

Le secteur pharmaceutique privé commercial au Maroc

**Dynamique de développement
et effets sur l'accessibilité
des médicaments**



Programme d'Action pour les Médicaments essentiels
Organisation mondiale de la Santé





World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

WHO/DAP/97.1
Français seulement
Distr.: Limitée

Le secteur pharmaceutique privé commercial au Maroc

Dynamique de développement et effets sur l'accessibilité des médicaments



Programme d'Action

pour les Médicaments essentiels

De nombreux travaux de recherche, particulièrement dans les pays en développement, ne sont jamais publiés. Ceci est dû à la compétition très vive qui existe pour publier dans la presse scientifique et au fait que nombre de recherches dont les résultats sont intéressants pour résoudre les problèmes du secteur de la santé dans les pays en développement ne correspondent pas aux critères établis par cette même presse scientifique. La série recherche de DAP a été créée pour permettre une diffusion rapide des résultats des projets de recherche soutenus par DAP et qui ont trait aux aspects fondamentaux des politiques pharmaceutiques. Le Programme d'Action pour les Médicaments essentiels soutient en effet activement les activités de recherche opérationnelle dans le cadre de ses programmes de collaboration avec les pays; il soutient aussi des recherches au niveau global sur des sujets d'intérêt plus général; le Programme tient à ce que les résultats de ces études soient largement connus et accessibles. Bien que tous les efforts soient faits pour que les recherches soient de la meilleure qualité possible, les ressources et les capacités de recherche varient suivant les pays. Les documents de la série recherche reflètent ces variations et rendent compte d'études de petite taille entreprises avec des ressources limitées ainsi que de

© Organisation mondiale de la Santé 1997

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public, et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quel moyen que ce soit - électronique, mécanique ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans le document par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits

Ce rapport a été réalisé par M. M. Kaddar, Economiste, CIDEF (Paris) et M. J. Dumoulin (CNRS). Y ont collaboré M. R. Baziri (Maroc), M. C. Touativ (Maroc), Mme N. Dellaporta (France) et M. A. Touat (Algérie).

Ce rapport est une version actualisée et approfondie d'un document rédigé dans le cadre d'une étude sur le secteur pharmaceutique commercial privé en Afrique, publiée par le Ministère français de la

Résumé

Contexte de l'étude

Le Maroc est un pays à revenu intermédiaire avec un PNB par habitant en 1995 de l'ordre de US\$ 1100. De 1985 à 1995, l'accroissement du PNB par habitant, en moyenne annuelle, a été en dessous de 1%. La croissance économique reste très fragile et est fortement dépendante des apports extérieurs et des aléas climatiques.

Dans le domaine pharmaceutique, le secteur privé domine totalement la production, l'importation et la distribution de gros ou de détail des médicaments; le Maroc a la particularité d'avoir une production pharmaceutique locale très développée qui satisfait 80% environ de la demande solvable.

Objectifs et méthodes

Cette étude vise à évaluer la contribution du secteur pharmaceutique privé au Maroc à l'accès des populations aux médicaments. Pour ce faire, elle tente de répondre à deux questions fondamentales:

- Quelle est la place du secteur privé dans le marché intérieur du médicament?
- Dans quelle mesure le secteur privé contribue-t-il à la disponibilité, à l'accessibilité et au bon usage des médicaments essentiels?

L'étude est fondée sur le traitement de l'information statistique et des publications disponibles et sur les données recueillies lors d'une enquête menée en avril et mai 1994 auprès de 19 officines et 1 dépôt.

Résultats

Les principaux résultats de l'étude peuvent être résumés comme suit:

1. Regroupant 26 entreprises, l'industrie pharmaceutique couvre largement la demande locale solvable. Elle est dominée par une dizaine de laboratoires, certains à capitaux étrangers, qui réalisent près de 80% de

la production. Limitée à la formulation et au conditionnement, cette industrie est fortement dépendante des importations de matières actives et d'articles de conditionnement.

2. Le marché est caractérisé par une grande disponibilité, sous différentes formes et dosages, de produits présentés sous des noms de spécialités originales.
3. Inférieurs de 30% environ à ceux pratiqués en France, les prix des médicaments apparaissent élevés au regard des niveaux moyens des revenus. Entre la population du décile le plus pauvre et celle du décile le plus riche, la consommation de médicaments varie de 1 à 10. Les inégalités de revenus, conjuguées aux disparités dans l'accès géographique aux établissements de soins et aux officines (25 000 habitants par officine en zones rurales) révèlent des différences régionales et sociales très importantes. Le réseau de distribution de détail, bien qu'en expansion, est très fortement concentré dans les zones urbanisées, où la demande solvable est la plus importante. De 82,1 dirhams (DH) en moyenne en zones rurales (12,7 millions d'habitants en 1994), la dépense moyenne en médicaments passe à 216 DH en milieu urbain.
4. L'accessibilité aux médicaments est fonction de trois facteurs essentiels: la zone d'habitat, les niveaux et la répartition des revenus et le taux de couverture du risque maladie de la population. Les deux premières variables sont étroitement corrélées. Le taux de couverture de la population par l'assurance maladie est d'environ 13%. Cette faible couverture est perçue, en particulier par les professionnels du secteur, comme l'obstacle le plus important au développement du marché et à l'amélioration des niveaux de consommation.
5. Les mesures actuellement envisagées portent principalement sur l'institution d'un système d'assurance maladie obligatoire et sur la mise en place d'un fond d'assistance médicale au bénéfice des indigents. Les perspectives d'extension du système d'assurance maladie sont limitées par les possibilités d'amélioration de l'emploi et des revenus, en particulier en milieu rural. Même si de tels préalables peuvent être envisagés à moyen terme, des mesures de régulation semblent nécessaires pour réduire les énormes déséquilibres dans la répartition des infrastructures sanitaires, des effectifs médicaux et des officines.

L'adhésion du Maroc, en 1994, à l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), ratifiant les accords du GATT, et l'accord de coopération signé avec l'Union Européenne en février 1995, posent au secteur pharmaceutique privé des problèmes nouveaux:

- l'industrie pharmaceutique marocaine bénéficiera-t-elle encore de la protection du marché local?

- quels effets aura l'ouverture des frontières sur la configuration de l'industrie locale, sur la gamme des produits et les coûts de production et sur les prix publics des médicaments?
- l'ouverture du marché se traduira-t-elle par le développement de la consommation de génériques, ou par l'accroissement de la part des spécialités?

Table des matières

Résumé..... i

Introduction1

Première partie:

Contexte socio-économique et situation sanitaire.....3

1. L'offre de soins.....4

2. Le financement des dépenses de santé.....8

Deuxième partie:

Organisation générale et évolution du secteur pharmaceutique privé11

1. Cadre juridique du secteur pharmaceutique12

2. La production pharmaceutique.....13

3. L'importation et la distribution de gros.....15

4. La distribution de détail.....18

5. Conclusion.....20

Troisième partie:

Apports du secteur privé: disponibilité des médicaments et accessibilité financière23

1. L'accessibilité géographique.....24

2. La disponibilité des médicaments.....27

3. La consommation globale et les médicaments les plus vendus.....28

4. L'accessibilité financière aux médicaments essentiels.....33

5. Le conseil en pharmacie.....42

Conclusion générale47

Liste des tableaux51

Liste des graphiques.....51

Liste des encadrés.....52

Bibliographie53

Introduction

Contexte de l'étude

Le Maroc est un pays à revenu intermédiaire avec un PNB par habitant en 1995 de l'ordre de US\$ 1100. De 1985 à 1995, l'accroissement du PNB par habitant, en moyenne annuelle, a été en dessous de 1%. La croissance économique reste très fragile et est fortement dépendante des apports extérieurs et des aléas climatiques. Le chômage demeure élevé (16% de la population active) et les indicateurs sociaux médiocres. Ainsi, plus du tiers de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté, 36% des hommes et 60% des femmes sont analphabètes. Les inégalités sont grandes. En 1990/91, on estimait que les 20% les plus pauvres ne recevaient que 6,6% du revenu disponible tandis que les 10% les plus riches prélevaient 30,5% du revenu.

Le secteur de la santé connaît une rapide croissance de l'offre notamment dans les villes et une forte présence du secteur privé médical et pharmaceutique. La faiblesse de l'assurance maladie (moins de 15% de la population) et les restrictions dans les budgets publics laissent à la charge des usagers la plus grosse part du financement direct des dépenses de santé (plus de 50% pour les soins, plus de 90% pour les médicaments).

Le secteur pharmaceutique marocain présente les caractéristiques suivantes:

- le secteur privé domine totalement la production, l'importation et la distribution de gros ou de détail des médicaments; et l'évolution du nombre d'officines, de grossistes et de laboratoires illustre l'essor que connaît ce secteur dans la dynamique économique et sociale du pays, et ce, malgré des disparités régionales.
- l'essentiel de la consommation pharmaceutique est payé par les usagers. La part des médicaments distribués gratuitement dans les dispensaires (antituberculeux...) représenterait moins de 4% de la consommation globale.
- les niveaux de consommation par tête d'habitant restent cependant modestes par rapport notamment à l'Algérie et à la Tunisie.
- la production pharmaceutique locale satisfait 80% environ de la demande solvable; cependant, cette industrie est confrontée à un certain nombre de problèmes liés à l'étroitesse du marché local, au faible développement de l'assurance-maladie et à l'ouverture des frontières à la suite des accords du GATT et des accords avec l'Union Européenne.

Objectifs et méthodes

Cette étude tente d'appréhender les réalités et les comportements du secteur pharmaceutique privé au Maroc, en répondant à deux questions fondamentales:

- Quelle est la place du secteur privé dans le marché intérieur du médicament?
- Dans quelle mesure le secteur privé contribue-t-il à la disponibilité, à l'accessibilité et au bon usage des médicaments essentiels?

L'étude est fondée sur le traitement de l'information statistique et des publications disponibles et sur les données recueillies lors d'une enquête menée en avril et mai 1994 auprès de 19 officines et 1 dépôt.

Historique

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une étude plus globale sur le secteur pharmaceutique privé en Afrique menée avec le soutien technique et financier du Programme OMS d'Action pour les Médicaments essentiels et le Ministère de la Coopération de la France dans neuf pays d'Afrique (Algérie, Bénin, Cameroun, Guinée, Madagascar, Mali, Maroc, Niger et Sénégal) et publiée en 1996 sous le titre "Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique" (Collection Rapports d'étude, Ministère de la Coopération, Paris). Le présent document contient des informations actualisées et plus détaillées que celles contenues dans l'étude publiée en 1996 et permet de mieux comprendre la situation pharmaceutique au Maroc. Ce travail a bénéficié de l'appui des membres du comité de pilotage qui avait été créé pour suivre les différentes étapes de la recherche dans les neuf pays et a été supervisé par Mme P. Brudon, Programme OMS d'Action pour les Médicaments essentiels.

Première partie:

Contexte socio-économique et situation sanitaire

Avec un produit intérieur brut (PIB) par tête de l'ordre de 1 100 US\$ en 1995, le Maroc se classe dans la tranche inférieure de la catégorie des pays à revenu intermédiaire. On constate un certain équilibre entre les secteurs primaire et secondaire, qui fournissent près de la moitié du produit national brut (PNB), et le secteur tertiaire. En dehors des mines, de l'énergie, des grandes infrastructures et des services de base, l'économie marocaine est fortement privatisée.

Tableau 1: Structure du produit intérieur brut par branche d'activités en 1994

Branche d'activités	% du PIB
Mines et énergie	9,4
Agric. sylvic. pêche	19,5
Industries	17,2
Batim. & trav. pub.	4,2
Commerces	11,4
Services	11,9
Transp. & communicat.	6,0
Administ. publique	12,0
Droits et taxes	8,4
Total	100,0

Source: Trésorerie générale

Entre 1982 et 1992, l'économie marocaine a connu une croissance annuelle moyenne du PIB de l'ordre de 4%; mais le début des années 90 est marqué par un ralentissement notable de la croissance, et a même enregistré une baisse du PIB de 2% entre 1991 et 1992. La reprise enregistrée en 1994-1995 est imputable à une année agricole exceptionnelle, due à des conditions climatiques particulièrement favorables. Cette conjoncture ne cache cependant pas une tendance marquée au déséquilibre de la balance commerciale, les exportations autres qu'agricoles et minières montrant une baisse de leur croissance.

En dépit d'un programme d'ajustement structurel engagé dès le début des années 80, l'économie a connu une tendance à l'accroissement de l'endettement extérieur. En 1992, celui-ci représente 75% du PIB. Le programme d'ajustement structurel mené depuis 10 ans a toutefois permis de réduire les déséquilibres financiers (budget de l'Etat, balance extérieure) tout en maintenant une certaine croissance, grâce notamment aux investissements étrangers. Il faut aussi noter le maintien du taux d'inflation à un niveau relativement faible (4,9% en 1992), par rapport aux pays à revenus comparables.

Malgré quelques résultats positifs, dus en partie aux ajustements structurels engagés, la croissance de l'économie marocaine reste fragile et fortement soumise aux aléas de la conjoncture, notamment climatique. En effet, de 1985 à 1995, l'accroissement du PNB par habitant en moyenne annuelle a été en dessous de 1%. Par ailleurs, le chômage demeure élevé (16% de la population active dont un grand nombre de diplômés) de même que le taux de population vivant en dessous du seuil de pauvreté (dix millions d'habitants, soit plus du tiers de la population).

Les données socio-démographiques sont tout aussi importantes pour la compréhension des contraintes qui pèsent sur le système de santé et sur le secteur pharmaceutique.

En 1994, la population du Maroc est estimée à 26,7 millions d'habitants, dont 12,7 millions vivant en milieu rural. Les projections de population montrent une transition démographique caractérisée par une baisse de la fécondité et de la mortalité. De 2,5% pour la période 1980-1992, l'accroissement annuel moyen de la population devrait passer à 1,8% pour 1992-2000. Pour les mêmes périodes, le taux de croissance de la population active devrait passer de 3,2 à 2,9%.

Cette transition démographique va probablement s'accompagner d'une amélioration du niveau général d'instruction, particulièrement pour la population féminine. Entre 1970 et 1990, le taux d'alphabétisation des femmes est passé de 10 à 38%, celui des hommes de 34 à 61%. Il est prévu un accroissement annuel moyen du taux d'urbanisation de 2,8% entre 1992 et 2000, la part de la population urbaine passant ainsi de 49,8 à 54,9% de la population totale.

C'est en relation avec ces indicateurs relatifs au contexte économique et à la démographie qu'il faut apprécier l'évolution du secteur de la santé.

1. L'offre de soins

Par "offre de soins", il faut comprendre ici les infrastructures, les équipements, et les ressources humaines. L'offre de soins est caractérisée par une croissance notable au cours des vingt dernières années mais également par une répartition

déséquilibrée des infrastructures. Avant une présentation détaillée de la situation d'ensemble, le secteur peut être entrevu à travers les indicateurs suivants:

Tableau 2: Principaux indicateurs de santé

	1987	1995
Espérance de vie à la naissance (ans)*	65	66,5
Taux de mortalité infantile (pour mille)	73,8	61,6
• urbain	45,5	38,1
• rural	89,7	73,1
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour mille)**		76,2
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)		610
% d'enfants vaccinés complètement (1 an)**		
• BCG		93,4
• DTC		79,4
• Polio		79,4
• Rougeole		79,8

Source: OMS/ UNICEF (1996), données nationales

1.1 Les infrastructures

Les données disponibles sur l'infrastructure sanitaire montrent une croissance relative de l'offre. Elles montrent aussi que, en dépit des efforts consentis, les conditions d'accès aux structures de santé restent assez médiocres. Au milieu de la décennie 90, on assiste même à une dégradation de certains paramètres, comme le nombre d'habitants par lit d'hôpital. Les données sur les infrastructures ne sont pas suffisamment fines pour permettre un examen détaillé de la situation. La répartition des structures de soins ne rend pas compte, par exemple, du type de prestations assurées par les cliniques privées. Il en est de même en ce qui concerne les "établissements de soins de santé de base" relevant du Ministère de la Santé publique. Enfin, les données sur la répartition géographique des infrastructures sont établies en fonction de "régions économiques", entités vastes. C'est en tenant compte de ces réserves qu'il faut apprécier les données ci-après.

1.1.1 Les infrastructures hospitalières

Les infrastructures hospitalières comprennent les hôpitaux publics, les cliniques dépendant de la Caisse nationale de sécurité sociale, et les cliniques privées. Il est probable que les cliniques privées, ainsi que les centres relevant de la Caisse de sécurité sociale, offrent des gammes de prestations plus limitées que celles des établissements publics.

Tableau 3: Infrastructures hospitalières en 1992

	Nombre	Lits
Hôpitaux publics	98	26 010
Cliniques privées	109	2 416
Cliniques Sécurité sociale	23	1 800
Total	230	28 316
Habitants/lit hospitalier (secteur public) en 1995		960

Source: Ministère de la Santé publique. La santé en chiffres, 1994; Ministère de la Santé publique, 1995

Pour prendre la mesure du niveau de développement des infrastructures hospitalières, on peut citer le cas des voisins immédiats du Maroc: le ratio habitants/lit hospitalier est, en 1993, de 413 pour l'Algérie, et de 523 pour la Tunisie.

1.1.2 Les établissements de soins de santé de base

Ces établissements sont exclusivement publics. Répartis sur l'ensemble du territoire, ils desservent, en moyenne, 15 000 habitants. Cependant, le nombre d'habitants par établissement de soins de santé de base atteint, en 1995, dans les zones rurales près de 30 000 habitants en moyenne.

Tableau 4: Etablissements de soins de santé de base et nombre moyen d'habitants couverts

1988		1994	
Nombre	Population	Nombre	Population
1 633	14 300	1 778	14 956

Source: Annuaire statistiques, 1989, 1993; MSP, 1995

1.1.3 Les cabinets de consultation privés

Au nombre de 2 945 en 1995, soit en moyenne un cabinet privé pour 9 500 habitants, les cabinets de consultation privés sont surtout concentrés dans la région Centre (40,4%) et Nord-ouest (27,6%). Le ratio, nombre d'habitants par cabinet de consultation, varie de 6 853 dans la région Centre, à 19 550 dans la région Sud. Au delà de cette inégale répartition régionale, il faut surtout mettre l'accent sur les écarts considérables entre milieu urbain et rural. Sur les 2 945 cabinets, seuls 116, soit moins de 4%, sont localisés en zone rurale. Le ratio nombre d'habitants/cabinet de consultation privé, passe de 4 930 en milieu urbain à 109 901 en milieu rural.

Au total, l'offre de soins est caractérisée par:

- Une évolution relativement lente des capacités par rapport à la croissance de la population. En dépit des réalisations, au profit

notamment des régions du Sud et du Nord-ouest, le ratio habitants/établissement de soins de santé de base ne connaît pas d'amélioration, passant de 14 300 en 1988 à 14 956 en 1994. Il en est de même pour les infrastructures hospitalières dont les capacités évoluent peu, passant de 24 134 lits en 1988 à 26 010 en 1992.

- Une répartition déséquilibrée des ressources en faveur des centres urbains: la répartition des établissements de soins de santé de base par région révèle des disparités importantes. Le ratio nombre d'habitants par centre, varie de 9 196 à 19 252 en 1988. En 1992, il varie de 9 294 à 19 823. Les contraintes financières, liées à la mise en oeuvre du programme d'ajustement structurel, semblent peser fortement dans ce domaine.
- La coexistence de plusieurs secteurs juridiques: le secteur semi-public, qui comprend les établissements de la Caisse de sécurité sociale et des mutuelles couvre exclusivement la population salariée urbaine. Ces structures sont par ailleurs très fortement concentrées au plan géographique: 56,5% des lits de ce secteur sont localisés dans la région Centre, la ville de Casablanca disposant, à elle seule, de 53% des lits.

1.2 Les ressources humaines

Durant la décennie 80, le Maroc connaît une croissance importante des effectifs médicaux, le nombre de médecins passant de 4 946 en 1988 à 8 000 en 1993, dont 3 629 exerçant dans le secteur privé, soit 45% du total. Avec une moyenne globale de 2 756 habitants par médecin, le Maroc reste cependant loin de ses voisins, l'Algérie et la Tunisie.

Cette forte augmentation des effectifs ne s'accompagne cependant pas d'une réduction des grandes inégalités qui caractérisent leur répartition géographique. Pour les zones rurales, le nombre d'habitants par médecin atteint le chiffre de 18 971. En 1993, les régions du Centre et du Nord-Ouest concentrent 61% des médecins du secteur public et 69% des médecins exerçant dans le secteur privé. La polarisation urbaine des médecins concerne donc aussi bien le secteur public que privé.

La répartition par établissement, au sein du secteur public, révèle que la majorité des médecins, soit 70,9%, exercent dans les hôpitaux, au détriment des établissements de soins de santé de base. Pour ces structures, le ratio habitants par médecin s'établit à 20 537. Un nombre relativement important de structures de soins de base fonctionne sans médecins.

2. Le financement des dépenses de santé

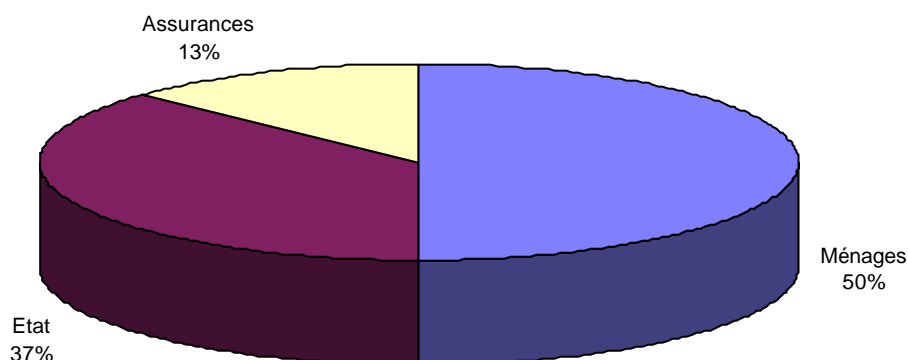
La dépense totale de santé est estimée, en 1990, à 661 millions de dollars, soit 26 dollars par habitant. La part des dépenses de santé dans le PIB, bien qu'en augmentation, reste cependant modeste, de l'ordre de 4% en 1992.

La structure des dépenses selon les sources de financement révèle la part importante des ménages, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 5: Répartition de la dépense totale de santé selon les sources de financement, en %, en 1991-1992

Etat dont:	37
• Ministère de la Santé publique	25
• Collectivités locales	4
• Coopération	3
• Autres: (forces armées, Office Chérifien des Phosphates...)	5
Assurances	13
Ménages	50
Total	100

Graphique n°1
Répartition de la dépense totale de santé selon les sources de financement, en %, en 1991-1992



Source: Ministère de la Santé publique, données nationales

Les dépenses des ménages sont effectuées presque exclusivement dans le secteur privé: médicaments, honoraires, frais de cliniques, soins dentaires, appareillages et prothèses, etc.

Les mesures d'austérité, appliquées avec le plan d'ajustement structurel, affectent surtout les dépenses d'investissement. En nette régression depuis le début des années 80, la part du budget investissement du secteur de la santé dans le budget investissement total de l'Etat est de 4,06% en 1993.

Deuxième partie:

Organisation générale et évolution du secteur pharmaceutique privé

Le secteur pharmaceutique commercial marocain présente trois grandes caractéristiques:

- L'essentiel de la consommation de médicaments est directement financé par les usagers. La population couverte par une assurance maladie, et qui bénéficie du remboursement d'une partie de la dépense en médicaments, est de l'ordre de 15% en 1995. Même les dépenses pharmaceutiques dans le secteur hospitalier sont, pour une bonne part, à la charge des ménages. Selon la Direction de la Planification du Ministère de la Santé publique, la dépense moyenne en médicaments est estimée à 45,34 DH¹ dans les hôpitaux; la part des ménages dans cette dépense, est, en moyenne, de 21,58 DH; celle des médicaments distribués gratuitement dans les dispensaires (antituberculeux...) représenterait moins de 3,5% de la consommation totale de médicaments.
- La production locale satisfait 80% de la consommation globale, au début des années 90. C'est là un résultat de la politique pharmaceutique, entamée dans les années 60, privilégiant la production par substitution aux importations.
- Enfin, le secteur pharmaceutique est entièrement contrôlé par le secteur privé, aux différents stades, de l'importation à la distribution de détail, en passant par la production et la distribution de gros. Il existe un service d'approvisionnement des établissements de soins publics (Pharmacie centrale) mais son impact sur l'évolution générale du secteur est faible.

Cette seconde partie sera d'abord consacrée au rappel du cadre juridique, à l'examen de la production, puis aux fonctions d'importation et de distribution de gros, avec comme perspective l'évaluation de l'efficacité de ces activités. Le dernier point sera consacré à la distribution de détail, en mettant l'accent sur

¹ Cours du dirham en 1995: 8,65 pour 1 US\$.

l'impact de son développement sur l'accessibilité géographique des médicaments.

1. Cadre juridique du secteur pharmaceutique

Le premier texte législatif d'ensemble date de 1916. Il porte sur la réglementation de l'exercice des professions de médecin, de pharmacien, de chirurgien-dentiste, d'herboriste et de sage-femme. Il a été modifié par une série de réglementations d'ordre général, ou particulier. Après l'indépendance, le dahir du 19 février 1960 a défini la politique nationale de santé avec la réglementation du secteur pharmaceutique (conditions d'ouverture d'un laboratoire, conditions de vente des médicaments par les médecins et les pharmaciens...).

Cette réglementation constitue toujours la base et le support de toute activité pharmaceutique, malgré les amendements introduits depuis lors. En 1994, un arrêté du Ministre de la Santé publique fixait le mode de calcul des prix des spécialités pharmaceutiques d'origine étrangère admises à l'importation et destinées à l'usage de la médecine humaine et vétérinaire et déterminait le mode de déclaration des prix ainsi que le stock de sécurité devant être constitué par les importateurs. L'article premier du dahir de janvier 1994 a introduit des modifications dans le calcul du prix public Maroc, en tenant compte de trois coefficients (au lieu d'un seul précédemment) liés à des droits de douane différents. Cet arrêté a permis la publication, à la fin du premier trimestre de cette année, d'une liste d'environ 600 médicaments dont les prix ont été revus à la baisse.

Pour l'essentiel, on peut retenir les points suivants:

1. Il existe un Ordre des Pharmaciens depuis longtemps déjà: les professionnels sont associés à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique pharmaceutique. Le Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens est l'émanation de quatre conseils régionaux et catégoriels dont les membres sont élus.
2. Seuls les professionnels peuvent exercer des activités pharmaceutiques. Le capital des sociétés pharmaceutiques doit appartenir pour 51% à un ou plusieurs pharmaciens. Il en résulte que les investisseurs non-pharmaciens ont une place relativement secondaire dans ces activités.
3. L'autorité étatique dans le domaine est partagée entre le Secrétariat général du gouvernement pour l'ouverture d'établissement pharmaceutique, la division du médicament du Ministère de la Santé publique pour les autorisations de commercialiser les médicaments et les prix, et le laboratoire national de contrôle pour la qualité des médicaments. La réglementation est relativement complète et elle est assez bien appliquée: il n'y a ni commerce clandestin de médicaments

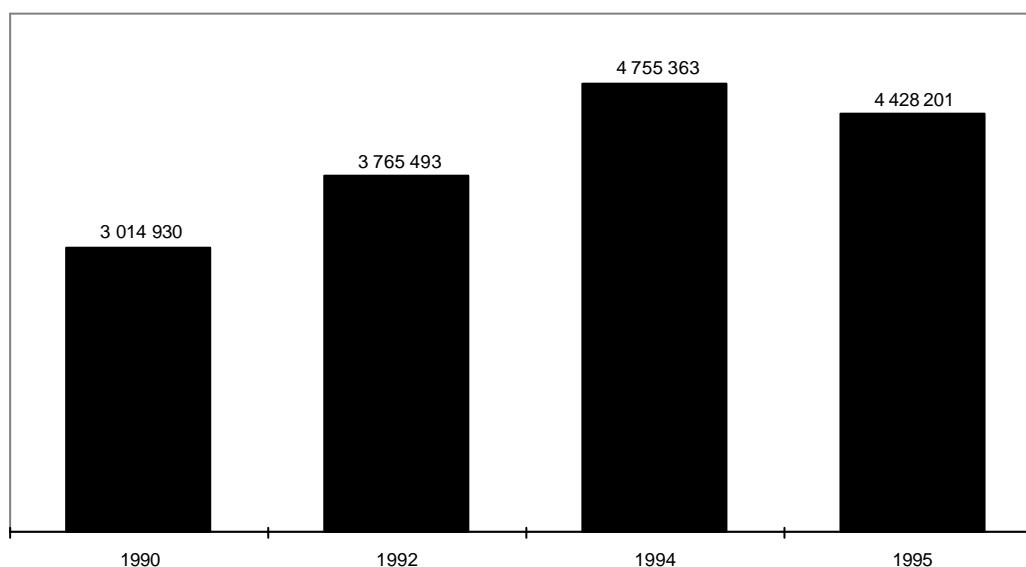
(sauf cas exceptionnels), ni commercialisation de médicaments non autorisés; et la réglementation des prix est complètement appliquée: les prix sont les mêmes dans tout le royaume. L'application de la réglementation est surveillée davantage par les professionnels très organisés (ordre, syndicat des pharmaciens, association des industriels) que par les inspections de la division du médicament du Ministère de la Santé publique ou du laboratoire national qui sont très épisodiques.

2. La production pharmaceutique

Le marché pharmaceutique marocain est estimé, en 1995, à 4 428 201 millions de dirhams en prix publics. Après une progression constante, il semble connaître, ces dernières années, un ralentissement, et même une légère régression en 1995 (- 6,9% en 1995 par rapport à 1994).

Graphique n°2

Evolution du marché pharmaceutique en millions de dirhams et en prix publics, 1990-1995



Source: Espérance médicale, tome 3, n°17, février 1996

La production locale est assurée par vingt-six laboratoires pharmaceutiques privés (18 en 1988, 26 en 1995), le plus souvent sous le nom des spécialités originales. Plus de 90% des produits sont en effet fabriqués sous licence.

Dix laboratoires réalisent près de 80% de la production totale. Ces laboratoires sont en général à capitaux étrangers.

Tableau 6: Les dix premiers laboratoires au Maroc en 1995

Dénomination	Part de marché en %
--------------	---------------------

Maphar	20,0
Roussel Diamant	11,0
Polymedic	10,0
Laprophan	9,5
Cooper	7,7
Rhone-Poulenc-Rorer	7,3
Roche	4,7
Sothema	4,3
Synthemedic	4,1
Pfizer	3,4

Source: Espérance médicale, op. cit.

Il s'agit donc d'une industrie relativement concentrée. Une autre grande caractéristique concerne le niveau d'autonomie de la production. L'industrie marocaine du médicament est surtout une industrie de formulation et de conditionnement. L'activité des entreprises est étroitement dépendante de l'importation de matières actives (près de 100%), et d'articles de conditionnement (près de 50%).

Sa production est surtout constituée de spécialités originales, les génériques occupant une faible part du marché (entre 15 et 18% en 1994-1995).

Il faut enfin souligner que cette industrie commence, depuis le milieu des années 80, à exporter en direction de certains pays européens, arabes et africains. Ces exportations restent cependant d'un niveau modeste.

Tableau 7: Exportations de produits pharmaceutiques en millions de dirhams

1988	1989	1990	1991	1992
53	77	188	150	164

Source: Annuaire statistique, 1993

Les limites actuelles au développement de l'industrie pharmaceutique sont de plusieurs ordres:

- La plus forte est liée à l'étroitesse du marché, et à la faible croissance de la demande solvable.
- La seconde est d'ordre financier: une croissance de l'investissement nécessite une réforme de la réglementation qui ouvrirait le secteur aux capitaux financiers; la plupart des laboratoires rencontrent d'importantes contraintes dans le financement des investissements d'extension et de modernisation. Réservé aux seuls professionnels (les pharmaciens doivent détenir la majorité des actions), l'investissement dans la production ne pourra décoller que si cette barrière réglementaire est levée. L'ouverture du secteur aux capitaux provenant d'autres domaines d'activité (les capitaux financiers en particulier) est perçue comme un préalable à une croissance soutenue des laboratoires.

D'autres contraintes sont d'ordre technologique: malgré le taux relativement élevé de l'encadrement dans les entreprises, et l'expérience acquise, les activités de production restent cantonnées aux stades de la formulation et du conditionnement. Le "transfert de technologie" est resté limité. Ces limites sont d'autant plus importantes que le secteur pharmaceutique va probablement voir l'entrée en lice de nouveaux acteurs, suite aux accords avec l'Union européenne, et à l'adhésion à l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

La production et/ou la commercialisation de génériques rencontrent de grands obstacles. Ceux-ci sont liés aux particularités de l'industrie marocaine du médicament et, en partie, aux limites imposées par la réglementation. Les grands laboratoires fabriquent presque exclusivement des spécialités pharmaceutiques sous licence, et la réglementation fait de l'importation une activité réservée aux seuls producteurs.

Les dix premiers laboratoires sur le marché ne sont pas en concurrence directe. Solidement implantés, avec un réseau de délégués médicaux relativement important, ils développent une stratégie de marketing axée sur leurs marques commerciales. Il s'agit en fait d'un marché segmenté qui pratique peu la concurrence par les prix. Cette situation est aussi le résultat de la réglementation qui organise un contingentement des importations. L'accroissement de la part des génériques dans ce marché suppose l'entrée de nouveaux acteurs dans le secteur de la production. En dehors des perspectives de développement de la consommation au plan global, la production de génériques ne peut s'accroître qu'au détriment de celle des spécialités originales actuellement commercialisées. Le niveau de rentabilité des investissements nécessaires, dans une situation où le marché est structuré par la présence de puissants laboratoires, ne semble pas garanti. Les perspectives offertes par le projet de généralisation de l'assurance-maladie, l'abrogation des dispositions relatives à l'obligation de produire pour importer, et l'uniformisation des modes de calcul des prix, à la production comme à l'importation, vont probablement avoir des conséquences considérables à terme.

3. L'importation et la distribution de gros

L'une des particularités de la fonction de distribution de gros des médicaments est que le réseau est exclusivement approvisionné par les producteurs. La réglementation marocaine, relative au commerce extérieur des médicaments, réserve les activités d'importation aux seuls producteurs. En l'absence de données précises sur la part de chacune des entreprises de production dans les importations totales, on formulera deux hypothèses:

- La première est que les laboratoires dominants, dans la production, doivent probablement réaliser l'essentiel des importations. Le marché étant très largement dominé par les spécialités pharmaceutiques

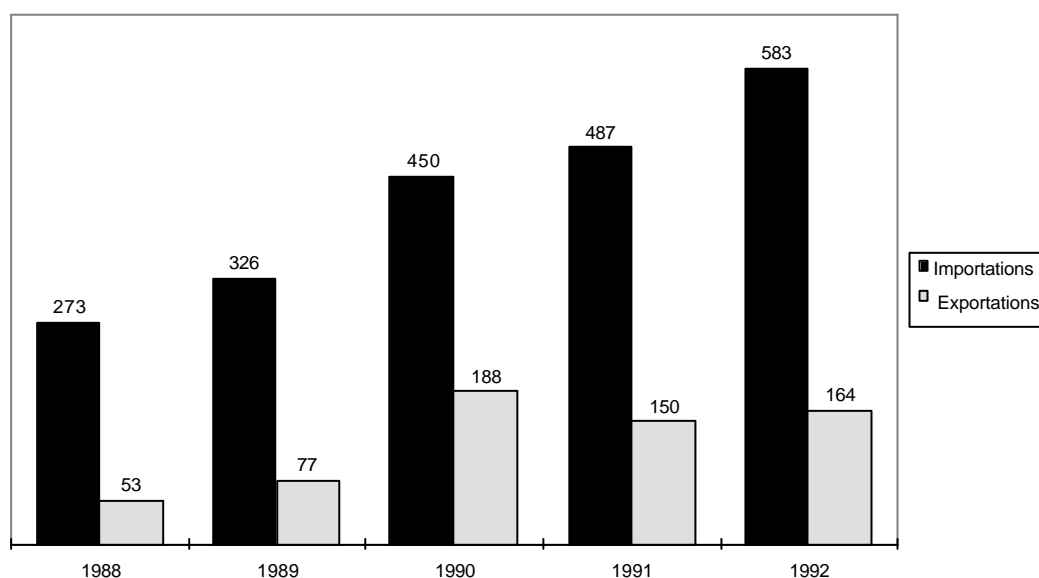
fabriquées sous licence, les importations viennent combler les déficits de la production locale par rapport à la demande solvable. En raison de la taille relativement réduite du marché marocain, les investissements nécessaires à la fabrication de certaines spécialités seraient non rentables.

- La seconde est relative aux possibilités offertes aux laboratoires de pallier les limites imposées par la réglementation en matière de prix pour les produits locaux. L'importation de produits plus chers viendrait compenser en partie les faibles taux de croissance des prix à la production. Cette péréquation n'est possible que dans l'organisation actuelle, qui confie les opérations d'importation aux seuls producteurs. La libéralisation du commerce extérieur et la possibilité offerte à des opérateurs non producteurs d'importer et de commercialiser des produits pharmaceutiques vont probablement se traduire par des modifications sensibles en termes de gammes de produits et de prix.

Cette hypothèse est d'autant plus réaliste que les importations de produits pharmaceutiques connaissent une croissance sensible depuis 1988, et que de nouveaux opérateurs vont probablement investir dans cette activité. L'ouverture du marché induite, par l'adhésion à l'OMC et l'accord d'association avec l'Union européenne, mettront fin aux dispositions qui réservent l'importation aux seuls producteurs.

Graphique n°3

Evolution des importations et des exportations de produits pharmaceutiques, en millions de dirhams, 1988-1992



Source: Annuaire statistique, 1993

L'origine géographique des importations montre que l'essentiel des importations de produits pharmaceutiques est réalisé à partir de la France (224,25 millions

de FF en 1993 et 244,26 en 1994)(Syndicat national de l'Industrie pharmaceutique, 1995).

Dans l'hypothèse du maintien du rythme actuel d'évolution du marché pharmaceutique, la concurrence peut se traduire par un recul de la part de la production locale, déjà manifeste depuis 1994. L'une des conséquences probables sera l'accroissement de la part des génériques dans la consommation, et peut être aussi un développement de leur production. Les contraintes liées à l'étroitesse du marché et à la faiblesse des revenus pourraient être allégées si des produits sensiblement moins chers étaient commercialisés.

Une autre conséquence possible est une réorganisation des circuits de distribution de gros. En 1995, on dénombre 26 grossistes répartis dans quatorze villes du pays. Ces grossistes assurent la distribution de 80% des médicaments commercialisés en officines. L'importance relative des achats directs des officines auprès des laboratoires (20% de leurs achats en 1995) indique que les perspectives de développement de cette activité sont limitées. Employant 2 000 personnes environ, les entreprises de distribution de gros revendent, à la fois, une hausse de leur marge bénéficiaire, (actuellement de 9,7%), et une réglementation qui leur permette de faire de la promotion. Il s'agit là d'un signe du ralentissement de la croissance du marché pharmaceutique et de la forte dépendance des grossistes par rapport aux entreprises de production et d'importation.

Tableau 8: Evolution du nombre de grossistes entre 1960 et 1995

1960	1977	1987	1988	1992	1995
3	4	12	21	26	27

Source: Espérance médicale, op. cit.

Après avoir connu un bond en 1987, le nombre de grossistes s'est stabilisé à partir de 1992, traduisant une relative saturation dans ce secteur. L'exercice de cette activité est réglementé. Seul un pharmacien, ou un groupe de pharmaciens, souvent réunis dans le cadre d'une société anonyme, peut être habilité à exercer une activité de distribution de gros. La croissance du nombre de grossistes et leur implantation sont directement liées à la multiplication et à la localisation géographique des officines.

Tableau 9: Localisation géographique des grossistes

Villes	Nombre	Villes	Nombre
Casablanca	7	Rabat	2
Oujda	2	Tanger	2
Agadir	2	Marrakech	2
Salé	2	Safi	2
Tétouan	1	Fes	1
Beni mellal	1	Belksiri	1
Meknés	1	Settat	1
Total:		27	

De manière générale, on peut considérer que l'activité des grossistes est relativement performante: les officines détiennent des stocks limités car les livraisons peuvent être assurées très rapidement. Le cas des officines situées en zones faiblement urbanisées est cependant différent. Le nombre très réduit d'officines en dehors des grandes villes induit un coût de distribution, à la charge des grossistes, beaucoup plus élevé.

4. La distribution de détail

L'importance et la couverture géographique du réseau de distribution de détail déterminent fortement l'accessibilité au médicament et l'amélioration des niveaux de consommation. Entre 1988 et 1992, le nombre moyen d'habitants par officine est passé de 16 683 à 12 890. En dépit de ces progrès relativement rapides, le secteur de la distribution de détail reste assez peu développé eu égard à la taille et surtout à la répartition de la population.

Tableau 10: Evolution du nombre de pharmacies

1961	1988	1992	1994	1995
29	1403	1982	2220	2450

Source: Espérance médicale, op. cit.

Tableau 11: Répartition des pharmacies selon les régions (en nombre et %)

	1988		1992	
	Nombre	%	Nombre	%
Sud	91	6,5	139	7,0
Tensift	120	8,6	164	8,3
Centre	574	40,9	774	39,1
Nord-Ouest	338	24,1	494	24,9
Centre-Nord	112	8,0	157	7,9
Oriental	91	6,5	137	6,9
Centre-Sud	77	5,4	117	5,9
Ensemble	1403	100,0	1982	100,0

Source: Annuaire statistiques, 1989, 1993

5. Conclusion

Le Maroc dispose d'un secteur pharmaceutique privé très développé et relativement cohérent:

- Nombre important d'officines toutes tenues par des pharmaciens diplômés.
- Réseau développé de grossistes.
- Industrie pharmaceutique assurant une proportion très élevée de la consommation nationale.
- Faculté de pharmacie maîtrisant les effectifs d'étudiants.
- Laboratoire de contrôle de qualité performant.
- Législation assez complète et appliquée.

Mais la force du secteur pharmaceutique comporte d'importantes lacunes:

- Grande faiblesse du système d'approvisionnement public (circuit de distribution, gestion des pharmacies d'hôpitaux).
- Système basé sur les spécialités de marque (faible recours aux génériques, quasi absence du concept de médicaments essentiels).
- Industrie dominée par les firmes étrangères, avec recours quasi total aux substances actives importées et aux licences étrangères. Les unités de production étant très nombreuses pour un petit marché, la plupart sont de petite taille, avec une maîtrise technologique incomplète et une compétitivité internationale mal assurée.
- Faiblesse de l'administration et de l'inspection pharmaceutiques (peu ou pas de contrôle des bonnes pratiques de fabrication et des bonnes pratiques de dispensation).

Troisième partie:

Apports du secteur privé: disponibilité des médicaments et accessibilité financière

L'apport du secteur pharmaceutique privé aux objectifs de santé publique sera évalué à partir des critères suivants:

1. Accessibilité géographique aux médicaments
2. Disponibilité des médicaments essentiels
3. Niveau et structure de la consommation
4. Accessibilité financière aux médicaments
5. Conseil pharmaceutique

Pour les points 2, 4 et 5, une enquête a été réalisée en 1994 auprès d'un échantillon de 20 officines et dépôts. Les autres points ont été traités à partir d'informations existantes.

Encadré n°1: Méthodologie de l'enquête

L'enquête a été effectuée dans les villes de Casablanca, Rabat, Marrakech, Agadir, Tiznit, Ouarzazate, Tan Tan, Laayoune... et de l'Oriental telles que Nador, Oujda et Figuig. La sélection des officines s'est faite, dans la mesure du possible, en respectant les critères suivants :

1. Les officines situées dans les zones urbaines et périurbaines (c'est-à-dire les zones où il y a une concentration de population et de commerce).

2. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

3. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

4. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

5. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

6. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

7. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

8. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

9. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

10. Les officines qui ont une bonne réputation et qui sont fréquentées par une large clientèle.

1. L'accessibilité géographique

Savoir si le secteur pharmaceutique privé contribue à une bonne disponibilité des médicaments essentiels implique d'étudier la répartition du réseau des officines et des dépôts sur le territoire marocain en se posant principalement deux questions: y-a-t-il eu amélioration de l'accessibilité géographique? qui en a bénéficié?

Le nombre des officines est en croissance très rapide avec de fortes disparités régionales.

Les officines sont concentrées dans les régions du Centre et du Nord-Ouest qui englobent à elles seules 64% du réseau en 1992 (65% en 1988). Le nombre de pharmacies à Rabat représente en 1992 47,8% de l'ensemble de sa région (50% en 1988), alors que le Grand Casablanca regroupe 71,3% des pharmacies de sa région en 1992 (contre 75,1% en 1988). Cette concentration s'explique tant par les caractéristiques socio-économiques de ces villes que par leur infrastructure générale et sanitaire aussi bien publique que privée.

Tableau 12: Pharmacies commerciales dans les grandes villes et nombre moyen d'habitants par pharmacie

	1988			1992		
	Pharmacies	Population (1000)	Habitants par pharmacie	Pharmacies	Population (1000)	Habitants par pharmacie
	(1)	(2)	(2)/(1)	(1)	(2)	(2)/(1)
Rabat	102	624	6 118	134	697	5 201
Casablanca	402	2 622	6 522	501	2 948	5 884
Fès	72	535	7 430	90	592	6 578
Marrakech	73	504	6 904	91	543	5 967
Meknès	42	365	8 690	67	390	5 821
Salé	51	404	7 922	75	490	6 533
Tanger	46	320	6 956	70	358	5 114
Oujda	31	319	10 290	42	360	8 571
Tétouan	17	241	14 177	28	270	9 643
Safi	26	246	9 462	31	280	9 032
Kénitra	36	216	6 000	50	230	4 600
Khouribga	16	169	10 562	21	200	9 524
Agadir	23	147	6 391	37	176	4 757
Mohamadia	23	129	5 609	35	149	4 257
Ensemble des villes	960	6 841	7126	1 272	7 683	6 040
Ensemble du pays	1 403	23 407	16 683	1 982	25 547	12 890

Source: CERED, Direction de la Statistique et Maison du Pharmacien, Rabat

La réglementation sur la localisation des officines a ralenti la progression du nombre d'officines à Rabat et à Casablanca; d'autres villes ont actuellement un nombre d'habitants par officine plus faible que dans ces deux villes. La croissance du nombre d'officines de 1988 à 1992 a été de 41% dans l'ensemble du pays, mais seulement de 31% à Rabat et 25% à Casablanca. Les plus forts accroissements ont eu lieu à Meknès (+ 60%) et Tanger (+ 52%).

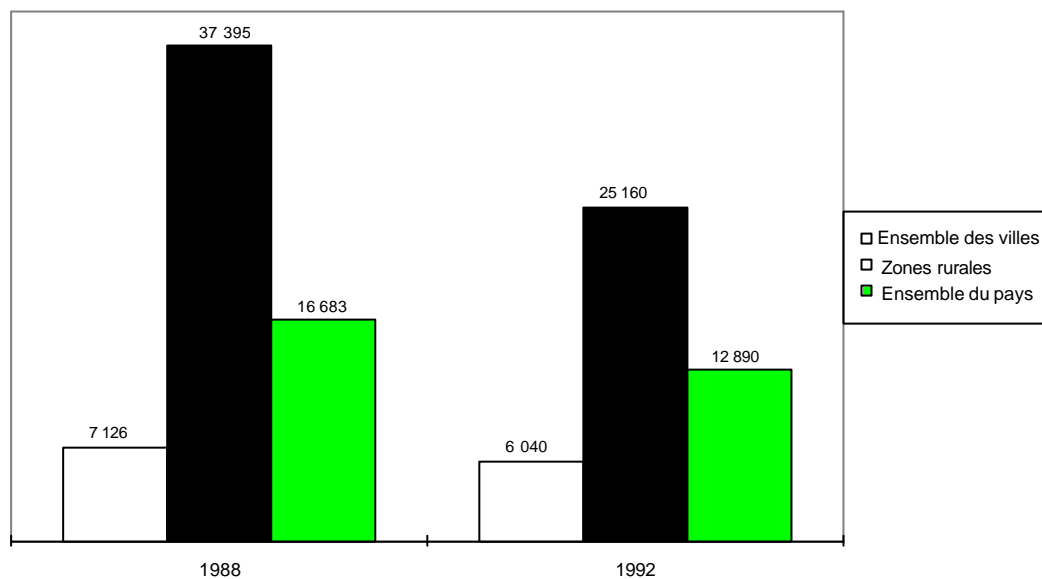
Il semble qu'il y ait une certaine saturation en officines des deux grandes villes du pays. Cette situation ne devrait pas s'améliorer du fait de la forte proportion de femmes diplômées. En effet, celles-ci créent moins volontiers de pharmacies en dehors de ces deux villes où 60% des officines sont tenues par des femmes contre 40% en moyenne dans le pays. Par conséquent, le montant moyen des ventes est moins élevé à Rabat et Casablanca (1,2 millions DH par pharmacie, contre une moyenne nationale de 1,4) que dans certaines petites localités, où les pharmacies ont des chiffres d'affaires importants.

En dehors des grands villes le réseau des pharmacies est beaucoup moins dense: 443 officines en 1988 (1 pour 37 395 habitants) et 710 en 1992 (1 pour 25 160 habitants). Ce réseau est complété par les dépôts. Pour ceux-ci nous n'avons pas pu disposer de données sur leur localisation géographique et évaluer dans quelle mesure ils contribuent à l'accessibilité aux médicaments.

L'accessibilité géographique est donc caractérisée par des différences très importantes selon les localités, mais aussi par des progrès considérables grâce à la multiplication des officines; cet accroissement résulte essentiellement du nombre important de nouveaux pharmaciens diplômés, tant dans le pays qu'à l'étranger. La règle du chaînage (obligation de respecter une distance minimum entre deux officines) favorise la création d'officines mieux réparties sur le territoire national.

Graphique n°4

Nombre moyen d'habitants par officine selon les zones d'habitat, 1988-1992



Source: Données nationales

Les perspectives d'une extension du réseau de distribution de détail au bénéfice du monde rural sont d'abord liées à l'évolution du pouvoir d'achat et de la demande solvable. En raison des coûts plus élevés de distribution au niveau du gros, les officines sont contraintes de disposer de stocks relativement plus importants qu'en milieu urbain, les grossistes ne pouvant assurer des livraisons journalières. Il semble donc peu probable que le réseau puisse se développer sans la mise en oeuvre de mesures incitatives. La marge bénéficiaire étant uniforme sur l'ensemble du territoire (30%), les incitations pourraient consister par exemple en un allègement des charges pour des zones d'implantation préalablement déterminées. Des dépôts (158), dont la localisation n'est pas précisée, témoignent de l'existence de zones d'habitat où la pharmacie la plus proche est distante d'au moins 25 kilomètres. Placés sous la responsabilité d'un pharmacien, mais fonctionnant avec du personnel non qualifié, ces dépôts ne délivrent qu'une gamme très limitée de médicaments.

Il faut souligner que les relations entre le niveau de la demande et l'extension du réseau de distribution de détail ne sont pas univoques. Un accès plus direct aux officines est, toutes choses égales par ailleurs, un facteur important d'accroissement de la demande. Des mesures incitatives en direction des pharmaciens en voie d'installation pourraient, à terme, se traduire par une

hausse du niveau de consommation et, par extension, par un développement du réseau de distribution de gros. Enfin, il y a lieu de souligner la répartition encore très inégalitaire des médecins au plan géographique. La concentration des médecins dans les centres urbains, et la faiblesse de l'encadrement des structures publiques de soins de base, constituent d'autres obstacles, aussi importants, pour une amélioration de la consommation pharmaceutique.

2. La disponibilité des médicaments

L'enquête a mesuré la disponibilité de 20 médicaments essentiels, un jour donné, dans 19 pharmacies et un dépôt.

Encadré n°2: Liste des médicaments non disponibles au moment de l'enquête

Pharmacie	Score de disponibilité	Médicaments manquants
Pharmacie N°1	19/20	Tolbutamide
Pharmacie N°2	19/20	Tolbutamide
Pharmacie N°3	19/20	Polygeline (non demandé)
Pharmacie N°4	20/20	
Pharmacie N°5	19/20	Polygeline (non demandé)
Pharmacie N°6	20/20	
Pharmacie N°7	20/20	
Pharmacie N°8	19/20	Polygeline
Pharmacie N°9	20/20	
Pharmacie N°10	20/20	
Pharmacie N°11	20/20	
Pharmacie N°12	19/20	Polygeline
Pharmacie N°13	19/20	Polygeline
Pharmacie N°14	20/20	
Pharmacie N°15	18/20	Cotrimoxazole (non commandé, rupture de max. 8 jours), Polygeline
Pharmacie N°16	19/20	Tolbutamide (non demandé)
Pharmacie N°17	20/20	
Pharmacie N°18	20/20	
Pharmacie N°19	20/20	
Dépôt	15/20	Propranolol, Polygeline, Insuline, Diazépam, Glucose 5%

La quasi totalité des médicaments essentiels sélectionnés pour l'étude sont disponibles dans les pharmacies, sous forme de spécialités, le jour de l'enquête. Les personnes enquêtées ont proposé plus d'un médicament par spécialité ainsi que plusieurs dosages disponibles. Il n'y a donc pas de ruptures de stock assimilables à des pénuries.

Les bons scores obtenus sont le résultat de la fréquence élevée des livraisons aux officines et du nombre élevé de grossistes répartiteurs qui les approvisionnent:

- Toutes les officines sont livrées au moins une fois par jour.
- Les pharmaciens d'officines cherchent à s'approvisionner auprès d'un nombre croissant de grossistes afin de réduire leur dépendance, de préserver la qualité du service, et ils cherchent à disposer en permanence des médicaments demandés par la clientèle. A l'exception de la Polygeline (médicament d'usage hospitalier), les médicaments sélectionnés dans le cadre de l'étude sont tous d'usage courant au Maroc.

3. La consommation globale et les médicaments les plus vendus

Exprimé en prix publics, le marché pharmaceutique marocain est évalué à 4 428 millions de dirhams en 1995. La consommation par tête d'habitant est estimée en 1992 à 147 dirhams et environ 160 dirhams en 1995.

3.1 La consommation globale

Depuis trente ans, la consommation pharmaceutique a considérablement augmenté. L'évolution du marché pharmaceutique privé a été la suivante:

- 1980-1984: stagnation du marché, avec une baisse de 1982 à 1984;
- 1985-1988: croissance du marché très forte (plus de 10% par an);
- 1989-1991: croissance un peu ralentie (moins de 10% par an en volume);
- 1992-1994: croissance supérieure à 10% en volume.

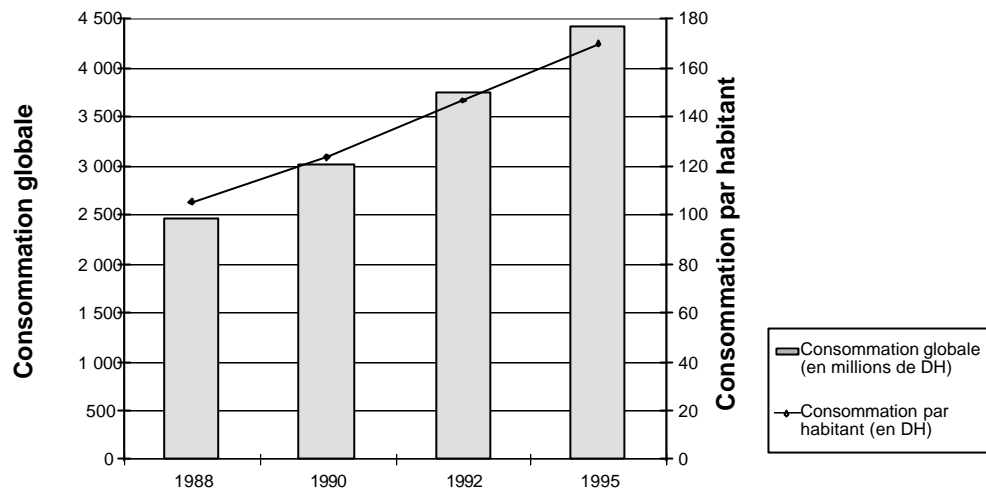
Au total, les ventes en volume ont à peu près doublé de 1980 à 1994 et la consommation par habitant a augmenté de moitié environ, ce qui correspond à peu près à l'augmentation du nombre de pharmacies.

Tableau 13: Evolution du marché et de la consommation pharmaceutique en prix courants

	Consommation globale (en millions de DH)	Consommation par habitant (en DH)
1988	2 461,0	105,2
1990	3 030,0	123,8
1992	3 758,0	147,0
1995	4 428,2	170,0

Graphique n°5

**Evolution du marché et de la consommation pharmaceutique en prix courants
1988-1995**



Source: Ministère de la Santé publique. Etude de faisabilité de l'assurance maladie-maternité, 1993; Espérance médicale, op. cit.

La croissance de la consommation n'est pas exclusivement liée à l'évolution des revenus. En effet, on peut noter que le pouvoir d'achat du salaire minimum s'est accru de 13,2% de 1989 à 1993, alors qu'au cours de la même période, les ventes de médicaments ont progressé de 36,5% en volume (nombre de boîtes).

Il n'y a pas de données détaillées disponibles sur l'évolution de la consommation permettant de mesurer si l'accroissement de la consommation a été entraîné par des augmentations de revenu de la population (en particulier dans les catégories à revenu moyen ou faible) ou bien par l'amélioration de l'accessibilité géographique (aux médicaments et aux prescripteurs), ou encore par l'offre de nouveaux médicaments. Néanmoins, d'après les informations disponibles, il est raisonnable de penser que l'amélioration de l'accessibilité géographique a eu le rôle le plus important dans la croissance de la consommation.

3.2 La consommation par classes thérapeutiques

Les principales classes thérapeutiques consommées au Maroc correspondent aux pathologies rencontrées dans le pays: maladies infectieuses et troubles digestifs. Elles sont aussi liées au fait que la population est très jeune.

Tableau 14: Répartition du marché par classes thérapeutiques (1991)

*	Classe thérapeutique	Volume		Valeur	
		1000 unités	(%)	1000 DH	(%)
	Total	137 560	100,0	3 447 736	100,0
16	App. digestif Métabolisme	30 468	22,1	786 256	22,8
8	Antiinfectieux V. générale	20 598	15,0	715 108	20,7
7	Système nerveux central	18 184	13,2	331 002	9,6
7	Appareil respiratoire	17 193	12,5	318 834	9,2
11	Dermatologie	13 499	9,8	244 692	7,1
4	App. génit-urin.horm. sex	8 376	6,1	242 797	7,0
6	Appareil loco moteur	7 892	5,7	226 000	6,6
3	Organes des sens	6 783	4,9	165 966	4,8
6	Divers	5 318	3,9	134 920	3,9
9	App. cardiovasculaire	3 705	2,7	109 807	3,2
4	Hormones	2 598	1,9	82 769	2,4
1	Antiparasitaires	1 314	1,0	38 434	1,1
5	Sang. organes hématopoiétiques	1 242	0,9	22 324	0,6
3	Solutions pour hôpitaux	330	0,2	19 602	0,6

1	Cytostatiques	60	0,0	9 225	0,3
---	---------------	----	-----	-------	-----

* Nombre de spécialités parmi les 50 les plus vendues

Source: IMS

L'analyse des premiers produits vendus montre:

- la présence d'orexigènes et de multivitamines parmi les dix premiers médicaments vendus;
- la place dominante des antibiotiques parmi les dix premiers produits en volume et en valeur;
- la part importante des molécules essentielles (en l'absence d'informations sur la forme et le dosage).

Tableau 15: Les dix premiers produits vendus en officine (1994)

	En volume		En valeur	
	Produits	Unités (millions)	Produits	Valeur (millions de DH)
1	Doliprane®, Paracétamol	3,4	Amoxil®, Amoxicilline	39,0
2	Rifoderm®, Rifampicine Prednisolone, pommade	2,5	Floxapen®, Oxacilline	35,8
3	Aspégic®, Aspirine	2,1	Aspégic®, Aspirine	32,2
4	Pulmofluide®, Antitussif	1,7	Supradyne®, Multivitamines	27,3
5	Amoxil®, Amoxicilline	1,6	Augmentin®, Amoxicilline/ Acide clavulanique	26,1
6	Antinorex®, Orexigène	1,5	Doliprane®, Paracétamol	25,1
7	Supradyne®, Multivitamines	1,4	Rovamycine®, Spiramycine	24,5
8	Floxapen®, Oxacilline	1,3	Voltaire®, Diclofenac	23,8
9	Adépal®, Lévonagestrel/ éthinyloestradiol	1,2	Feldène®, Piroxicam	21,4
10	Rifocine®, Rifampicine	1,0	Rifoderm®, Rifampicine Prednisolone, pommade	21,0

Source: IMS

Une étude sur la prescription et l'utilisation des médicaments montre qu'il y a des produits injectables (vaccins non compris) dans 17,3% des ordonnances (sur un échantillon de 600 ordonnances), sans différence significative entre les prescripteurs des secteurs public et privé. "Il faut cependant savoir qu'un grand nombre de patients avait reçu une injection au centre de santé; le traitement acheté en officine étant complémentaire de celui donné dans le centre de santé. Les médecins généralistes semblent plus concernés par ce problème puisque 22,3% de leurs ordonnances contiennent un injectable contre 11,4% pour les spécialistes. Par contre, le milieu rural ne semble pas être plus grand consommateur d'injectables que le milieu urbain".

4. L'accessibilité financière aux médicaments essentiels

Il ne suffit pas que des médicaments, même essentiels, soient disponibles, encore faut-il qu'ils soient accessibles.

Les données sur l'accessibilité financière aux médicaments montrent que trois facteurs sont essentiels:

- le niveau général des revenus et leur répartition;
- le niveau des prix;
- la zone d'habitat.

Les variables zone d'habitat et niveau de revenus sont fortement corrélées, la plus grande partie de la population défavorisée résidant en milieu rural. Il est donc plus juste de les considérer ensemble.

Les points critiques de l'accessibilité financière aux médicaments sont les suivants:

- Seule une petite proportion de la population bénéficie d'assurance-maladie (environ 15% en 1995); il s'agit surtout de population aisée et urbaine.
- Le montant du budget de l'Etat pour financer les médicaments prescrits dans le secteur public est insuffisant. Il en résulte par exemple que les malades hospitalisés doivent acheter en pharmacie environ la moitié des médicaments dont ils ont besoin. Il n'y a pas de vente de médicaments dans le secteur public.
- La consommation pharmaceutique est donc financée en grande partie par les ménages. Le niveau de la consommation est de ce fait très sensible aux revenus des ménages et au prix des médicaments.
- Le coût des ordonnances prescrites est très élevé au regard des revenus: selon une étude portant sur 600 ordonnances des secteurs public et privé, le coût moyen d'une ordonnance est de 146,25 DH (160 DH pour le secteur privé) avec des extrêmes allant de 40 à 1 200 DH, sachant, qu'en 1993, le salaire minimum est d'environ 1 400 DH (1 000 FF) par mois². Le coût moyen d'une ordonnance représente donc 10% du salaire mensuel minimum légal.
- Une partie importante de la consommation pharmaceutique est faite sans prescription médicale: 28%. Pour les couches les plus pauvres, l'achat direct sans prescription permet d'éviter d'avoir à payer une consultation privée, et permet de mieux contrôler le coût de l'acquisition.

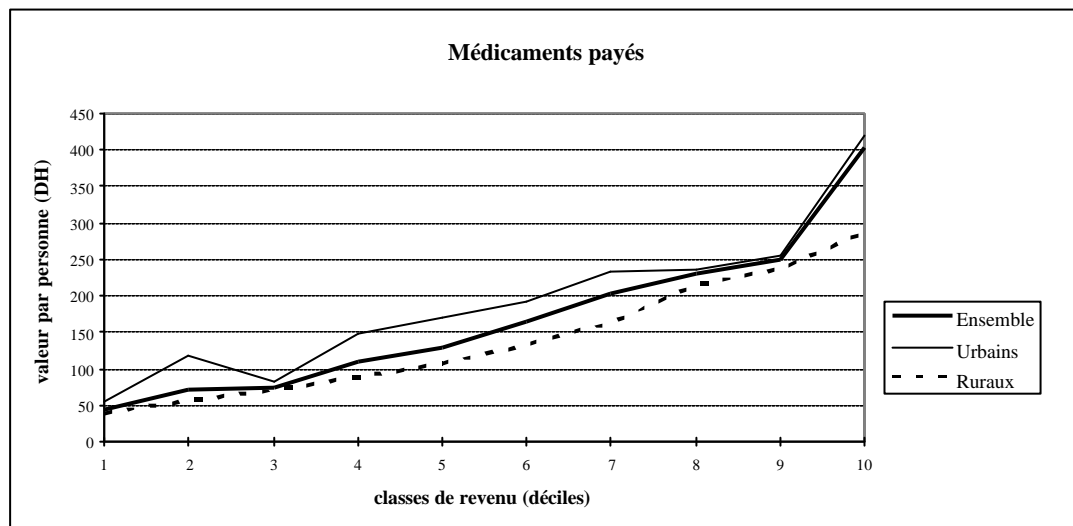
² Cours du dirham en 1993: 9,478 pour 1 US\$.

Nous allons examiner successivement: la consommation de médicaments en fonction du niveau de revenu et de la zone d'habitat, la réglementation des prix, l'évolution des prix et les stratégies envisagées pour améliorer l'accessibilité financière.

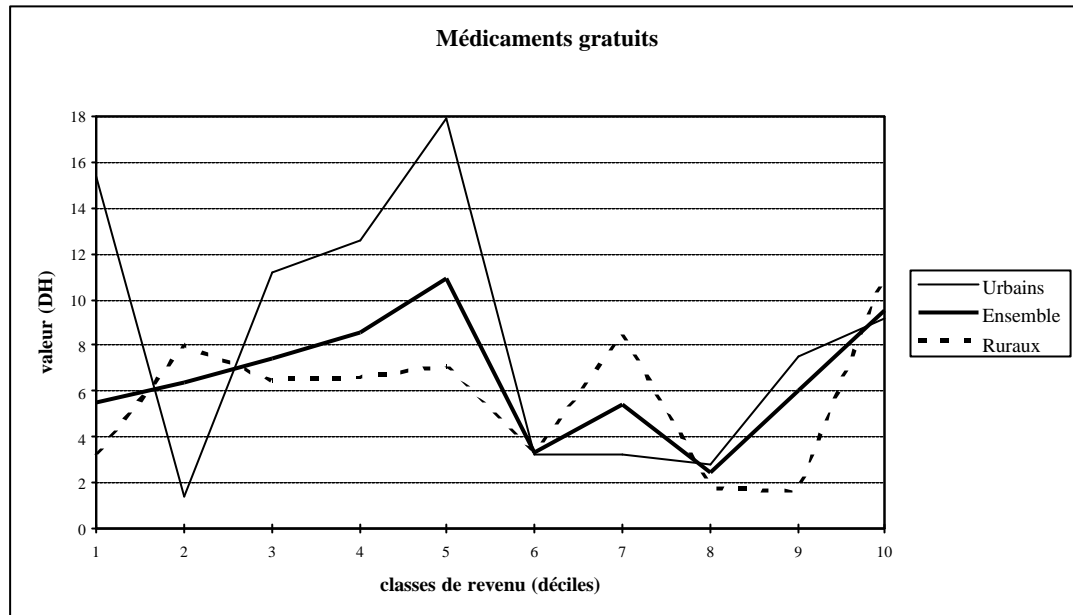
4.1 Consommation et niveaux de revenus

L'enquête "Niveau de vie des ménages" (1990-1991) fournit des données sur la consommation pharmaceutique par décile de dépense totale: la consommation totale est prise comme indicateur de revenu et les consommateurs sont classés en 10 classes d'égal effectif, des plus faibles consommateurs (décile 1) aux plus gros consommateurs (décile 10).

Graphique n°6: Médicaments achetés selon les classes de revenus



Graphique n°7: Médicaments consommés gratuitement selon les classes de revenus



Source: EDESA, Etude de l'impact des dépenses publiques sociales sur les ménages à revenu modeste. Dépouillement de l'enquête du Ministère du Plan "Niveau de vie des ménages" 1990-1991.

Tableau 16: Consommation de médicaments par habitant (en dirhams) par niveau de revenu, 1990-1991

Déciles	Total	Gratuits	Achetés
Ensemble du pays	174,1	6,5	167,6
1	48,7	5,5	43,2
2	77,9	6,4	71,5
3	80,6	7,4	73,2
4	117,7	8,6	109,1
5	258,0	10,9	129,4
6	168,0	3,3	164,7
7	209,7	5,4	204,3
8	232,1	2,4	229,7
9	256,6	6,0	250,6
10	412,4	9,5	402,9

Urbains	245,3	7,4	237,9
1	71,3	15,4	55,9
2	120,6	1,4	119,2
3	94,2	11,2	83,0
4	160,0	12,6	147,4
5	188,6	17,9	170,7
6	195,9	3,2	192,7
7	237,2	3,2	234,0
8	240,0	2,8	237,2
9	262,4	7,5	254,9
10	429,1	9,2	419,8

Ruraux	111,4	5,8	105,6
1	43,4	3,2	40,2
2	59,5	8,0	56,5
3	77,5	6,5	71,0
4	95,3	6,6	88,7
5	114,6	7,1	107,5
6	136,7	3,3	133,4
7	171,9	8,5	163,4
8	216,4	1,8	214,6
9	238,8	1,6	237,2
10	298,6	11,2	287,4

Source: EDESA, Etude de l'impact des dépenses publiques sociales sur les ménages à revenu modeste. Dépouillement de l'enquête du Ministère du Plan "Niveau de vie des ménages" 1990-1991.

De ce tableau, on peut faire l'analyse suivante:

Les médicaments reçus gratuitement dans les dispensaires représentent environ 3,5% de la consommation totale. L'essentiel de la consommation est donc achetée par les ménages. Les catégories urbaines pauvres bénéficient relativement plus de ces médicaments gratuits qui représentent de 10 à 27% de leur consommation. Les catégories rurales pauvres en bénéficient moins, probablement à cause d'une accessibilité géographique aux dispensaires moins bonne en zone rurale qu'en zone urbaine. Les catégories aisées (urbaines et rurales) en bénéficient relativement moins, car elles recourent moins que les plus pauvres au secteur public. Le secteur public remplit donc la fonction d'être au service des plus pauvres, mais avec un volume de médicaments distribués relativement limité.

La consommation de médicaments varie de 1 à 10 entre les gens appartenant au décile le plus pauvre et ruraux et ceux appartenant au décile le plus riche et urbains. Ces variations ont trait aux achats par les ménages, et non aux médicaments reçus gratuitement. Les plus pauvres ont donc relativement peu accès aux médicaments vendus par le secteur privé. Pour les 70% de la population la plus pauvre, les dépenses en médicaments croissent plus vite que le revenu: tout accroissement de revenu entraîne une dépense en médicaments plus que proportionnelle. Ces catégories de population sont donc très sensibles aux prix des médicaments. A l'inverse, pour les 30% les plus aisés, les dépenses en médicaments croissent moins vite que les revenus. Ce sont les catégories qui bénéficient en général d'assurance-maladie. Leur consommation en médicaments est davantage fonction des prescriptions que de leur niveau de revenu. Pour toutes les catégories de revenu, la consommation de médicaments achetés est plus élevée chez les urbains que chez les ruraux. Le revenu n'explique donc pas tout. La différence entre le milieu urbain et le milieu rural dans l'accessibilité géographique (aux médicaments et aux prescripteurs) est probablement le facteur principal expliquant cette différence.

Les médicaments consommés par le tiers le plus aisé de la population correspondent à la moitié du marché pharmaceutique.

De manière générale, la dépense annuelle moyenne par personne est nettement plus élevée en milieu urbain. De 4 624 DH dans les zones rurales, elle passe à 9 224 DH en milieu urbain. Cet écart traduit les différences importantes de niveau de revenu entre les populations urbaines et rurales.

En ce qui concerne la dépense en médicaments, l'écart est encore plus important. De 82,1 DH en moyenne pour l'ensemble de la population rurale, la dépense pharmaceutique moyenne passe à 216 DH chez la population urbaine et à 228 DH pour la population des grandes villes, soit près du triple de celle observée en zones rurales. Ces très importantes inégalités entre les zones d'habitat montrent que les niveaux de revenus sont déterminants. Ils montrent aussi que d'autres facteurs agissent de façon importante. La concentration des effectifs médicaux et des officines en milieu urbain viennent en effet aggraver les disparités liées aux différences de revenus. La conjugaison de ces facteurs

pose la question de l'efficacité des mesures préconisées pour améliorer le niveau moyen de consommation.

4.2 Réglementation des prix

La réglementation des prix porte sur:

1. Les marges des grossistes et des officines.
2. Les prix de vente des producteurs.
3. Les prix d'achat à l'importation.

L'application de la réglementation consiste à homologuer les prix, en tenant compte des impôts et taxes. C'est la Direction de la Pharmacie au Ministère de la Santé publique, après avis d'une commission technique interministérielle (Ministère de l'Incitation de l'Economie), qui homologue le prix public Maroc (PPM). Celui-ci doit être mentionné sur le conditionnement.

a) Marges des grossistes et des officines

Les marges sont uniformes pour tous les médicaments: les grossistes ont une marge légale de 10% de leur prix de vente, les officines ont une marge de 30% de leur prix de vente (prix public Maroc). Lorsque les officines s'approvisionnent directement auprès des laboratoires, leur marge réelle est supérieure (par exemple 45% au lieu de 30%). Elles le font surtout pour des médicaments sans ordonnance, de débit important. Mais les livraisons sont espacées (par exemple une fois par mois), ce qui oblige la pharmacie à financer un stock plus important.

b) Prix des médicaments fabriqués localement

Le système d'homologation des prix est théoriquement fondé sur le prix de revient industriel dont les composantes doivent figurer dans les dossiers fournis par les fabricants. Le prix de revient se calcule à partir des éléments suivants:

- Le prix des composants: il s'agit du prix des matières et des fournitures calculé au prix moyen d'achat hors taxes et auquel doivent s'ajouter les frais d'approche et les pertes. Les quantités indiquées sont celles qui figurent dans le dossier de visa de commercialisation.
- Les matières premières étaient assujetties jusqu'à l'année 1993 à des droits de douane de base variant entre 2% et 12% en fonction de la nomenclature douanière. Depuis 1996, elles sont réduites à 0%.
- Le coût de fabrication: il comprend le coût de la main d'oeuvre directe, établi compte tenu des temps réels et des salaires payés au personnel participant directement à la fabrication et au conditionnement. Les charges sociales prises en compte sont celles qui sont obligatoires et ne peuvent excéder 20%. Afin de couvrir les frais de fabrication, les coûts

de la main d'oeuvre directe sont multipliés par un coefficient dont la valeur est inférieure ou égale à 4,5.

- La marge brute: elle est calculée par rapport au prix de revient. Toutefois, les autorités prévoient une majoration dans le cas où le coût du port et de l'emballage pour le Maroc dépasse 5% du chiffre d'affaires hors taxe.
- Les majorations: pour les spécialités nouvelles, une majoration est prévue et peut être appliquée pendant les deux premières années de leur exploitation. Pour celles fabriquées sous licence, seule une majoration pour redevances variables de 1 à 10% est prise en considération.
- Les articles de conditionnement: d'après la réglementation en vigueur, le coût de conditionnement tient compte du prix à l'unité de l'article selon sa nature auquel s'applique une majoration de 5%.
- Prix de vente toutes taxes comprises: le total des éléments précédents constitue le prix de vente hors taxes fabricant auquel s'ajoute la TVA (7%), pour obtenir le prix grossiste toutes taxes comprises.

Dans la réalité, l'homologation du prix se fait surtout en comparaison avec le prix des médicaments "semblables" sur le marché. Lors des modifications de prix, les critères de calcul énumérés ci-dessus sont peu appliqués: le Ministère de l'Incitation de l'Economie accorde des hausses plus faibles que ce que donnerait le calcul, afin de ne pas peser sur la hausse générale des prix. Il en résulte que les médicaments anciens sont beaucoup moins chers que les médicaments récents - toutes choses égales par ailleurs.

c) Prix des médicaments importés

Le mode de calcul des prix est régi par l'arrêté du Ministère de la Santé publique du 16 mars 1989. Le calcul du prix public (PPM) des médicaments importés est lié automatiquement au prix dans le pays d'origine. Le prix de gros dans le pays d'origine est défalqué de 20% (supposé être une ristourne à l'importateur). Sont ajoutés les frais de transport (3% du prix de gros de départ) et le prélèvement fiscal à l'importation (12,5%) ainsi que la TVA (7,875%). Si un médicament semblable est fabriqué dans le pays, le médicament subit un droit de douane de 30%. Sinon, il n'y a pas de droits de douane (de même pour les anticancéreux, les vaccins et l'insuline). S'ajoutent, éventuellement, les taxes de consommation sur le sucre et l'alcool.

La révision des prix des médicaments importés est effectuée par chaque société pharmaceutique importatrice selon certaines conditions: respect des coefficients multiplicateurs, répercussion à la hausse ou à la baisse des variations des éléments intervenant dans le calcul des prix, mode d'application de la variation du taux de change, tout prix fixé demeure valable trois mois au moins etc. Toute augmentation supérieure à 5% est cependant soumise à l'accord préalable du Ministère de la Santé publique.

Tableau 17: Système des prix pour les médicaments importés

		Modèle officine		Modèle hôpital	
Droits de douane		0	30%	0	30%
Prix export	A	43,99	33,42	63,80	50,40
Marge import (20% de A)		8,8			
Prix de gros HT origine	B	52,79	40,09	76,617	60,45
approche (3% de B)		1,585			
Prix de gros HT Maroc	C	54,375	45,46	82	68,55
Taxes (appliquées à A) • PFI 12,5% • TVA 7,875% • droits de douane		8,625	17,54	13	26,45
Prix de gros TTC	D	63	63	95	95
PPM	E	100	100	100	100
Coefficient d'homologation	E/C	1,839	2,199	1,219	1,458

Source: Commission interministérielle des prix, Mode de calcul droits de douane et taxes et coefficient d'homologation des prix des médicaments importés finis.

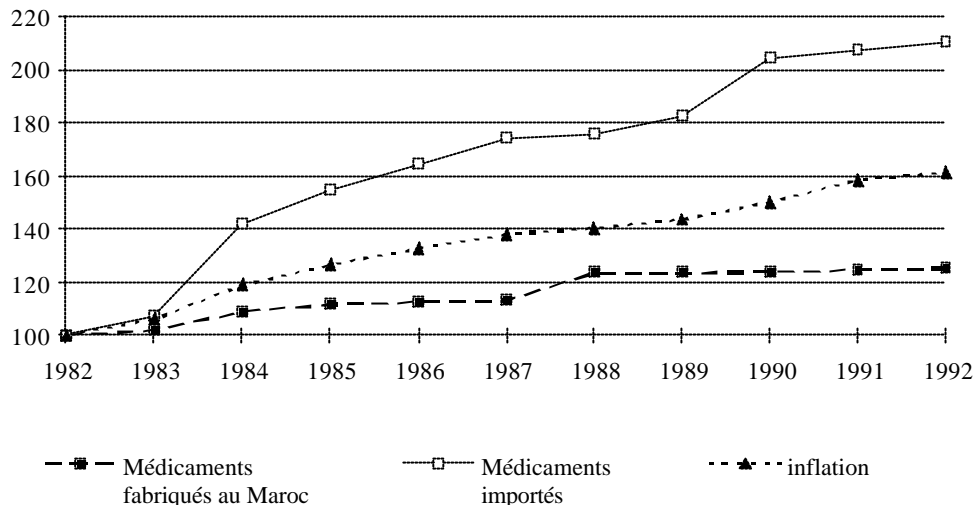
4.3 Evolution des prix des médicaments

Si la hausse autorisée des prix des médicaments fabriqués au Maroc a été de 7,1% entre 1989 et 1995, la hausse observée pour l'ensemble des prix des médicaments a été de 16,6% pour la même période. L'indice du prix des médicaments est en effet passé de 130,9 en 1990 à 152,9 en 1995. La différence peut s'expliquer par les hausses plus fortes des médicaments importés (par exemple à cause des prix dans le pays d'origine, à cause des variations monétaires qui sont automatiquement répercutés), ou par des variations de structure de la consommation. Mais pour l'affirmer, il faudrait connaître le mode exact de calcul de l'indice des prix des médicaments qui est tenu secret.

Il est certain que les prix des nouveaux médicaments sont plus élevés que ceux des médicaments plus anciens et que la différence s'accroît. Le prix moyen d'un nouveau produit était de 41 DH en 1995 (30 DH pour l'ensemble des médicaments) contre 17 DH en 1982.

Une étude des prix des médicaments fabriqués localement montre que sur 10 ans, les hausses ont été inférieures à la moitié du taux d'inflation, alors que les médicaments importés ont vu leurs prix doubler. La conséquence évidente est donc l'érosion de la marge des fabricants, mais aussi la disparition de produits anciens devenus non rentables. D'où une surenchère au lancement de nouveaux médicaments avec pour conséquence l'atomisation accrue du marché en de nombreux produits.

Graphique n°8: Evolution des prix, 1982-1992



Source: Belghazi Mohamed, XXIVe Congrès médical maghrébin

La comparaison entre les prix des produits fabriqués au Maroc et les prix des mêmes produits en France montre que les prix marocains sont en moyenne 30 à 50% inférieurs aux prix français.

La politique des prix menée au Maroc a donc réussi à maintenir des prix relativement bas, en comparaison au système français pris comme référence. Le niveau des prix est une des conséquences de la politique industrielle qui a été menée pendant 30 ans. Le changement en cours qui favorise de fait les importations peut remettre en cause ce résultat, à moins que ne soit développée une vigoureuse politique de médicaments génériques qui permettrait probablement des prix encore plus bas. Reste à savoir quelles en seraient les conséquences pour l'industrie marocaine, si elle entraînait en brutale concurrence avec les producteurs internationaux de médicaments génériques.

4.4 Comment améliorer l'accessibilité?

La principale orientation qui a été retenue pour améliorer l'accessibilité financière aux médicaments porte sur le projet d'assurance-maladie obligatoire pour les salariés du secteur formel, public ou privé. Cette assurance financerait les soins hospitaliers (donc les patients n'auraient plus à acheter de médicaments en pharmacie) et rembourserait certains médicaments selon un système proche du système français (listes de médicaments remboursables à 100%, 80%, et 50%). Les pauvres non assurés bénéficieraient, pour les soins hospitaliers, d'un fonds de solidarité, à créer. Ces deux sources de financement permettraient à l'Etat de dépenser moins pour les soins hospitaliers, donc de redéployer des fonds pour les services publics de santé de base. Ceux-ci

pourraient donc disposer de davantage de médicaments à distribuer gratuitement.

La mise en oeuvre de l'assurance maladie obligatoire et du fonds de solidarité n'a pas encore été décidée. Les modalités détaillées de leur fonctionnement restent à définir; il a été proposé que les prix des médicaments importés ne soient plus liés à leur prix dans le pays d'origine, et que les médicaments "semblables" aient des prix "semblables", quelle que soit leur origine.

5. Le conseil en pharmacie

Le conseil du pharmacien et l'automédication présentent une part très importante de la vente des médicaments au Maroc: en moyenne 27%. Dans certaines pharmacies, il atteint 40% de l'activité.

Afin d'estimer la rationalité du conseil en officine, une enquête a été réalisée dans 19 pharmacies et 1 dépôt. Il a été demandé au pharmacien (ou au vendeur) ce qu'il a l'habitude de délivrer pour 3 symptômes courants: fièvre d'adulte, toux d'adulte et diarrhée de l'enfant (voir les détails en annexes).

Les tableaux ci-après mentionnent tous les produits avec leur fréquence (nombre de fois cités sachant que le pharmacien pouvait citer plusieurs médicaments différents) et leur prix (DH en mai-juin 1994).

Les résultats obtenus ne permettent pas de conclure que les pharmaciens du secteur privé (ou les préparateurs travaillant dans les officines enquêtées) favorisent la consommation de médicaments essentiels ni l'usage rationnel des médicaments. Est-ce par manque d'information sur les schémas thérapeutiques recommandés? Est-ce lié au souci de vendre des médicaments plus rentables économiquement? Nous avons néanmoins pu vérifier que les prix publics étaient bien respectés.

D'après les propos recueillis au cours des entretiens, les femmes seraient plus disposées à parler de leur état ou de celui de leur enfant et acceptent mieux le jeu des questions et des réponses avec le pharmacien, contrairement aux hommes. Le traitement proposé dépendrait largement des spécialités en stock mais aussi de la catégorie sociale du client.

Dans la majorité des cas, les produits conseillés ont un coût situé autour de 20 à 30 DH.

Le recours aux médicaments de confort associés au traitement de fond ne semble pas excessif; on ne retrouve de la vitamine C (ex: Activarol) et des multivitamines (Supradyne) que dans trois cas.

Sans vouloir généraliser, on mentionnera le cas du seul dépôt enquêté où, sur un total de 8 médicaments conseillés, 5 sont des antibiotiques dont un sous forme injectable (Bicliolline 1M).

Encadré n°3: Médicaments conseillés en pharmacie pour la fièvre d'adulte

a. Fièvre d'adulte		
Produits	Fréquence	Prix
Aspégic 500	12	23,40
Doliprane 500 (ou 250)	12	13,3 (9,55)
Aspirine	3	10,50 - 5,60
Parental 500 mg (80 mg)	2	17,50 (14,50)
Envoi chez le médecin	2	
Amoxil 1000 (ou 500)	1	87,00 (55,7)
Clamox	1	nd
Oracilline 1M	1	36,25
Prénoxan Suppo	1	9,95
Parental Paracétamol	1	8,65
Claradol	1	11,45
Supradyne	1	30,75
Thiobactim inj Thiamphénicol	1	25,80
Thiobactim cp	1	29,05
Bicliolline 1M	1	23,80
Antivarol 500 amp	1	44,45
Augmentin 500	1	87,00
Aspégic 1000	1	55,80
Ascal 1200 mg	1	34,00
Chloramphénicol 250 mg	1	12,15

On soulignera le fait que les antibiotiques sont conseillés dans 8 cas alors que le recours au médecin n'est envisagé que 2 fois. De plus, parmi les antibiotiques il y a des formes injectables (ex: Thiobactim) et des formes composées qu'il est recommandé de n'utiliser qu'en seconde intention (ex: Augmentin d'un coût nettement supérieur).

Encadré n°4: Médicaments conseillés en pharmacie pour la toux d'adulte

b. Toux d'adulte		
Produits	Fréquence	Prix
Rhinathiol (toux grasse)	9	26,60
Bronchorinol (toux sèche)	8	29,10-23,50
Envoi chez le médecin	5	
Pulmofluid Sirop	4	13,05
Hexapneumine (toux sèche)	3	20,90
Néo-Codion Sirop	3	14,85-16,30
Bronchathiol	3	28,90
Néo-Codion cp	2	11,40
Pulmofluid cp	2	11,85
Trisium Sirop ATB	2	27,35
Bisolvomycine cp ATB	2	18,40
Vitamine C	1	10,90
Bicontex	1	13,35
Parenthal 500 mg	1	17,50
Bronchipect	1	27,35
Tétracycline	1	20,60

Les sirops sont conseillés dans la majorité des cas alors que cette forme est plus coûteuse que les comprimés.

Les personnes enquêtées ont bien fait la distinction des médicaments à conseiller en cas de toux sèche ou productive.

Les antibiotiques conseillés étaient, dans la majorité des cas, des médicaments complexes (ex: Trisium et Bisolvomycine). De plus, dans 1 cas sur 5 seulement il a été recommandé de consulter un médecin.

Encadré n°5: Médicaments conseillés en pharmacie pour la diarrhée de l'enfant

c. Diarrhée de l'enfant		
Produits	Fréquence	Prix
Ercéfuryl Sirop P	13	28,2
Intétrix granulés	6	36,05
Biosel	6	7,70-11
Apazide Sirop	5	21,5
Ultralevure	4	34
Bactrim Sirop E	4	23,80
Envoi chez le médecin	4	
Actapulgate	3	19,40
Récidène	2	33,65
Ambatrol Nifuroxazide Sirop	2	25,10
SRO	1	8,85
Doliprane 125	1	8,30
HN25	1	43,90

Parenthal 80mg	1	14,50
Aspégic 250 mg	1	18,30
Rotinal Sirop	1	20,70
Diarit Bicarbonate de Na	1	11,40

Tous les pharmaciens conseillent des anti-infectieux alors que leur utilisation est déconseillée par l'OMS.

Si on additionne toutes les formes (SRO, Biosel, Diarit), les sels de réhydratation orale, recommandés par l'OMS sont conseillés dans seulement 8 cas (coût 2 à 4 fois moindre que celui des autres médicaments).

Conclusion générale

Depuis 1965, le secteur pharmaceutique privé s'est considérablement développé et il fournit la presque totalité de l'approvisionnement pharmaceutique du pays: 80-90%. Dans le même temps, le développement du secteur pharmaceutique public a été freiné par les restrictions touchant le budget du Ministère de la Santé publique qui dispose de peu de moyens pour acquérir des médicaments et qui n'a pas le droit de vendre des médicaments.

Le développement du secteur privé est le résultat du consensus entre l'Etat et les professionnels basé sur les principes suivants:

1. Monopole des activités pharmaceutiques aux seuls pharmaciens. Ceci a permis entre autres de limiter le marché illicite à un très faible niveau et de bien contrôler les produits mis sur le marché.
2. Développement de la production locale pour assurer sécurité des approvisionnements et faibles prix.
3. Production et distribution des médicaments sous noms de marque: les génériques ont une place très réduite.
4. Contrôle de la localisation des nouvelles officines par une règle facile à appliquer et relativement peu contraignante: il doit y avoir une distance minimale entre deux officines, mais il n'y a pas de règle définissant le nombre d'officines en fonction de la population.

Les résultats de cette politique ont été les suivants:

1. L'accessibilité géographique est très élevée dans les grandes villes, et assez faible en zone rurale. L'accessibilité est en forte croissance partout (surtout là où elle est faible), à cause de la forte croissance du nombre des pharmaciens diplômés et des officines.
2. La disponibilité des médicaments est presque totale. Bien qu'il y ait des ruptures temporaires d'approvisionnement, il n'y a pas de véritable pénurie. Le système de distribution est globalement performant. Les grossistes n'ayant pas le droit d'importer, leur activité et leur savoir faire sont concentrés sur la distribution.
3. L'accessibilité financière est très limitée pour les catégories de population les plus pauvres, car il y a peu de médicaments gratuits dans les services de santé publics et ces populations bénéficient peu d'assurance-maladie. Si le prix des spécialités est relativement faible, probablement au niveau des prix du Portugal ou d'Espagne, il est élevé en comparaison du prix

de médicaments génériques et en comparaison du revenu de la majeure partie de la population.

4. La consommation s'est beaucoup accrue sous l'effet d'abord de l'amélioration de l'accessibilité géographique, puis de la croissance du revenu de la population. Les catégories les plus pauvres accroissent leur consommation de médicaments plus vite que ne croît leur revenu. Il y a donc une forte demande freinée par l'accessibilité difficile en zone rurale et par des prix trop élevés au regard des revenus. Plus du quart des dépenses se font sans ordonnance.

A côté de la consommation de médicaments essentiels, il y a de fortes consommations de médicaments non-essentiels (multivitamines, orexigènes par exemple).

5. Les conseils en pharmacie semblent discutables. Par exemple, en cas de fièvre d'adulte ou de toux d'adulte, sont souvent conseillés des antibiotiques. En cas de diarrhée de l'enfant, des anti-infectieux sont toujours conseillés, contrairement aux recommandations de l'OMS. Les causes de ces insuffisances sont multiples. Une cause importante est probablement que les pharmaciens sont peu présents dans leur officine, les médicaments sont alors conseillés par des vendeurs non professionnels.

Un certain nombre de facteurs souvent extérieurs au secteur pharmaceutique risquent d'avoir une influence déterminante sur son développement dans les années à venir:

1. La multiplication des officines en zone rurale va se heurter au fait que les populations à desservir seront peu nombreuses et auront un faible revenu.
2. Le moindre contrôle économique des importations va entraîner la mise sur le marché de médicaments chers, de moins en moins accessibles à la masse de la population. L'ouverture économique risque de remettre en cause la maîtrise du système pharmaceutique obtenue grâce au rôle important de la production locale.
3. Les projets d'assurance-maladie obligatoire et de fonds de solidarité auront de très nombreuses conséquences, s'ils se réalisent: favoriser directement l'accès financier aux médicaments pour les catégories moyennes, indirectement permettre à l'Etat de consacrer davantage de moyens aux médicaments distribués par les services de santé de base, élargir la demande solvable pour l'industrie pharmaceutique locale. Mais ces projets auront un impact plus limité pour les catégories rurales et pour les pauvres.

Ces projets pourraient être l'occasion de développer une politique de médicaments essentiels (en limitant le remboursement par l'assurance-maladie aux seuls médicaments essentiels) et une politique de

médicaments génériques (en établissant des prix identiques ou proches pour tous les médicaments comportant la même molécule ou des molécules semblables).

En concentrant la consommation sur un nombre plus limité de médicaments, une politique de médicaments essentiels permettrait à l'industrie marocaine d'être plus compétitive grâce aux économies d'échelle réalisées.

4. Un meilleur usage des médicaments, tant dans le secteur privé que dans le secteur public permettrait de favoriser l'accessibilité aux médicaments en limitant les dépenses inutiles en médicaments.
5. L'impact de la libéralisation du commerce extérieur du médicament, en particulier suite aux accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (GATT/TRIPs) et à l'association avec l'Union européenne devrait être étudié plus attentivement, notamment les questions suivantes:
 - L'Etat marocain pourra-t-il continuer à protéger la production locale?
 - L'industrie pharmaceutique marocaine est-elle en mesure de satisfaire rapidement aux normes européennes dans la fabrication? Le délai de 10 ans prévu par le TRIPs est-il suffisant?
 - Les laboratoires locaux peuvent-ils subir la concurrence de produits importés, soutenus par de puissantes politiques de promotion?
 - Les accords portant institution de l'Organisation mondiale du Commerce ont étendu le champ d'application du principe des brevets à la technologie. Les laboratoires pharmaceutiques marocains disposent-ils de capacités pouvant leur permettre de faire face à la concurrence en ce domaine?

L'avenir du secteur pharmaceutique au Maroc dépend en grande partie de l'institution d'une assurance-maladie et de la réponse aux questions posées par le nouveau contexte international et régional.

Liste des tableaux

1. Structure du produit intérieur brut par branche d'activités en 1994
2. Principaux indicateurs de santé
3. Infrastructures hospitalières en 1992
4. Etablissements de soins de santé de base et nombre moyen d'habitants couverts
5. Répartition de la dépense totale de santé selon les sources de financement, en %, en 1991-1992
6. Les dix premiers laboratoires au Maroc en 1995
7. Exportations de produits pharmaceutiques en millions de dirhams
8. Evolution du nombre de grossistes entre 1960 et 1995
9. Localisation géographique des grossistes
10. Evolution du nombre de pharmacies
11. Répartition des pharmacies selon les régions (en nombre et %)
12. Pharmacies commerciales dans les grandes villes et nombre moyen d'habitants par pharmacie
13. Evolution du marché et de la consommation pharmaceutique en prix courants
14. Répartition du marché par classes thérapeutiques (1991)
15. Les dix premiers produits vendus en officine (1994)
16. Consommation de médicaments par habitant en (DH par niveau de revenu, 1990-1991)
17. Système des prix pour les médicaments importés

Liste des graphiques

1. Répartition de la dépense totale de santé selon les sources de financement, en %, en 1991-1992
2. Evolution du marché pharmaceutique en millions de DH et en prix publics, 1990-1995
3. Evolution des importations et des exportations de produits pharmaceutiques, en millions de DH, 1988-1992
4. Nombre moyen d'habitants par officine selon les zones d'habitat, 1988-1992
5. Evolution du marché et de la consommation pharmaceutique, en prix courants, 1988-1995
6. Médicaments achetés selon les classes de revenus
7. Médicaments consommés gratuitement selon les classes de revenus
8. Evolution des prix, 1982-1992

Liste des encadrés

1. Méthodologie de l'enquête
2. Liste des médicaments non disponibles au moment de l'enquête
3. Médicaments conseillés en pharmacie pour la fièvre d'adulte
4. Médicaments conseillés en pharmacie pour la toux d'adulte
5. Médicaments conseillés en pharmacie pour la diarrhée de l'enfant

Bibliographie

Aissaoui Yahia, La crise des dépenses de santé au Maroc, Mémoire de D.E.S en sciences économiques, Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales de Casablanca, 1990

Belghazi Mohamed, La consommation, données actuelles, Le Médicament au Maroc, XXIV° Congrès médical maghrébin, 1995

Benaissa Naima: La médecine libérale au Maroc, Mémoire de D.E.S en sciences économiques, Faculté des Sciences juridiques, économiques et sociales de Rabat, 1985

Bulletin officiel, N° 2470, 2747, 2980, 3351, 3369, 4012, N°4233 (15 décembre 1993)

Caisse nationale de Sécurité sociale, Recueils de textes législatifs, 1993

Caisse nationale de Sécurité sociale, Réforme et restructuration, mars 1993

Commission interministérielle des prix, Mode de calcul des droits de douane et taxes et coefficient d'homologation des prix des médicaments importés finis.

Direction de la Statistique, Enquête de consommation des ménages: 1984-1985, rapport de synthèse

Dkhissi Mohamed et Assouali M., Contribution de l'assistance internationale technique et financière au secteur public de santé, Mémoire du cycle normal de l'Ecole nationale d'Administration publique, mai 1989

Ecole nationale d'Administration publique, L'approvisionnement pharmaceutique du système de santé publique, Mémoire du cycle supérieur, février 1985

The Economist Intelligence Unit Limited, EIU Country Profile 1994-1995, 1994

EDESA, Etude de l'impact des dépenses publiques sociales sur les ménages à revenu modeste, Ministère du Plan, 1993

Espérance médicale, tome 3, n°17, février 1996. Dossier: le Médicament au Maroc

El Malki Habib, Dépenses de santé et développement socio-économique au Maroc, VIème congrès médical national, Société marocaine des Sciences médicales, Tanger 1987

Faculté des Sciences juridiques, économiques et sociales de Casablanca, Peut-on remettre en cause l'institution médico-pharmaceutique actuelle, Mémoire pour le diplôme d'études supérieures en sciences économiques, octobre 1981

Greff Alami, Stratégie de développement sanitaire au Maroc, M.S.P., 1993

ICONE-SEDES, Enquête auprès des Entreprises sur les dépenses de soins en 1987, 1989 (non publié)

ICONE-SEDES, Enquête hospitalière sur la contribution des ménages aux charges de l'hospitalisation, 1989 (non publié)

-
- ICONE-SEDES, La dépense de santé au Maroc, rapport de synthèse et diagnostic, 1989 (non publié)
- Informations Médicales et Statistiques (IMS), Le Marché pharmaceutique marocain 1990-1992
- La Santé au Maroc, réalités et perspectives, document du Colloque national sur la Santé; Ouarzazate, juillet 1992
- Layachi Boudil, La planification sanitaire au Maroc, mémoire pour l'obtention du diplôme d'ingénieur statisticien-économiste, Institut national de Statistique et d'Economie appliquée, 1985, Rabat
- Le Coût de la Santé au Maroc, Rapport du 6ème congrès médical national Tanger, décembre 1987
- Les différents systèmes de financement des dépenses de santé: Leur coût et leur efficacité, Document de travail, Séminaire national sur le Financement de la Santé au Maroc, Mohammedia, novembre 1990
- Maazouzi W., Les éléments d'une nouvelle politique de santé au Maroc, Editions Okad
- Ministère de la Coopération, Organisation mondiale de la Santé. Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique, Collection Rapports d'Etude. Ministère de la Coopération, Paris, 1996
- Ministère Chargé de l'Incitation de l'Economie, Annuaire Statistiques (annuels)
- Ministère Chargé de l'Incitation de l'Economie, Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages 1990/91, rapport de synthèse
- Ministère de la Santé publique, Annuaire Statistiques (annuels)
- Ministère de la Santé publique, Dépenses et financements des activités de soins du secteur public et leurs évolutions depuis 1980, 1991 (non publié).
- Ministère de la Santé publique, Division de la Planification, de la Statistique et de l'Informatique, Dossiers sur la carte sanitaire, volumes I et II, 1993
- Ministère de la Santé publique, Etude de la faisabilité du projet d'assurance maladie, 1993
- Ministère de la Santé publique, Etude de la Gestion des hôpitaux publics au Maroc, 1989
- Ministère de la Santé publique, La santé en chiffres, 1993
- Ministère de la Santé publique, La santé au Maroc, stratégie de développement, 1993
- Ministère du Commerce, de l'Industrie et de la Privatisation, Situation des industries de transformation, octobre 1993
- Schockmel L., Les éléments clés du marché pharmaceutique mondial et marocain, 4ème Journée de l'Industrie Pharmaceutique, Casablanca, décembre 1992

Tazi A, Laraki CH, Harourate Kh, Le médicament et l'industrie pharmaceutique au Maroc, 1993

Wajih Maazouzi, Les éléments d'une nouvelle Politique de Santé au Maroc, Edition OKAD, 1989

Autres documents de la Série Recherche de DAP

- N° 1 Injection practices research**
- N° 2 How to investigate drug use in communities (également disponible en français)**
- N° 3 Operational research on the rational use of drugs**
- N° 4 Development of indicators for monitoring national drug policies**
- N° 5 People's perception and use of drugs in Zimbabwe**
- N° 6 Operational research in the Action Programme on Essential Drugs: Report of an informal consultation**
- N° 7 How to investigate drug use in health facilities: Selected drug use indicators (également disponible en espagnol et en français)**
- N° 8 Stability of injectable oxytocics in tropical climates: Results of field surveys and simulation studies on ergometrine, methylergometrine and oxytocin**
- N° 9 Prescription des antibiotiques dans trois pays d'Afrique de l'Ouest: Mauritanie, Niger et Sénégal**
- N° 10 Self-medication and its impact on essential drugs schemes in Nepal**
- N° 11 Injection practices: A case study in Thailand**
- N° 12 Stability of oral oxytocics in tropical climates**
- N° 13 Stability of essential drugs in tropical climates: Zimbabwe**
- N° 14 Injection practices: A case study of Uganda**
- N° 15 Community health workers and drugs: A case study of Thailand**
- N° 16 Use of the WHO Certification Scheme on the Quality of Pharmaceutical Products Moving in International Commerce**
- N° 17 Impact of a short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students: An international multicentre study**
- N° 18 La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain Etude analytique dans trois pays: Cameroun, Madagascar, Tchad**
- N° 19 Operational research projects in the Action Programme on Essential Drugs: An annotated inventory**
- N° 20 Injection practices in the developing world
A comparative review of field studies in Uganda and Indonesia**

Série Recherche No. 21

Le Programme d'Action de l'OMS pour les Médicaments essentiels a été créé en 1981 pour apporter un appui opérationnel aux pays pour l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales basées sur les médicaments essentiels et pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments.

L'objectif du Programme est que tous les individus, où qu'ils se trouvent, puissent se procurer les médicaments dont ils ont besoin à un prix abordable pour eux-mêmes et pour leur pays; que ces médicaments soient sûrs, efficaces et de bonne qualité; et qu'ils soient prescrits et utilisés de façon appropriée.

De nombreux obstacles existent qui, à chaque niveau de la gestion des médicaments, s'opposent à la mise en place de politiques et de programmes pharmaceutiques adaptés. La recherche est un moyen important d'analyser et de surmonter ces obstacles et de ce fait un élément essentiel des activités de soutien aux pays. Le Programme encourage et entreprend des travaux de recherche opérationnelle visant à combler certaines des lacunes qui existent dans nos connaissances sur les meilleurs moyens de choisir, de se procurer et de distribuer les médicaments et sur leur utilisation par les prescripteurs et les consommateurs.

Le présent document fait partie d'une série destinée à faire connaître les activités de recherche du Programme d'Action et à disséminer les résultats des études déjà effectuées.

La recherche qui débouche sur des découvertes pharmaceutiques ou des techniques biomédicales coûteuses et très sophistiquées peut paraître plus attrayante à première vue. Mais la recherche opérationnelle qu'entreprend le Programme d'Action pour les Médicaments essentiels a des répercussions directes sur la façon dont des médicaments vitaux peuvent être mis à la disposition du plus grand nombre.