

tive à l'adoption par deux personnes de même sexe (135), le Conseil constitutionnel a, en effet, affirmé « qu'en posant une question prioritaire de constitutionnalité, tout justiciable a le droit de contester la constitutionnalité de la portée effective qu'une interprétation jurisprudentielle constante confère à cette disposition » (consid.2). Cette décision est d'importance car, on se rappellera que dans les premières décisions rendues en matière de QPC, la Cour de cassation avait refusé de transmettre des questions parce que c'est non une disposition législative mais son interprétation qui était contestée (136). En effet, utilisant un raisonnement similaire à celui de la Cour européenne des droits de l'homme, le Conseil constitutionnel, usant de la notion de « portée effective », a entendu signifier que ce n'est pas une norme théorique que le justiciable a le droit de contester mais une norme concrète, c'est-à-dire « applicable au litige » en fonction notamment de l'interprétation qu'en donne la jurisprudence dès lors que celle-ci est constante.

3) Intervention à la procédure de QPC

Dans le cadre de l'examen de la QPC relative à la clause de conscience revendiquée par des officiers d'état-civil, s'agissant de procéder à des mariages de personnes du même sexe, sept maires avaient demandé à intervenir à la procédure indépendamment des parties. Le Conseil constitutionnel a toutefois refusé ces interventions (137), au motif qu'en vertu de l'article 6 de la décision du 4 février 2010 modifiée par les décisions des 24 juin 2010 et 21 juin 2011 portant règlement intérieur sur la procédure suivie devant le Conseil constitutionnel pour les questions prioritaires de constitutionnalité, seules les personnes justifiant d'un intérêt spécial sont admises à présenter une intervention. En l'espèce, le Conseil constitutionnel a estimé que le seul fait que les maires demandant à intervenir soient appelés, en leur qualité, à appliquer les dispositions contestées ne justifie pas que chacun d'eux puisse faire valoir un tel intérêt.

CONCLUSION

La seconde partie de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen se réfère à la garantie

de la séparation des pouvoirs. Si *prima facie*, la contribution de la « bioéthique constitutionnelle » ne paraît pas évidente sur ce point, il convient néanmoins de reconnaître, à l'examen de la jurisprudence que nous venons d'analyser, un certain apport à cette réflexion. D'une part, nombre de décisions laisse, comme le fait par ailleurs la Cour européenne des droits de l'homme par rapport aux droits nationaux, une certaine marge de manœuvre au législateur, conduisant le Conseil à refuser de contrôler certains aspects de la loi sur l'argument qu'il ne « détient pas un pouvoir d'appréciation et de décision identique à celui du Parlement ». D'autre part, les décisions rendues sur la mise en œuvre du principe de participation du public, incorporé dans la Charte de l'environnement, constitue un premier jalon d'une réflexion sur l'existence d'une procédure où, à l'instar du rôle joué par le Conseil d'Etat, s'agissant des décrets en conseil, le public pourrait être considéré comme co-auteur des dispositions normatives adoptées. La bioéthique ferait ainsi avancer les notions de « démocratie sanitaire » et de « démocratie participative » !

Un autre intérêt de la QPC est d'organiser, de façon plus large et d'une certaine manière plus équilibrée que dans l'exemple du Tribunal des conflits, une procédure de dialogue entre les juges et, en particulier, ceux des « cours suprêmes », où les compétences de chacun sont respectées sans, pour autant, empêcher des approches différentes.

Enfin, la mise en œuvre du mécanisme de la QPC, que certains ont vu comme une machine de guerre contre « la tyrannie du droit européen et de ses juridictions » (138) aura, dans la pratique, montré qu'il n'était ni possible ni souhaitable de faire fonctionner la QPC sans tenir compte du rôle fondamental des mécanismes judiciaires européen (139). La tentative de faire de la QPC le rempart d'un protectionnisme en faveur du droit national contre le droit européen aura donc échoué et permis, en fait, au dialogue des juges de se poursuivre au niveau européen (140).

Par son rôle catalyseur et médiateur, la bioéthique justifie plus que jamais sa définition : être un pont vers le futur (141). ■

(135) Décision n° 2010-39 QPC du 06 octobre 2010.

(136) Cour de cassation, arrêts QPC n° 12009, 12019, 12020, 12021, 12023 du 19 mai 2010.

(137) Décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013.

(138) David Szymczak, Question prioritaire de constitutionnalité et Convention européenne des droits de l'Homme: l'euphémisation « heureuse » du Conseil constitutionnel français, *Jus Politicum*, mai 2012, n° 7, décision de transmission de la Cour de cassation à la Cour de justice de l'Union européenne du 16 avril 2010.

(139) Décision n°2010-605 DC du 12 mai 2010, loi relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, cons. 2 ; F-X Millet, Le dialogue des juges à l'épreuve de la QPC, *Revue du droit public et de la science politique en France et à l'étranger*, 2010, 6, 1729-1750 et enfin la question préjudicielle posée par le Conseil lui-même à l'occasion d'une QPC : F. Jeremy, Mandat d'arrêt européen : première question préjudicielle du Conseil constitutionnel à la CJUE (CC, déc. n° 2013-314, 4 avril 2013 <http://combatsdroitshomme.blog.lemonde.fr/2013/05/03>).

(140) cf. la décision conciliante de la Cour de Luxembourg sur question préjudicielle de la Cour de cassation : CJUE, 22 juin 2010, Melki et Abdeli, C188/10 et C-189/10, §§ 20 et 21 ; H. Apchain, La QPC et le contrôle de conventionnalité : complémentarité ou antagonisme ? www.credho.org juin 2012.

(141) Van Rensselaer Potter, *Bioethics: a bridge to the future*, Prentice Hall, Englewood, New Jersey, 1971.

ALGÉRIE

CHRONIQUE

Par **Abdalahafidh OUSSOUKINE**

Voir le résumé en page 12 / See the abstract in page 12

1. DES ACTIONS POUR 2014

L'année 2014 débute par une énième annonce, celle des assises nationales de la santé, prévues en mars en vue de corriger les dysfonctionnements du système de santé, de réviser le code de la santé publique et de modifier la carte sanitaire.

Les assises de la santé réuniront tous les acteurs du secteur qui contribueront à la mise en place de nouvelles bases plus adaptées aux transformations que connaît la société algérienne et ce dans l'optique de promouvoir la santé en Algérie. Durant ces assises, la nouvelle loi sanitaire, dont la première mouture est déjà finalisée, sera soumise aux différents intervenants et partenaires du secteur pour enrichissement.

Pour ce qui est de la révision de la carte sanitaire, l'opération a été déjà lancée par l'élaboration d'une loi sur la réhabilitation de la carte sanitaire. La loi est actuellement au niveau du Premier ministre. Elle sera débattue au niveau du gouvernement pour soit y apporter des modifications, soit l'approuver.

Ces projets de réforme constituent pour leur concepteur « un tournant dans le processus de la réforme du secteur de la santé en Algérie ce qui permettra d'évaluer la réalité du secteur afin d'assurer un cadre réglementaire encourageant toutes les initiatives et visant la modernisation des structures au profit des malades qui aspirent à un service public de qualité, tout en préservant les acquis positifs réalisés dans le passé » (communiqué du ministère). Notons que cette réforme sera accompagnée par un budget qui va se quintupler en 2014. Par le passé, de 1999 à 2005, les dépenses de santé ont connu un excédent de 100 %. Sur les 5 milliards de dollars alloués à ce secteur en 2005, 65 % sont destinés aux ressources humaines, 20 % pour les médicaments et 15 % pour les équipements... Un médecin avisé et sceptique a raison de noter que par le passé, les pouvoirs publics ont profité de la manne financière pour s'enfoncer dans la gâchette. L'Etat a investi 281 milliards de DA (dinars algériens) pour le plan quinquennal 2010-2014, le seul pays de la région à déboursier 8 % de son PIB pour les dépenses de santé, nous est-il dit (1). Cet argent a été gaspillé dans l'achat inconsidéré d'équipements coûteux

qui sont installés, en dépit du bon sens, dans des structures de santé qui ne peuvent pas, faute de personnel, les utiliser. C'est le cas notamment des scanners et autres IRM dont sont équipés certains hôpitaux de l'intérieur du pays – dont quelques CHU – et qui ne possèdent pas de médecins spécialistes en radiologie. Des interventions chirurgicales réalisées quelques fois seulement dans l'année, à l'instar des greffes de reins – pour « rehausser le prestige » –, dans des centres universitaires qui n'ont pas vocation à cela et qui ne sont pas en mesure d'honorer des opérations ordinaires. Des dépenses colossales pour acheter des médicaments indisponibles sur le marché... et que les malades sont souvent obligés d'acheter à l'étranger avec leurs moyens propres. Une mystification permanente. Pendant ce temps, la population n'a pas accès à des soins de qualité. (2)

Pour ce début d'année également, le ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière lance une autre opération pour mettre en place un plan de mise en œuvre des actions de redressement et de correction des dysfonctionnements constatés en matière de gestion du secteur de la santé notamment dans le domaine particulier de l'organisation de la pharmacie, la garde, la prise en charge de la maternité, le renforcement de l'hygiène dans les hôpitaux et l'accélération de la réalisation de projets de nouvelles infrastructures.

Le maillon faible reste les urgences pour lesquelles une opération pilote a été engagée ce début d'année dans le but de mieux améliorer la prise en charge des malades. Inscrit dans le cadre de la réhabilitation du service de santé publique, ce projet, dont le chantier a démarré dernièrement, sera livré dans les prochains mois avec un document qui pourrait faire l'objet d'un plan d'action pouvant être généralisé, une fois les résultats jugés probants. L'opération envisage également la désignation d'un médecin d'accueil et d'orientation et des mécanismes et moyens à même

(1) Docteur Boudarene 22-12-2013. site carevox (www.docteurboudarene.unblog.fr).

(2) Id.

d'assurer le bon fonctionnement des urgences, notamment l'acheminement des malades diagnostiqués pour recevoir des soins. L'opération se déroule en trois étapes, à savoir l'audit de la situation des services des urgences, l'identification des moyens et la réorganisation du travail. Les urgences médico-chirurgicales seront dotées d'un statut particulier.

2. ORGANISATION DES STRUCTURES DE LA SANTÉ

Les structures du ministère de la santé restent évolutives et sont régies par plusieurs textes : le décret n° 81-66 du 18 avril 1981 complété par les décrets n° 83-557 du 8 octobre 1983 ; n° 85-133 du 21 mai 1985. Le dernier organigramme datait de 2011 et créait 4 directions générales et 43 directions. Un nouveau département vient de voir le jour : **la direction des programmes de santé, de l'éthique et de la déontologie médicale**. On n'en sait pas plus sur sa mission, d'autant qu'un **comité national d'éthique** rattaché officiellement auprès du ministère de la santé existe « virtuellement » depuis plusieurs années sans qu'il produise ni recommandations ni rapports, comme stipulé dans son décret de création.

3. LOI DE FINANCES 2014 ET MÉDICAMENT

Des dispositions contenues dans la loi de finances 2014 viennent freiner l'ardeur des opérateurs de l'industrie pharmaceutique nationale. L'exonération de la TVA sur les intrants et matières premières dans la production est ainsi supprimée alors que cette taxe reste appliquée pour les médicaments importés pour la revente en l'état. Les articles de la loi 13-08 du 30 décembre 2013 abroge l'avantage fiscal concédé par l'article 42 du code des taxes sur le chiffre d'affaires. Pour les représentants du Syndicat algérien de l'industrie pharmaceutique (SAIP) et l'Association nationale des producteurs de produits pharmaceutiques, cette nouvelle décision pénalise sérieusement le producteur algérien qui était déjà soumis à une pratique bureaucratique pour l'obtention de cette franchise. Aujourd'hui la situation se complique donc davantage.

4. JURISPRUDENCE : L'IMPUISSANCE DE LA JUSTICE FACE AU POUVOIR DE L'ADMINISTRATION

En juin 1997, un Arrêt de la Cour suprême n° 161718 du 8 juin 1997 est notifié au ministère de la Santé, dans sa forme exécutoire par un huissier de justice, afin de rétablir dans ses droits un professeur hospitalo-universitaire qui s'est vu arrêter abusivement sa rémunération.

A ce jour, huit ministres de la Santé se sont succédé sans régler la question de l'inexécution de cette décision prononcée par la plus haute instance judiciaire du pays il y a 14 ans. Quatre arrêtés interministériels et ministériels relatifs à cette exécution sont abusivement bloqués depuis 2001 chez le Directeur des ressources humaines du Ministère de la santé publique (arrêtés des 26/06/2001, 31/12/2001, 06/03/2002, 21/09/2002) par des décisions irrégulières et délibérément établies au mépris de la décision de Cour suprême pour continuer à geler la rémunération de ce professeur hospitalo-universitaire.

Pourtant en mars 2009, le ministre en poste (le Dr Barkat) ordonna, par écrit, le 24 mars, l'exécution de l'arrêt de la Cour suprême, mais se heurta au refus du DRH du MSPRH. Après un bras de fer qui dura 14 mois avec son subordonné, le ministre, vaincu, quitta son poste pour un autre département ministériel. En juin 2010, dès son arrivée, le nouveau ministre de la Santé donna les mêmes instructions que son prédécesseur... Après dix mois de persévérance, le praticien réussit à se faire établir deux arrêtés pour l'exécution de l'arrêt de la Cour suprême. Malheureusement, il se rendit tardivement compte que ces « arrêtés » (n° 07 et 08/MIN du 20 février 2011), que lui avait fait signer son DRH, étaient inapplicables et n'étaient en fait qu'un leurre pour gagner du temps, en attendant le prochain ministre.

Tous les courriers émanant des plus hautes autorités du pays (présidence de la République, Premier ministre, Ministres...), pour faire respecter la loi et exécuter cette décision de justice demeurent, à ce jour, lettre morte dans les archives du DRH du MSPRH. (3) Il s'agit de faits qui remettent en cause la notion même de l'Etat de droit.

5. CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le code de déontologie médicale date de 1992 et sa révision est souhaitée par toute la corporation. Or que peut-on réviser lorsque les règles du code de déontologie sont universelles et que le code algérien est une copie conforme du Code français ?

En outre, 10 % des médecins algériens (Ils sont 36.000 à travers le pays), ne sont toujours pas inscrits au Conseil de l'ordre. Et pourtant, l'inscription conditionnée par le paiement d'une cotisation dérisoire, est une condition *sine qua non* pour l'exercice de la profession de médecin ; à défaut, le praticien tombera sous le coup de la loi pénale pour exercice illégale de la médecine.

(3) Ces éléments sont fournis par le Pr. Abdelwahab Bengounia, El Watan 12/12/2013.