l'ensemble de la procédure, qui se structure autour de diverses étapes où plusieurs modalités doivent être observées, débutant par la phase de saisine **(1)** et aboutissant à l'émission de l'avis des commissions **(2).**

1. La phase de saisine

La facilité de saisine des organismes de médiation constitue le principal atout du mécanisme qui serait institué en droit algérien dans la mesure où il serait prévu qu'elle s'effectue par l'envoi d'un simple formulaire ne nécessitant pas, en principe, une assistance particulière. Ce document, pouvant être rempli par la victime elle-même sans avoir recours à un avocat, vise à permettre à cette

[1701] FARAOUN, Mohamed, « Le rôle de la commission de wilaya de recours préalable dans la résolution des litiges de sécurité sociale », précité.

dernière de fournir des informations déterminantes. Elle doit décliner son identité, indiquer son organisme de sécurité sociale, préciser l'identité des personnes qu'elle estime être à l'origine de son insatisfaction, et décrire de manière aussi précise que possible le dommage et les préjudices qu'elle estime avoir subis, notamment en ce qui concerne les accidents médicaux. En complément des informations fournies dans le formulaire, la victime est également invitée à rédiger, sur une feuille libre d'une à deux pages, une description détaillée des faits. Cette démarche vise à permettre à ceux qui examineront le dossier de saisir au mieux les circonstances entourant le conflit, ainsi que la nature précise des dommages subis. Si la demande concerne une victime par ricochet suite à une maladie contagieuse, des documents supplémentaires doivent être présentés pour justifier cette qualité. De plus, dans le cas d'accidents médicaux, il peut être requis un certificat médical récent détaillant la nature et l'étendue des dommages allégués, ainsi que toute pièce justificative des préjudices économiques, tels qu'un certificat d'arrêt de travail, une perte de revenus ou les dépenses encourues à la suite de l'accident. Il est essentiel de fournir tous les documents médicaux relatifs à la prise en charge de la victime, en mettant particulièrement l'accent sur le dossier médical qui permet d'accéder à l'ensemble des comptes-rendus d'hospitalisation, rapports opératoires, fiches de liaison, analyses sanguines, imagerie médicale, consentements éclairés, et autres informations pertinentes. La responsabilité de récupérer une copie intégrale de ce dossier incombe à la victime. Toutefois, les frais liés à la reproduction de la première copie de ce dossier doivent être assumés par l'établissement responsable du traitement des données personnelles du patient, une position inspirée de la jurisprudence européenne[1702].

Dans ce contexte, il convient de souligner que, bien que la nouvelle loi sur la santé en Algérie ait instauré un authentique droit à l'information pour les patients[1703], il est tout aussi important de leur accorder, dans le cadre de cette procédure, un droit d'accès à leur dossier médical, dont une copie intégrale peut être obtenue sur simple demande. Cette requête doit être formulée par écrit, à travers une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à l'établissement public de santé qui a pris en charge le patient. Il est essentiel de joindre à cette demande les documents nécessaires permettant de confirmer l'identité du patient et, dans la mesure du possible, de préciser les dates de prise en charge au sein de cet établissement. Lorsque des hospitalisations multiples ont eu lieu dans différents établissements de santé, il est impératif de soumettre une demande distincte à chaque établissement afin de recueillir séparément toutes les informations nécessaires. Cette demande ne nécessite pas de formalisme particulier, si ce n'est de bien préciser qu'elle s'inscrit dans le cadre

[1702] La CJUE a considéré dans un arrêt récent que la première copie du dossier médical doit être transmise gratuitement au malade lorsqu'il la demande. CJUE, 26 oct. 2023, aff. C-307/22.

[1703] Voir *supra*, première partie, titre II, chapitre I, section I.

d'une démarche de médiation et vise à déclencher le processus de règlement amiable, permettant ainsi au patient de faire valoir ses droits. Un modèle de cette lettre de demande doit être disponible au niveau de chaque établissement de santé qui devrait disposer d'un délai théorique raisonnable pour répondre à la victime et lui transmettre une copie de son dossier médical compte tenu des contraintes logistiques que cela implique. Il est important de noter que ces délais peuvent être dépassés en pratique, sans que cela ne constitue nécessairement une volonté manifeste d'entraver la procédure de médiation, mais plutôt en raison de problèmes potentiels de désorganisation. Dans le cas où le patient ne parvient pas à obtenir la copie de son dossier malgré plusieurs relances, il est impératif de lui accorder un droit de recours. Ce dernier peut être adressé soit à la commission de relation avec les usagers, instaurée dans le cadre de la gestion participative[1704] afin qu'elle puisse intervenir pour débloquer la situation, soit par voie hiérarchique aux directions de santé de wilaya. Il est également recommandé d'envisager des sanctions disciplinaires à l'encontre du professionnel ou du directeur de l'établissement de santé qui refusent de transmettre une copie du dossier médical au malade à la condition que ce dernier puisse justifier des tentatives et des différentes demandes restées sans suite pour obtenir cette copie.

Par ailleurs, afin d'éviter toute ambiguïté susceptible de laisser penser au patient que l'établissement de santé cherche à entraver la transmission de son dossier médical pour dissimuler les circonstances d'accident médical, il est important de mettre en place des mesures de transparence de l'information en lien avec ce type d'événements. A l'instar du droit français[1705], il peut être instauré, au sein des établissements publics de santé, une obligation d'information consistant à communiquer immédiatement aux malades toutes les informations nécessaires relatives aux événements indésirables survenus suite à des actes de soins. L'intérêt de cette disposition réside dans le fait qu'elle assure à la victime l'obtention de toutes les informations, même en l'absence de certitudes, sur les causes et les circonstances de ces événements. Elle vise également à lui permettre de comprendre la situation dans laquelle elle se trouve et si le dommage qu'elle a subi est imputable à sa pathologie ou à un produit de santé afin de lui permettre d'envisager les suites à donner à ce dommage. Les modalités de délivrance de cette information seraient rigoureusement encadrées. Il serait envisageable de prévoir que cette information soit communiquée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sur demande expresse du patient. Cette communication

[1704] La création de cette commission a été proposée dans le cadre du premier outil de prévention des conflits que nous avons pour ambition de développer en droit algérien. Voir *supra,* partie II, premier titre, chapitre 2, section 1.

[1705] Les termes de l'article L. 1142-4 du CSP précisent dans ce cadre que : « *toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage* ».

pourrait se faire au cours d'un entretien, lors duquel le patient aurait la possibilité de se faire assister par un avocat ou toute autre personne de son choix. De cette manière, le patient pourrait décider en toute opportunité des mesures qu'il entend entreprendre en réponse aux éléments dévoilés au cours de cet entretien.

Enfin, une fois une copie du dossier médical transmis, l'ensemble de ces éléments informatifs sont être adressé ou déposé contre accusé de réception auprès des commissions de médiation territorialement compétentes dans le ressort desquelles l'acte de soins a été réalisé. Il est important de souligner que cette commission demeure compétente, même si, au cours de l'instruction de la demande, des actes réalisés dans le ressort d'autres commissions sont susceptibles d'être liés au conflit en question. En se basant sur les informations transmises, le service juridique de ces commissions serait en mesure d'évaluer la compétence de son institution conformément aux critères établis à cet égard. En cas de lacunes constatées dans certains dossiers, ce service serait habilité à engager un échange avec le demandeur afin de compléter les éléments nécessaires dans un délai précis, sous peine de voir cette demande simplement rejetée. L'ambition de mettre en place un mécanisme de règlement des conflits, plus rapide que les procédures contentieuses, devrait certainement inciter le législateur algérien à définir des délais stricts pour cette phase, lesquels, selon notre appréciation, ne devraient pas dépasser un trimestre en incluant les délais de transmission des dossiers médicaux.

Bien que des modalités simples aient été imaginées pour la saisine des organismes de médiation, il n'est pas exclu que le processus puisse sembler plus complexe pour le patient dans la mesure où la constitution du dossier à adresser aux commissions de médiation doit se faire avec soins. L'aide d'un avocat pourrait ainsi s'avérer précieuse pour s'assurer de la recevabilité du dossier et le passage du premier filtre. Assurément, dans un contexte de professionnalisation du contentieux de la responsabilité médicale, il est probable que le patient choisisse, avant d'entamer la procédure, de faire examiner sa demande par un avocat spécialisé, même si cette assistance n'est pas obligatoire. Cela soulève alors la question du coût potentiel de cet accompagnement pour le malade, d'autant plus que l'aide juridictionnelle ne peut être sollicitée dans ce cadre, étant donné que les organismes de médiation ne sont pas des juridictions.

2. La phase de recevabilité de la demande et traitement du dossier

Après dépôt du dossier, la commission de médiation est tenue de se prononcer sur la recevabilité de la demande des victimes en tenant compte de divers critères d'accès mis en place par le législateur algérien[1706], notamment le degré de gravité du dommage. Pour apprécier ce seuil, la

[1706] Développés *supra,* premier paragraphe de la présente section relatif aux conditions d'accès à la procédure de médiation.

commission peut solliciter l'avis d'un ou plusieurs experts. Dans ce cadre, il s'agit d'une expertise préalable, facultative et gratuite, destinée à éclairer la commission sur la gravité du dommage. Cette expertise de recevabilité se déroule essentiellement sur pièces et ne revêt aucun caractère contradictoire.

À la lumière, notamment de l'avis de l'expert, la commission se prononce sur la recevabilité de la demande. Si elle estime que les dommages excèdent le seuil de gravité prévu par le mécanisme, elle se déclare incompétente, et en informe les parties concernées tout en avisant le demandeur de son droit de recourir à la voie contentieuse. Cependant, la possibilité d'un recours contre cette décision d'irrecevabilité ou d'incompétence de la commission de médiation peut être envisagée, particulièrement si la victime choisit, en dépit du caractère de gravité que revêt le dommage qu'elle a subi, de renoncer à la procédure contentieuse, préférant opter pour l'ouverture d'une procédure de règlement amiable. Dans ce cas, elle aurait la possibilité de présenter devant la commission de recours, instituée au niveau national et compétente en la matière, tous les éléments permettant de justifier ce recours.

En revanche, lorsque les organismes de médiation estiment que la demande satisfait à toutes les conditions qui ont été prévues dans ce cadre par le législateur algérien, une nouvelle étape de la procédure est engagée, marquée par le déclenchement du processus de médiation. Toutes les parties concernées par le conflit, y compris l'assureur de l'établissement et l'organisme de sécurité sociale du demandeur en cas d'accident médical, sont informées de cette décision par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans un premier temps, les organismes de médiation peuvent décider d'accorder un temps d'écoute consacré à la parole de la victime, même s'il ne s'avère pas toujours facile pour elle de s'exprimer et que les séances sont émotionnellement très chargées. Ce temps d'écoute revêt une grande importance dans le processus de reconstruction tant pour la victime que pour sa famille. Il constitue également une séance où les organismes de médiation veillent à ce qu'elle soit pleinement informée du processus de médiation, lui permettant ainsi de comprendre les principes qui le régissent et les effets qu'il produit. De plus, la victime aurait accès à l'annuaire des médiateurs en santé, lui offrant la possibilité de choisir librement le médiateur qui dirigerait la résolution de son conflit, tout en respectant les modalités de désignation de ces professionnels[1707]. Il est important de souligner que, pour les professionnels de la santé, la diffusion des informations relatives au processus de médiation serait initiée préventivement en amont de tout conflit, à travers des programmes de formation dispensés par les cellules de formation continue au sein des établissements de santé. Il demeure néanmoins impératif d'obtenir leur consentement quant au choix

[1707] Tels que développés *infra,* premier paragraphe, deuxième section relative à la délimitation des contours juridiques du statut du médiateur en santé.

du médiateur opéré par les victimes et de leur garantir le droit de le récuser en cas de conflits d'intérêts.

Par la suite, il serait peut-être pertinent que les parties puissent rencontrer individuellement le médiateur avant tout rapprochement entre elles. Cette démarche vise à établir le lien de confiance nécessaire à la conduite du processus. Toutefois, la mise en présence des parties, clé de voute du mécanisme, demeure le moyen idéal d'aboutir à une solution réfléchie et négociée. Aussi, l'organisation de ces rencontres en termes d'échanges, de communication, d'exposition des divers intérêts et la conclusion d'un accord ménageant les objectifs de chaque partie, ne peut se faire sans la mise en place d'un réel cadre procédural qui va permettre l'adaptation du mécanisme aux diverses facettes et situations conflictuelles existantes dans le secteur de la santé. Pour des raisons méthodologiques, ce cadre sera repris et approfondi dans la deuxième section de cette partie, car il est impératif de distinguer entre les phases et les modalités administratives de l'ensemble de la procédure amiable, telle qu'elle serait instituée en droit algérien, et celles du processus de médiation proprement dit, qui constitue l'étape centrale de cette procédure. Assurément, son encadrement découlerait d'un consensus professionnel.

Enfin, à l'issue de la médiation, si les parties parviennent à trouver une solution partielle ou totale au conflit, les organismes de médiation collaborent avec le médiateur pour formaliser un accord. Les termes de ce dernier seraient consignés dans un document mettant en évidence notamment les points de désaccord persistants en cas de solution partielle. Il serait signé par les parties concernées ainsi que par le président de la commission ou son représentant, et un exemplaire original du document serait remis ou envoyé à chacune des parties. Cet accord s'impose évidemment à ses signataires, qui sont tenus de le respecter. La qualité de sa rédaction est primordiale et devrait être confiée au service juridique des commissions de médiation, capable de formaliser un titre revêtant un caractère exécutoire au sens légal du terme. Bien que les accords de médiation soient rarement non respectés spontanément, contrairement aux décisions de justice, il peut être utile de leur donner une sécurité juridique, notamment lorsque leur exécution s'inscrit dans le temps ainsi que dans certaines situations où les enjeux sont importants ou encore lorsque de nombreuses personnes sont concernées.

Section 2. L'encadrement juridique du dispositif de médiation en santé: un équilibre délicat

Afin de favoriser le recours au mécanisme de médiation qui serait institué en matière médicale en Algérie, il est impératif de le soumettre à un encadrement juridique rigoureux visant à assurer son efficacité et son bon fonctionnement. Cependant, il est tout aussi essentiel que ce cadre puisse

préserver la souplesse inhérente à ce mécanisme qui en constitue l'essence même et le principal trait distinctif.

Pour ce faire, ce régime devrait s'articuler, dans un premier temps, autour de la définition précise du statut juridique du médiateur en santé. En instaurant un statut bien défini pour ce tiers, comprenant une formation spécifique obligatoire, une rémunération et des critères transparents pour sa désignation, on pourrait l'élever au rang d'un véritable professionnel, garantissant ainsi sa compétence et son indépendance. Parallèlement, l'établissement de normes déontologiques et l'éventuelle organisation du médiateur au sein d'un ordre professionnel, soumis à des évaluations régulières, contribueraient à assurer une médiation en santé adaptée, spécifique et moins sujette aux conflits potentiels d'intérêts ***(§1)***.Dans un second temps, l'aménagement de règles procédurales pour encadrer le déroulement du processus de médiation est nécessaire afin de garantir son efficacité et de standardiser son application dans les multiples situations de contentieux médical, tout en assurant une protection accrue des parties impliquées. Il est tout aussi essentiel de clarifier l'articulation de la médiation avec les procédures contentieuses ***(§2)***.

La complexité de cette démarche réside essentiellement dans la quête d'un équilibre adéquat entre le strict encadrement juridique du mécanisme et la préservation de sa souplesse, caractéristique fondamentale et principal atout.

§1. La délimitation des contours juridiques du statut du médiateur en santé

Le médiateur constitue la clé de voûte du mécanisme de médiation qui serait consacré en matière médicale. Aussi, il est essentiel de s'interroger sur son statut d'autant plus que cette fonction est encore émergente en droit algérien, n'étant réglementée que dans le cas du médiateur judiciaire. Aussi, l'établissement d'un cadre rigoureux de cette pratique est déterminant pour porter une promotion réussie de ce processus dans le secteur de la santé. Cet encadrement doit concerner aussi bien la forme d'exercice de cette pratique notamment dans ses déclinaisons professionnelles et financières, que les conditions de désignation des médiateurs et les critères de régulation de ce marché **(A).** Pareillement, les principes déontologiques qui doivent guider cet exercice doivent également être délimités tout en mettant en place un mécanisme d'observation pour surveiller et évaluer son évolution dans la pratique réelle **(B).**

A. L'identification de la forme d'exercice et des conditions de désignation du médiateur

La réussite du processus de médiation nécessite d'asseoir la légitimité du médiateur en reconnaissant cette fonction et en l'érigeant en profession **(1)** ainsi qu'en déterminant les critères de sa désignation sur le fondement d'un dispositif réglementaire sécurisant pour chacune des parties **(2)**.

1. Le médiateur en santé: Une profession à reconnaître

De façon liminaire, il importe de préciser que la pratique de la médiation s'est développée en Algérie sans qu'un cadre légal unifié n'en régisse l'exercice pour le médiateur. Il est vrai que le décret exécutif n° 09-100 [1708] a permis de rassurer les magistrats en fixant les modalités de désignation des «médiateurs judiciaires» afin d'encourager leur assignation. Cependant, il ne constitue pas un texte de référence qui définit les conditions d'exercice d'une activité structurée, se limitant à rappeler que le médiateur est choisi parmi les personnes, qui de par leur position sociale, sont connues pour leur intégrité, compétence et capacité à traiter et régler les litiges. La justification d'une formation ou d'un titre attestant l'aptitude à la pratique de la médiation n'est qu'accessoire dans le texte juridique algérien[1709]. Or, devenir et être médiateur devraient exiger l'homogénéisation des qualificatifs requis pour exercer cette fonction ainsi qu'une standardisation des principes et des règles qui la régisse, qu'elle intervienne dans un cadre judiciaire ou conventionnel.

Aussi, l'instauration d'une pratique de médiation dans le secteur de la santé devrait constituer une opportunité propice pour la professionnalisation de cette pratique et sa transformation en une activité structurée, rémunérée, reconnue et régie par un texte de référence. Il faut rappeler en ce sens qu'en santé publique, l'émergence de nouvelles préoccupations a souvent entraîné des ajustements dans les rôles des acteurs du secteur ainsi que l'émergence de nouvelles activités, voire de nouveaux métiers et professions[1710]. Les notions de métier et de profession sont complexes et difficiles à définir de manière univoque et consensuelle. Elles sont souvent sujettes à un amalgame bien qu'elles fassent référence à des disciplines complémentaires[1711]. En effet, un métier ou une activité peuvent acquérir le statut de profession sous réserve de formalisation de leurs normes de

[1708] Décret exécutif n° 09-100 du 10 mars 2009 fixant les modalités de désignation du médiateur judiciaire, JORA n° 16 du 15/3/2009.

[1709] Conformément aux dispositions de l'article 3 du décret exécutif n° 09-100, précité qui se lisent comme suit : « *Le médiateur est choisi parmi les personnes, qui de par leur position sociale, sont connues par leur intégrité, compétence et capacité à traiter et régler les litiges. Il peut être choisi également parmi les personnes titulaires d'un diplôme universitaire, un certificat et/ou une formation spécialisée et/ou tout autre document, le qualifiant pour exercer la médiation dans un litige défini* ».

[1710] SCHWEYER, François-Xavier, « Chapitre 6. Sociologie des professions du champ sanitaire et social », dans *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé,* Presses de l'EHESP, 2018, pp 121-137. Voir aussi TOURMEN, Claire, « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », *Santé Publique*, vol 19, n° hs, 2007, pp. 15-20. Voir également, TISSIOUI, Mohamed, « Essai de modélisation du processus de naissance des métiers : cas des métiers de soins », *Management & Avenir*, vol. 17, no. 3, 2008, pp. 234-258.

[1711] OLRY-LOUIS, Isabelle, et Paul OLRY, « Métier(s) », dans, *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés.* Dunod, 2019, pp. 304-307. Voir aussi De Lescure, Emmanuel, « Métiers et professions », dans, Anne Jorro éd, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation,* De Boeck Supérieur, 2022, pp. 271-274.

qualification, leurs codes de conduite et leurs mécanismes de régulation[1712].

En ce sens, afin que la médiation en santé puisse se développer en tant que profession ou du moins en tant que métier, il faudrait la réunion de plusieurs paramètres dont essentiellement l'existence d'une formation spécifique donnant lieu à un savoir-faire identifié. A ce sujet, Madame Michèle Guillaume−Hofnung estime que « *la question de la formation des médiateurs est préoccupante. Il existe une énorme différence entre les entraînements à la médiation qui font des médiateurs en cinq jours et les formations en deux ans qui se développent maintenant. Lorsque les pouvoirs publics ont recours à des médiateurs, ils ignorent en général la formation suivie par eux. La qualité de juriste en retraite suffit le plus souvent à obtenir la confiance. Or, l'exercice de la médiation requiert des qualités solides qui ne sont pas innées, et des médiateurs mal formés sont réellement dangereux»*[1713].

Cette nécessité d'instaurer une formation en médiation consistante et véritablement qualifiante se fait sentir de manière encore plus prégnante dans le domaine de la santé, compte tenu de ses spécificités distinctives[1714]. En effet, si l'on tient en compte que les médiateurs en santé qui seraient désignés dans le cadre du nouveau mécanisme de médiation instauré en droit algérien seraient choisis de manière non distinctive parmi l'ensemble du personnel soignant qu'ils soient médecins ou autres, il est essentiel de noter que leur formation initiale ne correspond, donc, pas nécessairement aux disciplines requises par le mécanisme de médiation. Celui-ci exige une connaissance approfondie de techniques variées, notamment dans les domaines de la psychologie, de la gestion des conflits, du droit, de la finance, de la médecine et de l'éthique. Aussi, il devient impératif pour eux d'acquérir, en complément de leur expertise du secteur de la santé, des compétences essentielles dans ces différentes disciplines sans pour autant prétendre à une connaissance exhaustive de chaque domaine. Cette nécessité découle du fait que le médiateur devrait être à la fois un spécialiste de la médiation, possédant une compréhension complète du cadre légal de la procédure, de son fonctionnement et de sa mise en œuvre, ainsi qu'un connaisseur du domaine où il exerce sa médiation. Cette double compétence est primordiale pour garantir une médiation efficace et spécialisée notamment dans un domaine tel que celui de la santé.

Pour ce faire, il est essentiel de mettre en place un cursus de formation aligné sur les standards et normes des autres formations diplômantes disponibles sur le marché du travail. Il devrait idéalement être homogénéisé tant au regard de son contenu que de sa durée et du choix des

[1712] OLRY-LOUIS, Isabelle, et Paul OLRY, « Métier(s) », précité.

[1713] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, p 119.

[1714] GUILLAUME−HOFNUNG, Michèle, « La médiation dans le domaine de la santé », *Gestions hospitalières*, n° 522, 2013, p. 18–21.

institutions qui devront assurer sa dispensation. La question du réaménagement de l'architecture de la formation en santé devrait également être tranchée afin d'identifier à quel stade de la formation professionnalisante ce cursus sera ouvert. L'exploration de ces questions est primordiale en vue de minimiser les disparités potentielles qui peuvent surgir entre les différents candidats à cette formation, qui serait amenée à regrouper des professionnels de la santé aux profils variés. Elle vise à leur permettre, par conséquent, de se départir des déformations professionnelles initiales pour se recomposer une identité de médiateur. Enfin, pour garantir la qualité de la médiation, il serait essentiel de rendre cette formation obligatoire pour l'obtention du statut de médiateur, établissant ainsi ce diplôme comme unique certification qui garantit l'acquisition des compétences spécifiques, nécessaires à la mise en œuvre des médiations en santé. Cette approche s'inspire des meilleures pratiques observées dans d'autres pays, à l'instar de la France où le conseil consultatif de la médiation familiale a instauré un diplôme d'État de médiateur familial, offrant une formation pluridisciplinaire[1715] et de l'Allemagne qui a créé le statut de médiateur certifié, nécessitant une formation préalable pour l'obtenir[1716].

L'autre dimension de la professionnalisation de la fonction de médiateur, qui doit nécessairement être abordée, concerne la question de la rémunération qui lui est attribuée. En effet, l'absence de compensation financière pose d'énormes défis pour qualifier le médiateur de professionnel à part entière plutôt que de bénévole. Il convient de rappeler dans ce cadre que la réglementation algérienne concernant les modalités de désignation du médiateur judiciaire prévoit que celui-ci peut prétendre à une rémunération qui sera déterminée par le juge à la fin de sa mission et supportée à parts égales par les parties sauf si le magistrat en décide autrement au vu de la situation sociale des parties. Cependant, dans l'esprit du texte algérien, la prestation du médiateur n'est pas tarifée mais ses diligences seront évaluées par le juge dès sa nomination. En effet, ce dernier doit fixer le montant de la provision à valoir sur la rémunération du médiateur à un niveau aussi proche que possible de la rémunération définitive.[1717]

Dans la mesure où la médiation judiciaire et conventionnelle obéissent aux mêmes principes fondamentaux, il semble incontestable qu'un médiateur conventionnel puisse également prétendre à une rémunération. Nous estimons pour notre part que le médiateur en santé devrait être compensé par les parties en conflit selon un taux horaire, afin que le processus coûte d'autant plus qu'il se

[1715] Conformément au décret n°2003-1166 du 2 décembre 2003 portant création du diplôme d'Etat de médiateur familial, JORF n°284 du 9 décembre 2003.

[1716] Mis en place par la loi allemande sur la médiation, Gesetz zur Förderung der Mediation und anderer Verfahren der außergerichtlichen Konfliktbeilegung) du 21 juillet 2012, BGBl. I p. 1577 entrée en vigueur le 26 juillet 2012.

[1717] Conformément à l'article 12 du décret exécutif n°09-100 fixant les modalités de désignation du médiateur judiciaire, précité.

prolonge. De manière similaire à une psychothérapie, les parties qui font appel à un médiateur devraient investir financièrement dans le processus, démontrant ainsi un engagement au-delà du temps, de l'énergie et du travail émotionnel. Une médiation gratuite risquerait d'encourager les parties à l'essayer sans un véritable engagement, compromettant ainsi son efficacité. Toutefois, il est essentiel de prévoir des mécanismes permettant aux personnes démunies d'accéder également au mécanisme de médiation. Pour ce faire, la rémunération du médiateur pourrait être prise en charge intégralement par l'établissement de santé, ou bien déduite du montant de l'indemnisation que ces personnes peuvent recevoir à l'issue du processus de médiation. Il est important de noter que la rémunération du médiateur ne doit pas être conditionnée à un résultat final, à savoir la conclusion d'un accord entre les parties, mais plutôt à la mise en œuvre diligente de ses meilleures compétences dans l'accomplissement de sa mission.

2. La détermination des modalités de désignation du médiateur

L'encadrement de l'exercice du médiateur nécessite de clarifier les modalités de sa désignation. En ce sens, outre la formation en médiation de santé qu'il doit suivre préalablement à sa nomination, il importe d'imposer au médiateur une impartialité totale en veillant à ce qu'il ne soit dépendant d'aucune des parties en litiges notamment lorsque l'une d'entre elles est une institution. Il est également essentiel qu'il ne soit pas membre de l'entité sociale à laquelle appartiennent les parties ni être situé dans la hiérarchie à laquelle elles sont rattachées. Assurément, une intervention provenant d'une instance supérieure pourrait être considérée comme un recadrage, un arbitrage, voire une sanction, mais certainement pas comme de la médiation. Bien que ces divers modes de régulation des conflits soient pertinents et légitimes, ils sont distincts, et il est crucial de ne pas confondre les registres. Aussi, afin de prévenir ces éventuelles dérives et garantir une réduction significative des risques de conflits d'intérêts, il est impératif que la procédure de désignation du médiateur prévoit clairement son détachement absolu de l'établissement où il est appelé à exercer sa mission de médiation[1718].

Il importe de rappeler qu'en France, la désignation du médiateur dans le processus de résolution amiable des conflits médicaux n'a pas pris en considération ce volet d'impartialité. En effet, selon le code de la santé publique français, c'est le représentant légal de l'établissement qui procède à cette désignation, aussi bien pour les médiateurs médecins qui sont choisis parmi le personnel médical exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans, que pour les médiateurs non-médecins qui sont également désignés parmi le personnel de

[1718] Cela signifie qu'il ne doit ni être affilié pendant la durée de déroulement de la mission à cet établissement, ni y avoir été affilié par le passé.

l'établissement[1719]. Or, cette forme de désignation constitue une lacune majeure en termes de garanties d'indépendance car elle place le médiateur dans une position de dépendance vis-à-vis de l'établissement[1720]. Elle est d'autant plus renforcée du fait que le représentant légal de l'établissement peut directement solliciter l'intervention des médiateurs sans obtenir au préalable l'accord du plaignant[1721]. Bien que les personnes concernées aient la possibilité de refuser la médiation, cette option radicale suppose que les plaignants soient suffisamment informés de leurs droits ou qu'ils disposent du recul nécessaire vis-à-vis de l'établissement.

Aussi, il serait pertinent que la procédure de médiation en santé, que nous cherchons à instaurer dans le cadre du droit algérien, repose sur des modalités différentes de celles établies en droit français afin d'assurer une impartialité accrue du médiateur. Dans cette perspective, nous proposons la création d'une liste régionale, voire nationale, de médiateurs formant ainsi un réservoir à partir duquel les parties en conflit pourraient faire un choix éclairé, optant pour des médiateurs externes à l'établissement concerné par le litige. La possibilité d'entretiens individuels peut également être envisagée pour consolider ce choix et établir le nécessaire lien de confiance essentiel à la conduite de la médiation. Parallèlement, la mise en place d'un comité national ou d'un collège de médiateurs en santé, indépendant de toute hiérarchie administrative, serait essentielle pour organiser cette procédure de désignation. En effet, ce dernier veillerait à la mise en place des listes régionales et nationale de ces professionnels, à leur réactualisation chaque année et leur diffusion sous forme d'un annuaire consultable sur son site ou sur celui des organismes de médiation. Il y va sans dire que pour faire partie de ce collège, il faudrait que l'adhérent puisse attester de sa formation à la médiation, de la régularité de sa pratique, d'une démarche d'analyse de sa pratique ou de supervision, et puisse s'engager formellement sur le respect du code de déontologie.

B. L'édification de règles déontologiques et de normes d'observation

Afin de promouvoir la médiation en santé et de renforcer la confiance des patients dans son efficacité, il est nécessaire de créer un ordre professionnel ayant pour principale mission le contrôle de la compétence et de l'intégrité des médiateurs en respect de normes éthiques et de règles de conduite communes **(1)**. Par ailleurs, pour que cette pratique évolue positivement, une évaluation tant qualitative que quantitative de sa mise en œuvre s'impose **(2)**.

[1719] Conformément aux dispositions des articles R1112-82 et R1112-81 du code de la santé publique. (France)

[1720] ÉVIN, Claude. « Chapitre 4. La médiation dans les contentieux », dans, *La médiation au service de la santé et du médico-social,* Presses de l'EHESP, 2022, pp. 41-53.

[1721] Article R1112-92 du code de la santé publique. (France)

1. L'institution d'un ordre professionnel

Les ordres professionnels sont des entités instituées par la législation et dotées de pouvoirs substantiels que l'État leur délègue dans le but de préserver les utilisateurs de certains services de l'incompétence ou de l'inconduite des professionnels qui les dispensent. En effet, considérant qu'ils sont les mieux qualifiés pour évaluer la qualité des prestations fournies par leurs membres, l'Etat les a investis de pouvoirs de surveillance et de contrôle ainsi que de missions d'ordre public, variant en ampleur, d'une organisation à une autre. Dans cette perspective, ils administrent les registres où les professionnels s'inscrivent pour obtenir l'autorisation d'exercer et supervisent le respect des codes déontologiques édictés. Certains d'entre eux établissent des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles, tandis que d'autres détiennent des compétences disciplinaires. À cet effet, ils érigent des instances spécifiques habilitées à prendre des mesures telles que la suspension ou la radiation des membres jugés fautifs des registres professionnels. L'existence des ordres professionnels est ainsi liée à une conception des professions dans laquelle ils doivent jouer le rôle de représentants de l'intérêt général[1722].

Un ordre professionnel dispose également des prérogatives nécessaires pour représenter officiellement la profession et, le cas échéant, défendre ses intérêts devant la justice. L'existence d'un ordre professionnel joue un rôle essentiel dans la régulation de la profession dans la mesure où l'un des aspects les plus importants de l'existence d'un tel organe est l'obligation contraignante des membres de la profession de s'y affilier, ce qui lui confère une position centrale dans la structuration et la régulation du domaine professionnel en question[1723].

Les ordres professionnels sont sollicités pour émettre des avis non seulement sur les aspects nécessaires à une pratique adéquate de leur profession, mais aussi sur des questions sociales relevant de leur domaine de compétence. En tant que détenteurs d'une expertise particulière, ils incarnent une assurance de connaissances spécialisées dans leur domaine, renforçant ainsi la reconnaissance sociale et la crédibilité de leurs membres. Cette expertise bénéficie non seulement à la pratique professionnelle, mais elle contribue également à accroître le prestige et l'influence sociale des membres de l'ordre professionnel[1724].

En Algérie, les ordres professionnels ont une origine relativement récente, bien que leurs racines remontent à la période coloniale, où leur création effective a été initiée en France par le

[1722] CASTELOT, Pauline, *Ordres professionnels et ordre concurrentiel*», Thèse, droit privé et Sciences Criminelles, Université Montpellier, 2016, p 12.

[1723] Ibid, p 22.

[1724] DEMAZIERE, Didier, « Professionnalisme », dans, Anne Jorro éd, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation.* De Boeck Supérieur, 2022, pp. 337-340.

gouvernement de Vichy[1725]. L'adoption de la constitution algérienne de 1989, qui constitue un tournant majeur dans l'histoire du pays, a déclenché des réformes importantes visant à faciliter la transition du pays d'une économie administrée à une économie de marché. Aussi, la reconnaissance de besoins spécifiques en matière de politique nationale dans des secteurs tels que la santé, la construction, l'agriculture et la justice a incité le législateur à mettre en place des institutions chargées d'organiser directement les professions associées à ces domaines[1726]. Ces réformes ont engendré une transformation significative de la régulation de ces secteurs, instaurant des structures spécifiques pour répondre aux nouvelles exigences de l'époque. C'est dans ce contexte que plusieurs professions ont choisi de s'organiser en ordres professionnels, parmi lesquels figurent les médecins, les architectes et les avocats, témoignant de l'évolution du paysage professionnel et de l'essor des organisations corporatistes dans le pays[1727].

Dans le contexte de la pratique de la médiation en Algérie, la création d'un ordre professionnel n'est actuellement pas à l'ordre du jour, bien que l'idée pourrait être avantageuse et mérite une considération sérieuse. L'émergence spontanée de réseaux de médiateurs souligne clairement la nécessité croissante d'une structuration et d'une organisation au sein de cette profession. Un exemple concret de cette tendance est le regroupement de plusieurs médiateurs judiciaires au sein de l'Association nationale des médiateurs judiciaires algériens[1728]. La création de cet organisme visait principalement à structurer et à fédérer l'exercice professionnel de la médiation, avec l'ambition de promouvoir la spécificité de cette pratique en tant que moyen efficace de résolution des litiges. Il importe de souligner que les défis rencontrés par les médiateurs judiciaires dans l'exercice de leurs nouvelles responsabilités ont constitué une motivation essentielle derrière la création de cette organisation qui représente, en effet, une opportunité majeure, leur permettant de se réunir, de partager leurs expériences et d'encourager une réflexion approfondie sur la médiation en Algérie.

[1725] Lois du 7 octobre 1940 et du 10 septembre 1942 pour l'Ordre des médecins, loi du 28 juin 1941 pour l'Ordre des avocats, loi du 31 décembre 1940 pour l'Ordre des architectes, loi du 18 février 1942 pour l'Ordre des vétérinaires.

[1726] AMMOUR, Zoheir et SAAOUDI, Badisse, « La nature juridique des organisations professionnelles », *Revue de droit et de sciences politiques*, vol 9, n°1, 2022, pp 556-570, (article en Arabe). Voir aussi BOUDA, Mohand-Ouamar, «L'équivocation de la notion d'ordres professionnels », *Revue académique de la recherche juridique*, vol 7, n°2, 2016, pp 16-26.

[1727] La loi n°90-17 du 31 juillet 1990 pour l'Ordre des médecins, JORA n°35 du 15/8/1990. Le décret législatif n°94-07 du 18 Mai 1994 pour les architectes, JORA n°32 du 25/5/1994. La loi n°91-04 du 8 janvier 1991 pour les avocats, JORA n°2 du 9/1/1991.

[1728]L'Association Nationale des Médiateurs judiciaires algériens (ANMJA) est une association à but non lucratif qui vise en premier lieu à défendre les droits socioprofessionnels des médiateurs judiciaires. Elle a vu le jour le 21 février 2011. Elle a été encadrée avec attention par le Centre de Recherche Juridique et Judiciaire sous la tutelle du ministère de la justice, sur https://www.mjustice.dz-mediateur-judicaire consulté le 7 octobre 2023.

Aussi, la création d'un ordre professionnel des médiateurs, même s'il n'est pas spécifiquement axé sur la médiation en santé, pourrait jouer un rôle essentiel dans l'organisation et la régulation de cette pratique à l'échelle nationale. Cette création viserait avant tout à standardiser et à coordonner les approches, favorisant ainsi une mise en œuvre plus cohérente de la médiation. A ce titre, il convient de rappeler que, bien que la médiation soit souvent envisagée avec un seul tiers médiateur, l'idée d'une médiation impliquant un collège de médiateurs est également à considérer dans le champ de la santé[1729]. Dans ce contexte, un ordre professionnel jouerait un rôle de premier plan dans la planification de ces médiations, en proposant des tiers qualifiés et en organisant les aspects pratiques. Une telle approche contribuerait à résoudre les conflits d'intérêts potentiels, assurant ainsi l'impartialité et la neutralité indispensables à un processus de médiation efficace. Cette démarche pourrait ainsi répondre de manière proactive aux besoins évolutifs de la pratique de la médiation en Algérie.

En outre, l'établissement d'un tel organe permettrait d'instaurer une procédure disciplinaire en cas de non-respect par le médiateur de l'une de ses obligations professionnelles. Il aurait ainsi pour mission de veiller à la conformité des pratiques des médiateurs avec leurs devoirs déontologiques et serait habilité à intervenir en cas de plainte émanant d'un pair, d'une partie ou d'un établissement mécontent du déroulement d'une médiation ou ayant constaté un manquement aux obligations ou à la déontologie de la profession. La mise en place d'un tel mécanisme disciplinaire contribuerait à renforcer la responsabilité et la transparence au sein de la communauté des médiateurs en Algérie.

La création d'un ordre professionnel pour réguler la pratique de la médiation en santé est intimement liée à la mise en place d'un code de déontologie qui s'impose comme une étape complémentaire et tout aussi nécessaire que la création de cette structure régulatrice. Assurément, en l'absence d'un code de conduite, les médiateurs se retrouveraient dépourvus de repères pour orienter leurs actions et, plus crucial encore, sans obligation envers les parties. Il est indéniable que l'établissement de normes de conduite uniformes pour l'ensemble des médiateurs constituerait une opportunité de les rassembler autour de valeurs communes, favorisant ainsi la création d'une identité professionnelle et, en fin de compte, la structuration d'une profession. De plus, cela offrirait aux médiateurs la possibilité de mettre en évidence la spécificité de leur action et de se distinguer des autres tiers intervenant dans la résolution des conflits[1730].

L'élaboration d'un code de déontologie peut se décliner à différents niveaux, chacun

[1729] C'est d'ailleurs ce qu'Anne Gibelin a proposé avec l'idée d'un collège de médiateurs composé d'un juriste et d'un médecin expert. GIBELIN, Anne, *La médiation en santé. Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, Thèse, précité.

[1730] HOLCMAN, Robert, «Chapitre 14. Déontologie et ordres professionnels », dans, *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod, 2019, pp. 473-482.

représentant un degré distinct de formulation et d'interprétation des éléments constitutifs du code. Incontestablement, la fonction et l'utilité d'un code de déontologie dépendent de son niveau de conception. Ainsi, la compréhension des différentes possibilités de cette conception s'avère essentielle pour mener une analyse approfondie et élaborer un code de déontologie adapté. Dans cette optique, trois niveaux sont envisageables. Le premier niveau de conception implique de formuler le code de déontologie comme un code de conduite, où les éléments sont présentés sous forme de prescriptions, énonçant ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. L'interprétation se limite à la signification intrinsèque des prescriptions, les règles étant explicites et devant être suivies strictement. Au deuxième niveau, le code est envisagé comme un guide de déontologie. Les éléments sont structurés en articles hiérarchisés. En plus de la signification intrinsèque des articles, leur position relative oriente l'interprétation de la conduite appropriée du médiateur dans une situation donnée. La prééminence d'un article sur un autre peut guider l'intervention du médiateur ce qui s'avère particulièrement utile dans les dilemmes éthiques. Enfin, le dernier niveau de conception consiste à formuler le code comme une philosophie d'intervention, où les éléments sont présentés sous forme de principes directeurs. L'interprétation ne se base ni sur la valeur de prescription ni sur la hiérarchie, mais plutôt sur la finalité des principes. A titre illustratif, le principe de confidentialité sera présenté comme un élément essentiel pour favoriser la libre expression des parties et créer un cadre de négociation productif. La formulation de principes directeurs représente le plus haut degré de conception d'un code de déontologie[1731].

Les éléments constituant un code de déontologie peuvent considérablement varier d'un code à l'autre. Néanmoins, il est possible d'identifier les préoccupations éthiques principales et les thèmes importants qui devraient orienter la réflexion lors de l'élaboration d'un code de déontologie pour la médiation. Dans cette optique, ce code pourrait inclure plusieurs règles éthiques liées à la conception du rôle du médiateur, une variable essentielle dans l'orientation d'un tel code. Ces règles pourraient englober des aspects tels que la pertinence de la médiation, la publicité, la neutralité du médiateur, la confidentialité des discussions et l'équité dans la procédure. De plus, les responsabilités du médiateur envers les parties et le public, comprenant le consentement éclairé, l'engagement éclairé et le respect des droits des tiers, sont également à prendre en considération. Enfin, il serait pertinent de définir les sanctions envisageables en cas de non-respect des règles du code, ainsi que de clarifier les relations entre professionnels. Bien que non exhaustive, cette liste englobe des éléments fréquemment abordés dans d'autres codes de déontologie applicables aux professions du secteur de la santé ou de la justice en Algérie[1732].

[1731] RENAUD, Pierre, *«* L'élaboration d'un code de déontologie en médiation : une réflexion *», Revue de Droit de l'Université de Sherbrook*, 1997, sur https://doi.org/10.17118/11143/12854, consulté le 7/10/2023.

[1732] BENSGHIR, Mourad, « La tendance législative à instaurer un code de déontologie obligatoire : les professions de

2. La création d'un observatoire de médiation

La création d'un organe d'observation chargé d'évaluer la médiation en santé serait pertinente dans le contexte algérien. Cette initiative permettrait de pallier le manque de visibilité inhérent à toute introduction d'un nouveau dispositif où l'on ne dispose pas d'un recul nécessaire pour mesurer pleinement ses effets. En ce sens, une évaluation exhaustive, tant quantitative que qualitative, se concentrant à la fois sur la mise en œuvre du mécanisme de médiation dans la sphère sanitaire ainsi que sur le rôle du médiateur dans ce dispositif est nécessaire. L'objectif est de drainer des informations permettant d'établir un état des lieux de la médiation en santé, tout en orchestrant une réflexion approfondie pour analyser cette pratique en vue de la réguler et d'en garantir des normes minimales de qualité.

En ce sens, afin de contribuer à l'avancement des connaissances relatives aux pratiques de médiation en santé et mesurer leur impact sur le règlement des conflits médicaux de manière précise, il est impératif d'observer et d'analyser ces pratiques en profondeur. Cette analyse doit se baser sur des critères quantitatifs et qualitatifs, englobant des aspects tels que le type de conflit traité en médiation, le recours spontané ou proposé au mécanisme, le nombre annuel de médiations, la répartition des médiations selon le type de conflit et d'établissement, la durée des médiations, le nombre d'entretiens, le pourcentage de réussite et de satisfaction des médiés, le taux de respect des accords et son impact sur la judiciarisation des conflits médicaux. En examinant ces critères de près, il devient possible de dresser un bilan de la pratique existante de la médiation et émettre également des recommandations pour son amélioration. Cette évaluation renforcerait la compréhension concrète de l'efficacité de la médiation en tant que mécanisme alternatif de résolution des conflits.

En ce qui concerne l'évaluation du médiateur, il serait envisageable de la planifier à intervalles spécifiques dans le but d'uniformiser la pratique de la médiation et de garantir que les médiateurs demeurent constamment informés et formés aux évolutions de la discipline. L'analyse du travail du médiateur requiert une affiliation de l'observatoire de médiation à l'ordre professionnel ou la réalisation des missions d'évaluation par des pairs. L'observatoire ne saurait prendre, immédiatement, la forme d'une autorité administrative indépendante chargée de formuler des normes et de produire du contrôle, ce serait prématuré pour les premières années de mise en œuvre de la médiation en santé. Aussi alternativement, les nouvelles inspections régionales créées par le ministère de la santé[1733] pourraient éventuellement assumer en relation avec l'observatoire de

médecins et d'avocats comme modèles », *Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 9, n° 2, 2014, pp 166-187, (article en Arabe).

[1733] Conformément au décret exécutif n°23-216 du 7 juin 2023 modifiant et complétant le décret exécutif n°96-68 du 27 janvier 1996 portant création, missions, organisation et fonctionnement de l'inspection générale du ministère de la santé et de la population, JORA n° 40 du 12/6/2023.

médiation la mission de contrôle et d'évaluation des médiateurs à l'échelle régionale. Une autre possibilité serait de rattacher l'observatoire de médiation aux commissions de relations avec les usagers que nous avons suggéré de créer dans le cadre de l'institutionnalisation de la gestion participative, bien que cette dernière option puisse engendrer une confusion inopportune entre les notions de gestion participative et de médiation.

En conclusion, le développement d'une véritable politique d'évaluation de la médiation à travers la création d'un observatoire devrait non seulement permettre de mieux appréhender la réalité de la médiation et l'émergence du médiateur en tant que nouvel acteur du système de santé, mais surtout d'analyser les résistances à son développement. Cette initiative offrirait également la possibilité de développer une approche pédagogique de l'évaluation, s'appuyant sur des outils institutionnels permettant de fournir aux pouvoirs publics les données, quantitatives et qualitatives, nécessaires à une démarche qualité. Une telle proposition revêt une importance particulière en Algérie, qui reste un Etat dans lequel la culture de l'évaluation est singulièrement absente[1734].

§2. La fixation de normes procédurales de la médiation

Encadrer le déroulement de la médiation est indispensable pour garantir l'efficacité de ce mécanisme. Aussi, il est important de définir les procédures de la médiation en santé de manière à les rendre efficientes et harmonisées dans les divers contextes du champ sanitaire. Cet encadrement peut se concrétiser par l'établissement de règles de droit précises régissant les étapes et les formalités du déroulement de la médiation en santé ou, tout au moins, par la mise en place d'un protocole qui fixe l'ensemble des formalités devant être observées **(A).** Par ailleurs, il est nécessaire de clarifier l'articulation de la médiation avec les procédures contentieuses, dans la mesure où le recours à ce mécanisme reste une voix alternative qui, quand bien même serait obligatoire, ne doit pas restreindre l'accès à une juridiction **(B).**

A. Normaliser la médiation par des protocoles

La standardisation de la médiation par des protocoles revêt un intérêt particulier dans le champ sanitaire en raison de la diversité et de la complexité des situations conflictuelles qui s'y manifestent mobilisant différentes facettes de la médiation. De plus, les disparités découlant d'une application variée de la médiation d'un établissement de santé à un autre accentuent cette nécessité de standardisation. Aussi, il est essentiel d'analyser la valeur juridique de ces normes **(1),** leurs avantages potentiels ainsi que leurs éventuelles dérives **(2).**

[1734] BOUATROUSSE, Dalale et DAHANE, Mohamed, « Institutionnalisation de l'évaluation des politiques publiques - Étude comparative entre l'Algérie et le Maroc», *Revue des sciences humaines*, vol 30, n°3, 2019, pp 117-134, (article en Arabe).

1. Les protocoles de médiation: la valeur des règles

La mise en place d'un protocole consiste à consigner par écrit, notamment sous forme de procédures, les pratiques professionnelles[1735]. Ce phénomène touche divers domaines d'activité en particulier le secteur médical où les modalités d'encadrement des pratiques sont particulièrement prédominantes[1736]. Dans sa définition première, le protocole englobe un ensemble de règles, de procédures ou de directives déterminant comment quelque chose doit être réalisé ou géré. Il guide la conduite à adopter, faisant ainsi du protocole une forme nouvelle d'encadrement des professionnels[1737]. Cette dernière repose principalement sur des valeurs inhérentes à l'idéologie gestionnaire, notamment l'attachement à la notion de qualité ainsi que la recherche d'objectivité et de rationalité. En effet, l'utilisation croissante d'instruments qui ne relèvent pas nécessairement de la catégorie des actes réglementaires, tels que les protocoles ou les codes de bonnes conduites, découle de cette idéologie gestionnaire mettant en avant les impératifs d'efficacité et d'effectivité.

La question de la valeur juridique des protocoles ne souffre d'aucune ambiguïté. Ils n'ont aucune valeur contraignante et peuvent, au mieux, être qualifiées de *soft law*[1738], dont ils se rapprochent considérablement. Ils décrivent les étapes et les principes que leurs auteurs souhaitent voir adoptés par leurs destinataires, sans imposer de contraintes ni d'obligations. L'objectif principal est d'assurer la qualité, la transparence et la légalité des actions entreprises. Les protocoles sont des projections de pratiques souhaitables dans une profession donnée eu égard à un état de fait jugé insatisfaisant. L'absence d'obligation n'est pas un fait, mais une question de droit, ce qui n'implique pas que la violation de ces normes reste sans conséquence fâcheuse pour leur destinataire. Effectivement, alors que certaines normes sont élaborées dans le but d'imposer des obligations légales, d'autres ont pour objectif de contraindre de manière différente. À bien des égards, ces dernières incarnent une forme de responsabilité collective, cherchant à améliorer les résultats globaux en établissant des standards ou des modèles en deçà desquels un professionnel ne peut descendre sans compromettre sa réputation ou se discréditer. Ainsi, elles évoluent vers un modèle non contraignant, dépourvu de caractère juridique, mais destiné à influencer les comportements et

[1735] BRANDIBAS, Gilles, « Du processus au protocole, en passant par les procédures : repères, convergences et différenciations », *Les Cahiers de l'Actif*, vol 530-533, n°7-10, 2020, pp. 63-75.

[1736] GRENIER, Catherine, et al, « Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine », *Les Tribunes de la santé*, vol 64, n°2, 2020, pp. 37-47.

[1737] BRANDIBAS, Gilles, « Du processus au protocole, en passant par les procédures: repères, convergences et différenciations », précité.

[1738] La soft law se définit, positivement et négativement, par rapport aux règles de droit classique. Plusieurs définitions de la soft law existent dans la doctrine qui la décrivent en tant que« *droit incitatif moulé dans des recommandations plus que dans des interdits comminatoires* » et reconnaissent que « *l'absence de sanctions officielles ne fait pas obstacle* à l'efficacité des règles », AUTRAND, André, et Jérôme BEDIER, « Soft Law, un enjeu stratégique », *L'ENA hors les murs*, vol 503, n°2, 2021, pp. 12-14.

promouvoir les «bonnes attitudes»[1739].

Le protocole de la médiation en santé s'inscrit dans cette démarche. Toutefois, il peut se heurter dans le conteste algérien à plusieurs défis substantiels et nécessite de trancher plusieurs questions. Ainsi, se pose en premier lieu la problématique de l'applicabilité d'un seul protocole de médiation à toutes les situations conflictuelles qui peuvent survenir dans le contexte hospitalier, caractérisé par une grande diversité des moteurs de conflits qui génèrent des problèmes extrêmement divers voire totalement différents. En effet, l'application d'un unique protocole de médiation à l'ensemble de ces situations conflictuelles variées semble délicate. On peut établir une analogie avec les protocoles médicaux et chirurgicaux qui, eux, sont adaptés à chaque type de chirurgie ou de maladie[1740]. Il devient donc nécessaire que le protocole envisagé soit à la fois suffisamment précis et extrêmement large pour encadrer et englober toutes les formes de médiations. Ainsi, il serait également pertinent de considérer la possibilité d'établir des « sous-protocoles » pour une adaptation précise à chaque situation, compte tenu de l'importance de la souplesse du mécanisme de la médiation.

La question se pose également quant à la forme que pourrait revêtir ce protocole. La probabilité la plus envisageable serait qu'il prenne la forme d'une convention conclue entre les parties impliquées et le médiateur. Cette convention définirait les étapes à suivre ainsi que les principes à respecter tout au long du processus, et même au-delà. Il est essentiel de préciser qu'énumérer les étapes de la médiation est une pratique courante. Rappelons en ce sens qu'en France, la Haute juridiction civile a distingué plusieurs étapes distinctes de la médiation[1741] et que plusieurs agences régionales de santé telle que celle de l'Ile de France ont mis en place des guides exposant les étapes de déroulement de la médiation[1742]. Toutefois, il est impératif de faire une distinction entre un protocole régissant le déroulement de la médiation et ce que l'on désigne parfois sous le terme de « protocole de médiation », qui, en réalité, équivaut à l'accord final de

[1739] MOCKLE, Daniel, « Gouverner sans le droit ? Mutation des normes et nouveaux modes de régulation », *Les cahiers de droit*, vol 43, n°2, pp 143–211, sur https://doi.org/10.7202/043706, consulté le 11 mai 2023.

[1740] GRENIER, Catherine, et al, « Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine », précité.

[1741] La première phase implique l'expression des positions de chaque partie, suivie de l'assurance mutuelle de la compréhension de ces positions. La seconde étape se concentre sur la détermination des intérêts et des besoins de chaque partie, ainsi que sur la compréhension mutuelle de ces éléments. Enfin, la troisième et dernière étape vise à trouver une solution qui puisse satisfaire toutes les parties impliquées. La Cour de cassation souligne que tout au long de ce processus, le médiateur joue un rôle central. En accord avec les participants, il guide ces phases, que ce soit en présence de toutes les parties ou séparément. Il travaille en harmonie avec les parties entendues individuellement pour s'assurer de la transmission la plus objective possible des informations autorisées à être partagées avec les autres parties, Bulletin d'information de la Cour de cassation, « *la médiation* », numéro hors-série, sur http:// www. Cour de cassation.fr/ publications-cour-26/bulletin-information-cour-cassation 27/ serie_2074/mediation_8925.html, consulté le 7/10/2023.

[1742] ARS Ile de France, « *guide sur la médiation en établissement de soins* », 2019, pp 10-15.

médiation[1743]. En effet, ce dernier peut faire référence à la formalisation de l'accord entre les parties, une solution susceptible d'être homologuée par le juge dans le cadre de la médiation judicaire[1744]. Inversement, le protocole de déroulement de la médiation serait conçu pour encadrer la procédure de manière adaptée aux parties. Bien que cela demeure une perspective, cette approche permettrait notamment de définir les obligations de chacun, telles que le respect des principes fondamentaux par le médiateur et l'obligation de participation aux séances et de confidentialité pour les parties. Il est également important que le processus volontaire, point essentiel en la matière, soit souligné dans ce protocole. Sur le plan pratique, ce dernier devrait également préciser la durée envisagée pour la procédure ainsi que les éventuels honoraires.

Enfin, un dernier défi à considérer concerne la garantie du respect du protocole par les parties et la possibilité de sanctions en cas de non-respect. Pour les parties impliquées, ces sanctions se matérialiseraient tout simplement par l'échec du processus de médiation, tandis que la position du médiateur serait plus délicate devant répondre de son écart d'une normalité collectivisée[1745].

Ainsi, la mise en place d'un tel protocole de médiation entre le tiers et les parties contribuerait à assurer la sécurité juridique et à appliquer le régime de médiation de manière adaptée à chaque type de conflit.

2. Des gains évidents mais des dérives sous-jacentes.

L'instauration d'un protocole prédéfini de médiation présente plusieurs avantages probants. En effet, l'un des bénéfices incontestables de la mise en place d'un tel outil, figure en premier lieu celui de standardiser les techniques de médiation, assurant ainsi une application homogène de ce mécanisme au sein de tous les établissements de santé. Cette uniformisation implique que le processus suivrait des étapes successives clairement définies, respectant un ordre précis et des délais préétablis.

Une telle formalisation faciliterait également l'intégration des principes directeurs et des

[1743] Monsieur Jean−Marc Sauvé souligne à ce titre que « *la sécurité juridique des accords conclus au terme d'une procédure amiable doit être préservée*», SAUVE, Jean-Marc, « La médiation et la conciliation devant les juridictions administratives *»,* Intervention à l'occasion du Colloque organisé par le Conseil d'Etat, en partenariat avec l'Ordre des avocats de Paris et le Groupement européen des magistrats pour la médiation (GEMME − France), Maison du Barreau de Paris, 2015, sur https://www.conseil-etat.fr/publications-colloques/ discours-et-interventions/la-mediation-et-la-conciliation-devant-la-juridiction-administrative, consulté le 7/10/ 2023.

[1744] Le Conseil d'Etat s'est intéressé à l'homologation de l'accord de médiation dans son rapport de 2010. Il dresse un état des lieux des juridictions compétentes pour rendre exécutoire le contenu d'un accord issu d'une médiation. C'est ainsi qu'il expose que le juge judiciaire a la faculté d'homologuer ces accords aux termes de la loi du 8 février 1995 et de l'article 131−12 du code de procédure civile. CHARRIER, Philippe, « La médiation judiciaire en France », *Revue des sciences sociales*, vol 65, 2021, pp 80-89.

[1745] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, notamment le Chapitre IV. Les dangers de la médiation, p 109.

valeurs fondamentales de la médiation, notamment la neutralité, l'impartialité, l'indépendance du tiers médiateur, la confidentialité des informations traitées au cours de la médiation, ainsi que la formalisation de l'accord. Ces principes, bien que reconnus et prévus par la déontologie, acquerraient une valeur juridique plus élevée et potentiellement une force contraignante avec l'existence d'un protocole.

Enfin, la pertinence de la mise en place d'un protocole se fait essentiellement sentir lorsqu'il s'agit d'aborder des conflits impliquant de multiples parties. Un exemple illustratif est celui d'un patient pris en charge dans plusieurs établissements publics de santé, ou en association entre ces derniers et des professionnels exerçant à titre libéral. Cette possibilité étant envisagée par les juridictions qui autorisent la mise en cause de multiples parties ayant joué un rôle dans le parcours de soins, la médiation devrait également prévoir une telle situation. Afin qu'une telle approche soit envisagée, il est nécessaire qu'un protocole puisse guider les actions des médiateurs, leur permettant ainsi de cordonner une médiation qui devra être conduite dans ce cas de figure par un collège de médiateurs. Cette approche serait plus propice à la résolution complète du conflit, évitant ainsi la multiplication des médiations simultanées.

Malgré les avantages indéniables que pourrait offrir la mise en œuvre d'un protocole de médiation, il importe de prendre en considération les éventuelles dérives. En premier lieu, il est essentiel de souligner que la simple mise en œuvre d'un protocole de médiation entre les parties ne suffit pas. En effet, le protocole, en lui-même, ne peut garantir un encadrement adéquat du processus de médiation ni son uniformité. Par conséquent, il est essentiel de précéder la mise en place du protocole par une délimitation claire du régime juridique de ce mécanisme, incluant l'adoption d'un statut pour le médiateur ainsi qu'un code de déontologie visant à imposer le respect des principes fondamentaux et des valeurs de la médiation[1746]. Le protocole de médiation pourrait ainsi jouer un rôle essentiel dans l'adaptation du régime au cas par cas, assurant ainsi la conformité légale tout en offrant la flexibilité nécessaire en fonction des parties impliquées et du type de conflit.

Il faut également souligner le fait que la mise en place d'un protocole excessif risquerait d'entraver le processus de la médiation, car sa force repose sur sa malléabilité. Assurément, si la médiation devient trop rigide, elle perd en souplesse. Or, ce mode alternatif de règlement des conflits se caractérise par sa ductilité; sans cette dimension, son intérêt serait considérablement réduit. C'est cette caractéristique principale qui permet de l'employer aisément pour résoudre tout type de conflit et de faire du champ médical un parfait terrain d'application[1747].

[1746] Voir *supra*, chapitre 1, titre II, deuxième partie.

[1747] GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, précité, notamment le Chapitre IV. Les dangers de la médiation, p 121.

Enfin, un dernier écueil potentiel lié à la mise en place systématique d'un protocole de médiation réside dans le risque de créer des confusions supplémentaires avec d'autres mécanismes déjà encadrés par pareils outils tels que la conciliation. Dans ce contexte, l'objectif de valoriser la médiation en santé pourrait ne pas être pleinement réalisé, car la distinction claire entre ces différentes approches pourrait être compromise.

B. L'articulation de la médiation avec les procédures contentieuses

Définir un cadre juridique lisible pour la médiation en santé implique, en outre, de définir précisément la relation entre ce mécanisme et la voie judiciaire. Cette articulation doit être soigneusement réfléchie et encadrée. À cet égard, il est essentiel de trancher si cette procédure devrait être un préalable obligatoire avant toute saisine juridictionnelle **(1)** et de spécifier les délais de prescription **(2).**

1. L'instauration d'un recours préalable obligatoire

L'idée d'un recours préalable obligatoire à la médiation avant la saisine des juridictions n'est pas nouvelle ni propre à la procédure que nous cherchons à instaurer dans le champ sanitaire. En réalité, il s'agit davantage d'un procédé qui s'inspire du contentieux du droit administratif sauf qu'il revêt des nuances originales en droit algérien.

En ce sens, il convient de rappeler que « *les recours administratifs préalables sont des procédés institutionnels et non juridictionnels, propres au règlement des différends avec l'administration qui ne nécessitent pas l'intervention d'un tiers. Il s'agit d'une réclamation adressée à l'administration en vue de régler un différend né d'un litige administratif. Ils peuvent être facultatifs ou obligatoires précédant le recours aux juridictions*»[1748]. En d'autres termes, avant de porter son cas devant le juge, le citoyen peut être tenu de présenter sa réclamation à l'administration afin d'obtenir la décision préalable nécessaire à l'admissibilité de sa future requête contentieuse. Même si cette démarche n'est pas nécessairement destinée à désamorcer un conflit, elle revêt néanmoins une dimension de clarification des données, pouvant potentiellement prévenir le déclenchement d'un procès

Bien qu'hérité du système juridique français, le recours administratif préalable a tracé, en Algérie, sa propre histoire marquée par une évolution qui a connu trois étapes successives. Dans la période post-indépendance, les auteurs les plus qualifiés soulignent l'originalité de l'œuvre du législateur algérien en matière de procédure contentieuse administrative[1749]. En effet, ce dernier a

[1748] BROYELLE, Camille, *Contentieux administratif* », 11ème édition, LGDJ, Paris, 2023, 582 p.

[1749] Voir à ce propos BENSNOUSSI, Fatima, « Le recours administratif préalable, critère de recevabilité du recours contentieux *», Revue algérienne des sciences juridiques, économiques et politiques,* vol 2, n°1, 1996, pp 306-330,

instauré une règle singulière imposant au requérant un double préalable obligatoire qui consiste en premier lieu à, diriger son recours contre une décision de l'administration, puis, de manière distincte, former un recours administratif avant de saisir le juge[1750]. C'est dans le contentieux de pleine juridiction que cette règle révèle son originalité, puisqu'elle impose au particulier de s'adresser à l'administration avant de saisir le juge. Cette disposition a été établie par l'ordonnance 69-77[1751], avec pour seule exception l'hypothèse de la voie de fait. Dans ce cas particulier, l'exigence du recours administratif préalable n'a pas lieu d'être, car l'administration, en agissant matériellement, a déjà pris explicitement position sur la question litigieuse. Ainsi, conformément aux dispositions du code de procédure civile, un recours devant les cours statuant en matière administrative en Algérie n'est admissible que s'il a été précédé d'un recours devant l'autorité administrative immédiatement supérieure, ou à défaut d'une telle autorité, d'un recours gracieux adressé à l'auteur de la décision. Ce dernier recours doit être déposé dans les deux mois suivant la notification ou la publication de la décision attaquée[1752]. À l'expiration de ce délai, l'absence de réclamation peut conduire les cours à rejeter le recours contentieux, sous prétexte que le recours administratif préalable n'a pas été engagé. En effet, en vertu des dispositions de l'article 169 du code de procédure civile, la cour ne peut être saisie que par le biais d'un recours contre une décision administrative[1753]. « *Si l'on considère que cette règle consiste en ce que l'on peut former un recours devant le juge administratif, que s'il existe une décision préalable de l'administration contraire à la prétention du requérant, en droit français elle suffit à lier le contentieux. En droit algérien, il faut également former un recours administratif préalable. (….) En d'autres termes, malgré l'existence de la décision administrative, le préalable administratif était obligatoire dans tous les cas. Il encombrait sans doute la procédure mais du moins était-il clairement défini, car il constituait le moyen d'obliger l'administration à répondre, le silence de celle-ci valait décision implicite de*

(article en Arabe). KHELLOUFI, Rachid, *Droit du contentieux administratif: les conditions de recevabilité du recours administratif*, OPU, Alger, 3ème édition, 2009, 307 p, (ouvrage en Arabe). MAHIOU, Ahmed, « Le contentieux administratif en Algérie », *Revue algérienne*, 1972, pp 571-632.

[1750] NOUREDDINE, Mohamed-Karim, «Le recours administratif préalable rempart ou garant des droits des administrés», *Revue droit de l'Homme et libertés publiques*, vol 3, n°2, 2018, pp 1-24.

[1751] Ordonnance n°69-77 du 18 septembre 1969 modifiant et complétant l'ordonnance n°66-154 du 8 juin 1966, portant code de procédure civile, JORA n°82 du 26/9/1969.

[1752] AWABDI, Amar, « L'article 169 bis du code de procédures civiles algérien et l'idée de la décision préalable », *Revue de l'Université Benyoucef Benkhedda - Alger 1,* vol 1, n°2, 2013, pp 438-472, (article en Arabe).

[1753] C.E, arrêt 8978 du 16-09-2003, Ministre de l'Intérieur et des collectivités locales c/ A. J et consorts, revue du conseil d'Etat, n°4, 2003, pp95-96. Voir également, C.E, arrêt 16348 du 21-12-2004, APC d'Oran c/ SARL (B), revue du conseil d'Etat, n°7, 2005, pp83-85. Voir aussi, C.E, arrêt 21173 du 07-06-2005, APC de Ténès c/ T.K et consorts, revue du conseil d'Etat, n°7, 2005, pp 81-91.

rejet »[1754]. Pour plusieurs auteurs, cette démarche trouve sa justification dans le désir d'éviter que la jeune administration algérienne ne soit citée en justice avant d'avoir exprimé sa propre position sur les situations litigeuse qui survenaient, généralement, du fait de l'inexpérience de ses agents. Il évitait également d'encombrer le contentieux administratif qui était une branche encore nouvelle et imparfaitement organisée, dépourvue de magistrats spécialisés[1755]. Cependant, cette procédure s'est révélée être un fardeau considérable pour les citoyens et a été vivement critiquée. Elle a été perçue comme une véritable barrière aux droits des citoyens, créant un véritable calvaire, d'autant plus que l'ensemble du contentieux d'annulation relevait de la seule chambre administrative de la Cour suprême. Le problème était d'autant plus sérieux que, après avoir suivi toutes les étapes liées au recours administratif préalable, le citoyen se voyait souvent rejeter son recours contentieux sous prétexte qu'il n'y avait pas de concordance entre le recours administratif préalable et le recours en annulation[1756].

C'est d'ailleurs pour toutes ces raisons que le législateur algérien a entrepris une réforme majeure après la promulgation de la Constitution de 1989, à travers la loi n°90-23[1757]. La solution préconisée dans le cadre de cette loi consistait à éliminer le recours administratif préalable dans les cas relevant de la compétence des cours statuant en matière administrative[1758], tout en le maintenant dans les cas relevant de la compétence de la chambre administrative de la Cour suprême[1759]. Il est à souligner enfin, que cette suppression ne constituait pas une mesure universelle et comportait des

[1754] BENBADIS, Fawziya, « La condition de la décision administrative préalable: son impact sur le nouveau schéma de La procédure administrative contentieuse », *Idara,* vol 7, n°2, 1997, pp 185-193.

[1755] NOUREDDINE, Mohamed-Karim, «Le recours administratif préalable rempart ou garant des droits des administrés», précité.

[1756] C.E, arrêt du 31-10-2005, cité par L. Ath Miloua, « *Recueil de la jurisprudence administrative* », Dar El Khaldounia, Alger, 2011, p209.

[1757] Loi n° 90-23 du 18 aout 1990 modifiant et complétant l'ordonnance n°66-154 du 8juin 1966, portant code de procédure civile, JORA n°36 du 22/8/1990.

[1758] Le nouvel article (169) bis (l'article (6) de la loi 90-23 du 18/8/1990 dispose: «*la cour ne peut être saisie par un particulier que par voie de recours formé contre une décision administrative*». Les autres alinéas sont supprimés. En d'autres termes, le législateur abroge tout le dispositif procédural institué depuis la réforme de 1969 en ce qui concerne le contentieux de pleine juridiction (devant les cours statuant en matière administrative), sont supprimés notamment : les dispositions concernant l'obligation de former un recours hiérarchique ou gracieux, l'obligation de respecter des délais fractionnés, la règle du silence de l'administration. Ainsi, le recours administratif préalable est supprimé au niveau des cours statuant en matière administrative pour ce qui concerne le contentieux de pleine juridiction et le contentieux de l'annulation des décisions des autorités décentralisées.

[1759]En vertu des articles (6), (10) et (11) de la loi 90-23 du 18/8/1990, le recours administratif préalable est maintenu pour les actes émanant des autorités administratives centrales dont le contentieux relève en premier et dernier ressort de la cour suprême. Ainsi en ce qui concerne ces actes, c'est le dispositif mis en place par la reforme de 1969 qui est fonctionnel, en effet, l'article (275) du C.P.C n'a pas été modifié : «*le recours en annulation n'est recevable que lorsqu'il a été précédé d'un recours hiérarchique porté devant l'autorité administrative immédiatement supérieure ou à défaut d'une telle autorité d'un recours gracieux adressé à l'auteur de la décision* ».

exceptions, notamment dans le domaine du contentieux des impôts directs et des taxes compensatoires, ainsi que dans le contentieux des marchés publics[1760].En outre, cette loi a introduit une procédure de conciliation obligatoire invitant le juge administratif, dans un premier temps, à essayer de parvenir à un accord entre les parties en conflit avant de statuer en cas d'échec de la tentative de conciliation[1761]. Selon le professeur Abdelhafidh Oussoukine, ces modifications, loin de simplifier la procédure, ont simplement déplacé le problème, car que ce soit par le biais de la conciliation ou du recours administratif préalable, les difficultés du justiciable demeurent inchangées[1762]. Bien au contraire, avec la première approche, il y avait une forte probabilité que le conflit puisse être résolu sans l'intervention du juge, d'autant plus que cette procédure constituait en elle-même une étape préliminaire de conciliation.

Enfin, à la suite de l'adoption du nouveau code de procédure civile et administrative, le législateur algérien a introduit une approche novatrice en ce qui concerne le recours administratif préalable. Il est important de souligner qu'une des avancées de ce nouveau texte réside dans l'établissement de mécanismes novateurs de résolution des litiges ordonnés ou conduits par le juge, qu'il qualifie de modes alternatifs de règlement des litiges.

Alors que l'on croyait que la procédure du recours administratif préalable serait, ainsi, définitivement dépassée, notamment avec la mise en place de ces modes[1763], le nouveau code l'a réintroduit à travers l'article 830 qui dispose que « *la personne concernée par l'acte administratif peut adresser une réclamation à l'autorité administrative qui l'a rendu au cours du délai prévu à l'article 829 ci-dessus*». En effet, la lecture de cet article appelle plusieurs observations significatives.

Tout d'abord, l'utilisation du terme « réclamation » par le législateur pour caractériser le recours administratif préalable suggère l'idée d'une demande de résolution visant à éviter le recours

[1760] Conformément à l'article 330 de la loi n°91-25 du 28 décembre 1991 portant code des impôts directs et des taxes compensatoires ainsi que des articles 99,100 et 101 du décret exécutif n°91-434 du 9 novembre 1991, portant règlementation des marchés publics. A noter que la cour suprême a confirmé ces exceptions, voir en ce sens C. suprême, chambre administrative, affaire caisse de la sécurité sociale (Guelma) c./ Bensaida Younes, dossier n°82 593 du 10/3/1991, cité par KHELLOUFI, Rachid, *Droit du contentieux administratif : les conditions de recevabilité du recours administratif* , précité, p 87.

[1761] Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n° 90-23 du 18 aout 1990 précitée instituant l'article 169 ter dans l'ordonnance n°66-154 du 8juin 1966, portant code de procédure civile, précitée qui dispose que : « *Le magistrat procède à une tentative de conciliation dans un délai qui ne saurait excéder trois mois à compter de la saisine de la Cour. Dans le cas où la conciliation aboutit, la Cour rend une décision constatant l'accord des parties, laquelle décision obéit pour son exécution à des procédures prévues par le présent code. Dans le cas où la conciliation n'aboutit pas, il est dressé un procès verbal de non-conciliation, et il est procédé à l'instruction de l'affaire conformément aux dispositions du présent code».*

[1762] OUSSOUKINE, Abdelhafidh, *La transparence administrative*, Dar el Gharb, Oran, 2004, 325 p.

[1763] NOUREDDINE, Mohamed-Karim, «Le recours administratif préalable rempart ou garant des droits des administrés», précité, p 14.

au système judiciaire. Il ne s'agit pas seulement de remettre en question la conformité ou la légalité de l'acte administratif, mais plutôt de chercher, par le biais de négociations, des solutions dont seule l'administration détient le secret, permettant de résoudre le litige[1764]. Ensuite, cette procédure demeure facultative pour le citoyen et n'affecte pas sa capacité à porter l'affaire devant la juridiction compétente. Enfin, le législateur identifie l'autorité administrative destinataire de la réclamation comme étant celle qui a émis l'acte, excluant ainsi le cas du recours hiérarchique. À la lumière de ces observations, nous pouvons conclure que les modalités d'organisation du recours administratif préalable, telles qu'établies par le législateur algérien, ainsi que la finalité de sa consécration, laissent entendre que ce dernier s'inscrit incontestablement parmi les modes amiables de règlement des litiges. Il offre une opportunité, à la fois à l'administré et à l'administration, pour clarifier les éléments en jeu et, par conséquent, éviter d'avoir recours à une résolution juridictionnelle. Alors que Maurice Hauriou considérait que la demande préalable constituait un acte de procédure, une phase de l'instance dont l'action devant le juge ne serait que le prolongement[1765], le recours préalable est désormais complètement dissociée de l'instance. Il n'en constitue même plus le véritable point de départ, en accord avec la volonté affirmée du législateur de promouvoir le règlement amiable des litiges.

L'analyse de l'évolution de la procédure du recours préalable en droit algérien offre un précédent significatif que le législateur devrait prendre en considération lors de la mise en place du mécanisme amiable de règlement des conflits médicaux qu'il est question d'instituer à travers la médiation en santé. Cette rétrospection vise à éviter au nouveau mécanisme les écueils rencontrés par celui du recours préalable et à lui assurer une acceptabilité accrue, notamment chez les patients, tout en minimisant les critiques éventuelles des juristes algériens. Dans cette perspective, il pourrait être envisagé comme une procédure non obligatoire, permettant à la personne de déclencher la médiation à tout moment, avant, pendant, après, ou même en l'absence de toute procédure contentieuse. Une approche qui rappelle celle adoptée par le Conseil d'État français, dans l'avis *Sachot*, concernant la saisine des commissions de conciliation et d'indemnisation instituées dans le cadre de l'indemnisation amiable prévue par la loi dite *Kouchner*[1766]. Ainsi, à l'image du dispositif français, le futur mécanisme algérien de résolution amiable des conflits médicaux portera correctement son nom. Il ne se présentera pas comme une étape préalable obligatoire et ne limitera pas la possibilité d'opter pour une procédure contentieuse à tout moment.

[1764] Le professeur Camille Broyelle précise dans ce cadre que « *C'est parfois l'occasion de trouver une solution au litige que seule l'administration peut apporter, le juge ne détenant pas nécessairement le pouvoir de prendre la décision sollicitée et, s'il dispose d'un tel pouvoir, n'étant pas dans tous les cas suffisamment armé pour substituer son appréciation à celle de l'administration* », BROYELLE, Camille, *Contentieux administratif* », précité, p.109.

[1765] HAURIOU, Maurice, *Les éléments du contentieux*, Recueil de législation de Toulouse, tome 1, 1905, 86 p.

[1766] CE 10 oct. 2007, Sachot, req. n° 306590, Lebon 122.

2. L'élaboration des règles relatives aux délais de prescriptions

En matière de contentieux de la responsabilité hospitalière, une mention régulière des voies et délais de recours permet, en principe, d'indiquer la juridiction compétente et le délai précis dans lequel elle doit être saisie. Pour concilier ces délais avec l'existence d'une procédure amiable fondée sur la médiation, il est impératif d'établir des règles spécifiques suspendant les délais de prescription et de recours pendant le déroulement de cette procédure. Cette mesure vise, en effet, à garantir aux parties qui optent pour ce mécanisme en vue de résoudre leurs conflits de ne pas être ultérieurement empêchées d'engager une procédure judiciaire relative à ces conflits en raison de l'expiration des délais de prescription pendant le déroulement de ce processus de médiation.

Bien que la médiation soit généralement caractérisée par sa rapidité, le fait qu'elle ne puisse pas suspendre les délais de prescription pourrait la faire percevoir comme une perte de temps en cas d'échec du processus. Il est important de souligner que des recours judiciaires peuvent être envisagés à la fin du délai de prescription, ce qui peut dissuader les parties d'opter pour la médiation si cette dernière ne devait pas suspendre ce délai.

Aussi, il est impératif de mettre en place une articulation plus précise pour valoriser la médiation en tant que mécanisme alternatif de règlement des conflits médicaux. Cette dernière devrait d'une part permettre de suspendre les délais de prescription de l'action judiciaire en cas de recours à ce mécanisme et, d'autre part, de prévenir le déclenchement simultané de procédures judiciaires et amiables. En effet, il est probable qu'une victime d'un préjudice veuille recourir de façon concomitante à la procédure amiable et à la voie judiciaire afin de ne pas être confrontée au risque de prescription des délais. Cette démarche participera certainement à un encombrement inutile des tribunaux notamment dans le cas de réussite du règlement amiable. Aussi, il serait pertinent de prévoir l'articulation de ces procédures en permettant par exemple d'y recourir dans un ordre précis ou de préenregistrer une affaire auprès d'une juridiction sans qu'elle ne soit traitée avant l'issue du processus de médiation. Il convient de souligner que la solution adoptée par le Conseil d'État français, consistant à imposer une mention spécifique des voies et délais de recours pour aménager les délais entre procédure amiable et procédure contentieuse[1767], ne peut être directement transposée au contexte algérien. En effet, les deux mécanismes de règlement alternatif des conflits médicaux des deux pays sont fondamentalement différents, partageant uniquement le caractère amiable.

[1767] CE 17 septembre 2012, ONIAM, n° 360280, Lebon 333, AJDA 2012 pour le cas d'une demande préalable suivie d'une saisine CCI -, CE 13 juillet 2013, Houcham, n° 368260, Leb. T. pp. 755-829 pour Le cas d'une saisine de la CCI puis demande préalable , CE, 5e et 6e Ch.R., 29 mai 2019, Blard, n° 426519 et CE, 5 e et 6e Ch.R., 5 juin 2019, Cissoko, n° 424886 pour certaines situations inédites engendrant interruption sur interruption.

Conclusion du second chapitre

La démarche que le législateur algérien devrait entreprendre pour instaurer un mécanisme de médiation en matière médicale doit être guidée par l'objectif fondamental de réduire le recours aux procédures contentieuses dans le champ de la santé, tout en préservant la confiance au cœur de la relation de soins. Dans cette perspective, il est important de veiller à l'attractivité de ce mécanisme qui constitue le principal facteur susceptible de favoriser son recours et pérenniser son développement.

En accord avec cette stratégie, le nouveau mécanisme de médiation qui serait consacré en droit algérien viserait à permettre de couvrir l'ensemble des conflits découlant d'un événement ou d'un ensemble d'événements perçus comme insatisfaisants par le patient. Ces situations peuvent inclure aussi bien des accidents médicaux que des litiges liés aux droits des malades et des usagers du système de santé. Il serait ouvert aux victimes ayant directement bénéficié de l'acte de soins objet du conflit et exceptionnellement élargi aux victimes par ricochet en cas de préjudices liés à une maladie contagieuse. En termes d'organisation et de fonctionnement, le processus de médiation serait supervisé, au niveau local, par des commissions de médiation et de résolution amiable des accidents médicaux et, en seconde instance, par une commission nationale de recours. Les différentes phases de son déroulement seraient caractérisées par leur simplicité et leur transparence.

Par ailleurs, la mise en place de ce dispositif reposerait sur un cadre juridique structuré comprenant notamment une définition précise du statut juridique du médiateur en santé, une fonction encore émergente en droit algérien. Cet encadrement devrait englober, à la fois, la forme d'exercice de cette pratique notamment dans ses déclinaisons professionnelles et financières, les conditions de désignation des médiateurs et les critères de régulation de ce marché. De la même manière, il est impératif de définir les principes déontologiques qui devraient guider cette pratique, garantissant ainsi une médiation en santé moins sujette aux potentiels conflits d'intérêts. Parallèlement, il serait nécessaire d'encadrer la médiation en santé par un protocole de règles émanant d'un consensus de professionnels de manière à la rendre efficiente et harmonisée dans les divers contextes du champ sanitaire. De plus, il conviendrait de clarifier son articulation avec les procédures contentieuses, puisque le recours à ce mécanisme demeure une voie alternative et ne doit en aucun cas restreindre l'accès à la justice.

Conclusion du deuxième titre

Le constat émerge que, malgré l'efficacité des procédures contentieuses dans la réparation des préjudices découlant d'actes médicaux, leur inefficacité à traiter adéquatement la rupture des relations humaines résultant de certains conflits médicaux demeure manifeste en particulier lorsqu'«*un patient qui, étant venu pour être soigné, a vu sa situation aggravée par la seule intervention d'un professionnel ou du seul fait de son hospitalisation. Ce professionnel ou l'établissement se trouve remis en cause dans leur mission de bienfaisance et le professionnel vivra parfois cette situation comme un échec personnel*»[1768]. C'est pour cette raison que l'adoption de la médiation en tant qu'outil de règlement des conflits médicaux est essentielle favorisant une nouvelle approche de résolution, où chaque partie s'engage à écouter l'autre tout en respectant leurs différences, et à construire une décision de manière collaborative.

Sa consécration en droit algérien étant prospective, elle requiert l'examen de prés des implications potentielles qui en découleront. Il est indéniable que le futur mécanisme reposerait essentiellement sur l'expérience préexistante en Algérie de la médiation, tant conventionnelle que judiciaire, ayant démontré une certaine efficacité dans la résolution amiable de conflits de diverses natures. Il pourrait également s'inspirer du modèle français d'indemnisation amiable des accidents médicaux, jusqu'à une certaine mesure car sa transposition intégrale dans le droit algérien demeure inenvisageable dans le contexte juridique actuel de l'Algérie. Ainsi, il serait conçu de manière à permettre de traiter de manière exhaustive l'ensemble des conflits issus d'événements perçus comme insatisfaisants par le patient. Ces situations engloberaient aussi bien les accidents médicaux, que les litiges relatifs aux droits des malades et des usagers du système de santé.

Cette consécration appellerait essentiellement un encadrement strict du statut du médiateur, clé de voute du mécanisme, qui se doit d'être considéré comme un véritable professionnel formé, nommé et rémunéré. Elle requerrait également la mise en place de règles déontologiques et d'un ordre professionnel afin de sécuriser le processus, d'en garantir les principes directeurs et de favoriser, ainsi, son recours plus fréquent. Il serait, toutefois, essentiel d'assurer une articulation du mécanisme avec les procédures contentieuses qui demeurent un droit pour toute victime.

[1768] ÉVIN, Claude, « Chapitre 4. Procédure d'indemnisation des accidents médicaux : une conciliation qui peine à exister », dans, *La médiation au service de la santé et du médico-social,* Presses de l'EHESP, 2022, pp. 87-91.

Conclusion de la deuxième partie

La relation de soin, en raison de sa nature empreinte de sensibilité et d'intimité, se trouve être un terrain propice au développement des conflits. Cette propension est accentuée par la spécificité de la discipline médicale et les complexités inhérentes à la communication entre les professionnels de santé, les patients et leurs proches. L'impact psychologique de ces conflits peut se révéler important pour les deux parties car au-delà des souffrances qui en découlent pour chacune d'entre elles, il en résulte de véritables risques pour la qualité des soins.

De nombreux systèmes de santé étrangers, à l'image de celui de la France, ont réussi à mettre en place des dispositifs légaux englobant à la fois des procédures préventives permettant d'anticiper les situations conflictuelles, des mécanismes formels pour traiter les plaintes et les réclamations des usagers des établissements publics de santé ainsi que des outils d'indemnisation des accidents médicaux. Ces expériences étrangères fournissent des enseignements précieux dont pourrait tirer profit le système de santé algérien pour lequel la mise en place de pareilles démarches devient une nécessité pour s'affranchir des procédures contentieuses jugées insatisfaisantes pour les patients.

Au cours de notre recherche, nous avons voulu démontrer la faisabilité de la création de ces instruments juridiques, dédiés à la prévention et à la résolution des conflits médicaux, dans le contexte du droit algérien. En examinant les dispositifs déjà présents dans le corpus juridique national ainsi que ceux consacrés dans d'autres législations étrangères, nous avons formulé des critiques afin que ces derniers soient corrigés et enrichis par des dispositions législatives qui permettraient d'instaurer, dans la loi algérienne, un cadre juridique propice offrant aux différents acteurs du système de santé les moyens d'une gestion apaisée des conflits et des garanties pour s'engager dans cette nouvelle démarche avec confiance. Il n'est pas nécessaire de réviser entièrement le cadre législatif et réglementaire des établissements publics de santé algériens pour adopter les règles et outils décrits dans notre recherche. Rien ne s'oppose à leur intégration dans le maillage juridique actuel. Ainsi, un appel solennel est lancé à l'ensemble des acteurs du système national de santé ainsi qu'aux autorités publiques algériennes pour s'engager dans un dialogue constructif et collaborer étroitement afin de définir les contours concrets de ces instruments juridiques. L'heure est venue pour chaque intervenant de contribuer activement à l'édification d'un socle normatif favorisant une pratique médicale éthique, transparente et orientée vers une résolution équitable des conflits.

CONCLUSION GENERALE

Cette recherche s'est attachée à analyser les conflits qui surgissent entre les patients et les établissements publics de santé en Algérie. L'examen approfondi de ces conflits a permis de mettre en relief les droits des patients souvent au cœur de ces dissensions. Les principaux résultats démontrent que, bien que des cadres législatifs et réglementaires aient été mis en place pour garantir et protéger les droits des patients, dans une tentative de rééquilibrer la relation de soins, plusieurs obstacles compromettent leur mise en œuvre pratique sur le terrain. Il ressort également que le silence du législateur algérien sur certaines questions majeures corrélées à ces droits entraine une latitude d'interprétation variable chez les professionnels de santé, engendrant également des incertitudes et des désaccords. En outre, l'ignorance du rôle et de la place des membres de la famille et des proches des patients dans la relation de soins contribue de manière significative à l'aggravation des conflits qui les opposent aux professionnels et établissements de santé qui les prennent en charge. La dégradation des conditions matérielles d'hospitalisation et d'accueil dans les établissements publics de santé algériens, alors que celles-ci constituent un soutien essentiel à la mise en œuvre des droits des patients, joue également un rôle fréquent dans cette conflictualité.

Par ailleurs, cette recherche a révélé que les conflits des patients avec les structures publiques de santé dépassent les aspects purement techniques et ne découlent pas exclusivement de faits fautifs générant des accidents médicaux graves. Des tensions naissent aussi lorsqu'une situation complexe a été mal gérée par les professionnels de santé au cours d'un acte de soins, reflétant plutôt des problèmes de communication, de perception ou de comportement. Ils se manifestent dans un spectre allant de légères tensions à des crises extrêmement violentes. Ils génèrent également un sentiment d'insécurité chez les patients quant à la gestion de leur prise en charge, voire une méfiance envers le système de santé et ses acteurs, ébranlant ainsi la confiance qui unit le patient à son médecin, l'usager à l'établissement qui le prend en charge, ou encore le citoyen envers l'ensemble du système de santé.

Enfin, notre recherche a mis en lumière que les mécanismes juridiques actuels en Algérie sont inadéquats pour prévenir et gérer les insatisfactions, les réclamations et les plaintes des patients. Ces derniers se révèlent insuffisants pour résoudre de manière efficace l'ensemble des conflits qui surgissent au sein des établissements publics de santé. Leurs limites deviennent apparentes, particulièrement lorsqu'il s'agit de traiter des situations où il n'existe pas formellement de

contentieux, ou de restaurer des relations distendues par un manque de dialogue satisfaisant pour toutes les parties impliquées dans la relation de soins. Aussi, la mise en place en droit algérien de solutions juridiques novatrices pour régler ces conflits de manière plus adéquate est devenue un enjeu majeur, nécessitant une avancée législative en la matière, d'où la tentative de conceptualisation entreprise par notre recherche.

Les nouveaux outils que nous proposons d'introduire s'inspirent principalement du droit français, tout en évitant une transposition directe et intégrale des normes. Notre approche a été guidée par le souci de définir des règles cohérentes et réalisables, construites pour s'adapter spécifiquement au contexte social et juridique algérien. Sur le plan théorique, cette recherche a essayé d'enrichir la littérature juridique existante en matière de gestion des conflits médicaux en Algérie, en démontrant comment des principes juridiques internationalement reconnus peuvent être contextualisés efficacement dans des systèmes juridiques distincts. Si les outils développés dans le cadre de cette étude sont adoptés par les décideurs publics, leurs implications pratiques peuvent être particulièrement pertinentes pour les patients et les professionnels de santé en Algérie.

Notre recherche n'a pas la prétention d'avoir conceptualiser des outils juridiques uniques et univoques applicables sans aucune difficulté. Assurément, les normes que nous proposons d'insérer en droit algérien pour conforter ces outils comporteront inévitablement certaines lacunes et susciterons des problèmes d'articulation avec les textes juridiques existants en droit algérien. L'introduction de toute nouvelle norme dans un système juridique entraîne des modifications dans de nombreux textes, nécessitant ainsi un travail d'harmonisation approfondi pour maintenir une cohérence globale. En outre, cette étude se concentre exclusivement sur le secteur public de la santé. Toutefois, pour garantir une équité complète, il est primordial que les mêmes approches préventives et de résolution des conflits soient envisagées dans le secteur libéral de la santé. Ce secteur, souvent moins couvert par la recherche en Algérie, joue un rôle tout aussi déterminant dans le système de santé et mérite une attention équivalente pour assurer que tous les patients, quel que soit leur choix de soins, bénéficient de garanties similaires en termes de droits et de qualité de prise en charge.

Toutefois, malgré les limites et imperfections inhérentes à notre étude, l'objectif premier de notre travail est de contribuer à la transformation du droit algérien, en introduisant des concepts qui ne figurent pas actuellement dans le cadre juridique existant. Si la prérogative de faire la loi appartient principalement aux pouvoirs publics, les sources de création du droit sont variées. La recherche juridique joue un rôle important, tant directement qu'indirectement, dans la formation du droit contemporain et futur. N'a-t-il pas été écrit « *qu'il n'y a guère de décisions de justice ou guère de textes de loi qui ne constituent pas la reprise de ce qu'un auteur a écrit, un jour, dans une revue*

juridique ou dans un manuel de droit »[1769] ? Avec une perspective résolument militante, nous aspirons également, en portant un regard critique sur le droit existant et en proposant des révisions de l'ordre juridique, à influencer les pratiques dans le système de santé algérien. Nous espérons voir adopter un jour des instruments juridiques capables de gérer pacifiquement les relations conflictuelles entre patients et professionnels de santé, et de minimiser les effets négatifs des conflits sur la relation de soins.

[1769] ZENATI, Frédéric, « L'évolution des sources du droit dans les pays de droit civil », *Recueil Dalloz*, n°1, 2002, pp 15-22.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES ET DICTIONNAIRES

° Ouvrages en Français

ALMERAS, Jean-Pierre, PEQUIGNOT, Henri, *La déontologie médicale*, Litec, 1996, 380 p.

ANTHOINE DE SAINT-JOSEPH, Fortuné, *Concordance entre les codes civils étrangers et le Code Napoléon,* Paris, Leipzig, Hingray, 1840, 288 p.

APOLLIS, Benoît, TRUCHET, Didier, *Droit de la santé publique*, Dalloz, Mémentos, 11ème édition, 2022, 338 p.

BADIE, Bertrand, *L'État importé: L'occidentalisation de l'ordre politique*, Fayard, Paris, 1992, 334 p.

BASSAT, Bernard, LOPEZ, Alain, *Planification sanitaire ; méthodes et enjeux, édition école nationale de la santé publique*, Rennes, 1997, 183 p.

BIOSSE-DUPLAN, Alexandre, *Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé,* Dunod, 2017, 480 p.

BIOY, Xavier, LAUDE, Anne, TABUTEAU, Didier, *Droit de la santé*, 4ème édition, PUF, Thémis droit, Paris, 2020, 689 p.

BIZARD, Frédéric, *Politique de santé : réussir le changement,* Dunod, 2015, 256 p.

BLOHORN–BRENNEUR, Béatrice, *La médiation pour tous en France*, 4ème édition, L'Harmattan, 2023, 220 p.

BROWN, Hillary, *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus,* Editions du Conseil de l'Europe*,* 2002, 148 p.

BROYELLE, Camille, *Contentieux administratif* », 11ème édition, LGDJ, Paris, 2023, 582 p.

CADIET, Loïc, CLAY, Thomas, *Les modes alternatifs de règlement des conflits*, Dalloz, 3ème édition, 2019, 180 p.

CARBONNIER, Jean, *Droit et passion du droit sous la Vème République*, Paris, Flammarion, 1996, 288 p.

CLEMENT, Jean- Marie, *Précis de droit hospitalier*, LEH, 2ème édition, 2011, 198 p.

DUMONT, Gilles, GILLES, J. Guglielmi, KOUBI, Geneviève, *Droit du service public*, Montchrestien, coll. Thémis, 2e éd, 2007, 755 p.

DUPUY, Olivier, *L'information médicale: information du patient et information sur le patient* », LEH, 2ème édition, 2005, 392 p.

FATH, Sébastien, *Le protestantisme évangélique, un christianisme de conversion. Entre rupture et filiation*, Éditions Brépols, 2004, 380 p.

FREIDSON, Eliot, *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984, 369 p.

GAY, Laurence, *Les droits créances constitutionnels*, Bruxelles, Bruylant, 2007, 826 p.

GILLES, Jeannot, *Les usagers du service public*, PUF, Que sais-je ?, 1998, 128 p.

GUILLAUME-HOFNUNG, Michèle, *La médiation*, Que sais-je ?, PUF, 8ème édition, 2020, 128 p.

GUY, Nicholas, *La responsabilité médicale*, Flammarion, 1997, 126 p.

HANAFI, Sari, BEN NEFISSA Sarah, *Pouvoirs et associations dans le monde arabe*, CNRS Éditions, 2002, 184 p.

HANNOUZ, Mourad-Mouloud et HAKEM, Ahmed, *Précis de droit médical : à l'usage des praticiens de la médecine et du droit*, OPU, 1993, 183 p.

Hauriou, Maurice, *Les éléments du contentieux*, Recueil de législation de Toulouse, tome 1, 1905, 86 p.

HOERNI, Bernard, SAURY, Robert, *Le consentement, information, autonomie et décision en médecine*, Masson, 1998, 156 p.

IMBERT, Jean, *Les hôpitaux en France*, Que-sais-je ?, PUF, 1981, 128 p.

KAZEMI-RACHED, Ali, *L'Islam et la réparation du préjudice moral* », Droz, 1990, 148 p.

KHIATI, Mostefa, *La santé en Algérie*, OPU, 2017, 280 p.

LACHAUME, Jean-François, BOITEAU, Claudie, PAULIAT, Hélène, *Grands services publics*, Editions Dalloz - Sirey, 2e éd, 2000, 454 p.

LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, PORCHY-SIMON, Stéphanie, *Droit du dommage corporel: systèmes d'indemnisation*, Dalloz, 9ème édition, 2022, 916 p.

LAPASSAT, Etienne-Jean, *La justice en Algérie1962-1968*, Armand Colin, 1969, Paris, 184 p.

LEVY-BRUHL, Henri, *Sociologie du droit*, PUF, 6ème édition, 1981, 128 p.

MAILLARD DESGREES DU LOU, Dominique, *Droit des relations de l'administration avec ses usagers*, PUF, 2000, 567 p.

MAHIOU, Ahmed, *Etudes de droit public*, OPU, Alger, 1984, 223 p.

MAUGÜE, Christine et MARION, Laurence, *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ, 2ème édition, 2019, 224 p.

MOQUET-ANGER, Marie-Laure, *Droit hospitalier*, LGDJ, 7ème édition, Paris, 2024, 618 p.

OUSSOUKINE, Abdelhafidh, *La transparence administrative*, Dar el Gharb, Oran, 2004, 325 p.

PENNEAU, Jean, *Faute et erreur en matière de responsabilité médicale*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 1973, 403 p.

La responsabilité du médecin, Dalloz, 3ème édition, 2004, 150 p.

PY, Bruno, *Le secret professionnel*, l'Harmattan, 2005, 138 p.

REGOURD, Serge, *L'acte de tutelle en droit administratif français*, LGDJ, tome 142, 1982, 539 p.

REVAH-LEVY, Anne et VERNEUIL, Laurence, *Docteur, écoutez ! -Pour soigner il faut écouter*, Albin Michel, 2016, 146 p.

SAVATIER, René, AUBY, Jean-Marie, SAVATIER, Jean et PEQUIGNOT, HENRI, *Traité de droit médical*, Librairies Techniques. Paris, 1956, 574 p.

SCHACHT, Joseph, *Introduction au droit musulman*, Maisonneuve & Larose, 1999, 250 p.

STRAUSS, Anslem, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionniste*, l'Harmattan, 1992, 319 p.

TADJ, Meziane, *Le système de santé en Algérie*, Kounouz Elkiteb, Algérie, 2019, 119 p.

THOILLIER, Henri, *L'Hôpital Français*, Paris, Max Brezel, 1943, 279 p.

TRICOIT, Jean-Philippe, *Le guide pratique du règlement amiable conventionnel. Panorama des modes amiables de règlement des différends* », Gualino, 2020, 384 P.

WELSCH, Sylvie, *Responsabilité du médecin*, Litec, 2ème édition, 2003, 350 p.

° Ouvrages en Arabe

ATH MELOUYA, El hocine, *Cours en droit administratif- tome II -la responsabilité sans faute*, Dar el Khaldounia, 2007, 128 p.

La responsabilité de la puissance publique, Dar el Houda, Ain Mlila, 2013, 207 p.

EL-SANHOURI, Abd El Rezak, *Al-wasit fi sharh alqanoun el madani el djadid (commentaires sur le nouveau Code civil*), Maison de la renaissance du patrimoine arabe, Beyrouth, Liban, 1973, 1326 p.

FARUQ-ABDALLAH, Karim, *Le préjudice moral et sa réparation dans la jurisprudence islamique*, Dar al-Kutub al-Ilmiyah, Beyrouth, Liban, 2012, 350.

KHELLOUFI, Rachid, *Droit de la responsabilité administrative*, O.P.U, Alger, 1994, 150 p.

Droit du contentieux administratif: les conditions de recevabilité du recours administratif, OPU, Alger, 3ème édition, 2009, 307 p.

° Dictionnaires

BECKER, Martine, MIRIMANOFF, Jean, OUDIN, Federica et al, *Dictionnaire de la médiation et d'autres modes amiables*, préface Gurbanov, Ramin, Bruxelles, Bruylant, 2019, 524 p.

DE LESCURE, Emmanuel, « Métiers et professions », dans, Anne Jorro éd, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation,* De Boeck Supérieur, 2022, 484 p.

DEMAZIERE, Didier, « Professionnalisme », dans, Anne Jorro éd, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation,* De Boeck Supérieur, 2022, 484 p.

GARNIER, Marcel et DELAMARE, Valéry, *Dictionnaire des termes techniques de médecin,* 20ème édition, Maloine, 1340 p.

GUINCHARD, Serge et DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques*, 27ème édition, Paris, Dalloz, 2019, 1126 p.

KADA, Nicolas, « Établissement public », dans, Nicolas Kada éd, *Dictionnaire d'administration publique,* Presses universitaires de Grenoble, 2014, 576 p.

MORIO, Camille, « Administré », dans, Nicolas Kada éd, *Dictionnaire d'administration publique,* Presses universitaires de Grenoble, 2014, 576 p.

PETERS, B. Guy, « Nouveau management public (New public management) », dans, *Dictionnaire des politiques publiques, 5ème édition entièrement mise à jour et augmentée*, Presses de Sciences Po, 2019, 848 p.

PUIGELIER, Catherine, *Dictionnaire juridique*, 3ème édition, Bruxelles, Bruylant, 2020, 1266 p.

RIVIER, Marie-Claire, « Conflit/litige », dans, Cadiet Loic, *Dictionnaire de la justice*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, 1362 p.

II. THESES ET MEMOIRES

° Thèses en français

AKHOUN, Jérémie-Idriss, *La perte de chance en droit des contrats*, Thèse, droit privé, Université de La réunion, 2023.

AUTIN, Jean-Louis, *Le droit économique algérien : l'examen des institutions juridiques au service de l'analyse de la formation sociale*, Thèse, droit public, Université de Montpellier I, 1976.

BOYER, Anne, *L'information dans le système de santé: nature et conséquences sur la relation médicale*, Thèse, droit public, Université de Limoges, 2008.

CAMGUILHEM, Benoit, *Recherche sur les fondements de la responsabilité sans faute en droit administratif*, Thèse, droit public, Université Paris 2, 2012.

CASTELOT, Pauline, *Ordres professionnels et ordre concurrentiel*», Thèse, droit privé et Sciences Criminelles, Université Montpellier, 2016, p 12.

DESSALES, Thomas, *Le règlement amiable des accidents médicaux de 2002 à aujourd'hui : un système à la recherche de nouveaux équilibres*», Thèse, droit privé, Université de Lorraine, 2021.

FAUQUETTE, Alexendre, *Contribution à une analyse sociologique de l'effet sectoriel sur la participation : Le cas du secteur sanitaire*, Thèse, Science politiques, Université de Lille 2, 2016.

GIBELIN, Anne, *La médiation en santé. Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, Thèse, droit privé et sciences criminelles, Université de Montpelier, 2015.

HAMROUCHI, Noureddine, *Le droit algérien entre mimétisme et créativité*, Thèse, droit public, Université de Nice, 1990.

HOCQUET BERG, Sophie*, Obligation de moyens ou obligation de résultat ? : À propos de la responsabilité civile du médecin*, Thèse, droit privé, Université de Paris 12, 1995.

HUSSON, Julien, *Gérer les risques à l'hôpital. De l'inquiétude des acteurs à la méthode*, Thèse, sciences de gestion, Université Jean Moulin - Lyon 3, 2005.

ISSA, Ahmed, La responsabilité médicale en droit public libanais et français, Thèse, sciences juridiques, Université de Grenoble en cotutelle avec Université Libanaise, 2012.

KAB, Djelloul, *La responsabilité médicale en matière d'infections nosocomiales : le devenir du droit algérien au regard du droit français*, Thèse, droit privé, Université Paris-Panthéon-Assas, 2022.

KENNAS, Ibrahim, *Comparaison entre le développement du système hospitalier français et algérien : les questions éthiques de la transposition du management public hospitalier français en Algérie*, Thèse, éthique médicale, Université Paris Cité, 2022.

KOUMBEM, Elie, *Les rites funéraires de l'évangile: étude anthropologique et théologique des rites funéraires Zamse du Burkina-Faso,* Thèse, théologie, Université, Aix-en-Provence, 2002.

LAPLAUD, Ambre, *Le consentement et responsabilité médicale*, Thèse, Droit, Université de Limoges, 2019.

OUATTARA, Tiégolo Fougniguéta, *Les modes alternatifs de traitement des conflits familiaux : étude comparative des droits français et ivoirien*, Thèse droit privé, Université de bordeaux, 2023.

PINEL, Florian, *La participation du citoyen à la décision administrative*, Thèse, droit public, Université de Rennes 1, 2018.

PORCHY-SIMON, Stéphanie, *Volonté du malade et responsabilité du médecin,* Thèse, droit, Université de Lyon 3, 1994.

STEFANOVA, Deyana, *Le rôle de la notion de service public dans l'organisation du système de santé en droit français*, Thèse, droit public, Université de bordeaux, 2020.

TESTARD, Christophe, *Pouvoir de décision unilatérale de l'administration et démocratie administrative*, Thèse, droit public, Université de Lyon, 2016.

WADA, Léo, *L'office du juge en droit de la responsabilité médicale*, Thèse, droit, Université Paris 8, 2017.

° Thèses en arabe

ABASSA, Djamel, *Le règlement du contentieux médical dans la législation algérienne de la sécurité sociale*, Thèse, droit public, Université Mohamed Ben Ahmed d'Oran, 2011.

AMIRI, Farida, *La responsabilité des hôpitaux publics en matière de fautes médicales*, Thèse, droit public, Université Mouloud Mameri de Tizi Ouzou, 2021.

GHIZLANE, Salima, *La relation du citoyen avec l'administration en droit algérien* », Thèse, droit public, Université Benyoucef Benkheda d'Alger, 2013.

GUENIF, Ghenima, *Obligation du médecin de recueillir le consentement libre et éclairé du patient*, Thèse, droit public, Université Mouloud Mameri de Tizi ouzou, 2018.

KAMRAOUI, Azzedine, *Les nouveaux postes de la responsabilité médicale en Algérie- étude comparée*, Thèse, droit public, Université Mohamed Ben Ahmed d'Oran, 2013.

KHELLAFI, Rabiâa, *Droits des patients au sein des pratiques médicale-Etude comparée-*, Thèse, droit privé, Université Abou Baker Belkaid de Tlemcen, 2018.

OUCHEN, Rima, *La gestion de la qualité en tant qu'outil d'amélioration de la prestation hospitalière – étude de cas des centres hospitalo-universitaires de l'est algérien-* », Thèse, sciences de gestion, Université Hadj Lakhder de Batna, 2018.

ZAHDOUR, Kaouthar, *La responsabilité en matière de transfusion sanguine à la lumière du droit algérien comparé*», Thèse, droit privé, Université Mohamed Ben Ahmed, d'Oran, 2013.

° Mémoire

ISSAADI, Hayette, *La méthode HACCP et la gestion des risques à l'hôpital Cas : Cuisine centrale du CHU de*

Tizi-Ouzou Unité NEDIR Mohamed, mémoire de Master, spécialité sciences économiques, Université Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou, 2021.

IIII. RAPPORTS ET ETUDES

ANNALIJN, Conklin, ZOË SLOTE, Morris, ELLEN, Nolte, *Involving the Public in Healthcare Policy. An Update of the Research Evidence and Proposed Evaluation Framework*, Rapport, Bertelsmann Foundation, RAND Europe, 2010.

BRESSAND, Michelle, CHRIQUI-REINECKE, Martine et SCHMITT, Michel, *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé*, Rapport au Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, 2011, Paris, La Documentation Française.

CANIVET, Guy, *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires*, Rapport au Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, 2000, Paris, La documentation Française.

CEDRAS, Jean, *Liberté, égalité, contrat. Le solidarisme contractuel en doctrine et devant la Cour de cassation*, Rapport de la Cour de cassation 2003, la documentation Française.

Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme, « Rapport annuel sur l'état des droits de l'homme en Algérie *», Rapport public 2009*, Alger.

Compagnon, Claire et Ghadi , Véronique, *La maltraitance ''ordinaire'' dans les établissements de santé – étude sur la base de témoignages*, Etude, 2009, HAS, Paris.

Pour l'An II de la Démocratie sanitaire, Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2014, Paris, La documentation Française.

Conseil d'Etat, « Un an de recours en justice liés à la Covid-19. Retour en chiffres sur l'activité du Conseil d'État, juge de l'urgence et des libertés», *Rapport public annuel 2021*, Paris, La Documentation française. (France).

Conseil national économique et social, « Rapport protection de la jeunesse : délinquance des mineurs », Rapport public 2003.

Cour de cassation, « Le droit de savoir », *Rapport annuel 2010*, Paris, La Documentation française.

Cour des comptes, « Les restructurations hospitalières », *Rapport public annuel 2013*. (France).

Dominique, François, *Etude de l'environnement sonore du prématuré au chu de limoges,* Etude, 2016, ARS *nouvelle Aquitaine*.

DREES, *L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France. Les enseignements d'une étude pilote dans la région Aquitaine*, Document de travail, série études et recherches, 2003, n° 219.

Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale, Document de travail, série études et recherches, 2005, n° 398.

Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins, Document de travail, série études et recherches, 2015, n° 133.

HAS*, Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée*, octobre 2013.

Institut National de Santé Publique, *Situation épidémiologique en Algérie du Covid-19* », Bulletins n°1 du 18/4/2020 au n°267 du 29/4/2022.

Ministère de la Santé, *Carte sanitaire nationale*, 2ème volume, Document interne, 1983.

Evolution du système national de santé Alger, Rapport*,* 1990.

Assises Nationales de la Santé- Palais des Nations 26-28 mai 1998-, Dossier documentaire, ANDS, Alger, 1998.

Charte nationale de la santé, Document interne, Mai 1998.

Synthèse des recommandations des Assises Nationales de la santé- Palais des Nations 16 et 17 Juin 2014-, Document interne, 2014.

Projection du développement du secteur de la santé: perspective décennale, Rapport*,* 2017.

Direction de la réglementation et du contentieux, *Bilan annuel des affaires en justice du secteur de la santé », Années 2019, 2020, 2021.*

Direction des équipements publics, *Bilan des réhabilitations et des mises en service des nouvelles structures,* Décembre 2021.

Ministère de la Santé et des Solidarités Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, *Evaluation du plan urgences 2004-2008*, Rapport, janvier 2007. (France).

Ministère de l'Intérieur, des Collectivités Locales et de l'Aménagement du Territoire, *Avant projet de loi relative à la participation citoyenne et aux activités participatives au niveau local*, Rapport, 2017.

OMS, *A propos des systèmes de santé, Qu'est-ce qu'un système de santé?*

Qualité de soins.

Rapport sur la santé dans le monde, 2000, Pour un système de santé plus performant.

Rapport sur la santé dans le monde 2002.

*What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and,specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? »,*2006.

Where are the patients in decision-making about their own care ?, 2008.

Fondation Gordon et Betty Moore, *Consultation d'experts mondiaux dans le cadre de l'engagement des patients et des familles de l'OMS*, Rapport, 2014.

Bureau Régionale Afrique, *Rapport sur la performance des systèmes de santé dans la région africaine de l'OMS*, Rapport 2020.

Algérie, *Rapport biennal 2020-2021. Ne laisser personne pour compte*, Rapport 2021.

Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la Covid-19, Exposé de la position de l'Organisation mondiale de la santé, 2021.

RIVIER Marie-Claire, Pascal, ANCEL, Gérard, BLANC, Marianne, COTTIN, Olivier, GOUT, et al, *Les modes alternatifs de règlement des conflits: un objet nouveau dans le discours des juristes français ?* Rapport de recherche, Mission de recherche droit et justice. 2001.

IV. ARTICLES ET CONTRIBUTIONS

° Contributions dans des ouvrages

AGGOUN, Lounis, et Jean-Baptiste Rivoire. « 5 - Octobre 1988, le tournant », dans, *Françalgérie, crimes et mensonges d'États. Histoire secrète, de la guerre d'indépendance à la « troisième guerre » d'Algérie*, La Découverte, 2005, pp. 116-134.

BABADJI, Ramdane, « Le syncrétisme dans la formation du système juridique algérien », dans, *Politiques législatives: Égypte, Tunisie, Algérie, Maroc*, CEDEJ, 1994, pp 19-33.

BASTIER, Jean, « L'enseignement du droit à Alger de 1879 à 1914 », dans, *Les Facultés de droit de province au XIXe siècle*. Tome 1, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2009, pp 519-542.

BATIFOULIER, Philippe, « Chapitre 11. Consommer sans le marché. Le patient, la maladie et le besoin de soins », dans, *Santé, consommation et marchés.* EMS Editions, 2022, pp. 236-260.

BIOY, Xavier, *«* Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental? *»,* dans, *L'accès aux soins,* Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2010, pp 37-71.

BLOCH, Marie-Aline et **Léonie HENAUT**, « De la coordination aux parcours : un changement de paradigme », dans, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*,

Dunod, 2014, pp. 113-134.

BONNET, Xavier et François PONCHON, « Fiche 4. L'information du patient » et « Fiche 16. La représentation des usagers », dans, *L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier*, Presses de l'EHESP, 2018, pp. 19-25 et pp. 82-85.

BOUHDIBA, Abdelwahab, « Chapitre II. Les interdits islamiques de la sexualité », dans, *La sexualité en Islam*, Presses Universitaires de France, 2010, pp. 23-29.

BRECHAT, Pierre-Henri, **Philippe, MARIN, et Jacques, RAIMONDEAU**, « Chapitre 11. Planification en santé », dans, *Manuel de santé publique,* Presses de l'EHESP, 2020, pp. 313-338.

BROCHOT, Sylvie, « Le savoir profane et les promesses de la démocratie technique », dans, *Le savoir profane et les promesses de la démocratie technique,* Presses universitaires de Grenoble, 2020, pp 1-9.

BURGER-HELMCHEN, Thierry, Caroline HUSSLER, et Paul MULLER, « Chapitre 7. La prise de décision », dans, *Management. Le manuel complet du management*, 2019, pp. 281-338.

CHALABI, El Hadi, « droit et politique : l'exemple algérien », dans, *L'Algérie contemporaine: Bilan et solutions pour sortir de la crise*, éd. L'Harmattan, 2000, pp 17-29.

CALLIANO, O, « Le Code civil égyptien, véhicule pour la diffusion des modèles européens en Afrique », dans, *Dynamiques et finalités des Droits africains*, Économica, 1980, p. 53.

CATHERINE, Aurore, « La codécision, entre mythe et réalité », dans, *Consentement et santé*, Dalloz, 2014, pp 119-130.

CAUVIN RENAULT, Corine, « Introduction. De quel mal souffre l'hôpital public ?», dans, *Reconstruire l'hôpital. Concilier normes et relation de soin*, Érès, 2020, pp 19-25.

CHEVALLIER, Jacques, « Le "public" du code», dans, *Lectures critiques du Code des relations du public avec l'administration*, Lextenso, 2018, pp 127-140.

COUCKE, Philippe, « Chapitre 2. Les grandes avancées médicales », dans, *Médecine du futur. L'intelligence artificielle au chevet des patients*, Mardaga, 2020, pp. 41-48.

DANTONEL-COR, Nadine, « Fiche 9. Le Défenseur des droits », dans, *Fiches d'Institutions administratives,* Ellipses, 2020, pp. 75-81.

DIRECHE-SLIMANI, Karima, Nessim ZNAIEN, et Aurélia DUSSERRE, « Chapitre 12. La décennie noire algérienne », dans, *Histoire du Maghreb depuis les indépendances. États, sociétés, cultures*, Armand Colin, 2023, pp. 263-273.

DEGOFFE, Michel, « Chapitre II. La responsabilité sans faute», dans, *Droit administratif*. Ellipses, 2020, pp. 445-466.

DEGUERGUE, Maryse, « 5. La perte de chance en droit administratif », dans, *L'égalité des chances. Analyses, évolutions, perspectives.* La Découverte, 2000, pp. 197-210.

DREYFUS, Françoise, « V / La lutte contre la corruption », dans, Sociologie de la corruption. La Découverte, 2022, pp. 83-103.

DE POUVOURVILLE, Gérard, « 43. L'organisation des soins », dans, *Traité d'économie et de gestion de la santé.* Presses de Sciences Po, 2009, pp. 401-406.

DURKHEIM, Émile, « « Le *Contrat social* de Rousseau » (extraits) (1896) », dans, *Sociologie politique. Une anthologie*, Presses Universitaires de France, 2020, pp. 341-358.

ÉVIN, Claude, « Présentation », « Chapitre 4. La médiation dans les contentieux » et « Chapitre 4. Procédure d'indemnisation des accidents médicaux : une conciliation qui peine à exister », dans, *La médiation au service de la santé et du médico-social,* Presses de l'EHESP, 2022, pp. 9-12, pp. 41-53 et pp. 87-91.

FAURAN, Blandine, « Information, transparence et responsabilités dans les essais cliniques », dans, *Essais cliniques, quels risques ?*, Presses Universitaires de France, 2007, pp. 169-180.

GAUTIER, Anaïs, « 49. Le processus de désignation de la personne de confiance », dans, *Soins palliatifs. En 54 notions.* Dunod, 2020, pp 316-321.

GIRER, Marion, et **Guillaume ROUSSET**, « Introduction », « Chapitre 4. Le consentement et l'expression de la volonté de l'usager » et « Chapitre 9. Droits collectifs et participation des usagers », dans, *Les droits des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social*. Presses de l'EHESP, 2022, pp. 7-10, pp. 51-64 et pp 117-132.

GHOZALI, Nasser-Eddine, « 2. L'Algérie dans tous ses états. De la crise à la démocratie orpheline », dans, Où va l'Algérie ?, Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans, 2001, pp 35-51.

GROSS, Olivia, « 3. Le recours à l'expertise des patients : un phénomène mondial et protéiforme », dans, L'engagement des patients au service du système de santé, Doin, 2017, pp. 69-116.

GRÜNDLER, Tatiana, « Effectivité, efficacité, efficience. L'exemple du droit à la santé »*,* dans, *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme,* Presses universitaires de Paris Nanterre, 2008, pp. 31-40.

GUEGAN, Magali, et Maurice-Pierre, PLANEL, « 5. Le « *Sunshine Act* à la française » : tout savoir sur les professionnels de santé ?», dans, *Santé : la transparence en question(s),* Presses de l'EHESP, 2018, pp 49-57.

GWELTAZ, Eveillard, « La citoyenneté administrative, vecteur de nouveaux droits publics subjectifs des administrés ? », dans, *Les droits publics subjectifs de l'administré,* Association française pour la recherche en droit administratif, LexisNexis, 2011, pp.97-113.

HANNOSSET, Etienne, « Consentement éclairé : fondement, méconnaissance, conséquences », dans, *Droit médical*, Larcier, Bruxelles, 2005, pp 227-265.

HARDY, Anne-Chantal, « 1. Du colloque singulier à l'éthique médicale », dans, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP, 2013, pp. 23-45.

HELY, Matthieu, et Maud, SIMONET, « Introduction générale », dans, *Le travail associatif*, Presses universitaires de Paris Nanterre, 2013, pp 9-15.

HENRY, Jean-Robert, « 9. Le passage du droit colonial à son histoire dans l'Algérie de l'indépendance », dans, *Faire l'histoire du droit colonial. Cinquante ans après l'indépendance de l'Algérie.* Karthala, 2015, pp. 225-239.

HOLCMAN, Robert, « Chapitre 7. La gouvernance interne de l'hôpital », «Chapitre 14. Déontologie et ordres professionnels » et « Chapitre 14. La responsabilité », dans, *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod, 2019, pp. 207-246, pp. 405-433 et pp. 473-482.

JEANDEL, Claude, « Enjeux éthiques et accès aux soins à la lumière de la Covid-19 », dans, *Éthique du grand âge et de la dépendance,* Presses Universitaires de France, 2020, pp 97-116.

JOUBLIN, Hugues, « Le proche de la personne malade et l'univers des soins », dans, *Traité de bioéthique. II Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques.* Érès, 2010, pp. 270-285.

JOURDAIN, Patrice, « Nomenclature des préjudices corporels. Rapport français », dans, *Le dommage et sa réparation dans la responsabilité contractuelle et extracontractuelle*, *Etudes de droit comparé*, Bruylant, 2015, pp. 567- 593.

KEDDAR, Miloud, « Les politiques sanitaires : Quel bilan ? », dans, *Algérie de l'indépendance à l'état d'urgence*, Paris, l'Harmattan, 1992, pp 190-209.

LACOSTE, Yves, « Chapitre 14. Le nationalisme régional de la Kabylie », dans, *Les conflits dans le monde. Approche géopolitique.* Armand Colin, 2016, pp 199-209.

LAUDE, Anne, et Didier, TABUTEAU, « Chapitre premier. L'émergence des droits des malades », dans, *Les droits des malades,* Presses Universitaires de France, 2018, pp. 3-24.

LAUDE, Laetitia, « Chapitre 2. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français (Deuxième partie. La conduite des organisations de santé », dans, *Le management en santé. Gestion et*

conduite des organisations de santé, Presses de l'EHESP, 2018, pp 165-78.

MAHIOU, Ahmed, « 1. Les contraintes et incertitudes du système politique », dans, Où va l'Algérie ?, Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans, 2001, pp 13-34.

MARC, Edmond, « Se former en groupe, dans, *Éduquer et Former. Connaissances et débats en Éducation et Formation.* Éditions Sciences Humaines, 2016, pp. 85-95.

MASQUELET, Alain-Charles, « L'erreur de raisonnement », dans, *Le raisonnement médical.* Presses Universitaires de France, 2006, pp. 64-74.

MERLIER, Philippe, « 10. La médiation et la négociation », dans, *Philosophie et éthique en travail social,* Presses de l'EHESP, 2020, pp. 119-135.

MERVIN, Sabrina, « 4 .Le droit islamique et sa méthodologie (*fiqh* et *uṣûl al-fiqh*) », dans, *Histoire de l'islam*, Flammarion, 2016, pp. 79-99.

MORINEAU, Jacqueline, « 2. La médiation », dans, *L'esprit de la médiation,* Érès, 2010, pp. 65-75.

MOSCOVICI, Serge, et Willem, DOISE, « Le problème », dans, *Dissensions et Consensus,* Presses Universitaires de France, 1992, pp. 7-32.

MOUSSAOUI, Abderrahmane, « 4. La concorde civile en Algérie. Entre mémoire et histoire », dans, Où va l'Algérie ?, Institut de recherches et d'études sur les mondes arabes et musulmans, 2001, pp 71-92.

NATY-DAUFIN, Philippe, et Élodie, CARMONA, « Chapitre 17. Les nouvelles technologies au service de la santé », dans, *Manuel de santé publique.* Presses de l'EHESP, 2020, pp. 479-511.

OFFERLE, Michel, « Associations, groupes d'intérêts, mouvements sociaux : mêmes concepts ? Même combat ?», dans, *Syndicats et associations : Concurrence ou complémentarité ?*, Presses universitaires de Rennes, 2006, pp 459-468.

OLLIVIER, Roland, « 5. La démocratie en santé a-t-elle toute sa place dans les établissements et services ?», dans, *La démocratie en santé en question(s).* Presses de l'EHESP, 2018, pp. 59-70.

OLRY-LOUIS, Isabelle, et Paul, OLRY, « Métier(s) », dans, *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés.* Dunod, 2019, pp. 304-307.

OPPETIT, Bruno, « Chapitre 1. La notion générale de codification », dans, *Essai sur la codification,* Presses Universitaires de France, 1998, pp. 7-23.

PASQUIER, Martial, « Chapitre 3. Transparence et accès à l'information détenue par l'administration», dans, *Communication des organisations publiques*, De Boeck Supérieur, 2017, pp. 73-94.

PETIT, Étienne, « Chapitre 3. Les autorités administratives et publiques indépendantes », dans, *Les institutions administratives en tableaux,* Ellipses, 2021, pp. 84-89.

PICARD, Dominique, et EDMOND, Marc, « Chapitre premier. La notion de conflit », dans, *Les conflits relationnels.* Presses Universitaires de France, 2020, pp. 7-16.

POIROT-MAZERES, Isabelle, « Le renoncement aux soins », dans, *Le renoncement en droit public*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2021, pp 37-60.

PREDA, Raruca, « 4. L'encadrement juridique de l'image de la personne dans le domaine de la santé », dans, *Image et santé. Matériaux, outils, usages.* Presses de l'EHESP, 2011, pp. 53-58.

RAMBAUD, Thierry, « Chapitre II - Des choix méthodologiques », dans, *Introduction au droit comparé. Les grandes traditions juridiques dans le monde*, Presses Universitaires de France, 2017, pp. 37-61.

RIVERO, Jean, « A propos des métamorphoses de l'administration d'aujourd'hui: démocratie et administration», dans, *Mélanges offerts à René Savatier*, Dalloz, 1965, pp 821-833.

ROUX, Dominique, et **Lydiane, NABEC**, « Introduction », dans, *Protection des consommateurs. Les nouveaux enjeux du consumérisme,* EMS Editions, 2016, pp. 19-22.

SAOUT, Christian, « 27. Place et rôle des associations d'usagers et de patients », dans, *Traité de santé publique,* Lavoisier, 2016, pp. 255-259.

SCHAAD, Béatrice, « Prologue : Pourquoi se préoccuper d'hospitalité ? » et « 1 – Hospitalité ou hostilité : l'hôpital comme territoire du conflit », dans, *(in)hospitalités hospitalières. Conflit Médiation Réconciliation.* Médecine & Hygiène, 2023, pp. 13-19 et pp. 27-37.

SCHNEIDER-KAMP, Anna, et **Søren, ASKEGAARD**, « Chapitre 3. Conceptualiser la consommation en santé grâce à la notion de capital santé », dans, *Santé, consommation et marchés.* EMS Editions, 2022, pp. 56-78.

SCHWEYER, François-Xavier, « 4. Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public» et « Chapitre 6. Sociologie des professions du champ sanitaire et social », dans *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé,* Presses de l'EHESP, 2018, pp. 37-54 et pp. 121-137.

SERGENT, Lucile, « 3. La participation, un enjeu politique », dans, Malades en action, démocratie sanitaire en question, Érès, 2023, pp 65-81.

STINGRE, Didier, « Missions de service public et coopération sanitaire », dans, *Le service public hospitalier*, Que sais-je, 2021, pp 30-52.

SUFI, Abu-Taleb, « La shari'a islamique et le droit positif dans les pays arabes : histoire et prospective», dans, *Politiques législatives: Égypte, Tunisie, Algérie, Maroc*, CEDEJ Égypte/Soudan, 1994, pp 137-156.

TABUTEAU, Didier, « droits des malades et politique de santé *»,* dans, *L'humanisation de l'hôpital*. *Mode d'emploi*, Musée de l'AP-HP, 2009, pp 143-154.

THERON, Jean-Pierre, « Service public et accès aux soins », dans, *L'accès aux soins,* Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2010, pp 73-85.

THIELLAY, jean- Philippe, « La réparation du dommage médical : responsabilité ou solidarité ? », dans, *Conseil d'Etat, Santé et justice : quelles responsabilités ? Dix ans après la loi du 4 mars 2002*, La Documentation Française, 2013, pp 31-88.

THUNIS, Xavier, Fosseprez, BERENICE, « Caractère indemnitaire ou punitif des dommages et intérêts», dans, *Le dommage et sa réparation dans la responsabilité contractuelle et extracontractuelle*, *Etudes de droit comparé*, Bruylant, 2015, pp 237-310.

TOUZARD, Hubert, et **Jacques FAGET**, « De la négociation à la médiation », dans, *L'art de pacifier nos conflits. De la négociation à la médiation.* Érès, 2022, pp. 233-238.

VALETTE, Jean-Paul, « Chapitre 1. Les principes communs aux services publics », dans, *Droit des services publics,* Ellipses, 2020, pp. 149-172.

VON ROTZ FASEL, Catherine, et **Claudia VON BALLMOOS**, « 3 – Médiation ou procédure judiciaire : régler les conflits autrement. Passer de la contradiction à la compréhension », dans, *(in)hospitalités hospitalières. Conflit Médiation Réconciliation.* Médecine & Hygiène, 2023, pp. 76-83.

WEBER, Jean-Christophe, « Evolutions de la relation Médecin-malade », dans, *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales*, Presses Universitaires de Strasbourg, 2003, pp 23-38.

° Articles de revues en arabe

ABED EL RAHIM, Sabah, « La faute médicale technique en droit algérien », *Revue Moukarabet*, vol 4, n°1, 2016, pp 274-285.

ABEDELOUAHEB, Mohamed-Ali et YAKOUR, Ahmed, «Amélioration de la gestion des établissements de santé en Algérie: entre le contrôle externe et le contrôle de gestion», *Les Cahiers du MECAS*, vol 19, n°2, 2023, pp 155-169.

ACHBOUCH, Mohamed et **RAIS, Mohamed**, « Les alternatives à la procédure judiciaire en droit algérien : l'exemple de la médiation», *Revue jurisprudence*, vol 13, n°4, 2021, pp 547-560.

ACHOUCHE, Karim, «La médiation pénale en droit algérien», *Revue internationale de recherches juridiques et politiques*, vol 6, n° 01, 2022, pp 169-190.

ADDOU, Abdelkader, « Le référé-liberté dans le droit algérien et français-étude comparative », *Revue El Hakika*, vol 12, n°3, 2013, pp 01-22.

AKLI, Lynda et **SMAIL, Djouher**, «La notion de citoyenneté en droit algérien », *Revue Esséradj pour l'éducation et affaires sociales,* vol 2, n°2, 2018, pp 110-121.

ÄMIRA, Djaouida, « L'évolution de la formation médicale en Algérie : un progrès certain mais insuffisant», *Revue algérienne des études de population*, vol 2, n°1, mai 2018, pp 19-33.

AMMOUR, Zoheir et **SAAOUDI, Badisse**, « La nature juridique des organisations professionnelles », *Revue de droit et de sciences politiques*, vol 9, n°1, 2022, pp 556-570.

ANSAAD, Redouane, «Les prestations dans les établissements hospitaliers : entre réalité et attentes», *Revue des sciences économiques et financières*, vol 13, n°1, 2020, pp 7-22.

ARJILOUSS, Rihab, «La charge de la preuve en matière de responsabilité médicale », *Les cahiers de la politique et du droit*, vol 10, n°19, pp 817-830.

ASSALI, Arâra, « La perte de chances en droit civil algérien », *Revue sciences juridiques et sociales*, vol 7, n°9, 2022, pp 692-705.

ASSALI, Sayah, « La position du législateur algérien concernant l'indemnisation du préjudice moral», *Revue Recherches,* Vol 7, n°1, pp 34-41.

ASSOUD, Yacine, « La responsabilité de l'Etat en matière d'indemnisation des victimes d'actes terroristes », *Revue droit de l'Homme et libertés publiques*, vol 7, n°1, 2022, pp 352-380.

AWABDI, Amar, « L'article 169 bis du code de procédures civiles algérien et l'idée de la décision préalable », *Revue de l'Université Benyoucef Benkhedda - Alger 1,* vol 1, n°2, 2013, pp 438-472.

AWLED SAID, Ahmed, « L'impact de l'ère des califes bien guidés sur l'établissement des lois constitutionnelles contemporaines », *Revue Alwahat pour les recherches et les études*, vol 9, n°1, 2016, pp 1019-1032.

AYAD, Leila et **HELLALI, Ahmed**, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : point de vue des malades », *Les Cahiers du MECAS*, vol 12, n°2, 2016, pp 107-119.

AZIZI, Abed el Kader, «L'obligation de sécurité des produits médicaux à l'ère du progrès médical», *Revue de l'enseignant chercheur pour les études juridiques et politiques*, vol 3, n°1, 2018, pp 785-798.

BAHLOULI, Abou Elfadel-Mohamed, «Le médiateur de la République : institution de facilitation des relations entre l'administration et les citoyens et de développement de la société», *Al-Naciriya*, vol 13, n°1, 2022, pp 12-35

BELAOUAR, Mostapha, « La réforme constitutionnelle : étude de la révision constitutionnelle de 2016 », *Revue des recherches politiques et administratives,* vol 6, n°1, 2017, pp 275-286.

BELASLI, Ouiza, «La médiation pénale en Algérie à la lumière de l'ordonnance 15-02 », *Revue algérienne des sciences juridiques et politiques*, vol 55, n° 02, 2018, pp 177-198.

BELBEKRI, Meriem, « La contribution du Conseil constitutionnel dans le travail législatif », *Revue de la pensée juridique et politique,* vol 4, n° 2, 2020, p 297-304.

BELDJBEL, Atika, «L'information du patient : entre renforcement, assouplissement et exemption dans le droit algérien», *Revue des sciences humaines*, vol 21, n°1, 2021, pp 547-563.

BELKADI, Karima, «La protection juridique du droit à l'image dans la législation algérienne », *Revue des études juridiques*, vol 8, n°1, 2022, p 471 à 491.

BELKHAOUANE, Ghizlane, *«* Les droits des patients en Algérie entre le vide législatif et la nécessité de mettre en place de nouveaux mécanismes pour améliorer leur prise en charge-étude comparative*», Revue de droit public algérien et comparé*, vol 4, n°1, 2018, pp 95-102.

BEN AMER, Abderrahmane et **EL KHAL, Ibrahim**, «Lecture dans la définition de la citoyenneté dans la législation algérienne », *Revue Maârif pour études juridiques et économiques,* vol 2, n°3, 2021, pp 5-17.

BENICHI, Amar, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : étude de cas des établissements publics de santé de la wilaya de Biskra», *Revue de gestion des affaires et d'études économiques*, vol 3, n°1, 2017, pp 7-25.

BENKHELIFA, Ilhem, «Le crime du zina en droit algérien », *Revue Kabs des sciences humaines et sociales*, vol 5, n°1, 2021, pp 810-836.

BENKOUYA, Idriss, « L'Interprétation dans l'héritage d'Ibn Qayyim al-Jawziyya », *Revue kiraât,* vol 7, n°1, 2015, pp 289-304.

« Le principe de la consultation dans la vie du Prophète Muhammad*», Revue El Hakika*, vol 15, n°2, 2016, pp 94-112.

BENNOUI, Nawel, «Les droits liés à la succession dans le droit algérien », *Revue des recherches et études juridiques et politiques*, vol 8, n°1, 2019, pp 291-306.

BENSGHIR, Mourad, «Le droit du patient à l'information- Une étude analytique à la lumière des nouveautés législatives en Algérie et en France», *Revue du droit et des sciences sociales*, vol 5, n°3, 2012, pp 77-100.

« La tendance législative à instaurer un code de déontologie obligatoire : les professions de médecins et d'avocats comme modèles », *Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 9, n° 2, 2014, pp 166-187.

BENSNOUSSI, Fatima, « Le recours administratif préalable, critère de recevabilité du recours contentieux *», Revue algérienne des sciences juridiques, économiques et politiques,* vol 2, n°1, 1996, pp 306-330.

BENYEKEN, Abedlmadjid, « Le régime juridique des services publics en droit algérien», *Revue des sciences juridiques et sociales*, vol 3, n°3, 2018, pp 588-603.

BERDJI BEN DJELLOUL, Mohammed, « L'impact de la coutume sur le droit », *Atorath*, vol 9, n°1, 2019, pp 128-141.

BIN SALEH BIN MOHAMED ALAYED, Mohamed, « L'indemnisation de la perte de chances dans le fikh islamique*», Revue de l'Université Islamique des Sciences de la chari3a*, Université el Madina, vol 4, n°208, 2024, pp 209-300.

BOUATROUSSE, Dalale et **DAHANE, Mohamed**, « Institutionnalisation de l'évaluation des politiques publiques - Étude comparative entre l'Algérie et le Maroc*»*, *Revue des sciences humaines*, vol 30, n°3, 2019, pp 117-134.

BOUDALI, Mohamed, « La responsabilité médicale entre la jurisprudence administrative et civile», *Revue jurisprudence*, vol 2, n°2, 2006, pp 175-195.

BOUDIAF, Ismahane, « La modernisation du secteur de la justice en Algérie », *Revue de la pensée juridique et politique*, vol 6, n°2, 2022, pp 268-282.

BOUFARECH, Sofiane, «*La médiation pénale en Algérie : entre le texte et la pratique* », *Revue critique de droit et sciences politique*s, vol 6, n°04, 2021, pp 355-374.

BOUFTAH, Ahmed, « L'autorité du juge en matière d'expertise judiciaire», *Revue Al-Ijtihad pour les études juridiques et économiques*, Vol 8, n°2, 2019, pp138-156.

BOUGERRA, **Ismail**, « Les garanties de l'application du principe de la neutralité des services publics *», Revue de droit et des sciences politiques,* vol 7, n°1, 2020, pp 10-21.

BOUGUERA, Ali, « Responsabilité civile médicale : Une étude du droit algérien», *Revue des sciences humaines*, vol 22, n°1, 2022, pp 1137-1155.

BOUGOUTOUF, Khemissi, « Le droit à la vie et les engagements internationaux de l'Algérie », *Cahiers de la politique et du droit*, vol 13, n°2, 2021, pp 213-226.

BOUSSAFSSAF, Khaled, « La constitution des djamiyyates dans le droit algérien », *Revue El Hakika*, vol 10, n°1, 2011, pp 113-128.

BOUZAZI, Khalifa, « As-shoûra et la démocratie dans la pensée islamique », *Revue Ashihab*, vol 2, n°2, 2016, pp 23-40.

BOUZRARA-ZEGAR, Meriem, «La responsabilité pénale du médecin », *Revue des sciences juridiques et politiques*, Vol 9, n°2, 2023, pp 335-344.

CHAIB, Dalila, « Les valeurs humanitaires lors des guerres du Prophète Mohamed (psl) *», Revue de la Charia et de l'Économie*, vol 3, n°6, 2014, pp 299-337.

CHAMI, Yassine, « Le règlement des litiges judiciaires par la médiation dans le code de procédure civile et administrative», *Revue de recherches et d'études juridiques et politiques*, vol 12, n°1, 2023, pp 77-100.

CHAOUADIYA, Mounia, « La tutelle administrative entre pouvoir de contrôle et autorité hiérarchique en droit algérien», *Annales de l'Université de Guelma pour les sciences sociales et humaines*, vol 9, n°4, 2015, pp 383-395.

CHEKCHOUK, Moufida, *«* Le rôle de l'expertise médicale dans la détermination de la faute médicale »*, Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 10, n°2, 2019, pp 764-775.

CHELLALI, Réda, «La place du médiateur de la République dans le système institutionnel algérien », *Revue des sciences humaines et sociales*, vol 3, n°1, 2022, pp 181-205.

CHERABEN, Siham-ElKahina et **SALHI-BENCHRIF, Hanifa**, «Le traumatisme des attaques terroristes pendant la décennie noire en Algérie et la structure de valeurs des victimes aujourd'hui», *Revue Al-Mokadima pour les études humanitaires et sociales*, vol 7, n° 01, 2022, pp 257-274.

DAHMANI, Rachid, « L'arbitrage: Un mécanisme alternatif de résolution des conflits (analyse et étude critique)», *Revue Albayane des études juridiques et politiques*, vol 7, n°1, 2022, pp 45-58.

DAOUDI, Sahra, «La faute médicale», *Revue de recherches et études scientifiques*, vol 9, n°1, 2015, pp 92-107.

DERDICHE, Ahmed et **KOUIHEL, Farouk**, « Les facteurs de la délinquance juvénile dans la société algérienne », *Sociologie du crime pour les recherches et les études scientifiques sur les phénomènes criminels*, vol 3, n°22, 2022, pp 5-16.

DIBI, Samia, « Une réflexion sur "as-Shoûra" dans le Coran », *Revue des lettres et des sciences humaines*, vol 4, n° 2, 2011, pp 1-16.

DJALETI, Amer, « Le droit à la dignité humaine et ses implication en matière de soins et de médicament», *Revue droit international et développement*, vol 8, n°2, 2020, pp 120-130.

DJEDAD, Mebarka, «Évaluation de la qualité des services de santé du point de vue des médecins et des infirmiers dans les hôpitaux algériens: Étude de cas de certains hôpitaux de la wilaya de Sétif», *Revue des sciences économiques*, vol 12, n°4, 2019, pp 196-209.

DJEDID, El Djoudi, « La règle 'la darrara wala derrar' et ses applications dans les transactions financières », *Revue pensée juridique et politique,* vol 7, n°1, 2023, pp 1389-1395.

DJOUMAA, Fakih-Mohamed, « La perte de chance entre le droit civil et le fikh islamique- étude comparée », *Revue de la faculté du droit et de la chari3a*, université du Caire, n°11, 2020, pp 135-220.

DJRIFILI, Mohamed, «L'obligation de sécurité, principe garantissant le droit à l'indemnisation», *Revue El Hakika,* vol 15, n°4, 2016, pp 134-150.

DRAOU, Fatima, « La violence psychologique contre le personnel du secteur de la santé *», Revue de la prévention et de l'ergonomie*, vol 17, n°1, 2023, pp 87-102.

EZOUBIR, Salah Eddine, La responsabilité administrative pour risques et ses applications en matière de travaux publics », *Revue doctrine et droit*, n°4, 2013, pp 1-17.

FARAOUN, Mohamed, « Le rôle de la commission de wilaya de recours préalable dans la résolution des litiges de sécurité sociale », *Revue de droit public algérien et comparé*, vol 9, n° 1, 2023, pp 633-646.

FELLAG, Omar, « La relation entre l'administration et les administrés : étude juridique du décret exécutif

n°88-131 », *Revue des études juridiques*, vol 1, n°2, 2015 pp 151-160.

FENICH, Kamel, « La médiation», *Revue de la cour suprême*, numéro spécial, 2009, pp 567-585.

« Le rôle du Conseil constitutionnel algérien dans la garantie des droits et libertés des citoyens», *Revue du Conseil constitutionnel*, n° 15, 2020, pp 11-18.

FERHAOUI, Abedlaziz, « La responsabilité pénale des personnes morales en droit algérien *», Revue de lettres et de sciences sociales*, vol 16, n° 2, 2019, pp 85-96.

FILALI, Ali, *«* La résolution amiable des litiges de sécurité sociale: des résultats convaincants*», Annales de l'université d'Alger*, vol 25, n°1, 2014, pp 126-157.

GUECHI, Habiba, « Les nouvelles réformes du système de santé (Réalités et Perspectives)», *Revue des sciences économiques, de gestion et des sciences commerciales*, volume 14, n°1, 2021, pp 454-465.

GUENDOUZ, Mohamed, *«* L'évolution de la législation sanitaire algérienne*», Revue algérienne des sciences juridiques et politiques*, vol 55, n°3, 2018, pp 167-176.

GOUIZI, Haouariya, « L'effectivité du pouvoir du juge du référé-liberté dans la protection des libertés fondamentales », *Revue droit et sciences humaines*, vol 15, n°1, 2022, pp 1871-1887.

HABOUR, Ali-Sayeh, « Les dépenses de santé en Algérie et les enjeux de leur financement», *Revue Afak pour études et recherches*, vol 3, n°2, 2020, pp 129-149.

HADADI, Walida, «La problématique de l'élite intellectuelle», *Afak Fikriya*, vol 7, n°2,2019, pp 276-289.

HADMER, Zineb, « Evaluation de la qualité à l'hôpital et satisfaction des patients », *Ahyaâ*, vol 18, n°1, 2018, pp 471-484.

HEDILI, Ahmed, «Le droit à la protection de la santé- lecture juridique à la lumière des droits sociaux », *Revue des études juridiques*, vol 8, n°1, 2021, pp 410-468.

« L'équilibre entre le principe de la preuve qui incombe au plaignant et les spécificités de l'erreur médicale dans le contexte des tendances actuelles de la responsabilité médicale», *Revue des recherches juridiques et économiques*, vol 4, n°2, 2021, pp 1-24.

HDIDANE, Sabrina et **KHALED, Asmaâ**, « La réforme administrative dans l'administration publique algérienne : une analyse des obstacles », *Afak Fikriya*, vol 9, n°1, 2021, pp 112-127.

IGHLISS, Bouzid, « De l'impact de l'ordre public sur la spécificité du règlement du contentieux administratif par la médiation », *Revue Académique de la Recherche Juridique,* vol 11, n°2, 2020, pp 304-314.

KACHNAOUI, Nacéra, « Les mécanismes d'indemnisation des victimes des infections nosocomiales», *El Mostabel pour Etudes Juridiques et Politiques*, Vol 4, n°2, 2020, pp 161-180.

KHALAFI, Rabiâ, « Vers un nouveau concept de la relation médicale à la lumière des transformations légales et juridictionnelles*», Revue des recherches en droit et sciences politiques*, vol 8, n°3, 2023, pp 299-322.

KAMAR, Khadidja, « La numérisation en Algérie: Entre la nécessité de la transition et les obstacles de la mise en œuvre », *Revue El Fikr*, vol 18, n°1, 2023, pp139-152.

KAMRI, Zina, « L'évolution du système de sécurité sociale en Algérie », *Revue des études en sociologie des organisations*, vol 9, n°2, 2022, pp 106-118.

KHELIFI, Asma, «Le droit d'information et du recueil du consentement du patient», *Revue de recherche en droit des contrats et des affaires*, vol 7, n°2, 2022, pp 279-296.

KHOUALDIYA, **Atif**, « Renouvellement des objectifs de la charia islamique», *Rissalat el Masjid*, vol 19, n°1, 2021, pp 7-20.

KRIMIA, **Abdelhak**, « Tableau des autorités administratives indépendantes en Algérie », *Revue de l'enseignant chercheur pour les études juridiques et politiques*, vol 6, n°1, 2021, pp 305-323.

LAHZIL, Abdelelhadi et **LAKLIB, Saâd**, «Les mécanismes juridiques nouvellement introduits dans la récente modification de la loi sur les procédures pénales», *Revue des études et des recherches juridiques*, vol 02, n°

03, 2017, pp 134-159.

LAKLI, Nadia, « Le rôle des associations de consommateurs dans la rationalisation du comportement des consommateurs et dans leurs protection », *Revue des études juridiques*, vol 7, n°3, 2020, pp 600-622.

MADI, Belkacem, «La qualité des soins au sein des établissements publics de santé algériens et la satisfaction des patients», *Revue des sciences sociales et humaines*, vol 15, n°31, 2017, pp 81-112.

MAHDID, Yamina, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : étude de cas de l'établissement public hospitalier- Maghnia », *Revue des études commerciales et économiques contemporaines*, vol 5, n°1, 2022, pp 468-494.

MAHMOUDI, Samah et **HAMRIT, Abedlghani**, *«* Manifestations de la dépravation dans le secteur de la santé algérien et mécanismes de lutte»*, Revue de l'enseignant chercheur pour les études juridiques et politiques*, vol 6, n°2, 2021, pp 416-432.

MAKHLOUF, Hicham, *«* Analyse de la loi n° 18-11 relative à la santé : entre progrès et lacunes*», Annales de l'Université d'Alger*, vol 35, n°1, 2021, pp 66-82.

MAKOURRA, Moufida, «La modernisation du secteur de la justice en Algérie : Étude des réalisations et diagnostic des obstacles», *Revue Milaf des recherches et des études*, vol 7, n°2, 2021, pp 69-78.

MALKI, Amel, « Le service public hospitalier en Algérie », *Revue des sciences juridiques et sociales*, vol 5, n° 1, 2020, pp 246-263.

MAZOUZI, Ahmed-Benyoucef, « Les problématiques de la procédure de conciliation entre le code de la famille et le code de la procédure civile et administrative en Algérie », *Revue Maârif pour études juridiques et économiques*, vol 3, n°1, 2022, pp 156-169.

MENASSRIYA, Samiha, « La complémentarité entre le secteur public et privé et son rôle dans l'amélioration de la couverture sanitaire», *Revue de droit et de sciences politiques*, vol 10, n°1, 2023, pp 429-441.

MERKAMEL, Ali, « La modernisation de l'administration en Algérie», *Afak El Eouloum*, vol 6, n°4, 2021, pp 455-465.

MIHI, Wiâm et **ELKAFL, Yasmina**, « La réalité de la qualité des prestations dans les établissements hospitaliers», *Revue des études et recherches sociales*, vol 11, n°3, 2024, pp 201-214.

MOKHTAR RAHMANI, Mohamed, « La responsabilité du fait des produits défectueux à la lumière de l'article 140 bis du Code civil, et la loi n°09-03 relative à la protection du consommateur et à la répression des fraudes», Revue algérienne du droit et de la justice, vol 6, n°1, 2020, pp 23-42.

MOUSTAFAOUI, Asmaâ, « La protection juridique des droits des malades- Etude comparée droit français, droit algérien-», *Revue des recherches juridiques et économiques,* vol 3, n°1, 2020, pp 193-207.

NACER, Rania, « L'évaluation judiciaire de l'indemnisation », Revue Recherches, vol 3, n°3, 2015, pp 128-145.

NACIR, Samara, « L'Observatoire national du service public : un outil d'amélioration des politiques administratives publiques en Algérie », *Annales de l'Université de Guelma pour les sciences sociales et humaines,* vol 13, n°1, 2019, pp 275-298.

NEDJAR, Sidi-Mohamed, «Le régime juridique de la délégation administrative», *Revue académique Numirus*, vol 2, n°1, 2021, pp 207-231.

NASSERI, Abdelkader, « Pénalisation des agressions contre le personnel de la santé : étude à la lumière de l'ordonnance n°20-01 de 2020 modifiant le code pénal algérien», *Revue Prévention et Ergonomie*, vol. 17, n° 1, 2023, pp 48-70.

NOUASSRIYA, Houda, «La protection des libertés fondamentales dans la législation algérienne*», Revue El Hakika*, vol 17, n°1, 2018, pp 01-29.

OUAFI, Khadidja, « Prouver l'erreur médicale devant le juge civil *», Revue des sciences juridiques et*

politiques, vol 13, n°1, 2022, pp 940-959.

OUBAKHTI, Nacera et Mehdid, Yamina, « L'évaluation de la qualité des prestations dans les hôpitaux algériens», *Revue des études économiques et financières*, vol 13, n°1, 2020, pp 38-52.

OUKIL, Mohamed-Amine, « Efficacité de la médiation en tant que procédure alternative de règlement des conflits en matière administrative : une étude critique», *Revue internationale de recherches juridiques et politiques*, vol 5, n°1, 2021, pp 122-141.

OUSSAID, Imane, « La protection des malades mentaux dans le système judiciaire algérien et la nouvelle loi de santé 18-11 », *Revue el Maydane des études sociales et humaines*, volume 2, n°6,2020, pp 145- 155.

RABAH, Lalou, « La responsabilité du médecin pour erreur médicale», *Revue des sciences juridiques et sociales*, vol 7, n°4, 2022, pp 605-918.

RADDAD, Abderrahmane, «Le principe d'as-shoûra et ses effets constitutionnels dans les domaines politique et législatif», *El Ihyaâ* , vol 15, n°1, 2015, pp 63-88.

RAHMANI, Esaîd, «La biographie prophétique : Entre leadership exemplaire et preuve convaincante», *Revue de la Charia et des études islamiques*, vol 8, n°10, 2017, pp 208-231.

REDJIMI, Sara, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : étude de cas de l'établissement hospitalier public El Hakim Akbou Guelma », *Revue Jadid El Iktisad*, vol 17, n°1, 202, pp 210-232.

ROUANE, Mohamed-Salah, « Les mécanismes alternatifs de résolution des litiges dans la loi n°08-09», *Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 9, n°2,2018, pp 490-511.

SAADANA, Laid, «La charge de la preuve en droit positif algérien», *Revue El Fikr*, vol 9, n° 2, 2014, pp 189-206.

SAIDI, Chouâa et **ISSAD, Aksâ**, «La réalité de la protection des droits de l'homme dans le système juridique algérien», *Revue des droits de l'homme et des libertés publiques*, vol 7, n° 01, 2022, pp 215-245.

SAIHI, Hadjer, « La Kaaba…Histoire et sainteté », *Revue des sciences islamiques et de la civilisation,* vol 7, n°3, pp 105-124.

SALMI, Fatiha, *«* Le travail bénévole et ses exigences légales», *Revue du chercheur en Sciences Humaines et Sociales*, vol 12, n° 1, 2021, pp 186-209.

SMAILI, Mahmoud, « Les réformes de l'enseignement supérieur en Algérie entre les exigences de quantité et les défis de qualité. - Une étude diagnostique du parcours des réformes qu'a connues le secteur de l'enseignement supérieur en Algérie», *Revue Milaf des recherches et des études*, vol 8, n°1, 2022, pp 106-126.

TAHROUR, Faycel, «Protection du droit à l'exercice des rites religieux entre le droit international et la législation algérienne», *Revue Alwahat des recherches et des études*, vol 9, n°2, 2015, pp 290-311.

TALEB, Hafidha, « Les éthiques de la guerre chez le Prophète Mohamed (psl*)», Matoune*, vol 8, n°1, 2015, pp 160-173.

TENAH, Ahmed, *«* Le Conseil d'as-shoûra : la représentation législative dans le gouvernement islamique», *Revue Tārīkh al-'Ulūm*, vol 1, n°1, 2016, pp 48-60.

WAKED, Rabeh, « Quelques contenus de l'éducation islamique dans les discours des califes bien guidés après leur investiture *», Revue des recherches et études Scientifiques*, vol 17, n°1, 2023, pp 91-110.

YOUCEF, Asmaâ, « La qualité de la prestation dans les établissements publics hospitaliers algériens : étude de cas de l'établissement hospitalier d'ophtalmologie franco-cubain de solidarité Alger-Cuba Ouargla*», Revue algérienne du développement économique*, vol 7, n°1, 2020, pp 237-248*.*

ZAAMOUCHE, Fouzia, *«* L'importance de la formation dans la promotion de la pratique syndicale en Algérie », *Revue des sciences humaines*, vol 24, n°1, 2018, pp 169-182.

ZEMMOUR, Ghania, « Tajmaith, institution de gouvernance kabyle : Focus sur la région de Tizi Ouzou en

Algérie », *Afak Fikriya*, vol 10, n°1, 2022, pp 18-36.

ZEMMOURA, Naziha, « La réalité de la qualité des services de santé en Algérie entre réalisations et défis», *Revue Algérienne de Sécurité et de Développement*, vol 11, n°1, 2022, pp 41-56.

ZOUBA, Azzedine, « A propos de l'absence de dispositions de protection de la femme contre le harcèlement sexuel dans la législation du travail algérienne - Une étude comparative -», *Revue du droit du travail et de l'emploi*, vol 5, n°1, 2020, pp 157-183.

° Articles de revues en français

ABDENNOUR, Mohcene, «Contribution du bénévolat à la gestion de la maladie au sein de l'institution hospitalière », *Afkar wa Affak*, vol 10, n°3, 2022, pp 295-308.

ABDOUN, Rabah, « L'économie algérienne à l'épreuve de l'ajustement structurel », *NAQD*, vol 4, n°1, 1993, pp. 82-89.

AISSAOUI, Nasereddine, et **TAGRARET, Yazid**, « Rétrospective et prospective de l'offre de soins en Algérie», *Journal of Business and Trade Economics*, vol 7, n°2, 2022, pp 269-279.

AIT-CHAALAL, Amine, « L'Algérie depuis 1962 : retour sur une histoire contrastée », *Revue internationale et stratégique*, vol 46, n° 2, 2002, pp. 61-72.

AKRICH, Madeleine, et **Vololona RABEHARISOA**, « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé Publique*, vol 24, n°1, 2012, pp 69-74.

ALBERT, Nathalie, « Obligation d'information médicale et responsabilité », *RFDA*, 2003, pp 353-369.

ALBANO, Maria Grazia, et al, « L'éducation précédant la sortie de l'hôpital : nouvelle forme d'éducation thérapeutique. Critères de qualité et perspectives d'application à notre contexte », *Recherche en soins infirmiers*, vol 141, n°2, 2020, pp. 70-77.

ARRADA, Moussa, *«* La responsabilité médicale entre considérations éthiques et enseignement », *Revue de la Cour Suprême*, numéro spécial, La responsabilité médicale à la lumière de la législation et de la jurisprudence, 2010, pp 6-12.

AGUERCIF-MEZIANE, F et **AGUERCIF, M**, « Le système de santé publique en Algérie », *Cahiers du CREAD*, 3ème et 4ème trimestres, 1993, pp 97 -109.

AUTRAND, André, et Jérôme BEDIER, « Soft Law, un enjeu stratégique », *L'ENA hors les murs*, vol 503, n°2, 2021, pp. 12-14.

AZZOUZI, Amar, et **Abdelhak, ACIDI**, « La répartition spatiale inégale de l'offre de soins à Annaba (Est algérien) », *Les Tribunes de la santé*, vol 56, n°3, 2017, pp 83-95.

BABADJI, Ramdane, « Désarroi bilingue: note sur le bilinguisme juridique en Algérie *», Droit et société,* n° 15, 1990, pp 1-13.

BADEY, Frédéric, « La FDA, une centenaire sémillante », *Les Tribunes de la santé*, vol 19, n° 2, 2008, pp. 83-89.

BARBIERI, Jean-François, « Défaut d'information et responsabilité médicale: les principes de droit privé », *LPA,* n°2, 1995, p. 16.

BARBOT, Janine, et **Vololona, RABEHARISOA**, « Médecine et Justice », *Sciences sociales et santé*, vol 36, n° 4, 2018, pp 5-14.

BAREL, Yvan, et **Sandrine FREMEAUX**, « Vers une médecine du travail préventive ? », *Annales des Mines - Gérer & comprendre*, vol 122, n° 4, 2015, pp. 4-12.

BARNAY, Thomas, Laurence, HARTMANN, et **Philippe, ULMANN**, « Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2007, pp 109-126.

BEAL, Christophe, « La médiation pénale et la question de la domination », *Archives de philosophie du*

droit, vol 61, n°1, 2019, pp 21-31.

BEGUIN, Antoine, « Les contours de la faute de technique médicale », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°6, 2019, pp.975.

BELANGER, Michel, « Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, 1998, vol 9, n°3, pp 57-61.

BELLAKHDAR, Saïd, « La prescription de la sexualité en Islam », *Topique*, vol 105, n° 4, 2008, pp 105-116.

BENACHENHOU, Sidi Mohamed, « L'influence de la qualité des soins sur la satisfaction des patients: Application de la méthode des équations structurelles », *Les Cahiers du MECAS*, vol 7, n°1, 2011, pp 33-45.

BENBADIS, Fawziya, « La condition de la décision administrative préalable: son impact sur le nouveau schéma de La procédure administrative contentieuse », *Idara,* vol 7, n°2, 1997, pp 185-193.

BEN BELKACEM, Farid, « La médiation en Algérie : passé, présent et avenir», *Revue de la cour suprême*, numéro spécial, 2009, pp 589-597.

BENCHIKH, Madjid, « Le système politique au cœur de la crise en Algérie », Pouvoirs, vol 176, n° 1, 2021, pp 27-39.

BENDIMERAD, Sonia, Amina, CHIBANI et **Kamel, BOUSSAFI**, « Boom associatif en Algérie : réalité ou illusion démocratique ? », *RECMA*, vol 354, n° 4, 2019, pp. 42-57.

BEN HOUNET, **Yazid,** « Des tribus en Algérie ? À propos de la déstructuration tribale durant la période coloniale», *Cahiers de la Méditerranée*, n°75, 2007, pp 150-171.

BEN MRAD, Fathi, « Définir la médiation parmi les modes alternatifs de régulation des conflits », *Informations sociales*, vol 170, n°2, 2012, pp. 11-19.

BENNADJI, Chérif, « Les rapports entre l'administration et les administrés en droit algérien: l'impérative codification », *Idara*, vol 10, n°1, 2000, pp 197-219.

BENSAFI, Aaouatif, « Evaluation de la qualité à l'hôpital et satisfaction des patients», *Afak Fikriya*, Vol 5, n°02, 2017, pp 20-38.

BERNARD, Giovanna, « D'hier à aujourd'hui, des pratiques d'animation en pleine évolution», *Gérontologie et société*, vol 24/96, n°1, 2001, pp 31-41.

BERTILLOT, Hugo, « Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital ? Analyse sociotechnique d'une discrète quantification », *Revue Française de Socio-Économie*, vol 19, n° 2, 2017, pp. 131-152.

BIZOUARN, Philippe, « *Evidence-Based Medicine* et expertise clinique », *Multitudes*, vol 75, n°2, 2019, pp. 103-113.

BONAFE-SCHMITT, Jean-Pierre, « Le renouveau de la médiation », *Les Cahiers de la Justice*, vol 3, n° 3, 2020, pp 533-545.

BOSERUP, Rasmus Alenius, « Décennies de stabilité avant la rupture (2000-2020) », *Pouvoirs*, vol 176, n°1, 2021, pp 5-15.

BOSSUYT, Marc, « La distinction entre droits civils et politiques et droits économiques, sociaux et culturels », *Revue des droits de l'homme*, 1975, pp 783-820.

BOULAHRIK, Mohand, «Financement du système de santé Algérien », *Revue des sciences économiques de gestion et de commerce*, vol 20, n°1, 2016, pp 9-32.

BOULAHOUAT, Mahdia, « Nettoyage des locaux en milieux hospitaliers et lutte contre le risque infectieux : étude exploratoire au niveau des établissements de santé de la wilaya de Béjaia », *Revue recherche économique contemporaine,* vol 4, n°1, 2021, pp 98-118.

BOULMIER, Daniel, « Bénévolat et salariat : statuts et protection sociale», *Revue juridique de l'Ouest*, n°4, 2005, pp 419-447.

BOURDILLON, François, « Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire », *Revue française d'administration publique*, vol n°113, n°1, 2005, pp. 139-145.

BOURGEAIS, Marie-France, « Le diagnostic », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, vol 19, n°2, 2006, pp 63-88.

BOUSQUET, Frédéric, et **Véronique, GHADI**, « La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2017, pp. 116-127.

BOUSSARD, Sabine, « Les vicissitudes de la perte de chance dans le droit de la responsabilité hospitalière », *RFDA*, n°5*,* 2008, pp 1023-1047.

BOUSSOUMAH, Mohamed, « Essai sur la notion juridique de service public », *Revue algérienne des sciences juridiques, économiques et politiques*, 1992, vol.30, n°3, pp 333-499.

BOUYOUCEF-BARR, Djamila, « La construction du système national de santé », *La revue des sciences commerciales*, vol 8, n°1, 2009, pp 86-106.

« L'organisation territoriale de l'offre de soins : Quelles réalités En Algérie ? », *La revue des sciences commerciales*, Vol 14, n°1, 2015, pp 70-85.

BRANDIBAS, Gilles, « Du processus au protocole, en passant par les procédures : repères, convergences et différenciations », *Les Cahiers de l'Actif*, vol 530-533, n°7-10, 2020, pp. 63-75.

BRUCKER, Gilles et **CANIARD, Etienne**, « Etats généraux de la santé, une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire », *Actualité et Dossier en Santé Publique*. n°27, 1999, pp 6-9.

BRUNN, Matthias, et **Karine, CHEVREUL**, « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé Publique*, vol 25, n°1, 2013, pp. 87-94.

BYK, Christian, « La place du droit à la protection de la santé au regard du droit constitutionnel français », *Revue générale de droit*, vol 31, n°2, 2001, pp 327–352.

CABANIS, André et **LOUIS MARTIN, Michel**, « Les lois fondamentales du Maghreb francophone : un constitutionnalisme réaliste », *Égypte/Monde arabe,* n° 2, 2005, pp 75-85.

CALLOCH, Pierre, « Droit Paris, à l'image des personnes accueillies », *TSA*, n°916, 2003, pp 17-18.

CALMETTE, Jean-François, « La Lolf comme nouvelle approche des politiques publiques », *Informations sociales*, vol 150, n°6, 2008, pp. 22-31.

CAILLE, Pascal, « Ce que la crise sanitaire nous (re)dit du référé-liberté », *Civitas Europa*, vol 45, n°2, 2020, pp. 149-164.

CARGNELLO-CHARLES, Emmanuelle et **Isabelle, FRANCHISTEGUY-COULOUME**, « Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? », *Management & Prospective*, vol 36, n°3, 2019, pp 69-89.

CARLIN, Noëlle*, «* La personne soignée : client, usager, patient ou malade ? *»*, *Revue Générale de Droit Médical*, numéro spécial : Le sens des mots en droit des personnes et droit de la santé*,* n°11, 2008, pp 211-218.

CARTRON, Emmanuelle, Sandrine, LEFEBVRE, et Ljiljana, JOVIC, « Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, vol 144, n°1, 2021, pp. 76-86.

CASES, Anne-Sophie, « L'e-santé : l'empowerment du patient connecté », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol 35, n° 4-5, 2017, pp 137-158.

CASTAING, Cécile, « Le refus de traitement libre et éclairé *», Revue générale de droit médical*, n°82, 2022, pp 91-106.

CHAKIB BOUKLI, Hacène, *«* La révision partielle de la loi relative aux modalités d'exercice du droit syndical en Algérie », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, n°3, 2022, pp 230-233.

CHALABI, El Hadi, « Droit, État et pouvoir de l'Algérie coloniale à l'Algérie indépendante », *NAQD*, vol 3, n° 2, 1992, pp. 35-47.

« Culture juridique et modernité en Algérie », *Awal, Cahiers d'études berbères*, n° 16, 1997, p 15.

CHAMPETIER DE RIBES, Delphine, « Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau », *Regards*, vol 53, n°1, 2018, pp 57-68.

CHAROUD, Mary, « L'engagement des associations de patients atteints de maladies chroniques. Du « savoir patient » aux stratégies de communication », *Politiques de communication*, vol 9, n°2, 2017, pp 37-62.

CHEBEL, Malek, « Sexualité, pouvoir et problématique du sujet en islam », *Confluences Méditerranée*, vol 41, n° 2, 2002, pp 47-63.

CHEHIDI, Mohamed-Salim, «La bonne foi en droit des contrats -étude comparative des droits algérien et français *», Revue de droit public algérien et comparé*, vol 7, n° 1, 2021, pp 79 -89.

CHENA, Salim, « L'Algérie dans le « Printemps arabe » entre espoirs, initiatives et blocages », *Confluences Méditerranée*, vol 77, n°2, 2011, pp 105-118.

CHERIF, Chakib, « Programme d'ajustement structurel et résultats socio-économiques en Algérie », *Revue sciences humaines*, n°18, 2002, pp 39-56.

CHERROU, Kahina, «Le climat des affaires en Algérie: Contraintes, opportunités et impact sur la compétitivité», *Revue des affaires et d'économie de la finance*, vol 8, n°1, 2023, pp 1185 -1196.

CHEURFA, Taous, « La problématique des inégalités sociales de santé en Algérie : Une étude exploratoire du renoncement aux soins dans la Wilaya de Bejaia », *Les Cahiers du MECAS*, vol 16, n° 1, 2020, pp 153-170.

CHEVALLIER, Jacques, « De l'administration démocratique à la démocratie administrative », *Revue française d'administration publique*, vol 137-138, n° 1-2, 2011, pp 217-227.

CHIBANI, Amina et **Valérie, BILLAUDEAU**, « L'innovation sociale au service du projet associatif par sa production de valeur : réflexion sur le cas de l'association d'aides aux cancéreux « El Badr » de la wilaya de Blida », *Vie & sciences de l'entreprise*, vol 208, n°2, 2019, pp 94-114.

CHKAIR, Sihame et **al**, « Valorisation d'un parcours de soins : entre difficultés et alternatives », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol 32, n°4, 2014, pp 280-290.

CHOUAIDIA, Mounia et **LAIB, Samia**, « Régime de la sécurité sociale en Algérie», *Revue des Sciences Juridiques et Politiques*, vol10, n°2, 2019, pp 1768-1789.

COLAU, Hélène, COQ-CHODORGE, Caroline et **HAROSTEGUY, Jean-Pierre**, « nuisances ; l'hôpital monte le son », *Infirmière magazine*, n°359, 2015, pp 22-28.

COCTEAU-SENN, Delphine, « La responsabilité du fait des produits défectueux », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, vol 38, n°3, 2023, pp. 75-80.

CRISTOL, Danièle, « Définition de l'aléa thérapeutique », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n°06, p. 1154.

CULTRU, Christophe, « Patient ou consommateur », *Droit déontologie et soin*, vol 4, n°1, 2004, pp 34-56.

DAUBECH, Lin, « Le statut du patient hospitalisé, vers l'incertitude juridique ? », *LPA*, n° 61, 1997, p 9.

DAVID, Eric, « Le droit à la santé comme droit de la personne », *Revue Québécoise de droit international*, vol 2, 1985. pp. 63-115.

DEGUERGUE, Maryse, « Regard sur les transformations de la responsabilité administrative », *Revue française d'administration publique*, vol. 147, n°3, 2013, pp. 575-587.

DE LAJARTRE, Arnaud, « La Responsabilité hospitalière relative aux "premières" médicales: jurisprudence Gomez et loi Huriet », *L'Actualité juridique. Droit administratif,* n° 7-8, 1997, pp 562-569.

DE MONTGOLFIER, Sandrine et **Nathalie, CATAJAR**, « Démocratie participative et évolution d'une politique de santé publique ? », *Santé Publique*, vol. 2, n° HS2, 2019, pp. 43-51.

DE VAUJANY, François Xavier, « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage », *Management & Avenir*, vol. 9, n° 3, 2006, pp 109-126.

DIRECHE, Karima, «Évangélisation en Algérie : débats sur la liberté de culte *», L'Année du Maghreb*, V, 2009, pp 275-284.

DJERBAL, Daho, « Le défi démocratique », *NAQD*, vol 29, n°1, 2012, pp 5-13.

DOMINICE, Pierre, « Du silence de la souffrance à la parole des patients », *Le sujet dans la cité*, vol 1, n° 1, 2010, pp. 107-119.

DONIER, Virginie, « Les droits de l'usager et ceux du citoyen », *Revue française de droit administratif*, 2008, pp 13-19.

DREIFUSS-NETTER, Frédérique, « Les directives anticipées : de l'autonomie de la volonté à l'autonomie de la personne », *Gazette du Palais,* 2006, pp 1693-1695.

DRISS-AÏT HAMADOUCHE, Louiza, « La société civile vue à l'aune de la résilience du système politique algérien », *L'Année du Maghreb,* 2017, vol 16, pp 289-306.

DUMOND, Jean-Paul, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, vol 1, n° 1, 2003, pp. 71-81.

Emmanuelle, JOUET, LUIGI GINO, Flora et **Olivier, LAS VERGNAS**, « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse. Pratiques de formation/Analyses », *Revue internationale de sciences humaines et sociales*, 2010, pp 58-59.

FABRE-MAGNAN, Muriel, « La dignité en Droit : un axiome », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol 58, n°1, 2007, pp 1-30.

FAGNANI, Francis, « Du 'malade' au 'consommateur': médecine et mutations sociales », *La revue du praticien*, 1984, vol 34, n°11, p 477.

FERGUSON, Monique, « Améliorer la qualité des soins: quelle place pour la médiation? », *Santé*, n° 68, 2014, pp 81-85.

FERROUKHI, Amine, « Transparence des finances locales en Algérie », *Maghreb - Machrek*, vol 246-247, n° 4, 2020, pp. 5-23.

FERRINHO, Paulo, et **al**, « Soixante années de réformes du système de santé portugais : la décentralisation dans le domaine de la santé. Point de vue », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, 2006, pp 313-329.

FIDMA, Abdelhek, « Problématique du harcèlement moral au travail: Une étude socio-légale», *Revue des sciences juridiques et politiques*, vol 13, n°1, 2022, pp 974-987.

FILLALI, Ali, «L'indemnisation du dommage corporel à la lumière de l'article 140 Ter du Code Civil: La consécration d'un système d'indemnisation exclusif de la responsabilité Civile », *Revue algérienne des sciences politiques et juridiques*, vol 45, n°1, 2008, pp 97-125.

«Introduction générale», *Annales de l'Université d'Alger*, vol 21, n°3, 2012, pp 9-24.

GAHLOUZ, Mustapha, « Droit coutumier et régulation dans la société kabyle de la fin du XIXe siècle », *Droit et cultures*, n°60, 2010, pp 177-209.

GARDES, Delphine, GUILLERMOU, Yves, « Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexion sur l'expérience Algérienne », *Sciences sociales et santé*, vol 21, n°2, Juin 2003, pp 79-108.

GARDES, Delphine, « Le bénévolat, un « véritable » travail ? Aspects juridiques », *Empan*, vol 74, n° 2, 2009, pp 136-140.

« Le travail gratuit : quelle reconnaissance par le droit du travail ? », *Empan*, vol 115, n°3, 2019, pp 77-82.

GARRIC, Nathalie et **Alexandre, HERBLAND**, « Présentation. Nouveaux discours de la santé et soin relationnel », *Langage et société*, vol. 169, no. 1, 2020, pp. 15-30.

GAUCHE-JACQUEMET, **Anne,** « Pénurie de masques : une responsabilité pour faute de l'État ? », *La Semaine juridique. Édition générale*, n°13, 2020, pp 617-619.

GENTILE, Stéphanie, et **al**, « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », *Santé Publique*, vol 16, n°1, 2004, pp 63-74.

GHADI, Véronique et **Michka, NAIDITCH**, « Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? », *Santé Publique*, vol 18, n° 2, 2006, pp 171-186.

GHAOUTI, Souad, « Le droit algérien relatif à la liberté d'association *», Revue algérienne des sciences juridiques et politiques*, vol 60, n°1, 2023, pp 16-38.

GIRER, Marion, « Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol 32, n° 1, 2014, pp 29-37.

« L'information du patient : la consécration législative et jurisprudentielle d'un droit fondamental », *Revue générale de droit médical*, n°82, 2022, pp 125-146.

GRAEFFLY, Romain, « Le Conseil constitutionnel algérien. De la greffe institutionnelle à l'avènement d'un contentieux constitutionnel *?* », *Revue du droit public*, n° 5, 2005, pp 1381-1404.

GRANDGUILLAUME, Gilbert, « La Francophonie en Algérie », *Hermès, La Revue*, vol 40, n°3, 2004, pp. 75-78.

GRENIER, Catherine, et **al**, « Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine », *Les Tribunes de la santé*, vol 64, n°2, 2020, pp. 37-47.

GRÜNDLER, Tatiana, *«* Section 1. Le droit à la protection de la santé », *Revue des droits de l'homme*, n°1, 2012, pp 212-226.

GOURDON, Hubert, « La constitution algérienne du 28 novembre 1996 », Monde Arabe, vol 156, n° 2, 1997, pp 36-48.

GOUT, Olivier, « Le préjudice d'impréparation en matière médicale », *Revue générale de droit,* vol 50, n°2, 2020, pp 363-371.

GOYARD-FABRE, Simone, « L'innovation dans le champ juridique ou *le passé recomposé* », *Revue de métaphysique et de morale*, vol 83, n°3, 2014, pp 311-326.

GUICHAOUA, Hervé, « La frontière entre l'activité professionnelle et le bénévolat », *Le droit ouvrier*, n° 777, 2013, pp 229-239.

GUILLAUME–HOFNUNG, Michèle, « La médiation dans le domaine de la santé », *Gestions hospitalières*, n˚ 522, 2013, p. 18–21.

HANNOUN, Djoher, BOUGHOUFALAH, Amel et **al**, «Covid-19 : Situation épidémiologique et évolution en Algérie», *Revue Algérienne d'allergologie*, vol 5, n°1, 2020, pp 92-99.

HASSENTEUFEL, Patrick, « Les réformes de l'assurance maladie en Allemagne », *Les Tribunes de la santé*, vol 4, n°3, 2004, pp. 81-89.

HELMLINGER, Laurence et **MARTIN, Dominique**, « La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité », *Les Tribunes de la santé*, vol 5, n° 4, 2004, pp 39-46.

HILGER, Geoffroy, « L'indemnisation de l'accident médical non fautif, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale par l'ONIAM et le principe de la réparation intégrale des préjudices*», Revue générale de droit médical*, n°82, 2022, pp 169-173.

JACQUELOT, Fanny, « La protection de la santé par le Conseil constitutionnel: un parfum français aux notes d'Italie», *Revue française de droit constitutionnel*, vol 115, n°3, 2018, pp. 513-532.

JARROSSON, Charles, « Arbitrage et médiation dans la littérature », *Revue Droit & Littérature*, vol 2, n° 1, 2018, pp 167-181.

JEAMMAUD, Antoine, « Conflit, différend, litige », *Droits*, vol 34, n°2, 2001, pp. 15-20.

JOURDAN, Didier, « L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables », *Les Tribunes de la santé*, vol 16, n°3, 2007, pp 53-59.

JUAN, Stéphanie, *«* L'objectif de valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé : droit individuel ou collectif », *Revue du droit public*, n°2, 2006, pp 439-458.

KACHER, Abdelkader, « De la démocratie participative en général, et de son objet en Algérie en particulier », *Revue Académique de la Recherche Juridique*, vol 10, n°02, 2019, pp 169-181.

KARA, Sonia, AKNINE, Rosa, «La modernité de tajmaât et le renouveau du mouvement associatif », *Revue*

d'Économie et de Gestion, vol 2, n°1, 2018, pp 124-136.

KARADJI, Mostapha, « Le juge administratif et la faute médicale », *Revue critique de droit et de sciences politiques*, vol 3, n°2, 2008, pp 116-140.

« La réforme de l'Etat en Algérie. Vers une thérapie de longue durée », *Revue de droit public algérien et comparé*, vol 2, n°1, 2016, pp 17-29.

KARA TERKI, Assia, « Coût des soins en Algérie: Exemple des maladies nosocomiales », *Revue Les cahiers du POIDEX*, vol 7, n°1, 2018, pp 243-253.

KAZEK, Armand, « La transparence et l'espace-temps en réanimation », *L'information psychiatrique*, vol 91, n° 10, 2015, pp. 809-817.

KEDDAR, Miloud, *«* Remarques préliminaires sur l'avant-projet de loi sanitaire*», Les Cahiers du GRAS*, n°6, 2015, pp 32-42.

KHALFOUNE, Tahar, « Système juridique en Algérie – Un pluralisme normatif désordonné», *Revue internationale de droit comparé*, vol 67, n°2, 2015, pp 409- 436.

KHELLOUFI, Rachid, « Réflexions à propos de l'impact du code de procédure civile et administrative sur le contentieux administratif », *Idara*, vol 18, n°2, 2008, pp 109-119.

«La jurisprudence administrative dans le système juridique algérien: une jurisprudence inaccomplie », *Idara*, n°53, 2012, pp 66-81.

KHERIFI, Wahida et **BEKIRI, Fadia**, « Les maladies à transmission hydrique en Algérie », *Journal Algérien des Régions Arides (JARA),* n°14, 2017, pp 74-83.

KHIATI, Mostefa, « Alimentation en milieu hospitalier », *Nutr. Santé*, Vol 8. n°02, 2019, pp 36-79.

KNETSCH, Jonas, « La solidarité nationale, genèse et signification d'une notion juridique », *Revue française des affaires sociales*, n°1-2, 2014, pp. 32-43.

KORICHE, Mohammed Nasr-Eddine, « Justice et règlement des conflits du travail en Algérie », *L'Année du Maghreb*, III, 2007, pp 39-54.

KOUBI, Geneviève, « Le principe de neutralité des services publics: un principe corollaire à la modernisation de l'État ?», *La revue administrative*, 1992, pp 492-499.

LABANI, Ouafa, « La nature juridique du recours préalable dans le contentieux général de la sécurité sociale -Etude comparative entre les droits Algérien et Français de la sécurité sociale», *Revue des sciences humaines*, volume B, n° 32, 2009, pp 13-28.

LABAT, Séverine, « L'islamisme algérien, vingt ans après », *Confluences Méditerranée*, vol 76, n°1, 2011, pp. 137-153.

LAHLOU-KHIAR, Ghenima, « Pour une refonte du droit de l'indemnisation », *Annales de l'université d'Alger*, vol 30, n°3, 2016, pp 47-85.

LANSAC, Jacques, et **Michel, sabouraud**, « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale », *Les Tribunes de la santé*, vol 5, n°4, 2004, pp 47-56.

LANTERO, Caroline, « Les consolidations du droit de la responsabilité hospitalière», *Actualité juridique Droit administratif*, n° 13, 2020, pp 714-756.

LAUDE, Anne, « Le consommateur de soins », *Recueil Dalloz*, n° 26, 2000, p 415.

« Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique*, vol 113, n°1, 2005, pp 113-120.

« Le droit à l'information du malade », *Les Tribunes de la santé*, vol.9, n° 4, 2005, pp 43-51.

« Le patient, nouvel acteur de santé ? », *Recueil Dalloz*, 2007, 17, p. 1151.

« La judiciarisation de la santé », *Questions de santé publique*, n° 20, mars 2013, pp 1-5.

LAOUER, Radhoine, et **Nabil, BIKOURANE**, « Le conseil de surveillance des hôpitaux publics en France : structure, processus et performance », *Management & Avenir*, vol 118, n°4, 2020, pp 37-55.

LATOURNERIE, Marie-Aimée et **KHAKFOUNE**, **Tahar**, « Le domaine public en droit algérien : réalité et fiction », *Revue Internationale de Droit Comparé*, vol 57, n°2, 2005, pp. 547-550.

LAYALI, Hadjer, «La prévention de la délinquance en Algérie : qu'en est-il vraiment ? », *Revue algérienne des sciences juridiques et politiques*, vol 06, n°03, 2023, pp 52-71.

LECOEUR-BOENDER, Marie, « L'impact du droit relatif à la démocratie sanitaire sur le fonctionnement hospitalier », *Droit et société*, vol 67, n° 3, 2007, pp. 631-647.

LEITE FERREIRA NETO, João, et **José, NEWTON GARCIA DE ARAUJO**, « L'expérience brésilienne du Système unique de santé (sus) : gestion et subjectivité dans un contexte néolibéral », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol 13, n°1, 2012, pp. 227-239.

LERNOUT, Tiffany, Louis, LEBRUN, et Pierre-Henri, BRECHAT, « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives », *Santé Publique*, vol 19, n° 6, 2007, pp. 499-512.

LE ROY, Thierry, « Le constitutionnalisme : quelle réalité dans les pays du Maghreb ? », *Revue française de droit constitutionnel*, vol 79, n°3, 2009, pp. 543-556.

LE PEN, Claude, « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, vol 60, n°2, 2009, pp. 257-271.

LEULMI, Abdelfatah, «Facteurs d'amélioration des statistiques officielles sur la criminalité», *Revue des recherches et des études en sciences humaines*, vol 17, n°01, 2023, pp 1202-1220.

LOPEZ, Alain, et **Pierre-Henri, BRECHAT**, « La planification en santé : un essai à transformer », *Les Tribunes de la santé*, vol 50, n°1, 2016, pp 93-111.

LYES, Sam, « Une lecture critique de la loi relative aux associations en Algérie *», Revue de droit de l'Université Mouloud Mameri Tizi Ouzou*, 2013, pp 9- 29.

MADANI, Safar Zitoun, « Les expériences participatives en Algérie : un révélateur des attentes citoyennes? », *Insaniyat* , n° 90, 2020, pp 29-46.

MAGALI, Bouteille-Brigant, « Le refus de soins en cas de mise en jeu du pronostic vital du patient », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, n° 34, 2022, pp 91-95.

MAHIOU, Ahmed, « Rupture ou continuité du droit en Algérie», *Revue algérienne des sciences juridiques, politiques et économiques (RASJEP),* n° spécial, 1982, pp 107-135.

« Le contentieux administratif en Algérie », *Revue algérienne*, 1972, pp 571-632.

« Les séquences du changement juridique en Algérie. Cinquante ans de droit (1962-2012)», *Insaniyat*, vol 57, 2012, pp 73-89.

MARTENS, Paul, «Sur le juge constitutionnel, (discours prononcé à l'occasion de la XIIe Conférence des Cours constitutionnelles européennes en juin 2002*)*», *Revue française de droit constitutionnel*, vol 53, n°1, 2003, pp3-16.

MASON, Anne, et **PETER, C. Smith**, « Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2006, pp. 265-284.

MAYAUD, Yves, « Retour sur la culpabilité non intentionnelle en droit pénal… (À propos de la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000) », *Recueil Dalloz*, 2000, p. 603.

MEBTOUL, Mohamed, COOK, Jon, GRANGAUD, Jean-Paul, TURSZ, Anne, « Les jugements des médecins algériens sur l'activité de soins : une identité professionnelle fragile », *Sciences sociales et santé*, vol16, n°2, 1998, pp. 5-25.

MEBTOUL, Mohamed, « Les pouvoirs publics, les professions sanitaires et les populations : les réponses algériennes à la crise du Covid-19 », *Monde(s)*, vol 20, n°2, 2021, pp 163-181.

MEKKI, Mustapha, « Les principes généraux du droit des contrats au sein du projet d'ordonnance portant sur la réforme du droit des obligations », *Recueil Dalloz*, 2015, 14, p 816.

MEMETEAU, Gérard, « Le patient consommateur et le professionnel de santé », *LPA*, n°243, 2002, 52.

« Chapitre 2. L'information, droit fondamental du patient ? », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, vol 26, n° 1, 2015, pp. 21-36.

MERIAUX, Mathilde, DELATTE, Benoît, HENDRICK, Stéphan et **DENIS, Jennifer**, « L'accueil en santé mentale, si on en parlait ! »*, Psychologie Française*, Vol 68, n°2, 2023, pp309-326.

MEZOUAGHI, Mihoub, et **Fatiha, TALAHITE**, « Les paradoxes de la souveraineté économique en Algérie », *Confluences Méditerranée*, vol 71, n° 4, 2009, pp. 9-26.

MIHOUBI, Noureddine, «Transformation du mouvement associatif en Algérie depuis 1989: les voies de la professionnalisation », *Insaniyat* , n° 70, 2015, pp 149-159.

MISTRETTA, Patrick, « Droit pénal médical », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol 2, n°2, 2019, pp. 437-448.

MOHAND, Ouamar, «L'équivocation de la notion d'ordres professionnels », *Revue académique de la recherche juridique*, vol 7, n°2, 2016, pp 16-26.

MOQUET ANGER, Marie-Laure, « Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? », *Revue générale de droit médical*, n°12, 2004, pp 43-52.

« L'affirmation des droits individuels de la personne malade », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, vol 34, n° 4, 2022, pp. 27-32.

MORENO FUENTES, Javier Francisco, « Régulation et décentralisation du système sanitaire en Espagne dans une perspective comparatiste », *Pôle Sud*, vol 28, n°1, 2008, pp. 55-85.

MORLET-HAÏDARA, Lydia, « Le droit renouvelé de l'indemnisation des accidents médicaux. Focus sur le fonctionnement des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie*, vol 34, n°4, 2022, pp 37-45.

MOUKHTARI, Mourad, «De la liberté religieuse en droit algérien », *Revue des études académiques*, vol 2, n°1, 2015, pp 1-15.

MOURGUES, Audrey, « Focus – La commission des usagers au sein des établissements de santé : donner la parole aux usagers pour améliorer la qualité de la prise en charge », *Informations sociales*, vol 198, n°3, 2018, pp. 69-72.

NGAN, Jules-Alain, « La médiation : concept, modèles et approches », *Sociographe*, vol 77, n°1, 2022, pp 129-138.

NOUGUEZ, Étienne, et **al**, « L'Agence française du médicament après le scandale du Mediator. Crises et travail de restauration institutionnelle », *L'Année sociologique*, vol 73, n°2, 2023, pp 327-357.

NOUREDDINE, Mohamed-Karim, «Le recours administratif préalable rempart ou garant des droits des administrés», *Revue droit de l'Homme et libertés publiques*, vol 3, n°2, 2018, pp 1-24.

«La notion de faute et responsabilité administrative des services publics hospitaliers: Pour une meilleure garantie des droits des victimes », *Revue des droits de l'homme et des libertés publiques*, vol 06, n°03, 2021, pp 797-828.

OSSOUKINE, Abdelhafid, « Chapitre 9. Le droit et la maladie mentale », *Journal International de Bioéthique*, vol 13, n° 3-4, 2002, pp 105-120.

OUFRIHA, Fatma-Zohra, *«* Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins, contribution à l'étude de l'économie de santé en Algérie »**,** *Cahiers du CREAD*, vol 6, n° 27 et 28, 1991, pp 15-32.

PAUVERT, Bertrand, *«* Regards sur le sens de la dignité », *Revue Générale de Droit Médical*, numéro spécial : Le sens des mots en droit des personnes et droit de la santé*,* n°11, 2008, pp 77-92.

PENNEAU, Michel, PENNEAU, Jean, « Recommandations professionnelles et responsabilité médicale*»*, *Médecine & droit*, vol 1998, n°33, pp 4-7.

PICCINELLI, Sylvie, « Les soins en milieu carcéral et la place de la justice dans le soin », *Le Journal des psychologues*, vol 317, n° 4, 2014, pp. 55-60.

PIERRE, Philippe, « Erreur médicale et faute juridique : brèves réflexions à propos d'un thème en renouvellement *», Revue juridique de l'Ouest*, n°2, 2006, pp 181-193.

PIERRON, Jean-Phillipe, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, vol 25, n°2, 2007, pp 43-66.

PHILIPPE, Charrier, « La médiation judiciaire en France », *Revue des sciences sociales*, vol 65, 2021, pp 80-89.

POMEY, Marie-Pascale, et **al**, « Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, vol 1, n° HS, 2015, pp. 41-50.

POMEY, Marie- Pascale, «Regards croisés France-Québec : La participation des citoyens, des usagers et des patients dans le système de santé», *Revue hospitalière de France*, n° 568, 2016, pp 61-68.

POPPE, Clothilde et **QUILLEVERE, Manon**, «Vers l'indemnisation du préjudice d'impréparation pour tous ? », *Gestions hospitalières,* n°521, 2012, pp 638-640.

POULET, Florian, « La médiation en droit public », *Archives de philosophie du droit*, vol 61, n° 1, 2019, pp. 55-62.

POURTOIS, Hervé, et **John, PITSEYS**, « La démocratie participative en question », *La Revue Nouvelle*, vol 7, n°7, 2017, pp. 30-35.

PY, Bruno, « Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril », *Actualité juridique Pénal*, juillet-aout, 2012, pp. 384-388.

« Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel», *RDS*, n° 50 Hors-série, 2013, pp 161- 166.

QUINTARD, Clément, « Hobbes, Locke, Rousseau. Trois penseurs du contrat social », *Sciences Humaines*, vol 319, n°11, 2019, pp. 34-34.

RABEHARISOA, Vololona, et Michel, CALLON, « L'engagement des associations de malades dans la recherche », *Revue internationale des sciences sociales*, vol. 171, n°1, 2002, pp 65-73.

REACH, Gérard, « La médecine, un art de la complexité », *Hegel*, vol 4, n° 4, 2018, pp 266-274.

REVERCHON-BILLOT, Morgane, « Conciliation et médiation : des modes amiables concrètement différents », *Procédures*, 2021, 12, pp 8-17.

REVIL, Hélèna, « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, vol 53, n° 1, 2018, pp. 29-41.

REYNAUd, Eric, *«* Le bruit, fléau des établissements de santé *», Gestions hospitalières*, *dossier (Les patients*), n° 606, 2021, p 315.

ROMAN, Diane, « Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée ? », *RDSS*, n°3, 2005, pp 423-441.

ROUFFY-LY, Benjamin, Rajan, DHEEPA et Lara, BREARLEY NEETHI RAO, « Les perspectives internationales sur la démocratie participative en santé », *ADSP*, vol 121, n°1, 2023, pp 24-27.

ROUSSET, Guillaume, « Comment nommer la personne prise en compte par le système de sante? », *Recherches en communication*, 2009, n° 32, pp 103-117.

RULLEAU, Claudine, « La vie associative », *Confluences Méditerranée*, vol 45, n°2, 2003, pp 125-128.

SAADI, Rabah-Nour-Eddine, « Quelques réflexions sur l'état de la science juridique en Algérie », *Revue algérienne des sciences juridiques, politiques et économiques*, vol 22*,* n° 1, 1985, pp 7-23.

SAIHI, Abedelhak, « L'établissement public de santé : quête d'une nouvelle catégorie juridique», *Idara*, vol 17, n°2, 2007, pp 93-100.

SAINT-JAMES, Virginie, « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », *Revue de*

droit public et de la science politique en France et à l'étranger, n°2, 1997, pp 458-485.

SAINT-PROT, Charles, « Le droit au cœur de l'Islam », *Société, droit et religion*, vol 2, n°1, 2012, pp. 143-153.

SAISON, Johanne, « Controverse sur l'étendue de l'obligation d'information médicale » *AJDA*, 2003, p 72.

« Répondre à la défiance par le recours à la médiation », *Revue de droit sanitaire et social*, hors série 2021, pp 119-131.

SARGOS, Pierre, « Information et consentement du patient », *Bulletin de l'Ordre des médecins*, Janvier 1999, pp 10-12.

« L'aléa thérapeutique devant le juge judiciaire », *La Semaine Juridique*, n°5, 2000, pp 189-193.

« Deux arrêts 'historiques' en matière de responsabilité médicale générale et de responsabilité particulière liée au manquement d'un médecin à son devoir d'information », *Recueil Dalloz*, 2010, 24, p 1522.

SARI, Nawel, « La protection des consommateurs en droit algérien », *Revue de droit public algérien et comparé*, vol 2, n°01, 2016, pp 30-53.

SARRADON-ECK, Aline, « Le patient contemporain », *Cancer(s) et psy(s),* vol 4, n°1, 2019, pp. 51-60.

SAUVE, Jean- Marc, « Quel juge pour les libertés ? », *Recueil Dalloz,* 2016, p 1320.

SEBAI, Jihane, et **Fatima, YATIM**, « Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe », *Santé Publique*, vol 30, n°4, 2018, pp 517-526.

SEBAI, Jihane, « Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », *Santé Publique*, vol 30, n° 5, 2018, pp. 623-631.

SENGHOR, Richard, « Les grands chantiers du Défenseur des droits », *Revue française d'administration publique*, vol 139, n°3, 2011, pp 507-515.

SENOUSSI, Zoulikha, « L'Humanisation des Hôpitaux Publics en Algérie entre Patients, Soignants et Administration : Les Droits des Uns ou la Responsabilité des Autres», *Conférence Internationale en Economie-Gestion & Commerce International*, vol 9, 2017, pp 89-96.

SICARD, Didier, « Quelles limites au secret médical partagé ? », *Recueil Dalloz*, 2009, 39, p. 2634.

« L'Hôpital, un lieu devenu inhospitalier », *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, vol 1, n °137, 2010, pp 64-66.

SICILIANI, Luigi, et **Jeremy, HURST**, « Causes de la disparité des délais d'attente en chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE », *Revue économique de l'OCDE*, vol n°38, n° 1, 2004, pp. 107-137.

SLAMA, Serge, et **Karine, PARROT**, « Étrangers malades : l'attitude de Ponce Pilate de la Cour européenne des droits de l'Homme », *Plein droit*, vol 101, n° 2, 2014, pp. I-VIII.

SLIMANI, Sarah, « La mémoire tatouée: le trauma de la décennie noire en Algérie dans l'œuvre de Sadek Aissat », *Aleph. Langues, médias et sociétés*, vol 7, n°3, 2020, pp 199-214.

SMALLWOOD, Olivier, « La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ? », *Médecine & droit*, vol 2006, n° 79-80, pp 121-126.

« Essai d'une qualification juridique des recommandations», *Droit et santé*, n°15, 2007, pp 17-28.

SOULIMANE, Abdelkrim, « Lois de santé publique, en Algérie et en France », *Santé Publique*, vol 16, n° 4, 2004, pp 639-640.

TABUTEAU, Didier, « Le secret médical et l'évolution du système de santé », *Recueil Dalloz*, 2009, 39, p. 2629.

« Loi de santé publique et politique de santé », *Santé Publique*, vol 22, n° 2, 2010, pp 253-264.

« La loi de 2002 : origines, acteurs et construction. Où en est-on ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2017, pp 135-142.

« La démocratie sanitaire », Les Tribunes de la santé, vol 70, n° 4, 2021, pp. 25-35.

« La genèse d'un texte fondateur », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, vol. 34, n° 4, 2022, pp. 11-15.

TAIB, Essaid, « Le statut associatif appliqué à thadarth, une bizarrerie juridique ? », *Idara,* vol 27, n°1, 2019, pp 63-85.

TALPIN, Julien, « Jouer les bons citoyens. Les effets contrastés de l'engagement au sein de dispositifs participatifs », *Politix*, vol 75, n°3, 2006, pp. 11-31.

TERKI, Nour-Eddine, « Les aspects juridiques de la privatisation des entreprises publiques économiques », *Idara*, 2007, vol 17, n°2, pp. 63-91.

THIEUX, **Laurence**, « Le secteur associatif en Algérie : la difficile émergence d'un espace de contestation politique », *L'Année du Maghreb*, vol 5, 2009, pp 129-144.

THOUVENIN, Dominique, « Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ? Commentaire», *Sciences sociales et santé*, vol 24, n° 2, 2006, pp 35-42.

TILLELI, Emma, « Le Mouvement citoyen de Kabylie », *Pouvoirs*, vol 106, n°3, 2003, pp. 149-162.

TILMATINE, Mohand, « La Kabylie dans le Hirak algérien. Enjeux et perspectives », *Hérodote*, vol 180, n°1, 2021, pp 32-56.

TISSIOUI, Mohamed, « Essai de modélisation du processus de naissance des métiers : cas des métiers de soins », *Management & Avenir*, vol. 17, no. 3, 2008, pp. 234-258.

TOUNIA, Mounia, «Les représentations sociales de la santé en Algérie », *Les cahiers du LAPSI*, vol 11, n°1, 2014, pp 149-166.

TOURMEN, Claire, « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », *Santé Publique*, vol 19, n° hs, 2007, pp. 15-20.

URFALINO, Philippe, « La délibération n'est pas une conversation. Délibération, décision collective et négociation », *Négociations !*, n°2, 2005, pp 1-19.

VERAN, Olivier, « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », *Les Tribunes de la santé*, vol 39, n° 2, 2013, pp 77-85.

VERON, Paul et **VIALLA, François**, « Qualification juridique du « colloque singulier » : faut-il en finir avec le contrat? », *Mélanges Molinari*, vol 25, n°1, 2020, pp 245-277.

VERON, Paul, « Les décisions de soins en contexte de vulnérabilité : quels arbitrages du droit entre autonomie et contrainte ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol 38, n°2, 2020, pp. 67-75.

VIALLA, François, « Défaut d'information: classicisme ou originalité ? », *Revue Droit et Santé*, n° 47, 2012, pp 855-857.

« La défaillance dans l'information : une faute d'humanisme ?», *Revue juridique de l'Océan Indien,* n° 16, 2013, pp 9-29.

«Comparaison des jurisprudences rendues en matière de responsabilité pour défaut d'information», *Revue Médecine & Droit*, n°120, 2013, pp 57-64.

« Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », *Revue générale de droit médical,* n°82, 2022, pp 65-90.

VIAUT, Laura, « La médiation familiale et la théorie des deux conflits », *Les Cahiers de la Justice*, vol 2, n° 2, 2020, pp. 333-342.

« Qu'est-ce que la gestion du conflit ? Éléments pour bien comprendre la finalité des MARC », *LPA*, n° 32, 2021, p. 9.

VICHARD, Philippe, « La loi hospitalière du 21 décembre 1941, origine, conséquence », *histoire des sciences médicales* », tome XLI, n° 1, 2007, pp 61-70.

VIVIER, Jean-Loup, «La réforme de la conciliation et l'introduction de la médiation dans la procédure civile», *LPA*, 1996, p 12.

WELLER, Jean-Marc, « Les figures de l'usager dans les réformes de modernisation des services publics », *Informations sociales*, vol 198, n°3, 2018, pp 48-56.

YAHOUNI, Oussama et **BERZIGUA-SENOUSSI, Amina**, « Accord d'Association entre l'Algérie et l'Union Européenne: Mise en œuvre et Perspectives *», The Algerian Journal of Political sciences and International Relations*, vol 13, n°2, 2020, pp 371-390.

YNTEMA, Hessel-E, « Le droit comparé et l'humanisme, Discours inaugural du 4 août 1958 (Ve Congrès international de droit comparé de Bruxelles, 1958*)* », *Revue internationale de droit comparé*, vol 10, n°4, 1958, pp 693-700.

YOUNSI-HADDAD, Nadia, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers», *Revue Algérienne des Sciences Juridiques et Politiques*, volume 35, n° 3, 1998, pp 9-46.

ZENATI, Frédéric, « L'évolution des sources du droit dans les pays de droit civil », *Recueil Dalloz*, n°1, 2002, pp 15-22.

ZIANI, Lila et **ZIANI, Farida**, « La contractualisation dans le secteur de santé en Algérie : Etat des lieux et contraintes », *Revue les cahiers du POIDEX*, vol 10, n°1, 2021, pp 36-55.

ZEHNATI, Ahcène, et **Christine, PEYRON**, « Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement », *Mondes en développement*, vol 170, n° 2, 2015, pp. 123-140.

° Articles de revues électroniques

BELBACHIR, Mohamed-Amine et **BOUDALI, Mohamed**, « Les infections nosocomiales en droit Algérien », *Revue de droit de l'Université de Sidi Belabes*, sur www.univ.rdoc.dz.sba.

BENSAOULA, Chafika, « La médiation dans les conflits administratifs », participation présentée lors des travaux d'un forum international sur « Les pratiques de médiation » qui s'est tenu à la Cour suprême le 15 et 16 juin 2009 en Algérie, sur http://www.crjj.mjustice.dz.

BRAHIMI, Mohamed, « Le référé-liberté: un outil efficace pour la protection des libertés fondamentales », *Actualités juridiques en Bref,* sur hhttps://www.brahimi-avocat.com.

COSSALTER, **Philippe**, « Notes d'arrêt Maurice Hauriou », *Revue générale du droit* on line, 2016, sur www.revuegeneraledudroit.eu /?p=30096.

DARGENT, Fleur, « Chapitre I. Les fonctions de la consultation », dans, *La consultation en droit public interne*, DICE Éditions, 2020, sur https://doi.org/10.4000/books.dice.8941.

E CHAN, Yolande et A BENECKI, Leslie, «Évaluation du succès du processus d'engagement commu-nautaire d'un hôpital», *Healthcare Management Forum*, volume 26, n°1, 2013, pp 20-25, sur https://doi.org/10.1016/j.hcmf. 2012.12.002.

FOVEAU DE COURMELLES, **François-Victor** « Biographie du docteur FOVEAU de COURMELLES », *L'Album du Rictus, journal humoristique mensuel: première série* sur https://archive.org/details/BIU Sante_ 24432x01.

GROCQ, Thomas, « La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français, une étude qualitative en focus group », *Médecine humaine et pathologie,* 2020, sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/ dumas-02531693.

IZAROUKEN, Arab, « Le mouvement associatif en Algérie : histoire et réalités actuelles », *Réseau des démocrates*, 2014, sur http://forumdesdemocrates.over-blog.com.

JANVIER, **Jérôme**, **Didier, RAOULT, Laurence, CAMOIN et Pierre, LE COZ**, « Le conflit d'intérêts dans le milieu médical et le problème de sa définition juridique : accent sur le débat français », *Éthique publique* [En ligne], vol. 16, n° 2 | 2014, mis en ligne le 12 mai 2015, .URL: http://journals.Opene dition.org/ethiquepublique/1577.

KLAUSSER, Nicolas, « Malades étrangers : la CEDH se réconcilie (presque) avec elle-même et l'Humanité », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 02 février 2017.

MOCKLE, Daniel, « Gouverner sans le droit ? Mutation des normes et nouveaux modes de régulation », *Les cahiers de droit*, vol 43, n°2, pp 143–211, sur https://doi.org/10.7202/043706, consulté le 11 mai 2023.

PERRET, Cécile et **PARANQUE, Bernar**, *«* L'organisation socio-politique des villages kabyles : une gouvernance spécifique des ressources naturelles *»*, *Revue de l'organisation responsable*, vol 7, n° 2, 2012, pp 69-82, sur https://api.semanticscholar.org/CorpusID:146744361.

POULET, Nadine, « Information du patient et consentement éclairé en matière médicale », *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, n°4, 2018 sur https://doi.org/10.25965/trahs.1174.

RENAUD, Pierre, *«* L'élaboration d'un code de déontologie en médiation : une réflexion *», Revue de Droit de l'Université de Sherbrook*, 1997, sur https://doi.org/10.17118/11143/12854.

SAFAEI, Jalil, « La démocratie délibérative dans les soins de santé : défis actuels et perspectives futures », *Journal of Healthcare Leadership*, 7, 2015, pp 123-136 sur https://doi.org/10.2147/JHL. S70021.

SAISON, Johanne, « Des paparazzis déguisés en infirmiers : de la violation du domicile pour intrusion dans la chambre d'hôpital du patient », *Une histoire litigieuse et contentieuse de l'image et de la photographie »,* 2020. ⟨hal-03684140⟩, sur http://d-piav.huma-num.fr/items/show/18.

SCHMALIAN, Sarah, « L'impact du contentieux covid sur l'office du juge du référé-liberté du Conseil d'état », *RDLF*, 2023 chron, °22 sur https://t.co/QliMf6nWXq.

SOLEIL, Sylvain, « Pourquoi comparait-on les droits au XIXe siècle ? », *Clio@Themis* [En ligne], 13 | 2017, mis en ligne le 02 octobre 2017, URL : http://journals.openedition.org/cliothemis/824.

TABUTEAU, Didier- Ronald, « Pour un usager acteur dans le domaine sanitaire et social », *Entretiens du Conseil d'Etat en droit social*, Palais-Royal, Vendredi 24 mars 2023 sur EDS_20223_DRT.pdf.

TRITTER, Jonathan, « Participation du public et des patients aux soins de santé et à la politique de santé au Royaume-Uni», *Attentes en matière de santé*, Vol 14, n°2,2011, pp 220-223, sur https://doi.org/10.1111/ j.1369-7625.2011.00697.

VIALLA, François, « Refus transfusionnel », *Médecine & Droit*, Vol, 2022, pp 95-107 sur https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0.

° Articles de presses

BOUMEDIENE, F, « *Quatre morts et de nombreuses négligences au CHU d'Oran* », LIBERTE, 9/10/2003.

RAWAN, W, « *Huit nourrissons décèdent dans un incendie à El Oued : Négligences coupables »,* EL WATAN, 24/9/2019.

SERAFINI, T, «*l'hôpital Pompidou malade de son eau »,* Libération, 1/1/2001.

TERKMANE, Y, *« maitre Sellini, bâtonnier d'Alger, et le consentement du malade* », TSA, 17/12/2022 sur https://www.tsa-algérie.dz/Maître Sellini, bâtonnier d'Alger, et le consentement du malade-TSA (tsa-algerie.dz), consulté le 21/12/2023.

° Contributions dans un colloque

CASTAING, Cécile, *«* Accessibilité de la norme: La lisibilité de la loi en droit de la santé », dans, *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?* Actes de la journée d'étude organisée le 16 avril 2013 par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'Etat, Les Études hospitalières, 2014, pp 65-80.

FILALI, Ali, « La codification du droit de la famille : une harmonisation aléatoire du droit algérien*»,* dans, *Annales de l'Université d'Alger 1*, Actes du colloque internationale sur la cohabitation des systèmes

juridiques dans le droit algérien et les approches régionales du droit, Alger 24 et 25 novembre 2015, volume 27, n°1, pp 89-128.

GHAOUTI, Souad, « Le médiateur de la république : L'expérience algérienne de 1996 à 1999 », dans, *Annales de l'Université d'Alger 1*, Actes du colloque international sur les modes alternatifs de règlements des conflits, Alger 6 et 7 mai 2014, n°03, 2014, pp 262-279.

LATTES, Jean-Michel, « Aspects juridiques de la maltraitance et protection des personnes vulnérables. Personnes âgées et Personnes en situation de handicap », dans, *Vulnérabilités et liberté*, Colloque d' Alma Midi-Pyrénées, Toulouse„ 2011, pp 1-6.

LESTOURNELLE, Christian, « Les nouveaux modes alternatifs de règlement des différends-médiation et procédure participative », 4 e Convention des juristes de la Méditerranée, Actes du colloque d'Alger 9 -10 décembre 2012, *La semaine juridique*- Édition Générale -, Supplément au n˚27, juillet 2013, pp 48-53.

TESTARD, Christophe, « Le recours à la perte de chance devant les juridictions administratives », dans, *La perte de chance devant les juridictions administratives*, Actes du colloque de Lyon du 19 novembre 2018, Cour administrative d'appel de Lyon, 2019, pp. 18-33.

Table des textes législatifs et règlementaires

° Textes français

Textes législatifs

- Loi Constitutionnelle n° 2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement, JORF n° 51 du 2 mars 2005.
- Loi organique n° 2013-906 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, JORF n°0238 du 12 octobre 2013.
- Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, JORF du 2 juillet 1901.
- Loi du 21 décembre 1941 portant réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, JORF du 30 décembre 1941.
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1970.
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dite loi Boulin, JORF n°3, janv. 1971.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 aout 1991.
- Loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordres social, JORF n°3 du 4 janvier 1992.
- Loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, JORF n° 8, février 1992.
- Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement, JORF n° 29 du 3 février 1995.
-Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, JORF n°0088 du 13 avril 2000.
- Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels, JORF n°159 du 11 juillet 2000.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF, 5 mars 2002.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n° 36 du 12 février 2005.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°167 du 22/7/2009.
- Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, JORF n°0302 du 30 décembre 2011.
- Loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte (1), JORF n°0090 du 17 avril 2013.
- Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, JORF n°0297 du 24 décembre 2014.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°22du 27/1/2016.
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n°0028 du 3 février 2016.
- Loi n°2016-483 du20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires,

JORF n°0094du 12/4/2016.
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n° 172 du 26/7/2019.
- Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996.
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n°206 du 6 septembre 2003.
- Ordonnance n° 2015-1341 du 23 octobre 2015 relative aux dispositions législatives du code des relations entre le public et l'administration, JORF n° 0248 du 25 octobre 2015.
- Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, JORF n°0061 du 12 mars 2020.

Textes règlementaires

- Décret n°88-355 du 12 avril 1988 portant modification des articles. r111-20, r111-21, r111-22, r131-15, r131-16 et r131-17 du Code de la construction et de l'habitation relatifs aux caractéristiques thermiques des bâtiments et de leurs équipements, JORF du 15 avril 1988.
- Décret n°2003-1166 du 2 décembre 2003 portant création du diplôme d'Etat de médiateur familial, JORF n°284 du 9 décembre 2003.
- Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées, prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires, JORF n°32 du 7 février 2006.
- Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, JORF n°0108 du 8 mai 2012.
- Décret n° 2012-745 du 9 mai 2012 relatif à la déclaration publique d'intérêts et à la transparence en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, JORF n°0109 du 10 mai 2012.
- Décret n°2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du Code de la santé publique, JORF n°0116 du 22 mai 2013.
- Décret n°2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme, JORF n°0116 du 22 mai 2013.
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, JORF n°0169 du 22 juillet 2016.
- Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, JORF n°31, décembre 2017.
- Décret n°2021-586 du 12 Mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité, JORF n°0111 du 13 Mai 2021.
- Arrêté du 20 mai 1944 fixant les conditions techniques et hygiéniques auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers, JORF du 8 juin 1944.
- Arrêté du 23 mai 1989 et du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, JORF du 14

juin 1989 et n°197 du 26 août 1990.
- Arrêté du 16 novembre 2002 portant création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, JORF du 6 décembre 2002.
- Arrêté du 9 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 19 avril 1994 fixant la liste des instances mentionnées à l'article L.225-8 du code du travail relatif au congé de représentation en faveur des associations relevant du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, JORF n° 13 du 15 janvier 2006.
- Arrêté du 8 juillet 2021 fixant le cahier des charges de la formation de base des représentants d'usagers, JORF n°0166 du 20 juillet 2021.
- Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux, JORF n°0290 du 12 décembre 1958.
- Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, JORF du 24 février 1989.
-Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé, Abrogée et remplacée par la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/ SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Circulaire du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'État et des services publics, JORF n°174 du 28 juillet 1995.
- Circulaire N°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.
- Circulaire N°DHOS/E4/2006/393 du 8 septembre 2006 relative aux conditions techniques d'alimentation électrique des établissements de santé publics et privés.
- Circulaire DHOS/E4 n° 2008-114 du 7 avril 2008 relative à la prévention des coupures électriques dans les établissements de santé.
- circulaire n°DGS/MAU/DAGPB/SRH/BSR/2008/339 du 23 décembre 2008 relative à la mise en œuvre du congé de représentation des usagers dans les instances de santé publique.
- Circulaire N°DHOS/E4/2009/02 du 7 janvier 2009 relative à la prévention des coupures électriques dans des conditions climatiques de grands froids.

° Textes algériens

Textes législatifs

- Loi n° 16-01 du 06 mars 2016 portant révision constitutionnelle, JORA, n°14 du 07/3/2016.
- Loi organique n°05-11 du 25 juillet 2011 relative à l'organisation judiciaire, JORA n°51 du 20/07/ 2005.
- Loi organique n° 18-15 du 2 septembre 2018 relative aux lois de finances, JORA n°53 du 2/9/2018.
- Loi organique n° 22-10 du 9 juin 2022 relative à l'organisation judiciaire, JORA n° 41 du 16/06/2022.
- Loi n° 62-157 du 31 décembre 1962 reconduisant la législation antérieure à l'indépendance, JORA n°2 du 11/1/1963.
- Loi n° 78-12 du 05-08-1978 portant le Statut Général du Travailleur, JORA n° 32 du 08/08/1978.
- Loi n° 82-06 du 27-02-1982 relative aux relations individuelles du travail, JORA n°06 du 02/03/1982.
- Loi 83-03 du 5 février 1983 relative à la protection de l'environnement, JORA n°6 du 8/2/1983.
- Loi 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, JORA n°28 du 5/7/1983.
- Loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, JORA n°28 du 5/7/1983.
- Loi n°83-15 du 02 juillet 1983 modifiée et complétée portant contentieux de la sécurité sociale, JORA n°28 du 5/7/1983.
- Loi n°84-10 du 11 février 1984 relative au service civil, JORA n°7 du 14/2/1984.
- Loi n°84-11 du 9 Juin 1984 portant Code de la famille complété et modifié, JORA n° 23 du 12/6/1984.

- Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, JORA n°8 du 17/02/1985.
- Loi n° 86-15 du 29 décembre 1986 portant loi de finances pour l'exercice 1987, JORA n° 55 du 30/12/1986.
- Loi n°87-15 du 21 juillet 1987 relative aux associations, JORA n°31 du 29 juillet 1987.
- Loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail, JORA n°4 du 27/1/1988.
- Loi n°88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, JORA n°18 du 4/5/1988.
-Loi n° 88-31 du 19 juillet 1988 modifiant et complétant l'ordonnance n°74-15 du 30 janvier 1974 relative à l'obligation d'assurance des véhicules automobiles et au régime d'indemnisation des dommages, JORA n°29 du 20/7/1988.
- Loi n° 90-02 du 6 février 1990 relative à la prévention et au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève modifiée et complétée, JORA n°6 du 7/2/1990.
- Loi n° 90-03 du 6 février 1990 relative à l'inspection du travail modifié et complétée, JORA n°6 du 7/2/1990.
- Loi n° 90-04 du 6 février 1990 relative au règlement des conflits individuels de travail, JORA n°6 du 7/2/1990.
- Loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail complétée et modifiée, JORA n°17 du 24/4/1990.
- Loi n° 90-14 du 2 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical modifiée et complétée, JORA n° 23 du 6/6/1990.
- Loi n° 90-17 du 31 juillet 1990 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, JORA n°35 du 15/8/1990.
-Loi n° 90-20 du 15 août 1990 relative à l'indemnisation consécutive à la loi d'amnistie n°90-19 du 15 août 1990, JORA n°35 du 15/8/1990.
- Loi 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations, JORA n°53 du 5 décembre 1990.
- Loi n°91-04 du 8 janvier 1991 portant organisation de la profession d'avocat, JORA n°2 du 9/1/1991.
- Loi 98-09 du 19 août 1998 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, JORA n°61 du 23/8/1998.
- Loi 99-10 du 11 novembre 1999 modifiant et complétant la loi 83-15 du 2 juillet 1983 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, JORA n°80 du 14/11/1999.
- Loi n°01-20 du 12 décembre 2001 relative à l'aménagement et au développement durable du territoire, JORA n° 77 du 15/12/2001.
- Loi n° 03-10 du 19 juillet 2003 relative à la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable, JORA, n° 43 du 20/7/2003.
- Loi n° 04-14 du 10 novembre 2004 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant Code pénal, JORA n°71 du 10/11/2004.
- Loi n° 04-15 du 10 novembre 2004 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant Code pénal, JORA n°71 du 10/11/2004.
- Loi n° 05-04 du 27 du 6 février 2005 portant Code de l'organisation pénitentiaire et de la réinsertion sociale des détenus modifiée et complétée, JORA n°12 du 13/2/2005.
- Loi n° 05-10 du 20 juin 2005 modifiant et complétant l'ordonnance n°75-58 du 26septembre 1975, modifiée et complétée, portant Code civil, JORA n°44 du 26/6/2005.
- Loi n° 05-12 du 4 août 2005, modifiée et complétée, relative à l'eau, JORA n° 60 du 4/9/ 2005.
- Loi n° 06-06 d'Orientation de la ville du 20 Février 2006, JORA n° 15 du 12/3/2006.

- Loi n° 08-08 du 23 février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, JORA n°11 du 2 mars 2008.
- Loi n° 08-09 du 25 février 2008 portant Code de procédure civile et administrative, modifiée et complétée, JORA n° 21 du 23/4/2008.
- Loi 08-13 du 20 juillet 2008 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, JORA n°44 du 3/8/2008.
- Loi n° 10-02 du 29 juin 2010 portant approbation du Schéma national d'aménagement du territoire, JORA n°61 du 21/10/2010.
- Loi n° 11-10 du 22 juin 2011 relative à la commune, JORA n° 37 du 3/7/2011.
- Loi n°12-06 du 12 janvier 2012 relative aux associations, JORA n° 02 du 15 janvier 2012.
- Loi n° 12-07 du 21 février 2012 relative à la wilaya, JORA n° 12 du 29/2/2012.
- Loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant, JORA n°39 du 19/7/2015.
- Loi n° 16-13 du 3 novembre 2016 fixant la composition et les modalités de désignation des membres du Conseil national des Droits de l'Homme ainsi que les règles relatives à son organisation et à son fonctionnement, JORA n°65 du 6/11/2016.
- Loi n°18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé, JORA n°46 du 29/7/2018.
- Loi n° 19-02 du 14 du 17 juillet 2019 relative aux règles générales de prévention des risques d'incendie et de panique, JORA n° 46 du 21/7/2019.
- Loi n° 20-06 du 28 avril 2020 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant Code pénal, JORA n°25 du 29/4/2020.
- Loi n° 22-06 du 25 avril 2022 modifiant et complétant la loi n° 90-14 du 2 juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical, JORA n°30 du 27/4/2022.
- Loi n° 22-13 du 12 juillet 2022 modifiant et complétant la loi n° 08-09 du 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative, JORA n°48 DU 17/7/2022.
- Loi n° 23-02 du 25 avril 2023 relative à l'exercice du droit syndical, JORA n°29 du 2/5/2023.
- Loi n° 23-04 du 7 mai 2023 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des personnes, JORA n°32 du 29/5/2023.
- Loi n° 23-08 du 21 juin 2023 relative à la prévention, au règlement des conflits collectifs de travail et à l'exercice du droit de grève, JORA n°42 du 25/6/2023.
- Ordonnance n°66-65 du 4 avril 1966 portant règlementation de l'exercice des professions de médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et sages femmes, JORA n° 27 du 5/4/1966.
- Ordonnance n° 66-154 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure civile, JORA n°48 du 10/06/1966.
- Ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966 portant code de procédure pénale modifiée et complétée, JORA n° 48 du 10/6/1966.
- Ordonnance n° 70-20 du 19 Février 1970 relative à l'État civil modifié et complété par la loi n° 14-08 du 9 aout 2014, JORA n° 49 du 20/8/2014.
- Ordonnance n°71-73 du 8 novembre 1971 portant révolution agraire, JORA n°97 du 30/11/1971.
- Ordonnance n° 71-74 du 16 novembre 1971 relative à la gestion socialiste des entreprises, JORA n° 101 du 13/12/1971.
- Ordonnance n°73-29 du 5 juillet 1973 portant abrogation de la loi n° 62-157 du 31 décembre 1962 tendant à la reconduction jusqu'à nouvel ordre de la législation en vigueur au 31 décembre 1962, JORA n°62 du 3/8/1973.
- Ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires, JORA n°1 du 1/1/1974.

- Ordonnance n° 74-8 du 30 Janvier 1974 relative à la tutelle des organismes de sécurité sociale, JORA n°11 du 5/2/1974.
- Ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975 portant Code civil, JORA n°78 du 30/9/1975.
- Ordonnance n° 75-79 du 15 Décembre 1975 relative aux sépultures, JORA n°103 du 26/12/1975.
- Ordonnance n° 76-54 du 10 Juin 1976 portant exonération des droits et taxes sur les actes et déclaration ayant pour objet l'incorporation dans le patrimoine de l'association diocésaine d'Algérie et de l'association des communautés religieuses d'Algérie nouvellement créées, des biens meublés et immeubles qui leur sont dévolus, à titre d'apports, par d'autres associations diocésaines déjà existantes, en voie de dissolution, JORA n° 48 du Mardi 15/6/1976.
- Ordonnance n° 76-79 du 23 octobre 1976 portant code de la santé publique, JORA n°101 du 19/12/1976.
- Ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique, JORA n°46 du 16/7/2006.
- Ordonnance n° 06-03 du 28 février 2006 fixant les conditions et règles d'exercice des cultes autres que musulmans, JORA n°12 du 1/3/2006.
- Ordonnance 06-07 du 15 juillet 2006 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, JORA n°47 du 19/7/2006.
- Ordonnance n° 09-04 du 27 aout 2009 relative à la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'Homme, JORA n° 49 du 30/08/2009.
- Ordonnance n° 15-02 du 23 juillet 2015 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966 portant Code de procédure pénale, JORA n°41 du 29/7/2015.
- Décret législatif n°93-09 du 25 avril 1 993 modifiant et complétant l'ordonnance n°66-154 du 8 juin 1966 portant code de procédure civile, JORA n°27 du 27/4/1993.
- Décret législatif n°94-07 du 18 Mai 1994 relatif aux conditions de la production architecturale et à l'exercice de la profession d'architecte, JORA n°32 du 25/5/1994.
- Décret n°63-88 du 18 mars 1963 portant règlementation des biens vacants, JORA n°15 du 22/03/1963.

Textes règlementaires

- Décret n°63-95 du 22 mars 1963 portant organisation et gestion des entreprises industrielles et minières ainsi que des exploitations agricoles vacantes, JORA n°17 du 29/03/1963.
- Décret n°63-98 du 28 mars 1963 déterminant les règles de répartition du revenu des exploitations et entreprises d'autogestion JORA n°17 du 29/03/1963.
- Décret n°69-204 du 6 Décembre 1969 fixant le régime de rémunération des ministres des cultes non-musulmans, JORA n°8 du 12/18/1969.
- Décret n° 81-242 du 5 septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires, JORA n°36 du 8/9/1981.
- Décret n°84-104 du 12 mai 1984 portant création d'un commissariat à la réforme et à l'innovation administratives, JORA n° 20 du 15/5/1984.
- Décret n° 86-25 du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires, JORA n°6 du 12/2/1986.
- Décret n°88-16 du 2 février 1988 fixant les modalités d'application de la loi n°87-15 du 21 juillet 1987 relative aux associations ainsi que les dispositions statutaires communes aux associations, JORA n°5 du 3 février 1988.
- Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privés, JORA n°42 du 19/10/1988.
- Décret 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale, JORA n° 52 du 8/7/1992.

- Décret 97-262 du 14 juillet 1997 portant création, organisation et fonctionnement des conseils régionaux de la santé, JORA n° 47 du 16/7/1997.
- Décret présidentiel n°89-18 du 28 février 1989 relatif à la publication au journal officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire de la révision constitutionnelle adoptée par référendum du 23 Février 1989, JORA n° 9 du 1/3/1989.
- Décret présidentiel n°94-465 du 25 Décembre 1994 portant création du Haut conseil de l'environnement et du développement durable et fixant ses attributions, son organisation et son fonctionnement, JORA n° 1 du 8/1/1995.
- Décret présidentiel n°96-113 du 23 mars 1996 portant institution du médiateur de la république, JORA n°20 du 31/03/ 1996.
- Décret présidentiel n°96-114 du 23 mars 1996 portant nomination du médiateur de la république, JORA n°20 du 31/03/ 1996.
- Décret présidentiel n°96-438 du 7 décembre 1996 relatif à la publication au journal officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire de la révision constitutionnelle adoptée par référendum du 28 Novembre1996, JORA n° 76 du 8/12/1996.
- Décret présidentiel n° 99-170 du 2 aout 1999 portant suppression de l'institution du médiateur de la République, JORA n° 52 du 4/08/1999.
- Décret présidentiel n° 01-71 du 25 mars 2001 portant création de la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'Homme, JORA n°18 du 28/03/2001.
- Décret présidentiel n°02-125 du 07 avril 2002 fixant les droits des victimes des évènements ayant accompagné le parachèvement de l'identité nationale, JORA n°25 du 14/4/2002.
- Décret présidentiel n°05-159 du 27 Avril 2005 portant la ratification de l'Accord euro-méditerranéen entre la communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la République Algérienne démocratique et populaire, d'autre part, JORA n°31 du 30/4/2005.
- Décret présidentiel n° 20-45 du 15 février 2020 portant institution du médiateur de la République, JORA n° 9 du 19/02/2020.
- Décret présidentiel n° 20-158 du 13 juin 2020 portant création d'une agence nationale de sécurité sanitaire, JORA n° 35 du 14 juin 2020.
- Décret présidentiel n°20-442 du 30 décembre 2020 relatif à la promulgation au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire de la révision constitutionnelle, adoptée par référendum du 1er novembre 2020. JORA n°82 du 30/12/2020.
- Décret exécutif n°81-55 du 28/3/1981 relatif à l'aide financière, au titre des dommages causés par le séisme du 10 octobre 1980, aux exploitations agricoles, artisanales, industrielles, commerciales et professionnelles dans les zones sinistrées, JORA n°13 du 31/3/1981.
- Décret exécutif n°81-241 du 5 septembre 1981 portant création et organisation des secteurs sanitaires, JORA n°36 du 8/9/1981.
- Décret exécutif n°81-242 du 5 septembre 1981 portant création et organisation des établissements hospitaliers spécialisés, JORA n°36 du 8/9/1981.
- Décret exécutif n°88-131 du 4 juillet 1988 organisant les rapports entre l'administration et les administrés, JORA n° 27 du 6/7/1988.
- Décret exécutif n° 89-11 du 07 février 1989 érigeant en école nationale de santé publique l'institut de technologie de la santé publique d'Oran, JORF n°6 du 8/2/1989.
- Décret exécutif n° 92-07 du 4 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale, JORA n°2 du 8/1/1992.
- Décret exécutif n° 92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n° 88-204 du 18 octobre

1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées, JORA n° 75 du 18/10/1992.
- Décret exécutif n°93-140 du 14 juin 1993, portant création, organisation et fonctionnement du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutique, JORA n° 41 du 20/6/1993.
- Décret exécutif n°94-74 du 30 mars 1994, érigeant l'institut Pasteur d'Algérie en établissement public à caractère industriel et commercial, JORA n° 19 du 10/4/1994.
- Décret exécutif n°94-293 du 25 septembre 1994, portant création, organisation et fonctionnement de la pharmacie centrale des hôpitaux, JORA n° 63 du 05/10/1994.
- Décret exécutif n°95-40 du 28 janvier 1995, portant création, organisation et fonctionnement de l'agence nationale pour le développement de la recherche en santé, JORA n° 06 du 08/2/1995.
- Décret exécutif n°95-108 du 9 avril 1995, portant création, organisation et fonctionnement de l'agence nationale du sang, JORA n° 21 du 19/4/1995.
- Décret exécutif n° 95-310 du 10 octobre 1995 fixant les conditions et les modalités d'inscription sur les listes des experts judiciaires et déterminant leurs droits et obligations, JORA n°60 du 15/10/1995.
- Décret exécutif n° 95-319 du 14 octobre 1995, portant création, organisation et fonctionnement de l'agence nationale de documentation de la santé, JORA n° 34 du 18/10/1995.
- Décret exécutif n°96-148 du 27 avril 1996, portant création, organisation et fonctionnement de l'institut national pédagogique de la formation paramédicale, JORA n° 27 du 5/5/1996.
- Décret exécutif n°96-481 du 28 Décembre 1996 précisant l'organisation et le fonctionnement du haut Conseil de l'environnement et du développement durable, JORA n° 84 du 29/1/1996.
- Décret exécutif n° 97-465 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés, JORA n°81 du 10/12/1997.
- Décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires, JORA n°81 du 10/12/1997.
- Décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires, JORA n°81 du 10/12/1997.
- Décret exécutif n°98-188 du 2 juin 1998, portant création, organisation et fonctionnement du centre national de toxicologie, JORA n° 38 du 3/6/1998.
- Décret exécutif n°98-192 du 3 juin 1998, portant création, organisation et fonctionnement d'un centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance, JORA n° 39 du 7/6/1998.
- Décret exécutif n°99-47 du 13 février 1999 relatif à l'indemnisation des personnes physiques victimes de dommages corporels ou matériels subis par suite d'actes de terrorisme ou d'accidents survenus dans le cadre de la lutte anti-terroriste, ainsi qu'à leurs ayants-droit, JORA n°9 du 17/2/1999.
- Décret exécutif n° 01-12 du 21 Janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux, JORA n°6 du 21/1/2001.
- Décret exécutif n°02-247 du 23 juillet 2002 fixant les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n° 302-096 intitulé « Fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux», JORA n°51 du 24/7/2002.
- Décret exécutif n° 04-73 du 04 mars 2004 portant réaménagement du statut de l'école nationale de santé publique, JORF n°13 du 7/4/2004.
- Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, JORA n°33 du 20/5/2007.
- Décret exécutif n°08-415 du 24 décembre 2008 fixant le nombre des membres, l'organisation et le fonctionnement des commissions locales de recours préalables qualifiées en matière de sécurité sociale,

JORA n° 1 du 6/1/2009.
- Décret exécutif n°08-416 du 24 décembre 2008 fixant le nombre des membres, l'organisation et le fonctionnement des commissions nationales de recours préalable qualifiées en matière de sécurité sociale, JORA n° 1 du 6/1/2009.
- Décret exécutif n° 09-100 du 10 mars 2009 fixant les modalités de désignation du médiateur judiciaire, JORA n°16 du 15/3/2009.
- Décret exécutif n° 09-162 du 2 Mai 2009 relatif à l'école nationale de santé publique, JORF n°28 du 10/5/2009.
- Décret exécutif n°13-195 du 20 Mai 2013 relatif à l'indemnité de garde au profit des personnels des établissements publics de santé, JORA n°27 du 22/5/2013.
- Décret exécutif n 13-220 du 18 juin 2013 portant création d'une agence nationale de gestion des réalisations et d'équipement des établissements de santé, JORA n°33 du 26/6/2013.
- Décret exécutif n° 14-367 du 19 du 15 Décembre 2014 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les établissements hospitaliers privés autorisés à assurer des activités médico-chirurgicales cardiaques et cardio-vasculaires, JORA n°75 du 28/12/2014.
- Décret exécutif n° 15-11 du 14 janvier 2015 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les centres privés d'hémodialyse, JORA n°4 du 29/1/2015.
- Décret exécutif n° 20-60 du 19 du 14 mars 2020 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les établissements hospitaliers privés pour la prise en charge de l'accouchement, JORA n°16 du 24/3/ 2020.
- Décret exécutif n° 20-69 du 21 mars 2020 relatif aux mesures de prévention et de lutte contre la propagation du Coronavirus (Covid-19), JORA n° 15 du 21/3/2020.
- Décret exécutif n° 20-326 du 22 novembre 2020 portant missions, composition, organisation et fonctionnement du comité économique intersectoriel des médicaments, JORA n°69 du 22 novembre 2022.
- Décret exécutif n° 22-373 du 27 octobre 2022 fixant les modalités d'élaboration, d'évaluation et de mise à jour de la carte sanitaire, JORA n° 72 du 31/10/2022.
- Décret exécutif n°23-100 du 5 mars 2023 fixant les modalités de paiement du montant des prestations de soins par les personnes étrangères au niveau des structures et établissements publics de santé, JORA n° 15 du 12/3/2023.
- Décret exécutif n°23-216 du 7 juin 2023 modifiant et complétant le décret exécutif n°96-68 du 27 janvier 1996 portant création, missions, organisation et fonctionnement de l'inspection générale du ministère de la santé et de la population, JORA n° 40 du 12/6/2023.
- Arrêté du 6 février 2013 fixant les listes des maladies rares et des pathologies à pronostic vital ainsi que les produits pharmaceutiques destinés à leur traitement, JORA n°50 du 9/10/2013.
- Circulaire n°273 du 22/1/1986/M de l'Intérieur relative aux médiateurs locaux.
- Circulaire n°1256/MSP/DAMF du 10 juillet 1988 relative à l'alimentation des malades et du personnel complétée par la circulaire n°2/MSP/CAB du 13 Juillet 1994 relative à l'alimentation dans les établissements publics de santé.
- Circulaire n° 280 DU 03/04/1990 relative à l'application de la réglementation en matière de changement d'affectation, d'extension, de création ou de fermeture de structures sanitaires.
- Circulaire n°70/MSP/DNOSS/SDEAPS du 15/02/1993 fixant les conditions techniques pour l'agrément des projets de réalisation des cliniques privées.
- Circulaire n°004/MSP/CAB du 03 Aout 1994 relative à la réhabilitation du service public dans les établissements de santé.
- Circulaire n° 03 du 21 Février 1998 relative aux modalités de mise en place des conseils d'administration,

médicaux et scientifiques au niveau des EHS, SS et CHU.

- Circulaire n°03/MSP/DGSS du 13 Avril 2011, relative aux procédures d'exploitation, de réception, d'ouverture et de mise en service des nouveaux hôpitaux.

- Instruction interministérielle du 20/09/97 relative à la mise en œuvre du processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements publics de santé.

- Instruction n°00112/MSP/SG du 02 mars 1987 relative aux modalités d'installation des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens Dentistes, Généralistes et Spécialistes.

INDEX ALPHABETIQUE

A

Accès aux soins, 13, 20, 27, 28, 29, 34, 48, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 99, 100, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 113, 118, 163, 175, 272, 281, 319, 331, 381, 527, 528, 530, 532, 541, 561

Amiable, 13, 52, 265, 267, 269, 270, 295, 408, 410, 411, 412, 417, 418, 419, 422, 423, 430, 433, 439, 441, 443, 444, 446, 457, 461, 468, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 478, 479, 480, 481, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 490, 492, 493, 498, 508, 514, 515, 516, 517, 524, 525, 536

Assises, 42, 109, 313, 314, 316, 317, 318, 319, 320, 353

B

Budget, 29, 33, 85, 98, 264, 310, 322, 326, 333, 418

C

Conciliation, 25, 68, 74, 269, 347, 392, 393, 394, 414, 415, 441, 443, 444, 454, 457, 508, 510, 513, 514, 517, 529, 537, 550

Consentement, 13, 20, 46, 51, 52, 54, 55, 110, 117, 126, 131, 133, 177, 178, 179, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 206, 209, 210, 212, 213, 214, 216, 217, 219, 221, 224, 225, 233, 234, 240, 282, 291, 334, 428, 429, 430, 433, 459, 492, 503, 523, 526, 530, 536, 549, 552

Contentieux, 4, 54, 61, 70, 72, 73, 74, 92, 124, 144, 146, 159, 166, 177, 183, 185, 190, 212, 213, 221, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 255, 270, 271, 292, 294, 301, 330, 381, 410, 411, 415, 424, 426, 427, 431, 432, 434, 436, 438, 441, 443, 447, 451, 452, 456, 458, 460, 461, 462, 468, 471, 476, 484, 485, 486, 491, 494, 499, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 521, 523, 524, 526, 528, 529, 534, 536, 544, 545, 546, 552, 556, 557, 558

D

Déjudiciarisation, 410, 424, 431, 436, 468

Délibération, 204, 324, 325, 341, 343, 363, 550

Déontologie, 21, 32, 42, 43, 54, 64, 65, 71, 76, 107, 113, 129, 164, 172, 178, 179, 180, 186, 188, 198, 199, 200, 207, 208, 209, 211, 212, 216, 246, 247, 248, 274, 420, 450, 499, 502, 503, 509, 523, 534, 542, 552, 554, 555, 559

Différend, 23, 24, 438, 442, 459, 510, 544

E

Efficacité, 34, 43, 44, 45, 54, 69, 70, 79, 108, 114, 118, 136, 167, 211, 236, 248, 260, 296, 313, 328, 332, 333, 336, 340, 355, 361, 362, 379, 400, 405, 410, 431, 441, 445, 460, 461, 462, 471, 493, 494, 498, 499, 504, 505, 506, 517, 530

Efficience, 19, 34, 70, 96, 98, 328, 339, 383, 530

Etablissements publics de santé, 1, 2, 4, 15, 16, 29, 31, 33, 34, 45, 46, 47, 48, 51, 71, 78, 81, 85, 86, 92, 94, 95, 100, 109, 111, 138, 150, 152, 158, 170, 178, 213, 237, 259, 261, 265, 271, 272, 279, 280, 282, 287, 291, 292, 294, 315, 320, 321, 385, 391, 412, 472, 483, 487, 490, 509,륫518, 520, 534, 537, 561, 562, 563

F

Financement, 27, 33, 34, 41, 43, 80, 82, 83, 85, 111, 265, 266, 315, 316, 318, 320, 376, 389, 402, 417, 418, 536, 554

G

Gestion des conflits, 16, 25, 44, 50, 52, 172, 355, 413, 467, 496, 521

Gestion participative, 42, 194, 296, 297, 298, 313, 327, 330, 332, 341, 346, 353, 360, 362, 366, 371, 376, 377, 387, 392, 404, 405, 437, 448, 490, 505

Gratuité des soins, 29, 34, 48, 56, 70, 82, 84, 110, 118, 175, 182, 316, 319, 320, 418

H

Hôpitaux, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 47, 50, 67, 82, 85, 91, 99, 100, 127, 134, 139, 148, 150, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 170, 174, 188, 213, 249, 250, 271, 276, 282, 287, 331, 337, 357, 370, 382, 387, 389, 524, 526, 530, 535, 538, 545, 549, 554, 555, 556, 561, 563

I

Institutionnalisation, 52, 117, 296, 329, 338, 401, 408, 411, 488, 505

J

Judiciarisation, 54, 194, 412, 431, 433, 434, 435, 436, 504, 544, 545

Juge administratif, 72, 92, 124, 166, 180, 181, 227, 240, 241, 242, 243, 248, 250, 252, 254, 257, 258, 261, 264, 276, 277, 282, 287, 288, 290, 375, 452, 460, 462, 511, 513, 545

J**uge constitutionne**l, 62, 68, 70, 329, 546

Juge judiciaire, 180, 213, 218, 228, 236, 240, 250, 261, 508, 549

Jurisprudence, 49, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 72, 73, 123, 124, 130, 138, 165, 167, 179, 185, 187, 191, 192, 193, 197, 198, 199, 212, 213, 214, 218, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 239, 240, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 256, 257, 258, 268, 270, 271, 275, 277, 278, 280, 282, 287, 290, 429, 459, 489, 512, 524, 532, 534, 539, 542, 545, 548

L

Libéral, 28, 30, 31, 77, 86, 101, 103, 158, 181, 213, 240, 258, 381, 384, 438, 509, 521

Litige, 23, 24, 192, 241, 247, 295, 350, 411, 415, 417, 420, 452, 455, 458, 459, 461, 468, 485, 495, 499, 510, 514, 525, 544

M

Médiateur, 410, 413, 415, 417, 438, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 458, 459, 460, 470, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 502, 503, 504, 505, 507, 508, 509, 516, 517, 533, 535, 553, 555, 560, 562

Médiation judiciaire, 414, 438, 455, 457, 458, 459, 460, 468, 497, 508, 548

Médiation pénale, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 532, 533, 534, 539

O

Obligation, 28, 29, 43, 60, 69, 76, 77, 85, 89, 95, 108, 131, 134, 140, 143, 145, 147, 155, 161, 162, 163, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 197, 204, 209, 212, 215, 216, 219, 220, 221, 224, 225, 227, 229, 234, 236, 237, 245, 246, 247, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 273, 281, 282, 287, 290, 291, 302, 337, 346, 377, 400, 401, 421, 428, 429, 487, 490, 500, 502, 506, 508, 512, 525, 533, 535, 548, 549, 557

Ordre professionnel, 494, 499, 500, 501, 502, 504, 517

P

Planification sanitaire, 97, 523

Politique de santé, 74, 75, 76, 89, 154, 314, 318, 328, 336, 358, 363, 364, 380, 381, 384, 532, 542, 549, 552

Q

Qualité, 15, 18, 19, 33, 35, 47, 54, 55, 56, 57, 65, 66, 74, 79, 84, 90, 98, 100, 103, 106, 111, 113, 114, 120, 121, 131, 147, 149, 151, 152, 156, 158, 159, 161, 163, 165, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 177, 190, 193, 195, 198, 199, 202, 203, 204, 205, 209, 247, 249, 260, 271, 281, 282, 292, 295, 297, 299, 304, 321, 324, 328, 331, 333, 338, 339, 356, 359, 361, 369, 370, 379, 381, 382, 384, 385, 388, 390, 392, 393, 397, 403, 405, 407, 420, 423, 430, 437, 450, 451, 452, 470, 471, 477, 478, 479, 482, 489, 493, 496, 497, 500, 504, 505, 506, 518, 521, 526, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 543, 547, 549, 554

R

Régime juridique, 65, 79, 145, 147, 168, 172, 238, 254, 255, 394, 411, 445, 509, 534, 537

Règlement, 13, 23, 24, 25, 52, 120, 143, 145, 146, 147, 155, 170, 206, 214, 216, 265, 267, 269, 270, 294, 295, 309,

322, 349, 350, 351, 372, 382, 408, 410, 411, 412, 414, 415, 416, 417, 424, 430, 431, 433, 436, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 446, 455, 456, 458,릀461, 466, 468, 470, 473, 475, 476, 478, 480, 481, 483, 484, 485, 486, 488, 490, 491, 492, 504, 509, 510, 513, 514, 515, 517, 523, 524, 525, 526, 528, 535, 536, 538, 545, 553, 555, 557, 558

Résolution, 25, 48, 49, 52, 182, 294, 295, 296, 330, 351, 408, 410, 411, 412, 413, 415, 416, 424, 432, 436, 438, 441, 442, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 468, 471, 472, 474, 476, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 492, 498, 501, 502, 504, 509, 513, 514, 516, 517, 518, 521, 535, 536, 538

S

Service public, 19, 26, 27, 33, 63, 65, 69, 71, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 93, 95, 101, 121, 122, 128, 138, 140, 146, 147, 163, 170, 218, 239, 242, 249, 252, 254, 255, 257, 258, 261, 270, 275, 280, 281, 286, 287, 288, 289, 297, 301, 304, 305, 312, 353, 356, 372, 381, 383, 446, 523, 524, 526, 532, 537, 541, 556, 562

Structures privées, 33, 48, 77, 79, 96, 104, 109, 111, 158, 385

Système de santé, 15, 19, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 51, 52, 54, 56, 57, 64, 67, 70, 78, 79, 80, 81, 84, 90, 95, 97, 98, 101, 104, 106, 107, 108, 113, 114, 115, 116, 118, 130, 132, 141, 156, 160, 180, 188, 193, 195, 199, 203, 204, 265, 266, 292, 296, 297, 304, 313, 314, 317, 318, 319, 320, 328, 331, 332, 334, 335, 337, 338, 340, 353, 355, 356, 357, 358, 360, 361, 364, 367, 368, 369, 370, 371, 376, 377, 379, 380, 381, 382, 385, 386, 389, 390, 393, 397, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 407, 408, 411, 423, 437, 445, 468, 487, 505, 516, 517, 518, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 528, 530, 536, 539, 540, 543, 546, 548, 549, 554, 555

T

Territorial, 80, 97, 311, 374

Tiers, 85, 86, 124, 126, 128, 208, 218, 234, 253, 282, 323, 414, 415, 416, 417, 438, 444, 445, 455, 460, 478, 494, 502, 503, 508, 509, 510

U

Usager, 19, 21, 54, 122, 172, 182, 183, 193, 255, 281, 289, 297, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 306, 332, 333, 335, 338, 340, 353, 359, 364, 393, 396, 402, 407, 425, 429, 430, 520, 529, 530, 541, 543, 547, 551, 552

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....1

INTRODUCTION.....**3**

I. Le cadre de la recherche: Les conflits au prisme de la relation de soins.....5

1. La relation de soins.....5
2. La notion de conflit.....10

II. La contextualisation de la recherche.....14

1. Le système de santé algérien.....14
2. La loi de santé algérienne.....23

III. Exposé de la problématique de la recherche.....33

1. La problématique de la recherche.....33
2. L'approche retenue et les difficultés de la recherche.....37
3. L'annonce du plan.....39

Partie 1- Analyse des conflits opposant le malade à l'établissement public de santé. **42**

Titre 1 - L'accès aux soins et l'hospitalisation : premier moteur de conflits**.** 44

Chapitre 1 – L'accès aux soins appréhendé sous l'angle du conflit**.** 45

Section 1. Le droit d'accès aux soins: nature et portée complexes à identifier.....46

§ 1. Le droit d'accès aux soins: une congruence corrélée au droit à la protection de la santé.....46

A. Les bases juridiques du droit d'accès aux soins.....47

1. Le cadre constitutionnel du droit d'accès aux soins.....47

2. Le cadre légal du droit d'accès aux soins.....51

B. La nature protéiforme du droit d'accès aux soins.....55

1. L'accès aux soins: un droit exigible.....55

2. L'accès aux soins: une liberté protégée.....58

§ 2. Les contours du droit d'accès aux soins.....62

A. L'accès aux soins: un droit objectif universel.....63

1. Le droit d'accès aux soins et les politiques publiques de santé.....63

2. Le droit d'accès aux soins et la sécurité sociale.....72

B. L'accès aux soins: un droit subjectif catégoriel.....75

1. Des situations.....76

2. Des catégories.....80

Section 2. Les conflits inhérents à l'accès aux soins.....82

§ 1. L'inégalité territoriale dans l'accès aux soins.....83

A. accessibilité géographique et comportements d'accès.....83

B. le médecin référent, un verrou d'accès aux soins secondaires.....92

§ 2. La carence dans l'organisation de l'accès effectif aux soins……96
A. Lenteur dans les délais de rendez-vous et prise illégale d'intérêts……97
B. Parcours du malade et épuisement à s'orienter dans le système de santé……101
Conclusion du premier chapitre……106
Chapitre 2 – Le séjour et les prestations hôtelières appréhendées sous l'angle du conflit……108
Section 1. L'hôpital lieu, de soins et de vie: un cadre juridique et organisationnel aux enjeux complexes……109
§ 1.Séjour et droit au respect de la vie privée et des croyances……109
A. Le droit au respect de vie privée à l'épreuve de l'hospitalisation……110
1. Les facettes de la vie privée à l'hôpital: portée et limites……110
2. Le secret professionnel, clé de voûte du droit à la protection de la vie privée du patient……116
B. Le respect de la liberté du culte au prisme de l'hospitalisation……122
1. La liberté du culte dans le droit algérien : une liberté affirmée……122
2. La liberté du culte à l'hôpital : un encadrement au nom de la neutralité……126
§ 2.Séjour et droit à la sécurité……129
A. Risques cachés à l'hôpital, source de l'alourdissement du régime de responsabilité……129
1. Typologie du risque hospitalier……129
2. Le risque, une pénalisation de l'acte de gestion……131
B. L'obligation de sécurité à l'hôpital : un impératif de service public……135
1. Une règlementation sécuritaire pour garantir le bon fonctionnement de l'hôpital: une lacune dans le maillage législatif algérien……135
2. La démarche qualité : un outil d'action pour l'hôpital……139
Section 2. Les conflits inhérents au séjour et aux prestations hôtelières……141
§ 1. L'hôpital : un lieu en quête d'humanisation?……141
A. L'humanisation des hôpitaux : genèse et fortune d'une doctrine fondatrice……141
B. La déshumanisation, une particularité des établissements de santé algériens……147
§ 2. L'hôpital : un lieu devenu maltraitant ?……151
A. La « maltraitance » à l'hôpital, une notion peu définie dans le droit algérien……152
B. La maltraitance à l'hôpital: des pratiques répandues en Algérie……155
Conclusion du deuxième chapitre……162
Conclusion du premier titre……163
Titre 2 - Pratiques et actes médicaux : une techné ambiguë génératrice de conflits……165
Chapitre 1 – L'information et le consentement appréhendés sous l'angle du conflit……166
Section 1. Le droit à l'information : des problématiques juridiques autour de sa nature et sa finalité……167
§ 1. Le droit à l'information: une mue de la confiance dans la relation de soins ?……167
A. Une information précise……167
1. Un périmètre élargi……167
2. Un contenu formalisé……171
B. Une information limitée et encadrée……173

1. Des atténuations classiques……..174
2. Une preuve délicate……..178
§ 2. Le consentement du patient : une coopération par le droit……182
A. Consentement et expression de volonté……182
1. Les qualités d'un consentement valide……183
2. Le recueil du consentement et la planification des soins……187
B. Consentement et processus décisionnel……..191
1. La codécision en droit Algérien: un déplacement du pouvoir décisionnel vers le malade ?..191
2. Le privilège thérapeutique en droit algérien: un maintien du pouvoir décisionnel du médecin?……195
Section 2. Les conflits inhérents à l'information et au consentement……197
§ 1. Le défaut d'information : une faute à fondement original……198
A. La défaillance dans l'information : une faute d'humanisme……198
B. Le défaut de consentement: vers une pénalisation de la faute en droit algérien?……202
§ 2. Le défaut d'information : un préjudice spécifique……205
A. La perte de chances : un préjudice très peu appliqué en droit algérien……206
B. L'impréparation : un préjudice inconnu en droit algérien……211
Conclusion du premier chapitre……222
Chapitre 2 – L'échec thérapeutique et l'accident médical appréhendés sous l'angle du conflit….224
Section 1. Accident médical évitable et inévitable: nuances complexes entre deux régimes différents……225
§ 1. L'accident médical évitable: le maintien de la faute dans toute sa rigueur en droit algérien……225
A. La construction du régime de la responsabilité hospitalière pour faute en droit algérien…..226
1. Les principes du droit civil, un apport fondamental mais ambigu……226
2. Les principes du droit administratif, entre prolongements et innovations……230
B. L'appréciation jurisprudentielle de la faute hospitalière……233
1. L'empreinte de la distinction obligation de moyens et obligation de résultat……233
2. L'empreinte de la distinction faute lourde et simple……236
§ 2. L'accident médical inévitable……240
A. L'accident médical sans faute: une responsabilité d'exception en droit algérien……240
1. Les études cliniques : une exception légale introduite par la loi de santé……240
2. Les exceptions par détermination de la jurisprudence……245
B. L'aléa : de la notion de risque à celle de conséquences dommageables……250
1. Les prémices d'une solidarité nationale en droit algérien……250
2. Les applications de la notion d'aléa thérapeutique en droit français……253
Section 2. Les conflits inhérents aux accidents médicaux……258
§ 1. Patients à l'épreuve de la faute médicale : focus sur deux formes de faute……259
A. L'erreur de diagnostic, une prévalence en médecine de proximité……260
B. La faute dans l'exécution de l'acte médical, une prédominance en pratique hospitalière…..264

§ 2. La faute dans l'organisation de service, une faute à la jonction entre l'administratif et le médical……..269
A. La faute dans le fonctionnement de service……269
B. La faute dans l'organisation de service……..274
Conclusion du deuxième chapitre……278
Conclusion du deuxième titre……279
Conclusion de la première partie……280
Partie 2- Construction d'outils de règlement des conflits opposant le malade à l'établissement public de santé……282
Titre1- L'expression collective et la pratique participative: une solution prometteuse……284
Chapitre 1 – La pratique participative dans la prise de décision sanitaire en Algérie: un dispositif timoré……285
Section 1. La pratique participative dans la décision sanitaire: état des lieux et formalisation en droit algérien……286
§1. Une formalisation dérivée de la participation citoyenne dans la décision administrative……286
A. La formalisation de la notion de citoyen pour qualifier juridiquement l'administré……287
1. Le développement de la notion d'usager……287
2. Le développement de la notion de citoyen……291
B. La formalisation de la notion de participation pour qualifier l'implication du citoyen à la décision administrative……294
1. La participation dans la Constitution algérienne……294
2. La participation dans les textes contemporains algériens……297
§2. Une formalisation à l'état embryonnaire dans le secteur de la santé……301
A. Les assises nationales de la santé: une forme d'expression de la parole citoyenne……302
1. Deux éditions : deux contextes différents mais une démarche similaire……302
2. La portée de ces deux concertations majeures……307
B. La représentation dans les conseils d'administration : une modèle d'une participation à la compétence……308
1. Le conseil d'administration : cadre et fonctionnement……308
2. Déséquilibres et effets sur la qualité de la participation des membres à la prise de décisions……312
Section 2. La pertinence d'une formalisation renforcée de la pratique participative dans le secteur sanitaire en Algérie……315
§ 1. Attentes et enjeux……315
A. La diversité et la complexité des enjeux en Algérie……316
1. La participation, une solution démocratique pour une cohésion sociale……316
2. La participation, une solution managériale pour une gestion optimisée……319
B. Le retour sur les expériences étrangères: un argument à l'appui……321
1. Diversité des concepts et des modalités de mise en œuvre, convergence des procédés……322
2. Quels enseignements de ces expériences ?……327

§ 2. Des facteurs sociologiques en faveur de cette formalisation……329
A. *As-shoûra*, une pratique musulmane qui préfigure la concertation publique……329
1. *As-shoûra* dans la gouvernance islamique……329
2. Les principes d'*As-shoûra*……332
B. *Tajmaith*, une coutume algérienne ancestrale germe de la gestion participative……334
1. La gouvernance villageoise……334
2. Pouvoirs et missions……338
Conclusion du premier chapitre……341
Chapitre 2 – La participation citoyenne à la prise de décision sanitaire en Algérie: vers la rénovation approfondie du dispositif……343
Section 1. La mise en place d'un cadre formel de la participation citoyenne dans le système de santé algérien……344
§ 1. L'ancrage d'un cadre légal de la pratique participative en santé……344
A. Un nouveau bloc juridique en faveur de cette pratique……344
1. Une législation cadre pour fonder les droits collectifs des patients……345
2. Des normes lisibles pour consolider la pratique participative……348
B. Une définition porteuse de l'identité de cette pratique……349
1. Des modes participatifs ou représentatifs ?……349
2. Des processus consultatifs ou délibératifs ?……351
§ 2. L'identification des acteurs et la sécurisation de la participation citoyenne en santé……352
A. Les acteurs de cette participation……352
1. Les associations de patients……352
2. Les associations de consommateurs et les associations de bénévoles……356
B. Le dispositif d'agrément, un outil de sécurisation de cette participation……359
1. L'agrément, une garantie légitime……359
2. La transparence des liens économiques entre associations et industries pharmaceutiques……365
Section 2. La mise en œuvre de la gouvernance participative dans le système de santé algérien: dynamiques de participation et de représentation……367
§ 1. Les diverses façades de la participation……368
A. La participation à visée de consultation stratégique……368
1. Une assemblée nationale pour la santé : clé de voûte de la structuration nationale……368
2. La déclinaison en instances régionales et locales……371
B. La participation de proximité……374
1. La participation aux organes de décision des établissements de santé……374
2. Les formes de participation alternatives aux organes de décisions……377
§ 2. Les multiples conditions de la représentation……381
A. Une disponibilité et une attractivité essentielles……382
1. Des autorisations d'absence et des aménagements pour les personnes actives……382
2. La reconnaissance d'un statut juridique du travail bénévole……385

B. Une formation et une efficacité indispensables……388
1. Instaurer une obligation de formation……388
2. Contenu, acteurs impliqués et approches pédagogiques……391
Conclusion du deuxième chapitre……395
Conclusion du premier titre……396
Titre2- Le règlement amiable des conflits en matière médicale: une nouvelle forme de justice…398
Chapitre 1 –Le règlement amiable des conflits en matière médicale en droit algérien: un dispositif spécifique inexistant……399
Section 1. La pertinence de la création d'un dispositif spécifique de règlement amiable des conflits médicaux en droit algérien……400
§ 1. L'originalité du dispositif de règlement amiable à créer en droit algérien……400
A. Un dispositif fondé sur une démarche de médiation……400
1. La médiation : un flou conceptuel persistant……401
2. La nécessaire distinction avec les autres modes alternatifs de règlement des conflits……403
B. Un dispositif excluant la démarche d'indemnisation amiable des accidents médicaux non fautifs……405
1. Le fond d'indemnisation amiable: un préalable de valeur manquant……406
2. L'expertise médicale : une réforme prérequise……408
§2.L'intérêt de la médiation dans le règlement des conflits en matière médicale……412
A. Un mécanisme adapté à la nature de l'activité de soins……412
1. Un mécanisme adapté à la dimension humaine du conflit……412
2. Un mécanisme fondé sur l'autonomie de la volonté, un principe fondateur dans la relation de soins……415
B. Un mécanisme de déjudiciarisation de l'activité de soins……419
1. Au-delà de la déjudiciarisation, un mécanisme de dépénalisation de l'activité de soins…..419
2. Un mécanisme de prévention du contentieux……424
Section 2. Panorama des formes et des pratiques de médiation en droit algérien……425
§ 1. La médiation extrajudiciaire en droit algérien: un cadre législatif modeste……426
A. La médiation du travail: une faible place en droit algérien……426
1. La libéralisation du droit du travail en Algérie: rappel de quelques concepts……426
2. La médiation du travail en droit algérien: mode alternatif ou recours préalable ?……430
B. Le médiateur de la République : une expérience de médiation institutionnelle……433
1. Portrait de l'institution en droit algérien……433
2. Une pluralité de pratiques et un engouement de la population……438
§ 2. La médiation judiciaire en droit algérien : un succès limité……443
A. La médiation judiciaire civile et administrative en Algérie: une étape obligatoire du procès……443
1. La médiation judicaire civile en droit algérien: une avancée timide……443
2. La médiation judiciaire administrative: une consécration ambigüe……448
B. La médiation judiciaire pénale en Algérie: une mesure alternative aux poursuites……450

1. La médiation pénale en droit algérien: une émergence tardive……450
2. Le déroulement du processus de médiation pénale……453
Conclusion du premier chapitre……456
Chapitre 2 – Le règlement amiable des conflits en matière médicale en droit algérien: vers la création d'un dispositif spécifique……458
Section 1. Le fonctionnement du dispositif de médiation en santé: une simplification nécessaire……459
§ 1. Les conditions d'accès à la procédure de médiation……459
A. Les conditions tenant à la nature des événements couverts……460
1. La condition d'imputabilité……460
2. Le critère de gravité……462
B. Les conditions ratione personae……465
1. La détermination de la personne pouvant déclencher la procédure de médiation……465
2. La conception extensive de la victime par ricochet en cas de maladie transmissible……468
§ 2. Les instances et les modalités de déroulement de la procédure de médiation……471
A. Les organismes de la procédure……471
1. Le caractère juridique des organismes de médiation……471
2. Fonctionnement des organismes de médiation……474
B. Les phases et modalités de déroulement……476
1. La phase de saisine……476
2. La phase de recevabilité de la demande et traitement du dossier……479
Section 2. L'encadrement juridique du dispositif de médiation en santé: un équilibre délicat….481
§ 1. La délimitation des contours juridiques du statut du médiateur en santé……482
A. L'identification de la forme d'exercice et des conditions de désignation du médiateur……482
1. Le médiateur en santé: Une profession à reconnaître……483
2. La détermination des modalités de désignation du médiateur……486
B. L'édification de règles déontologiques et de normes d'observation……487
1. L'institution d'un ordre professionnel……488
2. La création d'un observatoire de médiation……492
§ 2. La fixation de normes procédurales de la médiation……493
A. Normaliser la médiation par des protocoles……493
1. Les protocoles de médiation en santé: la valeur des règles……494
2. Des gains évidents mais des dérives sous-jacentes……496
B. L'articulation de la médiation avec les procédures contentieuses……498
1. L'instauration d'un recours préalable obligatoire……498
2. L'élaboration des règles relatives aux délais de prescriptions……503
Conclusion du deuxième chapitre……504
Conclusion du deuxième titre……505
Conclusion de la deuxième partie……506
Conclusion Générale……508

BIBLIOGRAPHIE……511
TABLE DES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES…… 542
INDEX ALPHABETIQUE……552