

MILOUD KADDAR^[*]

Médicaments essentiels et régime des prix en Algérie

Problèmes actuels et voies de réforme

Introduction

La volonté de rationalisation de la consommation pharmaceutique jointe à la contraction des ressources financières extérieures du pays ont accéléré la mise en oeuvre d'une politique des "médicaments essentiels" en Algérie.

L'objectif proclamé est double : répondre à la demande de la population pour les affections les plus courantes, freiner, ou, tout au moins, maîtriser la tendance à la hausse de la "facture" payée en devises pour l'importation des médicaments. Cette stratégie qui s'inspire des recommandations d'organismes internationaux tels que l'O.M.S. et l'UNICEF a été engagée en 1984. après une expérience très controversée en 1979/80^[1]. Nous ne traiterons pas, ici, des multiples problèmes pratiques et des nombreuses controverses que soulève ce type de stratégie, en Algérie ou ailleurs, dans le Tiers-Monde^[2], nous ne nous intéresserons qu'à un aspect particulier de cette approche : la logique du régime des prix intérieurs.

Le plus souvent, la stratégie des médicaments essentiels est comprise par les décideurs centraux comme une technique de réduction des coûts des produits importés. Le débat sur les mécanismes de fixation des prix à la consommation est réduit à une discussion sur le niveau des marges commerciales accordées ou encore sur les modalités de recouvrement des coûts des produits pharmaceutiques. Ces questions sont importantes et, d'actualité^[3], elles ne restent pas moins partielles et liées à des préoccupations essentiellement financières (niveau de revenus des vendeurs pour la première mise à contribution financière du consommateur pour la seconde).

Nous voudrions ouvrir, ici, une autre piste et examiner la cohérence de la stratégie des médicaments essentiels, avec la logique du régime des prix publics en vigueur. Notre hypothèse est que les objectifs des différents acteurs en présence ne sont pas convergents, la mise en lumière de la nature du régime des prix publics le montrent aisément.

Nous ne traiterons, ici, ni des conditions de fixation des prix au stade de la production ou de l'exportation, ni de tous les enjeux de la

fixation des prix des médicaments dans un pays tel que l'Algérie (gros importateur de produits pharmaceutiques, nombre croissant de prescripteurs et de pharmaciens, organisation mixte de la distribution, monopole d'Etat à l'importation, embryons et projets de production locale, système d'assurances sociales...).

Nous présenterons, dans un premier temps, le contexte et le mode de détermination des prix publics du médicament, en Algérie (§1) avant de tenter d'identifier les principales incohérences du régime en place et de proposer quelques pistes pour une réforme (§2).

1. Contexte du régime des prix des médicaments

Le régime des prix des médicaments obéit aux mécanismes généraux en vigueur dans tout le secteur commercial en Algérie. L'identification de quelques caractéristiques du "marché" du médicament nous permettra de mieux situer la diversité des logiques d'intérêts en présence.

1.1. Une consommation en hausse rapide, une offre centralement contrôlée

Le premier fait notable est la tendance à la croissance rapide que connaît la consommation de produits pharmaceutiques. L'Algérie est un des premiers marchés en Afrique. La consommation globale est passée, en prix-grossistes, de 1300 millions de DA en 1979 à 2900 millions en 1987.

L'essentiel des médicaments, localement consommés, est importé (près de 80 %). Cela implique que les prix publics à la consommation, en l'absence d'un système de compensation ou de blocage des prix, dépendent du niveau des prix à l'importation et sont donc susceptibles de fluctuer. Les politiques des prix des principaux fournisseurs (généralement de la C.E.E) et l'évolution des conditions du marché international pèsent directement sur les capacités d'importation de l'Algérie.

L'exercice de la fonction d'importation est délégué par l'Etat qui en détient le monopole aux trois entreprises publiques régionales, chargées de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques (ENAPHARM, ENOPHARM, ENCOPHAHM). Ces entreprises ont constitué un groupement commun d'achat pour négocier avec les fournisseurs extérieurs. La nomenclature nationale (liste des produits autorisés sur le marché algérien) et le montant annuel ou pluri-annuel alloué par le gouvernement aux importations constituent les instruments d'exercice de ce monopole. C'est dans ces limites que s'exerce le pouvoir de gestion des PHARMS tant au niveau du marché international que par rapport à la demande interne.

La mise en oeuvre de la politique de maîtrise de la consommation pharmaceutique s'est traduite ces dernières années :

– sur les **marchés extérieurs**, par un processus de concentration des achats sur les médicaments de base et de forte consommation, dans le cadre de la nomenclature nationale, et par la recherche de prix plus bas à l'importation, en activant plus intensément la prospection du marché international et la diversification des fournisseurs. La procédure de l'appel d'offre international et l'utilisation de la dénomination commune internationale ont été plus systématiquement utilisés.

– sur les **marchés intérieurs**, par la réduction de la gamme des produits distribués (passage de 1200 à près de 600), une volonté d'orientation de la prescription (diffusion d'un guide thérapeutique auprès des médecins généralistes) et un accroissement de la part des frais pharmaceutiques à la charge directe des consommateurs^[4].

Les résultats semblent relativement probants si l'on se place du point de vue financier. La stabilisation des ressources consacrées à l'importation en 1985/87 et la baisse relative des prix à l'importation pour un nombre appréciable de produits ont autorisé un accroissement en volume de l'approvisionnement du marché intérieur. Cela n'a, toutefois, pas éliminé les tensions et les ruptures au niveau de la satisfaction de la demande interne et cela, pour plusieurs raisons que nous ne développerons pas ici :

– accroissement rapide du nombre des prescripteurs (2 à 3000 par an) et des structures de soins (plus de 50 nouveaux hôpitaux, des centaines de centres de santé et de cabinets de libre pratique...).

– la nouvelle politique d'approvisionnement n'a pas été accompagnée d'une politique d'information adéquate en direction des prescripteurs, des vendeurs et des usagers.

– les problèmes de maîtrise de la gestion des marchés extérieurs et locaux restent importants pour les PHARMS.

1.2. Logique nationale et intérêts commerciaux

Les résultats financiers de cette politique de maîtrise de la consommation doivent être plus finement appréciés en les rapprochant de leurs conséquences sur le plan socio-sanitaire. De fait, l'Algérie s'oriente vers une politique de "médicaments essentiels". Il faudra encore s'interroger sur la logique de ce **rationnement**, sur le mode de détermination de la liste des produits agréés et de ceux effectivement mis sur le marché et enfin sur les réalités du contrôle de qualité, de la prescription et de la consommation. Ces questions importantes ne rentrent pas directement dans l'objet de cette note.

On peut, par contre, tenter de savoir si l'ensemble des acteurs, en présence dans le circuit, ont des intérêts économiques convergents dans le champ des "médicaments essentiels". Un révélateur utile, en ce domaine, est constitué par la logique du régime de fixation des prix

à la consommation. De nombreux auteurs ont situé les spécificités de la consommation médicale et de celle des produits pharmaceutiques, en particulier[5]. On peut les résumer, très brièvement, en rappelant que la demande de médicament est, le plus souvent, une demande **induite**. Le prescripteur et, lorsque la substitution entre produits "équivalents" est autorisée, le vendeur en dicte le moment et la consistance à l'usager. En outre, le marché local des médicaments est réglementé et les prix administrés. Ce mode d'administration a une logique commerciale qui, c'est le cas en matière de médicaments essentiels, peut s'opposer à une logique de santé et d'économie globale.

Notre hypothèse est que le régime des prix publics, en vigueur en Algérie, organise une contradiction entre l'objectif étatique de maîtrise de l'approvisionnement et de la consommation en produits pharmaceutiques et le mode de rémunération des vendeurs de médicaments.

L'autorité centrale a intérêt à acheter, sur les marchés extérieurs, les produits sûrs, les moins coûteux, à effet utile équivalent. Les acteurs de la distribution et de la vente ont, du fait que leur rémunération est liée à la quantité de produits vendus et au niveau des prix unitaires, tendance à vouloir vendre un maximum de produits aux prix les plus élevés[6].

2. Régime des prix des médicaments essentiels et rémunération des vendeurs

La détermination des prix à la consommation des produits pharmaceutiques est régie par des textes réglementaires qui ont instauré un régime basé sur des coefficients multiplicateurs applicables aux prix d'importation convertis en dinars algériens.

Ce mécanisme de marges commerciales est porteur d'effets pervers, par le fait qu'il détermine, à la fois, le niveau des prix publics et le mode de rémunération des vendeurs. L'adoption d'autres procédures de rémunération des services fournis pourrait permettre d'introduire une plus grande cohérence dans la politique nationale du médicament.

2.1. Marges relatives et effets pervers

Les effets pervers du régime actuel des prix sont relativement connus, on peut les sérier ainsi :

– La rémunération du vendeur est liée au prix du médicament vendu sans lien direct avec le service rendu. Vendre un produit à 100 DA procurera à l'officine 27,50 DA, vendre un produit à 10 DA procurera seulement 2,75 DA, avec une marge de 27,5 % sur le prix public. Toute substitution de produits plus coûteux aux produits à bas prix et, à effet équivalent, accroît automatiquement le revenu des agents chargés de la distribution et des ventes.

– Tout accroissement des prix à la production ou à l'importation entraîne un "enrichissement sans cause" au stade du gros et du détail. Cette évolution en hausse est directement répercutée sur le revenu du pharmacien d'officine et le chiffre d'affaires de l'agence pharmaceutique d'Etat. Elle a, évidemment, un tout autre effet sur les payeurs (usagers, sécurité sociale...). Il faut noter, qu'en règle générale, une baisse des prix à l'importation (situation fréquente ces dernières années) ne se traduit pas en conséquence sur les prix à la consommation. Le principe de rigidité à la baisse des prix publics des produits pharmaceutiques procure des "recettes indues" aux entreprises importatrices, qui sont tenues de les reverser au Trésor Public, contribuant, par là, au financement des dépenses budgétaires. Ainsi, le régime des prix en vigueur est très peu incitateur à l'économicité au niveau des entreprises publiques d'approvisionnement et de distribution et surtout des vendeurs privés de produits pharmaceutiques.

La divergence d'intérêts est évidente entre, d'une part, l'Etat en tant que gestionnaire central des ressources publiques de devises et initiateur de la politique de santé et du médicament, la sécurité sociale en tant qu'institution de couverture des frais médicaux et pharmaceutiques et la population et, d'autre part, les entreprises publiques d'approvisionnement et de distribution, les agences pharmaceutiques d'Etat et les officines privées. La mise en œuvre d'une nouvelle cohérence entre les acteurs du système de soins suppose la réponse à plusieurs problèmes de fond. Plus directement, la neutralisation des effets pervers du régime des prix actuels peut être envisagée sous plusieurs angles.

2.2. Marges absolues et voies de réforme

Les deux voies radicales de réforme du système consisteraient, la première, à conserver le régime actuel des marges commerciale mais à n'avoir comme produits disponibles sur le marché que ceux identifiés comme "essentiels". Cette solution n'est pas très réaliste au regard des habitudes de prescription et de consommation en place, de la difficulté à introduire des ruptures brutales, de la nécessaire disparition de certains produits locaux "secondaires" et de l'existence d'une diversité sociale et de revenus au niveau des consommateurs. La deuxième, supposerait la suppression des structures privées de distribution du fait de leur dérive commerciale et de la dévalorisation de la profession pharmaceutique qu'elles entretiennent. Le circuit public de distribution ne peut se voir adresser les mêmes critiques, du fait de l'absence de liens directs entre rémunération du personnel et prix des produits et de la quasi-inexistence jusqu'en 1987, de pharmaciens diplômés dans ses structures de vente. De plus, des contraintes de service public ont souvent pesé sur sa gestion et ses lieux d'implantation. La suppression des officines pharmaceutiques privées, proposée en 1976 par le Conseil National Economique et Social (C.N.E.S), va à l'encontre du mouvement actuel d'extension de l'exercice privé de la médecine et de la pharmacie.

Deux autres voies de solutions semblent plus pragmatiques et plus à même d'introduire une cohérence relative entre l'objectif national affiché de réduction/maîtrise de la facture des importations et de "rationalisation" de la consommation pharmaceutique et celui de meilleure valorisation de la profession de pharmacien d'officine.

2.2.1. La première consiste à promouvoir **d'autres modes de rémunérations du pharmacien d'officine** (et du service de l'agence pharmaceutique d'Etat). Une des solutions serait de déconnecter le résultat net obtenu du prix des produits vendus. Plusieurs modalités peuvent être envisagées et négociées[7] :

– **l'honoraire forfaitaire par ordonnance** : c'est le mode le plus simple et le plus cohérent avec la conception valorisée de la profession pharmaceutique. Sous ce régime, le médicament est facturé au client à son prix de revient, plus une somme forfaitaire par ordonnance. Il s'agit, en fait, d'une marge absolue et d'un paiement à l'ace global.

Quels sont les effets de ce régime ?

– à nombre identique d'ordonnances, le revenu du pharmacien serait indépendant des habitudes de prescription (ordonnances plus ou moins longues, plus ou moins coûteuses),

– l'incitation à la consommation ne présente plus d'intérêt direct pour le pharmacien,

– les ordonnances moins chères sont renchériées par les honoraires fixes. Les ordonnances de fort montant deviennent moins coûteuses.

Ce principe général admis, une modulation de l'honoraire peut être envisagée pour certaines situations (automédication, gardes et urgences, renouvellement...)[8].

– **l'honoraire forfaitaire par produit délivré** : un honoraire fixe par produit permet d'alléger le coût des ordonnances comportant peu de lignes de prescription, tout en rémunérant mieux ; les longues ordonnances nécessitant plus d'attention et de vigilance. Ce système est, à l'évidence, "moins pur" que le précédent.

2.2.2. La deuxième voie viserait à instaurer un système de **marges différenciées** selon le prix et la nature du produit (médicaments essentiels, médicaments secondaires par exemple), l'objectif étant de privilégier la vente des produits sûrs et utiles, en accordant des marges absolues, élevées, pour les produits stratégiques et des marges absolues faibles pour les autres produits. Un centre de décision national et une évaluation continue sont, ici, nécessaires pour arbitrer entre les différentes logiques en présence (celle de l'Etat, des vendeurs, des prescripteurs, des fabricants, des consommateurs...).

Une différenciation des tarifs douaniers (actuellement de 12 % quel que soit le type de produit fini) pourrait préparer ce type de régime.

Une modulation des taux de remboursement des frais pharmaceutiques sur l'angle de l'utilité du produit et de la situation économique de l'utilisateur devrait être introduite par la sécurité sociale pour compléter ce dispositif.

Conclusion

Le régime actuel de fixation des prix publics qui détermine, en même temps, le niveau du revenu des vendeurs et les coûts à supporter par les payeurs, nous semble en total divorce avec la stratégie des médicaments essentiels et les contraintes financières du pays. Une réforme du système des prix, en Algérie est en élaboration, celle préconisée ici peut s'y intégrer.

Il serait peu réaliste de croire qu'un écrasement des revenus des agents de distribution résoudra les difficultés du financement public des dépenses pharmaceutiques, comme il est illusoire de penser qu'une mise à contribution financière et indifférenciée des usagers, en serait la solution définitive.

Il est, néanmoins, irréaliste de laisser se perpétuer un système aussi pervers de formation des prix et des revenus tout en augmentant le niveau des importations et celui des coûts à la charge de l'utilisateur et de la sécurité sociale.

La stratégie des médicaments essentiels ne peut être réduite à une technique de réduction des coûts d'achat à l'importation ou à une politique des prix à la consommation. Elle suppose et appelle la mise en oeuvre d'une politique cohérente où les impératifs thérapeutiques et éthiques et les considérations économiques sont continuellement réévalués et mis au service d'objectifs de santé socialement négociés.

Notes

[*] Maître-Assistant à l'Institut de Sciences Economiques d'Oran. Chercheur associé au CREAD.

[1] Voir à ce sujet notre thèse de Magister : "*Système de santé et médicaments, cas de l'Algérie*", Institut des Sciences Economiques, Oran, 1982, 344 pages.

[2] Voir le dossier sur le médicament dans "*Santé, médicaments et développement*", publications de la Fondation Libertés Sans Frontières, Paris, 1987. En particulier les articles de G. Peters, R. Sebbag et M. Ogrizek.

[3] Cf. travaux de la Banque Mondiale.

[4] Cf. notre analyse dans "*Consommation et production de médicaments en Algérie*", Revue de

CENEAP, Alger, 1987.

[5] S. Karsenty et J.-P. Dupuy, T. Szuba, A. Jeunemaître...

[6] L'autre stratégie d'élévation du revenu consiste à étendre la gamme des produits (parapharmacie...) et des services (injections, petites analyses...) vendus. Dans les pharmacies de ville, cela peut représenter jusqu'à 50 % du chiffre d'affaires réalisé...

[7] Pour une analyse proche, voir F. Sérusclat : "La distribution du médicament en France", La Documentation Française, Paris, 1984.

[8] Si l'on sait qu'on estime à 50 % la part de l'automédication, plus ou moins encadrée par les "conseils" des pharmaciens, dans la consommation globale, on mesure l'urgence d'engager des études et des réflexions à ce sujet...