

Édito

par Abdellatif Keddad

La santé des populations étant un facteur de croissance économique, la préserver est une préoccupation pour les Etats voir une obligation constitutionnelle. Aussi, les réflexions sur le plan international se font souvent dans cette optique avec l'aide d'un cadre organisé constitué par le système de santé. Ainsi les pays ont développé diverses versions autour de 3 types de système de santé: les systèmes nationaux, les systèmes d'assurance maladie et les systèmes libéraux. Aussi, l'évaluation de ces systèmes, couplée à un certain nombre de facteurs dont les développements socio-économiques et les profils épidémiologiques des populations, ont fait évoluer la réflexion vers la recherche de systèmes performants qui offrent les meilleurs services au meilleur coût et de qualité. La tendance s'oriente vers la nécessité de mettre en place une *couverture sanitaire universelle*.

Sommaire :

- Fodil Mékidèche: la couverture sanitaire universelle—CSU
- Consommation des médicaments et remboursement
- Nouvelle liste des médicaments remboursables: 95 % des médicaments remboursés
- Nomenclature nationale: production nationale plus 203%
- Objets connectés remboursés par la sécurité sociale
- Impact du tarif de référence en Europe

Média du 1er Groupement de Pharmaciens

avril 2018
N°012

Fodil Mékidèche

La Couverture Sanitaire Universelle, et la recherche pour une meilleure santé de la population

La définition du système de santé est donnée par l'organisation [Mondiale de la Santé \(OMS\)](#) « Il comprend tous les acteurs, organisations, institutions, et ressources dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. (...) il a aussi pour objectif de répondre aux attentes de la population ». En juin 2000, l'OMS publiait son rapport sur la santé dans le monde – pour un système de santé plus performant. Cette [première étude](#) utilisait 5 indicateurs de performance pour mesurer les systèmes de santé de 191 Etats membres : 1/les niveaux de santé générale, 2/les inégalités ou disparité en santé, 3/le degré général de réactivité du système de santé, 4/la distribution de la réactivité dans la population 5/ répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population. Il classait en 2000 en tête de liste des pays qui fournissaient les meilleurs soins généraux la France, l'Italie, l'Espagne, l'Oman (8^{ème} place mondiale), l'Autriche et le Japon. Le directeur général de l'époque, le dr Gro Harlem Brundtland, soulignait que le principal message qui émanait de ce rapport est que la santé et le bien-être des populations dans le monde, dépendent étroitement de la performance

de leur système de santé». Les principales lacunes rencontrées, venaient du fait que de nombreux ministères de la santé privilégiaient le secteur public aux dépens du secteur privé. Les autres lacunes soulevées portaient sur le fait que des médecins exerçaient à la fois pour les 2 secteurs d'activité, qu'il subsistait un marché noir de la santé et que les règles élaborées par certains ministères de la santé n'étaient pas appliquées. Le rapport de [2013](#), fait ressortir comme message principal, la recherche de la *couverture sanitaire universelle* qui devrait permettre à chacun d'avoir accès à des services de santé de qualité sans risque de subir des difficultés financières. La recherche est largement encouragée avec le renforcement de la collaboration entre les centres décisionnels et les chercheurs. En 2017, [le classement sur la performance des systèmes de santé](#), utilisait 33 indicateurs. Il a été publié par la revue britannique *The Lancet*, et classait la Principauté d'Andorre en tête et l'Algérie à la 130^{ème} place.



Consommation des médicaments en Algérie et remboursement

La consommation des médicaments est un indicateur très suivi par les financiers du système de santé. En Algérie, c'est une réelle préoccupation des pouvoirs publics, tant la part consacrée aux dépenses de médicaments par la CNAS était de 54% en 2004 (elle atteignait une valeur record de 73% en 2007). Si l'Office National des Statistiques rapportait une augmentation de 12% entre

2001 et 2011 du prix des médicaments, les opérateurs de la pharmacie tiraient le signal d'alarme au début de l'année 2018 sur la baisse du prix enregistrée et qui risquait d'affecter la trésorerie des entreprises du secteur. Dans un article rédigé par N. Mahfoud, B. Brahamia et Y. Coppieters intitulé 'consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé

(Suite page 2)

Remboursement des médicaments

Nouvelle liste des médicaments remboursables mars 2018

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses en produits pharmaceutiques, le ministère du travail, a élaboré 2 arrêtés venus enrichir le conventionnement. Le premier est l'arrêté du 29 août 2017, fixant la liste des médicaments remboursables par la sécurité sociale, publié sur le journal officiel le 29 octobre 2017 et applicable 3 mois après sa date de publication. Ils ont été mis à exécution le 18 mars 2018 sur le système CHIFA informatique des caisses de sécurité sociale.

41 médicaments viennent s'ajouter aux produits remboursables, parmi eux 20 nouvelles conditions de remboursement. Le produit ayant suscité de nombreuses questions est relatif à l'acide acétyl salicylique (03A002, 03A024, 03A104) en poudre pour solution buvable dosée à 100 et 250 mg, dont la CPR a été modifiée pour devenir « Remboursable uniquement en usage pédiatrique chez l'enfant de 3 mois à 7 ans dans les indications prévues à l'annexe de la décision d'enregistrement ».

Notons également la Trolamine pure (07P136) (Biafine) crème, remboursable uniquement dans l'indication suivante « Erythèmes secondaires à des traitements de radiothérapie ».

Le second arrêté, portant la même date que le précédent est relatif à la dernière nomenclature fixant les tarifs de référence -TR, servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre. Il s'agit de l'arrêté du même nom, daté du 29 août 2017. Les classes touchées sont 6 DCI en allergologie (CI01), 3 DCI chez les antalgiques (CI03), 1 DCI chez les anti inflammatoire (CI 04), 12 DCI en cardiologie (CI06), 1 DCI en dermatologie (CI047), 3 DCI en endocrinologie (CI09), 6 DCI dans la classe gastro-entérologie (CI10), 5 DCI en métabolisme diabète et nutrition (CI14), 1 DCI en neurologie (CI15), 1 DCI en psychiatrie (CI16), 1 DCI en otologie (CI18), 4

DCI en pneumologie (CI20), 1 DCI en rhumatologie (CI21), 1 DCI en rhinologie (CI22).

Le 27 octobre 2017, paraissait dans le JO français, l'[arrêté n° 0252](#) (texte n°12) modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. Il est précisé

que les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie, sont celles qui figurent à l'autorisation de mise sur le marché à la date de publication de l'arrêté. Dans le cas de l'aspirine 100 mg sachet, les seules indications mentionnées par le fabricant sont en lien avec la fièvre et la douleur chez le nourrisson, elle ne peut donc pas être remboursée hors indication (anti- agrégant plaquettaire).



En Angleterre, les médicaments sont classés en médicaments accessibles uniquement sur prescription (*Prescription only Medicine*), que l'on retrouve uniquement en pharmacie (*Pharmacy only*) et ceux hors prescription que l'on retrouve dans le circuit de distribution (*General Sale List*), ce qui ne laisse pas de monopole de distribution du médicament aux pharmacies. Si les prix sont libres, ils sont cependant encadrés et bénéficient d'un seuil de environ 21%. C'est le ministère de la santé qui détermine la qualité du remboursement et qui rédige une liste négative, comportant les médicaments que ne peuvent pas prescrire les médecins dans le cadre du système de la santé publique National Health Service (NHS), une liste restrictive comportant les médicaments pris en charge selon les indications précises. Le ministère se base sur des rapports coût/efficacité pour déterminer le statut de remboursement. A titre comparatif, le tarif forfaitaire de remboursement (TFR) en France concerne 2600 spécialités sur près de 14.000 médicaments remboursés, soit 18,6% de la liste.

Consommation des médicaments et remboursement (suite de la page 1)

(Suite de la page 1)

en Algérie', on relève que la consommation de médicaments en Algérie, a enregistré durant la période 2000 – 2012 une très forte croissance, elle a été multipliée par six au cours de cette période passant de US\$ 568 millions en 2000, à près de US\$ 3,45 milliards. Si la croissance des importations a été plus importante, celle de la production nationale serait selon les auteurs, de 33% du marché en 2012 contre 14% en 2003, avec une valeur de US\$ 1,15 milliards. Pour les auteurs, l'explosion des dépenses en médicament est due à la médicalisation

des problèmes de santé, l'accroissement de la dépense de remboursement, l'augmentation du nombre des prescripteurs et de structures d'offre de soins, ainsi que l'augmentation du prix des médicaments et des marges bénéficiaires qui auraient augmenté en moyenne de 1998 à 2011 de 3% pour les distributeurs (sur la base d'une marge moyenne de 14.25%), 5% pour la vente en détail (marge moyenne de 32%), et la marge de production seraient passées de 20% à 25%. La production nationale devrait permettre de faire baisser le prix des médicaments de 2%.

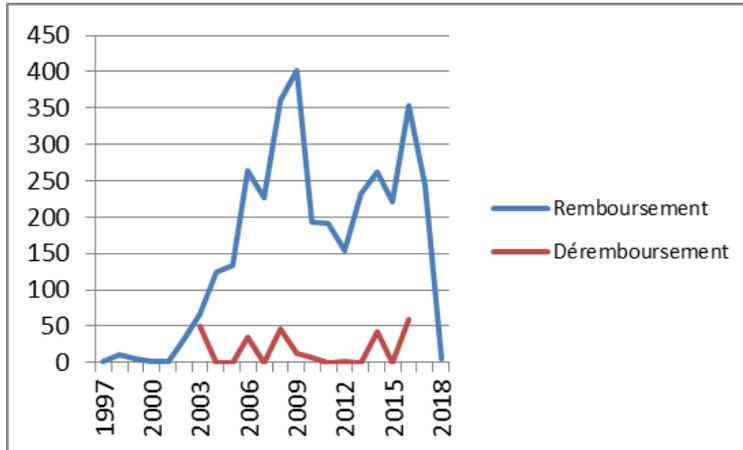
Nouvelle liste des médicaments remboursables 95,9% des médicaments de la liste, sont remboursables

Sur les 6191 spécialités figurant sur la liste du fichier CHIFA des médicaments de la sécurité sociale, 5935 soit 95,9% d'entre eux sont remboursables. Ils sont répartis entre 4796 génériques et 1369 princeps. On retrouve 1255 produits présentant des conditions de remboursement (dont 577 avec condition de Tarif de Référence et 694 avec conditions particulière de remboursement). Selon cette liste actualisée au 18 mars 2018, l'Algérie est fournie en médicament par 39 pays. En matière de production nationale 2230 spécialités sont produites localement avec 2 122

classés génériques et 103 princeps. Les 5 produits non classés génériques/princeps au 18 mars 2018 sont Tensodipine, Amlibon, eau oxygénée, mercurochrome et préparation magistrale. Notons parmi la production locale 471 médicaments comportant des conditions de remboursement (290 CPR - Condition particulière de Remboursement + 181 CTR - Condition de TR). En 20 ans, entre 1998 et 2018, c'est près de 3486 médicaments qui ont été ajoutés au remboursement, soit une moyenne de 174,3 chaque année. Le plus grand nombre d'inscription a été réalisé en 2009, avec 401 produits ajoutés. A noter que ces dix dernières années totalisent à elles seules 75,04 %

des produits enregistrés durant les vingt dernières années, contre 37,7 % pour les cinq dernières années.

Dans le graphe ci-dessous, qui visualise l'évolution des médicaments remboursés (et ceux



qui ont été dé-remboursés, au cours de ces vingt dernières années, il est clair que la liste des médicaments remboursés (courbe en bleu) s'est très enrichie de nouveaux produits. Les deux pics qui apparaissent sur le graphique font référence à 2009, avec 401 produits admis au remboursement et en 2016, 353 produits admis. Si le nombre de spécialités inscrites sur la nomenclature nationale— NN (mars 2017) (4373) est inférieur à celui contenu dans la liste des médicaments remboursés par la sécurité sociale (5935), ceci vient du fait que cette dernière liste comporte même les produits retirés de la NN, mais cependant identifiés non-remboursables.

Nomenclature nationale 2006 - 2017

Evolution de 203 % du nombre de médicaments nationaux

La Nomenclature nationale du 30 mars 2017, dernière accessible en date, comporte 4372 médicaments contre 4015 en 2006, soit une augmentation de 8,9 % au cours de la décennie. Tandis que du côté de la production nationale, en 2006, les spécialités représentaient 21,6% de l'ensemble des médicaments contre 60,2% en 2017. Ils sont passés de 869 produits en 2006 à 2633 en 2017 soit une augmentation de 203 %.

Le nombre de DCI a lui aussi évolué passant de 1 778 DCI en 2006 à 2 153 en 2017 soit une augmentation au cours de la décennie de 21,1

% pour l'ensemble de la gamme toutes nationalités. Un zoom sur la production nationale fait apparaître une forte augmentation passant à 475 DCI en 2006 à 1 105 en 2017, soit une variation de + 132,6%. Quant au ratio du nombre de spécialités par DCI fabriquées localement, nous sommes passés de 2,25 spécialités par DCI en 2006, à 2,03 spécialités par DCI en 2017. Le nombre de fournisseurs de l'Algérie n'a pas beaucoup évolué, il est resté quasi constant passant de 44 pays fournisseurs en 2006 à 49 en 2017.

Les membres du

Conseil d'Administration

Foudil Mekideche, président
Mehdi Chehili,
Yacine Leghrib,
Abdelmadjid Fatmi,
Atef Ghozlane,
Salim Zaaboub,
Abdelghani Kara,
Hichem Zouak,
Abdelmoumen Maatalah,
Redouane Kias,
Hichem Dacha,
Mourad Gouga,

Comité de stratégie et de réflexion :

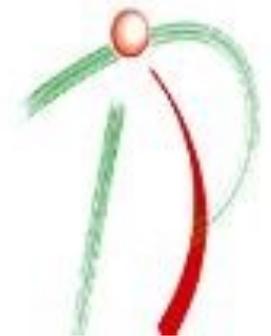
Foudil Mekideche
Mehdi Chehili
Hichem Dacha
Hichem Zouak

Comité de recrutement et de rémunération:

Foudil Mekideche
Mehdi Chehili
Hichem Dacha
Redouane Kias

Comité d'audit:

Yacine Leghrib
Abdelmoumen Maatalah
Abdelghani Kara
Soualili Mourad



*Le Bulletin du
Pharmacien*

Média du 1er Groupement
de Pharmaciens
Abdellatif Keddad
Rédacteur en chef

Pharma Invest spa

Société au capital social de
1 270 252 880 DA

Siège social
Cité Houari Boumediène - El-Eulma
Algeria

Téléphone : +213 36 76 12 16

Fax : +213 36 76 12 19

www.pharmainvest.dz

Messagerie :

contact@pharmainvest.dz

« *Faire de la
difficulté une
opportunité* »

L'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique), rédigeait un rapport en 2015 sur [l'impact de l'économie digitale](#). Elle consacrait un chapitre à l'Internet Of Things—OIT qui va révolutionner plusieurs secteurs dont celui de la santé avec un impact économique compris entre 2700 et 6200 milliards de dollars d'ici 2025. Dans cette optique, la Belgique s'est lancée dans une phase de tests d'applications numériques qui interviennent dans le cadre de la prévention et du suivi des maladies. Ces applications devront être fondées sur des données scientifiques, respecter la vie privée des patients, être normalisées. Les députés français se sont aussi penchés sur la question, sur la base d'un rapport rédigé en 2017 portant sur le développement d'une stratégie e-santé de prévention à destination des populations fragiles ou particulièrement exposées à des risques sanitaires. [F. Dumont](#) présentait en 2017, une thèse portant sur les objets connectés. Il décrit quelques dispositifs médicaux – DM installés dans les officines sous forme de bornes pour patients comme le pilulier intelligent qui allume au moment de la prise la case contenant les médicaments à prendre, et qui vérifie grâce à ses capteurs que la case est bien vide après la prise, avec possibilité d'informer les proches via une application d'une éventuelle anomalie de prise. Le thermomètre

connecté pour enfant qui utilise une technologie sans contact. Les données collectées sont transmises sous forme de courbes vers le téléphone, sa version patch placé sous l'aisselle de l'enfant permet un suivi sans être obligé de le réveiller toutes les 3 heures. L'oxymètre de poils qui permet de mesurer la saturation pulsée en oxygène surtout pour les patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive ou d'asthme, qui transmet les résultats au smartphone. Le tensiomètre dont les résultats sont envoyés par blue-tooth au smartphone puis télétransmis au médecin. Ils peuvent détecter les irrégularités de la fréquence cardiaque. Le moniteur de sommeil dit appareil à pression positive qui permet le traitement du syndrome d'apnée du sommeil. L'électrocardiogramme sans fil et sans électrodes qui donne en 30 secondes l'activité cardiaque à partir du pouce et de l'index placés sur des électrodes digitales, un carnet de santé connecté, un analyseur de stress, etc. La liste est encore longue tant les possibilités techniques offertes sont grandes. Certains d'entre eux sont remboursés par la sécurité sociale sur prescription médicale. Enfin, une belle avancée, celle du lecteur de glycémie qui n'a pas besoin de piquer le patient. La prise se fait via un capteur qui mesure la glycémie dans le liquide interstitiel toutes les 15 minutes presque en continu.

Recherche en économie de la santé

Impact du tarif de référence en Europe

Un groupe de chercheur en économie de la santé de l'IRDES, s'est penché sur la question de savoir si la mise en place de listes de médicaments remboursables avait un impact sur la générosité de la prise en charge en Angleterre, en Allemagne et en France. Les chercheurs se sont penchés sur 3 groupes de médicaments : les benzodiazépines, les vasodilatateurs et les médicaments qui améliorent la qualité de vie (obésité, tabagisme, ...). Les résultats font apparaître que si l'Angleterre prenait en charge les médicaments du 3^{ème} groupe, elle était celle qui présentait le plus bas taux de dépenses pharmaceutiques : 12,3% contre 18,4 pour la France et 13,9 pour l'Allemagne. Pour ce dernier pays, 60 % en volume des médicaments sont soumis à tarif de référence



applicables par groupe de médicaments et les médicaments qui améliorent la qualité de vie (obésité, tabagisme, dysfonction érectile, etc) ne sont pas pris en charge. Toujours pour l'Allemagne, les médicaments qui contiennent des ingrédients non indispensables ou ceux dont le bénéfice thérapeutique ne peut être apprécié avec certitude (nombreux principes actifs) ne sont pas remboursés. Des limites de prescription ont été mises en place pour chaque médecin, qui doit justifier tout dépassement de prescription de plus de 15 % par rapport à l'année précédente. En 2016, le système de santé allemand était classé 8^{ème} européen et l'une des faiblesses de son système était le grand nombre de centres hospitaliers de petite taille non spécialisés.