

FATIMA ZOHRA OUFRIHA[\*]

## **Les perspectives d'harmonisation des systèmes de soins à partir de la branche pharmaceutique au Maghreb**

**Communication présentée pour le colloque de l'Association des Economistes du Maroc sur les perspectives scientifiques de construction du Maghreb – Rabat, Avril 1987**

La construction d'une économie maghrébine appelle un certain nombre de **"politiques communes"** : tarifaire, douanière, des changes... qui au minimum se doivent être des politiques d'harmonisation car ce sont des **"politiques cadres"** fixant les règles du déroulement de l'activité économique, soumise alors aux mêmes contraintes et qui fonctionnerait ainsi en complémentarité dans le double sens Est-Ouest et non plus seulement selon les axes "coloniaux" Nord-Sud qui, il faut le rappeler, ne sont point naturels – mais ont été construits et sont le fruit d'actions conscientes, délibérées de rattachement de nos économies sous forme dépendante et subordonnée au fonctionnement de l'économie métropolitaine.

Pourquoi ne nous attacherions nous pas à défaire, à lever patiemment ce qui reste de nos entraves et à poser les jalons nécessaires à une mutuelle et féconde complémentarité ? Ce qui suppose une volonté politique forte capable de transcender le contentieux politique algéro-marocain d'une part et d'autre part de mieux saisir les mutations en cours, lesquelles se caractérisent par la constitution de grands ensembles économiques. Aussi, dans le contexte actuel, la construction d'une économie maghrébine ne peut signifier que la **construction d'un système productif cohérent à l'échelle du Maghreb** et non pas seulement à l'échelle de l'un quelconque des Etats – lesquels se sont employés, il faut le dire, en ordre dispersé, à poser les jalons d'un système productif industriel et dont les agricultures ont été plus ou moins affectées, plus ou moins reconverties, se montrent plus ou moins "inefficaces" selon le type de spéculation et sa place soit dans la consommation alimentaire de base ou dans le modèle exportateur et donc une dépendance à l'exportation (et à l'importation) plus ou moins forte.

Cette construction coordonnée ne peut se faire que par **étapes successives** à partir d'un **existant**, dont il faudra apprécier alors les forces et les faiblesses d'une part et les possibilités de "raccordement" ou de complémentarité moyennant investissements

supplémentaires qui viendraient lever les goulots d'étranglement (ou les vides) éventuels.

Il nous semble, bien que nous n'en ayons pas fait l'inventaire exact, que les politiques d'industrialisation dans leur diversité, voire leurs antagonismes du départ, ayant privilégié des branches et des secteurs d'activités différents, ayant opté pour des choix technologiques non similaires ; les uns s'étant situés plus en amont, d'autres plus en aval dans la chaîne des transformations qui lient les matières premières au produit final ; se retrouvent finalement beaucoup plus **complémentaires** que concurrentes – les unes étant orientées vers la production de biens d'équipement ou intermédiaires, les autres plus vers les biens de consommation finale.

Les unes et les autres butant certes sur des maîtrises technologiques plus ou moins faciles à acquérir – mais ayant toutes aussi des problèmes de débouchés – c'est-à-dire si elles veulent utiliser l'intégralité de leurs capacités de production, si elles veulent se développer aussi : car seuls alors des marchés élargis peuvent "rentabiliser" et tout d'abord "permettre" c'est-à-dire autoriser l'utilisation de moyens de production conçus pour de grandes séries.

Sans compter que finalement les seules "valorisations" de nos matières premières – pour la disponibilité desquelles aussi nous sommes plus en situation de complémentarité que de concurrence : les uns étant grands producteurs de pétrole ou de gaz, les autres de fer ou de phosphates, permettent de **concevoir une industrie de biens d'équipements à l'échelle du Maghreb**, mais aussi des schémas hardis de transformations successives en des localisations soucieuses de mettre à contribution et d'utiliser toutes les potentialités, en termes de ressources naturelles mais aussi humaines ou tout autre avantage (à déterminer).

L'élargissement des marchés en cette période de crise où nous cherchons à "maximiser" nos exportations, à minimiser le coût de nos importations, peut être plus facilement réalisé intra-maghreb : les différentes économies n'étant pas en position de domination les unes par rapport aux autres – mais l'étant vis-à-vis de la C.E.E (ou du marché mondial capitaliste) qui ne cesse de progresser dans la construction d'une "Europe solidaire" alors que le "Projet maghrébin" se trouve toujours bloqué à l'étape zéro. La dimension des marchés étant un des points de butoir les plus importants pour l'implantation de nombreuses activités productives (le cas des biens d'équipement est peut-être le plus patent – mais beaucoup d'industries de biens de consommation qui ne peuvent se concevoir qu'à grande échelle) une libéralisation des échanges intra-maghreb pourrait être la première étape à organiser pour la constitution d'un vaste marché des produits – mais aussi l'extension des marchés des facteurs de production y compris celui du travail : peut-être que beaucoup de distorsions et de rigidités pourraient être levées par ce biais.

La construction d'une économie maghrébine constitue aussi une alternative possible de "sortie de la crise", et c'est peut-être en

fonction de la nouvelle donnée internationale, à prendre en considération<sup>[1]</sup> des expériences passées et présentes de développement : elle peut constituer la contrainte, en même temps que le catalyseur nécessaire qui a manqué durant les périodes "d'aisance" financière ou autres.

Cependant si la réflexion, même partielle, concernant les perspectives de construction du Maghreb a abordé plus ou moins les politiques macro-économiques d'ensemble dans leurs aspects "cadres" ou règles du jeu, si elle s'est penchée sur les possibilités d'harmonisation sectorielles, s'est très peu intéressée aux possibilités d'harmonisation des politiques sociales comme mise en place de mécanismes intégrateurs ; non pas uniquement les politiques sociales globalement appréhendées, mais aussi dans leurs aspects qui conditionnent le coût de la reproduction de la force de travail, c'est-à-dire dans ceux qui déterminent les charges sociales des entreprises et qui sont aussi un des éléments constitutifs de la compétitivité des entreprises (toutes choses égales par ailleurs) et donc peuvent être considérées comme règles du jeu, non pas de l'économie globale mais des entreprises, de la même façon que les politiques de prix ou les politiques salariales... sans compter que ces mécanismes intégrateurs peuvent jouer aussi au niveau de l'ensemble de la société ou de certains agents sociaux particuliers (la population active) : tel serait le cas des politiques d'éducation ou de santé par exemple.

Il est facile de voir comment peuvent jouer dans ce dernier aspect les politiques d'éducation – formation par l'homogénéisation des productions de connaissances, de qualification, de perception et d'attitudes devant le développement...

Concernant les perspectives d'harmonisation des politiques et des systèmes de santé elles peuvent s'appréhender à un triple niveau :

– Les modalités de prise en charge de la couverture sanitaire et d'appréciation de leurs résultats lesquels pourraient donner lieu à des coopérations, à des échanges de résultats de recherches qui dépasseraient le cadre strictement médical, certes utile et relativement développé ces dernières années, mais insuffisant pour analyser les "systèmes" en place et proposer des solutions aux problèmes qu'ils affrontent dans une perspective de mise en place de problématiques nécessaires à des politiques de santé mieux adaptées aux problèmes sanitaires de l'ensemble de la population.

– Un palier plus significativement du ressort de l'analyse économique concerne les modalités de financement de ces systèmes en particulier dans la partie ayant trait aux dépenses socialisées – budget de l'Etat – mais surtout Sécurité Sociale, dans la mesure où les cotisations de cette dernière sont assises sur les salaires – et constituent "des charges sociales" du point de vue des entreprises et un revenu indirect du point de vue des salariés.

– Enfin un aspect spécifique concerne la prise en considération des inputs matériels de la santé : médicaments, matériel bio-médical qui relèvent d'une politique industrielle sectorielle et donc peuvent être plus facilement l'objet d'harmonisation dans l'étape actuelle.

## I – Les systèmes de santé au Maghreb et leurs résultats

Dans la situation actuelle, c'est-à-dire compte tenu de toutes les mutations subies à ce niveau, et si nous voulons relever les points de convergence capables de fonder des politiques d'harmonisation de la couverture sanitaire – elles-mêmes basées sur ces réflexions et recherches tentant de montrer les voies d'une efficacité qui ne soit point partielle – (c'est-à-dire uniquement médicale) on pourrait mettre en avant les aspects suivants au-delà de la divergence des approches, des organisations et des moyens mobilisés.

1) La similitude quant **aux profils de morbidité observés** dans les trois pays, jusque et y compris dans leurs bouleversements récents – qui traduisent la similitude de substrats économique et social – version ancienne et moderne.

En effet, à la prépondérance et à la persistance des maladies "traditionnelles" transmissibles (conférer tableau de la structure de consommation pharmaceutique par classe thérapeutique) relevées de façon semblable et découlant des conditions de milieu en particulier d'hygiène, d'habitat et de nutrition, se superpose la multiplication récente et similaire des maladies liées au développement des formes de travail et de vie, de formes nouvelles d'urbanisation, de transport, d'industrialisation, d'accidents du travail, accidents de la circulation ou de façon large aux nouveaux modes de consommation (maladies cancérogènes et cardio-vasculaires).

On note aussi l'inégale exposition des différentes couches de la population, quoique à des degrés divers selon les trois pays, aux fléaux anciens lesquels ne peuvent être vaincus que si ne prévalent pas des attitudes strictement médicalisatrices, comme cela a été le cas jusqu'ici.

D'où une superposition paradoxale à plus d'un titre de pathologies, certes non uniques, mais présentant une certaine spécificité dans leurs connexions quant à l'aire maghrébine.

2) La similitude quant à **la démarche d'extension et de diversification** (en particulier dans le sens d'une plus grande technicisation et spécialisation) des systèmes de soins, selon des logiques non totalement réductibles l'une à l'autre, bien plus apparemment divergentes (avec au moins d'un côté celle du Maroc et de l'autre celles de l'Algérie et de la Tunisie qui présentent beaucoup d'affinités) encore qu'il faille aller au delà de certaines apparences formelles pour voir si des mécanismes plus subtils et plus fins (ne serait-ce que les "influences" de départ et celles s'exerçant de l'extérieur) n'ont pas pesé, et dans quels sens ? De quelle façon elles ont modelé les logiques des principaux acteurs (corps médical en

particulier). Cependant, un fait patent domine celui de la très forte croissance tant des infrastructures sanitaires, publiques et privées, que des personnels de santé dont les modalités d'insertion pour n'être pas identiques dans les trois pays n'en présentent pas moins des similitudes, au moins au niveau de l'Algérie et de la Tunisie – quant aux rapports avec l'Etat, et les différents types de statut qui leur ont été "consentis" ou qu'ils ont imposé – sans compter que des problèmes se posent actuellement pour les trois pays quant aux capacités d'absorption des flux des nouveaux diplômés alors que subsistent par ailleurs des pénuries : pénuries localisées spatialement qui font pendant aux nouveaux types de pléthore...

De plus, dans les trois pays et à des degrés différents certes, cette croissance des systèmes de soins s'est faite de façon extensive, ce qui soulève alors le problème général de leur fonctionnement plus intensif par ailleurs, utilisation ou combinaison des facteurs de production et de l'ensemble des inputs qu'ils mobilisent – et en particulier des produits pharmaceutiques.

### **Tableau n° 1**

#### **Comparaison des consommations pharmaceutiques par classe thérapeutique en Algérie et au Maroc**

**Algérie** : profil des consommations pharmaceutiques : pour l'année 1982 et établi en quantités de médicaments délivrés par les structures centrales de la P.C.A aux secteurs sanitaires et aux officines :

- anti-infectieux : 23,7 %
- les médicaments du système nerveux y compris les anti-inflammatoires : 10,5 %
- les médicaments de la peau et des muqueuses : 9,3 %
- les médicaments à usage ORL et OPH : 8,5 %
- les médicaments des voies respiratoires : 7,8 %
- les médicaments gastro-duodénaux : 7,4 %
- les vitamines : 5,7 %
- les hormones et substituts : 4,5 %
- les cardio-vasculaires : 1,8 %

Par forme pharmaceutique, toujours en unités de vente les comprimés viennent en premier (57 millions d'U.V) suivis des injectables, des sirops, des suppositoires.

**Maroc** : les classes thérapeutiques "Vedettes" : 50 % des ventes selon *Afrique Médecine Santé* sont :

- les antibiotiques : 20 %
- les anti-inflammatoires : 5 %
- les anti-tussifs : 5 %
- les antalgiques : 6 %
- les anti-ulcéreux : 3 %
- les anti-diarrhéiques : 3 %
- les toniques : 3 %

Le tableau précédent donné à titre indicatif ne doit être interprété comme décalque réel des structures de morbidités tant diagnostiquées qu'objectives. La connaissance des profils de consommation par classe thérapeutique mérite d'être mieux cernée pour mieux préciser leur rapport à la morbidité compte tenu de leur inflexion par les pratiques de prescription, par celles d'auto-consommation, lesquelles se fondent elles-mêmes sur les modalités de formation et d'information du corps médical et du public. Les morbidités réelles ne pouvant être mises en évidence que par des études épidémiologiques lesquelles permettent tant une meilleure connaissance des prévalences, incidences... des différentes pathologies ainsi que des chaînes de causalité où intervient tout l'environnement socio-économique.

3) La similitude quant à **la relative médiocrité de leurs performances sanitaires** – au vu des moyens et des ressources mobilisées – appréciées en termes de niveaux de santé : même si l'on se limite aux seuls indicateurs que l'on considère sur le plan mondial comme étant les plus significatifs des résultats de l'activité d'un système de santé : mortalité infantile et taux d'espérance de vie à la naissance, ou que l'on prenne en considération la place des maladies transmissibles dans la pathologie d'ensemble ou qu'enfin on se rende compte que trop de pathologies qui nécessitent des prises en charge collectives le sont de façon bien insuffisante (santé mentale, handicapés, accidentés de la route...).

Ceci, en dépit de structures divergentes quant au niveau de la protection et de la socialisation de la dépense – mais qui semble résulter d'une similitude quant aux conceptions de la santé développées lesquelles se réduisent fortement à des médicalisations plus ou moins accentuées (en fonction des modalités de financement de la dépense de consommation médicale).

4) La similitude quant aux formes de dépendance extérieure révélée par la forte **externalisation des conditions de reproduction des systèmes de soins** dont certains inputs significatifs proviennent largement de l'extérieur : médicaments, matériel bio-médical, prestations de maintenance – sinon matières premières, licences et know-how nécessaires à la formulation pharmaceutique. La forte externalisation des conditions de fonctionnement prenant aussi forme de recours à des personnels spécialisés étrangers malgré les pléthores partielles qui commencent à se manifester mais surtout d'envois pour soins spécialisés aux hôpitaux étrangers<sup>[2]</sup>.

Sans que l'on puisse se prononcer de façon définitive sur la nature du processus en cours et de l'articulation qu'il met en place au niveau des systèmes de soins, en bref, de leur caractère passager, non permanent et qui serait la traduction d'un phénomène conjoncturel lié à la mise en place des systèmes ou au contraire de leur caractère durable et structurel... et ce, d'autant que les trois pays semblent s'être dotés d'équipements médicaux sophistiqués et de plateaux techniques "qui n'ont rien à envier aux pays développés et d'un personnel médical de niveau international"<sup>[3]</sup> qui semblent

cependant faiblement utilisés mais pour des raisons totalement différentes. Si T. Lethu dans l'article précité met en avant le problème de la généralisation de la couverture sociale comme préalable à l'accès aux soins en général et donc le problème du financement de la médecine non résolu qui joue comme frein au Maroc, on ne peut dire qu'il en soit de même en Algérie où le problème de l'accès aux soins a été levé, par financement collectif, lequel n'empêche pas toutefois la manifestation de sous-utilisations de ce type d'appareillage qui constituent un des aspects des surcoûts que nous nous attachons à analyser pour l'Algérie[4].

En tout état de cause, nous remarquons que dans les trois pays, les C.H.U. sont conduits parfois à des prestations de "dispensaires" provoquant des encombrements de services et des entraves de fonctionnement, et que ce sont eux les ordonnateurs des "évacuations sanitaires à l'étranger" ! : curieux paradoxe.

5) Aussi n'est-il pas étonnant que dans les trois pays, même si c'est à des degrés divers et sous des formes différentes, se manifeste actuellement une crise du financement des systèmes de soins en place, suite en particulier mais non exclusivement, à la forte extension des dépenses occasionnées – crise révélée et aggravée par le contexte économique global même si ces sources peuvent être endogènes aux systèmes.

C'est ainsi qu'en Algérie la crise actuelle du système de financement est essentiellement une crise de la forme socialisée du financement qui affecte en premier lieu les hôpitaux. Cette crise était inéluctable et ce, malgré l'extension considérable des ressources prélevées sur les Entreprises et les Ménages via la Sécurité Sociale obligatoire et généralisée, et mises à la disposition du système, et ce, du fait des taux de croissance enregistrés depuis 1974 (mise en place de la gratuité) et qui, en toute hypothèse, ne pouvaient être reconduits tels que – d'autant et ceci est plus grave que son efficacité endogène, (par rapport à la logique d'un système de soins) et exogène : par rapport à la pertinence de la réponse apportée aux problèmes majeurs de santé publique (malgré des efforts incontestables et considérables) reste faible et que des mécanismes de sélection-hiérarchisation des problèmes à prendre en charge n'ont pas été prévus, ni une gestion efficace conçue à cet effet. On peut dire la même chose pour le Maroc à quelques variantes près sur ce dernier point – cependant la crise de financement du système de soins y est totalement à l'opposé de celle de l'Algérie puisque, au contraire, seulement 13 % de la population bénéficie de la couverture médicale et du tiers payant[5] et que pour lui se pose le problème de la généralisation de la couverture sociale et donc de son financement – pour éviter le sous-emploi à terme et la survie de ces coûteuses réalisations[5] le problème étant alors non pas de créer de nouvelles infrastructures mais d'en ouvrir l'accès au plus grand nombre.

Après la phase "d'euphorie", les aspects économiques et financiers en viennent à tenir la première place dans la préoccupation des responsables publics, obligés d'un côté de penser et de mettre en

place des mesures de rationnement des dépenses publiques et de façon plus large des dépenses socialisées, à défaut ou en attendant des stratégies de rationalisation dans le sens d'une plus grande cohérence d'ensemble, d'une intensification accrue et d'une meilleure utilisation des infrastructures et des personnels obligés de l'autre côté à poser le problème d'une extension de la couverture qui ne s'est pas faite au même rythme que le développement des infrastructures. Les systèmes présentant par ailleurs des analogies quant à l'articulation secteur public – secteur privé – au delà de la dimension de chacun d'entre eux et de la dimension de l'ensemble.

Mais les manifestations de cette crise peuvent être appréhendées à bien d'autres niveaux : difficultés d'insertion (voire chômage) dans des structures publiques ou privées des nouvelles et fortes promotions de médecins etc....

Il y a là quelques jalons, quelques points de repère que des travaux d'économistes, de sociologues, de démographes, de médecins n'ont pas manqué de poser et d'analyser ces dernières années, même si la confrontation des résultats de recherche et des réflexions n'en est pas aussi avancée que dans d'autres disciplines (médecine, pharmacie...) qui développent des échanges réguliers intra-maghrébins ou même au sein propre de ces disciplines concernant des champs d'investigation qui leur sont plus spécifiques ou qui ont été investis de façon plus intensive.

## **II – Modalités de financement des systèmes de soins, charges sociales et compétitivité des entreprises**

Du point de vue macro-économique, nous savons qu'il existe des règles de fonctionnement tributaires de ce que nous avons appelé précédemment les politiques cadres mais aussi des règles de fonctionnement plus spécifiques aux entreprises publiques et privées et qui déterminent au moins partiellement leurs résultats en valeur : ce sont par exemple les politiques des prix absolus et des prix relatifs, les politiques salariales, les politiques sociales etc...

Concernant ces dernières et en liaison avec les politiques de santé ou de façon plus large des politiques de protection sociale intervient le poids relatif du salaire indirect, lequel appréhendé du point de vue des entreprises représente les charges sociales auxquelles elles sont légalement soumises par le biais des cotisations sociales obligatoires en général, pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.

Nous ne voulons pas entrer dans le débat sur le rôle réel des niveaux de protection sociale quant à la productivité du travail et quant à leurs effets (positifs ou négatifs : comment ? combien ?) sachant par ailleurs que cette dernière résulte de tout un complexe de facteurs. Nous ne voulons pas non plus soulever le point de savoir qui supporte en dernière analyse ces "charges", car à ce niveau la distinction est purement formelle, en tout état de cause, elles sont



toutes prélevées sur l'Entreprise et à ce titre, constituent un coût de production directement associé au coût salarial, lequel de ce fait, peut être plus ou moins élevé et influencer sur le degré de rentabilité, c'est-à-dire de compétitivité des entreprises. Il est indéniable, qu'à productivité égale, le niveau des charges sociales influe nettement sur leurs résultats en valeur. Or les systèmes de soins peuvent être financés par trois sources principales distinctes : financement propre par les ménages – financement par le biais du Budget de l'Etat (dans lequel participent tous les agents économiques par le biais de l'impôt) – financement par la Sécurité Sociale – qui met en jeu les salariés et les entreprises en particulier celles qui emploient beaucoup de travail si les cotisations sont assises sur les salaires. Les trois sources pouvant être combinées dans des proportions différentes propres à chaque système de soins et donc ne retentissent pas de la même façon sur le résultat des entreprises.

Force est de reconnaître alors que les trois pays ont choisi des combinaisons totalement différentes de ces trois sources de financement. Seule la troisième modalité a un impact direct sur les entreprises (la deuxième ayant un impact indirect et moins grand dans le cas de système entièrement budgétisé) et sa participation est décroissante en allant du Maroc à l'Algérie (où elle atteint son maximum) en passant par la Tunisie. De plus, il faut dire que non seulement cette source a été privilégiée [6] mais que, au fil des ans, on a aggravé la pression para-fiscale sur les entreprises.

Il s'ensuit que la socialisation du financement des dépenses de santé – qu'elle s'appuie sur les mécanismes budgétaires ou ceux de la Sécurité Sociale (mais seuls ces derniers nous intéressent ici) et donc l'alourdissement des taux de cotisations prélevées à cet égard sur les entreprises, la pression qu'elles subissent de ce fait, n'est pas du même ordre de grandeur dans les trois pays : donnée qu'il faudrait prendre en considération dans les politiques d'harmonisations sectorielles. Cette prise en charge collective et de façon redistributive des dépenses occasionnées par la reproduction de la force de travail, si elle s'exerce à l'aveuglette peut produire des effets économiques aussi pervers que les socialisations trop partielles et trop restrictives... Nous ne donnerons que quelques points de repères susceptibles de situer les niveaux de divergence quant aux financements antérieurs et les points de convergence possibles à partir de la nature des crises de financement relevées précédemment.

En Algérie, l'important secteur public gratuit qui fonctionne sous le régime de la sectorisation est financé à 80 % par la Sécurité Sociale qui touche l'ensemble des salariés, lesquels représentent plus de 80 % de la population active et de leurs ayants droit très extensivement entendus et ce, par le biais du "forfait hospitalier" auquel elle est assujettie, via une procédure de budgétisation, qui a permis le désengagement progressif de l'Etat de 1974 à 1986 (inversion complète des parts respectives dans le financement des secteurs sanitaires [7]).

La libération incontrôlée de la demande, la suppression des mécanismes de "rationnement", l'extension même du secteur a nécessité des sommes très fortement croissantes pour le fonctionnement. Aussi, malgré l'extension et la généralisation de la Sécurité Sociale – obligatoire – suite au puissant mouvement de salarisation – les cotisations assises sur un salaire (pour une part relevant de l'employeur et pour une part du salarié lui-même) initialement plafonné à 800 DA ont été insuffisantes à cet effet. D'où un premier relèvement du plafond de cotisation à 2000 DA – et à partir de 1983 un déplafonnement intégral du salaire soumis à cotisation, accompagné d'une augmentation globale du taux de cotisation porté alors à 29 % – dont 14 % [8] (5 % étaient à la charge du salarié) du fait des Assurances Sociales c'est-à-dire de la couverture sanitaire d'ensemble. Cette dernière comprenant outre la gratuité du secteur public, les remboursements à l'acte au niveau du secteur privé – et les envois pour soins à l'étranger.

Ainsi donc, une masse considérable de ressources a été mise à la disposition du secteur sanitaire dont le marché a été ainsi rendu "solvable" et dont l'extension a été forte suite à la généralisation de la salarisation – c'est ce qui explique l'importance de ce marché non seulement en soins et services mais aussi en biens médicaux (médicaments, matériels, produits consommables etc...).

Quel en a été l'impact au niveau des entreprises ? Comment sont perçues ces "charges" à partir du moment où, répudiant la démarche précédente d'internalisation de tous les coûts sociaux à l'entreprise – on met en place "l'autonomie des entreprises publiques" auxquelles on demande par ailleurs d'être compétitives ? La question a été posée rarement encore à ce niveau, mais de façon plus globale en termes de charges salariales "trop importantes" dont on a rendu responsables en premier lieu les sureffectifs. Il est évident que si les entreprises se lancent dans l'exportation – quelle soit hors ou intra Maghreb, elles ne manqueront pas de mettre en avant cet aspect qui les pénalise fortement, et ce même dans une simple perspective de "conquête" de leur propre marché interne, ou les coûts engendrés de ce fait.

Le Maroc, avec une population active nettement supérieure à celle de l'Algérie (5 millions contre 3) à population similaire – mais moins fortement salariée n'a procédé que de façon très partielle à la socialisation des dépenses de soins. C'est ainsi que les deux principaux organismes de sécurité sociale qui sont de création récente (C.N.C.P.S en 1963 et C.N.S.S en 1961), ne comptent respectivement que 650.000 [9] et 500.000 affiliés qui y adhèrent librement. Du point de vue des entreprises, il n'y a aucune contrainte d'obligation pour la première qui joue en fait le rôle de Mutualité facultative.

De 1984 à 1987/88, les cotisations affectées à la Santé dans le cadre de la C.N.S.S sont calculées sur un taux de 1,5 % de l'ensemble des rémunérations et sont exclusivement à la charge des employeurs. A partir de cette date, ce taux est passé à 2,4 %.

C'est ce qui prévaut aussi à la C.N.C.P.S et il est calculé sur la base d'un salaire plafonné à 840 DA/an dans les deux cas.

De par la modicité de la couverture sociale et donc, de la socialisation de la dépense de santé au Maroc, c'est, au contraire, le problème de la généralisation de cette couverture qui se pose dans un but d'extension du marché tant des soins que des biens médicaux – puisque l'industrie pharmaceutique s'y heurte à un problème aigu de débouchés et que, par ailleurs, "les malades ne profitent pas des possibilités que pourraient leur offrir des hôpitaux publics maintenus en l'«état»<sup>[10]</sup>. Notons que les hôpitaux qui constituent le secteur public sont financés par une grande partie – mais chichement – sur le budget de l'Etat. En d'autres termes, il y a sous-utilisation du potentiel productif tant au niveau système de soins que de l'appareil de production pharmaceutique.

D'où la revendication – par le président de la C.N.C.P.S – de la modification du paiement à l'acte lequel joue comme mécanisme de rationnement d'autant plus dirimant que le degré de couverture et donc les possibilités concrètes de se faire rembourser sont peu généralisées et qu'il faille faire au préalable, l'avance des sommes nécessaires à toute prestation médicale.

Cependant, le financement d'un fonds de garantie aux soins, préconisé par le même directeur, ne s'appuierait pas sur des ressources prélevées sur les entreprises mais essentiellement de taxes parafiscales du type impôt indirect sur la consommation de certains produits (alcools, tabacs) – sur les polices d'assurances, sur le produit des contraventions aux règles du code de la route), des subventions des collectivités locales (au titre des certificats d'indigence délivrés) enfin une contribution de solidarité des citoyens prélevée à la source (?) c'est-à-dire un impôt affecté.

La Tunisie, sur laquelle nous n'avons pas eu d'éléments précis, semble plus proche du cas algérien tout en ayant su éviter ses extrémismes (?)

Il s'ensuit donc que les charges pesant sur les entreprises sont radicalement différentes quant à leur niveau. Or, dans une perspective d'harmonisation de l'économie et l'exemple de la C.E.E nous le prouve : il est nécessaire de prendre cet aspect, au delà des modalités particulières de financement ou de distribution de soins – dans le sens d'un alignement, surtout en période de crise, et que la compétitivité des entreprises à l'exportation est en jeu.

### **III – L'articulation système de soins-système productif par l'industrie pharmaceutique et perspectives d'harmonisation**

La façon dont est articulé un système de santé au système productif national et en particulier l'industrie – qui doit lui fournir un certain nombre de ses inputs est significative du degré d'autonomie et/ou de

dépendance vis-à-vis de l'extérieur. Dans la mesure où nous sommes en présence dans les trois pays, de systèmes de soins faisant largement appel aux médicaments et aux matériels bio-médicaux, ce type d'articulation est particulièrement révélateur. Qu'en est-il au Maghreb ? Cette question renvoie en fait aux politiques d'importation et aux politiques de production pratiquées à cet égard. Nous allons essayer de les caractériser succinctement à partir de l'industrie pharmaceutique.

## 1. Les politiques d'importation du médicament au Maghreb

Deux démarches [\[11\]](#) distinctes ont nettement prévalu jusqu'ici au Maghreb ;

a) La première démarche illustrée par la Tunisie et l'Algérie repose sur un comble central de l'approvisionnement du marché c'est-à-dire de l'offre s'appuyant dans les deux cas sur un monopole étatique à l'importation et à la distribution de gros des produits pharmaceutiques.

En effet, dès 1961, la Tunisie a institué un monopole sur les importations et la distribution de gros confié à une pharmacie centrale tunisienne et il en fut de même de l'Algérie en 1969.

Ce monopole accordé à la P.C.A en Algérie, a fortement influé sur les modalités d'approvisionnement externes du marché intérieur quant à la diversification des sources d'approvisionnement, quant aux techniques et procédures d'achat, de plus en plus marquées par la généralisation des appels d'offres lancés en nom générique qui, estime-t-on, permet d'améliorer les relations contractuelles au plan global.

Toutefois, cette dernière procédure n'est pas sans présenter des inconvénients car la rédaction de l'appel d'offre plus ou moins restrictive, plus ou moins précise – facilite ou pas – les soumissionnaires compétitifs, à produits fiables ce qui suppose aussi une bonne connaissance du marché international, et une capacité de contrôle technique très stricte.

Cette démarche se double dans les deux cas d'une action de restriction normalisatrice plus ou moins forte – de la gamme des produits offerts par le biais de l'établissement de nomenclatures relativement restreintes se voulant explicitement basées (en Algérie) sur les médicaments qualifiés d'essentiels par l'O.N.S et prenant appui techniquement sur la Dénomination Commune internationale (D.C.I) dont les avantages sont au moins au nombre de trois théoriquement :

– Elimination des associations dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée et dont un des mécanismes de multiplication réside tant dans la volonté de tourner les législations de contrôle des prix que dans l'obsolescence rapide (certains l'ont qualifiée de planifiée) des produits instaurée par les multinationales du médicament.

– Simplification et allègement de la gestion macro-économique de l'importation et de la distribution d'une gamme restreinte et donc de stocks moins nombreux, afin de pouvoir par là, procéder à des achats groupés en procédant à des appels d'offre internationaux sur des produits plus restreints, de plus grandes quantités et donc par là, d'obtenir de plus faibles prix grâce à un "bargaining power" qui serait de ce fait accru. Dans une perspective à plus long terme, cela permettrait d'envisager la production sur des séries plus longues, donc plus fiables.

- Finalement, ce sont essentiellement des considérations de réduction et de minimisation des coûts d'acquisition en termes de devises – dans une situation où la volonté de prise en charge collective de la dépense de santé ne peut être supportée par l'économie nationale, abstraction faite de son poids financier – qui priment et animent la démarche d'ensemble. Cette démarche préconisée par un certain nombre d'organisations internationales telles que l'O.M.S ou l'UNICEF, comme condition à une moindre dépendance, devait aussi, constituer le préalable nécessaire à une production autonome.

Cette politique volontariste supposait un certain nombre de conditions nécessaires au plan interne des pays qui allaient la pratiquer et en particulier une vision à long terme continue, s'appuyant sur des équipes compétentes et stables – pour pouvoir s'ajuster au moindre coût aux conditions du marché international, outre la maîtrise du marché interne. Elle supposait aussi, de faire la différence entre les prix externes, à minimiser et les prix internes qui ne devaient pas être forcément au plus bas niveau, sauf à mettre des mécanismes de régulation de la demande – par élimination des possibilités de gaspillages en agissant pareillement sur le type de conditionnement ? sur les volumes de stocks accrus par l'irrégularité ou la non fluidité des approvisionnements, sur les volumes de préemption... Bref, des mécanismes de "rationnement" autres que les prix – sinon son extension allait se faire de façon artificielle et dispendieuse pour l'économie nationale et contrecarrer les effets escomptés. Même dans l'hypothèse où l'on devait se contenter de contrôler l'offre et ne pas se lancer dans la production, il fallait prévoir des mécanismes de contrôle et de régulation de la demande parallèlement au contrôle de l'offre.

En effet, une politique de bas prix à la consommation de produits pharmaceutiques importés a joué de façon perverse de la même façon que pour les marchés réglementés, en particulier des céréales et qui affectent quasi de la même manière, les trois pays du Maghreb<sup>[12]</sup> :

– en encourageant la consommation de produits importés et livrés à bas prix à la consommation (en Algérie, la surévaluation du dinar va accentuer ce phénomène). Ce que nous avons analysé comme une subvention à la production extérieure au détriment de la production nationale dans le cas des productions céréalières.

– en décourageant la production nationale soumise à de trop faibles prix à la production – plus faibles que ceux de l'étranger – encore que ce ne soit par la seule cause de faiblesse de la production. D'où le jeu d'un **effet-volume** au niveau de l'importation<sup>[13]</sup> malgré son blocage central par le biais de l'A.G.I, laquelle va s'enfler plus que proportionnellement à la contraction des prix et ce, sous l'effet conjugué d'autres facteurs dont la croissance démographique et les distributions de revenus. Au plan global, la facture en devises va être, non pas amoindrie mais augmentée, et il faudra la crise des paiements extérieurs pour instituer un mécanisme de rationnement plus dirimant mais qui reste trop global. Finalement, cette politique appliquée sans précautions va pérenniser l'importation comme source d'approvisionnement principale du marché intérieur, puisque les deux pays (Algérie-Tunisie) importent à concurrence de 75 à 80 % ou 90 % en valeur selon les sources et les années du total des médicaments consommés. L'Algérie devenant un des plus gros marchés d'Afrique de ce point de vue.

Par ailleurs, l'activité de réglementation du marché tant au niveau des autorisations de mise sur le marché des médicaments et de leur production que des activités et professions médicales bien que marquée par certains schémas et procédures mis en place en France, s'est faite beaucoup plus contraignante et plus interventionniste, provoquant souvent des affrontements plus ou moins ouverts avec des professions dont les formations, les pratiques et l'idéologie ne se sont pas dégagées totalement du modèle bio-médical libéral.

b) La deuxième démarche illustrée par le Maroc est plus empreinte de libéralisme voire de pragmatisme dans la mesure où elle ne recherche pas systématiquement de restrictions à la nomenclature, ne rejette pas les laboratoires et reconduit tels que les grossistes répartiteurs qui de 6 en 1979 et 5 en 1975 (alors qu'ils ont été nationalisés aussi bien en Algérie qu'en Tunisie lors des créations des pharmacies centrales), lesquels constituent en même temps des importateurs directement couplés aux laboratoires fabricants (étrangers) ou à leurs filiales. Elle n'a pas cherché non plus systématiquement d'obtenir et surtout d'appliquer de très faibles prix à la consommation. Etant donné par ailleurs que le financement des dépenses de santé n'a été socialisé que dans une infinie proportion, le "rationnement" de la consommation qui en est issu, résulte donc tant de niveaux de prix (élevés), de niveaux de revenus (faibles) que de niveaux de socialisation (très faibles).

En fait, l'essentiel de l'effort s'est traduit par une politique de production accompagnée d'une intervention plus orthodoxe d'encadrement du marché directement inspiré de la pratique française : procédure d'autorisation de mise sur le marché du médicament, de fabrication, des prix des produits et des professions de santé.

## **IV – Les politiques de production pharmaceutique**

Là aussi et comme corollaire directe de la démarche d'importation, nous enregistrons deux types de démarches dont les résultats vont être divergents.

C'est le Maroc qui semble à première vue le plus dynamique et enregistre les meilleurs résultats en matière de politique de production interne. En fait, le Maroc va pratiquer une **politique d'import-substitution** qui n'est, en fait, qu'une politique de "montage" dans la mesure où elle ne s'attaque qu'au stade aval de la production (formulation et conditionnement) en encourageant la mise en place d'une production interne largement diversifiée (puisqu'elle se fonde sur la consommation telle qu'elle s'exprime à travers les prescriptions) s'appuyant sur des groupes privés étrangers et nationaux.

En effet, 18 sociétés sont implantées qui représentent 250 sociétés étrangères et commercialisent 3000 spécialités. Son implantation date de 1960, mais la production n'a commencé à être véritablement significative qu'à partir des années 70. Elle a été introduite par le lancement de la production, forme par forme, avec une restriction concomitante des importations.

On enregistre un grand dynamisme dans la production **[14]** : la consommation nationale est passée de 80 millions de DH en 1980 à 158 millions en 1986 soit un taux de croissance moyen annuel de 16,2 % (indice 197,5) la production couvre alors la consommation à concurrence de 80 % en 1974 puisque la meure proportion des formes y sont produites contre 15 % en 1965. Le président de l'Association marocaine de l'industrie pharmaceutique **[15]** estime que la maîtrise technologique s'améliore mais reconnaît que cette production dépend à 100 % des matières premières et d'une bonne part des articles de conditionnement importés.

De plus, à partir de 1986, cette industrie se heurte à une crise de débouchés : les ventes n'ont progressé que de 4 % en volume avec toutefois une augmentation en valeur de 15 % due au lancement de nouveaux produits plus chers. Ainsi donc, commence à se faire sentir une certaine forme de plafonnement de la production qui semble atteindre rapidement ses propres limites.

L'Algérie, dont la volonté industrialiste fut plus marquée, en particulier durant la période 1966-1978, ne développa que fort peu cette branche industrielle et dans une démarche totalement différente qui comporte deux volets. Elle s'employa tout d'abord à "contrôler" le capital étranger puis à le racheter : les usines de Biotic (1952-1953) et de Pharmal (1961-62) succursales de laboratoires français furent rachetées à 51 % en 1971 et à 100 % en 1976 – tandis que l'usine d'El-Harrach abandonnée en 1962 fut rénovée et remise en fonctionnement par moyens propres, et qu'une unité de recherche en médicaments et techniques pharmaceutiques (1975) a pour rôle la mite au point de médicaments génériques et l'assistance aux unités de production.

La gamme produite représente 200 présentations sur les 1800 que comporte la nomenclature nationale. Dans cette gamme, 6 produits sont fabriqués sous licence. La place occupée par cette production sur le marché est de 12 % en valeur et de 15 % en quantité en 1985, du fait que les prix de vente pratiqués sont encore plus bas que ceux des produits importés (minorés par ailleurs fortement par la surévaluation du dinar).

Ainsi donc, les entreprises furent soumises à des contraintes de production et de prix de cession directement connectées et étroitement subordonnées à la politique de socialisation de la dépense de soins. Le blocage des prix à la production ne fut propice ni à un grand dynamisme dans la production ni à une autonomisation plus forte.

Le deuxième volet traduit une visée plus ambitieuse et est représentée par la mise en place d'un complexe de fabrication d'antibiotiques à Médéa qui fut réceptionné en octobre 1987. Ce projet qui date du second plan quadriennal, a été mis en place selon la formule du clef en main et a enregistré un retard de planning de réalisation considérable, ainsi qu'une série de surcoûts de réalisation. Donc, difficultés considérables à ce niveau.

Le marché algérien compte tenu des facteurs qui ont joué concomitamment, est nettement plus étendu que le marché marocain (à population similaire) puisque la consommation par tête d'habitant y est de 140 DA en 1986 contre 65/70 DH au Maroc à la même date et qu'il a connu un taux de croissance moyen annuel de 16,5 % à partir de 1974 où la consommation per capita était de 47 DA. Le Maroc pour la même année enregistrait 17 DA per capita et donc un taux de croissance moyen annuel sur la même période de 24,8 % basé néanmoins sur une valeur absolue de départ extrêmement faible.

De plus, le montant en valeur absolue du marché algérien exprimé en DA est nettement sous-estimé du fait de la très forte surévaluation du DA. Le dinar algérien, contrairement au dirham marocain, n'ayant subi aucune dévaluation depuis sa création malgré la flambée des prix internes et donc la forte dépréciation de l'unité de compte nationale tant sur le plan interne qu'externe.

Entre 1974 et 1982[16], le nombre d'unités de vente[17] de médicaments en Algérie est passé de 87,7 millions à 379,9 millions, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 15,2 % [18] en quantité – ceci en faisant l'hypothèse que l'unité de vente est restée stable dans son contenu, il y a donc incontestablement un fort effet-volume. Ce fort effet-volume que l'on peut expliquer par plusieurs causes conjointes, forte socialisation de la dépense dans un contexte de forte croissance démographique, d'augmentation des revenus, de faiblesse des prix s'explique aussi et n'est que faiblement compensé par un effet-prix quant à son articulation externe[19].

En effet, "le prix de l'ensemble des médicaments consommés ne s'est accru que de 1,56 % par an de 1969 à 1984 contre 8,42 % pour



l'ensemble des biens et services" et que ce rythme d'accroissement des prix a été de 4,7 % (pour la période 1974-1984) pour un pays qui comme la France a particulièrement bloqué le prix de ses produits pharmaceutiques.

L'Algérie est donc un gros consommateur de médicaments et par conséquent un très gros importateur dont le niveau de consommation est similaire à celui du Portugal en 1983 (108 DA contre 120 DA) se rapproche de ceux des pays de l'Est (140 DA). (Ceci en sachant que des conversions par des taux biaisés peuvent être en deçà ou au delà de ces niveaux absolus).

La Tunisie dont nous n'avons pu avoir d'éléments précis semble avoir suivi la même voie que l'Algérie et obtenir les mêmes résultats. Sa consommation reste couverte à concurrence de 80 à 90 % par l'importation.

Enfin, signalons que dans les trois pays, nous retrouvons des instituts Pasteur qui participent à des degrés divers à la production de sérums et vaccins à usage humain et vétérinaire ainsi qu'aux milieux de culture. Si des mesures sont prises pour "assainir la gestion, diversifier la recherche et développer la production de vaccins" pour celui de Casablanca, l'Algérie s'est lancée dans la construction d'un nouveau et important complexe de production de vaccins et sérums de façon à pouvoir couvrir de façon large les pathologies infectieuses.

Par contre, dans les trois pays, l'ensemble des équipements et accessoires médicaux, les réactifs, les instruments, sont entièrement importés.

En effet, les biens à usage médical ne se réduisent point au médicament mais englobent une grande variété de produits (plus de 100.000 références semble-t-il plus ou moins massivement demandées) – certains plus difficiles et complexes à produire et donc nécessitant un haut degré de compétence.

Ils sont en général, classés de la façon suivante **[20]** :

- 1) Médicaments et produits voisins : sérums, vaccins, liquides de perfusion, produits galéniques, plantes médicinales, produits vétérinaires et additifs pour le bétail, antiseptiques.
- 2) Equipement de laboratoire : spectographie, optique, chromatographie élevée, centrifugeuses, analyseurs automatiques, verrerie, réactif, milieu de culture.
- 3) Pansements, coton, articles d'hygiène en cellulose.
- 4) Laits infantiles, produits d'alimentation spéciale.
- 5) Lunetterie et optique médicale, prothèses.
- 6) Gaz médicaux.
- 7) Equipement de diagnostic : radiologie. échographie, scanner, fibroscopie et appareils d'exploration, résonance magnétique.
- 8) Equipements médico-chirurgicaux ; salles opératoires stériles, équipements de réanimation et monitoring, reins artificiels,

stimulateurs cardiaques, cœurs et poumon artificiels, fauteuils dentaires, appareils d'orthopédie et de rééducation.

9) Instrumentation et accessoires ; fils chirurgicaux, seringues, gants et articles en caoutchouc, tensiomètres, glucomètres, ECG, films radiologiques, résines dentaires, accessoires orthopédiques.

10) Mobilier sanitaire et aménagement des locaux.

Seule la prise en compte d'un marché élargi au Maghreb et la mise en commun et la conjugaison des compétences et des potentiels au sein de chacun des trois pays peut permettre d'envisager d'aborder certains créneaux – ceux dont les productions sont les plus facilement maîtrisables techniquement d'abord, qui sont ceux aussi les plus largement demandés.

En fait, ce type de politique permettrait aussi une utilisation plus efficace du point de vue macro-économique des formations scientifiques dispensées aux pharmaciens sur fonds publics – cantonnés dans un rôle de simple distributeur, bénéficiant il est vrai, d'une rente de situation suite à l'organisation d'un marché de monopole au profit d'une profession (numerus clausus, autorisation de s'installer...) dont le rôle est à la limite parasitaire dans le contexte actuel des pays du Maghreb, lesquels ont mis en place de ce fait des couches sociales objectivement liées à l'accroissement de la consommation pharmaceutique importé !

A la lumière de cet exposé succinct, on peut se poser un certain nombre de "questions"[\[21\]](#) quant aux voies suivies et à leurs résultats qui peuvent déboucher sur autant de convergences à construire :

– La première concerne le degré d'autonomie conféré par l'une et l'autre voie : un pays est-il moins dépendant quant à la politique de santé qu'il veut suivre et à la disposition du médicament (ce dernier sous-tendant le système de soins) en se portant acquéreur sur le marché international des matières premières, inputs et know-how ou de produits finis ? Etant bien attendu que ce type de choix doit s'insérer dans les choix plus larges d'industrialisation. Quelle voie est finalement la plus onéreuse en termes de devises ? d'autonomie ?

Cette question se pose de façon tout à fait particulière dans le cadre du médicament si l'on prend en considération la configuration tout à fait spécifique du marché international, qui, au-delà de l'internationalisation du capital (les 25 premières firmes représentent 48 % du marché mondial) est marquée par la polarisation de la recherche (essentielle à ce niveau) et de la production des principes actifs par quelques monopoles qui s'exercent non de façon indiscriminée, mais sur des marchés fortement segmentés par classes thérapeutiques (ce qui accroît le degré de monopole par classe thérapeutique) – par une certaine tendance à la baisse des prix relatifs de certains produits de base, par une courte durée de vie des produits comme résultat d'une recherche sous-tendue par une volonté d'obsolescence rapide des produits.

La deuxième question a trait à la meure et aux modalités de la mise en œuvre d'une production interne : si on privilégie cette dernière à l'importation, de quelle façon doit-on la faire ? – Est-ce uniquement sur la seule base de la structure passée et présente de la consommation, c'est-à-dire en procédant uniquement à une politique d'import-substitution laquelle par les gammes de produits qu'elle implique, les séries qu'elle autorise ne permet point ni une forte production de séries longues dont les prix de revient pourraient être abaissés de ce fait ni de pouvoir passer à un degré d'intégration supérieur en la couplant avec les industries chimiques et les articles de conditionnement en particulier (et pourquoi pas aussi de collecte et de traitement des plantes médicinales) ce qui obligerait à repenser la place de la médecine empirique traditionnelle et des plantes dans les systèmes de soins actuels. C'est ainsi qu'actuellement le Maroc importe plus de 10.000 substances actives – essentiellement chimiques pour la fabrication de 1000 spécialités et 3000 présentations. A. Chaouqui est bien conscient qu'il n'existe de ce fait aucune matière qui justifie un investissement dans sa production pour une question de marché trop faible, de volume insuffisant et que les pays en voie de développement qui ont suivi cette voie n'ont pas eu de succès pour un besoin comparable[22].

Cette question des marchés se poserait de façon totalement différente dans un contexte maghrébin (le Maroc a la plus faible consommation per capita de médicaments des 3 pays du Maghreb).

La troisième question a trait au degré de maîtrise dans la production et au degré d'insertion intersectorielle possible ; résultent-ils plus facilement en visant une intégration horizontale s'appuyant sur la formulation des principes actifs et essayant d'inclure les différentes formes de conditionnement et d'emballage – ou au contraire en visant une intégration verticale en essayant de mettre en place toutes les phases d'élaboration – ce qui suppose une industrie chimique pour une ou quelques classes thérapeutiques (qui pourrait à partir de la pétrochimie déboucher sur la chimie fine).

La quatrième question peut se formuler ainsi :

Si l'on décide une production, doit-on la faire essentiellement sous forme de nom de marque ou sous forme générique, laquelle n'est soumise ni à brevet ni à licence.

Le développement du marché des génériques est l'un des phénomènes les plus importants qui ont marqué le secteur dans des pays comme les USA où il est apparu et où ces produits sont fortement impulsés par des associations de consommateurs face au jeu des Multinationales. Le marché du générique y représente 22,7 % du total des prescriptions et on estime qu'il atteindra probablement 26 % en 1989 et certains même vont jusqu'à 50 % en 1990. En toute hypothèse, il est actuellement l'objet d'une lutte acharnée entre grandes compagnies qui veulent en contrôler le marché. Il faut noter que l'on estime que les produits sous dénomination générique coûtent dans les 25 % de moins par rapport aux mêmes produits

vendus sous un nom de marque. Cet aspect, intéressant si l'on veut se lancer dans la fabrication peut, cependant, poser quelques problèmes si cet approvisionnement provient de l'extérieur : il exige un contrôle de qualité rigoureux sous peine de se voir imposer des produits médiocres par des laboratoires "pirates". Il est évident que l'on ne peut se lancer dans cette voie que si l'on dispose d'un bon capital de compétences pharmaceutiques formées et motivées à cet égard et non pas "perdues" dans la banale distribution de détail ce qui est actuellement le cas des 3 pays du Maghreb) – ce qui permettrait d'optimiser une formation longue et coûteuse pour la collectivité et qui, actuellement, ne remplit aucun des rôles techniques pour lesquels elle a été formée. C'est-à-dire que l'on puisse se dégager de l'emprise des laboratoires. On constate donc que la volonté explicitement exprimée dans les trois pays maghrébins, de promouvoir une production nationale du médicament, s'est appuyée sur des types de relations aux partenaires étrangers, aux voies et moyens utilisés et donc aux expériences et aux résultats réalisés totalement divergents : peut-être est-ce là un premier point de convergence vers une pré-appréciation critique des politiques menées jusqu'à présent.

Le Maroc a privilégié la formule de la concession à des filières étrangères dont les limites, bien connues maintenant, ont été particulièrement mises en relief[23] : nécessité d'importer totalement, de façon précontrainte, c'est-à-dire dépendance en matière d'acquisitions de substances actives, de matériels et autres inputs nécessaires à la fabrication des emballages – y compris l'intégralité du know how. Ceci résulte de la faible intégration intersectorielle – horizontale et verticale – suite à l'inexistence des secteurs amont à la production pharmaceutique (chimie) et à la faiblesse des secteurs connexes (verrerie, cartonnage etc...). D'où, là aussi, un transfert net de devises qui reste à préciser : en tout état de cause supérieur à 50 % puisque ce pourcentage représente uniquement celui de la matière première[24].

Mais surtout le pays n'avance pas réellement dans la maîtrise de la gamme des produits fabriqués (imposée de l'extérieur) et reste totalement subordonné aux stratégies des firmes étrangères quant aux gammes à produire et **donc au type de réponse apporté aux besoins de santé.**

Enfin et surtout, et c'est peut-être la voie la plus sûre d'une harmonisation fondée sur des contraintes objectives – abstraction faite des politiques et des idéologies – ce type de démarche se heurte rapidement à l'étroitesse du marché local. (Ce problème se poserait de la même façon pour les autres pays ce qu'exprime très nettement A. Chaouqui[25]. La faiblesse actuelle de la couverture sociale pour la maladie limite de fait la croissance du marché. La consommation moyenne actuelle par tête d'habitant est de quatre boîtes de médicaments pour une valeur de 70 DH en prix publics[26] "cette consommation par tête d'habitant s'avère être la plus faible en valeur de tous les pays d'Afrique du Nord"[26] et ce, "bien que les

prix pratiqués sur le marché marocain se situent au-dessous des prix français eux-mêmes très bas"[26] et ce, malgré les droits de douane et taxes à l'importation et la prédominance des petites séries en rapport avec l'étroitesse du marché[26]. (C'est nous qui soulignons). D'où, faible rentabilité de cette industrie qui réclame des mesures spécifiques d'encouragement étant donné que les matières premières importées représentent 50 % du coût fini[26].

Seul un marché maghrébin élargi pourrait permettre d'envisager un certain nombre de produits avec des séries rentables. De la même façon que seul un marché maghrébin pourrait autoriser une industrie chimique (et des industries de conditionnement spécifiques au secteur) laquelle est la source véritable de l'autonomisation de la production pharmaceutique.

Notons en sens inverse les difficultés de réalisation et de démarrage d'un complexe intégré comme celui de Médéa en Algérie, conçu "clef en main". De la même façon que précédemment, on commence à mieux connaître et donc mieux analyser les faiblesses et les pièges de cette modalité de réalisation industrielle qui écarte aussi, mais d'une autre manière, les compétences nationales de la voie de l'apprentissage et de la maîtrise et qui ne constitue pas la panacée que d'aucun ont voulu présenter en matière de rapidité d'une acquisition d'un processus industriel[27].

Notons que dans les trois pays maghrébins, on enregistre une forte élévation du niveau de consommation des produits pharmaceutiques – même si elle reste différenciée – que cette élévation semble dans les trois cas beaucoup plus imputable à l'action d'un effet-volume découlant de la croissance démographique de la socialisation fortement accrue de la dépense en Algérie et en Tunisie nettement moins au Maroc, de la forte extension du nombre des prescripteurs et des structures de soins accompagnée d'une plus large diffusion du modèle bio-médical – qu'à l'action d'un effet-prix suite aux blocages de prix qui, même différenciés, ne s'en exercent pas moins de façon forte dans les trois pays. Que cette extension n'en est peut-être pas à sa fin, si l'on considère que les niveaux moyens par habitant cachent des disparités régionales et sociales dues à l'inégal accès aux soins qui se retrouvent, quoique à des niveaux fortement différenciés et donc à des degrés et sous des formes différentes dans les trois pays.

Si l'on prend donc en considération l'ensemble du marché maghrébin et pour peu qu'un **minimum de consensus** puisse être établi **sur les dénominations** – ou sur une partie d'entre elles – qui ne pose pas de problème ce qui suppose d'accepter un minimum d'homogénéisation quant à la consommation. On peut envisager de façon tout à fait réaliste :

- Une ou deux unités polyvalentes de synthèse chimique pouvant produire une vingtaine de matières premières de base pour un tonnage tournant autour de 500 à 600 tonnes de matières premières disponibles sur place.
- Un certain nombre d'unités modulaires répétitives, flexibles,

- polyvalentes, pouvant permettre la fabrication d'une gamme de spécialités pharmaceutiques à l'intérieur de 2 modules de production
- les unités devraient être conçues de façon complémentaire et non concurrentes de celles qui existent dont on libérerait le marché.
- Une ou deux unités-pilotes d'extraction des plantes médicinales.
- Une ou deux unités vétérinaires de taille réduite.
- La création de centres chimiques et pharmacotoxicologiques.
- La création d'un ou deux laboratoires de **biotechnologies** (lesquelles ne sont pas orientées uniquement sur la santé, mais aussi sur l'agriculture) qui semblent être les technologies de l'avenir et qui, plus que tout autre aspect, nécessite la mise en commun des potentialités scientifiques.
- Des projets spécifiques quant aux articles de conditionnement à développer : verre, papier, carton, plastique.

On peut aussi envisager la coopération en matière de recherche opérationnelle sur les technologies appropriées[28] et la diffusion des échanges d'expériences – surtout à partir du moment où une diffusion incontrôlée[29] des nouvelles technologies de soins peut-être d'un coût exorbitant au vu des améliorations sanitaires produites.

Ce ne sont là que quelques points de repères – qui pourraient être systématiquement creusés si la démarche était adoptée.

## BIBLIOGRAPHIE

- "Afrique Médecine et Santé", *Le secteur de la santé au Maroc*, décembre, 1987.
- M. KADDAR, *Les politiques du médicament au Maghreb*, Note, 4 pages dactylographiées, 1987.
- *Pour une investigation du champ socio-économique de la santé*, Note.
- HELLALI, HAFFARERRAS, BESSEGHIR, *La consommation des médicaments en Algérie*, Séminaire sur le système national de la santé, M.S.P., Alger, 1982.
- M. ABIALA N'GOULOU, *La transférabilité des technologies pharmaceutiques aux PVD : cas du Congo et du Maroc*, Thèse, Lyon II, 1985.
- MARZOUKI, *Essai d'évaluation de la situation en Tunisie*, Faculté de Sousse, 1987.
- R. GHEBLI, *Situation actuelle et perspectives des produits pharmaceutiques en Algérie*, octobre, 1986.
- F. Z. OFRIHA, A. DJEFLAT, *Industrialisation et transfert de technologie en Algérie*, OPU.

[\*] Professeure agrégée à l'Institut des Sciences Economiques d'Alger. Chercheur associé au CREAD.

[1] Les périodes de forte crise internationale ont permis à certains pays sous-développés de progresser plus vite dans la construction de leur système productif.

[2] Au Maroc : taux de croissance de + 66 % entre 1985 et 1986. Algérie : indice 650 en 1986 avec comme base 1970 = 100.

[3] T. Lethu, "Afrique Médecine et Santé", p. 20, pour le Maroc mais s'applique parfaitement pour les deux autres pays.

[4] F. Z. Oufriha : *Coût et surcoût du système de soins en Algérie*. Cahier spécial du CREAD, avril 1988, présenté au préalable aux Journées d'économie sociale, Lille, septembre, 1986.

[5] T. Lethu, *op. cit.* p. 21.

[6] Contrairement à des idées largement répandues, la gratuité des soins n'est pas financée de façon significative (20 %) par le budget de l'Etat mais par la Sécurité Sociale (80 %).

[7] F. Z. Oufriha : *Le problème de l'évolution des fortes dépenses de santé en Algérie. Financement et gestion des secteurs sanitaires*. Journées d'études du 25-26 mai 1988 organisés par le CREAD.

[8] Antérieurement à 1983 – Seuls 5 % des cotisations étaient "affectées" aux assurances sociales et 14 % aux allocations familiales. En fait, l'essentiel des ressources allait au premier d'où la modification des taux sous la pression des nécessités.

[9] Ce qui donne, en prenant en compte les ayants-droit, la protection d'un citoyen sur 14, in "Maghreb, Médecine et Santé", *op. citée*.

[10] "Afrique, Médecine et Santé", *op. cit.*, p. 29.

[11] M. Kaddar : *Les politiques du médicament au Maghreb*, Note, 4 pages dactylographiées

[12] Concernant l'Algérie : cf. notre étude "*Essai sur la structure du modèle de consommation*" C.N.R.S., C.R.E.A., 1980.

[13] Pour l'Algérie, les importations de médicaments passent de 972 millions de dinars en 1974 à 1083 en

1986 et sont stabilisés à 1400 en 1987 et 1988 en terme d'AGI allouées à ce secteur. En prix grossistes : 1300 millions de dinars en 1979 à 2900 millions en 87.

**[14]** Elle est destinée au marché interne et donc peut être assimilée à la consommation ou tout au moins à la fraction qu'elle couvre.

**[15]** Afrique, Médecine et Santé, *op. citée*.

**[16]** Années pour lesquelles on dispose d'un maximum de données – 1982 : c'est la date de la restructuration de la P.C.A qui éclate en 3 organismes régionaux pour l'aspect importation.

**[17]** Le dénominateur commun "unités de ventes" est en fait hétérogène quant à son contenu mais nous permet des évaluations en termes physiques et permet de rassembler des produits fortement différenciés.

**[18]** R. Ghebbi : *Situation actuelle et perspectives des produits pharmaceutiques en Algérie*, 1986, p. 8.

**[19]** Nous voulons dire par là qu'il n'y a pas eu d'effet prix suite à la stabilité des prix.

**[20]** R. Ghebbi, *op. cité*.

**[21]** M. Kaddar, *op. cité*.

**[22]** A. Chaouqui : *Le secteur de la santé au Maroc*, In Afrique Médecine et Santé, décembre, 1987.

**[23]** M. ABIALA N'GOULOU, *La transférabilité des technologies pharmaceutiques aux PVD : cas du Congo et du Maroc*, Thèse, Lyon II, 1985.

**[24]** A. Chaouqui, *op. cité*.

**[25]** Idem.

**[26]** A. Chaouqui, *op. cité*.

**[27]** A. B. Zahlan : *The arab industrialisation construction*, Pergamon Press.

F. Z. OFRIHA, A. DJEFLAT, *Industrialisation et transfert de technologie en Algérie*, sous presses, OPU.

**[28]** Le cas signalé dans l'Afrique Médecine et Santé, p. 36, doit être étudié de plus près.

**[29]** F. Z. Oufriha : *La diffusion des nouvelles technologies de la santé en Algérie*, Communication



présentée au colloque "La diffusion des nouvelles technologies", Lyon. 1987, à paraître Cahier du CREAD.