

UNIVERSITE ABDERRAHMANEMIRA DE BEJAIA

**FACULTEDES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DEDES
SCIENCES GESTION**

Département des Sciences Economiques

**Mémoire de fin de Cycle
Pour l'obtention du diplôme de Master 2 en Sciences Economiques**

Option : Economie de la Santé

Thème

***Essai d'analyse des déterminants de la consommation des
médicaments en Algérie***
Enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa

Réalisé par:

GHOUL Sofiane
RAHMANI Saber

Encadreur:

M^{lle} ZIANI Farida

Devant lejury composé de:

Président : Mr Kandi Nabil, Université de Béjaïa.

Rapporteur : M^{lle} ZIANI Farida, Université de Béjaïa.

Examineur : M^{lle}BOULAHOUAT Mahdia, Université de Béjaïa.

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

À mes chers parents ainsi qu'à mes frères, à ma belle sœur et à mes deux neveux sans oublier ma future femme (A), mon oncle et mes tantes et les deux grandes mères et bien sur mes chers cousines et cousins qui n'ont jamais cessé d'être à mes côtés par leur précieux conseils et orientations, ainsi que leur soutien moral.

Ils étaient, ils sont et ils resteront toujours pour moi la source d'où j'ai épuisé mon énergie.

À mes amies et collègues, voisins, docteur Redjadj et Tikamira Zoubir (merci pour votre soutien moral)

À toute la grande famille GHOUZ petit et grand

À mon encadreur Melle ZIANJ Farida, et mon binôme Saber

GHOUZ Sofiane

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

À ma chère mère ainsi que ma sœur Rahima et à mes frères Abderrahman et Farik qui n'ont jamais cessé d'être à mes côtés par leurs précieux conseils et orientations, ainsi que leur soutien moral.

Ils étaient, ils sont et ils resteront toujours pour moi la source d'où j'ai épuisé mon énergie

*À mes amis : Saïd, Mouhmed, Johnny, Malek, Chichi, Karim, Sabrina, Sima
(merci pour ton soutien moral)*

À toute la grande famille Rarmani petit et grand

À mon encadreur, et à mon binôme Sofianne

Rahmani saber

REMERCIEMENTS

Nous remercions avant tout le Bon Dieu qui nous a donné le courage et la volonté de réaliser ce travail.

Nous tenons tout particulièrement à remercier mademoiselle ZIANJ Farida, notre encadreur, qui n'a pas ménagé le moindre effort pour nous assister dans le choix du thème et la réalisation du présent mémoire qu'elle trouve ici, l'expression de notre profonde gratitude quant à sa patience, le temps et l'attention qu'elle nous a consacré.

Je remercie infiniment le personnel des centres de documentation du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, de la direction de la santé publique de Béjaïa, du Centre National de l'Informatique et des Statistiques et de la direction de la planification et du suivi budgétaire pour leur confiance et leur aide.

Mes vifs remerciements vont aux respectueux membres du jury, qui ont accepté d'évaluer et de juger le présent travail.

Toute notre gratitude pour ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Nous tenons aussi à remercier :

- *Tout le corps enseignants de notre faculté ;*
- *Mr Halhal Said, Mr Mahi Omar, Mr Hadj Kaddour Samy, Mlle Sabrina (cyber) et Linda Oubernine pour leur disponibilité ainsi que leur soutien ;*
- *Tous les étudiants de la promotion 2012 (ES) qui ont participé de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.*

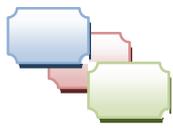
GHOUL Sofiane et RAHMANI Saber

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
CASNOS : Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés
CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale
CNES : Conseil National Economique et Social
DCI : Dénomination Commune Internationale
DA : Dinar Algérien
DCI : Dénomination Commune Internationale
DNS : Dépenses Nationales de santé
DPSB : Direction de la planification et du suivi budgétaire
DSP : Direction de la santé et de la population
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
MTH : Maladies à Transmission Hydrique
OCDE : Organisation du Commerce et du Développement Economique
OMC : Organisation Mondiale du Commerce
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONS : Office National des statistiques
PCA : Pharmacie Centrale Algérienne
PCH : Pharmacie Centrale des Hôpitaux
PED : Pays en Voie de Développement
PIB : Produit Intérieur Brut
SNAPO : Syndicat National Algérien des Pharmaciens d'Officine
UNOP : Union Nationale des Opérateurs Pharmaceutiques

SOMMAIRE

PLAN	PAGES
DEDICACES -----	I
REMERCIEMENTS -----	III
LISTE DES ABREVIATIONS -----	IV
SOMMAIRE -----	V
INTRODUCTION GENERALE -----	1
CHAPITRE I : cadre théorique du médicament et de la consommation médicamenteuse -----	4
Introduction-----	4
I .Notions générales sur le médicament et la consommation médicamenteuse--	4
II. Le financement du médicament -----	9
III. Les déterminants de la consommation médicamenteuse -----	11
Iv. Les mesures de maitrises des dépenses de médicaments -----	21
Conclusion-----	23
CHAPITRE II : la consommation des médicaments en Algérie--	24
Introduction -----	24
I. la consommation de médicaments en Algérie -----	24
II. les déterminants de la consommation des médicaments en Algérie.....	36
III. le poids financier des dépenses de médicaments en Algérie-----	40
IV. les mesures de maîtrise des dépenses médicamenteuses en Algérie	42
Conclusion-----	46
CHAPITRE III : essai d'analyse des déterminants de la consommation des médicaments dans la willaya de Bejaia. Enquête auprès des ménages de la ville de Bejaia	47
Introduction-----	47
I. Quelques facteurs explicatifs de la consommation médicamenteuse dans la wilaya de Bejaia.....	47
II. Méthodologie et conception de l'enquête -----	53
III. présentation des principaux résultats de l'enquête-----	54
Conclusion-----	65
Conclusion générale -----	66
Annexes -----	68
Références bibliographiques -----	74
Table des matières -----	78



Introduction

Générale

INTRODUCTION GENERALE

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, de prolonger des vies, d'améliorer le bien être et la qualité de vie des populations.

Les médicaments représentent un poids économique croissant dans les systèmes de santé actuels et ils constituent une préoccupation première pour les gouvernements qui gèrent de tels systèmes. Malgré les efforts déployés pour la maîtrise des dépenses pharmaceutiques, celles-ci augmentent et absorbent une part grandissante du budget des soins de santé et des services sociaux d'année en année¹.

Dans les pays développés, la consommation de médicaments est toujours en croissance sans cesse. Elle augmente de 8% par an en terme réel. Cette croissance s'explique par la nature du bien médicament qui est considéré comme un bien supérieur. En effet, plusieurs facteurs contribuent à la hausse de la croissance de cette consommation. Certains facteurs sont liés à l'offre telles que les stratégies adoptées par les grands groupes pharmaceutiques qui se manifestent par l'introduction de nouveaux médicaments (plus efficaces). De plus, la formation des nouveaux médecins d'année en année stimule l'extension de l'offre de soins, d'où l'augmentation du nombre de prescriptions. D'autre part, il existe d'autres facteurs liés à la demande, qui se résument dans la croissance démographique, l'apparition des nouvelles maladies, le vieillissement de la population, ... etc.

En Algérie à l'instar des autres pays du monde, le médicament représente une part non négligeable des dépenses totales de santé. Ce poste pourra être à l'origine d'un accroissement des dépenses de la sécurité sociale et pourra conduire à un éventuel déficit de la sécurité sociale.

¹Sifer S.: Les déterminants de la consommation des médicaments en Algérie. « Cas : Alger », mémoire de magistère en Statistiques et Economie appliquée, option : statistiques et économie appliquée, Ecole nationale supérieure de la statistique et de l'économie appliquée, 2011. p 1

Dès lors, l'objectif que nous assignons à notre présent travail consiste à tenter de déterminer les principaux facteurs à l'origine de l'accroissement de la consommation des médicaments en Algérie, notamment dans la wilaya Béjaïa à travers une enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa. Un certain nombre de questions en relations avec notre thème mérite d'être posées, il s'agit de savoir :

- ❖ Quelle est la tendance de la consommation des médicaments en Algérie ?
- ❖ Quels sont les facteurs déterminants de la consommation médicamenteuse en Algérie ?
- ❖ Quels sont les principales mesures engagées pour freiner la croissance de la consommation des médicaments en Algérie?
- ❖ Quels sont les principaux déterminants de la consommation des médicaments des ménages de la ville de Béjaïa ?

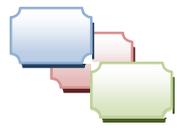
Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous baserons notre réflexion sur les hypothèses suivantes :

- ❖ La transition démographique et épidémiologique, l'importance de la démographie médicale ; l'extension de la couverture sociale ; l'amélioration du niveau de vie, la densification de l'offre de soins figurent parmi les facteurs déterminants de la consommation médicamenteuse en Algérie.
- ❖ L'état de santé constitue le principal facteur déterminant la consommation médicamenteuse des ménages de la ville de Béjaïa.

La démarche méthodologique nécessaire à la réalisation de ce travail s'articule autour de deux axes : la recherche documentaire et l'enquête du terrain. Nous avons réalisé une recherche documentaire et une collecte de données relatives au thème auprès des organismes suivants : le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTSS), le Centre National de l'Informatique et des Statistiques, la Direction de la Santé et de la Population (DSP) de la wilaya de Béjaïa, la Direction de la planification et du suivi budgétaire (DPSB) de Béjaïa. Ces organismes nous ont ainsi permis de comprendre certains aspects pertinents relatifs à notre sujet.

En fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en trois chapitres, présentés comme suit :

Le premier chapitre tentera de retracer le cadre théorique sur le médicament et la consommation médicamenteuse. Le second chapitre est relatif à la consommation des médicaments en Algérie. Et enfin, dans le dernier chapitre nous étudierons les déterminants de la consommation des médicaments à travers une enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa



Chapitre 11

Cadre théorique du médicament et de la
consommation médicamenteuse

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DU MEDICAMENT ET DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

Introduction

Le médicament occupe une position clé dans le système de soins, outre les avantages biologiques qu'il apporte en soulageant les douleurs et les souffrances et en réduisant le taux de mortalité. Il représente une des formes de traitement les moins coûteuses par rapport à la chirurgie ou à l'hospitalisation. De ce fait, les médicaments réduisent de façon considérable les coûts directs et indirects de la maladie.

L'objet de ce chapitre est de présenter l'aspect théorique du médicament et de la consommation de médicament. Le chapitre s'articulera autour de trois sections. Dans la première, il sera question de présenter quelques notions théoriques relatives aux médicaments et la consommation médicamenteuse. La seconde section sera consacrée à la question du financement des dépenses médicamenteuses. La dernière section portera sur les déterminants de la consommation de médicaments. Enfin, la dernière section traitera les mesures de maîtrise engagées afin de contenir les dépenses médicamenteuses dans le monde.

I. NOTIONS GENERALES SUR LE MEDICAMENT ET LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

Dans cette section, il sera question de définir quelques notions relatives au médicament et à la consommation médicamenteuse.

1. Généralités sur le médicament

Nous présenterons ci-après quelques notions indispensables à la compréhension du terme médicament. Mais avant cela nous passerons par un aperçu historique sur le médicament.

1.1. Historique du médicament

La découverte de nouveaux médicaments s'est longtemps limitée à l'observation empirique des effets produits par certaines substances naturelles sur le cours des maladies. C'est Paracelse au XVI^e siècle qui prônera la nécessité d'un médicament spécifique pour chaque

maladie. Avec la découverte du nouveau monde, les explorateurs rapporteront des grands principes actifs comme le quinquina, l'ipéca, le coca, le café etc.².

De l'utilisation des plantes comme remèdes à certaines maladies, jusqu'à l'apparition récente des médicaments issus des biotechnologies, l'histoire du médicament est largement associée à la recherche scientifique, qui tente dès le XVI siècle de trouver un remède spécifique pour chaque maladie.

Au Moyen-âge et jusqu'au début du XIXème siècle, la guérison des maladies garde un caractère « magico religieux » : on cherche par exemple à « extirper le mal » par le biais des saignées. Cependant, dès le XVIe siècle, Paracelse a l'intuition de la nécessité d'un médicament spécifique pour chaque maladie.

Le XIXème siècle marque une étape nouvelle grâce aux progrès de la chimie et de la physiologie : les chercheurs réussissent à isoler des principes actifs de substances connues. Ainsi, en 1803, la morphine est isolée à partir de végétaux par Friedrich Adam Sätürner. C'est grâce à cette capacité à isoler les principes actifs que les molécules pourront être par la suite synthétisées : après avoir isolé l'acide acétylsalicylique de l'écorce de saule, Charles Frederich Gerhardt puis Félix Hoffmann vont synthétiser cette molécule en 1853 : c'est la naissance de l'aspirine, commercialisée pour la première fois en 1893³.

L'ère moderne du médicament débute en 1937, avec la découverte de l'action antibactérienne des sulfamides. En 1947, Flemming découvre la pénicilline. Vient ensuite une phase d'accélération des découvertes. Dans les années 60, les chercheurs mettent au point une nouvelle méthode d'évaluation des médicaments existants, qui va permettre d'élaborer de nouveaux médicaments à partir de ces modèles de médicaments existants.

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, clonage.), les chercheurs ont une approche

²Ankri J. : Système de médicament, revue adsp, n° 27, 1999. p 22

³Aiache J.M., Aiache S. et Renoux R. : Initiation à la connaissance du médicament, éd. Masson (4ème édition), Paris, 2001.

génétique des pathologies humaines. Les médicaments issus des recherches génétiques sont considérés par certains comme les médicaments du futur⁽¹⁾. En effet, les biomédicaments 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 biomédicaments 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 venir.

1.2. Définition du médicament

Le mot médicament désigne, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques.⁴

En Algérie, le produit pharmaceutique dont le médicament, est défini par la loi N°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée par la loi N°90-17 du 31 juillet 1990, comme suit : Art. 169 : « Au sens de la présente loi, les produits pharmaceutiques comprennent les médicaments, les réactifs biologiques, les produits chimiques officinaux, les produits galéniques, les objets de pansement et tous les autres produits nécessaires à la médecine humaine et vétérinaire.»⁵

L'article 170 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

⁴ In : www.legifrance.gouv.fr

⁵In:<http://membres.multimania.fr/ykhelifi/d16.html>.

l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier leur fonction organique ».⁶

Art. 171 : « sont également assimilés à des médicaments : les produits d'hygiène et produits cosmétiques contenant des substances vénéneuses à des doses et concentrations supérieures à celles fixées par arrêté du ministère de la santé, les produits diététiques ou destinés à l'alimentation animale qui renferment des substances non alimentaires leur conférant des propriétés sur la santé humaine ».⁷

1.3. Les différents types de médicaments

On distingue plusieurs types de médicaments :

1.3.1. Les spécialités pharmaceutiques

La spécialité pharmaceutique est tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et mis sur le marché sous une dénomination spéciale⁸.

1.3.2. Le médicament officinal

Le médicament officinal peut être défini comme tout médicament préparé en pharmacie selon les indications de la pharmacopée et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie⁹.

1.3.3. Le médicament magistral

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

1.3.4. Le médicament générique

Un médicament générique est la stricte copie de la spécialité originale dont le brevet est tombé dans le domaine public. Il est « essentiellement similaire » au médicament original de référence : il a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même

⁶ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : Plate forme pour un débat social, Alger, 2003, in : www. Cnes.dz, p11

⁷ Idem

⁸ Hannouz M. et Khadir M. : Eléments de droits pharmaceutique : à l'usage des professionnels de la pharmacie et du droit, éd. OPU, Alger, 2000, p 16.

⁹ Idem.

présentation (sirop, cachet ...).Lors de sa commercialisation, il doit être vendu au moins 30% moins cher que la spécialité originale.¹⁰

2. La consommation médicamenteuse : quelques définitions

Dans ce qui suit nous ferons le point sur le concept de consommation médicamenteuse. A cet effet, nous tenterons de définir quelques notions relatives à ce concept afin de lui donner une définition précise.

2.1. La consommation médicale

La consommation médicale totale est composée de deux éléments : la consommation de soins et des biens médicaux ; la consommation de services de médecine préventive¹¹.

2.1.1. La consommation de soins et des biens médicaux

La consommation de soins et des biens médicaux comprend les soins hospitaliers et en sections médicalisées, les soins ambulatoires, les transports sanitaires et les biens médicaux¹².

2.1.2. 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.

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

2.2. La consommation pharmaceutique

La consommation pharmaceutique comprend les médicaments (les spécialités pharmaceutiques fabriquées 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.Elle comprend la consommation de médicaments possédant des propriétés curatives et préventive à l'égard des maladies humaines et animales.

¹⁰ : http://www.educationdupatient.be/cep/pdf/fiches_s_s/medicaments.pdf

¹¹ Idem

¹²Castiel D. : Economie et santé quel avenir ?, édition Management Société, Paris, 1999. p18.

2.3. La consommation des biens médicaux

La consommation des biens médicaux est composée des produits pharmaceutiques et des autres biens médicaux (les prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP), lunetterie, et petit matériel). Consommés en médecine libérale (consommés en dehors de l'hospitalisation). Ces biens peuvent être acquis sur prescription ou non¹³.

II. LE FINANCEMENT DU MEDICAMENT

Le bien santé que les ménages achètent a comme particularité, vis-à-vis de tous les autres postes de leur consommation, de ne pas avoir de « vrai –prix » à la charge directe du budget familial. Le tiers pays intervient, qui laisse à la charge des ménages une part réduite du coût de la consommation. En fait, le système de sécurité sociale (assurance maladie et mutuelle forme une sorte de « voile » sur le prix¹⁴.

En Algérie, 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 la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, les accidents du travail, 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.

¹³Aligon A. : Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux, 1997. In : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1199.pdf>.

¹⁴Tanti-Hardouin N. : Economie de la santé, édition Armand Colin, Paris, 1994. p 109.

Les médicaments sont remboursés à 80% et 100% pour certains cas fixés par la réglementation (maladies chroniques, 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 1947¹⁵ par l'application des lois de la sécurité sociale votée en France en 1945¹⁶.

Depuis cette date, de nombreux changements ont été introduits sur le contenu des ces lois dans le but de les approprier au contexte socio-économique de l'Algérie. Les bénéficiaires de la sécurité sociale sont:

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.

Les catégories particulières

Elles regroupent une catégorie de personne inactive, il s'agit des moudjahiddines, des personnes handicapées qui n'exercent aucune activité professionnelle, des étudiants et des bénéficiaires du soutien de l'Etat.

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.

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.

¹⁵Kaddar 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.

¹⁶Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie, une approche économique, éd.OPU, Alger,2004. P19

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 Maladie¹⁷.

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.¹⁸ En raison du coût élevé de la consultation privée et la difficulté de parvenir aux unités du secteur public, l'automédication devient un phénomène très pratiqué.

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 publics, d'entreprises publiques et privées et les personnes exerçant pour leur propre compte peuvent constituer des mutuelles⁴⁸. Les mutuelles¹⁹ interviennent dans la prise en charge des 20% de dépenses (de ticket modérateur) des adhérents et ayants droit. Le financement de la santé par les mutuelles reste marginal.

III. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

La croissance des dépenses médicamenteuses enregistrée ces dernières années peut être expliquée par plusieurs facteurs. Nous citerons dans ce qui suit les plus importants.

¹⁷ Le ticket modérateur : Définition et règles de fonctionnement. In: <http://www.news-assurances.com/le-ticketmoderateur-definition-et-regles-de-fonctionnement/016710384>

¹⁸ 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.

¹⁹ 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. p 45

1. L'amélioration du niveau de vie

La croissance des dépenses en matière de soins est fortement corrélée au niveau de vie, à la richesse nationale. Les économistes ont montré que les dépenses de soins sont fonction croissante du PIB par habitant, c'est-à-dire que les dépenses de soins augmentent plus que proportionnellement au niveau de vie. Phénomène qui reflète les nouvelles habitudes de consommation et la médicalisation des sociétés contemporaines. Selon les estimations, environ 40% de la croissance des dépenses s'expliquerait par le revenu.²⁰

En effet, les dépenses de médicaments augmentent plus que proportionnellement au niveau de vie. A mesure que le revenu national augmente, la population demanderait davantage de soins médicaux, témoignant d'une aspiration collective à la bonne santé et au bien être. Ce phénomène révèle également la médicalisation de la société²¹.

Les travaux fondateurs de Newhouse sur 13 pays (1977) font apparaître que la variable explicative la plus importante de la croissance des dépenses de soins serait le revenu. Dans ces mêmes travaux, il souligne également que la consommation d'une unité supplémentaire de soins contribue à améliorer davantage le bien être²².

La croissance en volume des dépenses de soins suit donc celle du revenu. La demande de services de santé dans un pays progresse en effet à mesure que le revenu global augmente. Toutefois, ce résultat ne repose pas sur les données individuelles où on observe en général une corrélation faible entre dépenses de soins et revenu, liée essentiellement au fait que les personnes en mauvais état de santé ont plus fréquemment un faible revenu (Raynaud, 2005). Les études trouvent généralement une élasticité des dépenses de soins au produit intérieur brut proche de l'unité, cette élasticité pouvant être légèrement supérieure ou inférieure à l'unité selon la spécification retenue dans la modélisation²³.

²⁰Halpern C. : La santé un enjeu de société, édition : Sciences Humaines, France, 2010. p255.

²¹Fargeon V. : Introduction à l'économie de la santé, édition PUG, Grenoble, 2009, p 43 et 44.

²²Ziani 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 Béjaïa, 2012.

²³Bras P.L., De Pourville G. et Tabuteau D. : Traité d'économie et de gestion de la santé, éditions de santé, Paris, 2009.p. 101.

2. Le prix des soins médicaux ou le taux de prise en charge socialisée

Un autre facteur explicatif des dépenses de médicaments réside dans le prix des soins. Au niveau individuel, là où existent des mécanismes de socialisation de risque maladie, le patient n'est pas confronté au prix total des soins médicaux²⁴.

La généralisation de la couverture maladie rend plus lâche la liaison entre les dépenses de médicaments et le prix perçu par les malades. La solvabilisation de la demande par des systèmes de couverture socialisés rend la régulation par les prix inopérante et serait à l'origine de l'augmentation des dépenses de médicaments. C'est le phénomène d'aléa moral ex post qui est en cause ici²⁵.

2.1. Aléa moral en assurance santé

Pauly est l'auteur du premier article qui s'interroge sur l'existence du risque moral en santé. Cette notion de risque moral est plus généralement utilisée en santé pour désigner l'idée selon laquelle pour un état de santé donné, une personne assurée va consommer plus de soins qu'une personne non assurée. L'assurance rembourse à l'individu les soins qu'il utilise. Elle a donc pour effet de diminuer, voire de rendre nul le coût marginal pour l'assuré de la consommation des soins²⁶.

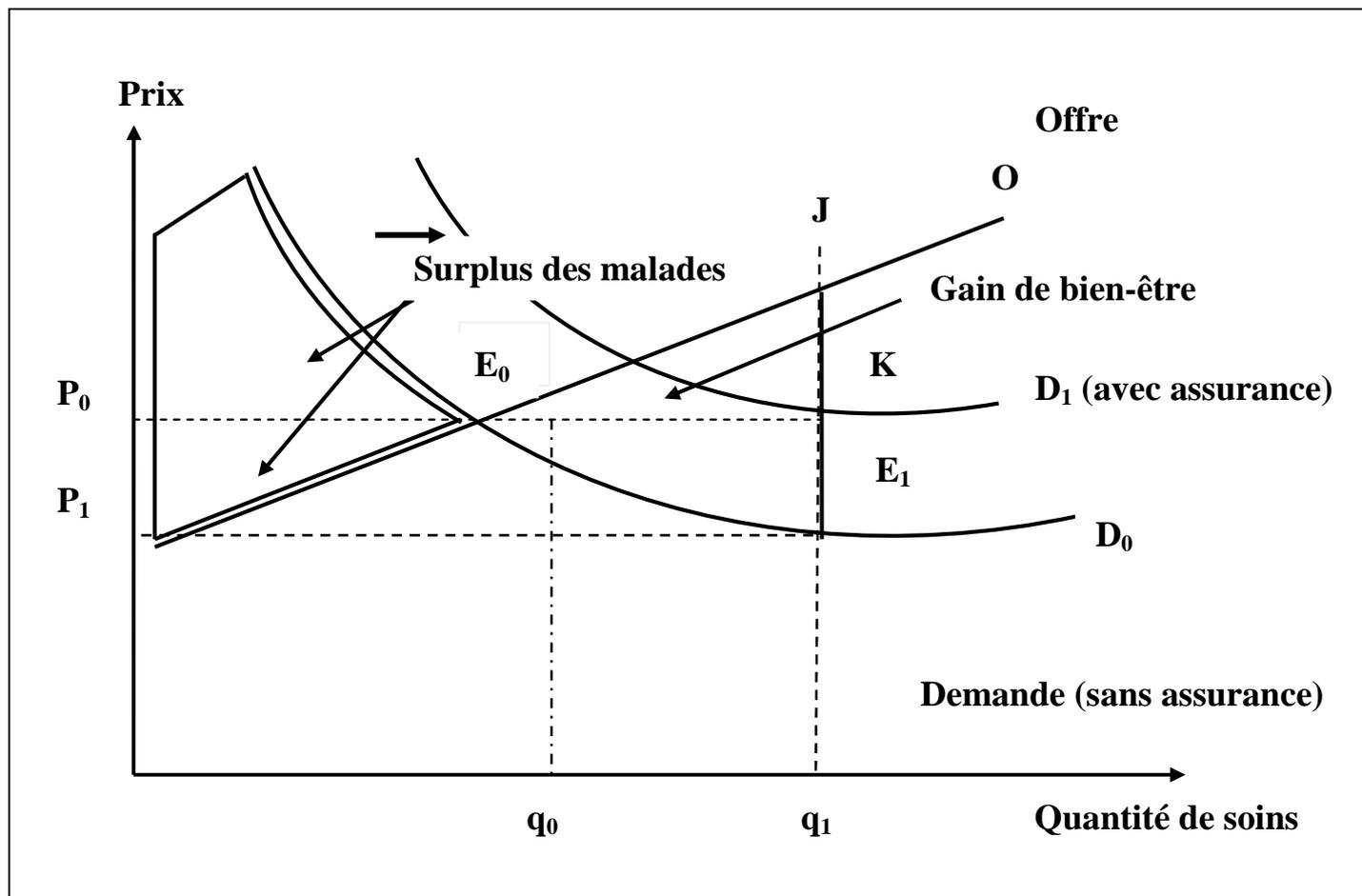
L'assurance a pour conséquence d'amener le prix des soins pour l'assuré à zéro (dans le cas où l'assurance le rembourse intégralement). Si l'élasticité prix de sa demande n'est pas nulle, l'assurance conduit l'individu à consommer plus de soins, il va choisir un niveau de consommation plus élevé que s'il était confronté au véritable prix. En revanche, si l'élasticité prix est nulle, la quantité de soins consommée en présence d'assurance reste constante. Le comportement de consommation est donc modifié par la présence d'assurance. Ce raisonnement est illustré par le schéma ci-après :

²⁴Fargeon V., op. cit. p 43 et 44.

²⁵ Idem.

²⁶ Majnoni d'Intignano, B. : Economie de la santé, édition : PUF, Paris, 2001.

Figure 1 : L'influence de l'assurance sur la demande de soins



Source : Majnoni d'Intignano, B. : Economie de la santé, édition : PUF, Paris, 2001.

Ce schéma néoclassique illustre bien l'effet de l'assurance sur le prix et le volume de soins consommés ainsi que sur le bien être individuel et collectif. La figure 01 présente une offre et une demande de soins, somme des offres et demandes individuelles. L'offre O croissante avec le prix, et la demande D, décroissante avec le prix, décrivent les prix et les quantités que les malades et les médecins seraient prêts à échanger sur le marché sans assurance, avec un équilibre de marché en E, à l'intersection des courbes d'offre et de demande, au prix P et pour une quantité Q. La partie du graphe comprise entre la droite P et la courbe de la demande constitue « le surplus de consommateur » et montre ce qu'il aurait été à payer si le prix d'équilibre avait été plus élevé, et qu'il se procure moins cher.

L'assurance déplace la demande de soins de l'assuré vers la droite par rapport à une demande classique. Toutes les études confirment cet effet : toutes choses égales par ailleurs, les mieux assurés dépensent plus, surtout dépensent plus en ville. Ainsi la dépense augmente-t-elle par rapport à ce que le malade non assuré aurait été prêt à payer, et les primes s'alourdissent, limitant l'accès à l'assurance²⁷.

L'aléa moral a donné lieu, en particulier, à la célèbre expérience de la Rand corporation à la demande du gouvernement fédéral américain (Manning, 1987). Elle montre une élasticité prix de la demande de soins de l'ordre de - 0, 20. En outre, elle montre que le taux de couverture influence davantage le nombre d'actes médicaux que la dépense de soins lors de chaque rencontre.

2.2. Les effets de l'aléa moral sur la demande de soins

La présence d'assurance maladie modifie la quantité de biens et services que l'individu choisit de consommer. Cette modification (augmentation) de la quantité de soins consommée peut être le résultat d'une demande du patient, mais aussi de l'influence qu'exerce sur elle le médecin. Si ce dernier est rémunéré à l'acte et si l'assureur rembourse au patient chaque consultation, le médecin peut faire revenir l'assuré plus souvent qu'il ne le ferait pour un patient non assuré. En fonction du mode de rémunération du médecin, du type de remboursement proposé par l'assureur et des contrôles exercés ou non par ce dernier, on peut observer une convergence d'intérêt entre le patient et le médecin au détriment de l'assureur.

De plus, la présence de l'assurance peut entraîner une augmentation du prix des soins dans la mesure où l'assuré parce qu'il ne paie pas l'intégralité de la dépense, va consommer des soins d'un prix plus élevé mais à qualité égale. Arrow souligne ainsi que l'assurance gomme les incitations à rechercher le meilleur prix c'est-à-dire que l'assuré ne fait pas l'effort nécessaire pour trouver le producteur de soins qui propose les meilleurs prix. Dans d'autres cas, la présence d'assurance maladie entraîne l'amélioration de la qualité. Cette dernière augmente avec le prix payé. Il peut s'agir d'une augmentation de la qualité médicale (un médicament plus cher et ayant moins d'effets secondaires) ou d'éléments relevant plus du confort (chambre particulière).

²⁷ Majnani d'Intignano B.: Economie de la santé, édition : PUF, Paris, 2001, p 302

La qualité peut aussi se manifester lorsque les assurés recourent à des prestataires différents en présence de l'assurance maladie. A titre d'exemple, l'assuré sachant qu'il bénéficie d'une assurance maladie peut recourir à des médecins pratiquant des dépassements parce qu'il a des titres universitaires particuliers ou une très bonne réputation, un spécialiste plutôt qu'un généraliste...). Ou encore à l'emploi des technologies médicales plus coûteuses et plus sophistiquées. Cette qualité se paie d'un prix plus élevé, mais cette augmentation du prix n'est pas toujours et totalement justifiée.

En résumé, dans le domaine de la santé le risque moral peut engendrer trois effets : une augmentation des quantités consommées par les assurés, un accroissement du prix des biens et services qui peut s'accompagner ou non d'une meilleure qualité de prise en charge. Les travaux des économistes de la santé ont surtout porté sur l'effet quantité et un peu moins sur la qualité.

3. Les facteurs démographiques

Le facteur démographique est un déterminant essentiel de la demande de soins de santé puisque la consommation de soins dépend de la taille de la population et n'est pas uniforme tout au long de la vie. Le vieillissement estimé par l'accroissement de la part de plus de 65 ans dans l'ensemble de la population, influencerait les dépenses de médicaments. Pourtant, il ne joue qu'un rôle mineur dans l'explication de la croissance des dépenses de médicaments²⁸. Ceci correspond à l'effet âge qui renvoie au fait que les besoins en soins des personnes âgées et des très jeunes enfants sont plus importants²⁹.

La consommation de soins de santé se répartit sur la population en fonction de l'âge ; elle est plus élevée aux extrémités de l'âge et augmente avec l'accroissement de l'espérance de vie. Les personnes âgées sont celles qui ont le plus recours aux systèmes de soins ainsi que les enfants aux premières années de leur vie. On constate dans les pays en développement une natalité plus importante que dans les pays industriels et une population plus jeune. Dans ces derniers on est en présence par contre d'une population âgée plus importante et d'un rétrécissement de la classe d'âge des jeunes. La demande de santé est par conséquent influencée par la structure démographique. La réduction de la population active dans les pays

²⁸Fargeon V., op. cit. p 44.

²⁹Idem

développés constatée depuis une trentaine d'années d'une part, et le poids du vieillissement, d'autres part, posent le problème du financement des soins dans toute son ampleur³⁰.

Les personnes âgées, dans l'état de la santé se dégrade au fur et à mesure de l'accroissement de la longévité, recourent plus souvent aux soins et à l'hospitalisation, consomment plus de médicaments et d'actes diagnostics, d'autant que cette consommation est couverte par l'extension de l'assurance maladie. Au-delà de 70 ans quelque soit le niveau des dépenses en soins, leur effet sur l'accroissement de l'espérance de vie n'est pas très significatif³¹

Karim AZIZI et Céline Pereira (2005) trouvent ainsi que, sur la période 1990-2002, le changement de la structure par âge de la population s'est traduit par une hausse de 0,4% par an en volume des dépenses de soins. Toute chose égale par ailleurs dans les d'Europe occidentale et aux Etats Unis, à l'exception de l'Espagne et l'Italie où cet impact est plus élevé 0,7% par an environ en raison d'une augmentation plus importante du nombre de personnes âgées. Ce facteur démographique n'expliquerait donc que 10% environ du rythme annuel de la croissance des dépenses de santé³².

Toutefois, il convient de tenir compte de l'effet de génération, c'est-à-dire de l'évolution dans le temps du profil des dépenses par âge. Ainsi, les profils de consommation de deux générations différentes quand elles atteignent chacune à leur tour une même tranche d'âge, montrent une augmentation du profil de dépenses quelque soit la tranche d'âge.

4. Le progrès technique et l'innovation médicale

La croissance des dépenses de soins 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 de traitement tout en améliorant les résultats du système de soins. En même temps, elles permettent la prise en charge de pathologies habituellement non traitées permettant une réponse à une demande nouvelle³⁴.

Par ailleurs, la diffusion du progrès technique a été très rapide dans le secteur de la santé, qu'il s'agisse des innovations radiologiques (scanner, IRM), ou anesthésistes et chirurgicales

³⁰Brahamia B.: Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé - Europe de l'Est-Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.p 48.

³¹Majnoni D'intignan B., op. cit. p 185.

³² Bras P.L., De Pourville G. et Tabuteau D., op. cit.

³³Idem.

³⁴Fargeon V., op. cit. p 44.

(développement de techniques non invasives) ou médicamenteuses. Selon Newhouse (1992), le progrès technique pourrait expliquer la part non expliquée par les autres facteurs de croissance des dépenses de soins. Bien que la prise en compte du progrès technique soit complexe notamment dans sa mesure, les travaux de L'Horty et alii (1997) montrent que l'impact du progrès technique sur la progression des dépenses de soins est significatif de l'ordre d'un quart en France.

Weisbrod (1991) souligne les interactions entre progrès technique, assurance santé et amélioration du niveau de vie. Le développement et la diffusion des technologies sont encouragés par le système d'assurance. Ainsi, d'un côté, le progrès technique, par l'élargissement de la gamme des services rendus en santé, stimule la demande d'assurance santé : de l'autre, l'extension de l'assurance santé, notamment pour les soins hospitaliers, incite les fournisseurs de soins à développer des technologies de nature à améliorer la qualité des soins, indépendamment des coûts. De même, les systèmes de paiements mis en œuvre encourageront l'adoption et la diffusion de certains types d'innovations. Ainsi il apparaît essentiel de conduire l'évaluation, notamment économique, des innovations médicales et l'analyse de leurs effets (résultats, efficacité, effets organisationnels et analyse des coûts³⁵).

N. Missègue et C. Pereira distinguent trois types de progrès³⁶ :

- ✚ Le progrès général qui, en agissant sur la croissance économique, crée un effet d'augmentation des dépenses de soins ;
- ✚ Le progrès technique médical qui augmente les possibilités de production des services de santé (par exemple, l'imagerie médicale de pointe) en étendant la gamme de l'offre
- ✚ Le progrès technique médical qui permet de diminuer le coût des traitements (par exemple les vaccins qui agissent directement en amont)

5. Les facteurs institutionnels

Les facteurs institutionnels jouent évidemment un rôle sur les dépenses de soins. La croissance des dépenses de soins serait liée aux incitations et aux règles données par le cadre institutionnel dans lequel évoluent les assurés et les professionnels de santé³⁷.

³⁵Idem

³⁶ Halpern C. : La santé un enjeu de société, édition : Sciences Humaines, France, 2010. p255..

³⁷Idem, p 256.

Une analyse de l'organisation des systèmes de soins nationaux mérite de venir compléter les facteurs évoqués précédemment car des interactions existent en effet entre les aspirations et les comportements de la population mais aussi entre les comportements des producteurs de soins et les variables institutionnelles et d'organisation des systèmes de santé. La croissance des dépenses de soins serait liée aux incitations et aux règles données par le cadre institutionnel et les professionnels de la santé. Ce dernier définit en particulier les conditions d'accès aux soins pour les patients ainsi que les modes de rémunération des professionnels de santé.

Gerdthan et Alii (1992) montre que, toute chose égale par ailleurs, un système de rémunération à l'acte accroît la dépense de soins de 11%. De même, d'autres formes d'organisation auraient un effet expansif sur les coûts comme la liberté de circulation dans le système de soins ou la liberté de choix de son médecin par le patient³⁸.

6. Les facteurs sociologiques et culturels

Le système de santé ainsi que la considération accordée par les habitants à la santé, sont intimement liés aux facteurs sociologiques et culturels qui caractérisent la société en question, facteurs qui sont à leur tour influencés par le niveau de développement économique. L'attitude face à l'handicap et la maladie ne sont plus les mêmes avec l'élévation du niveau d'instruction, l'accroissement des revenus et l'extension de l'offre de soins³⁹.

L'importance accordée à la santé n'est pas la même chez les deux sexes ; l'espérance de vie à la naissance est universellement plus longue chez les femmes, même si elles s'estiment en moins bonne santé que les hommes et consomment plus de soins.

La consommation de biens et services médicaux est déterminée par la catégorie socioprofessionnelle et cette situation est universellement connue.

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

³⁸idem.

³⁹Brahamia B., op. cit. p 51.

humaines de la santé, les structures sanitaires de premier recours, les cliniques et établissements hospitaliers, les équipements et les technologies des soins. Les ressources humaines de la santé sont constituées des médecins, dentistes, des pharmaciens, des personnels paramédicaux et des différents agents techniques et de services⁴⁰.

La consistance de l'offre dépend de la nature du système de soins en place et du niveau de développement économique du pays. On peut conclure que l'importance de la demande dépend du degré d'extension de l'offre : par exemple le nombre de consultations dans un pays donné est corrélé au nombre de médecin en exercice.

8. Facteurs épidémiologiques

La consommation de soins est influencée dans une part, par l'épidémiologie et par la nature des maladies qu'il a caractérisent. En ce sens que plus les maladies sont répandues dans une population et plus la demande de soins est importante.⁴¹

Les facteurs épidémiologiques sont liés essentiellement à deux variables : l'état de santé et la morbidité.

- **L'état de santé** : l'état de santé est un déterminant majeur de la consommation médicale où les épidémies contribuent à l'augmentation de la consommation des biens et services médicaux.

- **La morbidité** : c'est une mesure d'une maladie ou de l'état de santé d'une population⁴². C'est un Terme de l'épidémiologie signifiant le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population. L'incidence (nouveaux cas) ou la prévalence (la somme de tous les cas) sont deux façons d'exprimer la morbidité d'une maladie⁴³.

⁴⁰idem

⁴¹Brahamia B., op. cit. p 47

⁴²Halley des Fontaines V : Introduction à la Santé Publique Analyse des états de santé et indicateurs de santé 1ère année Psychomotricité Santé publique 2006-2007. In:

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/santepublique/introduction.pdf>

⁴³ <http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dico/d/medecine-morbidite-2770/>

IV. LES MESURES DE MAITRISES DES DEPENSES DE MEDICAMENTS

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

1. La régulation Etatique

Pour répondre à l'objectif de maîtrise des dépenses, les pays disposent d'un mode de gestion de l'allocation publique qui consiste à définir ex ante une enveloppe annuelle. Ce dispositif est intéressant à étudier car il présente des interactions très importantes et très directes avec les dispositifs de rémunération des producteurs. Cette enveloppe peut être « fermée », c'est à dire qu'elle fait l'objet d'un arbitrage politique fort qui impose le strict respect du budget voté.⁴⁴ Ce mode de régulation permet de limiter les dépenses publiques consacrées à la santé, mais conduisent au rationnement quantitatif des soins⁴⁵.

2. La régulation comptable

La régulation financière est un contrôle budgétaire qui se matérialise par une définition préalable de l'offre.⁴⁶ Elle a en effet très explicitement pour but de borner les ressources ex ante en fonction d'une appréciation, débattue publiquement, des besoins de santé⁴⁷.

3. La régulation médicalisée des dépenses de santé

La régulation médicalisée est l'ensemble des actions dirigées vers les pratiques et les comportements qui déterminent le bon usage des soins au meilleur coût, dans les composantes préventive et curative⁴⁸.

L'objectif de la régulation médicalisée est de contenir l'augmentation des dépenses de santé à travers l'élimination des dépenses santé jugées inutiles et de limiter le gaspillage des ressources. La régulation médicalisée peut prendre appui sur trois types d'instrument : le

⁴⁴ André J .M . : L'efficacité, une norme de légitimité pour l'assurance maladie. Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université de Grenoble II Pierre Mendès –France, 2008. p 153.

⁴⁵ Palier B.: La réforme des systèmes de santé, édition : Que sais-je, France, 2010. p 73.

⁴⁶ Lafarge H. : Economie de la discipline médicale : Essai sur la dynamique économique du système de production de soins, thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Paris IX Dauphine, 1989. p 187.

⁴⁷ Idem

⁴⁸ Ziani Z., op. cit

parcours des soins coordonnés ; le contrôle des prescriptions à travers les références médicales opposables et la médicalisation de l'information en milieu hospitalier.

4. La régulation quantitative

En matière de régulation de l'offre, les médecins constituent une catégorie particulière, car ce sont les prescripteurs essentiels et contribuent à l'augmentation des dépenses de santé. Deux grands outils sont utilisés pour réguler cette offre, il s'agit du numerus clausus. A coté des professionnels de santé, les établissements de santé constituent le deuxième grand élément en matière de régulation quantitative de l'offre en se basant sur la détermination de l'offre hospitalière⁴⁹.

5. La régulation incitative

La régulation incitative a pour but de contenir l'offre qui provoque une augmentation de la demande et par conséquent l'augmentation des dépenses de santé. Il peut aussi agir sur les facilités matérielles, telles que la mise à disposition gratuite de locaux ou de logement. La régulation incitative consiste donc à accorder des avantages financiers aux médecins qui acceptent de s'implanter dans les régions moins bien pourvues⁵⁰.

6. La régulation de la demande

La régulation de la demande consiste à responsabiliser les assurés et agit directement sur les consommations en utilisant les outils de régulation de la demande qui sont le ticket modérateur, le tarif de référence et le déremboursement.

6.1. Le ticket modérateur

Le ticket modérateur représente la part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après remboursement de la sécurité sociale, avant déduction des participations, franchises médicales ou forfait hospitalier à la charge de l'assuré⁵¹

La régulation via le ticket modérateur est une méthode qui consiste à responsabiliser le patient dans le sens d'un meilleur usage des soins⁵².

⁴⁹Ziani Z., op. cit. p 47

⁵⁰Idem

⁵¹ In : <http://vosdroits.service-public.fr/>

⁵² Le ticket modérateur est appelé aussi franchise dans le jargon des mutuelles d'assurance

6.2. Le tarif de référence

La politique de tarif de référence ou le prix de référence pour le médicament représente l'un des moyens utilisés par les pouvoirs publics pour inciter les individus à faire recours aux médicaments moins chers permettant ainsi de réduire les coûts de remboursement de médicaments par l'assurance maladie⁵³.

La logique de la politique de tarif de référence est de mettre en place des plafonds de remboursements, fixés généralement à la hauteur du prix le plus bas, du prix moyen ou du prix médian dans le groupe. Ce prix devient le « prix de référence » du groupe.⁵⁴

6.3. Le déremboursement

Le déremboursement des médicaments, est l'exclusion de certains médicaments de remboursement, c'est-à-dire qu'ils sont devenus non éligibles au remboursement et leurs paiement est devenu obligatoires même pour les assurés pris en charge. Il a pour objectif de maîtriser les dépenses de médicaments.

Conclusion

Le médicament revêt donc une importance économique primordiale, dans la mesure où la prise de ce produit permet d'éviter les conséquences économiques d'une maladie ou d'une pathologie. La demande de ce dernier dépend de plusieurs facteurs essentiellement : la transition épidémiologique et démographique, l'extension de la couverture sociale, le progrès technique ainsi qu'à la densification de l'offre de soins.

Cependant, la consommation du médicament pèse lourdement sur les fonds de l'Etat, de la sécurité sociale, en raison de l'augmentation de la médicalisation des problèmes de santé et de l'étendue de la couverture sociale et sur les ménages en raison de leurs recours excessifs aux soins. C'est dans ce contexte qu'un ensemble de mesures ont été engagées afin de contenir les dépenses engendrées par la consommation médicamenteuse.

⁵³Idem

⁵⁴Ayadi I. : Effet de l'introduction du système de prix de référence en Tunisie sur les prix des médicaments, communication présentée lors de 8^{ème} journées de Jean Monnet, 23-24 Septembre 2010 Hammamet Tunisie. p 04.



Chapitre 2

La consommation de médicaments en
Algérie

CHAPITRE II : LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS EN ALGERIE

Introduction

En Algérie, depuis quelques années les dépenses de médicaments ont enregistré une progression rapide et représentent une part de plus en plus importante des dépenses totales de santé. 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 surs et efficaces⁵⁵.

L'objectif de ce chapitre est de faire un état des lieux de la consommation médicamenteuse en Algérie, nous nous intéresserons à ses déterminants, à son financement, à l'évolution de sa part dans les dépenses nationales de santé ainsi qu'à l'impact des mesures prises dans le cadre de la maîtrise des dépenses engendrées par cette dernière.

I. LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS EN ALGERIE

Afin de comprendre la question de la consommation médicamenteuse, il est indispensable de présenter le marché algérien du médicament, étant donné que la consommation représente une des composantes de ce marché à côté de l'offre.

1. Le marché du médicament en Algérie

Le marché du médicament comme n'importe quel marché est composé d'une offre et d'une demande.

⁵⁵ZIANI 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 Béjaïa, 2010.

1.1. Offre de médicament en Algérie

L'offre de médicaments en Algérie provient essentiellement des produits importés et des produits locaux. L'importation reste le principal moyen de couverture des besoins du marché algérien avec un taux de couverture moyen de 81,05 %. Quant à la production locale, celle-ci reste faible et n'arrive pas toujours à satisfaire les besoins de la population algérienne⁵⁶.

Le tableau 1 retrace l'évolution de la production nationale ainsi que l'importation de médicaments.

Tableau 1: Evolution du marché pharmaceutique en Algérie de 2004 à 2011(en millions d'euro)

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
L'offre de médicaments	811	1 033,3	943,5	1111,4	1 143,2	1 202	1 354	1 611
Médicaments fabriqués	208	233	264,50	333,50	261,40	424	418	624
Médicaments importés	603	800,30	679	777,90	881,80	778	936	987
Médicaments fabriqués en %	25,65	22,55	28,03	30,00	22,87	35,28	30,87	38,73
Médicaments importés en %	74,35	77,45	71,97	70,00	77,13	64,72	69,13	61,27

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH, direction de la pharmacie.

1.1.1. L'importation des médicaments en Algérie

En Algérie, la satisfaction des besoins de consommation repose à près de 70 % des importations de médicament. L'importation constitue la principale solution de couverture du marché des médicaments algérien.

De 2004 à 2011, les importations de médicaments ont connu une augmentation soutenue, elles étaient de 603 millions d'euro, en 2004, elles sont passées à 987 millions d'euro. Elles ont été multipliées par 1,64 environ en 7 ans. Cette croissance soutenue est due principalement à :

⁵⁶Brahamia B.: Economie de la santé. Evolution et tendances des systèmes de santé - Europe de l'Est-Maghreb, op. cit. p 400.

- l'augmentation de l'espérance de vie des citoyens,
- l'augmentation des maladies chroniques ;
- et l'extension de l'offre publique et privée des soins.

Tableau 2: Evolution des importations des produits médicamenteux en Algérie entre 2004 et 2011 en millions de dollars

Année	Les importations en millions d'euro	Les importations par habitant en euro
2004	603	18,84
2005	800,30	23,42
2006	679	19,73
2007	777,90	21,78
2008	881,80	25,33
2009	778,25	22,26
2010	936,59	26,30
2011	987,32	27,19

Source : Ainouche K. : Essai d'analyse de la consommation des médicaments en Algérie. Cas CHU de Béjaïa, mémoire de Master en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé, Université de Béjaïa, 2012, p 38.

En ce qui concerne la structure des importations en 2011, nous remarquons que l'essentiel des importations algériennes en médicaments proviennent des pays européens. La France vient en tête avec 32,26% suivie des pays comme l'Allemagne, le suisse, et l'Italie. Le reste étant répartie entre une dizaine de pays.

Tableau 3: Répartition des importations de médicaments selon le pays de provenance en 2011

Pays de provenance	Taux d'importation
Canada	1,47%
Etats-Unis	2,69%
Japon	0,14%
Suisse	7,31%
Chine	0,98%
Inde	1,94%
Allemagne	9,81%
Autriche	1,85%
Belgique	1,96%
Espagne	4,66%
France	32,26%
Grande Bretagne	3,85%
Italie	5,86%
Pays-Bas	2,06%
Portugal	1,02%
Reste du monde	22,14%
Total	100%

Source : 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 Béjaïa, 201

Les pays arabes occupent une part très modeste dans l'approvisionnement du médicament en et ce malgré l'évolution constatée. En effet, leur part dans les importations algériennes a augmenté en passant de 77 millions d'euros en 2009 à 75 millions d'euros 2011. La Jordanie et l'Arabie saoudite demeurent les principaux fournisseurs arabes en matière de médicament avec respectivement (65,75%) et (15,24%).

Tableau 4 :Evolution des importations des médicaments en provenance des pays arabes en millions de dollars (de 2007 à 2011)

Pays arabes	Années				
	2007	2008	2009	2010	2011
Arabie Saoudite	35,49	34,71	30,33	22,02	28,20
Egypte	5,17	6,91	4,21	5,00	6,79
Emirats Arabes Unis	0,41	0,58	0,88	0,80	4,51
Jordanie	83,33	109,81	90,92	107,45	121,68
Palestine	1,96	5,34	8,66	7,30	6,14
Syrie	3,07	5,24	6,85	9,22	8,27
Maroc	4,84	7,75	2,96	2,58	2,62
Tunisie	5,37	7,60	10,98	9,19	6,81
Total	139,64	163,43	155,79	163,56	185,05

Source :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 Béjaïa, 2012.

De 2005 à 2009, Sanofi Aventis reste le premier importateurs de médicament en Algérie et couvre en moyenne 18,56% de l'ensemble des importations, suivi d'autres laboratoires essentiellement Biopharm et Prodiphal. En revanche en 2011, Biopharm prend le dessus avec 15,005% de l'importation et place ainsi Sanofi Aventis en deuxième position avec 13,939% comme part du marché.

Tableau 5: Les principaux laboratoires importateurs de médicament en Algérie de 2005 à 2011 (En euro)

Année	Laboratoire	Montant en euro	%
2005	Sanofi Aventis	120 792 787	16,082%
	Biopharm	103 005 416	13,714%
	Prodiphal	68 522 878	9,123%
	LPA	68 298 792	9,093%
	GSK	48 033 745	6,395%
2007	Sanofi Aventis	128 777 282	16,55%
	Biopharm	126 768 723	16,29%
	Prodiphal	56 174 408	7,22%
	GSK	49 563 287	6,37%
	Hikma	46 560 649	5,98%
2008	Sanofi Aventis	162 755 982	21,90%
	Biopharm	145 728 076	19,62%
	Aldaph	52 545 474	7,07%
	Hikma	50 487 328	6,80%
	Prodiphal	39 909 104	5,37%
2009	Sanofi Aventis	156 975 449,34	20,170%
	Biopharm	98 908 108,39	12,709%
	Aldaph	59 373 824,71	7,629%
	Prodiphal	61 044 200,00	7,844%
	Epdis	44 923 837,51	5,772%
2010	Sanofi Aventis	169 735 426,23 €	18,12%
	Biopharm	129 628 857,67 €	13,84%
	GSK	88 040 758,74 €	9,40%
	Epdis	62 654 238,97 €	6,69%
	UPC	59 244 626,87 €	6,33%
2011	Biopharm	148 148 629,27 €	15,005%
	Sanofi Aventis	137 622 581,80 €	13,939%
	Atpharma	114 100 052,06 €	11,556%
	Aldaph	112 899 695,08 €	11,435%
	Prodiphal	59 987 664,53 €	6,076%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH : direction de la pharmacie.

La lourde facture d'importation des produits médicamenteux tire son origine de l'importation des médicaments de marque avec un taux de 82,18%. En revanche, l'importation des médicaments génériques reste faible elle ne représente que 17,82% des importations totales en 2011. Cela est le résultat d'une part, de la préférence des médicaments de marque révélée par les patients et d'autre part, par l'interdiction l'interdiction d'importation des médicaments fabriqués localement étant donné que l'essentiel de la fabrication nationale des médicaments est celle des génériques.

Tableau 6: Répartition des Médicaments Importés en 2011 : Génériques et Spécialités

Produits importés	Produits importés en 2011		%
	Quantité en boîte	Valeur en euro	
Spécialités	180 942 217	811 340 827,11 €	82,18%
Génériques	57 830 288	175 985 334,45 €	17,82%
TOTAL 2011	238 772 505	987 326 161,56 €	100,00%

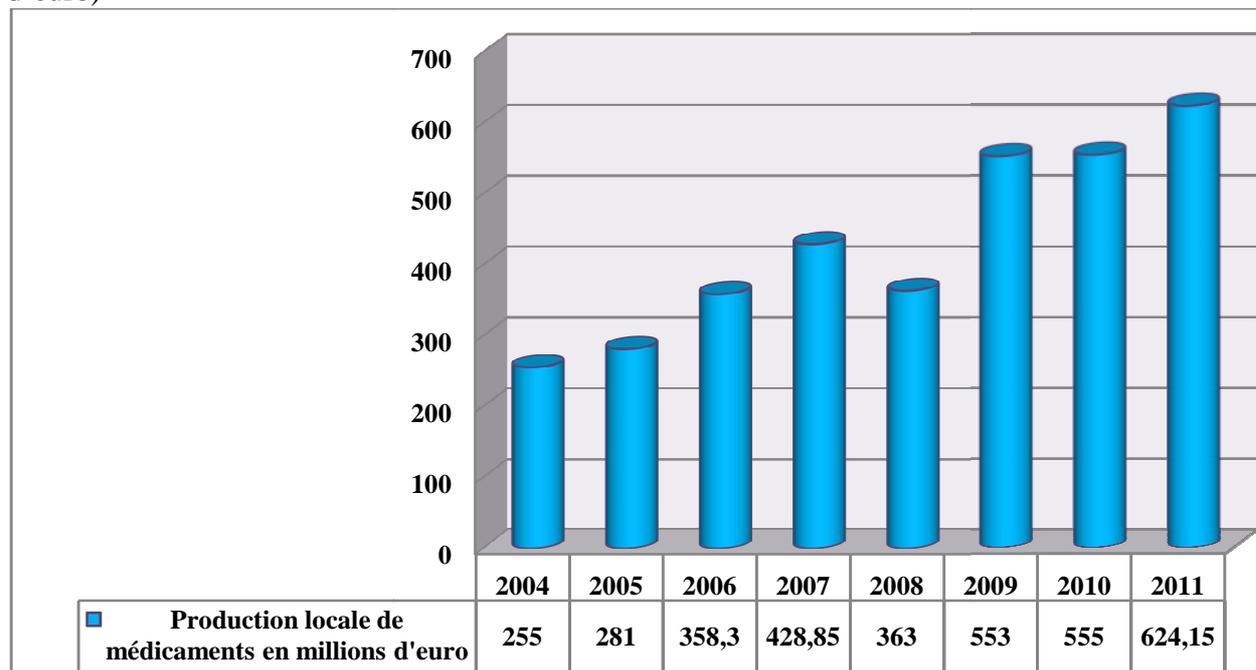
Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH : Direction de la pharmacie

1.1.2. La production nationale

Après l'interdiction d'importer les médicaments fabriqués localement, la production nationale a beaucoup progressé en passant de 208 millions d'euro en 2004 à 624,15 millions d'euro en 2011. Soit une multiplication par 3 en espace de 7 ans. Cette production nationale est orientée vers la fabrication des génériques et de quelques spécialités (princeps des grands laboratoires), Cependant, malgré cette évolution enregistrée, la production nationale reste dépendante, elle aussi, de l'importation de la quasi-totalité des matières premières.⁵⁷

⁵⁷Ziani F, op.cit, p74

Figure 2: Evolution de la production nationale des médicaments de 2004 à 2011(En millions d'euro)



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de :MSPRH : Direction de la pharmacie.

❖ La fabrication du médicament générique en Algérie

De 2004 à 2010, la production du médicament générique fabriqués localement a connu une tendance haussière passant de 255 millions d'euros en 2004 à 624,12 millions d'euros en 2011, soit une évolution de 144,75% au bout de 7 ans. Cette production malgré son évolution demeure marginale vue l'assistance et la facilitation accordés aux producteurs dont la priorité à l'enregistrement, l'accélération des délais et la validation des procédés de fabrication⁵⁸.

⁵⁸ INESG : le système national de santé et son financement : enjeux et perspectives, INESG, 2007, p. 92.

Tableau 7: La fabrication de médicaments génériques en Algérie de 2004 à 2010 (En millions d'euro)

Année/ En millions€	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Médicaments fabriqués	208,00	233,00	264,50	333,50	261,40	424	415	-
Médicaments Conditionnés	47,00	48,00	93,80	95,35	102,70	129	140	-
Total	255	281	358,30	428,85	363	553	555	624,12

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH : Direction de la pharmacie.

La production nationale des médicaments est assurée essentiellement par le groupe public SAIDAL, qui couvre 30,23% de la production totale en 2010 avec un chiffre d'affaire 12, 648 milliards de dinars suivi d'IMC et SANOFI AVENTIS Winthrop avec respectivement une part de marché de 9,20% et 8,09%.

Tableau 8: Les dix premiers producteurs de médicaments en Algérie en 2010 (En DA)

N°	Fabricant	Montant en DA	%
1	GROUPE SAIDAL	12 648 468 409,38	30,23%
2	IMC	3 848 588 327,28	9,20%
3	SANOFI AVENTIS winthrop	3 384 001 186,01	8,09%
4	PHARMALLIANCE	2 783 889 739,00	6,65%
5	EL KENDI	2 749 898 309,30	6,57%
6	PFIZER	2 536 437 946,14	6,06%
7	PHARMAIVAL	1 217 132 212,57	2,91%
8	BIOPHARM	1 034 712 025,02	2,47%
9	LADPHARMA	1 006 893 425,00	2,41%
10	PROPHARMAL	786 208 722,31	1,88%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH : Direction de la pharmacie.

1.1.3. L'enregistrement des médicaments

Les données du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière montrent qu'au 31 mai 2011, 5 584 produits ont été enregistrés dont 1 631 spécialités génériques et 3953 spécialistes princeps.

Tableau 9 : L'enregistrement des médicaments au 31 Mai 2011

L'enregistrement des médicaments	Nombre de spécialité	%
Produits génériques	3 953	71%
Produits princeps	1 631	29%
Total des produits enregistrés	5 584	100%

Source : Ainouche K. : Essai d'analyse de la consommation des médicaments en Algérie. Cas CHU de Béjaïa, mémoire de Master en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé, Université de Béjaïa, 2012, p 38.

2. La consommation des médicaments en Algérie

De 1990 à 2009, la consommation des médicaments a connue une croissance soutenue, passant de 375 à 1640 millions de dollars. Elle a été multipliée plus de 4 en espace de 19 ans. Cela est du principalement à : 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 le niveau culturel de la population; à l'urbanisation et l'industrialisation, au progrès de la médecine et de la technologie des soins, la densification de l'offre de soins publique et privée, décentralisation du réseau de soins.

Il en est de même pour la consommation des médicaments par habitant, cette dernière a progressé de 213,33% entre 1990 et 2009, passant en dix neuf ans de 15 dollars à près de 47 dollars (courants). Cette augmentation est due principalement à la médicalisation croissante des problèmes de santé ainsi qu'à la transition sanitaire.

Tableau 10: Evolution de la consommation de médicaments en Algérie

Années	Consommation médicamenteuse en millions de dollars	Consommation par habitant
1990*	375	15
1992***	374	14
1994***	576	20
1995***	666	23
1996***	438	15
1998	381	13
1999	687	23
2000**	441	14
2001**	517	16
2004****	1134	35
2005****	1418	43
2006****	1785	53
2009*****	1640	47

Source : 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 Béjaïa, 2012.

S'agissant de la consommation des médicaments par classe thérapeutique, on remarque que les classes thérapeutiques sur lesquelles a porté la demande algérienne de médicaments en 2011 sont les Cardiologie et angéologie 15,996% puis Métabolisme - Nutrition - Diabète (15,218%), suivis d'infectiologie (10,987%) et de l'endocrinologie et hormones (8,365%). Les tendances de la consommation algérienne ces dernières années rejoignent celles des pays industrialisés. Suite à la triple transition : démographique, épidémiologique et économique qu'a connue le pays.

Tableau 11:Le marché national par classes thérapeutiques en 2011 (En euro)

N°	Classes thérapeutiques	Montant en euro	%
1	CARDIOLOGIE ET ANGEIOLOGIE	157 928 709,53 €	15,996%
2	METABOLISME - NUTRITION -DIABETE	150 251 199,73 €	15,218%
3	INFECTIOLOGIE	108 478 499,39 €	10,987%
4	ENDOCRINOLOGIE ET HORMONES	82 594 103,83 €	8,365%
5	GASTRO-ENTEROLOGIE	81 698 815,94 €	8,275%
6	NEUROLOGIE	46 416 098,68 €	4,701%
7	HEMATOLOGIE ET HEMOSTASE	45 197 784,22 €	4,578%
8	PSYCHIATRIE	27 462 650,54 €	2,782%
9	PNEUMOLOGIE	36 029 786,98 €	3,649%
10	CANCEROLOGIE	33 774 204,96 €	3,421%
11	Autres classes	217 494 307,74 €	12,03%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH : Direction de la pharmacie

2.1. La consommation des génériques en Algérie

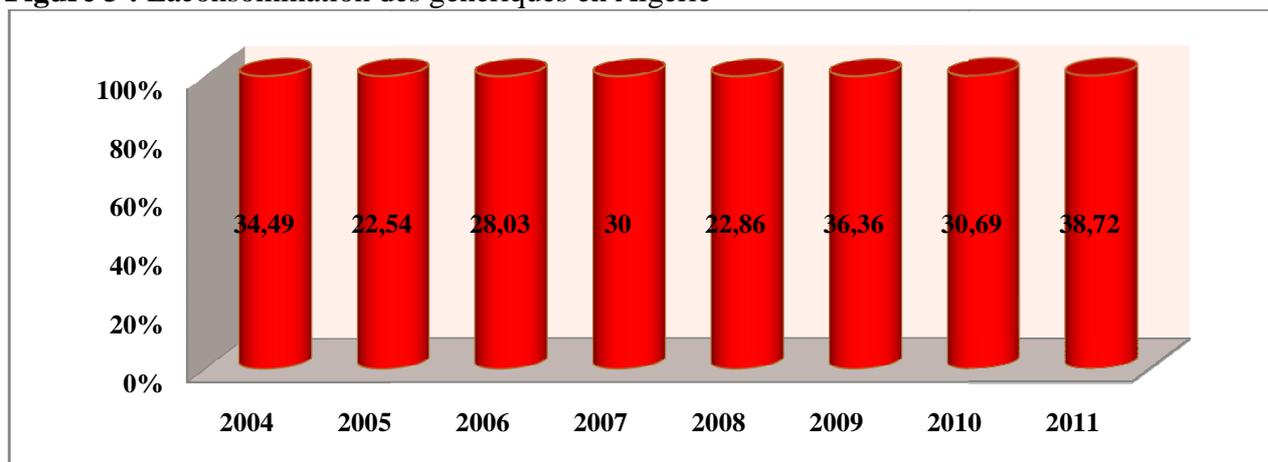
Malgré la panoplie des mesures prises par les pouvoirs publics algériens dans l'objectif de promouvoir la consommation des médicaments générique. Les médicaments génériques en Algérie restent faiblement consommés par les algériens par rapport aux princeps⁵⁹.

De 2004 à 2011, la consommation de médicaments génériques a connu une croissance en passant de 34,49% en 2004 à 38,72% en 2011. Cette croissance est le résultat de la panoplie des mesures prises par les pouvoirs publics algériens dans l'objectif de promouvoir la consommation des médicaments générique. Mais malgré tout cela, les médicaments génériques en Algérie demeurent faiblement consommés par les algériens par rapport aux princeps⁶⁰.

⁵⁹ZIANI F, Op. cit. p 77.

⁶⁰Idem

Figure 3 : La consommation des génériques en Algérie



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : MSPRH : Direction de la pharmacie

II. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS EN ALGERIE

L'objectif de cette section est de tenter de mettre en évidence les principaux facteurs qui sont à l'origine de la croissance des dépenses de médicaments en Algérie.

1. La transition démographique

La transition démographique est une phase qui se caractérise par un infléchissement du taux d'accroissement démographique, une baisse de l'indice synthétique de fécondité⁶¹ et une modification dans la structure des âges⁶².

A l'instar des autres pays et depuis une décennie l'Algérie est rentrée dans transition démographique. Sa population est d'environ 36,8 millions d'habitants en 2011. De plus, la structure démographique se caractérise aujourd'hui par une tendance longue vers la diminution de la population de jeune âge et l'amorce du vieillissement⁶³. En effet, la population âgée de 60 ans et plus est passée de 6,6% en 1998 à 7,6% en 2006, le pourcentage des Algériens de moins de 15 ans baisse constamment depuis 1975, il passe de 45,5% en 1962 à 28,9% en 2005 tandis que celui de la tranche d'âge comprise entre 15 et 60 ans

⁶¹Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âges) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

⁶²Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie, Alger, septembre 2001, p. 57.

⁶³ZIANI F, Op. cit.

augmente, il passe de 48,3% en 1962 à 63,8 % en 2005⁶⁴. Cela s'explique essentiellement par la baisse du taux de fécondité qui est passé de 7 enfants par femme en 1977 à 2,7 enfants par femme en 2003 à 1,97 enfants en 2009⁶⁵.

2. La transition épidémiologique

La charge de morbidité est marquée de nos jours par une prévalence croissante des maladies non transmissibles, conséquence du prolongement de la longévité et du changement du mode de vie, et par un recul des maladies transmissibles et contagieuses dites de sous développement⁶⁶.

En effet, en Algérie à partir de 2002, les maladies non transmissibles étaient devenues la première cause de mortalité (55 %). Si les maladies transmissibles ont connu une baisse constante, cette baisse est le résultat des différentes politiques menées par l'Etat après l'indépendance⁶⁷.

Les principaux changements démographiques caractérisant cette transition épidémiologique sont : ⁶⁸

- Baisse de la part de la mortalité due aux maladies transmissibles (infectieuses), de 80% en 1971 à 30% en 2005 ;
- Apparition inquiétante d'autres maladies infectieuses transmissibles (les hépatites B et C, VIH/SIDA) ;
- Modification conséquente de la demande de soins, marquée par un impact grandissant, notamment des cancers, maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle, maladies respiratoires, diabète, insuffisances rénales, cholestérol, obésité ;
- Augmentation de la part de la mortalité due aux maladies non transmissibles (chroniques), de 15% en 1971 à 60% en 2005.

3. Extension de l'offre de soins

L'offre de soins désigne d'une part les structures sanitaires d'autre part les ressources humaines de la santé. Les structures sanitaires sont composées des cliniques et établissements hospitaliers, les équipements et les technologies des soins. En revanche, les ressources

⁶⁴Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007. p 10

⁶⁵ZIANI Z, Op. cit.

⁶⁶Brahamia, op.cit 381.

⁶⁷ZIANI Z, Op. cit.

⁶⁸Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007. p 49.

humaines de la santé sont constituées des médecins, dentistes, des pharmaciens, des personnels paramédicaux et des différents agents techniques et de services.

3.1. Evolution des structures sanitaires

En Algérie il existe deux structures sanitaires : les structures publiques et privées. En 2011, l'infrastructure publique est composée de 224 hôpitaux, 31 établissements hospitaliers spécialisés, et 13 centres hospitalo-universitaires (CHU) pour une capacité d'environ 54 000 lits, 504 polycliniques, 5368 centres de santé et salles de soins, 515 centres médico-sociaux. S'agissant des structures privées, elles sont constituées de 221 cliniques pour une capacité d'accueil de 3400 lits.

Tableau 12 : Infrastructure sanitaire en Algérie en 2011

Infrastructures	Nombres
Etablissements Hospitaliers Spécialisés	31
CHU	13
polycliniques	504
Centres de santé et salle de soins	5368
Centre médico-sociaux	515
Cliniques privées	221

Source : 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 Béjaïa, 2012.

3.2. Evolution de la démographie médicale

En Algérie, on constate ces dernières années que la démographie médicale a poursuivi son accroissement. Cela est confirmé par l'amélioration des indices de couverture qui étaient très modestes, au cours des années soixante et soixante dix se sont nettement améliorés et dépassent même la moyenne d'un grand nombre de pays en développement aujourd'hui.⁶⁹ L'essentiel de ces indicateurs de couverture sont présentés dans le tableau 13.

⁶⁹Brahamia B. : Le système de santé algérien dans la transition. p 7.

Tableau 13: Evolution des indicateurs de couverture sanitaire entre 1963-2009

Indicateurs/ habitants (public et privé)	1963	1999	2005	2009*
Spécialiste	-	1/3 594	1/ 2 240	1/2000**
Généraliste	-	1/ 1 750	1/ 1 708	-
Médecin	1/25 463	1/ 1 177	1/ 969	1/757
Chirurgien dentiste	1/72 848	1/ 3 752	1/ 3 646	1/2515
Pharmacien	1/41 667	1/6 134	1/ 5 389	1/3141
Paramédical	1/ 2979	1/346	1/ 367	1/290

Source : 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 Béjaïa, 2010.

4. L'extension de la couverture sociale

En 2009, la CNAS dénombre 8 312 826 assurés, Avec les ayants droits. En Algérie, la quasi-totalité de la population bénéficie donc de la couverture sociale.

Tableau 14 : Evolution du nombre d'assurés actifs et inactifs entre 2002 et 2009 en Algérie

Années	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total assurés	5243744	5751698	6369266	6791761	6816223	7337372	7800320	8312826

Source Tableau réalisé par nos soins à partir des données collectées auprès de la direction générale de la CNAS

5. La transition économique

La transition économique est représentée par le passage d'une économie administrée à une économie de marché. A l'instar des autres pays en développement⁷⁰. L'Algérie est rentrée dans une phase de transition économique caractérisée par le passage d'une économie administrée à une économie de marché. Cette transition s'est matérialisée par l'adoption du plan d'ajustement structurel dont les principales directives étaient :

- ✚ La libéralisation des prix ;
- ✚ La privatisation des entreprises publiques et des circuits de distribution. ;
- ✚ L'ouverture à l'extérieur, et
- ✚ La libéralisation des changes et la dévaluation.

⁷⁰Kassa F. : Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie, mémoire de magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la santé et Développement Durable, Université de Béjaïa, 2009, p 110.

Par ailleurs, la mise en place du PAS et le rééchelonnement de la dette extérieure en 1994 ont eu des effets négatifs sur le plan social : détérioration du niveau de vie, inflation galopante, chômage élevé, paupérisation des couches sociales.

Sur le plan sanitaire, la libéralisation des changes et la dévaluation a eu un impact négatif sur les importations des médicaments, ce qui conduit à un renchérissement des prix des médicaments et par conséquent un accroissement des dépenses médicamenteuses⁷¹.

6. Progrès de la médecine et de la technologie des Soins

Les progrès de la médecine entraînent l'introduction de nouvelles technologies et de nouvelles molécules coûteuses pour répondre aux attentes des populations. Dans le domaine du médicament par exemple, 3 000 « présentations » sont aujourd'hui remboursées en ville ou fournies à l'hôpital⁷².

III. LE POIDS FINANCIER DES DEPENSES DE MEDICAMENTS EN ALGERIE

Dans cette section, nous essayerons de démontrer l'ampleur des dépenses de médicaments en Algérie. Dans un premier temps, nous nous intéresserons au poids financier que représentent ces dépenses pour la sécurité sociale. Dans un deuxième temps nous ferons le point sur la charge engendrée par la consommation médicamenteuse sur le budget de l'Etat.

1. La part du médicament dans le budget de la sécurité sociale

La sécurité sociale dépense des sommes énormes en matière de médicaments, les dépenses de sécurité sociale sont passées de 68,17 milliards de DA en 2000 à 186 milliards de DA en 2011 ; elles ont été multipliées par 2,73 durant onze ans.

En % du total des dépenses de sécurité sociale, de 2000 à 2006, les dépenses de médicaments ont subi une baisse de 17,74 % en passant de 55,15 % en 2004 37,41 % en 2006. Cette baisse est due principalement à la mise en place du remboursement à base du tarif de référence, puis a progressivement augmenté pour arriver à 59,14% en 2011. Ceci est expliqué par la conjugaison de plusieurs facteurs essentiellement : la transition sanitaire et la généralisation de la couverture sociale.

⁷¹ZIANI Z, Op. cit.

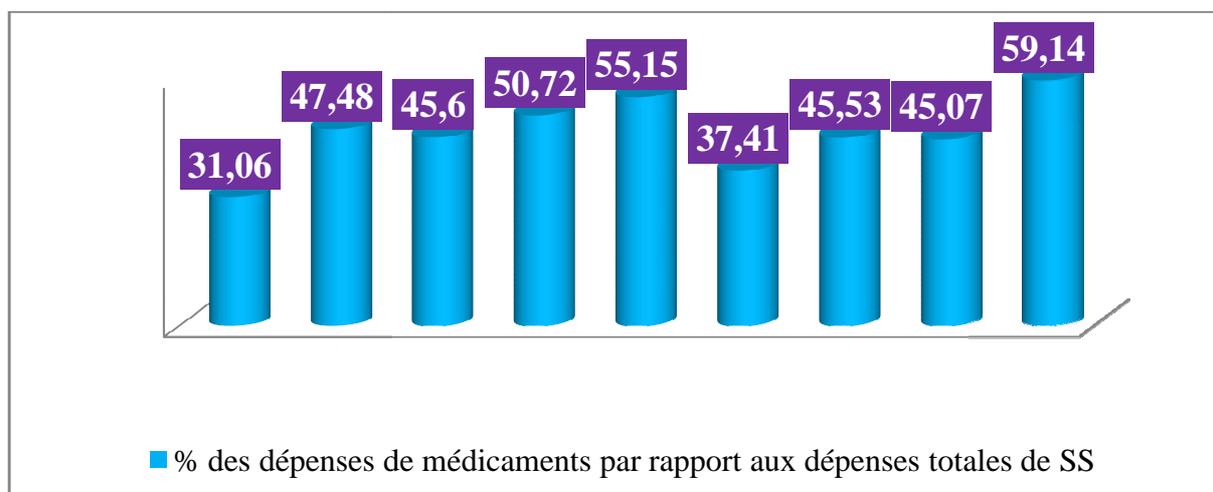
⁷² Idem

Tableau 15: Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale en Algérie (en milliards de DA)

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

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

Figure 4: La part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 15.

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.

S'agissant de la part des dépenses de médicaments dans les dépenses de santé, cette dernière a connu une augmentation soutenue passant de 8,1 % en 1991 à 29,03 % en 2010. Soit une évolution de 20,93% en espace de dix ans. Cela s'explique principalement par l'accroissement de l'offre publique et privée ainsi que par le cumul d'une double charge de morbidité.

Tableau 16: Evolution de la part du médicament dans les dépenses nationales de santé entre 1991 et 2010 Unité : Millions de DA

Année	1991	1992	2000	2001	2004	2005	2007	2008	2010
DNS en DA courant	33 499	44 321	155 600	174 231	219 020	253 980	279 842	294 970	86 224
La part du médicament dans les DNS en %	8,1	12,1	21,3	23,77	25,4	26	27,7	28,87	29,03

Source : Tableau 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.

IV. LES MESURES DE MAITRISE DES DEPENSES MEDICAMENTEUSES EN ALGERIE

Dépenses publiques de médicaments sont en augmentation permanente et constituent une préoccupation dans tous les pays⁷³.

La croissance rapide de dépenses liées aux remboursements du médicament a conduit beaucoup de pays dont l'Algérie à revoir leur politique du médicament en se basant sur l'encouragement du médicament générique⁷⁴

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.

1.1. Le droit de substitution

⁷³ Le tarif de référence: un choix thérapeutique ou une contrainte économique ? In : <http://www.ordredesmedecinsdeghardaia-dz.com/doc/CNOM.pdf>

⁷⁴ Idem

Une autre mesure incitative prise auprès des pharmaciens par la mise en place du droit de substitution. Ce dernier consiste en 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.

1.2.La mise en place du tarif de référence

L'instauration du tarif de référence vise 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 question.⁷⁵ Si le patient refuse de recourir au générique, la différence du prix restera à sa charge⁷⁶.

2. La carte Chifa

La carte Chifa (littéralement guérison, en arabe) est une carte à puce permettant d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit au moment de bénéficier des prestations de la sécurité sociale⁷⁷.

Les bénéficiaires du système du tiers payant peuvent ainsi présenter la carte chez le médecin, le dentiste, les pharmacies, les hôpitaux, des différents établissements de soins pour bénéficier de soins et de médicaments sans paiement.

Outre certaines catégories, comme les malades chroniques qui bénéficient d'une prise en charge de 100 % des frais des soins et des médicaments, toutes les autres catégories d'assurés peuvent, depuis le 1er août 2011, prétendre aux avantages de la carte Chifa et ne payeront que 20% du montant de la prestation ou de l'ordonnance.

⁷⁵ZIANI Z, Op. cit.

⁷⁶ Le tarif de référence: un choix thérapeutique ou une contrainte économique ? <http://www.ordresmedecinsdeghardaia-dz.com/doc/CNOM.pdf>

⁷⁷ <http://www.elmouwatin.dz/?L-evenement,3184>

A noter que trois types de cartes ont été mis en place par la CNAS : la carte ChifaPharm, utilisée au niveau des pharmacies pour l'acquisition de médicaments, la carte Chifa Med destinée à être présentée aux médecins traitants afin de bénéficier de la gratuité des soins et la carte Chifa Bio utilisée au niveau des laboratoires, dans les centres d'hémodialyse, centres de chirurgie du coeur ainsi que par les opticiens. Cette dernière devrait être généralisée en 2012. L'engouement rencontré par la carte Chifa auprès des assurés sociaux a dépassé toutes les prévisions.

Les derniers chiffres révélés par le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale font état de 6.6 millions de cartes distribuées à travers le territoire national, dont plus de 160 000 délivrées par la Caisse nationale de la sécurité sociale des non-salariés (CASNOS).

Au total, 27 millions⁷⁸ de bénéficiaires (en comptabilisant les ayants droit) de la carte Chifa ont été inscrits et plus de 47 millions de factures électroniques.

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, dont :⁷⁹

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

⁷⁸ <http://www.liberte-algerie.com/actualite/1-algerie-compte-27-millions-de-beneficiaires-de-la-carte-chifa-tayeb-louh-l-a-affirme-hier-a-constantine-193371>

⁷⁹ Ministère 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

3. Le non remboursement

Il consiste en la réduction ou suppression du remboursement d'un médicament ou d'un traitement médical par la Sécurité Sociale⁸⁰. Le principe consiste en le retrait de la liste (des remboursables), des produits qui ne présentent pas un service médical et thérapeutique prouvé.

D'après les listes, nous remarquons⁸¹ :

- Avant 1995 tous les médicaments étaient remboursables,
- Entre 1995 et 2000, les médicaments retirés de la liste des remboursables sont ceux représentant des vitamines et des sels minéraux,
- Entre 2000 et 2005, cette liste est élargie aux médicaments antiallergiques, de tube digestif, médicaments de l'appareil respiratoire, psychotropes et médicaments de dermatologie.
- Depuis 2005 à ce jour, la liste touche les médicaments traitants les maladies chroniques à savoir : l'Hypertension artérielle et l'Epilepsie.

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 de soins spécialisés⁸².

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

⁸⁰ <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/d%C3%A9remboursement>

⁸¹ Mahfoud N. : Essai d'analyse de la part du médicament dans les dépenses de l'assurance maladie et le phénomène de déremboursement en Algérie : Cas de la wilaya de Béjaïa, Mémoire de magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la santé et développement durable, Université de Bejaïa, 2009, p 129.

⁸² Brahamia B.: Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, op. cit. p 400.

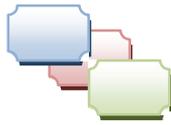
système tiers payant du médicament dans le cadre de la prise en charge des soins ambulatoires.

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.

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.

Devant l'ampleur de ce phénomène, les pouvoirs publics ont entrepris un ensemble de mesures visant à rationaliser les dépenses médicamenteuses. Cependant malgré toutes les mesures entreprises, la consommation continue à enregistrer des accroissements importants et à peser lourdement sur le budget de l'Etat et la sécurité sociale.



Chapitre 3

Essai d'analyse des déterminants de la
consommation de médicaments dans la wilaya
de Bejaïa .enquête auprès des ménages de la
ville de Bejaïa

CHAPITRE III : ESSAI D'ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS DANS LA WILAYA DE BEJAIA. ENQUETE AUPRES DES MENAGES DE LA VILLE DE BEJAIA

Introduction

Afin de comprendre les déterminants de la consommation médicamenteuse dans la wilaya de Béjaïa et en raison de l'absence de statistiques relatives à notre thème, nous étions amenés à réaliser une enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa. L'objectif étant de collecter des informations nécessaires à l'analyse du phénomène de consommation de médicaments au niveau de cette wilaya.

Dans ce chapitre, nous exposerons les résultats de notre enquête sur les déterminants de la consommation du médicament menée auprès des ménages de la ville de Béjaïa. Dans la première section, en raison des difficultés à cerner les principaux facteurs explicatifs de la consommation de médicaments, nous étions dans l'obligation de présenter la situation sanitaire de la wilaya de Béjaïa à travers d'une part l'étude de l'offre de soins et d'autre part l'étude du profil afin de mieux cerner certains facteurs explicatifs de la consommation de médicaments dans cette wilaya. La deuxième section sera consacré la présentation de la méthodologie de l'enquête. Enfin, dans la troisième section nous analyserons les différents résultats obtenus à partir de notre enquête.

I. QUELQUES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE DANS LA WILAYA DE BEJAIA

En raison des difficultés à cerner les principaux facteurs déterminants de la consommation des médicaments à partir d'une enquête par questionnaire, nous étions amenés à effectuer une collecte de donnée auprès de la DSPet la DPSB pour tenter de mettre en lumière certains facteurs explicatifs de la consommation de médicaments dans cette ville.

1. L'offre de soins dans la wilaya de Béjaïa

Dans ce qui suit nous présenterons les composantes clés de l'offre de soins au sein de la wilaya de Béjaïa à savoir : les structures sanitaires et la démographie médicale.

1.1. Présentation des structures sanitaires dans la wilaya de Béjaïa

Dans la wilaya de Béjaïa les structures sanitaires sont composées essentiellement en 2011 de : 229 pharmacies dont 206 officines privées et 23 officines PCA, 197 salles de soins, 11 maternités, 50 polycliniques, 5 EHS, 1 EPH et 1 CHU.

Tableau 17: Infrastructures Sanitaires 2011 dans la wilaya de Béjaïa

Infrastructure sanitaire	Pharmacie		Salles de soins	polyclinique	EHS	EPH	CHU	Maternité
	OP	P. PCA						
	206	23							197	50	5	1	1	11
Nombre de lits	/		/	100	903	60	570	/

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents de la DPSB

1.2. Evolution de la démographie médicale dans la wilaya de Béjaïa

On assiste ces dernières années dans la wilaya de Béjaïa à une croissance significative de la démographie médicale. Le nombre de praticiens en activité n'a pas cessé d'augmenter, il était de 2954 en 2004, il passe à 3302 en 2011.

Le nombre de médecins qui n'était que de 711 en 2004, il passe 1010 médecins en 2011. Les spécialistes, au nombre de 370, 48,64% d'entre eux exercent dans le secteur public, et les généralistes au nombre de 640, près de 76,40% d'entre eux exercent dans le secteur public. Les pharmaciens, au nombre de 7 exercent essentiellement dans le secteur public.

Les chirurgiens dentistes sont au nombre de 340, près de 61,17% d'entre eux exercent dans le secteur privé. Il est de même pour les paramédicaux, au nombre de 1907 qui exercent essentiellement dans le secteur public.

Tableau 18: Evolution de la démographie médicale dans la wilaya de Béjaïa

Secteur	Médecins Spécialistes		Médecins Généralistes		Chirurgiens dentistes		Pharmaciens		Psychologues		Paramédicaux	
	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public
2004	77	181	276	177	96	148	-	146	-	-	-	1853
2006	91	162	198	280	96	193	-	161	-	-	-	1871
2007	-	161	-	167	-	172	-	168	-	-	-	49
2009	175	169	149	440	193	136	-	8	-	-	55	1161
2010	180	193	150	437	204	127	-	8	-	24	58	2103
2011	190	180	151	489	208	132	-	7	-	38	63	1844

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents de la DPSB

- Données non disponible.

1.3. Indice de couverture médicale et paramédicale par habitant

La plus part des indicateurs de couverture rejoignent ceux enregistrés à l'échelle nationale.

Un seul ratio marque l'exception, il s'agit A du taux de couverture par les médecins généralistes qui est de 1 médecin généraliste pour 1470 habitants, alors qu'au niveau national ce ratio est de 01 médecin généraliste pour 757 habitants.

Tableau 19: Indicateurs de la couverture médicale et paramédical dans la wilaya de Béjaïa en 2011

Ration wilaya de Béjaïa	Norme nationale ¹
01lits d'hôpital pour 609 habitants	01lits d'hôpital pour 515 habitants
01 polyclinique pour 19255 habitants	01 polyclinique pour 25 000 habitants
01 salle de soins pour 4943 habitants	01 salle de soins pour 6313 habitants
01 médecin spécialiste pour 2500 habitants	01 médecin spécialiste pour 2000 habitants
01 médecin généraliste pour 1470 habitants	01 médecin généraliste pour 757 habitants
01 pharmacien pour 4347 habitants	01 pharmacien pour 3141 habitants
01 chirurgien dentiste pour 2777 habitants	01 chirurgien dentiste pour 2515 habitants
01 paramédical pour 490 habitants	01 paramédical pour 290 habitants

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents de la DPSB

2. Présentation du profil épidémiologique de la wilaya de Béjaïa

Dans l'optique d'expliquer les facteurs qui sont à l'origine de l'accroissement de la consommation médicamenteuse, nous présenterons dans ce qui suit le profil épidémiologique de la wilaya de Bejaïa.

2.1.1. Les maladies à transmission hydrique

D'après les données du tableau 20, les maladies à transmission hydrique les plus répondues dans la wilaya de Béjaïa sont la fièvre typhoïde, l'hépatite virale. En effet, la fièvre typhoïde et l'hépatite virale enregistre un nombre de cas important avec respectivement 153 et 219 cas entre 2004 et 2011. Par contre pour la Dysenteries, le nombre de cas enregistré est marginal. Aucun cas de Choléra n'a été enregistré depuis 2004. Ceci est dû principalement aux programmes de lutte menés par l'Etat algérien pour éradiquer ce type de maladie.

Tableau 20: Evolution des maladies a transmission hydrique dans la wilaya de Béjaïa

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Fièvre Typhoïde	65	52	12	06	09	06	02	01	153
Hépatite Virale A	10	22	31	35	34	29	33	25	219
Dysenteries	02	00	00	00	01	00	00	00	03
Choléra	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents de la DSP de Béjaïa

2.1.2. Les maladies contrôlables par la vaccination

Les données de la DSP de la wilaya de Béjaïa confirment que les maladies contrôlables par vaccination sont totalement éradiquées et qu'aucun cas n'a été déclaré depuis 2004. Rappelons que les maladies contrôlables par vaccination les plus répondues sont la tuberculose, la méningite, la rougeole, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

2.1.3. Les maladies sexuelle et sanguine

L'Hépatite virale B et l'Hépatite virale C et les Syphilis constituent les maladies les plus répondues dans la wilaya de Béjaïa avec respectivement 197, 61 et 106 cas enregistrés entre 2004 et 2011⁸³.

⁸³Il nous est difficile de comptabiliser les autres maladies sexuelle et sanguine car les données concernant les maladies sexuellement transmissibles manquent en Algérie en raison de la difficulté de cerner ce phénomène considéré toujours comme tabou.

Tableau 21 : Evolution des maladies à transmission sexuelle et sanguine

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Hépatite virale B	30	26	22	25	23	17	13	41	197
Hépatite virale C	10	03	02	06	12	06	04	18	61
Syphilis	17	10	22	11	08	07	17	14	106
Urétrite gonococcique	03	00	00	00	00	00	00	00	03

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents de la DSP de Béjaïa

2.1.4. Les zoonoses

Les cas de zoonoses les plus répondus dans la wilaya de Béjaïa sont : la Fièvre boutonneuse avec 48 cas, la Leishmaniose viscérale, le Kyste hydatique, Leishmaniose cutanée avec respectivement 33, 27 et 20 cas enregistrés. Les cas relatifs à la Brucellose, Leptospirose et la Rage sont très faibles.

Tableau 22: Evolution des Zoonoses dans la wilaya de Béjaïa entre 2004 et 2011

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Leishmaniose viscérale	02	14	06	03	06	04	05	01	33
Leishmaniose cutanée	05	07	06	02	02	03	04	04	20
Leptospirose	00	00	02	04	04	02	01	03	12
Brucellose	01	01	01	00	04	02	02	00	08
Kyste hydatique	02	08	05	03	02	09	07	06	27
Rage	00	00	00	02	01	03	00	00	06
Fièvre boutonneuse	02	18	05	12	10	03	06	08	48

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents de la DSP de Béjaïa

2.2. Les maladies non transmissibles

Les caractéristiques du profil épidémiologique de la wilaya de Béjaïa sont presque les mêmes que celles qui caractérisent le profil épidémiologique national concernant les maladies non transmissibles.

On note que de nombreuses maladies non transmissibles prennent un caractère chronique. Les maladies cardiovasculaires dans la wilaya de Bejaïa⁸⁴ viennent au premier rang parmi les maladies chroniques, le diabète occupe la deuxième place.

A cause des problèmes liés à l'environnement et aux modes de vie, les insuffisances respiratoires augmentent de plus en plus ces dernières années. C'est pareil pour les insuffisances rénales et les maladies des glandes qui enregistrent une augmentation importante durant les dernières années surtout pour les maladies des glandes. Ces maladies pèsent lourdement sur le budget de l'Etat. C'est ainsi qu'une politique de maîtrise des dépenses liées à la prise en charge de ces maladies a été lancée ces dernières années par les autorités algériennes.

Tableau 23:Évolution des maladies non transmissibles de 2004 à 2010

	2004	2005	2007	2010
Les maladies cardiovasculaires	4896	7446	8848	9246
Le diabète	4092	6597	8748	8821
Insuffisances respiratoires	749	1094	1133	1172
Le cancer	167	241	420	503
Les maladies mentales et psychiques	1796	2307	4781	4922
Les insuffisances rénales	226	331	604	616
Les maladies des glandes	413	818	-	-

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents de la CNAS de Béjaïa

⁸⁴En raison des difficultés rencontrées quant au recueil des statistiques au niveau de la CNAS de Béjaïa, causée par la confidentialité des données, nous nous sommes contentées de présenter des données non actualisées

II. METHODOLOGIE ET CONCEPTION DE L'ENQUETE

Dans cette section, nous exposerons la démarche méthodologique suivie pour la réalisation de notre enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa.

1. Présentation de l'enquête

L'enquête que nous avons menée au niveau de la ville de Béjaïa a été lancée le 01 août 2013 et a pris fin le 31 août 2013 . Notre échantillon d'enquête a porté sur 200 ménages. Les ménages sont sélectionnés au hasard parmi les habitants de la ville de Béjaïa. Cette enquête est réalisée à partir d'un questionnaire comprenant 15 questions (cf. annexe 01).

2. Les objectifs de l'enquête

L'enquête a pour objectif de tenter d'évaluer les principaux facteurs déterminants de la consommation des médicaments dans la ville de Béjaïa.

3. Le dépouillement

Le dépouillement de notre enquête a été informatisé en utilisant le logiciel SPSS 20.0, Nous avons procédé en deux étapes :

- La première concerne la saisie de l'information collectée et contenue dans les documents d'enquête.
- La deuxième concerne les traitements de données permettant d'aboutir aux différents résultats sous forme de tableaux

4. Les difficultés rencontrées

De nombreuses insuffisances sont à signaler quant au contenu du questionnaire et au déroulement de l'enquête :

- ❖ L'absence d'enquête similaire antérieure au niveau de la wilaya de Béjaïa qui aurait pu constituer des modèles et des références de comparaison.
- ❖ Le manque de moyen et surtout de temps.
- ❖ Les difficultés relatives à l'engagement des répondeurs.

III. PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE

Dans cette section, on présentera les résultats de notre enquête et cela sous forme de tableaux, cette présentation se fera en respectant l'ordre des questions posées dans notre questionnaire, les tableaux seront accompagnés d'une interprétation ou d'une lecture.

1. Caractéristiques générales de l'échantillon enquêté

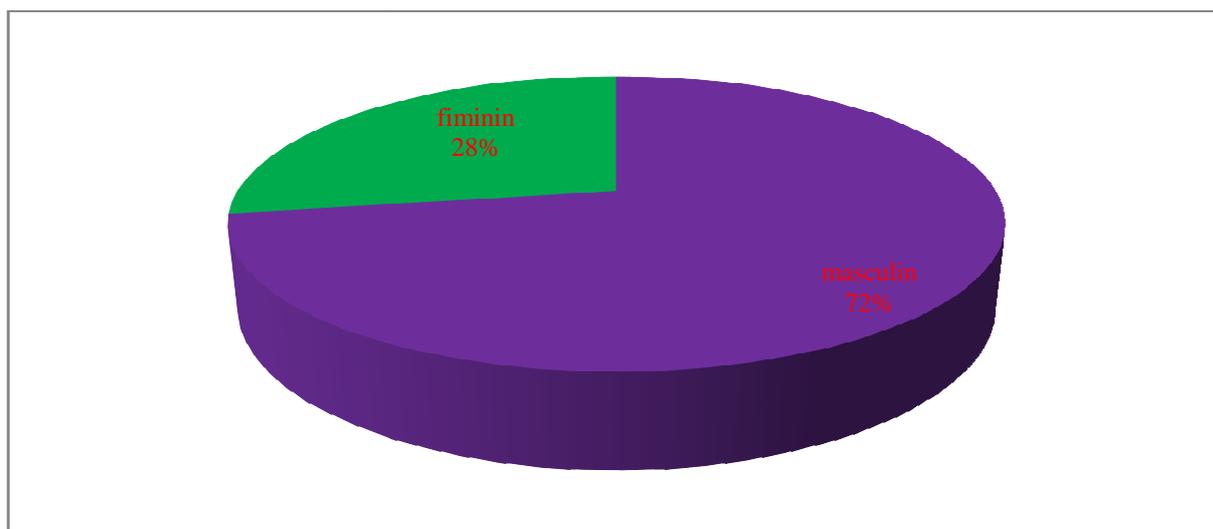
Ce tableau représente la répartition de l'échantillon par sexe. Le sexe masculin représente de 72,5% de l'échantillon, contre 27,5 % pour le sexe féminin.

Tableau 24: Répartition de l'échantillon par sexe

Nature	effectifs	Pourcentage %
Masculin	145	72,5
Féminin	55	27,5
Total	200	100,0

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31août 2013).

Figure5: Répartition de l'échantillon par sexe



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 24.

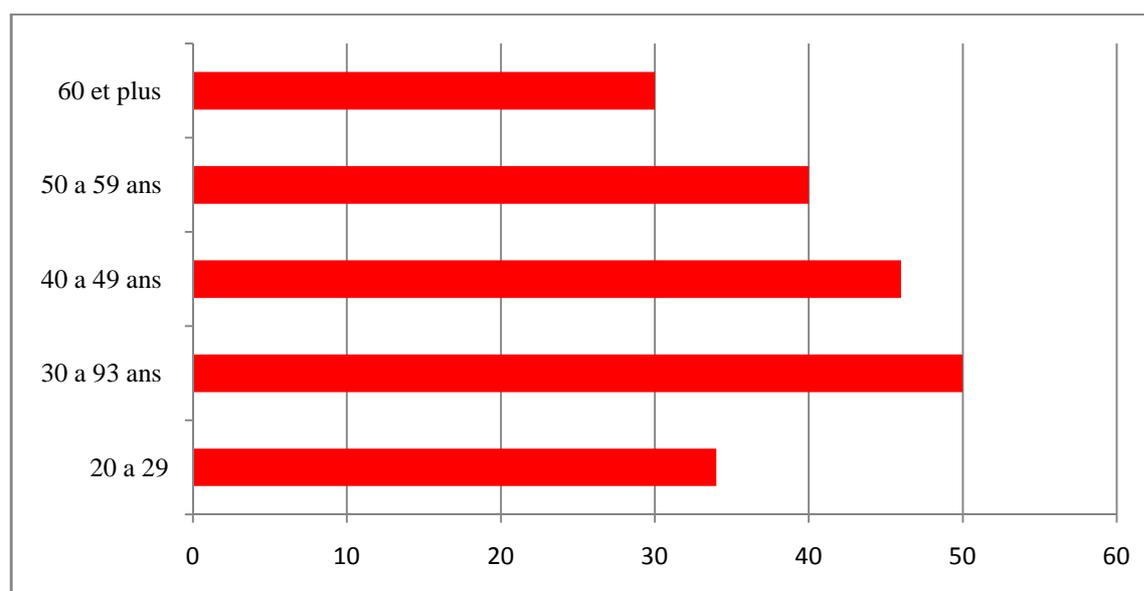
Le tableau 25 représente la répartition de l'échantillon selon la tranche d'âge du chef de ménage. La répartition par âge montre que les deux tranches d'âge les plus représentatives de notre échantillon sont surtout celles : allant de 30 à 39 avec (40 à 49 ans) et enfin (50 à 59 ans), avec respectivement 25%, 23% et 20% de notre échantillon. Alors que les autres tranches d'âge (20-29) et plus de 60 ans sont de moindre importance.

Tableau 25: Répartition de l'échantillon selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage %
[20-29[	34	17,0
[30-39[	50	25,0
[40-49[	46	23,0
[50-59[	40	20,0
plus de 60 ans	30	15,0
Total	200	100,0

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31août 2013).

Figure 6: Répartition de l'échantillon selon l'âge



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 25.

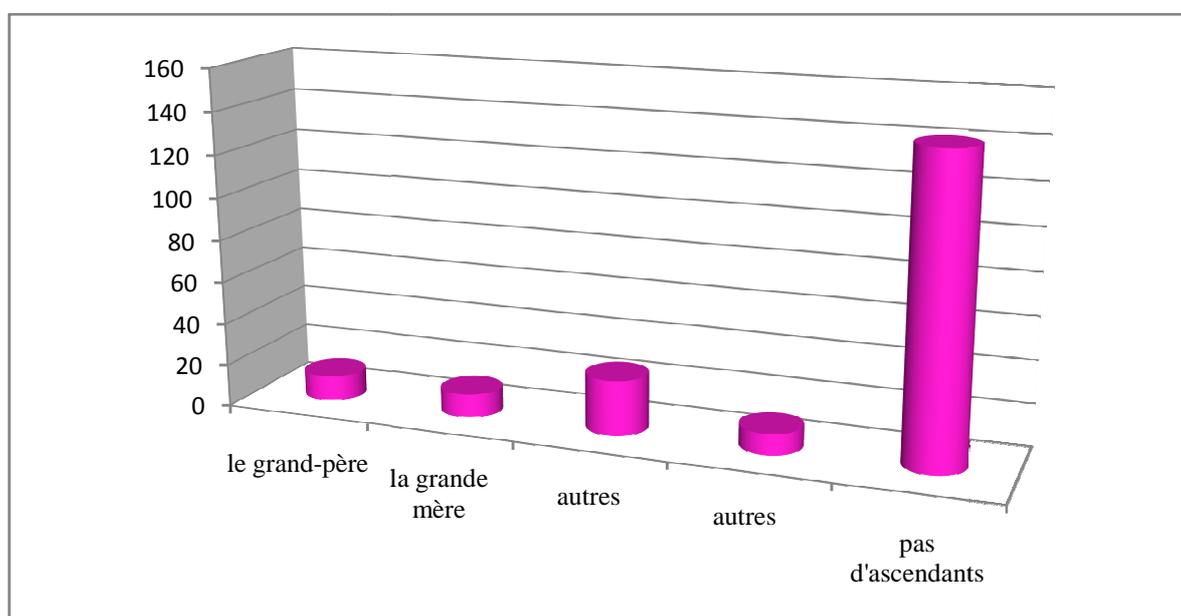
En termes de prise en charge des ascendants, les données du tableau 26 indiquent que plus de 141 chefs de ménage, soit 70,5% de notre échantillon ne prennent pas en charge les ascendants par contre 59 chefs de ménage, soit 29,5% s'occupent de leurs ascendants.

Tableau 26 : Nombre d'ascendant pris en charge par les chefs de ménage

Nature	Fréquence	Pourcentage%
Pas d'ascendants	141	70,5
Le grand-père	12	6,0
La grande mère	11	5,5
Autres	26	13,0
Le grand père et la grand-mère	10	5,0
Total	200	100,0

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31août 2013).

Figure 7 : Nombre d'ascendant pris en charge par les chefs de ménage



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 26.

D'après l'échantillon étudié au niveau de la ville de Bejaia, nous remarquons que 51,5% des chefs de ménage prennent en charge un nombre d'enfants variant entre 1 et 3. 7,5% des chefs de ménage prennent en charge entre 4 et 6 enfants et que 1% de ces derniers prennent en plus de 7enfants. En revanche, 40% de notre échantillon n'ont pas d'enfants.

Tableau 27: Le nombre d'enfants pris en charge par le chef de ménage

Nombre d'enfant par sexe	Effectif masculin	Pourcentage	Effectif féminin	Pourcentage	Moyenne *
pas de garçon	74	37%	///		80
Pas de fille	///		86	43%	
[1-3[	110	55%	96	48%	103
[4-6[	14	7%	16	8%	15
[7-10[	2	1%	2	%	2
Total	200	100%	200	100%	200

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31août 2013).

2. Principaux résultats de l'enquête

Dans ce qui suit, il sera question d'analyser et d'interpréter les résultats de l'enquête effectuée auprès des ménages de la ville de Béjaïa.

2.1.La consommation des médicaments selon la prescription ou non par un médecin

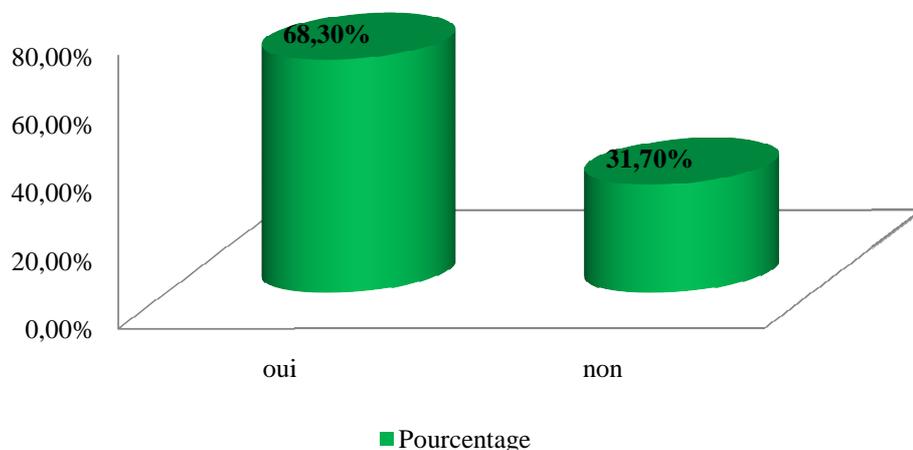
Les données du tableau 28 indiquent que sur 200 individus enquêtés, 60 soit 30% suivent des traitements médicamenteux dont 41 personnes sur 60 soit 68,33% des médicaments sont prescrits par le médecin par contre 31,66% d'entre eux consomment des médicaments non prescrits par le médecin, plus exactement on parle du phénomène de l'automédication qui devient un phénomène très répandu en Algérie ces dernières années.

Tableau 28 : La consommation des médicaments selon la prescription ou non par un médecin

Prescription par le médecin	Fréquence	Pourcentage
oui	41	68,3
non	19	31,7
Total	60	100,0

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31août 2013).

Figure8 : La consommation des médicaments selon la prescription ou non par un médecin



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 28.

2.2. Le moyen de remboursement utilisé par les enquêtés

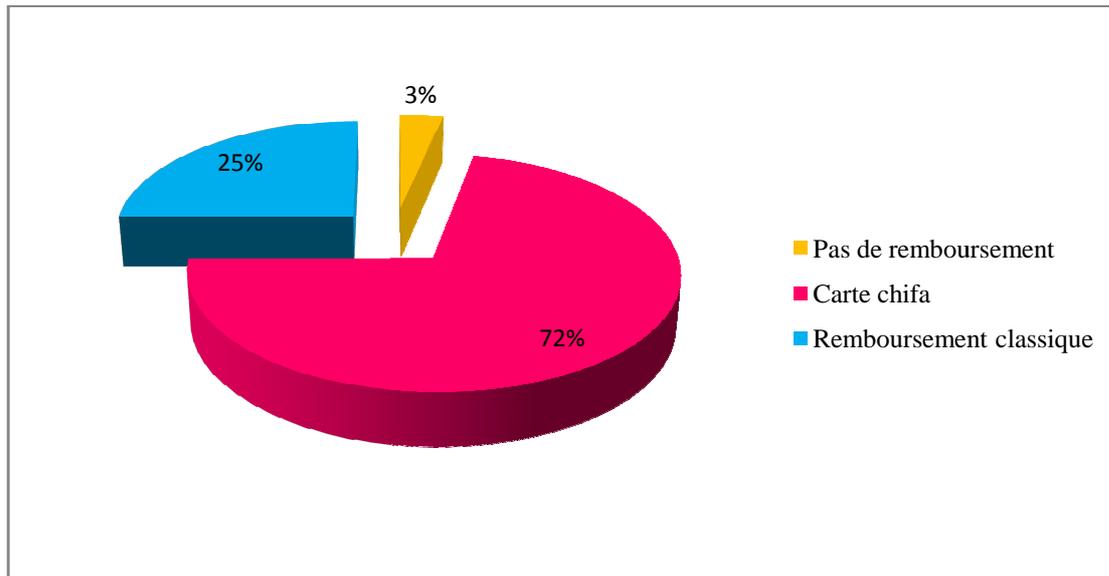
71, 7% des enquêtés suivant un traitement médicamenteux utilisent la carte Chifa comme moyen de remboursement, il explique ce choix par la simplification et la souplesses dans les procédures de remboursement des prestations et des médicaments délivrés ainsi qu'à l'accélération des procédures de remboursement pour les assurés sociaux ou pour les partenaires conventionnés dans le cadre du système du tiers payant. En revanche, 25% utilisent encore le remboursement classique. Le reste soit 3,3% ne bénéficie pas de la couverture sociale.

Tableau 29 : Le moyen de remboursement utilisé par les enquêtés

Moyen de remboursement	Fréquence	Pourcentage
Pas de remboursement	2	3,3
Carte chifa	43	71,7
Remboursement classique	15	25,0
Total	60	100,0

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31 août 2013).

Figure 9: Le moyen de remboursement utilisé par les enquêtés



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 29.

2.3. Relation entre les maladies chroniques et le taux de remboursement

Durant notre investigation sur le terrain on a constaté que la tranche d'âge 50 et plus est la plus touchée par les maladies chroniques ce qui nous pousse à dire que l'âge peut être l'un des facteurs de la consommation des médicaments de ces ménages.

2.4 Les dépenses par ordonnance par âge

Les données du tableau 30 relatif aux résultats de notre enquête indiquent qu'il n'existe pas de corrélation positive entre l'âge et la dépense moyenne par ordonnance. Cela est vérifié par plusieurs exemples qu'on peut tirer à partir de la lecture de ce tableau. A titre d'exemple, la tranche d'âge allant de 30 à 39 ans dépense plus de 10 000 DA par ordonnance. En revanche, on remarque que seulement 22,2% appartenant à la classe âgée de plus de 60 ans dépensent plus de 10 000 DA par ordonnance. Cela nous pousse à dire que la dépense que le montant de la dépense par ordonnance n'est pas déterminé par l'âge, il peut être déterminé en fonction de l'état de santé. En effet, les personnes ayant une maladie chronique dépensent généralement plus que les autres.

Tableau 30: Dépenses par ordonnance et âge

			Dépense par ordonnance						
			[1000 à moins de 2000[DA	[2000 DA à moins de 3000[DA	[3000 DA à moins de 4000[DA	[4000 DA à moins de 5000 [DA	=[5000 DA à moins de 8000 [DA	[8000 DA à moins de 10 000[DA	=Plus de 10 000 DA
âge de chef de ménage	[20-29[	Effectif	9	15	5	4	1	0	0
		% compris dans Dépense par ordonnance	17,6%	17,2%	14,7%	30,8%	25,0%	0,0%	0,0%
	[30-39[	Effectif	12	23	10	1	0	0	4
		% compris dans Dépense par ordonnance	23,5%	26,4%	29,4%	7,7%	0,0%	0,0%	44,4%
	[40-49[	Effectif	7	24	10	1	2	0	2
		% compris dans Dépense par ordonnance	13,7%	27,6%	29,4%	7,7%	50,0%	0,0%	22,2%
	[50-59[	Effectif	12	16	5	3	1	2	1
		% compris dans Dépense par ordonnance	23,5%	18,4%	14,7%	23,1%	25,0%	100,0%	11,1%
	plus de 60 ans	Effectif	11	9	4	4	0	0	2
		% compris dans Dépense par ordonnance	21,6%	10,3%	11,8%	30,8%	0,0%	0,0%	22,2%
	Total	Effectif	51	87	34	13	4	2	9
		% compris dans Dépense par ordonnance	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête personnelle (01 août 2013 au 31 août 2013).

2.4. Les dépenses par ordonnance et le revenu

Il en est de même pour la relation existante entre le revenu et la dépense par ordonnance qui n'est pas également vérifiée étant donné que comme on l'a déjà cité précédemment le coût de l'ordonnance dépend outre le revenu d'autres facteurs.

Tableau 31: Dépenses par ordonnance et revenu

		Le revenu global Dépense par ordonnance								Total
		Dépense par ordonnance								
		[1000 à moins de 2000[D A	[2000 DA à moins de 3000[D A	[3000 DA à moins de 4000[D A	[4000 DA à moins de 5000 [DA	= [5000 DA à moins de 8000 [DA	[8000 DA à moins de 10 000[DA	=Plus de 10 000 DA		
Le revenu global	[Moins de 18 000[DA	Effectif	5	13	7	1	0	0	0	26
		% Compris par Dépense par ordonnance	9,8%	14,9%	20,6%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%
	=[18 000 DA-30 000 [DA	Effectif	16	17	6	3	3	1	2	48
		% Compris par dépense par ordonnance	31,4%	19,5%	17,6%	23,1%	75,0%	50,0%	22,2%	24,0%
	[30 000 DA - 45 000 [DA	Effectif	10	26	7	5	1	1	3	53
		% Compris par dépense par ordonnance	19,6%	29,9%	20,6%	38,5%	25,0%	50,0%	33,3%	26,5%
	[45 000 - 60 000[DA	Effectif	11	17	8	1	0	0	3	40
		% Compris par dépense par ordonnance	21,6%	19,5%	23,5%	7,7%	0,0%	0,0%	33,3%	20,0%
	[60 000 - 100 000 [DA	Effectif	6	8	4	1	0	0	0	19
		% Compris par dépense par ordonnance	11,8%	9,2%	11,8%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%
	[Plus 100 000[DA	Effectif	3	6	2	2	0	0	1	14
		% Compris par dépense par ordonnance	5,9%	6,9%	5,9%	15,4%	0,0%	0,0%	11,1%	7,0%
	Total	Effectif	51	87	34	13	4	2	9	200
		% Compris par dépense par ordonnance	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31 août 2013).

2.5. Les dépenses par ordonnance en fonction de la couverture sociale

S'agissant de la relation existant entre la couverture sociale et la dépense par ordonnance, celle-ci reste non vérifiée. En effet, même si la prise en charge peut affecter le coût de l'ordonnance mais celle-ci n'est pas toujours positive et ne constitue qu'un facteur dérisoire dans la détermination du coût de l'ordonnance.

Tableau 32: couverture sociale et dépenses par ordonnance

		couverture social et Dépense par ordonnance								Total
		Dépense par ordonnance								
		[1000 à moins de 2000[DA	[2000 DA à moins de 3000[DA	[3000 DA à moins de 4000[DA	[4000 DA à moins de 5000 [DA	=5000 DA à moins de 8000 [DA	[8000 DA à moins de 10 000[DA	=Plus de 10 000 DA		
Etes-vous assuré	oui	Count	45	78	30	12	4	1	9	179
		col % of Dépense par ordonnance	88,2%	89,7%	88,2%	92,3%	100,0%	50,0%	100,0%	89,5%
	non	Count	6	9	4	1	0	1	0	21
		col % of dépense par ordonnance	11,8%	10,3%	11,8%	7,7%	0,0%	50,0%	0,0%	10,5%
Total		Count	51	87	34	13	4	2	9	200
		col % of dépense par ordonnance	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31 août 2013).

2.6. Les déterminants de la consommation médicamenteuse dans la ville de Béjaïa

Nous avons essayé de regrouper les principaux facteurs déterminants de la consommation médicamenteuse en cinq catégories, nous avons par conséquent pris les variables que nous avons jugé les plus significatives à savoir le revenu, la couverture social, l'état de santé, l'âge et le prix.

A partir de la lecture de tableau33, on peut conclure que :

- ❖ Les ménages de la ville de Béjaïa classent l'état de santé de l'individu comme le premier facteur déterminant la consommation médicamenteuse. En effet, 84,5% de cet échantillon sont d'accords sur le fait que l'état de santé est sans doute la première variable qui peut expliquer le recours à la consommation médicamenteuse. Les enquêtés nous ont expliqué comme quoi, quelque soit le revenu, le taux de couverture sociale, l'âge, le prix du médicament comparant ces facteurs avec l'état de santé qui se dégrade, l'individu est dans d'obligation de consommer des médicaments pour améliorer son état de santé. Ces réponses sont surtout celles des personnes ayant des maladies chroniques.
- ❖ Le revenu figure aussi parmi les facteurs pouvant influencer la consommation des ménages interrogés. Ces derniers le classe en deuxième position après l'état de santé. En effet, 67% sont convaincus de l'influence qu'exerce le revenu sur la consommation de soins. Alors que 33% estiment que le revenu n'a pas autant d'importance dans la détermination de la consommation. Ces divergences d'opinions entre les personnes interrogées s'expliquent notamment par les disparités de revenu entre ces personnes interrogées. Ceux touchant un revenu important négligent cette variable revenu et ne soulignent pas la relation positive existante avec la consommation, tandis que les autres touchant un revenu bas estiment que le revenu est une variable clé qui détermine le niveau de consommation d'un ménage.
- ❖ 46,5 % de notre échantillon considère que 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, 53,5% ne le considère pas comme facteur explicatif. Les arguments avancées par ces derniers sont liés au fait 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'âge** : L'âge joue aussi un rôle sur la consommation de médicament, la tranche d'âge âgée de 50 ans et plus est plus exposée aux risques de maladies chroniques, cela les pousse à consommer plus de médicament par rapport à d'autres tranches d'âge. 44,5% des interrogés pensent qu'il y a une relation positive entre l'âge et la consommation de médicaments, c'est-à-dire qu'à chaque fois qu'une personne avance dans l'âge, elle consommera automatiquement plus de médicaments. Alors que le reste soit 55,5% de l'échantillon étudié soulignent que l'âge n'a aucun effet sur la consommation médicamenteuse et pour eux c'est plus l'état de santé qui varie dans le même sens que la consommation de médicaments.
- ❖ **Le prix** : 58% de l'échantillon enquêté souligne l'importance de la variable prix dans la détermination du niveau de consommation médicamenteuse. Par contre, 42% de cet échantillon néglige l'importance de la variable prix dans la détermination du niveau de consommation. Ces derniers se justifient par le fait que l'existence de la couverture sociale rend le prix marginal par conséquent il n'exercera aucune influence sur le niveau de consommation d'une part, d'autre part, l'arrivée des génériques sur le marché algérien rend le coût de l'ordonnance raisonnable. Les premiers qui classent le prix comme facteur déterminant argumentent leur choix par l'existence de la notion du remboursement ainsi qu'au remboursement sur la base du tarif de référence.

Tableau 33 : Les déterminants de la consommation des médicaments

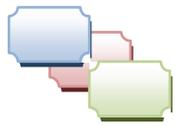
Facteur		Effectif	%
Revenu	Oui	134	67%
	Non	66	33%
Etat de santé	Oui	169	84.5%
	Non	31	15.5%
La couverture sociale	Oui	93	46.5%
	Non	107	53.5%
Age	Oui	89	44.5
	Non	111	55.5%
prix	Oui	116	58%
	non	84	42%
Total *		200	100%

Source : Enquête personnelle (01août 2013 au 31août 2013).

Conclusion

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

- ❖ Le médicament est un produit indispensable qui occasionne des dépenses élevées ;
- ❖ Les ménages de la ville de Béjaïa classent l'état de santé de l'individu comme le premier facteur déterminant la consommation médicamenteuse. En effet, 84,5% de cet échantillon sont d'accords sur le fait que l'état de santé est sans doute la première variable qui peut expliquer le recours à la consommation médicamenteuse.
- ❖ Le revenu figure aussi parmi les facteurs pouvant influencer la consommation des ménages interrogés. Ces derniers le classe en deuxième position après l'état de santé. En effet, 67% sont convaincus de l'influence qu'exerce le revenu sur la consommation de soins.
- ❖ 46,5 % de notre échantillon considère que la couverture sociale comme un des facteurs explicatifs de la consommation médicamenteuse. Pour eux, l'assurance rend le coût de l'ordonnance marginal.
- ❖ L'âge joue aussi un rôle sur la consommation de médicament, la tranche d'âge âgée de 50 ans et plus est plus exposée aux risques de maladies chroniques, cela les pousse à consommer plus de médicament par rapport à d'autres tranches d'âge. 44,5% des interrogés pensent qu'il y a une relation positive entre l'âge et la consommation de médicaments. Alors que le reste soit 55,5% de l'échantillon étudié soulignent que l'âge n'a aucun effet sur la consommation médicamenteuse.
- ❖ 58% de l'échantillon enquêté souligne l'importance de la variable prix dans la détermination du niveau de consommation médicamenteuse. Par contre, 42% de cet échantillon néglige l'importance de la variable prix dans la détermination du niveau de consommation.



Conclusion

Générale

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette étude, il serait nécessaire de rappeler les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus d'abord en Algérie puis dans la wilaya de Béjaïa.

- ❖ En Algérie, le médicament est un produit indispensable qui occasionne des dépenses élevées et dont la consommation nécessite une évaluation.
- ❖ Le marché du médicament est d'une valeur globale qui peut être estimée en 2011 à quelques 300 Milliards de DA et qui connaît une croissance très rapide au cours de ces dernières années. Cette croissance a jusque-là été portée essentiellement par l'importation, dans la mesure où la facture étrangère du médicament a enregistré une croissance accrue ces dernières années..
- ❖ Une faiblesse de la part du médicament générique qui représente moins de 35% de la consommation globale en valeur contre 65% de médicaments princeps, ceci alors qu'un pays en développement comme l'Algérie a besoin plus que d'autres d'optimiser l'utilisation de ses ressources financières tout en stimulant l'accès du citoyen au médicament et aux soins de base.
- ❖ Le rôle majeur qui est joué par les caisses de sécurité sociale, en termes de prise en charge de la facture nationale du médicament. La seule couverture médicaments assurée actuellement (2013) par la CNAS se situe à plus de 110 Milliards de DA (+16% par rapport à 2010). Cela sans compter les médicaments directement distribués sur les réseaux de soins publics.

En Algérie, la tendance à l'augmentation des dépenses médicamenteuses est surtout le résultat de la transition sanitaire qu'a connu l'Algérie et qui a induit une augmentation de la charge globale de morbidité et d'importantes incapacités dues aux maladies chroniques et au vieillissement de la population.

A l'instar de l'Algérie, la consommation de médicaments des ménages de la ville de Béjaïa 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 ainsi qu'à la transition épidémiologique qui caractérise la wilaya de Béjaïa.

D'autres facteurs déterminent la consommation des médicaments des ménages enquêtés. Il s'agit du revenu, de l'âge, l'état de santé et la couverture sociale.

L'analyse des réponses fournies par les enquêtés nous a permis de conclure que les ménages de la ville de Béjaïa classent l'état de santé de l'individu comme le premier facteur déterminant la consommation médicamenteuse. En effet, 84,5% de cet échantillon sont d'accords sur le fait que l'état de santé est sans doute la première variable qui peut expliquer le recours à la consommation médicamenteuse. Le revenu est classé en deuxième position après l'état de santé. En effet, 67% sont convaincus de l'influence qu'exerce le revenu sur la consommation de soins.

La couverture sociale et l'âge et les prix sont également d'importants facteurs pouvant influencer la consommation médicamenteuse des ménages. En effet, 46,5 % de notre échantillon considère que la couverture sociale comme un des facteurs explicatifs de la consommation médicamenteuse. Pour eux, l'assurance rend le coût de l'ordonnance marginal. Il en est de même pour l'âge où 44,5% des interrogés soulignent le rôle crucial joué par la variable âge dans la détermination du niveau de consommation médicamenteuse.

Quant à la variable prix, 58% de l'échantillon enquêté souligne l'importance de cette dernière dans la détermination du niveau de consommation médicamenteuse.



Annexes

UNIVERSITE A-MIRA DE BEJAÏA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION

Questionnaire d'enquête

Thème : «Essai d'analyse des déterminants de la consommation des médicaments en Algérie. Enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa ».

Dans le cadre de la préparation du mémoire de Master en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé, nous réalisons une enquête par questionnaire auprès des ménages de la ville de Béjaïa. Cependant, les informations recueillies seront confidentielles et ne serviront qu'à des objectifs scientifiques et pédagogiques

Merci pour votre collaboration

Date de l'enquête:...../...../.....

Enquêteur:.....

1. Sexe

Masculin

Féminin

2. Age du chef de ménage

20 à 29 ans

30 à 39 ans

40 à 49 ans

50 à 59ans

60 ans et plus

3. Le nombre d'enfants par sexe :

Masculin

Féminin

4. Le nombre d'ascendants pris en charge par le(s) chef (s) du ménage :

Les grand-père

Les Grand-mères

Autres

5. Pouvez-vous indiquer le revenu global de l'ensemble de votre ménage ?

Moins de 18 000 DA

18 000 DA-30 000 DA

30 000 DA - 45 000 DA

45 000 -60 000 DA

60 000 - 100 000 DA

100 000 DA et plus

6. Suivez-vous des traitements médicamenteux ?

Oui Non

7. Avez-vous une maladie chronique ?

Oui Non

Si oui :

8. De quelle maladie s'agit-il ?

9. Indiquez qui est malade dans les cases suivantes ?

Le père

La mère –

Les enfants

Les personnes prises en charge par le chef du ménage :

Grand-père –grand-mère

10. Durant le mois passé, votre consommation de médicaments est ?

Pas de consommation

Rare

Hebdomadaire

Quotidienne

11. En moyenne, combien dépensez vous par ordonnance à chaque fois qu'un membre de votre famille est malade?

1000 DA à moins de 2000DA

2000 DA à moins de 3000 DA

3000 DA à moins de 4000 DA

- 4000 DA à moins de 5000 DA
- 5000 DA à moins de 8000 DA
- 8000 DA à moins de 10 000 DA
- 10 000 DA et plus

12. Les médicaments que vous avez consommés ont été tous prescrits par le médecin

- Oui Non

13. Êtes-vous assuré?

- Oui Non

Si oui, Etes-vous pris à : 80% 100 %

14. Vous utilisez quel moyen pour le remboursement?

- La Carte Chifa
- Remboursement classique

15. Parmi les facteurs suivants, cochez les 3 principaux qui déterminent selon vous votre niveau de consommation ?

- Le revenu
- L'état de santé
- La couverture sociale
- L'âge
- Le prix
- Autres (précisez)

Merci pour votre collaboration

Annexe 2 : Evolution du marché pharmaceutique en Algérie de 2004 à 2009 détaillée par catégorie de produit pharmaceutique

Tableau 1 : Evolution du marché pharmaceutique en Algérie de 2004 à 2009 détaillée par catégorie de produit pharmaceutique

Année / en millions €	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Médicaments importés (opérateurs privés)	603,00	800,30	679,00	777,90	881,80	742	937
Médicaments fabriqués	208,00	233,00	264,50	333,50	261,40	424	415
Médicaments Conditionnés	47,00	48,00	93,80	95,35	102,70	129	140
Réactifs	16,00	21,00	20,40	23,80	22,58	30,2	52,7
Produit Dentaires	2,00	3,10	1,60	7,65	5,86	2,2	7,5
Consommable	26,10	29,00	29,00	22,78	22,56	25,6	34
PCH (opérateur public)	34	69,3	53	77	118,4	170,6	125
IPA	5,08	8,00	8,90	16,01	11,80	147	41,5
Marché global	941	1211,7	1150,7	1353,9	1427,1	1670,6	1752,7

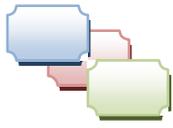
Source : Tableau réalisé par nous soins à partir des données du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Annexe 3 : Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution du marché pharmaceutique en Algérie de 2004 à 2011 (en millions d'euro).....	25
Tableau 2: Evolution des importations des produits médicamenteux en Algérie entre 1995 et 2011 en millions de dollars.....	26
Tableau 3: Répartition des importations de médicaments selon le pays de provenance en2011.....	27
Tableau 4 : Evolutiondes importations des médicaments en provenance des paysarabes en millions de dollars (de 2007 à 2011).....	28
Tableau 5: Les principaux laboratoires importateurs de médicament en Algérie de2005 à 2011 (En euro).....	29
Tableau 6: Répartition des Médicaments Importés en 2011 : Génériques et Spécialités.....	30
Tableau 7: La fabrication de médicaments génériques en Algérie de 2004 à 2010 (En millions d'euro).....	32
Tableau 8: Les dix premiers producteurs de médicaments en Algérie en 2010 (En DA).....	32
Tableau 9 : L'enregistrement des médicaments au 31 Mai 2011.....	33
Tableau 10: Evolution de la consommation de médicaments en Algérie.....	34
Tableau 11: Le marché national par classes thérapeutiques en 2011 (En euro).....	35
Tableau 12 : Infrastructure sanitaire en Algérie en 2011.....	38
Tableau 13: Evolution des indicateurs de couverture sanitaire entre 1963-2009.....	39
Tableau 14 : Evolution du nombre d'assurés actifs et inactifs entre 2002 et 2009 en Algérie.....	39
Tableau 15: Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale enAlgérie (en milliards de DA).....	41
Tableau 16: Evolution de la part du médicament dans les dépenses nationales de santéentre 1991 et 2010	Unité :
Millionde DA.....	42
Tableau 17: Infrastructures Sanitaires 2011 dans la wilaya de Béjaïa.....	48
Tableau 18: Evolution de la démographie médicale dans la wilaya de Béjaïa.....	49
Tableau 19: Indicateurs de la couverture médicale et paramédical dans la wilaya deBéjaïaen2011.....	49
Tableau 20: Evolution des maladies a transmission hydrique dans la wilaya de Béjaïa.....	50
Tableau 21 : Evolution des maladies à transmission sexuelle et sanguine.....	51
Tableau 22: Evolution des Zoonoses dans la wilaya de Béjaïa entre 2004 et 2011.....	51
Tableau 23: Évolution des maladies non transmissibles de 2004 à 2010.....	52
Tableau 24: Répartition de l'échantillon par sexe.....	54
Tableau 25: Répartition de l'échantillon selon l'âge.....	55
Tableau 26 : Nombre d'ascendant pris en charge par les chefs de ménage.....	56
Tableau 27: Le nombre d'enfants pris en charge par le chef de ménage.....	57
Tableau 28 : La consommation des médicaments selon la prescription ou non par un médecin.....	57
Tableau 29 : Le moyen de remboursement utilisé par les enquêtés.....	58
Tableau 30: Dépenses par ordonnance et âge.....	60
Tableau 31: Dépenses par ordonnance et revenu.....	61
Tableau 32: couverture sociale et dépenses par ordonnance.....	62
Tableau 33 : Les déterminants de la consommation des médicaments.....	64

Annexe 4 : Liste des figures

Figure 1 : L'influence de l'assurance sur la demande de soins.....	14
Figure 2 : Evolution de la production nationale des médicaments de 2004 à 2011 (En millions d'euro).....	31
Figure 3 : Laconsommation des génériques en Algérie.....	36
Figure 4 : La part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale	41
Figure5 : Répartition de l'échantillon par sexe.....	54
Figure 6 :Répartition de l'échantillon selon l'âge.....	55
Figure 7 : Nombre d'ascendant pris en charge par les chefs de ménage.....	56
Figure8 : La consommation des médicaments selon la prescription ou non par un médecin	58
Figure 9 : Le moyen de remboursement utilisé par les enquêtés.....	59



Bibliographie

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ouvrages

- Aiache J.M., Aiache S. et Renoux R. : Initiation à la connaissance du médicament, éd. Masson (4ème édition), Paris, 2001.
- 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 Pourville 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.
- Halpern C. : La santé un enjeu de société, édition : Sciences Humaines, France, 2010.
- Hannouz M. et Khadir M. : Eléments de droits pharmaceutique : à l'usage des professionnels de la pharmacie et du droit, éd. OPU, Alger, 2000.
- Hirsch M. : Les enjeux de la protection sociale, édition Montchrestien, 2^{ème} édition, Paris 1994.
- Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique, édition : OPU, Alger, 2004.
- Majnoni d'Intignano, Béatrice. : Economie de la santé, édition : PUF, Paris, 2001.
- Oufriha F.Z. : Système de santé et population en Algérie, édition ANEP, 2002.
- 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.

2. MEMOIRES

- Ainouche K. : Essai d'analyse de la consommation des médicaments en Algérie. Cas CHU de Béjaïa, mémoire de Master en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé, Université de Béjaïa, 2012

***Essai d'analyse des déterminants de la consommation des médicaments en Algérie.
Enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa***

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 Béjaïa, 2010.

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

Sifer S.: Les déterminants de la consommation des médicaments en Algérie. « Cas : Alger », mémoire de magistère en Statistiques et Economie appliquée, option : statistiques et économie appliquée, Ecole nationale supérieure de la statistique et de l'économie appliquée, 2011.

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 Béjaïa, 2010

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 Béjaïa, 2012

3. ARTICLES ET COMMUNICATIONS

Ankri J. : Système de médicament, revue adsp, n° 27, 1999

Brahamia B. : Le système de santé algérien dans la transition, septembre 2008.

Brahamia B. : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie. In <http://www.coopami.org/fr>

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

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.int>

4. RAPPORTS ET DOCUMENTS

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

CNIS : Les statistiques du commerce extérieur de l'Algérie pour l'année 2005.

CNIS : Les statistiques du commerce extérieur de l'Algérie pour l'année 2007.

CNIS : Les statistiques du commerce extérieur de l'Algérie pour l'année 2009.

CNIS : Les statistiques du commerce extérieur de l'Algérie pour l'année 2010.

CNIS : Médicaments monde année 2011.

Ministère du commerce : Note d'information relative aux marges des médicaments à usage de la médecine humaine, MC, juin 2008.

Ministère du commerce : Statistiques du commerce extérieur de l'Algérie (période : année 2009). In <http://www.mincommerce.gov.dz/>

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Statistiques sanitaires du MSPRH, édition 2004 à 2011

MSPRH : L'Etat de santé des algériens et des algériennes, MSPRH, avril 2002. In www.santé.dz.

Ministère du travail et de la sécurité sociale : Documents de la direction de la pharmacie, avril 2010.

SNAPO : Lettre de forum : Point de situation relatif à la branche pharmacie en Algérie : La production locale, les importations, l'organisation générale du marché du médicament, bulletin mensuel des forums des entreprises n°41, novembre 2004. In : www.snapo.org

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,

Documents de la DPSB et de la DSP de Béjaïa

5. REGLEMENTATION

- Décret 98-44 du 1^{er} février 1998 relatif à la fixation des marges plafonds applicables à la production, au conditionnement et à la distribution des médicaments.
- Décret exécutif n° 97-467 du 23 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

6. WEBOGRAPHIE

<http://www.genopole.org>

www.gsk.fr.

<http://www.industrie.gouv.fr>

<http://www.liberte-algerie.com>

<http://medoc59.e-monsite.com>

<http://www.minefe.gouv.fr/>

www.oecd-ilibrary.org

www.ons.dz

<http://www.sante.dz>.

www.snapo.org

www.unop-dz.org

www.who.int



Table des matières

TABLE DE MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DU MEDICAMENT ET DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE	4
Introduction.....	4
I. NOTIONS GENERALES SUR LE MEDICAMENT ET LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE	4
1. Généralités sur le médicament	4
1.1. Historique du médicament	4
1.2. Définition du médicament	6
1.3. Les différents types de médicaments	7
1.3.1. Les spécialités pharmaceutiques	7
1.3.2. Le médicament officinal	7
1.3.3. Le médicament magistral	7
1.3.4. Le médicament générique	7
2. La consommation médicamenteuse : quelques définitions	8
2.1. La consommation médicale.....	8
2.1.1. La consommation de soins et des biens médicaux	8
2.1.2 Les services de médecine préventive.....	8
2.2 La consommation pharmaceutique	8
2. 3. La consommation des biens médicaux	9
II. LE FINANCEMENT DU MEDICAMENT	9
1. L'Etat et les collectivités locales	9
2. La sécurité sociale	9
III. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE	11
1. L'amélioration du niveau de vie.....	
2. Le prix des soins médicaux ou le taux de prise en charge socialisée.....	12
2.1. Aléa moral en assurance santé.....	13
2.2. Les effets de l'aléa moral sur la demande de soins.....	15
3. Les facteurs démographiques	16
4. Le progrès technique et l'innovation médicale.....	17

5. Les facteurs institutionnels -----	18
6. Les facteurs sociologiques et culturels -----	19
7. Offre de soins -----	19
8. Facteurs épidémiologiques -----	20
IV. LES MESURES DE MAITRISES DES DEPENSES DE MEDICAMENTS -----	21
1. La régulation Etatique-----	21
2 .La régulation comptable -----	21
3. La régulation médicalisée des dépenses de santé -----	21
4. La régulation quantitative -----	22
5. La régulation incitative -----	22
6. La régulation de la demande -----	22
6.1. Le ticket modérateur -----	22
6.2. Le tarif de référence-----	23
6.3. Le déremboursement-----	23
Conclusion-----	23
CHAPITRE II : LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS EN ALGERIE -----	24
Introduction-----	24
I. LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS EN ALGERIE -----	24
1. Le marché de médicament en Algérie -----	24
1.1. Offre de médicament en Algérie -----	25
1.1.1. L'importation des médicaments en Algérie -----	25
1.1.2. La production nationale -----	30
1.1.3. L'enregistrement des médicaments-----	33
2. La consommation des médicaments en Algérie-----	33
2.1. La consommation des génériques en Algérie -----	35
 II. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS EN ALGERIE-----	36
1. La transition démographique-----	36
2. La transition épidémiologique -----	37
3. Extension de l'offre de soins-----	37
3.1Evolution des structures sanitaires -----	38
3.2Evolution de la démographie médicale -----	38

4. L'extension de la couverture sociale-----	39
5. La transition économique-----	39
6. Progrès de la médecine et de la technologie des Soins-----	40
 III. LE POIDS FINANCIER DES DEPENSES DE MEDICAMENTS EN ALGERIE-----	40
1. La part du médicament dans le budget de la sécurité sociale -----	40
2. La part du médicament dans le budget de l'Etat -----	41
 IV. LES MESURES DE MAITRISE DES DEPENSES MEDICAMENTEUSES EN ALGERIE -----	42
1. L'encouragement de la consommation des génériques -----	42
1.1Le droit de substitution-----	43
1.2La mise en place du tarif de référence -----	43
2. La carte Chifa -----	43
3. Le non remboursement -----	45
4 .Le médecin traitant -----	45
 Conclusion-----	46
CHAPITRE III : ESSAI D'ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION DES MEDICAMENTS DANS LA WILAYA DE BEJAIA. ENQUETE AUPRES DES MENAGES DE LA VILLE DE BEJAIA-----	47
Introduction-----	47
I.QUELQUES FACTEURS EXPLICATIFSDE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE DANS LA WILAYA DE BEJAIA -----	47
1. L'offre de soins dans la wilaya de Bejaïa-----	48
1.1. Présentation des structures sanitaires dans la wilaya de Bejaïa -----	48
1.2.Evolution de la démographie médicale dans la wilaya de Bejaïa -----	48
1.3. Indice de couverture médicale et paramédicale par habitant -----	49
2. Présentation du profil épidémiologique de la wilaya de Bejaïa-----	49
2.1.1. Les maladies à transmission hydrique -----	50
2.1.2. Les maladies contrôlables par la vaccination -----	50
2.1.3. Les maladies sexuelle et sanguine -----	50
2.1.4. Les zoonoses-----	51
2.2 Les maladies non transmissibles -----	52
 II. METHODOLOGIE ET CONCEPTION DE L'ENQUETE -----	53
1. Présentation de l'enquête-----	53

2. Les objectifs de l'enquête -----	53
3. Le dépouillement -----	53
4. Les difficultés rencontrées Présentation de l'enquête -----	53
III. PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE	54
1. Caractéristiques générales de l'échantillon enquêté -----	54
2. Principaux résultats de l'enquête -----	57
2.1. La consommation des médicaments selon la prescription ou non par le médecin -----	57
Conclusion -----	65
CONCLUSION GENERALE -----	66
ANNEXES -----	68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	74
TABLE DES MATIERES -----	78