

L'accès aux soins en Algérie

Eléments pour une problématique sociologique du fait sanitaire

Résumé

Cet article pose, à travers une problématique de la distribution des soins en Algérie, la question des inégalités produites et/ou reproduites dans le champ de la santé. Ces inégalités doivent être étudiées, au delà de la dimension économique qui ne les explique seulement qu'en partie, à la lumière des logiques sociales propres à la société algérienne.

La gratuité des soins n'exclue pas *a priori* de penser que les couches sociales qui peinent à accéder aux soins du secteur public et parapublic, du fait de leurs incapacités à mettre en œuvre des stratégies formelles et informelles d'accès efficaces, même si ces soins sont gratuits ou peu coûteux, soient celles-la mêmes qui éprouvent des difficultés face à cette médecine privée du fait de l'érection lente mais sûre du mur de l'argent.

Abdelkrim BOULEDROUA
Faculté des Sciences Humaines
et Sociales
Université Mentouri
Constantine (Algérie)

Introduction

Le champ de la santé n'a été que timidement et tardivement investi par la sociologie, bien après la science économique, situation tout à fait compréhensible quand on considère la relation entre la naissance d'un champ scientifique avec les conditions sociales (historiques) de sa naissance. La sociologie n'est apparue, donc, dans le domaine de la santé que lorsque la science économique ne pouvait aller au-delà de ses propres limites épistémiques : la recherche de la rationalité économique dans le domaine de la santé (1).

On notera, dans cette perspective économique, les travaux de Jérôme Dumoulin (2) sur la dynamique de soins et sur la classification des unités de soins, ainsi que ceux de G. d'Estaing de Bernis (3), Joseph Brunet-Jailly (4) et Etienne Barral (5). En Algérie aussi, la part de l'économie (parmi

ملخص

يطرح المقال إشكالية توزيع الخدمات العلاجية من خلال قضية اللامساواة في المجال الصحي. عند دراسة هذه اللامساواة يجب الإهتمام بالميكانيزمات الرسمية وغير الرسمية في الحصول على الخدمات العلاجية نظرا لعلاقتها بالمنطق الاجتماعي العام المتبع من قبل المجتمع الجزائري الذي يسيطر فيه منطق الربيع والممارسات غير الرسمية، دون إهمال البعد الاقتصادي الذي يتدخل في تفسير هذه الإشكالية جزئيا.

إن استمرارية مجانية العلاج يجعل الفئات الاجتماعية التي تواجه صعوبات في الحصول على خدمات علاجية في القطاع العمومي والشبه العمومي لعدم قدرتها في إيجاد استراتيجيات رسمية وغير رسمية ناجعة في الحصول على هذه الخدمات المجانية أو ضئيلة الكلفة، هي نفسها التي تواجه صعوبات في الحصول على خدمات علاجية في القطاع الخاص للارتفاع المستمر لتكاليف العلاج في هذا القطاع.

les disciplines non médicales) reste la plus grande et se révèle, entre autres, par les communications et les études faites dans le cadre du C.R.E.A.D. (6) qui a consacré au moins 4 numéros de sa revue *Les cahiers du C.R.E.A.D.*(7) à l'économie de la santé, sans compter les articles dans les autres numéros avec une participation soutenue de Fatma-Zohra OUFRIHA (8).

L'approche proprement sociologique est développée par Martine Bungener (9), et surtout Antoinette Chauvenet (10). En Algérie, l'étude la plus novatrice est celle du sociologue M. Safar Zitouni (11) résultat d'une enquête

réalisée au C.R.E.A.D. à partir d'un appel de recherche de l'A.N.D.R.S. (12) paru en 2000, cette étude évalue « la nature des relations qui se nouent entre les différents éléments constitutifs d'un système d'offres de prestation de soins et des structures particulières de demande sociale de ces soins ». L'enquête a mis en exergue l'influence de variables intermédiaires qui ont été regroupées en trois grande catégories : celles relatives au mode d'inscription des individus demandeurs de soins dans des structures d'appartenance familiale, communautaire ou professionnelle ; celles relatives à l'inscription de ces même individus dans un espace urbain structuré et hiérarchisé exerçant des contraintes physiques d'accès et celles relatives enfin à la mise en place d'un certain nombre de règles formelles ou informelles d'accès qui définiraient ce que l'on pourrait appeler un système de ressources sociales immatérielles que les gens mobiliseraient au gré de leurs besoins dans des stratégies individuelles et /ou collectives. La combinaison de ces trois dimensions recouvre toutes les situations concrètes et spécifiques mettant en relation des offreurs et des demandeurs de soins dans les configurations les plus diversifiées.

Entre l'approche économique qui a prévalu jusque-là et l'incursion récente des sociologues dans le domaine de la santé, il ne faut pas omettre les précieuses contributions de l'*anthropologie* (13), ayant pour objet la prise en charge de la folie et de la maladie dans les sociétés archaïques (14), de la *philosophie* ayant comme principale question la remise en cause des système occidentaux de la prise en charge de la maladie (cf. Guy Caro (15), Jean-Charles Sournia (16), mais surtout Ivan Illich (17) qui a mis l'accent sur la « démesure » du système de santé dans les pays capitalistes) et de la *démographie* qui a mis en relief, de façon définitive, la relation entre classes sociales et mortalité (18).

Les enquêtes sur les fléaux sociaux sanitaires (alcoolisme, tabagisme, surmortalité) réalisées par l'I.N.S.E.R.M. (19) et l'O.M.S.(20) pour certains pays en voie de développement, méritent aussi d'être signalées. En France, pays connu pour sa longue tradition de recherche sur la santé (21) se donnant pour finalité la dénonciation de l'injustice, la reconnaissance et la mesure des inégalités devant la maladie, il est utile de mentionner les enquêtes nationales réalisées par le C.R.E.D.O.C.(22) et l'I.N.S.E.E. (23) en 1970, 1980 et 1993. Toutes ces études, qu'elles soient globales ou centrées sur

un risque particulier, aboutissent toutes, avec plus au moins de précision, au constat général que l'état de santé est, en dehors des risques spécifiques directs, fonction des conditions de vie et des conditions socio-économiques en particulier, comprises comme risques indirects.

Bien que ce champ de connaissance demeure pratiquement vierge en Algérie, il est possible de s'engager dans cette voie de recherche en tenant compte des principales conclusions des recherches dans le domaine de la santé menées jusqu'ici pour interroger la réalité algérienne. Cependant, une difficulté surgira : comment rendre compte d'une réalité hybride, à cheval sur une logique du mode de production capitaliste et des restes d'organisation sociale mêlés de culture égalitariste socialiste qui n'a pas dominé et les résidus d'une société qui n'est pas totalement entrée dans la modernité. La tâche est ardue, voire périlleuse, dès lors qu'elle ne vise pas à confirmer la justesse de telle ou telle théorie sociologique mais d'essayer de rendre compte d'une telle réalité *avec des instruments qui sont eux mêmes à produire.*

1. Le fait sanitaire en Algérie : un fait social total... en transition

La santé est une « dimension », une « modalité d'existence » des individus, des classes sociales, de la société entière. A ce titre et comme fait social total, elle reproduira, en son sein, sous des formes qui lui sont particulières ou spécifiques, les contradictions et les inégalités inhérentes à la société dans son ensemble.

La réalité sanitaire algérienne est un *fait social total* au sens elle révèle les caractéristiques de la société algérienne en tant que société en voie de stratification, distribuant, selon sa propre logique et de façon inégalitaire, les bienfaits du développement. En effet, la réalité sanitaire en Algérie est très complexe. Son analyse est d'autant plus malaisée que c'est là un domaine « où la causalité n'est pas linéaire et cartésienne mais circulaire et dialectique » pour reprendre ici une expression d'Etienne BARRAL (24). Par la place qu'elle occupe dans la pratique sociale, dans la vie quotidienne des gens, et par la quantité de paramètres qui sont impliqués dans sa production, ses formes, ses structures, *la santé* (au sens large) se révèle comme le produit d'un faisceau de déterminations politiques, économiques, idéologiques, culturelles, conjoncturellement en harmonie ou en décalage les unes par rapport aux autres et qui donnent, en fin de compte, un caractère inachevé, instable aux politiques, organisations, structures et à l'action en matière de santé. Cette instabilité n'est pas le propre du secteur de la santé en Algérie. Elle est dûe essentiellement aux changements rapides qui ont affecté l'ensemble de la structure sociale algérienne, changements commandés et dirigés essentiellement par l'instance politique.

Ces transformations qui se sont opérées ici et là ne se sont pas, cependant, réalisées toujours avec la même profondeur ni avec la même rapidité ni, peut être pas, dans le même sens. Ainsi, les pratiques médicales religieuses, magiques ou simplement archaïques, composent encore largement avec la médecine moderne, technicienne.

La distribution inégalitaire des prestations sanitaires est encore exaspérée par les capacités limitées de l'appareil sanitaire inorganisé techniquement et qui n'arrive pas à répondre à une demande de plus en plus grande. Ce déséquilibre a permis l'instauration progressive d'une certaine « sélection » sociale par rapport aux prestations sanitaires,

sélection dont les aspects formels et informels sont à élucider en fonction du contexte social général et en fonction du climat propre à la sphère de la santé.

Au-delà de ce déséquilibre entre la demande grandissante de la population en matière de santé et l'incapacité du système à y répondre, il est loisible de constater que, du fait que cette demande a coïncidé au départ avec l'instauration de la gratuité des soins, les problèmes posés, les justifications apportées quant à l'inanité des solutions, la conception des uns et des autres sur l'efficacité du système à adopter, restent toujours marquées par l'empreinte de cette décision politique portant gratuité des soins dont le mérite a été au moins, d'avoir mis à jour un certain nombre de problèmes sanitaires jusque-là ignorés, mais aussi et surtout d'avoir mis à nu les véritables enjeux sociaux et politiques dans le secteur de la santé qui est sous l'effet d'une triple transition :

– *Une transition épidémiologique* attestée par toutes les études épidémiologiques qui révèlent des mutations significatives dans l'état de santé des Algériens sérié et exprimé en termes de pathologies. Cette transition renvoie en même temps à la persistance de la morbidité liée au sous-développement et à l'apparition des pathologies propres aux sociétés développées.

– *Une transition démographique* qui a commencé dès le début des années 90 et qui se poursuivra encore sur une vingtaine d'années. Cette transition démographique qui a affecté et qui affectera les indicateurs essentiels de la démographie (natalité, mortalité, taux de reproduction, taux de fécondité, espérance de vie) est en phase de bousculer le poids relatif des différentes classes d'âges en usage chez les démographes ; le poids relatif des classes d'âge de 0 à 5 ans, de 5 à 15 ans, de 15 à 49 ans, de 15 à 60 ans et de plus de 60 ans est en train de changer ; ce qui pose la question de l'adaptation des outils du développement économique et social et aussi de l'adaptation du système de santé et de protection sociale en prenant en ligne de compte et en même temps l'état de la transition démographique et l'état de la transition épidémiologique.

– *Une transition économique sociale et politique* qui affecte de façon de plus en plus forte l'organisation et la structuration de la société algérienne et qui la rapproche petit à petit des sociétés à économie libérale mais avec un modèle quelque peu "impur", inachevé, fait de restes du système économique socialiste et bureaucratique ancien dont les effets ne se sont pas totalement estompés et d'un système économique libéral qui n'a pas encore assuré de façon définitive sa logique et son empreinte.

2. Le fait sanitaire, un fait social inégalitaire

En effet, les inégalités se distribuent selon la même logique sociale dominante, elles couvrent sans doute, non seulement l'ensemble des biens matériels ou symboliques (biens, services, autorité, prestige) mais aussi l'ensemble des secteurs et des aspects de la vie économique et sociale. De ce fait, *la santé* n'échappe pas et ne peut échapper à ce phénomène de distribution inégalitaire, à cette logique sociale qui la meut, qui la légitime et qui la réalise comme telle. *La santé* se présente, en fait, comme un lieu privilégié d'analyse de la société algérienne, dans ses enjeux, ses contradictions et ses luttes.

En plus de ne pas permettre une bonne lisibilité de la situation par les acteurs sociaux, les situations de transition peuvent avoir des effets multiplicateurs sur les inégalités sociales en ce sens où certaines catégories sociales peuvent être tentées de

tirer profit de l'ancienne situation sociale et économique et de la nouvelle tandis que d'autres catégories sociales sont mises en situation de cumuler les désavantages de l'une et de l'autre. Entre les deux, et pour certains groupes sociaux, les pertes et les bénéfices dus à cette situation transitionnelle sont susceptibles de s'équilibrer.

Certains indices empiriques nous permettent de constater, d'ores et déjà, qu'elles profitent aux couches sociales aisées et à celles dont la position particulière dans la hiérarchie sociale en général leur permet de jouir des appareils et des capacités du système de santé dans des conditions privilégiées et au détriment donc des couches sociales les moins nanties et pour lesquelles tout laisse croire que leurs besoins en la matière sont plus grands et plus criants même s'ils sont confinés dans une espèce de latence. Ce phénomène de hiérarchisation sociale de l'accès aux soins est d'ailleurs doublé par d'autres phénomènes permettant les mêmes résultats (jouissance, privilège) et qui se résument dans la position de certaines populations par rapport à la sphère de santé (médecins, personnel paramédical, personnel de sécurité sociale ...) et dans les pratiques « clientélistes » dont le principal résultat est de détourner les capacités du système au profit de certaines catégories de populations. Ces deux derniers phénomènes sont liés et fonctionnent tous deux sur le mode informel.

3. L'emprise de l'informel dans l'accès aux soins

Les pratiques informelles ont connu leurs heures de gloire dans les années 70 et 80 dans le contexte de pénurie généralisée. Elles furent ensuite intériorisées et devenues quasi systématiques dans toute quête, demande ou stratégie visant à acquérir des biens, des services, des avantages, des chances, des promotions ou des positions sociales dans le secteur public. Le passage du socialisme bureaucratique vers l'économie du marché n'a que très peu atténué ces pratiques informelles.

Elles consistent en stratégies visant la satisfaction d'un besoin en faisant actionner le dispositif réglementaire à son profit et/ou en le contournant. Ces pratiques sont toutes orientées vers des intérêts particuliers, individuels ou de groupe.

Pourtant rien n'indiquait dans les textes politiques et juridiques la survenance de telles pratiques. Le secteur privé faisait l'objet d'un certain ostracisme, les écarts de salaires s'étaient rétrécis, l'inégalité était officiellement combattue. C'est donc après coup, que ces résultats sociaux inégalitaires apparurent comme n'étant pas dus au partage formel de la rente (à travers la distribution des salaires), mais résultant de mécanismes opérant sur un autre champ : celui de rentes particulières de situation liées au monopole de la décision économique et administrative, celui d'un système fonctionnant essentiellement sur la gestion de la rareté à tel point que ceux qui se situent dans un réseau de décision, d'influence pouvaient faire jouer la situation à leur avantage au profit de leur famille ou de leur clientèle et ce, quel que soit le bien ou le service, de la savonnette au beurre, à la télévision, au logement et à tous ce qui est distribuable qu'il soit d'ordre matériel ou symbolique.

C'est devenu une norme de comportement intériorisée et intégrée à toute stratégie d'amélioration du niveau de vie et de promotion sociale. L'approche qui se contente d'aborder la question des inégalités sociales à travers celle des salaires s'interdit de saisir les mécanismes qui sont à la base des transferts de biens et de chances.

Outre le transfert formel et légitime à travers les salaires (dont les écarts n'étaient pas, toutefois, très élevés), le transfert informel à partir des positions acquises ne doit pas être dédaigné parce qu'il apparaît comme étant la source de tous les avantages, du reste visibles à l'oeil nu.

D'aucuns argueront que les couches défavorisées se sont opposées à cette distribution rentière parce qu'étrangère à leur vision et à leurs intérêts. D'autres diront que très peu de couches sociales en Algérie ont, de façon explicite, rejeté le modèle rentier et qu'elles l'ont intégré à leur culture et à leur stratégie.

Ce qui est certain est que les couches moyennes et défavorisées ont plutôt revendiqué une meilleure part dans le système rentier lui-même. De fait, les éléments et les signes d'une culture rentière et informelle étaient dans les années 80 et 90 largement répandus et visibles dans les comportements et les propos des gens.

Les exemples de cette culture de passe-droit sont nombreux et révèlent une culture, un peu discrète au début puis franchement conquérante. Ces pratiques persistent d'autant plus que les conditions sociales sont devenues plus rudes, autant que la sélection sociale.

La question qui se pose est de savoir si ces pratiques informelles (clientélisme, favoritisme, clanisme, népotisme, passe-droit) sont le résultat de la rareté produite par le système social ou si elles sont le résultat d'un mode d'organisation de la société vivant essentiellement de la rente et dont le mode de distribution informelle est le mode objectivement requis, bref une sorte d'atavisme social.

Parce que les prestations de soins ne sont jamais rapprochées à une valeur, à un coût exprimé de façon monétaire d'autant plus que le mur de l'argent n'existait pas toujours (la médecine est le plus souvent gratuite) ou à prix symbolique et partiellement marchandisée et aussi parce que ces mécanismes de distribution inégalitaires de soins sont dilués dans le temps, ils ne sont pas perçus immédiatement (aussi bien par les offreurs que par les demandeurs). Le mur de l'argent n'apparaît que sur le tard et n'a pas encore entamé l'idée d'une médecine gratuite même, si par ailleurs, elle coûte de plus en plus cher.

Le fait que le problème, dans ce type de configuration sociale, ne se pose pas seulement en termes de capacité à mobiliser les ressources économiques nécessaires à une santé qui coûte de plus en plus chère, mais aussi et surtout en termes de capacité à mobiliser le capital social, relationnel qui garantit cet accès à un système de soins plutôt gratuit ou peu coûteux, ne paraît pas étranger au rôle joué par le facteur politique.

4. Le poids du politique

L'analyse des inégalités a toujours été tributaire de schèmes et de réflexes intellectuels produits d'une tradition de pensée et de trajectoires individuelles des producteurs de connaissance. En Algérie, lorsque nous traitons des inégalités nous évoquons, comme s'il y avait redondance, les classes sociales. En effet, les inégalités sociales, confinées au statut de slogan ... intellectuel, sont aujourd'hui tellement banalisées qu'on en oublie de penser aux mécanismes sociaux par lesquels elles sont produites et/ou reproduites.

Nous nous retrouvons dès le début, dans l'incapacité de faire le lien entre la quotidienneté très complexe des gens et les catégories de pensée trop globales ou trop réductrices pour rendre compte de la réalité étudiée. De plus, nous sommes immédiatement assaillis par le radicalisme de la pensée marxiste (non pas que le marxisme soit incapable d'expliquer la situation mais parce que certains réflexes réducteurs jouent comme obstacle à tout ce que la pensée marxiste a de fécond).

L'analyse est réduite aux classes sociales, les bourgeois d'un côté et les prolétaires de l'autre, alors que la majeure partie de la population n'entre dans aucune des cases ainsi préétablies. Le problème n'est pas pour autant résolu lorsqu'on classe cette population très diversifiée et très hiérarchisée dans une case de secours appelée « petite bourgeoisie » ou « classes moyennes ».

Certes, pour le sociologue, la classification n'est pas une fin en soi mais un moyen pour mieux comprendre la réalité. Il n'en demeure pas moins que ces catégories classificatoires globales, faites *a priori*, ne rendent pas compte des réalités mouvantes et du vécu quotidien des gens qui présentent une très grande diversité de situations.

Ainsi, contrairement aux sociétés définitivement structurées qui sont la référence implicite de la théorie marxiste, où la *sphère de la production* est l'instance déterminante, les configurations sociales qui nous occupent tendent à montrer le politique comme l'instance structurante par excellence. Les biens non monétaires ou symboliques (chance, prestige, santé, autorité) y exercent un poids non négligeable. De même, la *sphère de la distribution* (dans tous les sens) a un poids bien plus grand dans la structuration de la société algérienne et les rapports sociaux qui s'y produisent et/ou se reproduisent.

5. L'importance de la sphère de la circulation

Lorsque la demande devient structurellement plus importante que l'offre, la sphère de la distribution devient le lieu socialement valorisé car ayant le pouvoir de sélectionner les bénéficiaires. Elle concentre les mécanismes de partage des bienfaits du développement, pour tous les biens matériels ou symboliques.

Le concept de distribution s'applique à toute chose supposée distribuable qu'elle soit matérielle ou immatérielle, réelle ou virtuelle et de ce fait couvre toutes les données sanitaires quelles qu'elles soient (médicaments, soins ...). Le concept de distribution exprime aussi bien un résultat, l'état de ce qui est distribué, partagé, ainsi que le processus, l'opération, le mécanisme de cet état de fait.

La sphère de la distribution est, dans la société algérienne et en particulier dans la santé, un ensemble de mécanismes sociaux formels et informels de partage de biens matériels (objet argent, services) ou symboliques (valeur, prestige, autorité) entre les différentes catégories sociales de population.

Cette hypothèse très générale prend appui sur les faits suivants :

– Le déploiement spatial du système de soins qui consacre la répartition inégalitaire de l'offre de soins sur les différents territoires par la distribution des infrastructures, des équipements, des moyens, des capacités selon une logique épousant la logique de la hiérarchie des territoires administratifs (Région, Wilaya, Daira, commune, secteur ...)

– La densité et la hiérarchisation des prestations de soins, lesquelles sont d'autant moins accessibles qu'elles sont spécialisées ou hautement spécialisées (étant donné la rareté de l'offre de soins).

– L'incapacité du système de soins à répondre de façon satisfaisante en quantité et en qualité à une demande de soins avérée.

– Le caractère essentiellement public et gratuit ou peu coûteux des soins mais avec une tendance forte à la marchandisation et donc au paiement des soins, aussi bien dans le secteur public avec une participation financière minimale des malades que dans le développement d'une médecine privée payante et chère (remboursée à un niveau plutôt bas par la sécurité sociale) dont l'essor et l'évolution rapide augurent d'un système de soins soumis à une logique marchande.

Une analyse, qui partirait des résultats réels et finaux des processus économiques, politique, sociaux et idéologiques, est à même de saisir le caractère de cette répartition des bienfaits du développement sur les différentes couches et groupes sociaux. Cette analyse permet de contourner l'obstacle théorique qui partirait de classes sociales construites *a priori* ou de la propriété juridique des moyens de production.

Il importe justement prendre acte des faits, ce qui ne signifie pas qu'il faille abdiquer devant l'empirisme le plus plat, mais, plutôt, se garder des apriorismes théoriques qui ont perdu, pour le cas algérien, leur capacité à rendre compte de la réalité.

Conclusion

Il ne peut y avoir une compréhension du fait sanitaire *pour et par lui-même*. Il est nécessaire de l'inscrire dans le cadre politique, économique et social de la société dans laquelle il s'insère. Il importe de saisir l'ensemble des déterminations extérieures et l'ensemble de facteurs qui ont une incidence directe ou indirecte sur le niveau sanitaire de la population, la nature et la forme du système sanitaire existant.

D'une part, le niveau de santé des populations (et des fractions de celle-ci) est fonction de leur conditions de vie générales. Autrement dit, les couches (ou les classes) aisées sont moins exposées à la maladie et leur état général est meilleur que celui de couches plus défavorisées qui, de par les conditions dans lesquelles elles vivent, sont plus exposées aux maladies (risques) et donc leurs besoins en la matière sont plus grands, (encore faut-il que ces besoins soient exprimés et libérés (25) de certaines contraintes économiques et culturelles qui les confinent dans une sorte de latence).

D'autre part, l'analyse des inégalités doit être élargie aux causes non économiques : étudier la santé quand le mur de l'argent n'est pas définitivement établi ou n'existe pas parce que la médecine est gratuite. Dans le contexte actuel de transition vers le libéralisme, les discriminations s'expliquent aussi bien et en même temps par des mécanismes sociaux comportant une grande part d'informel devant les soins publics supposés gratuits ou du moins abordables que par le mur de l'argent quant à l'accès aux soins privés.

Ces deux formes d'inégalités d'accès aux soins (par l'argent et par la relation) sont cumulatives et exaspèrent les inégalités sociales en matière de santé.

Voilà autant d'hypothèses et de pistes de recherche qui s'offrent à une analyse sociologique de la réalité sanitaire algérienne dont la complexité l'a rendu inintelligible et a découragé toute tentative de compréhension. Echappant aux schémas du prêt à penser qui est polarisé, en Algérie, par les luttes sociales concentrées traditionnellement dans le secteur du travail, du logement et des transports, ce champ n'en est pas moins un lieu privilégié de l'analyse de la société algérienne.

Notes et Références bibliographiques

1. Voir à ce sujet Jean-Philippe MARTY, « Offre et demande de soins médicaux », *Revue des sciences sociales de la France de l'Est*, n°14, 1985, Strasbourg. Ce chercheur souligne la difficulté de classer les recherches entamées sous une discipline scientifique précise.
2. Jérôme DUMOULIN, *Essai de dynamique de système de soins*, Thèse Grenoble III, 1975.
3. G.D. DE BERNIS, *Séminaire sur l'enseignement de la santé publique aux étudiants en médecine, économie et santé*, 1973.
4. Joseph BRUNET-JAILLY, *Essai sur l'économie générale de la santé*, Paris, Editions Cujas, 1971.
5. Etienne BARRAL, *Economie de la santé : faits et chiffres*, Paris, Dunod, 1977.
6. C.R.E.A.D. : Centre de Recherche en Economie Appliquée du Développement.
7. *Les Cahiers du C.R.E.A.D.* n°22 année 1990, n°27/28 année 1991, n°35/36 année 1993, n°13 année 1998.
8. Fatma-Zohra OUFRIHA qui a écrit une vingtaine d'articles sur la santé dans les différents numéros des Cahiers du C.R.E.A.D.
9. Martine BUNGENER & al., *L'état de santé d'une ville au chômage*, Paris, Ed. Economica, 1977.
10. Antoinette CHAUVENET, *Médecine au choix, médecine de classe*, Paris, P.U.F., 1978. Au sujet de l'inégalité devant les soins, l'auteure souligne que « cette gestion sociale des corps avec l'extension généralisée de la sécurité sociale a pour effet de déplacer les lieux d'opposition traditionnelle des classes quant aux modalités de contrôle de la prise en charge de la maladie et quant au système social d'accès aux soins ».
11. Madani SAFAR-ZITOUN, « L'offre de soins dans l'agglomération algéroise ou la tyrannie des effets de réseaux », *Séminaire Ville et santé*, 9-10 décembre 2007.
12. A.N.D.R.S. : Agence Nationale pour le Développement de la Recherche en Santé.
13. En Algérie, c'est le G.R.A.S. (Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé) qui, depuis vingt ans, est en train d'approfondir sa réflexion anthropologique sur la santé.
14. Cf. notamment, Claudine HERZILICH, *Santé et maladie, analyse des représentations sociales*, Paris, Mouton, 1975.
15. Guy CARO, *La médecine en question*, Paris, Payot, 1974.
16. Jean-Charles SOURNIA, *Ces malades qu'on fabrique*, Paris, Le Seuil, 1977.
17. Ivan ILLICH, *Némésis médicale, l'exploitation de la santé*, Paris, Le Seuil, 1975.
18. Cf. en particulier François STEUDLER dans « Santé, politique et politiques de santé », *Prospective et santé* n°19 année 1981 où il donne les différences dans l'espérance de vie des différentes catégories socioprofessionnelles.
19. I.N.S.E.R.M. : Institut de la Santé et de la Recherche Médicale (France).
20. O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé.
21. Entre 1965 et 1980, on recense une cinquantaine d'études sur l'inégalité de l'état de santé par rapport aux conditions de vie, dont une vingtaine ayant trait à la répercussion des conditions de

vie sur l'état sanitaire. Voir à ce sujet Philippe MOSSE, *Une vue sur les sciences humaines et la santé*, CNRS-CDHS.

22. C.R.E.D.O.C. : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation Des Conditions de vie (en France).

23. I.N.S.E.E. : Institut National d'Etudes Economiques et Sociales (France).

24. Etienne BARRAL, *Economie de la santé, faits et chiffres*, Paris, Dunod, 1977.

25. Jean-Charles SOURNIA, *Ces malades qu'on fabrique, op. cit.* L'auteur distingue entre besoins réels, besoins ressentis et besoins inapparents.

Bibliographie

- BARRAL. E., *Economie de la Santé : faits et chiffres*, Paris, Dunod, 1977.

- BOUSSOUF. R., *Géographie et santé en Algérie*, O.P.U., 1992.

- BUNGENER. M., *L'Etat de santé d'une Ville en chômage*, Paris, Ed. Economica, 1977.

- CARO G., *La Médecine en question*, Paris, Payot 1974.

- CHAUVENET. A., *Médecine aux choix, Médecines de classes*, Paris, P.U.F., 1978.

- DE BERNIS. G.D., *Séminaire sur l'Enseignement de la santé publique aux étudiants en médecine*, Economie et Santé, 1973

- ILLICH. I., *Némésis Médicale : l'exploitation de la Santé*, Paris, Seuil, 1975.

- MOSSE. P., *Une Vue sur les Sciences Humaines et la Santé*, CNRS-CHHS, Document interne non daté.

- SAFAR-ZITOUN Madani, « L'offre de soins dans l'agglomération algéroise ou la tyrannie des effets de réseaux », *Séminaire ville et santé*, 9- 10 Décembre 2007.

- SOURNIA J.C., *Ces malades qu'on fabrique*, Paris, Le Seuil, 1977.

- STEUDLER. F., « Santé, Politique et Politique de Santé », In *Perspectives et Santé*, N°19, 1981, Enjeux de la Santé.

- VIELLE. P., « Le pétrole comme rapport social », in *Peuples Méditerranées*, N° 26, janvier-mars 1984.