

OUFRIHA FATIMA ZOHRA [*]

Etude des déterminants de la consommation de produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie

L'étude du comportement de consommation et de ses déterminants en matière de produits pharmaceutiques et de façon plus large en biens et services sanitaires, a enregistré ces dernières années, une avancée remarquable sous la poussée tant d'études empiriques que de réflexions théoriques et n'a pas manqué de toucher des pays en voie de développement même si c'est de façon embryonnaire et balbutiante.

1. Le point de départ est l'étude de la demande en biens quasi publics, qui vont attirer de façon croissante l'attention des économistes et à leur suite des économètres pour mieux mesurer et quantifier théories et hypothèses émises à ce sujet et mieux préciser les interrelations quantitatives entre les différents phénomènes.

C'est ce qui explique la forte tendance à appliquer les instruments de l'analyse économique et économétrique à l'étude de biens et services appartenant, en tout ou en partie, au secteur public et/ou dont le prix ne se forme pas ou que très partiellement sur le marché. En particulier les biens de consommation collectives et tous ceux dont une large partie relèvent du "hors marchand", bref tous les biens tutélaires.

Tel est le cas pour les biens de consommation comme la santé et au sein de cette dernière des multiples objets d'étude qui en font partie. Le médicament qui constitue un des postes les plus importants des consommations médicales est privilégié parce qu'il se prête plus aisément que d'autres rubriques de cette consommation à l'analyse économique et plus récemment économétrique. Etant donné par ailleurs qu'il relève d'une branche industrielle précise, en dépit de ses spécificités et des caractéristiques intrinsèques de sa production et de sa distribution, il n'en obéit pas moins de façon plus large aux lois d'un marché qui le plus souvent prend des caractéristiques d'oligopole et une extension géographique très large. Il semble avoir donné lieu jusqu'à présent aux plus grands nombres d'investigations voire des prises de position tranchées. Le fait qu'il donne lieu à de forts flux d'exportations et d'importations au plan mondial, en fait le point de focalisation d'enjeux considérables.

Bien que l'Algérie soit, parmi les pays à revenu intermédiaire, un gros consommateur de produits pharmaceutiques, largement importés (à concurrence de 80 à 90 %) dont l'expansion a été très forte durant les fortes années de croissance économique - et qui semble se maintenir à

un niveau très élevé en dépit des difficultés de paiements extérieurs - on dispose finalement de très peu d'études à cet égard (quelques mémoires de Magister, quelques rapports de groupes d'études). Aucune qui soit d'ordre économétrique - et ce, quel que soit le domaine ayant trait à la Santé - parce que la discipline elle-même est relativement peu assise.

Aussi dans ce premier travail de quantification des déterminants économiques de la consommation de produits pharmaceutiques nous partirons de la deuxième enquête de consommation des ménages. Cependant, avant de procéder à ce travail, nous essaierons de mieux préciser les soubassements théoriques de telles analyses quantitatives.

En effet, nul n'ignore que ces questions ont été abordées selon une double optique d'ensemble. La première qui consiste à considérer l'investissement humain destiné à ces activités par rapport au rendement escompté, tandis que la seconde s'inspire directement de la démarche adoptée jusque là pour l'étude du secteur privé et s'attache à déterminer une fonction de demande, en général, à partir de la théorie de l'utilité. La désignation et la mesure des variables significatives peuvent changer d'un auteur à un autre. L'analyse de la fonction de demande de santé à partir de l'approche du Capital Humain a très rapidement donné lieu à des modèles de demande de santé à partir de l'hypothèse que l'on peut considérer la santé comme un stock de capital durable qui assure une production de "bonne forme physique" pendant un certain temps. On suppose donc que les individus sont dotés d'un stock initial de santé qui se déprécie avec l'âge et qui peut être accru grâce à un "investissement" c'est-à-dire à une consommation de biens de santé et donc en particulier de produits pharmaceutiques.

Par ailleurs, les modèles économiques et économétriques à plusieurs équations parfois, incorporant une ou plusieurs fonctions de consommation semblent être relativement nouveaux dans le domaine de la consommation pharmaceutique, même s'ils ne le sont plus dans le domaine plus large des fonctions de consommation globale ou même de celles de produits sanitaires.

En effet, dans la mouvance générale, les méthodes d'évaluation statistique et économétrique qui semblent devenir de plus en plus sophistiquées et s'appuyer sur un certain nombre de procédures d'estimation (bayésienne, méthodes de regroupement de mesures opérées à partir d'ensembles différents de données ; la mesure des effets retardés, l'utilisation de systèmes d'équations au niveau des fonctions de consommation tant globales que spécifiques) se sont fortement développées. C'est dans ce cadre là que rentrent celles ayant trait au médicament.

Il est cependant le plus souvent, difficile de préciser si une méthode a été élaborée afin de résoudre un problème économique réel ou au contraire si un problème n'a pas été inventé afin de répondre à une méthode existante ! La multiplication voire la sophistication de certains travaux permet le plus souvent de prendre conscience de notre degré d'ignorance en ce qui concerne le comportement du consommateur en la

matière et de la nécessité de se livrer à des recherches accrues en s'appuyant sur l'apport d'autres disciplines en sciences sociales afin de combler nos lacunes.

Aussi de façon plus modeste nous tenterons dans ce travail de préciser les déterminants de la consommation pharmaceutique et de façon plus large médicale - en Algérie - en exploitant les données de l'Enquête de consommation des ménages de 1979-80.

I. LES DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA CONSOMMATION MEDICALE DES MENAGES

L'Enquête de consommation des ménages (qui n'a pas vocation à explorer la consommation médicale) ne saisit en fait que la consommation des biens et services "marchands" lesquels ne représentent qu'une faible partie de la consommation totale sanitaire, par suite de la forte publicisation et socialisation de l'offre. Les biens et services offerts dans ce cadre étant gratuits pour les ménages ne sont pas pris en considération à ce niveau. Aussi n'est-il pas étonnant qu'en termes de coefficient budgétaire les dépenses de santé ne représentent que 3,1 % du total des dépenses.

Un certain nombre de facteurs socio-économiques influent sur le niveau des dépenses de soins c'est-à-dire sur la consommation médicale. Ceux dont on peut mettre en relief l'influence sont les suivants :

1. L'influence du niveau de revenu

En fait l'information disponible ne permet point de l'appréhender. Cependant en faisant l'hypothèse que la dépense totale d'un ménage est proportionnelle à son revenu, on peut assimiler ce dernier aux précédentes. On se rend compte que la consommation moyenne par habitant suit une distribution fortement ascendante en fonction de la dépense totale (avec cependant une certaine variabilité traduite par l'allure de la courbe en dents de scie). Doit-on incriminer la qualité de l'information ou les caractéristiques de l'offre ? Les dépenses de santé sont fonction croissante des dépenses totales. Une hausse de revenu détermine bien une augmentation des quantités achetées et donc un déplacement de la courbe de demande à droite. Cependant l'augmentation des revenus détermine une augmentation plus que proportionnelle des dépenses médicales jusqu'à un certain niveau qui constitue un seuil à partir duquel elles semblent se stabiliser. Le manque d'informations statistiques ne permet pas de calculer des élasticités-revenus.

2. Le secteur d'habitat

La différenciation est nette entre le secteur urbain où la dépense moyenne atteint 72,2 DA et le secteur rural où elle n'est que de 55,2 DA. On ne peut imputer cet important écart à une cause unique mais un complexe de causes où jouent morbidité, niveaux de revenus, conditions de l'offre et comportement de la demande. Au delà de ce clivage majeur, on se rend compte que contrairement aux idées reçues ce n'est ni Alger,

ni les plus grosses villes qui semblent être les plus grosses consommatrices : ni en valeur absolue, ni bien entendu en valeur relative - mais les villes moyennes suivies des petites villes. L'interprétation est difficile, elle va de la remise en cause des résultats (biais introduits par les modalités de l'enquête) aux prééminences de l'offre publique en milieu urbain (consultations externes des hôpitaux et CMS publics et para-publics).

3. La taille des ménages

Les dépenses médicales moyennes sont fonctions décroissantes de la taille du ménage. Il y a donc un rapport inverse entre niveau de la consommation moyenne et taille du ménage, que l'on retrouve fréquemment par ailleurs. La taille du ménage n'étant pas véritablement explicative en elle-même, elle semble très fortement corrélée au revenu et à la CSP.

4. La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage

Etant donné que les ménages algériens regroupent souvent plusieurs actifs, la caractérisation et le classement à partir de l'activité du seul chef de famille introduit des biais.

Néanmoins, les niveaux obtenus et le classement qui s'ensuit n'en semblent pas trop affectés, si l'on considère que comme partout ailleurs ce sont les cadres qui, en valeur absolue, mais non en termes de coefficients budgétaires, se classent en 1^{ère} position, suivis des employés et ouvriers qualifiés, puis des patrons et professions libérales... La faiblesse du niveau de consommation des "indépendants" s'explique par la proportion d'agriculteurs et d'éleveurs, la rubrique "autres" comprend beaucoup de femmes, et d'inactifs, forts consommateurs.

L'automédication est surtout le fait des cadres, qui fréquentent le plus les spécialistes, les hôpitaux et les cures thermales ! tandis que les patrons et professions libérales se distinguent par leur plus forte fréquentation des généralistes - et que les ouvriers agricoles et les indépendants (pour les agriculteurs) enregistrent les plus faibles consommations médicales.

Notons qu'en termes de coefficient budgétaire : la catégorie supérieure ne consacre que 2,9 % de ses dépenses, contre 3,1 % pour la catégorie moyenne et 3,2 % pour la catégorie inférieure. La dispersion est faible alors. La catégorie socio-professionnelle étant celle qui combine et synthétise le mieux les caractéristiques qui influent le plus sur le comportement de consommation, c'est par rapport à cette dernière que devrait s'ordonner la réflexion et s'affiner les mesures.

II. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

L'Algérie n'est un gros consommateur de médicaments :

Son modèle de consommation semble alors "calqué" plus ou moins sur

celui du français lequel lui-même est déjà un gros consommateur. C'est

celui qui consomme, en valeur, le plus au Maghreb malgré les prix les plus bas.

1. Les dépenses de médicaments selon la tranche de revenu

Les dépenses en médicaments sont nettement plus liées à la tranche de revenu (en faisant toujours l'hypothèse que les dépenses correspondent strictement aux revenus) que celles de santé. De la même façon elles sont fonction croissante du revenu, et ce de façon plus proportionnelle jusqu'à un certain niveau (5 000 DA) où elles se stabilisent. (Elles tournent alors autour de 70 à 100 DA). On observe donc un phénomène de saturation. De la même façon que précédemment, les données ont manqué pour calculer des élasticités-revenus.

2. Le secteur d'habitat

Alors qu'un net clivage sépare l'urbain du rural en matière de dépenses de santé (77,2 DA contre 55,3 DA), il n'en est pas de même en matière de médicaments (49,72 DA contre 36,82 DA) et contrairement aux attentes, c'est dans l'urbain qu'on achète le plus de médicaments sans ordonnance (4,14 DA contre 2,67 DA). L'écart entre les deux types d'habitat (12,90 DA) semble faible. Doit-on l'imputer à des biais liés aux conditions techniques de l'enquête ou au contraire se retourner sur les conditions d'offre qui prévalent alors : une offre publique gratuite beaucoup plus forte dans l'urbain que le rural. Les différences selon le type d'habitat plaident pour cette seconde "explication" puisque au niveau du grand Alger, cette consommation n'est que 37,73 DA alors qu'elle est de 40,43 DA pour les grandes villes, 58,22 DA pour les villes moyennes et 50,91 DA pour les petites villes. Or, les plus grandes villes et la capitale en particulier abritent les CSP à haut niveau économique et culturel, qui consomment le plus.

2. La consommation de médicaments selon la CSP

On retrouve grosso modo la même "hiérarchie" en matière de consommation pharmaceutique qu'en matière de Santé puisqu'elle est décroissante en passant des cadres aux ouvriers agricoles. La consommation des agriculteurs et des ouvriers agricoles, inférieure à l'ensemble du rural pose problème. Ce sont les cadres qui pratiquent le plus l'automédication.

3. La consommation des médicaments selon la taille du ménage

Elle est inversement proportionnelle à la taille du ménage. En effet, il y a décroissance régulière et très forte : pour moins de 5 personnes elle est de 78,13 DA, elle passe à 50,32 DA pour 5 à 7 personnes et à 34,11 DA quand on dépasse 7.

4. L'influence des prix

Il a été impossible, là aussi, par manque de données de calculer des coefficients d'élasticité-prix. Cependant l'influence de ce dernier nous semble importante. Une façon indirecte d'en prendre une mesure a consisté à déflater l'ensemble des coefficients budgétaires en prix

constants de 1969. Le coefficient budgétaire des dépenses de santé passe alors à 15. Nous avons là une mesure indirecte de l'effet - volume de la croissance des dépenses de médicament. En effet ces dernières ont enregistré la hausse des prix la plus faible et ce, à partir d'un niveau de prix déjà très bas : 1,5 % par an de 1969 à 1984 contre 8,42 % pour l'ensemble des prix à la consommation. En 15 ans, les prix des médicaments n'ont augmenté que de 26 % contre 336,1 % pour l'ensemble des prix à la consommation.

Les prix maintenus à un niveau extraordinairement bas, vont provoquer un phénomène d'amplification de la demande globale en volume et donc de la "note" pharmaceutique au niveau de la balance commerciale.

Finalement il ressort clairement que :

- (1) - Le niveau du revenu du ménage détermine son niveau de consommation en médicaments.
- (2) - Il existe un seuil à partir duquel la consommation pharmaceutique croît modérément.
- (3) - La consommation moyenne de médicament est en forte relation avec la taille du ménage. Cette dernière est fortement corrélée avec les caractéristiques socio-économiques du ménage.

**CONSOMMATION : STRUCTURE DES DEPENSES DE SANTE
MARCHANDES**

		%	Par personne
<u>I. Bien</u>			
- Médicament sur ordonnance	710.107.480	60.44	42.2 65.54
- Médicament sans ordonnance	59.908.390	5.10	1.5
- Autres	27.200.650	2.31	
<u>II. Services</u>	377.708.090	32.15	20.7
TOTAL	1.174.924.610.100	100	64.4

Les dépenses des ménages en médicaments (marchands = 42,2 DA/an) par habitant. Les dépenses des ménages en médicaments représentaient 60 de la consommation médicamenteuse totale - la consommation totale de médicaments a été de 70,3 DA/habitant en 1979/80. On peut dire que la consommation marchande de médicaments représentait :

$$\frac{2.06 \times 65.54}{100} = 1.35\% \text{ du budget des ménages}$$

en fait: $3.1\% \times \frac{65.54}{100} = \%$ en valeur

$15\% \times \frac{65.54}{100} \%$ Si l'on élimine l'effet prix et donc en volume

VENTILATION DE LA RUBRIQUE SANTE HYGIENE

Désignation	Part dans le budget santé	Part dans la dépense totale	%
- Médicaments	13.44	437.9	65.53
- Appareils et matériels thérapeutique	0.48	15.5	2.32
- Soins et services médicaux	6.50	214.8	32.15
- Total bien et services santé	204.2	668.2	100
- Bien et art. de toilettes	10.19	331.8	--
Ensemble	30.7% 3.1%	1000	--

DEPENSE DE MÉDICAMENTS SELON SECTEUR D'HABITAT

	Urbain	Rural	Total (en dépense moyenne par personne)
- Médicaments sur Ordonnance	45.58	34.15	38.94
- Médicaments sans Ordonnance	4.14	2.67	3.28
TOTAL	49.72	36.82	42.22

LES DEPENSES DE MEDICAMENTS SELON LE NIVEAU D'URBANISATION

	Grand Alger	Oran - Annaba Constantine	Villes moyennes	Petites villes	Villages	Compagnes	TOTAL
- Médicament sur Ordonnance	34.11	35.75	54.22	46.29	33.37	34.27	38.94
- Médicament sans Ordonnance	3.62	4.68	4.02	4.62	5.23	2.30	3.28
TOTAL	37.73	40.43	58.22	50.91	38.60	36.57	42.22

LES DEPENSES MOYENNES DE MEDICAMENTS SELON LA C. S. P.

Cahiers du CREAD

Valeur moyenne par personne selon CSP	Cadres	Patrons et professions libérales	Employés ouvriers qualifiés	Indép.	Ouvriers spécialisés manoeuvres	Ouvriers agricoles	Autres	N.D.	TOTAL
- Médicament sur Ordonnance	48.98	48.72	44.07	36.25	36.05	24.25	43.78	39.76	38.94
- Médicament sans Ordonnance	5.04	1.87	3.57	2.95	3.90	2.26	3.22	0.55	3.28
TOTAL	54.02	50.59	47.64	39.20	39.95	26.51	47.00	40.31	42.22

LES DEPENSES DE MÉDICAMENTS SELON LA TAILLE DU MÉNAGE

	- de 5 pers.	5 à 7 pers.	+ de 7 pers.	TOTAL
- Médicaments sur Ordonnance	73.63	44.41	31.41	38.94
- Médicaments sans Ordonnance	5.30	5.91	2.70	3.28
TOTAL	78.93	50.32	34.11	42.22

LES DEPENSES PRIVEES DE SANTE SELON LA TAILLE DU MENAGE

	- de 5 pers.	de 5 à 7 pers.	+ de 7 pers	Ensemble
- En valeur absolue	178	108	79	96
- % De la dépense totale coefficient budgétaire	3.6%	3.1%	2.9%	3.1%
- Part de la catégorie	16.1	33.2	50.7	100

LES DEPENSES PRIVEES DE SANTE SELON LE SECTEUR D'HABITAT

	Grand Alger	Oran - Annaba Constantine	Villes moyennes	Petites Villes	Villages	Compagnes	Ensemble	Urbain	Rural
- Valeur absolue	113	115	137	114	85	75	96	--	--
	(5)	(3)	(1)	(2)	(6)	(4)			
- Rang en % de la dépense totale	2.7%	3.0%	3.5%	3.3%	2.8%	3.0%	3.1%	3.2%	3.0%
- Part de la C.S.P. dans le total	10.8	7.8	27.2	8.4	6.5	39.3	100		

LES DEPENSES PRIVEES DE SANTE EN FONCTION DE LA C.S.P.

	Cadres	Employés - ouvriers qualifiés	Patrons prof. libérales	Ouvriers manœu- vres	Indép.	Ouvriers agricoles	Autres	Non déc- larés	Ensem- ble
- Valeur absolue	145	115	114	92	82	59	104	122	96
- Rang	1	2	3	6	7	8	5	4	
- %0 de la dépense totale de la C.S.P.	3.2%	3.2%	2.6%	3.3%	2.8%	2.9%	3.3%	3.7%	3.1%
- Part de chaque C.S.P.	8.2	23.1	2.9	17.1	21.5	6.1	19.8	1.3	100

**DÉPENSES PRIVÉES DE SANTE EN TERME DE
COEFFICIENT BUDGETAIRE**

Catégorie supérieure	Catégorie moyenne	Catégorie inférieure	TOTAL
2.9	3.1	3.2	3.1

Catégorie supérieure : cadres (supérieurs et moyens) patrons employeurs et professions libérales.

Catégorie moyenne : indépendant non agricole - agriculteurs éleveurs indépendants - ouvriers qualifiés non agricole - employés coopérative.

Catégorie inférieure : Ouvriers spécialisés non agricoles -ouvriers agricoles.

**DEPENSES MOYENNES DE MÉDICAMENTS SELON LA TRANCHE DE
REVENUS**

Tranche de dépenses annuelles	Médicament sur ordonnance	Médicament sans ordonnance	Total médicam- ents	Total santé	Coeffici- ents budgétaires
800 DA	6.07	0.44	6.51	1.8	2.1
801 à 1 000 DA	16.05	1.04	17.09	36.8	4.0
1 001 à 1 200 DA	13.26	0.73	13.99	21.75	2.7
1 201 à 1 500 DA	19.33	2.08	21.41	37.2	3.2
1 501 à 2 000 DA	23.50	2.72	46.22	18	3.2
2 001 à 2 500 DA	31.78	3.01	34.79	56	3.3
2 501 à 3 000 DA	33.15	2.86	36.01	52.5	2.9
3 001 à 3 500 DA	37.74	4.35	42.09	65.2	3.1
3 501 à 4 000 DA	57.43	2.46	59.89	82.7	3.4
4 001 à 4 500 DA	57.71	4.59	62.30	23.9	3.3
4 501 à 5 000 DA	51.26	3.38	45.64	122.3	3.8
5 001 à 5 500 DA	65.97	9.87	75.84	119.4	3.2
5 501 à 6 000 DA	94.04	5.40	99.44	175.9	3.7
6 001 à 6 500 DA	67.83	4.53	72.36	115.3	3.1
6 501 à 7 000 DA	86.91	6.67	93.58	128.5	2.8
7 001 à 7 500 DA	66.45	5.88	72.33	198.9	2.6
7 501 et plus	85.97	6.11	92.08	199.3	2.3
TOTAL	38.94	3.28	42.22	64.5	3.1

Notes

[*] Professeur Agrégé I. S. E. - Alger - Directeur de

