

F. Z. OUFRIHA[*] ET L. LAMRI[**]

Analyse de l'évolution des statuts et de la structure des dépenses de personnel selon la catégorie dans les secteurs sanitaires

L'instauration de la médecine gratuite en 1974 s'est accompagnée par la mise en place d'une nouvelle procédure de financement des secteurs sanitaires appelée «budgétisation». Elle se substitue à la méthode des «prix de journée».

Cette procédure consiste à affecter à chaque secteur sanitaire un budget global forfaitaire devant couvrir l'intégralité de ses dépenses de fonctionnement. L'origine des ressources est constituée par la contribution du budget de l'Etat et la participation forfaitaire de la Sécurité Sociale. La part du budget de l'Etat est en nette régression : de 71 % en 1974 elle est descendue à 39 % en 1984. Celle de la Sécurité Sociale a évolué en sens inverse passant de 23 % en 1974 à 59 % en 1984. Cependant cette procédure si elle a permis le dégagement financier de l'Etat et l'inversion des proportions des 2 sources de financement n'a pas empêché par ailleurs une croissance très vive des dépenses. Or l'observation de la structure des dépenses budgétaires au cours de la décennie 1974-1984 montre nettement le poids prépondérant de la ligne budgétaire «dépenses de personnels» par rapport aux autres postes. Cette part a évolué dans la fourchette 65-70 %. Les statistiques disponibles et la nomenclature budgétaire des secteurs sanitaires nous donnent peu de renseignements sur l'importance de chaque catégorie de personnel dans la formation des dépenses. Aussi il nous a semblé opportun de reconstituer la formation et l'évolution des dépenses de chaque catégorie de personnel pour pouvoir en apprécier la tendance future et proposer éventuellement des correctifs en fonction des objectifs de la politique sanitaire.

Cependant pour pouvoir comprendre l'évolution en matière de rémunération et donc de structure de dépenses en personnels, il nous a semblé utile de présenter au préalable l'évolution des statuts des différents types de personnels médicaux qui conditionnent les modalités de rémunération. Nous avons préféré nous limiter en matière de statuts uniquement aux médecins qui nous semblent constituer les agents principaux du système de soins, nous nous contentant d'indications plus restreintes sur les deux autres catégories au niveau de notre deuxième chapitre.

CHAPITRE I

L'évolution des statuts des personnels médicaux

L'évolution des salaires, ne peut être dissociée de l'évolution des statuts et règles juridiques régissant les personnels en particulier médicaux dont le statut va être différent en fonction de la position occupée dans un système de soins hiérarchisé. En effet la classification des secteurs sanitaires et des établissements de soins est liée organiquement à la notion de hiérarchisation des soins et donc des établissements qui les dispensent. La nature ou niveaux de soins est le critère fondamental à partir duquel a été effectuée la classification administrative. La carte sanitaire nationale de 1982 qui en est le résultat hiérarchise les soins selon quatre niveaux :

- niveau A : soins hautement spécialisés, dispensés dans des établissements hospitaliers spécialisés à vocation régionale.
- niveau B : soins spécialisés dispensés dans des établissements hospitaliers de wilaya,
- niveau C : soins généraux dispensés dans des établissements hospitaliers de daïra,
- niveau D : soins de premier recours dispensés dans les polycliniques, centres de santé et salles de soins et de consultations.

Les établissements hospitaliers spécialisés de niveau A et parfois de niveau B, dans le cas où existe dans leur circonscription un Institut des Sciences Médicales, assurent des activités de soins, de formation médicale graduée et post-graduée et de recherche scientifique. Ces activités concomitantes leur confèrent la dénomination de Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U). Pour comprendre l'évolution de la conception en la matière, il faut remonter à l'importante réforme hospitalière intervenue en 1958 portant le nom de son initiateur Robert DEBRE et étendue à l'Algérie.

Elle postule ce qui suit : «les hôpitaux situés dans les villes, siège de faculté ou d'école de médecine sont tenus d'organiser conjointement avec la faculté ou l'école l'ensemble de leurs services en centre de soins, d'enseignement et de recherche qui prennent le nom de Centre Hospitalier Universitaire».

Cette dénomination concerne les locaux communs et la coordination des activités. L'hôpital et la faculté ou l'école gardent leur autonomie, leur patrimoine et leur réglementation. En France, cette réforme a fait l'objet de plusieurs débats parfois conflictuels. D'après François STEUDLER^[1], cette réforme visait à faire sortir l'hôpital de son cloisonnement et le rendre perméable à l'introduction du progrès technique et scientifique. Il pense que cette réforme devait pousser les chefs de service à abandonner l'exercice à titre privé et les amener à exercer à plein-temps leurs activités hospitalo-universitaires. D'autres voient dans cette réforme au contraire un transfert des charges financières de la recherche médicale relevant jusque là du Ministère de l'Enseignement Supérieur au Ministère de la Santé. Les conflits de direction d'orientation et même de gestion pouvant naître de cette réforme n'étant pas à négliger.

En droite ligne de ce type d'organisation et de conception, le premier texte juridique algérien concernant cette «coordination» date de 1976[2]. L'article premier stipule : «il est créé au niveau des villes, siège d'Instituts des Sciences Médicales des établissements dénommés Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.) dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière». Le second article leur attribue les missions suivantes :

- former des personnels de santé sous l'autorité des Instituts,
- assurer des tâches de santé publique,
- effectuer des études et travaux de recherche.

De 1976 à nos jours, le fonctionnement des C.H.U. en Algérie s'est caractérisé par l'existence de frictions et de conflits, entre les gestionnaires désignés par le Ministère de la Santé et les chefs de service nommés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et relatifs aux décisions financières, organisationnelles et de planification. Le pouvoir de décision des chefs de service s'est progressivement estompé au profit des administrateurs du Ministère de la Santé. La réponse immédiate des praticiens hospitalo-universitaires s'est traduite par un délaissement progressif des activités de soins au profit des activités d'enseignement et de recherche.

Ce mécontentement a parfois atteint des degrés très élevés allant jusqu'au refus d'application des décisions émanant du Ministère de la Santé. Il faut noter que l'ordonnance précitée n'a pas précisé les modalités de fonctionnement des C.H.U créées et le pouvoir de décision est resté le plus souvent entre les mains des administrateurs des secteurs sanitaires désignés par le Ministère de la santé. Notons aussi que ces administrateurs sont le plus souvent d'anciens économes, des infirmiers, sans compétence éprouvée, promus par simple ancienneté ou du fait des antécédents de participation à la révolution armée.

La commission de coordination hospitalo-universitaire nationale (CCHUN) créée en 1974[1] regroupant des représentants des Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur, a pour tâche de coordonner les activités hospitalières et universitaires et d'émettre des avis sur la création de nouveaux services et l'affectation des spécialistes hospitalo-universitaires dans les C.H.U.

Cependant, les personnels médicaux eux-mêmes des secteurs sanitaires peuvent être distingués en deux grands groupes : les personnels médicaux hospitalo-universitaires relevant de la tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et les personnels médicaux de santé publique relevant de la tutelle du Ministère de la Santé. Cette distinction a duré jusqu'en 1982.

En dehors des praticiens privés, les corps des professeurs, docteur, maîtres-assistants, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et spécialistes de santé publique sont régis par l'ordonnance de 1966 portant statut général de la fonction publique et constituent donc des

corps de fonctionnaires exerçant à plein-temps dans les structures publiques et soumis aux dispositions statutaires communes aux corps des fonctionnaires de l'Etat, auxquels vont s'appliquer à partir de 1982 les modalités de rémunération issues de S.G.T.

1. – Les personnels médicaux hospitalo-universitaire

On distingue depuis 1974, date d'application de la médecine gratuite, trois corps distincts qui nous allons examiner successivement.

1.1. – Les professeurs

Ce corps est régi par un texte en date du 1er octobre 1974[3]. Suite à la réforme de l'enseignement supérieur de 1970, des établissements de formation ont été créés au sein de chaque université après dissolution des facultés de médecine et de pharmacie[4]. Ce sont les Instituts des Sciences Médicales devenus depuis lors Instituts nationaux d'enseignement supérieur.

Le corps hospitalo-universitaire est chargé :

- d'assurer des tâches d'enseignement et de recherche au sein des Instituts des Sciences Médicales,
- d'assurer, en outre, des activités de santé publique dans les C.H.U.

Gérés alors par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, les professeurs assurent l'ensemble de leurs activités hospitalo-universitaires dans le cadre de l'exercice à plein-temps et sont soumis aux obligations définies par le statut des C.H.U.

Ils sont recrutés par voie de concours sur titres après inscription sur une liste d'aptitude établie parmi les docents ayant exercé au moins trois ans en cette qualité par la Commission universitaire nationale qui prononce leur promotion sur la base de publications scientifiques et de rapports annuels pédagogiques et d'activité hospitalo-universitaires.

Les chefs de département sont nommés parmi les professeurs pour une durée de quatre ans, après élection par les professeurs et docents du département et les résidents de la division.

1.2. – Les docents

Régis par un texte[5] publié la même année que celui concernant les professeurs, ils prennent la dénomination de «docent» en remplacement de celle de maîtres de conférence jusque là usitée (et qui demeure dans les autres disciplines).

Soumis aux mêmes dispositions que les professeurs, il sont recrutés par voie de concours sur titres après inscription sur une liste d'aptitude établie parmi les chargés de cours, titulaires du doctorat en sciences médicales (DSM) ayant exercé au moins un an en cette qualité sur la base de notes chiffrées, thèses et travaux de recherche.

1.3. – Les maîtres-assistants

Ils sont recrutés par voie de concours sur titres et travaux parmi les candidats titulaires du diplôme d'études médicales (DEMS)^[6]. Ils doivent de plus justifier d'au moins une année d'exercice en qualité d'assistants contractuels dans un Institut des Sciences Médicales. Ils sont soumis aux mêmes dispositions que les doctes et professeurs.

Les chargés de cours qui ne constituent pas un corps mais un poste spécifique, intermédiaire sont nommés parmi les maîtres-assistants titulaires du doctorat en sciences médicales (DSM).

Les trois corps qui assurent en concomitance des activités de soins, d'enseignement et de recherche bénéficient alors dans le cadre de leurs seules activités de santé publique d'une indemnité mensuelle appelée «indemnité hospitalière, modulée en fonction du grade^[7].

– professeur :	4 700 DA.
– Docteur titulaire	4 500 DA.
– Docteur stagiaire :	3500 DA.
– Chargé de cours :	3400 DA.
– Maître-assistant titulaire :	3000 DA.
– Maître-assistant stagiaire :	2900 DA.

De 1974 à 1982, ces trois corps ont été gérés par le Ministère de l'enseignement Supérieur. De 1982 à 1986, ils sont soumis à une double tutelle et à partir de 1986 ils relèvent uniquement du Ministère de la Santé, qui dans le conflit d'autorité et de compétence l'opposant au M.E.S. semble l'emporter à un degré qui remet néanmoins en cause la fonction «enseignement».

2. – Les personnels médicaux de santé publique

Les statuts particuliers des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes de santé publique datent de 1968^[8].

2.1. – Les médecins

Ils sont chargés d'assurer des activités de diagnostic, de soins, d'expertises médicales, de prévention et d'éducation sanitaire, de formation des agents paramédicaux de la santé. Ils sont recrutés parmi les étudiants ayant achevé leurs études de graduation en médecine et sont classés à l'échelle XIV de la fonction publique. Ils sont tenus d'exercer à plein-temps dans les structures sanitaires relevant du Ministère de la santé ou d'autres organismes publics. (Lorsque ces derniers existaient).

2.2. – Les chirurgiens-dentistes

Ils sont recrutés sur titre parmi les étudiants en chirurgie dentaire ayant achevé leur cycle de graduation. Ils sont classés à l'échelle XIII de la fonction publique et chargés d'assurer des soins et prothèses dentaires et des activités d'éducation sanitaire bucco-dentaire.

2.3. – Les pharmaciens

Ils sont classés à la même échelle que les chirurgiens-dentistes. Soumis aux mêmes dispositions communes, ils sont chargés d'assurer les préparations pharmaceutiques et de gérer les médicaments des structures sanitaires où ils sont affectés.

Pour ces trois corps, il est créé trois postes spécifiques majorés de points indiciaires :

- celui de médecin, pharmacien ou chirurgien-dentiste inspecteur de santé publique : 60 points
- celui de médecin, pharmacien ou chirurgien-dentiste inspecteur principal de santé publique : 70 points
- celui de médecin, pharmacien ou chirurgien-dentiste inspecteur divisionnaire : 80 points.

Les efforts de formation médicale entrepris depuis l'indépendance et les attraits de la fonction hospitalo-universitaire se sont traduits par l'absorption intégrale des post-gradués par le corps des hospitalo-universitaires. C'est à partir de 1979, après saturation et limitation des postes ouverts ainsi que la multiplication des hôpitaux dans des villes non universitaires et peut-être aussi la volonté du Ministère de la Santé de contrecarrer le pouvoir des chefs de service hospitalo-universitaires. que de nouveaux corps en santé publique sont créés pour les personnels médicaux spécialistes^[9].

Ces corps de santé publique doivent exercer à plein-temps dans les unités de prévention, de soins et de formation. Ils sont chargés d'assurer des activités de prévention, de soins, de formation des personnels médicaux, paramédicaux et de gestion de la santé et de contribuer à la promotion de la santé par des travaux de recherche. La gestion de ces corps est assurée par le Ministère de la Santé.

Ils sont recrutés sur titres parmi les candidats âgés de 50 ans au plus et titulaires du DEMS ou d'un titre reconnu équivalent. Ils peuvent aussi être détachés de la santé et intégrés en qualité d'enseignants dans les instituts des sciences médicales. Ils bénéficient d'un congé à plein traitement d'une durée de trois mois tous les trois ans et de vingt jours par an pour participer à des séminaires portant sur la santé ou des séminaires portant sur la santé ou effectuer des travaux scientifiques de recherche.

En outre, ils bénéficient d'une indemnité forfaitaire unique d'astreinte et de sujétions spéciales de 3 900 DA par mois^[10].

D'une manière générale, les corps des praticiens médicaux publics sont gérés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur s'ils relèvent des corps hospitalo-universitaire et pour le ministère de la santé s'ils relèvent des corps de santé publique ce problème de gestion mais que un problème de fond qui est celui du pouvoir de division. Quel est le pouvoir en matière de décisions financières, organisationnelles et techniques d'un professeur hospitalo-universitaire, chef de service, par rapport à celui exercé par l'administrateur du secteur sanitaire désigné par le Ministère de la Santé.

N'y a-t-il pas une suprématie des praticiens hospitalo-universitaires sur les praticiens de santé publique. Les premiers ne sont-ils pas privilégiés par rapport aux seconds. Quel est le ministère détenteur du pouvoir réel de décision. Nous ne traiterons pas ces questions dont l'analyse seule nécessiterait une longue étude qui n'est pas l'objet de ce travail.

Cependant, l'existence d'une tutelle différente et les conflits de gestion, d'administration et d'exercice d'autorité ne sont pas étrangers à la refonte des corps des personnels médicaux intervenue en 1982[11]. Ces nouveaux statuts sont porteurs d'importantes transformations notamment en matière d'exercice de la tutelle des personnels médicaux hospitalo-universitaires. Nous distinguerons dans ce qui suit les corps gérés exclusivement par le Ministère de la Santé et ceux gérés conjointement par le Ministère de la Santé qui exerce la tutelle administrative et par le Ministère de l'Enseignement Supérieur auquel est attribuée la tutelle pédagogique.

3. – Les personnels médicaux gérés par le Ministère de la Santé

Ces praticiens exercent dans le cadre du plein-temps en qualité de fonctionnaires. Ils prennent la dénomination de praticiens de santé publique.

3.1. – Les corps de médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes

Le texte de 1982 leur attribue des responsabilités extensives telles que les activités de prévention élargies à tous les niveaux. Ils sont recrutés parmi les étudiants ayant terminé leurs études de graduation et âgés de 45 ans au plus. Les praticiens qui optent pour le fonctionariat bénéficient d'une bonification de salaire de l'ordre de 1 000 DA. Cette mesure avait pour objectif de décourager l'option pour l'exercice à titre privé. Les difficultés de son application et l'intervention de la Loi portant service civil qui a rendu caduque cette mesure, ont amené les responsables à abandonner cette mesure et le choix de l'option se fait désormais à l'issue de l'accomplissement du service civil.

3.2. – Les corps des médecins-chefs, pharmaciens-chef et chirurgiens-dentistes chefs

En plus des activités qui leur sont attribuée en leur qualité de praticiens. ils assurent respectivement la responsabilité des activités sanitaires des établissements et structures sanitaires, de la pharmacie du secteur sanitaire et du laboratoire d'hygiène de wilaya et des structures et équipements de prévention, soins et prothèses dentaires. Ils sont recrutés par voie de concours parmi les praticiens des trois catégories ayant exercé effectivement cinq ans au moins en cette qualité.

3.3. – Les corps des médecins inspecteurs, pharmaciens inspecteurs et chirurgiens-dentistes inspecteurs

Ils assurent des missions d'inspection et des enquêtes sur le fonctionnement des structures sanitaires, élaborent des études sur l'organisation de la distribution des soins et encadrent la formation des personnels de santé.

Ils sont recrutés par voie de concours parmi les candidats médecins-chefs, pharmaciens-chefs et chirurgiens-dentistes chefs ayant exercé effectivement cinq ans au moins dans ces corps.

3.4. – Les corps des spécialistes de santé publique

Selon leur compétence respective, ils sont chargés d'assurer des activités de diagnostic, de traitement, de contrôle et de recherche dans leurs domaines et de formation et perfectionnement des personnels paramédicaux et d'administration sanitaire. Ils sont structurés en trois niveaux :

- médecins, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes spécialistes du 1er degré,
- médecins, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes spécialistes du 2ème degré,
- médecins, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes spécialistes du 3ème degré.

Les spécialistes du 1er degré sont recrutés parmi les titulaires du DENS ou d'un titre reconnu équivalent. Les spécialistes du 2ème degré sont recrutés par voie de concours parmi les spécialistes du 1er degré justifiant d'au moins cinq ans d'exercice effectif en cette qualité.

Les spécialistes du 3ème degré sont recrutés aussi par voie de concours parmi les spécialistes du 2ème degré et ayant une ancienneté de cinq ans.

Le même texte crée des emplois spécifiques : respectivement de chef d'unité, chef de service et chef de clinique bénéficiant d'une majoration en points indiciaires respective de 60,90 et 120 points. L'accès à ces postes spécifiques se fait sur la base d'une liste d'aptitude ouverte aux candidats justifiant d'une ancienneté effective de deux ans dans leur corps respectif.

4. – Les personnels médicaux gérés conjointement par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur : de 1982 à 1986

L'apport fondamental du texte de 1982 est le transfert de la gestion administrative du corps des praticiens hospitalo-universitaires du ministère de l'enseignement supérieur au ministère de la santé. Leur gestion pédagogique demeure bien entendu, du ressort du ministère chargé de l'enseignement supérieur.

Soumis aux dispositions communes aux enseignants universitaires, les personnels médicaux hospitalo-universitaires assurent des fonctions concomitantes de soins, d'enseignement et de recherche en

sciences médicales dans le cadre du plein-temps. Ils sont organisés en trois corps distincts.

4.1. – Les professeurs

Ils sont recrutés par voie de concours parmi les docents ayant exercé effectivement pendant trois ans au moins en cette qualité.

4.2. – Les docents

Leur recrutement se fait par voie de concours parmi les maîtres-assistants titulaires du DSM et ayant exercé effectivement pendant quatre ans au moins dans ce poste.

4.3. – Les maîtres-assistants

Ils sont recrutés par voie de concours parmi les titulaires du DEMS ou d'un titre reconnu équivalent.

Les concours de passage d'un corps à un autre sont définis par arrêté conjoint du Ministère de l'enseignement supérieur et de la fonction publique après avis de la C.C.H.U.N. (commission de coordination hospitalo-universitaire nationale). Le nombre de postes ouverts est défini par arrêté conjoint des ministères de la Santé et de l'enseignement supérieur après avis de la C.C.H.U.N.

Les maîtres-assistants, docents et professeurs peuvent être nommés à des emplois spécifiques. Les postes correspondants sont chef d'unité, chef de service et chef de clinique hospitalo-universitaire. Leur nombre est fixé par arrêté conjoint des Ministères des finances et de la santé après avis de la C.C.H.U.N. L'accès à ces postes est ouvert respectivement aux maîtres-assistants, docents et professeurs sur la base d'une liste d'aptitude. La bonification indiciaire rattachée à ces postes est respectivement de 60,90 et 120 points.

Cette situation vient d'être remise en cause par la récente décision qui confie la tutelle intégrale du corps des hospitalo-universitaires au seul ministère de la santé publique.

Au terme de cet examen rapide des statuts des praticiens médicaux, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

– Il existe deux grands groupes de corps distincts de médecins : le corps des hospitalo-universitaires et le corps de santé publique dont les logiques d'accès et de fonctionnement ne sont pas les mêmes.

– L'accès aux corps de santé publique est ouvert sans restrictions aux diplômés des Instituts des sciences médicales, tel n'est pas le cas pour celui des hospitalo-universitaires, auquel on n'accède que moyennant diplômes spécifiques concours etc... valorisants sur le plan professionnel et confortant l'aspect techniciste de la médecine.

Désormais donc ces derniers dépendent uniquement du ministère de la santé et n'ont plus de lien, «plus de compte à rendre» à celui de

l'enseignement supérieur. Cependant concomitamment à ce texte la suppression du zoning pour l'installation des médecins à titre privé (lequel en particulier «bloquait» les nouvelles installations à Alger - Oran - Constantine) a provoqué un net mouvement de «sortie» du secteur public d'une fraction des hospitalo-universitaires[12] sans que l'enseignement supérieur ait eu son mot à dire et donc au détriment de la fonction enseignante à court terme. Cependant à plus long terme ces nouvelles régies de gestion de la fraction haute des médecins risquent d'avoir deux types de conséquences extrêmement importantes et ce, d'autant que la loi permettant l'ouverture de cliniques à titre privé est en instance d'être votée par l'APN :

- d'une part de désorganiser la fonction enseignante et donc de compromettre la reproduction des médecins,

- d'autre part de rendre formelle et vide de contenu – faute des personnels ultra spécialisés nécessaires à cet effet – la politique de «substitution» de soins internes à fort contenu technique à celle d'envois à l'étranger, en désorganisant les équipes de soins constituées à cet égard, concomitamment à la mise en place de plateaux techniques importants et à la diffusion des nouvelles technologies lourdes de soins et de diagnostic (scanner, échographie, rein artificiel).

Cependant, l'accès au cycle d'études médicales spéciales des médecin, pharmaciens et chirurgiens-dentistes est devenu fortement restrictif depuis 1982[13]. Puisqu'il n'est ouvert par voie de concours qu'aux seuls candidats qui terminent leurs études de graduation dans l'année du concours et aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes ayant exercé en qualité de fonctionnaires pendant trois ans au moins.

- De 1974 à 1984, des mesures incitatives d'encouragement et désincitatives prenant l'aspect de restrictions réglementaires et administratives ont été initiées pour favoriser l'option pour le secteur public c'est-à-dire l'exercice à plein-temps dans les structures sanitaires publiques des médecins.

- Depuis 1984 et en application d'une nouvelle orientation du système de soins inscrite dans le «plan d'action en santé publique» adopté par le gouvernement en mai 1984, d'importantes mesures ont vu le jour. On peut citer la mise en place du zoning et l'ouverture d'un grand nombre de postes pour l'exercice à titre privé dans des cabinets de consultations et des cabinets dentaires. Cette privatisation accrue s'explique par les contraintes budgétaires induites par la compression des recettes extérieures due à la baisse des prix mondiaux des hydrocarbures et de la chute du cours du dollar dans lesquels ils sont libellés. Le budget alloué aux secteurs sanitaires n'étant plus en mesure de prendre en charge les flux considérables des diplômés médicaux (environ 1 200 par an) et paramédicaux (8 500 en 1986).

CHAPITRE II

Évolution de la structure des dépenses de personnel du secteur sanitaire

La réalisation de ce travail s'est fondée sur une méthodologie simple qui consiste :

- 1.– A subdiviser les personnels en catégories homogènes.
- 2.– A déterminer les effectifs de chaque catégorie et pour chaque années.
- 3.– A appliquer aux effectifs reconstitués les salaires moyens nets déduits des textes réglementaires et traitements en vigueur de chaque période.
- 4.– A analyser les résultats obtenus (cf. tableaux n° 1 et 2).

Il faut noter que l'on a procédé aux vérifications par simple comparaison des masses financières globales obtenues pour chaque année par rapport aux crédits respectifs ouverts. Les écarts sont donnés dans le tableau n° 2. Les écarts négatifs que l'on remarque deux années après l'application de la médecine gratuite (1975 - 76) et durant l'année 1983 en conséquence de l'application des valorisations réglementaires des salaires (suite au S.G.T.) sont résorbés durant l'année budgétaire par des virements de crédits de certaines lignes excédentaires (alimentation, formation...) au profit de la ligne budgétaire «dépenses de personnels». Les écarts positifs sont le résultat de mauvaises prévisions et de lenteurs administratives dans l'application des valorisations réglementaires des traitements et du paiement des rappels après que les crédits budgétaires correspondants aient été mis en place.

En tout état de cause, cette tentative de reconstitution des effectifs et des salaires moyens nets pour la décennie 1974 - 84 pourrait comporter des lacunes quant à la fiabilité des données prises en compte. Elle a quand même l'avantage de se rapprocher de très près de la réalité.

Les salaires moyens nets considérés sont les traitements moyens bruts augmentés des indemnités (conformément aux textes) et diminués des diverses charges sociales (ITS, Cotisations sociales, diverses retenues) estimées à 30 % du total. L'évolution des salaires moyens nets considérés peut-être distinguée selon quatre périodes correspondantes aux revalorisations successives des salaires et indemnités.

1. – Première période 1974 - 1976

Durant cette période, le corps des praticiens hospitalo-universitaires est géré et rémunéré par le Ministère de l'enseignement supérieur pour ses tâches d'enseignement. Pour ses tâches hospitalières (soins, actes chirurgicaux et consultations), il lui est attribué une simple indemnité versée par les secteurs sanitaires, modulée néanmoins en fonction des spécialistes. Cette modalité de rémunération a duré jusqu'à 1982 (cf. tableau n° 1).

– La rémunération des personnels de santé publique est régie par les décrets du 30 mai 1968^[14], portant statut particulier des différents corps.

Pour les autres catégories de personnel (agents d'administration, ouvriers etc...) il a été tenu compte des textes régissant les statuts de ces corps, conformément au statut général de la fonction publique.

2. – Deuxième période 1977 - 1978

La revalorisation des salaires et indemnités intervenue en 1977[15] n'a concerné que les personnels médicaux de santé publique. En ce qui concerne le corps des hospitalo-universitaires la valorisation de l'indemnité hospitalière date de 1977. L'article 11 valorise l'indemnité hospitalière payée sur le budget des secteurs sanitaires[16].

3. – Troisième période 1979 - 1981

D'importantes augmentations de salaires et indemnités sont intervenues en 1979 et ont touché pratiquement l'ensemble des personnels de santé (cf. tableau n° 1). A ce titre, les textes y afférents sont :

- Les décrets[17] de 1979 fixant les dispositions statutaires applicables aux corps des médecins spécialistes, pharmaciens spécialistes et chirurgiens-dentistes spécialistes et les taux de l'indemnité forfaitaire unique d'astreinte et de sujétions spéciales servies à ce type de personnel.
- Les autres catégories de personnel (paramédicaux et administratifs) ont été concernées par la valorisation du point indiciaire décidée en 1977 pour l'ensemble des corps relevant de la fonction publique.

4. – Quatrième période 1982 - 1984

De 1974 à 1982, le personnel hospitalo-universitaire émargeait doublement : sur le budget du ministère de l'enseignement supérieur pour la partie salaire de base et sur le budget du ministère de la santé (secteurs sanitaires) pour la partie «indemnité hospitalière».

La réforme de 1982[18] a mis fin à cette dichotomie en unifiant la source de paiement de l'intégralité des traitements (salaires et indemnités) confiée depuis lors au seul ministère de la santé par l'intermédiaire des budgets des secteurs sanitaires dont les dépenses vont subir de ce fait une pression supplémentaire et supporter aussi le coût de la fonction enseignante. Ce texte a porté aussi revalorisation des traitements de toutes les catégories du personnel médical.

L'application des mesures transitoires du SGT a permis l'augmentation des salaires, telle que traduite dans le tableau n° 1, des personnels paramédicaux et administratifs.

Tableau n° I : Évolution par catégorie des dépenses de personnel des secteurs sanitaires

Unité 10³ DA

RUBRIQUES	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Taux d'accroissement 74-84	
TRAITEMENT MOYEN DES PROFESSEURS	— Effectif	85	87	88	90	94	96	102	110	125	140	150	
	— Traitement moyen	3.5	3.5	3.5	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7	11	11	
	— S/T1	2.97	304.5	308	423	441.8	451.2	479.4	517	587.5	1540	1650	547%
TRAITEMENT MOYEN DES DOCENTS	— Effectif	62	65	68	70	73	75	78	85	90	105	130	
	— Traitement moyen	3.2	3.2	3.2	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	10	10	
	— S/T2	198.4	208	217.6	315	248.5	337.5	351	382.5	405	1050	1300	499%
TRAITEMENT MOYEN DES CHARGES DE COURS	— Effectif	20	22	25	27	30	32	45	60	85	120	180	
	— Traitement moyen	3	3	3	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	9.5	9.5	
	— S/T3	60	66	75	91.8	102	108.8	153	204	289	1140	1710	2750%
TRAITEMENT MOYEN DES MAITRES-ASSI.	— Effectif	150	162	175	200	230	256	380	590	800	1150	1450	
	— Traitement moyen	2.5	2.5	2.5	3	3	3	3	3	3	9	9	
	— S/T4	375	405	437.5	600	690	768	1140	1770	2400	10350	13050	3380%
HOSPITALO-UVI.	TOTAL 1	930,9	983,5	1037,5	1429,8	1482	1655,5	2123,4	2873,5	3681,5	1480	17710	1852%
TRAITEMENT MOYEN DES SPECIALISTES SANTE PUBLIQUE	— Effectif	580	590	600	610	620	630	635	650	700	750	820	
	— Traitement moyen	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	6.5	6.5	6.5	6.5	9	9	
	— S/T1	2436	2478	2520	2562	2604	4095	4127.5	4225	4550	6750	7380	203%
TRAITEMENT MOYEN DES MEDECINS GENERALISTES	— Effectif	900	1100	1350	1450	1490	1500	1980	2350	2830	3100	4080	
	— Traitement moyen	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7	4.5	4.5	4.5	4.5	7.5	7.5	
	— S/T2	3330	4070	4995	5365	5513	6750	8910	10575	12735	23250	30600	819%
TRAITEMENT MOYEN DES TECHNICIENS SUPERIEURS DE LA SANTE	— Effectif	1350	1400	1460	1550	1650	1800	2050	2200	3000	4000	5500	
	— Traitement moyen	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.8	1.8	1.8	1.8	3.2	3.2	
	— S/T3	1755	1820	1898	2015	2145	3240	3690	3960	5400	12800	17600	902%
TRAITEMENT MOYEN DES TECHNICIENS DE LA SANTE	— Effectif	6850	7700	9140	9700	10500	12000	12450	12900	15700	17000	19500	
	— Traitement moyen	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.5	1.5	1.5	1.5	2.5	2.5	
	— S/T4	7535	8470	10054	10670	11550	18000	18675	19350	23550	42500	48750	546%
TRAITEMENT MOYEN DES AGENTS TECHNIQUES DE LA SANTE	— Effectif	6200	6900	8200	8750	9350	10800	14700	15400	19800	24000	29000	
	— Traitement moyen	1	1	1	1	1	1.2	1.2	1.2	1.2	2.1	1.2	
	— S/T1	6200	6900	8200	8750	9350	12960	17640	18480	23760	50400	60900	882%
PERSONNEL PARAMEDICAL	— TOTAL 2	15490	17190	20152	21435	23045	40005	41790	52710	105700	127250	127250	721%
TRAITEMENT MOYEN DES PERSONNELS	— Effectif	600	620	650	680	710	750	760	800	890	920	1000	
	— Traitement moyen	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	— S/T1	600	620	650	680	710	750	760	800	890	920	1000	

PERSONNEL	moyen	2	2	2	2	2	2,5	2,5	2,5	2,5	3,5	3,5	
PERSONNEL ADMINISTRATIF NIVEAU III	— S/T2	1200	1240	1300	1360	1420	1725	1748	1840	2047	3220	3500	191%
TRAITEMENT MOYEN DU PERSONNEL ADM ET TECHNIQUE NIVEAU II	— Effectif	7200	7380	7550	7950	8200	8600	9900	10000	12500	14480	17500	
	— Traitement moyen	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,5	1,5	1,5	1,5	2,4	2,4	
	— S/T3	7920	8118	8305	8745	9020	12900	14850	15000	18750	34752	42000	430%
TRAITEMENT MOYEN DU PERSONNEL ADM ET TECHNIQUE NIVEAU I	— Effectif	6200	6300	6600	6770	7090	7250	8240	9900	12610	13600	15500	
	— Traitement moyen	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1	1	1	1	1,2	1,2	
	— S/T4	5580	5670	5940	6093	6381	7250	8240	9900	12610	16320	18600	233%
TOTAL ADMINIS. ET TECHNIQUES	— TOTAL 3	14700	15028	15545	16198	16821	21875	24838	26740	33407	54292	64100	336%
TOTAL GENERAL PERSONNEL		42425,1	45874,7	50756,3	53745,8	517169,2	79480,5	93816,4	101531	124398,5	239862	28237,5	
TRAITEMENT MOYEN DES CHIRURGIENS DENTISTES	— Effectif	100	150	190	230	250	300	450	670	1950	1400	1750	
	— Traitement moyen	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5	3,5	3,5	3,5	5,5	5,5	
	— S/T1	280	420	532	644	700	1050	1575	2345	3325	7700	9625	3337%
TRAITEMENT MOYEN DES PHARMACIENS	— Effectif	35	40	60	80	110	150	170	230	280	370	400	
	— Traitement moyen	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5	3,5	3,5	3,5	5,5	5,5	
ALGERIENS SANTE PUBLIQUE	— S/T2	98	112	168	224	308	525	595	805	980	2035	2200	2145%
	— TOTAL 2	6144	7080	8215	8795	9125	12420	15207,5	17950	21590	39735	49805	711%
TOTAL ALGERIENS		7074,9	8063,5	9252,5	10224,8	10607	14085,5	17330,5	20823,5	25271,5	53815	67515	854%
TRAITEMENT MOYEN DES SPECIALISTES ETRANGERS	— Effectif	100	150	150	150	280	300	300	320	360	400	420	
	— Traitement moyen	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	6,5	6,5	6,5	6,5	9	9	
	— S/T3	420	630	630	630	1176	1950	1950	2080	2340	3600	3780	800%

Tableau n° 1 : Évolution par catégorie des dépenses de personnel des secteurs sanitaires

Unité 10³ DA

RUBRIQUES	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Taux d'accroissement 74-84	
TRAITEMENT MOYEN DES GENERALISTES ETRANGERS	— Effectif	1150	1240	1300	1300	1330	1500	2010	2100	2200	2730	2390	
	— Traitement moyen	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	4,5	4,5	4,5	4,5	7,5	7,5	
	— S/T2	4225	4588	4810	4810	4921	6750	9045	9450	9900	20475	17925	324%
TRAITEMENT MOYEN DES CHIRURGIENS ETRANGERS	— Effectif	84	82	90	120	125	130	115	105	120	240	215	
	— Traitement moyen	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5	3,5	3,5	3,5	5,5	5,5	
	— S/T3	235,2	229,6	252	336	350	455	402,5	367,5	420	1320	1182,5	403%
TRAITEMENT MOYEN DES PHARMACIENS ETRANGERS	— Effectif	100	52	41	40	89	50	70	80	100	120	110	
	— Traitement moyen	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5	3,5	3,5	3,5	5,5	5,5	
	— S/T4	280	145,6	114,8	112	249,2	175	245	280	350	660	605	116%
ETRANGERS	TOTAL 3	5160,2	5593,2	5806,8	5888	6696,2	9320	11642,5	12177,5	13010	26055	23492,5	355%
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	TOTAL 1	12235,1	13656,7	15059,3	16112,8	17303,2	23405,5	28973,4	33001	38281,5	79870	91007,5	643%

Tableau n° 2 : Comparaison entre crédits budgétaires alloués et dépenses effectuées ou reconstituées Unité 10³ DA

ANNEES RUBRIQUES	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	TAUX D'ACC- ROISSEMENT 74 - 84
Budget total des secteurs sanitaires	847.300	889.000	1.000.000	1.146.000	1.340.000	1.852.000	1.597.000	3.206.500	3.795000	4.278750	5.272.500	522%
Crédits budgétaires ouverts pour le personnel	549.300	487.000	589.000	683.000	790.500	1.098.000	1.647.000	2.064.000	2.376000	2.652000	3.590000	55%
% des crédits affectés au personnel par rapport au budget total des S.S	65%	55%	59%	60%	58%	59%	63%	64%	62%	62%	68%	
Dépenses de perso- nnel reconstituées (une année)	509.101	550.496	644.950	686.030	953.766	1.125.797	1.218.372	1.492782	2.878344	3.388290	560%	
% des écarts	7%	- 13%	- 3%	6%	13%	13%	32%	41%	37%	- 8%	7%	

Tableau n° 4 : Évolution par catégorie des dépenses de personnels de 1974 à 1984 (Taux de Croissance) Base 100

en 1974

Années	Personnel médical				Personnel paramédical			Personnel administratif et technique				
	TOTAL	Hospitalo universit.	Algérie santé pub.	Etrangers	TOTAL	TSS	TS	ATS	TOTAL	niveau III	niveau II	niveau I
1974	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1975	112	106	115	108	111	104	112	111	102	103	103	102
1976	123	112	134	113	130	108	133	132	106	108	105	106
1977	132	154	143	114	138	115	142	141	110	113	110	109
1978	142	160	149	130	149	122	153	151	114	118	114	114
1979	192	179	202	181	221	185	239	209	149	144	163	130
1980	239	228	248	226	258	210	248	285	169	146	118	418
1981	270	309	292	236	270	226	257	298	189	153	189	177
1982	313	395	351	252	340	308	313	383	227	171	237	226
1983	654	1514	647	505	682	729	564	813	369	268	439	292
1984	745	1904	811	455	821	1903	647	982	436	292	530	333

Figure 1 : Évolution comparée des masses salariales des différentes catégories de personnels

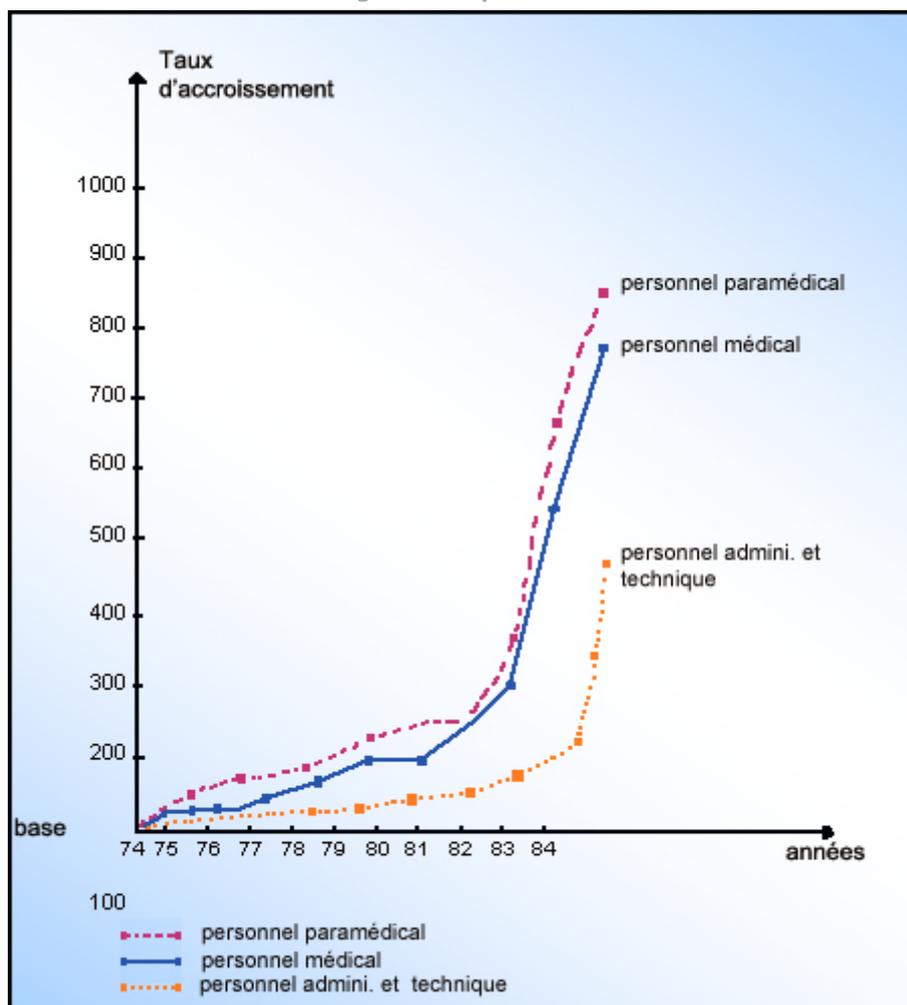


Figure 2 : Évolution comparée des masses salariales des différentes catégories des personnels médicaux

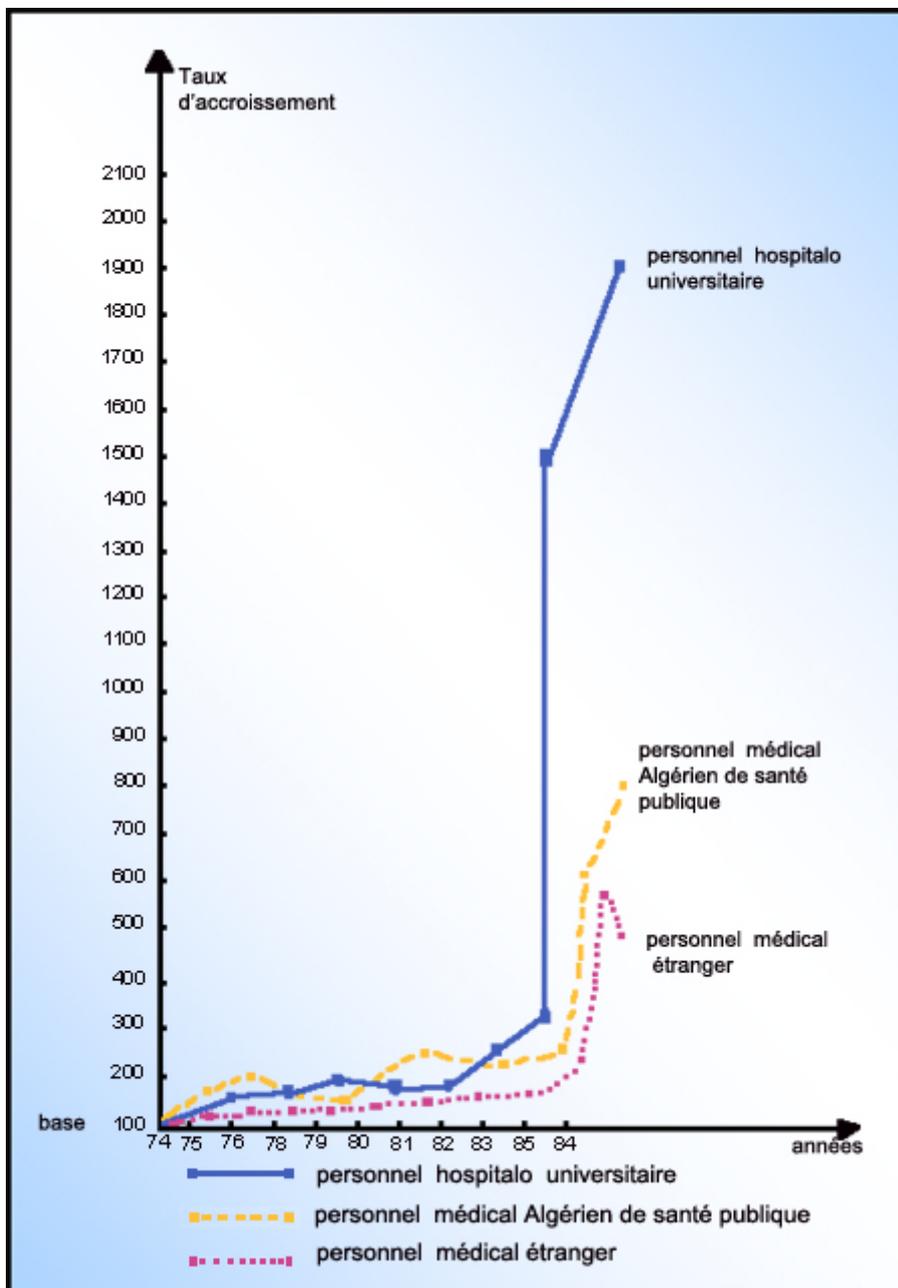


Figure 3 : Évolution comparée des masses salariales des différentes qualifications des personnels paramédicaux

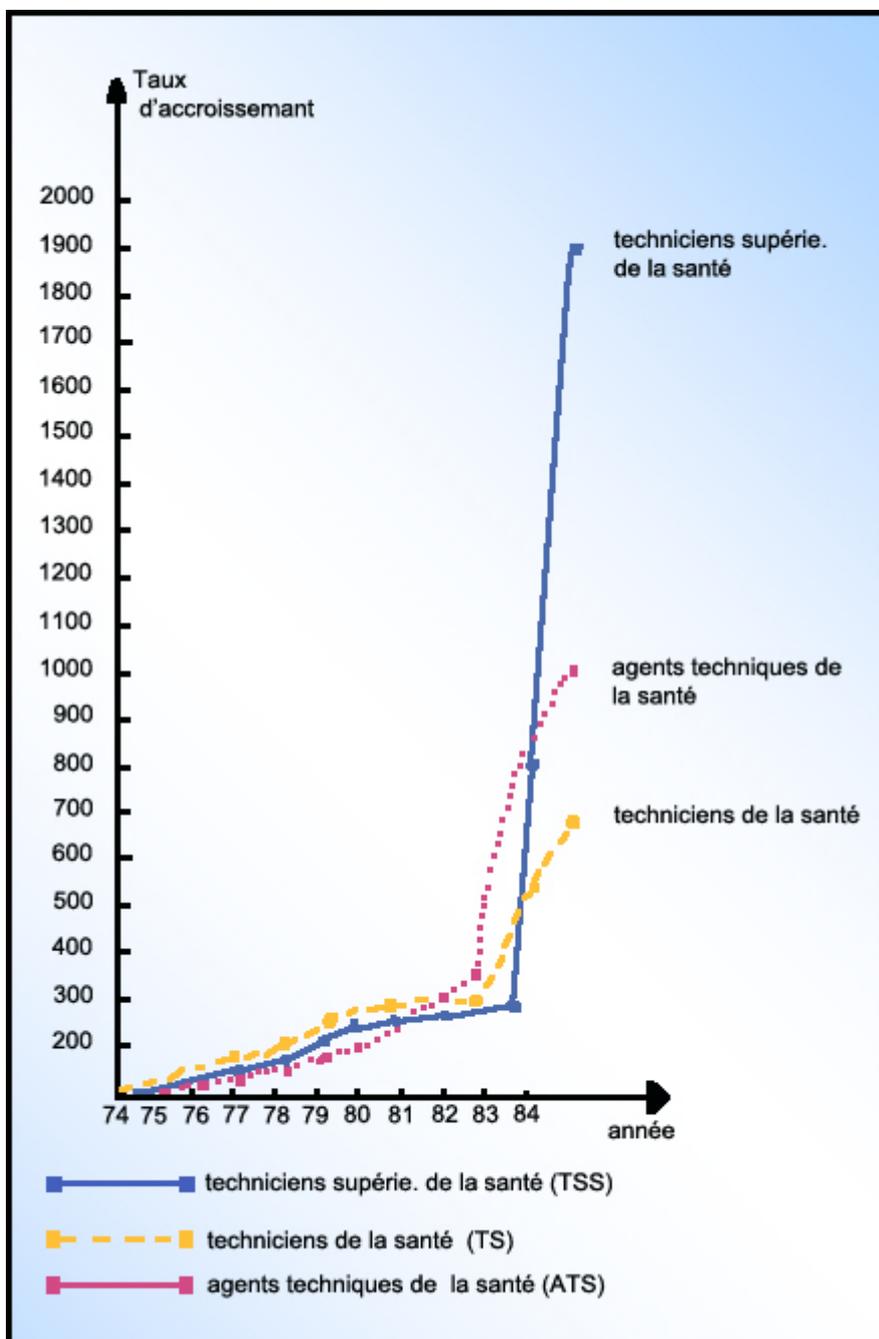
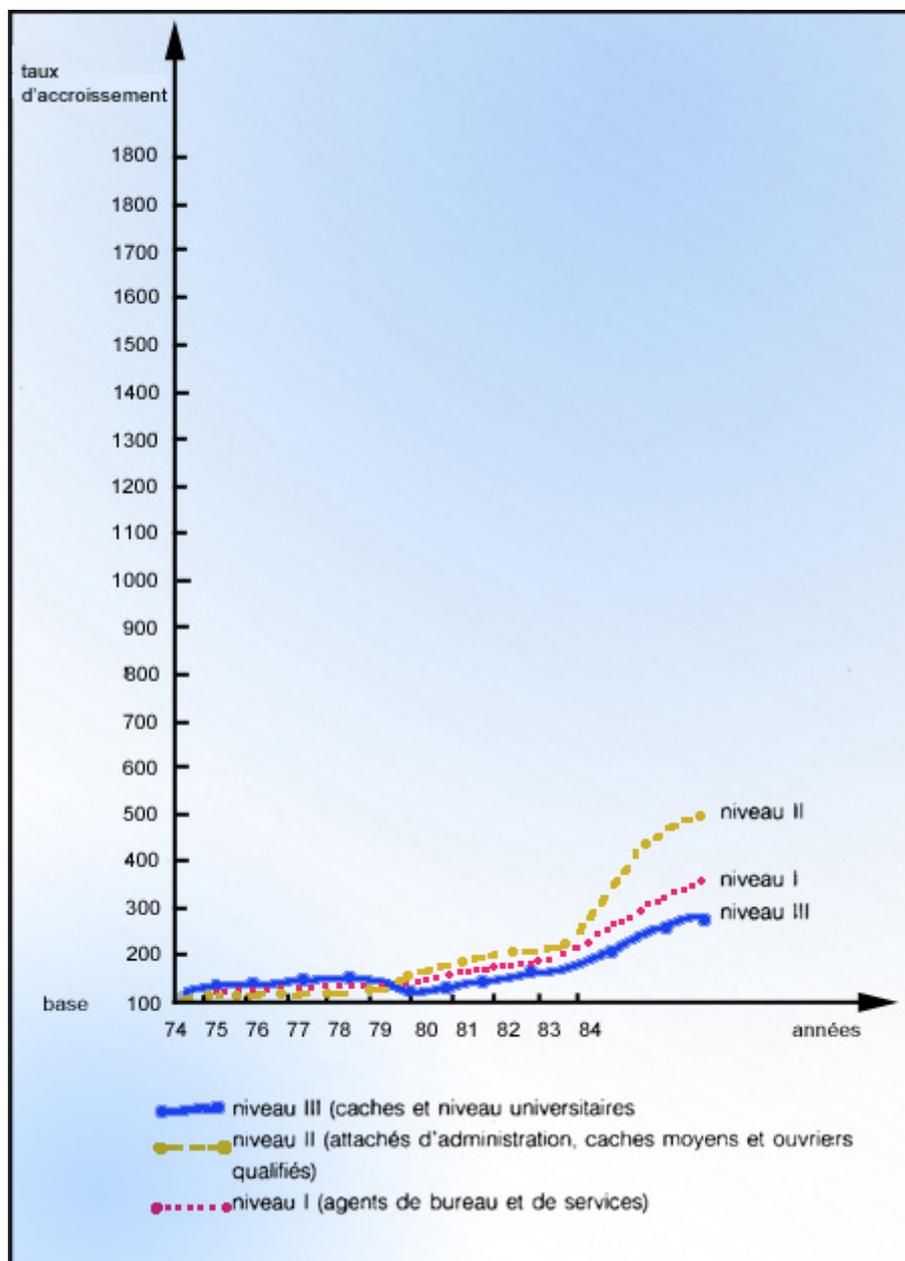


Figure 4 : Évolution comparée des masses salariales des différentes qualifications des personnels administratifs et techniques



Analyse des résultats

D'une manière générale, l'évolution des parts de chaque type de personnel (médical, technico-administratif et paramédical) est représentée dans la figure 1.

1. – Le personnel médical

De 1974 à 1984, la part de ce personnel a évolué dans une fourchette comprise entre 29 et 33 % des dépenses en personnel. Cependant cette catégorie représente 32 % en 1984 de l'ensemble des dépenses de personnel contre 29 % en 1974 ; son poids se fait donc plus lourd globalement mais à quelle catégorie faut-il «imputer» cette hausse ?

1.1. – Les praticiens hospitalo-universitaires

Il semble que ce soit essentiellement à celle des hospitalo-universitaires. En effet la part de cette catégorie de personnel est passée de 7 % en 1974 à 19 % en 1984 dans l'ensemble des

dépenses au titre du personnel médical (cf. tableau n° 3 et figure 2). Cette évolution s'explique par l'imputation au budget du Ministère de la Santé de l'intégralité des salaires de cette catégorie initialement pris en charge sur le budget du Ministère de l'Enseignement Supérieur. La faible croissance de la courbe malgré l'augmentation des salaires en 1979 peut s'expliquer en partie par l'autorisation d'exercer à titre privé accordée par les pouvoirs publics aux spécialistes hospitalo-universitaires suite aux mouvements d'arrêt du travail observés en 1977.

Le poids de chaque corps à l'intérieur de la catégorie à fin 1984, se présente comme suit :

– professeurs.....	9 %
– docents.....	7 %
– chargés de cours.....	10 %
– maîtres-assistants.....	74 %

Ce sont les maîtres-assistants qui, compte tenu de leur nombre, reçoivent la plus grande part (3/4 environ) des salaires distribués.

La lente accession aux grades supérieurs observée et les récentes mesures de planification des effectifs des étudiants au titre du tronc commun du Biomédical, limités à environ 1500 par an, supposent le maintien de la structuré de 1984 pour plusieurs années encore. Cependant, la récente mesure de suppression du «zoning»^[19] pour les praticiens optant pour l'exercice à titre privé, risque de dégarnir les secteurs sanitaires du dernier type de spécialistes qui, compte tenu des conditions matérielles et financières d'exercice de la profession, offertes par le secteur public, ne favorisent pas leur maintien vis-à-vis de l'attrait et des conditions d'exercice de la profession libérale même si elle se confine encore aux simples cabinets de consultations. Cependant la loi portant autorisation d'ouverture de cliniques à titre privé en instance dont la publication risque de bouleverser ces données.

1.2. – Le personnel médical étranger

La part de ce type de personnel est en nette régression passant de 42 % en 1974 à 26 % en 1984 (cf. tableau n° 2 et figure 2). La relève des personnels étrangers s'est accélérée à partir de 1984, et a pris la forme d'un non renouvellement des contrats des praticiens généralistes. A la fin de la décennie 80 cette part sera certainement négligeable. Le recrutement sera sélectif et ne concernera que quelques spécialités de haut niveau ou dont on estime qu'elles sont encore déficitaires telles que la chirurgie, la pédiatrie, la gynécologie, la psychiatrie et depuis 1984 l'épidémiologie.

1.3. – Le personnel médical algérien de santé publique

La part de cette catégorie est passée de 51 % en 1974 à 55 % en 1984 de l'ensemble (cf. tableau n° 3 et figure 2). Elle est appelée dans les années à venir à constituer la part prédominante en évoluant

massivement non seulement comme résultat des efforts de formation mais aussi comme conséquence de la concurrence qui commence déjà agir dans le secteur privé obligeant notamment certains futurs diplômés à opter pour l'exercice sécurisant du secteur public. Les mesures relatives à l'obligation du service civil permettent aussi le maintien d'importants effectifs dans le secteur public. En 1984, la structure du poids financier de cette catégories se présente comme suit :

– spécialistes de santé publique	15
%	
– médecins généralistes	61
%	
– chirurgiens-dentistes	19
%	
– pharmaciens	5
%	

Ces données montrent que ce "sont les médecins généralistes qui détiennent la plus grande proportion (2/3 environ) et que cette part va croissant étant donné qu'en 1979 leur part ne représentait que 54 %.

2. – Le personnel paramédical

Il constitue une catégorie charnière particulièrement importante pour les hôpitaux où elle se trouve au niveau de tous les rouages et catégories de soins. Aux anciens «corps» dont certains plus connus du grand public comme celui des infirmières, ou des sages-femmes viennent s'ajouter récemment avec la technicisation croissante des soins toute une pléiade de spécialistes de niveau intermédiaire manipulant appareils de radiologie ou de laboratoires. Ils constituent un éventail très diversifié de qualifications plus ou moins précises se rattachant aux actes de diagnostic ou de soins. C'est le type de personnel le plus présent à l'hôpital, celui auquel – en terme de durée – le malade est le plus confronté et dont les attitudes et comportements conditionnent largement «l'accueil» dans les hôpitaux (en particulier) et leur humanisation.

Ce personnel largement féminisé – en particulier dans certains de ses «corps» – a été regroupé par le M.S.P. en trois catégories qui correspondent aux niveaux de qualifications, chaque niveau regroupant un certain éventail de «qualifications». C'est que ainsi que :

- **les techniciens supérieurs de la santé** englobent en particulier **les infirmiers spécialisés**, les sages-femmes, les assistantes sociales, les kinésithérapeutes, les prothésistes dentaires.
- **les techniciens de la santé** comprennent notamment des infirmiers de soins et des infirmiers d'hygiène et d'assainissement.
- **les agents techniciens de la santé** regroupent les aides en soins infirmiers, en soins obstétricaux, en hygiène et assainissement.

Globalement c'est la catégorie qui a connu la plus grande augmentation, leur part passant à 45 % en 1984 contre 36 % en 1974, pour représenter alors presque la moitié de l'ensemble des dépenses de personnels, toutes catégories confondues. En plus du nombre croissant, cette catégorie a connu deux importantes revalorisations des traitements : celle de 1979 et celle de 1983 celle-ci induite par l'application des mesures transitoires du S.G.T. intervenues à fin 1982 (cf. tableau n° 3 et figure 1). Ce personnel comprend lui même trois catégories comme nous venons de le dire et dont nous allons examiner successivement le « poids » en termes de rémunération, c'est-à-dire la part des salaires qui lui est allouée.

2.1. – Les techniciens supérieurs de la santé

Le poids relatif de ce type de qualification a enregistré une baisse (8 % en 1974 contre 5 % en 1984 – tableau n° 3). Cependant si sa part semble peu importante actuellement, il est probable qu'elle évoluera en hausse les prochaines années. En effet si les efforts consentis jusqu'à ce jour ont réglé le problème du nombre pour l'ensemble des paramédicaux, il paraît évident que les futures actions de formation devront porter essentiellement sur le relèvement de la qualité et devront donc donner une priorité absolue à ce niveau de qualification. Les mesures de limitation de la formation paramédicale aux niveaux inférieurs (TS et ATS) prises à partir de 1986 et la tendance à l'introduction continue de techniques et équipements médicaux nouveaux en particulier lourd du type imagerie médicale dans les structures sanitaires algériennes constituent les prémisses à une prédominance de ce type de qualification à l'avenir (cf. figure 3).

2.2 – Les techniciens de la santé

Niveau de qualification intermédiaire dans les professions paramédicales, sa part est passé de 54 % en 1974 à 66 % en 1984 et constitue donc l'essentiel du corps paramédical (cf. figure 3). Il a surtout permis un meilleur encadrement en nombre des structures sanitaires. Il est appelé à se stabiliser sinon à décroître en valeur relative.

2.3. – Les agents techniques de la santé

Ce niveau enregistre une baisse passant de 38 % en 1984. Cette régression sera plus prononcée pour les années à venir compte tenu des raisons évoquées précédemment (cf. figure 3).

Pour le personnel paramédical toutes catégories confondues, l'étape prochaine devra être celle des mesures destinées à privilégier l'aspect qualitatif, devenu un impératif par une meilleure efficacité du fonctionnement des services de santé. Son poids financier : 45 % de l'ensemble des dépenses de personnel en 1984 - restera prépondérant à l'avenir et semble correspondre à la tendance observée dans les systèmes de santé des pays industrialisés. Niveau intermédiaire mais absolument indispensable à la bonne marche du système de soins national selon ce qui ressort de toutes les analyses

menées à cet égard, il semble judicieux de maintenir les mesures financières incitatives telles que celles prises dans le cadre du S.G.T. (relèvement des salaires et institution d'indemnités liées à la spécificité de la profession) et qui, d'après les premières constatations commencent à se traduire par une réduction du turn-over de ce type de personnel, et donc à accroître sa stabilité et par là son opérationnalité.

3. – Le personnel administratif et technique

La part de cette catégorie est en nette régression comme prise en compte insuffisants des problèmes de gestion et de maintenance. Elle passe de 35 % en 1974 à 23 % en 1984. La courbe représentative (cf. figure 1) est peu ascendante de 1974 à 1981, légèrement ascendante et tend à se stabiliser à partir de 1983. Ce sont les rémunérations de cette catégorie de personnel qui ont été le moins valorisées par rapport aux personnels médicaux et paramédicaux. Les récentes mesures de compression des effectifs initiées à partir de 1985 risque d'infléchir cette catégories dans les prochaines années dans le sens d'une stabilisation sinon d'une décroissance en valeur relative, au moins. Or une bonne «gestion» suppose un personnel administratif compétent dans ce domaine. Le personnel administratif est lui même classé en trois catégories ou niveau – selon le degré de qualification – et dont le poids en termes d'effectifs et de rémunération est différent.

3.1. – Le niveau I

Le niveau supérieur englobe les cadres administratifs et gestionnaires. De 1974 à 1984, sa part passe respectivement de 11 % à 14 %. L'ouverture progressive de nombreux hôpitaux programmés dans les plans de développement, à partir du plan quinquennal le cycle de formation de gestionnaires hospitaliers mis en place à l'Ecole Nationale d'Administration dont la première promotion est sortie en 1983 et la nécessité d'assurer un encadrement qualitatif des structures sanitaires publiques laissent entrevoir une évolution importante de la proportion de ce niveau de qualification (cf. figure 4).

3.2. – Le niveau II

La part relative de ce niveau est en nette régression passant de 49 % en 1974 à 38% en 1984. Peu rémunéré, ce niveau de qualification a tendance à se stabiliser pour les prochaines années (cf. figure 4). Il est constitué essentiellement d'attachés d'administration et d'ouvriers qualifiés.

3.3. – Le niveau III

La progression de la part de ce niveau à partir de 1981 s'explique par les recrutements massifs opérés à la suite des nombreuses réceptions de structures sanitaires programmées initialement. C'est le niveau le moins rémunéré. De même que le niveau II, sa part aura tendance à se stabiliser sinon à régresser pour les années futures (cf. figure 4).

En guise de conclusion rapide nous pouvons avancer que l'importance du poids financier des personnels médicaux et paramédicaux – qui se situent à 77 % dans les dépenses globales de personnel, et représentent 68 % des dépenses totales des secteurs sanitaires explique largement notre souci d'en analyser les composantes en termes de structures de qualification, hiérarchisation salariale et de poids financiers respectifs. Des investigations plus approfondies et complémentaires en terme de logiques d'acteurs sont cependant nécessaires pour mieux éclairer les comportements et les stratégies implicites ou explicites qui en résultent. De même qu'il serait nécessaire de mieux saisir les affectations de ces personnels en fonction des types d'unités de soins (hôpital ou non) d'abord et au sein même de ces unités, étant donné le degré de complémentarité très large de leurs qualifications dont il reste à apprécier la configuration réelle en termes d'unités ou d'équipes de soins.

Cependant le poids des dépenses du personnel dans une activité de service largement encore basée sur le travail semble normale et ne peut être incriminée en soi dans l'accroissement des dépenses, seule la prise en compte du résultat de son activité et de son degré d'efficacité – au sein même de l'appareil de soins compte tenu de sa structuration et de ses articulations internes et externes – résultat qui ne peut être en fin de compte que la production réelle et à moindre coût d'un niveau de santé satisfaisant. Niveau de santé lui-même qui doit être appréhendé en termes de satisfactions accrues par l'ensemble de la population et de meilleure reproduction de la force de travail – seule donc cette prise en compte pourrait nous autoriser à formuler des appréciations fondées quant au poids «excessif» de ces dépenses.

Notes

[*] Professeur Agrégée à l'Institut de Sciences Economiques d'Alger. Chercheur associé au CREAD.

****]** Maître Assistant, à l'Institut de Sciences Economiques d'Alger. Chercheur associé au CREAD.

[1] L'hôpital en observation. A. Colén : F. STEUDLER.

[2] Décret n° 74-100 du 13 mai 1974.

[3] Décret n° 74-201 du 1er octobre 1974 portant statut particulier des professeurs des Instituts des Sciences Médicales.

[4] Décret n° 71-239 du 03 septembre 1971.

[5] Décret n° 74-202 du 1er octobre 1974.

[6] Ce diplôme a été créé par le décret n° 71-275 du 03

[7] Décret n° 77-114 du 06 août 1977 fixant les conditions d'exercice des fonctions d'enseignement ainsi que des tâches administratives des professeurs, docent, maîtres de conférence et maîtres-assistants.

[8] Il s'agit des décrets n° 68-321, 68-322 et 68-323 du 30 mai 1968 portant statut respectivement des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens.

[9] Décret n° 79-112 du 30 juin 1979 fixant les dispositions statutaires applicables aux corps des médecins spécialistes, des pharmaciens spécialistes et des chirurgiens-dentistes spécialistes.

[10] Décret n° 79-113 du 30 juin 1979.

[11] Décret n° 82-491 du 18 décembre 1982 portant statuts particuliers des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes, des spécialistes et spécialistes hospitalo-universitaires.

[12] Certains au mépris de leurs obligations universitaires, ayant obtenu l'accord d'installation du ministère de la santé - sans en informer celui de l'enseignement (Directeur de l'INSM) et se laissant «programmer» pour des examens qu'ils n'assurèrent pas.

[13] Décret n° 82-492 du 18.12.1982.

[14] - Médecins : décret n° 68 - 321.
- Chirurgiens-dentistes : décret n° 68 - 322.
- Pharmaciens : décret n° 68 - 323.
- Directeurs d'administration hospitalière de 2ème, 3ème et 4ème classe : décret n° 68 - 324
- Economes d'établissements hospitaliers de 2ème, 3ème et 4ème classe : décret n° 68 - 325.
- Techniciens paramédicaux : décret n° 68 - 326.

Agents paramédicaux spécialisés : décret n° 68 - 327.

- Aides paramédicaux : décret n° 68 - 329.

[15] Décret n° 77 - 151 du 15 octobre portant revalorisation des traitements de certains corps de fonctionnaires du ministère de la santé.

[16] Décret n° 77 - du 06 août 1977 - op. cité.

[17] Décret n° 79 - 112 et 79 - 113 du 30 juin 1979.

[18] Textes de 1982 - op. cité.

[19] Une instruction ministérielle intervenue en 1984 obligeait les praticiens désirant exercer à titre privé à implanter leur cabinet en dehors de la zone IV qui représentait les wilayate urbaine (Alger - Oran - Constantine, Annaba - Tizi-Ouzou, Batna - Tlemcen - Blida).