

Les déterminants des coûts de la prescription : le cas d'une pharmacie d'officine en Algérie, étude rétrospective

Determinants of the prescription cost: the case of pharmacy in Algeria, a retrospective study

Abdellatif Keddad¹, Hocine Gacem^{2,3}, Miloud Kaddar⁴

¹ Pharmacien libéral - Batna 05000, Algérie

² Département de pharmacie - faculté de médecine - Batna 05000, Algérie

³ Service de physiologie clinique et exploration - CHU Benflis Touhami - Batna 05000, Algérie.

⁴ Économiste de la santé - Consultant indépendant, Oran, Algérie

Correspondance à :

Abdelatif KEDDAD
apimc@yahoo.fr

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2017.4110>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude est d'identifier quels sont les principaux déterminants des coûts de la prescription sur la base de l'exploitation des ordonnances reçues dans le cadre du tiers payant (ordonnances remboursables par la sécurité sociale), et archivées, au niveau d'une officine pharmaceutique privée de la ville de Batna en Algérie. Ce travail a révélé que les prescriptions hospitalières reçues en officine ont un coût plus élevé de 4,59% que celles issues du secteur ambulatoire privé du fait que la sécurité sociale n'autorise la prescription de certains produits que par les praticiens spécialistes hospitaliers. Si on ne prend pas en compte les produits chers, la tendance est inversée : les ordonnances du secteur privé ont un coût plus élevé que celles du secteur public. Le paramètre âge augmente le coût des prescriptions avec un prix moyen de 7 171,49 dinars algériens par ordonnance pour les plus de 40 ans contre un prix moyen de 6 923,39 pour l'ensemble de la population. Les ordonnances destinées aux traitements des maladies chroniques ont été 8,3 fois plus élevées que celles des traitements aigus, alors que la classe oncologie s'est avérée être la plus chère avec une moyenne de 24 398 DA par ordonnance.

Mots-clés : médicament, coût, officine, ordonnance, sécurité sociale, pharmacie, assurance maladie, Algérie

ABSTRACT

The aim of this study was to identify which are the main determinants of the cost of prescriptions, based on the exploitation of prescriptions that have been received as part of a third-party payer perspective (reimbursed prescriptions by health insurance), and archived in a pharmacy located in the city of Batna, Algeria. This study showed that hospital-based prescriptions, received in the pharmacy, had a higher cost of 4.59 % when compared with prescription from the private practice sector; this may be due to the fact that health insurance authorizes some costly medications to be prescribed only by hospital-based practitioners. If we don't take into account costly medications; the tendency is reverted: prescriptions from private sector have higher costs than those from the public sector. Age seems to be a determining factor with a mean cost of 7 171.49 Algerian dinars per prescription for people > 40 years versus 6923.39 Algerian dinars for the whole population. Prescriptions aimed to treat chronic diseases were 8.3 times higher than acute diseases, whereas oncology medications were the costliest, with a mean of 24 398 dinars per prescription.

Keywords: medication, cost, pharmacy, prescription, health insurance, health coverage, Algeria

محددات تكاليف الوصفات الطبية: حالة صيدلية في الجزائر، دراسة استيعادية

الملخص:

الهدف من هذه الدراسة هو تحديد ما هي المحددات الرئيسية لتكلفة الوصفات الطبية معتمدين في ذلك على الوصفات الواجب سددها من قبل الضمان الاجتماعي، المحفوظة على مستوى صيدلية خاصة في مدينة باتنة في الجزائر. أظهرت هذه الدراسة أن الوصفات الواردة من المستشفيات العمومية لديها تكلفة مرتفعة بنسبة 4.59٪ عن تلك الواردة من القطاع الخاص وذلك لأن الضمان الاجتماعي لا يقبل تعويض بعض الأدوية إلا إذا كانت الوصفات الطبية محررة من قبل الأخصائيين الممارسين في القطاع العمومي. في حالة ما لم تأخذ بعين الاعتبار الأدوية باهظة الثمن، فإن الأمر معكوس: أي أن وصفات القطاع الخاص لديها تكلفة أعلى من القطاع العام. العمر يزيد من تكلفة الوصفات بحيث بلغ متوسط التكلفة 7171.49 دينار جزائري (دج) للوصفة الطبية الواحدة للمرضى الذين يفوق سنهم 40 سنة مقابل 6 923.39 دج لجميع السكان. كانت الوصفات المخصصة لعلاج الأمراض المزمنة أكثر ب 8.3 مرات من تلك المخصصة لعلاج الأمراض الحادة، في حين أن الأدوية المخصصة لعلاج السرطان كانت الأكثر تكلفة حيث قدر متوسط تكلفتها ب 24398 دج لكل وصفة.

كلمات البحث: الأدوية، التكلفة، الصيدلية، الوصفة الطبية، الضمان الاجتماعي، التأمين الصحي، الجزائر.

Pour citer l'article :

Keddad A, Gacem H, Kaddar M. Les déterminants des coûts de la prescription : le cas d'une pharmacie d'officine en Algérie, étude rétrospective. *Batna J Med Sci* 2017;4(1):48-52. <https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2017.4110>

INTRODUCTION

Le médicament occupe souvent la première place dans les débats sur la santé notamment du fait des pénuries, des ruptures de stocks et des dépenses pharmaceutiques élevées des ménages. La pharmacie d'officine privée occupe une place centrale, elle est le premier point de distribution et d'accès aux médicaments. 12 512 officines ont été recensées en 2015 sur le territoire national pour une population de 40,4 millions d'habitants [1], soit 1 officine pour 3 228 habitants [2]. Peu d'études ont cependant été réalisées sur les activités des pharmacies privées. Quelques enquêtes ont été faites à la fin des années 1970 par les équipes de l'Institut des Techniques de Planification et d'Economie Appliquée d'Alger (ITPEA) et par le professeur Kassa Djelloul pour le compte de la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) [3]. La pauvreté des données et la rareté des analyses sur l'offre et sur la consommation pharmaceutique sont gigantesques malgré la croissance constante des dépenses en ce domaine tant pour l'État, la sécurité sociale que pour les ménages. Cette absence de données et d'analyses entretient l'opacité dans la prise de décision et dans la régulation économique du médicament [4]. Les dispositions administratives et le libre jeu des acteurs encadrent et animent la dynamique du fonctionnement du secteur pharmaceutique.

En Algérie, peu de mesures et de réformes ont été mises en place pour réguler les volumes et contenir le coût des prescriptions. Une collecte de données a été réalisée dans une pharmacie privée d'une ville moyenne de l'Est Algérien. Une analyse des données est proposée sous une double dimension, socio-économique et pharmacologique. La dimension pharmacologique a fait l'objet d'une première publication dans la revue BJMS en 2015 [5]. Cette étude sur les coûts a de nombreuses limites dont la principale est qu'elle concerne une seule pharmacie et une seule année.

Nous avons examiné les facteurs qui impactent le coût de la prescription. Parmi ces facteurs, nous avons retenu les éléments suivants : la nature de la pathologie, l'âge du patient, le statut du prescripteur (sa spécialité), le secteur d'activité (secteur public et privé), le nombre de lignes de prescription par ordonnance et la durée du traitement.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et exhaustive sur une durée d'une année de juillet 2013 à juillet 2014. Elle concerne toutes les ordonnances reçues dans le cadre du tiers payant (ordonnances remboursables par la sécurité sociale), et archivées, au niveau d'une officine pharmaceutique privée de la ville de Batna (309 142 habitants en 2009) [6]. Nous avons collecté les informations contenues dans les ordonnances dispensées aux patients assurés sociaux et leurs ayants droits durant cette période. Les données ont été recueillies et enregistrées sur une feuille Excel comportant 24 colonnes compartimentées ainsi : 3 pour identifier le matériel archivé, 1 pour la date de la prescription, 7 pour l'identification du prescripteur, 2 pour les données relatives aux patients, 3 relatives aux médicaments prescrits, et 4 pour les coûts et durée de traitement. Après avoir saisi les données sur la feuille Excel, une sélection utilisant les filtres en fonction des données recherchées a été utilisée pour produire les résultats présentés. Une statistique descriptive a été générée ainsi qu'une analyse pour évaluer les coûts des ordonnances en fonction de plusieurs paramètres.

RÉSULTATS

Échantillon

Notre échantillon comporte 3 143 ordonnances d'assurés sociaux atteints d'une maladie chronique ou non ainsi que leurs ayants droits, reçues entre juillet 2013 et juillet 2014 dans le cadre du conventionnement avec la CNAS (caisse de sécurité sociale des salariés). Ces ordonnances ont totalisé 11 671 lignes de prescription dont 4 271 lignes de médicaments génériques (36,6 %) et 7 398 lignes de médicaments princeps (63,4 %) (Tableau 1). La provenance géographique des ordonnances indique 9 wilayate, pour la plupart limitrophes avec un taux de 97,4 % d'ordonnances en provenance de la wilaya de Batna. La wilaya la plus éloignée étant Alger, qui a fourni 0,45 % des ordonnances de notre échantillon (Tableau 2).

Tableau 1. Répartition des prescriptions des génériques et des princeps par secteur d'activité.

Génériques / princeps	n	(%)	Sect.		Sect.	
			Pub	(%)	Privé	(%)
Nb de lignes de génériques	4 271	36,6	1 127	35,5	3 143	37,0
Nb de lignes de princeps	7 398	63,4	2 052	64,5	5 345	63,0
Nb moyen de lignes / ordo.	3,71		3,4		3,9	
valeur maximale			10		14	
valeur minimale			1		1	
nb total de lignes	11 671	100	3 179	100,0	8 488	100

Les 3 143 ordonnances reçues au niveau de l'officine, ont été rédigées par 588 prescripteurs couvrant 28 spécialités. On y a relevé 245 médecins généralistes, 288 médecins spécialistes, 54 chirurgiens-dentistes et 1 sage-femme. Elles ont totalisé un montant remboursé par la sécurité sociale de 21.760.225,39 DA, soit un prix moyen de 6 923,39 DA par ordonnance (Tableau 3). La valeur minimale a été de 49,00 DA et la valeur maximale de 256 536,00 DA. Il s'agissait dans ce dernier cas de l'ordonnance d'un neurologue du CHU, pour une patiente âgée de 54 ans atteinte de sclérose en plaque à laquelle avait été prescrit de l'interféron bêta-1b recombinant pour une durée de 90 jours. Notons que 8 autres prescriptions d'interféron bêta-1b recombinant (code DCI 15G096) figuraient dans notre échantillon ; 6 d'entre elles, soit les 3/4 provenaient du secteur public pour une valeur de 1 498 227,00 DA soit 21,8% de la valeur des médicaments remboursés par la sécurité sociale pour ce secteur. Par ailleurs, l'interféron est soumis à des conditions particulières de remboursement. Il ne peut être prescrit que par un médecin spécialiste en neurologie issu d'un service hospitalier [7]. Les ordonnances comportant de l'interféron issues du secteur privé, bénéficient du possible 'double emploi' du praticien exerçant à la fois dans les deux secteurs d'activité.

La part supportée par les patients de notre échantillon, correspondant au tarif de référence payé par ces derniers, représentait 4,8 % du montant financé par la sécurité sociale. Notons que la valeur des médicaments non remboursables et ceux consommés par les patients hors tiers payant, n'a pas été relevée. Elle représente cependant une moyenne de 11 % du chiffre d'affaire de l'officine.

Tableau 2. Wilaya d'origine des ordonnances.

WILAYA	n	%
Oum El Bouaghi	7	0,22
Batna	3 062	97,42
Biskra	13	0,41
Tebessa	1	0,03
Alger	14	0,45
Setif	19	0,60
Annaba	3	0,10
Constantine	18	0,57
Mila	6	0,19
Total	3 143	100,00

Influence de la nature de la pathologie : chronicité, maladie aigüe

Les ordonnances dont la durée de prescription était supérieure ou égale à 90 jours, correspondant aux traitements des maladies chroniques, ont été au nombre de 1 178 soit 37,5% de notre échantillon 1 (Tableau 3). L'enquête Tahina [8] relative à la morbidité relative aux individus âgés de 35 à 70 ans, révèle pour les maladies chroniques, que l'hypertension artérielle a été retrouvée dans 16,23% des cas, le diabète dans 8,78 % des cas, l'asthme 3,75% des cas, les pathologies cardio-vasculaires 3,69% des cas, les dyslipidémies dans 3,21% des cas soit un total cumulé pour ces seules pathologies de 35,66%. Pour ce qui est du coût moyen des ordonnances pour malades chroniques, notre étude rapporte qu'il est 8,3 fois supérieur à celui d'une ordonnance pour pathologie aigüe (15 382,97 vs 1 851,95), avec un coût moyen, tous traitements confondus, de 6 923,39 DA par ordonnance (tableau 3). Tandis que les coûts des lignes pour traitements chroniques sont 9,5 fois supérieurs aux lignes des traitements non chroniques (17 069,22 vs 1 802,72) (tableau 4). Les lignes ne reflètent pas le nombre de boîtes remises ou les coûts par boîte mais le nombre de médicaments prescrits. Les caisses de sécurité sociale n'autorisant le remboursement que pour des durées maximales de traitement de 90 jours. Les conditionnements unitaires des médicaments pour les formes générales comprimés, sont souvent de l'ordre de 28 à 30 comprimés par conditionnement, donnant en moyenne 3 boîtes par traitement.

Tableau 3. Valeur des ordonnances des malades chroniques et non chroniques.

Durée	n	(%)	valeur (DA)	(%)	DA/ordonnance
Ordonnances ≥ 90 jours de trt	1 178	37,5	18 121 139,26	83,3	15 382,97
Ordonnances < 90 jours de trt	1 965	62,5	3 639 086,13	16,7	1 851,95
total ordonnances	3 143	100	21 760 225,39	100	6 923,39

Influence du déterminant âge

Les plus de 40 ans ont représenté 75,43 % de notre échantillon (tableau 5) et 80,99% du coût des ordonnances (valeur de 17 624 399,73DA), avec une

Tableau 4. Valeur des ordonnances du secteur public.

Durée	n	valeur (DA)	DA / ord.
Ord. de TRT >90j	336	5 735 256,87	17 069,22
Ord. de TRT <90j	623	1 123 097,00	1 802,72
Total	959	6 858 353,87	7 151,57

domination pour la tranche 40-65 ans : 61,37 % du volume des prescriptions et 67,69 % de leur coût total. A noter que les plus de 70 ans représentent près de 7,64 % des remboursements. Les moins de 25 ans, n'ont représenté que 6,6 % du coût des ordonnances.

Tableau 5. Répartition des prescriptions par tranche d'âge et leur valeur.

tranches d'âges	n	(%) n	Valeur	(%) val
0 - 6 ans	93	2,97	131 105,95	0,60
6 - 14 ans	157	5,02	360 781,90	1,66
14 - 25 ans	212	6,77	952 621,55	4,38
25 - 40 ans	320	10,22	2 691 316,25	12,37
40 - 65 ans	1 921	61,37	14 729 692,94	67,69
65 - 70 ans	153	4,89	1 232 343,49	5,66
sup 70 ans	287	9,17	1 662 363,30	7,64
total	3 143	100	21 760 225,39	100

Influence du statut du prescripteur

Le tableau 6 nous donne une radiographie de l'influence de la spécialité sur le coût des prescriptions. Sans surprise, l'oncologie est la classe la plus onéreuse autant par ligne de prescription (24 398,00 DA) que par coût moyen de l'ordonnance (48 796,00 DA) ou coût journalier (542,18 DA/j) avec 0 % de médicaments non remboursés. La deuxième classe est liée à la neurologie (36 300,41 DA/ord) et 9 % de médicaments prescrits non remboursés. Comme cela a été cité précédemment, la sécurité sociale réserve la prescription de certains médicaments chers aux prescripteurs hospitaliers dans ce cas les neurologues.

Pour ce qui est des prescriptions de médecine générale (4 028,04 DA/ordonnance) et 124,29 DA/j, elles se situent au milieu du tableau. Parmi les prescriptions les moins chères, nous retrouvons au bas du tableau, la classe ophtalmologie (753,29 DA/ordonnance) et la chirurgie dentaire (720,86 DA/ordonnance). Nous n'avons, par ailleurs, pas rencontré de pathologies chroniques pour la classe chirurgie dentaire, pour laquelle il existe une liste limitative de médicaments pouvant être prescrits et remboursés.

Les prescriptions de 90 jours, c'est-à-dire destinées à des malades chroniques, ont été rédigées dans 25 % des cas, par des médecins généralistes (Tableau 7), totalisant 19,2 % du volume des ventes. Cette donnée est intéressante dans le sens où elle donne un ordre de grandeur de la proportion de renouvellement de ce type de traitement par les médecins généralistes, dont les coûts des consultations sont inférieurs à ceux des médecins spécialistes. Cependant, on peut se demander si parmi les 75 % de patients, malades chroniques, qui se sont rendus à des consultations spécialisées, une partie d'entre elles n'aurait-elle pas pu être réalisée par une visite chez le médecin généraliste. Cette approche en faveur du

médecin de famille, contribuerait à réduire la part des ménages dans les dépenses de santé.

Tableau 6. Coût des prescriptions par spécialité, selon certains déterminants.

SPECIALITES	Total DA	% produit s non remboursés	Coût moyen d'1 ord. DA/ordo.	Coût moy. journalier DA/jour	Coût moy. /ligne DA/ligne
ONCOLOGIE	48 796,00	0	48 796,00	542,18	24 398,00
NEUROLOGIE	2 395 827,37	9	36 300,41	495,42	11 919,54
ENDOCRINOLOGIE	6 808 915,23	4	18 705,81	223,28	3 749,40
PSYCHIATRIE	1 677 456,00	4	13 863,27	190,51	4 608,40
CHIRURGIE	158 006,00	15	9 875,38	377,10	2 872,84
CARDIOLOGIE	2 728 145,59	9	7 453,95	99,28	2 048,16
URGENTISTE	20 893,00	0	6 964,33	111,13	2 611,63
MEDECINE INTERNE	705 534,00	14	6 356,16	136,68	1 700,08
NEPHROLOGIE	106 780,00	8	5 932,22	97,07	2 093,73
PNEUMOLOGIE	527 937,56	20	4 843,46	145,92	1 142,72
RHUMATOLOGIE	192 613,00	9	4 586,02	102,29	867,63
ALLERGOLOGIE	101 963,00	20	4 433,17	93,29	842,67
NEUROCHIRURGIE	69 201,00	15	4 325,06	178,35	1 116,15
MG (médecine générale)	4 890 045,99	15	4 028,04	124,29	1 123,89
INFECTIOLOGIE	33 657,00	10	3 739,67	108,57	1 121,90
ORTHOPEDIE	223 522,00	11	3 492,53	141,92	853,14
PEDIATRIE	201 270,00	20	2 959,85	135,17	711,20
MICROBIOLOGIE	5 882,00	0	2 941,00	294,10	980,33
UROLOGIE	63 816,00	0	2 900,73	83,09	1 029,29
HEMATOLOGIE	10 453,00	8	2 613,25	55,02	871,08
EPIDEMIOLOGIE	2 071,00	0	2 071,00	207,10	517,75
GYNECOLOGIE	182 871,00	15	2 031,90	51,63	684,91
ORL	261 571,05	20	1 842,05	126,55	451,76
DERMATOLOGIE	78 995,35	31	1 579,91	44,63	564,25
REEDUCATION GASTRO	9 281,00	24	1 546,83	53,03	441,95
ENTEROLOGIE	41 206,75	8	1 420,92	76,03	556,85
ANESTHESIE	14 640,00	17	1 330,91	88,73	488,00
SAGE FEMME	865,00	0	865,00	9,61	865,00
OPHTALMOLOGIE	69 303,05	13	753,29	51,11	360,95
DENTISTE	59 110,53	11	720,86	82,21	297,04
TOTAL TABLEAU	21 690 628,47	11	6 901,25	155,28	1 866,02

Secteur d'activité public et privé

Le tableau 8 nous permet de comparer les coûts des traitements entre les secteurs d'activité, toutes spécialités confondues. Ainsi la ligne de prescription du secteur public est de 18,6 % plus chère que celle du secteur privé. Nous pouvons lier cet effet à celui des médicaments chers, relevant de la prescription hospitalière, ce qui est le cas dans notre échantillon notamment de l'interféron, ce qui est corrélé avec le tableau 4 portant sur les valeurs moyennes des ordonnances entre les deux secteurs, tous médicaments confondus, soit 7151,57 DA pour le secteur public vs 6 823,20 DA pour le secteur privé soit un écart de 4,59 %. Cependant, si l'on retire les prescriptions des médicaments chers cités précédemment (pour les 2 secteurs d'activité), on obtient de nouvelles valeurs qui inversent la tendance avec 5624,48 DA/ordonnance pour le secteur public vs 6607,48 DA/ordonnance pour le secteur privé soit un écart de 17,5%.

Tableau 7. Part des prescriptions de médecine générale pour MC en valeur et volume.

	CA	%	Nb d'ord.	%
Maladies chroniques	18 168 803,26	100	1 182	100
Part des MG	3 492 441,87	19,22	293	25

Déterminants du nombre de lignes de la prescription et des génériques vs princeps

Les habitudes de prescription en matière de médicaments génériques, ne donnent pas de différence significative (1.5 points) entre les secteurs public et privé (Tableau 1). On retrouve ainsi 35,5 % de prescriptions de médicaments génériques pour le secteur public vs 37,0% pour le secteur privé. Quant au nombre moyen de lignes par ordonnance, il est de 3,9 pour le secteur privé vs 3,4 pour le secteur public, soit un écart de 12,8%. Les valeurs moyennes extrêmes étant de 1 ligne par ordonnance pour la minimale (sur 1 prescription de sage-femme) et 5,29 lignes par ordonnance pour la valeur maximale (sur 42 prescriptions de rhumatologues).

Tableau 8. Comparaison des coûts par ligne et par secteur d'activité.

	n	valeur	DA/ligne
nb de lignes secteur public	3 179	6 858 353,87	2 157,39
nb de lignes secteur privé	8 490	14 901 871,52	1 755,23
Total	11 669	21 760 225,39	1 864,79

Nous avons procédé à une comparaison des coûts par ligne de traitement et par secteur d'activité, pour toutes les pathologies. Ainsi, le tableau 10 rapporte un coût moyen de 2 157,39 DA/ligne pour le secteur public soit 18.64 % plus élevé que celui du secteur privé qui était de 1 755,23 DA. Comme cela a été mentionné, certains médicaments chers pour postuler au remboursement, sont réservés à la prescription du praticien spécialiste hospitalier, ce qui a pesé sur le prix moyen des ordonnances.

Effet de la durée des traitements sur le coût moyen des ordonnances

Autant pour le secteur public que pour le secteur privé, l'impact de la durée des traitements est net. Ainsi les tableaux 4 et 9, rapportent une facture 9,5 fois supérieure pour les traitements chroniques des prescriptions issues du secteur public par rapport aux traitements aigus, tandis qu'elle est 8 fois supérieure dans le secteur privé.

Tableau 9. Valeur des ordonnances du secteur privé.

Durée	n	valeur	DA / ord.
Ord. de TRT >90j	846	12 433 546,39	14 696,86
Ord. de TRT <90j	1 338	2 468 325,13	1 844,79
Total	2 184	14 901 871,52	6 823,20

Profil des produits et classes dominantes par rapport aux données nationales sur les officines

Nous avons comparé le TOP 10 des classes thérapeutiques en volume et en valeur des données IMS Health quintiles 2015 avec notre échantillon (tableau 10). Ainsi, 7 classes communes apparaissent dans les têtes de classement des 2 groupes, donnant 70 % de similitudes. Dans cette comparaison, notons trois classements communs, les insulines et analogues classées 1^{ères}, les neuroleptiques classés 5^{èmes}, les hypolipémiants classés 7^{èmes}.

Un élément d'interprétation est que les données IMS Quintiles intègrent l'ensemble des médicaments remboursés ou non, tandis que notre échantillon, ne rapporte que les valeurs des médicaments remboursés. Ainsi, notre étude qui a relevé le nombre de médicaments non remboursés dans les ordonnances reçues, rapporte un taux moyen de 12 % de médicaments non remboursés avec la valeur maximale de 91%. Il s'agissait d'une ordonnance comportant 11 produits, un seul avait été remboursé. Cette situation reste exceptionnelle (1 cas sur 3134).

A noter l'écart portant sur la classe 'arthrose et diverses affections rhumatismales' qui figure dans le TOP 10 IMS et qui se retrouve à la 72^{ème} place de notre échantillon. Le taux moyen de médicaments non remboursés de cette classe étant de 12 % avec une valeur maximale de 40 %. Il serait intéressant de comparer plus en profondeur les détails de la classe entre les 2 groupes, afin d'en expliquer la cause. Cependant, l'enquête nationale santé TAHINA, précise que les rhumatismes sont retrouvés dans des proportions relativement plus élevées dans le Nord du pays (8,47 %) que les autres régions Hautes plaines et Sud [8].

Le tableau 13 compare les classements en valeur IMS vs notre échantillon des spécialités. Ainsi en projetant le TOP 20 des spécialités IMS, 11 spécialités apparaissent communes donnant un taux de similitude de 55%, tandis que 7 spécialités du TOP 20 IMS sont retrouvées entre les 22^{èmes} et 62^{èmes} position de notre échantillon et 2 spécialités du TOP 20 IMS figurent à un rang très éloigné de notre échantillon (202^{ème} et 522^{ème} place). En 2017, la liste des médicaments remboursés comportait 5976 produits dont 5253 (87,9%) étaient remboursables, et 1071 (20,4%) étaient soumis à conditions particulières de remboursement.

Tableau 10. Comparaison du top 10 IMS quintiles 2015 avec le TOP 14 de notre échantillon des spécialités.

SPECIALITES	Classement des valeurs IMS	Classement des valeurs Echantillon
1 NOVORAPID Inj 100 MUI	2	2
2 LANTUS SOLOSTAR Inj 100 UI	1	3
3 ONE TOUCH ULTRA Bdlte mg	10	4
4 NOVOMIX 30 Inj 100 MUI	3	5
5 TAHOR	19	6
6 ACCU-CHEK ACTIVE Bdlte mg	18	8
7 CO-APROVEL	8	11
8 AUGMENTIN	5	12
9 SERETIDE	16	13
10 CONTOUR B/50 Bdlte mg	6	16
11 HYTACAND	17	20
12 LEVEMIR FLEXPEN Inj 100 MUI	9	22
13 NOVOFORMINE	13	23
14 ASPEGIC	11	25
15 CLAMOXYL	12	27
16 LANZAPREX DISP Comp 10 mg	14	37
17 LEXIN	20	60
18 DOLIPRANE	15	62
19 LOVENOX Inj 40 mg	7	202
20 AMOCLAN	4	522

Limites de cette étude

Les limites de cette étude sont au moins au nombre de trois : nos données ne portent que sur une officine pharmaceutique privée d'une ville moyenne algérienne, elles ne prétendent à aucune représentation géographique ; nos données portent uniquement sur les ordonnances d'assurés sociaux atteints d'une maladie chronique ou non ainsi que leurs ayants droits, dans le cadre du conventionnement avec la CNAS (caisse de sécurité sociale des salariés). Ces ordonnances représentent environ 93 % du chiffre d'affaire de l'officine ; enfin, le traitement des données est plutôt descriptif et n'a fait aucun usage de l'analyse économétrique ou autre.

CONCLUSION

Cet article nous éclaire sur quelques facteurs qui influent sur les coûts des prescriptions dans une officine pharmaceutique privée dans une ville moyenne de l'Algérie. Il est le résultat de l'analyse de données collectées pendant une année d'exercice. Il nous indique la part déterminante des spécialistes et des maladies chroniques dans les coûts des ordonnances traitées au niveau de cette officine. Ce travail n'est toutefois pas représentatif car il ne porte que sur une officine, une année et uniquement les patients assurés sociaux bénéficiant du tiers payant. Il y a un immense besoin d'une enquête nationale sur l'accès aux soins, sur les dépenses des ménages et la consommation des soins et des produits de santé. Ceci permettrait de disposer de données fiables nécessaires au pilotage éclairé et pas seulement non administratif du secteur pharmaceutique et du système de santé [9]. Ayadi I. rapportait que la Tunisie avait enregistré une nette diminution de la part des médicaments dans les dépenses globales de santé et expliquait ceci par une amélioration nette des techniques de diagnostic et de traitement chirurgical impliquant une forte composante en innovations technologique [10]. L'exploitation régulière et la publication des données de la sécurité sociale sur la consommation et le financement des médicaments est une nécessité absolue pour espérer établir un dialogue plus serein et constructif entre les acteurs du secteur pharmaceutique.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- <http://www.ons.dz/-Demographie-.html> consulté le 29/05/2017
- <http://www.ciopf.org/layout/set/print/Fiches-des-pays/Algerie> consulté le 29/05/2017
- Kassa D., Médicament et sécurité sociale JIP'S 2004
- Kaddar M., pharmaco économie et HTA en Algérie : quels besoins, quelles priorités quel agenda, Alger 09/02/2017 – Société Algérienne des Affaires Réglementaires et de Pharmaco Economie
- Keddad A. Gacem H. Kaddar M. et all. Les interactions médicamenteuses en officine : analyse rétrospective de 2801 ordonnances. *Batna J Med Sci* 2015 ;2 :133-136
- <http://www.wilaya-batna.gov.dz/fr/content/population> consulté le 28 mai 2017
- Journal Officiel de la RADP n°32 du 12 juin 2014 fixant liste des médicaments remboursables par la sécurité sociale
- Enquête Nationale Santé (Tahina) : Transition épidémiologique et système de santé – INSP Alger 2007, 56, 60
- Lamri L., CREAD 2015 Accroissement de la dépense nationale de santé des ménages: facteurs explicatifs
- Ayadi I. Impact des réformes de l'assurance maladie en Tunisie sur l'offre et la demande en médicaments. Thèse Paris Dauphine Faculté des sciences économiques et de gestion Sfax 2009.