

INTRODUCTION

L'économie algérienne est en proie à une crise structurelle affectée par l'insécurité des approvisionnements, plus encore par la dégradation des infrastructures. Il s'agit donc de, d'abord, assurer l'approvisionnement de base, puis de promouvoir une politique nationale de développement technologique, dans le domaine de la santé, en particulier, en vue de réduire les coûts de production et de garantir la qualité des services.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES ET L'ECONOMIE DE LA SANTÉ DANS UN PAYS EN DEVELOPPEMENT

LA DIFFUSION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE EN ALGERIE

Communication présentée au colloque international
"Diffusion des nouvelles technologies"

Lyon, 18-19 Septembre 1986

Par **Fatima Zohra OUFRIHA**
*Professeur agrégée à l'Institut
de Sciences Economiques d'Alger
Chercheur associé au CREAD*

INTRODUCTION

L'économie mondiale est actuellement, profondément affectée par l'apparition et la diffusion, plus ou moins rapide, d'une série de technologies nouvelles : il s'agit donc là, apparemment, d'une vague de progrès technique majeure qui est en train de bouleverser le fonctionnement de larges secteurs d'activité d'abord, mais surtout, des économies nationales et leur articulation et donc de l'économie mondiale, dans la mesure où une redistribution des activités et donc des places et des rôles à ce niveau, est en train de s'opérer, redistribution largement déterminée par la vitesse, l'intensité, l'importance et la nature même de cette diffusion selon les secteurs.

1. NOUVELLES TECHNOLOGIES ET AUTONOMIE DE LA DECISION DANS UN PAYS EN DEVELOPPEMENT

Qu'entend-on tout d'abord par nouvelles technologies ?(1). Il s'agit essentiellement, de deux groupes d'innovations : le premier étant celui lié à l'apparition du micro-processeur et que l'on désigne alors sous le nom de nouvelles technologies de l'automatisme, de l'information et de la communication. Il englobe l'informatique et, en particulier, la micro-informatique, l'électronique grand-public, la bureautique, la robotique.

Le second groupe est celui qui dérive de l'utilisation systématique et orientée des micro-organismes, d'où le développement de technologies s'appuyant sur les résultats de la recherche biologique, qualifiées alors de biotechnologies. Ces dernières ayant des applications et pouvant révolutionner les façons de produire et les résultats au niveau de l'agriculture, de l'industrie agro-alimentaire, de l'énergie, de la santé...

On utilise aussi ce concept pour désigner l'introduction de technologies lourdes dans certains secteurs de service, jusque-là considérés comme étant des activités de main-d'œuvre (l'éducation, la santé) et qui voient leur condition d'exercice profondément modifiées.

L'introduction des nouvelles technologies affecte de façon significative et directe les façons de produire et de consommer et donc, de façon indirecte, entraîne une série de conséquences au plan social dans la mesure où elles modifient, le temps et le contenu du travail, en même temps d'ailleurs, que le volume nécessaire (répercussion au niveau de l'emploi et du chômage) de même que les **conditions de fonctionnement des entreprises** tant du point de vue organisation du travail que hiérarchisations nouvelles, en particulier salariales, qu'elles entraînent. Ces derniers, résultant en particulier du contenu de l'articulation, du poids des qualifications nécessaires et retentissant forcément sur le secteur producteur de "l'éducation-formation" en tant que producteur des qualifications requises. Ceci implique une modification dans le contenu des enseignements, dans l'importance et la place respective de la formation

(1) Pour délimiter les "Nouvelles technologies", nous nous sommes appuyés sur la note de présentation des VI^e Journées d'économie sociale portant sur "Nouvelles technologies et politiques sociales".

de base et de la formation permanente, le profil des enseignants mais aussi les modalités de fonctionnement des institutions de formation et, de façon plus large, mettant en cause l'articulation système productif-système formateur. Un angle de vision particulier consiste à se préoccuper des répercussions de l'introduction des nouvelles technologies dans un secteur spécifique qui, en ce qui nous concerne, sera celui de la santé.

Les modalités de la diffusion et les conséquences économiques et sociales des "Nouvelles technologies" sont trop nombreuses et trop variées pour que l'on puisse les épuiser dans le cadre d'un travail restreint et les tentatives de bilan opérées, çà et là, tentent de faire le point sur des aspects spécifiques.

Ce qui est certain, c'est que cette diffusion (rythme, intensité, volume) mais aussi, les problèmes soulevés de ce fait et les conséquences induites par telle ou telle technologie ou l'ensemble des technologies nouvelles ne sont ni uniformes — ni identiques, de pays à pays, ou de groupe de pays à pays, et qu'il faille prendre en considération le clivage majeur mais insuffisant, semble-t-il(2), entre pays producteurs et pays récepteurs de ces nouvelles technologies dans la mesure où seul un nombre de pays de plus en plus restreint participe à cette production. Il n'en demeure pas moins que leur diffusion maîtrisée et la maîtrise de ces nouveaux outils de production, à défaut de leur conception — ne se pose pas dans les mêmes termes pour les pays développés et ceux qui essaient de l'être.

La question importante, à cet égard, pour un pays en voie de développement, est de savoir s'il doit adopter de façon indiscriminée toutes les nouvelles technologies ou s'il doit, au contraire, sélectionner les innovations à introduire. S'il doit le faire : à partir de quels critères doit-il procéder à la hiérarchisation des rythmes d'introduction et de diffusion des nouvelles technologies, dans la mesure où elles sont intégralement importées ?

Cette question est d'autant plus pertinente que les expériences récentes d'industrialisation ont montré les difficultés et les limites des tentatives de transfert de technologies trop centrées sur l'acquisition de toutes les technologies de pointe, dans tous les secteurs industriels, et donc, inattentives à la nécessité de cette sélection hiérarchisation de l'introduction-diffusion de nouvelles technologies compte tenu de multiples freins, dont celui du faible niveau de qualification de la main-d'œuvre n'est pas le moins important et donc de la capacité d'absorption — même si cette dernière ne doit pas être entendue de façon statique, sans compter la capacité même "d'importation" ou de mise en place productive des nouvelles technologies, les unes étant plus facilement "transférables" que les autres.

Compte tenu aussi de l'impératif majeur de la recherche d'une plus grande autonomie au plan de la décision économique, ou tout au moins, d'une non-accentuation de la dépendance par ce biais et ce, d'autant que les Nouvelles technologies concernent pratiquement tous les secteurs y compris ceux des services...

(2) J.-J. Salomon, "Edition Prométhée enchaîné" et "La science ne garantit pas le développement".

C'est précisément le cas de la diffusion des Nouvelles technologies, en matière de santé, en Algérie, que nous voudrions présenter rapidement.

2. POLITIQUE DE SANTE ET DIFFUSION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES EN ALGERIE

La diffusion des nouvelles technologies, dans le secteur de la santé en Algérie est un phénomène très récent. En effet, il ne s'inscrit pas dans la lignée de la politique d'industrialisation massive et accélérée qui a caractérisé la période des deux plans quadriennaux (1970-74 et 1974-78) laquelle, par la priorité et l'attention portées à l'industrie comme moyen et moteur de développement, qu'elle a alors dotée de puissants moyens de production, a eu comme corollaire une certaine forme d'inattention aux secteurs dits sociaux, en matière d'investissement, doublée d'un blocage délimité de l'introduction de nouvelles technologies à ces niveaux.

Le premier et le second plan quinquennal (1980-84 et 1985-89) amorcent une nouvelle phase de la politique économique, à cet égard, en Algérie, qui se caractérise en particulier par un nouveau type d'arbitrage en matière d'allocation intersectorielle des investissements.

La volonté clairement exprimée d'accorder plus d'importance outre l'agriculture, aux secteurs sociaux, fait bénéficier celui de la santé d'un volume fortement accru de ressources financières.

C'est ainsi qu'en matière d'investissement, au cours de la période 1980-1984, il a été inscrit pour 12.920 millions de DA dont 2.500 millions représentant des opérations d'investissements sanitaires, initiés par la Sécurité Sociale, et qui ont fait l'objet d'une réinscription à la nomenclature en 1984.

La consommation des crédits de paiement n'a jamais été aussi accélérée qu'en 1984. En effet, les 1.300 millions de DA ouverts en 1984, pour toute l'année, ont été déjà consommés intégralement à la fin septembre⁽³⁾. Le recours à des rallonges de crédits et de transferts de chapitre à chapitre ont permis de faire face aux besoins dont le montant, à fin 1984, est évalué à 3.000 millions de DA. Il y a donc un grand dynamisme dans la consommation des crédits d'investissements.

La majeure partie de ces crédits va servir, outre la réalisation de nouveaux hôpitaux, clés en main par Bouygues essentiellement, à équiper le secteur, de technologies largement de pointe et qui sont, en général, extrêmement lourdes, en particulier l'imagerie médicale : scanographie, échographie.

Ces chiffres sont à mettre en relation avec ceux de la période précédente ; c'est ainsi que les autorisations de programmes pour tout le deuxième plan quadriennal

(3) Concernant l'expérience algérienne, F.Z. Oufriha et A. Djeflat, "Industrialisation et transfert de technologies en Algérie", sous presse, OPU, Alger.

(1974-77) n'avaient pas excédé 1.905 millions de DA et que les crédits effectivement consommés ne dépassaient pas le tiers de ce montant, compte tenu des faibles capacités de réalisation du secteur, fortement en concurrence avec les secteurs leaders durant cette phase.

Cette expansion considérable de l'investissement sanitaire va se répercuter au niveau du budget de fonctionnement de la santé. C'est ainsi, par exemple, que les secteurs sanitaires mobilisent 5.272,5 millions de DA en 1984 contre 1.852 en 1979, soit un taux d'accroissement, pour cette période, de 185%. Or les charges récurrentes, en matière de fonctionnement, ne vont se faire pleinement sentir que bien plus tard, compte tenu des délais de mise en fonctionnement qui sont considérables.

On aurait pu s'attendre, suite au procès de certaines formes d'importation de technologies sophistiquées dans le secteur industriel (en particulier), de façon souvent inappropriée, par certains secteurs de l'opinion publique et certains centres de décision publique(4), suite aussi au discours, constamment réitéré de la primauté de la prévention et des soins primaires, accompagnant la mesure de gratuité des soins, que les planificateurs, dans ce secteur, allaient faire preuve de beaucoup plus de clairvoyance à l'égard des nouvelles technologies dans ce secteur, dans la mesure où beaucoup d'entre elles ne semblaient pas répondre aux besoins de santé repérés et retenus par le Plan, mais aussi, et surtout, par rapport à la capacité de maîtrise des agents du système de soins et donc d'un fonctionnement correct de ces nouvelles technologies.

Deux éléments décisifs vont peser, en sens inverse, pour faire prévaloir une dynamique totalement différente, qui va impulser une diffusion rapide et massive de nouvelles technologies. Le premier élément ou facteur "déclenchant", réside, incontestablement, dans la montée brutale des prix et du volume et donc, du coût des soins à l'étranger, qui va provoquer une démarche similaire à celle de l'import-substitution dans le secteur industriel, et déboucher sur la volonté de soigner les malades "lourds" sur place, et donc, de s'équiper, en conséquence, en faisant appel aux technologies les plus récentes. Mais cette dynamique n'a pu prévaloir, qu'en s'appuyant et en confortant le corps hospitalo-universitaire des médecins, entre-temps constitué. Ceci donnera donc l'occasion à certaines fractions, du corps médical hospitalier, de s'exprimer et de faire prévaloir la logique de leurs besoins, c'est-à-dire la logique des besoins de leurs services, tels que perçus, par eux-mêmes, au détriment d'une allocation plus équilibrée, au sein du secteur de la santé, non seulement aux moyens non sanitaires de la santé, mais aussi aux moyens, non onéreux, et certainement plus efficaces, compte tenu des problèmes réels de santé qui se posent et qui s'expriment clairement, dans l'affirmation que les "secteurs sanitaires sont pourvus en moyens matériel adéquat, leur permettant de remplir efficacement cette mission"(5). C'est donc dans le cadre de cette nouvelle politique de la santé, que s'insèrent l'introduction et la diffusion des Nouvelles technologies de la santé, en Algérie.

(4) Rapport sur l'exécution du Plan quinquennal 1980-1984 et du Plan annuel 1984, pp. 41-42.

(5) "Développement de la santé", ministère de la Santé, Alger, 1983, p. 248.

Il est possible, alors, que le contenu exact de ce que recouvre ce terme, ne soit pas identique à celui prévalant dans les pays développés, compte tenu du décalage dans l'introduction et la diffusion de ces technologies, par rapport aux pays développés.

En fait, ce décalage temporel dans la diffusion serait peu significatif (il constituerait un simple retard) si l'opportunité de tout, ou partie de ces importations étaient clairement démontrées, c'est-à-dire si les technologies importées **constituaient des "technologies majeures"**, du point de vue de la santé.

En effet, ce dernier qualifie de **technologies majeures** celles qui préviennent ou qui guérissent des maladies spécifiques tels la pénicilline, le vaccin anti-polio etc... et de **technologies intermédiaires** : les systèmes et moyens qui soulignent les symptômes mais ne guérissent pas de la maladie. Cette distinction nous semble très utile(6) et peut-être intégrée comme des critères possibles de sélection à l'importation, compte tenu du fait que les nouvelles technologies de la santé(7) semblent entrer largement dans la catégorie des technologies intermédiaires, centrées qu'elles sont de plus en plus sur les problèmes de santé, primordiaux dans les pays développés. Il précise, de plus, que l'amélioration de la santé à un coût abordable, résulte des progrès de la technologie majeure à travers la recherche fondamentale, ce qui n'est pas le cas des technologies intermédiaires qui se sont multipliées ces dernières années et qui, de plus, ont comme caractéristique majeure de "produire" des soins de façon extrêmement onéreuse.

Un examen, même superficiel, des nouvelles technologies introduites récemment en Algérie, dans le cadre de la nouvelle politique d'équipement médico-chirurgical accéléré, montre qu'il s'agit de **technologies lourdes** qui, de plus, relèvent des technologies intermédiaires au sens précédemment défini.

En fait, cette politique a été amorcée en 1978-79 avec les crédits destinés à trois services spécialisés : de lutte contre le cancer, avec installation des services de cobalt-thérapie à Alger et Oran (4.000.000 DA), d'angiographie (11.000.000 DA), de deux services de chirurgie cardio-vasculaire à Oran et Constantine (10.000.000 DA).

Durant la période 1980-84, il ressort du Rapport d'exécution du 1^{er} plan quinquennal, que l'Algérie a importé 1683 millions de DA d'instruments et d'équipements médico-chirurgicaux (soit en moyenne 361 millions de DA par année) dont une grande partie consacrée aux appareils les plus récents. En particulier : 5 scanographe, 115 échographes, 162 reins artificiels, 126 incinérateurs, mais aussi 1220 appareils de radiologie, tous types confondus, 1600 blocs dentaires, 138 blocs opératoires et 100 postes d'ophtalmologie etc... Le mouvement d'importation de nouvelles technologies, y compris lourdes, ne s'étant pas ralenti avec le 2^e plan quinquennal (puisque'il semblerait que nous soyons à 10 scanographes) mais, au contraire, élargi et diversifié, portant alors sur tous les types de technologies, y compris l'introduction de l'informatique dans le secteur.

(6) D'après G. Omen, communication au séminaire : "L'impact des nouvelles technologies sur le Tiers-Monde", organisée par l'UNESCO, Paris, 1984.

(7) L'OMS estime que 97% de la recherche biomédicale est orientée sur les maladies dont l'intérêt est capital pour les pays développés et que celle concernant les problèmes importants pour les pays sous-développés ne reçoit que 3%. Séminaire Op. Citée.

3. PROBLEMES DE COUT ET DE MAITRISE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA SANTE

On dispose de peu de recul et, surtout, de peu d'éléments d'informations chiffrées pour pouvoir faire un bilan en matière de coûts véritables, liés à la diffusion des nouvelles technologies de la santé ; il est, néanmoins, possible, de présenter les problèmes soulevés, de ce fait.

Les avantages présumés de l'importation de ces nouvelles technologies s'articulent autour des idées suivantes :

a) La possibilité de traiter sur place des malades jusque-là "transférés pour soins à l'étranger"⁽⁸⁾. On escompte, de ce fait, réduire les dépenses en devises qui leur sont imputables. Aucune étude, ni évaluation sérieuse n'est venue étayer cette affirmation, sans compter que tous les appareils relevant de l'imagerie médicale (scanographes, échographes "améliorent" les techniques de diagnostic seulement, mais n'apportent rien de décisif sur le plan thérapeutique — et de plus "dispensent" de l'apprentissage de la clinique.

En fait, il s'agit d'un déplacement de ces coûts, lesquels ne vont pas être supprimés, mais remplacés par ceux ayant trait à l'importation des équipements auxquels il faut ajouter les frais récurrents de fonctionnement de ces appareillages, d'autant qu'il s'agit du traitement de certaines maladies lourdes, qui nécessitent des équipements particulièrement onéreux, tant au plan de l'investissement que du fonctionnement ; que ce soit l'insuffisance rénale (reins artificiels), le cancer (bombe à cobalt...) etc.

b) La nécessité d'introduire et de maîtriser les nouvelles technologies, au niveau des centres hospitalo-universitaires, afin de maintenir un haut niveau de soins capable de rassurer et de sécuriser les franges urbaines des malades, probablement les plus exposées et, certainement, les plus aptes à s'exprimer, aux risques des pathologies induites par les nouveaux modes de travail et de vie, de comportement aussi, lié à l'industrialisation et à l'urbanisation.

c) Ceci s'est aussi justifié par le souci de ne pas trop laisser se creuser un écart en matière d'enseignement et de diffusion de nouveaux savoirs, liés à ces technologies.

Cependant, il faut bien voir qu'à côté de progrès certains qu'elles introduisent, ces nouvelles technologies portent, en elles, des modifications des schémas thérapeutiques qui ne peuvent s'analyser comme des progrès véritables, du point de vue amélioration de la santé, qu'elles participent à la montée des coûts en matière de politique des soins : montée des coûts qui se fait sentir, tant sur le plan interne qu'externe (coût en devises + dépendances).

(8) Lesquelles dépenses ont représenté 623,2 millions de DA en 1982 soit en prenant un taux de change moyen officiel DA = 1,6 FF, l'équivalent de 997 millions de FF !

Cette élévation, en termes relatifs et absolus, entrant en contradiction avec le souci d'une limitation-compression des dépenses de santé dans une conjoncture économique, particulièrement défavorable, suite à la baisse de la capacité d'importation induite par la santé du prix des hydrocarbures.

Les problèmes soulevés de ce fait, à court ou à plus long terme, sont, cependant, plus nombreux et plus facilement repérables compte tenu du contexte dans lequel ces technologies s'insèrent.

Ils peuvent s'appréhender à un double niveau :

Le problème du coût d'acquisition et de fonctionnement, particulièrement sensible, soulevé précédemment, sur lequel il faut revenir, toutefois, pour souligner que si ce problème de l'élévation des coûts de la santé, du fait de l'introduction des nouvelles technologies est un phénomène généralement observé (et récusé au niveau des pays développés). Il ne prend pas la même signification, du point de vue économique dans un pays développé et dans un pays sous-développé obligé de recourir à l'importation, et d'être dépendant à 100% du marché mondial, en fait, de quelques firmes spécialisées qui se trouvent être en situation oligopolistique du point de vue offre de matériel et de produits intermédiaires. De plus, les technologies nouvelles font appel à divers produits intermédiaires à usage unique (petits accessoires, films, produits de développement...) eux aussi importés et donc, accentuent le problème tant du coût que celui de la dépendance (au double plan de l'investissement et du fonctionnement).

Ceci, d'autant plus que ces appareillages suscitent des problèmes aigus de fonctionnement, d'entretien et de maintenance, une fois acquis. Problèmes, mis en avant par le ministère de la Santé lui-même, pour qui de "sérieux problèmes de maintenance risquent, à moyen terme, de peser négativement, sur le fonctionnement des structures sanitaires"⁽⁹⁾ et qui prévoit un certain nombre de mesures "palliatives" : telle que décentralisation du système des A.G.I (autorisation globale d'importation) auprès des secteurs sanitaires qui auront la possibilité d'importer directement les pièces de rechange, passation de contrats de maintenance avec les fournisseurs, acquisition de stocks de pièces de rechange, mise en place de stocks sous douane, appel à l'industrie nationale pour certains équipements (complexe électronique de Sidi Bel-Abbès), enfin, prise en charge de la formation d'équipes de maintenance au sein de l'entreprise chargée de l'importation de ces matériels (ENEMEDI).

Le faible degré de maîtrise des nouvelles technologies importées, souvent, sans l'aménagement préalable d'un milieu de réception efficace (avec, en particulier, la formation d'équipes de maintenance préalables) occasionne, en fait, des surcoûts considérables de fonctionnement, liés aux durées, plus ou moins longues, d'immobilisation, suite aux pannes, aux surconsommations de produits intermédiaires, au surstockage des pièces de rechange, aux formations tardives ou différées du personnel

(9) Rapport sur l'exécution du plan quinquennal, M.S.P, p. 20.

d'entretien, à la faible efficacité d'utilisation des potentialités (en place, par suite de la lenteur et du décalage d'intervention des différents services.

Au niveau de l'infléchissement structurel de la politique de santé, et cela par des canaux distincts mais complémentaires :

— Par la prééminence accrue accordée aux maladies dites de civilisation, au détriment de celles dites de sous-développement.

— Par le fait que ces technologies ne peuvent rationnellement fonctionner que dans le cadre de grandes structures hospitalières, dans la mesure où elles ne sont "rentables" que lorsqu'elles sont intégrées dans un grand plateau technique. Ceci, bien entendu, accentuera l'hospitalo-centrisme du système de soins, déjà largement prépondérant, et contribuera à la surconcentration des crédits d'équipement et de fonctionnement en faveur des hôpitaux et donc, à la marginalisation accrue des structures légères de soins publics.

— Par le fait que la diffusion de ces nouvelles technologies implique une formation appropriée des utilisateurs (praticiens et agents paramédicaux) et contribuer ainsi à conforter la spécialisation déjà forte du corps médical algérien, et donc une pression accrue à une technisation de plus en plus grande, de la pratique médicale. "Technisation" qui va cependant s'exercer — et de façon bien imparfaite — dans le champ clos des centres hospitaliers universitaires, sans retombées pratiques sur le plan sanitaire des autres espaces de production de soins.

CONCLUSION

Finalement, l'introduction et la diffusion des nouvelles technologies en particulier lourdes, dans le secteur de la santé en Algérie, doit s'apprécier à un triple niveau.

1) Impact sur l'état de santé.

Elles n'améliorent pas réellement les possibilités de diagnostic rapide qu'elles portent en germe en elles (c'est le cas de l'imagerie médicale) compte tenu des conditions concrètes de leur fonctionnement, par suite des temps d'immobilisation trop fréquents, des mauvais clichés etc... mais même quand cela se produit, l'efficacité réelle, quand il s'agit d'interventions rapides, risque d'être annulée par suite des lenteurs de réaction des services chirurgicaux en aval : c'est donc un **problème d'opportunité** de la mise en place de ces technologies qui se pose. Elles ne modifient pas radicalement les conditions de thérapies concrètes — même des maladies lourdes auxquelles elles sont destinées — compte tenu du niveau d'organisation, de l'éventail des spécialistes qu'elles requièrent : c'est le cas par exemple du rein artificiel : c'est donc ensuite, un **problème de maîtrise** qu'elles posent.

Globalement, leur impact sur le niveau de santé risque d'être mineur sinon nul, voire en certaines circonstances, négatif, compte tenu de la "perte de maîtrise" de méthodes de diagnostics antérieurs, préalablement maîtrisées par le corps médical et paramédical, sans compter qu'elles n'apportent finalement rien de majeur du point de vue thérapeutique, en particulier, pour les grands problèmes de santé publique. Leur impact sur le niveau de santé global risque d'être défavorable aussi par l'accaparement des ressources (budgétaires et de la Sécurité Sociale) affectées à la santé, compte tenu de leur coût en termes d'investissement et de fonctionnement (produits consommables) et de personnel nécessaire, dans un contexte de pénurie, et où les problèmes courants de santé publique sont loin d'être correctement résolus.

2) Impact sur les coûts de santé.

Leur impact en matière de coût va être considérable : au-delà de l'alourdissement qu'elles portent en elles, et qui est observé dans tous les pays développés, de façon intrinsèque, on peut dire, compte tenu :

- de leur faible maîtrise
- du faible niveau d'organisation et de coordination des services
- de l'environnement dans lequel elles s'insèrent,

qu'elles fonctionnent moyennant des **surcoûts** importants.

3) Impact sur le degré d'autonomisation, de la décision et du fonctionnement vis-à-vis de l'extérieur.

Elles induisent un niveau élevé de dépendance vis-à-vis de firmes oligopolistiques, spécialisées dans leur fabrication, non seulement du secteur lui-même de plus en plus soumis à leur pression occulte, mais puissante à travers "l'information médicale" voie déguisée de la publicité dans le secteur qui a su trouver les points d'ancrage et les canaux d'expression, mais aussi, de l'Economie nationale non à même d'en fabriquer tout ou partie, contrainte, de ce fait, à en payer le coût, et à supporter le coût de fonctionnement, en devises, dans un contexte où la capacité d'importation globale se trouve être fortement amoindrie.