

La santé entre économie et médecine

Résumé

La santé, objet de la science médicale, a de tout temps été l'affaire des médecins. Ceux-ci font appel à l'art de la médecine en vue de soulager les patients. Mais depuis la formulation du serment d'Hippocrate, les choses ont évolué. La demande de biens et services médicaux d'une part et la recherche et le développement technologique d'autre part caractérisent un marché qui repose essentiellement sur la décision médicale. La santé a de nos jours un ministère et un budget distincts. Les dépenses engagées dans le secteur santé deviennent préoccupantes, d'autant plus qu'elles épousent une tendance sans cesse croissante. La protection sociale constitue un acquis pratiquement dans la plupart des pays.

L'auteur donne dans cet article un éclairage de la question sanitaire qui a fait naître le droit des citoyens à la santé, repris par des textes doctrinaux les plus en vue. L'article met en relief l'intérêt des décideurs pour l'économie de la santé, dans la mesure où la rationalisation des ressources affectées à ce secteur s'impose dans un contexte global caractérisé par des transitions démographiques et épidémiologiques. Ceci étant la question de la santé sort du champ médical dans lequel elle se trouvait confinée depuis longtemps, pour interpeler aussi bien les politiques, les économistes, sociologues etc. L'attention est focalisée sur les changements intervenus dans les attitudes et comportements des divers acteurs du système de santé qui appellent la mise en oeuvre de politiques sanitaires adaptées.

**Dr. BRAHAMIA
Brahim**

Institut des Sciences
Economiques
Université Mentouri
Constantine, Algérie

ملخص

باعتبارها موضوع للعلوم الطبية، كانت " الصحة " دوما محل اهتمام الأطباء منذ ابيقراط، غير أن هذا الأمر تغير بعد استخدام الوسائل الطبية والخدمات التي صاحبها من جهة والبحث العلمي والتطور التكنولوجي من جهة أخرى وهذا ما جعل " سوق الصحة " يخضع للقرار الطبي. وبما أن لقطاع الصحة وزارة وميزانية خاصة، أصبح تسيير وإدارة نفقات الصحة امرا محرجا لأن هذه التكاليف تميل

La santé a été écartée pendant longtemps du champ de l'analyse économique, à l'instar de trois autres domaines sociaux, tels que la culture, l'éducation ou la justice. Lorsqu'un individu tombe malade, il sort du champ économique du fait qu'il ne participe pas à l'action de production de biens et services.

Les libertés syndicales ont contribué à l'extension du droit à la santé, qui est reconnu aux citoyens dans la plupart des pays au cours de ce siècle; les autorités politiques garantissent de par les textes institutionnels la protection de la santé. Ces droits sont de plus en plus affirmés et défendus par des organisation supranationales, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, l'U.N.I.C.E.F.,

إللازيادة بصفة مستمرة علما بأن معظم الدول مكسب وإجتماعي يتمثل في نظام الحماية الإجتماعية. يريد صاحب هذا المقال تسليط الضوء على المسألة الصحية التي تتضمن حق المواطن في الصحة كما جاء في النصوص الرسمية كما يريد الكاتب توضيح الإهتمام المتزايد لدى اصحاب القرار حول اقتصاد الصحة باعتبار أن الإستغلال العقلاني للموارد المخصصة لهذا القطاع نخضع لإطار عام تميزه التحولات الديمغرافية والمرضية. لأن مسألة الصحة لم تصبح محصورة في الميدان الطبي فقط بل تتعداه إلى ميادين أخرى كالسياسة والعلوم الاقتصادية والإجتماعية...الخ. ويشير صاحب المقال أيضا إلى التغييرات الممكنة في سلوكيات واتجاهات الفاعلين المختلفين في النظام الصحي والتي تستدعي تطبيق سياسيات صحية متكيفة وملائمة.

etc...

Ce qui nous conduit souvent à nous interroger sur le concept de santé. La santé a une définition de plus en plus large.

L'O.M.S. la définit dans le préambule de sa charte tel que suit :

«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».

Dans le même esprit, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme stipule en son article 25 (1):

«Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la Sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté».

Dans les deux définitions, le terme bien-être est mis en évidence. Celui-ci ne constitue pas une donnée acquise une fois pour toute. Le bien-être n'est pas non plus garanti aux citoyens: il résulte avant tout de conquêtes obtenues grâce à des sacrifices consentis pas eux.

La santé n'est pas un état permanent de bien-être; elle apparaît plutôt comme un ensemble de forces qui militent contre la maladie et y font face.

L'organisme est conduit à affronter en permanence deux contraintes majeures :

- poursuivre son développement interne de façon harmonieuse - sans que l'homéostasie soit affectée.

- s'adapter de façon constante à l'environnement extérieur avec lequel il effectue des échanges fondamentaux en permanence, lesquels sont susceptibles de compromettre constamment l'équilibre interne de l'organisme (2).

Dans les pays en développement - ceux a fortiori qui ont été soumis à une longue nuit coloniale, tels que l'Algérie - la question de la santé a occupé une place centrale dans le processus de développement social mis en oeuvre après l'indépendance.

L'état d'extrême de paupérisation et d'indigence de la population Algérienne en 1962 imposait une action sanitaire de large envergure, alors que les moyens matériels et surtout humains faisaient cruellement défaut à cette époque. et l'amélioration de la santé de toute la population».

La Charte nationale de 1976 est très ambitieuse à l'égard de la santé (3):

"L'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population".

L'amélioration de l'état sanitaire est comprise, à travers la Charte nationale, comme étant un axe fondamental de la santé publique:(4) «Aussi, l'action de santé publique doit-elle être entendue comme étant un élément important du développement socio-économique du pays. A cet effet, cette action doit s'appliquer à l'individu comme à son milieu environnant».

L'alternative du développement inspiré du modèle socialiste, à cette étape d'évolution de l'Algérie indépendante, visait la mise en place d'un système national de santé dans le cadre d'investissements planifiés. La régionalisation était adoptée comme un critère d'extension/consolidation de ce système, à travers une Carte Nationale Sanitaire mise en oeuvre dans cette optique, dès 1981.(5) Mais qui n'a pu cependant atteindre les objectifs assignés du fait de l'avènement de la crise économique, qui coïncidait avec le début de son application.

D'autre part le législateur a souligné dans le texte constitutionnel la préoccupation de l'Etat quant à la prise en charge de la protection de la santé des citoyens; l'article 67 de la Constitution de 1976 stipule à ce sujet:(6)

«Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé...»

La Constitution reflète aussi la même ambition relevée dans le texte de la Charte Nationale, et va au-delà de la seule prise en charge des besoins de santé des citoyens: elle intègre la prise en compte de l'influence de l'environnement sur la santé des habitants- :(7)

«Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit, l'extension de la médecine préventive, l'amélioration constante des conditions de vie et de travail ainsi que par la promotion de l'éducation physique, des sports et des loisirs. »

Faut-il relever à ce titre que la question sanitaire est éminemment politique et se trouve de ce fait tributaire des changements et mutations qui s'opèrent au niveau du rôle de l'Etat dans la société et de sa politique économique et sociale.

La crise économique des années quatre-vingt s'est traduite notamment par une révision de la Constitution, par le début de l'ouverture économique et par l'instauration du multipartisme.

Une rupture a eu lieu dès Octobre 1988; les contraintes imposées par la démographie et l'ampleur des besoins sociaux induits, ont été amplifiés par le poids d'un endettement extérieur excessif et par la chute brutale et imprévue des recettes d'exportation des hydrocarbures, qui représentent même de nos jours au moins 95 % des exportations totales du pays. Des réformes économiques étaient nécessaires ; le rôle de l'Etat dans l'activité économique et dans la prise en charge de certains besoins sociaux a été reconsidéré dans le cadre des réformes.

En ce qui concerne la santé la Constitution de 1989 met implicitement fin à la gratuité des soins telle qu'elle était préconisée par l'ordonnance portant Médecine Gratuite de 1973. L'article 51 de la nouvelle Constitution reconduit le droit des citoyens à la protection de leur santé. Mais le rôle de l'Etat dans l'action sanitaire est cantonné désormais dans la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques.(8)

La généralisation de l'accès aux soins en 1973 - aux sein des structures sanitaires publiques s'entend - n'a pas permis une amélioration sensible de l'état sanitaire global dans le pays, dans la mesure où les indicateurs usuels demeurent d'un niveau médiocre,

comparativement à ceux de pays en développement à faible revenu (9), et au regard des investissements consentis dans le secteur santé.

Il est évident que l'affirmation du droit à la santé a son corollaire, le coût de la maladie. Ce coût social impose la disponibilité de ressources nécessaires à son financement, ressources d'autant plus rares en période de crise. Partant les décideurs demandent à être éclairés sur les modalités d'optimisation de l'affectation des ressources, en faisant appel aux méthodes de l'analyse économique dans le domaine de la prise de décision. D'où l'immixtion de l'économiste dans le domaine de la santé, qui a évolué jusque-là en vase clos ; partant, une économie de la santé a vu le jour.

L'économie de la santé est une discipline récente; Charles PHELPS la définit tel que suit :(10)

«L'économie de la santé consiste en effet en l'étude des comportements humains et plus précisément en l'analyse des effets des incitations de prix, de coûts et de revenus sur ces comportements»

Du point de vue de l'économie de la santé, l'individu dispose d'un capital santé qui s'épuise avec le temps sous l'effet du processus du vieillissement. La dépréciation finale de ce capital met fin à notre aptitude à fonctionner et nous cessons donc d'exister. Avec le progrès social qui offre des conditions de vie en amélioration constante d'une part et le progrès scientifique qui met sur le marché des biens et services médicaux de plus en plus perfectionnés et performants, l'espérance de vie s'est accrue au cours de ce siècle et atteint des sommets quelle n'a jamais connus au auparavant dans l'histoire de l'humanité. L'espérance de vie de l'Algérien était de quelques 47 ans en 1962 : elle s'est allongée depuis, de près de vingt ans; elle atteint de nos jours 67 ans pour les deux sexes.

La médecine préventive - assainissement du milieu, développement de l'hygiène, campagnes de vaccination - et les soins médicaux servent à préserver la santé des agressions diverses et à la restaurer en cas de maladie ou d'accident.

L'incertitude est au centre des préoccupations de l'économie de la santé ; le recours au système des soins découle de phénomènes aléatoires : forte grippe, dépression, foulure de la cheville, fracture du péroné, infarctus, etc...

De l'incertitude découle l'observation des paramètres de mise en oeuvre des structures sanitaires et de leur gestion, en vue de faire face à une demande caractérisée par un haut degré d'incertitude. Combien de centres d'hémodialyse faudra-t-il construire au cours de l'année à venir et où trouver les sources de financement ? (11)

Quel niveau de stocks de vaccins antiviraux faudra-t-il acquérir pour faire face à la demande et à quelle date doit-on lancer les commandes adéquates? Toujours est-il que l'épidémie de grippe frappe de façon erratique à travers le temps et il est tout à fait illusoire de cerner avec précision suffisamment à l'avance, la rigueur du climat de l'hiver prochain.

Ces interrogations font entrer en jeu le calcul économique tendant à faciliter la prise de décision; le problème de la disponibilité des ressources conditionne le choix des opérateurs.

Le marché des biens et services médicaux est un marché particulier : il n'obéit pas strictement au jeu de l'offre et de la demande comme les autres biens de consommation courante. Le patient demandeur de soins n'est pas en mesure de savoir par lui-même

quel est le médicament ou l'analyse biologique que son état de santé requiert. Il s'adresse à une tierce personne, le médecin. Celui-ci établit un diagnostic et fait une prescription soit de médicaments, soit de divers autres actes médicaux, - souvent les deux en même temps - compte tenu de la pathologie en question, de l'âge, du sexe du malade, etc...

C'est ensuite que le malade - ses proches ou les structures de santé qui s'occupent de son traitement - acquièrent sur le marché les biens et services médicaux prescrits. Le choix n'est donc pas un choix délibéré. D'autant que ce marché particulier est strictement réglementé par l'Etat et par les organismes de la sécurité sociale. Car en fin de parcours c'est l'organisme de la sécurité sociale d'affiliation qui finance l'achat des biens et les prestations médicales.

L'entrée dans le marché de la santé est motivée par la naissance du besoin de santé - que nous aborderons en ce qui suivra.

Ce marché est caractérisé par l'existence d'un certain nombre d'agents qui interagissent et entre lesquels transitent des flux. On en recense trois catégories : les agents de productions, les agents de consommation (bénéficiaires), et les agents de financement.

Au niveau de la production les agents sont représentés par les professions médicales et les structures de santé. Ce sont eux qui produisent les actes médicaux; la consultation est une production de service de santé, au même titre qu'une radiographie ou une analyse de sang. C'est elle qui déclenche la demande de bien et d'autres services médicaux.

La consommation est donc subordonnée à l'existence de prescripteurs ou producteurs de soins, qui orientent l'acquéreur vers les biens ou les services que son état de santé, - tel qu'il a été diagnostiqué - exige. Il va de soit que la consultation en elle-même constitue une consommation.

Le troisième agent est celui qui est appelé à financer les actes médicaux: organismes de la sécurité sociale, mutuelles, municipalité, oeuvres de charité, pouvoirs publics, assurances maladie privées.

Les besoins de santé donnent lieu à l'activité du système de santé : c'est alors qu'intervient l'économie dont l'objet est l'étude des moyens qui permettent de satisfaire les besoins.(12)

La fonction principale du système de santé est la restauration de la santé des individus ; ce qui leur permet ainsi - du point de vue utilitariste - d'exercer leur activité au sein de l'économie.

J.F. NYS illustre bien cette fonction :

«Maintenir l'individu en bonne santé est une nécessité vitale pour tout système humain . Le sous-système santé a donc pour mission de d'entretenir et de réparer le capital humain.»(13)

L'homme manifeste le besoin de santé afin de rétablir un équilibre. Pour se rendre utile - pouvoir travailler - , il a besoin d'être en bonne santé. Ce qui le conduit à demander des soins et à consommer des biens médicaux : médicaments, prothèses.

Ce besoin ressenti conduit le patient devant le prescripteur : médecin, dentiste, etc . Celui-ci établit de par l'acte de la consultation le besoin, qui est rarement identique à celui ressenti par le malade. On se rend compte de la différence entre le besoin

diagnostiqué et le besoin exprimé. Il en résulte l'absence de standardisation des besoins en matière de santé. Chaque malade présente un état de santé particulier. Mais il est vrai qu'il n'est pas facile d'appréhender cette notion de besoin de façon rigoureuse, de même qu'il est malaisé d'en établir les origines, et les facteurs l'ayant provoqué.

Toutefois, quels que soient les déterminants ayant généré le besoin de santé, l'individu a toujours tendance à rétablir l'équilibre rompu, dans son état de santé. Il va par conséquent revendiquer son droit à la santé, c'est -à-dire plus clairement son droit aux soins.

Le marché de la santé a comme éléments moteurs de sa croissance les consommateurs, qui sont amenés à y avoir recours soit du fait de la détérioration de leur état de santé, soit encore du fait de l'élévation de leur niveau d'instruction - ice qui leur permet d'être de mieux en mieux informés des faits de la médecine, tout en recherchant le bien-être - , de l'accroissement de leur revenu et aussi de l'extension du système de soins. On perçoit ainsi que la croissance des dépenses de santé peut être différemment interprétée.

Un autre facteur qui sous-tend la dynamique du marché de la santé est indéniablement la démographie et sa répartition selon l'âge et le sexe.

Les objectifs d'équité et d'une plus grande justice sociale dans le domaine de la santé ont prévalu dans certains pays où le financement des soins a été socialisé : ex-U.R.S.S., les pays de l'ancien bloc socialiste, Grande-Bretagne. Dans ce dernier pays de façon particulière, un Système National de Santé a été conçu et mis en oeuvre dès la fin de la deuxième guerre mondiale. Le pays sortait d'une guerre dont les retombées sur les infrastructures du pays et sur la population avaient laissé des séquelles frappantes.

La protection sociale - la santé ne représente qu'un des risques sociaux - devenait une revendication principale des salariés à la fin de deuxième guerre mondiale. La reconstruction des infrastructures détruites au cours du conflit créèrent les conditions de la relance et du plein emploi dans les économies aussi bien en Europe - sous la houlette du plan Marshall - qu'aux Etats-Unis qui émergent alors comme une superpuissance sur le plan militaire d'abord, économique ensuite.

La forte croissance économique qui s'installe dans la plupart de ces pays autorisa les gouvernements à étendre les bienfaits de la relance aux secteurs sociaux, - dont la santé et la protection sociale - , qui à leur tour ont un effet d'entraînement sur les secteurs productifs, de par la consommation de biens et de services induite.

La question de la sécurité sociale, qui figurait d'ailleurs dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, - qui reconnaît «le droit à la sécurité sociale» à chaque personne - a été réitérée par l'Assemblée Générale des Nations Unies dans sa réunion du 10 décembre 1946.

Bien avant la naissance de l'Organisation des Nations Unies, l'Allemagne de Bismarck adoptait en 1881 une démarche dans sa politique sociale en faveur des salariés. Bismarck, qui avait une vision à long terme pressentait l'émergence du socialisme et appréhendait l'antagonisme que pourrait susciter un développement industriel brutal, qui pouvait constituer alors une menace pour l'Etat. Il voulait alors lier les salariés à un Etat «qui ne leur voulait que du bien»(14).

Trois textes fondamentaux furent promulgués: 1883, l'Assurance maladie; 1884: l'Assurance accidents du travail et enfin en 1889 les Assurances invalidité et vieillesse.

Ces dispositions au profit de la sécurité sociale plaçaient l'Allemagne bien en avance sur ses voisins européens, tels que la France et l'Angleterre et même par rapport aux Etats-Unis.

Aux U.S.A. un texte relatif à la sécurité sociale fut adopté le 14 Août 1935 ; il s'agit du Social Security Act. Il mit fin au libéralisme «pur et dur» qui prévalait avant la grave crise de 1929. Cette démarche en faveur de la protection sociale, s'insérait en fait dans la politique économique keynésienne.

La Grande Bretagne pourtant berceau de la Révolution industrielle, où la pauvreté touchait de larges couches sociales, accusait un retard considérable dans le domaine de la protection sociale : c'est vers le début de ce siècle - précisément en 1911 - qu'un premier système britannique d'assurance sociale a vu le jour. Ici comme en Allemagne, les montées des revendications des salariés à propos de la couverture sociale suscitaient des inquiétudes chez les politiques. Des réformes étaient nécessaires; elles étaient proposées par Churchill et Lloyd George;(15) les inégalités issues de l'absence de couverture sociale pouvaient dégénérer : «A moins de soulager les pauvres, les pauvres pourraient bien violemment soulager les riches», pensaient-ils.(16)

Aux Etats-Unis, la crise de 1929 marqua profondément la société la dépression économique amena son flot de chômeurs et de marginaux sans ressources, tandis que l'économie attendait la relance des années durant après le crash de Wall-Street.

C'est grâce au New Deal de Franklin Roosevelt, porté à la présidence en 1932, que l'économie américaine renoua avec la croissance et l'emploi. Sa doctrine était fondée sur le «welfare», - elle ne consistait pas en la prise en compte des seuls facteurs économiques, dont les résultats ont été mis à nu par la crise, mais elle intègre désormais aux premiers les facteurs sociaux - et succéda ainsi à celle du «workfare» de ses prédécesseurs.

La politique adoptée privilégiait la lutte contre le chômage d'une part - de par la mise en oeuvre de chantiers des grands travaux - et l'extension de la couverture sociale d'autre part, à travers le Social Security Act.

Toutefois, l'assurance maladie n'a pas été envisagée par les pouvoirs publics, à causes de l'hostilité à son égard des compagnies privées d'assurances et des praticiens. Aussi le système de santé américain hier comme aujourd'hui est doté de filières de mutualités et d'assurances privées: le système d'assurance maladie - socialisé ou fiscalisé - tel que nous le rencontrons en Europe Occidentale fait défaut.

L'orientation politique de Roosevelt dans ses deux axes en faveur de l'emploi et de la couverture sociale inspira en Angleterre Lord Beveridge. Si le plan proposé par ce dernier reposait également sur la relance de l'économie par la politique du plein emploi, il va cependant audelà de la seule couverture sociale des démunis. De son rapport sont issues 5 lois fondamentales relatives à la santé et la sécurité sociale. On en retiendra les deux principales, votées en 1946, qui ont marqué la politique sanitaire en Angleterre :

- la loi qui a permis l'unification de l'ensemble des régimes d'assurances et qui a donné naissance à l'assurance nationale.

- la loi relative à la création d'un Système National de Santé, conçu dans le but d'assurer gratuitement les prestations sanitaires à toute la population.

Le précurseur du National Health Service britannique, proposa déjà en 1942 dans une de ses publications, le droit de chacun à la sécurité sociale. Droit repris dans la

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme des Nations Unies en 1946, comme nous l'avons souligné.

L'idée première qui sous-tendait la conception du National Health Service était de mettre à la disposition des citoyens un système de santé général et gratuit, financé par le budget de l'Etat.(17) Ses concepteurs, Lord Beveridge et Aneurin Bevan partageaient de l'hypothèse suivante - que nous avons simplifiée à dessein - : l'édification du N.H.S. ainsi que la gratuité des soins aux usagers, engageraient des dépenses importantes au début de la mise en oeuvre. L'extension de cette offre sans contre-partie encouragerait les populations à satisfaire leur besoin de santé et partant une amélioration globale de l'état sanitaire dans le pays s'en suivrait . Cette hypothèse envisageait un ralentissement voire une décroissance des dépenses consacrées à la santé, une fois que l'état sanitaire global dans le pays se serait amélioré. Selon cette hypothèse, la demande de prestations sanitaires des citoyens devrait automatiquement baisser entraînant en même temps une réduction progressive des dépenses.

Mais cette hypothèse s'était avérée fautive : l'extension de l'offre de soins devait non seulement répondre aux besoins de santé courants, mais a suscité paradoxalement une demande croissante. Car dans le secteur de la santé l'offre a cette particularité de créer «sa» demande. Pour illustrer un peu cette idée donnant un exemple : l'ouverture d'un service hospitalier dans un centre urbain va drainer des patients qui jusque-là ne manifestaient pas un besoin de soins, où transféraient leur demande sur un autre centre urbain, plus éloigné.

Il est tout à fait aberrant de penser que ce service hospitalier est conçu dans le but de distribuer des prestations aux patients dont la santé est déficiente, et qu'à un certain niveau de satisfaction de la demande le centre devra être fermé ; son utilité étant alors remise en cause.

Donnons un autre exemple : l'ouverture d'un centre d'imagerie médicale va susciter l'intérêt des praticiens soucieux de parfaire le diagnostic de leur patients. Avant l'ouverture d'un pareil centre la demande pouvant être nulle, toute chose égale par ailleurs.

Faut-il relever même l'existence d'une certaine demande de caractère abusif. Les demandeurs de ce type d'actes médicaux sont le plus souvent des cotisants à un système d'assurance maladie, qui ont une propension à vouloir «récupérer» en quelque sorte le maximum des fonds prélevés à la source ou déboursés dans la police d'assurance.

Les femmes enceintes- comme leurs époux d'ailleurs - ne sentaient pas jadis le besoin de connaître le sexe du fœtus, avant l'invention de l'échographie. De nos jours, même dans les systèmes de soins des pays en développement, les couples candidats à l'échographie prénatale sont légion. D'où la nécessité de l'instauration de balises.

A son tour l'expansion de la demande de biens et services médicaux stimule l'offre. Le progrès technique met sur le marché de la santé des équipements de plus en plus sophistiqués et chers. D'autant que la recherche dans ce domaine est fort dynamique ; ce qui sous-entend l'existence d'une forte compétition entre offreurs et surtout une obsolescence rapide des équipements à peine installés. On assiste par ailleurs à la superposition des équipements de la dernière génération à ceux des générations précédentes. Par exemple l'acquisition d'un scanner par un C.H.U. ne donne pas lieu à

la mise à la réforme de la radio classique à rayons X et ne dispense les services de l'emploi des échographies, ou de la résonance magnétique nucléaire (R.M.N.), etc...

Tout cet arsenal des technologies de l'imagerie médicale - entre autres - va engendrer par conséquent la croissance des dépenses en actes médicaux de diagnostic. Le problème de l'entretien et de la maintenance se pose dans toute son ampleur : en ce qui concerne l'Algérie, le quart de ce parc est immobilisé au cours de l'année à cause des pannes et défaillances dans la fonction de la maintenance.

La technologie médicale s'est développée à un rythme accéléré depuis un demi-siècle. La recherche scientifique met chaque année des produits nouveaux - équipements, médicaments, savoir faire, - sur le marché de la santé. Leur accumulation ainsi que les «biens-faits» espérés de ces techniques créent chez les individus aliénation et désarroi. Ils ne peuvent pas s'en séparer mais ils ne sont plus maîtres de leur environnement non plus. On ne peut se séparer de son spécialiste, et on est le plus souvent incapable de réparer les appareillages familiaux indispensables tels que les prothèses: lunettes, dentier, appareil auditif, etc.

La santé se définit aujourd'hui également comme un ensemble de réseaux interdépendants dont la finalité converge vers la restauration de la santé des demandeurs de soins et dont la contribution commune tend à fournir confort et bien-être aux citoyens.

Voici comment se situe l'hôpital et la médecine dans ce réseau, d'après certains auteurs (18):

«Un hôpital moderne est une concentration particulièrement dense dans ce réseau. Il est plus diffus dans ce qu'on appelle la médecine de ville, mais il existe là aussi. Un médecin généraliste ne peut accomplir sa tâche que parce qu'il y a des pharmaciens, des radiologues, des laboratoires d'analyses qui viennent l'appuyer dans son diagnostic, l'aider dans la thérapeutique qu'il prescrit. »

Aujourd'hui dans les pays développés mêmes, la définition du concept de santé intègre le bien-être. Les progrès de la science médicale ont accru la demande de soins dans des proportions insoupçonnées. Des pathologies ou infirmités qui étaient jadis acceptées ou tolérées, car elles paraissaient inévitables, deviennent de nos jours insupportables, voire inacceptables de par les progrès de la recherche et de la technologie qui promettent de résoudre la plupart des problèmes de santé. D'où une modification des mœurs et des attitudes envers la maladie et la souffrance. Et le courant est irréversible.

Des scénarii ont été établis en vue de savoir dans quelle mesure serait-il possible d'adapter les systèmes de santé à ces mutations.

CONCLUSION

Le recours au système de soins n'est pas le seul fait de l'existence de la maladie; la mise sur le marché de nouvelles thérapeutiques, le changement rapide dans le mode de vie, l'amélioration des revenus, tous ces facteurs parmi bien d'autres encore, ont rendu la frontière entre le normal et le pathologique assez floue.

Le praticien joue un rôle capital dans l'impulsion des dépenses de santé dans la mesure où la demande de biens et de services médicaux est générée par l'acte de la

prescription. Le marché de ces biens et services n'est pas soumis au libre jeu des lois classiques du marché : l'acquisition d'un bien médical fait intervenir trois acteurs à la fois: le médecin qui prescrit, le malade qui achète et la sécurité sociale qui finance.

Face à la logique médicale il y a la logique économique - qui est dite aussi utilitariste - selon laquelle il convient de prendre en considération les coûts engendrés par le recours au système de soins, compte tenu des ressources disponibles. Ici intervient alors, parallèlement à l'impératif médical, celui de l'efficacité. Comment soigner efficacement le maximum d'individus avec un coût minimum ? Car en fait si la santé n'a pas de prix, la maladie par contre a un coût.

A présent c'est la qualité de la vie qui se trouve au centre des préoccupations: il s'agit de donner plus d'importance à l'environnement « de l'acte médical. L'action des généralistes acquiert de l'importance ainsi que les soins ambulatoires.

L'humanisation des hôpitaux devient un objectif prioritaire. et on assiste par conséquent à une réorientation des systèmes de santé de par le monde vers des objectifs nouveaux, découlant des mutations enregistrées sur le plan de la pathologie et sur celui des besoins de bien être des individus, ceci compte tenu d'une contrainte majeure, en l'occurrence l'accroissement difficilement maîtrisable des dépenses de santé.

La régulation des dépenses de santé à l'heure actuelle se limite ça et là à des mesures découlant de l'orthodoxie financière : action sur l'offre ou sur le système d'assurance maladie. Le déficit de la sécurité sociale appelle l'accroissement des cotisations ou l'action sur le ticket modérateur, etc...

Et malgré l'inflation des dépenses et les difficultés rencontrées sur le plan du financement, une chose est sûre : les attitudes et les comportements aussi bien chez les usagers que chez les prescripteurs n'ont pas enregistré un grand changement. Toute action tend à favoriser la consommation de biens et services médicaux au détriment de l'éducation du citoyen pour la protection et la promotion et la santé.

Dans la plupart des pays industrialisés le taux d'accroissement des dépenses de santé est nettement supérieur à celui du P.I.B. Les problèmes de financement se posent avec acuité. La question sanitaire est perçue alors dans une autre optique : elle interpelle désormais les décideurs afin qu'ils fassent appel à l'interdisciplinarité et à la multisectorialité dans l'approche de résolution des problèmes de santé, qui dépassent aujourd'hui le seul cadre médical.

Notes et références bibliographiques

- 1- Roche L. et Sabatini J., L'économie de la santé, P.U.F, Paris, 1982.
- 2- Nys J.F., La santé, consommation ou investissement, Economica, Paris, 1980, p. 8
- 3- Front de Libération Nationale, Charte nationale 1976, ord. n° 76-57 du 5 juil. 1976, Journal Officiel, Alger. p.184
- 4- Ibid.
- 5- Ministère de la Santé, Carte Nationale Sanitaire, Tome I et II, Alger , 1981.
- 6- Front de Libération Nationale, Constitution 1976, ord. 76-97 du 22 Nov. 1976, Journal Officiel, Alger.
- 7- Ibid.

- 8- El-Moudjahid, Projet de révision constitutionnelle, février 1989, Alger.
- 9- Cfr. pour de plus amples détails, Brahim BRAHAMIA, la dynamique du système de santé algérien, bilan et perspectives, thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Montpellier I, 1991.
- 10- Phelps C., Les fondements de l'économie de la santé, Publi-Union, Paris, 1995.
- 11- Brahamia B., L'insuffisance rénale chronique et son incidence sur le système de soins: avec référence au C.H.U. de Constantine, Revue des Sciences Sociales, n° 8, Université Mentouri, Constantine, 1998.
- 12- Nys J.F., op. cit. p. 36.
- 13- Nys J.F., op. cit. p. 37.
- 14- Lefaou A.-L., L'économie de la santé en question, Ellipses, Paris, 1997, p. 37.
- 15- Ibid., p. 38 et 39.
- 16- En paraphrasant l'auteur cité ci-dessus.
- 17- Cabanel G.P., Médecine libérale ou nationalisée, sept politiques à travers le monde, Dunod
- 18- Cabanel G.P., Médecine libérale ou nationalisée, sept politiques à travers le monde, Dunod, Paris 1977.
- 19- Rationnée, la fin d'un mirage, Economica, Paris, 1981. □