

AUTEUR-E-S
Chiraz ZEGHDAR,
Myriam BARON,
Stéphane RICAN

L'agglomération de Constantine (Algérie) au prisme de la territorialisation sanitaire

RÉSUMÉ

Le système de soins algérien se caractérise par une organisation duale : une partie publique dépendant directement du pouvoir central et fortement hiérarchisée ; une partie privée jouissant d'une liberté d'installation tant en termes de spécialités qu'en termes géographiques. À travers l'exemple de la *wilaya* de Constantine, qui abrite la 3^e ville du pays – seule métropole de l'intérieur –, la territorialisation sanitaire est examinée à des niveaux fins, qui soulignent que les enjeux auxquels doit faire face ce système de santé ne se résument pas uniquement à une différenciation Nord / Sud et/ou urbain / rural. Dans cette *wilaya* très urbanisée, les dynamiques récentes du secteur privé remettent au premier plan les défiances des habitants vis-à-vis du secteur public de santé, mais aussi les inégalités d'accès à des soins variés dans leurs dimensions sociales et territoriales, même si les pratiques déclarées par ces mêmes habitants semblent plus nuancées.

MOTS CLÉS

offre de soins, planification sanitaire, territoires, Constantine

ABSTRACT

The Algerian healthcare system is characterised by a duality in its organisation: public, directly dependent on the central power and with a strong hierarchy; private with freedom of installation both in terms of specialties and in terms of geography. Through the example of the *wilaya* of Constantine, which shelters the 3rd city of the country –only metropolis of the interior–, the health territorialisation is examined at fine levels, which underlines that what is at stake for this health system is not just a North/South and urban/rural differentiations. In this highly urbanised *wilaya*, the recent dynamics of the private sector bring to the fore the doubts of the inhabitants vis-à-vis the public health sector, but also the inequalities of access to various care in their social and territorial dimensions, even if the practices declared by these same inhabitants seem more nuanced.

KEYWORDS

Provision of care, Health planning, Territories, Constantine

INTRODUCTION

S'intéresser au système de santé algérien aujourd'hui conduit certes à tenir compte du mouvement d'urbanisation continue, de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la population, qui imposent de nouvelles contraintes dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Mais les événements qui ont débuté au mois de février 2019 ont révélé une profonde crise de confiance de la société algérienne envers le régime en place et ses institutions, dont le système de soins. Les reportages effectués dans les hôpitaux, les enquêtes sur le rapport aux soins, les mouvements sociaux dans le secteur public de la santé, une épidémie de choléra en 2018 (Dris-Aït Hamadouche, 2019) soulignent le manque de moyens d'un système public exsangue. Tout ceci renvoie l'image d'un système peu à même de gérer les inégalités qui traversent la société algérienne (Bouledroua, 2010). Par ailleurs, l'affirmation du secteur privé depuis la fin des années quatre-vingt se traduit par de nouvelles logiques d'implantation, le secteur privé n'étant pas tenu aux mêmes obligations ou contraintes que le secteur public (Eliot, 2016; Mobillion, 2018). Pour autant, l'offre privée est-elle en capacité de pallier les carences de l'offre de soins publique? Constitue-t-elle une offre complémentaire ou concurrentielle de l'offre publique? Une analyse menée sur la répartition spatiale de l'offre de soins ainsi que sa perception par les habitants de la *wilaya* de Constantine, qui abrite la 3^e ville du pays considérée comme la capitale de l'Est algérien, permet de montrer les fortes disparités pouvant être observées au sein de l'espace urbain algérien.

1. UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ FORTEMENT HIÉRARCHISÉ

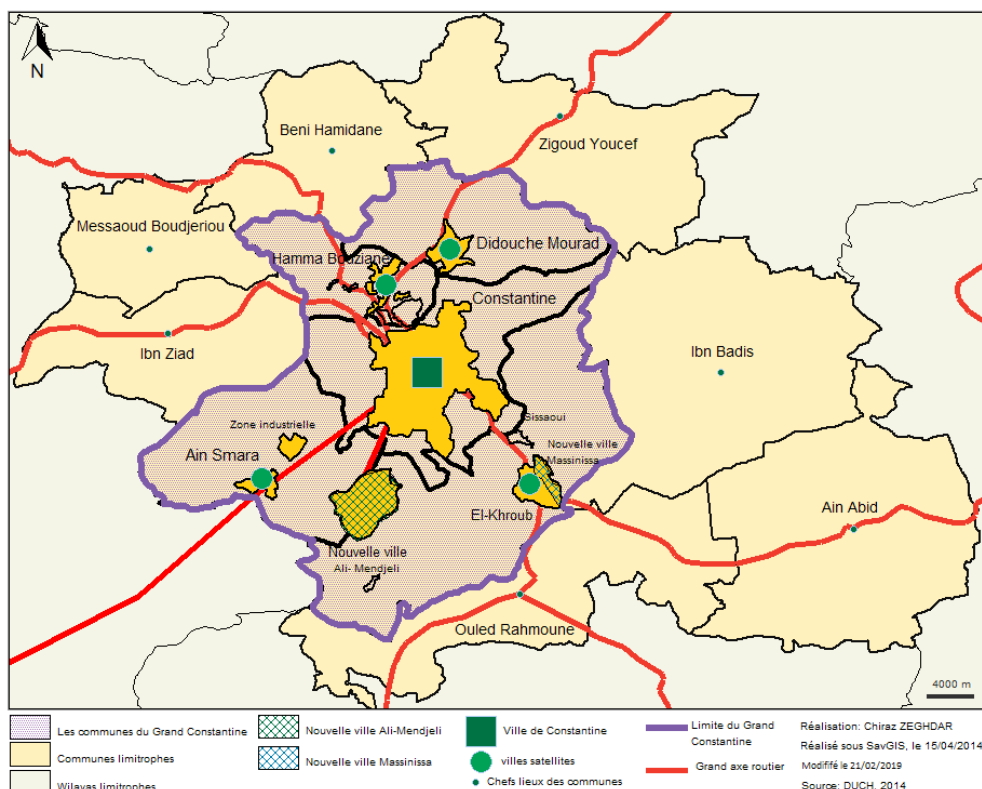
L'organisation territoriale du système de soins en Algérie est marquée par une forte hiérarchisation, adossée à une organisation administrative caractérisée par une forte centralisation. De plus, la décision de l'étatisation du système de santé en 1984, avec une mainmise de l'État sur la sécurité sociale et les structures dispensant des prestations de soins, a marqué un tournant dans l'organisation du système de santé (forte centralisation et organisation pyramidale). Ce système est également marqué par l'expérience de la gratuité des soins (Guillermou, 2003) et de son échec relatif expliqué en partie par le manque de relais auprès de la population, une santé préventive délaissée et une délégation des questions de santé aux seuls professionnels de la santé (Oufriha, 1988).

Le système public de santé se décline ainsi en trois niveaux de recours. Le premier niveau concentre les soins de premier recours et englobe les médecins généralistes qui assurent l'orientation du patient dans le circuit des soins. Les prestations de soins sont assurées dans des unités de soins, des centres de santé et des polycliniques. Les soins de deuxième recours, dispensés par des médecins spécialistes, sont assurés au sein des établissements public hospitalier (EPH). Le troisième niveau de recours concerne les prestations de soins hautement spécialisées qui sont assurées dans les centres hospitalo-universitaires (CHU). À chacun de ces niveaux correspond une sectorisation adossée au découpage administratif algérien. Cette organisation administrative très centralisée est issue d'une volonté de contrôler mais aussi de diminuer les déséquilibres existant entre l'Algérie du nord densément peuplée, concentrant les activités économiques, et l'Algérie du sud faiblement peuplée. Elle garantit un contrôle territorial fort sur la planification sanitaire, qui se fait de façon pyramidale et suit la hiérarchie administrative. Les polycliniques et les centres de soins sont ainsi distribués sur l'ensemble des communes, en zones urbaine et rurale, les EPH sont implantés dans les chefs-lieux de commune. Quant aux CHU et aux EHS (établissements hospitaliers spécialisés), ils ne sont implantés que dans les chefs-lieux des *wilayas*.

2. STRUCTURATIONS SPATIALES DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC DANS LA WILAYA DE CONSTANTINE

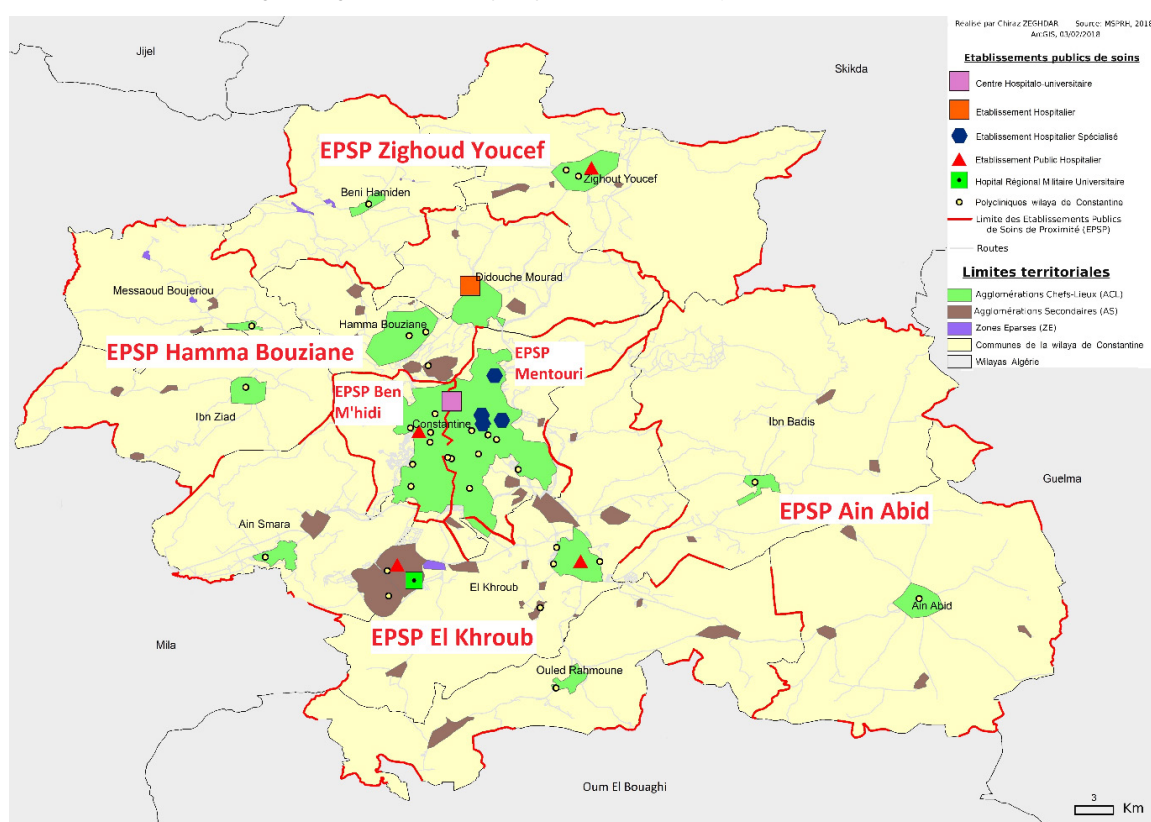
La *wilaya* de Constantine n'échappe pas à cette organisation. Avec un peu plus d'un million d'habitants en 2015, dont plus de la moitié dans la seule ville de Constantine, cette *wilaya* a connu une forte croissance démographique après l'indépendance. Afin de faire face à cette augmentation de population et de résorber l'habitat précaire, les autorités publiques ont reporté cette croissance sur les villes satellites et en périphérie des agglomérations à partir de la fin des années 1990. C'est ce qu'illustre la création *ex nihilo* de la ville nouvelle Ali Mendjeli notamment, à cheval sur les communes d'El-Khroub et d'Aïn Smara, habitée par 200 000 habitants aujourd'hui, ou encore celle de la ville nouvelle de Massinissa (fig. 1).

Figure 1. Constantine et les villes satellites



Dans un tel contexte et face à de tels défis pour garantir la santé des habitants, le secteur public est encore largement majoritaire dans la *wilaya* dans la mesure où il représente 82 % de l'offre de soins. Cette dernière se décline en deux niveaux de structures de soins : 10 structures d'hospitalisation et 6 structures de soins de proximité (fig. 2). Les structures d'hospitalisation dépendent du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC), qui assure plus de la moitié des journées d'hospitalisations et des admissions hospitalières. Au CHUC s'ajoutent 1 établissement hospitalier (EH), 4 établissements publics hospitaliers (EPH) – El Bir, El-Khroub, Ali Mendjeli et enfin Zighoud Youcef –, sans oublier les 4 établissements hospitaliers spécialisés (EHS) – chirurgie cardiaque, mères et enfants, uro-néphrologie et enfin psychiatrie – avec une capacité totale de 2 969 lits soit un indice de 1 lit pour 331 habitants. La *wilaya* est caractérisée par les ratios d'1 polyclinique pour 28 948 habitants et 1 salle de soins pour 7 937 habitants, tandis que l'agglomération constantinoise d'1 polyclinique pour 31 839 habitants et 1 salle de soins pour 22 373 habitants, ce qui rend compte d'une situation moins favorable que la moyenne nationale dont le ratio est d'1 polyclinique pour 25 000 habitants et 1 salle de soins pour 6 000 habitants. Dans la *wilaya* de Constantine, la très forte concentration des populations dans la ville capitale et la politique brutale de résorption de l'habitat informel n'ont pas été accompagnées de mesures permettant de réduire les vulnérabilités sociales des populations (Benlakhlef & Bergel, 2019), comme l'atteste la distribution des infrastructures sanitaires (fig. 2).

Figure 2. Organisation de l'offre publique de soins dans la *wilaya* de Constantine en 2016



Les 6 secteurs sanitaires de la *wilaya* de Constantine ont chacun un hôpital de référence. L'EPH de Constantine « El Bir » couvre toute la *wilaya* de Constantine. L'EPH d'El-Khroub couvre quatre communes : El-Khroub, Ouled Rahmoune, Aïn Abid et Ibn Badis. L'EPH de Zighoud Youcef couvre la population de six communes à savoir Zighoud Youcef, Beni Hamidane, Didouche Mourad, Hamma Bouziane, Messaoud Boudjeriou et Ibn Ziad. L'EPH d'Ali Mendjeli reste particulier car il couvre à la fois la population d'Aïn Smara et une partie de la commune d'El-Khroub. Chaque commune de l'espace urbain constantinois dispose d'un EPH à l'exception de Hamma Bouziane qui est administrativement couverte par l'EPH Zighoud Youcef situé dans la commune éponyme. La carte sanitaire de la *wilaya* de Constantine, caractérisée par des découpages particuliers et des structures de soins très emboîtées, s'avère non seulement complexe mais aussi contraignante. Elle suppose que les usagers connaissent parfaitement les différents professionnels et structures hospitalières dont ils dépendent. Or, les « accidents », dont la presse constantinoise se fait régulièrement écho, montrent qu'il n'en est rien. Il suffit pour s'en convaincre de reprendre les propos de Lakrimi dans le journal *Liberté Algérie* du 21 novembre 2018, qui soulignent combien le système de santé algérien reste inéquitable et la qualité des soins non satisfaisante, comme l'illustre la fermeture en 2015 du service de maternité du CHU de Constantine à la suite de

la diffusion d'un reportage sur la situation dégradante dans les hôpitaux publics¹. La méconnaissance de la carte sanitaire et de son fonctionnement participe ainsi de la défiance d'une partie des populations, qui sont convaincues qu'un rendez-vous ou une prise en charge dans un hôpital public ne peuvent être obtenus sans réseau de connaissances.

3. UNE OFFRE DE SOINS PRIVÉE PLÉBISCITÉE PAR LA POPULATION ?

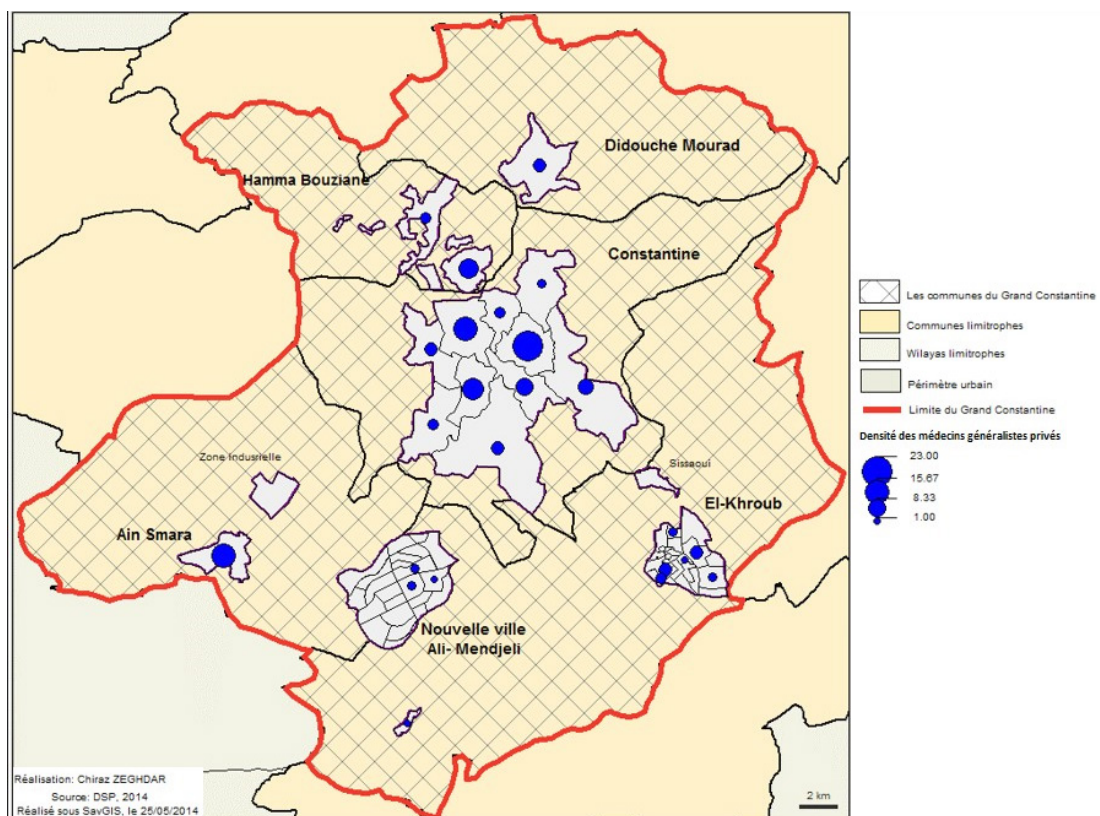
Dans le même temps, les habitants de la ville et de la *wilaya* de Constantine semblent de plus en plus nombreux à considérer très favorablement les implantations du secteur privé. Or, ce dernier ne représente que 8% de l'offre de soins générale dans la *wilaya*, même si la crise économique des années 1990 et les pressions des organisations financières pour la libéralisation des secteurs économiques ont participé à son développement, entraînant le système de santé dans un système dual.

Le déploiement de l'offre de soins privée dans la *wilaya* a été facilité par la centralisation de l'offre de soins publique spécialisée et hautement spécialisée dans la ville de Constantine et la prolifération de l'offre de soins de base dans l'ensemble de la *wilaya*. C'est ainsi que le secteur privé totalise dix cliniques, dont 8 dans la seule ville de Constantine, et 2 dans la ville d'El-Khroub. 60% sont des cliniques médico-chirurgicales, 20% des cliniques d'ophtalmologie, 10% de diagnostic et 10% d'obstétrique et de chirurgie générale. De plus, 14 projets sont en cours de réalisation, dont 10 dans la ville de Constantine avec un taux d'achèvement qui varie de 10 à 100%. Ces cliniques ont eu tendance à investir l'agglomération constantinoise en fonction à la fois du principe de centralité mais aussi des opportunités foncières. Le but a toujours été de se greffer sur la trame qui structure le réseau de l'offre de soins publique. La double activité des médecins, exerçant simultanément dans les deux secteurs, public et privé, est ainsi fréquente.

Ces dernières années ont été marquées par une surconcentration des cliniques dans la ville de Constantine et plus précisément dans le secteur urbain de Zouaghi. Ce dernier a la particularité d'être proche de l'aéroport de Constantine et bénéficie d'une disponibilité foncière qui a permis de déployer une offre de soins privée conséquente, en accord avec certains responsables politiques.

Concernant l'offre de premier recours, l'opposition entre le centre bien doté et la périphérie moins bien dotée est nette. La densité des médecins généralistes dans la *wilaya* est estimée à 1.61 pour 10 000 habitants ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale (1,21 médecins pour 10 000 habitants). Cette densité cache

Figure 3. Distribution des médecins généralistes au sein de l'agglomération de Constantine en 2016



¹ www.algerie-focus.com/2015/07/video-la-maternite-de-lhopital-de-constantine-une-veritable-horreur/amp/?2015/07/video-la-maternite-de-lhopital-de-constantine-une-veritable-horreur, www.huffpostmaghreb.com/2015/07/21/chu-constantine_n_7842262.html, et www.huffpostmaghreb.com/2016/07/28/maternite-chu-reouverture_n_11246550.html, consulté le 18/09/2019.

toutefois des disparités infracommunales (fig. 3). Nous retrouvons une surconcentration des médecins généralistes (81) dans la ville de Constantine. Les deux villes d'Aïn Smara et d'El-Khroub comportent respectivement 14 et 16 médecins généralistes. Cette concentration se confirme pour l'offre en chirurgiens-dentistes et, dans une moindre mesure, pour l'offre infirmière et l'offre pharmaceutique. Les villes nouvelles d'Ali-Mendjeli et de Massinissa sont à l'inverse très peu dotées en offre libérale (respectivement 5 et 6 médecins généralistes) confirmant leur manque d'équipement. Au cœur même des villes, nous constatons également de fortes disparités infra-urbaines. Ainsi, à Constantine, au sein des différents secteurs urbains qui composent la ville, les médecins généralistes sont très inégalement répartis dans la mesure où ils se concentrent majoritairement dans le centre-ville: 14 à Sidi Rached et 24 à Sidi Mabrouk.

CONCLUSION

La *wilaya* et la ville de Constantine renvoient l'image d'un système de soins non seulement dual mais aussi et surtout complexe. L'émergence du secteur privé à la fin des années 1980 s'est accompagnée, comme dans d'autres métropoles algériennes telles Annaba et Oran et comme partout dans le monde, d'une concentration de l'offre de soins et d'un renforcement des inégalités d'accès aux soins.

Parallèlement on note un attachement des populations à leurs structures de soins, comme à l'EPH d'El Bir, qui a vu la réduction de son offre de soins et le projet de sa fermeture annulés suite au mouvement de protestation mené par la population locale malgré la présence d'alternatives à proximité.

Cet exemple nuance les travaux de Bouledroua (2010). Selon lui, le fonctionnement actuel du système de soins algérien contribue au développement de mécanismes formels et informels d'accès aux soins fortement inégalitaires qui se surajoutent aux inégalités déjà constatées au niveau de l'état de santé lui-même. Ces inégalités d'accès aux soins se traduisent par les difficultés qu'éprouvent certaines catégories sociales dans la satisfaction de leurs besoins de santé (de soins) du fait de leur incapacité à mobiliser les ressources économiques nécessaires, mais surtout à mobiliser le capital relationnel qui garantit cet accès à un système de soins plutôt gratuit ou peu coûteux. Tout laisse à penser que ces deux formes d'inégalité d'accès aux soins (par l'argent et par la relation) sont plutôt cumulatives et exacerbent les inégalités sociales en matière de santé. De même, une première phase d'enquête, menée de décembre 2018 à mars 2019 dans différents lieux de l'agglomération constantinoise et quelques communes périphériques, ne confirme pas une défiance des populations envers le service de santé publique. Si 31 % des personnes affirment avoir recours aux professionnels de la santé dans les cabinets privés, plus de 43 % se dirigent d'abord vers une structure publique (respectivement 23 % vers les établissements publics de soins de proximité (EPSP), 12 % vers les EPH et 8,5 % CHU). Toutefois, près de 17 % des personnes qui ont répondu au questionnaire disent pratiquer l'automédication, ce qui pourrait être interprété certes comme une défiance vis-à-vis du secteur public mais aussi comme un manque de moyens pour accéder au secteur privé.

RÉFÉRENCES

- Benlakhlef B., Bergel P., 2019, « Construire trois millions de logements en Algérie (1999-2018). Une politique audacieuse qui oublie les citoyens ? », *Métropolitiques* [en ligne : www.metropolitiques.eu/Construire-trois-millions-de-logements-en-Algerie-1999-2018.html].
- Bouledroua A., 2010, « L'accès aux soins en Algérie. Éléments pour une problématique sociologique du fait sanitaire », *Revue des sciences humaines*, n° 33, p. 7-16.
- Dris-Aït Hamadouche L., 2019, « Algérie 2018. Une mobilisation générale pour une élection particulière », *L'Année du Maghreb*, n° 21, p. 217-230.
- Eliot E., 2016, « Une approche spatiale des instruments de l'action publique: l'exemple des réformes du secteur de la santé en Inde », *Annales de géographie*, n° 708, p. 193-212.
- Guillermou Y., 2003, « Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience algérienne », *Sciences sociales et santé*, 21(2), p.79-108.
- Mobillion V., 2018, « Idéologie et pouvoirs en République démocratique populaire Lao. Enseignements tirés d'une lecture géographique du système de soins », *Cybergeo* [en ligne : journals.openedition.org/cybergeo/29097].
- Oufriha F. Z., 1988, « Essai sur le système de soins en Algérie », *Cahiers du CREAD*, n° 13, p. 60-75.

LES AUTEUR·E·S

Chiraz Zeghdar

Université Paris Est – Lab'Urba
nadine_arch04@hotmail.fr

Myriam Baron

UPEC – Lab'Urba
myriam.baron@u-pec.fr

Stéphane Rican

Université Paris Nanterre – Ladyss
srican@parisnanterre.fr