

MARCHE DES MEDICAMENTS GENERIQUES EN ALGERIE : QUELLE REGULATION POUR QUELLE PROMOTION ?

SNOUSSI Zoulikha
Université de Khemis Miliana
snoussi25@yahoo.fr

Résumé :

A l'instar des autres pays, l'Algérie est confronté aujourd'hui au coût croissant des dépenses de médicaments et doit trouver des solutions pour garantir un accès équitable à des médicaments efficaces et sûrs et réguler la dépense pharmaceutique pour en permettre le financement à long terme. Ainsi, plusieurs mesures ont été prises par le gouvernement : la régulation de la marge de vente, l'instauration du tarif de référence, l'interdiction de l'importation des médicaments fabriqués localement, ...

Notre contribution portera sur l'évaluation des politiques mises en place et leur impact sur la promotion de la consommation des médicaments génériques. En effet, la promotion du générique reste insuffisante en Algérie. Cette politique pêche par certaines insuffisances qui freinent pour l'instant son succès. Ainsi, la réussite de la politique de l'encouragement du générique passe par l'implication des différents intervenants sur la chaîne du médicament à travers aussi bien le respect de la réglementation et l'encouragement à l'acceptation des génériques que la sensibilisation à tous les niveaux.

Mots clés : Régulation, marché des médicaments, génériques, Algérie.

Code JEL : I18, C33

Abstract :

Like other countries, Algeria is now facing the rising cost of drug expenses and must find ways to ensure equitable access to effective and safe drugs and controlling pharmaceutical expenditure to allow funding to long term. Thus, several measures have been taken by the government: the regulation of sales margin, the introduction of the reference tariff, the ban on importation of locally manufactured medicines, ...

Our contribution will focus on assessing the policies implemented and their impact on promoting the consumption of generic drugs. Indeed, the promotion of generic remains inadequate in Algeria. This policy sins by certain shortcomings that hinder its success so far. Thus, the success of the policy of encouraging generic requires the involvement of various stakeholders on the chain of drug through both the compliance and encouraging acceptance of generic awareness at all levels.

Keywords: Control, drug market, generic, Algeria.

Introduction:

La croissance rapide des dépenses liées au remboursement du médicament dans la plupart des systèmes de sécurité sociale de par le monde a conduit ces pays à revoir leurs politiques nationales du médicament en se basant sur l'encouragement du médicament générique. Ces politiques ont entraîné une forte concurrence entre les laboratoires pharmaceutiques induisant ainsi un impact positif sur les systèmes de sécurité sociale illustré par la baisse sensible de la facture du médicament sans porter atteinte à la qualité des soins.

Sur le plan économique, les médicaments génériques se caractérisent essentiellement par des prix inférieurs aux prix des médicaments de marque. L'utilisation des noms génériques encourage la concurrence en matière de prix pour des médicaments de même type. Les secteurs privé et public encouragent souvent l'utilisation des médicaments génériques afin de diminuer le prix des médicaments, améliorer leur disponibilité et les rendre plus accessibles aux consommateurs.

En Algérie, la régulation du marché du générique passe par plusieurs mesures dont l'instauration du dispositif de tarif de référence et le droit de substitution, la révision des marges de ventes, les incitations financières, etc. Ces instruments ont pour objectif d'encourager la consommation des médicaments génériques et réduire ainsi la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse supportée par les organismes de la sécurité sociale.

L'objectif de notre papier est d'évaluer les politiques mises en place et leur impact sur la promotion de la consommation des médicaments génériques en Algérie. L'article est structuré autour de trois principaux axes ; le premier d'entre eux sera consacré à la présentation du marché algérien des médicaments, l'historique et les acteurs du marché. Au cours du deuxième axe, nous présentons les différents outils de la politique de promotion des médicaments génériques en Algérie. Enfin, sera évaluée la politique d'encouragement de l'utilisation des génériques à travers l'analyse de la consommation des génériques sur le marché algérien tout en essayant de donner quelques recommandations pour une meilleure incitation à la prescription, délivrance et consommation des génériques en Algérie.

1. Le marché algérien des médicaments :

Le marché algérien est estimé actuellement à 2,5 milliards de dollars soit près de 0,2% du marché mondial. Il a enregistré, en 2010, une croissance de l'ordre de 0,13 milliard de dollars par rapport à 2009. Il atteindra, selon les prévisions des experts, les 3 milliards de dollars en 2013. Pour maintenir cette tendance, les efforts des pouvoirs publics se focalisent sur la mise en place d'une politique de sécurité sanitaire, et ce à travers des mesures encourageant l'émergence d'une industrie locale à même d'assurer l'autosuffisance pour un maximum de médicaments destinés à des pathologies chroniques. Cependant, les importations continuent de se tailler la part du lion, avec une valeur de plus de 1,5 milliard de dollars, soit un taux légèrement inférieur à 65% pour le premier semestre 2010.¹

1.1. L'historique du secteur pharmaceutique algérien :

¹http://www.tsa-algerie.com/economie-et-business/un-marche-de-pres-de-3-milliards-de-dollars-domine-par-les-etrangers_12470.html (Consulté le 15 Juin 2011).

A l'indépendance, le développement des infrastructures de soins ait connu une dynamique et des progrès incontestables en liaison notamment avec la très forte croissance démographique, l'élévation du niveau d'éducation et le mouvement d'urbanisation qu'a connus le pays. Le secteur national du médicament a accompagné l'évolution du système de soins, en s'adaptant progressivement à l'évolution du niveau de la demande nationale de médicaments, mais aussi en subissant toutes les difficultés de la gestion de l'économie nationale, celles liées à une gestion administrée jusqu'en 1990, celles liées à une libéralisation et à une ouverture extérieure trop rapide et insuffisamment maîtrisée à partir des années 90. L'organisation de ce secteur a ainsi vécu deux grandes périodes :

1.1.1. La première période (avant libéralisation du secteur):

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 est lancé qui voit le jour en 1962, il s'agit de PHARMAL.

La Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) est créée en 1963. C'est une entreprise publique à laquelle est rattaché, dès sa création, l'ensemble du secteur de distribution et les unités de production (BIOTIC et PHARMAL à partir de 1965 ainsi que l'unité d'El-Harrach en 1972). La PCA avait le monopole de l'importation. C'est alors l'opérateur national quasi-exclusif chargé de la commercialisation, de la production et de la distribution auprès des structures de santé publiques et à travers les réseaux de détail (officines d'État et pharmacies privées). Un plan de développement de l'industrie pharmaceutique a été engagé. Une trentaine de pharmaciens industriels ont été formés dans les grandes universités européennes. Parallèlement, le secteur de l'industrie à travers la SNIC (Société Nationale des Industries Chimiques) engageait, de son côté, le lancement du projet antibiotique de Médéa. D'autres projets ont été créés ; en premier lieu l'unité de consommables médicaux SOCOTHYD créée en 1969, en second lieu le lancement du projet de l'Institut Pasteur. Le projet de Médéa bien qu'entrepris dès la fin des années 70 ne démarrera sa production qu'en 1988, alors que celui de l'Institut Pasteur restera à l'état de projet.²

Les années 80 étaient marquées par une vague de réformes qui visaient principalement à restructurer le secteur public industriel. Les réformes initiées en 1982 s'étaient fixées à travers la politique de "restructuration organique des entreprises" comme objectifs de séparer les fonctions de la commercialisation et de celles de la production et de régionaliser les fonctions de commercialisation. C'est ainsi que la PCA fera l'objet d'une réorganisation sous forme de trois entreprises assurant chacune une couverture régionale du territoire, à l'Est (ENCOPHARM), à l'Ouest (ENOPHARM) et au Centre (ENAPHARM)³. Cette réorganisation n'a pas touché l'organisation du marché en amont, les autorisations d'importations étant simplement, soit réparties entre les trois entités, soit quelquefois

² « Point de situation relatif à la branche pharmacie en Algérie », *Bulletin mensuel du Forum des Chefs d'Entreprises* – n° 41, Novembre 2004, p1.

³ L'ENAPHARM et l'ENCOPHARM implanteront trois unités de production, à savoir l'unité de concentré d'hémodialyse de Cherchell qui sera opérationnelle en 1994, l'unité des formes liquides de Constantine et l'unité des comprimés d'Annaba.

regroupées, dans le cadre de mécanismes de coordination des achats, sous l'autorité du ministère de la santé.⁴

Le monopole de la production et de la distribution des médicaments était assuré par l'Entreprise Nationale de Production Pharmaceutique (ENPP) qui avait pour objectif d'approvisionner de manière suffisante et régulière le marché algérien. Elle changea de dénomination en 1985 pour devenir SAIDAL. Dans le cadre de sa mission de production, elle a créé en 1971 l'unité de production d'El Harrach et racheté en deux étapes (1971 puis 1975) les unités de BIOTIC et PHARMAL. A la suite de la restructuration de la PCA, sa branche production fut érigée en ENPP par le décret 82/161, promulgué en Avril 1982. Son patrimoine était constitué par les unités de production d'Alger. Le projet antibiotique de Médéa, qui appartenait alors à la SNIC, qui en avait assuré la réalisation, lui fut intégré officiellement en 1988 (les actions relatives à ce transfert ayant débuté dès 1986).

Malgré des investissements importants consentis notamment au cours des années 1970 et 1980, l'industrie pharmaceutique nationale n'a pas pu développer ses capacités de manière conséquente. Les monopoles publics dans l'industrie et le commerce, de même que les incohérences de l'économie administrée, ont joué comme des contraintes lourdes sur la production nationale. Dans ces conditions, l'accroissement de la demande nationale de médicaments n'a pu être satisfait que par le recours à l'importation.

1.1.2. La deuxième période (après libéralisation du secteur):

Cette période enregistre de profonds bouleversements avec la disparition du monopole sur le commerce extérieur, l'adoption de la loi sur la monnaie et le crédit et enfin l'adoption d'une nouvelle loi sur la promotion de l'investissement. Cet ensemble de lois autorise l'intervention du privé national et étranger dans l'importation, la distribution de gros et la production du médicament.

En 1989, suite à la mise en œuvre des réformes économiques, SAIDAL devint une entreprise publique économique dotée de l'autonomie de gestion et fut choisie, parmi les premières entreprises nationales, pour acquérir le statut de société par actions. En 1993, des changements ont été apportés aux statuts de l'entreprise lui permettant de participer à toutes opérations industrielles ou commerciales pouvant se rattacher à l'objet social par voie de création de sociétés nouvelles ou de filiales. En 1997, l'entreprise a mis en œuvre un plan de restructuration qui s'est traduit par sa transformation en groupe industriel le 02 Février 1998 regroupant trois filiales (PHARMAL, ANTIBIOTICAL et BIOTIC). En 1999, le groupe SAIDAL a été introduit en bourse. En 2009 SOMEDIAL est devenue filiale du groupe SAIDAL qui en détient 59 % du capital.⁵

Les retards accumulés dans le développement de la production locale sont aggravés par la contrainte des moyens de paiement extérieurs qui pèse lourdement sur l'approvisionnement du

⁴ On notera que les services de contrôle technique des médicaments, étaient assurés directement par la PCA. Initialement basés à Alger, ces services seront placés sous l'autorité de l'ENAPHARM, ainsi chargée de sous traiter l'activité pour le compte des deux autres sociétés publiques. Leurs contraintes étaient celles inhérentes au mode de gestion de l'ensemble de l'économie nationale à cette époque, à savoir de fortes restrictions dans l'accès aux ressources en devises, une organisation rigide des marchés et la prégnance de la tutelle administrative sur les entreprises. La principale difficulté était dans les pénuries chroniques sur le marché national, se traduisant par des perturbations régulières qui affectaient tout le système de soins.

⁵ <http://www.saidalgroup.dz/historique.asp> (Consulté le 13 Avril 2011).

marché. Pour augmenter cette production locale, la levée du monopole à l'importation a été conditionnée, au début des années 90, par l'obligation faite aux importateurs agréés d'investir dans la production pharmaceutique.⁶ Dès 1990, les projets n'ont pas manqué tant en partenariat, avec les entreprises publiques, que dans le cadre de projets associant capitaux privés locaux et étrangers. En 1995, on dénombrait au moins sept projets de production émanant du secteur privé et agréés par les autorités publiques. Tous ces projets sont envisagés dans le cadre d'un partenariat avec des capitaux et des laboratoires étrangers.

Jusqu'en 1996, peu d'usines ont été implantées; quelques rares unités de production de faible capacité ont démarré. La production privée reste donc marginale. Les raisons des retards pris dans la réalisation de ces projets sont multiples. Au delà de la conjoncture politique troublée, trois autres facteurs semblent jouer un rôle déterminant; le premier est l'absence de stratégie claire au niveau des autorités. Le second concerne les préférences du secteur privé local pour les activités commerciales (un contrôle insuffisant des prix et des taux de rentabilité confortables ne favorisent pas l'investissement industriel) et enfin, le faible attrait exercé par l'activité de production sur les investisseurs étrangers. En raison des mutations de l'industrie mondiale, et de ses implications au plan régional, ces investisseurs manifestent des réticences à s'implanter malgré le caractère attractif du marché. Les incertitudes de la situation économique et les turbulences sociales et politiques ont toutefois lourdement pesé pour différer toute décision stratégique de la part des firmes multinationales.

La loi sur la monnaie et le crédit introduit la notion de "concessionnaire", opérateur privé qui, en échange de l'autorisation d'importation, devra à terme (deux ans) implanter des capacités de production locale. La mise en œuvre de la nouvelle législation sur le commerce extérieur⁷ s'est traduite, dès l'année 1991, par un accroissement sensible des importations. L'intervention d'un importateur privé le LPA (Laboratoire Pharmaceutique Algérien) société de droit privé algérien, représente aussi les intérêts de laboratoires pharmaceutiques étrangers. Son activité se développe rapidement. De 1991 à 1992, sa part de marché à l'importation passe de 9,9% à 21,5%. D'autres concessionnaires privés sont agréés à la suite du LPA: IMA, DISTRIMED et COPHARM.

En distribution de gros, il existait avant trois entreprises publiques : les PHARMS. Au début des années 1990, ces entreprises accaparaient équitablement le marché de la distribution du médicament avec respectivement 28%, 22% et 38% de parts de marché. Le 06 juillet 1992, le décret 92/285 ouvre la porte de la distribution du médicament au privé. Immédiatement après la publication de ce décret, il a été dénombré près de 140 grossistes privés auxquels il fallait ajouter les trois PHARMS qui exerçaient aussi la fonction de distribution de gros. Les autorités sanitaires étaient alors dépassées et n'effectuaient plus un véritable contrôle sur ce secteur. Également, la multiplication des officines privées a mené à un éparpillement des quantités mises sur le marché, provoquant dans certaines régions à forte population, des ruptures brutales des stocks. Les entreprises publiques n'étaient plus en mesure de négocier

⁶ C'est ce qui explique que de nombreux importateurs soient des associés ou des représentants de firmes étrangères.

⁷ La "loi sur la monnaie et le crédit", 1990, met fin au monopole de l'État sur le commerce extérieur et ouvre la quasi totalité des secteurs d'activité aux capitaux nationaux et étrangers. La seule obligation faite aux concessionnaires importateurs est d'investir une partie de leurs bénéfices dans des activités de production et de services. Dans le prolongement de ce texte, un règlement de la Banque d'Algérie, en date de mai 1991, unifie les procédures d'accès aux devises pour l'ensemble des importateurs, qu'ils soient publics ou privés.

des prix à leur avantage. Le refus des conditions imposées par les grands laboratoires ne constituaient plus un obstacle dans la mesure où ils avaient des partenaires privés locaux. Les PHARMS ont été alors dissoutes en Décembre 1997. Ainsi, l'activité de DIGROMED a commencé en 1998, aux côtés de SIMEDAL pour l'importation et ENDIMED pour la distribution au détail. Mais, l'entreprise DIGROMED ne pouvait plus résister et a fermé définitivement ses portes en Juin 2009. Aujourd'hui, il n'existe plus d'entreprises publiques de distribution de gros.

La distribution de détail était assurée par ENDIMED (l'Entreprise Nationale de Distribution Détail des Médicaments), société par actions issue de la restructuration des trois PHARMS. Créée le 24 Septembre 1997, elle relève du portefeuille de la Société de Gestion des Participations de l'État "Chimie-Pharmacie" S.G.P GEPHAC.⁸ Dans le cadre de la politique de privatisation initiée par les pouvoirs publics, l'ENDIMED a déjà concrétisé la cession de plusieurs officines au profit de pharmaciens diplômés. Sous la coupe du ministère de l'industrie, l'ENDIMED change de tutelle pour relever, à partir de Février 2011, du ministère de la santé. Le développement du réseau officinal privé n'est pas récent. Il remonte au tout début des années 80. Mais, à partir de 1990, on assiste à une très forte accélération du rythme de création d'officines privées. On dénombre, en 2010, 6908 officines privées contre 956 publiques soit un taux de 88% sur le total des officines en Algérie.

Au total, la libéralisation du secteur pharmaceutique a très rapidement modifié l'organisation de l'ensemble des fonctions commerciales mais n'a pas eu d'effet significatif sur l'activité de production. Par ailleurs, le processus d'ouverture se heurtera rapidement à trois types de contraintes ; d'une part, le système de régulation des importations restait le même, à savoir un système toujours fondé sur un contrôle administratif et bancaire très sévère sur les importations et qui était beaucoup plus conçu pour régir les transactions des entreprises publiques que celles de sociétés privées. D'autre part, l'obligation d'industrialisation dans un secteur d'activité aussi complexe que celui du médicament, était une tâche difficile. En effet, non seulement l'environnement de l'investisseur était semé de nombreuses embûches bureaucratiques, mais l'obligation d'investir introduite par la loi était beaucoup plus une profession de foi dont aucune disposition réglementaire ne venait expliciter et détailler les modalités de mise en œuvre et enfin, on s'apercevra rapidement que le terrain réglementaire devait être préparé au préalable avant de permettre effectivement à des intérêts privés de pouvoir intervenir en toute sécurité dans un domaine où les risques liés à la préservation de la santé publique étaient à l'évidence importants.⁹

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. Le secteur du médicament a connu, dans ce contexte, des évolutions importantes marquées par, premièrement, 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. Il s'agit de la définition de procédures claires pour l'agrément des distributeurs et des producteurs, la mise en place d'un laboratoire national de

⁸ <http://www.endimed.com/> (Consulté le 03 Août 2010).

⁹ 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 à l'entrée de l'Algérie à l'OMC », Septembre 2005, P 10.

contrôle des médicaments, la mise en place d'un cahier des charges pour les importateurs de médicaments, les procédures de détermination du prix des médicaments, etc. Deuxièmement, 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 et enfin la disparition des trois entreprises publiques d'approvisionnement qui ne disposaient pas des moyens économiques et financiers adéquats pour pouvoir faire face à leurs nouveaux concurrents.¹⁰

1.2. Les acteurs du marché national du médicament :

Le marché du médicament, du fait qu'il traite de produits pouvant présenter des risques importants pour la santé humaine, est un marché fortement réglementé. Aussi, à côté des agents qui agissent directement sur le flux des produits, on trouve une autre catégorie d'acteurs qui est représentée par les administrations régulatrices.

1.2.1. Les administrations régulatrices :

Exercent, de manière générale, une influence considérable et décisive sur le marché du médicament, à ses différents niveaux. On citera à cet effet les ministères en charge de la santé publique, de la protection sociale, de l'industrie et du commerce. Ainsi que d'autres organismes de régulation.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) intervient à différents stades qui sont, notamment, à la fixation de la nomenclature nationale des médicaments à usage humain, à l'enregistrement préalable de tout produit pharmaceutique, à la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché, à l'agrément préalable de tout établissement appelé à produire ou à commercialiser des produits pharmaceutiques, au contrôle technique préalable, par les services du laboratoire national de contrôle spécialisé, de tout produit pharmaceutique destiné à être vendu ou consommé en Algérie. En sus de ces règles générales, le ministère de la santé impose d'autres obligations telles que : la délivrance d'une autorisation globale annuelle sur le programme d'importation que tout importateur s'engage à réaliser, des déclarations statistiques préalables pour la domiciliation bancaire et pour le dédouanement de toute transaction à l'importation, la détention d'un stock minimal de trois (3) mois pour chaque produit commercialisé, l'engagement à lancer un projet d'investissement pour la production locale de médicaments dans un délai maximal de deux années, la fixation du prix final de chaque produit.

L'implication du Ministère du Travail et de Sécurité Sociale (MTSS) dans le marché national du médicament découle fondamentalement de sa position d'administration de tutelle de la CNAS (Caisse Nationale d'Assurances Sociales), une institution qui intervient comme garant du remboursement aux malades des frais de soins médicaux ainsi que des médicaments qui leur sont prescrits. Du fait de l'importance de la couverture d'assurance maladie, légalement étendue à tous les travailleurs affiliés et à leur famille, la CNAS est potentiellement l'acheteur en dernier ressort de la plus grande part des médicaments qui sont commercialisés sur le territoire national.

L'intervention du Ministère du Commerce dans le secteur des médicaments s'inscrit dans l'encadrement du commerce extérieur et la conclusion d'accords régionaux et internationaux pour la promotion du commerce des médicaments, notamment les importations.

¹⁰ Ibid.

Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé selon le décret exécutif n° 93/140 du 14 juin 1993 portant création, organisation et fonctionnement du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques. Il a pour mission principale le contrôle de la qualité et expertise des produits pharmaceutiques qui comprennent les médicaments, les réactifs biologiques, les produits galéniques, et tous autres produits nécessaires à la médecine humaine¹¹. Le LNCPP est tenu dans le cadre de ses missions d'évaluer la qualité par, entre autre, l'étude des dossiers scientifiques et techniques des produits pharmaceutiques soumis à l'enregistrement, l'élaboration des méthodes et des techniques de référence à l'échelle nationale, la tenue des substances étalons et produits de référence à l'échelle nationale, la tenue et la mise à jour d'une banque de données techniques relative aux normes et aux méthodes de prélèvement, d'échantillonnage et de contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques.

1.2.2. Les acteurs du circuit de production et de commerce :

En aval de l'action des administrations régulatrices, on peut distinguer quatre catégories d'intervenants à l'échelle du circuit de production et de distribution du médicament. Ce sont : les intervenants du secteur public, les producteurs et importateurs privés, les grossistes répartiteurs privés, et enfin, les officines privées en charge de la distribution au stade du détail.

A. Les intervenants du secteur pharmaceutique public :

On rappellera que l'organisation depuis le début des années 1980 était fondée sur une séparation fonctionnelle des différents segments : production, importation, distribution de gros, distribution de détail. Si le segment spécialisé à l'importation (ENAPHARM, ENCOPHARM et ENOPHARM) était le premier à disparaître face à la concurrence qui lui a été imposée par le secteur privé, le segment de distribution, de gros et de détail, a pu résister et se maintenir jusqu'aux années 2000. Aujourd'hui, le secteur pharmaceutique public n'est présent que sur le segment production représenté par SAIDAL et ses filiales. Ce groupe a pour objet de développer, produire et commercialiser des produits pharmaceutiques à usage humain et vétérinaire.

B. Les producteurs et importateurs privés :

Si, à l'origine, la production et l'importation de produits pharmaceutiques étaient un monopole exclusif de l'État, confié à des entreprises publiques, l'ouverture de ce secteur d'activité a suscité le privé à s'engager dans la production et l'importation de médicaments. C'est ainsi que plus d'une centaine d'importateurs seront agréés par les autorités sanitaires au début des années 1990, sur la base d'un cahier des charges.¹² A noter que le ministère de la santé publique aurait recensé en Juin 2011 quelques 50 unités privées de production, certaines achevées et entrées en production, d'autres encore en construction. Le nombre des importateurs privés est, quant à lui, estimé à 139 importateurs en 2010 contre 44 intervenants en 2004 et 62 en 2002. La part de marché de chacun de ces

¹¹ Art. 169 de la loi n° 85°-05 du 16/02/1985

¹² Arrêté N° 46 du 07 Octobre 1998 fixant le cahier des conditions techniques de mise sur le marché des produits pharmaceutiques importés et destinés à la médecine humaine

importateurs est très inégale, une quinzaine d'entre eux concentrant près de 90% du chiffre d'affaires.

C. Les grossistes répartiteurs privés :

Ils sont chargés de l'approvisionnement grossiste des différentes officines à travers le territoire national. Ils sont environ 590 grossistes en 2010 autorisés par les services du ministère de la santé publique. Leur activité est régie par les dispositions de l'arrêté N° 59/MSP du 20 juillet 1995 fixant les conditions d'exercice de l'activité de distribution en gros des produits pharmaceutiques. Ces grossistes répartiteurs assurent une fonction régulatrice essentielle et constituent des vecteurs importants pour l'accessibilité aux médicaments. Il n'existe pas d'informations précises et publiquement accessibles sur ce réseau de grossistes répartiteurs, sur sa structuration et sur les tendances de son évolution. Cependant, le nombre d'intervenants à ce niveau paraît trop important au regard de la taille du marché national. Avec près de 600 grossistes, le contrôle du marché du médicament constitue une tâche difficile pour les services de contrôle.¹³

D. Les officines privées :

Le nombre des officines pharmaceutiques privées, chargées de la distribution au détail des médicaments à usage humain, connaît une croissance rapide au cours des dernières années. De 1.936 officines privées recensées en 1991 (contre 1018 officines publiques), la couverture est passée en 2001, selon le ministère de la santé publique, à 4.587 officines privées (contre 989 officines publiques) pour atteindre, selon l'UNOP, environ 8000 officines en 2010. Cette augmentation du nombre des officines privées témoigne d'une croissance modeste mais néanmoins réelle de la consommation de médicaments, de même qu'elle témoigne de besoins latents encore plus importants qui pourraient se faire jour à la faveur d'une efficacité renforcée du système de remboursement.

2. La régulation du marché des médicaments :

La régulation du marché des médicaments passe tout d'abord par la régulation des prix. Les prix des médicaments étant administrés (dans la plupart des systèmes dont l'Algérie), les marges de ventes doivent être équitables en faveur des génériques. Le tarif de référence est également jugé, par les expériences pionnières, comme un outil efficace à la baisse des prix qui convergent vers les prix des génériques. Le rôle du pharmacien dans la promotion des médicaments génériques est conditionné et renforcé par la jouissance de droit de substitutions mais aussi par des incitations financières encourageantes. Toutes ces mesures et d'autres participent théoriquement à la promotion des génériques.

2.1. Fixation des prix des médicaments :

Les prix des médicaments, en Algérie, sont administrés. Ceux-ci sont généralement établis en fonction du coût calculé et de la situation du marché. On doit tenir compte de la portée santé publique du produit étudié. Le calcul du coût généralement comporte le coût de la production (matière premières, formulation, conditionnement, assurance de la qualité, frais administratifs généraux, etc), le coût de la découverte, de la recherche et du développement (y compris les redevances afférentes aux brevets et au savoir faire), le coût de la distribution (y

¹³ A titre comparatif, la France, qui compte une population deux fois plus importante que l'Algérie et enregistre quatre fois plus de pharmacies, trois grossistes seulement détiennent 90% du marché français.

Marché des médicaments génériques en Algérie : Quelle régulation pour quelle promotion ?

compris le stockage, le transport, la promotion, le service lié à la clientèle et les frais administratifs généraux) et le coût de la fourniture (y compris les dépenses techniques administratives). Les principaux éléments des coûts suscités peuvent être calculés sous la forme de montants fixés ou en pourcentage du prix. Pour calculer le prix des médicaments, il faut connaître si les médicaments sont importés, s'ils sont fabriqués localement et si les matières premières et /ou ingrédients sont importées ou fabriqués localement.

Le prix des médicaments, en Algérie, est déterminé par le MSPRH (Ministère de la Santé Publique et de la Réforme Hospitalière) en ce qui concerne le prix FOB (Free On Board) et le PCSU (Prix Cession Sortie Usine) et par le Ministère du Commerce pour le PPA (Prix Public Algérien). Avant 1996, les prix des médicaments étaient ceux des PHARMS. En 1996, a été mis en place l'obligation d'enregistrement des médicaments pour obtenir le CLV (Certificat de Libre Vente) pour pouvoir commercialiser ses médicaments et les prix des médicaments étaient calqués sur ceux des PHARMS. En 1998, a été créée, par arrêté ministériel, le comité technique d'enregistrement¹⁴ au sein duquel est étudié le prix à la soumission; étude de l'intérêt thérapeutique et étude de l'intérêt économique. Depuis 2005, les prix des médicaments sont déterminés conformément aux dispositions prévues par l'arrêté ministériel n 137/MSPRH/MIN du 18 Octobre 2005 portant organisation et fonctionnement du comité économique. Le comité est constitué de représentants des structures du MSPRH (direction de la pharmacie, finances, planification), LNCPP et du représentant des experts cliniciens.¹⁵

La mission de fixation des prix des médicaments dévolue au comité économique concerne les médicaments fabriqués en Algérie (fixation du prix PCSU exprimé en DA), les médicaments conditionnés en Algérie (fixation du prix FOB, exprimé en devise, et du PCSU, exprimé en DA) et les médicaments importés: fixation du prix FOB. La méthodologie de fixation des prix consiste à l'étude de la documentation économique relative au produit soumis à l'enregistrement et confrontation avec le prix proposé par l'opérateur. La proposition de prix est transmise sous forme d'une fiche détaillant la structure de prix.

Tableau 1 : Exemple de structure de prix à l'importation

Désignation	Coût
Prix FOB	10 Euros
Assurance et Fret	10 DA
Prix CAF	1010 DA
Taxe 2,5%	25,25 DA
Droits de douane 5%	50,50 DA
Prix de revient	1085,75 DA
Marge de grossiste (10% du prix CAF pour un prix de revient > 150 DA)	101 DA
Marge pharmacien (20% du prix CAF+marge grossiste pour un prix de revient > 150 DA)	222,2 DA

¹⁴ Le comité était composé du : Directeur de la pharmacie, S/Directeur de l'enregistrement, Directeur Général du LNCPP, Coordinateur des experts cliniciens, Coordinateur des experts analystes, Coordinateur du comité des prix, 04 experts médicaux.

¹⁵ Ministère de la Santé de la Population et de la réforme hospitalière (MSPRH), Direction des Produits Pharmaceutiques (DPH), Hafed Hamou, *Fixation des prix des médicaments en Algérie*, 2011.

Marché des médicaments génériques en Algérie : Quelle régulation pour quelle promotion ?

SHP (Supplément Honoraire Pharmacien)	2,5 DA (si médicament de la liste A ou B)
PPA (Prix Public Algérien)	1411,45 DA

Source: Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), Direction des Produits Pharmaceutiques (DPH), Hafed Hamou, « Fixation des prix des médicaments en Algérie », 2011.

Pour calculer le prix PPA des médicaments importés, il faut convertir le prix FOB en DA au taux de change du jour de l'importation auquel s'ajoute le coût de l'assurance et du fret; ce qui permet de calculer le prix CAF (Coût, Assurance et Fret). Les marges grossistes et pharmaciens sont calculées à partir du prix CAF.

Tableau 2: Exemple de structure de prix à la fabrication

Désignation	Coût
Matières et fournitures	134,66
Autres matières	8,20
Services	5,60
Frais du personnel	17,20
Impôts	1,50
Frais financiers	3,00
Frais divers	3,80
Amortissements	1,98
Autres charges incorporelles	6,20
Prix de revient	182,14
Prix unité commercial	200,35
PCSU	220,39
Gros	242,43
Officine	266,67
Prix public	320,00
SHP	2,50
PPA	322,50

Source: MSPRH, Hafed Hamou, Op.cit

Les prix fixés ne sauraient être en tout état de cause supérieurs aux prix pratiqués dans le pays d'origine du produit, aux prix pratiqués dans les pays de vente du produit et aux prix pratiqués dans les pays de la région, notamment Maghreb/Euro méditerranée.¹⁶ Il est également tenu compte du statut du médicament (nouvelles molécules, apports thérapeutique et SMR, médicament essentiel, stratégique, premier générique ou générique existant déjà, etc.), de la nature du produit (fabriqué ou conditionné en Algérie ou bien importé), de la forme du produit (matière première, pré mix, vrac, etc.) et du prix des médicaments comparables déjà commercialisés.¹⁷

2.2. Régulation des marges de vente en gros et détail:

¹⁶ Ministère de la Santé de la Population et de la réforme hospitalière (MSPRH), Direction des Produits Pharmaceutiques (DPH), Hafed Hamou, « Fixation des prix des médicaments en Algérie », 2011.

¹⁷ Ibid.

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

A. Marge de production :

Elle est plafonnée au taux unique de 25%¹⁸ assise sur le prix de revient hors taxes. Ce dernier intègre l'ensemble des charges liées au processus de production, à savoir les charges d'exploitation (matières et fournitures, services, frais de personnel, impôts et taxes, frais financiers, frais divers, dotation aux amortissements) ainsi que les charges hors exploitation (résorption des frais préliminaires, provisions pour dépréciation des stocks et créances, pertes de change effectives). Ainsi le prix de production sera construit comme suit : Ensemble des coûts de production ou prix de revient hors taxes + 25%.

B. Marge de conditionnement :

Elle est plafonnée au taux unique de 10%, assise sur le prix de revient hors taxes. Comme pour la production, ce dernier intègre l'ensemble des charges liées au processus de conditionnement. Aussi le prix d'un produit conditionné sera calculé comme suit : Prix de revient hors taxes +10%.

C. Marges de distribution :

Les marges applicables aux médicaments importés en vue de la vente en l'état sont plafonnées à des taux dégressifs en fonction de la valeur CAF de chaque produit. Elles sont fixées comme suit : La valeur CAF coût assurance et frais s'obtient par addition au prix FOB du prix coût du fret et des assurances. Elle est déterminée selon la valeur réelle du produit sur la base de pièces probantes (factures, documents). Le prix de revient se calcule comme suit: Prix CAF + droits de douane (5%) + frais d'approche dont le montant est plafonné à 2,5% de la valeur CAF des marchandises (frais d'opérations, de déchargement, de levage, de manutention, d'emmagasinage, de transit, de transport du port ou aéroport au centre de stockage, d'éventuelles surestaries).

▪ Marges de distribution de gros : institution de taux dégressifs fixes entre 20% et 10% . La marge de vente en gros s'obtient par application du taux de marge correspondant à la valeur CAF = CAF x taux de marge gros. Le prix de vente en gros s'obtient comme suit: Prix de vente en gros = prix de revient + marge de gros.

▪ Marges de distribution de détail : institution de taux dégressifs fixes entre 50% et 20%. La marge de vente au détail s'obtient par application du taux de marge correspondant au prix de vente en gros, soit prix de vente en gros x taux de marge de détail. Prix de vente au détail public = prix de vente en gros + marge de détail + un supplément honoraire pharmacien (SHP)¹⁹ .

¹⁸ Cette marge est passée de 20% à 25%.

¹⁹ Qu'on demande de le faire passer de 2,50DA et de 1,50DA à 3 DA et 2 DA selon la catégorie des médicaments.

Tableau 3: Marges de distribution des médicaments en Algérie

Avant 1998		A partir de 1998			
Prix des médicaments	Marges de gros	Marges de détail	Prix des médicaments	Marges de gros	Marges de détail
0-200 DA	17%	40%	Jusqu'à 70DA	20%	50%
200,01- 400 DA	12%	30%	70.01 à 110DA	15%	33%
400,01 - 600 DA	10%	22%	110.01 à 150DA	12%	25%
600,01 DA et +	7%	17%	+ de 150DA	10%	20%

Source: <http://www.mincommerce.gov.dz/fichiers08/margmedfr.pdf>

Les fourchettes de prix sont déterminées par référence au prix de revient hors taxes à la production pour les médicaments fabriqués localement, au prix CAF (coût, assurances et fret) pour les produits importés et destinés à la revente en l'état et au prix de revient hors taxes du conditionnement au niveau local des médicaments.

Quant aux marges de gros, elles sont assises sur le prix de cession sortie-usine pour les médicaments fabriqués localement, sur le prix CAF (coût, assurances et fret) pour les médicaments importés pour la revente en l'état et sur le prix de cession sortie-usine pour les médicaments conditionnés localement. En cas de transactions entre grossistes, la marge de gros est répartie à hauteur de 50 % pour le grossiste importateur et 50% pour le grossiste répartiteur dans le respect des marges plafonds. Les marges de détail quant à elles, elles sont assises sur le prix de vente, hors taxes, au stade de gros des médicaments. Le montant des services honoraires pharmaciens (SHP), accordé aux pharmaciens détaillants, est fixé à 2,5 DA pour les médicaments inscrits dans la liste I, (ex-tableaux A et B), et à 1,5DA pour les médicaments figurant dans la liste II (ex-tableau C) de la nomenclature des médicaments arrêtée par le Ministre chargé de la Santé. De plus, les prix de détail dépendent de la TVA appliquée sur les produits pharmaceutiques qui varie sensiblement d'un pays à l'autre. En Allemagne, en Autriche et au Danemark, c'est le taux de TVA standard qui est appliqué, alors que les autres pays ont adopté un taux de TVA spécifique inférieur au taux standard.

2.3. Le tarif de référence (TR):

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 d'augmenter la consommation des génériques, baisser les prix des médicaments et ralentir l'évolution de la dépense en produits pharmaceutiques.¹ Le principe de la politique est que 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'assuré.

L'Algérie a mis en place cette politique depuis avril 2006. 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.

2.4. Le droit de substitution:

La promotion des médicaments génériques dépend aussi des droits du pharmacien à substituer le générique au médicament prescrit. 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. La plupart des pays, dont l'Algérie, accordent ce droit de substitution. Néanmoins, dans certains pays, le droit est limité à l'accord du médecin et c'est une pratique encore interdite en Angleterre, Norvège, Autriche, Grèce et Irlande. Les clauses du droit de substitution sont que, premièrement, la substitution doit être faite au sein d'un même groupe générique. Deuxièmement, le prescripteur ne doit pas s'y être expressément opposé pour des raisons particulières tenant au patient. Enfin, la substitution ne doit pas entraîner de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie.

En Algérie, le pharmacien d'officine jouit d'un droit de substitution, que lui confère la législation. En effet, en 1992, le Décret 92-276 portant le code de déontologie algérien stipule dans son Article 145 que "Le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre "essentiellement similaire" et sous réserve des dispositions de l'article 144²⁰, il ne peut en changer ni la forme ni le dosage". Ce droit est mis en vigueur en Algérie à partir de 2006. Par ailleurs, la promotion du générique en Algérie souffre d'un dysfonctionnement du système de marges. Les marges en pourcentage n'encourage pas le pharmacien à substituer les princeps par les génériques.²¹ L'Etat devrait faire du pharmacien un vrai partenaire avec un rapport gagnant-gagnant. Le système de marge devrait favoriser les médicaments les moins chers tout en préservant l'intérêt économique du pharmacien en augmentant par exemple la marge des médicaments génériques à faible prix.

2.5. Incitations financières:

Des mesures d'encouragement à la prescription et à la vente des médicaments génériques, notamment ceux fabriqués localement, ont été prises par l'Etat algérien. Dans ce sens, le partenariat est encouragé avec les médecins. Ils bénéficient d'une majoration de 20% quand il s'agit du médicament générique et d'une majoration de 50% pour les médicaments de la production nationale.²² Également, le versement des majorations et autres incitations financières aux officines pharmaceutiques au titre de la dispensation du médicament générique et des produits fabriqués en Algérie ;

- 15DA pour chaque médicament générique délivré par le pharmacien à la place du princeps;
- 10% de majoration du montant de l'ordonnance en faveur du pharmacien qui délivre pour tous les médicaments prescrits des produits génériques;

²⁰ Art. 144 : Le pharmacien doit faire une analyse de la prescription, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, visant à éliminer toute erreur éventuelle de posologie, de contre indication ou d'interférence médicamenteuse passée inaperçue et en avisant, si nécessaire, le prescripteur qui modifiera sa prescription. Si cette dernière n'est pas modifiée, elle ne peut être honorée que si le prescripteur le confirme par écrit. En cas de désaccord, et s'il le juge nécessaire, il doit se refuser à le faire, et en avisant la section ordinaire régionale.

²¹ En Algérie : marge en pourcentage. En France : marge en valeur. Exemple pour illustrer cette anomalie : Algérie : princeps : prix public 1000 DA marge pharmacien : 166,67 DA générique : prix public : 400 DA marge pharmacien : 66,67 DA. France : princeps : prix public 1000 DA marge pharmacien : 166,67 DA générique : prix public : 400 DA marge pharmacien : 166,67 DA. Le pharmacien ayant la même marge en valeur avec le générique, va encourager ce dernier, en revanche en Algérie, la marge du princeps étant près de 3 fois plus importante que celle du générique, le pharmacien a tout intérêt à donner du princeps.

²² Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, "Présentation des réformes en cours en Algérie en Matière d'assurance maladie", 2011, pp18-19.

– 20% de majoration du montant de l'ordonnance en faveur du pharmacien qui délivre pour tous les médicaments prescrits des produits fabriqués localement.²³

De même, le régime fiscal algérien en faveur du pharmacien d'officine prévoit une réfaction de 50% sur le chiffre d'affaires relatif aux ventes des médicaments dont la marge brute est comprise entre 10% et 30%. Le chiffre d'affaires relatif aux médicaments dont la marge bénéficiaire est inférieure ou égale à 10% est exonéré de la TAP (Taxe sur la Valeur Ajoutée) c'est le cas des médicaments destinés aux maladies chroniques.²⁴

2.6. Interdiction d'importation des médicaments fabriqués localement :

La volonté de développer une industrie pharmaceutique nationale a toujours suscité la réflexion des autorités publiques et les inciter à adopter le modèle d'industrialisation par substitution aux importations permettant au pays de produire lui-même ce qu'il importe à l'origine tout en se mettant en situation d'indépendance par rapport aux pays d'où il importait. A cet effet, en 1997, a été instaurée pour la première fois l'obligation aux importateurs d'investir. Ainsi qu'en 2002, une liste de 128 médicaments interdits à l'importation a été publiée dans le cadre de l'encouragement de la production locale. Malheureusement, cette politique des médicaments en Algérie est vouée à l'échec. La facture d'importation du médicament n'a cessé d'augmenter. L'obligation faite aux importateurs d'investir dans le pays ne fonctionnait que comme une simple barrière bureaucratique ; Une fois le délai fixé arrivé à expiration, certaines firmes ferment et renaissent sous un autre nom, ce qui prouve l'inefficacité de cette décision administrative. Quant au niveau de la production pharmaceutique locale, il est resté marginal. De plus, le marché a été sujet à de graves pénuries et ruptures de stocks de médicaments.

L'inefficacité de telles mesures et les négociations de l'adhésion à l'OMC et la signature de l'accord avec l'UE, a incité le gouvernement algérien à faire marche arrière en 2005 en redéfinissant dans un arrêté paru au Journal Officiel du 12 juin 2005 les règles régissant l'importation en Algérie des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine. Ses principales mesures sont la levée de l'obligation de production locale, l'autorisation de nouveau de l'importation de médicaments produits localement, la distribution exclusive des produits pharmaceutiques par les importateurs auprès de grossistes répartiteurs et l'exclusivité d'importation.²⁵ Trois ans plus tard, les deux premières mesures ont été supprimées, en Octobre 2008, par l'interdiction à l'importation de tout médicament fabriqué localement (une liste de 1.000 médicaments) ainsi que la reprise de l'obligation d'investir. Cette décision trouve son origine, d'une part dans la croissance de la facture des importations (1,4 milliard de dollars en 2007 et près de 1,3 milliard de dollars pour les 9 premiers mois de 2008), et d'autre part, dans la décroissance de l'industrie locale qui ne tournait qu'à 20% de ses capacités. Cette initiative permettrait de réduire la dépendance du pays vis-à-vis du marché extérieur en développant la production locale, et de préserver la sécurité sociale en réduisant les prix des médicaments.

²³ Ibid , p20.

²⁴ Le chiffre d'affaires relatif aux médicaments dont la marge de détail est supérieure à 30% ne bénéficie d'aucune réfaction et imposable à la TAP sur la totalité.

²⁵ Lorsque l'importateur est lui-même fabricant de ses produits et dispose de sa propre filiale commerciale en Algérie, il doit être l'importateur exclusif de sa gamme de produits pharmaceutiques

3. Régulation du marché versus consommation des génériques : analyse et recommandations :

3.1. Analyse de la consommation sur le marché des génériques :

La consommation de médicaments en Algérie se répartit globalement à raison de 70% pour les ménages et 30% pour les établissements de soins.²⁶ La consommation par habitant varie entre 40 et 50 dollars²⁷. Elle continuera à augmenter encore plus, entraînée par la transition sanitaire qui fait en sorte que notre pays cumule aujourd'hui une double charge de morbidité ; les maladies transmissibles²⁸ qui perdurent et les maladies non transmissibles. Le taux de consommation des médicaments dépend 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 enfin des habitudes culturelles.

En Algérie, la consommation du médicament connaît une évolution soutenue, particulièrement au cours de ces dernières années, induite par l'accélération de l'offre de soins à travers notamment la réalisation d'infrastructures sanitaires, leur extension et la formation du personnel de santé. Cette consommation a été encore favorisée par l'urbanisation et l'industrialisation, l'élévation du niveau de vie de la population, la gratuité des soins dans le secteur public et le remboursement des soins pour plus de 80% de la population couverts par la sécurité sociale.

3.1.1. Les médecins face aux génériques :

Bien que le patient soit le consommateur final du médicament, c'est le médecin prescripteur qui est considéré comme le décideur principal du choix du médicament. Pendant la période d'exclusivité du brevet, les médecins prescrivent nécessairement le médicament du laboratoire innovant, le princeps, et se familiarise avec son nom. Il semble donc que le comportement de prescription des médecins est lié aux effets d'habitude. D'autant plus que le nom générique est plus long, moins familier et plus difficile à retenir que le nom de la marque du princeps. De même, la longueur du nom de la molécule affecte négativement la disposition des médecins à prescrire en Dénomination Commune Internationale (DCI), c'est-à-dire à rédiger le nom chimique de la molécule au lieu de son nom de marque. La prescription d'un médicament générique requiert aussi que les médecins s'informent sur la posologie exacte du générique, sur les excipients et leurs interactions potentiels avec d'autres molécules. Ainsi, le médecin doit connaître la disponibilité d'alternatives génériques sur le marché.²⁹

Nous savons que le seul avantage d'un médicament générique par rapport au princeps est son prix moins onéreux. Or, le médecin est, généralement, pas concerné par ce différentiel de prix, réduisant ainsi substantiellement l'élasticité-prix des médicaments de prescriptions.

²⁶ Ambassade de France en Algérie, « le marché du médicament en Algérie », mission économique, 04/12/2006.

²⁷ Il s'agit d'un indice moyen comparativement aux pays africains, 7 dollars, et aux pays européens 400 dollars en moyenne.

²⁸ Celles soumises à vaccination et d'autres dues à la dégradation persistante de l'hygiène du milieu.

²⁹ Il s'agit ici du rôle que doivent jouer les délégués médicaux des laboratoires génériqueurs auprès des médecins pour faire connaître leurs gammes de produits et inciter ainsi les médecins à prescrire en nom de génériques.

A cet effet, dans le cadre de l'encouragement de la consommation des génériques, les médecins prescripteurs en noms génériques, en Algérie, perçoivent une majoration de 20% à 25% du montant de l'ordonnance. Par ailleurs, il semble que cette mesure n'a pas donné les résultats escomptés puisque le taux de prescription en nom de générique reste faible par rapport à l'ensemble prescrits d'une même molécule. Ce constat est confirmé par l'enquête effectuée par le Centre National de Pharmacovigilance et Matérovigilance (CNPM) entre Juin et Décembre 2009 auprès de polycliniques et salles de soins; le pourcentage de médicaments prescrits en noms génériques représente 23,13%. Dans une autre enquête effectuée par le même centre, concernant la prescription des antibiotiques en noms génériques ; sur 2433 prescriptions, les génériques représentent en moyenne 31,6%.

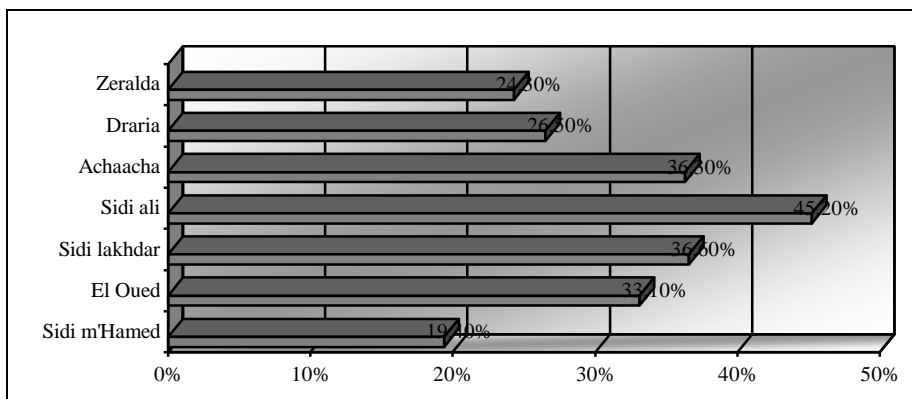


Figure 1: Taux de prescription des antibiotiques en noms génériques

Source : Construit par l'auteur à partir de : KHRIS CHAMI B et HELALI A, « prescriptions et dispensation des antibiotiques, et la prise en charge des malades en soins de santé primaire », journée mondiale santé, CNPM, 07 Avril 2011, p15.

3.1.2. Les patients et les génériques :

Le rôle du patient dans la sélection des médicaments, en tant que consommateur final ne doit pas être négligé. Tout comme les médecins, les patients peuvent développer des préférences pour des médicaments connus, déjà utilisés. Il paraît donc que la demande des médicaments par les patients peut être induite par des effets d'habitudes. C'est le cas, le plus souvent des personnes atteintes de maladies chroniques, soignés longtemps à un médicament de marque, qui expriment une réticence envers d'autres médicaments génériques auxquels ils ne se sont pas habitués. Cette raison explique, en partie, le faible taux de substitution des médicaments au niveau des officines. En effet, dans la même enquête précédente réalisée par le CNPM, le taux moyen de substitution est de 17,56%. Il est encore moins pour les antibiotiques où les patients sont plus réticents envers la substitution, voir un refus total dans le cas de la polyclinique de Sidi Ali à Mostaganem. Une exception est relevée à El Oued où les patients acceptent mieux, jusqu'à 45%, l'idée de substitution des antibiotiques de marque prescrits.

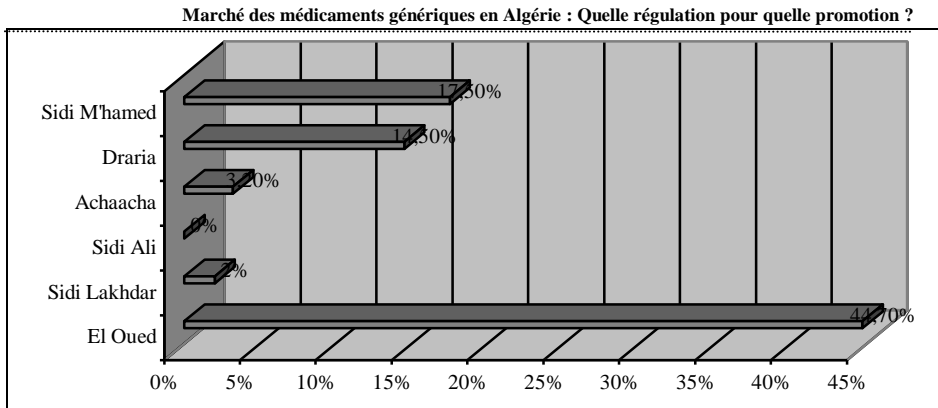


Figure 2: Taux de substitution des antibiotiques en Algérie.

Source : Construit par l'auteur à partir de : KHRIS CHAMI. B et HELALI. A, Op.cit.

3.2.Recommandations :

La consommation de médicaments génériques en Algérie est en “constante évolution” et touche, en 2010, plus de 30% des patients traités, alors qu’en 2008, elle ne dépassait guère les 10%. Cette évolution est attribuable aux campagnes de sensibilisation menées par les pouvoirs publics et les acteurs du secteur de l’industrie pharmaceutique et les différentes mesures prises par le gouvernement pour promouvoir la consommation du générique. Par ailleurs, cette consommation reste au dessous de la moyenne internationale faute de mesures de promotions suffisantes. Ainsi, des pistes de réflexion méritent d’être analysées.

Les efforts pour sensibiliser, convaincre et inciter au mieux les médecins à prescrire en noms génériques ou en DCI doivent être renforcés. Le prescripteur possède la connaissance. C’est donc lui qui a le pouvoir et le monopole du choix des médicaments à distribuer. Une question se pose: est-ce que le prescripteur possède la connaissance qui lui permet de faire le choix le plus judicieux ? Ce qui renvoie à déterminer les principales sources d’information sur les noms génériques disponibles sur le marché algérien à savoir la presse médicale, les congrès scientifiques et les journées de formation médicale continue, ainsi que les réseaux de visite médicale. Or, quel que soit le support, il apparaît que l’information dispensée est très dépendante des laboratoires pharmaceutiques. Ainsi, un répertoire national (ou bien local) des génériques, pour une disponibilité plus sûre, est indispensable aux médecins pour les stimuler à prescrire des génériques.

Aux contraires des médecins, les pharmaciens, propriétaires- gestionnaires d’entreprises commerciales à but lucratif, l’action ici n’est pas axée sur la sensibilisation, mais bien sur des incitations financières plus encourageantes. En effet, les taux de marges de vente progressifs avec le prix de vente des médicaments n’incitent guère le pharmacien à délivrer des génériques puisque leurs prix sont inférieurs aux prix des princeps. Donc, il faut penser à d’autres incitations financières qui permettent de combler les pertes des pharmaciens en chiffre d’affaires et augmenter le pourcentage des incitations financières sur la délivrance des génériques déjà mises en place. Il est également question d’assurer un système de distribution plus performant pour une plus large gamme de produits générique sur les rayons du pharmacien couvrant la majorité sinon la totalité des marques génériques de chaque

molécule (DCI), ce qui suppose l'indifférence du pharmacien aux remises de sorte qu'il soit peu sensible aux réductions commerciales obtenues lors d'achats massifs. Ainsi, la condition est liée aux incitations financières et marges de ventes.

En matière de politique de remboursement, l'application du dispositif de tarif de référence doit être élargie à tous les médicaments remboursables pour un résultat plus général et plus efficace de la baisse des prix.

Conclusion:

Le marché du médicament est très singulier puisqu'il se situe au croisement de la politique de la santé, de la politique industrielle et de la maîtrise des dépenses publiques. Les gouvernements des pays conscients de la menace qui plane sur leurs systèmes de santé essaient de réduire leur dépense, ce qui passe par la nécessaire régulation du marché du médicament.

En effet, le médicament générique est perçu depuis quelques années comme la solution idéale pour la réduction de la facture des produits pharmaceutiques et une alternative à leur importation. L'Etat algérien a mis en place une politique de promotion de génériques. L'objectif est, bien entendu, l'allègement de l'enveloppe financière consacrée annuellement à l'acquisition de ces produits auprès de fournisseurs étrangers. Toutefois, la promotion du générique reste insuffisante en Algérie. Cette politique pêche par certaines insuffisances qui freinent pour l'instant son succès. Ainsi, la réussite de la politique de l'encouragement du générique passe par l'implication des différents intervenants sur la chaîne du médicament à travers aussi bien le respect de la réglementation et l'encouragement à l'acceptation des génériques que la sensibilisation à tous les niveaux.

Bibliographie:

1. « Point de situation relatif à la branche pharmacie en Algérie », *Bulletin mensuel du Forum des Chefs d'Entreprises* – n° 41, Novembre 2004, p1.
2. ABANE Bouchra, «Etude prospective pour l'installation d'une entreprise pharmaceutique étrangère en Algérie, cas : IINTENDIS filiale de BAYER. », Ecole des Hautes Etudes Commerciales (EHEC), Mémoire de licence en sciences commerciales, option Marketing, Juin 2010.
3. Ambassade de France en Algérie, « le marché du médicament en Algérie », mission économique, 04/12/2006.
4. BREKKE Kurt. R, GRASDAL A.L, HOLMAS T.H, «Regulation and pricing of pharmaceuticals: Reference Pricing or Price Cap Regulation? », *European Economic Review*, February 2009, volume 53, issue 2, p.170-185.
5. Chambre Algérienne de Commerce et d'Industrie <http://www.caci.dz/index.php?id=200>
6. DERKAOUI Boumediene, « Le groupe SAIDAL et ses perspectives de développement », *Algeria US Health Forum*, 08 Juin 2011.
7. DERRAJI Abderrahim, 'Droit de substitution: craintes et réalités', 2009.

8. DUMOULIN Jérôme, KADDAR Miloud et VELASQUEZ Germán, « Guide d'analyse économique du circuit du médicament », OMS, Genève, 2001, pp 10-11.
9. FRANC Carine et TRINQUARD Sébastien, « Tarif forfaitaire de responsabilité, quels impacts sur le pharmacien français ? », Novembre 2008, working paper, 20p.
10. JACOBZONE Stéphane, « Le rôle des prix dans la régulation du secteur pharmaceutique », Economie et statistique, n 312-313, Mars 1998, p35-53.
11. LOZACHMEUR Jean Marie et al, « Régulation des prix et politique de remboursement des médicaments », Institut d'Economie Industrielle, Septembre 2008, 25 p.
12. MARTIN Edouard et RUPPRECHT Frédéric, « Les enjeux du médicament générique », Economie et statistique, N°312-313, Mars 1998. p 55-66.
13. Ministère de la Santé de la Population et de la réforme hospitalière (MSPRH), Direction des Produits Pharmaceutiques (DPH), Hafed Hamou, Fixation des prix des médicaments en Algérie, 2011.
14. Ministère du Travail , de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, « Présentation des réformes en cours en Algérie en Matière d'assurance maladie », 2011, pp18-19.
15. TAOUFIK Jamal, « Médicament générique et droit de substitution », « 3ème Journée Pharmaceutique de TADLA AZILAL, Maroc, 02 mai 2009.
16. Union Nationale des Operateurs 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 européennes à l'entrée de l'Algérie à l'OMC », Septembre 2005, P 10.
17. ZIANI Lila et ZIANI Farida, « Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie », Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales, Université Abderrahmane MIRA Béjaia, p18.

Sites internet :

http://www.tsa-algerie.com/economie-et-business/un-marche-de-pres-de-3-milliards-de-dollars-domine-par-les-etrangers_12470.html

<http://www.saidalgroup.dz/historique.asp>

<http://www.endimed.com/>