

UNIVERSITE A-MIRA DE BEJAÏA.
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, DES SCIENCES
DE GESTION ET DES SCIENCES COMMERCIALES
Département des Sciences Economiques

Mémoire
En vue de l'obtention du diplôme
de Magister en Sciences Economiques
Option : Economie de la Santé et Développement Durable

Thème

Analyse de la consommation des médicaments en Algérie : Cas
de la wilaya de Sétif

Sous la direction de:
Pr. BRAHAMIA Brahim

Présenté par :
ZIANI Farida

Jury de soutenance :

Président : Pr. KAID TLILANE Nouara, Université de Béjaïa.

Rapporteur : Pr. BRAHAMIA Brahim, Université de Constantine.

Examineurs : Pr. KHERBACHI Hamid, Université de Béjaïa.

Dr. FELLAH Lazhar, maître de Conférences, Retraité, Université d'Alger.

Juillet 2010

Je dédie ce travail à la mémoire de mon père.

A ma très chère mère.

A mes frères et sœurs.

A toute ma famille.

A mes amis.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes vifs remerciements à mon directeur de mémoire, le Professeur BRAHAMIA Brahim, pour son soutien tout au long de ce travail, pour ses conseils qui m'ont guidé dans ma recherche, pour ses encouragements et ses recommandations efficaces. Je garderai de lui le souvenir d'un professeur dévoué, soucieux du travail bien accompli et doué de qualités scientifiques inestimables. Qu'il trouve dans ce modeste travail qui est le sien, ma profonde gratitude.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance particulièrement au professeur GRABA du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale pour avoir mis à ma disposition la documentation nécessaire à l'élaboration de ce modeste travail.

Je remercie infiniment le personnel de la CNAS de Sétif, particulièrement Dr ALLAMI, directeur de la CNAS et Mr BOUBAYA, responsable du service des statistiques pour leur compréhension et leur aide remarquable qui m'a permis d'accéder à la documentation nécessaire pour mon travail.

Mes vifs remerciements vont également au personnel du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, pour avoir mis à ma disposition les données nécessaires à l'élaboration de cette étude et pour avoir répondu à mes préoccupations.

Je remercie tous les enseignants de PG d'Economie de la santé et du développement durable : le professeur Nouara KAÏD TLILANE, le professeur Mohand Cherif AINOUCHE, le maître de conférences Lazhar FELLAH, le maître de conférences Rabah KASSA, le professeur Brahim BRAHAMIA et le professeur Larbi LAMRI.

Je tiens aussi à remercier tous les membres de jury : le professeur Nouara KAÏD TLILANE, le docteur Lazhar FELLAH et le professeur Hamid KHERBACHI qui ont accepté d'évaluer et de juger le présent travail.

Que ceux que je n'ai pas cités, trouvent ici, l'expression de ma sincère reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADPIC : Aspects de Droit de la Propriété Intellectuelle qui touchent aux Commerce
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
CASNOS : Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés
CHU : Centres Hospitalo-Universitaires
CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale
CNES : Conseil National Economique et Social
CNR : Caisse Nationale des Retraites
DCI : Dénomination Commune Internationale
DA : Dinar Algérien
DH : Dirham
DPAT : Direction de la planification et de l'aménagement du territoire
DNS : Dépenses Nationales de santé
DSP : Direction de la santé et de la population
DT : Dinar Tunisien
EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé
EPH : Etablissements Publics Hospitaliers
LNCPP : Laboratoire National de Contrôle de Produits pharmaceutiques
MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
MTESS : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale
MTH : Maladies à Transmission Hydrique
OCDE : Organisation du Commerce et du Développement Economique
OMC : Organisation Mondiale du Commerce
OMPI : Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONS : Office National des statistiques
OTC : Over The Counter
PCA : Pharmacie Centrale Algérienne
PCH : Pharmacie Centrale des Hôpitaux
PED : Pays en Voie de Développement
PIB : Produit Intérieur Brut
PMJH : Prix Moyen de la Journée d'Hospitalisation
R&D : Recherche et Développement

SNAPO : Syndicat National Algérien des Pharmaciens d'Officine

SNMG : Salaire National Minimum Garanti

UNOP : Union Nationale des Opérateurs Pharmaceutiques

VIH : Virus immunodéficience humaine

**CHAPITRE 4 : ETUDE DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DANS LA
WILAYA DE SETIF : ENQUETE AUPRES DE LA CNAS DE SETIF 117**

Introduction 117

I. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DANS LA
WILAYA DE SETIF 117

II. ESSAI D'EVALUATION DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE DANS LA
WILAYA DE SETIF 127

III. LES PRINCIPALES ACTIONS ENTREPRISES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES
DE LA CNAS DE SETIF 136

Conclusion 146

CONCLUSION GENERALE 147

ANNEXES 150

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 158

TABLE DES MATIERES 170

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Les médicaments occupent une place prépondérante dans le traitement des problèmes de santé. Leur utilisation permet de réduire considérablement les temps d'hospitalisation et favorise le développement des services de soins.

Depuis quelques années et dans la plus part des pays, les dépenses de médicaments ont enregistré une progression rapide et représentent une part de plus en plus importante des dépenses totales de santé. La consommation accrue des médicaments ces dernières années, est due principalement au vieillissement démographique, à la mise sur le marché et la diffusion de nouveaux médicaments, à la transition épidémiologique et démographique, à l'élévation du niveau de vie des individus, à la multiplication d'infrastructures sanitaires et à la généralisation de la couverture sociale.

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

Pour répondre aux besoins de cette consommation, le secteur pharmaceutique algérien a connu de profondes modifications dans son organisation et son fonctionnement. Jusqu'à la fin des années 80¹, l'Etat avait le monopole sur l'activité d'importation, de distribution de gros et de production de médicament, des contraintes financières structurelles apparaissent, le pays ne peut plus payer sa facture pharmaceutique. Cela a entraîné une crise des systèmes de financement de la consommation de médicaments.

En 1994, l'Algérie est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel imposé par le FMI en raison des difficultés économiques

¹ 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.

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

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

Ainsi, l'étude de la consommation de médicaments, au cours de plusieurs années, est rendue indispensable. Elle permet de connaître la nature des médicaments les plus consommés dans le pays, ainsi que la pathologie la plus répandue, En termes de coût, elle peut aider à vérifier si le budget pharmaceutique est dépensé de la façon la plus efficace².

En termes de quantités, elle aide à identifier la sur ou la sous utilisation de certains médicaments ou groupes thérapeutiques.

Dans ce contexte, notre travail portera sur l'essai d'analyse de la consommation de médicaments en Algérie, notamment dans la wilaya de Sétif à travers une enquête auprès de la CNAS de Sétif. Pour cela, un certain nombre de questions mérite réflexion à savoir :

- Quels sont les facteurs déterminants de la consommation médicamenteuse en Algérie et quel est son niveau ?
- Comment la consommation médicamenteuse est financée en Algérie ?

² Zerhouni M W. : Profil de la consommation médicamenteuse au niveau de l'hôpital préfectoral de sale, Maîtrise en Administration sanitaire et santé publique, option : santé publique. Institut national d'administration sanitaire centre collaborateur de l'OMS. 2008. p2.
In: www.sante.gov.ma

- Quelle est la part de la consommation de médicaments dans les dépenses de santé en Algérie ?
- Quelle est la tendance de la consommation de médicaments dans la wilaya de Sétif? et quelle est sa part dans les dépenses de la CNAS ?

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

- ❖ La consommation des médicaments va normalement connaître une croissance considérable ces dernières années notamment avec la libéralisation du secteur pharmaceutique et avec la transition sanitaire en cours : prédominance de la morbidité des maladies non transmissibles et chroniques.
- ❖ L'instauration du tarif de référence et la politique d'encouragement des génériques va normalement baisser la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse.

Dans ce travail, nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante : D'abord, une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques sur le médicament et la consommation médicamenteuse. Plusieurs bibliothèques universitaires nationales ont été visités, à savoir : l'Université de Béjaïa, l'Université de Sétif, l'Institut National de Planification et de Statistique (INPS).

De plus, 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), la Direction de la Santé et de la Population (DSP) de la wilaya de Sétif, la Direction de la planification et de l'aménagement du territoire (DPAT) de Sétif. Ces organismes nous ont ainsi permis d'explorer en détail certains aspects pertinents relatifs à notre sujet.

Outre la recherche documentaire et la collecte de données sur le thème et en raison de l'absence de statistiques relatives à ce dernier, nous étions amené à réaliser une enquête auprès de la CNAS de Sétif. La présentation de l'enquête et l'analyse de ses résultats seront détaillées dans le dernier chapitre.

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en quatre chapitres, présentés comme suit : Le premier chapitre, basé essentiellement sur la recherche bibliographique, traitera les aspects théoriques sur le médicament et la consommation pharmaceutique. Nous avons essayé de définir les notions relatives aux médicaments, d'expliquer le concept de consommation médicamenteuse, de faire la distinction entre consommation médicale, consommation pharmaceutique, de présenter l'intérêt de l'étude de la consommation médicamenteuse, ainsi que les déterminants de cette dernière. Pour enfin terminer par une présentation de la prise en charge de la consommation de médicaments.

Le deuxième chapitre, combinant la recherche bibliographique et la collecte de données statistiques, présente le marché du médicament. Nous avons procédé, dans un premier temps, à la présentation du marché mondial du médicament. Ensuite, nous nous sommes intéressés à la présentation de ce marché dans les pays du Maghreb (Tunisie et Maroc), pour enfin terminer par une étude du marché de médicament national à travers la présentation de l'offre et la consommation de médicament.

Dans le troisième chapitre, combinant la recherche bibliographique et la collecte de données statistiques, nous nous intéresserons dans un premier temps aux facteurs explicatifs de la croissance des dépenses de médicaments en Algérie. Ensuite, nous allons procéder à la présentation du rôle de l'assurance maladie dans le financement de la consommation de médicaments en Algérie surtout que la tendance ces dernières années a fait que la sécurité sociale est le principal financeur des dépenses médicamenteuses. Pour enfin terminer par l'énumération des mesures prises dans l'objectif de baisser la charge financière supportée par les organismes de sécurité sociale engendrée par la consommation de médicaments.

Dans le quatrième chapitre, qui relie la collecte de données statistiques et les résultats de l'enquête, nous avons essayé de présenter les résultats de notre enquête auprès de la CNAS de Sétif. Nous avons d'abord tenté d'expliquer les déterminants de la consommation médicamenteuse dans la wilaya de Sétif à travers la présentation du profil épidémiologique et l'offre de soins. Ensuite, nous avons essayé de présenter le niveau de la consommation médicamenteuse à travers le développement de cette consommation dans les établissements publics de santé et l'évolution des remboursements médicamenteux au niveau de la CNAS de Sétif. Enfin, nous avons tenté de faire le point sur les mesures prises par la CNAS de Sétif dans le cadre de la maîtrise des dépenses engendrées par la consommation de médicaments.

**CHAPITRE 1 : ASPECTS THEORIQUES SUR LE
MEDICAMENT ET LA CONSOMMATION
PHARMACEUTIQUE**

CHAPITRE 1 : ASPECTS THEORIQUES SUR LE MEDICAMENT ET LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

Introduction

Le médicament est un produit de consommation particulier qui a vocation de santé publique. Son accessibilité à tous est au coeur 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.

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

L'objet de ce chapitre est de présenter l'aspect théorique du médicament et la consommation pharmaceutique. Le chapitre s'articulera autour de trois sections. La première traitera des notions et des définitions générales concernant le médicament. La deuxième section sera consacrée à l'explication du concept de consommation médicamenteuse. Enfin, la dernière section portera sur la prise en charge de la consommation de médicaments.

I. NOTIONS GENERALES SUR LE MEDICAMENT ET CADRE REGLEMENTAIRE

Avant d'aborder la question de la consommation médicamenteuse ainsi que sa prise en charge, nous allons présenter quelques notions théoriques.

1. Historique du médicament

L'origine du médicament remonte à l'époque de l'apparition de l'homme même³. Depuis les temps les plus reculés, l'homme a toujours cherché de quoi se protéger de la

³ Velasquez G. : L'industrie du médicament et le tiers monde, éd. L'Harmattan, Paris, 1983.p 11.

souffrance et de la mort⁴. Depuis l'antiquité jusqu'au XVI^e siècle, la majorité des produits utilisés par les hommes à cette fin ont trouvé leur origine dans le végétal. Ainsi, les plantes étaient utilisées, fraîches ou sèches, sous formes diverses : poudres, baumes ou onguents, mélanges, huiles essentielles etc.

Au Moyen-âge, l'emploi des médicaments a été lié aux pratiques magiques ou religieuses qui accompagnaient leur préparation et leur prescription.

Trente six siècles avant Jésus-Christ une pharmacopée fut trouvée. Elle fut attribuée à l'empereur chinois Chen Nong. Vers 1600 avant Jésus-Christ, les égyptiens employaient plus de 700 médicaments parmi lesquels on trouve des sédatifs tels que l'opium, la jusquiame, le chanvre indien, le séné, le ricin, ainsi que des diurétiques⁵.

L'histoire du médicament est largement associée à la recherche scientifique, qui tente de trouver un remède spécifique pour chaque maladie. Ainsi, les découvertes au cours du XIX^e siècle marquent une étape nouvelle grâce aux progrès de la chimie et de la physiologie qui sont la base de ce que certains appellent aujourd'hui « la révolution thérapeutique » ou « l'apparition des médicaments miracles ». Des éléments minéraux sont isolés (le brome, l'iode, le magnésium), plusieurs principes actifs d'origine végétale sont mis en évidence (la morphine en 1804, la quinine en 1820, la digitaline en 1844, la cocaïne en 1858, etc.).

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

A partir de 1937, l'ère moderne du médicament débute avec la découverte de l'action antibactérienne des sulfamides. En 1947, Flemming découvre la pénicilline⁶. Vient ensuite une phase d'accélération des découvertes. Depuis, les chercheurs ont mis au point une nouvelle méthode d'évaluation de médicaments, qui a permis d'élaborer de nouveaux médicaments à partir de ces modèles de médicaments existants.

⁴ Langlois O. : Pour une histoire juridique du médicament, DEA d'Histoire de la Science Juridique Européenne, Université Robert Schuman - Strasbourg III, 1998. p 6. In : <http://www.balde.net/memoires/langlois.pdf>. Consulté le 01/06/2009.

⁵ Velasquez G. : op. cit. p 11

⁶ L'histoire du médicament. In: <http://www.gsk.fr>. Consulté le 02/12/2008.

Aujourd'hui, c'est vers les biotechnologies que s'orientent les recherches portant sur le médicament⁷ avec le développement de la génie génétique, l'apparition de jeunes entreprises innovantes en biotechnologie, l'essor de la biologie moderne (génomique et post génomique)⁸.

En effet, grâce à ces multiples découvertes, les médicaments issus des recherches génétiques qu'on appelle les bio médicaments, que les entreprises développent aujourd'hui, constituent de nouvelles armes thérapeutiques plus efficaces pour des maladies mal ou non traitées et prennent une place croissante dans l'innovation pharmaceutique.

2. Définition du médicament

Le médicament est toute substance entrant dans la composition d'un produit pharmaceutique, destinée à modifier ou explorer un système physiologique dans l'intérêt de la personne qui le reçoit⁹.

En Algérie, 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 l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier leur fonction organique »¹⁰.

3. Les différentes catégories de médicament

Il existe plusieurs catégories de médicaments :

3.1. Les spécialités pharmaceutiques

La spécialité pharmaceutique est une préparation commercialisée par un fabricant dans un emballage donné et sous un nom donné¹¹. En d'autres termes, on appelle spécialité

⁷ L'histoire du médicament. In: <http://www.gsk.fr>. Consulté le 02/12/2008

⁸ Tambourin P. : Biotechnologies et médicaments du futur.

In : <http://www.genopole.org>. Consulté le 25/02/2009.

⁹ Fattorusso Vittorio. : Dictionnaire des médicaments : 4000 médicaments dont les médicaments génériques, Edition : MASSON, Italie, 2001. PVII.

¹⁰ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : Plate forme pour un débat social, Alger, 2003, in : www.Cnes.dz, p11.

¹¹Fattorusso V.: op. cit., p 07.

pharmaceutique tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et mis sur le marché sous une dénomination spéciale¹².

3.2. Le médicament officinal

On appelle médicament officinal tout médicament préparé en pharmacie selon les indications de la pharmacopée et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie¹³.

3.3. Le médicament magistral

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

Cette définition permet de distinguer la préparation magistrale de la spécialité (préparée à l'avance), de la préparation officinale (dont la formule est adaptée à un malade particulier) et de la préparation demandée par un client (dont l'ordonnance ne constitue pas le support). Le médicament magistral ne peut donc se préparer à l'avance, ni par lots, mais simplement à l'unité pour un malade bien déterminé¹⁴.

3.4. Le médicament générique

Selon le dictionnaire des médicaments, un médicament générique est une préparation pharmaceutique dont le brevet est tombé dans le domaine public¹⁵.

L'OMS, définit les médicaments génériques comme étant des produits dont l'exploitation ne fait l'objet d'aucun brevet, soit qu'ils soient tombé dans le domaine public, soit qu'aucun brevet n'ait jamais été déposé à leur sujet¹⁶.

Les médicaments génériques contribuent à l'amélioration de l'accès aux médicaments de plusieurs façons, principalement à cause de leur prix, généralement plus faible que celui du médicament princeps. Ce prix s'explique par plusieurs facteurs¹⁷ :

¹² 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.

¹³ Aiache J.M., Aiache S. et Renoux R. : *Initiation à la connaissance du médicament*, éd. Masson (4ème édition), Paris, 2001, p17.

¹⁴ http://www.droitpharma.fr/4/preps_magistrales.htm. Consulté le 09/03/2009.

¹⁵ Fattorusso V.: *op. cit.*, p 7.

¹⁶ Zio S. : *Les accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les pays en développement*, Thèse de doctorat en Pharmacie. Université Claude Bernard, Lyon I, 2005, p 28.

¹⁷ Baaklini J. : *Les problèmes engendrés par les médicaments non utilisés (MNU) en France et à l'étranger*, Thèse de doctorat en Pharmacie, université Paris sud XI, 2009. p28.

- pas de coût d'investissement dans la recherche et développement ;
- pas de coût de lancement et de promotion du médicament auprès des prescripteurs ;
- la concurrence : les médicaments tombés dans le domaine public pouvant être copiés librement.

4. Impact du médicament dans les prestations de soins

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

Plus généralement on peut définir l'impact d'un médicament sur le système de santé comme les transformations attendues ou induites par la prescription du médicament dans les pratiques médicales et l'utilisation des services de santé par les personnes concernées¹⁸.

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

Ils jouent un rôle indéniable¹⁹ :

- ils peuvent sauver des vies et améliorer la santé
 - ils améliorent la confiance et la participation dans les services de santé
 - ils jouent le rôle d'interface entre le prescripteur, le dispensateur et le consommateur
- D'où la nécessité d'une sélection judicieuse et une gestion efficace des médicaments, car ils mobilisent d'importantes ressources.

5. La réglementation applicable au marché du médicament

Le marché du médicament est un marché qui est, partout, très fortement réglementé en raison d'impératifs liés à la protection et à la préservation de la santé publique. La réglementation algérienne appliquée au domaine des produits pharmaceutiques à usage humain est relativement développée et traite de l'ensemble des aspects liés à l'environnement du produit²⁰.

¹⁸ L'évaluation de l'impact d'un médicament sur la santé des populations et la santé publique, Direction générale de la santé, Janvier 2002, projet pour discussion. In : <http://www.rees.france.com>.

¹⁹ Le rôle des centrales d'achats des médicaments essentiels génériques dans la santé publique, cas de la centrale d'achats des médicaments essentiels du Rwanda (camerwa) In : <http://www.remed.org>. Consulté le 19/04/2009.

²⁰ 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, p 22.

5.1. Le système d'enregistrement des médicaments

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

Afin de maintenir les normes de santé publique, les autorisations de mise sur le marché assurent que les médicaments sont sûrs, efficaces et de bonne qualité. Des résultats détaillés des essais cliniques et pré cliniques doivent être fournis pour chaque nouveau médicament²¹.

Les médicaments génériques sont soumis à l'autorisation de mise sur le marché, mais les dossiers de demandes n'ont pas besoin de contenir les résultats détaillés des essais s'il est démontré que le produit générique est équivalent à un médicament précédemment autorisé.

En Algérie, à l'instar des autres pays, un médicament n'est mis sur le marché qu'après obtention de l'AMM. Cette autorisation est subordonnée à une autorisation d'enregistrement dans la nomenclature nationale de médicaments.

La procédure d'enregistrement vise à éviter qu'un produit pharmaceutique ne puisse être commercialisé avant l'octroi d'une autorisation délivrée à cet effet²².

La décision d'enregistrement mentionne les renseignements essentiels relatifs au produit (médicament) : elle est délivrée pour 5 ans renouvelables.

Le délai réglementaire pour l'enregistrement d'un médicament est de 04 mois, mais ce délai est rarement respecté. En effet, d'après la direction de la pharmacie du MSPRH, des retards sont enregistrés dans ce domaine, à titre d'exemple au 31 /12/2000, 1991 demandes n'ont pas eu de décision d'enregistrement. De même, un certain nombre de produits sont en expertise clinique depuis 1997 sans qu'il n'y ait eu de réponse par les cliniciens et analystes²³.

²¹ 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>.

²²La politique pharmaceutique en Algérie. In: <http://www.sante.dz>. Consulté le 05/12/2008.

²³Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 18.

En Algérie, durant les premières années de l'indépendance l'organisation du secteur pharmaceutique était marquée par le monopole de l'Etat sur la fabrication, l'importation et la distribution. A cette date la phase de l'enregistrement ne soulevait pas de difficulté particulière visible : les enjeux commerciaux étant annihilés par le monopole public, seuls pouvaient être considérés, dans le principe tout au moins, des enjeux d'ordre thérapeutique ou scientifique²⁴.

A partir de 1992, avec la perspective de libéralisation du marché des médicaments, un nouveau décret a été promulgué ; désormais, c'est le décret 92-284 du 6 juillet 1992 qui réglemente l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine. Ce décret définit notamment²⁵ :

- l'organisation générale du système d'enregistrement centrée notamment autour d'une nomenclature nationale ;
- les modalités de formalisation d'une décision d'enregistrement d'un produit pharmaceutique. Cette décision est valable pour une période de cinq ans ;
- les modalités d'instruction des demandes d'enregistrement : dossier scientifique à fournir et expertises à réaliser ;
- le système de prise de décision, via la commission nationale de nomenclature;
- le délai d'enregistrement qui est d'un maximum de 120 jours.

Le cadre actuel semble dépassé²⁶, l'enregistrement d'un produit pharmaceutique avant sa mise sur le marché algérien souffre d'une définition encore insuffisante et imprécise des procédures qui la régissent.

5.2. Le contrôle de qualité des médicaments

Le contrôle de la qualité du médicament repose sur un système de surveillance de l'ensemble des circuits des médicaments, depuis l'achat de la matière première jusqu'à sa transformation en produit fini.

²⁴ Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie (UNOP) : L'organisation du marché national des médicaments : op. cit., p 23.

²⁵ Idem.

²⁶ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 18.

L'assurance de la qualité des médicaments regroupe toutes les mesures prises pour garantir qu'un médicament est sûr, efficace et de bonne qualité (depuis l'étape de sa mise au point jusqu'à son utilisation par le patient)²⁷.

En Algérie, le contrôle de qualité, avant les réformes économiques des années 1990, était marqué par le monopole de l'Etat sur les activités de production et de distribution de gros des produits pharmaceutiques. Le système de contrôle de qualité était relativement simple dans son organisation. En effet, le contrôle de la qualité des produits était exercé au sein même des établissements chargés par l'Etat de les mettre sur le marché : les contrôles internes et externes étaient ainsi confondus, sans que cela ne soulève des difficultés²⁸.

Depuis la libéralisation du marché, plusieurs textes ont été édictés tendant à réglementer le contrôle de tous les produits, médicaments et consommables, importés ou fabriqués localement²⁹.

:

- le décret exécutif 92-65 du 12 février 1992 relatif au contrôle de la conformité des produits fabriqués localement ou importés. Ce texte réglementaire concerne l'ensemble des produits, y compris les produits pharmaceutiques, et est intervenu en application de la loi 89-02 du 7 février 1989 relative aux règles générales de protection du consommateur. Il organise les modalités d'exécution de l'obligation légale, pour les producteurs, importateurs ou distributeurs, de même que pour les services de l'Etat, de s'assurer de la qualité et de la conformité des produits qu'ils mettent sur le marché ;
- le décret exécutif 96-355 du 19 octobre 1996 portant création, organisation et fonctionnement du réseau des laboratoires d'essais et d'analyses de la qualité. Ce réseau, qui regroupe les laboratoires mis sur pied au niveau de nombreux départements ministériels, vise à créer la synergie nécessaire au renforcement des capacités d'analyse et de contrôle de la qualité au niveau national ;

²⁷ Keravec J. : Assurance Qualité des Médicaments. In : <http://www.remed.org>. Consulté le 07/02/2009.

²⁸ Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie (UNOP) : L'organisation du marché national des médicaments : op. cit., p 26.

²⁹ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 20.

- enfin, le décret exécutif 93-140 du 14 juin 1993 portant création, organisation et fonctionnement du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

Ce dernier texte est essentiel dans la mesure où cet organisme public assure une mission de régulation de l'ensemble du marché du médicament.

De nos jours, le contrôle des médicaments et des produits médicaux en Algérie est assuré par le Laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques (L.N.C.P.P) (créé par le décret exécutif n°93-140 du 14/06/1993, est devenu opérationnel en juillet 1996)³⁰. Ce laboratoire (organisme public) constitue le premier instrument de la politique publique dans le domaine pharmaceutique, est tenu dans le cadre de ses missions d'évaluer la qualité pharmaceutique. Ainsi, il ne cesse de développer son arsenal de contrôle en matière d'équipement, de techniques analytiques et de formation du personnel³¹.

La mise en place du système « assurance de la qualité » au niveau du LNCPP a permis de standardiser toutes les opérations de contrôle en instaurant à chaque démarche des procédures validées, préalablement rédigées et vérifiées par un personnel qualifié dans le domaine. En effet, la fabrication des médicaments doit répondre à des critères de qualité dont l'objet est la santé publique et l'objectif la sécurité des patients³².

5.3. Le système des prix du médicament

Le médicament étant un produit particulier ses prix ne sont pas déterminés par le marché, en ce sens qu'ils ne sont pas reflétés par l'équilibre de l'offre et de la demande³³. Le prix du médicament est fonction du coût d'acquisition des médicaments, du coût de la distribution et du système de financement de la consommation³⁴.

³⁰ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 19.

³¹ Mansouri M 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.2008. In : <http://www.afro.who.int>.

³² Fabriquer des médicaments : le contrôle qualité. In : <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr>. Consulté le 03/01/2009

³³ Brahamia B. : Le marché du médicament en Algérie et l'option du tarif de référence. Communication au 1^{er} colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires », Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006.

³⁴ Dumoulin J., Kaddar M., Vélasquez G. : Guide d'analyse économique du circuit du médicament, OMS, P30.

La détermination du prix des médicaments suit une procédure rigoureuse. Elle diffère selon que les médicaments sont importés ou fabriqués localement, et selon que les matières premières utilisées sont importées en vue de leur transformation dans le pays³⁵.

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

Ainsi, le calcul du coût comprend les éléments suivants³⁶ :

- **Coût de la découverte, de la recherche et du développement** : (y compris les redevances afférentes aux brevets et au savoir faire).
- **Coût de la production** : matière premières, formulation conditionnement, assurance de la qualité, la publicité et la promotion directe et indirecte, frais administratifs généraux et rémunération du capital investi.
- **Coût de la distribution** : (y compris le stockage, le transport, la promotion, le service lié à la clientèle et les frais administratifs généraux).
- **Coût de la fourniture** : (y compris les dépenses techniques administratives et celles relatives au stockage et les frais accessoires pour services à la clientèle).

En Algérie, le contrôle du prix du médicament se fait soit par une réglementation des prix, soit par un remboursement sélectif des médicaments. Ce contrôle s'est basé sur un ensemble de textes réglementaires régissant les taxes et marges bénéficiaires permettant de déterminer et de maîtriser les prix du médicament³⁷.

En effet, au début des années 90, les prix du médicament pratiqués en Algérie étaient considérés comme les plus bas dans le monde. Mais avec la crise économique, la dévaluation du dinar et l'ajustement structurel, les prix ont considérablement augmenté.

Au début des années 1990, les médicaments étaient soumis à un système de marges plafonnées. Ces marges ont été révisées respectivement en 1993, en 1996, en 1998, en 2006 et en fin en 2008.

³⁵ In: <http://amips.asso.fr/docs/chamtob.pdf>. Consulté le 29/07/2009.

³⁶ La politique pharmaceutique en Algérie In : <http://www.sante.dz>. Consulté le 05/12/2008.

³⁷ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p11.

Tableau 01 : Evolution des marges bénéficiaires sur le médicament (1990-1996)

Fonction	1990	1993	1996
Production	14%	15%	20%
Distribution de gros	20%	15%	15%
Distribution de détail	38%	40%	33%

Source : Lamri L. : Les médicaments : Une approche économique. Communication au 1^{er} colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires », Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006.

En 1998, de nouvelles marges ont été introduites suite à la promulgation du décret exécutif n°98-44 du 01 Février 1998 qui fixe les marges plafonds, applicables à la production, au conditionnement et à la distribution des médicaments à usage de la médecine humaine. D'après ce décret :

- La marge de production des médicaments est plafonnée au taux unique de 20%.
- La marge de conditionnement des médicaments est plafonnée au taux unique de 10%.
- La marge de distribution de gros et de détail applicables aux médicaments suit des taux dégressifs en fonction des fourchettes de prix.
-

Tableau 02 : La vente de médicaments selon la fourchette des prix

Fourchettes de prix	Vente
Jusqu'à 70DA	13% à 20% des ventes
De 70,01 à 110,00 DA	20% à 30% des ventes
De 110,01 à 150,00 DA	17% à 20% des ventes
Supérieur à 150 DA	40% à 50% des ventes.

Source : Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : Plate forme pour un débat social, Alger, 2003, in : www. Cnes.dz, p 23.

Cette nouvelle mesure avait pour principal objectif l'encouragement de la production nationale et le découragement des pratiques visant la commercialisation des médicaments notamment les plus chers ainsi que la réduction de la facture de médicament à la charge de la sécurité sociale. Mais, cette mesure n'a pas abouti aux résultats attendus car d'après une étude faite par le SNAPO (Syndicat National Algérien

des Pharmaciens d'Officine) sur un échantillon d'officines privées informatisées, les résultats démontrent clairement que , les ventes les plus importantes concernent toujours les médicaments les plus chers.

A partir de 2006, les marges ont été encore réaménagées (Cf tableau3), les prix de vente sont désormais régis par la réglementation applicable au remboursement des services de sécurité sociale. Ainsi, le remboursement sur la base d'un prix de référence de l'équivalent thérapeutique le moins cher représente une procédure visant la baisse des prix des médicaments conjugué à l'application de nouvelles marges incitant la prescription des produits les moins chers au vu des marges inversement proportionnelles³⁸.

Tableau 03 : Les marges de gros et de détail appliquées aux médicaments en Algérie à partir de 2006

Fourchettes des prix	Marge de gros	Marge de détail
Jusqu'à 300 DA	15%	50%
De 300 à 500DA	30%	30%
Supérieur à 500DA	Marge fixe 120DA	Marge fixe 200DA

Source : Lamri L. : Les médicaments : Une approche économique. Communication au 1er colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires », Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006, p 42.

En Juin 2008, les marges ont été réaménagées encore une autre fois. A ce titre, les principales dispositions prévues dans ce nouveau dispositif, sont³⁹ :

- Marge de production : 25% ;
- Marge de conditionnement : 10% ;

Pour les marges de gros et de détail, elles se résument ainsi :

³⁸ La politique pharmaceutique en Algérie In : <http://www.sante.dz>. Consulté le 05/12/2008.

³⁹ Ministère de commerce : note d'information relatives aux marges des médicaments à usage de la médecine humaine, MC, juin 2008. p01.

Tableau 4 : Les marges applicables aux médicaments en Algérie à partir de 2008

Fourchettes de prix	Marges de détail (%)	Marges de gros (%)
De 0 DA à 200,00 DA	40	17
De 200,01 DA à 400,00 DA	30	12
De 400,01 DA à 600,00 DA	22	10
De 600,01 DA et plus	17	7

Source : Ministère de commerce : note d'information relatives aux marges des médicaments à usage de la médecine humaine, MC, juin 2008. p 01 et p02.

Les mesures prises n'ont pas permis d'assurer la régulation du marché du médicament, ni de réduire les prix ni d'atténuer le poids des remboursements par les caisses d'assurances (CNAS, CASNOS) et les mutuelles.

Ainsi, d'après une enquête réalisée par le SNAPO sur le prix du médicament générique (2001,2005 et 2007), la concurrence par les génériques constitue le moyen le plus efficace pour garantir la baisse du prix du médicament⁴⁰.

5.4. Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et accès aux médicaments

L'Accord sur les ADPIC est l'accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. Il fut négocié au cours du cycle d'Uruguay. Il se réfère en partie aux conventions antérieures ayant trait au DPI, administrées par l'OMPI (Organisation mondiale de la propriété intellectuelle) : la convention de Paris (1967), la convention de Berne (1971), la convention de Rome (1961) et le traité sur la propriété intellectuelle en matière de circuit intégré (traité IPIC) (1989)⁴¹. En imposant à ses signataires l'alignement aux obligations de ces conventions.

L'Accord de l'OMC sur les ADPIC vise à réduire les différences dans la manière dont ces droits sont protégés de par le monde et à les soumettre à des règles internationales communes. Il fixe un niveau minimum de protection de la propriété intellectuelle que chaque gouvernement doit assurer aux autres membres de l'OMC. Il ajoute expressément que les membres pourront, sans que cela soit une obligation, mettre en oeuvre dans leur législation une protection plus large que ne le prescrit le présent

⁴⁰ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 23

⁴¹ Zio S.: op. cit., p 93.

accord, à condition que cette protection ne contrevienne pas aux dispositions dudit accord. Les membres seront libres de déterminer la méthode appropriée pour mettre en oeuvre les dispositions du présent accord dans le cadre de leurs propres systèmes et pratiques juridiques. En assurant la protection et le respect des droits de propriété intellectuelle, l'Accord vise à contribuer à l'innovation technologique, au transfert de technologies et à la diffusion des technologies, à l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances techniques, et d'une manière propice au bien être social et économique, et à assurer un équilibre de droits et d'obligations⁴².

La mise en oeuvre de l'accord dans les pays membres doit être conforme à deux grands principes du GATT⁴³ : celui du principe du traitement national et celui du principe de la nation la plus favorisée. Les normes minimales en matière de protection des DPI doivent être intégrées dans les législations nationales de façon libre, mais être appliquées selon le principe du traitement national.

Les différents points de cet accord influençant l'accès aux médicaments sont :

- la notion de brevet et de brevetabilité⁴⁴ ;
- la notion de licence obligatoire
- la notion d'épuisement des droits et les importations parallèles
- les exceptions et l'autorisation de mesures appropriées pour limiter les droits du titulaire du brevet, afin d'éviter les usages abusifs et protéger la santé publique, appelées flexibilités.

Des droits de brevet sont accordés aux inventeurs pour promouvoir la recherche et développement. Cela concerne aussi l'invention de nouveaux médicaments. L'Accord sur les ADPIC, en vigueur depuis 1995, consacre aussi dans le droit international public

⁴² Gollock A. : Les implications de l'Accord de l'OMC sur les Aspects de Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC) sur l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université Pierre Mendès France, Grenoble II, 2008. p 139.

⁴³ Le GATT (General Agreement on Tariffs and Trade ou Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce) est né après la seconde guerre mondiale, dans un contexte général de création de nouvelles organisations internationales destinées à construire un système économique mondial fonctionnant harmonieusement.

⁴⁴ Un brevet est un titre accordé par les autorités publiques qui confère pour un temps déterminé un droit exclusif d'exploitation de l'invention à la personne qui en est l'auteur, qui en donne une description suffisamment précise et complète et revendique ce droit. Pour être brevetable, un produit ou un procédé de fabrication doit remplir certaines conditions : il doit être nouveau, inventif et utile.

le droit des gouvernements à prendre différentes mesures qui assortissent des réserves ou limitent les droits de propriété intellectuelle, notamment à des fins de santé publique.

En dépit des positions de déni du Président sud-africain et de la ministre de la Santé à l'égard du VIH et des antirétroviraux, la victoire des malades du sida contre l'industrie pharmaceutique lors du procès de Pretoria en avril 2001 a marqué un tournant historique pour l'accès aux médicaments génériques dans les pays pauvres. Trente-neuf compagnies pharmaceutiques avaient attaqué le gouvernement sud-africain au motif que les lois nationales permettant le recours aux clauses de sauvegarde de l'accord ADPIC étaient non conformes aux accords de l'OMC. Elles ont été contraintes de retirer leur plainte à l'issue d'une procédure juridique largement médiatisée, qui a suscité une forte mobilisation internationale. La justice sud-africaine a affirmé la primauté des défenseurs du droit à la santé et aux médicaments face aux intérêts commerciaux des compagnies privées.⁴⁵

En 2001 la conséquence du bioterrorisme aux Etats-Unis conduira à infléchir légèrement leur position et celle de ses partenaires et fera aboutir les négociations de Doha (Qatar) sur un texte plus favorable aux PED.

La question de l'accès aux médicaments fait irruption au sein même de l'OMC à l'initiative d'un groupe de pays africains. Les 144 délégations qui gèrent l'accord sur les ADPIC à Genève décident d'aborder le problème. En novembre 2001 à Doha (Qatar), la Conférence ministérielle de l'OMC adopte la Déclaration concernant l'accord sur les ADPIC et la santé publique. Ce texte demande aux pays membres de l'OMC d'appliquer cet accord d'une façon qui protège la santé publique et favorise l'accès aux médicaments. Il accorde aux pays toute liberté dans le choix de motifs d'attribution de licences obligatoires⁴⁶ et le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence.

Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a déclaré que « *Même si cette étape a été importante, la Déclaration de l'OMC laisse en suspens*

⁴⁵ Verschave F X. : La santé mondiale entre racket et bien public, Éditions Charles Léopold Mayer, Paris, 2004. p 248.

⁴⁶ Les licences obligatoires sont un dispositif destiné à surmonter les obstacles qui empêchent l'accès aux médicaments lorsqu'ils font l'objet d'un monopole – en vertu de la généralisation à 20 ans de la durée des brevets.

de nombreux problèmes, notamment la question des mesures destinées à aider les pays sans capacité de production à accéder aux médicaments génériques fabriqués hors de leurs frontières ».

La réunion ministérielle de l'OMC à Doha, en novembre 2001, donne au Conseil des ADPIC la mission de trouver dans un délai d'un an, une solution pour ce que l'on appelle le paragraphe 6.

Le 30 août 2003 : mise en oeuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique : cette déclaration vient palier l'insuffisance de la Déclaration de Doha de novembre 2001 car celle-ci était inapplicable aux PED ne possédant pas la capacité de produire les médicaments. Elle porte sur les mécanismes de dérogation permettant une flexibilité des accords afin de permettre aux pays pauvres d'importer plus facilement des produits génériques meilleur marché fabriqués dans le cadre de licences obligatoires. Elle modifie les règles concernant les licences obligatoires. Avec cette déclaration, les PED remplissant un certain nombre de critères seront autorisés à émettre des licences obligatoires en vue d'importation⁴⁷.

Toutefois, un large éventail d'obstacles entrave l'accès aux médicaments essentiels⁴⁸ pour tous. Face à cette situation, certains ont pensé à un autre type de réponse au problème de l'accessibilité aux médicaments dans les PED, celui des dons de médicaments non utilisés⁴⁹.

II. Le concept de consommation médicamenteuse

Dans cette section il sera question de définir la consommation de médicament, de faire la distinction entre consommation médicale, consommation pharmaceutique et consommation de médicament, de présenter l'intérêt de l'étude de la consommation médicamenteuse, ainsi que les déterminants de cette dernière.

⁴⁷ Baaklini J. : op. cit., p 35.

⁴⁸ Un médicament essentiel est un médicament dont l'efficacité est prouvée par des essais cliniques contrôlés, qui présentent des garanties suffisantes de sécurité et qui sont susceptibles de satisfaire aux besoins en matière de prévention et de traitement des maladies les plus répandues

⁴⁹ Baaklini J. : op. cit., p 39.

1. Distinction entre consommation médicale, consommation pharmaceutique

La notion de consommation médicamenteuse a évolué ; elle est devenue plus complexe. Pour mieux la cerner, il est indispensable de l'isoler des notions voisines. En effet, il est nécessaire de distinguer⁵⁰ la consommation médicamenteuse de la notion de consommation pharmaceutique et de consommation médicale.

1.1. La consommation médicale

La consommation médicale totale est un des deux agrégats du compte de la santé. Elle permet de connaître les ressources financières globales qui sont la contre partie des soins médicaux et des services de prévention individualisables dispensés dans l'année⁵¹. La consommation médicale totale est composée de deux éléments : la consommation de soins et des biens médicaux ; la consommation de services de médecine préventive⁵².

- **La consommation de soins et des biens médicaux** : elle comprend les soins hospitaliers et en sections médicalisées, les soins ambulatoires, les transports sanitaires et les biens médicaux.

- **Les services de médecine préventive** : ils 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.

1.2. 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.

⁵⁰ Cette distinction est réalisée par nos soins à partir de la lecture de plusieurs documents dont : Hurliman C. : L'économie de la santé : définition, concepts et champs. In: <http://infodoc.inserm.fr>, Aligon 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>. Consulté le 01/08/2009.

In : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DepensesSante/DefinitionsConsoMedTotale.htm>. Consulté le 01/07/2009

⁵¹Idem.

⁵²Hurliman C. : L'économie de la santé : définition, concepts et champs. In: <http://infodoc.inserm.fr>

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

1.3. 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 non⁵³.

2. Intérêt d'étude de la consommation de médicaments

L'étude de la consommation de médicaments, sur plusieurs années, permet de connaître la nature des médicaments les plus consommés dans le pays, ainsi que la pathologie la plus répandue⁵⁴.

Les études de la consommation pharmaceutique permettent d'assurer une gestion efficace des médicaments et contribuent à une meilleure connaissance des besoins réels de la population. En termes de coût, elles peuvent aider à vérifier si le budget pharmaceutique est dépensé de la façon la plus efficace⁵⁵.

En termes de quantités, elles aident à identifier la sur ou la sous utilisation de certains médicaments ou groupes thérapeutiques.

Les premiers travaux dans le domaine de la consommation pharmaceutique ont été effectués en 1966-67 par le Dr A. Engel (Suède) et le Dr P. Siderius (Pays-Bas). Leurs constatations ont amené le bureau régional de l'OMS pour l'Europe à organiser à Oslo, en 1969, un symposium sur la consommation de médicaments. Le principal résultat de cette réunion a été la constitution du groupe OMS de recherche sur l'utilisation de médicaments (GRUM), auquel participent actuellement des scientifiques d'au moins quatorze pays. La publication en 1975 d'une liste des « doses quotidiennes définies » du

⁵³ Aligon 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>. Consulté le 01/08/2009

⁵⁴ Zehnati A. : Contribution à l'étude de la branche du médicament en Algérie, mémoire de magister en Economie et Statistiques appliquées, INPS, 2002. p 121.

⁵⁵ Zerhouni M W. : Profil de la consommation médicamenteuse au niveau de l'hôpital préfectoral de sale, Maîtrise en Administration sanitaire et santé publique, option : santé publique. Institut national d'administration sanitaire centre collaborateur de l'OMS. 2008. p2.

In: www.sante.gov.ma. Consulté le 05/06/2009

médicaments homologués en Norvège, classées par le code de l'EPHEMRA (Association Européenne d'Etude du Marché Pharmaceutique) complété par deux sous groupes complémentaires, a exercé une influence profonde sur les travaux ultérieurs. Cette liste constitue en effet une base des plus précieuses pour les comparaisons internationales de la consommation pharmaceutique.

A la réunion du GRUM (Groupe de recherche sur l'utilisation des médicaments) tenue en 1976 à Copenhague, il a été proposé que l'OMS supervise la publication d'un guide pour la réalisation d'études de base sur la consommation pharmaceutique et, à la réunion du groupe en 1977, le bureau régional de l'Europe a réaffirmé qu'il était disposé à publier ce manuel. Le groupe a alors désigné un comité de rédaction et, durant l'été de 1977, divers experts ont été invités à contribuer à cet ouvrage.

Ainsi, les études de consommation pharmaceutique peuvent contribuer à une meilleure connaissance des besoins réels de la population. Elles permettent d'assurer une gestion efficace des stocks pour éviter le gaspillage et assurer la continuité de l'approvisionnement. Elles ont pour objet essentiel de quantifier l'usage actuel des médicaments et d'estimer la demande future. Les données de ces études peuvent aussi être utilisées pour⁵⁶ :

- mesurer les effets des décisions prises dans le domaine de l'information et de la réglementation;
- définir de nouveaux domaines de recherche concernant l'efficacité et la sécurité absolues et relatives des médicaments;
- faciliter la détermination des rapports avantages/risques et coût/efficacité;
- signaler, moyennant une interprétation correcte, toute consommation excessive, insuffisante ou abusive de certains médicaments ou catégories de médicaments.

3. Les déterminants de la consommation des médicaments

La consommation des médicaments dépend de l'épidémiologie, de la démographie, de la qualité de protection sociale, du nombre de médicaments proposés aux médecins par les laboratoires, de la solvabilité de la demande, des prix pratiqués, de l'information médicale, de la couverture médicale et des facteurs socioculturels⁵⁷

⁵⁶ Zerhouni M W.: op. cit., p 2.

⁵⁷ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 59.

Le phénomène de consommation médicamenteuse a connu ces dernières années une croissance considérable dans la plus part des pays, notamment les pays développés et certains pays en voie de développement. Les raisons de cette croissance sont nombreuses. On cite : le vieillissement de la population, l'augmentation du niveau de vie, l'amélioration de la couverture sociale, l'apparition de médicaments innovants dans des classes thérapeutiques où il n'y avait pas de médicaments suffisamment⁵⁸.

D'autres facteurs explicatifs peuvent être avancés comme l'augmentation de la morbidité (due aux changements de mode de vie, à l'urbanisation et à la pollution), une perception différente de la maladie et une meilleure information du patient.

L'état de santé est un déterminant majeur de la consommation médicale⁵⁹. Ainsi, la demande de santé (consommations des services de santé) est fonction de la morbidité. Les épidémies contribuent à l'augmentation de la consommation médicamenteuse puisque les pathologies liées aux infections virales entraînent parfois une dépendance vis-à-vis de la consommation des soins. Il en est de même des maladies liées aux vieillissement ou pathologies chroniques comme le cancer qui nécessite des traitements fréquents⁶⁰.

En terme de structure de la population, les femmes consomment plus de soins médicaux que les hommes tout au long de leur vie et en particulier pendant la période de la procréation.

De même la consommation est plus importante pour les enfants et les personnes âgées, et plus élevée pour les urbains que pour les ruraux.

Les prix pratiqués sur le médicament peuvent influencer le phénomène de consommation médicamenteuse. Ainsi, le maintien des prix à des niveaux bas peut provoquer une augmentation de la demande de soins, par conséquent une augmentation de la consommation médicamenteuse.

⁵⁸Consommation : facteurs d'évolution de la consommation de biens et services de santé. In: <http://www.leem.org>. Consulté le 10/08/2009.

⁵⁹ Com-Ruelle Laure., Dumesnil Sylvie. : Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 Tome 4 la biologie médicale, 1997. In : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1201.pdf>. Consulté le 03/04/2009.

⁶⁰ Dokoui S., Bates S. : Déterminants de la consommation médicale : le cas des îles européennes de la Caraïbe. In : <http://www.ces.asso.org>. Consulté le 15/08/2009.

L'extension de la couverture sociale peut donner lieu à l'émergence du phénomène de surconsommation médicale ou à une baisse de la prévention.

Un dernier facteur déterminant de la consommation médicamenteuse résulte des facteurs socioculturels. Duru (1977) considère que dans les classes défavorisées, la maladie n'est prise en considération que si elle entraîne une altération franche des facultés susceptibles de rendre l'individu inopérant. Par contre, pour la classe moyenne, la maladie est perçue comme une altération progressive de la santé que l'on peut prévenir et guérir à tout moment. Les patients n'hésitent pas à consulter même pour un trouble bénin, ce qui induit une consommation médicale très importante.

Le rôle des facteurs socioculturels est très difficile à apprécier dans la mesure où ils présentent des caractéristiques qui peuvent être confondues facilement avec d'autres facteurs.

L'offre de service de santé peut aussi contribuer à la croissance des dépenses de santé en général, et celles relatives à la consommation médicamenteuse en particulier.

La contribution des facteurs d'offre dans la croissance de la consommation médicamenteuse est souvent mise en évidence à travers le développement d'infrastructures sanitaires, la démographie médicale et le progrès technique.

La démographie médicale contribue à la croissance de la consommation. Ainsi, l'augmentation du nombre de médecins renforce le phénomène de consommation en intensifiant la concurrence et induit par conséquent une demande de soins supplémentaire. Quant au progrès technique médical, il augmente les possibilités de production des services de santé en créant de nouvelles techniques sans pour autant supprimer les anciennes, ce qui fait que le progrès technique peut entraîner l'accroissement de la demande de soins.

En Algérie, la consommation du médicament a connu une évolution considérable ; cette évolution est due principalement à :

- L'amélioration du niveau de vie de la population ;
- L'extension d'infrastructures sanitaires et la formation du personnel soignant ;
- L'accélération du processus d'urbanisation et d'industrialisation ;
- La mise en place du système du tiers payant ;

- L'extension des dispositifs de couverture sociale de la population (la quasi-totalité de la population est couverte par la sécurité sociale) ;
- L'automédication ainsi que l'accroissement du nombre de médicaments en pharmacie ;
- La croissance démographique.

Du côté des ménages, Selon FZ Oufriha⁶¹, d'après la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie, les déterminants de la consommation médicamenteuse en Algérie sont : le niveau du revenu, la taille du ménage, les prix pratiqués, la catégorie socio professionnelle du chef de ménage et le secteur d'habitat (secteur urbain ou rural).

III. LA QUESTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CONSOMMATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Dans cette section nous allons développer la question du financement de la consommation ainsi que les mécanismes de sa prise en charge par les organismes de la sécurité sociale.

1. Le médicament dans les dépenses de santé

Le financement du système de santé algérien est assuré par l'Etat, qui veille à l'équité sociale, et à la promotion des soins préventifs et des soins curatifs, afin d'améliorer l'état de santé de la population algérienne, par la sécurité sociale qui continue à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité. Et des ménages, qui assurent une proportion non négligeable des dépenses de santé.

1.1. Les dépenses de l'Etat

Les dépenses de l'Etat regroupent les budgets de fonctionnement et d'équipement, alloués annuellement au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Ces dépenses s'ajoutent celles qui émanent de structures de santé relevant d'autres secteurs, institutions et associations.

⁶¹ Oufriha F.Z : Etude des déterminants de la consommation des produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie. Les cahiers du CREAD n° 22, 2^{ème} trimestre, 1990.

1.2. Les dépenses des 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 dépassement d'honoraire.

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 Maladie⁶².

En Algérie, les assurés sociaux s'acquittent du ticket modérateur 20% des achats de médicaments (dont ils sont remboursés s'ils sont mutualistes) et de la participation non remboursables aux prestations hospitalières (50 DA consultation, 100 DA journée d'hospitalisation) appelée forfait hospitalier.

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. (le dépassement d'honoraire).

De plus, les médicaments achetés non remboursables restent à la charge de l'assuré.

Quant aux ménages non assurés disposant de revenus ou pas, ils assument les 100% des frais médicaux, ce qui peut être pour eux une dépense lourde.

En raison du coût élevé de la consultation privée et la difficulté de parvenir aux unités du secteur public, l'automédication⁶³ devient un phénomène très pratiqué.

1.3. Les dépenses de sécurité sociale

Elles couvrent la branche des assurances sociales qui offre un spectre large de prestations au profit des assurés sociaux comme le remboursement de médicaments à hauteur de 80% du taux de responsabilité et à 100% dans certains cas fixés par la réglementation (maladies chroniques, maternité, produits contraceptifs), et des actes médicaux sur la base d'une nomenclature de tarification, la prise en charge des soins des

⁶² Le ticket modérateur : Définition et règles de fonctionnement. In: <http://www.news-assurances.com/le-ticket-moderateur-definition-et-regles-de-fonctionnement/016710384>

⁶³ 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.

patients transférés à l'étranger et les dépenses d'équipement et de fonctionnement des établissements de santé propre à la sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale peuvent également contribuer au budget des secteurs sanitaires, des établissements hospitaliers spécialisés et des centres hospitalo-universitaires pour assurer la couverture financière de leurs adhérents et leurs ayants droit, pris en charge par les structures publiques de santé.

2. L'assurance maladie et la prise en charge de la consommation médicamenteuse

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.

En Algérie, le système de sécurité sociale constitue le vecteur principal de la politique de protection sociale du fait de l'ampleur des prestations qu'il fournit et de la quasi généralisation de la couverture sociale.⁶⁴ L'assurance maladie est la branche la plus importante de ce système. Elle intervient dans le financement des dépenses médicales par le biais des prestations en nature servies.

2.1. Assurance maladie

L'assurance maladie est un dispositif permettant aux personnes (les assurés) qui sont confrontées à des risques de maladie, maternité, invalidité, de pouvoir bénéficier du remboursement de leur frais médicaux, ainsi que d'un versement d'un revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail⁶⁵.

En Algérie, l'assurance maladie a été mise en place à partir de 1959, cette assurance comme l'ensemble du système de santé, a subi une réforme en 1983, qui vise la couverture d'autres tranches de populations non actives.

⁶⁴ Zehnati A. : Essai d'estimation de la consommation médicamenteuse en Algérie sur la période 2001-2006. Revue « les cahiers du CREAD » : Transition et système de santé en Algérie, 1^{er} trimestre, Alger, 2009. p 124.

⁶⁵ In: <http://www.mutuelle.com>. Consulté le 16/08/2009.

En effet, avant 1983, les régimes existants ont été unifiés autour d'une seule caisse, qui couvre à la fois le régime « salariés » et « non salariés »⁶⁶.

A partir de 1992, une nouvelle organisation est apparue donnant naissance à deux caisses distinctes, il s'agit de la caisse nationale d'assurance sociale pour les travailleurs salariés (CNAS) et la caisse d'assurance sociale pour les travailleurs non salariés (la CASNOS). Ces caisses sont gérées par des conseils d'administration et placées sous la tutelle de l'Etat.

2.1.1. Les prestations

L'Algérie dispose d'une assurance maladie comportant une gamme variée de prestations à même de garantir efficacement les bénéficiaires lorsqu'ils se trouvent dans l'obligation d'avoir recours aux soins de santé.

L'assurance maladie en Algérie fournit à travers ses organismes (CNAS et CASNOS) des prestations en espèce et d'autres en nature.

2.1.1.1. Prestation en espèce

La prestation en espèce intervient en cas de perte de revenus due à un arrêt de travail (maternité, maladie...) sous la forme d'indemnités journalières qui seront versées par la sécurité sociale.

2.1.1.2. Prestation en nature

La prestation en nature s'applique lorsque l'assuré a besoin d'être remboursé au niveau des soins et des médicaments. Elle correspond à la prise en charge des dépenses de santé de type préventif et curatif effectuées auprès des professionnels médicaux et paramédicaux habilités sous forme de remboursement ou de tiers payant⁶⁷ au profit de l'assuré social et de ses ayants droit⁶⁸.

⁶⁶Bougrine P. : L'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes des soins de santé : L'expérience de la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés, conférence régionale de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale pour l'Afrique, 9-12 août 2005, in : <http://www.issa.int>. Consulté le 25/12/2008.

⁶⁷ Le système de tiers payant : Il s'agit des exonérations du ticket modérateur prévues pour certaines affections et pour des situations particulières des assurés et leurs ayants droit. Ce système appelé également « dispense d'avance des frais » permet à l'assuré-malade qui en bénéficie ou à ses ayants droit d'acquiescer ses médicaments auprès d'une officine pharmaceutique conventionnée avec les organismes de la sécurité sociale :

- Gratuitement, lorsqu'il est pris en charge au taux de 100% ;
- Contre paiement de sa participation de 20% lorsqu'il est pris en charge à 80%.

⁶⁸ Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique, édition : OPU, Alger, 2004, p 80.

2.1.2. Les bénéficiaires

Les bénéficiaires de l'assurance maladie en qualité d'assuré sont :

- Les travailleurs salariés, quel que soit leur secteur d'activité ;
- Les travailleurs indépendants exerçant pour leur propre compte ;
- Les anciens travailleurs titulaires d'avantage de sécurité sociale (pensions invalidité ou de retraite, rentes d'accident du travail ou de maladies professionnelles, allocation de l'assurance chômage) ;
- Certaines personnes se trouvant dans une situation leur conférant la qualité d'assuré social (étudiants, handicapés, ancien combattants, démunis bénéficiant de l'aide sociale de l'Etat) ;
- Les ayants droit des assurés.

2.2.2. La sécurité sociale et la question du remboursement de médicament

Les médicaments sont pris en charge par l'Assurance maladie sur prescription médicale et s'ils figurent sur la liste des médicaments remboursables⁶⁹. L'assurance maladie possède une caractéristique exclusive, celle de modifier effectivement le prix que les consommateurs ont à payer sur un autre marché pour obtenir un service (le service médical)⁷⁰.

L'assurance maladie et la consommation médicamenteuse sont liées par le phénomène de remboursement qui permet d'éviter aux assurés de payer la totalité du montant de l'ordonnance.

En Algérie, l'intervention de la sécurité sociale dans le remboursement du médicament, est régie par la loi 83/11 relative aux assurances sociales. Cette loi fixe le principe général du remboursement pour un taux maximum de 80%, et fixe le principe de participation de l'assuré aux dépenses de médicaments (ticket modérateur) à 20%.

Le taux de remboursement (80%), qui est devenue une norme, peut être reporté à 100% dans certains cas, on cite :

⁶⁹ Les médicaments remboursés. In : <http://www.ipseprev.fr>. Consulté le 10/05/2009.

⁷⁰ Phelps C. : Les fondements de l'économie de la santé, édition : Publi Union, Paris, 1995, p 56.

- En cas de soins répétitifs et/ou coûteux (maladies chroniques, interventions chirurgicales importantes, hospitalisation de plus de 30 jours) ;
- Pour certaines prestations (rééducation fonctionnelle, planning familial) ;
- Pour les pensionnés d'invalidité ou de retraite dont le montant de la pension est inférieur au salaire national minimum garanti ;
- Pour les rentiers d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 50 pour cent.

Jusqu'à 1995, tous les médicaments prescrits étaient remboursés automatiquement. Ce qui a engendré un accroissement des dépenses des médicaments particulièrement dans son aspect remboursement supporté par les organismes de sécurité sociale.

Ainsi, pour maîtriser la dépense en matière du médicament, le secteur de la sécurité sociale s'est engagé depuis quelques années dans la mise en œuvre graduelle du système des tarifs de référence de remboursement⁷¹. Ainsi, elle a encouragé l'utilisation des produits génériques garantissant des traitements au moindre coût et permettant ainsi la maîtrise de la dépense en matière du médicament ainsi que l'introduction de la notion de non remboursement d'après la quelle:⁷²

- Tout produit importé et non remboursé dans son pays d'origine devra être exclu du remboursement.
- Tout produit remboursé à 35% dans son pays d'origine, sera soit, non remboursé soit, remboursé, sur la base d'un tarif minimum.
- Les critères retenus pour qu'un médicament soit remboursable sont le service médical rendu, la classe thérapeutique, la disponibilité du médicament sur le marché, la production nationale et la population ciblée (malades chroniques, enfants)

⁷¹ Nouvelle liste des médicaments remboursables

In : <http://www.dz musique.com/news/nouvelle-liste-des-medicaments-remboursables-,182.html>

⁷² Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 27.

D'après la listes des médicaments non remboursables en Algérie, nous remarquons que⁷³ :

- 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, médicaments de tube digestif, médicaments de l'appareil respiratoire, psychotropes et médicaments de dermatologie.
- A partir de 2005, la liste touche les médicaments traitants les maladies chroniques à savoir : Hypertension artérielle et l'Épilepsie.

Pour le tarif de référence, il a été mis en place en Juillet 2001⁷⁴. Le tarif de référence est appliqué sur la base des prix retenus parmi les moins chers. Cette mesure n'a pas pu être appliqué pour diverses raisons telles que la non apposition des tarifs de référence sur les vignettes (30% seulement) et la différence entre les tarifs de référence fixés et les prix publics de certains médicaments essentiels. De plus, la notion de tarif de référence ne figure pas dans la loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales qui ne mentionne en son article 59 que les taux modulés de remboursement.

Par ailleurs, une étude réalisée sur des ordonnances pour le compte de la CNAS, a confirmé l'impossibilité d'appliquer sur le terrain ce prix de référence à cause, entre autres, de l'écart existant entre les prix pratiqués et les tarifs de référence et de la différence qui est à la charge de l'assuré obligé de la payer même s'il est titulaire d'une carte de prise en charge à 100%. La multiplicité des prix pour une même marque, l'écart entre les prix minimum et les prix maximum et l'augmentation des prix de certains médicaments essentiels constituent d'autres facteurs de blocage pour la mise en œuvre du tarif de référence.

En 2006, une nouvelle réglementation a mis en place de nouvelles dispositions d'application du tarif de référence qui a concerné durant cette première phase 116

⁷³ 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 magister Sciences économiques en économie de la santé et développement durable, Université de Béjaia, 2009. p 129.

⁷⁴ Fixé par l'arrêté interministériel du 21 juillet 2001.

dénominations communes internationales (DCI)⁷⁵ coiffant plus d'un millier de marques de médicaments⁷⁶.

Ce système sera appliqué de façon progressive et s'élargira dans le futur à d'autres DCI. En 2008, la liste des médicaments soumis au système du tarif de référence a été élargie à plus de 180 nouveaux médicaments avec l'introduction de la notion du tarif de référence par classe thérapeutique⁷⁷.

Conclusion

Le médicament occupe une position clé dans la politique de soins. Depuis la première sulfamide, il a changé l'efficacité de la médecine : sans médicament, l'action du médecin se limiterait bien souvent à effectuer un diagnostic.

Le recours à la consommation d'un médicament constitue une réponse plus répandue à un besoin de santé. De nos jours, la consommation des médicaments est en constante croissance. Les raisons de cette croissance sont difficiles à cerner avec précision. On l'attribue généralement à la démographie, à la qualité de la protection sociale, au nombre de médicaments proposés aux médecins par les laboratoires, à la demande solvable, aux prix pratiqués, à l'information médicale, à la couverture médicale et enfin aux formations culturelles⁷⁸.

Le financement de la consommation du médicament représente un poids important dans les dépenses de santé et pèse lourdement sur les fonds de l'assurance maladie, des ménages et de l'Etat, notamment avec le progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissement de la population, élévation du niveau de vie. Pour cela, de multiples réglementations ont été engagées pour tenter de maîtriser la charge financière globale qu'elle engendre.

⁷⁵ La dénomination commune internationale désigne la molécule ou le principe actif pharmaceutique responsable de l'effet thérapeutique du médicament.

⁷⁶ Lamri L. : Les médicaments : Une approche économique. Communication au 1er colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires », Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006.

⁷⁷ Benbahmed L. : Réformes et Sécurité Sociale L'expérience Algérienne, Marrakech, Mars 2009. In : http://pharmacies.ma/pharmacie/oe_benbahmed.pdf. Consulté le 09/01/2009.

⁷⁸ Zehnati A. : Contribution à l'étude de la branche du médicament en Algérie, op. cit., p 121.

CHAPITRE 2 : LE MARCHE DU MEDICAMENT

CHAPITRE 2 : LE MARCHÉ DU MÉDICAMENT

Introduction

Le marché du médicament apparaît comme un secteur économique stratégique pour la Nation. Quelle que soit l'organisation qu'il emprunte, ce marché est, partout, d'une sensibilité particulière pour les pouvoirs publics, vu son poids économique et financier.

En Algérie, la politique de médicament vise un objectif central celui de substituer progressivement la production locale à l'importation. En effet, la recherche d'une indépendance basée sur une production nationale avec un taux d'intégration élevé reste un objectif primordial pour l'Algérie en matière de médicaments

L'objectif de ce chapitre est de faire le point sur la situation du marché du médicament. Avant de se faire, nous allons, d'abord nous intéresser dans la première section, à la situation du marché du médicament mondial à travers la présentation de la structure de l'offre et de la demande internationale. La seconde section portera sur l'étude du marché du médicament dans les pays du Maghreb (Tunisie et Maroc).

La troisième section, sera consacrée à la présentation du marché du médicament en Algérie à travers l'étude d'une part de l'offre de médicaments où on va examiner l'évolution des importations et de la production locale. D'autre part, nous traiterons la situation de la consommation pharmaceutique en Algérie à travers la présentation de la consommation totale de médicaments et le niveau de la satisfaction de ce besoin par la production et l'importation.

I. LE MARCHÉ MONDIAL DE MÉDICAMENTS

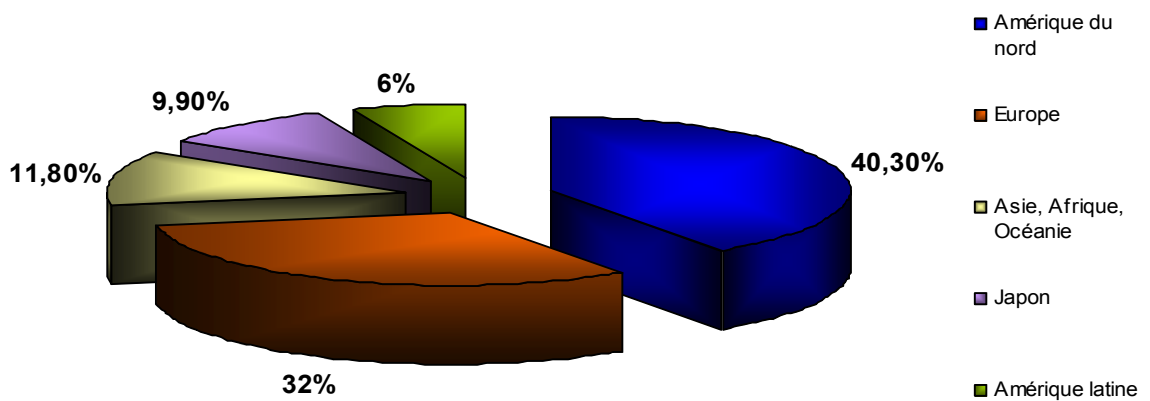
Dans ce chapitre, qui consiste en l'étude du marché du médicament, un passage par un aperçu sur le marché pharmaceutique mondial nous paraît indispensable. Ce dernier reflète la structure de l'offre et la demande internationale à laquelle l'Algérie est fortement liée.

1. L'offre mondiale de médicament

En 2008, le marché mondial du médicament est évalué à 773 milliards de dollars, contre moins de 200 milliards de dollars en 1990. Soit un indice d'évolution de 4,8 %. Le marché nord-américain (États-Unis et Canada) reste le plus important avec 40 % du marché mondial, loin devant l'Europe (32 %) et le Japon (10 %). La croissance du marché américain s'est très sensiblement ralentie ces deux dernières années : plus 1,4 % en 2008 contre plus 4,4 % en 2007 et plus 8 % en 2006.

En effet, Selon IMS Heath, le marché de médicaments mondial a connu en 2008 sa croissance la plus faible en 10 ans, sous l'effet d'un fort ralentissement aux États-Unis, dans un contexte de crise économique. Le marché européen reste dynamique en 2008, avec une croissance de près de 6 %. La France et l'Allemagne sont en 2008 les premiers marchés européens⁷⁹.

Figure 01 : Le marché mondial de médicament par zones géographiques en 2008



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : Marché mondial En 10 ans, la part de l'Europe a beaucoup décliné In : www.leem.org

L'analyse des ventes de médicaments au niveau mondial fait apparaître une très forte concentration au profit de trois zones géographiques : l'Amérique du Nord, le Japon et l'Europe de l'Ouest. En effet, 85% à 90 % des ventes pharmaceutiques en valeur sont

⁷⁹ In : <http://www.leem.org>. Consulté le 10/08/2009.

effectuées sur ces trois zones, qui forment ce que les analystes du secteur appellent « la triade pharmaceutique ». Cette concentration s'explique pour deux raisons⁸⁰ :

- L'origine géographique des groupes leaders de la pharmacie, principalement américains et européens,
- La solvabilité de la demande de soins dans ces trois zones, assurée par des systèmes de protection sociale publics et privés permettant de financer toute ou une partie des dépenses pharmaceutiques.

Les ventes mondiales de médicaments ont connu une croissance soutenue sur la période 1999-2010. Ces ventes devront continuer à croître jusqu'en 2013. Les prévisions de 2009 confirment cette tendance haussière. Les Etats-Unis, par exemple, annoncent une croissance des ventes de produits pharmaceutiques de 4,5% à 5,5% en 2009⁸¹, et de 3% à 5% en 2010.

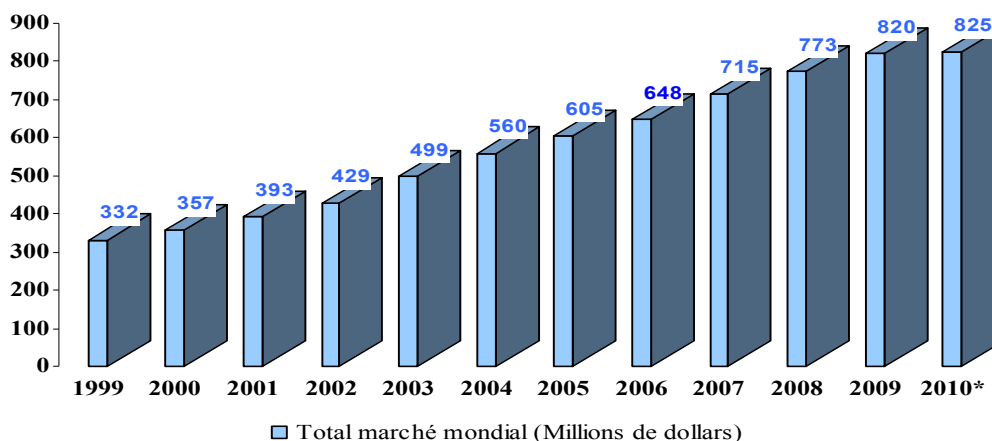
Au niveau mondial, les ventes de l'industrie pharmaceutique devraient enregistrer une croissance de l'ordre de 4% à 6% en 2010, soit plus de 825 milliards de dollars (542 milliards d'euros). En 2013, ce chiffre est estimé à près de 975 milliards de dollars. Dans les années à venir, l'expiration des brevets protégeant les médicaments les plus vendus au monde (générant 137 milliards de dollars), peut expliquer la faible croissance attendue des ventes mondiales jusqu'en 2013.

Les ventes de médicaments dans les pays émergents tels que la Chine, le Brésil, l'Inde, la Corée du Sud, le Mexique et la Turquie devraient connaître une hausse de 12% à 14% en 2010 et de 13% à 16% de 2011 à 2013. Rien qu'en Chine, les ventes devraient croître de plus de 20% par an. Elles contribueront à hauteur de 21% à la croissance du marché mondial.

⁸⁰ Berthelot Anne- Caroline. : Les interactions de l'industrie pharmaceutique et des gouvernements autour des cellules souches humaines, Thèse professionnelle, ESCP-EUROPE, Mai 2009, p 11. In : <http://www.cesnur.org/2009/berthelot.pdf>. Consulté le 15/06/2009.

⁸¹ Pharma mondiale : La branche pharmaceutique face à ses mutations, 2009 In : www.fb-ingenierie.fr/files/14.pdf. Consulté le 10/07/2009.

Figure 02 : Les ventes globales de médicament entre 1999-2010



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données de:
 - Global pharmaceutical sales, 2001-2008 In <http://1.bp.blogspot.com/>
 - http://www.amip.ma/Dynamicdata/Secteur_Interna.aspx.
 * Prevision

Les dix premiers médicaments totalisent moins de 10 % des ventes. Le premier produit, le Lipitor à un chiffre d'affaires annuel de 13,6 milliards de dollars, le dixième totalise plus de 8,6 milliards de dollars. Plus d'une centaine de médicaments réalisent des ventes supérieures à 1 milliard de dollars (les blockbusters).

S'agissant du classement des ventes mondiales de l'industrie pharmaceutique par classes thérapeutiques en 2008, les traitements anticancéreux confirment leur première place et ont pour la deuxième année consécutive le chiffre d'affaires le plus important avec 13,6 Milliards de dollars.

Tableau 5: Les dix produits pharmaceutiques vendus dans le monde en 2008

Médicament	CA 2008 (Milliards US\$)	Evolution en %
1- Lipitor (Cardiovasculaire)	13,6	0,9 %
2- Plavix (Anti thrombotique)	8,6	16,9 %
3- Nexium (Gastrologie)	7,8	7,8 %
4- Seretide (Pneumologie)	7,7	7,0 %
5- Enbrel (Immunologie)	5,7	5,6 %
6- Seroquel (Psychiatrie)	5,4	14,9 %
7- Zyprexa (Psychiatrie)	5,02	1,8 %
8- Remicade (Immunologie)	4,9	14 %
9- Singular (Pneumologie)	4,6	3,1 %
10- Lovenox (Hémostase et sang)	4,4	8,9 %

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de : Industrie pharmaceutique.
 In: <http://pharmactuposition.blogspot.com/>

En 2008, selon les statistiques du marché pharmaceutique international établies par l'Institut d'analyses de marché IMS Health, Pfizer occupait la première place avec un chiffre d'affaires de 39 milliards de dollars. Avec un chiffre d'affaires pharmaceutique mondial de 31,6 milliards de dollars, Novartis se place au troisième rang. Avec un chiffre d'affaires de 27,7 milliards de dollars, l'entreprise Roche est passée du septième rang au sixième rang. Quant à l'entreprise Abbott, avec 17,8 milliards de dollars, elle figurait en dixième position sur la liste d'IMS Health.

Tableau 6: Les dix premiers groupes pharmaceutiques mondiaux en 2008

Groupes pharmaceutiques	Chiffre d'affaires (en Milliards de Dollars)	Part de marché
Pfizer (Etats-Unis)	39,0	6,4 %
GlaxoSmithKline (Royaume-Uni)	32,4	5,3 %
Novartis (Suisse)	31,6	5,2 %
Sanofi-Aventis (France)	30,3	4,9 %
AstraZeneca (Royaume-Uni)	29,9	4,9 %
Roche (Suisse)	27,7	4,5 %
Johnson & Johnson (Etats-Unis)	27,2	4,4 %
Merck&Co (Etats-Unis)	24,2	3,9 %
Eli Lilly (Etats-Unis)	17,8	2,9 %
Abbott (Etats-Unis)	17,8	2,9 %
Dix premiers laboratoires	277,9	45,4 %

Source: Marché mondial. Les entreprises pharmaceutiques françaises encore insuffisamment internationalisées. In: <http://www.leem.org>

2. La demande de médicament mondiale (La consommation)

Depuis quelques années et dans la plus part des pays les dépenses de médicaments ont enregistré une progression rapide et représentent une part de plus en plus importante des dépenses totales de santé.

En 2007, les Etats-Unis ont enregistré des dépenses de médicaments importantes. Rapportées à la population totale par zone géographique, les Etats-Unis viennent en tête du classement des dépenses annuelles de médicaments par habitant avec 878 dollars, contre 588 dollars en France, 518 dollars pour l'Italie et 500 dollars pour l'Allemagne. (cf. tableau 7).

Tableau 7: Dépenses consacrées aux médicaments en 2007, données comparées

Pays	Dépenses par habitant (en dollars US)	Part des médicaments/ coûts de santé (en %)
USA	878	19.3%
France	588	16.3%
Italie	518	13.4%
Allemagne	500	13.3%
Chine	454	12%
Suisse	446	10.3%

Source : Interpharma : Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche. : Le marché du médicament suisse, 2009. p 9. In: <http://www.interpharma.ch/fr/pdf/>

Tableau 8 : Les dépenses des médicaments pour quelques classes thérapeutiques en 2008

Les classes thérapeutiques	valeur en milliards d'euros	Croissance en %
Système Nerveux Central	67,20	11
Cardiologie	60,48	4
Troubles métaboliques & digestifs	49,28	10
anticancéreux, immunomodulateurs	44,8	20
Antinfectieux (bactériens, fongiques, viraux)	42,56	11
Respiratoires	28,00	8

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : <http://www.pharmactua.com/>

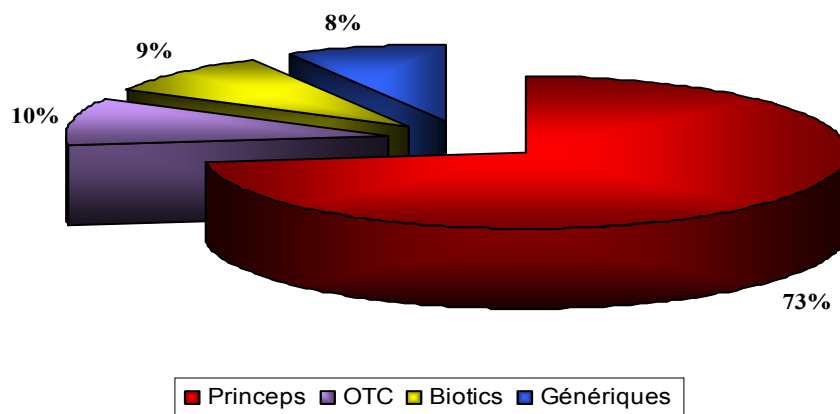
Le tableau 8 montre que les principales classes thérapeutiques sur lesquelles a porté la demande mondiale de médicament sont : le système nerveux central avec une croissance de 11 % à 67,2 milliards d'euros suivie par la cardiologie à 60,4 milliards d'euros en évolution de 4 %.

En troisième position le marché des troubles métaboliques et digestifs à 49 milliards d'euros, en évolution de 10 %. Les anticancéreux et les immunomodulateurs enregistrent la plus forte croissance à plus de 20 % pour un chiffre d'affaires mondial de 44 milliards. Les Antinfectieux (bactériens, fongiques et viraux) occupent la cinquième place avec 42 milliards d'euros, en évolution de plus 11 % suivie du marché des voies respiratoires avec 28 milliards d'euros en évolution de 8 %

3. La structure du marché mondial de médicaments

Le marché mondial de médicament est composé de quatre segments à savoir : le produits « princeps » qui regroupent les médicaments de prescription, généralement remboursés ; les génériques qui sont les copies légales des médicaments princeps remboursés et dont le brevet est arrivé à l'échéance. Les OTC (Over- the- counter) qui sont les produits d'automédication en vente libre et non remboursables et le marché des biotechnologies⁸².

Figure 3 : Segmentation du marché pharmaceutique en 2008 (en valeur)



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de Berthelot Anne- Caroline. : Les interactions de l'industrie pharmaceutique et des gouvernements autour des cellules souches humaines, Thèse professionnelle, ESCP-EUROPE, Mai 2009. In : <http://www.cesnur.org/2009/berthelot.pdf>

En 2008, les ventes mondiales de princeps représentaient 73% des ventes totales. Cela s'explique par le fait que le marché des princeps présente une double originalité. D'une part, les trois aspects de cette demande (choix, paiement et consommation) sont distincts : le prescripteur est le médecin, le payeur est l'assurance-maladie et le consommateur le patient, d'autre part, l'offre est caractérisée par une forte concurrence pendant la longue phase de recherche et développement puis par une situation de monopole une fois le princeps sur le marché.

⁸² Abecassis Ph. Et Coutinet N : Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques, revue Horizon stratégiques, centre d'analyse stratégique, N° 07, janvier - mars 2008

Le marché du générique représente moins de 10% en valeur du marché total du médicament, il s'élevait à environ 80 milliards de dollars en 2008 sur un marché total de 750 milliards de dollars⁸³. S'il reste encore faible en valeur, il connaît cependant une croissance annuelle de 12% contre 9% pour le marché du médicament en général.

Du point de vue géographique, en 2009, les pays développés détiennent la part la plus importante de ce marché. En effet, le marché des génériques dans les pays développés représente 59 milliards de dollars avec les Etats Unis représentant 42 % des ventes, les 5 principaux pays Européens 23 % et le Japon 6 %. La croissance du marché des génériques s'amplifie passant de 3,6 % en 2008 à 7,7 % en 2009. Les effets de la crise économique et les pressions des gouvernements à maîtriser les dépenses de santé contribuent à la dynamique du marché⁸⁴.

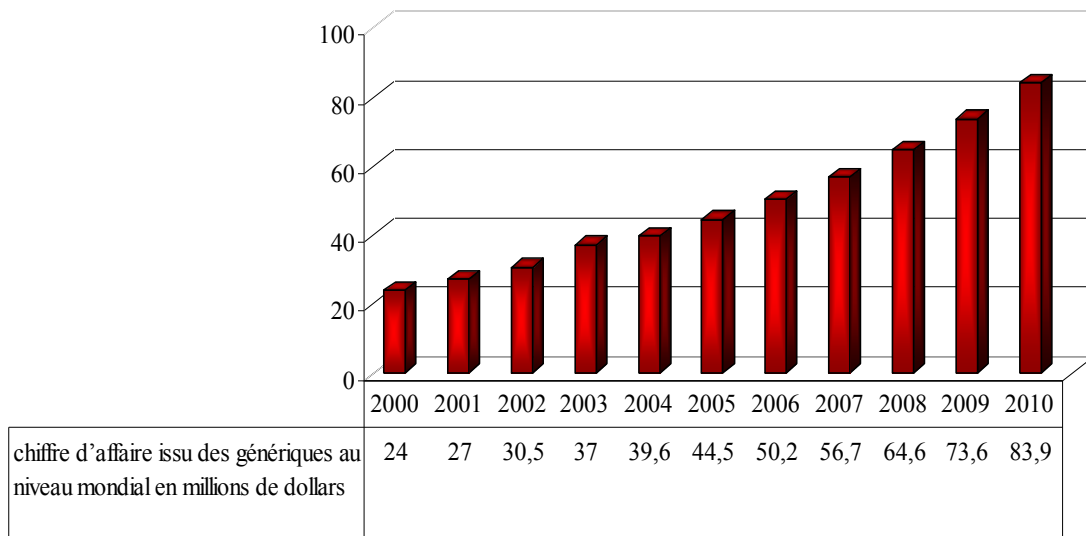
De 2000 à 2010, le chiffre d'affaires généré par les médicaments génériques a enregistré une croissance soutenue passant de 24 milliards de dollars en 2000 à 83,9 milliards de dollars en 2010. Soit une multiplication par 3,49 au cours de cette période.

En effet, le marché des médicaments génériques est en plein essor sur le plan mondial, contrairement au marché des produits pharmaceutiques de marque qui stagne depuis quelques années. L'expiration d'un grand nombre de brevets, le vieillissement de la population et le besoin urgent de contenir les dépenses de santé sont parmi les facteurs à l'origine de la croissance du marché des génériques.

⁸³ Génériques : Année faste pour le Top 5 en 2008. In: <http://www.pharmaceutiques.com>. Consulté le 03/07/2009.

⁸⁴ Idem.

Figure 4 : Evolution du chiffre d'affaire issu des génériques au niveau mondial en millions de dollars



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir de : SGI Global Generics. In: <http://www.sgindex.fr/admins/files/other/sgindex/files/3951.pdf>

Le tableau 9 montre qu'en terme de classement des entreprises du génériques, le groupe israélien Téva est classé en tête, ce dernier détient 18% du marché avec un chiffre d'affaires de 13,9 milliards d'euros en 2009. Le groupe Téva prévoit un doublement de son chiffre d'affaires pour dépasser les 30 milliards de dollar en 2015, suivie de Sandoz qui détient en 2009 près de 10% du marché mondial des génériques.

Avec des ventes de 5,1 milliards d'euros, le groupe américain Mylan, arrive en troisième position avec 6% du marché mondial. Le groupe Watson qui détient 6 % du marché mondial, vient en quatrième position. Quant au fabricant de génériques allemand Ratio-Pharm qui détient 3% et dégage un chiffre d'affaires de 1,9 milliards d'euros occupe la cinquième place, la sixième place est aussi allemande et revient à Stada. (Cf. tableau 9).

Tableau 9: Le classement des huit premières entreprises de générique mondiales 2009

Entreprises de générique	Pourcentages
Téva (Israël)	18%
Sandoz (suisse)	10%
Mylan (Etats-Unis)	6%
Watson (Etats-Unis)	6%
Ratio Pharm (Allemagne)	3%
Stada (Allemagne)	3%
Actavis (Islande)	2%
Ranbaxy (Inde)	2%
Autres	50%
Total	100%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données du site :
<http://www.pharmactua.com/2010/classement-des-8-principaux-acteurs-de-lindustrie-des-generiques-un-marche-mondial-valorise-a-84-milliards-de-dollars-en-2010/>

Les principaux moteurs de développement des génériques sont⁸⁵ :

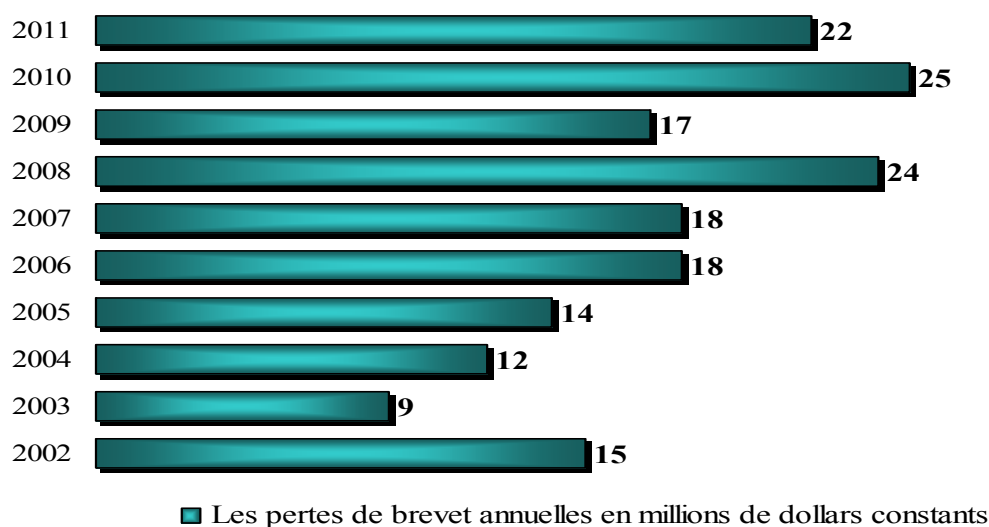
- Tendances démographiques (augmentation et vieillissement de la population) et besoin croissant de médicaments.
- Pressions budgétaires incitant les gouvernements à réduire leurs dépenses de santé, en faveur des médicaments à moindre coût.
- Evolution de la réglementation en Europe, qui œuvre en faveur de l'utilisation croissante des génériques.
- Réforme possible de la réglementation sur les biogénétiques.
- Fort potentiel en matière de fusions/acquisitions.
- Substitut efficace des marchés de la santé d'Asie et d'Europe de l'Est, qui comptent des laboratoires entièrement intégrés.

Les prévisions de croissance du marché de médicaments génériques varient, chaque année en fonction du nombre de brevets destinés à tomber dans le domaine public. La figure 05 montre que les pertes de brevets entre 2002 et 2011 sont en évolution. Cette évolution a pour effet la baisse dans les ventes de princeps.

L'année 2008 et 2010 représentent les deux années qui ont enregistré le plus de pertes de brevets et donc une augmentation du chiffre d'affaires des génériques et une baisse des princeps.

⁸⁵ Société Générale Index (SGI) : Global generics, SGI, août 2007, p 03, in : www.sgindex.com. Consulté le 13/02/2010.

Figure 5 : Evolution de la perte de brevets entre 2002 et 2011



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : Mutualité française : Bilan de 25 ans de politique du médicament générique, proposition pour une politique plus ambitieuse, octobre 2008, p 24, in : www.mutualite.fr.

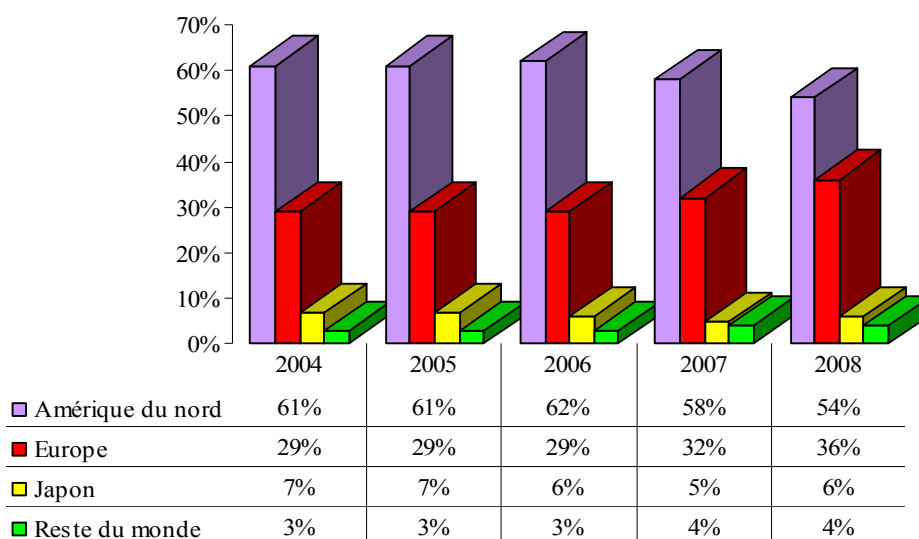
4. Le marché des produits biomédicaments

Les biotechnologies sont définies par l'OCDE comme « l'application des sciences et des techniques à des organismes vivants, qu'il s'agisse d'éléments, de produits ou d'échantillons, pour transformer les matériaux vivants ou non, dans le but de produire des connaissances, des biens et des services »⁸⁶.

Entre 2004 et 2008, le marché des biomédicaments est passé de 50 à 85 milliards de dollars. Soit une croissance de 70%. Sur un marché de 85,1 milliards de dollars en 2008 contre moins de 50 milliards de dollars en 2004, la part de l'Europe a augmenté, passant de 29 % à 36 %. L'Allemagne représente 8 % du marché mondial, la France 7 %. Dans le même temps, l'Amérique du Nord perdait six points à 54 % (dont Etats-Unis : 51 %).

⁸⁶ Conseil économique, social et environnemental : Les bio médicaments : des opportunités à saisir pour l'industrie pharmaceutique, 2009, p23.

Figure 6 : Répartition du marché des biomédicaments par zone géographique



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : Médicaments biotech, In : <http://www.pharmaceutiques.com>

Les dix groupes leaders représentent un peu plus de 80 % du marché des biomédicaments en 2008, les 20 premiers 94,5 %. Roche et Amgen dominent le marché avec respectivement 21 %, soit 17,7 milliards de dollars et 18 %, soit 15,2 milliards de dollars.

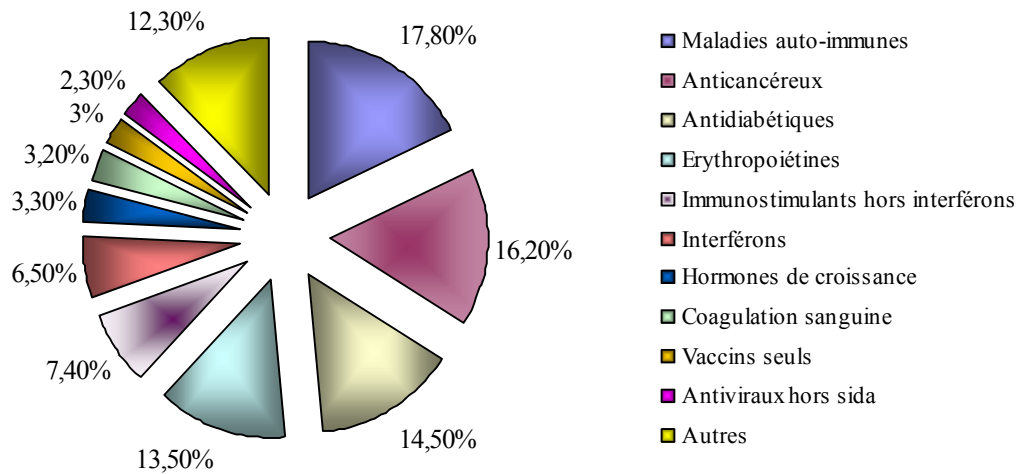
Entre 2003 et 2007, la croissance annuelle moyenne du leader du marché, Roche, sur le marché des produits bio pharmaceutiques s'est élevée à 29,7 % Mais ce n'est pas la progression la plus importante: Abbott a affiché plus de 67,1 %, Merck & Co plus 44,7 % et Sanofi-aventis plus 34 %.

Tableau 10: Les dix groupes leaders sur le marché des biomédicaments en 2008

Groupes pharmaceutiques	parts
Roche (Suisse)	21%
Amgen (États-Unis)	18%
Novo nordisk (Danemark)	8%
Jonson & Jonson (États-Unis)	7%
Lilly (États-Unis)	6%
Abbott (États-Unis)	5%
Sanofi Aventis (France)	5%
Merck KGaA (Allemagne)	4%
Schering-Plough (États-Unis)	3%
Wyeth (États-Unis)	3%
Autres	19%

Source : réalisé par nos soins à partir de <http://www.pharmaceutiques.com/>

Figure 7: Répartition du marché des biomédicaments par classe thérapeutique en 2008



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de :
http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq169_48_dossier.pdf

La répartition du marché des biomédicaments par classe thérapeutique montre que les maladies auto-immunes, cancers, diabètes et anémie sont les quatre classes dominant le marché des produits biotech : elles représentent plus de 60 % des ventes en 2008.

En termes de croissance, les anticancéreux, les vaccins et les agents destinés à traiter les maladies auto-immunes sont les domaines les plus dynamiques, avec des croissances annuelles moyennes respectives de 42,8 %, 32,2 % et 31,8 % entre 2003 et 2007.

5. Recherche et développement

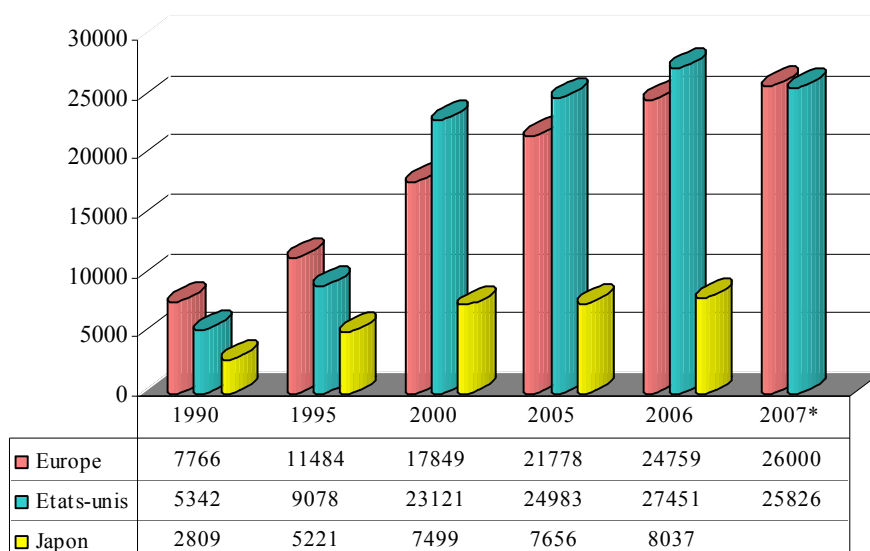
L'industrie du médicament est dominée par le progrès technique, son évolution s'explique par la trilogie : recherche et développement, économies d'échelle et internationalisation⁸⁷.

En 2007, les entreprises du médicament ont investi dans la recherche environ 25,8 milliards d'euros en Europe contre 26 milliards d'euros aux Etats-Unis.

⁸⁷ Majnoni d'Intignano, Béatrice. : Economie de la santé, édition : PUF, Paris, 2001. p 217

Entre 1990 et 2007, ces dépenses de recherche et développement ont été multipliées par 5 aux Etats-Unis contre seulement 3 en Europe et en France. Donc les Etats-Unis restent le premier financeur mondial de la recherche thérapeutique.

Figure 8: Comparaison des dépenses de R&D en Europe, aux États-Unis et au Japon
(En millions d'euros)



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de :
<http://www.lesechos.fr/medias/2009/0618//300356545.pdf>
* Prevision

II. LE MARCHE DU MEDICAMENT DANS LES PAYS DU MAGHREB

Dans les pays du Maghreb, le marché du médicament est étroitement lié au système de santé dans son ensemble. Une présentation des principaux éléments consécutifs de ce système est nécessaire pour la compréhension de l'évolution du marché du médicament dans ces pays.

1. Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb

Depuis le début des années 80, les systèmes de santé connaissent de nombreux bouleversements. Les pays du Maghreb n'échappent pas à ce mouvement. Dans le domaine de la santé les pays du Maghreb ont beaucoup investi et ont enregistré des

résultats spectaculaires dans certains domaines⁸⁸. L'offre des soins s'est densifiée et les indicateurs de santé se sont nettement améliorés.

Malgré ce nouveau contexte, la question du financement de la santé soulève des difficultés qu'affrontent le système de santé au Maghreb. Ces difficultés sont dues aux changements apparus dans les relations entre d'une part les systèmes de santé et les systèmes économiques qui les portent et d'autre part aux évolutions propres aux systèmes de soins dans les trois pays (Algérie, Maroc, Tunisie) : croissance rapide des effectifs médicaux, introduction des technologies dans les structures sanitaires et privatisation de l'exercice de la profession médicale.

1.1. Comparaison des dépenses de santé au Maghreb

Le problème du financement de la santé se pose avec une très grande acuité, il est devenu une préoccupation majeure tant pour les pouvoirs publics que pour la population⁸⁹.

En matière de dépenses de santé, les pays du Maghreb se trouvent inférieurs aux normes internationales. La banque mondiale recommande un minimum de 5% du PIB consacré pour les dépenses de santé pour les pays en voie de développement.

Au cours de la période 2002-2009, rapportées au PIB, ces dépenses sont passées pour le Maroc de 5,3% en 2002 à 5,47% en 2009. Et de 5,6% à 4,57% pour la Tunisie. Par contre l'Algérie consacre 4,8% en 2009, contre 3,7% en 2002. En Algérie, la part relativement faible des dépenses de santé par rapport au PIB s'explique par la faible croissance du budget de fonctionnement et ce, malgré l'importance des moyens financiers disponibles. Néanmoins, ces dépenses sont majoritairement publiques : 76,22% des dépenses totales de santé en 2002 et 89,58% en 2009.

⁸⁸ Kaddar M. : la réforme du système de santé au Maghreb : contexte, succès et défis actuels. Communication au 1er colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires ». Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006.

⁸⁹ Kaïd Tlilane N. : Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques. Université d'Alger, 2003. p 89.

Au Maroc, on assiste à une situation inverse où la santé est financée majoritairement par les dépenses privées qui représentent 73,96% en 2002 contre 75,69% des dépenses totales de santé en 2009. La part des dépenses publiques reste très limitée dans le financement de la santé au cours de la période 2002-2009.

Au Maroc, la dépense globale de santé est faible dans un contexte d'une part, de cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, de la faiblesse de l'assurance maladie qui touche moins de 20% de la population. Le paiement direct des ménages constitue la source de financement principale du système alors que le financement public ne dépasse guère 35% du financement global. Cette situation n'est pas adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles, et parfois, catastrophiques surtout pour les individus souffrant de maladies chroniques. Cette situation s'aggrave particulièrement chez la population démunie.

En Tunisie, sur la période 2002 à 2009, rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses privées enregistrent une part légèrement plus importante par rapport aux dépenses publiques de santé.

Les dépenses privées représentaient 53,21% en 2002 et passent à 56,02 % en 2009, soit un accroissement de 2,81% durant cette période. Quant aux dépenses publiques de santé, elles enregistrent en moyenne une part de 44,71 % des dépenses totales de santé. Contrairement au Maroc, en Tunisie plus de 80% de la population possède une couverture maladie lui permettant d'accéder aux soins⁹⁰, par l'intermédiaire de l'assurance maladie ou de l'assistance médicale financée par l'Etat.

⁹⁰ Banque Mondiale. : République tunisienne étude du secteur de la santé, département du développement humain région Moyen-Orient et Afrique du nord. Mai 2006, p 12 In : <http://www.scribd.com>. Consulté le 05/01/2010.

Tableau 11 : Evolution des dépenses de santé en % du PIB dans les pays du Maghreb entre 2002 et 2009.

Dépenses totales de santé	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Algérie	3,7	3,6	3,7	3,5	4,2	4,3	4,55	4,8
Maroc	5,3	5,3	5,2	5,3	5,3	5,37	5,42	5,47
Tunisie	5,6	5,6	5,5	5,5	5,1	4,97	4,77	4,57
Dépenses publiques de santé								
Algérie	2,82	2,80	2,72	2,65	3,41	3,61	3,96	4,30
Maroc	1,38	1,41	1,43	1,44	1,39	1,37	1,35	1,33
Tunisie	2,62	2,59	2,44	2,43	2,25	2,19	2,10	2,01
Dépenses privées de santé								
Algérie	0,88	0,80	0,98	0,85	0,79	0,69	0,59	0,49
Maroc	3,92	3,88	3,76	3,86	3,91	3,99	4,07	4,14
Tunisie	2,98	3,01	3,06	3,07	2,85	2,78	2,67	2,56

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

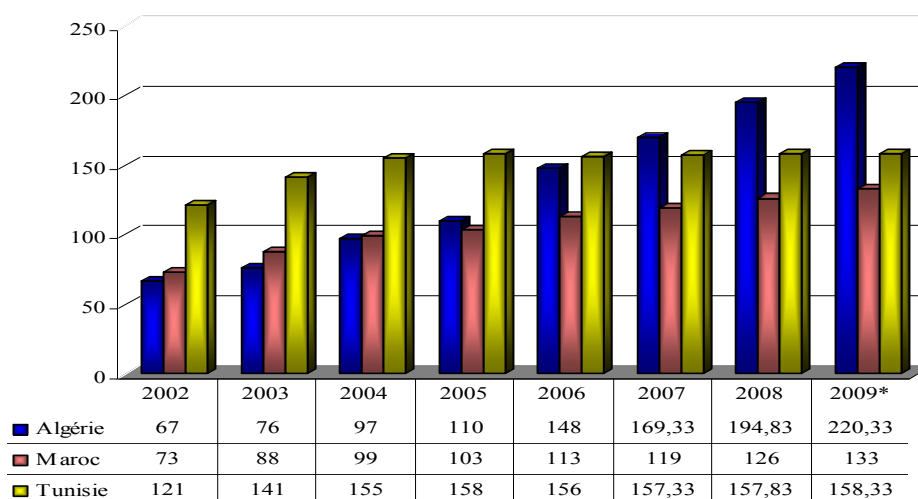
OMS, statistiques sanitaires mondiales, 2009. In:

http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf

Perspective monde, Mai 2010. In: <http://perspective.usherbrooke.ca/>

* Estimation

Figure 9 : Les dépenses en santé par habitant dans les pays du Maghreb entre 2002 et 2009 en Dollars.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : OMS, statistiques sanitaires mondiales, 2009.

In: http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf

* Prévision

La dépense de santé par habitant et par an en Algérie, est estimée à 67 dollars en 2002, elle a augmenté à 220,33 Dollars en 2009, plaçant ainsi l'Algérie devant la Tunisie et le Maroc⁹¹.

En Tunisie, les dépenses de santé annuelles par habitant sont passées de 121 dollars en 2002 à 158,33 dollars en 2009, soit une évolution de 30,85%. Pour le Maroc, les dépenses de santé annuelles par habitant sont passées de 73 dollars en 2002 à 133 dollars en 2009, soit un accroissement de 82,19%.

1.2. Les principaux indicateurs démographiques dans les pays du Maghreb

L'analyse des indicateurs démographiques, tels que l'espérance de vie à la naissance, les taux de natalité et de mortalité et le taux de fécondité ainsi que le taux d'accroissement naturel, permet d'évaluer l'état de santé de la population.

Tableau 12 : Les principaux indicateurs démographiques dans les pays du Maghreb en 2009.

Les principaux indicateurs démographiques	Algérie	Tunisie	Maroc
Population en Millions d'habitants	34, 18	10, 49	35,7*
Espérance de vie à la naissance	74,02	75,78	71.80**
Taux de fécondité %	1,79	1,72	2,27
Taux de natalité %0	16,90	15,42	20,96
Taux de mortalité%0	4,64	5,20	5,45
Taux d'accroissement naturel %	1,22	1,02	1,01
Mortalité infantile %0	27,73	22,57	29,75

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de perspective monde. In: <http://statistiques-mondiales.com>

*: www.ons.dz

** <http://www.indexmundi.com/>

Au Maghreb, depuis une vingtaine d'années, la situation sanitaire de la population s'améliore sensiblement en raison des progrès des conditions de vie, du meilleur accès à l'éducation, du développement des services de santé préventifs et curatifs et de l'abaissement des taux de natalité. L'espérance de vie à la naissance est de 74,02 ans en Algérie en 2009, celle de la Tunisie de 75, 78 ans, celle du Maroc de 71, 80 ans.

⁹¹ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 32.

En Tunisie, le taux de mortalité infantile, qui est le plus faible des pays d'Afrique du Nord, est de 22,57‰ en 2009, en Algérie de 27,73‰ et au Maroc de 29,75 ‰ en 2009. Cependant, ces progrès n'ont pas été uniformes dans tout le pays et les différences entre zones urbaines et rurales restent importantes.

En effet, les indicateurs démographiques dans cette région ont connu une nette amélioration. La population dans les trois pays du Maghreb (Algérie, Tunisie et Maroc) a subi une augmentation importante. En 2009, la population de la Tunisie est de 10 millions d'habitants, celle du Maroc est plus de 34 millions et celle de l'Algérie de 35 millions. L'indice synthétique de fécondité est de 1,79 enfants par femme en 2009 en Algérie, celui de la Tunisie il est de 1,72 et celui du Maroc de 2,27 en 2009. Il est de même pour, les taux de natalité ainsi que le taux d'accroissement naturel qui ont subi une amélioration considérable. Ces indicateurs avoisinent ceux enregistrés dans les pays développés. Cette amélioration de ces indicateurs est plus remarquable en Tunisie qu'en Algérie et au Maroc.

Parmi les éléments qui ont contribué à ces améliorations : la priorité accordée aux soins, sans aucune discrimination, soins préventifs et curatifs ; les programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles ainsi qu'un choix adopté depuis 30 ans en faveur de la planification familiale. Néanmoins, l'augmentation de l'espérance de vie a eu comme corollaire l'apparition de maladies nouvelles caractéristiques des pays développés (maladies chroniques), ce qui n'est pas sans poser des problèmes d'équité dans la prise en charge et ce, en raison du poids financier.

2. Le marché du médicament dans les pays du Maghreb

L'objectif de cette section était de faire une comparaison des différents indicateurs qui relèvent du marché du médicament dans les trois pays du Maghreb (Algérie, Tunisie et Maroc), en raison de l'absence de statistiques et l'hétérogénéité des ces dernières, nous étions contraints de présenter seulement l'organisation du marché du médicament dans ces pays.

2.1. Marché du médicament au Maroc

La branche médicament au Maroc est entièrement contrôlée par le secteur privé, de l'importation à la distribution, en passant par la production. Il existe un service d'approvisionnement des établissements de soins publics (Pharmacie centrale), mais son impact sur l'évolution générale du secteur est faible. La part des médicaments distribués gratuitement dispensaires (antituberculeux...) représenterait moins de 4% de la consommation globale.

2.1.1. L'offre de médicaments au Maroc

L'offre de médicaments est assurée par la production locale et l'importation. L'industrie pharmaceutique marocaine satisfait plus de 70% des besoins marocains de médicaments. Les 30% restants sont assurés par les importations de produits à faible volume de consommation provenant surtout de pays européens⁹².

2.1.1.1. La production locale

Le Maroc a la particularité d'avoir une production pharmaceutique locale très développée, qui satisfait 80% environ des besoins nationaux et exporte le reste essentiellement vers l'Europe, les pays arabes et africains.

Le développement de ce secteur a été rendu possible grâce aux pharmaciens marocains qui, depuis les années soixante, ont investi dans ce domaine et ont convaincu les sociétés multinationales de s'installer au Maroc.

2.1.1.2. Les importations

Au lendemain de l'indépendance, le Maroc importait encore la presque totalité des médicaments nécessaires à la population.

Mais cette dépendance à l'égard des importations ne pouvait satisfaire les pouvoirs publics à l'heure où la majorité des pays recherchaient la maîtrise et l'autosuffisance en matière d'approvisionnement en médicaments.

C'est ainsi que l'Etat décide d'abord d'encadrer de manière rigoureuse l'exercice de la pharmacie sur le territoire par la mise en place du Dahir de Février 1960 qui définit les

⁹² Association marocaine de l'industrie pharmaceutique : L'industrie pharmaceutique au Maroc. Chiffres clés 2007. P06. In : <http://www.amip.ma>. Consulté le 04/02/2010.

conditions d'exploitation d'un médicament, qu'il s'agisse de son importation, de sa fabrication ou encore de sa distribution en gros et de sa délivrance au détail.

Le résultat de cette mesure prise par l'Etat est plus que satisfaisant ; alors que le Maroc ne comptait que 08 unités industrielles en 1965, il en est à plus de 25 dans les années 80. Tous les grands groupes internationaux adhèrent à cette politique en s'installant à leur propre compte ou en association avec des partenaires locaux. En 2009, on dénombre 35 unités de production.

Tableau 13: Evolution du nombre d'unité de production au Maroc

Années	Nombre d'unité
1965	8
1975	13
1985	20
1995	23
1998	25
2000	22
2001	26
2002	26
2003	27
2004	30
2005	35
2006	35
2007	35
2008	35

Source : le secteur pharmaceutique au Maroc, chiffres clés <http://www.amip.ma>.

Depuis 1990, le marché du médicament au Maroc ne cesse d'évoluer, il passe de 1,7 milliards de DH en 1990, à 7,7 milliards de DH en 2009, un taux d'évolution de 452,9 % en l'espace de 19 ans.

En unité de vente, le marché du médicament au Maroc est passé de 130 millions d'unités de vente en 1990 à 279 millions d'unités en 2009, un taux d'évolution de 214,61% sur la même période. Les princeps constituent toujours l'essentiel du marché. Les ventes portent sur 202 millions de boîtes d'une valeur de 5,6 Milliards de DH en 2009.

Le secteur pharmaceutique exporte en moyenne 8% à 10 % de sa production vers des pays européens, arabes, asiatiques ou encore africains. Ces exportations pourraient enregistrer une progression plus forte.

Tableau 14 : Evolution du marché du médicament au Maroc

Années	1990	1995	1998	1999	200	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Quantité (En Millions d'unités)	130	155	180	180	178	171	186	188	185	192	203	227	259	279
Valeur en milliards de DH	1,7	3,5	3,8	4	4,09	4,03	4,5	4,6	4,7	4,9	5,3	6,1	7	7,7

Source : Le secteur pharmaceutique au Maroc, chiffres clés. In:
http://www.amip.ma/dynamicdata/Secteur_Industrie.aspx

2.1.2. La demande de médicaments au Maroc

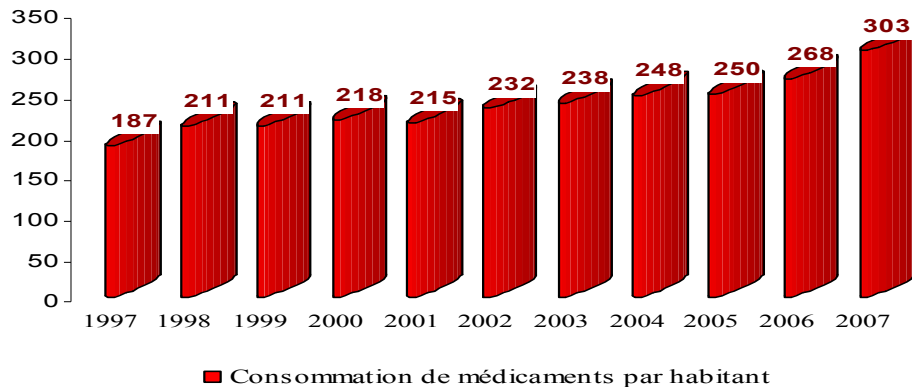
Au Maroc, les niveaux de consommation par habitant restent, cependant, modestes par rapport notamment à l'Algérie et à la Tunisie. L'essentiel de la consommation de médicaments est directement financé par les usagers. La couverture médicale est faible, elle couvre environ 10 millions de marocains en 2008, Même les dépenses pharmaceutiques dans le secteur hospitalier sont, pour une bonne part, à la charge des ménages.

En 2007, les marocains dépensent 303 DH par habitant et par an en médicaments. La part du générique reste faible, à peine 25%. Les industriels estiment qu'elle peut passer à 70% grâce à une politique plus contraignante à l'encontre des médecins et pharmaciens. Augmenter le taux de pénétration des génériques sur le marché du médicament ; tel est l'objectif de la campagne de sensibilisation à l'utilisation des génériques lancée depuis quelques années au Maroc.

L'étude des classes thérapeutiques montre que la part prépondérante revient aux médicaments de l'appareil digestif, du métabolisme, des anti- infectieux, et du système nerveux central⁹³ ; ceux -ci représentent la moitié du marché.

⁹³ Association marocaine de l'industrie pharmaceutique : L'industrie pharmaceutique au Maroc. Chiffres clés 2007. P06. In : <http://www.amip.ma>. Consulté le 04/02/2010.

Figure 10: Evolution de la consommation de médicaments par habitant en valeur au Maroc entre 1997 et 2007 en Dirham



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir de : Ahid S., Cherrah Y. : Les médicaments génériques au Maroc, 4^{ème} journée pharmaceutique de Taza., Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, 22 mai 2009 In: <http://www.pharmacies.ma>.

La figure11, montre que le médicament générique reste peu et faiblement consommé par les marocains. Sur la période 2000-2008, la part du médicament générique, en valeur a connu une croissance de 66,66%. Cependant cette part reste insuffisante et nettement inférieure à 30% du niveau total de la consommation médicamenteuse et donc une part prépondérante des médicaments princeps. Afin de promouvoir la consommation du générique, plusieurs mesures ont été prises. On cite⁹⁴ :

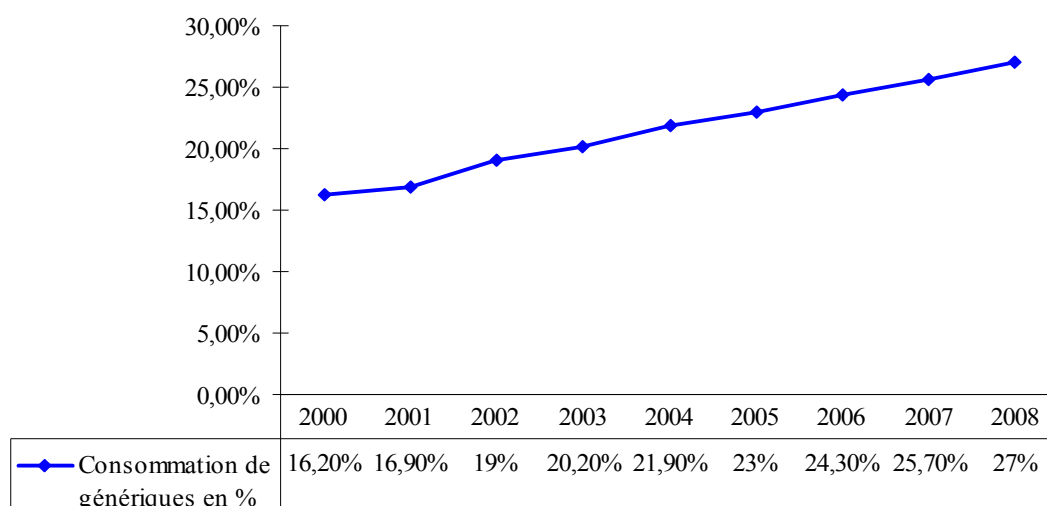
- Augmenter la connaissance des consommateurs pour les génériques par une publicité officielle ;
- Encourager les médecins à prescrire des médicaments génériques à l'aide de mesures financières et la mise en place de bases de données ;
- Encourager les pharmaciens à dispenser le médicament générique à l'aide de mesures financières ;
- Rendre légal le droit de substitution : c'est un des éléments majeurs de toute politique d'encouragement à l'utilisation des médicaments ;

⁹⁴ Khayati Youssef. : Médicaments génériques leurs problématiques, Communication présentée In : colloque national organisé par le syndicat des pharmaciens de Marrakech, le 24/01/2008. In: <http://www.pharmacies.ma/pharmacie/upload/Sections/file/khiyati.pdf>. Consulté le 08/03/2010.

- Adopter un système de remboursement qui favorise les médicaments les moins chers ;
- Encourager la copie des médicaments dits de santé publique antiépileptiques, les neuroleptiques (faible niveau de prix du médicament princeps).

Malgré ces mesures, l'évolution du secteur pharmaceutique au Maroc est entravée par différents obstacles, notamment : l'étroitesse du marché ; la faible croissance de la demande solvable ; des contraintes financières que la plus part des laboratoires rencontrent pour réaliser des investissements d'extension et de modernisation ; et en fin par des contraintes d'ordre technique

Figure11: Evolution de la part du médicament générique, en valeur, au sein du marché pharmaceutique marocain, entre 2000 et 2008.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : Derraji A. : Droit de substitution : craintes et réalité 2009. In: <http://pharmacies.ma/pharmacie/upload/Sections/file/droit-de-substitution-derraji-jpic09.pdf>

2.2. Le marché du médicament tunisien

L'industrie pharmaceutique s'est développée en Tunisie grâce à la privatisation du secteur, en 1989, ainsi qu'à la mise en oeuvre d'un cadre juridique et réglementaire particulièrement rigoureux, néanmoins accompagné de mesures incitatives. Ces mesures sont d'ordre fiscal, d'ordre commercial ainsi que d'ordre réglementaire.

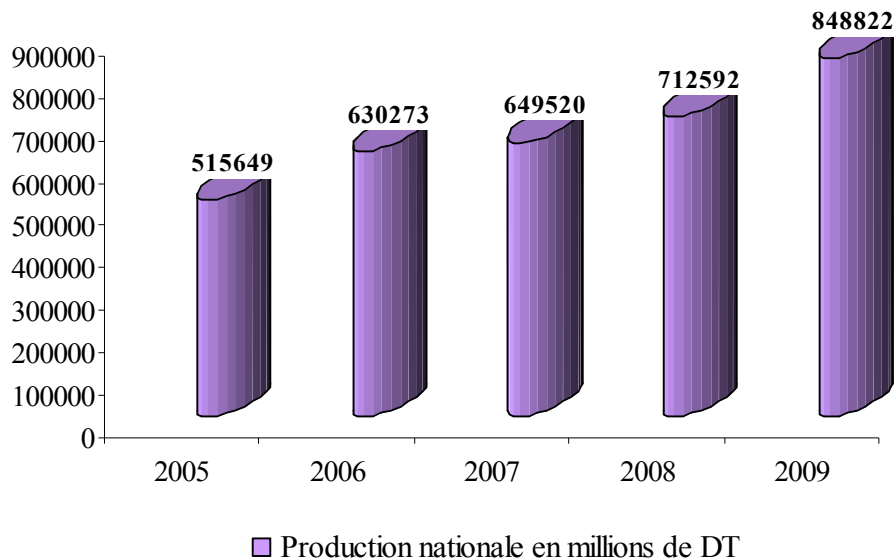
2.2.1. L'offre de médicaments en Tunisie

Le marché tunisien du médicament est satisfait essentiellement par des produits provenant de l'importation et de la production nationale.

2.2.1.1. La production locale de médicaments en Tunisie

En Tunisie, la production locale de médicaments ne permet de couvrir, en moyenne, que près de 50% des besoins de la population. Cependant, la part de la production locale dans le marché tunisien de médicaments est en croissance continue depuis les années 1990 et passe ainsi de 515 649 millions de DA tunisiens en 2005 à 848 822 millions de DA tunisiens en 2009, soit un taux d'accroissement de 64,61%. Cela s'explique notamment par l'assistance des laboratoires nationaux tunisiens dans la création d'unités de recherche et de développement, l'encouragement des fournisseurs étrangers à créer des unités et des filiales de production de médicaments princeps ou sous licence en Tunisie, à acheter et à assurer la promotion des médicaments tunisiens à l'étranger et l'incitation à l'utilisation des médicaments génériques. (cf. figure 12).

Figure 12: Evolution de la production nationale de médicaments en Tunisie



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de: El materi El annabi B. : Communication financière, 29 mars 2010.in <http://www.macsa.com.tn>

En un peu plus de 20 ans, le taux de couverture de la consommation pharmaceutique par la production locale a fortement progressé : la Tunisie en 1987 ne produisait qu'à peine près de 8% de ses besoins, assure actuellement plus de 42 % de ceux-ci et sur les 50 premiers médicaments consommés en Tunisie, environ une quarantaine est fabriquée localement.

Concernant la structure de production, en 1995, la part des génériques (dont le prix équivaut à seulement 70% environ de celui du médicament de référence) dans la production locale était de 40%, et des produits fabriqués sous licence de 60%. Aujourd'hui, nous avons une hausse de la part des génériques dans la fabrication locale avec 45% du marché des médicaments, répartis entre le secteur hospitalier et le secteur officinal privé.

Le nombre d'unités de production a grimpé de 3 en 1987 à 43 en 2009⁹⁵, soit une moyenne de deux unités de fabrication des médicaments qui se crée annuellement. 31 laboratoires tunisiens sont dédiés aux médicaments à usage humain, 5 aux produits vétérinaires et une dizaine aux dispositifs médicaux (seringues, pansements, fil de suture, etc.)

Les Laboratoires tunisiens peuvent être classés en trois catégories : Ceux qui fabriquent exclusivement des génériques, ceux qui fabriquent exclusivement des produits sous licence et ceux qui fabriquent des génériques et des médicaments sous licence.

L'opérateur tunisien Adwya occupe une part prépondérante dans la production locale des médicaments avec 8% du marché officinal en Tunisie et 14% de la production locale. Ce dernier est classé en tête comparativement aux autres laboratoires, suivis par les deux Sanofi Aventis Tunisie et Sanofi Aventis pour des parts respectives de 6,62 % et 6,59 % (cf. tableau 15).

⁹⁵ Razgallah R.: Dynamique de l'industrie pharmaceutique: experience de la Tunisie, African Workshop on Technology Transfer for Local Manufacturing Capacity on Drugs and Vaccines, Cape Town, Afrique du Sud, 10 et 11 Décembre 2009. In: <http://ictsd.org>. Consulté le 14/04/2010.

Tableau 15: Les principaux laboratoires importateurs de médicament en Tunisie en 2009

Rang	Industrie	Chiffre d'affaires	Part du marché en %
1 ère	Adwya	69 822 675	8,23
2 ème	Sanofi Aventis Tunisie	56 189 683	6,62
3 ème	Sanofi Aventis	55 893 103	6,59
4 ème	S.A.I.Ph	45 555 742	5,37
5 ème	B.M.S UPSA TUN SAID	32 273 651	3,80
6 ème	Teriak	29 848 348	3,52
7 ème	S.I.Pha.T	29 099 233	3,43
8 ème	Medis	28 862 320	3,40
9 ème	Novartis Pharma	25 142 223	2,96
10 ème	Pfizer	24 943 147	2,94
11 ème	Pfizer Tunisie	24 574 754	2,90
	Marché Officiel	848 751 213	

Source : El materi El annabi B. : Communication financière, 29 mars 2010.in <http://www.macsa.com.tn>

2.2.1.2. Les importations

Malgré le rythme rapide de croissance de la production locale qui est plus important et plus rapide que celui des importations, le montant des importations reste important.

En effet, en Tunisie, la production locale ne couvre qu'à peu près les 50% des besoins du marché, le reste étant importé, essentiellement, de France avec 70% des médicaments importés.

L'importation des médicaments n'a pas échappé à la réglementation en vigueur en Tunisie depuis le début des années 90. Ainsi 2552 autorisations de mise sur le marché (AMM) ont été délivrées à des produits d'importation, de 1992 à 2008⁹⁶, soit une moyenne annuelle de 160 AMM. Le freinage remarqué des autorisations octroyées à l'importation traduit le développement de la fabrication locale et l'émergence rapide des industries tunisiennes.

Tous les médicaments font l'objet d'une importation exclusive en Tunisie par deux établissements publics : l'Institut Pasteur de Tunis (IPT) pour les vaccins, sérums, allergènes et produits sanguins, et la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT) pour tous les autres types de médicaments. En 2009, l'importation couvre 42,5% des besoins de la population en matière de médicaments

⁹⁶ Razgallah R.: op. cit.

Tableau 16 : Importation et production locale en 2009 en dinars tunisiens

Année	2009	
	Importations	360 599 144
Production locale	488 152 069	57,5%
Dont : ADWYA	69 822 675	8%
Production Locale sauf ADWYA	418 329 394	49%

Source : El materi El annabi B. : Communication financière, 29 mars 2010.in <http://www.macsa.com.tn>

2.2.1.3. Les exportations

La Tunisie demeure modeste en terme d'exportation des médicaments. L'expérience de la dernière décennie a démontré que le marché à l'exportation est très volatile, et dépend de plusieurs paramètres exogènes et indépendants de la compétitivité de l'industrie locale (difficultés d'enregistrement des médicaments dans les pays étrangers, transparence des appels d'offres, etc.).

En vingt ans l'acquis de la Tunisie dans le domaine pharmaceutique et de la fabrication locale des médicaments et des vaccins est incontestable, reste seulement à trouver de nouvelles issues pour lancer les efforts déjà réalisés à l'échelle internationale⁹⁷. Ce développement de l'industrie pharmaceutique est essentiellement dû à la mise en place de mesures d'incitation à l'investissement, à la réglementation pour la fabrication et la commercialisation des médicaments, ainsi qu'à la création de structures administratives de gestion, d'analyse et de contrôle des produits pharmaceutiques.

2.2.2. La consommation du médicament

L'évolution de l'enveloppe des médicaments connaît une croissance continue avec un indice de progression de 10 % à 15% par an⁹⁸.

⁹⁷ Razgallah R.: op. cit.

⁹⁸ OMS : Le secteur pharmaceutique tunisien, son organisation, son fonctionnement et ses performances par rapport à la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, 2003. P 37. <http://www.dpm.tn>. Consulté le 11/04/2009

Tableau 17 : Evolution des dépenses de médicament en Tunisie

Unité : Millions de Dinars tunisiens

Années	1980	1995	1999	2001	2006	2008	2011*
Dépenses du médicament en million de DNT	63,5	270	250	400	700	750	1250

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents suivants :

Fenina Mankaï N. : La Gestion Pharmaceutique dans un contexte de contractualisation, communication présentée au XIème Journées Nationales de la Gestion Hospitalière, Hammamet, 29 et 30 Mai 2008.

OMS : Le secteur pharmaceutique tunisien, son organisation, son fonctionnement et ses performances par rapport à la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, 2003, p37. In : <http://www.dpm.tn/PDF/SPT.pdf>

Chapitre 4 : Renseignements concernant l'activité de l'émetteur et son évolution In : <http://www.tustex.com/download/adwya/chap04.pdf>

En Tunisie, les dépenses d'achat de médicaments sont passées de 63,5 à 750 millions de dinars entre 1995 et 2008. Soit une multiplication par 11,81. La branche la plus consommatrice de médicaments est l'infectiologie tandis que le traitement des pathologies neurologiques (Alzheimer, sclérose en plaques, troubles cognitifs,...) arrive en sixième place. Cette augmentation des dépenses n'a pas été suivie par une augmentation du nombre des patients traités. Ainsi, pour maîtriser ces dépenses, la promotion des médicaments génériques dont le taux d'utilisation est en nette évolution en Tunisie, passant de 18,42% en 1995 à plus de 31% en 2008 s'avère indispensable.

Par ailleurs, plusieurs experts en Tunisie ont recommandé aux médecins d'éviter de prescrire directement au patient des médicaments princeps, souvent très coûteux (deux à neuf fois plus chers que les médicaments de première ligne), sauf bien sûr en cas de nécessité, et de suivre plutôt un traitement de l'état du patient en utilisant des médicaments génériques, pourvu que ces médicaments répondent, bien sûr, aux normes de garantie et de respect des bonnes pratiques de fabrication.

III. LE MARCHE DU MEDICAMENT EN ALGERIE

Dans cette section, il sera question de présenter l'évolution du marché national du médicament à travers la présentation de l'offre et de la demande de médicament sur ce marché

1. L'organisation du marché national des médicaments

Pour comprendre et analyser la situation du marché pharmaceutique algérien, il est nécessaire de revoir les principales étapes de son évolution.

1.1. La période du monopole (1962-1980)

Durant la période coloniale l'industrie des produits pharmaceutiques était limitée à une seule entreprise, BIOTIC, créée en 1952. A la veille de l'indépendance un projet fut lancé et vu le jour en 1962, il s'agit de PHARMAL.⁹⁹

Au lendemain de l'indépendance la pharmacie centrale algérienne fut créée pour prendre progressivement la relève des opérateurs étrangers qui ont quitté le pays. Dans le domaine de la distribution des médicaments, la PCA supplante, en 1963, les magasins généraux des services de santé et se voit chargée de la gestion des officines vacantes devenues « agences pharmaceutiques de l'Etat »¹⁰⁰

Durant cette période le secteur pharmaceutique a été fondé presque exclusivement sur les attributs de la puissance publique à l'instar des autres secteurs de l'économie nationale.

En effet, dès les premières années de l'indépendance, la PCA est créée, pour investir progressivement les fonctions d'importation, de production, de distribution et l'organisation du réseau officinal.

Cette première période était marquée par une gestion directe du secteur par l'administration sanitaire, une gestion organisée autour de la pharmacie centrale algérienne (PCA). Cette dernière était entièrement responsable de la gestion du marché du médicament au stade de la production, de l'importation et de la distribution de gros¹⁰¹.

⁹⁹ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : Plate forme pour un débat social, Alger, 2003, in : www.Cnes.dz, p 65.

¹⁰⁰ Brahamia B. : Gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algérie : cas de la gestion des stocks à l'ENCOPHARM. Mémoire de Magister en Sciences économiques, option : Techniques Economiques Quantitatives. Constantine 1984. p 16 et 17

¹⁰¹ 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.

En 1965, la PCA prend la place des organismes étrangers nationalisés et en 1969 l'Etat lui attribue le monopole de l'importation des produits pharmaceutiques et du matériel médical et de l'instrumentation¹⁰². Le monopole d'importation s'accompagnant de fait d'un monopole de la distribution de gros, la PCA devient l'opérateur dominant dans le secteur pharmaceutique.

1.2. L'ère de la restructuration des entreprises : le tournant des années 80 et la naissance des pharm's (1980-1990)

Cette phase est marquée par l'extension du champ d'activité de la PCA et surtout par la prise de contrôle total de l'ensemble des fonctions d'importation, de distribution de gros et de production¹⁰³.

En matière de production, la PCA procède au rachat progressif puis total (100%) de deux unités de production PHARMAL et BIOTIC.

Cette période connaît toute une série de remises en cause concernant le rôle du secteur public dans le domaine du médicament et le contenu de la politique pharmaceutique nationale.

Durant cette période, la situation du secteur public dans le domaine pharmaceutique résulte d'une série de restructurations qui ont affecté les entreprises publiques. C'est dans ce contexte que le monopole de la pharmacie centrale est restructuré.

Les réformes initiées en 1982 s'étaient fixées à travers la politique de « restructuration organique des entreprises » comme objectifs¹⁰⁴:

- ❖ De séparer les fonctions de la commercialisation et de celles de la production.
- ❖ De régionaliser les fonctions de commercialisation.

A l'issue de cette opération de restructuration naissent cinq entreprises :

- Trois entreprises régionales de commercialisation (les PHARMS) l'ENAPHARM pour le centre, l'ENCOPHARM pour l'Est et l'ENOPHARM pour l'Ouest.

¹⁰² Brahamia B. : Gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algérie, op. cit., p 16 et 17.

¹⁰³ Kaya Sid Ali K. : Politique pharmaceutique et système de santé en Algérie, Ed. Offices des Publications Universitaires, 1994, p 73.

¹⁰⁴ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 66.

L'ENAPHARM et l'ENCOPHARM planteront trois unités de production à savoir l'unité de concentrerie de l'hémodialyse de Cherchell qui sera opérationnelle en 1994, l'unité des formes liquides de Constantine et l'unité de comprimés d'Annaba.

- ❖ Une entreprise de production et de commercialisation d'équipement médicaux ENEMEDI ;
- ❖ Une entreprise de production de médicaments SAIDAL dans laquelle sont concentrées les trois unités de P.C.A (BIOTIC, PHARMAL El Dar El Beida) ainsi que le complexe d'antibiotiques de Médéa issu de la SNIC et qui produira de 1982 à 1994 l'essentiel de la production industrielle. SAIDAL plantera aussi une unité de soluté massif.

1.3. La libéralisation du secteur pharmaceutique à partir de 1990

Jusqu'à la fin de l'année 1990, trois entreprises publiques (les Pharms), issues de la restructuration de la pharmacie centrale algérienne, se partagent le monopole de l'Etat sur l'importation de produits pharmaceutiques.

- ❖ L'ENAPHARM est chargée de l'approvisionnement des établissements hospitaliers et de l'ensemble du secteur officinal public et privé de la gestion centre du pays.
- ❖ L'ENOPHARM approvisionne la région ouest ;
- ❖ L'ENCOPHARM assure les mêmes missions pour la région Est du pays.

L'approvisionnement de la région sud est assuré par les trois entreprises, selon un découpage territorial préétabli

La crise économique qu'a connu l'Algérie à la fin des années 80 a touché de plein fouet le secteur et a conduit en 1989 les autorités à modifier le statut des Pharms pour en faire des entreprises publiques économiques (EPE) gérées suivant des règles commerciales et se fixant des objectifs de rentabilité¹⁰⁵.

Le processus de libéralisation de l'économie a été engagé au début des années 80. Le commerce extérieur demeurait cependant sous le monopole de l'Etat et l'autorisation d'investir, comme l'accès aux devises pour les opérations d'importation, était soumise à

¹⁰⁵ Zehnati A. : Contribution à l'étude de la branche du médicament en Algérie, mémoire de magistère en économie et statistiques appliquées ; Institut National de Planification et de la Statistique, Alger, 2002, p 32.

l'agrément préalable de l'administration. Cette libéralisation qui est concrétisée par l'engagement des réformes de l'économie a permis une intervention plus large de l'investissement privé dans le secteur de santé en général et dans le secteur pharmaceutique en particulier. La réglementation adéquate fut l'une des toutes premières dispositions prises dans ce cadre¹⁰⁶.

En effet, La loi sur la monnaie et le crédit votée au début de l'année 1990, opère une rupture radicale par rapport au régime de l'économie administrée. Ce texte met fin au monopole de l'Etat sur le commerce extérieur et ouvre la quasi-totalité des secteurs d'activité aux capitaux nationaux et étrangers. La seule obligation faite aux concessionnaires est d'investir une partie de leurs bénéfices dans des activités de production et de services.

La libéralisation du secteur pharmaceutique a concentré principalement le commerce de gros au plan interne (grossisterie) et au plan externe (importation) ainsi que la production, la présence du secteur privé dans la distribution de détail ayant toujours existé.

Cette période sera, au départ, ouverte avec une disposition de la loi des finances complémentaires pour l'année 1990 (Juillet 1990) qui autorisait l'installation de concessionnaires étrangers dans un certain nombre d'activités économiques, parmi lesquelles celles du médicament. L'idée introduite avec cette disposition légale était celle d'une ouverture du marché en contrepartie d'un engagement d'industrialisation locale. De nombreuses sociétés de droit algérien seront ainsi créées, dans le sillage de cette loi, en liaison directe ou indirecte avec les intérêts des laboratoires pharmaceutiques étrangers.

Une évolution majeure sera observée à partir de l'année 1995, qui voit une libéralisation complète de l'accès aux marchés extérieurs pour l'ensemble des activités économiques, dans le cadre d'un plan d'ajustement structurel imposé au pays par les institutions financières internationales. Cette ouverture va être élargie graduellement, avec notamment :

¹⁰⁶ Brahamia B. : La dynamique du système de santé algérien, Bilan et perspectives, Thèse de doctorat, Université de Montpellier I, 1991. p 99.

- des avancées importantes vers la convertibilité commerciale de la monnaie nationale ;
- des réductions progressives de la protection tarifaire des marchandises ;
- l'ouverture des secteurs économiques jusque là fermés (transports, télécommunications, hydrocarbures, etc.) ;
- la simplification des procédures pour l'investissement national et étranger ;
- la signature d'un accord d'association avec l'Union européenne.

En 1997, un nouveau cahier des charges qui se veut fortement coercitif a été promulgué par le ministère de la santé où il est fait obligation aux importateurs à lancer un projet d'investissement dans la production de médicaments après deux années d'importation.

Le secteur du médicament va connaître, dans ce contexte, des évolutions importantes marquées par¹⁰⁷ :

- un effort significatif fait par l'administration sanitaire dans le sens de l'aménagement du cadre technique et réglementaire de la libéralisation du marché du médicament.
- l'accroissement important et rapide du nombre des intervenants du secteur privé, au stade de l'importation de médicaments comme à celui de la distribution grossiste.
- La prise de contrôle du marché par le secteur privé va entraîner une perte d'influence puis une disparition rapide des trois entreprises publiques d'approvisionnement qui ne disposaient pas, il est vrai, des moyens économiques et financiers adéquats pour pouvoir faire face à leurs nouveaux concurrents.

Malgré cette transformation radicale de l'organisation du marché national du médicament, il n'en reste pas moins que celle-ci est loin d'être achevée. En effet, c'est une nouvelle phase d'organisation qui est appelée à s'ouvrir, en ce sens que le rôle même et la place des différents acteurs qui ont animé le marché du médicament jusque là, seront appelés à être reformulés et clarifiés.

¹⁰⁷ Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie (UNOP) : L'organisation du marché national des médicaments : op, cit.

2. L'offre de médicaments en Algérie

L'offre de médicaments en Algérie est composée essentiellement des produits provenant de l'importation et de la production nationale.

L'évolution de la production nationale ainsi que l'importation de médicaments sont présentées dans le tableau 18.

Tableau 18: Evolution de l'offre de médicaments en Algérie sur le marché entre 2000 et 2008 (en millions de DA)

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2008
L'offre de médicaments en DA courant dont :	43 175**	45 314**	57 719**	62 521	125 000	147 000	208 000	25 7075
La production locale brute en DA courant	8 775	7 269	8 327	7 698	22 500	32 300	45 500	77 122.5
Importation de médicaments en dinars courant	34 400	38 045	49 391	54 823	102 500	114 600	162 500	179952.5
Part des importations en %	80	84	86	88	82	78	72	70
Part de la production nationale en %	20	16	14	12	18	22	28	30

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

MSPRH, Evolution de la production du médicament en Algérie, Direction des statistiques, Alger, 2009, p 01.

**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

Direction générale de douanes, Evolution des importations de médicaments (200-2008), Alger, 2009, p 01.

D'après le tableau 18, nous remarquons que :

- Le marché algérien de médicaments a connu une croissance soutenue en passant de 43 175 millions de DA en 2000 à 257 075 en 2008, soit un indice d'évolution de 595,42 % en l'espace de 8 ans. Cela est dû à la dévaluation de la monnaie nationale dont le taux de change est passé de 8,86 DA pour un dollar en 1990 à 72,65 DA pour un dollars en 2006.
- La production locale a enregistré une faible croissance durant la période (2000-2008). En 2000, la production locale n'excède pas 20% de l'offre de médicament sur le marché. Cette situation est le résultat d'une politique

pharmaceutique qui a accordé une préférence aux approvisionnements extérieurs au détriment des investissements dans la formulation et le conditionnement local. A partir de l'année 2005 à 2008, la production nationale a subi un rythme de croissance accéléré et marquant un taux d'augmentation de 8%. Cela s'explique par la politique d'encouragement de la production nationale de médicaments face à la forte demande sur le marché médicamenteux.

- Le marché algérien est dominé par l'importation puisque elle est constituée de 70% de l'offre totale en 2008. Donc la facture de l'importation de médicaments représente un niveau très élevé, qui ne cesse de croître, même si la part des importations de médicaments a baissé à partir de 2004. Cette baisse est le résultat de la recherche d'une indépendance basée sur une production nationale qui est un objectif pour l'Algérie en matière de médicaments.

2.1. Les importations de médicaments en Algérie

Depuis l'indépendance, plus de 80% à 90% de l'approvisionnement en médicaments a été constitué par les importations dont le monopole est détenu depuis 1969 par la pharmacie centrale algérienne puis par les trois Pharm's et enfin la levée du monopole est intervenue à partir de 1990¹⁰⁸.

De 1990 à 1995, les importations ont connu une augmentation importante correspondant à un taux de croissance de 897,15%. Ceci est dû principalement à l'augmentation des prix des médicaments au cours de cette période. Cette augmentation s'explique par les dévaluations successives du dinar qui se sont répercutées sur les prix.

De 1995 à 2008, les importations de médicaments ont connu une augmentation considérable, passant de 556 millions de dollars, en 1995 à 1850 millions de dollars en 2008. Elles ont été multipliées par environ 3,33 en 13 ans. Cet accroissement s'explique par : 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.

¹⁰⁸ Conseil National Economique et Social (CNES) : op. cit., p 24.

Les dernières statistiques du marché du médicament en Algérie, montrent que les importations de médicaments ont relativement stagné, elles sont passées, en valeur, de 1850 millions de dollars en 2008 à 1743,03 millions de dollars en 2009. Cette baisse enregistrée en 2009 s'explique par l'objectif tracé par les pouvoirs publics consistant à substituer progressivement la production locale à l'importation en tant que source d'approvisionnement qui s'est matérialisé par l'interdiction de l'importation de médicaments produits en quantités suffisantes en Algérie.

Les importations ont depuis toujours constitué la source majeure de l'approvisionnement du marché en médicaments, en Algérie comme dans de nombreux pays en développement. Au cours de ces dernières années, elles se présentent comme suit :

Tableau 19 : Evolution des importations des produits médicamenteux en Algérie entre 1995 et 2009 en millions de dollars

Année	Les importations en millions de dollars	Les importations par habitant
1995	556	20
1996	313	11
1998	470	16
1999	481	16
2000	457	14
2001	483	15
2002	619	22
2003	745	23
2004	967	29
2005	1058	32
2006	1188,95**	33
2007	1447,62**	42
2008	1850	53
2009	1 743,03***	48,82

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : Centre National d'Information et de Statistique, Evolution

des importations de médicaments en Algérie (1975- 2005), Alger, 2008, p. 1

** : Direction des douanes : Rapport Statistique de la douane d'Algérie, D.D., 2008, p.8.

* : ONS : Evolution de la population algérienne (1975- 2008), p. 1. In : www.ons.dz.

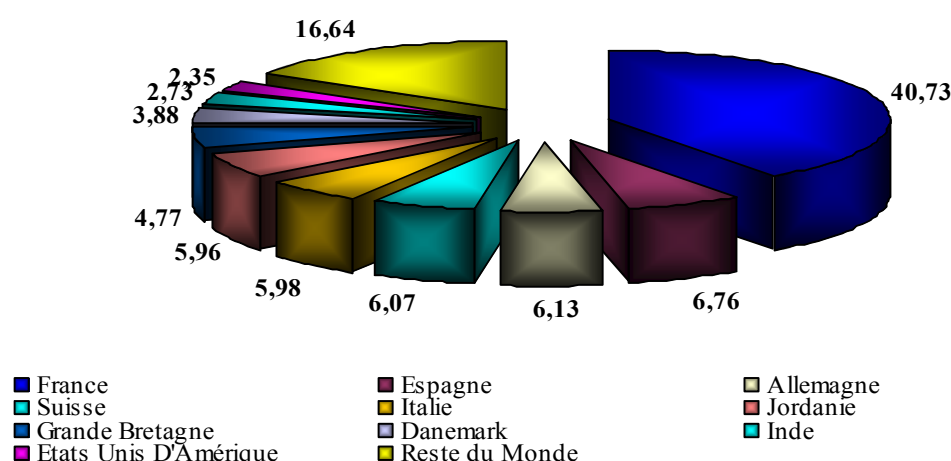
*** : Statistiques du commerce extérieur de l'Algérie (période : année 2009). In <http://www.mincommerce.gov.dz/fichiers09/statext2009.pdf>

Les importations par habitant sont passées de 20 dollars en 1995 à 14 dollars en 2000. Mais à partir de 2002 les importations de médicament par habitant ont enregistré une croissance considérable, passant ainsi, de 22 dollars par habitant en 2002 à 48,82 dollars en 2009.

L'augmentation des importations de médicaments est due principalement à la faiblesse de la production nationale, à la libéralisation du secteur pharmaceutique ; à l'importation de médicaments princeps au lieu des génériques ; ainsi qu'à l'augmentation des prix des médicaments.

La structure des importations par pays montre que 80,28 % de nos importations proviennent de pays européens. Malgré les tentatives de diversification, le marché du médicament reste dominé par les laboratoires français. Cela s'explique par le comportement des prescripteurs et des officines et les liens entretenus entre les importateurs et les laboratoires français. Les pays arabes occupent une très faible part dans l'approvisionnement du médicament en Algérie malgré cela, leur part dans les importations algériennes a augmenté en passant de 61,4 millions de dollars à 178,4 millions de dollars de 2004 à 2008, soit une multiplication par 2,9. Les principaux pays arabes fournisseurs de médicaments en Algérie sont : la Jordanie et l'Arabie saoudite.

Figure 13: Répartition des importations de médicaments selon le pays de provenance en 2008 en %.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : Statistiques du commerce extérieur de l'Algérie (période : Année 2009). In <http://www.mincommerce.gov.dz/fichiers09/statext2009.pdf>

Tableau 20 : Importation des médicaments en provenance des pays arabes entre 2004 et 2008.

Unité : millions de dollars

Années	Importation des médicaments en provenance des pays arabes	Taux d'évolution en %
2004	61,4	-
2005	69,4	13
2006	94	35
2007	121,6	29
2008	178,4	46

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : Ministère de commerce : Le commerce extérieur, un miroir économique Algérie/ pays arabes, M.C, Algérie, 2009.

En 2008, Sanofi Aventis reste le premier exportateur vers l'Algérie et couvre 20,5% de l'ensemble des importations, suivi des laboratoires Biopharm, Prodiphal, Aldaph et Epdis pour des parts respectives de 13,2%, 9,9%, 9,85 et 7,3%. (Cf. tableau 21).

Tableau 21: Les principaux laboratoires importateurs de médicament en Algérie en 2008

principaux laboratoires importateurs	Importateurs	Montant en millions d'euros	%
1	Sanofi Aventis	82,6	20,5
2	Biopharm	53	13,2
3	Prodiphal	39,9	9,9
4	Aldaph	39,7	9,85
5	Epdis	29,4	7,3

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

2.2. La production locale

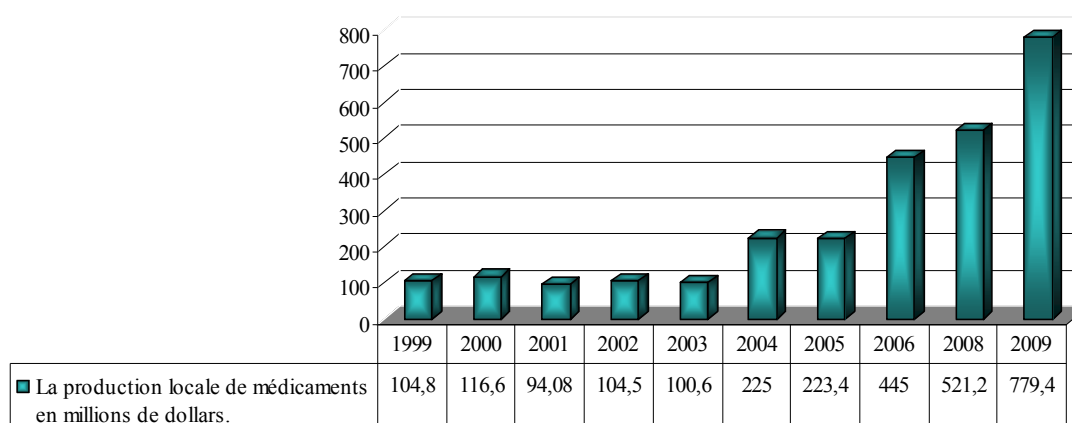
La problématique du développement d'une industrie locale de médicaments remonte aux premières années de la décennie 70. La volonté de substituer progressivement la production locale à l'importation en tant que source d'approvisionnement est contenue dans les différents rapports des plans de développement.

La fabrication locale de médicament a beaucoup progressé ces dernières années, surtout avec la décision gouvernementale d'interdiction d'importation des médicaments produits localement

En effet, durant la période 1999-2009, la production nationale de médicaments est passée en valeur de 104,8 millions de dollars en 1999 à 521,2 millions de dollars en 2008, soit une multiplication par 4,97 en 9 ans. En 2009, elle passe à 779,35 millions de dollars, soit une augmentation de 49,53% en une seule année.

Malgré cette évolution de la production nationale, cette dernière, axée surtout sur la fabrication des génériques et de quelques spécialités (princeps des grands laboratoires), est tributaire, elle aussi, de l'importation de la quasi-totalité des matières premières

Figure 14 : Evolution de la production locale de médicaments en millions de dollars.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de :

Année 2008 et 2009 : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

Années 2004, 2005 et 2006 : Mellah : Union nationale des Opérateurs de la Pharmacie, communication aux journées de l'UNOP sur « Quelles perspectives pour l'industrie pharmaceutiques en Algérie dans le contexte international », Alger le 22et 23 octobre 2007.

Année 1999-2003 : 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

En volume, la production locale représentait en 2009, 376,7 millions d'unités vendues soit 64 % des 588,9 millions d'unités vente réalisées par les opérateurs privés. Cela a permis de réaliser une économie sur la facture d'importation de 140 millions d'euros en 2009.

Les unités de production y compris celles spécialisées dans le conditionnement sont au nombre de 116 unités. 55 unités fabriquent le médicament, dont 9 appartiennent à

Saidal, 20 unités sont spécialisées dans la production de consommables, 9 autres dans les antiseptiques, 2 unités dans les réactifs, 2 unités dans les produits dentaires et 2 autres dans les gaz médicaux. Concernant le conditionnement, il existe 25 unités dont 20 pour le médicament, 4 pour les produits consommables et 1 unité pour la production de réactifs.

2.3. La fabrication du médicament générique en Algérie

La part du générique augmente d'une année à l'autre, le tableau suivant montre en valeur la part des médicaments génériques fabriqués et importés¹⁰⁹.

Tableau 22: La fabrication du médicament générique en Algérie

	2008*	2009**
	Montant en millions d'euros	Montant en millions d'euros
Médicaments génériques fabriqués localement	261	311
Médicaments conditionnés « Cdt » localement	102	109
Génériques importés	175	-

Source : Tableau réalisé par nous soins à partir de :

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

** : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

- : Donnée non disponible.

Les médicaments génériques fabriqués localement sont passés de 261 millions euros en 2008, soit 22,05% de la facture globale, à 311 millions d'euros en 2009, soit une augmentation de 19%. Le conditionnement a augmenté de 102 millions d'euros à 109 millions d'euros, soit une augmentation de 26%. La valeur totale du générique (fabrication et conditionnement) représente en Algérie 48,5 % de la facture du médicament, contre 51,5% de la facture globale du princeps. Ce dernier, fabriqué en Algérie par les laboratoires multinationaux, a également augmenté de 56%, puisqu'il représentait en valeur 72 millions d'euros en 2008, et passe à 113 millions d'euros en 2009.

La production pharmaceutique en Algérie est assurée essentiellement par le groupe public SAIDAL qui est le leader de l'Algérie en matière de fabrication de médicaments

¹⁰⁹ En raison de l'absence de données sur la fabrication et le conditionnement du médicament générique en Algérie, nous étions amenés à limiter l'étude sur deux années.

avec un chiffre d'affaire de 6875,6 millions de dinars en 2008. Ce dernier couvre 31 % de la production nationale en 2008, cette couverture a baissé en 2008 par rapport à 2004 et 2005 qui était respectivement de 41,75% et 39,26%. Cela s'explique principalement par l'entrée dans le secteur de nouveaux producteurs qui sont essentiellement des multinationaux à savoir : Winthrop, Pharmalliance Sanofi-Aventis, et Pfizer, etc. (Cf. tableau 23)

Tableau 23: Les principaux producteurs de médicaments en Algérie (2008)

Les principaux producteurs	producteurs	Montant en millions de dinars	%
1	Saidal	6875,6	31
2	Winthrop	2992,5	13,5
3	Pharmalliance	1876,7	8,5
4	Pfizer	1004,3	4,5
5	Sanofi Aventis	738,7	3,3

Source : L'HADJ Mohamed. : Elaboration de protocoles d'essai de bioéquivalence pour deux médicaments utilisés en pneumologie et leur réalisation pratique en Algérie, Thèse de doctorat en sciences médicales, Faculté de Médecine d'Alger, Université Benyoucef Benkhedda d'Alger, Mai 2010.

2.4. L'enregistrement des médicaments

L'analyse des enregistrements des médicaments au niveau du ministère de la santé montre 5156 spécialités, toutes les formes, dosages et conditionnements inclus enregistré au 31 juillet 2009, avec 3540 spécialités génériques et 1616 spécialistes princeps.

Tableau 24 : L'enregistrement des médicaments au 31 juillet 2009

L'enregistrement des médicaments	Nombre de spécialités	%
Le nombre de spécialités enregistrées	5156	100
Le nombre de spécialités génériques	3540	68,7
Le nombre de spécialités princeps	1616	31,3

Source : L'HADJ Mohamed. : Elaboration de protocoles d'essai de bioéquivalence pour deux médicaments utilisés en pneumologie et leur réalisation pratique en Algérie, Thèse de doctorat en sciences médicales, Faculté de Médecine d'Alger, Université Benyoucef BENKHEDDA d'Alger, Mai 2010.

3. La consommation des médicaments en Algérie

En Algérie, la part de la consommation de médicaments dans les dépenses de santé est de plus en plus importante. Pour cela, la consommation de médicaments doit être une préoccupation majeure des organisations chargées de son financement. Les raisons de cette croissance sont difficiles à cerner avec précision. On l'attribue généralement à la qualité de la protection sociale, à l'importance de la démographie médicale, à l'augmentation du nombre de médicaments mis à la disposition des prescripteurs, à l'amélioration du niveau de vie de la population, à l'information médicale et enfin aux formations culturelles.

3.1. Evolution de la consommation de médicaments en Algérie

La consommation de médicaments a subi un accroissement soutenu de 1990 à 2006 et passe de 375 millions de dollars en 1990 à 1785 millions de dollars en 2006, soit un taux d'accroissement de 376%.

En unité de vente, la consommation médicamenteuse en Algérie a été multipliée par 1,66 en passant de 420 millions d'unités de vente en 1990 à 700 millions d'unités de vente en 2005.

Pour la consommation par habitant, cette dernière a connu une évolution en dents de scie entre 1990 et 1998, mais à partir de 1999, la consommation par habitant ne cesse d'évoluer, elle passe de 23 en 1995 à 53 dollars en 2006.

Tableau 25 : Evolution de la consommation de médicaments en Algérie¹¹⁰

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

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de :

* : Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : Plate forme pour un débat social, Alger, 2001, P 71.*

** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Compte nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003, p 45.

*** : OMS : La libéralisation du secteur pharmaceutique en Algérie, OMS, 1997.

**** : Revue Partenaires : Médicament : un marché attractif, n°69, premier trimestre, Chambre Française du commerce, 2007.

3.2. La consommation de médicaments par classes thérapeutiques

La structure de la consommation par classe thérapeutique montre que les classes thérapeutiques sur lesquelles a porté la demande algérienne de médicaments sont les anti-infectieux puis la cardiologie, suivis du traitement des dysfonctionnements gastro-entérologues et les anti-inflammatoires. Les tendances de la consommation algérienne rejoignent celles des pays industrialisés du fait notamment du vieillissement de la population et de l'accroissement des maladies de « civilisation ».

¹¹⁰ Pour effectuer une analyse significative de l'évolution de la consommation médicamenteuse, il est nécessaire de présenter les valeurs de la consommation de médicaments sur une période suffisamment longue et actualisée. Mais en raison de la non disponibilité et d'absence de statistiques, nous étions amené à présenter cette évolution que sur la période 1990-2006.

Tableau 26 : Le marché national de médicaments par classes thérapeutiques en 2005.

Classes thérapeutiques	Nombre De spécialités	%
Infectiologie	650	17,88
Cardiologie	338	9,29
Gastro-entérologie	294	8,08
Anti- Inflammatoires	259	7,12
Métabolisme- Diabète	256	7,08
Pneumologie	207	5,69
Dermatologie	182	5
Ophtalmologie	179	4,92
Psychiatrie	179	4,92
Autres (17 classes)	1.095	30,09
Total	3.639	100

Source : Lamri L.: Système national de santé en Algérie, juin 2007

3.3. La couverture de la consommation médicamenteuse par l'importation

En Algérie, la consommation médicamenteuse est principalement couverte par les importations. L'industrie nationale de médicament ne couvre, malgré certains progrès, qu'une faible partie des besoins du marché national. Cette couverture demeure faible par rapport à nos voisins. Le Maroc et la Tunisie ont des industries pharmaceutiques qui couvrent leurs besoins à des taux supérieurs. Au Maroc 28 usines arrivent à couvrir 80% des besoins du marché. En Tunisie, 30 laboratoires assurent la couverture de 43% des besoins.

Tableau 27 : La couverture de la consommation médicamenteuse par l'importation

Année	1990	1992	1995	1996	1998	1999	2000	2001	2004	2005	2006
Consommation par habitant	15*	14	23	15	13	23	14	16	35	43	53
importation par habitant	13,31**	16	20	11	16	16	14	16,10	29	32	33

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données du tableau 19 et tableau 25.

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

** : Direction Générale des Douanes.

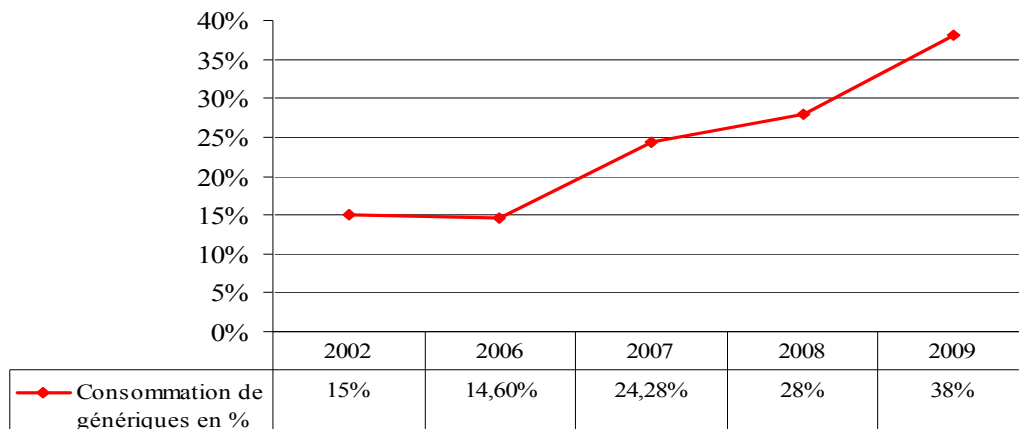
3.4. La consommation des médicaments génériques en Algérie

Malgré la mise en place d'une politique d'encouragement et de promotion de la consommation des médicaments génériques en Algérie, le médicament générique reste peu et faiblement consommé par les algériens.

En valeur, sur la période 2002-2009, la consommation du médicament générique a connu une croissance de 23%. Elle est évaluée à 15% en 2002, elle passe à 28 % en 2008 puis elle augmente jusqu'à 38% en 2009.

En 2009, la consommation du médicament générique a enregistré une augmentation de 10% en une seule année. Cependant ces taux restent inférieurs à 40% du niveau total de la consommation médicamenteuse et donc une part prépondérante des médicaments princeps estimée à plus de 60 %.

Figure 15: La consommation des médicaments génériques en Algérie



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des documents suivants : Données du MSPRH Année 2007, In:<http://www.algeria.com/forums/health-science/18078-algerian-pharmaceuticals-4.html>
Année 2002 Le marché du médicament en Algérie des efforts à saluer in <http://rephal.com/rpl0056.htm>

3.5. La consommation de médicaments dans les établissements publics de santé

De 2004 à 2008, le budget consacré aux établissements de soins ne cesse d'augmenter, passant ainsi de 73,03 milliards de DA en 2004 à plus de 193 milliards en 2008, soit une multiplication par 2,65 au cours de cette période.

Durant la même période, le montant consacré aux médicaments dans les établissements publics de soins a connu une forte hausse. Ce budget est passé de 14,7% à 20,69% du budget total de ces établissements entre 2004 et 2008. Cette situation s'explique par l'extension de l'offre de soins, à travers notamment la réalisation de nouvelles infrastructures sanitaires.

Il est à relever aussi que le médicament constitue l'une de dépenses les plus importantes des établissements de soins en Algérie devant le poste personnel qui occupe la première position. Entre 1996 et 2006, 58,06%¹¹¹ en moyenne du budget de fonctionnement alloués aux secteurs sanitaires sont consacrées aux rémunérations de personnel, les dépenses de médicaments quant à elles représentent 16,62% en moyenne du total des dépenses totales.

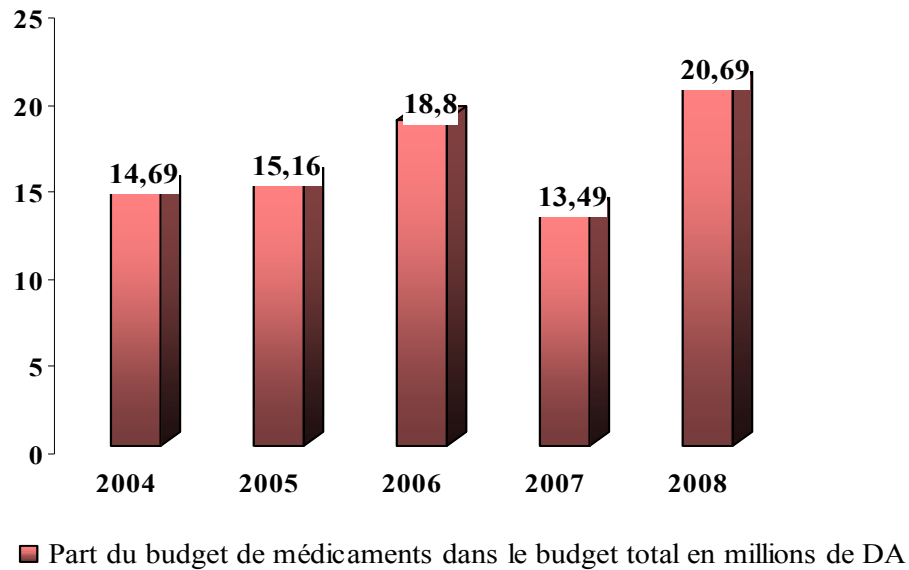
Tableau 28 : Budget des établissements publics de soins de 2004 à 2008 en Milliards de DA

Années	2004	2005	2006	2007	2008
Budget total ouvert aux établissements de santé en Algérie	73,03	76,74	111,36	145,14	193,89
Budget ouvert aux médicaments	10,73	11,98	20,94	30,04	40,12
Part du budget de médicaments dans le budget total	14,69	15,6	18,8	13,49	20,69

Source : Tableau réalisé et ratios calculés par nos soins à partir des statistiques sanitaires du MSPRH, éd. 2004 à 2008.

¹¹¹ Ratio calculé par nos soins à partir de : Statistiques sanitaires du MSPRH, éd. 1996 à 2006

Figure 16: Part du budget de médicaments dans le budget total en millions de DA



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

3.6. L'automédication dans la consommation de médicaments

L'automédication est l'utilisation de médicaments, hors prescription médicale, par des personnes pour elles mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative¹¹².

Le champ de l'automédication couvre des symptômes tels que fièvre, douleur, toux, ou fatigue mais aussi des maladies : rhume, rhinite, bronchite, brûlures d'estomac, insomnie....¹¹³

En Algérie, les statistiques de l'automédication ne sont pas connues même si cette pratique est très répandue.

¹¹² Pouillard J. : L'automédication. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins Février 2001 In : <http://www.web.ordre.medecin.fr>. Consulté le 19/05/2009.

¹¹³ Automédication qu'est-ce que l'automédication ? In: <http://www.bmsfrance.fr>. Consulté le 19/05/2009.

Conclusion

Malgré la libéralisation du secteur pharmaceutique en Algérie ainsi que l'effort fourni pour la promotion de la production locale, l'industrie nationale de médicament ne couvre qu'une faible partie des besoins du marché national. Cette couverture demeure faible par rapport à nos voisins. Le Maroc et la Tunisie ont des industries pharmaceutiques qui couvrent leurs besoins à des taux supérieurs. Au Maroc 28 usines arrivent à couvrir 80% des besoins du marché, en Tunisie, 30 laboratoires assurent la couverture de 43% des besoins

En effet, les résultats sont très insuffisants. La recherche d'une indépendance basée sur une production nationale avec un taux d'intégration élevé reste un objectif encore assez lointain pour l'Algérie en matière de médicaments. Un autre phénomène est à souligner, c'est l'augmentation inévitable de la consommation de médicaments au fil des années. La multiplication des structures sanitaires et une meilleure répartition spatiale des services ont entraîné des taux de plus en plus élevé de consommation.

Dans ce contexte, plusieurs mesures d'encouragement de la production nationale et de la consommation des génériques afin de réduire les dépenses médicamenteuses ont été prises. Parmi celles-ci, l'exonération des droits et taxes sur les intrants et l'interdiction d'importation des médicaments produits en quantités suffisantes localement. Ces mesures semblent insuffisantes pour le moment pour d'une part encourager la production nationale et d'autre part réduire les dépenses de consommation médicamenteuses, elles doivent être accompagnées d'une révision de la politique médicamenteuse algérienne pour assurer la demande sur le marché.

**CHAPITRE 3 : LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS
EN ALGERIE ENTRE CROISSANCE,
FINANCEMENT ET MAITRISE**

CHAPITRE 3 : LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS EN ALGERIE ENTRE CROISSANCE, FINANCEMENT ET MAITRISE

Introduction

En Algérie, les dépenses médicamenteuses pèsent lourdement sur le système de sécurité sociale, et plus particulièrement sur la branche assurance maladie. Cette croissance est le résultat de plusieurs facteurs et particulièrement de la transition sanitaire qui a caractérisé l'économie algérienne ces dernières années.

L'étude de ce chapitre est nécessaire pour la compréhension de la question de la consommation de médicament en Algérie. Ce chapitre est organisé en trois sections. Dans la première section, nous nous intéresserons aux facteurs explicatifs de la croissance des dépenses de médicaments en Algérie. La deuxième section portera sur le rôle de l'assurance maladie dans le financement de la consommation de médicaments surtout que la tendance ces dernières années a fait que la sécurité sociale est le principal financeur des dépenses médicamenteuses. Enfin, la troisième section traitera les mesures prises dans l'optique de baisser la charge financière supportée par les organismes de sécurité sociale engendrée par la consommation de médicaments.

I. LES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA CROISSANCE DES DEPENSES DE MEDICAMENTS EN ALGERIE

Dans cette section, nous allons développer les déterminants de la consommation de médicaments en Algérie à travers la présentation des différents facteurs à l'origine de la croissance des dépenses médicamenteuses.

1. La transition démographique

Depuis la décennie 90, l'Algérie est rentrée dans une phase de transition démographique caractérisée par un infléchissement du taux d'accroissement démographique, une baisse de l'indice synthétique de fécondité¹¹⁴ et une modification dans la structure des âges.

¹¹⁴ Le recul de l'âge de mariage, l'usage croissant de la contraception, la volonté des couples et les effets de l'éducation notamment féminine, et de l'amélioration du niveau de vie sont les facteurs les plus déterminants de la baisse de la fécondité et de la natalité.

Cette dernière donnée a une forte implication sur le système de sécurité sociale. Elle apparaît dans la diminution des classes des jeunes au profit des classes des adultes et des personnes âgées¹¹⁵.

En Algérie, la structure démographique se caractérise aujourd'hui par une tendance longue vers la diminution de la population de jeune âge et l'amorce du vieillissement¹¹⁶. En effet, la population âgée de 60 ans et plus est passée de 6,6% en 1998 à 7,6% en 2006. La population âgée attendue dans les prochaines années, est différente de l'actuelle essentiellement par son niveau d'instruction et ses qualifications professionnelles. Elle est donc plus « exigeante » en matière de service de santé et de soins.

Le vieillissement de la population qui est un phénomène nouveau en Algérie¹¹⁷ s'explique par le prolongement de l'espérance de vie à la naissance qui a atteint 75,3 ans en 2005. Cette amélioration de l'espérance de vie entraîne un accroissement de la charge de morbidité¹¹⁸ des maladies chroniques qui occupent une place, de plus en plus, grande avec des taux s'élevant avec l'âge.

Ces changements ne font qu'augmenter la consommation de médicaments. Il est de même pour l'accroissement démographique qui à son tour peut influencer le volume de la consommation de médicaments. Cet accroissement démographique était long durant toute la période coloniale. La population algérienne a connu une forte croissance à partir de l'indépendance en 1962 et qui n'a commencé à s'infléchir qu'au-delà de la deuxième moitié de la décennie 80. De 12 millions d'habitants en 1966, elle est passée à 22,8 en 1987, ensuite à 24,7 millions en 1990¹¹⁹ et enfin à 32,9 en 2005. En 2025¹²⁰, le nombre de population attendu est de 44,8 millions d'habitants. Soit une augmentation de près de 11,9 millions d'habitants par rapport à l'année 2005.

¹¹⁵ Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie, Alger, septembre 2001, p. 57.

¹¹⁶ Brahamia B. : Le système de santé algérien dans la transition, septembre 2008. p 2.

¹¹⁷ Idem, p 9.

¹¹⁸ La morbidité : D'après le dictionnaire médical la morbidité est un terme désignant le caractère de ce qui est propre à une maladie ou, en épidémiologie, le nombre de maladies dans une population et un temps donnés.

¹¹⁹ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : Plate forme pour un débat social, Alger, 2003. .p 41.

¹²⁰ Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007.

Les principaux indicateurs qui font apparaître la transition démographique en Algérie sont présentés dans le tableau 29 :

Tableau 29 : Les principaux indicateurs démographiques en Algérie

Indicateurs	1990*	2005**	2025***
Population (en millions)	25,022	32,9	44,8
Taux de natalité (p.1000)	39,5	21,36	16,9
Indice synthétique de fécondité	-	2,1	2,0
Taux de mortalité générale (p.1000)	6,03	4,47	4,5
Taux d'accroissement naturel (%)	2,5	1,69	1,24
Taux de mortalité infantile (p.1000)	57,80	29,71	5
Espérance de vie à la naissance (ans)	67,8	75,3	80
Population de moins de 15 ans (%)	-	28,9	25,5
Population de 60 ans et plus (%)	-	7,25	11,9

Source : Réalisé par nos soins à partir de :

* : Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament : Plate forme pour un débat social, Alger, 2003. p 41

** : Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007. p 95.

***/ Valeur estimée. In : Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007

2. La transition épidémiologique

La transition épidémiologique s'explique par la prédominance des maladies non transmissibles sur les maladies transmissibles en matière de morbidité et de mortalité.¹²¹

A l'instar de nombreux pays en développement, l'Algérie vit une période de transition épidémiologique caractérisée par un recul des maladies transmissibles et contagieuses dites de sous développement et une apparition prononcée des maladies chroniques, lourdes, dites de civilisation.¹²²

Avant la décennie 80, le profil épidémiologique faisait apparaître une nette prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Depuis, ce profil est en transition et les différentes données et études¹²³ montrent l'apparition de plus en plus importante de maladies chroniques lourdes et coûteuses comme le diabète, les maladies

¹²¹ Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007

¹²² Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie, op. cit., p 58.

¹²³ Ces études sont celles de l'Institut National de Santé Publique (INSP).

cardiovasculaires, les cancers, la santé mentale et les pathologies des accidents¹²⁴ de la route et du travail.

Toutes ces études montrent que l'apparition de plus en plus importante des maladies chroniques est l'un des facteurs explicatifs de la croissance de la consommation médicamenteuse. De plus, les coûts de la prise en charge de ces maladies non transmissibles sont plus élevés comparés à ceux des maladies transmissibles ce qui entraîne une charge financière que devrait supporter le système d'assurance maladie étant donné ses rapports étroits avec le système de santé¹²⁵.

Pour la transition épidémiologique, les changements majeurs sont les suivants¹²⁶ :

- 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.

La part des maladies chroniques¹²⁷, étant fortement corrélée à celui de l'espérance de vie, le niveau attendu en l'Algérie en 2025 équivaldrait au niveau mondial majoré par le gain en espérance de vie.

Pour l'horizon 2025, même si la part des maladies transmissibles doit connaître une tendance à une baisse accélérée, celle-ci devrait être affectée toutefois d'un coefficient de majoration par rapport au niveau des pays européens.

¹²⁴ Azri K. : Contribution à l'étude de l'évolution et du coût des accidents de travail et des maladies professionnelles en Algérie. Mémoire de magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la santé et développement durable, Université de Béjaia, 2009. p 104.

¹²⁵ Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie, Alger, septembre 2001, p 58.

¹²⁶ Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007. p 49.

¹²⁷ Idem. p 98.

Elle devrait se situer en 2025 autour de 14%-15%. A titre d'exemple, les infections nosocomiales, en France, représentent actuellement la moitié du niveau enregistré en Algérie.

Tableau 30 : Principaux indicateurs épidémiologiques en Algérie (indicateurs : incidence pour 100 000).

Années	1963	1999	2005
Rougeole	19,06	11,28	7,70
Tétanos	1,19	0,06	0,05
Diphthérie	4,46	0,02	0,02
coqueluche	11,04	0,10	0,06
Poliomyélite	2,77	0,00	0,00
Tuberculose	300	56	64,4
Fièvre typhoïde	9,91	9,84	4,21
Hépatite virale B	-	3,02	3,25
Hépatite virale C	-	0,72	1,13
Méningite	2,01	7,16	4,04
Paludisme	273	3,38	1,56
SIDA	-	0,11	0,18

Source : Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007. p 5.

- : Donnée non disponible.

Tableau 31 : La prévalence des maladies chroniques en Algérie en 2006

Maladie	Prévalence % 2006	0-18 ans	19-24	25-34	35-59	60 et plus
Hypertension	4,38	0,06	0,13	0,54	7,82	31,15
Diabète	2,10	0,16	0,23	0,42	4,14	12,52
Maladies articulaires	1,70	0,22	0,26	0,46	2,91	10,59
Asthme	1,20	0,7	0,8	0,91	1,8	3,09
Maladies cardiovasculaires	1,11	0,24	0,26	0,31	1,65	6,98
Autres maladies chroniques	2,43	1,27	1,58	1,9	4,08	5,72

Source : Ministère de la santé, de la population et de la Réforme hospitalière : Suivi de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, Juillet 2007. p.32.

Les maladies chroniques les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire, les infections respiratoires chroniques, le cancer, le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies rénales. En termes de distribution relative, l'hypertension artérielle est la maladie qui a touché le plus de personnes de la population affectée pour une prévalence de 4,38%. Le diabète occupe la deuxième place, suivie des maladies cardiovasculaires, l'asthme et les maladies articulaires.

La prévalence des maladies non transmissibles augmente sensiblement avec l'âge. En effet, cette prévalence est estimée à 51% chez les personnes de 60 ans et plus contre 8,65 % chez la tranche d'âge située entre 35 et 59 ans en 2006¹²⁸.

3. La démographie médicale

On remarque que la démographie médicale a enregistré un accroissement considérable ces dernières années. Les indices de couverture qui étaient très modestes, pour ne pas dire dérisoires, 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.¹²⁹ Les principaux indicateurs de couverture sanitaire en Algérie sont présentés dans le tableau 32.

Tableau 32 : Evolution des indicateurs de couverture sanitaire entre 1963-2005.

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 : Système National de Santé en Algérie, RESSMA IX RABAT, Juin 2007, page 7.

- : Donnée non disponible

* : prévision : In : Brahamia Brahim. : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie. p7.

In:http://www.coopami.org/fr/countries/countries_partners/algeria/social_protection/pdf/social_protection02.pdf,

** : DPAT: Sétif.

Entre 1963 et 2009, tous les ratios de couverture sanitaire ont connu une amélioration. En effet, le ratio du nombre d'habitant par médecin, qui était de un médecin pour 25 463 habitants en 1963 passe à un médecin pour 1177 habitants en 1999 et à un médecin pour 969 habitants en 2005.

¹²⁸ Ministère de la santé, de la population et de la Réforme hospitalière : Suivre de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, Juillet 2007. p.32.

¹²⁹ Brahamia B. : Le système de santé algérien dans la transition. p 7.

Le ratio du nombre d'habitant par chirurgien dentiste à son tour enregistre une amélioration. Ce ratio était de un chirurgien dentiste pour 72 848 habitants en 1963, il passe à un chirurgien dentiste pour 3 752 habitants en 1999, ensuite à un chirurgien dentiste pour 3646 habitants en 2005 et à un chirurgien dentiste pour 2515 habitants en 2009.

Quant à la couverture du nombre d'habitant par pharmacien, elle a connu comme la plus part des ratios de couverture sanitaire durant la période 1963-2009 une évolution remarquable, passant d'un pharmacien pour 41 667 habitants en 1963, à un pharmacien pour 6 134 habitants en 1999 à un pharmacien pour 5389 habitants en 2005, et à un pharmacien pour 3141habitants en 2009.

En raison de l'augmentation du nombre de spécialistes en Algérie ces dernières années, le ratio du nombre d'habitant par spécialiste s'est amélioré en 2009 par rapport à 1999, avec une couverture de 3594 habitants par spécialiste en 1999 à 2000 habitants par spécialiste en 2009.

Malgré que le nombre de spécialistes ne cesse d'augmenter, l'implantation de ces derniers est inégale du fait qu'ils s'implantent surtout au niveau des grandes villes, notamment à Alger qui comptabilise 29%¹³⁰ des spécialistes alors que la population de cette ville ne constitue que 8% de la population du pays. A titre d'exemple ce ratio (médecin spécialiste/ habitant) est de 1/860 habitants à Alger et est de 1/17800 habitants à Tissemsilt.

Cette amélioration de la couverture sanitaire est également enregistrée au niveau du paramédical et des médecins généralistes.

Cette forte évolution a eu pour résultat une augmentation des prescriptions dans tous les domaines et en particulier dans celui du médicament. Ces effets vont se trouver en outre multipliés par les phénomènes suivants :

- L'absence d'une bonne pratique et de bon usage en matière de médicaments.
- L'absence d'action sur les comportements.

¹³⁰Brahim Brahamia. : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie. In <http://www.coopami.org>. . Consulté le 16/01/2009.

D'une part, les prescriptions médicamenteuses sont totalement libres et aucune référence ni schéma thérapeutique, ni information n'ont été envisagés dans le but de discipliner ces prescriptions pour éviter le choix de produits en grande quantité, onéreux, inutiles voir même les associations dangereuses, le tout bien sur dans le respect du libre exercice de la profession et de la liberté et de la responsabilité du médecin¹³¹.

D'autre part, les consommateurs par leur comportement influent également sur la prescription pour des motifs parfois psychologiques (choix du pays de provenance, sur médication) n'hésitent pas à changer le médecin traitant et à renouveler le recours aux consultations.

4. L'extension de la couverture sociale

Le développement de la couverture sociale (80%de la population est couverte par l'assurance maladie) et le dispositif du tiers payant (possibilité de disposer des médicaments sans faire l'avance de frais ce qui permettrait aux assurés à bas revenus de ne pas payer la partie normalement remboursée par la CNAS) peuvent être à l'origine de la croissance de la consommation des médicaments en Algérie¹³².

En 2006, la CNAS enregistre 8 573 768¹³³ assurés dont 50,43% sont inactifs. Avec les ayants droits, la couverture sociale en Algérie, bénéficierait à près de 33,8 millions¹³⁴ de personnes en 2006 à raison de 4 ayants droits par assuré. (cf. tableau 33)

¹³¹ Zehnat A. : Contribution à l'étude de la branche du médicament en Algérie, mémoire de magistère en économie et statistiques appliquées ; Institut National de Planification et de la Statistique, Alger, 2002. page 129.

¹³² Ce point sera détaillé dans la section 2 de ce chapitre.

¹³³ ONS, Evolution de la population algérienne (2001-2007).P1.In : www.ons.dz

¹³⁴ Idem.

Tableau 33 : Evolution du nombre d'assurés actifs et inactifs entre 1999 et 2006 en Algérie

Années	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total assurés	5161697	5584799	6122235	6636350	7145357	7722842	8244138	8573768
Dont Assurés actifs	2963263	3158230	3204612	3425144	3642348	3854711	4070596	4249390
Assurés inactifs	2198435	2426569	2917623	3211206	3503009	3868131	4173542	4324378
Assurés actifs/ total des assurés (%)	57,4	56,55	52,34	51,61	50,97	49,91	49,37	49,56
Assurés inactifs/ total des assurés (%)	42,59	43,44	47,65	48,38	49,02	50,08	50,62	50,43

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

5. La libéralisation des marchés et le développement des opérateurs privés

L'ouverture du secteur pharmaceutique aux opérateurs privés intervenue au début des années 90, a permis au marché du médicament d'évoluer de façon significative en passant de 5,2¹³⁵ milliards en 1990 pour atteindre 43 milliards en 2000 et dépasser les 200 milliards en 2008.

En plus des principaux facteurs déjà cités, il existe d'autres facteurs qui peuvent aussi être explicatifs de la croissance de la consommation médicamenteuse en Algérie tels que :

- L'amélioration du niveau de vie et le niveau culturel de la population
- La relance économique et l'amélioration des équilibres macroéconomiques notamment le niveau des réserves de change¹³⁶.
- L'urbanisation et l'industrialisation¹³⁷.
- Le 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.

¹³⁵Lamri L. : Les médicaments : Une approche économique. Communication au 1er colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires », Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006. p 40.

¹³⁶ Idem

¹³⁷ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p 59.

II. LA CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE MALADIE AU FINANCEMENT DU MEDICAMENT EN ALGERIE

Cette section sera consacrée à l'étude du rôle de l'assurance maladie dans le financement du médicament en Algérie. En raison de l'absence de données sur le financement du médicament par l'Etat et les ménages, nous étions amenés à étudier le financement du médicament par la sécurité sociale surtout que ces dernières années la sécurité sociale constitue le principal financeur de ce dernier.

1. Aperçu historique du système de sécurité sociale en Algérie

L'assurance maladie est la branche la plus importante de la sécurité sociale. Faire l'historique de l'assurance maladie passe nécessairement par celui de la sécurité sociale. Le système de sécurité sociale en Algérie a connu différentes étapes auxquelles correspondent des organisations différenciées selon les objectifs et les fondements de chaque période.¹³⁸

A l'indépendance, le système de sécurité sociale était marqué par l'existence de plusieurs régimes (11 régimes de sécurité sociale), cette organisation et mode de financement a poussé les pouvoirs publics à entamer plusieurs changements indispensables, à savoir : La réorganisation de la sécurité sociale, l'amélioration des avantages servis aux assurés sociaux et à l'élargissement du champ d'application de la sécurité sociale notamment aux personnes démunies exclues de certains avantages¹³⁹.

A partir des années 80, et dans le cadre de la nouvelle politique économique qui privilégie l'aspect social, les pouvoirs publics décidaient de développer un système de sécurité sociale couvrant la majorité de la population. C'est ainsi qu'une nouvelle réforme a été mise en oeuvre en 1983.

Les principes fondamentaux sur lesquels reposent cette nouvelle réforme sont¹⁴⁰ :

- ❖ le principe de généralisation du système de sécurité sociale,
- ❖ le principe d'unification des régimes, des avantages et du financement,

¹³⁸ Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, op. cit., p 7.

¹³⁹ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p17.

¹⁴⁰ Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, op. cit., p13.

- ❖ la participation des représentants des travailleurs dans la gestion des organismes de sécurité sociale à travers une forte représentation dans les conseils d'administration de ces derniers,
- ❖ l'édification d'un système de protection socio sanitaire fort généreux couvrant toutes les catégories de population y compris les handicapés et les personnes âgées.

En Algérie, l'assurance maladie a été mise en place à partir de 1959, cette assurance comme l'ensemble du système de santé, a subi une réforme en 1983, qui vise la couverture d'autres tranches de populations non actives¹⁴¹.

Avant 1983, les régimes existants ont été unifiés autour d'une seule caisse. Cette dernière couvre à la fois le régime « salariés » et « non salariés ».

A partir de 1992, une nouvelle organisation apparaît donnant naissance à deux caisses distinctes, il s'agit de :

- La Caisse Nationale des Assurances sociales (CNAS)
- La Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS).

La sécurité sociale subit une nouvelle réforme à partir des années 90, qui a pour objet :

- L'intégration d'un régime particulier de retraite,
- L'attribution d'avantages particuliers à certaines catégories d'assurés,
- La création de nouvelles caisses de sécurité sociale (caisse d'assurance chômage.....),
- La prise en charge de nouvelles catégories non cotisantes.

Dans le système actuel de sécurité¹⁴² sociale algérien, l'unification des régimes et l'uniformisation des avantages ont été réalisés. Le régime de protection sociale algérien applicable à toutes les personnes exerçant une activité professionnelle comprend :

- Assurances sociales : (maladie, maternité, invalidité et décès) ;
- Accidents du travail et maladies professionnelles ;

¹⁴¹ Bougrine P. : L'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes des soins de santé : L'expérience de la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés, conférence régionale de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale pour l'Afrique, 9-12 août 2005, in : <http://www.issa.int>. Consulté le 25/12/2008.

¹⁴² Le régime algérien de sécurité sociale, in : <http://www.cleiss.fr>. Consulté le 07/12/2008.

- Retraite ;
- Assurance chômage ;
- Retraite anticipée.

L'étendue et le niveau de protection sociale représentent des indicateurs pertinents du niveau de développement atteint par un pays, mais constituent également un reflet significatif de son histoire économique, sociale et politique¹⁴³.

2. Evolution et organisation de l'assurance maladie en Algérie

L'assurance maladie, instaurée en 1959, fait partie des assurances sociales. Elle représente la branche la plus importante de la sécurité sociale¹⁴⁴. Elle garantit les risques liés à tous les états pathologiques ou traumatiques nécessitant des soins et, éventuellement, un arrêt de l'activité professionnelle à l'exception aux dispositions d'une législation particulière : accidents de travail et maladies professionnelles, pensions militaires ou d'invalidité¹⁴⁵.

A ses débuts, l'assurance maladie était fondamentalement basée sur un système professionnel et couvrait les catégories professionnelles en activité. Les extensions intervenues depuis les lois de 1983 aux catégories particulières (handicapés, anciens combattants, apprentis, stagiaires, étudiants, ménages nécessiteux concernés par le filet social, chômeurs émergeant à la caisse de chômage) fait d'elle qu'elle passe d'un système professionnel à un système social intégrant les catégories sociales particulières. L'assurance maladie est de loin la plus importante des assurances du fait du nombre de personnes qu'elle concerne et des ressources financières qu'elle mobilise.

Pour cela, elle assure des prestations en nature représentées par le remboursement des frais nécessités par l'état de santé de l'assuré ou de ses ayants droits et des prestations en espèces sous forme d'indemnités journalières correspondant à des revenus de remplacement du salaire.

¹⁴³ Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit., p07.

¹⁴⁴ CNES : Projet de rapport sur la conjoncture économique et sociale, 2002, in : www. Cnes.dz, p70.

¹⁴⁵ Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale : à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux, éd. OPU, Alger, 1996, page 32.

2.1. Les prestations de l'assurance maladie

Pour bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie, comme des prestations en espèces pendant les six premiers mois, l'assuré doit avoir travaillé au moins 15 jours ou 100 heures au cours du trimestre civil précédant la date des soins ou 60 jours ou 400 heures au cours des 12 mois précédant la date des soins¹⁴⁶.

L'assurance maladie comporte:

2.1.1. Des prestations en nature qui consistent en la prise en charge des frais de soins de santé (actes médicaux et dentaires, analyses et examens de laboratoire, produits pharmaceutiques, appareillage, hospitalisation, cures thermales, rééducation, transport); Ces prestations en nature sont prises en charge au taux de quatre vingt pour cent des tarifs de remboursement (tarifs réglementaires pour les actes médicaux, prix public de vente pour les médicaments, tarifs réglementaires ou conventionnels pour les autres prestations).

Ce taux est porté à cent pour cent, en cas de soins répétitifs et/ou coûteux (maladies chroniques, intervention chirurgicale importante, hospitalisation de plus de 30 jours);

- Pour certaines prestations (rééducation fonctionnelle, planning familial);
- Pour les pensionnés d'invalidité ou de retraite dont le montant de la pension est inférieur au salaire national minimum garanti;
- Pour les rentiers d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 50 pour cent.

2.1.2. Des prestations en espèces, destinés à compenser le salaire perdu à l'occasion d'un arrêt de travail pour raison de maladie.

Les prestations en espèces sont versées sous la forme d'indemnités journalières, servies à compter de la date d'arrêt de travail pour maladie prescrit par un médecin et pour une période maximale de trois ans.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à:

¹⁴⁶ Le régime algérien de sécurité sociale. In : <http://www.cleiss.fr>. Consulté le 07/12/2008.

- Cinquante pour cent du salaire journalier soumis à cotisation de la sécurité sociale du premier au quinzième jour d'arrêt de travail;
- Cent pour cent du même salaire:
 - À compter du seizième jour d'arrêt de travail;
 - À compter du premier jour d'arrêt de travail, si l'assuré est hospitalisé ou s'il est reconnu atteint d'une affection de longue durée (liste fixée par voie réglementaire).

L'indemnité journalière ne peut pas être inférieure à cinquante pour cent ou à cent pour cent du montant du salaire national minimum garanti; elle fait l'objet de revalorisation pour tenir compte des augmentations de salaires intervenues au cours d'arrêt de travail.

2.2. Le financement de l'assurance maladie

Le régime algérien d'assurance maladie a vocation de couvrir l'ensemble de la population résidant en Algérie: salariés, non-salariés et non actifs.

Le financement de l'assurance maladie qui est une branche de la sécurité sociale provient des cotisations. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi. La méthode de financement par cotisations consiste à prélever une somme sur les revenus des salariés et non salariés qui entraîne des obligations pour la sécurité sociale. L'assuré cotisant est obligatoirement couvert pour les risques prévus par la loi au moyen d'une cotisation unique. Ces prélèvements sont en partie supportés par les employés mais une part plus importante étant dévolue aux employeurs, certaines branches sont financées uniquement par l'employeur.

L'assiette des cotisations de sécurité sociale¹⁴⁷ est constituée de l'ensemble des éléments du salaire à l'exclusion des prestations à caractère familial, des frais de remboursement, des primes de départ, des indemnités pour conditions de vies particulières.

Pour les travailleurs salariés, ces cotisations sont assises sur les salaires et le taux de cotisation affecté aux assurances sociales est de 14%, dont 1,5% à la charge de l'employeur.

¹⁴⁷ Le régime algérien de sécurité sociale. In : <http://www.cleiss.fr>. Consulté le 07/12/2008.

Pour les titulaires de pensions¹⁴⁸ et de rentes (anciens travailleurs salariés), la cotisation est assise sur le montant de la pension ou de la rente, et le taux est de 2% à la charge du pensionné ou du rentier.

Toutefois, ce dernier est exonéré de la cotisation lorsque le montant de la prestation qui lui est servi est inférieur au montant du salaire national minimum garanti.

Les titulaires de pensions ou de rentes dont le montant de l'avantage est égal ou inférieur au SNMG sont exonérés du paiement des cotisations d'assurances sociales. Pour les pensions ou les rentes dont le montant de l'avantage est supérieur au SNMG¹⁴⁹, le taux de cotisation d'assurances sociales est de 2 %.

Pour les travailleurs non salariés, la cotisation est assise sur le revenu annuel moyen et le taux de cotisation affecté aux assurances sociales est de 7,5%.

Ce taux est celui qui est généralement appliqué aux pensions (anciens travailleurs non salariés).

Pour les autres catégories d'assurés (étudiants, handicapés, anciens combattants), les cotisations sont assises sur le montant du salaire national minimum garanti et sont à la charge de l'Etat ; le taux varie de 1% à 7%, selon la catégorie.

Les taux de cotisations ont subi plusieurs modifications depuis les années 90, selon les objectifs de la politique économique du pays, la dernière modification a eu lieu en 2010. Le taux de cotisation est ventilé entre assurance sociale, accident de travail, retraite anticipée, chômage et fonds de logements sociaux. Ce taux est réparti entre les différentes branches en fonction de l'importance des charges qu'elles supportent :

¹⁴⁸ Financement de l'assurance maladie en Algérie. In: <http://www.coopami.org>. 21/12/2008.

¹⁴⁹ Le Salaire National Minimum Garanti (SNMG) est fixé, depuis le 1er janvier 2010, à 15.000 DA par mois. Ce SNMG sert de référence aux montants minimums pour le versement des cotisations et le paiement des prestations de sécurité sociale.

Tableau 34: La ventilation des taux de cotisation au 01 Janvier 2010

Branches	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié	A la charge du fonds des œuvres sociales	Total
Assurances sociales : maladie, maternité, invalidité et décès	12,5%	1,5%	-	14%
Accidents du travail et maladies professionnelles	1%	-	-	1%
Retraite	9,5%	6,5%	0,5%	16,50%
Retraite anticipée	0,5%	0,5%	-	1%
Assurance chômage	1,5%	1,5%	-	3%
Fonds du logement social	-	-	0,5%	0,5%

Source : Financement de l'assurance maladie en Algérie. In:

http://www.coopami.org/fr/countries/countries_partners/algeria/social_protection/pdf/social_protection01.pdf

2.3. Présentation des organismes de gestion de l'assurance maladie

Les caisses chargées de la gestion du risque maladie en Algérie sont représentées par la caisse nationale d'assurance sociale pour les travailleurs salariés (CNAS) et la caisse d'assurance sociale des non salariés (CASNOS).

2.3.1. La Caisse Nationale des Assurances sociales (CNAS)

La CNAS est le noyau central du système de sécurité sociale, ses attributions sont fixées par le décret n° 92-07 qui dote la CNAS de multiples missions, à savoir :

- Gérer les prestations en nature et en espèces des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que les prestations familiales¹⁵⁰,
- Assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations prévues aux alinéas précédents,
- Contribuer à promouvoir la politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, et de gérer leurs fonds.
- Organiser, coordonner et exercer le contrôle médical,
- Entreprendre des actions sous forme de réalisation à caractère sanitaire et social telles que prévues par la loi.
- Entreprendre des actions de prévention, d'éducation, et d'information sanitaire après proposition du conseil d'administration de la caisse,
- Procéder à l'immatriculation des assurés sociaux et des employeurs.

¹⁵⁰ Hannouz M. et Khadir M. : op. cit., p 23.

La CNAS couvre les assurés sociaux dont les catégories suivantes ¹⁵¹:

- Les travailleurs salariés, quel que soit leur secteur d'activité;
- Les travailleurs indépendants exerçant pour leur propre compte;
- Les anciens travailleurs titulaires d'avantages de sécurité sociale (pensions invalidité ou de retraite, rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, allocation de l'assurance chômage);
- Certaines personnes se trouvant dans une situation leur conférant la qualité d'assuré social (étudiants, apprentis, handicapés, anciens combattants, démunis bénéficiant de l'aide sociale de l'Etat).

Sont également bénéficiaires les ayants droit des assurés, à savoir:

- Le conjoint;
- Les enfants à charge (jusqu'à 18 ans dans tous les cas, jusqu'à 21 ans pour les étudiants, 25 ans pour les apprentis, sans limite d'âge pour les infirmes et les filles au foyer);
- Les ascendants à charge lorsque leurs ressources ne dépassent pas le montant minimal de la pension de retraite.

2.3.2. La Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS)

Le régime des non salariés a été créé en 1958 et jusqu'à 1974, il ne couvrait que le risque vieillesse (retraite). L'assurance maladie et maternité n'a été élargie aux non salariés qu'à partir de 1975. Intégrés à la CNAS et à la CNR depuis 1983, les non salariés n'ont eu droit à une caisse autonome qu'en 1992 en vertu du décret n° 92-07 du 04 janvier 1992 qui a donné naissance à l'organisme de sécurité sociale dénommé CASNOS et qui a hérité des activités relevant initialement du régime des non salariés de l'ex-CNASAT pour les volets relatifs aux assurances maladie, maternité, invalidité et capital décès et de celui de la CNR pour le volet retraite.

La CASNOS est une institution qui prend en charge les travailleurs non salariés malades et leur garantissant le remboursement des frais médicaux engagés et ce conformément aux articles 8 et 9 de la loi 83-11 du 02 Juillet 1983 modifiés et complétés par les articles 4 et 5 de l'ordonnance 96-17 du 06 Juillet 1996 relative aux assurances sociales.

¹⁵¹ Bougrine P. : op., cit.

A l'instar de la CNAS, les attributions de la CASNOS sont fixées par le décret n° 92-07 du 04 Janvier 1992. Selon ce décret la CASNOS a pour mission¹⁵² :

- La gestion des prestations en nature et en espèces des assurances sociales des non salariés,
- La gestion des pensions de retraites des non salariés,
- D'assurer le recouvrement des cotisations,
- L'organisation et la coordination du contrôle médical,
- L'immatriculation des adhérents,
- L'information des bénéficiaires.

La CASNOS couvre les catégories professionnelles non salariées suivantes:

- Commerçants,
- Artisans,
- Industriels,
- Agriculteurs,
- Professions libérales.

3. L'assurance maladie et le financement de la consommation de médicaments en Algérie

La consommation de médicaments en Algérie doit être une préoccupation majeure des organisations chargées de son financement particulièrement de l'assurance maladie qui est un financeur important de cette consommation de médicaments.

3.1. La part du médicament dans les dépenses nationales de santé en Algérie

Le système national de santé consacre une part importante aux dépenses de médicaments. En Algérie, les dépenses médicamenteuses pèsent lourdement dans les dépenses totales de santé. Rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses médicamenteuses continuent à peser de plus en plus sur celle-ci. Passant de 21,3% en 2000 à près de 28,87% en 2008. Cet accroissement des dépenses médicamenteuses s'explique d'une part, par la dépendance quasi-totale de l'extérieur en matière de

¹⁵² Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie, une approche économique, éd. OPU, Alger, 2004, p 63.

médicaments, d'autre part, par l'accélération de l'offre de soins, l'élévation du niveau de vie et la généralisation de la couverture sociale.

En 1991, 8,1 % des dépenses nationales de santé sont consacrées pour le médicament, ce taux est de 28,87 % en 2008. Ces dépenses ont augmenté entre 1991 et 2008 de 20,77 %.

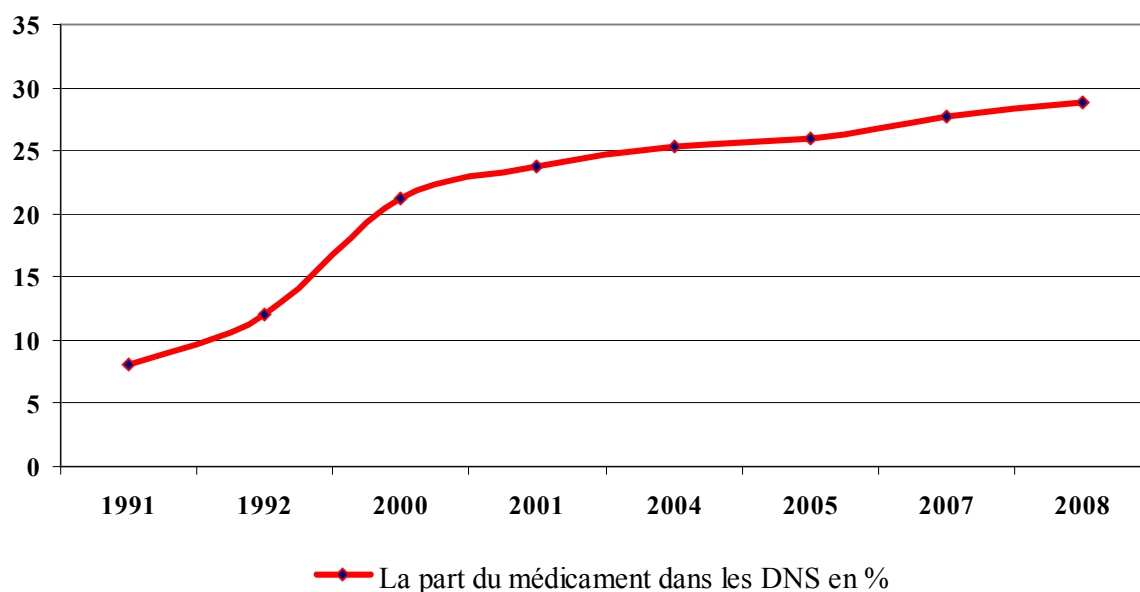
En moyenne, les médicaments représentent chaque année 21,65% des dépenses nationales de santé.

Tableau 35 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses nationales de santé entre 1991 et 2008

Année	Unité : Millions de DA							
	1991	1992	2000	2001	2004	2005	2007	2008
DNS en DA courant	33 499	44 321	155 600	174 231	219 020	253 980	279 842	294 970
DNS en DA constant	27 234	35 175	152 549	166 250	211 409	249 980	270 378	283 625
Dépenses de médicaments en DA courant	2 722	5 377	33 124	41 403	55 631	66 034	77 516	85 157
Dépenses de médicaments en DA constant	2 213	4 267	32 474	39 506	53 697	64 423	74 894	81 881
La part du médicament dans les DNS en %	8,1	12,1	21,3	23,77	25,4	26	27,7	28,87

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.

Figure 17 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses nationales de santé entre 1991 et 2008



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 35.

3.2. Le financement du médicament par la CNAS

Les dépenses de la CNAS liées aux produits médicamenteux ne cessent pas d'augmenter depuis 1995, suivant un rythme accéléré. Le tableau 36 indique que les chiffres de la CNAS ont fait état de 64 000 millions de DA courant en 2007, contre 10570 millions de DA courant en 1995, marquant ainsi un taux d'accroissement considérable estimé à 605,49 %, avec des accroissements plus significatifs à partir de 2004. (cf. tableau 36)

En DA constant, les dépenses de médicaments financées par la CNAS ont enregistré également une évolution considérable. Passant de 8456 millions de DA en 1995 à 61838 en 2007, soit une augmentation de 731,29 %.

L'augmentation des dépenses de médicaments est due principalement à l'augmentation des prix des médicaments, suite à la libéralisation des prix produite en 1994, à l'accroissement du nombre d'assurés sociaux et à l'instauration du système de tiers payant.

Comparées aux dépenses d'assurances sociales, le médicament représente une part importante passant de 28% en 1995 à 44,4% en 2007.

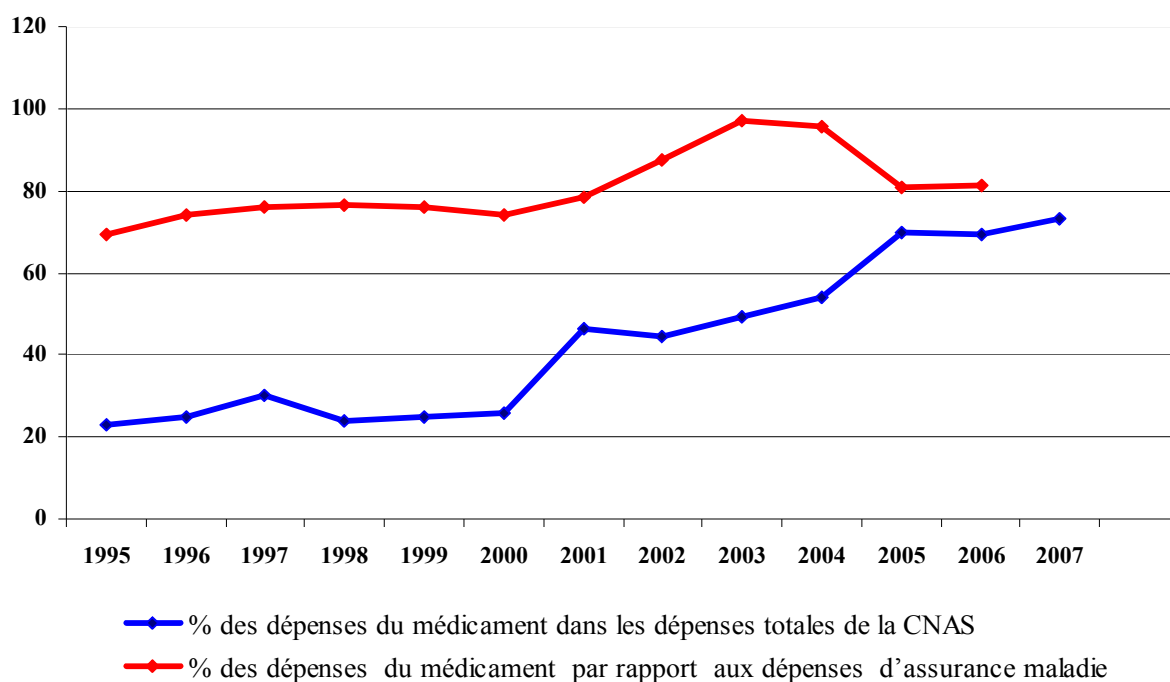
Par rapport aux dépenses de la CNAS, ce dernier représente ces dernières années jusqu'à 73% des dépenses totales de la CNAS. Quant aux dépenses liées au remboursement de médicaments, elles occupent la première position avec en moyenne 80,64 % des dépenses d'assurance maladie.

Tableau 36 : La part du médicament dans les dépenses de la CNAS

Années	Dépenses de médicaments en DA courant	Dépenses de médicaments en DA constant	% des dépenses du médicament dans les dépenses totales de la CNAS	% des dépenses du médicament par rapport aux dépenses d'assurances sociales	% des dépenses du médicament par rapport aux dépenses d'assurance maladie
1995	10 570	8 456	23	28	69,52
1996	14 880	12 939	25	31,88	74,03
1997	16 920	15 962	30	36,66	76,25
1998	16 440	15 657	24	28,75	76,54
1999	15 850	15 240	25	32,03	76,06
2000	19 700	19 313	26	32,23	74,18
2001	22 810	21 765	46,23	35,44	78,41
2002	25 540	25 039	44 ,34	-	87,65
2003	33 330	32 485	49,42	-	97,22
2004	41 500	40057	53,81	35,49	95,52
2005	47 400	46 653	70	35,45	80,85
2006	50 922	49 680	69,28	35,39	81,47
2007	64 000	61 838	73	44,4	-

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : CNAS, Evolution et répartition des dépenses de la CNAS (1995-2007). Direction générale de la CNAS, Direction des statistiques ? Alger 2008. p.8.

Figure 18 : La part du médicament dans les dépenses de la CNAS et de l'assurance maladie entre 1995 et 2007.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 36.

En termes de structure de médicaments remboursables par la CNAS, le tableau 37 indique que le nombre de DCI est en progression continue passant de 897 DCI en 2000 à 1198 en 2008. Quant au nombre de marque, ce dernier enregistre à son tour une augmentation considérable, mais cette augmentation est moins importante que celle des DCI passant de 2300 en 2000 à 3000 en 2007 et à 3180 en 2008. (Cf. tableau 37).

Tableau 37: Structure des médicaments remboursables par la CNAS

Année	Nombre de DCI	Nombre de marques
2000	897	2300
2007	1134	3000
2008	1198	3138

Source : Brahamia Brahim. : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie. In: http://www.coopami.org/fr/countries/countries_partners/algeria/social_protection/pdf/social_protection02.pdf

3.3. Evolution des dépenses médicamenteuses en tiers payant

L'Algérie a instauré en 2000 le système de tiers payant pour une meilleure prise en charge de ses assurés. Largement inspiré du système français, le système de tiers payant algérien vise à faire l'avance des frais pour la catégorie des populations la plus nécessiteuse définie par voie réglementaire en application aux dispositions de l'article 60 de la loi 83-11 modifié et complété par l'article 26 de l'ordonnance n°96-17¹⁵³.

Pour bénéficier des avantages de tiers payant, certaines conditions ont été mises en place, principalement, celles d'être atteint d'une maladie de longue durée. Cette catégorie, en plus d'être prise en charge, se verra accorder tous les produits pharmaceutiques figurant dans la nomenclature des médicaments commercialisés en Algérie, à l'exception de ceux réservés à un usage hospitalier, sous condition qu'elle soit domiciliée auprès d'une officine pharmaceutique conventionnée.

Le système du tiers payant constitue donc une grande mesure établie par les pouvoirs publics en Algérie afin de réduire les inégalités entre les différentes catégories de la population algérienne.

En Algérie, les dépenses de tiers payant ont subi une augmentation considérable, passant de 25% des dépenses médicamenteuses totales en 2002 à 72% en 2007, soit une évolution de 47%. Cette évolution tire son origine de l'importance des maladies chroniques prises en charge par la CNAS, surtout ces dernières années.

Dans l'objectif de faire développer ce système, les officines conventionnées avec la CNAS dans le cadre du système tiers payant ne cessent d'augmenter. Le tableau 38 montre que le nombre d'officines conventionnées avec la CNAS enregistre une évolution remarquable entre 2002 et 2005, passant de 2773 à 6968.

Il est de même pour le nombre d'ordonnance servies par les officines qui a connu une augmentation considérable, il est estimé à 4 950 424 en 2002 avec un coût moyen par ordonnance de 1290 DA pour passer à 16 070 828 avec un coût moyen par ordonnance de 1901 DA en 2007.

¹⁵³ Kassa Fouzia. : 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 Béjaia, 2009, p 61.

En dinars courants, en 2007, ce système coûte à la CNAS 46618 millions de DA, ce coût est moins important en dinars constants avec 45042 millions de DA.

Tableau 38 : Les dépenses de tiers payant en Algérie

Années	DTP en DA courant	Dépenses de tiers payants en DA constant	Taux d'évolution	Le nombre d'officines conventionnées	Nombre Ordonnances réglées	Coût / ordonnance en DA courant	Coût / ordonnance en DA constant	DTP/*DTM**
2002	6390	6264	-	2773	4 950 424	1290	1264	25%
2003	11 982	11 678	87,5	3774	7136750	1678	1635	35%
2004	19 220	18 552	60	4872	9 596 611	2 003	1933	45%
2005	27 186	26 758	41	6968	11 726 746	2 318	2281	53%
2006	35 441	34 577	30	-	13 598 117	2 606	2 542	69%
2007	46 618	45 042	31	-	16 070 828	2 901	2802	72%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : CNAS, Evolution des dépenses de tiers payants en Algérie (2002-2007), Direction Générale de la CNAS direction de statistiques, Alger, 2008, p1.

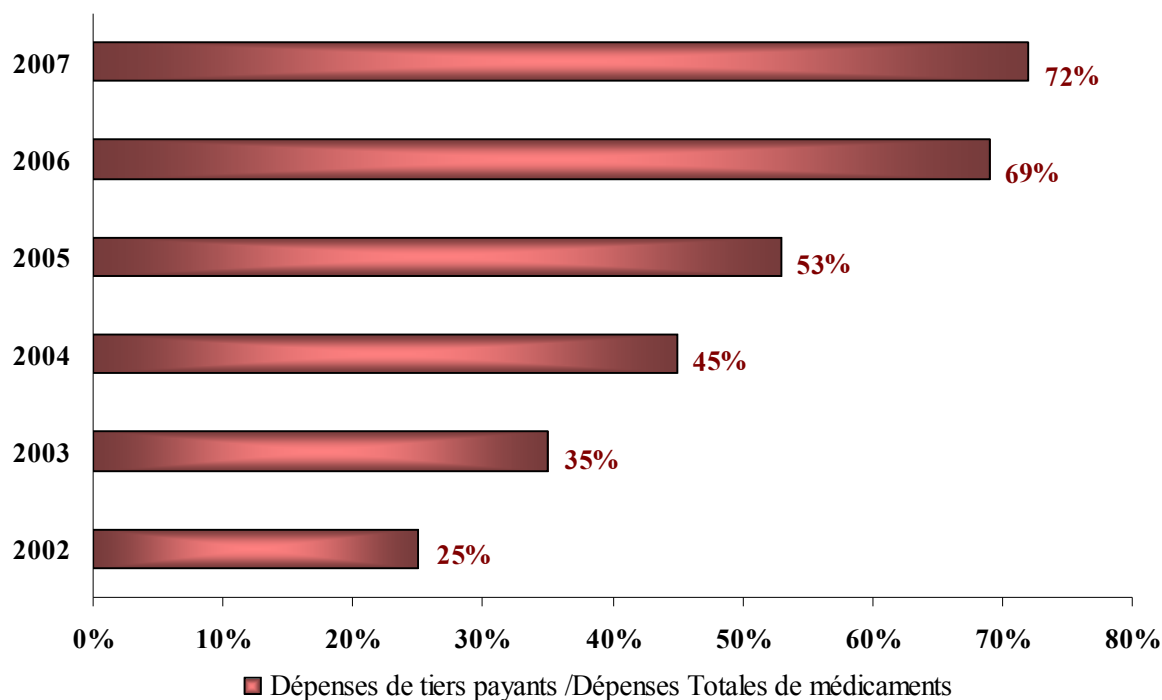
* DTP : Dépenses de tiers payants

** : DTM : dépenses totales médicamenteuses.

DTP/*DTM** : Dépenses totales de tiers payants par rapport aux dépenses totales médicamenteuses.

- : Donnée non disponible.

Figure 19 : Evolution des dépenses de tiers payant en Algérie par rapport aux dépenses totales de médicaments



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 38.

3.4. Evolution des dépenses médicamenteuses de la CASNOS

La lecture du tableau 39 montre que les dépenses de la CASNOS consacrées aux médicaments sont en progression continue depuis 1995. Elles ont été multipliées par plus de 3, passant ainsi de 0,951 milliards de DA en 1995 à 3,93 milliards de DA en 2007.

Contrairement à la CNAS, la CASNOS consacre peu de ses dépenses pour le médicament. A ses débuts, la CASNOS a consacré 29,89 % pour couvrir les dépenses médicamenteuses, ce taux a régressé à partir de 1995, passant de 29,89% en 1995 à 7% en 2003, puis a progressivement augmenté pour arriver à 12% en 2006.

Les dépenses de la caisse nationale des assurances sociales pour les non salariés ne sont pas très représentatives d'autant plus que nous avons constaté qu'il est impossible de dégager les dépenses d'assurance maladie pour cette caisse puisque ces dépenses sont rattachées à celles des dépenses liées à la maternité. De plus, les données relatives à cette caisse ne sont pas disponibles de manière continue.

Tableau 39: Evolution de la part des dépenses de médicaments dans les dépenses de la CASNOS en milliards de Dinars

Années	1995	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dépenses du médicament de la CASNOS	0,951	0,951	1,175	1,21	1,46	1,98	2,63	3,11	3,03	3,93
% des dépenses du médicament dans les dépenses totales de la CASNOS	29,89	10,77	11,56	9	9	7	9,1	-	12	-

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : CASNOS, Evolution et répartition des dépenses de la CASNOS (1995-2005)

- : Donnée non disponible.

Années 2006 et 2007. In : Brahim BRAHAMIA. : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie. In

http://www.coopami.org/fr/countries/countries_partners/algeria/social_protection/pdf/social_protection02.pdf

3.5. La part des frais médicamenteux dans les dépenses de la sécurité sociale

La part des frais médicamenteux dans les dépenses de la sécurité sociale a connu une croissance continue depuis 2000. Le tableau 40 indique que la sécurité sociale a contribué au financement du médicament à hauteur de 45,53% en 2007, contre 31,06 %

en 2000, marquant ainsi un taux d'accroissement estimé à 14,47 %, avec des accroissements plus significatifs en 2003 et 2004.

En effet, les dépenses de la sécurité sociale suivent une tendance générale à l'augmentation. Ces dépenses passent de 68,17 milliards de DA courant, soit 66,83 milliards de DA constant en 2000, à 141 milliards de DA courant, soit 136,23 milliards de DA constant.

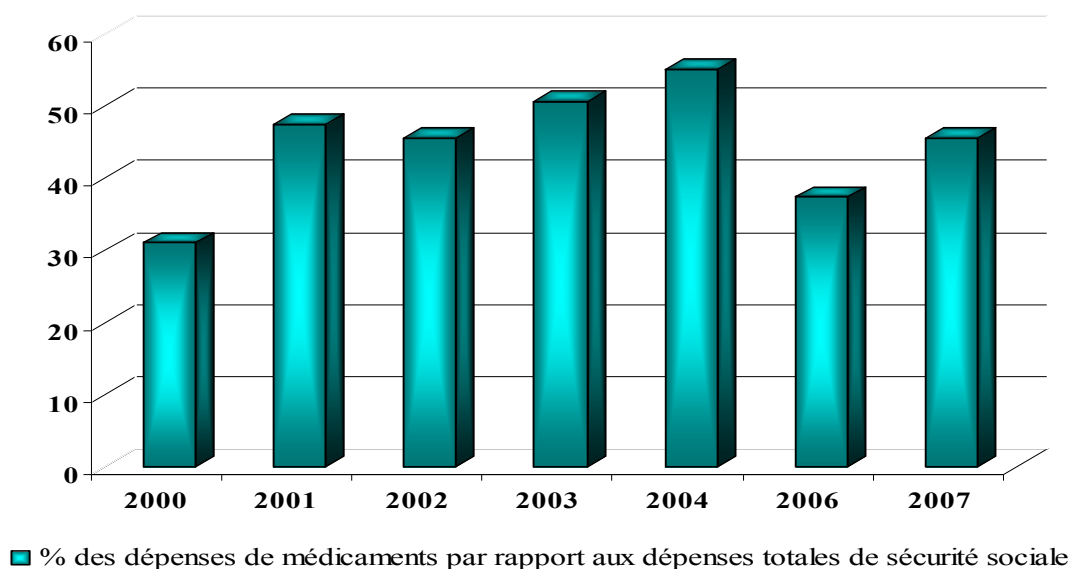
S'agissant des dépenses en médicament, la sécurité sociale dépense des sommes énormes en matière de médicament, ces dépenses passent de 21,18 milliards de DA courant, soit 20,7623 milliards de DA constant en 2000 à 64 milliards de DA courant, soit 61,83 milliards de DA constant en 2007. Cette tendance générale à l'augmentation des dépenses médicamenteuses de la sécurité sociale est le résultat de la transition sanitaire qu'a connu l'Algérie.

Tableau 40: Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale en Algérie en milliards de Dinars

Années	Dépenses totales de la SS en DA courant	Dépenses totales de la SS en DA constant	Dont les médicaments en DA courant	Dont les médicaments en DA constant	% des dépenses de médicaments par rapport aux dépenses totales de SS
2000	68,17	66,83	21,18	20,76	31,06
2001	50,8	48,47	24,12	46,25	47,48
2002	59,22	58,05	27	26,47	45,6
2003	69,61	67,84	35,31	34,41	50,72
2004	80,01	77,22	44,13	42,59	55,15
2006	135	131,70	50,51	49,27	37,41
2007	141	136,23	64	61,83	45,53

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

Figure 20 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale en Algérie



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 40.

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

Le secteur de la santé a connu des changements à la lumière de l'évolution générale du pays. Les réformes et la politique d'ouverture ont eu pour effet la libéralisation du marché du médicament et son ouverture aux initiatives prises que ce soit dans la fabrication ou l'importation. Parmi les conséquences de cette mutation, un accroissement effréné des dépenses des médicaments particulièrement dans son aspect remboursement et un élargissement des besoins de la population en matière de soins¹⁵⁴.

On enregistre ainsi une augmentation croissante de la facture à l'importation égale à 1500 millions de dollars en 2008 et une inflation des dépenses occasionnées à la sécurité sociale en matière de remboursement des médicaments qui sont passées de 16,95 milliards de DA en 1999 à 64¹⁵⁵ milliards de DA en 2007, devenant ainsi le premier poste de dépenses avant le forfait hôpitaux. Une situation qui risque à moyen terme de compromettre l'équilibre financier des organismes de sécurité sociale.

¹⁵⁴ <http://www.santetropicale.com>. Consulté le 06/01/2009.

¹⁵⁵ MTESS, Evolution des dépenses de l'assurance maladie en Algérie, (2001-2005), direction des statistiques, Alger, 2008.

C'est à cet effet qu'un ensemble de mesures ont été instaurées pour réduire la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse et supportée par les organismes de la sécurité sociale. Parmi ces mesures on cite :

1. L'encouragement de la consommation du médicament générique

En Algérie, l'encouragement de la consommation des médicaments génériques¹⁵⁶ par l'application du tarif de référence et le droit de substitution, est présenté comme la principale solution pour réduire la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse¹⁵⁷ et supportée par les organismes de la sécurité sociale.

L'Algérie à l'instar des autres pays a décidé d'encourager le médicament générique afin de réduire les dépenses en matière de remboursement de médicaments sans pour autant que la santé du citoyen ne soit lésée.

1.1. L'application du tarif de référence

La politique de tarif de référence constitue un des instruments utilisés par les pouvoirs publics afin de réduire les dépenses en matière de remboursement de médicaments.

Le tarif de référence pour le médicament a été mis en place dans l'objectif de¹⁵⁸ :

- L'augmentation de la consommation des génériques ;
- La baisse conséquente des prix des médicaments ;
- Le ralentissement de l'évolution de la dépense en produits pharmaceutiques.

Le principe de la politique 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. Tout dépassement de prix de vente au-delà du tarif de référence n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré¹⁵⁹.

¹⁵⁶ Un médicament générique est un médicament similaire à un médicament original de référence. Il possède les mêmes principes actifs et la même forme pharmaceutique que ce médicament original. Il est commercialisé lorsque le brevet du médicament original est expiré

¹⁵⁷ Revue Problèmes Economiques, n° 2.817, éd. La documentation française, 9 juillet 2003. p 14.

¹⁵⁸ Acheuk-Youcef Chawki. : Les réformes de la sécurité sociale, Le tarif de référence : Aspects opérationnels, in : <http://www.snapo.org>. Consulté le 08/06/2008.

¹⁵⁹ Lewis G. : Le développement des médicaments génériques en Europe, constat actuel, communications au séminaires de l'institut d'études des politiques de santé sur le thème « Quelle place pour les médicaments génériques en France », éd. Médecine-Sciences Flammarion, Paris 1996, p 29.

Cette mesure n'est pas nouvelle puisqu'il s'agit d'une mesure prévue par la législation en vigueur en matière de sécurité sociale et précisée par la réglementation (références : loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales, modifiée et complétée, notamment son article 59-1 et l'arrêté ministériel du 16 août portant création et fixant les missions, l'organisation et le fonctionnement du comité de remboursement du médicament en Algérie, notamment ses articles 2, 11 et 15).

L'Algérie a mis en place cette politique depuis avril 2006¹⁶⁰, appliquée sur 116 DCI en 2006, ensuite sur 303 DCI en 2008. La nouvelle liste complémentaire qui contient 234 nouvelles DCI, s'ajoute à une autre liste contenant 180 autres spécialités médicamenteuses, a été publiée en Juillet 2009. La nouvelle liste comprend plusieurs classes thérapeutiques allant des antihistaminiques aux anti-infectieux en passant par les antalgiques, les anti-inflammatoires, les antihypertenseurs, les bêtabloquants, les hypolipémiants et les produits de cardiologie et angiologie et les corticoïdes avec broncho-dilatateurs. La nouvelle liste contient également les hormones contraceptives, les anticoagulants, les antianémiques, les antidépresseurs et les anxiolytiques. La nouveauté introduite dans cette nouvelle liste est le remboursement sur la base des classes thérapeutiques.

Selon l'UNOP¹⁶¹, la politique de la promotion du générique est une action positive qui doit s'accompagner par des mesures d'encouragement envers la production locale du générique. L'union propose à cet effet la diminution de l'importation du générique afin de permettre aux producteurs d'augmenter leur production¹⁶².

L'objectif de la mise en place d'un tarif de référence depuis septembre 2001, a été la promotion du médicament générique afin de réduire la facture médicamenteuse. Mais d'autre part, la sécurité sociale procède en 2007, au déremboursement de 70% de générique. Par conséquent, cette mesure de déremboursement accès sur le générique réduira davantage sa consommation et un recours massif aux médicaments princeps jugés chers mais pris en charge par la sécurité sociale.

¹⁶⁰ Le tarif de référence (TR) au remboursement a été mis en application par la CNAS – caisse de sécurité sociale, en avril 2006. Il fait suite à l'arrêté ministériel du 29 janvier 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre. Cet arrêté est paru au journal officiel n°02 (JORADP) du 15 janvier 2006.

¹⁶¹ L'Union nationale des opérateurs de pharmacie.

¹⁶² L'Algérie veut promouvoir le médicament générique, In : <http://www.sandoz.dz>. Consulté le 06/07/2009.

1.2. Le droit de substitution

Le droit de substitution est le droit donné au pharmacien de dispenser au patient un générique à la place d'un médicament « princeps » prescrit par le médecin.¹⁶³ Ce droit est mis en vigueur en Algérie à partir de 2006 en application de 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 humaine qui stipule que le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre « essentiellement similaire »¹⁶⁴.

2. Le déremboursement de médicament

Face aux importantes dépenses que représentent les médicaments tant pour l'assurance maladie que pour le patient, les autorités algériennes ont pris, ces dernières années, une série de mesures visant à ralentir la croissance des dépenses liées aux médicaments. Parmi ces mesures qui visent à responsabiliser d'avantage le patient sur la consommation de médicaments, nous citons le déremboursement des médicaments, appelé aussi non remboursement qui est l'exclusion de certains médicaments de la nomenclature de remboursement, c'est-à-dire qu'ils sont devenus non éligibles au remboursement et leur paiement est devenu obligatoire même pour les assurés pris en charge.

Jusqu'à 1995, tous les médicaments prescrits étaient remboursés automatiquement. Mais depuis, les responsables concernés ont tenté de revoir la liste de la nomenclature en introduisant la notion de non remboursement par la sécurité sociale. Cette mesure est fondée sur un principe logique, à savoir le retrait de la liste (des remboursables), des produits qui ne présentent pas un service médical et thérapeutique prouvé.

D'après les listes, nous remarquons¹⁶⁵ :

¹⁶³ Acheuk-Youcef Chawki. : op., cit.

¹⁶⁴ Derraji Abderrahim . : Droit de substitution: opportunité ou contrainte, Communication présentée à la 4^{ème} journée pharmaceutique de TAZA, 23 Mai 2009. In : <http://www.pharmacies.ma>. Consulté le 18/07/2009.

¹⁶⁵ 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 Béjaia, Mémoire de magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la santé et développement durable, Université de Béjaia, 2009, p 129.

- 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 traitant les maladies chroniques à savoir : l'Hypertension artérielle et l'Epilepsie.
- Un certain nombre de médicaments qui n'étaient pas remboursés dans leurs pays d'origine, le sont en Algérie.

3. Autres mesures

L'explosion de la dépense de remboursement des frais pharmaceutiques, tire son origine essentiellement d'une dépendance presque totale vis à vis de l'étranger en matière de médicaments, matériels médico-chirurgicaux et même des matières premières nécessaires pour la production nationale. A cet effet, en plus des mesures déjà citées l'encouragement la production nationale est nécessaire¹⁶⁶.

L'Algérie doit encourager la production médicamenteuse nationale face à la forte demande sur le marché médicamenteux. Ainsi, le déremboursement de médicaments ne doit pas être accès sur les médicaments produits en Algérie mais plutôt sur ceux importés. La liste des médicaments non remboursables doit comprendre les médicaments importés ainsi que le princeps dans le but d'encourager la consommation du générique d'une part et l'encouragement de la production nationale d'autre part.

De Plus,¹⁶⁷ le poids des importations dans la consommation nationale est extrêmement élevé en Algérie. Dans l'ambition d'alléger la facture de l'importation une politique de régulation des importations a été mise en place. On relève dans ce contexte trois types de mesures affectant les importations de médicaments.

¹⁶⁶ Conseil National Economique et Social (CNES) : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités d'assurer leur équilibre financier, Juillet 2001.

¹⁶⁷UNOP : 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. P. 29 et 30.

- l'enregistrement d'un médicament de marque (ou princeps) ne sera autorisé qu'en l'absence d'un médicament générique et dans les limites d'un surcoût éventuel par rapport au tarif de référence pour la DCI (dénomination commune internationale) se situant au maximum à 25% ;
- la fabrication locale des produits de marque, sous leur forme générique, sera encouragée et facilitée par les autorités publiques. Dans le même contexte, les produits fabriqués localement ne seront plus autorisés à l'importation ;
- la production locale de médicaments fait l'objet d'un soutien clair de la part des autorités, à travers une exonération explicite des droits et taxes sur les intrants et la mise en place d'un tarif de référence avantageux pour le remboursement.

Quelques initiatives sont prises par l'organisme de remboursement (CNAS) pour diminuer le niveau des remboursements comme le renforcement du contrôle médical, la lutte contre la fraude en matière de vignettes.

D'autres mesures incitatives ont été mises en place dans le but d'encourager et de promouvoir la consommation des médicaments génériques afin de maîtriser les dépenses médicamenteuses en Algérie, on cite¹⁶⁸:

- Hausse de la marge bénéficiaire des pharmaciens, marge qui n'est pas assez importante pour les génériques, de nouvelles marges viendront inciter le pharmacien à jouer pleinement son rôle en faveur d'une santé publique moins coûteuse,
- Baisse du prix du générique,

La politique d'encouragement des génériques doit être accompagnée de mesures visant à modifier les comportements des prescripteurs, tant au niveau des médecins que pharmaciens, avec le comportement du patient- consommateur de médicaments.

¹⁶⁸ L'Algérie à l'heure du générique, <http://www.sandoz.dz>. Consulté le 06/07/2009.

Conclusion

En Algérie, la consommation des médicaments est en constante croissance. Cette croissance est expliquée d'une part, par l'augmentation du niveau de vie, la transition épidémiologique et démographique ainsi que l'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies, et d'autre part, par l'assurance maladie qui constitue un financeur non négligeable de cette consommation. En raison de cette constante croissance, de multiples réglementations ont été engagées pour tenter de maîtriser la charge financière globale qu'engendre cette consommation.

Malgré toutes les mesures prises pour maîtriser la charge de la consommation médicamenteuse qui provoque un déséquilibre des organismes de sécurité sociale, la consommation médicamenteuse continue à marquer des accroissements réguliers et continue à peser lourdement sur le système de sécurité sociale, surtout que le recours aux médicaments génériques reste relativement faible.

**CHAPITRE 4 : ETUDE DE LA CONSOMMATION DE
MÉDICAMENTS DANS LA WILAYA DE
SETIF : ENQUETE AUPRES DE LA CNAS
DE SETIF**

CHAPITRE 4 : ETUDE DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DANS LA WILAYA DE SETIF : ENQUETE AUPRES DE LA CNAS DE SETIF

Introduction

Afin de comprendre les déterminants de la consommation médicamenteuse dans la wilaya de Sétif et en raison de l'absence de statistiques relatives à notre thème, nous étions amené à réaliser une enquête auprès de la CNAS de Sétif. 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, il sera question d'exposer les résultats de notre investigation sur la consommation. Dans la première section, nous tenterons de mettre en évidence les facteurs à l'origine de la croissance de la consommation médicamenteuse à travers la présentation du profil épidémiologique et l'offre de soins dans cette wilaya. La deuxième section sera consacrée à la présentation du niveau de la consommation pharmaceutique dans les établissements publics de santé et l'évolution des remboursements au niveau de la CNAS de Sétif. Enfin, la troisième section traitera les principales actions entreprises par la CNAS pour la maîtrise des dépenses.

I. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DANS LA WILAYA DE SETIF

Dans cette section, nous allons nous intéresser aux déterminants de la consommation de médicament en faisant appel aux différents facteurs qui peuvent être à l'origine de sa croissance dans la wilaya de Sétif. En raison des difficultés à cerner les principaux facteurs explicatifs de la consommation de médicaments, nous étions contraints à présenter et à analyser la situation sanitaire de la wilaya de Sétif à travers l'étude de l'offre de soins ainsi que le profil épidémiologique pour tenter de mettre en lumière certains facteurs explicatifs de la consommation de médicaments dans cette wilaya.

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

Avant d'entamer la question des déterminants de la consommation de médicaments dans la wilaya de Sétif, il est nécessaire de passer par un aperçu sur l'offre de soins qui peut être un des facteurs déterminants de la croissance de la consommation.

1.1. Présentation géographique de la Wilaya de Sétif

La wilaya de Sétif occupe une position centrale par rapport à 6 wilayas ; elle constitue un carrefour ; au nord elle est limitée par les wilayas de Béjaïa et Jijel à l'Est par la wilaya de Mila, au sud par les wilayas de Batna et M'sila et à l'Ouest par la wilaya de Bordj Bou Arreridj : Grâce à l'important réseau de communication notamment les routes nationales, Sétif est devenue un passage obligé des flux venant du sud vers les ports de Jijel et de Béjaïa, et des mouvements d'Ouest vers l'Est du pays.

Elle s'étend sur une superficie de 6.549,64km² composée de 60 communes réparties en 20 Daïras¹⁶⁹. En 2008, la wilaya de Sétif compte une population de 1 504 128 habitants.

1.2. Caractéristiques démographiques de la population de Sétif

Depuis 2001, le taux de natalité a connu une évolution continue pour atteindre 2,63 % en 2008, soit une augmentation de 0,58 % et ce, malgré la mise en place des programmes de planification familiale, dont l'un des principaux axes de ces programmes est l'espacement des naissances. Cette hausse se traduit par l'augmentation du taux d'accroissement naturel (différence entre naissances vivantes et décès tous âges confondus)¹⁷⁰.

Contrairement au taux de natalité et au taux d'accroissement naturel, le taux de mortalité a enregistré une baisse de 0,01% entre 2001 et 2008.

Les indicateurs démographiques de la wilaya de Sétif de 2001 à 2008 sont présentés dans le tableau 41.

Tableau 41: Evolution des indicateurs démographiques

Années	Taux de Natalité (%)	Taux de Mortalité (%)	Taux d'Accroissement Naturel (%)
2001	2,05	0,38	1,96
2002	1,99	0,37	1,92
2003	2,10	0,40	1,91
2004	2,16	0,39	1,93
2006	2,13	0,36	1,80
2007	2,51	0,41	2,09
2008	2,63	0,37	2,26

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

¹⁶⁹ Document de la DPAT de Sétif

¹⁷⁰ Idem

1.3. Présentation de l'infrastructure sanitaire dans la wilaya de Sétif

La wilaya de Sétif est classée parmi les premières wilayas en matière d'infrastructures sanitaires. Elle englobe 10 hôpitaux, 63 polycliniques¹⁷¹, 27 maternités et 236 salles des soins¹⁷². Pour les infrastructures privées, on recense 5 cliniques et 1 centre orthopédique.

Tableau 42 : Infrastructures Sanitaires 2009 dans la wilaya de Sétif

Infrastructures Sanitaires	Hôpitaux		Nombre de Polycliniques	Nombre de Salles de soins	Nombre de Maternités
	Nombre	Nombre Lits			
	10	2527	63	236	27

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la DPAT de Sétif

1.4. Evolution de la démographie médicale dans la wilaya de Sétif

Dans la wilaya de Sétif, la démographie médicale a enregistré un accroissement considérable ces dernières années. Le nombre de praticiens en activité augmente régulièrement, il était de 3440 en 2001, il passe à 5473 en 2008. Cette progression est essentiellement le fait des praticiens privés comme l'indique le tableau 43.

On dénombrait à la fin 2008, 1397 médecins. Les spécialistes, au nombre de 591 exercent pour 59,73 % d'entre eux dans le secteur public, et les généralistes au nombre de 806 exercent pour près de 61,17 % d'entre eux dans le secteur public. Les pharmaciens, au nombre de 354 exercent essentiellement dans le secteur privé (seul, 6,21 % d'entre eux sont dans le secteur public).

Dans la wilaya de Sétif on comptabilise 396 chirurgiens dentistes qui exercent essentiellement dans le secteur privé. Il est de même pour les paramédicaux, au nombre de 3326, exerçant pour la plus part dans le secteur public.

¹⁷¹ D'après le décret n° 140/07 du 19/5/07 relatif à l'organisation et le fonctionnement des EPSP et EPH les EX Centres de santé sont convertis en Polycliniques

¹⁷² Documents de la DPAT de Sétif

Tableau 43: Evolution de la démographie médicale dans la wilaya de Sétif entre 2001 et 2008.

Année	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Pharmaciens		Chirurgiens dentistes		Paramédicaux	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
2001	309	264	40	169	02	194	100	163	2.145	54
2002	309	279	41	189	02	209	100	168	2.209	54
2003	309	279	41	189	02	209	100	168	2.209	54
2004	331	278	64	198	03	234	98	176	2.125	90
2006	293	330	59	227	03	328	96	209	1.821	51
2007	406	309	92	234	08	330	107	224	3042	48
2008	493	313	353	238	22	332	153	243	3280	46

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

1.5. Indice de couverture médicale et paramédicale par habitant

Les taux de couverture de la population par le personnel médical et paramédical dans la wilaya de Sétif avoisinent ceux enregistrés au niveau national à l'exception de l'insuffisance enregistrée au niveau du nombre de médecins généralistes qui est de 01 médecin généraliste pour 1848 habitants, alors que au niveau national ce ratio est de 01 médecin généraliste pour 757 habitants comme le démontre le tableau 44.

Tableau 44 : Indicateurs de l'encadrement médical et paramédical dans la wilaya de Sétif en 2009

Ratios wilaya de Sétif	Norme nationale
01 lit d'hôpital pour 489 habitants	01 lits d'hôpital pour 515 habitants
01 polyclinique pour 23 650 habitants	01 polyclinique pour 25 000 habitants
01 salle de soins pour 6313 habitants	01 salle de soins pour 6313 habitants
01 médecin spécialiste pour 2521 habitants	01 médecin spécialiste pour 2000 habitants
01 médecin généraliste pour 1848 habitants	01 médecin généraliste pour 757 habitants
01 pharmacien pour 4208 habitants	01 pharmacien pour 3141 habitants
01 chirurgiens dentiste pour 3762 habitants	01 chirurgiens dentiste pour 2515 habitants
01 paramédical pour 447 habitants	01 paramédical pour 290 habitants

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

2. Présentation du profil épidémiologique de la wilaya de Sétif

La présentation du profil épidémiologique de la wilaya de Sétif est nécessaire afin d'expliquer les facteurs qui sont à l'origine de l'accroissement de la consommation de médicaments.

2.1. Les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles se composent des maladies à transmission hydrique, des maladies contrôlables par la vaccination, des maladies sexuelle et sanguine, des zoonoses et des maladies à transmission vectorielle.

2.1.1. Les maladies à transmission hydrique

La santé de l'homme dépend de façon primordiale de l'eau, elle constitue un véhicule important de la transmission des maladies. Ces maladies représentent en Algérie un important problème de santé publique. Leur impact reste considérable sur le plan économique et social ; la prise en charge thérapeutique des MTH constitue un lourd fardeau financier par rapport au coût de prévention.

Les maladies à transmission hydrique ont longtemps tenu une large place dans la pathologie des populations algériennes¹⁷³. Ces maladies constituent une des premières causes de morbidité parmi les maladies à déclaration obligatoire¹⁷⁴, malgré le recul observé ces dernières années pour certaines d'entre elles, en particulier le choléra.

La persistance de ces maladies s'explique notamment par :

- La vétusté et l'absence chronique d'entretien du système d'adduction d'eau potable, et sa non-conformité favorisé par l'absence du contrôle technique des services de l'hydraulique.
- La détérioration de l'hygiène du milieu, liée à la dégradation de l'état du réseau d'évacuation des eaux usées, ainsi qu'au développement de l'habitat précaire et à l'urbanisation anarchique ; cette situation a généré le recours à des modes improvisés d'approvisionnement en eau potable, qui sont autant des risques de contamination et donc de foyers épidémiques non maîtrisables.

Les maladies à transmission hydrique les plus répondues sont : le cholera, la fièvre typhoïde, l'hépatite virale A et la dysenterie. Le tableau 45 nous indique l'évolution des maladies à transmission hydrique dans la wilaya de Sétif à partir de l'année 2004.

¹⁷³ Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention algérien déterminisme et problématique, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Montesquieu Bordeaux IV, 1998, p 45.

¹⁷⁴ Khiati M. : Quelle santé pour les algériens, édition Maghreb Relations, Alger, 1990, p 9.

Tableau 45 : Evolution des maladies a transmission hydrique dans la wilaya de Sétif

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Choléra	0	0	0	0	0	0
Dysenterie	3	0	11	11	4	9
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	114	20	27	30	31	56
Hépatites virales A	13	57	78	129	70	40
Total	130	77	116	169	105	105

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la DSP de Sétif

D'après les données que nous avons pu avoir au niveau des services de la direction de la santé et de la population de Sétif, on remarque qu'aucun cas de choléra n'a été déclaré dans la wilaya de Sétif à partir de l'année 2004. Cela est dû à l'efficacité des programmes de prévention mis en place par les services de prévention du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et aussi des progrès réalisés dans la distribution de l'eau potable.

Par contre pour la fièvre typhoïde et paratyphoïde, le nombre de cas enregistré est important, les cas les plus élevés ont été enregistrés en 2004 et 2009 ; cela s'explique par la dégradation des conduites d'eau potable.

Pour l'hépatite Virale A, on remarque que, malgré les campagnes de prévention menées par les services de prévention des secteurs sanitaires, il y a toujours apparition de cas de l'hépatite virale A (129 en 2007). Quant à la dysenterie, elle est peu répandue dans la wilaya, les cas les plus élevés (11 cas) ont été enregistrés en 2006 et 2007.

2.1.2. Les maladies contrôlables par la vaccination

La maîtrise des maladies contrôlables par la vaccination dépend essentiellement de la qualité de la couverture vaccinale et du rappel propre à chaque vaccin. Parmi ces maladies on trouve : la tuberculose, la méningite, la rougeole, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Tableau 46: Evolution des maladies contrôlables par la vaccination

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Coqueluche	0	0	1	0	0	0
Tétanos	0	0	1	0	1	0
Rougeole	222	258	95	32	14	87
Tuberculose	874	1013	1024	964	923	1005
Méningites	175	147	123	149	219	110
Total	1271	1418	1244	1145	1157	1202

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la DSP de Sétif

Comme le montre le tableau 46, la tuberculose apparaît chaque année avec un nombre très important. Sa résurgence s'explique par le relâchement des activités de prévention ces dernières années dans la wilaya de Sétif. La rougeole à son tour, à l'exception de l'année 2008 où on enregistre 14 cas, apparaît chaque année avec un taux important. Cette persistance de la rougeole s'explique par l'insuffisance de la couverture vaccinale dans la wilaya.

Pour le Tétanos et la Coqueluche, on constate une relative maîtrise (2 cas de Tétanos et 1 cas de Coqueluche ont été recensés entre 2004 et 2009).

Quant à la Méningite, cette maladie n'a épargné aucune région du pays¹⁷⁵, elle apparaît dans la wilaya de Sétif chaque année avec un nombre important et ce, malgré la régression du nombre de cas enregistré en 2009.

2.1.3. Les maladies sexuelle et sanguine

D'après les données du tableau 47, on remarque qu'à l'exception de l'année 2006 où 3 cas d'Urétrite gonococcique ont été enregistrés dans la wilaya de Sétif, aucun cas d'Urétrite gonococcique n'a été enregistré pour les autres années. Par contre pour l'Hépatite virale B et l'Hépatite virale C plusieurs cas ont été déclarés dans la wilaya. Les cas les plus élevés ont été enregistrés pour l'Hépatite virale B en 2004 avec 91 cas, alors que pour l'Hépatite virale C, le nombre de cas enregistré est moins important ; le cas le plus élevé enregistré était en 2006 avec 23 cas. Pour les syphilis, 29 cas ont été déclarés entre 2004 et 2009 dans cette wilaya.

¹⁷⁵ Fellah L.: op. cit., p 49.

Parmi les maladies sexuellement transmissibles, le SIDA est la maladie la plus connue, l'infection par VIH continue à se propager en Algérie, depuis que le premier cas a été détecté en décembre 1985. En tenant compte des données épidémiologiques disponibles jusqu'en 2009, l'Algérie a été classée parmi les pays avec une épidémie peu active. On enregistre jusqu'à 2009, 2460¹⁷⁶ cas déclarés.

Cependant, les données quantitatives et qualitatives sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) manquent en Algérie en raison de la difficulté de cerner ce phénomène considéré toujours comme tabou. Dans la wilaya de Sétif, d'après les données de la Direction de la santé et de la population de Sétif, 05 cas de Sida sont enregistrés annuellement.

Tableau 47 : Evolution des maladies à transmission sexuelle et sanguine

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hépatite virale B	91	62	64	23	57	50
Hépatites virales C	19	14	23	21	17	12
Syphilis	4	0	11	3	5	6
Urétrite gonococcique	0	0	3	0	0	0
Total	114	76	101	47	79	68

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la DSP de Sétif

2.1.4. Les zoonoses

Selon le dictionnaire médical, les zoonoses se définissent comme étant toutes les maladies infectieuses ou parasitaires affectant principalement les animaux, transmissibles à l'homme et réciproquement¹⁷⁷. Ces maladies se traduisent par des coûts élevés qui pourraient être maîtrisés par une prévention efficace.

Parmi les zoonoses on cite : le leptospirose, le kyste hydatique, la brucellose, la rage et autres rickettsioses (fièvre boutonneuse méditerranéenne).

D'après les données du tableau 48, on constate l'apparition de plusieurs cas de brucellose dans la wilaya de Sétif, le nombre de cas le plus élevé est enregistré en 2006 et 2009, alors que pour les autres années il est moins important.

¹⁷⁶ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS sur le suivi de la déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies (UNGASS) sur le VIH / sida, 2010.

¹⁷⁷ Dictionnaire médical In : <http://dictionnaire.doctissimo.fr>. Consulté le 05/04/2009.

Pour le Kyste hydatique, 37 cas sont enregistrés en 2009 et ce, malgré les campagnes d'information et de sensibilisation de la population sur ce dernier menées par les services de prévention et les services vétérinaires. Pour la rage, la wilaya a recensé cinq cas en 2008. En ce qui concerne le Leptospirose et autres rickettsioses, le nombre de cas le plus élevé a été enregistré en 2008 avec respectivement 3 et 15 cas

Tableau 48: Evolution des Zoonoses dans la wilaya de Sétif entre 2004 et 2009

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rage	0	1	1	2	5	2
Brucellose	54	55	105	66	46	141
Leptospirose	0	0	0	2	3	0
Kyste hydatique	12	15	10	29	19	37
Autres rickettsioses (fièvre boutonneuse méditerranéenne)	10	14	10	9	15	15
Total	76	85	126	108	88	195

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la DSP de Sétif

2.1.5. Evolution des maladies à transmission vectorielle dans la wilaya de Sétif

Pour les autres maladies à transmission vectorielle¹⁷⁸, durant les cinq dernières années, la wilaya a recensé 3 cas de Paludisme, la majorité des cas déclarés sont des cas importés par des noirs africains.

Le paludisme appelé aussi malaria (de l'italien malaria, mauvais air), est une parasitose due à un protozoaire transmis par la piqûre d'un moustique femelle, l'anophèle, provoquant des fièvres intermittentes.

Pour le Leishmaniose viscérale, on remarque que, malgré les campagnes de prévention menées par les services de prévention des secteurs sanitaires, il y a toujours apparition de cas de Leishmaniose viscérale (20 cas en 2006). Quant au Leishmaniose cutanée, le nombre de cas le plus élevé est enregistré en 2004 et 2005, alors que pour les autres années le nombre de cas enregistrés est plus faible.

¹⁷⁸ Selon l'OMS Les maladies à transmission vectorielle sont des maladies pour lesquelles l'agent pathogène (virus, bactérie ou parasite) est transmis d'un individu infecté (un hôte vertébré : homme ou animal) à un autre par l'intermédiaire d'un arthropode (insecte, tique) hématophage. Ces maladies, notamment les maladies humaines comme le paludisme ou la dengue, contribuent de façon majeure à l'impact global des maladies dans le monde

En résumé, la plus part des maladies transmissibles sont dues à des facteurs exogènes et relevant de mesures socioéconomiques : approvisionnement en eau potable, hygiène publique, politique d'habitat, éducation pour la santé¹⁷⁹, etc.

Tableau 49: Evolution des maladies à transmission vectorielle

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Paludisme	0	0	2	1	0	3
Leishmaniose cutanée	94	95	29	22	23	32
Leishmaniose viscérale	21	14	20	8	9	7
Total	115	109	51	31	32	42

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la Direction de la santé et de la population de Sétif

2.2. Les maladies non transmissibles

A l'instar de l'Algérie, les Maladies Non Transmissibles occupent une place toujours plus grande dans le profil épidémiologique de la wilaya de Sétif. Les affections cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète, les cancers et les insuffisances respiratoires comptent parmi les maladies les plus prévalentes. Les maladies chroniques sont caractérisées par un lourd impact tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique. Le poids de ces affections, qui nécessitent une prise en charge médicale lourde et onéreuse, va s'accroître avec le vieillissement de la population.

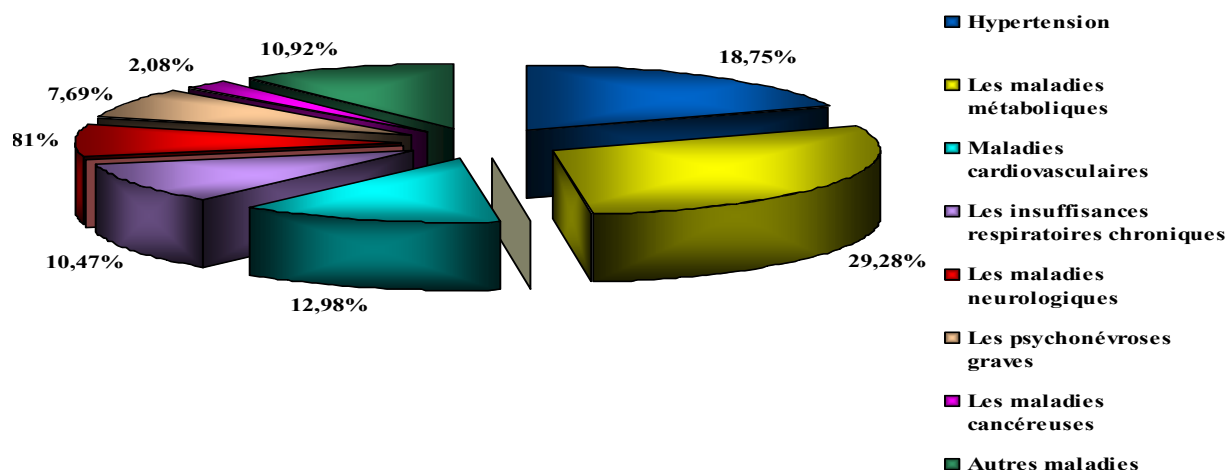
Les principaux facteurs de risque sont les mauvaises habitudes alimentaires, l'inactivité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool et le stress.

D'après les données de la CNAS¹⁸⁰, en 2009, la situation épidémiologique de la population de Sétif ressemble à celle du pays. Les maladies métaboliques occupent la première place en termes de prévalence des maladies chroniques chez la population de cette wilaya avec 29,28 %, suivie de hypertension artérielle avec un taux de 18,75 %, des maladies cardiovasculaires (12,98%), des insuffisances respiratoires chroniques (10,47 %), des maladies neurologiques (7,81%), des psychonévroses graves (7,69%) et des maladies cancéreuses avec 2,08%.

¹⁷⁹ Fellah L.: op. cit., p 71

¹⁸⁰ Le nombre de maladies chroniques a été donné par la CNAS de Sétif

Figure 21: Les maladies chroniques dans la wilaya de Sétif en 2009



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

II. ESSAI D’EVALUATION DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE DANS LA WILAYA DE SETIF

La consommation de médicaments comprend : la consommation des médicaments par les ménages qui peut être au niveau des établissements publics de santé, la consommation de médicaments par les ménages via la médecine libérale, cette dernière se mesure généralement par les remboursements auprès des organismes de sécurité sociale et la consommation de médicaments par les ménages sans l’avis du médecin (automédication). Dans cette section, en raison de l’insignifiance des dépenses de médicaments de la CASNOS qui s’explique par le faible effectif cotisant et l’absence de statistiques sur l’automédication, nous étions amenés à présenter seulement la répartition de la consommation du médicament entre la consommation remboursée par la CNAS et celle consommée au niveau des établissements publics de santé.

1. Le remboursement de médicaments par la CNAS de la wilaya de Sétif

Le remboursement de médicaments occupe une place de plus en plus importante dans les dépenses de la CNAS ; l’étude de ce dernier revient à l’analyse de la part du remboursement de médicaments dans les dépenses des assurances sociales, de l’assurance maladie ainsi que la part de ce dernier lié au système de tiers payant. Avant

d'aborder le remboursement de médicaments par la CNAS, il est nécessaire de présenter les recettes et les dépenses de celle-ci.

1.1. Evolution de la situation financière de la CNAS de Sétif

L'agence CNAS de Sétif fait partie des agences dites de la deuxième catégorie. Elle a été créée en 1988, elle dispose de 11 centres de paiement et de 28 antennes de paiement. Elle emploie un personnel de 727¹⁸¹.

Tableau 50 : Evolution des dépenses et des recettes de la CNAS de Sétif entre 2004 et 2009 en milliards de Dinars

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Recettes de la CNAS	3,08	4,47	4,25	4,89	6,09	6,29
Dépenses de la CNAS	3,95	4,49	4,55	5,39	5,99	5,90
Ecart	-0,87	-0,02	-0,30	-0,50	0,10	0,39

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

Le tableau 50 indique que les dépenses de la CNAS enregistrent une croissance sans cesse. Elles ont été multipliées par près de 1,49 en espace de 5 ans passant de 3,95 milliards de DA en 2004 à 5,9 milliards de DA en 2009. L'augmentation des dépenses de la CNAS est due principalement à l'accroissement continu du nombre d'assurés et de leurs ayants droits. (cf. tableau 51).

Tableau 51 : Effectifs des assurés sociaux en 2009

Année	2009
Nombre d'assurés affiliés	435 748
Assurés actifs	234 946
Assurés inactifs, dont :	200 802
Retraités	46 794
Nombre d'ayants droits affiliés	842 438

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

Les recettes de la CNAS ont connu une nette augmentation, allant de 3,08 milliards de DA à 6,29 milliards de DA entre 2004 et 2009, elles ont été ainsi multipliées par 2,04 durant cette période. Cette augmentation soutenue des recettes de la CNAS s'explique principalement par l'évolution du nombre de cotisants.

¹⁸¹ D'après les documents de la CNAS, Mai 2010.

D'après les données présentées dans le tableau 50 sur l'évolution de la situation financière de la CNAS, nous remarquons que cette dernière connaît un équilibre financier fragile, la détérioration de la situation financière de la CNAS de Sétif, est reflétée par l'évolution divergente des recettes et des dépenses surtout pour la période allant de 2004 à 2007 où les dépenses de la CNAS ne sont pas couvertes par ses recettes. A partir de 2008 la situation financière de la CNAS enregistre une amélioration avec une légère couverture des dépenses par les recettes.

Ainsi, l'équilibre financier de la CNAS se trouve fragilisé en raison de ses dépenses, auxquelles s'ajoutent les contraintes de mobilisation des ressources. L'évasion sociale et l'emploi informel constituent les deux phénomènes à prendre sérieusement en considération si cette caisse veut préserver son équilibre financier.

1.2. La part du médicament dans les dépenses des assurances sociales de la CNAS de Sétif

Les dépenses des assurances sociales de la CNAS ont cru considérablement ces dernières années. Elles ont été multipliées par près de 1,76, passant de près 2,33 milliards de DA en 2003 à plus 4,11 milliards de DA en 2010. Quant au médicament qui occupe une place assez importante dans les dépenses des assurances sociales de la CNAS, il représente en 2010, 73,38 % des dépenses totales des assurances sociales de la CNAS contre 66,04 % en 2003. (cf. tableau 52).

L'augmentation des dépenses de médicaments peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment :

- L'introduction de nouvelles molécules dans les spécialités remboursées par l'assurance maladie entraîne des coûts plus élevés,
- La faiblesse de la production nationale en médicaments multipliant ainsi les importations,
- La dévaluation du dinar,
- L'accroissement des prescripteurs et la régulation de la prescription¹⁸².

¹⁸² Revue Economie et Prévision, n° 129-130, 1997. p 173.

Tableau 52: Evolution de la part du médicament dans les dépenses des assurances Sociales en Milliards de Dinars courant

Années	Les dépenses de médicaments	Dépenses totales des assurances sociales	Part du médicament dans les dépenses totales des assurances sociales en %
2003	1, 54	2, 33	66,04
2004	1, 85	2, 59	71,47
2005	2, 02	2, 85	70,92
2006	2, 06	2, 91	70,92
2007	2, 58	3, 57	72,22
2008	3, 08	4, 11	74,74
2009	2, 62	4, 54	57,76
2010*	3, 01	4, 11	73,38

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

* Prévission

1.3. La part du médicament dans les dépenses de l'assurance maladie de la CNAS de Sétif

Les dépenses du médicament pèsent lourdement sur la branche assurance maladie de la CNAS. Ces dépenses de remboursement des médicaments contribuent d'avantage à la hausse des dépenses de la CNAS, les dépenses de l'assurance maladie passent de 2, 04 milliards de DA en 2003 à près de 3,59 milliards de DA en 2010, elles ont été multipliées par 1,76 en espace de 7 ans. Le médicament occupe la première position dans les dépenses de l'assurance maladie de la CNAS de Sétif, il représente en 2010, 83,97 % des dépenses de l'assurance maladie contre 75,63 % en 2003. (cf. tableau 53).

Tableau 53 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses totales d'assurance maladie de la CNAS de Sétif en Milliards de Dinars.

Années	Les dépenses de médicaments	Dépenses totales de l'assurance maladie	Part du médicament dans les dépenses totales de l'assurance maladie
2003	1, 54	2, 04	75,63
2004	1, 85	2, 24	82,39
2005	2, 02	2, 46	82,13
2006	2, 06	2, 51	82,10
2007	2, 58	3, 10	83,23
2008	3, 08	3, 62	85,00
2009	2, 62	3, 95	66,19
2010*	3, 01	3, 59	83,97

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

* Prévission

1.4. Les dépenses de tiers payant de la CNAS de Sétif

D'après le tableau 54, les dépenses de tiers payant sont passées de 0,35 milliards de DA en 2003 à 2,42 milliards de DA en 2010 ; elles ont été multipliées par 6,86 durant 7 ans. En ce qui concerne le poids des dépenses de tiers payant, nous remarquons que leur part dans le total des dépenses de médicaments est passée de 22,88% à 80,34% entre 2003 et 2010. Cette évolution s'explique par l'augmentation du nombre de titulaires des livrets de tiers payant qui ont atteint 105 952 en 2009 alors qu'ils n'étaient que de 38 527 en 2003 ainsi qu'à l'accroissement du nombre d'ordonnances remboursées.

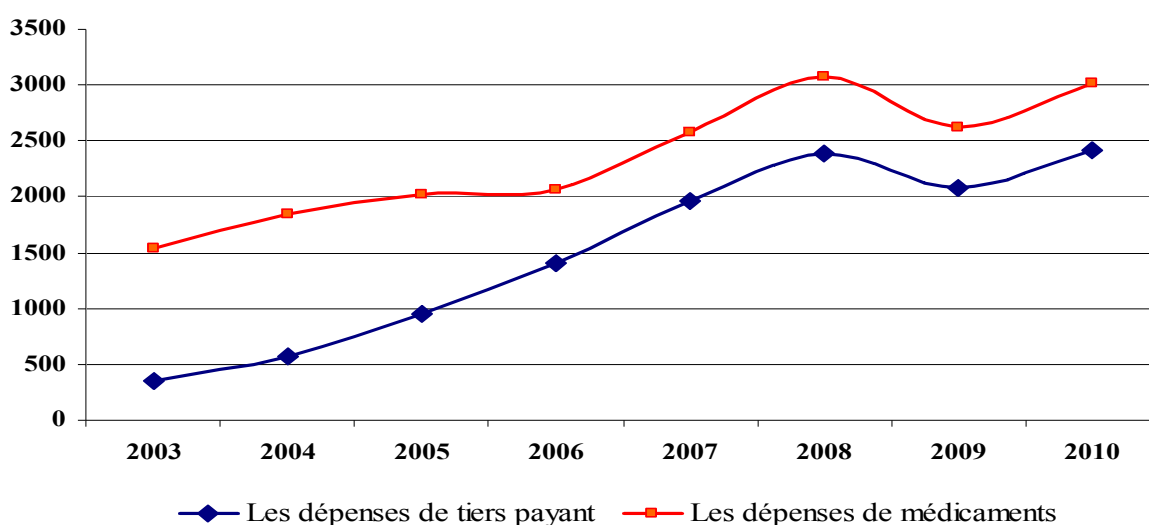
Tableau 54: La part des dépenses de tiers payant dans les dépenses médicamenteuses totales en Milliards de Dinars

Années	Les dépenses de tiers payant	Les dépenses de médicaments	La part des dépenses de tiers payant dans les dépenses médicamenteuses
2003	0,35	1, 54	22,88
2004	0,57	1, 85	30,66
2005	0,96	2, 02	47,32
2006	1, 40	2, 06	68,09
2007	1, 96	2, 58	76,12
2008	2, 39	3, 08	77,72
2009	2, 08	2, 62	79,27
2010*	2, 42	3, 01	80,34

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

* Prévission

Figure 22 : Evolution des dépenses médicamenteuses et des dépenses de tiers payant de la CNAS en Millions de DA



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 54

Tableau 55: Evolution du nombre de titulaires de livret tiers payant

Années	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Titulaires à 100%	22541	31211	36841	48156	-	65105	-
Titulaires à 80%	15986	12412	19452	18033	-	23479	-
Total	38527	43623	56293	66189	75504	88584	105952

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

- : Donnée non disponible

La lecture du tableau 56 indique que le nombre d'ordonnances remboursées par la CNAS de Sétif passe de 1 306 808 ordonnances en 2003 à 1 566 180 ordonnances en 2009, et ceux-ci avec un coût moyen par ordonnance respectivement de 1180 DA et 2078,34 DA. L'accroissement des remboursements de médicaments de la CNAS de Sétif est dû principalement à l'augmentation du nombre d'assurés sociaux et à la part importante des remboursements liés au système tiers payant.

En effet, le nombre d'assurés sociaux a connu une augmentation en l'espace de deux ans, passant ainsi de 369 559 assurés en 2007¹⁸³ à 435 748 en 2009. Cette augmentation a eu comme résultat l'accroissement du nombre d'ordonnances remboursées et l'augmentation du coût moyen par ordonnance. L'augmentation du coût moyen par une ordonnance remboursée par la CNAS est expliquée, en grande partie, par l'accroissement du coût moyen par une ordonnance tiers payant que par celle des assurés classiques. La dépense moyenne par une ordonnance tiers payant est plus importante que celle d'une ordonnance classique, elle était de 2719 DA en 2003 et passe à 3482,07 DA en 2009. Alors que celle d'une ordonnance classique passe de 1180 DA en 2003 à 2078,34 DA en 2009.

¹⁸³ Donnée de la CNAS de Sétif

Tableau 56 : Evolution du nombre d'ordonnances réglées par la CNAS de Sétif en DA.

Année	Total Frais médicamenteux		Coût Moyen de l'ordonnance	Dépenses médicamenteuses en Tiers payant		Coût Moyen de l'ordonnance
	Montant	Nombre d'ordonnances		Montant	Nombre d'ordonnances	
2003	1542662750	1306808	1180	352994780	129805	2719
2004	1848825762	1347715	1372	566804358	184262	3076
2005	2023739588	1528019	1324	957689152	300716	3185
2006	2061767529	1256799	1640	1403901963	480286	2923
2007	2580134851	1415764	1822	1963921221	630950	3113
2008	3076295982	1454858	2114,50	2390829973	723472	3304,66
2009	2620920246	1566180	2078,34	2077551394	769851	3482,07
2010*	3014058283	-	-	2477551394	-	-

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

* Prévision

Pour réussir à instaurer le système de tiers payant d'une manière efficace, plusieurs mesures ont été prises en augmentant le conventionnement avec les pharmacies d'officines. En effet, le nombre d'officines conventionnées avec la CNAS ne cesse d'évoluer. Il passe de 45 officines en 2003 à 418 en 2010, il a été multiplié par 9,29 en espace de 7 ans.

Tableau 57: Evolution de nombre de pharmacies conventionnées

Nombre d'officines conventionnées	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Officines CNAS	1	1	1	1	1	1	1	1
Officines Endimed	44	44	44	44	44	44	44	44
Officines privées	0	11	333	323	323	360	360	373
Total	45	56	378	368	368	405	405	418

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

1.5. L'Introduction de la carte CHIFA

La carte CHIFA a été introduite ces dernières années dans la wilaya de Sétif afin d'instaurer le système de tiers payant de manière efficace.

La mise en place de la carte CHIFA requiert un intérêt particulier des plus hautes autorités de tutelle et constitue une des préoccupations majeures et actuelles de la caisse.

Les principaux objectifs assignés au système de la carte à puce sont les suivants :

- Une plus grande maîtrise des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale,
- La simplification et l'accélération des procédures de remboursement pour les assurés sociaux ou pour les partenaires conventionnés dans le cadre du système tiers –payant,
- La réalisation d'économies de gestion de l'amélioration de la productivité pour faire face avec plus de célérité à la demande,
- La lutte efficace contre les abus et les fraudes.

L'examen des données du tableau 58 indique que du 15/03/2009 au 30/03/2010, parmi 346 872 assurés, 99 584 assurés ont reçu des cartes CHIFA, soit 28% des assurés concernés et que durant la même période 28 884 factures électroniques ont été traitées.

Tableau 58: Le système CHIFA Du 15/03/2009 - 30/03/2010

Période	Du 15/03/2009- 30/03/2010
Nombre d'assurés concernés	346 872
Nombre d'assurés convoqués	173 471
Nombre d'assurés ayant reçu des cartes CHIFA (nombre de cartes CHIFA délivrées aux assurés sociaux)	99 584
Nombre de factures électroniques traitées	28 884

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif.

2. La consommation de médicaments dans les établissements publics de santé

D'après les données du tableau 59, la consommation du médicament au sein des établissements publics de santé occupe la deuxième position dans le budget total de ces établissements, devant le poste personnel qui absorbe plus de 65% du budget total de ces établissements mais qui voit sa part en diminution et passe de 74,04% en 2004 à 66,56 % en 2008. Contrairement au budget consacré aux dépenses de personnel, le budget ouvert aux médicaments ne cesse d'augmenter. En effet, le budget consacré aux médicaments a été multiplié par 3,07, en passant respectivement de plus 131 millions de DA en 2004 à 403 millions de DA en 2008. Malgré cet accroissement, la part du médicament dans le budget de fonctionnement des établissements de santé dans la wilaya de Sétif demeure faible par rapport à la moyenne nationale. (Voir tableau 28).

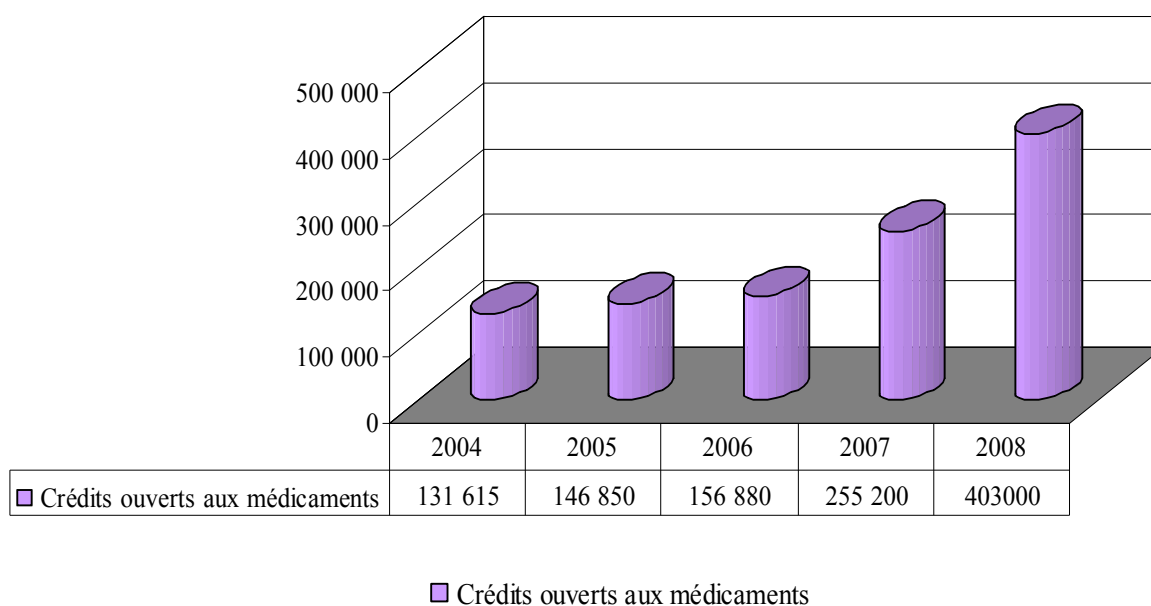
Tableau 59: Place du budget de médicaments dans le budget de fonctionnement des établissements publics de santé de la wilaya de Sétif entre 2004 et 2008

En Milliers de DA

Année	2004	2005	2006	2007	2008
Le budget ouvert aux structures de santé	1 712 166	1 945 984	2 171 546	2 807 072	4 032 050
Crédits ouverts aux médicaments	131 615	146 850	156 880	255 200	403000
Crédits consommés par le médicament	131592	146 821	155319	235 045	361 885
La part du médicament dans le budget ouvert aux structures de santé	7,69%	7,55%	7,22%	9,09%	9,99%
Crédits ouverts au personnel	1 267 800	1 498 180	1 569 400	1 883 750	2 683 900
La part du personnel dans le budget ouvert aux structures de santé	74,05%	76,99%	72,27%	67,11%	66,56%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents du ministère de la santé.

Figure 23: Evolution des crédits ouverts aux médicaments dans la wilaya de Sétif



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 59

III. LES PRINCIPALES ACTIONS ENTREPRISES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES DE LA CNAS DE SETIF

Les résultats de recherche obtenus de notre enquête auprès de la CNAS de Sétif indique que dans la wilaya de Sétif, la consommation du médicament représente un poids financier important dans les dépenses de la CNAS. Devant cette situation et dans l'objectif de rationaliser les dépenses de la CNAS, des mesures de rationalisation des dépenses ont été entreprises à partir de 2006 à fin de mieux suivre et assurer l'équilibre financier de cette dernière et ce, par la mise en place d'une politique de maîtrise des dépenses en général et des dépenses médicamenteuses en particulier. Cette politique de maîtrise des dépenses de la CNAS doit passer nécessairement par la mise en place des mesures suivantes :

1. Les mesures concernant le tiers payant et produits pharmaceutiques

A partir de 2006 et en raison de l'accroissement spectaculaire enregistré des dépenses pharmaceutiques, la CNAS de Sétif a procédé à la mise en œuvre des mesures tendant à rationaliser les dépenses en produits pharmaceutiques. Ces mesures sont les suivantes :

- La signature des cahiers de charge par les pharmaciens nouvellement conventionnés.
- La délivrance des livrets du tiers payant en remplacement des cartes.
- Le renforcement de la lutte contre la surconsommation des médicaments, les abus dans les prescriptions et les fraudes (ordonnances de régularisations qu'il s'agisse d'automédication ou de vignettes de récupération)
- L'étude en séance mensuelle de travail, regroupant l'ensemble des responsables des structures, pour une analyse des dépenses concernant les produits pharmaceutiques en général et le tiers payant en particulier.
- L'instauration du contrôle des pharmaciens par les responsables des structures de dépendance. (mode d'utilisation des livrets - la détention du livret par le pharmacien. etc...).

A partir de 2009, le livret tiers payant est remplacé par la carte CHIFA, l'application de cette dernière doit contribuer à une maîtrise des dépenses pharmaceutiques. La carte CHIFA a été introduite ces dernières années dans la wilaya de Sétif afin d'instaurer le

système de tiers payant de manière efficace. Cette dernière a été introduite dans l'objectif suivant :

- Une plus grande maîtrise des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale,
- La lutte efficace contre les abus et les fraudes.

2. La Mise en œuvre du tarif de référence

La politique du tarif de référence représente l'un des moyens utilisés par les pouvoirs publics pour inciter les individus à faire recours aux médicaments les moins chers¹⁸⁴ permettant ainsi de réduire les coûts de remboursements de médicament par les caisses d'assurances sociales.

Cette mesure de rationalisation des dépenses a été l'une des mesures engagées par la CNAS de Sétif et ce en raison de l'accroissement considérable enregistré des dépenses pharmaceutiques. Les principales actions engagées pour promouvoir la politique du tarif de référence au niveau de la CNAS de Sétif sont :

- Une opération d'information sur le tarif de référence par voie d'affichage, utilisation des médias locaux (participation à des émissions radiophoniques. avec la participation des membres du SNAPO.)
- La mise en place des comités de veille pour le suivi de l'opération de mise en œuvre du tarif de référence. Au niveau de toutes les localités.
- La sensibilisation des pharmaciens conventionnés sur les possibilités offertes par la CNAS quant aux avances qui peuvent être accordées (dans le cadre de l'encouragement de l'utilisation du générique)
- Allègement des procédures de paiement, il a été accordé aux pharmaciens deux paiements au minimum par mois.

Au niveau de la CNAS de Sétif, l'application du tarif de référence a été mise en place en octobre 2008. Pour montrer le rôle et l'importance de l'application du tarif de référence dans la maîtrise des dépenses pharmaceutiques nous étions amenés à comparer les

¹⁸⁴ MEKBEL Anissa. : 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. p 9.

dépenses de remboursements engendrées par 3015 produits médicamenteux avant et après l'application du tarif de référence entre octobre 2007 et octobre 2009. D'après les chiffres de la CNAS, l'application du tarif de référence sur ces 3015 produits médicamenteux a permis la réduction de 47% les dépenses médicamenteuses relatives à ces produits soumis au tarif de référence. (Cf. tableau 60).

Tableau 60 : Résultat de l'application du tarif de référence

Nombre de produits concernés	Quantité servie	Dépenses en produits pharmaceutiques avant application du tarif de référence			Taux d'évolution
		Taux 80%	Taux 100 %	Total	
3015	112612	105.657.417 DA	29.323.423 DA	234.980.840 DA	-47%
		Dépenses en produits pharmaceutiques application du tarif de référence			
3015	112612	Taux 80%	Taux 100 %	Total	
		65.615.557 DA	58.278.008 DA	12.3893.565 DA	

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

3. Le renforcement du contrôle médical

Pour pouvoir maîtriser ses dépenses, la CNAS compte essentiellement sur l'amélioration du contrôle médical qui se manifeste dans le renforcement des services de contrôle médical. Les actions entreprises dans ce domaine pour améliorer la maîtrise des dépenses concernent :

- le renforcement des services du contrôle médical par l'ouverture de 5 nouvelles structures
- le renforcement de l'effectif en place par le recrutement de deux médecins.
- l'intensification du contrôle à priori qui s'effectue quotidiennement au niveau de toutes les structures.
- le contrôle à domicile des personnes âgées et des assurés atteints d'une affection handicapante.
- la formation et la mise à niveau des praticiens conseils par le biais de stages et la participation aux manifestations médicales (congrès – journées médicales).
- La redynamisation de la commission d'invalidité de wilaya.

Cette procédure s'est accompagnée de l'amélioration de l'organisation du contrôle médical à travers la mise en place des comités médicaux traitant des dossiers relevant de la commission technique à caractère médical ainsi que la polyvalence technique des praticiens conseil. Le renforcement du contrôle médical des organismes de la CNAS, privilégiera la concertation avec les prestataires de soins, pour la promotion de l'usage rationnel et approprié des soins¹⁸⁵.

4. La lutte contre le travail informel

La lutte contre le travail informel s'exerce essentiellement par le biais des opérations de contrôle effectuées auprès des employeurs qui sont les principaux ordonnateurs des recettes de la CNAS.

Ainsi, il est indispensable pour la CNAS de contrôler les employeurs d'une manière efficace afin de déceler les erreurs, les négligences et les omissions résultants de la mauvaise volonté.

Au niveau de la CNAS de Sétif, la lutte contre le travail informel s'exerce essentiellement par le biais des opérations de contrôle par l'agence et le contrôle conjoint (CNAS/ IGT) effectuées auprès des employeurs. Cette procédure a commencé à partir de 2006.

4.1. Le contrôle par l'agence

Durant l'exercice 2006, 1619 employeurs ont fait l'objet de contrôle, soit 22,32 % du nombre total des employeurs. Ces contrôles ont permis de:

- Identifier 764 salariés non déclarés ;
- Procéder à des redressements dont le montant global s'élève à 30 774 424 DA;
- Recouvrer un montant de 8 865 150 DA, soit 28.81 % du montant total des redressements.

4.2. Le contrôle conjoint IGT

Pour le même exercice cinquante employeurs ont été contrôlés par deux brigades composées de quatre contrôleurs, les résultats obtenus sont :

- 369 salariés contrôlés ;
- 15 défauts de déclaration d'activité ;

¹⁸⁵ In: <http://www.mtess.gov.dz>. Consulté le 17/04/2010.

- 191 défaut de déclaration de salaires ;
- 02 sous déclaration de salaires.

La lutte contre le travail informel doit être renforcée par l'aménagement du dispositif législatif relatif à l'assujettissement en matière de sécurité sociale, le durcissement des sanctions à l'encontre des assujettis ne se conformant pas aux dispositions légales et réglementaires en matière de cotisation de sécurité sociale, l'élargissement des prérogatives des contrôleurs de la sécurité sociale, ainsi que l'habilitation des inspecteurs du travail au contrôle du respect de la législation de Sécurité Sociale¹⁸⁶.

5. La mise en place de la contractualisation

Outre les mesures précédemment citées en matière de rationalisation des dépenses de la CNAS, l'action de cette dernière a porté aussi sur la rationalisation des dépenses à travers la mise en œuvre de la contractualisation des relations Santé / Sécurité sociale.

La contractualisation (conventionnement) se traduit par un acte entre deux parties co-contractantes ; les engagements respectifs des deux parties sont connus et admis consensuellement, les modalités pratiques veillant au respect de ces engagements sont définies¹⁸⁷. L'idée d'une contractualisation entre les services de la sécurité sociale et les établissements publics de santé est née dans la décennie 90¹⁸⁸.

Ainsi, depuis 1992 les lois de finances successives disposent que la contribution des organismes de la Sécurité Sociale aux budgets de fonctionnement des établissements de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels.

¹⁸⁶ In: <http://www.mtess.gov.dz>. Consulté le 17/04/2010.

¹⁸⁷ Graba M.K. : La contractualisation en Algérie : situation et perspectives.

¹⁸⁸ Outre la loi de finance 92, plusieurs textes juridiques ont porté sur le concept de contractualisation. Nous citons :

- Décret exécutif n° 04/101 du 01 avril 2004 portant sur les modalités de versement de la contribution de la sécurité sociale au financement du budget de la Santé.
- La décision interministérielle du 18 octobre 2005 portant création, composition et attributions des comités intersectoriels de wilayas chargé du suivi et de l'évaluation, de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya.
- La décision interministérielle du 18 octobre 2005, portant sur les procédures de transmission des données relatives aux assurés sociaux et à leurs ayants droit pris en charge dans les établissements publics de santé

Le principe clé de la contractualisation est de redéfinir la nature des relations entre les organismes de sécurité sociale et la santé en matière de financement de la santé des citoyens. L'objectif étant de¹⁸⁹ :

- Connaître de façon rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins (assuré social, ayant droit d'un assuré social, démuné non assuré social, ...).
- Une grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins.
- Une meilleure maîtrise des dépenses de santé de la sécurité sociale.
- Une amélioration de la qualité des prestations de soins.
- Une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant ainsi une utilisation rationnelle des ressources.

En matière de financement, deux modes de paiement ont particulièrement retenu l'attention : Le prix moyen de la journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie.

5.1. Le prix moyen de la journée d'hospitalisation

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation (PMJH) par type d'établissements (CHU, EHS et EPH) et par spécialité homogènes (médicales - chirurgicales - psychiatriques - maternités et spécialités lourdes et coûteuses) .

La nécessité d'évaluation périodique de ce mode de paiement devra permettre de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé la durée moyenne de séjour. Ce paramètre permettra ainsi d'apprécier la performance des établissements de santé et d'établir des comparaisons entre les différentes structures en vue d'une émulation vers l'efficience et l'efficacité.

¹⁸⁹ CNAS : Historique du Processus de Contractualisation entre les Organismes de Sécurité Sociale et les Etablissements Publics de Santé.

5.2. Le forfait par pathologie

Le système de paiement forfaitaire par pathologie repose sur l'attribution d'un montant fixé antérieurement à la période de production. Il rétribue la production de soins en tant que telle et non uniquement l'utilisation d'un certain nombre de ressources. Il s'agit d'une démarche dont la réalisation exigera plus de temps car elle nécessite le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutique par pathologie.

Dans le contexte actuel du fonctionnement des systèmes de santé et sécurité sociale, et en raison de l'insuffisance des données relatives à la connaissance des activités et des coûts par pathologie, les pouvoirs publics estiment que les deux modes de financement et de paiement ne s'excluent pas.

Ainsi dans l'immédiat, pourrait être mis en œuvre le prix moyen de la journée hospitalière tout en préparant les éléments nécessaires pour la recherche du forfait par pathologie. Les différentes évaluations permettront d'opter pour le mode de financement et paiement le plus judicieux.

Les actions entreprises pour la mise en œuvre de ce processus s'articulent autour des axes suivants :

1. Identification des assurés sociaux et de leurs ayants droits à leur admission dans les établissements hospitaliers .
2. Délivrance de la prise en charge par la sécurité sociale .
3. Calcul du coût moyen de la journée d'hospitalisation par groupes de spécialités et par type d'établissement .
4. Détermination de la journée de séjour normative pour cinq groupes de spécialités chirurgicales - médicales - psychiatriques - maternité - spécialités lourdes et coûteuses .
5. Fixation du prix de la journée hospitalière pour ces cinq groupes de spécialités
6. Mise en œuvre du système contractuel, suivi et évaluation périodique

Parallèlement à cette première démarche et en vue de concrétiser l'approche par pathologie, il sera procédé à :

- La mise en place des groupes d'experts.
- La fixation d'un calendrier de travaux.
- Suivi et évaluation de ces travaux.
- Validation des résultats.
- Mise en œuvre de la contractualisation sur la base du forfait par pathologie

Dans la wilaya de Sétif, à l'instar de l'Algérie, la contractualisation est à ses premiers pas. La CNAS de Sétif avant de mettre en exergue cette contractualisation, a procédé au calcul du prix moyen de la journée d'hospitalisation. Pour le forfait par pathologie, sa réalisation exigera plus de temps. En raison de la non application de la contractualisation en Algérie, et particulièrement dans la wilaya de Sétif. La CNAS continue à payer le forfait hôpitaux qui est en croissance continue. (Cf. Tableau 61)

Tableau 61: Evolution du forfait hôpitaux à Sétif en Dinars

Année	2005	2006	2007	2008	2009
Forfait hôpitaux	1 276 200 700	1 275 348 213	1 419 075 270	1 452 439 320	1 464 574 266

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

De 2005 à 2009, le forfait hôpitaux a augmenté de manière soutenue. En effet, nous constatons un accroissement du montant du forfait hospitalier qui est passé de 1 276 millions de Da à 1 464 millions de Da entre 2005 et 2009. Ce montant a augmenté de 14,76% en l'espace de 4 ans. Les causes de cette augmentation sont difficiles à cerner puisque nous constatons une complète inadéquation entre les sommes allouées et les services réellement fournis aux assurés sociaux et leurs ayants droits. Cette situation s'exprime par la difficulté de connaître réellement ce que couvre le forfait hôpitaux en matière de soins dispensés donnant lieu à une non incitation à la rationalisation des dépenses.

Devant cette situation et dans l'objectif de rationaliser les dépenses de la CNAS, cette dernière a procédé à l'application des premières mesures nécessaires à la concrétisation effective de la contractualisation.

Tableau 62: Calcul du coût moyen de la journée d'hospitalisation au sein des établissements publics de santé dans la wilaya de Sétif en 2009

ETABLISSEMENT	NOMBRE DE MALADES			Nombre de jours	Montant des médicaments Consommés en DA	Le prix moyen d'une journée d'hospitalisation en DA
	Assurés	Ayants Droit	TOTAL			
CHU SETIF	4384	866	5250	17719	18034829,35	1017,82
EPH EL EULMA	836	533	1369	11053	8621498,3	780,01
EPH BOUGAA	527	822	1349	5452	4143536,63	760
EPH EIN OULMENE	171	284	455	4747	448157,65	94,41
EPH AIN EL KEBIRA	305	357	662	4739	1869690,28	394,53
EPH BENI OURTILENE	5	82	87	123	76831,93	624,65
EHS RAS EL MA	302	131	433	15499	15944834,11	1028,76
EHS AIN ABESSA	498	36	534	14544	3925839,55	269,93
EHS EL EULMA	317	691	1008	1869	612844,03	327,90
EH AIN AZEL	145	357	502	2075	760507,48	366,51
EPSP SETIF	6	86	92	99	31025,27	313,39
EPSP EL EULMA	2	89	91	125	16794,49	134,35
EPSP BOUGAA	11	283	294	378	266124,14	704,03
EPSP AIN OULMENE	59	166	225	276	65108,4	235,90
EPSP BENI OURTILANE	9	97	106	110	312841,47	2844,01
EPSP H/ SOUKHNA	16	96	112	124	12620,99	101,78
EPSP AIN ABESSA	96	258	354	419	86065,86	205,41
EPSP AIN EL KEBIRA	95	279	374	466	55543,51	119,19
EPSP AIN AZEL	64	125	189	208	30347,47	145,90
T O T A L	7848	5638	13486	80025	55315040,91	691,22

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la CNAS de Sétif

Le tableau 62 indique la durée de séjour ainsi que le prix moyen d'hospitalisation. D'après ce dernier le prix moyen d'une journée d'hospitalisation le plus élevé a été enregistré au niveau du CHU de Sétif. Il est de même pour le nombre de séjour dont on trouve le CHU de Sétif toujours en tête. Le calcul de ces données consiste à déterminer les coûts exacts des prestations fournies par les établissements publics de santé et particulièrement les coûts liés à la consommation de médicaments.

Tableau 63 : Détermination de la journée de séjour normative pour cinq groupes de spécialités 2009.

Groupe de pathologies	médicales		chirurgicales		psychiatriques		maternités		pathologies lourdes et coûteuses		totaux	
	Nbre de patients	Nbre de Journées	Nbre de patients	Nbre de Journées	Nbre de patients	Nbre de Journées	Nbre de patients	Nbre de Journées	Nbre de patients	Nbre de Journées	Nbre de patients	Nbre de Journées
ETABLISSEMENTS DE SANTÉ												
TOTAL	7072	51079	2429	8851	5340	14544	3442	5299	9	50	13486	80025

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

Pour les admissions par groupe de spécialité, le nombre de journées d'hospitalisation est plus important pour les pathologies médicales, les pathologies psychiatriques vient en deuxième position en terme de nombre de journées d'hospitalisation, suivi respectivement des pathologies psychiatriques, maternités. Quant aux pathologies lourdes et coûteuses, celles-ci occupent la dernière position avec 50 journées d'hospitalisation.

Le développement de la contractualisation, est encore récent. Certes, des expériences ont déjà eu lieu. Mais, il s'agit souvent d'expériences qui ont été mises en place en marge du système de santé et de la politique nationale¹⁹⁰. Toutefois, un certain nombre d'actions devront être achevées avant d'envisager la mise en œuvre effective de la contractualisation. Il s'agit de l'identification des démunis non assurés sociaux par le secteur de la solidarité nationale, de l'élaboration de la nouvelle tarification des actes médicaux, de la détermination du mode de paiement, de conventionnement de structures publiques de soins de haut niveau, en vue de la prise en charge des pathologies pourvoyeuses de transfert pour soins à l'étranger, et du conventionnement des structures privées de santé, qui concerne essentiellement les centres privés d'hémodialyse et les cliniques de chirurgie cardiaque.

¹⁹⁰ Perrot Jean., Roodenberke Eric. : La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée, édition : Karthala, paris, 2005.

Conclusion

Dans la wilaya de Sétif, la croissance de la consommation de médicaments est due d'une part, à l'extension de l'offre de soins et l'augmentation de la démographie médicale, et d'autre part, à la transition épidémiologique.

L'étude des données épidémiologique des différentes maladies montre la prévalence des maladies non transmissibles (les maladies cardiovasculaires, le diabète, les insuffisances respiratoire, le cancer,...), ces maladies caractérisent le vrai profil épidémiologique de la wilaya de Sétif.

L'ampleur de ces maladies est préoccupante, et leur prise en charge entraîne des dépenses de santé de plus en plus élevées, ce qui engendre une augmentation des dépenses de remboursement de plus en plus importantes supportées par la branche assurance maladie.

En effet, les résultats de recherche obtenus sur l'ampleur de la consommation du médicament et son poids dans les dépenses de la CNAS indique que dans la wilaya de Sétif, la consommation du médicament représente un poids financier important dans les dépenses de santé et pèse lourdement sur les fonds de la CNAS. Devant cette situation et dans l'objectif de rationaliser les dépenses de la CNAS, une politique de maîtrise des dépenses qui s'articule en priorité sur la réduction des dépenses de médicament, a été lancée ces dernières années par la CNAS de Sétif

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Tout au long de ce travail, nous avons tenté d'analyser la consommation de médicaments en Algérie, notamment dans la wilaya de Sétif en s'intéressant à ses déterminants, à son financement, à l'évolution de sa part dans les dépenses nationales de santé, ainsi qu'aux résultats obtenus dans le cadre de la maîtrise des dépenses engendrées par cette dernière au niveau de l'Algérie et dans la wilaya de Sétif, à travers une enquête auprès la CNAS.

Au terme de cette étude, il serait nécessaire de rappeler les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus.

- La libéralisation du marché du médicament et son ouverture aux initiatives prises que ce soit dans la fabrication ou l'importation ont eu pour effet un accroissement effréné des dépenses des médicaments particulièrement dans son aspect remboursement et un élargissement des besoins de la population en matière de soins

En effet, en Algérie, la part de la consommation de médicaments dans les dépenses de santé est de plus en plus importante, elle représente en 2008 plus de 28% des dépenses totales de santé et 73% dans les dépenses totales de la CNAS. De même, le médicament occupe une première position dans les dépenses de l'assurance maladie de la CNAS avec plus de 81 % en 2006 et la deuxième position dans le budget total des établissements publics de santé en absorbant ainsi plus de 20 % de ce dernier en 2008.

- La tendance à l'augmentation des dépenses médicamenteuses est surtout le résultat de la transition sanitaire qu'a connue l'Algérie et qui a induit une augmentation de la charge globale de morbidité et d'importantes incapacités dûes aux maladies chroniques et au vieillissement de la population.
- L'Etat, tout en réaffirmant sa politique sociale qui se traduit par le maintien du principe du remboursement, doit en parallèle assurer un équilibre financier de ses organismes en maîtrisant les dépenses de remboursement des médicaments. C'est à cet effet qu'un ensemble de mesures ont été instaurées pour réduire la

charge financière liée à la consommation médicamenteuse et supportée par les organismes de la sécurité sociale. Parmi ces mesures on cite : encouragement de la production nationale, la politique de promotion des génériques par l'instauration du tarif de référence et du droit de substitution.

- Cependant, malgré les mesures prises dans le cadre de la maîtrise de l'accroissement du volume financier de la consommation du médicament, l'accroissement de la demande nationale n'est satisfait que par le recours à l'importation. L'industrie nationale de médicament ne couvre qu'une faible partie des besoins du marché national (30% du marché en 2008) et le médicament générique reste peu et faiblement consommé par les algériens. Ces mesures prises s'avèrent donc insuffisantes pour le moment, elles doivent être accompagnées d'une révision de la politique médicamenteuse algérienne pour assurer la demande sur le marché.

A l'instar de l'Algérie, la consommation de médicaments dans la wilaya de Sétif est en constante croissance. Cette croissance est expliquée d'une part, par l'extension de l'offre de soins et l'augmentation de la démographie médicale, d'autre part, par la transition épidémiologique.

L'étude des données épidémiologique des différentes maladies dont nous disposons montre la prévalence des maladies non transmissibles (les maladies cardiovasculaires, le diabète, les insuffisances respiratoire, le cancer,...). L'ampleur de ces maladies est préoccupante, et leur prise en charge entraîne des dépenses de santé de plus en plus élevées, ce qui engendre une augmentation des dépenses de remboursement de plus en plus importantes supportées par la branche assurance maladie.

Les résultats de recherche obtenus sur l'ampleur de la consommation du médicament et son poids dans les dépenses de la CNAS indique que la consommation du médicament dans la wilaya de Sétif représente un poids financier important dans les dépenses de santé et pèse lourdement sur les fonds de la CNAS de Sétif (85% des dépenses de l'assurance maladie en 2008). Devant cette situation et dans l'optique de rationaliser les dépenses de la CNAS, une politique de maîtrise des dépenses qui s'articule en priorité

sur la réduction des dépenses médicamenteuses, a été lancée ces dernières années par la CNAS de Sétif.

Dans ce contexte, la continuité des mesures déjà engagées par les autorités algériennes dont l'encouragement de la politique des génériques s'avère indisponible et ce, par l'application de nouvelles mesures afin d'inciter à l'utilisation des génériques qui constitue un élément majeur de maîtrise des dépenses de médicaments.

De plus, l'Algérie doit continuer à encourager la production médicamenteuse nationale face à la forte demande sur le marché médicamenteux. Pour cela :

- L'encouragement de la consommation des génériques doit être accompagné de mesures visant à modifier les comportements des prescripteurs, tant au niveau des médecins que pharmaciens, avec le comportement du patient- consommateur de médicaments.
- Le déremboursement de médicaments ne doit pas être accès sur les médicaments produits en Algérie mais plutôt sur ceux importés et la liste des médicaments non remboursables doit comprendre les médicaments importés ainsi que le princeps.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Budget des établissements publics de santé de la wilaya de Sétif en 2004 En milliers de DA

S.S		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
SETIF	C.O	235 000	1254	-	12 000	20 500	10 000	4 000	17 200	4 500	-	304 454
	C.C	234 992	1236	-	11 998	20 497	9 996	3 976	17 161	4 500	-	304 356
EL EULMA	C.O	267 000	562	6 100	35 000	9 000	8 500	9 300	14 000	4 800	-	354 262
	C.C	266 997	560	6100	34 989	8 999	8 488	9 300	13 984	4 800	-	354 217
AIN KEBIRA	C.O	208 000	290	4725	18 695	6 226	1 458	6 170	11 026	3 600	-	260 190
	C.C	208 000	290	4 725	18 695	6 225	1458	6 165	11 024	3 600	-	260 182
BOUGAA	C.O	228 000	390	5 060	28 420	9 227	8 821	6 950	18 322	4 400	-	309 590
	C.C	225 449	300	5 060	28 420	9 227	8821	6 950	17 931	4 400	-	306 558
AIN OULMENE	C.O	233 000	390	3 800	24 000	17 000	7 000	8 900	17 400	3 900	-	315 390
	C.C	229 266	390	3 800	24 000	17 000	7 000	8 900	17 399	3 900	-	311 655
EHS RAS EL MA	C.O	56 000	390	8 100	9 500	1000	4 500	5 000	9 400	1 400	-	95 290
	C.C	52 795	390	8 100	9 490	1000	4 497	5 000	9 368	1 400	-	92 040
EHS PSY AIN ABESSA	C.O	40 800	617	4 200	4 000	472	3 451	5 080	13 470	900	-	72 990
	C.C	40 780	617	4 200	4 000	472	3 451	5 080	13 470	900	-	72 970
TOTAL	C.O	1 267 800	3 893	31 985	131 615	63 425	43 730	45 400	100 818	23 500	-	1 712 166
	C.C	1 258 279	3 783	31 985	131 592	63 420	43 771	45 371	100 337	23 500	-	1 701 978

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

ANNEXE 2 : Budget des établissements publics de santé de la wilaya de Sétif en 2006 En milliers de DA

S.S		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
SETIF	C.O	309 000	984	320	16 000	26 500	7 650	5 000	25 000	6 500	-	396 954
	C.C	299 957	972	320	14 474	26 447	7 606	4 568	24 791	6 500	-	385 635
EL EULMA	C.O	335 000	462	10 500	37 000	27 000	11 000	22 000	30 000	7 500	-	480 462
	C.C	335 000	661	10 500	37 000	27 000	10 988	22 000	30 000	7 500	-	480 449
AIN KEBIRA	C.O	235 000	346	6 500	19 280	9 770	5 630	6 320	14 500	6 000	-	303 346
	C.C	234 998	344	6 480	19 277	9761	5 600	6 318	14 493	6 000	-	303 271
BOUGAA	C.O	250 000	346	8 000	37 000	20 500	8 000	16 000	21 000	6 500	-	367 346
	C.C	248 739	15	7 998	36 968	19 470	7 997	15 800	20 655	6 500	-	364 142
AIN OULMENE	C.O	314 000	346	7 000	28 000	16 000	7 000	11 500	24 500	6 500	-	414 846
	C.C	300 496	346	7 000	28 000	16 000	7 000	11 500	24 500	6 500	-	401 342
EHS RAS EL MA	C.O	53 400	546	6 100	7 600	300	2 000	6 400	9 200	2 500	-	88 046
	C.C	53 346	546	6 100	7 600	300	2 000	6 400	9 200	2 500	-	87 992
EHS PSY AIN ABESSA	C.O	73 000	546	9 000	12 000	500	500	10 000	12 500	2 500	-	120 546
	C.C	69 431	545	9 000	12 000	500	500	10 000	12 429	2 500	-	116 905
TOTAL	C.O	1 569 400	3 576	47 420	156 880	100 570	41 780	77 220	136 700	38 000	-	2 171 546
	C.C	1 541 967	3 229	47 398	155 319	99 478	41 691	76 586	136 068	38 000	-	2 139 736

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 : Budget des établissements publics de santé de la wilaya de Sétif en 2007 En milliers de DA

S.S		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
SETIF	C.O	344 500	830	300	17400	26600	19000	5000	21000	6500	-	441 130
	C.C	336 316	609	290	17398	26326	12891	4275	18 811	6500	-	423 416
EL EULMA	C.O	335 000	990	14000	55000	17930	30000	26500	38 570	6500	-	524 490
	C.C	334 797	990	14000	55000	17930	30000	26500	38 569	6500	-	524 286
AIN KEBIRA	C.O	417 000	1280	16000	52000	29000	34000	23000	30 000	7500	-	609 780
	C.C	405 609	1273	12697	51988	28985	33962	22997	29 998	7500	-	595 009
BOUGAA	C.O	269 000	990	9600	25800	13000	20000	8000	18 600	6000	-	370 990
	C.C	252 667	989	9155	25740	10880	4907	7666	18464	6000	-	336 468
AIN OULMENE	C.O	342 625	990	15000	65000	18500	26000	17000	45 000	6500	-	536 615
	C.C	288 170	990	15000	64923	18498	19029	17000	45 000	6500	-	475 110
EHS RAS EL MA	C.O	71 875	946	7100	8000	1000	8000	6000	12 900	2500	-	118321
	C.C	63 994	946	7100	8000	1000	7998	6000	12 900	2500	-	110438
EHS PSY AIN ABESSA	C.O	85 000	946	16000	12000	1000	3000	10 000	17 000	3000	-	147946
	C.C	84 944	946	15488	11996	1000	2998	9998	17 000	3000	-	147370
EH AIN AZEL	C.O	18 750	50	2500	20000	500	5000	3000	8 000	-	-	-
	C.C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57800
TOTAL	C.O	1883 750	7022	80 500	255200	107530	145000	98500	191070	38 500	-	2807072
	C.C	1766 497	6743	73 730	235042	104619	11785	94436	180 742	38 500	-	2612097

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

ANNEXE 4 : Budget des établissements publics de santé de la wilaya de Sétif en 2008 En milliers de DA

S.S		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
SETIF	C.O	449 000	1 250	1 000	17 000	24 000	12 500	4 500	20 000	5 000	-	534 215
	C.C	359 651	105	3	16 495	22 427	12 299	1 834	15 337	5 000	-	433 151
AIN ABESSA	C.O	118 000	915	1 000	7 000	15 000	4 000	5 000	11 000	1 500	-	163 415
	C.C	81 816	311	204	3 720	6 392	2 396	1 826	9 912	1 500	-	108 077
EL EULMA	C.O	182 000	715	500	10 000	16 500	2 000	4 100	15 400	2 700	-	233 915
	C.C	176 409	664	475	8 046	13 731	1 444	4 003	12 205	2 700	-	219 677
HAMMAM SKHNA	C.O	57 000	715	500	8 000	12 500	3 000	4 000	5 000	850	-	92 565
	C.C	49 427	713	232	6 788	11 414	2 644	3 998	5 000	850	-	81 066
AIN OULMANE	C.O	130 000	715	2 000	11 000	16 500	2 500	5 000	9 000	1 690	-	178 405
	C.C	124 375	715	485	11 000	16 500	2 500	5 000	9 000	1 690	-	171 265
AIN AZEL	C.O	108 000	1290	1 100	10 000	10 000	2 000	3 700	15 200	1 560	-	152 850
	C.C	91 572	933	198	9 858	9 531	1 954	3 685	13 369	1 560	-	132 660
AIN EL KEBIRA	C.O	204 000	715	2 000	15 000	13 000	2 000	7 500	12 500	3 190	-	259 905
	C.C	193 851	707	1999	14 994	12 943	1 998	7 498	12 479	3 190	-	249 659
BOUGAA	C.O	160 000	715	2 000	13 000	15 000	3 500	7 000	12 000	2 000	-	215 215
	C.C	135 280	715	1 931	12 410	12 017	3 500	6 806	11 967	2 000	-	186 626
BENI OURTILENE	C.O	76 800	1 015	5 000	25 000	12 000	5 500	6 000	14 000	1 500	-	146 815
	C.C	67 732	1 015	1 106	10 806	8936	5 500	6 000	14 000	1 500	-	116 595
EPH/EHS	C.O	1 199 100	9 898	98 500	287 000	34 000	141 500	95 000	171 000	18 760	-	2 054 750
	C.C	1 121 904	9 288	94 799	267 768	31 696	120 719	82 970	166 394	18 760	-	1 914 298
TOTAL	C.O	2 683 900	17 900	114 600	403 000	168 500	178 500	141 800	285 100	38 750	-	4 032 050
	C.C	2 402 017	15 166	101 432	361 885	145 587	154 954	123 620	269 663	38 750	-	3 613 074

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

ANNEXE 05 : LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 01:** Evolution des marges bénéficiaires sur le médicament (1990-1996)
- Tableau 02:** La vente de médicaments selon la fourchette des prix
- Tableau 03:** Les marges de gros et de détail appliquées aux médicaments en Algérie à partir de 2006
- Tableau 4:** Les marges applicables aux médicaments en Algérie à partir de 2008
- Tableau 5:** les dix produits pharmaceutiques vendus dans le monde en 2008
- Tableau 6:** Les dix premiers groupes pharmaceutiques mondiaux en 2008
- Tableau 7:** Dépenses consacrées aux médicaments en 2007, données comparées
- Tableau 8:** Les dépenses des médicaments pour quelques classes thérapeutiques en 2008
- Tableau 9:** Le classement des huit premières entreprises de générique mondiales 2009
- Tableau 10:** Les dix groupes leaders sur le marché des biomédicaments en 2008
- Tableau 11:** Evolution des dépenses de santé en % du PIB dans les pays du Maghreb entre 2002 et 2009.
- Tableau 12 :** Les principaux indicateurs démographiques dans les pays du Maghreb en 2009
- Tableau 13:** Evolution du nombre d'unité de production au Maroc
- Tableau 14:** Evolution du marché du médicament au Maroc
- Tableau 15:** Les principaux laboratoires importateurs de médicament en Tunisie
- Tableau 16:** Importation et production locale en 2009
- Tableau 17:** Evolution des dépenses de médicament en Tunisie
- Tableau 18:** Evolution de l'offre de médicaments en Algérie sur le marché entre 2000 et 2008
- Tableau 19:** Evolution des importations des produits médicamenteux en Algérie entre 1995 et 2009 en millions de dollars
- Tableau 20:** Importation des médicaments en provenance des pays arabes entre 2004 et 2008.
- Tableau 2:** Les principaux laboratoires importateurs de médicament en Algérie en 2008
- Tableau 22:** La fabrication du médicament générique en Algérie
- Tableau 23:** Les principaux producteurs de médicaments en Algérie (2008)
- Tableau 24:** L'enregistrement des médicaments au 31 juillet 2009

- Tableau 25:** Evolution de la consommation de médicaments en Algérie
- Tableau 26:** Le marché national de médicaments par classes thérapeutiques en 2005
- Tableau 27:** La couverture de la consommation médicamenteuse par l'importation
- Tableau 28:** Budget des établissements publics de soins de 2004 à 2008.
- Tableau 29:** Les principaux indicateurs démographiques en Algérie.
- Tableau 30:** Principaux indicateurs épidémiologiques en Algérie.
- Tableau 31:** La prévalence des maladies chroniques en Algérie en 2006.
- Tableau 32:** Evolution des indicateurs de couverture sanitaire entre 1963-2005.
- Tableau 33:** Evolution du nombre d'assurés actifs et inactifs entre 1999 et 2006 en Algérie.
- Tableau 34:** La ventilation des taux de cotisation au 01 Janvier 2010
- Tableau 35:** Evolution de la part du médicament dans les dépenses nationales de santé entre 1991 et 2008.
- Tableau 36:** La part du médicament dans les dépenses de la CNAS
- Tableau 37:** Structure des médicaments remboursables par la CNAS
- Tableau 38:** Les dépenses de tiers payant en Algérie.
- Tableau 39:** Evolution de la part des dépenses de médicaments dans les dépenses de la CASNOS.
- Tableau 40:** Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale en Algérie.
- Tableau 41:** Evolution des indicateurs démographiques.
- Tableau 42:** Infrastructures Sanitaires 2009 dans la wilaya de Sétif.
- Tableau 43:** Evolution de la démographie médicale dans la wilaya de Sétif entre 2001 et 2008
- Tableau 44:** Indicateurs de l'encadrement médical et paramédical dans la wilaya de Sétif en 2009
- Tableau 45:** Evolution des maladies a transmission hydrique dans la wilaya de Sétif.
- Tableau 46:** Evolution des maladies contrôlables par la vaccination.
- Tableau 47:** Evolution des maladies à transmission sexuelle et sanguine
- Tableau 48:** Evolution des Zoonoses dans la wilaya de Sétif entre 2004 et 2009
- Tableau 49:** Evolution des maladies à transmission vectorielle.
- Tableau 50:** Evolution des dépenses et des recettes de la CNAS de Sétif entre 2004 et 2009
- Tableau 51:** Effectifs des assurés sociaux en 2009

- Tableau 52:** Evolution de la part du médicament dans les dépenses des assurances Sociales
- Tableau 53:** Evolution de la part du médicament dans les dépenses totales d'assurance maladie de la CNAS de Sétif
- Tableau 54:** La part des dépenses de tiers payant dans les dépenses médicamenteuses totales
- Tableau 55:** Evolution du nombre de titulaires de livret tiers payant
- Tableau 56:** Evolution du nombre d'ordonnances réglées par la CNAS de Sétif
- Tableau 57:** Evolution de nombre de pharmacies conventionnées
- Tableau 58:** Le système CHIFA Du 15/03/2009 - 30/03/2010
- Tableau 69:** Place du budget de médicaments dans le budget de fonctionnement des établissements publics de santé de la wilaya de Sétif entre 2004 et 2008
- Tableau 60:** Résultat de l'application du tarif de référence
- Tableau 61:** Evolution du forfait hôpitaux à Sétif
- Tableau 62:** Calcul du coût moyen de la journée d'hospitalisation au sein des établissements publics de santé dans la wilaya de Sétif en 2009
- Tableau 63:** Détermination de la journée de séjour normative pour cinq groupes de spécialités

ANNEXE 06 : LISTE DES FIGURES

Figure 01 : Le marché mondial de médicament par zones géographiques en 2008

Figure 02 : Les ventes globales de médicament entre 1999-2010

Figure 3 : Segmentation du marché pharmaceutique en 2008

Figure 4 : Evolution du chiffre d'affaire issu des génériques au niveau mondial

Figure 5 : Evolution de la perte de brevets entre 2002 et 2011

Figure 6 : Répartition du marché des biomédicaments par zone géographique

Figure 7 : Répartition du marché des biomédicaments par classe thérapeutique

Figure 8: Comparaison des dépenses de R&D en Europe, aux États-Unis et au Japon

Figure 9 : Les dépenses en santé par habitant dans les pays du Maghreb entre 2002 et 2009

Figure 10 : Evolution de la consommation de médicaments par habitant en valeur au Maroc entre 1997 et 2007

Figure11 : Evolution de la part du médicament générique, en valeur, au sein du marché pharmaceutique marocain, entre 2000 et 2008

Figure 12: Evolution de la production nationale de médicaments en Tunisie

Figure 13: Répartition des importations de médicaments selon le pays de provenance en 2008

Figure 14 : Evolution de la production locale de médicaments

Figure 15 : La consommation des médicaments génériques en Algérie

Figure 16: Part du budget de médicaments dans le budget total

Figure 17 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses nationales de santé entre 1991 et 2008

Figure 18 : La part du médicament dans les dépenses de la CNAS et de l'assurance maladie entre 1995 et 2007

Figure 19 : Evolution des dépenses de tiers payant en Algérie par rapport aux dépenses totales de médicaments

Figure 20 : Evolution de la part du médicament dans les dépenses de sécurité sociale en Algérie

Figure 21: Les maladies chroniques dans la wilaya de Sétif en 2009

Figure 22 : Evolution des dépenses médicamenteuses et des dépenses de tiers payant de la CNAS

Figure 23: Evolution des crédits ouverts aux médicaments dans la wilaya de Sétif

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1) Ouvrages :

- Aiache J.M., Aiache S. et Renoux R. : Initiation à la connaissance du médicament, éd. Masson (4ème édition), Paris, 2001.
- Benseba D. : Les firmes multinationales pharmaceutiques et les pays en voie de développement, éd. OPU, Alger, 1990.
- Fattorusso Vittorio. : Dictionnaire des médicaments : 4000 médicaments dont les médicament génériques, Edition : MASSON, Italie, 2001.
- Hannouz M. et Khadir M. : Eléments de droits pharmaceutique : à l'usage des professionnels de la pharmacie et du droit, éd. OPU, Alger, 2000.
- Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale : à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux, éd. OPU, Alger, 1996.
- Kaya Sid Ali K. : Politique pharmaceutique et système de santé en Algérie, Ed. Offices des Publications Universitaires, 1994.
- Khiati M. : Quelle santé pour les algériens, édition Maghreb Relations, Alger, 1990.
- 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.
- Nihoul P. et Simon A.C. : L'Europe et les soins de santé : Marché intérieur, sécurité sociale, concurrence, éd. Larcier, Bruxelles, 2005.
- Paret H. : L'économie des soins médicaux, éd. Economie et Humanisme (les éditions ouvrières), Paris, 1978.
- Perrot Jean., Roodenberke Eric. : La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée, édition : Karthala, paris, 2005
- Phelps C. : Les fondements de l'économie de la santé, édition : Publi Union, Paris, 1995.
- Velasquez G. : L'industrie du médicament et le tiers monde, éd. L'Harmattan, Paris, 1983.
- Verschave F X. : La santé mondiale entre racket et bien public, Éditions Charles Léopold Mayer, Paris, 2004.

2) Articles et communications :

Abecassis Ph. Et Coutinet N : Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques, revue Horizon stratégiques, centre d'analyse stratégique, N° 07, janvier - mars 2008.

Acheuk-Youcef Chawki. : Les réformes de la sécurité sociale, Le tarif de référence : Aspects opérationnels, Octobre 2008. In : <http://www.snapo.org/>

Ahid S., Cherrah Y. : Les médicaments génériques au Maroc, 4ème journée pharmaceutique de Taza., Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, 22 mai 2009
In: <http://www.pharmacies.ma/>

Aligon 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>. Consulté le 01/08/2009

Benbahmed L. : Réformes et Sécurité Sociale L'expérience Algérienne, Marrakech, Mars 2009. In : http://pharmacies.ma/pharmacie/oe_benbahmed.pdf

Bougrine P. : L'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes des soins de santé : L'expérience de la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés, conférence régionale de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale pour l'Afrique, 9-12 août 2005, in : <http://www.issa.int>.

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

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>

Com-Ruelle Laure., Dumesnil Sylvie. : Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 Tome 4 la biologie médicale, 1997.

In : <http://www.irdes.fr/>

Derraji Abderrahim. : Droit de substitution: opportunité ou contrainte, Communication présentée à la 4^{ème} journée pharmaceutique de TAZA, 23 Mai 2009

Dokoui S., Bates S. : Déterminants de la consommation médicale : le cas des îles européennes de la Caraïbe. In : <http://www.ces.asso.org/>

Dumoulin J., Kaddar M., Vélasquez G. : Guide d'analyse économique du circuit du médicament, OMS.

Fenina Mankāï N. : La Gestion Pharmaceutique dans un contexte de contractualisation, communication présentée au XI^{ème} Journées Nationales de la Gestion Hospitalière, Hammamet, 29 et 30 Mai 2008.

Graba M.K. : La contractualisation en Algérie : Situation et perspectives. 2008.

Kaddar M. : la réforme du système de santé au Maghreb : contexte, succès et défis actuels. Communication au 1er colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires ». Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006.

Khayati Youssef. : Médicaments génériques leurs problématiques, Communication présentée In : colloque national organisé par le syndicat des pharmaciens de Marrakech, le 24/01/2008. In: <http://www.pharmacies.ma>

- Lamri L. : Les médicaments : Une approche économique. Communication au 1^{er} colloque international d'économie de la santé sur « Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenu intermédiaires », Université A. Mira de Béjaia, les 13, 14 et 15 Novembre 2006.
- Lewis G. : Le développement des médicaments génériques en Europe, constat actuel, communications au séminaires de l'institut d'études des politiques de santé sur le thème « Quelle place pour les médicaments génériques en France », éd. Médecine-Sciences Flammarion, Paris 1996.
- Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie, Alger, septembre 2001
- 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/>
- Mellah N.: Quelles perspectives pour l'industrie pharmaceutiques en Algérie dans le contexte international, communication aux journées de l'UNOP Alger le 22et 23 octobre 2007.
- Oufriha F.Z : Etude des déterminants de la consommation des produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie. Les cahiers du CREAD n° 22, 2^{ème} trimestre, 1990.
- Razgallah R.: Dynamique de l'industrie pharmaceutique: experience de la Tunisie, African Workshop on Technology Transfer for Local Manufacturing Capacity on Drugs and Vaccines, Cape Town, Afrique du Sud, 10 et 11 Décembre 2009. In: <http://ictsd.org/>
- Zehnati A. : Essai d'estimation de la consommation médicamenteuse en Algérie sur la période 2001-2006. Revue « les cahiers du CREAD » : Transition et système de santé en Algérie, 1^{er} trimestre, Alger, 2009.

3) Revues :

Revue de la Concurrence et de la Consommation, n° 138, éd. Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Avril – Mai – Juin 2004.

Revue Economie et Prévision, n° 129-130, 1997.

Revue Problèmes Economiques, n° 2.817, éd. La documentation française, 9 juillet 2003.

Revue Partenaires : Médicament : un marché attractif, n°69, premier trimestre, Chambre Française du commerce, 2007.

4) Thèses et mémoires :

Azri Khoukha. : Contribution à l'étude de l'évolution et du coût des accidents de travail et des maladies professionnelles en Algérie. Mémoire de magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la santé et développement durable, Université de Béjaia, 2009.

Baaklini J. : Les problèmes engendrés par les médicaments non utilisés (MNU) en France et à l'étranger, Thèse de doctorat en Pharmacie, université Paris sud XI, 2009.

Berthelot Anne- Caroline. : Les interactions de l'industrie pharmaceutique et des gouvernements autour des cellules souches humaines, Thèse professionnelle, ESCP-EUROPE, Mai 2009.

Brahamia B. : Gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algérie : cas de la gestion des stocks à l'ENCOPHARM. Mémoire de Magister en Sciences économiques, option : Techniques Economiques Quantitatives. Constantine 1984.

Brahamia B. : La dynamique du système de santé algérien, Bilan et perspectives, Thèse de doctorat, Université de Montpellier I, 1991.

Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention algérien déterminisme et problématique, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Montesquieu Bordeaux IV, 1998.

- Gollock A. : Les implications de l'Accord de l'OMC sur les Aspects de Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC) sur l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université Pierre Mendés France, Grenoble II, 2008.
- Kaïd Tlilane N. : Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques. Université d'Alger, 2003.
- Langlois O. : Pour une histoire juridique du médicament, DEA d'Histoire de la Science Juridique Européenne, Université Robert Schuman - Strasbourg III, 1998. In: <http://www.balde.net/memoires/langlois.pdf>
- L'HADJ Mohamed. : Elaboration de protocoles d'essai de bioéquivalence pour deux médicaments utilisés en pneumologie et leur réalisation pratique en Algérie, Thèse pour de doctorat en sciences médicales, Faculté de Médecine d'Alger, Université Benyoucef BENKHEDDA d'Alger, Mai 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 magister Sciences économiques en économie de la santé et développement durable, Université de Béjaia, 2009.
- MEKBEL Anissa. : 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 Béjaia, 2009.
- Zerhouni M W. : Profil de la consommation médicamenteuse au niveau de l'hôpital préfectoral de sale, Maîtrise en Administration sanitaire et santé publique, option : santé publique. Institut national d'administration sanitaire centre collaborateur de l'OMS. 2008.

Zio S. : Les accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les pays en développement, Thèse de doctorat en Pharmacie. Université Claude Bernard, Lyon, 2005.

Zehnati A. : Contribution à l'étude de la branche du médicament en Algérie, mémoire de magistère en économie et statistiques appliquées ; Institut National de Planification et de la Statistique, Alger, 2002.

5) Rapports et documents :

Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche. : Le marché du médicament suisse, 2009. In:
<http://www.interpharma.ch/fr/pdf/>

Association marocaine de l'industrie pharmaceutique : L'industrie pharmaceutique au Maroc. Chiffres clés 2007. P06.
In : <http://www.amip.ma/>

Banque Mondiale. : République tunisienne étude du secteur de la santé, département du développement humain région Moyen-Orient et Afrique du nord.
Mai 2006, p 12 In :
<http://www.scribd.com/doc/20330057/Tunisie-Etude-du-Secteur-de-la-Sante-2006>

Conseil National Economique et Social (CNES) : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités d'assurer leur équilibre financier, Annexe n°1 : Le système de sécurité sociale, Juillet 2001.

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

- Conseil économique, social et environnemental : Les bio médicaments : des opportunités à saisir pour l'industrie pharmaceutique, 2009
- CNAS : Historique du Processus de Contractualisation entre les Organismes de Sécurité Sociale et les Etablissements Publics de Santé
- Centre National d'Information et de Statistique : Evolution des importations de médicaments en Algérie (1975- 2005), Alger, 2008.
- Direction générale de douanes : Evolution des importations de médicaments (2000-2008), Alger, 2009.
- Direction des douanes : Rapport Statistique de la douane d'Algérie, 2008.
- Keravec J. : Assurance Qualité des Médicaments. In:<http://www.remed.org>
- Leem : le marché mondial : en 10 ans, la part de l'Europe a beaucoup décru, 2007, in : www.leem.org.
- Ministère du commerce : Note d'information relatives 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 du commerce : Le commerce extérieur, un miroir économique Algérie/ pays arabes, M.C, Algérie, 2009.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Compte nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003.

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Statistiques sanitaires du MSPRH, éd. 2004 à 2008.

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Statistiques sanitaires du MSPRH, éd. 1996 à 2006

MSPRH : Evolution de la production du médicament en Algérie, Direction des durant cette période statistiques, Alger, 2009.

MSPRH: Suivie de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, Juillet 2007.

MSPRH: Rapport de situation national a l'intention de l'UNGASS sur le suivi de la déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies (UNGASS) sur le VIH / sida, 2010.

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

Mutualité française : Bilan de 25 ans de politique du médicament générique, proposition pour une politique plus ambitieuse, octobre 2008, in : www.mutualite.fr.

OMS : La libéralisation du secteur pharmaceutique en Algérie, OMS, 1997.

OMS : Le secteur pharmaceutique tunisien ; son organisation, son fonctionnement et ses performances par rapport à la disponibilité et l'accessibilité financière de médicaments, 2003, in : <http://www.dpm.tn>.

OMS : Maîtrise des coûts des médicaments importés ; Etude de cas: Tunisie, Genève, 2003, in : <http://www.dpm.tn>.

OMS : Statistiques sanitaires mondiales, 2009. In: <http://www.who.int/>

ONS : Evolution de la population algérienne (2001-2007).In : www.ons.dz

ONS : Evolution de la population algérienne (1975- 2008), p. 1. In : www.ons.dz.

Pharma mondiale : La branche pharmaceutique face à ses mutations, 2009 In : www.fb-ingenierie.fr/files/14.pdf

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

Société Générale Index (SGI) : Global generics, SGI, août 2007, in : www.sgindex.com.

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

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

6) Règlements :

Lois :

- Loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
- La loi n° 85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé.
- Loi n° 90-10 du 14 Avril 1990 relative à la monnaie et au crédit.

Arrêté et instruction :

- L'arrêté interministériel du 21 juillet 2001.

Décrets

- Le décret exécutif 92-65 du 12 février 1992 relatif au contrôle de la conformité des produits fabriqués localement ou importés.
- Le décret exécutif n° 92-276 du 6 Juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à l'usage de la médecine humaine.
- Le décret exécutif 93-140 du 14 juin 1993 portant création, organisation et fonctionnement du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

- Le décret exécutif 96-355 du 19 octobre 1996 portant création, organisation et fonctionnement du réseau des laboratoires d'essais et d'analyses de la qualité.

- Décret 98-44 du 1 février 1998 relatif à la fixation des marges plafonds applicables à la production, au conditionnement et à la distribution des médicaments.

- Décret exécutif n° 04/101 du 01 avril 2004 portant sur les modalités de versement de la contribution de la sécurité sociale au financement du budget de la Santé.

- Le décret n° 140/07 du 19/5/07 relatif à l'organisation et le fonctionnement des EPSP et EPH les EX Centres de santé sont convertis en Polycliniques

Ordonnances

- L'ordonnance 96-17 du 06 Juillet 1996

7) Sites web:

- <http://www.algeria.com>
- <http://amips.asso.fr>
- <http://www.amip.ma>
- <http://www.bmsfrance.fr>
- <http://www.cleiss.fr>
- <http://www.coopami.org>
- <http://dictionnaire.doctissimo.fr>
- <http://www.droitpharma.fr>
- <http://www.dzmusique.com>
- <http://www.gsk.fr>
- <http://www.indexmundi.com>
- <http://www.ipseprev.fr>
- <http://www.irdes.fr>
- <http://www.leem.org>
- <http://www.lesechos.fr>
- www.macsa.com.tn
- <http://www.mtess.gov.dz>

<http://www.mutuelle.com>

<http://www.news-assurances.com>

www.ons.dz

<http://www.pharmaceutiques.com>

<http://pharmactuposition.blogspot.com>

<http://www.rees-france.com>

<http://www.remed.org>

<http://www.sandoz.dz>

<http://www.sante.dz>

<http://www.santetropicale.com>

<http://statistiques-mondiales.com>

<http://www.tustex.com>

<http://www-ulpmed.u-strasbg.fr>

<http://l.bp.blogspot.com>

TABLE DES MATIERES

TABLE DE MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE 1 : ASPECTS THEORIQUES SUR LE MEDICAMENT ET LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE	6
Introduction	6
I. NOTIONS GENERALES SUR LE MEDICAMENT ET CADRE REGLEMENTAIRE	6
1. Historique du médicament	6
2. Définition du médicament	8
3. Les différentes catégories de médicament	8
3.1. Les spécialités pharmaceutiques	8
3.2. Le médicament officinal	9
3.3. Le médicament magistral	9
3.4. Le médicament générique	9
4. Impact du médicament dans les prestations de soins	10
5. La réglementation applicable au marché du médicament	10
5.1. Le système d'enregistrement des médicaments	11
5.2. Le contrôle de qualité des médicaments	12
5.3. Le système des prix du médicament	14
5.4. Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et accès aux médicaments	18
II. LE CONCEPT DE CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE	21
1. Distinction entre consommation médicale et consommation pharmaceutique	22
1.1. La consommation médicale	22
1.2. La consommation pharmaceutique	22
1.3. La consommation des biens médicaux	23
2. Intérêt d'étude de la consommation de médicaments	23
3. Les déterminants de la consommation des médicaments	24

III. LA QUESTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CONSOMMATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES	27
1. Le médicament dans les dépenses de santé	27
1.1. Les dépenses de l'Etat	27
1.2. Les dépenses des ménages	28
1.3. Les dépenses de sécurité sociale	28
2. L'assurance maladie et la prise en charge de la consommation médicamenteuse	29
2.1. Assurance maladie	29
2.1.1. Les prestations	30
2.1.1.1. Prestation en espèce	30
2.1.1.2. Prestation en nature	30
2.1.2. Les bénéficiaires	31
2.2.2. La sécurité sociale et la question du remboursement de médicament	31
Conclusion	34
CHAPITRE 2 : LE MARCHE DU MEDICAMENT	35
Introduction	35
I. LE MARCHE MONDIAL DE MEDICAMENTS	35
1. L'offre mondiale de médicament	36
2. La demande de médicament mondiale	39
3. La structure du marché mondial de médicaments	41
4. Le marché des produits biomédicaments	45
5. Recherche et développement	47
II. LE MARCHE DU MEDICAMENT DANS LES PAYS DU MAGHREB	48
1. Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb	48
1.1. Comparaison des dépenses de santé au Maghreb	49
1.2. Les principaux indicateurs démographiques dans les pays du Maghreb	52
2. Le marché du médicament dans les pays du Maghreb	53
2.1. Marché du médicament au Maroc	54
2.1.1. L'offre de médicaments au Maroc	54
2.1.1.1. La production locale	54
2.1.1.2. Les importations	54
2.1.2. La demande de médicaments au Maroc	56

2.2. Le marché du médicament tunisien	58
2.2.1. L'offre de médicaments en Tunisie	59
2.2.1.1. La production locale de médicaments en Tunisie	59
2.2.1.2. Les importations	61
2.2.1.3. Les exportations	62
2.2.2. La consommation du médicament	62
III. LE MARCHE DU MEDICAMENT EN ALGERIE	63
1. L'organisation du marché national des médicaments	64
1.1. La période du monopole (1962-1980)	64
1.2. L'ère de la restructuration des entreprises : le tournant des années 80 et la naissance des pharm's (1980-1990)	65
1.3. La libéralisation du secteur pharmaceutique à partir de 1990	66
2. L'offre de médicaments en Algérie	69
2.1. Les importations de médicaments en Algérie	70
2.2. La production locale	73
2.3. La fabrication du médicament générique en Algérie	75
2.4. L'enregistrement des médicaments	76
3. La consommation des médicaments en Algérie	77
3.1. Evolution de la consommation de médicaments en Algérie	77
3.2. La consommation de médicaments par classes thérapeutiques	78
3.3. La couverture de la consommation médicamenteuse par l'importation	79
3.4. La consommation des médicaments génériques en Algérie	80
3.5. La consommation de médicaments dans les établissements publics de santé	80
3.6. L'automédication dans la consommation de médicaments	82
Conclusion	83
CHAPITRE 3 : LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS EN ALGERIE ENTRE CROISSANCE, FINANCEMENT ET MAITRISE	84
Introduction	84
I. LES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA CROISSANCE DES DEPENSES DE MEDICAMENTS EN ALGERIE	84
1. La transition démographique	84
2. La transition épidémiologique	86

3. La démographie médicale	89
4. L'extension de la couverture sociale	91
5. La libéralisation des marchés et le développement des opérateurs privés	92
II. LA CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE MALADIE AU FINANCEMENT DU MÉDICAMENT EN ALGERIE	93
1. Aperçu historique du système de sécurité sociale en Algérie	93
2. Evolution et organisation de l'assurance maladie en Algérie	95
2.1. Les prestations de l'assurance maladie	96
2.1.1. Des prestations en nature	96
2.1.2. Des prestations en espèces	96
2.2. Le financement de l'assurance maladie	97
2.3. Présentation des organismes de gestion de l'assurance maladie	99
2.3.1. La Caisse Nationale des Assurances sociales (CNAS)	99
2.3.2. La Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS)	100
3. L'assurance maladie et le financement de la consommation de médicaments en Algérie	101
3.1. La part du médicament dans les dépenses nationales de santé en Algérie	101
3.2. Le financement du médicament par la CNAS	103
3.3. Evolution des dépenses médicamenteuses en tiers payant	106
3.4. Evolution des dépenses médicamenteuses de la CASNOS	108
3.5. La part des frais médicamenteux dans les dépenses de la sécurité sociale	108
III. LES MESURES NECESSAIRES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES LIEES À LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS	110
1. L'encouragement de la consommation du médicament générique	111
1.1. L'application du tarif de référence	111
1.2. Le droit de substitution	113
2. Le déremboursement de médicament	113
3. Autres mesures	114
Conclusion	116

**CHAPITRE 4 : ETUDE DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DANS LA
WILAYA DE SETIF : ENQUETE AUPRES DE LA CNAS DE SETIF 117**

Introduction 117

I. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DANS LA
WILAYA DE SETIF 117

1. L'offre de soins dans la wilaya de Sétif 117

1.1. Présentation géographique de la Wilaya de Sétif 118

1.2. Caractéristiques démographiques de la population de Sétif 118

1.3. Présentation de l'infrastructure sanitaire dans la wilaya de Sétif 119

1.4. Evolution de la démographie médicale dans la wilaya de Sétif 119

1.5. Indice de couverture médicale et paramédicale par habitant 120

2. Présentation du profil épidémiologique de la wilaya de Sétif 120

2.1. Les maladies transmissibles 121

2.1.1. Les maladies à transmission hydrique 121

2.1.2. Les maladies contrôlables par la vaccination 122

2.1.3. Les maladies sexuelle et sanguine 123

2.1.4. Les zoonoses 124

2.1.5. Evolution des maladies à transmission vectorielle dans la wilaya de Sétif 125

2.2. Les maladies non transmissibles 126

II. ESSAI D'EVALUATION DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE DANS LA
WILAYA DE SETIF 127

1. Le remboursement de médicaments par la CNAS de la wilaya de Sétif 127

1.1. Evolution de la situation financière de la CNAS de Sétif 128

1.2. La part du médicament dans les dépenses des assurances sociales de la CNAS de Sétif 129

1.3. La part du médicament dans les dépenses de l'assurance maladie de la CNAS de Sétif 130

1.4. Les dépenses de tiers payant de la CNAS de Sétif 131

1.5. L'Introduction de la carte CHIFA 133

2. La consommation de médicaments dans les établissements publics de santé 134

III. LES PRINCIPALES ACTIONS ENTREPRISES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES	
DE LA CNAS DE SETIF	136
1. Les mesures concernant le tiers payant et produits pharmaceutiques	136
2. La Mise en œuvre du tarif de référence	137
3. Le renforcement du contrôle médical	138
4. La lutte contre le travail informel	139
4.1. Le contrôle par l'agence	139
4.2. Le contrôle conjoint	139
5. La mise en place de la contractualisation	140
5.1. Le prix moyen de la journée d'hospitalisation	141
5.2. Le forfait par pathologie	142
Conclusion	146
CONCLUSION GENERALE	147
ANNEXES	150
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	158
TABLE DES MATIERES	170

RESUMES

Abstract

In Algeria, as in other countries, the share of the consumption of medicines in the health expenditures is increasingly important. Indeed, the medicamentous expenditures weighs heavily on the social security system, and more particularly on the decise insurance. This growth is the result of several factors and particularly of medical transition which characterizes the Algerian economy these last years.

The goal of this reflection is to try to analyze the consumption of medicines in Algeria, and in particular in the wilaya of Sétif while being interested in its determinants, its financing, the evolution of its share in the national expenditure of health as to the impact of the measurements taken within the framework of the control of the expenditure generated by the latter in Algeria and in the wilaya of Sétif, through an investigation at the CNAS of Sétif.

The study of the consumption of medicines in Algeria indicates that the latter represents an important financial weight in the health expenditure and constitutes a serious problem of the systems and health policies in particular with the epidemiologic and demographic transition, the rise in the standard of living of the individuals, the increase in medical demography, the multiplication of medical infrastructures and the generalization of the social coverage. For that of multiple measurements were committed to control the total financial expenses which it generates. These measurements prove to be insufficient for the moment; they must be accompanied by a revision of the Algerian medicamentous policy to ensure the request on the market.

In the wilaya of Sétif, the consumption of medicines is in constant growth. This growth is explained on the one hand, by the extension of the offer of care and the increase in medical demography, on the other hand, by epidemiologic transition.

Indeed, the results of the search obtained on the extent of the consumption of the medicines and its weight in the expenditures of the CNAS indicates that the medicines consumption in the wilaya of Sétif represents an important financial weight in the health expenditures and weighs heavily on the funds of the CNAS. In front of this situation and in optics to rationalize the expenditures of the CNAS, a policy of control of the expenditure which is articulated in priority on the reduction of the medicamentous expenditure, was launched these last years by the CNAS of Sétif.

Keywords: Medicines, consumption of medicines, Medicines market, Algeria, Sétif, CNAS of Sétif.

ملخص

تشكل حصة استهلاك الأدوية في الجزائر، كما في بعض الدول الأخرى، جزءاً مهماً من النفقات الصحية.

في الواقع إن النفقات المخصصة للأهليون مهم في نظام الضمان الاجتماعي وعلى وجه الخصوص في مجال التأمين ضد الأمراض. جمع هذا النمو لعدة عوامل خاصة منها التحول الصحي الذي ميز الاقتصاد الجزائري في السنوات الأخيرة.

الهدف من الدراسة وتعليق اسد تهلاك الأدوية بالجزائر وعلى وجه التحديد على مستوى ولاية سطيف مع التركيز على محدداته، تمويلها ورصدتها من انجم النفقات الصحية الوطنية، بالإضافة إلى تأثير الإجراءات المتخذة في إطار تخصيص النفقات في الجزائر وولاية سطيف من خلال دراسة حول الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNAS لولاية سطيف.

من خلال دراسة اسد تهلاك الأدوية في الجزائر ترتبين أن لها ذاتين والتي مهم في نفقات الصحة في الوقت الذي يمتد إلى كالاتنظمو السياسات الخاصة في ظل التدهور الديمغرافي، ارتفاع معدلات حياة الأفراد، زيادة الهياكل الصحية وتعميم التغطية الاجتماعية. لذلك هناك عدة إجراءات تم تبنيها من أجل مراقبة التكاليف المالية الإجمالية من هذا لإجراء تقييم غير كافية في الوقت الذي فيه، فحقيق بتمويلها بالسياسات الدوائية في الجزائر ولضمان الطلب في السوق.

يعد معدل نمو استهلاك الأدوية في ولاية سطيف ثابت ويرجع هذا إلى النمو، من جهة، ولاتساع عرض العلاج، ومن جهة أخرى للانتقال الأوبئة.

توضح النتائج المحصل عليها من البحث حول اسد تهلاك الأدوية وتحققها من نفقات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بان استهلاك الأدوية مستوى ولاية سطيف يمثل حصة مالية مهمة في إجمالي النفقات الصحية، وميزانية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وأمام هذه الوضعية وفي إطار عقلنة النفقات ذاتها للصحة ووقوع سياسات على مستوى صندوق الضمان الاجتماعي لولاية سطيف تهدف لمراقبة النفقات بهدف تخفيض النفقات الدوائية.

الكلمات المفتاحية: الأدوية، اسد تهلاك الأدوية، والأدوية الجزائرية، سطيف، صندوق الضمان الاجتماعي الوطني للضمان الاجتماعي سطيف.

Résumé

En Algérie, à l'instar des autres pays, la part de la consommation de médicaments dans les dépenses de santé est de plus en plus importante. En effet, les dépenses médicamenteuses pèsent lourdement sur le système de sécurité sociale, et plus particulièrement sur la branche assurance maladie. Cette croissance est le résultat de plusieurs facteurs et particulièrement de transition sanitaire qui a caractérisé l'économie algérienne ces dernières années.

Le but recherché de cette réflexion est de tenter d'analyser la consommation de médicaments en Algérie, et notamment dans la wilaya de Sétif en s'intéressant 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 en Algérie et dans la wilaya de Sétif, à travers une enquête auprès de la CNAS de Sétif.

L'étude de la consommation de médicaments en Algérie indique que cette dernière représente un poids financier important dans les dépenses de santé et constitue un sérieux problème des systèmes et des politiques de santé notamment avec la transition épidémiologique et démographique, l'élévation du niveau de vie des individus, l'augmentation de la démographie médicale, la multiplication d'infrastructures sanitaires et la généralisation de la couverture sociale. Pour cela de multiples mesures ont été engagées pour maîtriser la charge financière globale qu'elle engendre. Ces mesures s'avèrent insuffisantes pour le moment, elles doivent être accompagnées d'une révision de la politique médicamenteuse algérienne pour assurer la demande sur le marché.

Dans la wilaya de Sétif, la consommation de médicaments est en constante croissance. Cette croissance est expliquée d'une part, par l'extension de l'offre de soins et l'augmentation de la démographie médicale, d'autre part, par transition épidémiologique.

En effet, les résultats de recherche obtenus sur l'ampleur de la consommation du médicament et son poids dans les dépenses de la CNAS indique que la consommation du médicament dans la wilaya de Sétif représente un poids financier important dans les dépenses de santé et pèse lourdement sur les fonds de la CNAS. Devant cette situation et dans l'optique de rationaliser les dépenses de la CNAS, une politique de maîtrise des dépenses qui s'articule en priorité sur la réduction des dépenses médicamenteuses, a été lancée ces dernières années par la CNAS de Sétif.

Mots-clés : Médicament, consommation de médicaments, Marché du médicament, Algérie, Sétif, CNAS de Sétif.