

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA**



**Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion  
Département des Sciences Economiques**

## **MEMOIRE**

**En vue de l'obtention du diplôme de  
MASTER EN SCIENCES ECONOMIQUES  
Option : Économie Quantitative**

### **INTITULE DU MEMOIRE**

**Politique de promotion des génériques et maîtrise des dépenses  
pharmaceutiques en Algérie : *Essai d'évaluation de l'impact du tarif  
de référence sur les prix des médicaments.***

**Préparé par :**

❖ M<sup>lle</sup> AYACHI Amel

**Dirigé par :**

M<sup>r</sup> CHALANE Smail

**Année universitaire :**

**2019/2020**

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...  
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,  
L'amour, le respect, la reconnaissance...  
Aussi, c'est tout simplement  
Je dédie ce mémoire.....*



## ***À MES CHERS PARENTS***

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et. J'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours.*

## ***À MA CHER SŒUR HASSMA ET A MON CHER FRÈRE NADIR***

*En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.*

## ***À LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE YOUSSEF***

## ***A MON CHER FIANCE***

*Qui ma encourager et soutenir, je te souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu te protège et te garde.*

*À toute mes amies ainsi qu'à tous mes camarades de la promotion économie quantitative*

***AMEL***

# REMERCIEMENT

*Au terme de ce travail, nous tenons à exprimer nos remerciements les plus sincères, tout d'abord au dieu pour la patience et la santé qu'il nous a offerte tout au long de nous étude.*

*Nous avons l'honneur et le plaisir d'exprimer gratitude à M<sup>re</sup> CHALANE Smail d'avoir accepté de nous encadrer, nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour sa disponibilité et son aide dans la réalisation de ce mémoire.*

*Nous avons effectué un stage pratique au niveau de la pharmacie à kherrata, nous tenons à remercier tous le personnel de cette pharmacie pour tout leur conseils et orientations tout au long de notre stage.*

*Nous adressons aussi nos remerciements les plus sincères à nos parents qui nous a toujours aidés et soutenus, et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.*

# Liste des abréviations

## Liste des Abréviations

### LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>Abréviation</b>	<b>Intitulé de l'abréviation</b>
<b>ANPP</b>	Agence Nationale des Produits Pharmaceutiques
<b>Art.</b>	Article de loi
<b>ASMR</b>	Amélioration du Service Médical Rendu
<b>ATC</b>	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
<b>CAF</b>	Coût, Assurance, Fret
<b>CASNOS</b>	Caisse National des Assurances Sociales des Non-Salariés
<b>CNAS</b>	Caisse National des Assurances Sociales
<b>CNOP</b>	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
<b>DA</b>	Dinar Algérienne
<b>DCI</b>	Dénomination Commune Internationale
<b>DDD</b>	<i>Defined Daily Dose</i>
<b>ENPP</b>	Entreprise National de Production Pharmaceutique
<b>ENPP</b>	Entreprise Nationale de Production Pharmaceutique
<b>FOB</b>	<i>Free On Board</i>
<b>MSPRH</b>	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PAS</b>	Plan d'Ajustement Structurel
<b>PCA</b>	Pharmacie Centrale Algérienne
<b>PCSU</b>	Prix de Cession Sortie Usine
<b>PPA</b>	Prix Public Algérien
<b>PPA</b>	Prix Public Algérien
<b>SMR</b>	Service Médical Rendu
<b>SNIC</b>	Société Nationale des Industries Chimique
<b>SOCOTHYD</b>	Société de Coton Hydrophile & d'Articles d'Hygiène
<b>TFR</b>	Tarif Forfaitaire de Responsabilité
<b>TR</b>	Tarif de Référence

# **Sommaire**

---

## SOMMAIRE

DÉDICACES

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....1

### **CHAPITRE 1 : Cadre conceptuel et revue de la littérature**

INTRODUCTION ..... 3

I- CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE..... 3

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE EMPIRIQUE..... 9

CONCLUSION ..... 17

### **CHAPITRE 2 : La régulation pharmaceutique et la problématique de la maîtrise des dépenses médicamenteuses en Algérie**

INTRODUCTION ..... 18

I. LA POLITIQUE DE PHARMACEUTIQUE NATIONALE ET LA RÉGULATION DU MARCHÉ DES MÉDICAMENTS EN ALGÉRIE : ÉVOLUTION HISTORIQUE ET ÉTAT DES LIEUX ..... 18

II. LE TARIF DE RÉFÉRENCE, AU CARREFOUR DE LA POLITIQUE DE REMBOURSEMENT ET DE LA POLITIQUE DES PRIX ..... 26

CONCLUSION ..... 31

---

**CHAPITRE 3 :Une étude empirique de l'impact de la mise en place  
du tarif de référence sur la convergence  
des prix des médicaments en Algérie**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>32</b>
<b>I. PRESENTATION DE LA PHARMACIE DE KHERRATTA .....</b>	<b>33</b>
<b>II.PRESENTATION DE L'ECHANTILLON.....</b>	<b>33</b>
<b>III. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ENQUETE.....</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>55</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>68</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	



# **Introduction générale**

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

Découverts depuis le début du XXe siècle, les médicaments représentent une nécessité absolue pour tous les individus. Ils sont destinés à soigner, soulager ou prévenir des maladies et même pour diagnostiquer le traitement médical lors des analyses. Pourtant, face à cette importance, la production et la mise sur le marché d'un médicament relève d'un long processus qui requiert la contribution des chercheurs scientifiques, des médecins, des pharmaciens, des établissements sanitaires et hospitaliers et des patients, d'où la particularité de ce bien.

En effet, le médicament est un bien de consommation particulier ; il a une vocation de santé publique car c'est un produit réglementé qui n'est pas soumis aux mêmes lois de l'offre et de la demande qu'un produit de consommation courante, tandis que c'est le médecin et/ou le pharmacien qui choisit le médicament pour le patient. Il a un mode de financement spécifique dans la mesure où les organismes de protection sociale peuvent prendre en charge une partie ou la totalité de la dépense pharmaceutique.<sup>1</sup>

Les médicaments représentent un poids économique croissant dans les systèmes de santé actuels et ils constituent une préoccupation première pour les gouvernements qui gèrent de tels systèmes. Malgré les efforts déployés pour la maîtrise des dépenses pharmaceutiques, celles-ci augmentent et absorbent une part grandissante du budget des soins de santé et des services sociaux d'année en année.<sup>2</sup>

Dès qu'un médicament est soumis à un tarif de référence (TR), les laboratoires sont en principe incités à aligner leur prix sur ce tarif, qui correspond au prix du générique le moins cher. La mise sous TR d'une classe de génériques (même DCI, i.e. des médicaments ayant le même principe actif, la même molécule) doit normalement s'accompagner d'une baisse du

---

<sup>1</sup> Osmani, L. et Ould Hamouda, C. (2017). *La politique de médicament en Algérie : des leviers mis en place*. Mémoire de Master, Université de Tizi-Ouzou.

<sup>2</sup> SIFER S.: *Les déterminants de la consommation des médicaments en Algérie*. « Cas : Alger », Mémoire de magistère en Statistiques et Économie appliquée, option : statistiques et économie appliquée, École nationale supérieure de la statistique et de l'économie appliquée, 2011, p. 1.

prix moyen de la classe et d'une réduction de l'écart des prix au sein de la même classe ou groupe de médicament (notamment avec le médicament *princeps*). Le tarif de référence est sensé entraîner une très forte diminution des écarts de prix de ces médicaments supposés identiques (bio-équivalents), c'est-à-dire des médicaments ayant la même DCI (principe actif, molécule identique) soumis à un TR, mais avec des noms de marque différents... et des prix différents. La différence de prix entre le médicament délivré *in fine* par le pharmacien et le tarif de référence est ainsi laissée à la charge de l'assuré social.

Théoriquement, l'application du tarif de référence entraîne mécaniquement une réduction de l'écart de prix entre les génériques et le premier entrant (appelé *princeps*) de la classe.

Dès lors, l'objectif que nous assignons à notre présent travail consiste à estimer, au sein de plusieurs « groupes génériques »<sup>3</sup> soumis au TR, l'écart de prix entre les spécialités pharmaceutiques<sup>4</sup> qui les composent. Le but étant concrètement de mesurer la variabilité des prix au sein d'un même groupe générique entre, d'une part, le *princeps* (spécialité de référence) et les spécialités génériques associés, et, d'autre part, entre les différentes spécialités génériques. Un certain nombre de questions en relations avec notre thème mérite d'être posées, il s'agit de savoir :

- ✓ Comment expliquer la persistance des écarts de prix des médicaments génériques (ayant la même molécule, le même principe actif), malgré la mise en place du tarif de référence et du droit de substitution octroyé au pharmacien ?
- ✓ Quels sont les impacts en termes d'accessibilité financière du déremboursement induit par la mise en place du tarif de référence ?
- ✓ Quel est l'impact du tarif de référence sur le marché des génériques, en termes :
  - de promotion de la substitution génériques/*princeps* ;
  - de baisse des prix des génériques.

---

<sup>3</sup> Les spécialités pharmaceutiques « généricables » (par opposition aux spécialités brevetées), qui figurent dans le *répertoire des génériques*, sont classées par groupes. Chaque « groupe générique », qui comporte une *spécialité de référence* et ses génériques associés (i.e. d'autres spécialités qui en sont génériques), englobe uniquement des spécialités qui ont la même molécule (principe actif), la même forme et le même dosage. Le pharmacien algérien bénéficie du « *droit de substitution* » qui l'autorise à substituer une spécialité prescrite par une autre spécialité strictement équivalente. Autrement dit, il n'est autorisé à substituer entre elles que les spécialités inscrites dans un même groupe.

<sup>4</sup> La spécialité pharmaceutique ou simplement « spécialité » désigne le *nom de marque commerciale*, qui correspond soit à une spécialité d'origine, soit une spécialité générique. Au sein de chaque groupe générique soumis au TR, aussi bien la spécialité de référence que les spécialités génériques sont remboursés par la sécurité sociale sur la base du même TR. »

- de réduction des écarts de prix entre les spécialités génériques appartenant au même groupe ;
- d'impact sur le comportement du pharmacien (dans quelle mesure il est incité à jouer le jeu en rendant disponible le générique le moins cher ou du moins à offrir le choix aux patients) : quel est le niveau de disponibilité de la gamme de génériques au niveau des pharmacies et des grossistes-répartiteurs ?

Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous baserons notre réflexion sur les hypothèses suivantes :

**Hypothèse 1 :** La mise en place du TR n'a pas fait baisser le prix moyen des spécialités appartenant au même groupe générique. En d'autres termes, et contrairement aux prédictions théoriques, il n'y a pas de tendance claire à la convergence entre le prix moyen des spécialités et le TR appliqué au groupe.

**Hypothèse 2 :** La mise en place du TR n'a pas réduit des écarts de prix entre la spécialité de référence (*princeps*) et les spécialités génériques appartenant au même groupe. Contrairement aux prédictions théoriques, il n'y a pas eu au sein de la plupart des « groupes génériques » de tendance claire à la convergence entre le prix de la spécialité d'origine et les prix des spécialités génériques associées.

**Hypothèse 3 :** La mise en place du TR n'a pas réduit des écarts de prix entre les spécialités génériques appartenant au même groupe. Contrairement aux prédictions théoriques, il n'y a pas eu au sein de la plupart des « groupes génériques » de tendance claire à la convergence entre les prix des spécialités génériques.

**Hypothèse 4 :** L'impact mitigé du TR sur les écarts de prix entre les spécialités d'un même groupe est dû aux faibles d'incitations financières chez les différents intermédiaires du marché du médicament (pharmacien, mais aussi grossistes-répartiteurs et importateurs). Dit autrement, ils ne sont aujourd'hui aucunement incités à rendre disponible les différents génériques et proposer un choix éligible au patient, ni encore moins à délivrer (pour le dernier maillon de la chaîne, le pharmacien) le générique le moins cher du groupe.

**Hypothèse 5 :** L'existence de tels écarts de prix au sein d'un « groupe générique » – pourtant soumis au même TR – accroît tendanciellement la part « de remboursée » dans le prix de vente du médicament et introduit en conséquence une iniquité horizontale entre les assurés sociaux.

Cela étant, on a opté pour un plan de travail scindé en trois (03) chapitres.

Le premier chapitre posera le cadre conceptuel et théorique, ainsi que la revue de la littérature empirique (étude de cas faites en Algérie et dans d'autres pays résumés en 3 points : objet, méthode et résultats).

Le deuxième chapitre porte sur la régulation pharmaceutique et la problématique de la maîtrise des dépenses médicamenteuses en Algérie, où nous aborderons :

- Taille et Structure du marché des médicaments (entre princeps et générique ; production locale et importations)
- Politique des prix des médicaments
- Autres dispositifs de régulation du marché du médicament (interdiction d'importation des médicaments pour encourager la production locale)
- Évolution des remboursements de la sécurité sociale et la place du médicament.
- Politique de remboursement des médicaments, avec la place du TR.

Enfin, le troisième et dernier chapitre proposera une étude empirique de l'impact de la mise en place du tarif de référence sur la convergence des prix entre princeps et génériques bio équivalents.

# **Chapitre 1**

## **cadre conceptuel et revue de la littérature**

# CHAPITRE 1

## Cadre conceptuel et revue de la littérature

### INTRODUCTION

Les produits pharmaceutiques, notamment les *médicaments*, sont une composante essentielle de la médecine moderne. Ces produits doivent absolument être surs, efficaces, de bonne qualité, et être prescrits et utilisés de manière rationnel.

La loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé définit comme suit les produits pharmaceutiques:

*Art. 207 : [...] les produits pharmaceutiques comprennent : les médicaments ; les produits chimiques officinaux ; les produits galéniques ; les matières premières à usage pharmaceutique ; les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ; tous autres produits nécessaires à la médecine humaine.*

L'objet de ce chapitre est de présenter le cadre conceptuel et théorique du médicament et de la politique pharmaceutique en générale. Nous tenterons également de recenser la revue de la littérature pour ce qui nous intéresse dans ce travail, à savoir les études empiriques sur la politique des prix des médicaments.

### I- CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Dans cette section, nous nous intéresserons à l'explication quelques termes-clés autour du médicament et du secteur pharmaceutique.

## 1. Quelques définitions courantes

### 1.1 Qu'est-ce qu'un médicament ?

Généralement, le médicament est souvent défini comme une substance administrée en qualité de remède, le plus souvent destiné à favoriser la guérison, à soulager ou à prévenir des maladies humaines ou animales.

La définition juridique qu'en donne la nouvelle loi relative à la santé susmentionnée dans son article 208 véhicule deux conceptions différentes de la notion de médicament. Tout d'abord, le médicament est défini par *sa présentation* : « [...] toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales [...] ». Cette partie de la définition permet d'éviter que les patients soient trompés et prennent des produits présentés comme des médicaments par des commerçants peu scrupuleux, mais qui seraient en réalité inactifs ou toxiques. Ensuite, le médicament est défini par *sa fonction* : « [...] tous produits pouvant être administrés à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, de corriger et de modifier ses fonctions physiologiques ». Cette partie de la définition permet de préciser que le médicament n'est pas seulement destiné à traiter une maladie, mais peut aussi servir à prévenir une maladie ou permettre d'établir un diagnostic.<sup>1</sup>

### 1.2 *Princeps* et médicaments génériques

En Algérie, la loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé définit comme suit les *spécialités génériques d'une spécialité de référence* :

Art. 207, alinéa 2 : [...] Tout médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principe(s) actif(s), la même forme pharmaceutique, et qui est interchangeable avec la spécialité de référence du fait de sa bioéquivalence démontrée par des études appropriées de biodisponibilité [...]

### 1.3. La DCI (Dénomination Commune Internationale)

C'est le nom qui est adapté du nom scientifique de la molécule active contenue dans le médicament. Le système de DCI a été mis en place dans les années 50 au niveau mondial. Il est géré par l'organisation mondiale de la santé.

Lorsqu'une nouvelle molécule est identifiée et jugée digne d'intérêt, elle perd son nom de code utilisé lors des premières phases de recherche et se voit attribuer un nom en DCI. Le laboratoire découvreur, s'appuyant sur une liste de préfixes et de suffixes caractéristiques des principales familles

---

<sup>1</sup> -CHRISTIAN F-B, «Initiation à la connaissance du médicament », édition vemazobresgrego, 2015, p.48



chimiques, propose alors plusieurs dénominations communes (DC). Finalement, une seule DC sera retenue à l'issue de la procédure, ça sera la Dénomination Commune Internationale (DCI) du nouveau médicament.<sup>2</sup>

### 1.4. Avantage de la DCI

La DCI est attribuée au principe actif par un organisme international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), afin de faciliter la reconnaissance de ce principe actif au niveau international. Dans la mesure du possible, il est recommandé aux médecins d'utiliser les DCI dans les prescriptions, celles dont les publications scientifiques et médicales se réfèrent à un médicament. Ainsi, les DCI sont moins source d'erreur que les dénominations de fantaisie qui sont et restent la propriété des laboratoires pharmaceutique et peuvent donc changer (ou disparaître) sans réelle justification.

Les DCI présentent d'autres avantages. Les DCI de chacun des principes actifs d'une même classe pharmacologique comportent, dans leur nom, un élément commun (préfixe, suffixe) afin de pouvoir les identifier plus facilement. Par exemple, les DCI des principes actifs appartenant à la classe des bêtabloquants comportent le suffixe <-olol> (propranolol, pindolol...<sup>3</sup>).

## 2. Le processus de mise en forme d'un médicament

Le schéma ci-après présente les différentes étapes dans la fabrication d'un médicament. Nous remarquons que la fabrication d'un médicament passe par plusieurs étapes et implique la combinaison de plusieurs substances :

- Il y a d'abord le *principe actif*, qui est une substance d'origine chimique ou naturelle caractérisée par un mécanisme d'action curatif ou préventif précis dans l'organisme ;
- On retrouve par la suite *l'excipient*, qui est une substance associée au principe actif d'un médicament et dont la fonction est de faciliter l'administration, la conservation et le transport de ce principe actif jusqu'à son site d'absorption (par opposition à *principe actif*)<sup>4</sup>
- Le récipient permet le conditionnement du médicament, le protégeant ainsi de l'environnement extérieur. L'ensemble est regroupé dans un emballage accompagné d'une notice explicative.<sup>5</sup>
- Le conditionnement est l'opération complémentaire de la mise en forme. Il consiste à enfermer la préparation dans une enveloppe, de forme et de matière très variées, et à donner

---

<sup>2</sup> Osmani, L. et Ouldhamouda, C. (2017). *La politique de médicament en Algérie : des leviers mis en place*. Mémoire de Master, Université de Tizi-Ouzou, p.26

<sup>3</sup>Idem.

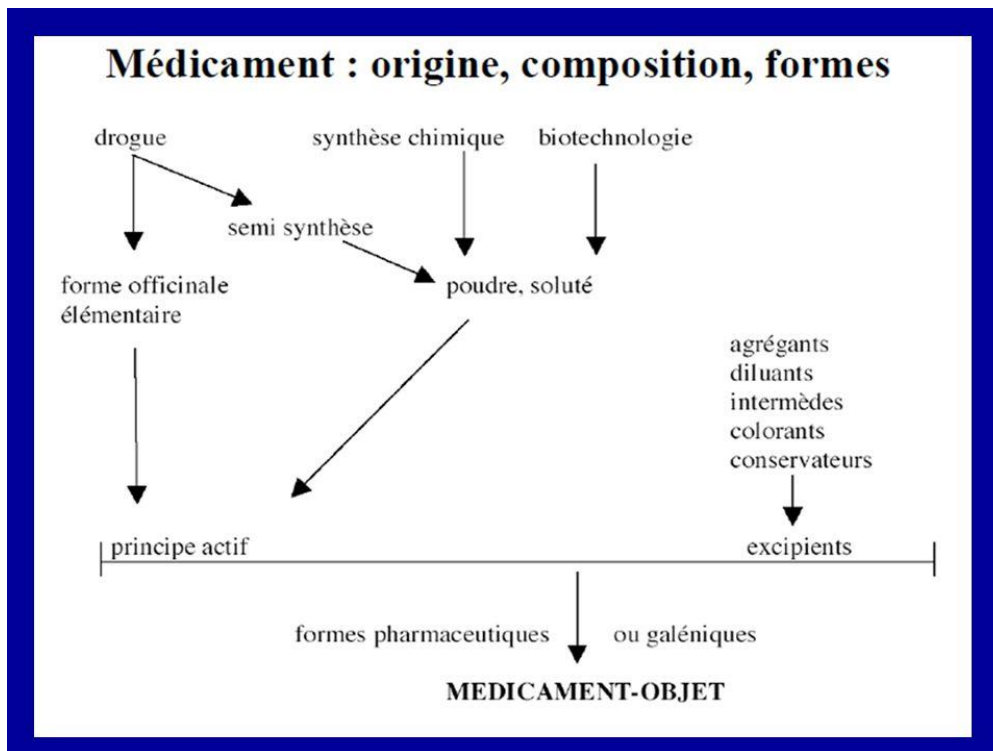
<sup>4</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/excipient/31990#KVexdfSwFltGhhGK>

<sup>5</sup>Talbert, M op cite

ainsi au médicament son aspect définitif, facilement utilisable par le malade. C'est ce qu'on a appelé le conditionnement primaire. Cette forme ainsi conditionnée est protégée par un emballage (conditionnement secondaire), qui est généralement constitué par un carton<sup>6</sup>

- La forme galénique d'un médicament désigne l'aspect (comprimé, gélule, suppositoire...) sous lequel est présenté celui-ci, mais aussi le type d'absorption du médicament : libération prolongée, gastro-résistant, etc. Plus généralement, le galénique est l'étude des formes d'administration des médicaments.<sup>7</sup>

Figure 1 : La mise en forme d'un médicament



Source : Talbert 2011

### 3. Le tarif de référence

Bien que le terme choisi soit celui de « prix de Référence », utilisé dans la plupart des pays francophones, ou « tarif de Référence » (TR) en Algérie (bades priming en anglais), il est utile de souligner qu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une politique de prix. Il s'agit en fait de la mise en place de plafonds de remboursement – établis et fixés par l'assurance maladie – pour les dépenses en médicaments des assurés.

Le Pape *et al.* (2000) : parlent à juste titre d'une politique de forfait de remboursement des médicaments. D'autres économistes ayant étudié les politiques de TR ont aussi souligné cette ambiguïté

<sup>6</sup>J-M Aiche, S Aiche, R, Renoux, initiation à la connaissance du médicament, Edition Masson

<sup>7</sup>Dictionnaire doctissimo.fr

du concept, en précisant que « le système des prix de référence implique des limites de remboursement, et non un prix de marché final. Strictement parlant, le système de prix de référence n'est pas un système de fixation des prix. »<sup>8</sup>

Le TR ne concerne pas uniquement les génériques. Il peut être a priori appliqué à tous groupes de médicaments. Il s'agit d'une variante du « référence priming », encore appelé remboursement de référence. Dans toutes les approches de TR, un taux de remboursement maximum est déterminé pour un groupée de médicaments préalablement défini. Le patient paie la différence si le prix du médicament choisi dépasse le tarif déterminé auparavant. Cette mesure constitue une méthode incitative pour l'encouragement à la consommation des médicaments génériques tout en responsabilisant les patients : libres eaux de choisir un médicament *princeps* ou l'un de ses génériques, l'assurance maladie ne prenant toutefois pas en charge le surcoût attaché au princeps.

La raison d'être du TR est de ce fait l'encouragement à la consommation des génériques, dont les prix sont en général beaucoup plus faibles que ceux des *princeps*. Le but ultime poursuivi réside de ce fait dans la baissées des prix et par conséquent l'allègement des dépenses en remboursement des médicaments. Dans ce qui suit, nous décrivons la constitution des groupes des médicaments ainsi que la méthode de calcul des TR en pratique.

### 3.1. La constitution des groupes de médicaments

L'idée de base qui préside à la constitution des groupes de médicaments réside dans le classement de ceux, jugés interchangeable, dans des groupes thérapeutiques et l'application d'un remboursement plafonné par groupe ainsi constitué. Le système de TR est basé sur l'hypothèse que les médicaments du même groupe sont interchangeables. La construction des groupes de médicaments est généralement définie par le système de classification dénommé « *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)* ». En général, la constitution des groupes thérapeutiques repose soit sur une bioéquivalence des produits (groupes de génériques), soit sur une équivalence thérapeutique, jugée suffisante par l'assurance-maladie.

Selon Snoussi Zoulikha, la constitution des groupes de médicaments obéit à plusieurs logiques.<sup>9</sup>

#### 3.1.1. Des groupes basés sur la bioéquivalence des médicaments

La définition la plus courante d'un groupe considère que des médicaments sont substituables s'ils sont composés du même principe actif, c'est-à-dire bio équivalents ou génériques. Deux médicaments sont considérés comme bio équivalents s'ils contiennent la même substance thérapeutique active et si la

---

<sup>8</sup>Lopez-Casas novas et Puig-Junoy, 2000, p. 9.

<sup>9</sup>Snoussi, Z. (2015). Tarif de référence et entrée des génériques : L'impact sur les prix des médicaments en Algérie. *Revue d'économie industrielle*, 149(1), pp. 107-109.

vitesse et l'intensité d'absorption du produit pharmaceutique dans l'organisme (biodisponibilité) sont exactement les mêmes. D'un point de vue médical, il s'agit donc de la même molécule et du même médicament.

Par définition, avec ce TR dit de type 1, chaque groupe est constitué d'une molécule d'origine (médicament de marque dont le brevet est expiré) et de ses copies génériques bioéquivalences.

### **3.1.2. Des groupes basés sur la similitude des effets thérapeutiques**

Une autre possibilité permet de déterminer les groupes tout en élargissant les critères de leur constitution. Il s'agit de regrouper des médicaments qui, bien qu'étant différents et non bio équivalents, servent à traiter les mêmes maladies ou les mêmes symptômes.

Dans un système de TR contenant de tels groupes, il s'agit donc de classer ensemble des médicaments qui ont des effets thérapeutiques similaires, sans qu'il s'agisse pour autant de la même molécule active. Il est possible de distinguer deux cas dans l'application de ce type de TR.

D'une part, il est possible de regrouper dans un même groupe des médicaments qui ont des substances actives similaires (similitude pharmacologique ou chimique), mais pas identiques, contrairement à l'utilisation des TR ci-dessus exposés. On parle alors de système de TR de type 2 ou de classe 2. D'autre part, il est possible pour un assureur d'élargir encore plus les critères de classification des médicaments avec une politique de TR. Il peut en effet regrouper des médicaments qui peuvent avoir des substances chimiques et des molécules fort différentes, mais dont les effets thérapeutiques restent cependant similaires et soignent les mêmes symptômes.

### **3.2 La méthode de calcul du tarif de référence**

Une fois les médicaments placés dans des groupes, la logique d'une politique de TR consiste à mettre en place des plafonds de remboursement, fixés généralement au niveau du prix le plus bas, du prix moyen ou du prix médian dans le groupe thérapeutique. Il est par la suite régulièrement révisé – souvent à la baisse – par les régimes d'assurance maladie. Cette politique de remboursement signifie généralement que si un médicament a un prix équivalent ou inférieur au TR, il est alors complètement pris en charge.

En revanche, si un médicament a un prix supérieur au TR, l'écart est à la charge complète de l'assuré. Il existe des difficultés inhérentes à la mise en place d'un système de TR. Alors qu'il est facile de comparer deux médicaments dans des groupes de type 1 (même substance chimique) et d'établir un plafond de remboursement pour le groupe, il est beaucoup plus difficile de le faire pour des médicaments dont l'efficacité et les effets peuvent varier comme dans les groupes thérapeutiques de types 2 et 3. Dans ces derniers cas, il est indispensable de choisir une présentation « standard » du groupe et d'établir un «

facteur d'équivalence » entre les différents médicaments qui la composent afin de pouvoir calculer les TR de chaque produit.

Il existe deux manières, dites endogène et exogène, de calculer le seuil du TR. La première consiste à le calculer en fonction des prix adoptés sur le marché à partir du mode ou d'une moyenne sur un échantillon relatif aux offreurs les plus représentatifs d'un marché donné. Ce TR peut alors s'appliquer sur une même classe thérapeutique ou chimique de produits.

Généralement, les classes thérapeutiques ou chimiques retenues n'incluent que des médicaments dont le brevet est arrivé à expiration. Le tarif de référence exogène s'applique, quant à lui, aux médicaments sous brevet ou non. Il s'obtient en calculant une moyenne pondérée des prix appliqués dans d'autres pays étrangers. Il s'agit en fait d'une moyenne pondérée des prix observés dans les autres pays. Toutefois, la base de calcul peut aussi changer d'un pays à un autre.

Il existe donc deux méthodes de fixation de ce tarif de référence donnant lieu à une disparité de régulation du prix très importante. Les pays convergent cependant sur un point : le prix endogène concerne les médicaments thérapeutiques tandis que le prix exogène cible les génériques.<sup>10</sup>

## II. REVUE DE LA LITTÉRATURE EMPIRIQUE

Dans cette section, nous proposons une rapide revue de la littérature théorique et empirique, avec les principaux travaux traitant de l'effet de l'entrée des génériques et l'impact du TR sur les prix des médicaments.

### 1. L'effet de l'entrée des génériques sur les prix des médicaments

L'étude des conséquences de l'entrée des génériques a donné lieu à un grand nombre de travaux de recherche dans plusieurs directions. La principale concerne l'impact de l'entrée des génériques sur les prix des médicaments.

Les études relatives aux marchés pharmaceutiques révèlent des résultats divergents quant à la réaction des laboratoires en matière de tarification des *princeps* à la suite de l'entrée des génériques. Une réaction haussière des prix des *princeps*, s'expliquerait, selon Scherer (1993), par « le paradoxe de la concurrence des génériques » qui prévoit que la forte pénétration des génériques n'entraîne pas nécessairement une réduction du prix des *princeps*.

Ces divergences dans les résultats empiriques découlent, entre autres, des différences dans les échantillons analysés et les méthodologies mobilisées. Quant à la réaction tarifaire des producteurs de

---

<sup>10</sup>Snoussi Z, « Tarif de référence et entrée des génériques : l'impact sur les prix des médicaments en Algérie », op cite, pp 109-110

génériques à la suite d'une concurrence accrue, elle s'avère négative, comme le confirment la majorité des études disponibles.

### 1.1. Analyses théoriques

Les modèles traditionnels de concurrence en biens homogènes ont comme dénominateur commun le fait que l'accroissement du nombre de concurrents sur un marché devrait normalement se traduire par une concurrence en prix plus importante et in fine engendrer une baisse de ceux-ci.

Pour expliquer la corrélation positive entre l'entrée des génériques et le niveau de prix du médicament princeps dans certaines études empiriques, Frank et Salkever (1992) proposent une explication en termes de segmentation des marchés basée sur la persistance de la prescription de *princeps* par les médecins. Ils supposent l'existence de deux types de consommateurs: les loyaux, insensibles au prix du générique et qui considèrent que la qualité du princeps est meilleure que celle des génériques, et les sensibles aux prix des deux médicaments, et donc moins sensibles à la qualité perçue. Une entrée de génériques sur le marché implique de ce fait une baisse de la demande pour le *princeps*, toutes choses égales par ailleurs.

Pour maximiser son profit, le producteur de *princeps* augmente de ce fait son prix. Kong (2008) propose une autre explication du « paradoxe de la concurrence des génériques ». Il suppose que les consommateurs sur le marché des médicaments sont segmentés selon la nature de la couverture médicale. Les consommateurs les mieux couverts sont considérés comme étant insensibles aux prix, tandis que les moins couverts sont plus sensibles aux prix. Les consommateurs insensibles aux prix ne se soucient guère des coûts des médicaments puisqu'ils sont couverts par l'assurance maladie. De ce fait, leurs médecins peuvent leur prescrire le médicament princeps ou sa version générique. En revanche, les consommateurs sensibles aux prix achèteront les médicaments les moins onéreux. Par conséquent, ils sont plus susceptibles de consommer les médicaments génériques, une fois qu'ils entrent sur le marché.<sup>11</sup>

### 1.2. L'étude empirique

Les études de cas et les analyses empiriques (essentiellement dans le cas américain) aboutissent à des résultats contrastés en ce qui concerne l'impact de l'entrée des génériques sur les prix des médicaments *princeps*, alors qu'elle engendre une baisse du prix moyen des génériques. Nous en donnons un aperçu ci-après.

- Caves *et al.* (1991) proposent une analyse descriptive des effets de l'expiration du brevet et de l'entrée des médicaments génériques. Ils se concentrent sur la comparaison des prix des princeps

---

<sup>11</sup>Snoussi Z (2015), op.cit., p. 110.

avant et après l'entrée. Ils étudient le cas de trente médicaments appartenant à sept classes thérapeutiques, pour lesquels les brevets ont expiré entre 1976 et 1987 aux États-Unis.

Ils examinent les variations de l'indice général des prix après l'expiration du brevet et l'entrée des génériques. Ils trouvent notamment une relation négative entre le prix des *princeps* et le nombre de génériques concurrents.

Toutefois, le taux de déclin est relativement faible en moyenne (4,5 %) et en diminution graduelle. Il est d'environ 2 % après la première entrée, et de 22 % avec vingt concurrents génériques.

- Frank et Salkever (1997) montrent, sur un échantillon de 32 médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public entre les années 1980 et 1985, que chaque nouvelle entrée d'un générique est associée à une hausse de 0,7 % des prix des princeps alors qu'elle induit une baisse du prix moyen du médicament générique comprise entre 5,6 % et 7,2 %.
- Aronson *et al.* (2001) se sont basés dans leur étude sur les données du marché suédois. Ils ont étudié douze médicaments *princeps* qui subissent la concurrence des génériques. Les résultats présentés indiquent que le nombre de concurrents génériques a un impact positif et significatif sur le rapport prix princeps-prix génériques (PP/PG), ce qui signifie que le prix moyen des médicaments génériques baisse et le rapport (PP/PG) augmente. L'explication donnée par les auteurs est que les nouveaux entrants peuvent choisir des prix inférieurs à ceux déjà établis par les fabricants de médicaments génériques.
- L'analyse basée sur un modèle économétrique sur données de panel en Colombie-Britannique, développée par Kong (2004), montre que le signe négatif (-1,5647) du variable « nombre de génériques » implique que le ratio prix des génériques sur celui des princeps ( $P_g/P_b$ ) décroît quand le nombre de génériques augmente. Par ailleurs, l'évolution du prix des *princeps* n'est pas claire. En effet, celui-ci peut intuitivement baisser parce que le marché devient de plus en plus compétitif. Il peut toutefois paradoxalement augmenter, comme nous l'avons souligné plus haut. Toutefois, s'il y a une baisse des prix des *princeps*, elle s'avère moins importante que celle du prix des génériques.
- En se focalisant sur le niveau de transaction des anti-infectieux de pharmacie de détail pour la période 1984-1990, Wiggins et Maness (2004) montrent que les prix des médicaments (sans distinguer entre les deux types *princeps* et génériques) baissent avec l'augmentation du nombre de vendeurs. Ainsi, les prix baissent d'environ 83 % lorsque le nombre des vendeurs passe de 1 à entre 6 à 15 vendeurs. Cette baisse est suivie par une autre de 52 % lorsque le nombre de vendeurs passe d'entre 6 à 15 à plus de 40.



- Regan (2008) généralise le travail de Frank et Salkever (1997) et effectue un test empirique de la théorie de la segmentation du marché. Elle examine comment l'entrée des génériques affecte le prix sur le marché américain des médicaments prescrits. Elle propose un test de la relation entre l'expiration du brevet et les prix des médicaments prescrits.
- Grabowski et Vernon (1992) examinent l'effet de l'entrée des génériques sur les prix de 18 produits pharmaceutiques les plus commercialisés aux États-Unis (en termes de chiffre d'affaires). Ces produits ont été exposés la première fois à la concurrence des génériques entre les années 1983 et 1987. Les résultats empiriques indiquent que le prix du médicament *princeps* (en dollars courants) augmente de 11 %, deux ans après l'entrée du premier générique.
- Ayadi (2009), en utilisant les données relatives à quatre molécules pour la période allant du troisième trimestre 2002 au quatrième trimestre 2008 sur le marché tunisien des médicaments, montre que la baisse des prix du *princeps* est d'autant plus importante que la concurrence des génériques est forte. Le nombre des génériques affecte négativement le prix du *princeps* : chaque générique de plus entraîne une réduction d'environ 9,8 % du prix du *princeps* déflaté. De même, une entrée supplémentaire d'un générique entraîne une diminution de 4,1 % du prix moyen des génériques.<sup>12</sup>

### 2. L'impact de tarif de référence sur les prix des médicaments

La majorité des études réalisées se sont intéressées à la partie offre des médicaments, à savoir les firmes pharmaceutiques et leurs réponses au système de TR, en se focalisant soit sur les prix des médicaments, soit sur la part de marché. Cependant, il existe quelques analyses qui se sont penchées sur la partie demande, à savoir les patients, les médecins et les pharmaciens et leurs réactions à ce système de remboursement. La littérature relative à l'impact de la politique du TR sur les prix des médicaments est essentiellement descriptive. Sur le plan théorique, un nombre relativement restreint d'articles a étudié l'impact des TR sur les prix des médicaments. Enfin, plusieurs études récentes ont analysé empiriquement l'impact du système de TR sur le prix des médicaments et montrent, pour la plupart d'entre elles, que la mise en place d'un TR se traduit le plus souvent par une réduction du prix des *princeps* et aussi celui des génériques.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup>Ibid., pp 112-114.

<sup>13</sup>Idem



### 2.2.1. Les analyses théoriques

Zweifel et Crivelli (1996) ont construit un modèle théorique relatif au cas allemand. Ils considèrent que ce sont les médecins qui prennent la décision de substituer un médicament générique à un *princeps*. Plus précisément, ils analysent un modèle dans lequel deux entreprises se font concurrence par les prix. La mise en place d'un TR produit alors une réduction immédiate du prix du *princeps* au niveau du TR. En revanche, elle n'a aucun effet sur les génériques, leurs prix étant proches du TR.

Dans le même ordre d'idées, les travaux de Danzon et Liu (1996) et Danzon et Ketchman (2004) montrent que l'introduction du TR entraîne une convergence de prix entre les génériques et les produits de marque vers ce TR : diminution du prix du *princeps* et hausse du prix du générique.

Pour le cas de la France, une étude élaborée par Le Pape *et al.* (2000) montre l'impact des régulations de prix sur deux classes thérapeutiques (antidépresseurs et antihypertenseurs) en se basant sur la simulation. Pour cela, deux scénarios sont envisagés. Dans le premier scénario, les assurances complémentaires ne remboursent pas au-delà du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR, équivalent du TR). Dans cette situation, les laboratoires pharmaceutiques baissent leurs prix pour ne pas perdre leurs parts de marché. Selon ces auteurs, le même résultat est constaté en Allemagne et aux Pays-Bas. Dans le deuxième scénario, les assurances complémentaires prennent en charge l'intégralité du différentiel entre les prix et le TFR. Les firmes pharmaceutiques ne sont pas incitées, dans ce cas de figure, à diminuer leurs prix. La principale conclusion présentée par les auteurs réside dans le fait que la mise en place d'un système de TFR unique pour des médicaments similaires engendrerait une économie pour l'assurance maladie dont l'ampleur est variable selon la méthode de fixation du tarif choisi, la structure de prix et les prescriptions de chaque groupe de médicaments.

Pour d'autres économistes, les patients sont les décisionnaires finaux et ce sont eux qui choisissent les médicaments qui leur procurent la plus forte utilité. Le rôle des médecins et des pharmaciens est ignoré. Dans cette littérature, deux écoles s'opposent concernant le type de différenciation existant entre les médicaments *princeps* et les médicaments génériques.

Pour Mestere-Ferrandiz (2003), les deux médicaments sont différenciés horizontalement. Il modélise théoriquement la réponse des firmes pharmaceutiques à la mise en place du système de TR, en se référant au modèle espagnol. Dans le cadre d'un duopole avec biens différenciés, le système de TR est comparé au régime de Co-paiement. En cas d'introduction du TR, si le consommateur achète le générique il continue à payer le Co-paiement.

En revanche, s'il achète le *princeps*, il paie la différence entre le prix du *princeps* et le TR. Il montre que l'instauration d'un tel mécanisme de remboursement peut permettre une baisse des prix, seulement si

le TR appartient à un certain intervalle. Par conséquent, les prix des deux médicaments se réduisent simultanément si le TR n'est ni trop élevé ni trop faible. L'intérêt de ce modèle est de montrer que la politique des TR n'amène pas toujours les producteurs à baisser leurs prix. Donc l'impact des TR sur les prix des médicaments dépend de l'intervalle où se situe le TR. La conclusion principale de cette étude est que les autorités de santé doivent être très attentives lors de la définition du TR car la réalisation des objectifs d'accroissement de la concurrence en prix et de réduction des coûts de santé dépend essentiellement de l'ampleur du TR.

Mérino-Castello (2003) analyse l'impact d'un TR endogène sur les stratégies de fixation de prix des firmes pharmaceutiques en Espagne. Pour ce faire, elle utilise un modèle de différenciation verticale. Elle suppose que lorsqu'un médicament générique entre sur un marché, le producteur du *princeps* propose généralement un prix plus élevé que son concurrent et conserve une partie de ses parts de marché. Elle compare deux régimes. Dans le premier, il existe seulement un Co-paiement où le patient paie un taux fixe de dépense. Le second régime est relatif au système de prix de référence qui consiste à payer un taux additionnel mais évitable pour les médicaments dont les prix excèdent le niveau de référence. En comparant les deux régimes, l'auteure conclut que le TR a un impact négatif sur les prix des médicaments. Les patients devant payer un Co-paiement si le prix des médicaments est supérieur au TR, les producteurs de princeps sont amenés à réduire leurs prix pour conserver leurs parts de marché. Entouré, la baisse des prix est plus prononcée pour les médicaments princeps que pour les génériques.

Brekke *et al.* (2007) déterminent l'impact de la mise en place de deux types de TR appliqués à des groupes génériques (GRP) ou thérapeutiques (TRP). Ils considèrent que sur un marché, trois firmes sont en concurrence, deux firmes produisant chacune un médicament princeps de principes actifs différents. L'un des princeps est un traitement ancien dont le brevet a expiré. Il est donc en concurrence avec son générique. Ainsi, ces deux médicaments sont différenciés verticalement. Le nouveau princeps, encore sous brevet, est différencié horizontalement. Leurs résultats suggèrent qu'avec l'introduction du système de TR, la concurrence en prix augmente puisque l'élasticité-prix de la demande des médicaments augmente si les prix sont supérieurs au TR. Cet effet est plus important si un plus grand nombre de médicaments est soumis à ce régime. Par conséquent, la baisse des prix est plus forte lorsque le TR est appliqué à des groupes thérapeutiques que lorsqu'il est appliqué à des groupes génériques.

Dans le même cadre d'analyse, Verpillot (2007) se focalise sur la définition du niveau de remboursement maximal des médicaments. Elle propose d'analyser l'impact du mécanisme de TR sur le marché pharmaceutique français. Elle se base sur un modèle de différenciation verticale dans lesquelles deux versions d'un même médicament, princeps et générique, ne sont pas perçues par les patients comme parfaitement substituables. Elle détermine le niveau optimal de TR qui maximise le surplus collectif des

différents types d'agents tout en assurant la participation des deux firmes, la firme innovante et celle qui produit une version générique du médicament. Elle montre au final que l'instauration d'un tel système de remboursement génère non seulement une baisse du prix des médicaments princeps, mais aussi une réduction du prix des médicaments génériques induite par une hausse de la concurrence pour les médicaments tombés dans le domaine public.

Brekke *et al.* (2008) montrent que la convergence des prix vers le TR n'est réalisée que si le TR est exogène, et fixé à un niveau entre le prix du princeps et celui des génériques. En revanche, si le TR est endogène (égal à une moyenne pondérée des prix des princeps et des génériques), on n'observe pas de convergence de prix, puisque le producteur des génériques a également un intérêt stratégique à baisser ses prix afin de réduire le TR, ce qui rend le médicament princeps relativement plus expansif. Ceci est par exemple le cas pour la Norvège où le TR est calculé comme la moyenne pondérée des prix des médicaments princeps et génériques. Ce qui explique pourquoi ils n'observent pas de convergence des prix avec leurs données.

Nous pouvons conclure que les études théoriques ayant analysé l'impact de l'instauration du système de TR sur les prix des médicaments concluent, dans la majorité des cas, à une baisse des prix des médicaments princeps et génériques, et ce malgré des approches adoptées différentes. Une exception est relevée dans Zweifel et Crivelli (1996) où le TR déclenche une baisse des prix des princeps, mais n'a aucun effet sur les prix des génériques. De même, l'étude de Danzon et Lui (1996) ne conclut pas que les prix des médicaments génériques convergent vers le TR, impliquant ainsi une augmentation des prix. Ainsi, les conclusions des différentes études confirment l'impact négatif du TR sur les prix des médicaments princeps. Toutefois, l'impact sur le prix des médicaments génériques est ambigu.

### 2.2.2. Les évaluations empiriques

Les travaux théoriques décrits ci-dessus sont validés par des études empiriques qui confirment dans tous les cas l'évidence selon laquelle les prix des médicaments baissent. Toutefois, on observe une certaine hétérogénéité dans les baisses de prix. Celle-ci peut être expliquée par le fait que ces études concernent des pays ayant des structures et des expériences relativement différentes et concernent également des périodes différentes. La baisse des prix s'avère en pratique plus importante pour les médicaments princeps que pour les génériques. Dans ce qui suit, nous décrivons, par ordre chronologique, les résultats des principales études empiriques réalisées de par le monde.

Giuliani *et al.* (1998) ont étudié l'impact du TR sur groupes thérapeutiques pour la période allant de 1990 à 1996 en Allemagne. Ils observent que le prix moyen par DDD (*Defined Daily Dose*) diminue avec l'introduction du TR.

De leur côté, Lopez-Casasnovas et Puig-Junoy (2000) proposent une revue de la littérature sur le TR, axée sur les expériences de pays européens (Allemagne, Danemark, Pays-Bas, Suède) et d'autres pays développés (Nouvelle-Zélande, Australie, la province canadienne de Colombie-Britannique). Sont ainsi décrits, pour chaque cas, les conditions d'offre des médicaments, la date d'introduction du TR, les produits couverts par le système, le niveau du TR, son impact immédiat sur les prix et sur les génériques, son impact sur la part de marché des produits, les gains présumés de la sécurité sociale, ainsi que l'impact actuel sur les dépenses totales des médicaments. Il s'avère que les prix des produits couverts par le système de TR enregistrent une réduction à court terme initiale dans tous les pays qui ont introduit un tel mécanisme. Ces gains à court terme exigent des changements dans le comportement du prescripteur (opter pour les médicaments moins onéreux). De plus, l'expérience prouve que le système de TR ne produit pas des bénéfices à long terme. Ce qui amène à penser à d'autres mesures complémentaires pour contenir la croissance des dépenses.

Aronsson *et al.* (2001) montrent, pour la période 1972-1996 en Suède, que le système de TR tend à diminuer le prix des princeps par rapport au prix des médicaments génériques (exprimé dans leur équation par le rapport (PP /PG). Selon les auteurs l'effet négatif du système de TR semble être raisonnable puisque d'importantes incitations ont été accordées aux fabricants de produits de marque pour les inciter à baisser leurs prix.

Pavcnik (2002) explique comment l'assurance affecte la politique de fixation des prix par les firmes pharmaceutiques dans le cas allemand. Pour ce faire, elle choisit deux classes thérapeutiques, les antidiabétiques à prise orale et les antiulcéreux, pour la période 1986-1996. Elle trouve que les producteurs baissent significativement leurs prix après le changement dans le système de remboursement. Le prix moyen des antidiabétiques baisse en moyenne de 18 % (le prix des génériques diminue de 11 % alors que celui des princeps baisse de 26 %). Pour les antiulcéreux, toutes les estimations, en utilisant différentes années de base, suggèrent que les prix baissent après le changement de remboursement, avec une baisse plus forte des prix des princeps.

Les résultats de l'étude de Puig-Junoy (2003) sur le marché espagnol vont dans le même sens. En analysant l'évolution des prix des médicaments appartenant à groupes génériques, sur une période de 10 mois avant la période de l'application du TR en décembre 2000 et 10 mois après, elle trouve que pour 11 des 13 groupes, le TR agit comme un prix plafond. Ainsi, le prix le plus élevé observé sur le marché est égal au TR fixé. Ceci s'avère donc assez efficace pour diminuer les prix.

Dans une étude relative à la Suède, Bergman et Rudholm (2003) analysent l'impact de la concurrence réelle (présence effective de génériques) et potentielle (le princeps n'est plus sous brevet mais il n'y a pas encore de générique) sur les prix. En utilisant des données relatives à 18 substances pour la

période 1972-1996, ils trouvent que le prix du princeps est négativement impacté par l'existence d'une concurrence réelle. Ainsi, le système de TR, introduit en 1993, a un effet négatif important (de 16 à 25 %) sur les prix des princeps, seulement en présence d'une concurrence réelle des génériques.

Brekke *et al.* (2009), en se basant sur des données de panel pour 4 années (2001-2005), trouvent que le système de TR introduit en Norvège en 2003 entraîne une plus forte réduction des prix des princeps (18 à 19 %) que ceux des génériques (7 à 8 %).

Enfin, Ayadi (2009) note une forte réduction, en Tunisie, des prix des médicaments analysés et soumis à ce régime de TR. De plus, l'effet s'avère plus fort pour les produits princeps (-12,3 %) que pour les versions génériques (-1,3 %).

### CONCLUSION

Nous avons présenté dans ce chapitre le cadre conceptuel et théorique du médicament et de la politique pharmaceutique en générale. Nous avons également fait une brève revue de la littérature empirique sur la politique des prix des médicaments et ses effets.

Dans le prochain chapitre, nous donnerons un aperçu des différents outils de régulation du marché des médicaments en Algérie. Nous analyserons également la portée et les limites des instruments de la politique de remboursement, dont notamment celle du tarif de référence.

**Chapitre 2**

**la régulation pharmaceutique  
et la problématique de la  
maîtrise des dépenses  
médicamenteuses en Algérie**

## CHAPITRE 2

# La régulation pharmaceutique et la problématique de la maîtrise des dépenses médicamenteuses en Algérie

### INTRODUCTION

La *sélection des médicaments* constitue un progrès décisif en termes d'accès aux médicaments essentiels et de promotion de l'usage rationnel des médicaments, parce qu'aucun secteur public ni système d'assurance maladie n'est financièrement en mesure de fournir ou de rembourser tous les médicaments disponibles sur le marché.

La notion de médicaments essentiels se trouve dès lors au cœur d'une politique nationale du médicament parce qu'elle favorise l'équité et contribue à la fixation de priorités pour le système de soins de santé. Au centre de la notion se trouve l'idée que l'usage d'un nombre limité de médicaments soigneusement sélectionnés sur la base de principes cliniques approuvés se traduit par un meilleur approvisionnement en médicaments, une prescription plus rationnelle et des coûts moins élevés.

L'objet de ce chapitre est de présenter un aperçu des différents outils de régulation du marché des médicaments en Algérie. Nous analyserons également la portée et les limites des instruments de la politique de remboursement, dont notamment celle du tarif de référence.

## **I : LA POLITIQUE DE PHARMACEUTIQUE NATIONALE ET LA RÉGULATION DU MARCHÉ DES MÉDICAMENTS EN ALGÉRIE : ÉVOLUTION HISTORIQUE ET ÉTAT DES LIEUX**

La première section est dédiée à la politique pharmaceutique nationale et la régulation du marché des médicaments en Algérie est aperçu évolution et structure du marché.

### **1. Évolution et structure du marché des médicaments en Algérie**

#### **1.1. Les importations locales**

Depuis 1962, le secteur pharmaceutique algérien a toujours été dépendant de l'importation, tant pour les produits finis que pour les intrants de base.

Au cours des années 1970, la consommation de médicaments dans la population avait connu une très forte hausse, due notamment à une amélioration du niveau de vie des Algériens. L'instauration de la médecine gratuite a contribué fortement à la hausse de la consommation médicamenteuse durant cette période. Cette augmentation dans la consommation a induit une augmentation dans les importations par la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA), sans avoir une production nationale suffisante pour couvrir les besoins nationaux.

Plus de vingt ans après l'ouverture du marché du médicament au privé durant les années 1990, l'offre en termes d'importation et de production locale de médicament n'a pas connu beaucoup de changements. Le taux de couverture par les importations reste inchangé et élevé.

Cette prédominance des importations n'est pas essentiellement due à un ralentissement ou un retard dans la production locale, mais plutôt à la hausse effrénée du montant des importations.

Le faible développement du secteur pharmaceutique algérien s'est traduit par un maintien de la dépendance vis-à-vis de l'étranger, le taux de couverture des années 1990 à 2000 étant le même que sur la période 1980 et 1970. Cette stagnation du taux de couverture des besoins est essentiellement due à l'instabilité du cadre réglementaire de l'importation en Algérie.

Au début des années 2000, les Pouvoirs Publics ont montré leur volonté de réguler les importations des médicaments. Pour ce faire, ils avaient pris deux mesures. En 2001, le Ministère de la Santé suspend les agréments d'importation prévue dans la loi de finances de 2001. Et en 2002, le Ministère de la Santé publie une liste contenant 120 produits



pharmaceutiques interdits à l'importation et la diffusion d'une instruction ministérielle (du 07 Septembre 2002) pour la généralisation du médicament générique.

### **1.2. La production locale**

Afin d'intégrer l'économie mondiale, l'Algérie a opté pour le processus de l'ouverture de son extérieure son engagement dans le cadre des accords commerciaux internationaux par des réformes économiques engagées par les pouvoirs publics.

La libéralisation du commerce extérieur a été réalisée au cours des années 1990 par la renonciation de l'État à son monopole sur le commerce extérieur.

Cette libéralisation a permis l'émergence de plusieurs laboratoires privés en partenariat avec les multinationales (Sanofi, Pfizer).

### **1.3. Le marché des médicaments génériques**

En Algérie, le marché du médicament générique est faiblement développé. Malgré leur faible part dans le marché national du médicament, les génériques, en raison des politiques menées pour son encouragement par les autorités publiques, continuent à gagner des points sur le médicament princeps.

L'Algérie n'a débuté que tardivement son programme de soutien aux génériques. Ces dernières années, il convient de signaler qu'une volonté politique explicite s'est fait sentir en matière de promotion du développement des médicaments génériques, avec comme résultat une érosion relative du marché des spécialités princeps sous l'effet des génériques.

Avec notamment l'introduction du remboursement sur la base d'un tarif de référence, qui consiste pour l'assurance-maladie à prendre comme base de remboursement pour une spécialité pharmaceutique, le prix du générique le moins cher du marché, et ce dans le but d'exacerber la concurrence sur le marché de la spécialité pharmaceutique considérée.

### **1.4. La structure d'approvisionnement et de distribution des médicaments**

La distribution constitue un vecteur essentiel de la politique de médicament et un élément important du développement de notre production locale. L'ouverture du marché de la distribution, à travers la démonopolisation de l'importation et de la répartition, a permis la prolifération des entreprises pharmaceutiques, couvrant l'ensemble des gammes thérapeutiques et assurant leur disponibilité sur tout le territoire national. Cependant l'essor de ce secteur, peu encadré et insuffisamment règlementé, a été accompagné par l'apparition de

phénomènes spéculatifs, préjudiciables à la disponibilité continue des produits pharmaceutiques.

Dans la tentative de définir une politique industrielle permettant un démarrage effectif de l'industrie pharmaceutique nationale, le gouvernement algérien, dans une instruction datée du 23 mai 2010, a décidé d'interdire la distribution par les grossistes des médicaments fabriqués localement. Les producteurs de médicaments doivent alors vendre leurs produits directement aux officines pharmaceutiques et créer leur propre réseau de distribution. Cette décision d'exclure les grossistes de la distribution des médicaments fabriqués ou conditionnés en Algérie vise, selon le gouvernement, à protéger le médicament local et assurer une meilleure disponibilité aux meilleurs prix aux patients. Toutefois, cette mesure risque de provoquer de nouvelles perturbations sur le marché du médicament. En effet, la création d'un réseau de distribution performant nécessite des investissements, une organisation et un savoir-faire, que certains producteurs n'ont pas les moyens de le faire. En plus du problème de recouvrement de 8000 officines et la couverture du territoire national. Pour ces raisons, le gouvernement a décidé d'accorder aux producteurs nationaux un délai jusqu'à 2012 pour pouvoir se préparer et s'adapter aux nouvelles données du marché et à la réforme engagée actuellement dans le secteur. Par ailleurs, cette décision peut amener dans le futur les entreprises pharmaceutiques algériennes, notamment celles dépourvues de moyens financiers, humains et organisationnels pour assurer une distribution sur le territoire national, à opter pour une intégration horizontale afin de répartir les coûts sur une plus grande quantité de produits, mais aussi réduire la concurrence<sup>1</sup>.

## **2. Évolution du secteur pharmaceutique et de la politique pharmaceutique nationale**

La Politique Pharmaceutique Nationale reflète l'engagement du gouvernement et sa détermination à atteindre les objectifs retenus pour le secteur pharmaceutique à partir de stratégies spécifiques. La politique pharmaceutique nationale est constituée essentiellement de la législation et de la réglementation des produits pharmaceutiques. Elle intéresse les secteurs public, privé et humanitaire, et implique l'ensemble des acteurs du secteur pharmaceutique.

---

<sup>1</sup> Snoussi, Z. (2015). Tarif de référence et entrée des génériques : L'impact sur les prix des médicaments en Algérie. *Revue d'économie industrielle*, 149(1), p. 15.

## 2.1. Évolution du secteur pharmaceutique algérien

Le secteur pharmaceutique algérien a connu deux grandes périodes, avant et après sa libéralisation en 1990.

### 2.1.1. La période avant la libéralisation

C'est la longue période du monopole de l'État (1962 à 1990) sur le secteur pharmaceutique.

Durant la période coloniale, l'industrie pharmaceutique était limitée à une seule entreprise, à savoir BIOTIC, créée en 1952. À l'indépendance, un projet est lancé qui voit le jour en 1962, il s'agit de PHARMAL.

Cette période est marquée par une gestion directe du secteur par l'administration sanitaire, une gestion assurée autour de la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA), créée en 1963 sous l'autorité du ministère de la santé publique pour assurer les fonctions de production, d'importation et de distribution en gros.

Un plan de développement de l'industrie pharmaceutique a été engagé. Une trentaine de pharmaciens industriels ont été formés dans les grandes universités européennes. La société nationale des industries chimiques (SNIC) engageait par ailleurs d'autres projets, à savoir :

- ✓ L'unité de consommables médicaux SOCOTHYD créée en 1970 (Société de Coton Hydrophile & d'Articles d'Hygiène).
- ✓ Lancement du projet de l'Institut Pasteur.

Dans le cadre de la restructuration de toutes les grandes entreprises du secteur public au début des années 1980, la PCA a été restructurée autour de trois institutions, « les trois PHARMS », chargée chacune d'entre elle de l'importation et de la distribution du médicament :

- ✓ ENCOPHARM à l'Est
- ✓ ENOPHARM à l'Ouest
- ✓ ENAPHARM au Centre.

La production locale des médicaments a été assurée par l'entreprise nationale de production pharmaceutique (ENPP), créée par le décret 82/161 promulgué en Avril 1982, devient autonome en février 1989.

Le secteur pharmaceutique était ainsi un secteur réservé à l'Etat, et il était régi par loi n°85/05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé. Malgré des

investissements importants, notamment au cours des années 1970 et 1980, l'industrie pharmaceutique n'a pas pu se développer et la demande nationale ne peut être satisfaite que par le recours à l'importation comme le montre le tableau suivant.

**Tableau 1: Évolution de la consommation et de l'importation de médicaments de 1972 à 1980 (en millions de Dinars)**

Année	Consommation de médicaments	Importation	Taux de couverture par l'importation
1972	503,51	417,91	83%
1974	606,74	533,93	88%
1978	1 230	1 125,50	91,50%
1980	1 630	1 480	90,80%

Source : A HAMADI, p. 98.

### 2.1.2. La période après la libéralisation

C'est la période de libéralisation du secteur pharmaceutique, qui débute officiellement en 1990 et dure jusqu'à nos jours.

Le marché pharmaceutique Algérien a été libéralisé depuis la promulgation de la loi 90-10 du 14 avril 1990 sur la monnaie et le crédit (LMC). Ce texte met fin au monopole de l'Etat sur le commerce extérieur et la loi 90-16 du 07 août 1990, qui autorise l'installation en Algérie de grossistes concessionnaires habilités par agrément à effectuer des importations de marchandises destinées à la revente.

L'Etat a également promulgué le décret législatif n° 93-12 du 05 octobre 1993, relatif à la promotion de l'investissement dont l'objectif ciblé est l'attrait des investissements directs étrangers et nationaux et en 1992, on note la publication du décret 92-284 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques.

Depuis 1995, et dans le cadre du plan d'ajustement structurel (PAS) imposé au pays par les institutions financières internationales, l'Algérie a connu un développement remarquable de l'accès aux marchés extérieurs dans toutes les activités économiques. Plusieurs textes juridiques et législatifs régissant le secteur pharmaceutique ont été promulgués :

- L'obligation d'investir dans la production est exigée, puis levée (arrêté du Ministre de la santé en date du 06 juin 2005).
- la volonté de régulation des importations par la suspension des enregistrements

- L'arrêté du 23 septembre 2001 met en place le prix de référence pour le remboursement des médicaments.
- La volonté politique de promouvoir le médicament générique et la production nationale, avec l'interdiction de l'importation de 128 des médicaments produits localement (circulaire de septembre 2003) puis son annulation en 2005, son rétablissement en 2008 (l'arrêté ministériel du 30 octobre 2008, faisant obligation d'investir dans la production locale et interdiction de l'importation des médicaments produits localement).

## **2.2. La législation et la réglementation pharmaceutique**

Il faut disposer d'un cadre législatif pour mettre en œuvre et assurer l'application des divers éléments d'une politique du médicament, et pour réglementer les activités des divers acteurs des secteurs public et privé. La législation et la réglementation garantissent que les responsabilités, compétences, droits et rôles de chaque acteur sont définis et reconnus. Elles fournissent également une base juridique rendant possible les mesures de contrôle réglementaires des activités, telles que la fabrication, l'importation, l'exportation, la mise sur le marché, la prescription, la délivrance et la distribution des médicaments, ainsi que l'application de ces lois et réglementations.

En définitive, l'objectif de la législation est donc de garantir que seuls des médicaments de qualité, efficaces et sans danger sont produits, importés et distribués, que ces médicaments sont disponibles, et qu'ils sont gérés et utilisés de manière appropriée<sup>2</sup>.

### **2.2.1. L'enregistrement et l'homologation des produits pharmaceutique**

Tout produit pharmaceutique prêt à l'emploi fabriqué industriellement, importé ou exporté, doit faire l'objet, avant sa mise sur le marché, d'une décision d'enregistrement ou d'homologation délivrée par l'agence nationale des produits pharmaceutiques après avis des commissions d'enregistrement ou d'homologation créées auprès de cette agence.

Les praticiens médicaux (médecins spécialistes et généralistes) ne peuvent prescrire et utiliser que les médicaments enregistrés et les produits pharmaceutiques homologués à usage de la médecine humaine figurant sur les nomenclatures nationales.

---

<sup>2</sup> Snoussi Z, *op. cit.*, p. 4-5.

Une autorisation temporaire d'utilisation de médicaments non enregistrés peut être délivrée par le ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence Nationale des Produits Pharmaceutiques (ANPP), lorsque ces médicaments sont prescrits dans le cadre de la prise en charge de maladies graves, qu'il n'existe pas de traitement équivalent sur le territoire national et qu'ils présentent une utilité thérapeutique prouvée.

Un comité économique intersectoriel est installé auprès de l'ANPP, ayant pour mission principale de fixer les prix des médicaments à l'enregistrement.<sup>3</sup>

### 2.2.2. Le contrôle de la qualité

Le *Guide des Bonnes Pratiques de Fabrication* définit le contrôle de la qualité comme étant la vérification ou le contrôle de la conformité aux spécifications.

L'Organisation Mondiale de la Santé le définit, de façon plus détaillée, comme étant toute mesure prise, incluant : mise au point de spécifications, échantillonnage, analyse, et traitement des données analytiques, afin de confirmer que les matières premières, les produits intermédiaires, les articles de conditionnement et le produit pharmaceutique final sont conformes aux spécifications établies d'identification, dosage, pureté et autres caractéristiques (WHO).<sup>4</sup>

### 2.2.3. La bioéquivalence

La biodisponibilité se définit comme étant la fraction de la dose de médicament administré qui atteint la circulation générale et la vitesse à laquelle elle l'atteint.<sup>5</sup>

On parle de bioéquivalence entre deux médicaments (ou deux formes galéniques d'un même médicament) lorsqu'ils présentent chez l'homme les mêmes concentrations plasmatiques en fonction du temps et notamment lorsqu'ils ont une même concentration plasmatique maximum (C<sub>max</sub>), un même délai entre l'absorption et le moment de survenue de la C<sub>max</sub> (t<sub>max</sub>) et la même aire sous la courbe (AUC de zéro à l'infini) d'évolution des concentrations plasmatiques en fonction du temps. Il est habituel d'accepter dans les essais

---

<sup>3</sup> Adrar, A. et Azib, S. (2019). *L'industrie pharmaceutique en Algérie : entre la production locale et le risque de dépendance à l'importation*. Mémoire de Master en Sciences Économiques, Spécialité « Finance et Commerce International », Université de Bejaia, p. 35.

<sup>4</sup> Miri, F. (2014). Enregistrement d'un médicament générique fabriqué en Algérie : aspects technico-réglementaires du contrôle de qualité. Mémoire de Master en Pharmacie Industrielle, Université de Tlemcen, p. 5.

<sup>5</sup> Amellah, M. (2009). *Bioéquivalence des médicaments*. Thèse de Doctorat en Pharmacie, Université Mohammed V (Maroc), p. 44.

cliniques une variabilité de plus ou moins 20 % sur ces trois paramètres pour accepter la bioéquivalence entre deux formes galéniques d'un même médicament<sup>6</sup>

## **I. LE TARIF DE REFERENCE, AU CARREFOUR DE LA POLITIQUE DE REMBOURSEMENT ET DE LA POLITIQUE DES PRIX**

### **1. L'évolution des remboursements de la sécurité social et la place de médicament**

En Algérie, l'assurance maladie est gérée par les organismes de sécurité sociale, à savoir : la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) pour les salariés, et la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Non-Salariés (CASNOS).

Le remboursement des médicaments occupe une place de plus en plus importante dans les dépenses d'assurance maladie.

### **2. La politique de remboursement des médicaments en Algérie**

En Algérie, nous pouvons dire qu'il y'a une bonne prise en charge des médicaments par les organismes de la Sécurité Sociale. Jusqu'à une date récente, tous les médicaments étaient remboursés par l'assurance maladie et le tarif de référence n'était pas appliqué. Le niveau du remboursement est fixé à 80 %, alors que ce taux varie en France entre 35%, 65% ou 100%, et ce en fonction de la valeur ajoutée thérapeutique ou du service médical rendu.

Il faut, en outre, signaler que l'absence d'une politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, comme celles utilisées dans d'autres pays notamment les Références Médicales Opposables, ne font qu'augmenter le poids croissant des soins de santé admis au remboursement.

De même, les critères de prise en charge des soins de santé ne doivent pas se baser seulement sur des considérations de santé publique, mais doivent être, également, tributaires du Service Médical Rendu (SMR) et de l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR).

Dans ce contexte, les organismes de la protection sociale doivent disposer des schémas thérapeutiques ou de référentiels opérationnels qui orienteront les médecins à prescrire les soins de santé les plus économiquement avantageux et les mieux adaptés.

---

<sup>6</sup> Idem., p. 58.

### **3. La régulation des prix des médicaments en Algérie**

#### **3.1. Les modalités de fixation des prix**

##### **3.1.1. La fixation du Prix Public Algérien (PPA)**

Aucun texte réglementaire n'impose les prix pratiqués sur le marché des médicaments, seules les marges sont plafonnées. Pourtant, les prix des médicaments « PPA » sont fixés de facto au terme d'une négociation entre les opérateurs économiques et le Comité Économique (aussi appelé Comité de Fixation des Prix.). Le PPA auquel sera commercialisé le médicament sera déterminé par le laboratoire sur la base d'un prix de revient maximal arrêté par le Comité Économique (Ministère de la Santé) et, au cas où un TR existe pour la molécule concernée, compte tenu du TR. Il sera le même sur tout le territoire algérien.

Le PPA des médicaments produits localement est déterminé sur base du prix PCSU, tandis que le PPA des médicaments importés est déterminé sur base du prix FOB. Pour tous les médicaments distribués en officine, le Prix Public Algérien (PPA) est déterminé en annexe à la DE. En somme, chaque médicament vendu en Algérie a un prix fixe, le PPA, que le laboratoire doit appliquer sur tout le territoire algérien.

##### **3.1.2. Remboursement sur base du PPA ou sur base du TR**

Dans le cadre d'une politique contribuant à la promotion du générique et de l'industrie pharmaceutique nationale, l'assurance maladie s'est donné spécifiquement comme objectif d'assurer un financement durable du médicament. Elle a pu mettre progressivement cette politique en œuvre grâce à la création du Comité de Remboursement du médicament (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale).

Si le médicament est remboursable, une vignette de couleur verte est apposée sur l'emballage du médicament. Si le médicament n'est pas remboursable, une vignette de couleur rouge est apposée sur l'emballage du médicament. Les médicaments hospitaliers n'ont pas de vignette mais une mention « conditionnement hôpitaux » ou « réservé aux hôpitaux ».<sup>7</sup>

Les médicaments remboursables sont soit remboursés sur le PPA, soit remboursés sur le Tarif de Référence « TR ». Ainsi, les médicaments remboursables non-soumis au TR continuent à être remboursés sur la base de leur prix PPA à hauteur de 80% et, pour certains

---

<sup>7</sup> Conseil de la Concurrence (2019). *Étude sectorielle sur la concurrentiabilité du marché des médicaments à usage humain en Algérie*. Rapport. p. 73.



malades chroniques, à hauteur de 100% (les insulines et les antihypertenseurs ou certains immunosuppresseurs utilisés en Algérie, en dépit de leur prix élevé).

Le Tarif de Référence (TR) a été défini par l'arrêté du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre. Le TR fixe ainsi un montant identique de remboursement en valeur absolue pour l'ensemble des médicaments figurant dans un même groupe générique et ayant la même DCI-forme-dosage.

Le TR est fixé sur la base des prix existant sur le marché national. En pratique, si le PPA est inférieur au TR, le patient sera remboursé en totalité du prix du médicament. Cependant, l'opérateur peut réajuster ce prix à la hausse moyennant une modification à l'annexe de la DE. Mais si le PPA est supérieur au TR, le patient devra payer la différence jusqu'à ce qu'un autre opérateur propose un produit avec un prix égal au TR.<sup>8</sup>

### **3.2. La régulation des marges de vente**

La régulation s'opère au travers des marges obtenues par les grossistes et les détaillants. Les marges plafonds sont fixées par décret exécutif n° 98-44 du 1<sup>er</sup> février 1998 relatif aux marges plafonds applicables à la production, conditionnement et à la distribution des médicaments à usage de la médecine humaine.

#### **3.2.1. La marge de production**

Elle est plafonnée au taux unique de 25% assises sur le prix de revient hors taxes. Ce dernier intègre l'ensemble des charges liées au processus de production, à savoir les charges d'exploitation (matières et fournitures, services, frais de personnel, impôts et taxes, frais financiers, frais divers, dotation aux amortissements), ainsi que les charges hors exploitation (résorption des frais préliminaires, provisions pour dépréciation des stocks et créances, pertes de change effectives). Ainsi, le prix de production sera construit comme suit : Ensemble des coûts de production ou prix de revient hors taxes + 25%.<sup>9</sup>

#### **3.2.2. La marge de conditionnement**

Elle est plafonnée au taux unique de 10%, assise sur le prix de revient hors taxes. Comme pour la production, ce dernier intègre l'ensemble des charges liées au processus de

---

<sup>8</sup> Conseil de la concurrence, op cit., p 74.

<sup>9</sup> Snoussi Z, op cite, p 8

conditionnement. Aussi, le prix d'un produit conditionné sera calculé comme suit : Prix de revient hors taxes + 10%.<sup>10</sup>

### 3.2.3. Les marges de distribution

Les marges applicables aux médicaments importés en vue de la vente en l'état sont plafonnées à des taux dégressifs en fonction de la valeur CAF de chaque produit. Elles sont fixées comme suit : la valeur CAF (Coût, Assurance, Fret) s'obtient par addition au prix FOB (*Free On Board*) du prix coût du fret et des assurances. Elle est déterminée selon la valeur réelle du produit sur la base de pièces probantes (factures, documents).

Le prix de revient se calcule comme suit : Prix CAF + droits de douane (5%) + frais d'approche dont le montant est plafonné à 2,5% de la valeur CAF des marchandises (frais d'opérations, de déchargement, de levage, de manutention, d'emmagasiner, de transit, de transport du port ou aéroport au centre de stockage, d'éventuelles surestaries).

- Marges de distribution de gros : institution de taux dégressifs fixes entre 20% et 10%. La marge de vente en gros s'obtient par application du taux de marge correspondant à la valeur CAF = CAF x taux de marge gros. Le prix de vente en gros s'obtient comme suit : Prix de vente en gros = prix de revient + marge de gros.
- Marges de distribution de détail : institution de taux dégressifs fixes entre 50% et 20%. La marge de vente au détail s'obtient par application du taux de marge correspondant au prix de vente en gros, soit prix de vente en gros x taux de marge de détail. Prix de vente au détail public = prix de vente en gros + marge de détail + un supplément honoraire du pharmacien (SHP).<sup>11</sup>

## 4. Le tarif de référence (TR)

La politique du tarif de référence constitue un des instruments utilisés par les pouvoirs publics afin de réduire les dépenses en matière de remboursement de médicaments. Le tarif de référence pour le médicament a été mis en place en Algérie depuis avril 2006, dans l'objectif d'augmenter la consommation des génériques, de baisse conséquente des prix des médicaments et de ralentissement de l'évolution de la dépense en produits pharmaceutiques. Le principe de la politique est que quel que soit le prix de vente d'un médicament soumis à un tarif de référence, l'assureur rembourse toujours le même montant, en fonction du groupe

---

<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Ibid, p 9.

thérapeutique auquel appartient le médicament en question. Tout dépassement de prix de vente au-delà du tarif de référence n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré.<sup>12</sup>

La logique de la politique du tarif de référence est de mettre en place des plafonds de remboursements, fixés généralement à la hauteur du prix le plus bas, du prix moyen ou du prix médian dans le groupe. Ce prix devient le « prix de référence » du groupe.<sup>13</sup>

#### 4.1. La mise en place de TR

Bien que le terme choisi soit celui de « Prix de Référence », utilisé dans la plupart des pays francophones, ou « Tarif de Référence » en Algérie (*reference based pricing* en anglais), il est utile de souligner qu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une politique de prix. Il s'agit en fait de la mise en place de plafonds de remboursement – établis et fixés par l'assurance maladie – pour les dépenses en médicaments des assurés. Le Pape *et al.* (2000) parlent à juste titre d'une « politique de forfait de remboursement des médicaments ».<sup>14</sup>

D'autres économistes ayant étudié les politiques de TR ont aussi souligné cette ambiguïté du concept, en précisant que « le système des prix de référence implique des limites de remboursement, et non un prix de marché final. Strictement parlant le système de prix de référence n'est pas un système de fixation des prix. »<sup>15</sup>

Le TR ne concerne pas uniquement les génériques. Il peut être *a priori* appliqué à tous groupes de médicaments. Il s'agit d'une variante du « *reference pricing* », encore appelé remboursement de référence. Dans toutes les approches de TR, un taux de remboursement maximum est déterminé pour un groupe de médicaments préalablement défini. Le patient paie la différence si le prix du médicament choisi dépasse le tarif déterminé auparavant. Cette mesure constitue une méthode incitative pour l'encouragement à la consommation des médicaments génériques tout en responsabilisant les patients : libres à eux de choisir un médicament princeps ou l'un de ses génériques, l'assurance maladie ne prenant toutefois pas en charge le surcoût attaché au princeps.<sup>16</sup>

La raison d'être du TR est de ce fait l'encouragement à la consommation des génériques dont les prix sont en général beaucoup plus faibles que ceux des princeps. Le but ultime

---

<sup>12</sup> Ibid, p. 10-11.

<sup>13</sup> Ayadi I, « Effet de l'introduction du système de prix de référence en Tunisie sur les prix des médicaments », communication présentée lors de 8ème journées de Jean Monnet, 23-24 Septembre 2010 Hammamet Tunisie. p. 4.

<sup>14</sup> Snoussi Z 2015, op cite , p 106.

<sup>15</sup> Ibid, p 106-107

<sup>16</sup>Idem.

poursuivi réside de ce fait dans la baisse des prix et par conséquent l'allègement des dépenses en remboursement des médicaments. Dans ce qui suit, nous décrivons la constitution des groupes de médicaments ainsi que la méthode de calcul des TR en pratique.<sup>17</sup>

#### 4.2. L'impact de TR sur les prix des médicaments

La majorité des études réalisées se sont intéressées à la partie offre des médicaments, à savoir les firmes pharmaceutiques et leurs réponses au système de TR, en se focalisant soit sur les prix des médicaments, soit sur la part de marché. Cependant, il existe quelques analyses qui se sont penchées sur la partie demande à savoir les patients, les médecins et les pharmaciens et leurs réactions à ce système de remboursement.<sup>18</sup>

La littérature relative à l'impact de la politique du TR sur les prix des médicaments est essentiellement descriptive. Sur le plan théorique, un nombre relativement restreint d'articles a étudié l'impact des TR sur les prix des médicaments. Enfin, plusieurs études récentes ont analysé empiriquement l'impact du système de TR sur le prix des médicaments et montrent, pour la plupart d'entre elles, que la mise en place d'un TR se traduit le plus souvent par une réduction du prix des princeps et aussi des génériques.<sup>19</sup>

### CONCLUSION

Nous avons vu dans le cadre de ce chapitre les différents outils de régulation du marché des médicaments en Algérie. Nous avons également signalé la portée et les limites des instruments de la politique de remboursement, dont notamment le tarif de référence. Nous présenterons dans le cadre du prochain chapitre une étude de cas originale sur les effets du TR sur les prix des médicaments *princeps* et génériques.

---

<sup>17</sup> Snoussi, Z. 2015, *op. cit.*, p 110.

<sup>18</sup> Ibid, p. 114.

<sup>19</sup> Idem.

## **Chapitre 3**

**Une étude empirique de  
l'impact de la mise en place  
du tarif de référence sur la  
convergence des prix des  
médicaments en Algérie**

## CHAPITRE 3

# Une étude empirique de l'impact de la mise en place du tarif de référence sur la convergence des prix des médicaments en Algérie

### INTRODUCTION

La mise sous tarif de référence (TR) d'un groupe de médicaments génériquables est normalement sensé stimuler la concurrence, faisant baisser avec le temps le niveau moyen des prix ainsi que les écarts de prix entre spécialités pharmaceutiques, notamment entre le *princeps* et les génériques associés. Cependant, les résultats de notre étude empirique montrent l'existence d'écarts de prix significatifs entre spécialités avec un écart moyen de 20% par groupe générique. L'existence de tels écarts de prix au sein d'un groupe de médicaments généricables – pourtant soumis au même TR – accroît la part « déremboursée » dans le prix de vente du médicament et introduit en conséquence une iniquité horizontale entre les patients consommateurs/assurés sociaux.

Dans le présent chapitre, nous présenterons les résultats de notre étude empirique portant sur l'impact de la mise en place du tarif de référence sur la convergence des prix des spécialités pharmaceutiques relevant du même « groupe générique » (*princeps* et génériques bioéquivalents)

## I. PRESENTATION DE LA PHARMACIE DE KHERRATTA

Nous avons mené notre étude auprès d'un échantillon de quatre (4) officines de la ville de Kherratta. Ces dernières se présentent sous la forme d'un établissement privé à caractère industriel et commercial. La pharmacie est gérée par :

- Un préparateur principal, responsable du service ;
- Une pharmacienne, chef du service ;
- Les vendeuses.

Le rôle de la pharmacie est de rendre disponible une gamme étendue de produits pharmaceutiques pour sa clientèle. Les fournisseurs de la pharmacie sont sélectionnés sur la base de critères de marché (prix des médicaments, durée de péremption...).

## II. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Cette étude empirique couvrira en tout sept (7) classes thérapeutiques : Cardiologie ; Neurologie/Psychiatrie ; Antihypertenseurs ; Antidiabétiques ; Antiasthmatiques ; Antibiotiques ; Allergologie. Cet échantillon est composé de médicaments *princeps* et générique commercialisés.

Pour chaque classe thérapeutique, on précisera la molécule (DCI) et la code DCI. Par exemple, on peut lire sur le tableau : ACEBUTOLOL CHLORHYDRATE - (06 F 067) ; BISOPROLOL FUMARATE - (06 F 162) ; ATORVASTATINE CALCIQUE TRIHYDRATE EXPRIME EN ATORVASTATINE - (06 M 198), etc.

En outre, pour chaque molécule (DCI), on retrouve plusieurs noms de marque (nom commercial) qui représentent soit un *princeps* soit des génériques commercialisés. Par exemple, la molécule « Amlodipine bésilate exprimé en amlodipine - (06 B 243) », il y a un *princeps* (AMLOR) et un ensemble de génériques commercialisés (AMLIBON ; TENSODIPINE ; AMLODIPINE LDM ; AMLODAL ; AMLODIPINE BEKER ; ALODIPINE ; AMLORIDAL ; LOTENSE).

Dans le tableau synoptique qui reprend les principales caractéristiques de notre échantillon, on distinguera les spécialités commercialisés (spécialités qui disposent d'une autorisation de vente sur le marché) et les spécialités disponibles (spécialités effectivement disponibles dans les pharmacies visitées lors de notre enquête).

On précisera par ailleurs l'origine de la spécialité pharmaceutique, qui est soit importée (M) soit produite localement (L). Par exemple, le médicament « SECTRAL » est importé (M),

alors que les médicaments « ACEBUTOLOL SANDOZ », « ACEBUTOLOL IVAL » et « SEBUTOL » sont produits localement.

Remarquons l'existence de plusieurs médicaments qui ne sont pas commercialisés. Ainsi, un nombre important de spécialités s'est révélé indisponibles dans les pharmacies visitées lors de notre enquête... bien qu'elles disposent d'une autorisation de mise sur le marché, d'un PPA et d'un TR. Par exemple, dans la classe des antiasthmatiques, sur les six (6) spécialités commercialisées sur le marché (SERTIDE DISKUS ; BREQUAL ; CLENIL ; SALFLUZON ; BECLOJET ; BECLAT250), seuls trois (3) spécialités sont effectivement disponibles dans les pharmacies visitées lors de notre enquête (SERTIDE DISKUS ; BREQUAL ; CLENIL). Autre exemple avec la classe des antihypertenseurs, sur les 18 spécialités pharmaceutiques commercialisées, seules neuf (9) spécialités sont effectivement disponibles dans les pharmacies visitées. Cette indisponibilité de certaines spécialités peut s'expliquer pour diverses raisons : une pharmacie ou un grossiste n'a pas forcément intérêt à commercialiser l'ensemble de la gamme des génériques disponibles sur le marché.

Sur le marché, pour chaque molécule, on remarque la présence d'un seul *princeps* avec plusieurs génériques, se présentant parfois sous différentes formes, dosage, conditionnement et prix. Par exemple, dans le tableau (cf. Annexe), pour la molécule ACEBUTOLOL CHLORHYDRATE - (06 F 067), on a un seul *princeps* (SECTRAL) avec plusieurs génériques commercialisés (ACEBUTOLOL SANDOZ ; SEBUTOL ; ACEBUTOLOL IVAL). Autre exemple : pour la classe METOPROLOL SUCCINATE EXPRIME EN METOPROLOL - (06 F 071), il y a un seul *princeps* (LOPRESSOR LP) et plusieurs génériques (METOCROVIS ; LORESTA). Par ailleurs, nous remarquons que *princeps* et génériques relevant de la même molécule (DCI), avec des formes, dosage et conditionnement identiques, sont soumis au même tarif de référence (TR). Seul le nom commercial change. Par exemple, dans le tableau on a la molécule (BISOPROLOL FUMARATE) avec le même dosage (10MG), le même prix (585) et le même TR (585) ; en fait, seul le nom commercial change (BIBROTENS ; BISOPROLOL BEKER ; BISOPROLOL MM ; BYZOLEX). Remarquons également que les prix des médicaments qui sont les mêmes avec le TR par exemple (BIBROTENS) : le PPA est 585 et le TR est 585.

De plus, la distribution est dispersée c'est-à-dire moins les valeurs sont concentrées autour du moyen. Ainsi, l'écart entre le prix maximal et le prix minimal par rapport à la molécule (DCI), par exemple la molécule (ATORVASTATINE CALCIQUE TRIHYDRATE EXPRIME EN ATORVASTATINE), est de 8,1%.



Nos calculent la variance à partir de tableau. Sa forme est la suivante :

$$\text{VAR} = 1/N \sum_1^n (x_i - X)^2$$

Par exemple, une molécule (METOPROLOL SUCCINATE EXPRIME EN METOPROLOL), la variance est égal à 7662,78 et un autre exemple (Irbesartan – Hydrochlorothiazide) est égal à 163,03. On conclut que toutes les variances de l'échantillon (les molécules) sont positives.

Calculons à présent l'écart-type à partir du tableau. C'est la racine de la variance par exemple la molécule (METOPROLOL SUCCINATE EXPRIME EN METOPROLOL) son écart type est égal à 87,54.

Par ailleurs, tous les écart-type de l'échantillon (les molécules) sont positive. C'est le cas par exemple de (METOPROLOL SUCCINATE EXPRIME EN METOPROLOL). On conclut aussi que certain des molécules ont un écart-type sont proche de zéro (0), ce qui signifie que les valeurs sont très peu dispersées autour de la moyenne. Par exemple la molécule (ATORVASTATINE CALCIQUE TRIHYDRATE EXPRIME EN ATORVASTATINE) est proche de zéro.

### III. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Les écarts des prix entre *princeps* et génériques atteigne jusque 31%. Signalons la présence de *princeps* dont le prix PPA est inférieur à certains génériques. Par exemple, l'écart de prix moyen *princeps*/génériques (en %) atteint 22,67% pour la molécule ACEBUTOLOL CHLORHYDRATE, 21,83% pour la molécule METOPROLOL SUCCINATE EXPRIME EN METOPROLOL ou encore 7,73% pour la molécule Irbesartan-Hydrochlorothiazide.

Par ailleurs, les écarts entre les prix PPA (*princeps* + génériques) et le tarif de référence atteignent en moyenne jusqu'à 167.36%. Signalons en outre la présence assez surprenante de *princeps* dont le prix est inférieur à certains génériques. C'est le cas par exemple de la molécule (DCI) GLIMEPIRIDE dont le prix du *princeps* est inférieur de plus de 11% par rapport à deux des génériques commercialisés.

Nous remarquons également une tendance à la disparité des prix entre les génériques. Ainsi, les écarts de prix entre les génériques atteignent jusqu'à 66.67% pour la molécule METFORMINE CHLORHYDRATE. Signalons aussi le fait que les génériques se présentent

souvent avec différents conditionnements, ce qui ne facilite pas la substitution entre les différentes spécialités freinant par-là la concurrence qu'il peut y avoir entre les spécialités.

Relevant en outre l'indisponibilité sur le marché de la plupart des génériques commercialisés. Par exemple, pour la molécule ACEBUTOLOL CHLORHYDRATE, sur les trois génériques commercialisés, nous avons constaté en faisant le tour de quatre pharmacies qu'un seul générique est effectivement commercialisé. Un autre exemple marquant est illustré par la molécule ATORVASTATINE CALCIQUE TRIHYDRATE EXPRIME EN ATORVASTATINE qui, sur les 20 génériques théoriquement commercialisés, seuls trois génériques sont effectivement disponibles sur le marché.

- Dans le tableau 2, nous avons réparti les molécules en trois intervalles selon le nombre de génériques commercialisés, puis le nombre de génériques disponible. Nous débouchons ainsi sur trois intervalles : [1-3] ; [4-6] ; [7 et plus].

**Tableau 2.** Répartition des groupes génériques selon le nombre de génériques commercialisés

	Nombre de génériques commercialisés	Nombre de génériques commercialisés (En pourcentage)	Nombre de génériques disponibles	Nombre de génériques disponibles (En pourcentage)
[1-3]	9	24.32%	31	91.18%
[4-6]	12	32.43%	2	5.88%
[7 et plus]	16	43.24%	1	2.94%
<b>TOTAL</b>	37		34	

**Source :** Tableau réalisé par nos soins à partir des données issues d'un échantillon de pharmacies dans la Daira de Kherratta.

À partir de ce tableau, on remarque que le nombre des génériques commercialisés est supérieur à nombre des génériques disponibles sur le marché. Sur les 37 commercialisées, un peu plus de 24% des molécules ont un nombre de génériques situé en 1 et 3. Un peu plus de 32% des molécules ont un nombre de génériques situé entre 4 et 6. Enfin, plus de 43% des molécules ont 7 génériques et plus.

S'agissant des génériques disponibles dans les quatre officines visitées, nous remarquons que plus de 91% des molécules ont un nombre de génériques inférieur à 4, moins

de 6% des molécules ont un nombre de génériques inférieur à 7. Enfin, moins de 3% des molécules ont 7 génériques et plus.

Dans l'intervalle [1-3], nous remarquons un écart important entre la proportion de génériques commercialisés (24,32%) et la proportion de génériques effectivement disponibles sur le marché (91%). Pour ce qui est des intervalles [4-6] et [7 et plus], le nombre de génériques commercialisés est supérieur au nombre de génériques disponibles sur le marché.

## **CONCLUSION**

Les résultats de notre investigation indiquent que le nombre de concurrents génériques a un impact positif et significatif sur le rapport *prix princeps/prix génériques* (PP/PG), ce qui signifie que le prix moyen des médicaments génériques baisse et le rapport (PP/PG) augmente. Nous avons également remarqué que le ratio prix des génériques sur celui des princeps (PG/PP) décroît quand le nombre de génériques augmente. Il y a donc bien une relation entre le nombre de spécialités dans le groupe et les écarts par rapport au prix moyen.

Nous concluons que la politique de promotion de génériques en Algérie, par la diffusion croissante des génériques et l'application du TR, n'a pas eu, jusqu'à présent, beaucoup d'impact sur les prix des génériques. Compte tenu de nos résultats et des développements possibles mis ici en évidence, il apparaît que la politique de promotion des génériques en Algérie a eu des effets relativement modestes par rapport à d'autres expériences de par le monde. En effet, si les prix des princeps baissent sous l'effet du TR, et même si les prix des génériques peuvent baisser, influencés par ceux des princeps, ceci n'a pas réellement permis de suffisamment promouvoir la consommation des génériques par rapport aux princeps. Et ce d'autant plus qu'ils sont souvent considérés comme des produits de second choix. Cette baisse permet certes un meilleur accès financier/économique aux médicaments, mais toujours en faveur des médicaments de marque.

# **Conclusion générale**

## CONCLUSION GÉNÉRALE

En Algérie, les médicaments représentent un poids économique croissant dans le système de santé et ils constituent une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics. Malgré les efforts déployés pour la maîtrise des dépenses pharmaceutiques, celles-ci continuent d'augmenter et absorbent une part grandissante du budget des soins de santé et des services sociaux d'année en année.

L'objet du présent travail consiste à évaluer l'impact de la politique du tarif de référence (TR) – qui est aujourd'hui l'instrument phare mis en œuvre par le régulateur pour la maîtrise des dépenses pharmaceutiques – sur la structure des prix des médicaments. Plus concrètement, nous essayerons d'estimer, au sein de plusieurs « groupes génériques » soumis au tarif de référence, l'écart de prix entre les spécialités pharmaceutiques qui les composent. Le but étant de mesurer la variabilité des prix au sein d'un même groupe générique entre, d'une part, le *princeps* (spécialité de référence) et les spécialités génériques associés, et, d'autre part, entre les différentes spécialités génériques.

Nous avons constaté que l'accroissement du nombre de fabricants de génériques a eu un très faible impact sur la réduction de leurs prix. Ainsi, la concurrence s'avère relativement faible sur le marché des génériques en Algérie. Nous concluons que la politique de promotion de génériques en Algérie, par la diffusion croissante des génériques et l'application du TR, n'a pas eu, jusqu'à présent, beaucoup d'impact sur les prix des génériques. Compte tenu de nos résultats et des développements possibles mis ici en évidence, il apparaît que la politique de promotion des génériques en Algérie a eu des effets relativement modestes par rapport à d'autres expériences de par le monde.

Notre analyse suggère que le marché des médicaments en Algérie est dominé par les producteurs de princeps, majoritairement étrangers, qui ont une forte latitude à fixer leurs prix sur le marché national des médicaments indépendamment de la concurrence des génériques. Les génériqueurs présents sur le marché local n'ont pas un réel pouvoir d'influence sur le

marché. En effet, leur réaction tarifaire dépend très fortement des producteurs de princeps. Outre le fait que la méthode de fixation du TR devrait probablement s'inspirer de celles qui ont donné de meilleurs résultats, pour mieux réussir la politique de promotion des génériques, un certain nombre de mesures devraient être mises en place au préalable. Dans ce qui suit, nous en proposons quelques-unes qui nous paraissent pouvoir aller dans le bon sens afin de répondre au mieux à l'objectif des pouvoirs publics en matière de contrôle des dépenses de santé.

Pour que la concurrence des génériques ait un impact négatif sur les prix des princeps en limitant le pouvoir d'influence des laboratoires, il serait opportun de combattre l'inertie des patients. En effet, les pouvoirs publics se doivent de renforcer leurs efforts afin de convaincre les patients fidèles au princeps et insensibles au prix de l'intérêt des médicaments génériques et les mobiliser en faveur de ces médicaments. Si les mesures appliquées jusqu'à présent (TR, droit de substitution, incitations financières, etc.) n'ont pas abouti aux résultats attendus, d'autres stratégies persuasives (campagnes médiatiques axées notamment sur la publicité et la diffusion d'informations à destination des patients) ou dissuasives (par exemple, non prise en charge du tiers-payant en cas d'achat du princeps, mesure récemment introduite en France) sont possibles et souhaitables.

Pour que la réponse des producteurs nationaux, en matière de prix, face à l'entrée croissante des génériques soit plus significative, il convient d'encourager la production locale des principes actifs ou à défaut de réduire ou supprimer la taxe sur l'importation de cette matière.

Il apparaît également utile d'alléger, voire supprimer, les taxes et frais d'importation sur les médicaments génériques importés pour une baisse plus importante des prix de vente au public.

De même, pour que l'application de la politique de TR soit plus efficace en permettant un meilleur accès aux médicaments génériques, nous proposons les mesures suivantes :

- N'autoriser l'enregistrement des princeps qu'en cas de non-existence d'un minimum de versions génériques fabriquées par des producteurs locaux (nombre qui devrait bien entendu être fixé par les autorités responsables et qui pourrait varier selon la demande sur la molécule, la pathologie traitée, l'âge de la molécule, etc.).
- Établir un répertoire des médicaments génériques commercialisés en Algérie. Il s'agit de recenser, pour chaque molécule, le nombre exact des versions génériques présentes sur le marché national car une bonne partie de marques de génériques

sont enregistrées mais ne sont pas commercialisées pour différentes raisons (interdiction de l'importation des médicaments fabriqués localement, des marques qui ne sont plus fabriquées par le génériqueur ou importées par l'importateur, indisponibilité des génériques fabriqués localement suite à une rupture de stock de la matière première importée, etc.).

- Appliquer le TR sur les versions génériques seulement sans inclure les princeps. Nous pouvons distinguer ici entre deux cas différents : pour les molécules ou classes thérapeutiques qui présentent un large choix de génériques, nous proposons que le princeps soit déremboursé, c'est-à-dire enregistré en tant que médicament non remboursable ; pour les autres molécules dont le nombre de génériques est insuffisant, nous proposons d'ajuster le ticket modérateur (la partie du prix du médicament qui reste à la charge du patient estimée actuellement à 20 %) en fonction du type du médicament, en augmentant ce taux pour les princeps en gardant le même taux de 20 % pour les génériques, ou en réduisant ce taux à moins de 20 % pour les génériques sans le changer pour les princeps.

Pour limiter l'influence des producteurs/importateurs de princeps sur le marché national, il convient de restreindre leur présence locale. Cela suppose la réduction de l'importation des princeps qui est conditionnée par le développement (diversification dans les classes thérapeutiques produites) et la croissance (en quantité suffisante) de la production locale des génériques.

# **Bibliographie**



## BIBLIOGRAPHIE

### I. OUVRAGES

- Bressoux, P. (2010). *Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Stafford, J., & Bodson, P. (2006). *L'analyse multivariée avec SPSS*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

### II. ARTICLES DE REVUE ET DOCUMENTS DE TRAVAIL (*WORKING PAPERS*)

- ANDERSSON K., PETZOLD M.G., SONESSON CH., LONNROTH K., CARLSTEN A. (2006). « Do policy changes in the pharmaceutical reimbursement schedule affect drug expenditures? Interrupted time series analysis of cost, volume and cost per volume trends in Sweden 1986-2002 », *Health policy*, n° 79, pp. 231-243.
- ARONSSON T., BERGMAN M.A., RUDHOLM N. (2001). « The impact of generic competition on brand name market shares-Evidence from micro data », *Review of Industrial Organization*, vol. 19, n° 4, pp. 425-435.
- Bellahcene, O., & Ferfera, M. Y. (2014). Les effets contrastés de l'intervention des laboratoires pharmaceutiques étrangers dans le secteur algérien de l'industrie pharmaceutique. *Les cahiers du CREAD*, 2014(107), 51-73.  
<https://www.ajol.info/index.php/cread/article/view/125577>
- BERGMAN M.A., RUDHOLM N. (2003). « The relative importance of actual and potential competition: empirical evidence from the pharmaceuticals market », *Journal of Industrial Economics*, vol. L1, n° 4, pp. 455-467.  
DOI : [10.1111/j.0022-1821.2003.00210.x](https://doi.org/10.1111/j.0022-1821.2003.00210.x)
- BREKKE K.R., GRASDAL A.L., HOLMAS T.H. (2007). « Regulation and pricing of Pharmaceuticals: reference pricing or Price cap regulation? », CESIFO working paper n° 2059, category 9: industrial organization, 34 p.  
DOI : [10.1016/j.eurocorev.2008.03.004](https://doi.org/10.1016/j.eurocorev.2008.03.004)

- BREKKE K.R., GRASDAL A.L., HOLMAS T.H. (2009). « Regulation and pricing of pharmaceuticals: Reference Pricing or Price Cap Regulation? », *European Economic Review*, vol. 53, n° 2, pp. 170-185.  
DOI : [10.1016/j.euroecorev.2008.03.004](https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2008.03.004)
- BREKKE K.R., HOLMAS T.H., STRAUME O.R. (2008). « Regulation, generic competition and pharmaceutical prices: Theory and evidence from a natural experiment », Working paper Series, NIPE WP 1/2008.  
DOI : [10.2139/ssrn.1550785](https://doi.org/10.2139/ssrn.1550785)
- CAVES R.E., WHINSTON M.D., HURWITZ M.A., PAKES A., TEMIN P. (1991). « Patent Expiration, Entry, and competition in the US pharmaceutical industry », *Brookings Papers on Economic Activity. Microeconomics*, vol 1991, p. 1-66.
- DANZON P., KETCHAM J. (2003). « Reference pricing of pharmaceuticals for medicare: evidence from Germany, the Netherlands and New Zealand », *Frontiers in Health Policy Research*, vol. 7, NBER Books, National Bureau of Economic Research, Inc, number cutl04-1, pp. 1-54.  
DOI : [10.2202/1558-9544.1050](https://doi.org/10.2202/1558-9544.1050)
- DANZON P., LIU H. (1996). « Reference pricing and physician drug budgets: the German experience in controlling pharmaceutical expenditures », Working paper, Philadelphia, The Wharton School.
- DERKAOUI B. (2011). « Le groupe SAIDAL et ses perspectives de développement », Algeria US Health Forum.
- FRANK R.G., SALKEVER D.S. (1992). « Pricing, Patent loss and the market for pharmaceuticals », *Southern Economic Journal*, vol. 59, n° 2, pp. 165-179.  
DOI : [10.2307/1060523](https://doi.org/10.2307/1060523)
- FRANK R.G., SALKEVER D.S. (1997). « Generic entry and the pricing of pharmaceuticals », *Journal of Economics & Management Strategy*, vol. 6, n° 1, pp. 75-90.  
DOI : [10.1111/j.1430-9134.1997.00075.x](https://doi.org/10.1111/j.1430-9134.1997.00075.x)
- GIULIANI G., SELKE G., GARATTINI L. (1998). « The German experience in reference pricing », *Health policy*, n° 44, pp. 73-85.  
DOI : [10.1016/S0168-8510\(98\)00012-8](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(98)00012-8)
- GRABOWSKI H., VERNON J. (1992). « Brand loyalty, entry, and price competition in pharmaceuticals after the 1984 drug act », *Journal of Law & Economics*, vol. 35, pp. 331-350.  
DOI : [10.1086/467257](https://doi.org/10.1086/467257)
- HAMOU H. (2011). « Fixation des prix des médicaments en Algérie », Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH). Direction des Produits Pharmaceutiques (DPH).

- KONG Y. (2004). « The price premium of generic to brand-names and pharmaceutical price index », *Applied Economics*, n° 26, pp. 731-737.  
DOI : [10.1080/0003684042000222106](https://doi.org/10.1080/0003684042000222106)
- KONG Y. (2008). « Competition between Brand-name and generics: analysis on pricing of brand-name pharmaceutical », *Health Economics*, vol. 18, n° 5, pp. 591-606.  
DOI : [10.1002/hec.1392](https://doi.org/10.1002/hec.1392)
- LE PAPE A., PARIS V., SERMET C. (2000). « Les politiques de forfaits de remboursement des médicaments en Allemagne et aux Pays-Bas », Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, rapport n° 1300.
- LE PAPE A., PARIS V., SERMET C. (2000). « Impact d'une politique de forfaits de remboursement en France: l'exemple des antidépresseurs et des antihypertenseurs », *Bulletin d'information en économie de santé*, n° 29, CREDES.
- LOPEZ-CASASNOVAS G., PUIG-JUNOY J. (2000). « Review of the literature on reference pricing », *Health Policy*, vol. 54, n° 2, pp. 87-123.  
DOI : [10.1016/S0168-8510\(00\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00100-7)
- LOZACHMEUR J.-M., CRAMPES C., DUBOIS P., JULLIEN B. (2008). « Régulation des prix et politique de remboursement des médicaments », rapport, Institut d'Économie Industrielle.
- MÉRINO-CASTELLO A. (2003). « The impact of reference price system on the pharmaceutical market: a theoretical approach », Working paper n° 524, Universitat Pompeu Fabra UPF Economics and Business.
- MESTRE-FERRÁNDIZ J. (2003). « Reference prices: The Spanish way », *Investigaciones Economicas*, vol. 27, n° 1, pp. 125-149.
- OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES (ONS) (2012). « Indice des prix à la consommation », Collections statistiques n° 171/2012, Série E : statistiques économiques, n° 68.
- PAVCNIK N. (2002). « Do pharmaceutical prices respond to patient out-of-pocket expenses? », *Rand Journal of Economics*, vol. 33, pp. 469-487.  
DOI : [10.2307/3087468](https://doi.org/10.2307/3087468)
- PETKANTCHIN V. (2006). « Les effets économiques de la politique des "prix de référence" des médicaments en Allemagne », Cahier de recherche, Institut économique Molinari, Bruxelles, 22 p.
- PUIG-JUNOY J., COSTA-FONT J. (2004). « The pharmaceutical market regulation in Spain: is drug cost-containment under question? », *Journal of Pharmaceutical Finance, Economics & Policy*, vol. 13, n° 4, pp. 33-49.
- PUIG-JUNOY J. (2003). « Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain », Working paper, Research Centre for Health and Economics (CRES). Department of Economics and Business, Pompeu Fabra University.

- REGAN T. (2008). « Generic entry, price competition and market segmentation in the prescription drug market », *International Journal of Industrial Organisation*, n° 26, pp. 930-948.  
DOI : [10.1016/j.ijindorg.2007.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ijindorg.2007.08.004)
- SAHA A., GRABOWSKI H., BIRNBAUM H., GREENBERG P., BIZAN O. (2006). « Generic Competition in the U.S. Pharmaceutical Industry », *International Journal of the Economics of Business*, vol. 13, n° 1, pp. 15-38.
- SCHERER F.M. (1993). « Pricing, profits and technological progress in the pharmaceutical industry », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 7, n° 3, pp. 377-388.  
DOI : [10.1257/jep.7.3.97](https://doi.org/10.1257/jep.7.3.97)
- Snoussi, Z. (2015). Tarif de référence et entrée des génériques : L'impact sur les prix des médicaments en Algérie. *Revue d'économie industrielle*, 149(1), 103-147.  
[journals.openedition.org. https://doi.org/10.4000/rei.6091](https://doi.org/10.4000/rei.6091)
- VERPILLOT E. (2005). « L'impact et la mise en place du prix de référence sur le marché pharmaceutique », document de travail, C.R.E.S.E, U.F.R. SJEPEG, Besançon, 28 p.
- WIGGINS S.N., MANESS R. (2004). « Price competition in pharmaceuticals: the case of anti-infectives », *Economic Inquiry*, vol. 2, n° 2, pp. 247-263.
- Ziani, F., & Brahamia, B. (2016). La consommation de médicaments en Algérie entre croissance, financement et maîtrise. *Les cahiers du MECAS*, 12(2), 191-209.  
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/8743>
- ZWEIFEL P., CRIVELLI L. (1996). « Price regulation of drugs: Lessons from Germany », *Journal of Regulatory Economics*, vol. 10, n° 3, pp. 257-275.  
DOI : [10.1007/BF00157672](https://doi.org/10.1007/BF00157672)

### III. COMMUNICATIONS

- AYADI I. (2010). « Effet de l'introduction du système de prix de référence en Tunisie sur les prix des médicaments », travail présenté lors de 8<sup>e</sup> journée de Jean Monnet, Hammamet, Tunisie.
- CNOP. (2008). *Enjeux et perspectives de l'environnement pharmaceutique en Algérie*. Communication du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) à la Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones (CIOPF), le 05/11/2008, Paris (France).  
[http://www.ciopf.org/content/download/672/8089/version/1/file/CIOPF08\\_CNOP\\_Algerie.pdf](http://www.ciopf.org/content/download/672/8089/version/1/file/CIOPF08_CNOP_Algerie.pdf)
- ZIANI L., ZIANI F. (2011). « Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie », communication présentée aux journées internationales du risque le 26-27 mai 2011 à Niort.

## IV. THÈSES ET MÉMOIRES

- ABANE B. (2010). « Étude prospective pour l'installation d'une entreprise pharmaceutique étrangère en Algérie, cas : IINTENDIS filiale de BAYER », Mémoire de licence en sciences commerciales, option Marketing, École des Hautes Études Commerciales (EHEC). Alger.
- Adrar, A. et Azib, S. (2019). *L'industrie pharmaceutique en Algérie : entre la production locale et le risque de dépendance à l'importation*. Mémoire de Master en Sciences Économiques, Spécialité « Finance et Commerce International », Université de Bejaia.
- Amellah, M. (2009). *Bioéquivalence des médicaments*. Thèse de Doctorat en Pharmacie, Université Mohammed V (Maroc). <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/14285/P0062009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ayadi, I. (2009). *Impact de la réforme de l'assurance maladie en Tunisie sur l'offre et la demande des médicaments* [Thèse de Doctorat ès Sciences Économiques, en cotutelle Université Paris 9 (France) et Université de Sfax (Tunisie)]. <http://www.theses.fr/2009PA090086>
- Bellahcene, O. (2015). *Les accords de partenariat industriels en Algérie : Problématique générale et analyse de l'expérience du secteur de l'industrie pharmaceutique* [Thèse de Doctorat ès Sciences Économiques, Université de Tizi-Ouzou]. <https://dl.ummtto.dz/bitstream/handle/ummtto/1486/THESE%20BELAHCENE%20OURDIA%20FINI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chalane, S. (2010). Essai d'analyse du système de régulation dans le secteur pharmaceutique algérien : Du contrôle centralisé aux procédures incitatives décentralisées. [Mémoire de Magister en Sciences Économiques, option : Économie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia]. <http://www.univ-bejaia.dz/jspui/handle/123456789/7119>
- Kaid Tlilane, N. (2003). Le système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé des enfants. Enquête dans la wilaya de Bejaia [Thèse de Doctorat d'État ès Sciences Économiques, Université d'Alger]. [http://193.194.83.98/xtf/data/pdf/1263/KAID\\_NOUARA.pdf](http://193.194.83.98/xtf/data/pdf/1263/KAID_NOUARA.pdf)
- Koné, K. G. (2012). L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar (Centre IRD de Bondy; p. 269 p. multigr.) [Thèse de Doctorat ès Sciences Économiques, Université Cheikh Anta Diop (Dakar, Sénégal)]. [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers13-06/010058745.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-06/010058745.pdf)
- Leotoing, L. (2003). « Enjeux et impacts d'une mesure ministérielle dans l'industrie pharmaceutique: le tarif forfaitaire de responsabilité », Thèse d'État en pharmacie, Université Claude Bernard, Lyon I, 226 p.

Miri, F. (2014). *Enregistrement d'un médicament générique fabriqué en Algérie : aspects technico-réglementaires du contrôle de qualité*. Mémoire de Master en Pharmacie Industrielle, Université de Tlemcen.

Osmani, L. et Ould Hamouda, C. (2017). *La politique de médicament en Algérie : des leviers mis en place*. Mémoire de Master, Université de Tizi-Ouzou. <https://dl.ummtto.dz/bitstream/handle/ummtto/5225/MEMOIRE%20CELIA%20%2bLILIA%20ECONOMIE%20depos%c3%a9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

VERPILLOT E. (2007). « La régulation du prix des médicaments et le marché des génériques », Thèse de Doctorat en sciences économiques, Université de Franche Comte, France, 247 p.

Zehnati, A. (2014). *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie* [Thèse de Doctorat ès Sciences Economiques, en cotutelle Université de Bejaia et Université de Dijon]. <http://www.theses.fr/2014DIJOE008>

## **VI. RAPPORTS, ÉTUDES ET DOCUMENTS OFFICIELS**

Conseil de la Concurrence (2019). *Étude sectorielle sur la concurrentiabilité du marché des médicaments à usage humain en Algérie*. Rapport. <http://www.conseil-concurrence.dz/?p=6117>

ONS. (2014). *Dépenses de santé et d'hygiène corporelle* (N° 716; Enquête Nationale sur les Dépenses de Consommation et le Niveau de Vie des Ménages 2011). Office National des Statistiques. [http://www.ons.dz/IMG/pdf/Enqcons\\_sant11.pdf](http://www.ons.dz/IMG/pdf/Enqcons_sant11.pdf)

## **VII. DOCTRINES**

**Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé**. Journal officiel, 17/02/1985, n° 8, pp. 122-140. [https://atrss.dz/ressources/fichiers\\_produits/fichier\\_produit\\_374.pdf](https://atrss.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_374.pdf)

**Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé**. Journal officiel, 29/07/2018, n° 46, pp. 3-38. <https://www.joradp.dz/FTP/JO-FRANCAIS/2018/F2018046.pdf>

# **Annexes**

Classe thérapeutique	Molécule (DCI)/Code DCI	Nom commercial		Dosage/Forme/Conditionnement	Prix PPA	TR
		Principes	Génériques commercialisés			
Cardiologie et Angéiologie	ACEBUTOLOL CHLORHYDRATE - (06 F 067)	SECTRAL	/	200mg - COMP. PELLI. SEC. - B30	407,05	314,7
		/	ACEBUTOLOL SANDOZ	200mg - COMP. PELLI. SEC. - B30	IND.	314,7
		/	ACEBUTOLOL IVAL	200mg - COMP. PELLI. SEC. - B30	IND.	314,7
		/	SEBUTOL	200mg - COMP. PELLI. - B30	314,7	314,7
			/	N.C.	/	/
	BISOPROLOL FUMARATE - (06 F 162)	/	BIPROTENS	10mg - COMP. ENROB. - B30	585	585
		/	BISOPROLOL BEKER	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	585	585
		/	BISOPROLOL MM	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	585	585
		/	BYZOLEX	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	585	585
		/	CIRBESA	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	585
		/	DETENPRESS	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	585
		/	DIPROLOL	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	585
		/	RIZOPROL	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	585
		/	BISOTAB	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	585



		/	PRODOL	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	582,5	585
		/	PROMIVOL	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	585
	ATORVASTATINE CALCIQUE TRIHYDRATE EXPRIME EN ATORVASTATINE - (06 M 198)	TAHOR	/	10mg - COMP. PELL. - B28	781,76	782
			TULIP	10mg - COMP. OPELL. - B30	IND.	837,6
			TEOLAR	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			LIPODAR 10	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			NOVATHOR	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			TARDEN	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			LIPOVAST 10	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			ATORVASTATINE IVAL	10mg - COMP. PELL. - B28	IND.	782
			VASKOL 10	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			LIPICARE	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			ATORVASTATINE LDM	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			ATOR 10MG	10mg - COMP. PELL. - B28	781,76	782
			AROVAN	10mg - COMP. PELL. - B30	837,6	837,6
			TORVASTATINE	10mg - COMP. PELL. - B30	840,04	837,6
			ATORIN 10MG	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			LIPOSTATINE	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			ATORVASTATINE MM	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			ATORVASTATINE GEBER	10mg - GELULE - B30	IND.	837,6
			LIPONIL	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	837,6
			TORVAST	10mg - COMP. - B30	IND.	837,6

			ATOVAL	10mg - COMP. PELL. - B28	IND.	782
	Amlodipine bésilate exprimé en amlodipine - (06 B 243)	AMLOR	/	10mg - GLES. - B28	IND.	618,8
		/	AMLIBON	10mg - COMP. - B30	663	663
		/	TENSODIPINE	10mg - GLES. - B30	663	663
		/	AMLODIPINE LDM	10mg - GLES. - B30	IND.	663
		/	AMLODAL	10mg - COMP. SEC. - B30	IND.	663
		/	AMLODIPINE BEKER	10mg - GLES. - B30	IND.	663
		/	ALODIPINE	10mg - GLES. - B30	IND.	663
		/	AMLORIDAL	10mg - GLES. - B30	IND.	663
		/	LOTENSE	10mg - GLES. - B30	IND.	663
		METOPROLOL SUCCINATE EXPRIME EN METOPROLOL - (06 F 071)	LOPRESSOR LP	/	200mg - COMP. SEC. LP - B30	720,25
	/		METOPRESS	200mg - microgranulés a LP EN gélules - B30	IND.	620
	/		METOCROVIS	200mg - COMPRIME A LIBERATION PROLONGEE - B30	505,98	620
	/		LORESTA	200mg - COMP. SEC. LP - B30	620,1	620
	/		METOPROLOL TARTRATE	200mg - COMP. PELL. SEC. LP - B30	IND.	620
			LOPRIL	/	25mg - COMPRIME SECABLE - B30	IND.
		/	TENSIOPRIL	25mg - COMPRIME - B20	297,6	99,2

	CAPTOPRIL - (06 E 052)	/	TENSOPREL	25mg - COMP. QUADRISEC. - B60	IND.	298
		/	SAIPRIL	25mg - COMPRIME - B30	IND.	149
		/	CAPTOPRIL LS	25mg - COMPRIME SECABLE - B30	IND.	149
	RAMIPRIL - (06 E 127)	TRIA TEC	/	2,5mg - COMPRIME SECABLE - B28	615,72	616
		/	TANATRIL	2,5mg - COMPRIME SECABLE - B30	IND.	660
		/	TRIAMPEX	2,5mg - GLES. - B30	IND.	660
		/	RAMIPRIL BEKER	2,5mg - COMPRIME SECABLE - B30	IND.	660
		/	RAMIPRIL IVAL	2,5mg - COMPRIME SECABLE - B30	IND.	660
		/	RENIPRIL	2,5mg - COMPRIME SECABLE - B40	IND.	879.6
			RAMITEC	2,5mg - GLES. - B30	IND.	660
	FUROSEMIDE - (06H090)	N.C.	/	/	IND.	
			FUROZAL	40mg - COMPRIME SECABLE - B20	140	140
			MEFDOL GS	40mg - COMPRIME SECABLE - B20	IND.	140
			FUROSEMIDE HUP	40mg - COMPRIME SECABLE - B20	140	140
			FUROSEMIDE IVAL	40mg - COMPRIME SECABLE - B20	IND.	140
		COAPROVEL	/	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B28	1322	1232
		/	IRBISART +	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B30	IND.	1320

	Irbesartan - Hydrochlorothiazide - (06 E 219)	/	GIZLAN-PLUS 150/12,5	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B30	IND.	1320	
		/	CO-ARADDEX 150/12,5	150mg/12,5mg - COMPRIME - B30	IND.	1320	
		/	CO APROSART	150mg/12,5mg - COMPRIME ENRO. - B30	IND.	1320	
		/	COARAVEL	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B30	IND.	1320	
		/	COZIBRAT	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B30	IND.	1320	
		/	CO AVSART	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B30	IND.	1320	
		/	IRBE PLUS 150/12,5	150mg/12,5mg - COMPRIME - B30	IND.	1320	
		/	IPISART PLUS	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B30	IND.	1320	
		/	CO-IRBEK	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B30	1320	1320	
		/	CO-IRBEVEL	150mg/12,5mg - COMPRIME PELLICULE - B30	1293,97	1320	
			N.C.	/	/	IND.	
		SPIRONOLACTONE/ALTIZIDE - (06 H 096)	/	SPIROZIDE	25mg/15mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	400	435.58

		/	ALDACTAZINE	25mg/15mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	IND.	435.59
	Acenocoumarol - (12 A 001)	SINTROM	/	4MG - COMP. QUADRI-SEC. - B/30	245,56	188
		/	NOVAROL	4MG - COMPRIME SECABLE - B/30	169,01	188
	NIFEDIPINE - (06 B 017)	N.C.	/	/	IND.	
		/	MYOGARD	10mg - CAPSULE ORALE - B/30	IND.	
		/	NIDILAT	10mg - CAPSULE ORALE - B/30	IND.	
		/	EPILAT 10	10mg - GLES. - B/30	IND.	
		/	ADIPINE	10mg - COMPRIME - B/30	IND.	
	NICARDIPINE CHLORHYDRATE - (06 B 015)	LOXEN LP	/	50mg - GLES. A MICROGRANULES LP - B/60	672,94	612
		/	PULSAGEN LP	50mg - GLES. A MICROGRANULES LP - B/60	IND.	612
		/	LOXIDIPINE LP	50mg - GLES. A MICROGRANULES LP - B/60	612	612
		/	CARDIPEN LP	50mg - GLES. A MICROGRANULES LP - B/60	612	612
		/	NICARDIPINE BIOCARE LP	50mg - GLES. A MICROGRANULES LP - B/60	612	612
		/	NICARDIL LP	50mg - GLES. A MICROGRANULES LP - B/60	IND.	612
		APROVEL	/	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/28	1204	1204
		/	IRBISART	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290
		/	GIZLAN	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290

		/	CARDIOTENS	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290	
		/	IRBEVEL	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290	
		/	ARADDEX 150	150MG - COMPRIME SECABLE - B/30	1290	1290	
		/	APROSART	150MG - COMPRIME - B/30	IND.	1290	
	IRBESARTAN - (06 E 156)	/	IROVEL	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290	
		/	ARAVEL	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290	
		/	IRBAC	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290	
		/	ZIBRAT	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290	
		/	IRBE 150	150MG - COMPRIME - B/30	1290	1290	
		/	APRIVAL	150MG - COMPRIME PELLICULE - B/30	IND.	1290	
		/	LATENSIA	150MG - COMPRIME SECABLE - B/30	IND.	1290	
		/	IRBEK	150MG - COMPRIME - B/30	IND.	1290	
		AMIODARONE CHLORHYDRATE	CORDARONE	/	200MG - COMPRIME SECABLE - B/30	IND.	650
			/	TRIAZONE	200MG - COMPRIME SECABLE - B/30	IND.	650
			/	AMIODARONE HUP	200MG - COMPRIME SECABLE - B/30	530	650
			/	AMIODARONE MEDOCHEMIE	200MG - COMPRIME - B/30	IND.	650
			/	AMIODARONE MYLAN	200MG - COMPRIME - B/30	IND.	650
			/	AMIRONE	200MG - COMPRIME - B/30	IND.	650

		/	AMIOCARDONE	200MG - COMPRIME SECABLE - B/30	IND.	650
		/	SEDACORON	200MG - COMPRIME SECABLE - B/50	IND.	622
<b>Neurologie/Psychiatre</b>		N.C.	/	/	IND.	
		/	ESCITOL	10mg - COMP. PELL. SEC. - B28	IND.	364,84
		/	CELOPRAM	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	364,84
	ESCITALOPRAM OXALATE EXPRIME EN ESCITALOPRAM - (16 A 105)	/	TALOPREX	10mg - COMP. PELL. - B30	390,9	364,84
		/	ESCITALOPRAM BEKER	10mg - COMP. PELL. SEC. - B28	364,84	364,84
		/	ESTONYL	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	364,84
		/	LINAPEX	10mg - COMP. PELL. SEC. - B30	IND.	364,84
		N.C.	/	/	IND.	6000
		/	OLZANID	10mg - COMP. ENRO. - B30	IND.	6000

		/	NOVAPREXA	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	6000
		/	OLANZEX	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	6000
		/	VAINCOR 10MG	10mg - COMP. PELL. - B28	IND.	6000
	OLANZAPINE - (16 D 100)	/	LANZAPREX	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	6000
		/	OLANZA	10mg - COMP. PELL. - B28	5600	6000
		/	OLANZAPINE NAD	10mg - COMP. PELL. - B28	IND.	6000
		/	OLANZAPINE MM	10mg - COMP. PELL. - B28	IND.	6000
		/	DEPOLAN 10	10mg - COMP. PELL. - B30	IND.	6000
		/	ZOLAMPINE	10mg - COMP. - B30	IND.	6000
		N.C.	/	/	IND.	
		/	HALOPERIDOL GENERICLAB	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES DE 15ML	IND.	120,4
		/	ISOPERIDOL	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 20ML	120	120,4




HALOPERIDOL - (16 D 085)

/	HALOL	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 20ML	IND.	120,4
/	HALOPERIDOL	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 20ML	IND.	120,4
/	HALOPERIDOL BGL	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 20ML	IND.	120,4
/	HOLIT FORT	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 15ML	IND.	120,4
/	VILBAR	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 30ML	IND.	120,4
/	HADOL	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 20ML	IND.	120,4
/	HALDOMEX	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 20ML	IND.	120,4
/	NEURALDOL	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 30ML	IND.	120,4
/	HALLUDOL	2MG/ML - SOL. BUV.GTTES - FL. COMPT.GTTES 15ML	IND.	120,4
N.C.	/	/		887,4

	PAROXETINE (SOUS FORME DE CHLORHYDRATE HEMIHYDRATE) - (16 A 154)	/	DEPRETINE	10mg - COMP. ENRO. - B30	887,4	887,4
		/	PAROXETIL BGL	10mg - COMP. PELLI. - B30	IND.	887,4
	VENLAFAXINE CHLORHYDRATE EXPRIME EN VENLAFAXINE - (16 A 125)	EFFEXOR LP	/	37,5mg - GLES LP - B30	IND.	870,6
		/	AVISINE	37,5mg - GLES LP - B30	IND.	870,6
		/	VENLAXOR LP	37,5mg - GLES LP - B30	IND.	870,6
		/	TEDEMA LP	37,5mg - GLES LP - B30	IND.	870,6
		/	VENLAFAXINE GEBER	37,5mg - GLES LP - B30	IND.	870,6
		/	FLAXYNE	37,5mg - GLES LP - B30	870,6	870,6
<b>Antihypertenseurs</b>		ATACAND	/	8mg - COMP. SEC. - B30	1204	1521,24
		BLOPRESS	8mg - COMP. SEC. - B28	1204	1521,24	

	CANDESARTAN CILEXETIL - (06 E 197)		CANDERAX	8mg - COMP. SEC. - B30	IND.	1521,24
			CARDAXEL BGL	8mg - COMP. SEC. - B30	IND.	1521,24
			TENSIONORM	8mg - COMP. SEC. - B30	IND.	1521,24
			SARCAND	8mg - COMP. - B30	1290	1521,24
			ATABEK	8mg - COMP. SEC. - B30	1290	1521,24
			SARTIX	8mg - COMP. SEC. - B28	IND.	1521,24
	INDAPAMIDE - (06 H 163)	FLUDEX LP	/	1,5mg - COMP. PELL. LP - B30	600	600
			INDAPAMIDE BEKER	1,5mg - COMP. PELL. LP - B30	IND.	600
			FLUMIDE	1,5mg - COMP. PELL. LP - B30	IND.	600
			ADEX LP	1,5mg - COMP. PELL. LP - B30	600	600
			NATRIXAL	1,5mg - COMP. PELL. LP - B30	IND.	600
	CANDESARTAN (SOUS FORME DE CILEXETIL)- HYDROCHLOROTHIAZIDE - (06 E 231)	HYTACAND	/	16mg/12,5mg - COMP. - B30	1738,8	1620,82
			CANDERAX PLUS	16mg/12,5mg - COMP. - B30	IND.	1620,82
			BLOPRESS 16 PLUS	16mg/12,5mg - COMP. - B30	1620,82	1620,82
			CO SARCAND	16mg/12,5mg - COMP. - B30	1718,5	1620,82
			CO-ATABEK	16mg/12,5mg - COMP. SEC. - B30	IND.	1620,82
<b>Antidiabétique</b>		AMAREL	/	4mg - COMP. - B/30	675,42	720
		/	GLORION	4mg - COMP. SEC. - B/30	IND.	720
		/	GLIMICARE	4mg - COMP. SEC. - B/30	IND.	720
		/	PIRAMYL	4mg - COMP. SEC. - B/30	IND.	720

	GLIMEPIRIDE - (14 A 190)	/	GLIMEPIRIDE BEKER	4mg - COMP. SEC. - B/30	IND.	720	
		/	GLIMEPIRIDE PHYSIOPHARM	4mg - COMP. - B/30	IND.	720	
		/	GLODEC	4mg - COMP. - B/30	IND.	720	
		/	AMAPIRIDE HUP	4mg - COMP. SEC. - B/30	750	720	
		/	IRYS 4MG	4mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	750	720	
		/	ROZEMIDE	4mg - COMP. SEC. - B/30	728,5	720	
		/	LAVIDA	4mg - COMP. - B/30	IND.	720	
		/	GLUDOSIN	4mg - COMP. SEC. - B/30	IND.	720	
		/	GLIMEPIRIDE IVAL	4mg - COMP. SEC. - B/30	IND.	720	
		METFORMINE CHLORHYDRATE - (14 A 006)	N.C.	/	/		109
			/	DIABAMINE BGL	500mg - COMP. PELL. - B/50	182	182
	/		FORMENTIN	500mg - COMP. PELL. - B/30	109,2	109,2	
	/		NOVOFORMINE	500mg - COMP. PELL. - B/30	109,2	109,2	
	/		GLUCOFORMINE	500mg - COMP. PELL. - B/30	109,2	109,2	
	/		GLUCOMEX	500mg - COMP. PELL. - B/30	IND.	109,2	
	/		PHYSIOPHORMINE	500mg - COMP. PELL. - B/50	182	182	
	/		NEXECOR	500mg - COMP. PELL. - B/28	IND.	101,92	
			GLUCOPHAGE	/	1000mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	173	173
			DIAGUANID	1000mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	IND.	173	

	METFORMINE CHLORHYDRATE - (14 A 224)		DIABAMINE BGL	1000mg - COMP. PELL. - B/30	173	173
			FORMENTIN	1000mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	IND.	173
			METFORAL 1000	1000mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	IND.	173
			NOVOFORMINE	1000mg - COMP. PELL. - B/30	173	173
			GLUCOFORMINE	1000mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	IND.	173
			PHYSIOPHORMINE	1000mg - COMP. PELL. - B/30	173	173
			GLUCOMEX	1000mg - COMP. PELL. - B/90	IND.	520.2
			NEXECOR	1000mg - COMP. PELL. SEC. - B/90	IND.	520.3
		GLIBENCLAMIDE - (14 A 002)	HEMI-DAONIL	/	2,5mg - COMPRIME SECABLE - B60	IND.
			GLIBENCROVIS	2,5mg - COMPRIME SECABLE - B60	IND.	110
			MIGLUCAN	2,5mg - COMPRIME - B60	IND.	110
			DIABENIL	2,5mg - COMPRIME SECABLE - B60	IND.	110
	GLICLAZIDE - (14 A 004)	DIAMICRON	/	30mg - COMP. LM - B/30	512,28	553
		/	GLAZIDAL LP	30mg - MICRGLES. LP EN GLES. - B/30	IND.	553
		/	GLATIX	30mg - COMP. LM - B/30	IND.	553
		/	GLICLAZIDE BGL	30mg - COMP.PELLI. LM. - B/30	451,3	553
		/	GLICRON	30mg - COMP.PELLI. LM. - B/30	IND.	553

		/	NOVAMICRON	30mg - COMP. LIBERATION MODIFIEE - B/30	IND.	553
	Répaglinide - (14 A 200)	NOVONORM	/	0,5mg - COMPRIME - B/30	IND.	355.8
			GLINIX	0,5mg - COMPRIME - B/30	355,8	355.8
			SUCRONORME	0,5mg - COMPRIME - B/30	IND.	355.8
			BIONORM	0,5mg - COMPRIME - B/30	IND.	355.8
			DIAGLINIDE	0,5mg - COMPRIME - B/30	356	355.8
			GLYCENORM	0,5mg - COMPRIME - B/30	IND.	355.8
			REPAGLINIDE BEKER	0,5mg - COMPRIME - B/30	IND.	355.8
			DIABENORM	0,5mg - COMPRIME - B/30	IND.	355.8
<b>Antiasthmaïque</b>	FLUTICASONE PROPIONATE - SALMETEROL XINAFOATE EXPRIME EN SALMETEROL - (20 A 106) + (20 F 106)	SERETIDE DISKUS	/	500µG/50µG/DOSE - PDRE. P. INHAL. - F/60DOSES	2759,39	2580
		/	BREQUAL	500µG/50µG - CAPSULES CONTENANT PDRE.PR INHAL. - B/60 +INHALATEUR DE QHALER	2154,59	2580
		/	SALFLUZON	500µG/50µG - CAPSULES CONTENANT PDRE.PR INHAL. - B/60 +INHALATEUR	IND.	2580
	BECLOMETASONE	N.C.	/	/		
		/	BECLOJET	250µG/BOUFFEE - SUSP.INHAL.BUCCALE - FL/200DOSES	IND.	408
		/	BECLATE 250	250µG/BOUFFEE - SUSP.INHAL. - FL/200DOSES	IND.	408
		/	CLENIL 250	250µG/BOUFFEE - AEROSOL - FL/200DOSES	539,01	408
<b>ALLERGOLOGIE</b>		N.C.	/	/		



	CETIRIZINE DICHLORHYDRATE / (01 A 041)	/	TRIZ	10MG/ML - SOL BUV EN GTTES. - B/01FL DE 15 ML	IND.	240,15
		/	ZETIREC	10MG/ML - SOL BUV EN GTTES. - B/01FL COMPTE GTTES DE 15ML	IND.	240,15
		/	ARTIZ	10MG/ML - SOL BUV EN GTTES. - B /FL 15 ML COMPTE GOUTTES	480,3	240,15
		/	ZITRINE	10MG/ML - SOL BUV EN GTTES. - B /FL 30ML COMPTE GOUTTES	IND.	240,15
		/	ZYRTEC	10MG/ML - SOL BUV EN GTTES. - B/01FL COMPTE GTTES DE 15ML	IND.	240,15
	HYDROXYZINE / (16 B 040)	ATARAX	/	25mg - COMPRIME SECABLE - B/30	IND.	
		/	CROXIZINE	25mg - COMPRIME SECABLE - B/30	IND.	
		/	HYDROXIL	25mg - COMPRIME SECABLE - B/20	159,28	31,86
		/	DURRAX	25mg - COMP. PELL. SEC. - B/30	IND.	
<b>ANTIBIOTIQUES</b>	PHENOXYMETHYLPENICILLINE POTASSIQUE EXPRIME EN PHENOXYMETHYLPENICILLINE - (13 G 072)	N.C.	/	/		
		/	ORAPEN	1 000 000 UI - COMPRIME - B/12	183,96	152
		/	PENIVAL	1 000 000 UI - COMPRIME SECABLE - B/12	IND.	



		/	PENICILLINE-CIMEX	1 000 000 UI - COMPRIME PELLICULE - B/12	257	109,83
		CLAMOXYL	/	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - F/60ML	190,5	132
		/	HIMOXYL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - FL/60ML DE SOL. APRES RECONSTIT AVEC CUILLERE MESURE DE 5 ML	IND.	
		/	AMOXYPEN	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - FL/60ML DE SOL. APRES RECONSTIT.	IND.	
		/	AMOXAL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - B/1FL. DE 60ML DE SUSP. BUV. APRES RECONST.+ GOBELET DOSEUR	IND.	
			BIOPAMOX	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - FL./60ML ET FL./100ML (DE SUSP. BUV. APRES RECONSTITUTION) AVEC UN BOUCHON DOSEUR GRADUE	170,75	132
	AMOXICILLINE TRIHYDRATE EXPRIME EN AMOXICILLINE - (13 G 047)	/	AMOXICILLINE EG	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - B/1FL. DE 60ML DE SUSP. BUV. APRES RECONST. + UNE CUILLERE-MESURE	IND.	

	/	AMOXIMEX	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - FL/60ML DE SUSP. BUV. APRES RECONST.+UNE CUIILLERE MESURE	IND.	
	/	GRAMOX	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - F/60ML	IND.	
	/	FAMOXYL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - F/60ML	IND.	
	/	LAMOXYL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - F/60ML	IND.	
	/	AMODEX-Gé	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - F/60ML	185	TR???
	/	PENAMOX	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP.BUV. - B/1FL. DE 60ML DE SUSP. BUV. APRES RECONSTIT. + 01 CUIILLERE MESURE	IND.	
	CLAMOXYL	/	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL/60ML	190,5	132
	/	AMOXYPEN	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL/60ML DE SOL. APRES RECONSTIT.	IND.	
	/	AMOXAL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - B/1FL. DE 60ML DE SUSP. BUV. APRES RECONST.+ GOBELET DOSEUR	IND.	


AMOXICILLINE TRIHYDRATE  
EXPRIME EN AMOXICILLINE /  
(13 G 047)

/	BIOPAMOX	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL./60ML ET FL./100ML (DE SUSP. BUV. APRES RECONSTITUTION) AVEC UN BOUCHON DOSEUR GRADUE	170,75	65,15
/	AMOXICILLINE EG	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - B/1FL. DE 60ML DE SUSP. BUV. APRES RECONST. + UNE CUILLERE-MESURE	IND.	
/	AMOXIMEX	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL/60ML DE SUSP. BUV. APRES RECONST.+UNE CUILLERE MESURE	IND.	
/	HIMOXYL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL/60ML DE SOL. APRES RECONSTIT AVEC CUILLERE MESURE DE 5 ML	IND.	
/	AMODEX-Gé	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL/60ML	IND.	
/	PENAMOX	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - B/1FL. DE 60ML DE SUSP. BUV. APRES RECONSTIT. + 01 CUILLERE MESURE	IND.	
/	GRAMOX	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL/60ML	IND.	
/	FAMOXYL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL/60ML	IND.	

		/	LAMOXYL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BUV. - FL/60ML	IND.	
	Cefuroxime axetil exprime en cefuroxime / (13 B 208)	ZINNAT	/	250mg - COMPRIME - B/14	IND.	
		/	ZINOXIMOR	250mg - COMPRIME PELLICULE - B/14	IND.	
		/	CEFUCARE	250mg - COMPRIME - B/10	IND.	
		/	CEFROZINE	250mg - COMPRIME PELLICULE - B/10	IND.	
		/	ZINETAL	250mg - COMPRIME - PILULIER/14	555,66	555,66
		/	DAROXIME	250mg - COMPRIME - PILULIER/14	388,3	555,66
		/	CEFUTIL	250mg - COMPRIME - B/10	IND.	





	CETIRIZINE DICHLORHYDRATE / (01 A 041)	/	RHITENE	10MG/ML - SOL BUVEN GTTES - B/01FL COMPTE GTTES DE 15ML	L	320	240,15												
		/	ARTIZ	10MG/ML - SOL BUVEN GTTES - B/FL 15 ML COMPTE GOUTTES	L	480,3	240,15												
		/	HYDROXIL	25mg - COMPRIME SECABLE - B/20	L	159,28	31,86												
ANTIBIOTIQUES	PHENOXYMETHYLPENICILLINE POTASSIQUE EXPRIME EN PHENOXYMETHYLPENICILLINE - (13 G 072)	N.C.	/	/															
		/	ORAPEN	1 000 000 UI - COMPRIME - B/12	L	183,96	152												
		/	PENICILLINE-CIMEX	1 000 000 UI - COMPRIME PELLICULE - B/12	L	257	109,83												
	AMOXICILLINE TRIHYDRATE EXPRIME EN AMOXICILLINE - (13 G 047)	CLAMOXYL	/	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BU.V. - F/60ML	M	190,5	132												
			BIOPAMOXYL	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BU.V. - FL/60ML ET FL/100ML (DE SUSP. BU.V. APRES RECONSTITUTION) AVEC UN BOUCHON DOSEUR GRADUE	L	170,75	132												
			AMODEX-Gé	250MG/5ML - PDRE. P. SUSP. BU.V. - F/60ML	L	185	132												
	Cefuroxime axetil exprime en cefuroxime / (13 B 208)	/	ZINETAL	250mg - COMPRIME - PILLULIER/14	L	555,66	555,66												
/		DAROXIME	250mg - COMPRIME - PILLULIER/14	L	388,3	555,66													

79,85

160,72

240,15

321,02

50,45%

321,02

127,42

39,70%

73,04

31,96

147,17

73,04

58,5

38,75

19,75

10,37%

6,63%

182,08333

37,94%

8,35%

19,75

53

5,5

2,89%

14,25

0

167,36

43,10%

167,36

-167,36

Classe thérapeutique	Molécule (DCI)/Code DCI	n° de génériques commercialisés	N° de génériques disponibles	moyenne des écarts princeps générique (en%)	ix moyen/T	moyenne des écarts prix	variance	ecart type
Cardiologie et Angéiologie	ACEBUTOLOL CHLORHYDRATE - (06 F 067)	3	1	22,67%	14,67%		2132,131	46,175
	BISOPROLOL FUMARATE - (06 F 162)	11	5			0,34%		
	ATORVASTATINE CALCIQUE TRIHYDRATE EXPRIME EN ATORVASTATINE - (06 M 198)	20	3					
	Amlodipine bésilate exprimé en amlodipine - (06 B 243)	8	2	-0,10%	0,07%	0,29%	0,0012	0,03
	METOPROLOL SUCCINATE EXPRIME EN METOPROLOL - (06 F 071)	4	2	21,83%	-0,73%	22,55%	7662,78	87,54
	CAPTOPRIL - (06 E 052)	4	1					
	RAMIPRIL - (06 E 127)	6	0					
	FUROSEMIDE - (06H090)	4	2					
	Irbesartan - Hydrochlorothiazide - (06 E 219)	11	2		1,78%		163,03	12,76
	SPIRONOLACTONE/ALTIZIDE - (06 H 096)	2	1	7,73%		2,01%		
	Acenocoumarol - (12 A 001)	1	1	31,17%	10,26%		1464,97	38,27
	NIFEDIPINE - (06 B 017)	4	0					
	NICARDIPINE CHLORHYDRATE - (06 B 015)	5	3					
	IRBESARTAN - (06 E 156)	14	2				8641,08	92,95



				0,00%	0,00%	0,00%		
	AMIODARONE CHLORHYDRATE	7	1					
Neurologie/Psychiatre	ESCITALOPRAM OXALATE EXPRIME EN ESCITALOPRAM - (16 A 105)	6	2			7,14%		
	OLANZAPINE - (16 D 100)	10	1					
	HALOPERIDOL - (16 D 085)	11	1					
	PAROXETINE (SOUS FORME DE CHLORHYDRATE HEMIHYDRATE) - (16 A 154)	2	1			1,93%		
	VENLAFAXINE CHLORHYDRATE EXPRIME EN VENLAFAXINE - (16 A 125)	6	1					
Antihypertenseurs	CANDESARTAN CILEXETIL - (06 E 197)	7	3					
	INDAPAMIDE - (06 H 163)	4	1	-4,76%		3,57%	1,59	1,26
	CANDESARTAN (SOUS FORME DE CILEXETIL)- HYDROCHLOROTHIAZIDE - (06 E 231)	4	2	3,98%	4,44%	6,03%	2952,52	54,37
Antidiabétique	GLIMEPIRIDE - (14 A 190)	12	3				929,86	30,47
	METFORMINE CHLORHYDRATE - (14 A 006)	7	5	-9,98%	0,83%	2,95%		
	METFORMINE CHLORHYDRATE - (14 A 224)	9	3			66,67%	0	0
	GUBENCLAMIDE - (14 A 002)	3	0					
	GLICLAZIDE - (14 A 004)	5	1				0	0
				11,90%	-12,88%			

	Répaglinide - (14 A 200)	7	2						
Antiasthmaïque	FLUTICASONE PROPIONATE - SALMETEROL XINAFOATE EXPRIME EN SALMETEROL - (20	2	1	21,92%	-4,77%		0	0	
	BECLOMETASONE	3	1						
ALLERGOLOGIE	LORATADINE - (01 A 033)	16	8						
	CETIRIZINE DICHLORHYDRATE / (01 A 041)	8	2						53,36%
	HYDROXYZINE / (16 B 040)	3	1						50,45%
ANTIBIOTIQUES	PHENOXYMETHYLPENICILLINE POTASSIQUE EXPRIME EN PHENOXYMETHYLPENICILLINE - (13 G 072)	3	2						39,70%
	AMOXICILLINE TRIHYDRATE EXPRIME EN AMOXICILLINE - (13 G 047)	11	2						
	Cefuroxime axetil exprime en cefuroxime / (13 B 208)	6	2	6,63%	37,94%	8,35%	77,15	8,78	
							167,36	43,10%	

**RÉSUMÉ :**

En Algérie, les médicaments représentent un poids économique croissant dans le système de santé et ils constituent une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics. Malgré les efforts déployés pour la maîtrise des dépenses pharmaceutiques, celles-ci continuent d'augmenter et absorbent une part grandissante du budget des soins de santé et des services sociaux d'année en année.

L'objet du présent travail consiste à évaluer l'impact de la politique du tarif de référence (TR) – qui est aujourd'hui l'instrument phare mis en œuvre par le régulateur pour la maîtrise des dépenses pharmaceutiques – sur la structure des prix des médicaments. Plus concrètement, nous essayerons d'estimer, au sein de plusieurs « groupes génériques » soumis au tarif de référence, l'écart de prix entre les spécialités pharmaceutiques qui les composent. Le but étant de mesurer la variabilité des prix au sein d'un même groupe générique entre, d'une part, le *princeps* (spécialité de référence) et les spécialités génériques associés, et, d'autre part, entre les différentes spécialités génériques.

Nous avons constaté que l'accroissement du nombre de fabricants de génériques a eu un très faible impact sur la réduction de leurs prix. Ainsi, la concurrence s'avère relativement faible sur le marché des génériques en Algérie. Nous concluons que la politique de promotion de génériques en Algérie, par la diffusion croissante des génériques et l'application du TR, n'a pas eu, jusqu'à présent, beaucoup d'impact sur les prix des génériques. Compte tenu de nos résultats et des développements possibles mis ici en évidence, il apparaît que la politique de promotion des génériques en Algérie a eu des effets relativement modestes par rapport à d'autres expériences de par le monde.

**MOTS-CLÉS :** Médicaments – Politique pharmaceutique – Maîtrise des dépenses pharmaceutiques – Tarif de référence – Médicaments génériques – Algérie – Bejaia.