

UNIVERSITEA-MIRA DE BEJAÏA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES,
COMMERCIALES ET DES SCIENCES DEGESTION
Département des Sciences Economiques



MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de
Master en Sciences Economiques

Option : Economie du Développement

Thème

**Contribution à l'étude de l'accessibilité financière
aux médicaments en Algérie : *Cas de la Wilaya de
Bejaia***

Présenté par :

MEKBOUL Bania

DJOUAD Kenza

President: Bouguenoune Hamid

Examineur: Belkhir Abdelmalek

Sous la direction de:

Mr. CHALANE Smail

Année Universitaire 2017/2018

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adresse au dieu unique et tous puissant de nous avoir accordé force et courage et patience.

Nous tenons à remercier chaleureusement notre encadreur Mr : CHALANE SMAIL qui nous a aider énormément et qui a fourni beaucoup d'efforts et sacrifice avec nous tout au long de l'année pour élaborer ce modeste travail, merci infiniment.

Nous sincères remerciements s'adressent aussi à l'ensemble des enseignants du Département Sciences Économiques de l'université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Nous remercions également les membres de jury pour avoir accepté D'évalue notre travail.

À toute la promotion d'économie de développement de 2018.

DEDICACES

J'ai l'honneur et le grand plaisir de dédier ce modeste travail à :

Mes très chères parents qui m'ont aidé et soutenu à chaque épreuve de ma vie et auxquels je ne pourrais leurs rendre assez.

Mes frères : Jugurtha et Yanis.

Ma sœur : Kenza.

Toute ma famille et mes amies.

BANIA

Dédicace

J'ai l'honneur et le grand plaisir de dédier ce modeste travail à :

Au souvenir de mes chers parents.

A mon chère marie Layachi.

Mes chères sœurs et ma copine de cœur.

A toute ma famille IKHLEF et DJOUAD.

A mes amies, collègues et voisins.

A tous ce qui m'aime et que j'aime.

KENZA

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BPF : Bonnes Pratiques de Fabrication

CNES : Conseil National Economique et Social

DA : Dinar Algérien

DNS : Dépenses Nationales de Santé

DSS : Dépenses de Sécurité Sociale

LNCPP : Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

MTESS : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale

OCDE : Organisation du Commerce et du Développement Economique

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMC : Organisation Mondiale du Commerce

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Office National des statistiques

UNOP : Union National des Operateurs Pharmaceutiques

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION GENERALE | 1 |
| CHAPITRE 1 : ASPECTS THEORIQUES SUR LE MEDICAMENT | |
| Introduction | 6 |
| I. LE MEDICAMENT : NOTIONS GENERALES SUR LE MEDICAMENT | 6 |
| II. LE CONCEPT DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSES..... | 15 |
| III. LE FINANCEMENT DU MEDICAMENT | 18 |
| Conclusion..... | 21 |
| Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments | |
| Introduction | 22 |
| I. LA NOTION DE L'ACCES AUX MEDICAMENTS | 22 |
| II. politique pharmaceutique algérienne..... | 27 |
| III. LES MESURES NECESSAIRES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES LIEES À LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS | 34 |
| Conclusion..... | 40 |
| Chapitre III : L'ACCESSIBILITE AUX MEDICAMENTS DANS LA WILAYA DE BEJAIA | |
| Introduction | 42 |
| I. METHODOLOGIE ET CONCEPTION DE L'ENQUETE | 42 |
| II. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES MENAGES | 43 |
| CONCLUSION..... | 61 |
| Conclusion générale | 62 |
| Références bibliographiques | 63 |
| Annexes | |
| Table des matières | |

INTRODUCTION GENERALE

La santé est un droit fondamental de l'être humain, l'accès aux médicaments essentiels est une condition indispensable à la jouissance de ce droit. Les médicaments occupent ainsi une place importante dans le traitement des problèmes de santé, leur utilisation permet de réduire les temps d'hospitalisation et d'améliorer l'efficacité des soins.

La consommation des médicaments permet de prévenir, de soigner et de soulager la maladie, espérance de vies, d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des populations. En raison de tous ces avantages, le médicament est nécessaire à la santé des individus et est devenu l'un des biens de consommation courante et un élément essentiel dans la prise en charge des problèmes de santé dans le monde.

Le médicament, en plus de sa valeur de nature thérapeutique (préventive et curative), comporte une seconde valeur de nature économique liée à son coût et à son prix. Il n'est pas seulement un produit de consommation, mais il est à la fois un bien sanitaire, industriel, économique, commercial et social. Dans ce contexte, chacun affiche des intérêts particuliers par rapport à la consommation de médicament. Les intérêts de l'industrie pharmaceutique sont la rentabilité et le profit financier, qui dégage d'autant plus de bénéfices que beaucoup de médicaments sont consommés. L'intérêt des patients est de pouvoir se soigner le mieux possible aux moindres coûts, celui de l'Etat et de la Sécurité Sociale est de réduire les contraintes financières liées à sa consommation tout en améliorant l'accès à ces produits.

Dans la réalité, le médicament est un bien de consommation, mais il est loin des mécanismes habituels du marché :

- La réglementation qui encadre sa délivrance le met à part des lois habituelles de l'offre et de la demande. En effet, la spécificité du médicament par rapport aux autres produits rend toutes ses étapes, depuis son enregistrement et son autorisation de mise sur le marché jusqu'à la fixation de son prix et sa délivrance par le pharmacien avec sa prise en charge par les organismes de la Sécurité Sociale, n'échappent pas aux jeux de la réglementation à travers une série de textes législatifs et réglementaires rigoureux, faisant ainsi intervenir différents acteurs : l'Etat, les prescripteurs, les producteurs et les importateurs, les patients et les organismes de sécurité sociale.

INTRODUCTION GENERALE

- Il est financé en partie ou dans sa totalité par les organismes de la protection sociale ou par les ménages. La participation des différents agents au financement de la consommation des biens et services de la santé, en particulier le médicament, a sensiblement changé. Historiquement, nous constatons une régression de la part de l'Etat, au dépend de la Sécurité Sociale qui prend la première position en matière de financement de la consommation de médicaments. En outre, les ménages se voient contraints de payer un ticket modérateur de plus en plus important et une grande somme pour les médicaments non remboursables.
- Sa production et sa vente sont très étroitement surveillées et règlementées. Les bénéfices apportés par le médicament, destinés à soulager et à rétablir la santé, doivent être supérieurs aux risques encourus pour celui qui le consomme. Dans ce cadre, ces médicaments avant leur mise sur le marché, doivent répondre à toute une procédure réglementaire qui garantit l'analyse de la qualité et le contrôle de conformité de ces médicaments.

Du plus, la consommation du médicament occupe une place de plus en plus importante dans les soins de santé, augmentant ainsi les dépenses de santé et pèse lourdement sur les fonds de l'assurance maladie, de l'Etat et des ménages. De nombreux facteurs y ont contribué, à savoir : l'augmentation et le vieillissement de la population mondiale, la transition épidémiologique et démographique, l'élévation du niveau de vie des individus, la surconsommation médicale, le progrès technique, l'augmentation de la démographie médicale et la multiplication d'infrastructures sanitaires, la généralisation de la couverture sociale, l'apparition de nouveaux besoins médicaux, l'augmentation des prix des spécialités pharmaceutiques, la médicalisation des problèmes sociaux, etc.

En Algérie, à l'instar des autres pays, la part de la consommation de médicaments dans les dépenses de santé est de plus en plus importante. Pour cela, la consommation de médicaments doit être une préoccupation majeure des organisations chargées de son financement et un élément clé de la politique du médicament, qui est une composante fondamentale d'une politique nationale de santé qui vise à assurer à tous les peuples la fourniture régulière et l'usage rationnel de médicaments sûrs et efficaces.

Pour répondre aux besoins de cette consommation, le secteur pharmaceutique algérien a connu de profondes modifications dans son organisation et son fonctionnement. Jusqu'à la fin des années 80, l'Etat avait le monopole sur l'activité d'importation, de distribution de gros et

INTRODUCTION GENERALE

de production de médicament, et des contraintes financières structurelles apparaissent, le pays ne peut plus payer sa facture pharmaceutique. Cela a entraîné une crise des systèmes de financement de la consommation de médicaments.

En 1994, l'Algérie est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (PAS) imposé par le FMI en raison des difficultés financières auxquelles elle était confrontée. En matière de politique de santé, les objectifs du PAS étaient la compression des dépenses de santé à la charge de l'Etat, une amélioration de l'efficacité des systèmes de soins et l'allègement des factures externes liées à l'importation des médicaments et appareils médicaux, et celles liées aux transferts des malades pour soins à l'étranger. Cette situation s'est traduit par le recul des entreprises publiques et une forte présence des capitaux et intérêts étrangers dans le marché du médicament.

Le secteur de la santé a connu ainsi des changements à la lumière de l'évolution générale du pays. Les réformes et la politiques d'ouverture ont eu pour effet la libéralisation du marché du médicament et son ouverture aux initiatives prises, que ce soit dans la fabrication ou l'importation. Parmi les conséquences de cette mutation, un accroissement effréné des dépenses des médicaments, particulièrement dans son aspect remboursement, et un élargissement des besoins de la population en matière de soins¹.

Dans ce travail, nous nous intéresserons particulièrement à l'accessibilité des médicaments en Algérie. En fait, la problématique qui a constitué notre point de départ est celle-ci : **Quel est le niveau de disponibilité et d'accessibilité des médicaments en Bejaia?**

Pour répondre à cette problématique, d'autres questions méritent réflexion :

- Quelles sont les différentes dimensions de l'accès aux médicaments ?
- Quels sont les efforts fournis par l'Algérie pour garantir l'accès aux médicaments ?
- Comment la consommation médicamenteuse est financée en Algérie ?

¹MEKBEL Anissa : Essai d'évaluation de la consommation des médicaments générique par rapport au princeps en Algérie : enquête auprès des ménages de la ville de Bejaia, mémoire de magister en science économie, économie de la santé et développement durable, université de Bejaia, 2009.

INTRODUCTION GENERALE

Nous baserons notre réflexion sur les hypothèses suivantes :

H 1 : Les pénuries des produits pharmaceutiques empêchent la satisfaction de la population en matière d'accès aux médicaments.

H 2 : L'instauration du tarif de référence et la politique d'encouragement des génériques pourrait baisser la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse.

H 3 : La consommation des médicaments pèse lourdement sur les fonds de la sécurité sociale en raison de l'augmentation de la médicalisation des problèmes de santé et de l'étendue de la couverture social.

Importance du sujet :

L'importance du sujet se manifeste à travers le rôle que joue le médicament dans la santé de l'être humain. Vue ce rôle, l'Etat Algérien engage pour garantir l'efficience du secteur pharmaceutique et l'accessibilité aux médicaments pour toute la population.

Garantir l'accès aux médicaments implique, très concrètement, l'accessibilité géographique, physique et surtout économique au médicament.

Objectifs de la recherche :

Notre recherche a pour objectifs de :

- Montrer les efforts de l'Algérie pour l'accès aux médicaments ;
- Vérifier si la population a accès aux médicaments ;
- Tirer l'importance de la production du générique qui facilite l'accès aux médicaments.

Méthodologie :

Notre travail a été mené en deux étapes. D'abord, une recherche documentaire basée sur la consultation des mémoires, thèses, documents, articles de revue..., ainsi que la consultation de sites internet de différents organismes tels que le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) et le Conseil National Economique et Social(CNES). Dans un deuxième temps, nous avons entrepris une enquête de terrain sur l'accessibilité

INTRODUCTION GENERALE

aux médicaments en Algérie. Ainsi, cette dernière sera réalisée sur la base d'un questionnaire destiné aux ménages de la Wilaya de Bejaïa.

Nous avons structuré notre travail en trois chapitres. Le premier chapitre tentera de retracer le cadre théorique sur le médicament. Le deuxième s'intéressera aux efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments. Enfin, le troisième chapitre portera sur un essai d'analyse de l'accès aux médicaments dans la Wilaya de Bejaïa.

Chapitre I : aspects théorique sur le médicament

Introduction :

Le médicament est un produit de consommation particulier qui a vocation de santé publique. Son accessibilité à tous est au cœur des préoccupations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le recours à la consommation de médicaments constitue une réponse plus répandue à un besoin de santé. La consommation de médicaments permet de prévenir, de soigner et de soulager la maladie, espérance de vies, d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des populations.

Parce qu'ils concernent le bien être de la population, les médicaments ne peuvent être considérés comme des produits ordinaires; ils constituent une composante fondamentale d'une politique de santé qui vise à assurer à tous les peuples la fourniture régulière et l'usage rationnel de médicaments sûrs et efficaces.

L'objet de ce chapitre est de présenter l'aspect théorique du médicament. Le chapitre s'articulera autour de trois sections. Dans la première, il sera question de présenter quelques notions théorique et règlementaires relatives aux médicaments. La seconde section expliquera les concepts de la consommation médicamenteuse. Enfin la dernière section portera le financement des dépenses médicamenteuses.

I. NOTIONS GENERALES SUR LE MEDICAMENT

Dans cette section, nous exposerons quelques notions sur le médicament, puis nous aborderons la réglementation qui régit ce dernier.

1. Historique du médicament

L'origine du médicament remonte à l'époque de l'apparition de l'homme même¹. Depuis les temps les plus reculés, l'homme a toujours cherché de quoi se protéger de la souffrance et de la mort. Depuis l'antiquité jusqu'au XVIe siècle, la majorité des produits utilisés par les hommes à cette fin ont trouvé leur origine dans le végétal. Ainsi, les plantes étaient utilisées, fraîches ou sèches, sous formes divers : poudres, baumes ou onguents, mélange, huiles essentielles, etc.

¹ Velasquez G. : L'industrie du médicament et le tiers monde, éd. L'Harmattan, Paris, 1983.p 11

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

Au moyen-âge, l'emploi des médicaments a été lié aux pratiques magique ou religieuse qui accompagnaient leur préparation et leur prescription².

Trente-six siècles avant Jésus-Christ, il existait une pharmacopée attribuée à un empereur chinois et vers l'an 1600 avant Jésus-Christ, les égyptiens employaient plus de 700 médicaments. L'ordonnance médicale connue la plus ancienne date de la civilisation des Sumériens au environ de 2100 avant Jésus-Christ. De l'histoire romaine, le seul terme qui reste est « pharmacie galénique », science qui étudie les formes sous lesquelles les médicaments doivent être présentés et administrés. Durant la période d'obscurantisme médiévale, la science médicale et pharmaceutique se réfugie dans les couvents et dans quelques rares centres privilégiés.

Avec la découverte du nouveau monde (l'Amérique), au XV^{ème} siècle, les explorateurs ont rapporté des grands principes actifs, l'isolement de ces principes a marqué le début de la nouvelle ère dans ce domaine. C'est le suisse Paracelse qui, au début de XVI^e siècle, introduit pour la première fois l'idée du « principe actif » en prônant la nécessité de recherche la « quintessence des plantes » et des médicaments spécifiques pour chaque maladie³.

Les progrès scientifiques sont souvent considérés comme étant la principale raison de l'orientation de plus en plus marquée de l'industrie pharmaceutique vers la recherche intensive. Les médicaments se trouvant dans le monde occidental sont surtout des substances chimiques tirées des industries pétrochimiques ou de fermentation. Les premières innovations technologiques effectuées dans le domaine du médicament à base chimique ont été le fait de l'industrie chimique allemande qui était le seul grand fournisseur international avant la première guerre mondiale⁴.

L'histoire du médicament est largement associée à la recherche scientifique, qui tente de trouver un remède spécifique pour chaque maladie. Ainsi, les découvertes au cours du XIX^e siècle marquent une étape nouvelle grâce aux progrès de la chimie et de la physiologie qui sont la base de ce que certains appellent « la révolution thérapeutique » ou « l'apparition des médicaments miracles ». Des éléments minéraux sont isolés (le brome, l'iode, le magnésium),

² ZIANI F : Analyse de la consommation des médicaments en Algérie : cas de la Wilaya de Sétif, mémoire de Magister en Science Économie, option : Economie de la santé et développement durable, Université de Bejaia, 2010, p7

³ Velasquez G. : op. cit.p12

⁴ Gish O. et Lee Feller L. : Planification pharmaceutique : pour les soins de santé primaires, l'approvisionnement en médicaments et leurs consommation dans le tiers monde, traduit par : FERRANI m.k. et Alii, éd.OPU Alger, 1984, p11

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

plusieurs principes actifs d'origine végétale sont mise en évidence (la morphine en 1804, la quinine en 1820, la digitaline en 1844, la cocaïne en 1858, etc.).

Au XXe siècle, une nouvelle ère commence avec l'isolement de principes actifs chimiquement définis, réalisé par le médecin suisse Paracelse.

A partir 1937, l'ère moderne du médicament débute avec la découverte de l'action antibactérienne des sulfamides. En 1947, Flemming découvre la pénicilline. Vient ensuite une phase d'accélération des découvertes. Depuis, les chercheurs ont mis au point une nouvelle méthode d'évaluation de médicaments, qui a permis d'élaborer de nouveaux médicaments à partir de ces modèles de médicaments existants⁵.

Aujourd'hui, et pour les années à venir, c'est vers les biotechnologies que s'orientent les recherches autour du médicament. En effet, grâce à de nouveaux outils puissants (génie génétique, biologie moléculaire, cellules souches, clonages...), les chercheurs ont une approche génétique des pathologies humaines. Les médicaments issus des recherches génétique sont considérés par certains comme les médicaments du futures.

En effet, les bio-médicaments que les entreprises développent aujourd'hui permettent d'imaginer des solutions dans des pathologies pour lesquelles il n'existe pas encore de traitement satisfaisant : cancers, maladies auto-immunes, maladies rares, etc.

Le champ d'application de ces recherches est immense. Aujourd'hui, les bio-médicaments prennent une place croissante dans l'innovation pharmaceutique : en 2003, 40% des nouveaux médicaments mis à la disposition des malades et plus du tiers des nouveaux médicaments en développement étaient d'origine biologique. Cette tendance va encore s'accroître dans les années à venir⁶.

2. Définition du médicament

Un médicament est une substance ou une composition présentée comme possédant des propriétés curatives, préventives ou administrée en vue d'établir un diagnostic. Un médicament est plus souvent destiné à guérir, à soulager ou à prévenir des maladies humaines ou animales⁷.

⁵ L'histoire du médicament. In : <http://www.gsk.fr>

⁶TAMBOURIN P. : Biotechnologie et médicaments du futur. In : <http://www.genopole.org>

⁷ Le médicament. In : <http://medoc59.e-monsite.com>

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

En Algérie, l'article de la loi n 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé définit le médicament comme suit : « *On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales et tout produits pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier leur fonction organique* »⁸.

Définition scientifique : « *Tout substance naturelle, synthétique ou semi synthétique destinée à être administrée à l'homme sous une forme galénique et une dose précise dans un but curatif, préventif, ainsi que pour une exploration physiopathologique* ».

- **Le médicament par présentation**

« Le médicament est une substance, ou composition, présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard de la maladie humaine ».

- **Le médicament par fonction**

« Le médicament est une substance, ou composition, pouvant être utilisée chez l'homme en vue, soit de restaurer, de corriger ou de modifier des fonctions physiologique, immunologique ou métabolique, soit d'établir un diagnostic médical »⁹.

3. La classification des médicaments

Les médicaments relevant de la médecine humaine peuvent prendre plusieurs formes ou catégories, à savoir : les spécialités pharmaceutiques, les médicaments officinaux, les médicaments magistraux et les médicaments génériques.

3.1. Les spécialités pharmaceutiques

Les spécialités pharmaceutiques constituent 98% des ventes en officine(en chiffre d'affaires). Elles sont définies comme tout médicament préparé à l'avance en milieu industriel sous le contrôle de l'administration qui délivre une autorisation de mise sur le marché(AMM) et caractérisé par une dénomination spéciale qui peut être soit un nom de fantaisie ou de marque, sans rapport direct avec le composant principal ou la maladie, soit une dénomination

⁸ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : plate-forme pour un débat social, Alger, 2003, in : www.cnes.dz,p7

⁹ ALAIN OLLIVIER et CLAUDE HURTELOUP : Le marketing de médicament en question, Vuiber ; Paris, 2008, p19

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

commune ou scientifique assortie d'une marque ou du nom du fabricant, ou bien le nom de fantaisie plus le suffixe « GE » pour les médicaments générique.

3.2. Les médicaments officinaux

Les préparations officinales sont des médicaments préparé en pharmacie selon les indications de la pharmacopée et destinés à être dispensés directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie. Il peut s'agir également des produits naturels utilisés à partir desquels sont extraits des médicaments pénicilline, produit chimiques purs ou des préparations galéniques. Ces médicaments sont fabriqués par les industriels et livrés en vrac aux pharmaciens qui en assurent la division et le conditionnement dans leur officine. C'est pour cette raison qu'ils échappent à l'autorisation de mise sur le marché. Les préparations officinales doivent être conformes à la dernière édition de la pharmacopée dans laquelle figurent. Elles ne portent pas de nom de fantaisie ou de marque mais une appellation qui sert à les distinguer à la pharmacopée. En principe, ces médicaments doivent figurer à la nomenclature nationale et être détenus constamment à disposition par les pharmaciens¹⁰.

3-3 : Les médicaments magistraux

On appelle médicament magistral, tout médicament préparé extemporanément dans une pharmacie selon une formule établie par un prescripteur autorisé et destiné à un malade particulier.

Cette définition permet de distinguer la préparation magistrale de la spécialité (préparée à l'avance), de la préparation officinale (dont la formule est adaptée à un malade particulier) et de la préparation demandée par un client (dont l'ordonnance ne constitue pas le support). Le médicament magistral ne peut donc se préparer à l'avance, ni pas lots, mais simplement à l'unité pour un malade bien déterminé¹¹.

3-4 : Le médicament générique

Un médicament générique est la copie « conforme » d'un médicament dont les brevets sont tombés dans le domaine public. Le médicament copié est appelé princeps ou spécialité de référence. Dans la pratique, le médicament générique doit contenir le même principe actif que

¹⁰ MEKBEL Anissa : Essai d'évaluation de la consommation des médicaments générique par rapport au princeps en Algérie :enquête au prés des ménages de la ville de Bejaia, mémoire de magister en science économie, économie de la santé et développement durable, université de Bejaia, 2009, p12

¹¹ ZIANI F. :op.cit., p9

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

le princeps, sous le même dosage et sous la même présentation physique (gélule, aérosol, ampoule, etc.). D'un point de vue thérapeutique, un médicament générique a exactement la même efficacité que le princeps. Comme le fabricant d'un générique n'a pas à amortir de frais de recherche et développement, le générique est commercialisé à un prix inférieure à celui du princeps, la décote du prix des génériques par rapport à celui de la molécule mère est de l'ordre de 30 à 40%¹².

4- Les particularités du médicament

Le médicament a des spécificités majeures qui le distingue des autres produits en particulier par :

4.1 : La recherche : elle consiste à découvrir de nouveaux principes actifs à travers :

- La synthèse chimique : dans le but d'améliorer l'efficacité de certaines molécules déjà existantes à l'état naturel ou diminuer leur toxicité, ou encore proposer de nouvelles molécules n'ayant pas d'équivalent naturel ;
- La recherche de nouveaux principes actifs naturels dans des organismes vivants non encore explorés ;
- La biotechnologie, et notamment le génie génétique, qui permet de synthétiser des molécules non accessibles par voie chimique.

4.2. Développement pré-clinique : dans cette phase, sont mises au point les méthodes qui serviront à rechercher, identifier et doser le principe actif dans des excipients, ainsi que la détermination des premiers éléments de pré formulation qui serviront à choisir la voie d'administration et la forme galénique les mieux adaptée à ce nouveau principe actif.

4.3. Le développement clinique : une fois réalisé le bon mélange entre le principe actif et l'excipient, c'est-à-dire le médicament prototype, vient l'étape de l'essai sur l'homme, en premier lieu chez l'homme sain pour mesurer son efficacité et cerner les principaux effets secondaires, puis chez l'homme malade pour confirmer son efficacité thérapeutique, sa posologie et sa sécurité d'emploi par rapport aux éventuels cancérogènes, tératogènes. Ces

¹² CHALANE S : Essai D'analyse du système de régulation dans le secteur pharmaceutique Algérien : Du contrôle centralisé aux procédures incitatives décentralisées, mémoire de magister en science économie option : économie de la santé et développement durable, université de Bejaia, 2010, p26

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

essais sont souvent réalisés en milieu hospitalier par des cliniciens sous la tutelle de laboratoires pharmaceutique. Ils se font sur la base d'un protocole d'essai¹³.

4.4. Son prix et son coût : part importante des dépenses de santé, le médicament donne lieu à des débats au niveau des Etats, tant en termes de politique de santé (prévention contre traitement) qu'économiques (encadrement des prix, remboursement et taux) ;

4.5. Sa communication : elle est réglementée, tant dans son contenu que dans ces cibles (ex : interdiction de communiqué vers le grand public pour les médicaments de prescriptions remboursés) ;

4.6. Sa commercialisation : elle dépend d'une autorisation de mise sur le marché délivré par les autorités du pays, au vu d'un dossier très complexe et répondant à des exigences de preuves (sécurité, qualité pharmaceutique et efficacité) de plus en plus sévère ;

4.7. Sa fabrication : très réglementée et contrôlée, avec des exigences de qualité incluses dans l'autorisation de mise sur le marché¹⁴.

5- Impact du médicament dans les prestations de soins

Par définition, un médicament a un impact sur la santé de la population s'il permet d'améliorer, directement ou indirectement, l'état de santé de la (ou d'une) population.

Plus généralement on peut définir l'impact d'un médicament sur le système de santé comme les transformations attendues ou induites par la prescription du médicament dans les pratiques médicales et l'utilisation des services de santé par les personnes concernées.

Les médicaments jouent un rôle capital en santé publique. Les dépenses en médicaments représentent une part importante des dépenses de santé.

Ils jouent un rôle indéniable :

- ils peuvent sauver des vies et améliorer la santé
- ils améliorent la confiance et la participation dans les services de santé
- ils jouent le rôle d'interface entre le prescripteur, le dispensateur et le consommateur

D'où la nécessité d'une sélection judicieuse et une gestion efficace des médicaments, car ils mobilisent d'importantes ressources¹⁵.

6-Aspect réglementaire du médicament en Algérie :

¹³ MAHFOUD N : Essai d'analyse de la part du médicament dans les dépenses de l'assurance et le phénomène de déremboursement en Algérie : cas de Wilaya de Bejaia, mémoire de magister en science économiques option : économie de la santé et développement durable, université de Bejaia, 2009, p9

¹⁴ ALAIN OLLIVIER et CLAUDE HURTELOUP. (2008). Op. cit.p17

¹⁵ZIANI F. :op.cit.p10

6-1-Le système d'enregistrement des médicaments :

En Algérie comme dans tous les autres pays, un médicament n'est mis sur le marché qu'après obtention de cette autorisation et faire l'objet de son enregistrement à la nomenclature nationale des médicaments.

L'autorisation de mise sur le marché est l'accord donné à un médicament pour être commercialisé.

Afin de maintenir les normes de santé publique les autorisations de mise sur le marché assurent que les médicaments sont sûrs, efficaces et de bonne qualité. Des résultats détaillés des essais cliniques et pré cliniques doivent être fournis pour chaque nouveau médicament¹⁶.

Cette autorisation est subordonnée à une autorisation d'enregistrement dans la nomenclature nationale de médicaments. La procédure d'enregistrement vise à éviter qu'un produit pharmaceutique ne puisse être commercialisé avant l'octroi d'une autorisation délivrée à cet effet¹⁷.

6-2-Le contrôle de qualité des médicaments :

Le contrôle de la qualité des médicaments est un système de surveillance de l'ensemble des circuits de médicaments, depuis l'achat d'une matière première jusqu'à sa transformation en produit fini. Ce système doit garantir la qualité de tous les produits pharmaceutiques¹⁸.

En Algérie, avant les réformes économiques des années 1990, le contrôle de qualité était marqué par le monopole de l'Etat sur les activités de production et de distribution de gros des produits pharmaceutiques. Le système de contrôle de qualité était exercé au sein même des établissements chargés par l'Etat de les mettre sur le marché : les contrôles internes et externes étaient ainsi confondus, sans que cela ne soulève des difficultés¹⁹.

¹⁶ MANSOURI B :Règlementation, qualité et problématiques des médicaments expérience algérienne, ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.conférence sur les systèmes de santé en Afrique, OMS AFRO, Ouagadougou, 28-30 Avril 2008, in :<http://www.afro.who.int>

¹⁷ La politique pharmaceutique en Algérie In : <http://www.santé.dz>

¹⁸ CNES, op.cit., p18

¹⁹ Union Nationale des opérateurs de la pharmacie(UNOP) : l'organisation du marché national des médicaments : difficulté et perspectives annoncées face aux échéances de l'application de l'accord d'association avec l'Union Européenne et à l'entrée de l'Algérie à l'OMC septembre 2005, in : www.unop-dz.org, p26

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

Depuis la libéralisation du marché des médicaments, plusieurs textes ont été édités pour réglementer le contrôle de tous les produits, médicaments et consommables, importés et /ou fabriqués localement²⁰.

Aujourd'hui, le contrôle des médicaments et des produits médicaux en Algérie est assuré par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques (L.N.C.P.P) (créé par le décret exécutif n : 93-140 du 14/01/1993, est devenu opérationnel en juillet 1996)²¹.

Ce laboratoire est tenu dans le cadre de ces missions d'évaluer la qualité pharmaceutique ainsi, il ne cesse de développer son arsenal de contrôle en matière d'équipement, de techniques analytiques et de formation du personnel²².

6-3-Le système des prix du médicament :

Le médicament étant un produit particulier ses prix ne sont pas déterminés par le marché, en ce sens qu'ils ne sont pas reflétés par l'équilibre de l'offre et de la demande²³. Le prix du médicament est fonction du coût d'acquisition des médicaments, du coût de la distribution et du système de financement de la consommation²⁴. La détermination du prix des médicaments suit une procédure rigoureuse. Elle diffère selon que les médicaments sont importés ou fabriqués localement, et selon que les matières premières utilisées sont importées en vue de leur transformation dans le pays.

Les prix des médicaments sont généralement établis en fonction du coût calculé du médicament, de son importance sur le marché national des préparations équivalentes et de celui du même produit dans d'autres pays.

Ainsi, le calcul du coût comprend les éléments suivants²⁵ :

-Coût de la découverte, de la recherche et du développement : (y compris les redevances afférentes aux brevets et au savoir-faire).

²⁰ Conseil National Economique et Social (CNES) : le médicament, op.cit.p20

²¹ CNES, op.cit.p19

²² MANSOURI B : op.cit

²³ BRAHAMIA B : le marché du médicament en Algérie et l'option du tarif de référence. Communication au 1^{er} colloque international d'économie de la santé « gestion et réformes hospitalière dans les pays en développement ou à revenu intermédiaire », université A-Mira de Bejaia, les 13,14 et 15 Novembre 2006.

²⁴ DUMOULIN J., KADDAR M. Vélasquez G. : Guide d'analyse économique du circuit du médicament, OMS, p30

²⁵ La politique pharmaceutique en Algérie In : <http://www.santé.dz>

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

-Cout de la production : matière premières, formulation conditionnement, assurance de qualité, la publicité et la promotion directe et indirecte, fais administratifs généraux et rémunération de capital investi.

-cout de la distribution : (y compris le stockage, le transport, la promotion, le service lié à la clientèle et les frais administratifs généraux).

-cout de la fourniture (y compris les dépenses techniques administratives et celle relatives au stockage et les frais accessoires pour service à clientèle).

En Algérie, le contrôle du prix du médicament se fait soit par une réglementation des prix, soit par un remboursement sélectif des médicaments ce contrôle s'est basé sur un ensemble de textes réglementaires régissant les taxes et marges bénéficiaires permettant de déterminer et de maîtriser les prix du médicament²⁶.

II-LE CONCEPT DE CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

Avant d'aborder les différents volets relatifs à notre étude, il paraît nécessaire de rappeler et de cerner le sens de quelques concepts et notions liés au thème.

1-1-La consommation médicale totale

La consommation médicale totale est un des deux agrégats du compte de la santé. Elle permet de connaître les ressources financières globales qui sont la contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individualisables disposés dans l'année. La consommation médicale totale est composée de deux éléments : la consommation de soins et des biens médicaux la consommation de services de médecine préventive²⁷.

1-1-1-La consommation de soins et des biens médicaux :

La consommation de soins et des bien médicaux comprend les soins hospitaliers et en sections médicalisées, les soins ambulatoires, les transports sanitaires et les bien médicaux²⁸.

1-1-2-Les services de médecine préventive :

Les services de médecine préventive concourent à des activités de santé publique. Ils regroupent principalement des activités de surveillance médicale et de diagnostic.

²⁶ Conseil National Economique et Social(CNES) : le médicament, op.cit.p11

²⁷ HURLIMAN C : l'économie de la santé : définition, concepts et champs, In : <http://infodoc.inserm.fr>

²⁸ CASTIEL D. : Economie et santé quel avenir ?, édition Management Société, Paris, 1999, p18

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

La consommation préventive comprend les services suivants : la médecine de travail, la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile ainsi que d'autres services de médecine préventive.

1-2-La consommation pharmaceutique :

La consommation pharmaceutique comprend les médicaments (les spécialités pharmaceutiques fabriqués à l'avance par les laboratoires industriels et les médicaments non spécialisés tels que l'alcool, l'éther), les articles de pansement et les produits nécessaires à la médecine humaine et vétérinaire.

1-3-La consommation médicamenteuse :

Elle comprend la consommation de médicaments possédant des propriétés curatives et préventive à l'égard des maladies humaines et animales.

2-Les déterminants de la consommation médicamenteuse :

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de la croissance de la consommation médicamenteuse.

On cite les principaux :

2-1-L'influence de l'offre de soins :

L'augmentation du nombre de professionnels de santé en exercice ainsi que l'infrastructure sanitaire peut apparaître comme un des facteurs de croissance des dépenses de santé. Celle-ci permet en effet de révéler une demande insatisfaite et contribue donc à la hausse des dépenses de santé²⁹.

2-2-Le vieillissement et médicalisation des problèmes sociaux :

On cite volontiers le vieillissement démographique comme l'une des causes de l'augmentation rapides des dépenses de médicaments, en arguant du fait que les consommations médicales s'accroissent avec l'âge³⁰.

Si les dépenses de santé ont pour le passé été portées principalement par l'augmentation du niveau de vie, il est de plus en plus fait référence à l'impact du vieillissement à venir de la population pour annoncer de futures augmentations de dépenses de santé³¹.

²⁹Idem, p115

³⁰Nicolas TANTI-HARDOUIN : Economie de la santé, édition : Armand COLIN, Paris, 1994, p73

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

Le vieillissement de la population a un effet certain sur l'accroissement des dépenses de santé. Il augmente certaines pathologies : cancers, maladies dégénératives, maladies cardiovasculaires, notamment. La consommation des soins augmente sensiblement pendant la dernière année de la vie³².

2-3-Le progrès technique et l'innovation médicale

La croissance des dépenses de santé est également tirée à la hausse par les innovations médicales qui se traduisent par un enrichissement du panier de biens et de services de santé offerts³³.

Les innovations médicales et technologiques multiplient les possibilités de diagnostics et traitement tout en améliorant les résultats du système de soins. En mêmes temps, elles permettent la prise en charge de pathologies habituellement non traitées, permettant une réponse à une demande nouvelle³⁴.

L'allongement de la durée de la durée de vie, permises entre autres par le progrès technique, signifie la multiplication des dégénératives, longues et coûteuses à soigner³⁵.

2-4-L'amélioration du niveau de vie

L'augmentation du niveau de vie est la première raison de l'augmentation des dépenses de santé. En effet, les dépenses médicamenteuses augmentent avec le développement économique et cet accroissement est, selon parte H, l'expression de la loi d'Engel qui, lors de son étude de l'évolution du budget des ménages, a conclu qu'il existe une relation classique entre le cout d'entretien physique de l'individu et le produit de son activité³⁶.

2-5-La généralisation de la couverture sociale

Les dispositifs de la couverture sociale ont été étendus, la quasi-totalité de la population est couverte par l'assurance maladie dans la plus part des pays. Ainsi l'extension de la couverture sociale peut donner lieu à l'émergence du phénomène de surconsommation médicale (aléa moral ex post) ou à une baisse de la prévention (aléa moral ex ant).

³¹ Bruno PALIER. : La réforme des systèmes de santé, édition : Que sais-je, France, 2010, p62

³² HIRSCH M : les enjeux de la protection sociale, édition Montchrestien, 2eme édition, Paris 1994

³³ BRAS P.L., de pourvoirville G.et Tabuteau D. : traité d'économie et de gestion de la santé, édition de santé, Paris, 2009, p48

³⁴ FARGEON V. : introduction à l'économie de la santé, édition PUG, Grenoble, 2009, p43 et 44

³⁵ ZIANI Z : Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, mémoire de Magister en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia, 2012, p19

³⁶ Idem, p17

2-6-La transition épidémiologique

L'évolution du contexte épidémiologique a été également évoquée parmi les facteurs d'augmentation de la consommation médicamenteuse. Du fait de la prévention des maladies infectieuses, conjuguée à la possibilité d'entreprendre des traitements de longue durée pour des affections auparavant difficiles à soigner ou incurables, les maladies chroniques occupent une plus large part dans les dépenses de santé³⁷.

2-7-Offre de soins

L'offre de soins désigne le potentiel des agents du secteur de la santé dont l'activité consiste à fournir des activités sanitaires à la population : nous y trouvons essentiellement les ressources humaines de la santé, les structures sanitaires de premier recours, les cliniques et établissements hospitaliers, les équipements et les technologies des soins³⁸.

III-LE FINANCEMENT DU MEDICAMENT

Les dépenses médicamenteuses sont financées principalement par l'Etat, la sécurité sociale, les ménages et les mutuelles.

1-L'Etat et les collectivités locales

L'Etat et les collectivités locales contribuent au financement du système de santé par la prise en charge des personnes non couvertes par l'assurance maladie et les personnes démunies.

2-La sécurité sociale

La sécurité sociale est un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de risques sociaux, Ces risques sociaux sont les maladies, les maternités, l'invalidité, les accidents du travail, le décès, les maladies professionnelles, le chômage, la vieillesse et les charges familiales.

Les organismes de la sécurité sociale sont les premiers financeurs de la consommation médicale des biens et services de santé .Ils offrent des prestations au profit des assurés et assure le financement de la consommation médicale.

³⁷ OCDE. : Etude de l'OCDE sur les politiques de santé, optimiser les dépenses de santé. In : www.rees-France.Com

³⁸ BRAHAMIA B. : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé- Europe de l'Est_ Maghreb, Behaeddine éditions, Alger ,2010.p51

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

Les médicaments sont remboursés à 80% et 100% pour certains cas fixés par la réglementation (maladies chronique, maternité, produits contraceptifs), et des actes médicaux sur la base d'une nomenclature de tarification.

En Algérie, la sécurité sociale est de création récente et fut réellement introduite en 1947³⁹. Par l'application des lois de la sécurité sociale votée en France e 1945⁴⁰.

Depuis cette date, de nombreux changement ont été introduits sur le contenu de ces lois dans le but de les appropriés au contexte socio-économique de l'Algérie.

Les bénéficiaires de la sécurité sociale sont :

2-1-Les travailleurs

Cette catégorie regroupe les personnes salariées et les personnes non salariées exerçant pour leur propre compte des activités industrielle, commerciale, libérale, artisanale ou agricole.

2-2-Les catégories particulières

Elles regroupent l'ensemble des personnes inactives, il s'agit des moudjahiddines, des personnes handicapées qui n'exercent aucune activité professionnelle, des étudiants et des bénéficiaires du soutien de l'Etat aux catégories défavorisées et démunies.

2-3-Les ayants droit

Il s'agit des conjoints non salarié(e) et non divorcé, des enfants âgés de moins de 18 ans et ceux âgés de moins de 21ans scolarisés, les filles non mariées et sans revenu quelque soient leur âge, les enfants infirmes, les veuves et les orphelins.

3-Les ménages

Les ménages contribuent au financement de la santé en réglant aux établissements de santé les frais de soins et de séjours prodigués, en tout ou une partie.

La participation des ménages peut prendre différentes formes principalement : le ticket modérateur, forfait hospitalier et dépassement d'honoraire et l'avance des frais

³⁹ KADDAR M. : Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie 1962-1987, revue les cahiers de Centre de Recherche en Economie Appliquée pour le Développement (CREAD) : contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie II. P40

⁴⁰LAMRI L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie, une approche économique, éd.OPU, Alger, 2004.p19

Chapitre I : Aspects théorique sur le médicament

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré (du ménage) après le remboursement de l'assurance maladie⁴¹.

Lorsque les ménages font recours au secteur privé pour des consultations, examens complémentaires, séjour en clinique, les ménages ne sont remboursés que selon des cotisations non actualisées depuis plus de 20 ans, pour des montants considérablement inférieurs à la réalité.

De plus, les médicaments achetés non remboursables restent à la charge de l'assuré. Quant aux ménages non assurés disposant de revenus ou pas, ils assument les 100% des frais médicaux, ce qui peut être pour eux une dépense lourde.

En raison du coût élevé de la consultation privée et la difficulté de parvenir aux unités du secteur public, l'automédication⁴² devient un phénomène très pratiqué.

4-Les mutuelles

L'apparition des mutuelles en Algérie a été constatée durant la période coloniale mais ce n'est que dans les années 70 qu'elles ont vu leur nombre se multiplier. Un certain nombre de textes législatifs ont défini le cadre réglementaire visant à apporter un plan précis et détaillé sur l'organisation, les ressources et l'affectation des dépenses.

L'article 06 de la loi 90-33 stipule que les travailleurs salariés d'institutions, d'établissement public, d'entreprises publiques et privées et les personnes exerçant pour leur propre compte peuvent constituer des mutuelles⁴³. Les mutuelles interviennent dans la prise en charge des 20% de dépenses (de ticket modérateur) des adhérentes et ayants droit. Le financement de la santé par les mutuelles reste marginal.

⁴¹ Le ticket modérateur : Définition et règles de fonctionnement. In : <http://www.news-assurances.com/le-ticket-moderateur-definition-et-regles-de-fonctionnement/016710384>

⁴² L'automédication est un traitement médicamenteux pris par un individu sans avis médical. Autrement dit, l'automédication est un traitement pharmaceutique institué par le patient lui-même sans avoir, au préalable, eu un avis ni eu une prescription médicale

⁴³ Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : comptes nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, Mai 2003.45

Conclusion

Le médicament est un bien spécifique de consommation courante et obligée. Sa mise sur le marché doit répondre à des impératifs de qualité, de sécurité et de crédibilité tant de la part des malades que des professionnels de santé. En raison de tous ces avantages, le médicament est nécessaire à la santé des individus et est devenu l'un des biens de consommation courante et un élément essentiel dans la prise en charge des problèmes de santé dans le monde.

Le financement de la consommation du médicament représente un poids important dans les dépenses de santé et pèse lourdement sur les fonds de l'assurance maladie, des ménages et de l'Etat, notamment avec le progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissement de la population, élévation du niveau de vie.

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

Introduction

Le médicament est un objet social très particulier. L'accès aux médicaments fait partie des droits de la personne à la santé. Le droit d'accès aux médicaments est l'un des facteurs principaux du développement social. Sujet de préoccupation universel, l'accès aux médicaments soulève des questions d'ordres différents. Selon l'approche de l'OMS, l'accès aux médicaments recouvre quatre notions : une sélection rationnelle des médicaments, des prix abordables, un financement durable et des systèmes fiables d'achat, de stockage et de distribution. Les différentes dimensions de l'accès sont la disponibilité des médicaments, les prix abordables, l'accessibilité et l'acceptabilité des médicaments pour le patient.

Pour assurer ces principes, l'OMS recommande à tous les pays de formuler et de mettre en œuvre une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) globale et de la réviser tous les 5 ans.

La politique pharmaceutique nationale fait donc partie intégrante de la politique de santé nationale au sens large du terme, visant à atteindre l'objectif de la santé pour tous.

Ce chapitre est divisé en trois sections. Dans la première section, nous présentons la notion de l'accès aux médicaments, et la deuxième section est consacrée pour la présentation de la politique pharmaceutique en Algérie, Enfin, la dernière section traitera les différentes mesures de maîtrise des dépenses liées à la consommation de médicaments.

II. LA NOTION DE L'ACCES AUX MEDICAMENTS

La notion d'accès aux médicaments se trouve dans les rapports de l'OMS depuis le fameux rapport « Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique » et le rapport du groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement(OMD) a mis en évidence la notion d'accès aux médicaments et la définit comme suit : « *L'accès aux médicaments est la possibilité d'avoir continuellement accès à des médicaments, à des prix abordables, dans des*

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

établissements de santé publics ou privés ou des points de vente se trouvant à moins d'une heure de marche ¹».

1. Définition et différenciation de concepts

1.1. Disponibilité :

Cette notion proche de la notion de couverture sanitaire est définie comme la relation entre, d'une part, le volume et le type des services (médicaments) existants et, d'autre part, le volume et le type de besoins des patients. A l'existence d'un besoin de santé (médicament) doit donc répondre celle d'une offre de santé (médicament) effective. Cette dimension se réfère à l'accès physique ou accessibilité des services qui répondent à une norme minimale. Celle-ci nécessite souvent la spécification en termes des éléments de la prestation de services de base tels que matériel, les médicaments et les produits de base, personnel de santé (présence et de la formation) et des lignes directrices pour un traitement. Les données sur la répartition de la population sont nécessaires pour estimer l'accès physique.

1.2. Accessibilité

Définie comme la relation entre la localisation des services (médicaments) et celle de patients, prenant en compte la mobilité des patients, le durée, la distance et le coût du trajet, l'accessibilité est une mesure de proximité. L'accessibilité aux soins, selon Picheral « *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte) ».*

1.3. Commodité

Il s'agit de la relation entre la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. La notion de commodité renvoie à la possibilité d'un contact pratique et facile (ou non) entre le patient et le système de santé. Les aspects temporels sont ici prépondérants (jours et heures d'ouvertures des services de santé/pharmacies, présence régulière d'un agent de santé, temps d'attente).

1. 4. Capacité financière

¹ A/Kader Hamadi, «<Vers une approche systémique de la gouvernance : le cas d'accès aux médicaments en Algérie. >>, Doctorat en science économiques, université de Lille 1, 2013, pp 159,160

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

La capacité financière peut se définir comme la relation entre le prix de prestations (médicaments) et la capacité du patient (ou de sa famille, ou de son assurance) à payer (ou à emprunter ou encore à recevoir une aide de son entourage). Elle se réfère à la capacité du client à payer pour les services. Les données peuvent être collectées par visites des installations ou par entretiens avec les ménages. Celui-ci est susceptible d'être un reflet plus précis de ce que le consommateur a payé.

1.5. Acceptabilité

L'acceptabilité est la relation entre les caractéristiques (âge, sexe, ethnie, langue, religion, localisation, etc.) et les attitudes du patient et celles du personnel et des structures de santé. L'acceptabilité fait essentiellement référence à la capacité, à la fois du prestataire de service et du patient, de surmonter des barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent les contacts entre eux. Cette notion a principalement une dimension socio-psychologique qui peut le mieux être mesurée par enquêtes auprès des ménages².

1.2. Types d'accès aux médicaments

L'accès au médicament est la capacité d'une personne à se procurer ce bien pour prévenir ou faire face à un épisode morbide. Nous proposons le concept d'accès total aux médicaments et le décomposons en trois composantes : l'accès objectif, l'accès subjectif et l'accès social.

1.2.1. L'accès objectif

L'accès au médicament est un élément déterminant de toute politique de santé, donc de toute politique pharmaceutique. Les politiques pharmaceutiques doivent garantir cet accès en rendant le médicament disponible pour tous : où que l'on soit sur le territoire (accès géographique), à tout moment dans les structures chargées de sa distribution (accès physique), à un prix abordable (accès financier), avec une garantie d'efficacité et de qualité (accès qualitatif). Le pouvoir d'achat de la population, l'existence d'infrastructures de services et de personnel médical suffisant et qualifié, l'existence de système de mutualisation des dépenses de santé comme l'assurance maladie, l'efficacité des procédures de recouvrement des coûts, la

² ZOUANTI Zoulikha : l'accès aux médicaments en Algérie : une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché du générique, thèse de doctorat en sciences économiques, université Hassiba Ben Bouali de Chlef, 2013, pp 57, 58

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

distance à parcourir pour se rendre aux points de prescription et/ou de dispensation des médicaments, l'usage rationnel des médicaments, la mise en place d'un cadre réglementaire adéquat pour assurer la commercialisation et la consommation de médicament de qualité, la disponibilité, constituent les indicateurs essentiels de l'accès objectif.

A. L'accès géographique

L'accès géographique est schématisé par la distance devant être parcourue par les malades pour aller au point de dispensation des médicaments (exemple pharmacie) le plus proche ou le temps nécessaire pour y arriver³. Cet accès est fonction du nombre et de la localisation des pharmacies. En milieu rural, un indicateur peut être la proportion de la population résidant à moins de cinq kilomètres d'une pharmacie, mais cela est souvent difficile à mesurer. Si on peut considérer comme peu utile la présence de pharmacie dans une localité sans prescripteur, l'indicateur sera alors l'existence ou l'absence de pharmacies associées à des services de soins. On peut chercher à optimiser l'accès géographique en s'efforçant d'équilibrer le surcoût des pharmacies servant des populations peu nombreuses avec les dépenses de ces populations pour aller aux pharmacies plus éloignées. Il faut mettre en place un système de subventions permettant de financer ces surcoûts : soit par l'Etat, soit par des autorités locales, soit par des taxes sur les pharmacies des grandes villes⁴.

B. L'accès physique ou disponibilité des médicaments

Un bon accès physique se traduit par l'absence de rupture de stock. Il est tributaire de l'efficacité du système d'approvisionnement et de distribution en médicament. En mesurant la capacité du système à répondre à la demande en assurant, à tout moment, la présence des médicaments autorisés dans les rayons des points de dispensations, l'accès physique nous permet de voir si la disponibilité du médicament est effectivement garantie à chaque fois que le malade en a besoin. Pour l'évaluer, il faudrait déterminer la durée des ruptures de stock. Il se mesure en calculant le nombre de jours ou de semaines durant lesquels le produit est absent des rayons, pendant une période déterminée (un jour, une semaine, un mois ou un an). Cette mesure requiert la mise en place de la liste de l'ensemble des produits supposés présents et

³ GOLLOCK.A :Les implications de l'Accord de l'OMC sur les Aspects de Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce(ADPIC) sur l'accès aux médicaments en Afrique Subsaharienne, thèse de doctorat en économie, Grenoble II, France, université Piere Mendes,2008,P373

⁴ Organisation Mondiale de la Santé(OMS) : guide d'analyse économique de circuit du médicament, 2001

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

des fiches du système de gestion des stocks. L'accès physique peut être variable au sein d'un même pays selon le secteur (public ou privé), le lieu de dispensation (officine, centre de santé, dépôt etc.) et la position géographique de la structure⁵.

Cependant, la disponibilité du médicament ne signifie pas que le malade a les moyens de se le procurer. Ainsi, se pose le problème de l'accès financier ou économique.

C. L'accès économique

L'accès financier ou l'accès économique est déterminé par le financement et le coût du médicament pour la population, donc par le prix de ce dernier. Le prix du médicament sera fonction du coût d'acquisition des médicaments (importation, taxe douanière, production locale), du coût de la distribution (marge) et du système de financement de la consommation (présence d'un système collectif de paiement : par l'Etat ou par les assurances maladies ; paiement direct par le consommateur). Le meilleur moyen pour évaluer l'accès économique est de comparer le prix du médicament avec le salaire journalier le plus bas ou moyen du pays⁶.

Le prix du médicament est primordial. Pour que le médicament soit accessible à une grande partie de la population, son prix doit être abordable pour tous. Mais, l'accès ne se limite pas à la mise à disposition de médicaments abordables ; il faudrait aussi qu'ils soient de bonne qualité, d'où la question de l'accès qualitatif.

D. L'accès qualitatif

L'accès qualitatif signifie que le médicament mis à la disposition des malades doit être fiable sur le plan de l'efficacité et de l'innocuité. Il ne doit pas altérer l'état de santé du malade et doit contenir le bon principe actif, le bon dosage, être exempt des substance toxique et être efficace⁷. Sa garantie incombe à l'Etat au travers des instances d'homologation et de réglementation du médicament. Lorsque ces gages de qualité sont déficients, se développent la contrefaçon et les marchés parallèles de médicaments. L'accès qualitatif, même en présence d'instances d'homologation et de réglementation actives, nécessite aussi la mise en place de différents contrôles des médicaments tout au long de la chaîne de distribution. La maîtrise de la qualité ne s'exerce pas seulement dans les circuits d'achat et de distribution. Elle s'impose

⁵ GOLLOCK A, op.cit, P376

⁶ ZIO S : Les accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les pays en développement, thèse de Doctorat en pharmacie, université Claude Bernard-Lyon I, France, 2005, P17

⁷ GOLLOCK A, op.cit. P377

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

aussi dans les procédures de fabrication. L'absence d'un service d'assurance qualité et de règles de bonnes pratiques de fabrication (BPF) peut avoir de lourdes conséquences pour la santé des populations. Il est impératif d'assurer aux populations un accès à des médicaments de qualité, c'est à-dire efficaces et sans danger pour leur santé, qu'elle qu'en soit la provenance. En structurant les circuits d'approvisionnement et de distribution, en adoptant une réglementation stricte et en effectuant les contrôles nécessaires, un accès qualitatif pourrait être assuré⁸.

1.2.2. L'accès subjectif

L'accès aux médicaments et aux traitements ne dépend pas seulement de leur accès objectif. L'accès subjectif qui concerne les comportements des personnes elles-mêmes dans leur rapport avec la santé est aussi important dans l'analyse de la notion d'accès. La perception de la gravité de la maladie pour les personnes faisant face à un épisode morbide peut avoir une influence significative sur leur propension à fréquenter les structures médicales, leur demande de traitements et leur disposition à les payer. Si on applique cette assertion à la question de la santé, nous pouvons affirmer que certaines privations peuvent avoir d'importantes conséquences sur la perception qu'une partie de la population a de son état de santé. La perception de leur état de santé induite par les privations de toute sorte peut avoir de fortes implications sur la demande et l'accès aux traitements. La perception de la gravité de la maladie et les comportements face aux épisodes morbides seront ainsi différents selon les caractéristiques sociodémographiques des ménages⁹.

1.2.3. L'accès social

L'accès social se différencie de l'accès objectif et de l'accès subjectif, même s'il entretient des liens avec ces deux autres formes d'accès. Il s'agit ici de quelque chose qui va au-delà de la simple perception, puisque cette perception est différenciée selon le statut social de la personne. L'accès social est ainsi fortement liée aux discriminations (ou faveurs) dont sont victimes (bénéficiaires) certains individus ou certains groupes. Ce déterminant de l'accès total doit d'autant plus retenir l'attention que dans certaines sociétés, le constat souvent établi

⁸ BAAKLINI J : Les problèmes engendrés par les médicaments non utilisés(MNU) en France et à l'étranger, thèse de Doctorat en pharmacie, université Paris-Sud XI, Chatenay-Malabry, France, 2009, P15

⁹ GOLLOCK A, op. cit ,p 381

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

est que les filles bénéficient de moins d'égards que les garçons pour l'accès aux soins, à l'hospitalisation et même à la nourriture¹⁰.

II. Politique pharmaceutique algérienne

1. Définitions

La politique pharmaceutique nationale est définie comme suit :

- **Définition 1**

La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) est un document qui définit l'orientation et les décisions du gouvernement en matière pharmaceutique et formule tous les objectifs et les stratégies qui permettent de les atteindre. Il représente à cet effet l'engagement et l'expression de la volonté politique du gouvernement¹¹.

- **Définition 2**

Une politique pharmaceutique nationale est, à la fois, l'expression d'une volonté d'atteindre un objectif et un guide d'action. En outre, elle exprime et classe, par ordre de priorité les objectifs, à moyen et long terme, fixés par le gouvernement à l'intention du secteur pharmaceutique et définit les principales stratégies pour atteindre ceux-ci. Elle fournit un cadre au sein duquel les activités du secteur pharmaceutique peuvent être coordonnées. Elle englobe à la fois le secteur public et le secteur privé et fait intervenir tous les principaux acteurs du domaine pharmaceutique¹².

2. Objectifs de la politique pharmaceutique nationale

Les principaux objectifs de politique pharmaceutique nationale visent deux secteurs sensibles et essentiels : la santé et l'économie.

2.1. En matière de santé

- Rendre les produits pharmaceutiques accessibles à l'ensemble de la population ;
- Garantir la qualité, l'efficacité et l'innocuité des produits offerts ;
- Permettre l'utilisation optimale des médicaments ;
- Promouvoir l'usage approprié des Produits Pharmaceutiques en général et les médicaments en particulier¹³.

¹⁰ Idem, p 383.

¹¹ www.remed.org/html/qu_est-ce_qu_une_politique_pha.html.

¹² A /Kader HAMADI « Vers une approche systématique de la gouvernance : le cas d'accès aux médicaments en Algérie. », Doctorat en science économiques, université Lille 1, 2013, P23.

¹³ Colloque international sur les politiques de santé politique de médicament en Algérie : état des lieux et perspective, Hôtel AURASSI, Alger, 18-19 janvier 2014, P8

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

2.2. En matière d'économie

- Réduire les prix des médicaments à un niveau raisonnable par des mécanismes (leviers de commande) tendant à encourager la prescription et la dispensation des produits les moins coûteux au regard du critère coût/ bénéfice ;
- Ralentir l'épuisement des devises destinées à l'importation grâce à des achats rationnels (notamment pour le secteur public) ;
- Développer l'industrie pharmaceutique nationale et la rendre dynamique ;
- Promouvoir la production nationale par des incitations fiscales à l'investissement et à la recherche et développement, le transfert et la production de technologie¹⁴.

3. Politique pharmaceutique en Algérie

La politique pharmaceutique algérienne est structurée et organisée par :

3.1. Organismes et structures en charge directe

Comme tous les pays de la planète-terre, l'Algérie a mobilisée des structures et des institutions en charge directe à savoir :

- **La direction générale de la pharmacie et des équipements de santé**

C'est une structure technico-administrative du Ministère de la Santé. Elle est chargée de l'élaboration, de l'application et du suivi de la politique pharmaceutique nationale. Elle délivre l'ensemble des autorisations nécessaires pour la pharmacie et le médicament, notamment les décisions d'enregistrement de tous les médicaments et les autorisations de dédouanement des lots importés¹⁵.

- **Le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques**

Élément clé du dispositif de sécurité sanitaire. Cette institution, ajoutée à une réglementation sanitaire stricte, encadrent tous les processus d'importation et de fabrication, de mise sur le marché et de distribution des produits pharmaceutiques (contrôle à priori même les lots de routine). Ce laboratoire contrôle la qualité des médicaments et des dispositifs médicaux disponibles en Algérie. Il participe aussi à l'évaluation des dossiers de demande d'enregistrement¹⁶.

- **Centre nationale de pharmacovigilance et de matériovigilance**

¹⁴ Idem P 9

¹⁵ Idem P15

¹⁶ Idem P16

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

Le centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance constitue, avec les essais cliniques (post AMM) réalisés en situation d'utilisation réelle en Algérie, le maillage d'évaluation de l'innocuité des produits pharmaceutiques et l'outil de détection de tout effet indésirable à même de déclencher le faisceau de mesures nécessaires en cas de besoin (veille sanitaire).

Il collecte et exploite, à l'échelle nationale, les données de pharmacovigilance, et alerte en cas de découverte de problèmes sanitaires. Il assure également des activités de veille sanitaire au niveau international et réalise des recherches dans la littérature sur les effets indésirables des médicaments. Il joue un rôle majeur dans l'usage rationnel des médicaments¹⁷.

3.2. Quelques éléments clés de la politique de médicament en Algérie

La Politique Pharmaceutique Nationale est bâtie autour des éléments suivants

3.2.1. Enregistrement des médicaments

L'enregistrement des médicaments est un acte à caractère administratif et scientifique régi par le décret n°92-284 du 06 juillet 1992.

Depuis le lancement de l'opération d'enregistrement 1996 et jusqu'à septembre 2012 la nomenclature nationale des médicaments comptait **5836** produits enregistrés. Du fait de la non mise à jour régulière de cette nomenclature depuis 1996, et en application des dispositions de l'article 5 du décret n°92-284 du 06 juillet 1992, une opération d'assainissement a été entamée depuis octobre 2012¹⁸.

Tableau N01 : Enregistrement des médicaments en 2014

| | |
|-----------------|-------|
| Nombre total | 5836 |
| DCI | 1027 |
| Génériques | 71% |
| Princeps | 29% |
| Fabrication | 26% |
| Conditionnement | 11,5% |
| Importation | 62,5% |

Source : MSPRH, colloque international sur les politiques de santé, 2014

¹⁷ Colloque international sur les politiques de santé politique de médicament en Algérie : état des lieux et perspectives, Hôtel AURASSI, Alger, 18-19 janvier 2014, P18

¹⁸ Idem P 21

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

3.2.2. Contrôle de la qualité des médicaments

Avant d'octroyer la décision d'enregistrement d'un médicament sur la liste établie par le Ministère de la Santé, ce dernier oblige les importateurs et les fabricants de fournir un certificat de contrôle sur chaque lot importé selon les normes et méthodes exigées. Après quoi, un certificat de conformité leur est délivré. L'institution responsable du contrôle de la qualité du médicament en Algérie est le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP)¹⁹.

3.2.3. Approvisionnement en médicaments

La création progressive d'une industrie pharmaceutique viable dont l'objectif est d'assurer l'autonomie en matière d'approvisionnement pharmaceutique dépend de plusieurs facteurs dont les suivants :

- Effectif de la population et revenu par habitant ;
- Disponibilités en personnels techniques et infrastructure ;
- Conditions géographiques et climatiques ;
- Réseau de distribution²⁰.

3.2.4. Mobilisation de ressources humaines qualifiées

La politique pharmaceutique nationale, à l'instar de la politique nationale de santé, identifie la question des ressources humaines comme l'une des problématiques essentielles du secteur pharmaceutique et du système en général dont l'objectif est de garantir la disponibilité adéquate de personnel qualifié et compétent, pour le développement du secteur on se basant sur la formation du personnel, et le tableau suivant retrace l'évolution de nombre de praticiens de la santé en Algérie.

- **Formation médicale (année 2010)**

La formation de personnel médical est présentée dans le tableau suivant :

¹⁹A/Kader Hamad i, « Vers une approche systémique de la gouvernance : le cas d'accès aux médicaments en Algérie. », Doctorat en sciences économiques, université Lille 1, 2013, P 273

²⁰www.and.s.dz/Dossiers/direction-pharmacie/PHARM.HTM

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

Tableau N°02 : La formation de personnel médical Durant l'année 2010

| Spécialistes universitaires | hôpital | Nombre | | Total praticiens |
|--|----------------|---------------|------|-------------------------|
| Professeurs | | 532 | | 3373 |
| Maitres de conférences | | 183 | | |
| Maitre assistants | | 2658 | | |
| Résidents en cours de formation | | 5ème année | 284 | 7225 |
| | | 4ème année | 1148 | |
| | | 3ème année | 1351 | |
| | | 2ème année | 1531 | |
| | | 1ème année | 2911 | |

Source : MSPRH, décembre 2015

- **Formation Paramédicale**

De 2006 à 2015 :

59773 diplômés sortis des écoles paramédicales dont :

- 28671 paramédicaux
- 4022 sages-femmes
- 452 paramédicaux brevetés
- 24242 aides-soignants

Prévisions 2015 -2020 :

30643 diplômés dont :

- 13356 paramédicaux de santé publique
- 2166 sages-femmes de santé publique
- 14431 Aides-soignants de santé publique²¹.

3.2.5. Promotion de la sécurité du patient en matière de médicaments

La protection des patients, par rapport aux dangers et problèmes liés à l'utilisation des médicaments, et un enjeu majeur du système de santé Algérien.

Pour réduire les risques liés à l'utilisation des médicaments, l'Etat mis en places des mesures préventives à savoir :

- Des services de contrôle sanitaire aux frontières dans le cadre de la lutte contre les maladies à propagation international.

²¹MSPRH, « Les reformes en santé : évolution et perspective », Alger, Décembre 2015, PP 50 ,51

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

- Des programmes spécifiques de prévention qui en plus des programmes généraux mis en place au lendemain de l'indépendance, visent plus particulièrement l'adolescent, la personne âgée et la personne en difficulté.
- La protection et la promotion de la santé se sont nettement renforcées au niveau scolaire, universitaire, de la formation professionnelle, du travail et du milieu pénitentiaire
- La mise en place en 2015 d'un Plan National de lutte intégré contre les farceurs de risque des maladies non transmissibles
- La proposition d'un plan d'action en 2003 puis l'élaboration et la mise en œuvre

en 2015 du Plan National Cancer 2015- 2019²².

- La mise en place d'un centre nationale de pharmacovigilance et de matériovigilance

3.2.6. Usage rationnel en médicaments

Il s'agit de prévenir les problèmes fréquents de sur utilisations, de sous-utilisations ou de toute utilisation inappropriée.

Les mesures ci-après sont susceptibles d'apporter une contribution majeure à l'usage approprié des médicaments :

- Les programmes éducatifs destinés aux professions de la santé pourront mettre l'accent sur les connaissances pharmacologiques et les bonnes pratiques en matière de prescription.
- Les médecins, les pharmaciens et autres personnes habilitées à délivrer des médicaments devraient bénéficier d'une formation appropriée.
- L'exactitude et la validité des renseignements portés sur les notices d'emploi, les étiquettes et le matériel promotionnel devraient être vérifiées en permanence par la réglementation pharmaceutique.
- L'industrie pharmaceutique doit s'engager à fournir des matériels promotionnels contenant des indications exactes à l'intention de prescripteurs, des personnes habilitées à délivrer les médicaments au public.
- Les médias devraient traiter les questions liées aux médicaments de manière responsable dans le souci de bien renseigner le public.

²² Idem, p 59

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

- L'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de programmes éducatifs grand public sur le bon usage des médicaments²³.

Le Centre de pharmacovigilance élabore plusieurs enquêtes sur la base d'indicateurs universels reconnus par le Harvard School of Médecine, le Massachusetts Science Health et par l'OMS, auprès de médecins exerçant dans des centres de santé et auprès de pharmaciens à travers plusieurs wilayas. Il s'agit de mesurer jusqu'à quel point les pharmaciens sont en mesure de délivrer les médicaments prescrits et d'énumérer les médicaments prescrits et déterminer si ces derniers ont effectivement été délivrés en pharmacie pour l'élaboration d'un guide national de la prise en charge du malade²⁴.

3.2.7. La promotion de la production locale

L'Algérie ambitionne depuis quelques années de couvrir 70% de ses besoins en médicaments à partir de la production locale. Le ministère de la Santé s'est lancé un ultime délai : atteindre cet objectif avant fin 2017. L'Algérie couvre actuellement 43% et réalise une croissance annuelle de 17%. La production devra donc connaître une croissance allant entre 55 et 70% pour couvrir les 70% du marché et pour renforcer la production actuelle dans l'industrie pharmaceutique, de nouvelles usines ont été lancées. Ainsi, près de 110 unités de production sont en cours de réalisation et certaines sont en cours de réception avec une capacité totale supérieure à la capacité actuelle. Pour encourager la production locale, le ministère de la Santé a décidé d'une nouvelle politique. Il s'est ainsi attaqué aux importations excessives et a décidé d'interdire à l'importation un peu plus de 350 médicaments fabriqués localement²⁵.

3.2.8. Développement de la recherche

La recherche pharmaceutique est un élément essentiel dans la politique pharmaceutique nationale, elle a pour but de suggérer et de proposer des réponses aux problèmes de secteur de la santé.

La recherche sur les systèmes de santé est destinée à évaluer :

- L'impact des politiques pharmaceutiques nationales,
- L'accessibilité aux médicaments vitaux et essentiels²⁶.

L'Algérie est une destination de recherche et de développement dans la biopharmaceutique, en raison d'élaboration d'un pôle en biotechnologie en partenariat avec

²³<http://www.ands.dz/Dossiers/direction-pharmacie/PHARM.HTM>

²⁴Nawal Imès, « usage rationnel des médicaments », Le Soir d'Algérie, le 12 /11 / 2012, P 5

²⁵<http://www.lesoirdalgerie.com/articles/2016/03/02/article.php?sid=192563&cid=2>

²⁶<Http://www.ands.dz/Dossiers/direction-pharmacie/PHARM.HTM>,

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

les Etats-Unis qui sera le 4e au niveau mondial .Le directeur du Développement technologique et de l'innovation au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique(MESRS), a déclaré que Le pays possède un «riche potentiel des compétences universitaires et hospitalo-universitaires établies dans les laboratoires et structures de recherche» qu'il faut exploiter pour le développement du pays²⁷.

III. LES MESURES NECESSAIRES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES LIEES À LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

Avant de présenter les différentes mesures de maîtrise des dépenses de médicaments en Algérie, il nous est utile de montrer le poids de ces dernières d'une part dans les dépenses de sécurité sociale ensuite dans les dépenses nationales de santé.

1. Le poids financier des dépenses de médicaments en Algérie

Dans ce qui suit nous allons démontrer le poids des dépenses de médicaments dans les dépenses de la sécurité sociale et de l'Etat.

1.1. La part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale

Les dépenses de sécurité sociale sont passées de 68,17 milliards de DA en 2000 à 280 milliards de DA en 2013 ; la part des dépenses médicamenteuses dans les dépenses de sécurité sociale, est passée de 31,06 % en 2000 à 71,68% en 2013.Soit une augmentation de 40,62%. Cette tendance générale à l'augmentation des dépenses médicamenteuses de la sécurité sociale est le résultat de l'élargissement du système de tiers payant et les effets induits par la transition sanitaire qu'a connue l'Algérie.

²⁷ <http://www.reporters.dz/index.php/actualite/sante-et-recherche-scientifique-un-chercheur-algerienappelle-l-industrie-pharmaceutique-a-financer-la-recherche>

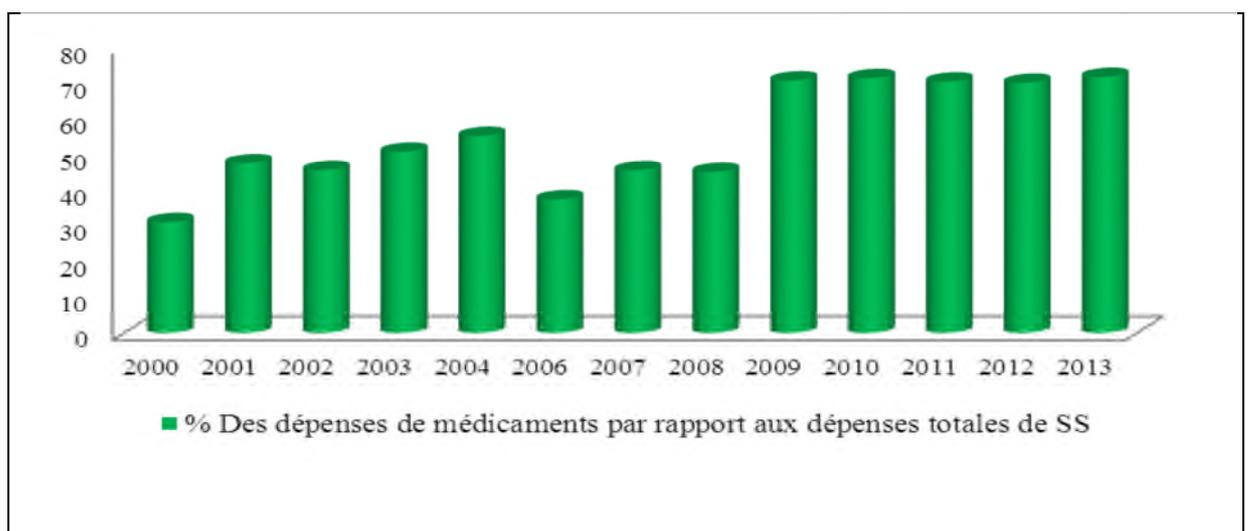
Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

Tableau 03 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale en Algérie 2000 a 2013 (en milliards de DA)

| Année | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2006 | 2007 | 2008 | 2011 | 2013 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Dépenses totales de la SS en DA Courant | 68,17 | 50,8 | 59,22 | 69,61 | 80,01 | 135 | 141 | 142 | 186 | 280 |
| % des dépenses de médicaments par rapport aux dépenses totales de SS | 31,06 | 47,48 | 45,6 | 50,72 | 55,15 | 37,41 | 45,53 | 45,07 | 59,14 | 71,68 |

Source : MTESS, Evolution des dépenses de l'assurance maladie en Algérie, (2001-2005), direction des statistiques, Alger, 2008, p1

Figure 01 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale en Algérie (en%)



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données de tableau 03.

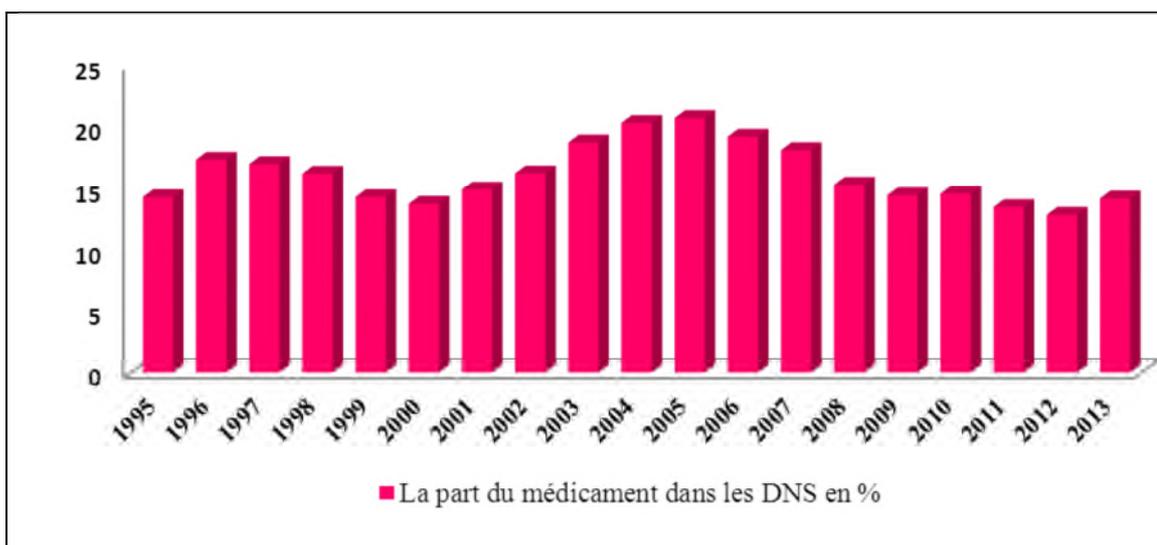
Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

1.2. La part du médicament dans le budget de l'Etat

Les médicaments font partie aussi des dépenses les plus importantes de l'Etat. Ils ne représentaient que 2 722 millions de DA en 1991 et sont passées à 86 224 millions de DA entre 1991 et 2010. Elles ont été multipliées par 31,68% en l'espace de 18 ans.

Quant à la part des dépenses médicamenteuses dans les dépenses de santé, cette dernière est en augmentation constante passant de 8,1 % en 1991 à 14,12 % en 2013. Soit une évolution de 6,02% en espace de 22 ans.

Figure02 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses nationales de santé entre 1995 et 2013.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : MSPRH : Evolution et répartition des dépenses nationales de santé (DNS) en Algérie, (1991-2008), Direction générale des statistiques, Alger, 2009, p1

2. Les mesures de maîtrise des dépenses de médicaments en Algérie

La croissance des dépenses de soins est un phénomène commun à la plupart des pays développés. Elle est en partie liée à des phénomènes structurels : progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissement de la population, élévation du

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

niveau de vie...Ces considérations ont conduit à multiplier depuis les années 1970 les politiques de maîtrise des dépenses de soins²⁸.

2.1 L'encouragement de la consommation des génériques

L'encouragement de la consommation des médicaments en Algérie se fait principalement par la mise en place de deux mesures : le droit de substitution et le tarif de référence.

2.1.1. Le droit de substitution

Le droit de substitution est le droit donné au pharmacien de dispenser au patient un générique à la place d'un médicament princeps prescrit par le médecin.

En Algérie, ce droit est mis en place à partir de 2006, suite à l'article 146 de décret exécutif n°92-276 du 6 Juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à l'usage de la médecine. En fait, le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre essentiellement similaire et sous réserve des dispositions de l'article 144, il ne peut en changer ni la forme ni le dosage.

2.1.2. La mise en place du tarif de référence

L'objectif majeur de la mise en place du tarif référence est la maîtrise des dépenses du médicament par les caisses de la sécurité sociale et l'encouragement du médicament générique en fixant un niveau maximal de remboursement appelé "prix de référence" pour la promotion des génériques. Le principe du tarif de référence est le suivant : quelque 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 thérapeutique auquel appartient le médicament en question²⁹. Si le patient refuse de recourir au générique, la différence du prix restera à sa charge³⁰.

2.2. La mise en place de la carte CHIFA

C'est une carte de Sécurité sociale qui permet d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit pour faire valoir leurs droits aux prestations de Sécurité sociale. Elle comporte des

²⁸Halpern C. : La santé un enjeu de société, édition : Sciences Humaines, France, 2010.

²⁹ZIANI Z. Op.cit.

³⁰Le tarif de référence : un choix thérapeutique ou une contrainte économique ?
<http://www.ordredesmedecinsdeghardaia-dz.com/doc/CNOM.pdf>

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

informations personnelles sur l'assuré (état de santé, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux).

Il suffit que l'assuré social ou l'un de ses ayants droit présente sa carte CHIFA auprès des pharmacies conventionnées, des médecins conventionnés, des opticiens lunetiers conventionnés et aussi lors de toute démarche auprès des centres de paiement³¹.

Les bénéficiaires de la carte CHIFA sont³² :

- ✓ Les assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux malades chroniques pris en charge à 100 %, ainsi que les malades atteints d'asthme, d'hypertension artérielle et maladie de crohn pris en charge à 80 %.
- ✓ Les assurés sociaux titulaires de pensions d'invalidité directes ou de réversion, de pensions de retraite directes ou de réversion, de rentes d'accident du travail et maladies professionnelles d'un taux au moins égal à 50 % et leurs ayants droit,
- ✓ Les assurés sociaux salariés ou faisant partie des catégories particulières (AFS, IAIG, Handicapés, Etudiants,..) et leurs ayants droit.

Il est à noter que le système de la carte CHIFA joue un rôle important dans la modernisation du système de sécurité sociale et la lutte contre les dépassements dans le domaine d'assurance maladie, en permettant l'échange d'informations à distance entre les prestataires de soins et les centres de sécurité sociale.

Le système CHIFA vise à terme des objectifs stratégiques, dont³³ :

- ✓ La Modernisation de la gestion de l'assurance maladie ;
- ✓ La Contribution à la modernisation de la gestion des structures prestataires de soins ou de services liés aux soins, partenaires de la sécurité sociale ;
- ✓ La Suppression des supports papiers et des formalités de remboursement des soins de santé ;
- ✓ L'Instauration d'un instrument performant de lutte contre les abus et fraudes multiformes en matière de prestations d'assurance maladie ;

³¹In : <http://www.cnas.dz/SiteFrancais/index.php?p=cartechifa>

³²Idem

³³Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie 2011. In : http://www.santemaghreb.com/algerie/comptes_rendus/jnp_200411/jour1_8_bourkaieb.pdf

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

- ✓ Le Développement et l'automatisation des bases de données de la sécurité sociale.

2.3. Déremboursement

Le déremboursement appelé aussi non remboursement est l'exclusion de certains médicaments de la nomenclature de remboursement, c'est-à-dire qu'ils sont devenus non éligibles au remboursement et leur paiement est devenu obligatoire même pour les assurés pris en charge. Le principe consiste en le retrait de la liste (des remboursables), des produits qui ne présentent pas un service médical et thérapeutique prouvé³⁴.

2.4. Le médecin traitant

Il s'agit de l'un des axes de la réforme en faveur du secteur de la santé en Algérie. C'est une mesure tendant à la rationalisation des dépenses de santé par la mise en place de la notion du médecin traitant. Le principe est que chaque patient est tenu de choisir son médecin, par lequel il doit obligatoirement passer en vue d'accéder au remboursement des frais avant toute consultation de spécialiste ou l'accès à un établissement hospitalier où à des soins spécialisés³⁵.

Le projet de conventionnement du médecin traitant s'inscrit essentiellement dans la recherche d'une meilleure qualité des prestations des organismes de sécurité sociale. En outre, ce conventionnement constitue une action fortement articulée au projet de la carte à puce CHIFA qui en constitue un des principaux instruments. Par ailleurs, ce système vient compléter le système tiers payant du médicament dans le cadre de la prise en charge des soins ambulatoires.

Parmi les objectifs assignés au conventionnement du médecin traitant figurent l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les assurés sociaux ainsi que la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et l'instauration d'un partenariat entre médecins et sécurité sociale.

³⁴<http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/d%C3%A9remboursement>

³⁵ZIANI Z, op.cit., p 104

Chapitre II : Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments

Conclusion

En Algérie, la consommation du médicament présente un volume financier énorme et un sérieux problème des systèmes et des politiques de santé. En effet, depuis plus d'une décennie, la consommation des médicaments enregistre des accroissements considérables.

Ceci est le résultat de la conjonction de plusieurs facteurs, notamment : la triple transition qu'a connue le pays, l'extension de la couverture sociale ainsi qu'à la densification de l'offre de soins.

Enfin, l'Algérie doit assurer une étroite coordination de la politique de développement du secteur pharmaceutique national entre l'autorité sanitaire et l'autorité industrielle nationale pour réussir l'accès aux médicaments pour tous.

Chapitre III : l'accessibilité aux médicaments dans la wilaya de Bejaia

INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé est un des droits fondamentaux de l'homme. L'accès aux médicaments constitue un des principaux aspects du droit à la santé. La moitié de la population mondiale n'a pas accès régulièrement aux médicaments absolument indispensables.

Dans ce chapitre, nous exposerons les données collectées durant notre étude empirique sur l'accessibilité aux médicaments en Algérie. L'enquête de terrain a été menée auprès d'un échantillon de ménages résidents dans la Wilaya de Bejaia. Nous commencerons, dans une première section, par présenter la démarche méthodologique et la conception de l'enquête, avant d'entamer, dans une deuxième section, la présentation et l'analyse des résultats de notre enquête de terrain.

I. METHODOLOGIE ET CONCEPTION DE L'ENQUETE

Dans cette section, nous exposerons la démarche méthodologique suivie pour la réalisation de notre enquête auprès des individus de la Wilaya de Bejaïa.

1. Présentation de l'enquête

L'enquête que nous avons menée au niveau de la Wilaya de Bejaïa est étalée du 27 mai au 10 juin 2018. La taille de l'échantillon étudié pour cette enquête est de 100 individus pris au hasard parmi les habitants des communes suivantes : BEJAIA, EL-KSEUR, AMIZOUR, BARBACHA, TICHY et AOKAS.

Cette enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire comprenant 46 questions, portant aussi bien sur l'accessibilité physique, géographique et financière aux médicaments.

2. Les objectifs de l'enquête

L'objectif de ce travail sera d'abord de déterminer les difficultés d'accès aux médicaments, en examinant à la fois l'accessibilité physique, géographique et financière. Nous étudierons par la suite la culture de consommation.

3. Le dépouillement

Le dépouillement de notre enquête, qui a été informatisé en utilisant le logiciel SPHINX, s'est opéré en deux étapes :

- la première concerne la saisie du contenu des documents d'enquête ;
- la deuxième concerne les traitements des données permettant d'aboutir aux différents résultats sous forme de tableaux simples et croisés.

4. Les difficultés rencontrées

Pendant la réalisation de notre enquête, nous avons rencontré les difficultés suivantes :

- la contrainte de temps, qui nous a empêcher d'augmenter la taille de notre échantillon et rendu difficile le traitement des données ;
- la maîtrise du logiciel SPHINX, qui a nécessité un peu de temps vu qu'il n'a jamais été abordé dans le cadre de notre formation ;
- enfin, les difficultés relatives à l'engagement des réponders, vu le nombre important de questions posées.

II. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Dans cette section, on présentera les résultats de notre enquête ménages sur l'accessibilité des médicaments. Cette présentation se fera en respectant l'ordre des questions posées dans notre questionnaire. Les tableaux et les figures seront accompagnés bien évidemment d'une interprétation.

1. Situation socioprofessionnelle et couverture sociale

Le tableau 4 ci-dessous représente la répartition de l'échantillon par sexe. Le sexe masculin représente 55% de l'échantillon, contre 45% pour le sexe féminin.

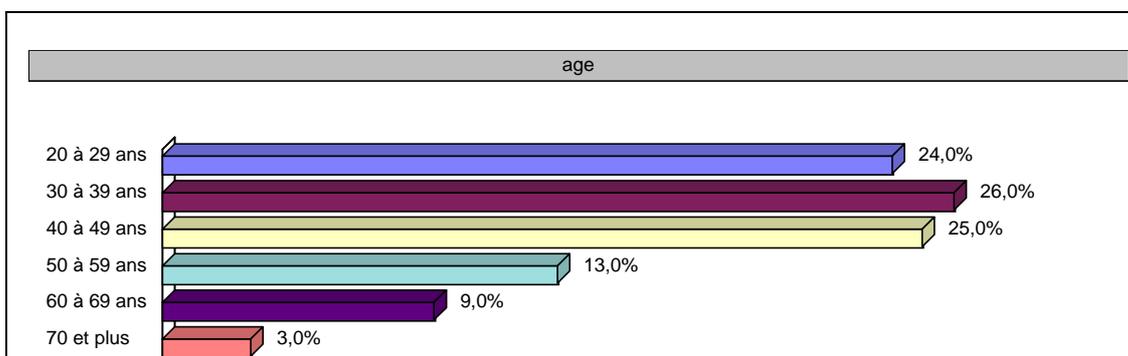
Tableau 04 : Répartition de l'échantillon par sexe

| | Effectif | En % |
|----------|----------|--------|
| Masculin | 55 | 55,00% |
| Féminin | 45 | 45,00% |
| TOTAL | 100 | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

La figure 3 ci-dessous présente la répartition de notre échantillon selon l'âge.

Figure 03 : Répartition de l'échantillon selon l'âge



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que la catégorie des actifs est la plus représentée dans notre échantillon ; les catégories des 30 à 39 ans, des 40 à 49 ans et des 20 à 24 ans cumulent ainsi près des $\frac{3}{4}$ de notre échantillon, alors que les autres tranches d'âge sont de moindre importance.

Tableau 05: Répartition des ménages selon le lieu de résidence

| | Effectifs | En % |
|---|-----------|------|
| Urbain (ville) | 35 | 35% |
| Périurbain (aux abords immédiats d'une ville) | 32 | 32% |
| Rural | 29 | 29% |
| Région enclavée (isolée) | 4 | 4% |
| TOTAL | 100 | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

En ce qui concerne le lieu de résidence des enquêtés, 35% des interrogées ont un lieu de résidence urbain, suivi par 32% qui résident à la périphérie d'une ville. Les ruraux représentent 29% de notre échantillon, alors que 4% déclarent qu'ils résident dans des régions enclavées.

Le tableau suivant présente la répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction. Chacun de ces derniers représente le membre du ménage interrogés lors de notre enquête. Les universitaires occupent la première place dans notre échantillon, avec une proportion de 60%. Cette surreprésentation des universitaires n'est pas si problématique que ça, dans la mesure où ils sont interrogés sur l'ensemble de leur ménage. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Secondaire : 21%, Moyen : 8%, Primaire : 5%, « Jamais été à l'école » : 6%.

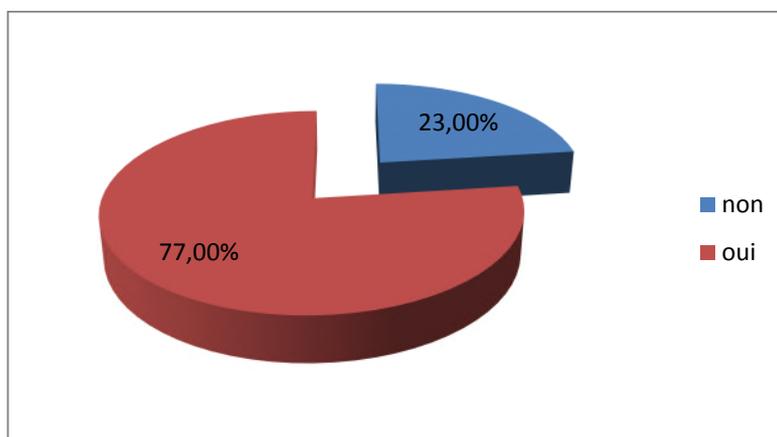
Tableau 06: Répartition des enquêtés par niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | | Sexe | | Total |
|----------------------|----------|---------|----------|-------|
| | | Féminin | Masculin | |
| Jamais été à l'école | Effectif | 2 | 4 | 6 |
| | % | 2,0% | 4,0% | 6,0% |
| Primaire | Effectif | 1 | 4 | 5 |
| | % | 1,0% | 4,0% | 5,0% |
| Moyen | Effectif | 1 | 7 | 8 |
| | % | 1,0% | 7,0% | 8,0% |
| Secondaire | Effectif | 6 | 15 | 21 |
| | % | 6,0% | 15,0% | 21,0% |
| Universitaire | Effectif | 35 | 25 | 60 |
| | % | 35,0% | 25,0% | 60,0% |
| Total | Effectif | 45 | 55 | 100 |
| | % | 45,0% | 55,0% | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

La figure suivante présente la répartition des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité.

Figure 04: Distribution des enquêtées selon l'exercice ou non d'une activité

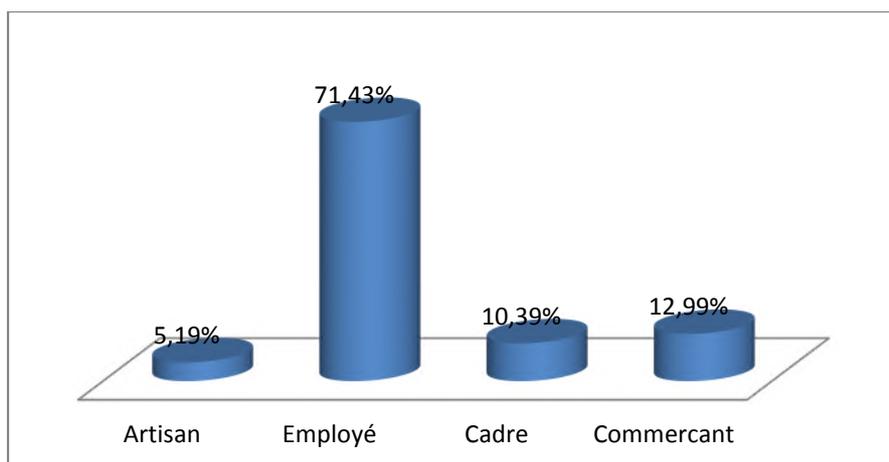


Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que la majorité de nos enquêtées (77,0%) exerce une activité rémunérée ; seul 23,0% des conjoints représentent des inactifs.

La figure suivante présente la distribution de nos enquêtés selon la catégorie socioprofessionnelle.

Figure 05 : Répartition des enquêtés selon la catégorie socioprofessionnelle



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que les employés représentent plus de 71% de nos enquêtés, les commerçants près de 12%, les cadres un peu plus de 10 % et, enfin, les artisans représentent un peu plus de 5% de notre échantillon.

Le tableau suivant présente la distribution de nos enquêtées selon le statut juridique du secteur d'activité.

Tableau 07: Répartition des enquêtées selon le statut juridique du secteur d'activité

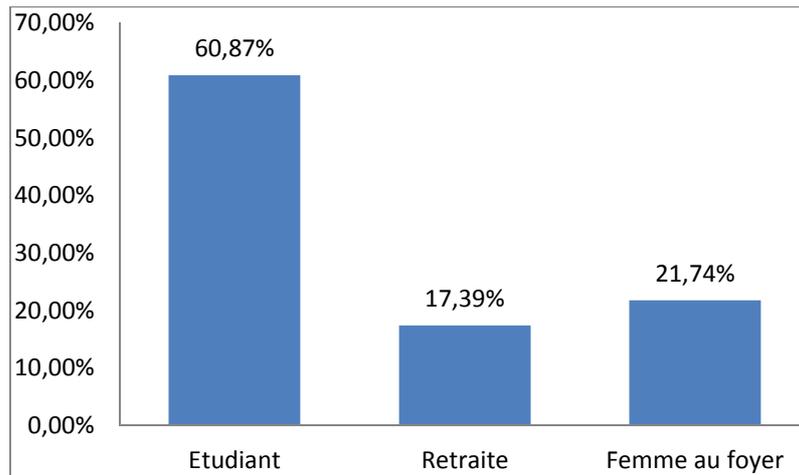
| | Effectif | En % |
|-----------------|----------|---------|
| Public | 53 | 68,83% |
| Privé | 21 | 27,27% |
| Informel | 3 | 3,90% |
| TOTAL | 77 | 100,00% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que près 69% de nos enquêtés exercent une activité dans le secteur public, contre seulement 27,27% dans le privé. Seuls 3,90% des interrogés déclarent une activité dans l'informel.

La figure suivante présente la répartition des interrogés n'exerçant aucune activité (inactifs). On remarque que près de 61% d'entre eux sont des étudiants. Les femmes au foyer représentent quant à elles près de 22% des inactifs de notre échantillon. Enfin, la catégorie des retraités représentent un peu plus de 17% des interrogés n'exerçant pas d'activité.

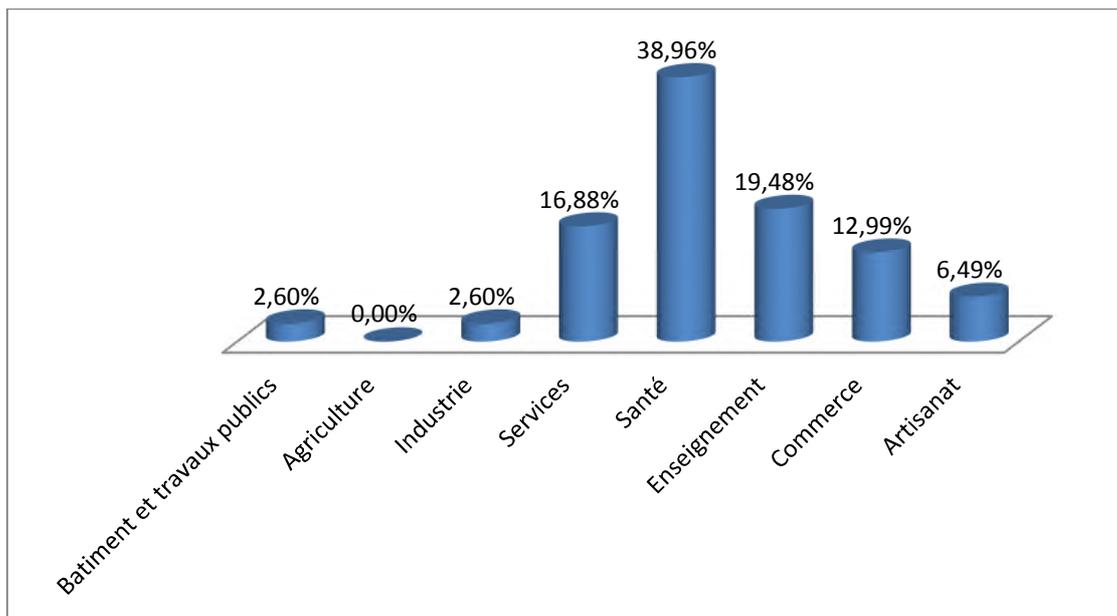
Figure 06: Distribution des inactifs selon leur statut



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

La figure suivante montre la répartition des enquêtés selon la branche d'activité.

Figure 07 : Répartition des enquêtés selon la branche d'activité



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

La catégorie des actifs est distribuée respectivement comme suite: le secteur de la santé se situe en première position avec une proportion de 38,96%, l'enseignement avec 19,48%, le service avec 16,88%, le commerce avec 12,99%, l'artisanat avec 6,49%, et l'industrie/Bâtiment et Travaux Publics (BTP) avec 2,60%.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des enquêtées actifs selon le type de contrat de travail.

Tableau 08: Répartition des enquêtées selon le type de contrat de travail

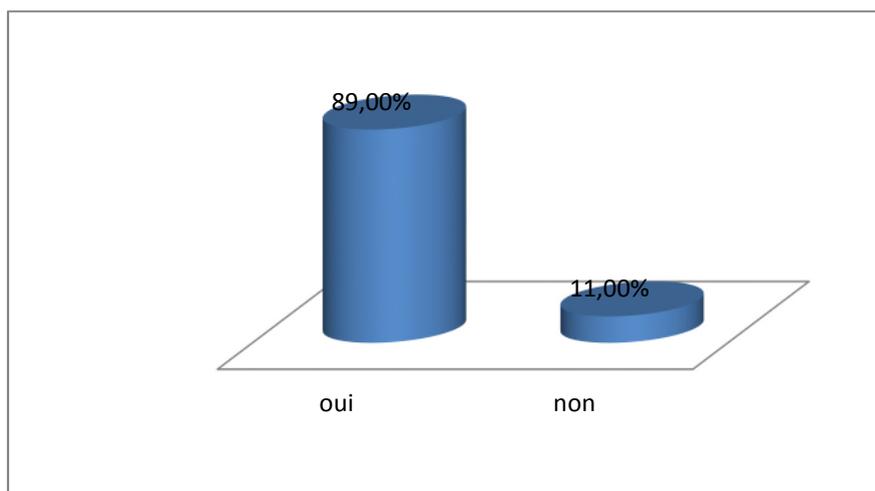
| | Effectif | En % |
|------------------------------------|----------|--------|
| Contrat à durée déterminée (CDD) | 2 | 4,44% |
| Contrat à durée indéterminée (CDI) | 34 | 75,56% |
| Contrat de pré-emplois | 4 | 8,89% |
| Stagiaire | 1 | 2,22% |
| Travail à temps partiel | 4 | 8,89% |
| TOTAL | 45 | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que plus des $\frac{3}{4}$ des interrogés exerçant une activité ont un contrat à durée indéterminée, 8,89% d'entre eux ont un contrat de pré-emploi/travail à temps partiel, 4,44% ont un contrat à durée déterminée. On note aussi 2,22% de stagiaires.

La figure suivante présente la répartition de nos enquêtés selon qu'ils disposent ou non d'une couverture sociale.

Figure08 : Existence d'une couverture sociale

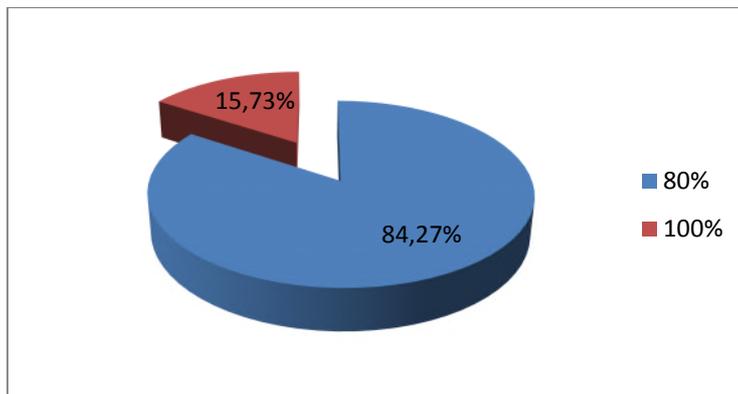


Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

En Algérie, la couverture sociale est généralisée pour quasiment toute la population, ce qui donne droit à toute la population d'y avoir accès sans exception. Ainsi, d'après l'échantillon pris dans notre enquête, on constate que 89% des interrogés de notre échantillon bénéficient d'une couverture sociale, contre seulement 11% ne possèdent pas de couverture sociale.

La figure suivante détaille le type de couverture sociale pour les assurés sociaux.

Figure09: Type de couverture sociale



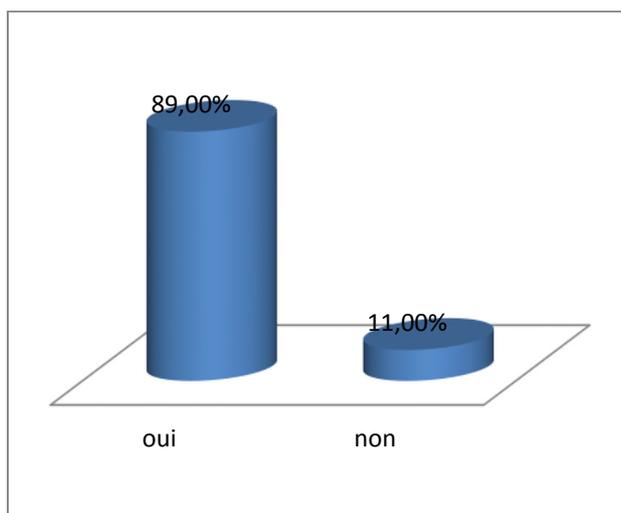
Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Nous remarquons que :

- 84,27% des assurés sociaux de notre échantillon disposent d'une couverture à 80% ;
- Seuls 15,73% bénéficient d'une couverture à 100%.

La figure suivante présente la répartition des assurés sociaux selon qu'ils disposent ou non de la carte CHIFA.

Figure 10: Porteurs de la carte CHIFA



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que 89% des enquêtés disposant d'une couverture sociale ont bien une carte CHIFA, contre seulement 11% qui ne sont pas porteurs de cette dernière.

Le tableau suivant présente la situation matrimoniale des enquêtés.

Tableau 09 : Situation matrimoniale des enquêtés

| | Effectifs | En % |
|-------------|-----------|--------|
| Célibataire | 29 | 29,00% |
| Marié(e) | 67 | 67,00% |
| Veuf (Ve) | 4 | 4,00% |
| Divorce(e) | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 100 | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Nous remarquons que 67% de nos enquêtés sont marié(e), 29,0% d'entre eux sont célibataires et, enfin, 4% sont veuf (Ve).

Le tableau suivant présente le statut parental de nos enquêtés.

Tableau 10 : Statut parental des interrogés

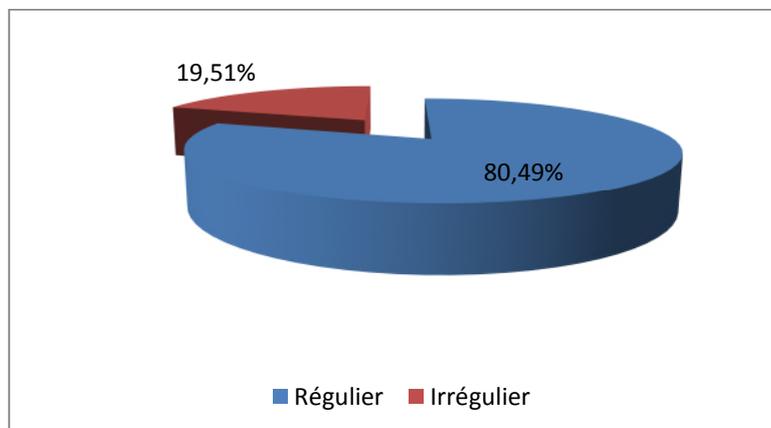
| | Effectif | En % |
|-------|----------|--------|
| Oui | 61 | 64,21% |
| Non | 34 | 35,79% |
| TOTAL | 95 | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que 64,21% des interrogées ont des enfants ; la plupart ont trois à quatre enfants.

Dans le tableau suivant, nous présenterons la répartition des enquêtés actifs selon la régularité ou non de leur revenu.

Figure 11: la fréquence de revenu des enquêtés



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Nous remarquons que plus de 80% des personnes interrogés disposent d'un revenu régulier.

Le tableau suivant présente la répartition de nos enquêtés selon niveau de revenu.

Tableau 11 : Répartition des enquêtes selon le revenu

| Tranche de revenu | Effectifs | En % |
|-----------------------|-----------|--------|
| Moins de 18 000 DA | 7 | 8,43% |
| 18 000 DA-30 000 DA | 27 | 32,53% |
| 30 000 DA - 40 000 DA | 27 | 32,53% |
| 40 000 DA - 50 000 DA | 6 | 7,23% |
| 50 000 DA - 65 000 DA | 10 | 12,05% |
| Plus de 65000 DA | 6 | 7,23% |
| TOTAL | 83 | 100% |

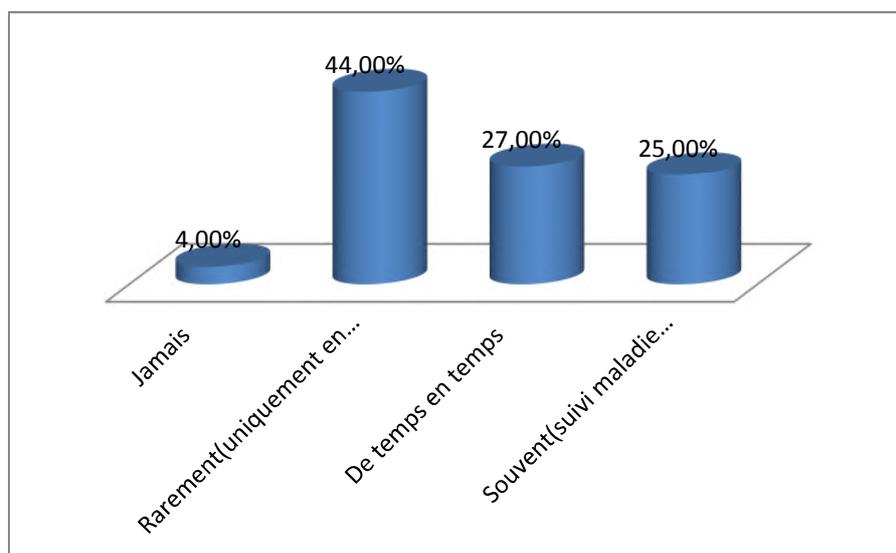
Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que près des 2/3 des enquêtés ont un revenu situé entre 18000 et 40000 DA. Par ailleurs, 8,43% d'entre eux ont un revenu inférieur à 18000 DA. La tranche 40 – 50000 DA représente un peu plus de 7% des enquêtés, celle des 50-65 000 DA un peu plus de 12%, et, enfin, la tranche de revenus supérieurs à 65000 DA ne représente qu'un peu plus de 7% enquêtés.

2. Informations sur l'état de santé et le recours aux soins

La figure suivante présente la distribution des enquêtés selon la fréquence de consultation du médecin.

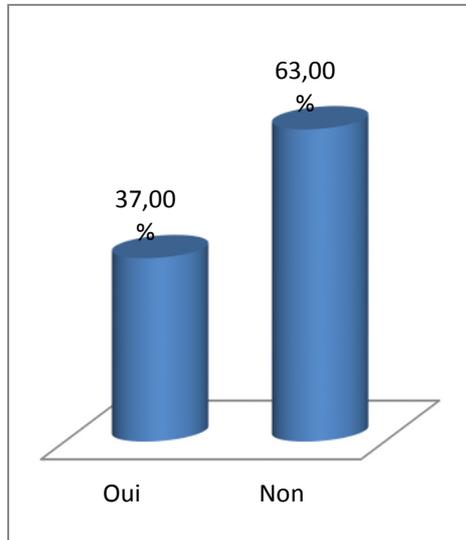
Figure12: La fréquence des enquêtés chez le médecin



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Selon les résultats obtenus, 44,0% des enquêtés consultent le médecin juste en cas de maladie, et 25,00% font des visites périodiques. Ces derniers sont généralement des personnes souffrant de maladies chroniques.

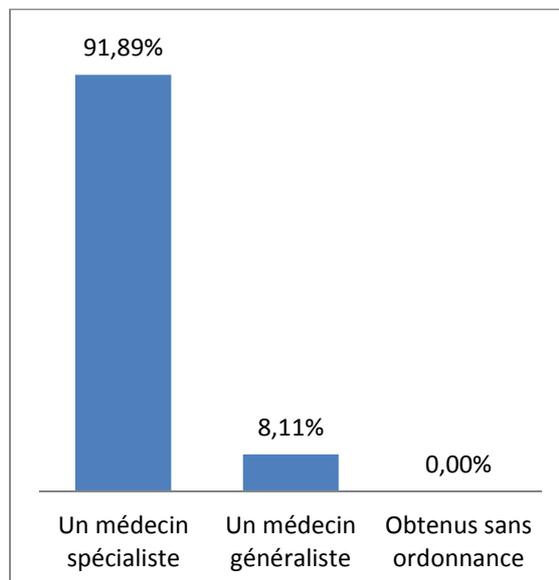
Figure 13: Répartition des enquêtés sous traitement médicamenteux



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

D'après la figure ci-dessus, on remarque que 37% des enquêtés sont sous traitement médicamenteux.

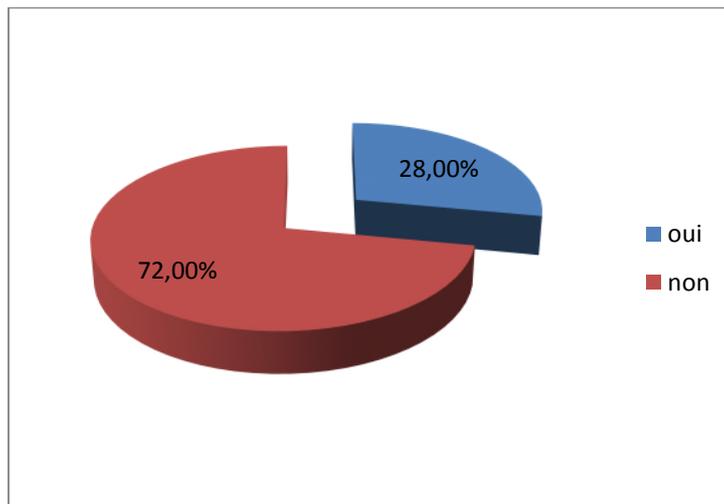
Figure 14: La prescription des médicaments



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque d'après le figure ci-dessus que près de 92% des enquêtés se font prescrire leurs médicaments par un médecin spécialiste.

Figure 15: Répartition des enquêtés selon les maladies chroniques



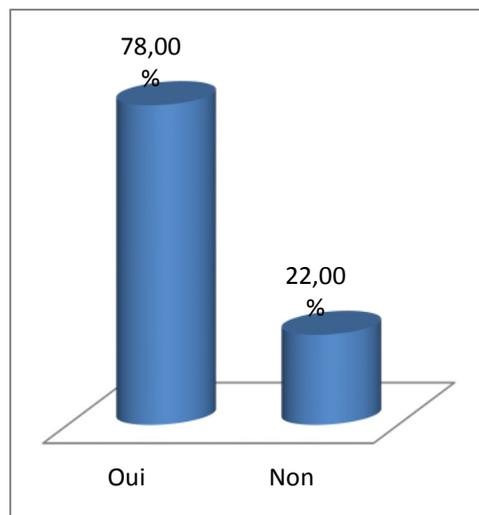
Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

D'après les résultats, 28,0% des enquêtés souffrent de maladies chroniques (Diabète, Hypertension, Auto-immune, Cardiaque, Thyroïde....).

3. Accessibilité physique et géographique aux médicaments

La figure suivante présente la répartition des enquêtés selon l'existence ou non d'un pharmacien dans leur Commune de résidence.

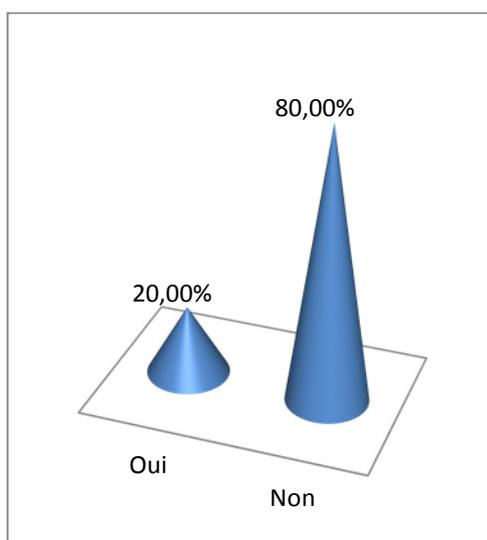
Figure 16: La disponibilité des pharmaciens



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

D'après les résultats, on constate qu'il n'y a pas de problème on ce qui concerne la disponibilité des pharmaciens, 78,0% des enquêtés ont des pharmaciens dans leurs commun/quartier.

Figure 17: Les difficultés du déplacement



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque d'après la figure ci-dessus que 80,00% des enquêtés n'ont pas des difficultés particulières pour se déplacer pour acheter leurs médicaments.

Tableau 12 : Les moyens de transport utilisés pour l'achat des médicaments

| | Effectifs | en % |
|---------------------|-----------|---------|
| A pied | 54 | 54,00% |
| Transport en commun | 30 | 30,00% |
| Voiture | 16 | 16,00% |
| Taxi | 0 | 0,00% |
| Autres | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 100 | 100,00% |

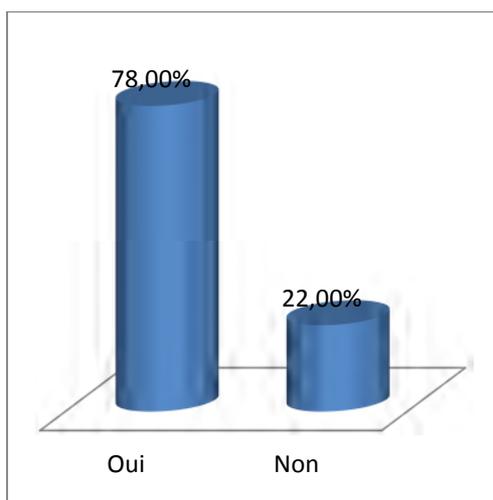
Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

D'après le tableau ci-dessus, on remarque que 54% des enquêtés se déplacent à pied pour l'achat de leurs médicaments.

4. Accessibilité financière et renoncement aux médicaments

Le figure ci-dessus présente la répartition des interrogés selon qu'il ait ou non procéder à l'achat de médicaments durant le dernier mois. Nous pouvons remarquer que 78,00% des interrogés ont engagé des dépenses pour l'achat des médicaments durant le dernier mois. Généralement, le montant dépensé par la plupart des répondants se situent entre 1000DA et 10 000DA.

Figure 18: Les dépenses pour l'achat des médicaments durant le dernier mois



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Le tableau suivant présente la répartition des interrogés selon leur représentation concernant le poids de la contribution personnelle dans l'achat des médicaments.

Tableau 13 : La contribution personnelle pour l'achat des médicaments

| | Effectifs | En % |
|---|-----------|--------|
| Est supportable pour votre budget | 53 | 63,10% |
| Est difficilement supportable pour votre budget | 27 | 32,14% |
| Impossible à supporter pour votre budget | 4 | 4,76% |
| TOTAL | 84 | 100% |

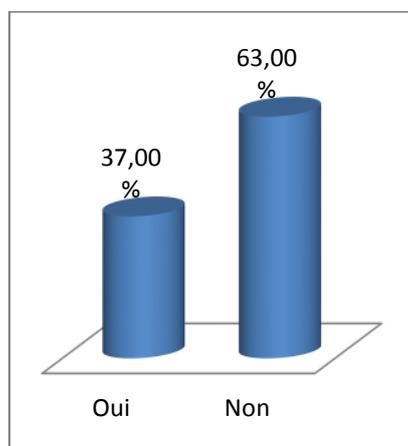
Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

D'après le tableau ci-dessus, on constate que :

- 63,10% des personnes interrogées trouvent que le montant dépensé pour l'achat des médicaments est relativement supportable par rapport à leur budget ;
- 32,14% trouvent que ce montant est difficilement supportable par rapport à leur budget ;
- 4,76% trouvent que les dépenses médicamenteuses est insupportable par rapport à leur budget.

La figure suivante présente la répartition des enquêtés selon qu'ils aient ou non renoncer/reporter l'achat de leurs médicaments.

Figure19: Renoncement/report de l'achat des médicaments



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

D'après la figure ci-dessus, nous remarquons que sur l'ensemble des enquêtées, près de 37% déclarent avoir renoncer/reporter l'achat de médicaments pour des raisons financières durant les 12 derniers mois.

Le tableau ci-dessous présente la répartition de nos enquêtés ayant déclaré avoir déjà renoncé à l'achat de médicament durant les 12 derniers mois. Les interrogés sont invités à s'exprimer sur la nature de ce dernier : *Est-ce un renoncement définitif ou un simple report dans le temps ?*

Tableau 14 : Renoncement définitif ou simple report dans le temps

| | Effectifs | En % |
|-----------------------|-----------|--------|
| Renoncement définitif | 9 | 24,32% |
| Report dans le temps | 28 | 75,68% |
| TOTAL | 37 | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

A partir du tableau ci-dessus, on remarque que plus des $\frac{3}{4}$ des enquêtées ayant renoncé à l'achat de médicaments qualifient celui-ci de simple report dans le temps. Toutefois, près du quart de nos enquêtés déclarent avoir renoncé définitivement à l'achat de ces médicaments.

Le tableau ci-dessous essaye de détailler les motifs du renoncement aux soins pour des raisons financières. On remarque que 37,84% des enquêtes trouvent que la raison financière du renoncement/report des médicaments dans le temps est le prix exorbitant des médicaments

non-remboursables. Près du quart de nos enquêtés pointent du doigt le montant trop cher de l'ordonnance. Près de 19% d'entre eux avancent le motif « *je ne peux pas utiliser ma carte CHIFFA et je manque d'argent pour avancer les frais* » ou encore le « *manque d'argent pour payer la différence (frais non-remboursés par la Sécurité Sociale)* »

Tableau15 : Les raisons financières du renoncement/report dans le temps

| | Effectifs | en % |
|---|-----------|----------------|
| Montant total de l'ordonnance trop cher (je n'ai pas de couverture sociale) | 9 | 24,32% |
| Montant total de l'ordonnance trop cher (je ne peux pas utiliser ma carte CHIFFA et manque d'argent pour avancer les frais) | 7 | 18,92% |
| Manque d'argent pour payer la différence (frais non-remboursés par la Sécurité Sociale) | 7 | 18,92% |
| Médicament(s) non remboursable(s) trop chers | 14 | 37,84% |
| Remboursement dérisoire (tarif de référence trop bas) | 0 | 0,00% |
| Autres raisons (préciser) | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 37 | 100,00% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Le tableau suivant présente la répartition des enquêtés selon leur attitude suite de la prescription d'une ordonnance.

Tableau 16: Comportement d'achat des médicaments lors De la prescription d'une ordonnance

| | Effectifs | en % |
|---|------------|-------------|
| acheté l'ensemble du traitement | 54 | 54,00% |
| acheté tous les médicaments mais pour...jours | 3 | 3,00% |
| acheté une partie des médicaments seulement (médicaments non disponibles) | 13 | 13,00% |
| acheté une partie des médicaments seulement (pour des raisons financière) | 26 | 26,00% |
| n'a pas encore acheté ou rien acheté | 4 | 4,00% |
| TOTAL | 100 | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que 54,00% des enquêtes ont acheté l'ensemble du traitement, 26,00% ont acheté une partie des médicaments seulement pour des raisons financières, et, enfin, 13,00% ont acheté une partie des médicaments seulement parce que ce dernier n'était pas disponible.

Tableau 17:Renoncement à l'achat des médicaments prescrits

| | Effectifs | en % |
|---|-----------|----------------|
| Parce qu'ils n'étaient pas disponibles en pharmacie | 11 | 25,58% |
| Parce qu'ils étaient trop chers | 22 | 51,16% |
| Médicaments déjà disponibles à la maison | 2 | 4,65% |
| Médicaments non remboursables | 8 | 18,60% |
| Remboursement dérisoire (tarif de référence trop bas) | 0 | 0,00% |
| Autres raisons (préciser) | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 43 | 100,00% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

D'après le tableau ci-dessus, nous remarquons que 51,16% des enquêtés sont renoncés à acheter certains médicaments parce qu'ils étaient trop chers, 25,58% parce qu'ils n'étaient pas disponibles en pharmacie, 18,60% parce que les médicaments en question étaient non remboursables, et 4,65% parce que les médicaments sont déjà disponibles à la maison.

Dans le tableau ci-dessous, on a posé la question de la façon dont s'est opéré le choix de renoncer à certains médicaments.

Tableau 18 : Critères de choix des médicaments à ne pas acheter

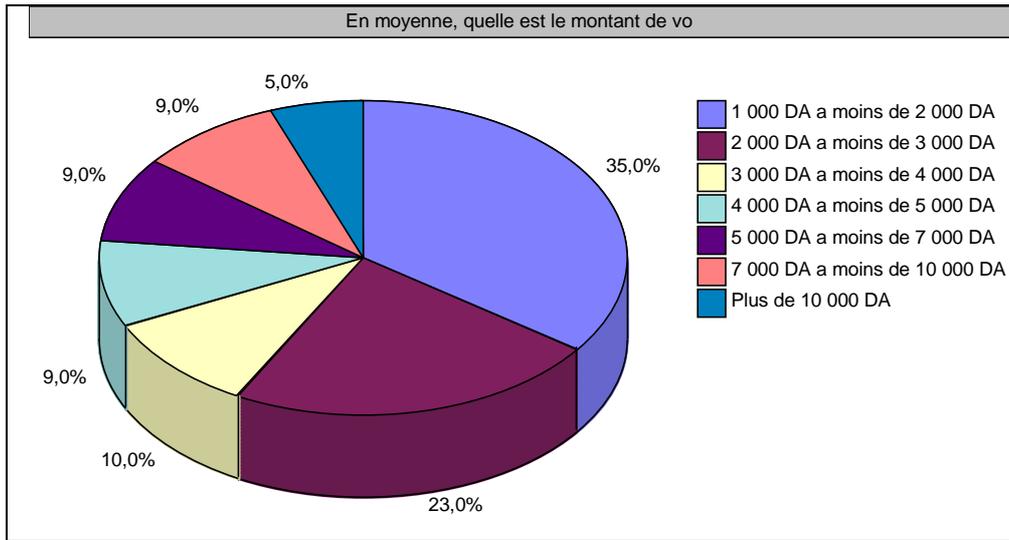
| | Effectifs | En % |
|---|-----------|-------------|
| Sur les conseils du médecin | 2 | 9,09% |
| Sur les conseils du pharmacien | 3 | 13,64% |
| Ceux qui paraissaient les plus importants | 6 | 27,27% |
| Ceux qui étaient les moins chers | 11 | 50,00% |
| Autres raisons (préciser) :..... | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 22 | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

D'après le tableau ci-dessus, on remarque que sur les 22% d'enquêtés ayant renoncé à acheter des médicaments parce qu'ils étaient trop chers, la moitié d'entre eux ont opté pour les médicaments les moins chers sur la liste, 27,27% sur les médicaments qui paraissaient les plus importants, 13,64% en se basant sur les conseils du pharmacien, et, enfin, 9,09% en se basant sur les conseils du médecin.

La figure ci-dessous décrit le montant moyen de la participation financière exigée du patient lors de l'achat de médicaments prescrits sur ordonnance.

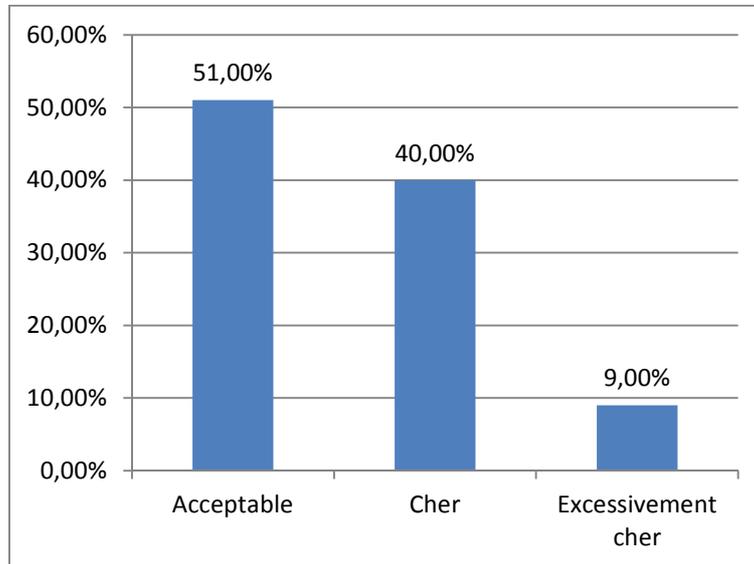
Figure 20: Le montant de la participation financière



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

On remarque que 35% des enquêtés participent financièrement avec un montant de 1 000DA à moins de 2 000DA, 23% avec 2 000DA à moins de 3 000DA, 10,00% avec 3 000DA à moins de 4 000DA, 9% avec 4 000DA à moins de 5 000DA, 9% avec 5 000DA à moins de 7 000DA, 9% avec 7 000DA à moins de 10 000DA, et, enfin, 5% avec plus de 10 000DA.

Figure 21 : Perception des enquêtés sur le montant déboursé



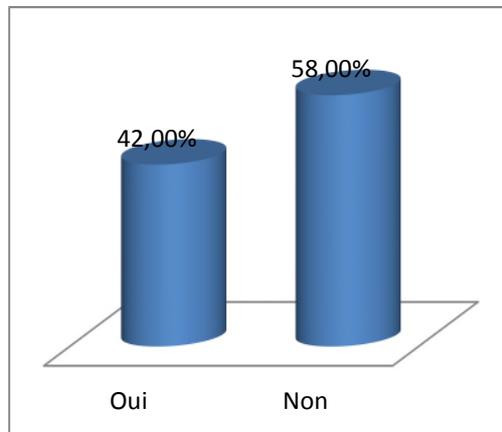
Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Selon les résultats obtenus concernant le montant déboursé pour l'achat des médicaments, on peut noter que :

- 51,00% des enquêtés pensent que le montant est acceptable ;

- contre 49,00% qui pensent que le montant est soit cher, soit excessivement cher (voir la figure 21).

Figure 22: La satisfaction des prestations de la sécurité sociale

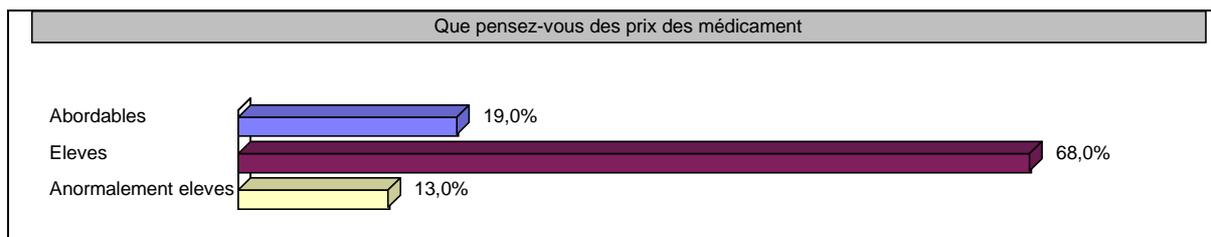


Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

La figure ci-dessus présente le niveau de satisfaction des enquêtés en ce qui concerne les prestations de la sécurité sociales (panier de soins couverts et taux de remboursement). Nous pouvons remarque que 58% des enquêtes se déclarent insatisfaits des prestations actuelles de la sécurité sociale en ce qui concerne le remboursement des médicaments.

Dans la figure ci-dessous, nous présentons la perception des enquêtés en ce qui concerne les prix des médicaments.

Figure 23: Perception des enquêtés sur les prix des médicaments



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

L'élément le plus important pour tout patient intéressé lors de l'achat des médicaments est le prix. D'après les résultats de notre enquête, 68% des enquêtés pensent que les prix des médicaments sont élevés, voire anormalement élevés pour 13% d'entre eux.

Le tableau suivant présente le résultat du croisement du montant moyen de la participation financière des enquêtés avec leur statut vis-à-vis de la sécurité sociale.

Tableau 19 : Le montant de la participation financière et la couverture sociale

| | | | Le montant de participation financière | | | | | | | |
|--------------------------|-----|----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------|-------|
| | | | 1000DA à moins de 2000da | 2000DA à moins de 3000da | 3000da à moins de 4000da | 4000da à moins de 5000da | 5000da à moins de 7000da | 7000da à moins de 10 000da | 10 000 da et plus | Total |
| Etes-vous assuré? | Oui | Effectif | 33 | 20 | 9 | 7 | 9 | 7 | 4 | 89 |
| | | % | 94,3% | 87,0% | 90,0% | 77,8% | 100% | 77,8% | 80,0% | 89,0% |
| | Non | Effectif | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 11 |
| | | % | 5,7% | 13,0% | 10,0% | 22,2% | 0,0% | 22,2% | 20,0% | 11,0% |
| Total | | Effectif | 35 | 23 | 10 | 9 | 9 | 9 | 5 | 100 |
| | | % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

S'agissant donc de la relation existant entre la couverture sociale et le montant de participation financière, on remarque une relation positive parce que l'assurance maladie prend en charge de 63% de la totalité des dépenses médicamenteuses.

Enfin, les enquêtés ont suggéré des solutions pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, qui peuvent être résumé dans les deux 2 propositions suivantes :

- développer l'industrie pharmaceutique nationale ;
- et encourager la prescription et la vente des médicaments génériques, notamment ceux fabriqués localement.

CONCLUSION

L'analyse des réponses des enquêtés nous a permis de conclure que le médicament est un bien indispensable pour la protection de la santé humaine, qui nécessite l'accès pour toute la population. Au terme de notre étude, on peut retenir plusieurs résultats :

- ❖ 42% de notre échantillon ne considère pas la couverture sociale comme un des facteurs explicatifs de la consommation médicamenteuse. Pour eux, l'assurance rend le coût de l'ordonnance marginal. En revanche, 58% le considère comme facteur explicatif. Les arguments avancées par ces derniers sont liés au fait même si les assurés sont couverts par une assurance, l'existence de médicaments non remboursable

et le remboursement sur la base du tarif de référence fait supporter à l'assuré un pourcentage élevé du coût de l'ordonnance.

❖ 51,16% de l'échantillon interrogé souligne l'importance du prix dans la détermination de l'accessibilité financière et de la consommation médicamenteuse.

L'Algérie doit continuer à encourager la production médicamenteuse nationale face à la forte demande sur le marché du médicament.

CONCLUSION GENERALE

Depuis quelques années en Algérie, la consommation des médicaments a connu un rythme de croissance soutenu. Cela est dû principalement à la réunion de plusieurs facteurs à savoir : la transition démographique et épidémiologique, l'importance de la démographie médicale, l'extension de la couverture sociale, la libéralisation des marchés et le développement des opérateurs privés, l'amélioration du niveau de vie et la densification de l'offre de soins.

Devant l'ampleur de ce phénomène, les pouvoirs publics algériens ont entrepris une panoplie de mesures visant à rationaliser les dépenses médicamenteuses. Les autorités publiques ont instauré des mesures visant à diminuer le coût des médicaments pour l'assurance maladie.

L'Etat, tout en réaffirmant sa politique sociale qui se traduit par le maintien du principe du remboursement, doit en parallèle assurer un équilibre financier de ses organismes en maîtrisant les dépenses de remboursement des médicaments, c'est à cet effet qu'un ensemble de mesures ont été instaurées pour réduire la charge financière liée à la consommation médicamenteuse et supportée par les organismes de la sécurité sociale. Parmi ces mesures on cite : encouragement de la production nationale, la politique de promotion des génériques par l'instauration du tarif de référence et du droit de substitution et la mise en place de la carte CHIFA.

Malgré toutes les réformes engagées, la consommation continue à peser lourdement sur le budget de l'Etat et la sécurité sociale.

A l'instar de l'Algérie, la consommation de médicaments des ménages de la Wilaya de Bejaïa engendre des dépenses de santé de plus en plus élevées, ce qui provoque une augmentation des dépenses de remboursement de plus en plus importantes supportées par la branche assurance maladie. Cette croissance est expliquée par plusieurs facteurs, notamment l'extension de l'offre de soins, l'augmentation de la démographie médicale et la couverture sociale.

CONCLUSION GENERALE

L'analyse des réponses fournies par les enquêtés nous a permis de conclure que :

- ✓ La population de la wilaya de Bejaïa classent l'état de santé en premier lieu d'où l'importance d'améliorer au fur et à mesure l'accès au médicament pour toute la population.
- ✓ Le nombre et la localisation des pharmacies au niveau de la wilaya de Bejaïa a permis l'accessibilité géographique pour les patients.
- ✓ Même si les assurés sont couverts par une assurance, l'existence des médicaments non remboursable et le remboursement sur la base du tarif de référence fait supporter à l'assuré un pourcentage élevé du coût de l'ordonnance.

L'Algérie doit encourager la production médicamenteuse nationale face à la forte demande sur le marché médicamenteux. Ainsi, le déremboursement de médicaments importés est une solution pour l'orientation de la demande vers les génériques produits localement. La liste des médicaments non remboursables doit comprendre les médicaments importés ainsi que le princeps dans le but d'encourager la consommation du générique d'une part, et l'encouragement de la production nationale, d'autre part.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1) Ouvrages

-BRAHAMIA B.: Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE Europe de l'Est-Maghreb, BAHAEDDINE Editions, Alger, 2010.

-BRAS P.L., De POUVOURVILLE G. et TABUTEAU D. : Traité d'économie et de gestion de la santé, éditions de santé, Paris, 2009.

-CASTIEL D. : Economie et santé quel avenir ?, édition Management Société, Paris, 1999.

-FARGEON V. : Introduction à l'économie de la santé, édition PUG, Grenoble, 2009.

- GISH O. et Lee FELLER L. : Planification pharmaceutique : pour les soins de santé primaires, l'approvisionnement en médicaments et leur consommation dans le tiers monde, traduit par : FERRANI m. K. et ALII, éd. OPU, Alger, 1984.

-Halpern C. : La santé un enjeu de société, édition : Sciences Humaines, France, 2010.

- HAMDOUCHE A. : DEPRET M.H. : La nouvelle économie industrielle de la pharmacie, édition scientifiques et médicales Elsevier, Paris, 2001.

-HIRSCH M. : Les enjeux de la protection sociale, édition Montchrestien, 2ème édition, Paris 1994.

-LAMRI L. : Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique, édition : OPU, Alger, 2004.

-OLLIVIER A. et HURTELOUP C. : le marketing de médicament en question, vuiber, paris, 2008.

-Palier B.: La réforme des systèmes de santé, édition : Que sais-je, France, 2010.

- TANTI-HARDOUIN N. : Economie de la santé, édition Armand Colin, Paris, 1994.

-Velasquez G. : L'industrie du médicament et le tiers monde, éd. L'Harmattan, Paris, 1983.de
santé et population en Algérie, édition ANEP, 2002.

2) THESES ET MEMOIRES

- Abdelkader HAMADI, « Vers une approche systémique de la gouvernance : le cas de l'accès aux médicaments en Algérie », Doctorat en sciences économiques, université Lille 1, 2013.

BAAKLINI. J, (2009), «Les problèmes engendrés par les médicaments non utilisés (MNU) en France et à l'étranger », thèse de Doctorat en pharmacie, Université Paris-Sud XI, CHATENAY- MALABRY, France., 156 p.

-CHALANE S. : Essai d'analyse du système de régulation dans le secteur pharmaceutique algérien : du contrôle centralisé aux procédures incitatives décentralisées,
Mémoire de Magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la santé et développement durable, Université de Bejaia, 2010.

-GOLLOCK. A, (2008), « Les implications de l'Accord de l'OMC sur les Aspects de Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC) sur l'accès aux médicaments en Afrique Subsaharienne », thèse de Doctorat en économie, Grenoble II, France, université Pierre Mendes, 477 p.

-MAHFOUD N. : Essai d'analyse de la part du médicament dans les dépenses de l'assurance maladie et le phénomène de déremboursement en Algérie, mémoire de Magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009.

-MEKBEL A. : Essai d'évaluation de la consommation du médicament générique par rapport au princeps en Algérie : Enquête auprès des ménages de la ville de Bejaïa,

Mémoire de magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la santé et développement durable, Université de Bejaia, 2009.

-ZIANI F : Analyse de la consommation des médicaments en Algérie : Cas de la wilaya de Sétif, mémoire de Magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012)

- ZIANI Z : Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, mémoire de Magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012.

-ZOUANTI Z : « L'accès aux médicaments en Algérie : une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché de générique », Doctorat en sciences économiques, université CHLEF, 2013.

-ZIO S : «Les accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les pays en développement », thèse de Doctorat en pharmacie, Université Claude Bernard - Lyon I, France, 2005

3) ARTICLES ET COMMUNICATIONS

-BRAHMIA B.: Le marché du médicament en Algérie et l'option du tarif de référence. Communication au 1er colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires ». Université A. Mira de Bejaïa, les 13, 14 et 15 Novembre 2006.

-Colloque international sur les politiques de santé, « Politique du médicament en Algérie : Etat des lieux et perspectives », P35, Hôtel AURASSI, Alger, 18 – 19 Janvier 2014.

-DUMOULIN J., KADDAR M., Vélasquez G. : Guide d'analyse économique du circuit du médicament, OMS.

-HURLIMAN C. : L'économie de la santé : définition, concepts et champs. In:
<http://infodoc.inserm.fr>

-KADDAR M. : Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie 1962-1987, Revue les cahiers de Centre de Recherche en Economie Appliquée pour le Développement (CREAD) : Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie.

-MANSOURI B. : Réglementation, qualité et problématiques des médicaments Expérience algérienne, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, conférence sur les système de santé en Afrique, OMS AFRO, Ouagadougou, 28-30 avril. In: <http://www.afro.who>

-Nawal IMES, « usage rationnel des médicaments», Algérie, le12 /11 / 2012.

4) RAPPORTS ET DOCUMENTS

-Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : Plate forme pour un débat Social, Alger, 2003.

-Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Compte nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003.

-MSPRH, « Les Réformes en Santé Evolution et Perspectives », Alger, Décembre 2015.

-OCDE. : Etude de l'OCDE sur les politiques de santé, optimiser les dépenses de santé. In : www.rees-france.com

-Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2001), « Guide d'analyse économique du circuit du médicament, 70 pages.

-Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie (UNOP): L'organisation du marché national des médicaments : difficultés et perspectives annoncées face aux échéances de l'application de l'accord d'association avec l'Union Européenne et à l'entrée de l'Algérie à l'O.M.C., septembre 2005, in : www.unop-dz.org,

-TAMBOURIN P. : Biotechnologies et médicaments du futur. In: <http://www.genopole.org>

5) WEBOGRAPHIE

- <http://www.ands.dz/Dossiers/direction-pharmacie/PHARM.HTM>
- <http://www.cnas.dz>
- <http://www.dictionnaire.reverso.net>
- <http://www.reporters.dz/index.php/actualite/sante-et-recherche-scientifique-unchercheur-algerien-appelle-l-industrie-pharmaceutique-a-financer-la-recherche>
- <http://www.lesoirdalgerie.com/articles/2016/03/02/article.php?sid=192563&cid=2>
- <http://www.genopole.org>
- www.gsk.fr
- <http://medoc59.e-monsite.com>
- <http://www.news-assurances.com>
- www.remed.org/html/qu_est-ce_qu_une_politique_pha.html
- <http://www.ordredesmedecinsdeghardaia-dz.com>
- <http://www.santemaghreb.com>
- <http://www.sante.dz>
- www.unop-dz.org
- www.who.int

Annexes



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION

Département des Sciences Economiques

SUJET DU MEMOIRE

Contribution à l'étude de l'accessibilité aux médicaments en Algérie :

Cas de la Wilaya de Bejaia

- Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une **recherche universitaire**, dans le cadre de la préparation d'un **mémoire de Master** en Sciences Economiques, option : Economie du Développement
- L'enquête s'adresse aux **ménages** vivant dans la **Wilaya de Bejaïa**.
- Les données recueillies contribueront à caractériser le **niveau** et les **déterminants** de l'**accessibilité aux médicaments**.
- Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront totalement **confidentielles** et traitées de façon **anonyme** ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
- Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec le plus d'**objectivité** possible, et ce afin de ne pas « fausser » les résultats de la recherche.

Merci pour votre collaboration !

- Numéro du questionnaire :
- Commune de :
- Date de l'enquête :
- Nom de l'enquêteur :

I. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE ET COUVERTURE SOCIALE

1. Sexe

- Masculin Féminin

2. Age

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20 à 29 ans | <input type="checkbox"/> 50 à 59 ans |
| <input type="checkbox"/> 30 à 39 ans | <input type="checkbox"/> 60 à 69 ans |
| <input type="checkbox"/> 40 à 49 ans | <input type="checkbox"/> 70 et plus |

3. Commune/village (ou quartier) de résidence :...../.....

4. Comment qualifieriez-vous votre lieu de résidence ?

- Urbain (ville)
 Semi-urbain/Périurbain (aux abords immédiats d'une ville)
 Rural
 Région enclavée (isolée)

5. Niveau d'instruction :

- Jamais été à l'école
 Primaire
 Moyen
 Secondaire (Lycée)
 Universitaire

6. Exercez-vous une profession ?

- Oui Non

7. Si OUI, préciser votre catégorie socioprofessionnelle :

- Artisan
 Commerçant
 Employé
 Cadre

8. Préciser la nature juridique de votre secteur d'activité :

- Public
 Privé
 Informel

9. Si NON, êtes-vous :

- Chômeur
 Étudiant
 Retraité
 Femme au foyer

10. Dans le cas où vous exercez un travail rémunéré, préciser la branche d'activité :

- Bâtiment et Travaux Publics (BTP)
 Agriculture
 Industrie
 Services
 Santé
 Enseignement
 Commerce
 Artisanat
 Autre :

11. Quel est le type de contrat de travail ?

- Contrat à durée déterminée (CDD)
 Contrat à durée indéterminée (CDI)
 Contrat de pré-emplois
 Stagiaire
 Travail à temps partiel
 Autres (précisez) :

12. Avez-vous une couverture sociale ?

- Oui Non

13. Pour le remboursement de vos médicaments, votre assurance de base vous couvre à quel pourcentage?

- 80%
 100%

14. Disposez-vous d'une carte CHIFFA ?

- Oui Non

15. Situation matrimoniale :

- Célibataire
 Marié(e)
 Veuf (Ve)
 Divorcé(e)

16. Avez-vous des enfants ?

- Oui Non

17. Si OUI, leur nombre :.....

18. Combien de personnes vivent dans votre foyer ?

.....personnes

19. Quelle est la fréquence de votre revenu ?

- Régulier Irrégulier

20. À combien s'élève (en moyenne) votre revenu mensuel :

- Moins de 18 000 DA
 18 000 DA – 30 000 DA
 30 000 DA – 40 000 DA
 40 000 DA – 50 000 DA
 50 000 DA – 65 000 DA
 Plus de 65000 DA

21. Pouvez-vous indiquer le revenu mensuel disponible de l'ensemble de votre ménage ?

- Moins de 18000 DA
 18000 DA – 30000 DA
 30 000 DA – 40 000 DA
 40000 DA –50000 DA
 50000 DA – 65000 DA
 65000 DA – 100000 DA
 100000 DA et plus

II. INFORMATIONS SUR L'ETAT DE SANTE ET LE RECOURS AUX SOINS

22. À quelle fréquence allez-vous chez le médecin ?

- Jamais
 Rarement (uniquement en cas de maladie)
 De temps en temps
 Souvent (suivi maladie chronique, tombe malade fréquemment)

23. Êtes-vous aujourd'hui sous traitement médicamenteux ?

- Oui Non

24. Si OUI, depuis quand ?

.....

25. Ces médicaments sont-ils prescrits par :

- Un médecin spécialiste
 Un médecin généraliste
 Obtenus sans ordonnance

26. Avez-vous une (des) maladie(s) chronique(s)?

- Oui Non

27. Si OUI, de quelle(s) maladie(s) s'agit-il ?

.....
.....
.....

III. ACCESSIBILITE PHYSIQUE ET GEOGRAPHIQUE AUX MEDICAMENTS

28. Y a-t-il un pharmacien dans votre commune/quartier ?

- Oui Non

29. Si NON, quelle est approximativement la distance entre votre lieu de résidence et la pharmacie la plus proche ?

..... Km

30. Combien de temps vous mettez pour accéder au pharmacien le plus proche de chez vous ?

.....heure(s) minutes

31. Trouvez-vous des difficultés à vous déplacer pour acheter vos médicaments ?

- Oui Non

34. Quel est généralement le moyen de transport que vous utilisez dans vos déplacements pour acheter vos médicaments?

- À pied
 Transport en commun
 Voiture
 Taxi
 Autres (précisez).....

IV. ACCESSIBILITE FINANCIERE ET RENONCEMENT AUX MEDICAMENTS

32. Au cours du dernier mois, votre ménage a-t-il fait des dépenses pour des médicaments (prescrits ou non prescrits par un médecin) ?

- Oui Non

33. Quel était le montant dépensé ?

Si vous n'êtes pas en mesure de donner un montant exact, donnez une **estimation**.

.....DA

34. En général, estimez-vous que votre contribution personnelle pour l'achat de vos médicaments, c'est-à-dire le montant que vous devez payer vous-même :

- est supportable pour votre budget
 est difficilement supportable pour votre budget
 impossible à supporter pour votre budget

35. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour vous-même ou un membre de votre ménage, à acheter des médicaments dont vous aviez besoin pour des raisons financières ?

- Oui Non

36. Si OUI, avez-vous renoncé définitivement à ces soins ou l'avez-vous seulement reporté dans le temps ?

- Renoncé
 Reporté

37. Veuillez préciser la ou les raisons financières du renoncement/report dans le temps ?

- Montant total de l'ordonnance trop cher (je n'ai pas de couverture sociale)
 Montant total de l'ordonnance trop cher (je ne peux pas utiliser ma carte CHIFFA et manque d'argent pour avancer les frais)
 Manque d'argent pour payer la différence (frais non-remboursés par la Sécurité Sociale)
 Médicament(s) non remboursable(s) trop chers
 Remboursement dérisoire (tarif de référence trop bas)
 Autres raisons (préciser) :

38. La dernière fois qu'on vous a prescrit une ordonnance, avez-vous :

- acheté l'ensemble du traitement
 acheté tous les médicaments mais pour.....jours
 acheté une partie des médicaments seulement (médicaments non disponibles)
 acheté une partie des médicaments seulement (pour des raisons financière)
 n'a pas encore acheté ou rien acheté

39. Si vous n'avez pas acheté un ou des médicaments, pourquoi ?

- Parce qu'ils n'étaient pas disponibles en pharmacie
 Parce qu'ils étaient trop chers
 Médicaments déjà disponibles à la maison
 Médicaments non remboursables
 Remboursement dérisoire (tarif de référence trop bas)
 Autres raisons (préciser).....

40. Si vous n'avez pas acheté tous les médicaments, parce qu'ils étaient trop chers, sur quels critères avez-vous fait votre choix ?

- Sur les conseils du médecin
 Sur les conseils du pharmacien
 Ceux qui paraissaient les plus importants
 Ceux qui étaient les moins chers
 Autres raisons (préciser) :

41. En moyenne, quelle est le montant de votre participation financière (ce que vous payez de votre poche) ?

- 1 000 DA à moins de 2 000 DA
 2 000 DA à moins de 3 000 DA
 3 000 DA à moins de 4 000 DA
 4 000 DA à moins de 5 000 DA
 5 000 DA à moins de 7 000 DA
 7 000 DA à moins de 10 000 DA
 Plus de 10 000 DA

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses de la sécurité sociale en Algérie (en%)

Figure 2: Evolution de la part du médicament dans les dépenses nationales de santé entre 1995 et 2013

Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon l'âge

Figure 4: Distribution des enquêtés selon l'exercice ou non d'une activité

Figure5: Répartition des enquêtés selon la catégorie socioprofessionnelle

Figure 6: Distribution des inactifs selon leur statut

Figure 7 : Répartition des enquêtés selon la branche d'activité

Figure 8 : Existence d'une couverture sociale

Figure 9: Type de couverture sociale

Figure 10: La carte CHIFA

Figure 11: la fréquence de revenu des enquêtés

Figure 12: La fréquence des enquêtés chez le médecin

Figure 13: Répartition des enquêtés sous traitement médicamenteux

Figure 14: La prescription des médicaments

Figure 15: Répartition des enquêtés selon les maladies chroniques

Figure 16: La disponibilité des pharmaciens

Figure 17: Les difficultés de déplacement

Figure 18: Les dépenses pour l'achat des médicaments

Figure 19: Renoncement/report de l'achat des médicaments

Figure 20: Le montant de la participation financière

Figure 21 : Perception des enquêtés sur le montant déboursé

Figure 22: La satisfaction des prestations de la sécurité sociale

Figure 23: Les prix des médicaments

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01 : Enregistrement des médicaments en 2014

Tableau 02 : La formation du personnel médical durant l'année 2010

Tableau 03 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale en Algérie (2000-2013)

Tableau 04 : Répartition de l'échantillon par sexe

Tableau 05 : Répartition des ménages selon le lieu de résidence

Tableau 06 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Tableau 07 : Répartition des enquêtées selon le statut juridique de l'activité

Tableau 08 : Répartition des enquêtées selon le type de contrat de travail

Tableau 09 : Situation matrimoniale des enquêtes

Tableau 10 : Statut parental des interrogés

Tableau 11 : Répartition des enquêtes selon le revenu

Tableau 12 : Le moyen de transport utilisé pour l'achat des médicaments

Tableau 13 : La contribution personnelle pour l'achat des médicaments

Tableau 14 : Reporté définitivement ou renoncé au soin dans le temps

Tableau 15 : Les raisons financières du renoncement/report dans le temps

Tableau 16 : Comportement d'achat des médicaments lors de la prescription d'une ordonnance

Tableau 17 : Renoncement à l'achat des médicaments prescrits

Tableau 18 : Critères de choix des médicaments à ne pas acheter

Tableau 19 : Le montant de la participation financière et la couverture sociale

DEDICACES

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE 1

CHAPITRE 1 : ASPECTS THEORIQUES SUR LE MEDICAMENT

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 6 |
| I. LE MEDICAMENT : NOTIONS GENERALES SUR LE MEDICAMENT..... | 6 |
| 1. Histoire du médicament | 6 |
| 2. Définition du médicament..... | 8 |
| 3. La classification de médicaments..... | 9 |
| 3.1. Les spécialités pharmaceutiques | 9 |
| 3.2. Les médicaments officinaux..... | 10 |
| 3.3. Les médicaments magistraux | 10 |
| 3.4. Les médicaments génériques..... | 10 |
| 4. Les particularités du médicament..... | 11 |
| 4.1. La recherche | 11 |
| 4.2. Le développement pré clinique | 11 |
| 4.3. Le développement clinique | 11 |
| 4.4. Son prix et son cout..... | 12 |
| 4.5. Sa communication | 12 |
| 4.6. Sa commercialisation | 12 |
| 4.7. Sa fabrication..... | 12 |
| 5. Impact du médicament dans les prestations de soins | 12 |
| 6. Aspect réglementaire du médicament en Algérie..... | 12 |
| 6.1. Le système d'enregistrement des médicaments | 13 |
| 6.2. Le contrôle de qualité des médicaments | 13 |
| 6.3. Le système des prix du médicament | 14. |
| II. LE CONCEPT DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE | 15 |
| 1. Quelques définitions..... | 15. |

| | |
|---|-----------|
| 1.1. La consommation médicale totale | 15 |
| 1.1.1. La consommation de soins et des biens médicaux | 15 |
| 1.1.2. Les services de médecine préventive | 15 |
| 1.2. La consommation pharmaceutique..... | 16 |
| 1.3. La consommation médicamenteuse | 16 |
| 2. Les déterminants de la consommation des médicaments..... | 16 |
| 2.1. L'influence de l'offre de soins | 16 |
| 2.2. Le vieillissement et médicalisation des problèmes sociaux | 16 |
| 2.3. Le progrès technique et l'innovation médicale | 17 |
| 2.4. L'amélioration du niveau de vie..... | 17 |
| 2.5. La généralisation de la couverture sociale | 17 |
| 2.6. La transition épidémiologique..... | 18 |
| 2.7. Offre de soins | 18 |
| III. LE FINANCEMENT DU MEDICAMENT | 18 |
| 1. L'Etat et les collectivités locales | 18 |
| 2. La sécurité sociale | 18 |
| 2.1. Les travailleurs | 19 |
| 2.2. Les catégories particulières | 19 |
| 2.3. Les ayants droit | 19 |
| 3. Les ménages | 19 |
| 4. Les mutuelles..... | 20 |
| Conclusion..... | 21 |
| Chapitre II :Efforts de l'Algérie pour l'amélioration de l'accès aux médicaments | |
| Introduction | 22 |
| I.LA NOTION DE L'ACCES AUX MEDICAMENTS | 22 |
| 1. Définition et différenciation de concepts | 22 |
| 1.1. Disponibilité | 23 |
| 1.2. Accessibilité | 23 |
| 1.3. Commodité..... | 23 |
| 1.4. Capacité financière..... | 23 |
| 1.5. Acceptabilité..... | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 2. Types d'accès aux médicaments | 24 |
| 2.1. L'accès objectif | 24 |
| A. L'accès géographique | 24 |
| B. L'accès physique ou disponibilité des médicaments | 25 |
| C. L'accès économique | 26 |
| D. L'accès qualitatif | 26 |
| 2.2. L'accès subjectif | 27 |
| 2.3. L'accès social | 27 |
| II. Politique pharmaceutique algérienne..... | 27 |
| 1. Définitions | 27 |
| 2. Objectifs de la politique pharmaceutique national | |
| | 28 |
| 2.1 En matière de santé | 28 |
| 2.2. En matière d'économie..... | 28 |
| 3. politique pharmaceutique en Algérie | 29 |
| 3.1. Organismes et structures en charge directe | 29 |
| 3.2. Quelques éléments clés de la politique de médicament en Algérie | 30. |
| 3.2.1. Enregistrement des médicaments | 30 |
| 3.2.2. Contrôle de la qualité des médicaments | |
| | 30 |
| 3.2.3. Approvisionnement en médicaments | 31 |
| 3.2.4. Mobilisation de ressources humaines qualifiées | 31 |
| 3.2.5. Promotion de la sécurité du patient en matière de médicaments | 32 |
| 3.2.6. Usage rationnel en médicaments | 33 |
| 3.2.7. La promotion de la production locale | |
| | 33 |
| 3.2.8. Développement de la recherche | 34 |
| III. LES MESURES NECESSAIRES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES LIEES | |
| À LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS | 34 |
| 1. Le poids financier des dépenses de médicaments en Algérie | 35 |
| 1.1. La part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale | 35 |
| 1.2. La part du médicament dans le budget de l'Etat | 36 |
| 2. Les mesures de maîtrise des dépenses de médicaments en Algérie | 37 |
| 2.1. L'encouragement de la consommation des génériques | 37 |

| | |
|--|-----|
| 2.1.1. Le droit de substitution..... | 38 |
| 2.1.2. La mise en place du tarif de référence..... | 38. |
| 2.2. La mise en place de la carte CHIFA | 38 |
| 2.3. Déremboursement | 40 |
| 2.4. Le médecin traitant..... | 40 |
| Conclusion..... | 40 |

Chapitre III : l'accessibilité aux médicaments dans la wilaya de Bejaia

| | |
|--------------------|----|
| Introduction | 42 |
|--------------------|----|

I.METHODOLOGIE ET CONCEPTION DE L'ENQUETE42

| | |
|---|----|
| 1.Présentation de l'enquête | 42 |
| 2. Les objectifs de l'enquête..... | 42 |
| 3. Le dépouillement..... | 42 |
| 4. Les difficultés rencontrées | 43 |

II. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES MENAGES43

| | |
|--|----|
| 1. Situation socio- professionnelle et couverture sociale | 43 |
| 2. Information sur l'état de santé et le recours aux soins | 50 |
| 3. Accessibilité physique et géographique aux médicaments | 53 |
| 4. Accessibilité financière et renoncement aux médicaments | 54 |

CONCLUSION.....61

| | |
|---------------------------|----|
| Conclusion générale | 62 |
|---------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------|----|
| Références bibliographiques | 64 |
|-----------------------------------|----|

Annexe

Liste des tableaux

Liste des figures

Table des matières

Résumé

RESUME :

En Algérie, comme partout dans le monde, les médicaments forment un des éléments importants de la Dépense Nationale de Santé. En effet, la consommation des médicaments en Algérie continue de marquer des accroissements réguliers et continus à peser lourdement sur le système de sécurité sociale.

L'objet de notre travail est d'analyser l'accessibilité des médicaments pour les ménages. De plus, nous avons entrepris une enquête auprès d'un échantillon de 100 ménages de la Wilaya de Bejaia établis en zones urbaines et rurales, réparti sur six communes : BEJAIA, EL-KSEUR, AMIZOUR, BARBACHA, TICHY et AOKAS.

De notre étude empirique, il ressort un constat essentiel : le lieu de résidence des enquêtés, la couverture sociale et le prix des médicaments sont une influence sur l'accessibilité aux médicaments.

Mots-clés : Médicaments, Consommation médicamenteuse, Accès aux médicaments, Bejaia, Algérie.