

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2017

THESE N°: 116

IMPACT DE LA BAISSSE DU PRIX DES MEDICAMENTS
SUR L'ACCESSIBILITE FINANCIERE DES PATIENTS
AUX MEDEICAMENTS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Meryem MOUTAHIR
Née le 01 Janvier 1992 à Khouribga

Pour l'Obtention du Doctorat en Pharmacie

MOTS CLES : Baisse des prix – Médicaments – Accessibilité aux médicaments – Impact.

JURY

Mr. M. DRAOUI Professeur de Chimie Analytique		PRESIDENT
Mr. M. BOUATIA Professeur de Chimie Analytique		RAPPORTEUR
Mr. R. NAJJARI Professeur de Pharmacognosie	}	JUGES
Mr. J. EL HARTI Professeur de Chimie Thérapeutique		
Mr. A. CHEIKH Enseignant d'Economie de la santé à la Faculté des Sciences de Santé Université Abulcasis		MEMBRE ASSOCIE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1-ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed

Médecine Interne – Doyen de la FMPR
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie

Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan

Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique



Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- **Dir. Hop. Av. Marr.**
Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouada
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSE Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie

Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani

Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie



Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra

Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie



Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie

Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhousain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia

Anesthésie réanimation *Directeur ERSM*
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie

Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*

Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie

Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSNGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie



Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naïma	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootecnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines





Dédicaces

A Allah

Le Puissant, le Tout-Affectueux

*Merci pour la vie, la famille, la santé et pour tout ce
que tu fait pour moi.*

“Sans toi, je suis rien”

A Mes très chers parents

MOU'AHIR Elghazouani et TOUFAOUI Zoubida

Je reviens à mes années d'études où vous ne cessiez de m'apporter le soutien nécessaire, de m'offrir les conditions adéquates pour réussir mon parcours, et de me faire ressentir l'affection parentale.

Aucun merci ne saurait exprimer mon amour, et ma forte reconnaissance!

Vous faites certainement partie de ce travail!

Que Dieu vous protège!

Je vous aime trop

A Mes très chères sœurs

Majda, Ichrak, Asmaa, Amal, Fatimaezzahra

En témoignage des profonds sentiments d'amour que je ressens pour vous ; Je ne peux souhaiter avoir des sœurs mieux que vous ; Vous êtes mes sœurs les bien-aimées... Puisse notre esprit de famille se fortifier au cours des années et notre fraternité demeure éternelle ; Je vous dédie cette thèse longtemps attendue, et je souhaite qu'Allah le tout puissant vous réserve le meilleur de chez lui, vous préserver de tout malheur et vous préserver santé et longue vie.

Je vous souhaite tout le bonheur du monde

Je vous aime énormément

A ma très chère

Asmaa MOU'TAHIR

Tu es ma princesse ma petite ma sœur ma copine je te souhaite tout le bonheur et la réussite que dieu te protège

Je t'aime

A Mon cher frère Omar,

Et sa fille Yasmine

Merci pour votre soutien et encouragements.

Je vous dédie ce travail en vous souhaitons une vie meilleure, pleine de bonheur de prospérité et de réussite.

Je vous souhaite du bonheur et du succès dans toute votre vie.

Que dieu te garde

A ma chère amie

SARA TEBAA

Ce fût un PLAISIR pour moi de TE connaître et d'avoir partagé tous ces Moments inoubliables avec toi

MERCI pour tout le

Soutien moral, que tu m'as apporté et de m'avoir

Accepter comme ami et sœur je t'aime ma chérie

,

A tous mes proches et mes amis,

Amal zahir, Zineb hammouch, Majda dadssi, Rhaymi chaimaa, Kawtar salahddine, Salma Majd, khalid, Soufiane, Yassine ait bahssine, Diogo abdoulaye Diallo, Ibrahim ; Almoustapha Brahima Maiga ...

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de
ce travail.*

A

AYA et ADAM

Que dieu vous garde

A

AYOUB ET IYAD

Je VOUS AIME

*A tous mes enseignants de la Faculté de Médecine
et de pharmacie de Rabat,*

Pour l'honneur que vous m'avez fait de me transmettre toutes vos

Connaissances.

Merci pour tout.



Remerciements



A Notre Maître et président de thèse
Monsieur Le Professeur DRAOUI Mustapha
Professeur de chimie analytique

C'est tout à notre honneur que vous soyez à la fois notre Président du jury, et notre rapporteur de cette thèse.

Votre aptitude intellectuelle, votre compétence professionnelle, ainsi que votre modestie, ont bien marqué notre parcours.

Nous gardons de vous un souvenir d'un enseignant remarquable par sa modestie, sa rigueur, et son sérieux dans l'exercice de sa profession.

A travers cette dédicace, nous espérons vivement pouvoir exprimer nos respects les plus profonds, ainsi que notre vive reconnaissance.

A Notre Maitre et Rapporteur de Thèse

Monsieur BOUATIA Mustapha

Professeur de Chimie Analytique

*Pour avoir guider nos premiers pas dans la recherche et la rédaction,
pour votre grande disponibilité, pour toute l'amabilité et la patience
dont vous avez sans cesse fait preuve, pour toute l'aide que vous nous avez
accorder dans les moments difficiles. Permettez- nous de vous exprimer
toute notre gratitude et toute l'admiration que nous vous vouons.*

A mon co-encadrant

Monsieur CHEIKH Amine

Enseignant d'économie de santé

Vous m'avez fait l'honneur d'être mon co-encadrant

*Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines
ont suscité une grande admiration,*

*Veillez accepter Monsieur le professeur, ma profonde reconnaissance
et mes remerciements les plus sincères.*

A Notre Maître et juge de thèse Monsieur

Le Professeur NEJJARI Rachid

Professeur de pharmacognosie

C'est un grand honneur que vous nous accordiez en acceptant de juger notre travail.

Vos qualités humaines et vos compétences forment un tout que nous avons toujours apprécié au cours de nos études.

Nous voudrions vous transmettre, à travers cette dédicace, l'expression de nos respects les plus dévoués.

A Notre Maître et Juge de Thèse

Monsieur ELHARTI Jaouad

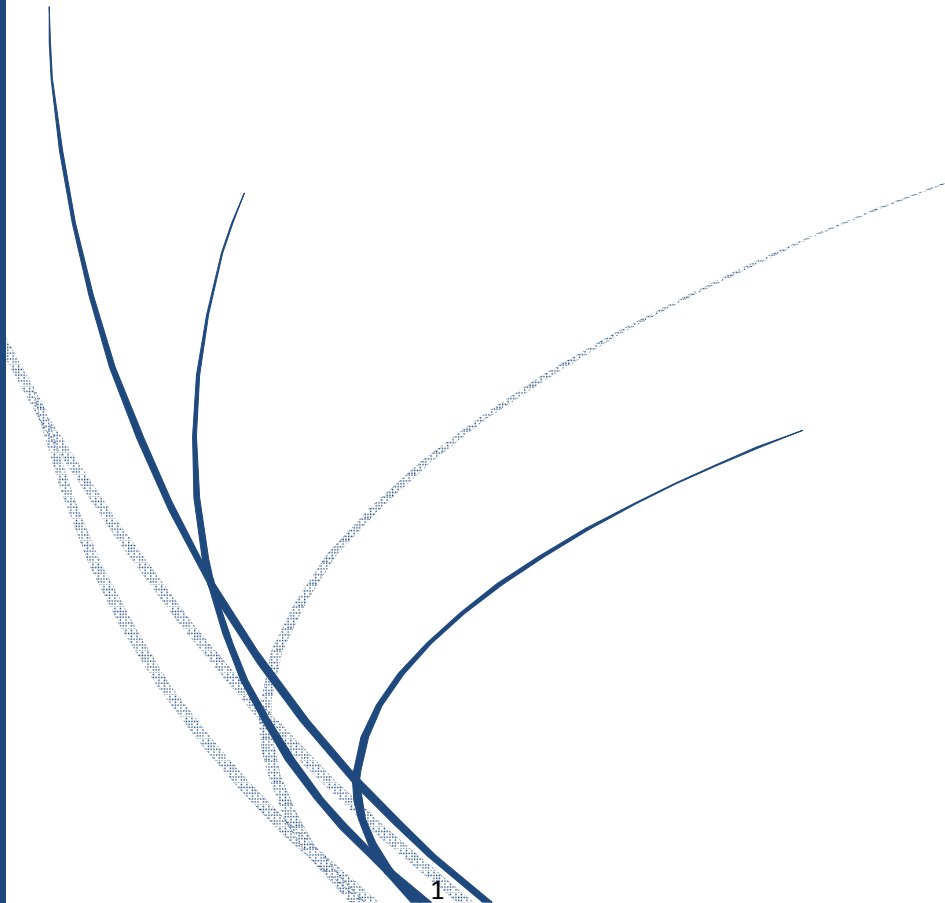
Professeur de chimie thérapeutique

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Vous nous faites un très bon exemple à suivre par vos compétences et vos qualités morales.

Nous vous prions de recevoir ici l'expression de nos respects les plus considérables.

Liste des illustrations



LISTE DES ABREVIATIONS

AIFA	: Agenzia Italiana del Famaco
ALC	: Affection longue et coûteuse
ALD	: Affection Longue Durée
AMM	: Autorisation de la Mise sur le Marché
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	: Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ASMR	: Amélioration du Service Médicale Rendu
CEPS	: Comité Economique des Produits de Santé
CEPS	: Comité économique des produits de santé
CIPM	: Comission Interministerial de Precios de los Medicamentos
Cirs	: Circonscription sanitaire
CL	: Collectivités Locales
CMB	: Couverture Médicale de Base
CNAM	:Caisse Nationale d' Assurance Maladie
CNOPS	: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	: Caisse Nationale de la Sécurité Sociale
CT	: Commission de Transparence
DMP	: Direction de médicament et de la pharmacie
DOH	: Departement of Health
EEP	: Entreprises et Etablissements Publics
ESSB	: Etablissement des Soins de Santé de Base
F	: Femme
FOB	: Free ou Board

G-BA	: Gemeinsame Bundesausschuss
H	: Homme
IQWiG	: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit Im Gesundheitswesen
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
LNCM	: Laboratoire National du Contrôle des Médicaments
MED	: Médicament
NHS	: National Health Service
NHS	: National Health Service
OFSP	: Office fédéral de la santé publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PFHT	: Prix Fabricant Hors Taxes
PIB	: Produit Intérieur Brut
PP	: Pharmacie Provinciale
PPM	: Prix Public Maroc
PPV	: Prix Public de Vente
PPVTTC	: Prix public de Vente
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale
SAE	: Service des Activités Economiques
SIAAP	: Service de Infrastructure d'Action Ambulatoire Provinciale
SMR	: Service Médicale Rendu
SVHA	: Service Visas Homologation et Autorisation
TVA	: Taxe sur la Valeur Ajoutée

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Système national de santé	7
Figure 2 : La place du médicament au sein du système de santé	17
Figure 3 : Les déterminants de l'accès aux médicaments	21
Figure 4 : Les fonctions de base du système d'approvisionnement en médicament	22
Figure 5 : Evolution de la consommation des médicaments au Maroc (DH).....	24
Figure 6 : Fréquence de la consommation des médicaments par classe thérapeutique	25
Figure 8: Evolution du taux de couverture au RAMED	28
Figure 7 : Organisation de la couverture médicale de base	29
Figure 9 : processus de fixation du prix d'une spécialité pharmaceutique destinée à la fabrication locale	42
Figure 10 : Comparaison avec les prix de génériques d'un fabricant de génériques pratiqués dans quinze pays	45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Evolution de l'indice synthétique de fécondité par milieu de résidence (nombre d'enfants par femme) :1962-2010	10
Tableau II : les différents systèmes de santé et leurs particularités	12
Tableau III : Comparaison de la part budgétaire du Maroc avec certains pays en 2012	16
Tableau IV : Evolution de la part générique (production, conditionnement, importation, dans la consommation globale des médicaments	18
Tableau récapitulatif V : Eléments qui participent à la composition du Prix Public Maroc (PPM) d'un médicament	36
Tableau VI : les nouvelles marges des pharmaciens d'officine	38
Tableau VII : Les taux minimum de réduction par tranche de prix du princeps	39
Tableau VIII :Les marges moyennes de distribution et la TVA en Europe, par rapport au prix fabricant hors taxe (PFHT)	47
Tableau IX : Comparaison des systèmes de fixation des prix dans cinq pays majeurs européens.....	48
Tableau X: Dépenses santé selon 2014	49
Tableau XI : Moyennes des écarts de prix des médicaments avec les prix en France	50
Tableau XII : Comparaison Maroc-Tunisie des prix des médicaments	52

LISTE DES GRAPHES

Graphique 1 : Distribution de la population de l'étude en fonction du sexe.	62
Graphique 2: Distribution de la population de l'étude en fonction du niveau scolaire.....	63
Graphique 3 : Distribution de la population de l'étude en fonction de la situation familiale.....	64
Graphique 4 : Distribution de la population de l'étude en fonction de l'emploi.....	65
Graphique 5 : Distribution de la population de l'étude en fonction de la localité d'habitat.....	66
Graphique 6 : Distribution de la population selon le revenu mensuel.....	67
Graphique 7 : Distribution de la population de l'étude en fonction de l'adhésion à une assurance maladie.....	68
Graphique 8 : Répartition de la population selon le pourcentage de prise en charge par l'assurance maladie.....	69
Graphique 9 : Distribution de la population en fonction du motif de visite d'un médecin.....	70
Graphique 10 : Distribution des destinations préférées par notre population pour leurs soins de ville.....	71
Graphique 11 : Part de notre population d'étude qui souffre d'une ALD.....	72
Graphique 12 : Répartition de la population selon la capacité d'estimation du montant de leurs dépenses en relation avec les soins de santé.....	73

Graphique 13 : Part des dépenses de santé dans le budget global de la population étudiée.....	74
Graphique 14 : Distribution de la population en fonction du recul des soins de santé.....	75
Graphique 15 : Distribution de la population relativement à la prise de connaissance de la baisse du prix des médicaments.....	76
Graphique 16 : Distribution de la population selon l'estimation des frais des soins avant la baisse des prix des médicaments.	77
Graphique 17 : Distribution de la population selon l'estimation des frais des soins après la baisse des prix des médicaments.	78
Graphique 18 : Distribution de la population selon l'appréciation de l'impact de la baisse des prix des médicaments.....	79
Graphique 19 : Distributon de la population selon leurs avis sur les prix des médicaments au Maroc.....	80
Graphique 20 : Distribution de la population selon leurs avis sur le fait que le prix du médicament pourrait constituer une barrière à l'accès aux soins.....	81
Graphique 21 : Distribution de la population selon leurs avis sur l'amélioration de l'accès aux médicaments après la baisse des prix des médiaments.....	82
Graphique 22 : Distribution de la population selon leurs avis sur la baisse des prix des médicaments.....	83
Graphique 23 : Distribution de la population selon leurs avis sur la capacité du mode tiers payant à améliorer l'accès aux médicaments.....	84

Graphique 24 : Distribution du pourcentage de recul de soins en fonction du revenu des participants.	85
Graphique 25 : Comparaison entre le recul des soins et le fait d’avoir une couverture médicale.	86
Graphique 26 : Comparaison entre le recul des soins et le fait d’avoir un emploi.	86
Graphique 27 : Comparaison entre l’adhésion à une couverture médicale et le fait de ressentir la baisse des prix des médicaments.	87
Graphique 28 :Appréciation de la baisse des prix des médicaments en fonction de la souffrance ou non d’une ALD	88
Graphique 29: Appréciation de l’amélioration de l’accès aux médicaments en fonction de l’adhésion ou non à une couverture médicale.....	89



Sommaire



PARTIE THEORIQUE	1
INTRODUCTION	2
CHAPITRE I : SYSTEME DE SANTE AU MAROC, ACCES AUX SOINS ET AUX MEDICAMENTS	5
I. Système de santé au Maroc	6
1. Définition	6
2. Organisation du système de santé.....	6
3. Situation du système de santé au Maroc	8
4. Structure démographique.....	9
5. Systèmes de santé différents	10
6. Caractéristiques du financement de la santé au Maroc.....	13
• Système financier	13
• Financement des programmes de santé publique	14
7. Ressources humaines	15
8. Dysfonctionnement du système de santé au Maroc	15
9. Dépenses de santé au Maroc	16
II. Les médicaments dans le système de santé marocain.....	17
1. Définition du médicament	17
2. Les médicaments dans le secteur de santé marocain	17
3. La politique pharmaceutique nationale.....	19

III. L'accès aux médicaments.....	20
1. Disponibilité des médicaments	20
2. Consommation des médicaments au Maroc	23
3. Régimes de couverture médicale.....	25
• AMO	25
• RAMED	27
4. Le tiers payant	30
5. Remboursement du médicament au Maroc.....	30
IV. Accès des pays en voie de développement aux médicaments : vers une nouvelle flexibilité juridique du droit des brevets	32
CHAPITRE II : BAISSSE DU PRIX DES MEDICAMENTS.....	33
I. Contexte de la baisse :	34
II. Méthodes de fixation	34
• Ancienne méthode.....	34
• Nouvelle méthode	37
• Comparaison entre l'ancien et le nouveau décret.....	40
III. Marges des grossistes et des officines :	41
IV. La procédure de la fixation du Prix Public Maroc au sein de la direction de médicament et de pharmacie (DMP)	41
V. Benchmark des prix des médicaments	43
1. Les prix des médicaments.....	43

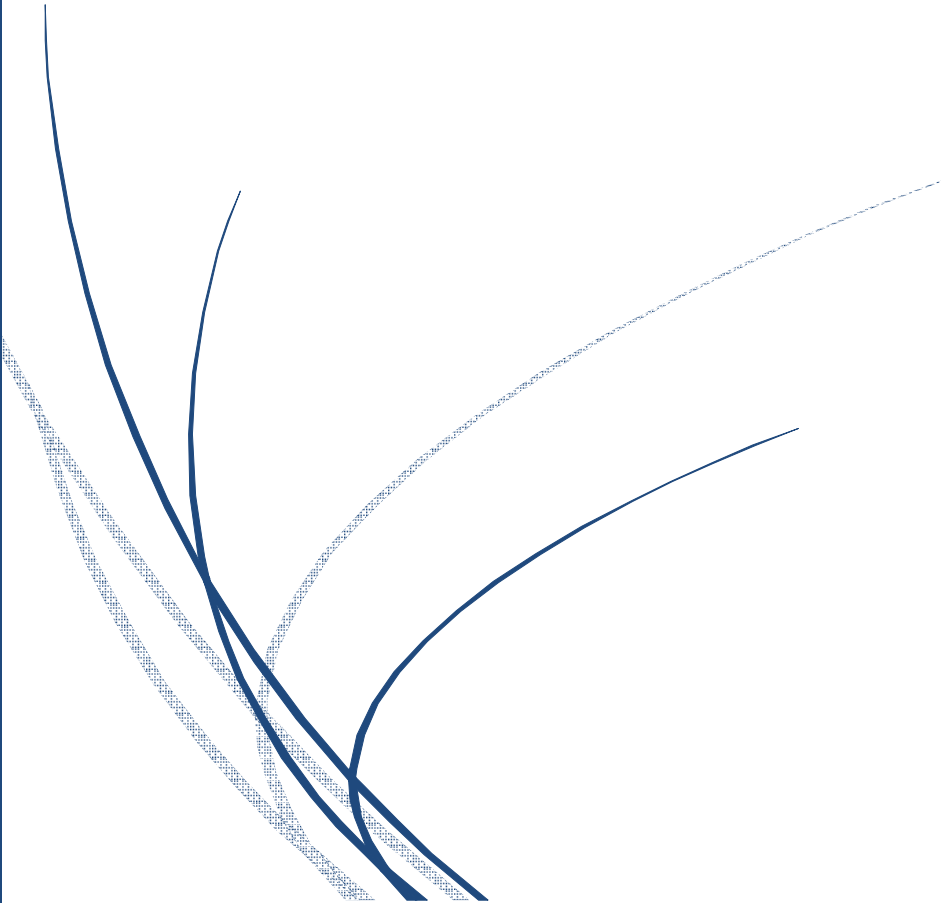
2. Principe de fixation du prix en France :	43
3. Comparaison avec des prix internationaux	45
4. Le prix des médicaments dans certains pays d’Afrique :	49
5. Comparaison des prix des médicaments Maroc-tunisie	51
6. Système de santé en Belgique	53
7. Système de santé en Arabie saoudite	54
8. Système de santé en Espagne	55
9. Système de santé en Portugal	55
10. Système de santé en Tunisie	56
11. Système de santé en Turquie	57
VI. Impacts de la baisse des prix des médicaments	57
1. Les difficultés initiales de la baisse	58
• Le ré-étiquetage des médicaments	58
• Les ruptures de stock	58
2. Les différents impacts liés à la baisse du prix des médicaments	58
• Impact sur les marges bénéficiaires des pharmaciens d’officines	58
• Impact sur les industries pharmaceutiques	59
• Impact social	59
• Impact politique.....	59

PARTIE PRATIQUE	60
I. Introduction	61
II. Matériels et méthodes	61
III. Résultats	62
1. Description de l'étude	62
2. Les caractéristiques sociodémographiques et économiques.....	63
3. Couverture médicale.....	68
4. Accès aux soins	70
5. Impact de la baisse des prix.....	76
6. Analyse globale.....	85
IV. Discussion	90
V. Conclusion	96
VI. Résumé	
VII. Annexes	

BIBLIOGRAPHIE



Partie théorique



Introduction

Les défis de la santé mondiale obligent tous les gouvernements à améliorer l'accès et l'efficacité des soins de santé s'ils veulent assurer la qualité à des coûts acceptables [1].

La qualité d'un système de soins de santé publique, notamment dans le secteur public, est évaluée par les patients principalement sur la base de deux facteurs : la présence de personnel médical suffisant et la disponibilité des médicaments nécessaires. Lorsque les médicaments ne sont pas disponibles dans les établissements de santé, les patients se rendent dans les pharmacies d'officines pour les acheter « directement ».

L'OMS estime qu'un tiers de la population mondiale n'a pas d'accès fiable aux médicaments. Dans les pays en voie de développement, cette proportion peut aller jusqu'à 50 % [2]. Outre cette situation précaire relative à l'accès, il y a des préoccupations continues concernant la qualité des médicaments, les taux élevés de prescription irrationnelle et l'usage incorrect des médicaments.

L'accès aux médicaments continue néanmoins de constituer le plus grand défi, qui a d'ailleurs été inscrit dans le programme d'action politique mondial par des organisations actives de la société civile.

Les dépenses de santé totales constituent la deuxième catégorie plus importante des dépenses de santé renouvelables, et certains foyers consacrent une forte proportion de leur budget de santé à l'achat de médicaments. Les dépenses de médicaments sont l'une des différentes composantes des dépenses de santé qui peuvent mener les foyers à supporter une charge financière catastrophique et qui continuent de détériorer la situation de la population à bas revenu. Naturellement, ceci met en évidence les préoccupations courantes concernant le rapport qualité-prix pour les médicaments.

Les préoccupations concernant les prix élevés des médicaments sont d'ordre mondial, tout comme les efforts pour faire baisser les prix. Les gouvernements des pays industrialisés et des pays en voie de développement continuent de faire des efforts en ce qui concerne le traitement abordable, en fonction de leurs propres contextes. La réglementation directe ou indirecte des prix des médicaments est donc quasiment la règle [2].

Outre le prix du médicament, de nombreuses problématiques liées au système de santé marocain ont été soulevées [3]...

Pour le ministre, la baisse du prix des médicaments n'est pas une opération isolée, tous les produits qui seront introduits sur le marché s'aligneront désormais sur le prix le plus bas du benchmark, malgré cette baisse le prix du médicament au Maroc reste élevé comparativement à la situation d'autres pays et l'achat des médicaments représente une part très importante des dépenses de santé des ménages [4].

L'objectif de notre travail est de mettre en exergue la situation du médicament et son impact sur l'accessibilité financière des patients après la publication du décret n°2-13-852 relatif à fixation du prix des médicaments, à travers une enquête réalisée auprès des patients dans les pharmacies d'officines dans la région de Rabat.

*Chapitre I : Système de santé au Maroc,
accès aux soins et aux médicaments*

I. Système de santé au Maroc

1. Définition

Le Système National de Santé se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles, financières ainsi que les institutions et activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population [5]

2. Organisation du système de santé

Un important effort a été consenti par l'état pour étendre la couverture sanitaire à l'ensemble du territoire et en même temps réhabiliter ou reconstruire un certain nombre d'établissements de soins existants. Le même effort a été entrepris pour améliorer l'encadrement du système par les professionnels de la santé nécessaire aux soins et aux activités de promotion, de prévention et de lutte contre les maladies [6].

Ce système est actuellement organisé autour de deux secteurs : un secteur public et l'autre privé [7].

Selon la législation marocaine le système de santé est constitué de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées (figure 1) pour la réalisation des objectifs fondamentaux de santé sur la base des principes suivants [8].

-La solidarité et la responsabilité de la population dans la prévention, la conservation et la restauration de la santé.

-L'égalité d'accès aux soins et services de santé

-L'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires

-La complémentarité intersectorielle.

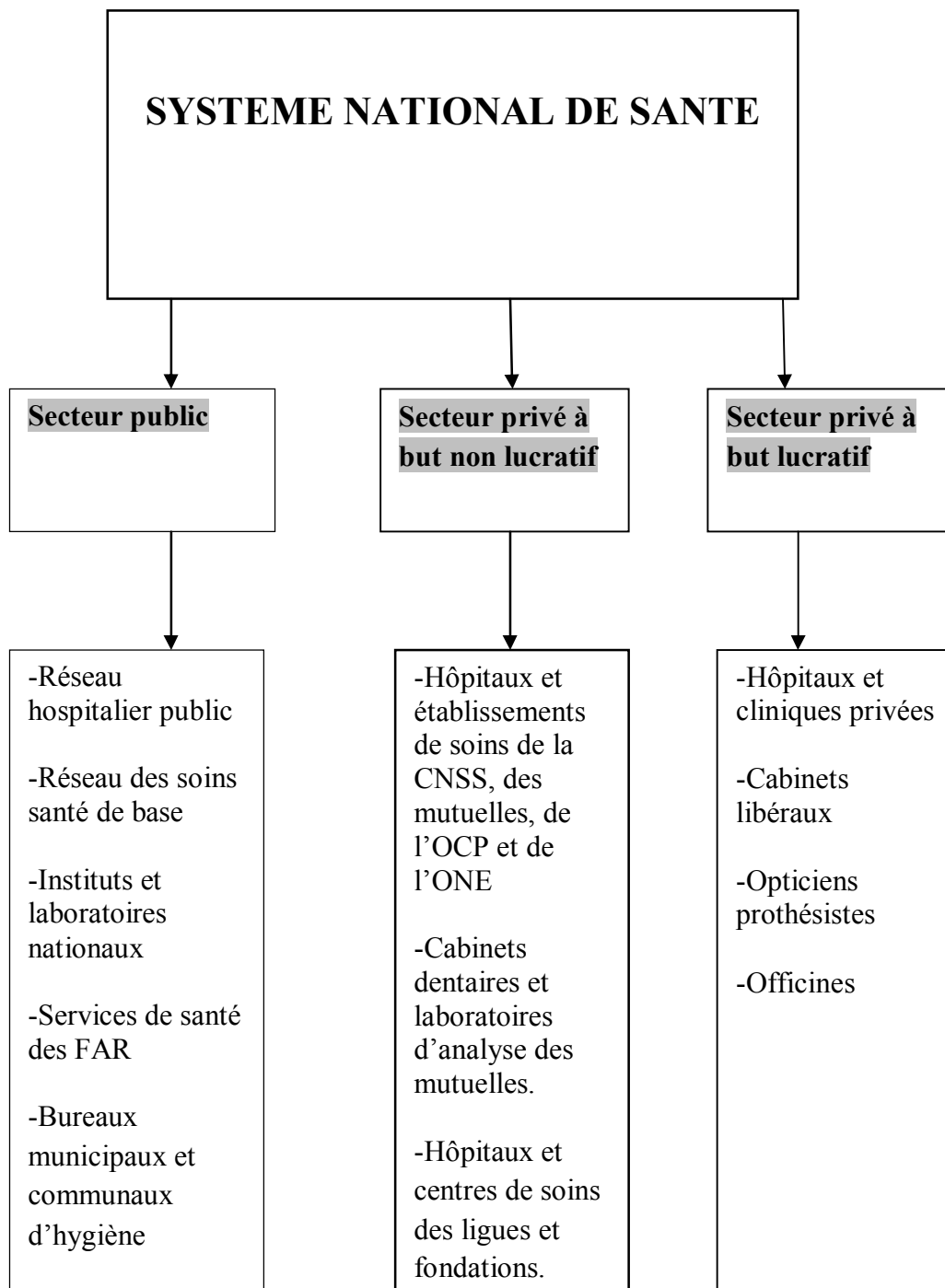


Figure 1 : Système national de santé [9]

Les différentes constitutions du secteur du système national de santé sont :

Secteur public : Il déploie des structures de santé de base où l'essentiel des programmes prioritaires de santé publique est délivré à la population, notamment les actions de prévention et de lutte contre les principaux facteurs de morbidité. Il déploie aussi un réseau hospitalier qui a eu une expansion forte dans les années 60 et 70 et qui représente 85 % [6], de la capacité hospitalière du pays. Il consiste enfin en un réseau de laboratoires nationaux et d'instituts d'appui à la mission de santé publique.

Secteur privé à but lucratif : Il a connu un essor important, prenant en quelque sorte le relais de la panne de l'investissement public, surtout dans les grandes villes et principalement en direction des soins ambulatoires ou de haute technologie. Il comprend des ressources sanitaires du secteur libéral organisées et dirigées à titre individuel ou en groupement par des professionnels de santé.

Secteur privé à but non lucratif : Il est représenté par les établissements de soins des mutuelles, de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), et de quelques fondations. Il intervient essentiellement dans le domaine de l'hospitalisation.

Le système de santé Marocain est caractérisé par la multiplicité des intervenants aussi bien dans la production de soins que dans l'origine et la gestion du financement [10].

3. Situation du système de santé au Maroc:

Le Maroc s'est engagé à réaliser le droit à la santé pour toute la population Marocaine. Le gouvernement a fait de la couverture sanitaire universelle la charnière ouvrière du droit à la santé et de ses politiques opérationnelles [11].

La constitution du Maroc de 2011, reconnaît le droit aux soins de santé, à la protection sociale et à la couverture médicale [12], une diminution de la mortalité infanto-juvénile [13]; ainsi l'élimination de certaines maladies transmissibles, comme la poliomyélite, le trachome, la schistosomiase, le paludisme. Néanmoins, la tuberculose reste un problème de santé publique notamment dans certaines régions [14].

Près de deux tiers de la population ont accès à une couverture médicale à travers l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : 33% [14] et le Régime d'Assurance Médicale (RAMED): 28%) [14])

4. Structure démographique

La démographie de la population marocaine est en pleine transition avec une diminution continue de la fécondité, un allongement de l'espérance de vie et un vieillissement rapidement progressif de la population. Le taux d'accroissement annuel a connu une diminution sensible de 1,4% [15] en 2004, alors qu'il était de 2,7% [15] en 1964.

La fécondité marocaine, est mesurée par l'indice synthétique de fécondité (ISF), s'élevait en 1962 à 7,2 enfants par femme au niveau de l'ensemble du pays. Ce chiffre a été baissé en 2010 à 2,2 enfants par femme (tableau I) [16] :

**Tableau I : Evolution de l'indice synthétique de fécondité par milieu de résidence
(nombre d'enfants par femme) :1962-2010 [17]**

	Ensemble	Urbain	Rural
1962	7.2	7.77	6.91
1975	5.91	4.38	7.02
1982	5.52	4.28	6.59
1994	3.28	2.56	4.25
2004	2.47	2.05	3.06
2010	2.19	1.8	2.7

5. Systèmes de santé différents :

Le modèle Bismarckien

Ce système est également appelé « professionnel », car son financement est assuré par les salariés et les cotisations sociales. Il a été mis en place en Allemagne à la fin du XIXème siècle, sous l'influence de Bismarck [6], Le financement de ce type de régime est assuré par le paiement de cotisations sociales dont le montant est proportionnel au salaire perçu et les prestations versées sont proportionnelles à l'effort contributif, autrement dit proportionnelles aux cotisations [18].

Les pays du système Bismarckien : la France, la Belgique et l'Allemagne, ils ont un modèle hybride, à la fois privé et public. La gestion de l'assurance maladie est totalement publique. L'état collecte les cotisations des salariés et des entreprises et s'occupe de la redistribution [19], ce régimes passe des conventions avec des prestataires de soins de statut public ou privé. Ainsi sont

fixés les modes de rémunération et les tarifs auxquels sont soumis les malades qui obtiennent le remboursement total ou partiel des frais engagés en cas de maladie, Les bénéficiaires ont généralement une certaine liberté de choix au sein de l'ensemble des prestataires de soins conventionnés. Dans ce modèle, le financement et la fourniture des biens et services impliquent fortement des entités qui sont distinctes de l'État et qui n'ont pas d'autorité fonctionnelle commune : les Caisses d'assurance maladie d'une part, les formations de santé d'autre part [20].

Le modèle Beveridgien

Ce système est fondé sur une logique de solidarité nationale et repose essentiellement sur le mécanisme de l'assistance. Les droits sont liés au statut de citoyen ; ce qui signifie que tout individu possédant la nationalité du pays dont il est résident se voit attribuer des droits sociaux, qu'il soit ou non contributeur. Le financement du système est assuré par le paiement d'impôts et les prestations versées sont forfaitaires [18]. Son accès est à peu près gratuit pour la population résidente, mais le choix du point d'entrée est restreint pour le malade [20].

Le système libéral

Dans ce système, le cas des États-Unis, il n'existe pas un système central de gestion des fonds. Les États-Unis ont choisi l'option privée avec une multitude de sociétés privées à but lucratif offrant des couvertures maladie.

Dans le tableau suivant (tableau II) on résume les différents systèmes de santé et leurs particularités dans les pays étudiés :

Tableau II : les différents systèmes de santé et leurs particularités [19]

Types du système	Libéral	Bismarckien : coopérative	Beveridgien : social-démocrate
Particularités	L'assistance aux plus démunis	Les statuts professionnels déterminent les droits sociaux	Haut niveau de protection sociale
Degré de marchandisation de la protection sociale	++++	++	+
Financement	Secteur privé	Cotisations sociales et les impôts	Impôts
Pays	USA	France/Allemagne/Belgique	Royaume-Unis

Le modèle adopté au Maroc

Pour le Maroc, c'est un mélange entre les deux systèmes Bismarckien et Beveridgien. Tous les salariés sont soumis à une contribution destinée à payer l'assurance maladie. Les soins sont remboursés selon des taux fixés par l'assurance maladie, et les assurés peuvent souscrire des mutuelles pour compléter la couverture médicale.

6. Caractéristiques du financement de la santé au Maroc

- **Système financier**

Le Maroc est un pays où coexistent une offre de soins publique et une offre privée. De même, en matière de financement, c'est un système multiple qui comporte un régime d'assurance maladie obligatoire de base et des mutuelles et entreprises d'assurances privées qui assurent une couverture médicale de base et/ou complémentaire.

Les sources de financement principales sont constituées par :

- Les Ménages : qui représentent 59% [21] des dépenses :
- L'Etat : qui représente 26% de la dépense, essentiellement à travers le budget du Ministère de la Santé (5% du budget général de l'Etat ou encore 1% du Produit Intérieur Brut « PIB »).
- Les entreprises privées : 5%
- Les Entreprises et Etablissements Publics (EEP) : 5%
- Les Collectivités Locales (CL) : 1%
- la coopération internationale : 1% [21].

Le Maroc veut réduire la part supportée par les ménages dans le financement de la santé à moins de 25%. L'objectif est de prendre totalement en charge les maladies de longue durée (ALD) comme le cancer, le diabète... [22].

- **Financement des programmes de santé publique**

Le Ministère de la Santé, à travers son budget, suit une politique de santé publique qui s'appuie énormément sur les programmes de santé publique ; dont les plus importants sont [7]:

- Les Programmes de Santé Maternelle et Infantile
- Planification familiale
- Surveillance de la grossesse et de l'accouchement
- Lutte contre les maladies de carence
- Immunisation
- Lutte contre les maladies diarrhéiques
- Lutte contre les infections respiratoires aiguës
- Les Programmes de Prévention Sanitaire Collective : Programmes d'hygiène du milieu et Information Education Communication
- Le Programme de Santé Mentale et de Lutte contre la Toxicomanie
- Le Programme des IST-SIDA
- Autres programmes (diabète, tuberculose, hygiène bucco-dentaire, santé scolaire et universitaire, ...)

Les organismes de coopération internationale financent aussi certains de ces programmes. En effet, depuis plus de cinquante ans, les grandes priorités des organismes de coopération internationale étaient la vaccination, les maladies infectieuses et parasitaires, la malnutrition, l'hygiène et l'assainissement, les

infrastructures sanitaires de base, et le développement ou la reconstruction des services de santé.

7. Ressources humaines :

Le ministère de la Santé estime, dans son plan d'action 2012-2016, que le déficit en médecins est de 6 000 et celui des paramédicaux s'élève à 9 000. Selon une autre estimation, le Maroc a besoin d'environ 15 000 infirmiers supplémentaires pour que le ratio Personnel paramédical par habitant soit optimal. L'évolution des effectifs de médecins a connu une stagnation inquiétante entre 2007 et 2011 et le ratio du nombre de médecins par habitant ne répond pas aux normes préconisées par l'OMS. Il est de 6,2 médecins pour 10 000 habitants, loin derrière le Liban, la Jordanie, la Tunisie et l'Algérie [23].

8. Dysfonctionnement du système de santé au Maroc

Malgré les évolutions notables du système de santé, ce système souffre de dysfonctionnements majeurs ; à titre d'exemple les difficultés d'accès aux soins de santé pour les plus démunis et pour la population en milieu rural, et la gestion qui est non satisfaisante des hôpitaux publics qui connaît des difficultés liées aux ressources humaines [24], ainsi l'inégalité d'accès aux soins pour certains services (l'accouchement en milieu surveillé est de 75,2 % [25] en milieu urbain contre 26,6 en rural) ; l'insuffisance des moyens de financement du secteur (5 % du PIB) également l'insuffisance de formation et de recrutement du personnel de santé avec une concentration dans les grands centres urbains et enfin une difficulté d'utilisation et d'optimisation des ressources disponibles [25].

9. Dépenses de santé au Maroc:

Les dépenses totales de santé au Maroc représentent à peine 6,2 % [23] du Produit intérieur brut (PIB), au-dessus du seuil de 6 % [23] considéré par l’OMS comme le minimum requis pour assurer des soins de santé de base.

Elles sont aussi deux fois moindres qu’en Tunisie (tableau III) et six fois moindres qu’en Jordanie. Les dépenses du ministère de la Santé représentaient 4,1 % [23] des dépenses du budget général de l’état en 2012 alors que l’OMS recommande un taux de 9 % [23].

Tableau III : Comparaison de la part budgétaire du Maroc avec certains pays en 2012
[23]

<i>Pays</i>	<i>La part budgétaire de la santé</i>
<i>Maroc</i>	<i>4.1%</i>
<i>Tunisie</i>	<i>10.4%</i>
<i>Algérie</i>	<i>10.6%</i>
<i>Sénégal</i>	<i>11.6%</i>
<i>Turquie</i>	<i>12.8%</i>
<i>Jordanie</i>	<i>16.3</i>

II. Les médicaments dans le système de santé marocain

1. Définition du médicament :

La nouvelle loi n° 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie, définit dans son premier article le médicament comme étant : « Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques [26].

2. Les médicaments dans le secteur de santé marocain

Le médicament a toujours préoccupé tant les décideurs que les usagers des services de soins [27], il constitue un élément majeur au sein du système de santé, (figure 2) [3].

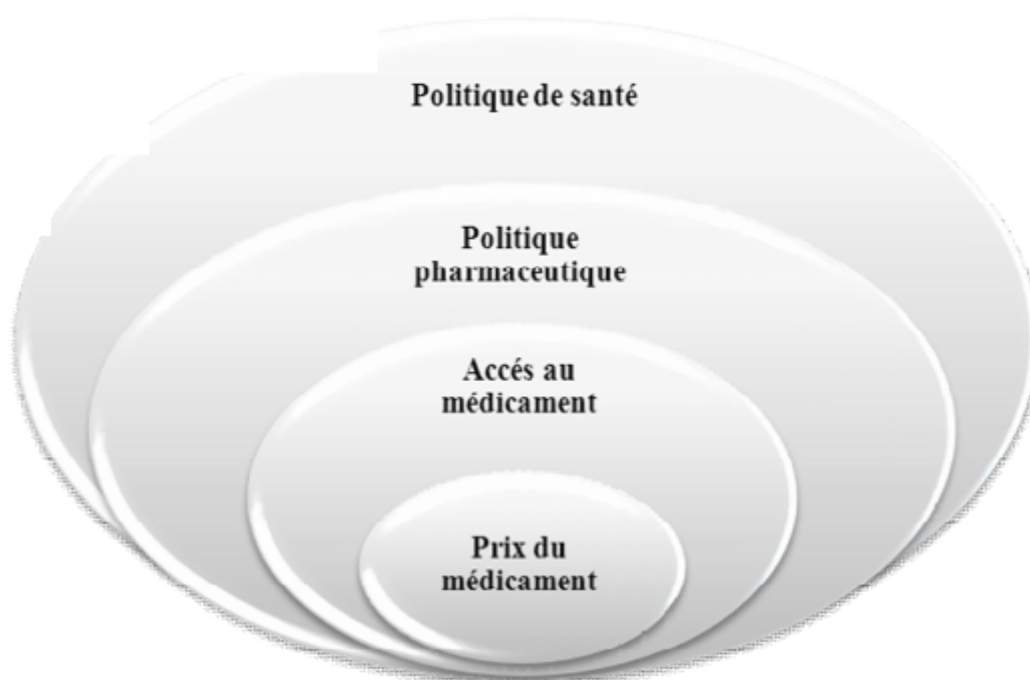


Figure 2 : La place du médicament au sein du système de santé [3]

Parmi les médicaments les plus utilisés au Maroc on trouve le médicament générique où son développement représente un des axes forts de la régulation des dépenses des médicaments (tableau IV). En effet, il permet une économie du coût du traitement médical, sans qu'il y ait de préjudice pour le patient, et revêt d'autres intérêts, entre autre le fait qu'il est parmi les meilleurs outils qui permettront la viabilité et la réussite de la couverture médicale de base dans notre pays [28].

Tableau IV : Evolution de la part générique (production, conditionnement, importation, dans la consommation globale des médicaments [29]

	2004	2005	2006	2009	2011
Génériques	31.99%	33.60%	37.92%	48.5%	35%
Princeps	68.01%	66.40%	62.08%	51.5%	65%

Le générique a constitué 78 % [29] en volume des achats publics en médicaments, Environ 60 % [29] de la consommation pharmaceutique totale est dispensé par les officines, les 40 % [29] restant correspondant à la consommation à l'hôpital.

3. La politique pharmaceutique nationale

Une politique pharmaceutique nationale est une composante essentielle de la politique de la santé, elle a pour objectifs : garantir l'accès universel aux médicaments à un prix abordable pour l'individu et pour la collectivité, et de protéger la santé publique en garantissant la qualité, l'innocuité et l'efficacité de tous les médicaments et autres produits de santé mis sur le marché [30].

Le prix du médicament au Maroc est généralement plus élevé par rapport à certains pays voisins et à économie similaire ; la part des médicaments dans les dépenses totales de la santé environ 32% (selon les Comptes Nationaux de la Santé 2010) est beaucoup trop élevée pour le niveau de développement du pays [31].

Le Ministère de la Santé s'est fixé l'objectif de développer une Politique de Santé englobant une Politique Pharmaceutique Nationale, qui vise essentiellement à la régulation du marché et de protection des citoyens.

Les enjeux de la Politique Pharmaceutique sont diverses [27]:

- Présenter les objectifs et la vision stratégique du Ministère de la Santé
- Confirmer l'intention et l'engagement du Ministère de la Santé à réaliser les objectifs de la Politique;
- Disposer d'un support pour développer et mettre en œuvre un Plan d'Action pour le secteur pharmaceutique au Maroc.

III. L'accès aux médicaments

1. Disponibilité des médicaments

Les médicaments sont disponibles grâce au réseau des pharmacies d'officine et des grossistes répartiteurs et les industries pharmaceutiques [27].

L'OMS estime qu'au moins 30 % [19] de la population mondiale n'accède pas aux médicaments essentiels, et le chiffre augmente à 50 % [19] dans les pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie. L'obstacle majeur à l'accès aux médicaments est leur coût élevé. En effet, le prix du médicament est souvent inabordable non seulement pour la population à revenu faible, mais aussi pour celle qui ne bénéficie pas d'une couverture sociale adéquate ou une assurance maladie [19]. L'accessibilité ne peut être assurée que par l'organisation d'une solidarité nationale sous forme d'assurance maladie généralisée, ou il faut faire une liste contenant plusieurs produits remboursables, d'autre part l'effort sur les prix doit être maintenu [32].

L'accès aux médicaments dépend de plusieurs paramètres dont on cite [3]:

- La disponibilité
- la qualité du système santé et de dispensation,
- Des prix accessibles,
- Un système de financement viable, mais le critère le plus important dans l'accès aux médicaments reste le prix (figure 3).

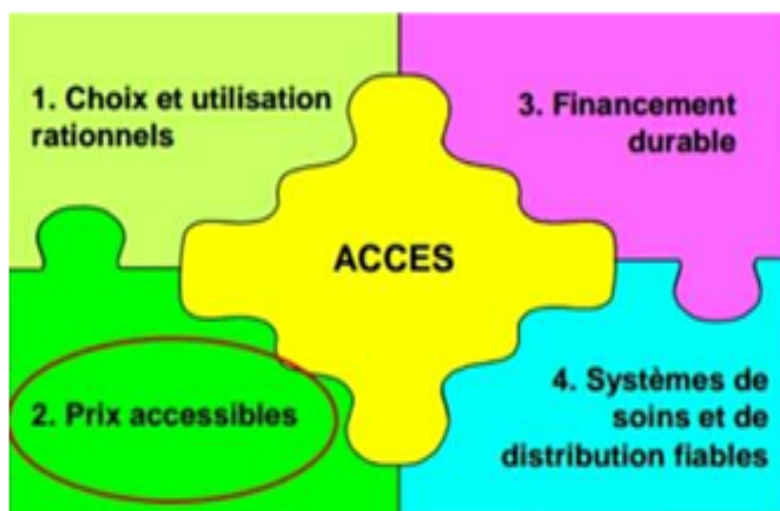


Figure 3 : Les déterminants de l'accès aux médicaments [3]

Les principaux éléments déterminant l'accès aux médicaments sont :

Prix abordables : Les médicaments essentiels doivent être à la fois disponibles et abordables, les prix des médicaments sont considérés comme une question de santé publique et ne peuvent pas être laissés uniquement aux considérations commerciales des producteurs et des fournisseurs. C'est la raison pour laquelle les gouvernements dans la plupart des pays réglementent les prix des médicaments, directement ou indirectement [33].

Financement durable : Les dépenses du gouvernement consacrées aux médicaments doivent être envisagées dans le contexte de ses dépenses de santé, de la situation socioéconomique du pays, de ses priorités et de son engagement à améliorer les conditions sociales de sa population.

Systèmes de santé et d'approvisionnement fiables : Le système d'approvisionnement en médicaments peut être défini comme étant l'ensemble

des ressources, des moyens et des actions qui sont déployés en vue d'assurer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments.

D'une façon générale, les fonctions du système d'approvisionnement en médicaments peuvent être présentées comme suit (figure 4) [34]:

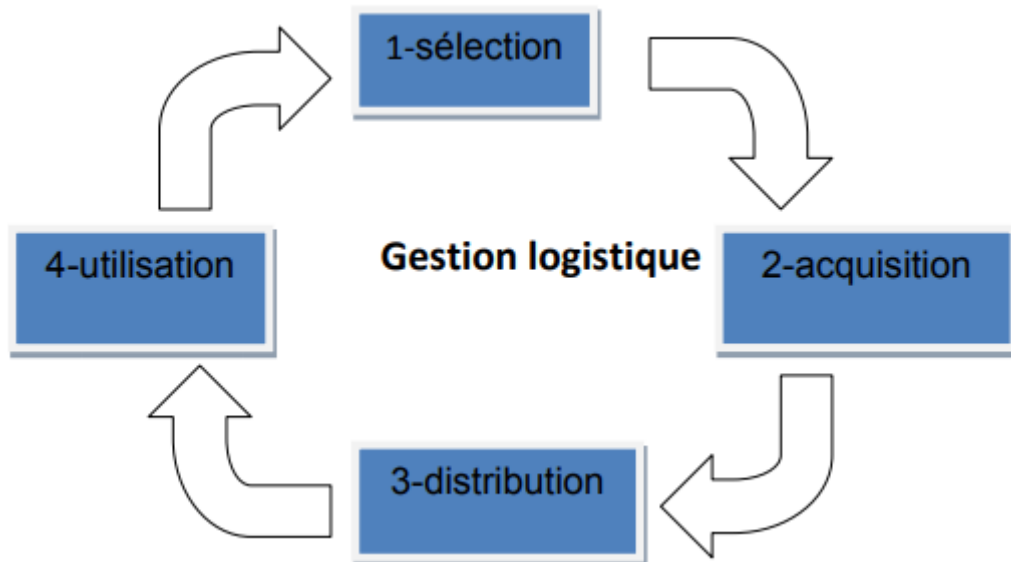


Figure 4 : Les fonctions de base du système d'approvisionnement en médicament [34]

Sélection : Avant d'acquérir des produits, il faut sélectionner et lister les produits pharmaceutiques définis selon les besoins correspondants. Le terme de la sélection prend en compte différents critères, la politique nationale de santé du Maroc prend en compte celle du médicament essentiel, avec la constitution d'une liste nationale (médicaments et dispositifs médicaux) [35].

L'acquisition : se fait par le lancement des appels d'offres conformément aux dispositions du décret n° 2-12-349 relatif aux marchés publics, cette étape comprend les sous-étapes suivantes : quantification et sélection des fournisseurs, commande , réception , entreposage.

Distribution : Cette étape est réalisée, au niveau de la région/province, par la Pharmacie Provinciale (PP) et le Service de l'Infrastructure d'Actions ambulatoires provinciales (SIAAP), premièrement aux Circonscription sanitaires (CirS) et, deuxièmement, par ces dernières, aux Etablissements des Soins de Santé de Base (ESSB) [36].

Utilisation : Cette étape se passe au niveau des Etablissements de Soins de Santé de base (ESSB) et des malades.

L'efficacité des systèmes d'approvisionnement en médicaments est intégralement liée à la solidité des systèmes de soins de santé, des ressources humaines appropriées, un financement durable, des systèmes d'information complets, et la coordination entre partenaires et établissements de santé, tout ça pour assurer une disponibilité et une accessibilité en médicaments essentiels.

2. Consommation des médicaments au Maroc

La dépense globale de santé a atteint 5,5 milliards de dollars (6,2% du PIB) [37] en 2010, enregistrant une progression de l'ordre 10,6% [37] depuis 2006. Il faut bien signaler que la part la plus importante serait à la charge des ménages (y compris la contribution de l'assurance maladie) représentant 61,9% [37] de la dépense globale de santé.

Les médicaments représentent environ 31,7% [37] de la dépense des ménages en matière de santé. L'essentiel de la consommation de médicaments est directement financé par les patients.

Une partie importante de la consommation pharmaceutique est faite sans prescription médicale: 28% [38] pour la population à plus bas revenu. L'achat direct sans prescription permet d'éviter de payer une consultation privée.

la consommation des produits pharmaceutiques en général, et celle du médicament en particulier, est le premier poste de dépense dans le domaine de la santé (figure 5) [39].

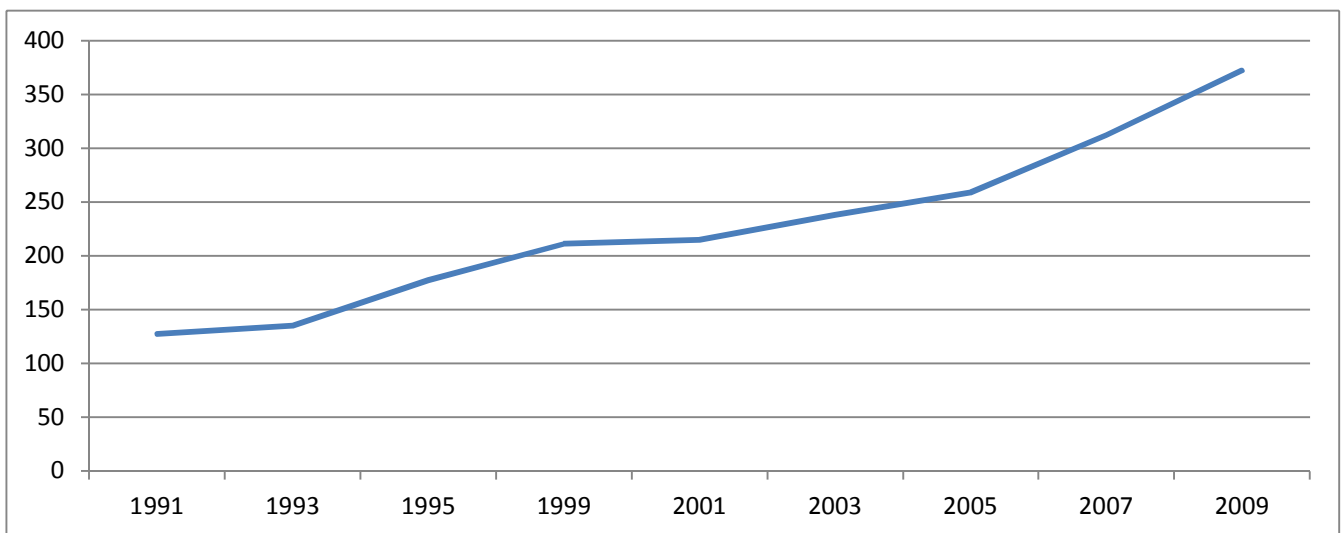


Figure 5 : Evolution de la consommation des médicaments au Maroc (DH) [39]

Parmi les médicaments les plus consommés on trouve : Les anti-inflammatoires sont les médicaments les plus consommés (41.7%) [40], suivis par les analgésiques avec 34.53%, par la suite viennent les antimigraineux avec 13%, et les antitussifs avec 3.1% (figure 6) [40].

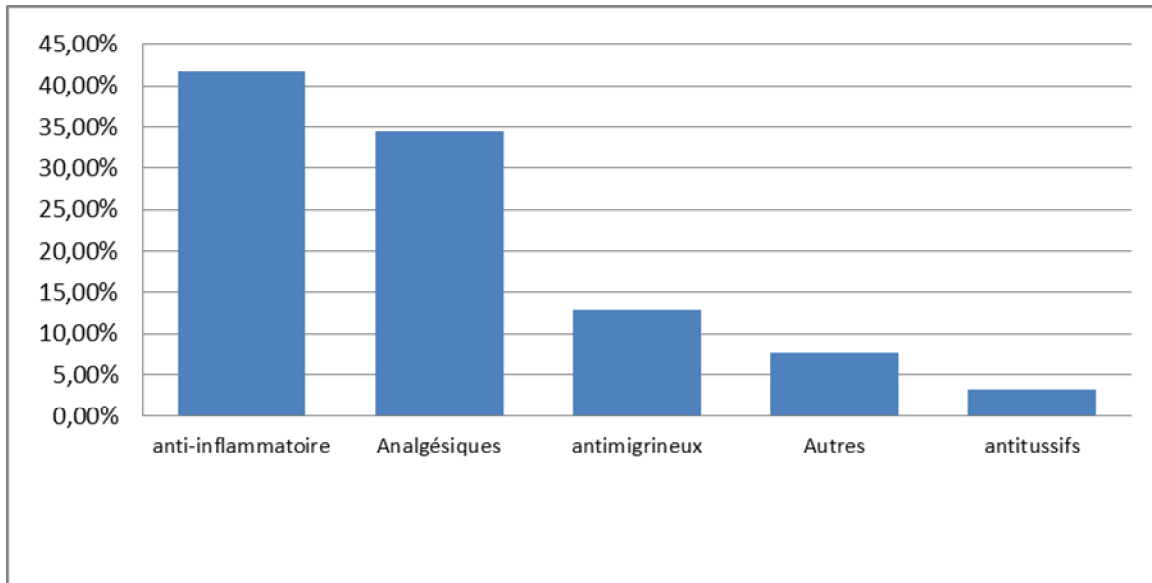


Figure 6 : Fréquence de la consommation des médicaments par classe thérapeutique [40]

3. Régimes de couverture médicale

Le régime de la couverture médicale de base (CMB) a vu le jour au Maroc avec la publication de la loi 65-00 en 2002 et plus précisément avec la publication des décrets d'application en 2005. Ce régime a introduit deux sous régimes, l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les salariés des secteurs public et privé et des indépendants et le régime d'assistance médicale (RAMED) pour la population faible économiquement [41].

- **AMO**

L'Assurance Maladie obligatoire de base est un système d'assurance sociale instauré par la loi n°65-00 pour la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle [42].

L'assurance maladie obligatoire de base s'applique [22]:

- Aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit publics
- Aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé;
- Aux titulaires de pension des deux secteurs public et privé;
- Aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée;
- Aux anciens résistants et membres de l'armée de libération et aux étudiants de l'enseignement supérieur public et privé dans la mesure où ils n'en bénéficient pas.

Rôle de l'assurance maladie obligatoire :

Elle a pour objectif d'élargir l'accès des populations défavorisées aux soins de santé de base L'AMO s'inscrit dans une logique de couverture médicale universelle, visant un accès équitable et une protection contre le risque financier. Elle permet à faire en sorte que le coût des soins n'expose pas les gens à un risque financier, aussi un financement équitable.

L'AMO fait partie d'un système plus complet : la couverture médicale de base (CMB), s'organise en deux régimes, l'un géré par la CNOPS et l'autre par la CNSS [43].

Financement

Les ressources des régimes de l'assurance maladie obligatoire de base sont constituées par : Les cotisations, majorations, astreintes et pénalités de retard [44].

- **RAMED**

Le RAMED est un régime national mis en place par l'Etat et dispose donc d'une compétence administrative pour répondre aux difficultés rencontrées ,il est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale, ce régime constitue à côté de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), la seconde composante du système de couverture médicale de base .Le RAMED est conçu pour assurer gratuitement des prestations de santé dans les hôpitaux et les services sanitaires du secteur public aux personnes démunies non couvertes par un régime d'assurance maladie [45].

Le RAMED offre la gratuité des soins et prestations médicalement disponibles dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat aussi bien en cas d'urgence ou lors de l'hospitalisation [46].

Le nombre de personnes qui ont bénéficié du Régime d'assistance médicales aux économiquement démunis (RAMED) est de 6.54 millions personnes, selon les statistiques du ministère de la Santé [47] (figure 8).

Le budget du RAMED est estimé à 2,7 milliards dirhams [48], financé à 75% [48] par l'état, 19% [48] par les cotisations annuelles des bénéficiaires et les 6% [48] restants par les collectivités locales

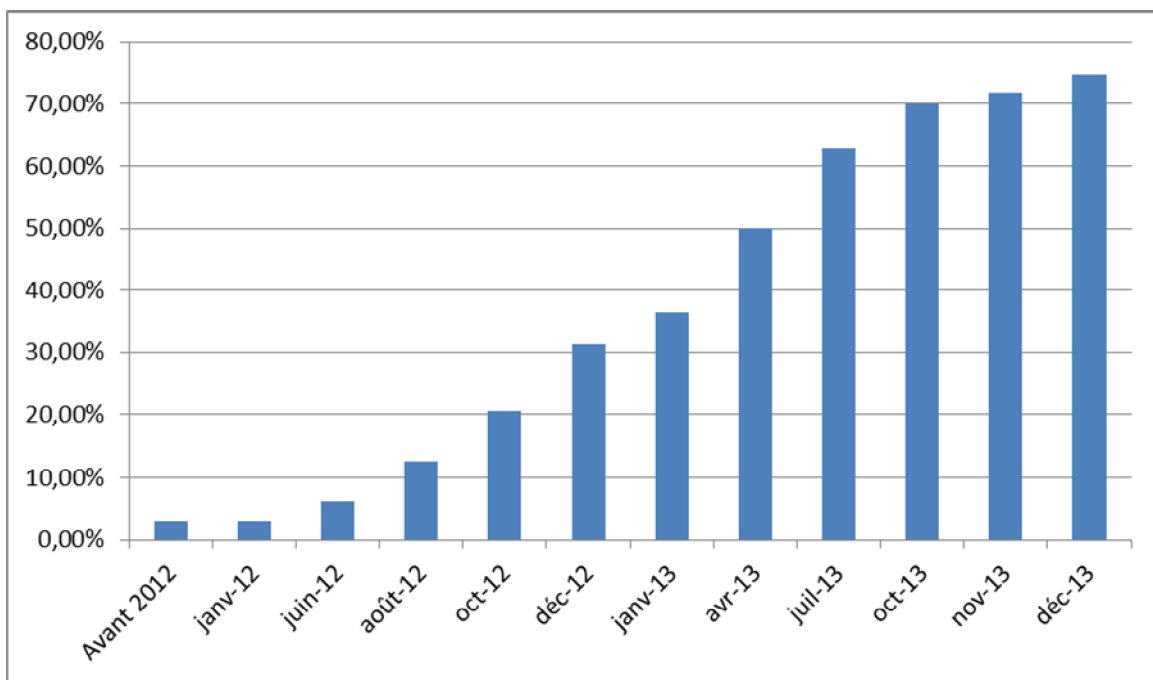


Figure 8: Evolution du taux de couverture au RAMEL [47]

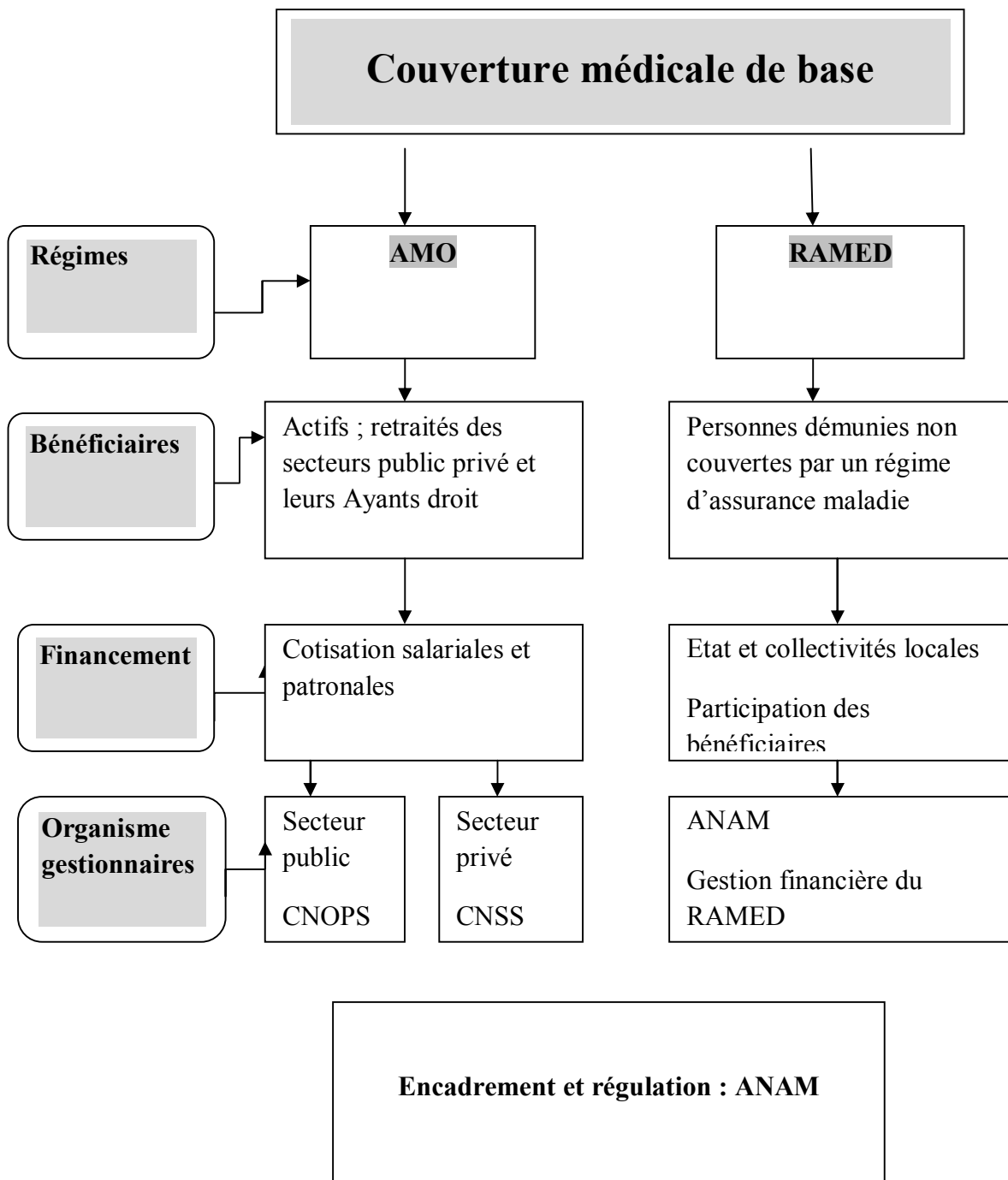


Figure 7 : Organisation de la couverture médicale de base [44]

4. Le tiers payant :

Le tiers payant est un dispositif qui permet aux assurés sociaux de ne pas payer directement le professionnel de santé, au moment de la consultation, celle-ci étant réglée par l'Assurance maladie puis, le cas échéant par la complémentaire santé du patient. Ainsi, l'assuré à qui l'on applique le tiers payant bénéficie d'une dispense d'avance de frais [49].

L'objectif étant de faire bénéficier les assurés de la dispense de l'avance des frais correspondant à la délivrance de certains médicaments remboursables (annexe 1) au titre de l'AMO en ne réglant directement auprès de la pharmacie d'officine que le ticket modérateur restant à leur charge .

Pour bénéficier du mode tiers payant, le bénéficiaire doit être pourvu de droits ouverts à l'AMO et être déclaré en état d'Affection Longue Durée (ALD), ou d'Affection Lourde et Coûteuse (ALC) auprès de l'organisme gestionnaire selon (article 7 : modalité de dispensation et de facturation) [50].

5. Remboursement du médicament au Maroc

Le service médical rendu et amélioration du service médical rendu :

Le remboursement des médicaments est basé essentiellement sur le service médical de celui-ci :

Le service médical rendu (SMR) est un critère qui prend en compte plusieurs aspects : d'une part la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué ; d'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée [51]:

- Efficacité et effets indésirables ;

- Place dans la stratégie thérapeutique (notamment au regard des autres thérapies disponibles) et existence d’alternatives thérapeutiques ;
- Intérêt pour la santé publique

On entend par amélioration du service médical rendu (ASMR) le progrès thérapeutique apporté par un médicament en fonction de l’appréciation. Le niveau d’ASMR intervient dans la fixation du prix d’un médicament remboursable.

La Commission de la Transparence :

La Commission de la Transparence (CT) est une instance scientifique composée de médecins, pharmaciens, spécialistes en méthodologie et épidémiologie. Elle évalue les médicaments ayant obtenu leur autorisation de mise sur le marché (AMM), lorsque le laboratoire qui les commercialise souhaite obtenir leur inscription sur la liste des médicaments remboursables

Elle a notamment pour missions :

- De donner un avis aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale sur la prise en charge des médicaments (par la sécurité sociale et /ou pour leur utilisation à l'hôpital), notamment au vu de leur (SMR) qui prend en compte la gravité de la pathologie, l'efficacité et les effets indésirables du médicament, et sa place dans la stratégie thérapeutique, ainsi que (ASMR) qu'ils sont susceptibles d'apporter par rapport aux traitements déjà disponibles ;
- De contribuer au bon usage du médicament en publiant une information scientifique pertinente et indépendante sur les médicaments [52].

IV. Accès des pays en voie de développement aux médicaments : vers une nouvelle flexibilité juridique du droit des brevets

Le brevet représente un outil essentiel pour favoriser les investissements dans le domaine pharmaceutique et l'invention de nouveaux médicaments, aussi il représente donc à la fois une nécessité pour la viabilité des entreprises du secteur, et un obstacle à l'accès aux soins pour les populations les plus pauvres.

Pour le bien fait de la santé publique il est important de créer de nouveaux médicaments afin de traiter et de prévenir les maladies. Cette création est encouragée efficacement par le régime des brevets et ces médicaments doivent être rendus largement accessibles à tous. C'est pourquoi, il y a deux moyens de rendre les médicaments plus accessibles financièrement : faire baisser les prix (en agissant sur l'offre) et/ou adopter des systèmes de financement qui répartissent le coût (en agissant sur la demande) [53].

Dans les pays pauvres, les systèmes d'assurance maladie étant peu répandus et les consommateurs assument eux-mêmes le coût de la majeure partie des produits pharmaceutiques. La seule solution envisageable consiste principalement à agir sur l'offre. Or les prix des médicaments peuvent être baissés grâce au bon vouloir de la firme qui possède le brevet ou par l'introduction de produits concurrents sur le marché, c'est-à-dire en général des médicaments génériques.

Chapitre II : Baisse du prix des médicaments

I. Contexte de la baisse :

Le coût est considéré un obstacle de taille à l'obtention d'un bon traitement. Il y a deux moyens de rendre les médicaments plus accessibles financièrement dans le secteur privé ; faire baisser les prix et adopter des systèmes de financement qui répartissent le coût [7]. Le ministère tend, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de médicament, à réduire les prix afin de faciliter l'accès des citoyens aux médicaments et d'alléger les dépenses de la couverture médicale.

Depuis la promulgation du décret 2.13.852 relatif aux conditions et aux modalités de fixation des prix des médicaments, le ministère de la santé a procédé à la réduction des prix de plus de 3.600 médicaments, cette réduction concerne en particulier les médicaments utilisés dans le traitement de maladies chroniques, comme l'hypertension artérielle, le diabète, des maladies inflammatoires, contagieuses, du système digestif, des antibiotiques ainsi que le cholestérol et certains types de cancer [54].

II. Méthodes de fixation

- **Ancienne méthode:**

Selon l'arrêté, les prix des médicaments au Maroc sont réglementés en fonction du statut fabriqués localement ou importés. L'arrêté du ministère de la santé publique n° 2365-93 de 1993 fixe les modalités d'obtention des prix des médicaments importés et l'arrêté du ministère de la santé publique n° 465 - 69 de 1969 fixe celles des médicaments fabriqués au Maroc [[55] [56]].

Mode de calcul du prix des médicaments fabriqués localement :

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.
- Le coût de fabrication qui comprend : le cout de la main d'œuvre directe, les charges sociales, la marge brute, les majorations.

La formule de calcul du prix des médicaments localement selon l'arrêté est la suivante :

- Prix fabricant = Charges directes de fabrication + Charges indirectes + Marges fabricant de 9.2%
- Un nouveau médicament, un montant de 8% est ajouté pendant les deux premières années
- Un médicament fabriqué sous licence, un montant de 10 % est ajouté

Mode de calcul du prix des médicaments importés.

L'arrêté du Ministre de la Santé n° 107-69 du 18/09/1969 relatif à la fixation des prix des médicaments importés permet de calculer le prix des médicaments importés à partir du prix FOB (Free On Board) dans le pays d'origine, converti en dirhams [7].

- Prix FOB calculé à partir du prix de vente en vigueur dans le pays d'origine au maximum
- Les frais d'approche de 3DH/kg net du produit

- Coefficient allant de 1.832à 2.90 % en fonction des droits de douane
- Commission de l'agent importateur de 20 % au minimum

**Tableau récapitulatif V : Eléments qui participent à la composition du Prix Public
Maroc (PPM) d'un médicament [55]**

Médicaments fabriqués au Maroc	Médicaments importés
<ul style="list-style-type: none"> -Lorsque les matières premières sont importées, les droits d'importation sont 32% (Europe) ou 40% (Autres) -Prix de revient industriel du produit -Marge bénéficiaires du fabricant -Majoration pour frais d'expédition lorsque le cout du port et de l'emballage pour le Maroc dépasse 5% du chiffre d'affaire hors taxe -Majoration pour redevance variable de 1 à 10% pour les spécialités fabriquées sous licence -Taxe sur les produits et service -Marges de distributions (grossiste et détaillant) :40% 	<ul style="list-style-type: none"> -le prix « FOB» en fonction du prix dans les pays d'origine. -Frais d'approche à raison de 3.00 DH par kilo net de produit -Multiplication par un coefficient établi en fonction des marges ainsi que des droits de douanes et taxes -Taxes de consommation sur le sucre et l'alcool

“FOB” ou Free on Board. Cela veut dire que l’acheteur doit payer tous les coûts et assurances contre les risques de dommages après le chargement des marchandises pour expédition [55].

Ce système est dépassé ; car il ne répond plus aux nouveaux paramètres économiques ; ni aux critères de fixation des prix des médicaments adoptés par la plupart des pays.

Le prix des médicaments au Maroc reste cher comparativement avec ceux d’économie similaire, quel que soit le critère de comparaison et la catégorie de médicaments, ceci touche principalement les patients [57].

- **Nouvelle méthode :**

Décret n°2-13-852 du 14 Safar 1435 (18 décembre 2013) relatif aux conditions et aux modalités de fixation du prix public de vente des médicaments fabriqués localement ou importés

Le prix de tout médicament soit fabriqué localement ou importé est fixé sur la base de certains éléments : le PFHT, les marges de distribution revenant à l’établissement pharmaceutique et la TVA le cas échéant (article 2) [57].

Le PFHT d’un médicament fabriqué localement ou importé est le plus bas PFHT d’un même médicament convertis en DH fixé par les instances compétentes dans les pays suivants : Arabie Saoudite, Belgique, Espagne, France, Turquie, Portugal et dans le pays d'origine lorsqu'il est différent de ces derniers (article 3) (annexe2)

Pour les médicaments fabriqués localement, la marge bénéficiaire revenant à l’établissement pharmaceutique (grossiste et pharmacien d’officine) doit être appliquée au PFHT retenu (article 4) [57].

Pour les médicaments importés, le PFHT retenu est majoré de 10% couvrant la marge importatrice, les frais d'approche et les droits de douane

La grande nouveauté est que la marge du pharmacien d'officine est désormais variable, elle est inversement proportionnelle au prix (tableau VI et VII) :

Tableau VI : les nouvelles marges des pharmaciens d'officine [57]

Tranches de PFHT	PPV TTC (DHS)	MARGE COEF SUR PFHT	MARGE EFFECTIVE	PART DU MARCHE
<166	<280.60	57%	33.93%	91.7%
166<X<588	280.60<X<962.70	47%	29.74%	7%
588<X<1756	962.70<X<2875	FORFAIT DE 300 DHS		1.3%
>1756	>2875	FORFAIT DE 400 DHS		

Les médicaments génériques :

La fixation du prix de tout médicament générique, fabriqué localement ou importé est basé sur le prix maximum de référence (article5), le prix du générique ne doit jamais être supérieur à celui de son princeps.

Lorsqu'un médicament princeps n'est pas commercialisé au Maroc, le prix maximum de référence est calculé à partir du taux minimum de réduction du PFHT théorique du dit princeps obtenu par application de la règle de comparaison définie à l'article 3 ci-dessus. Les taux minimum de réduction par tranche de prix du princeps sont définis (tableau VIII) :

Tableau VII : Les taux minimum de réduction par tranche de prix du princeps [57]

PFHT Princeps	Pourcentage minimum de réduction par rapport au PFHT en vigueur du princeps
PFHT≤15	0%
15 <PFHT≤30	15%
30 <PFHT≤70	30%
70 <PFHT≤150	35%
150 <PFHT≤300	40%
PFHT>300	50%

Les médicaments issus de la biotechnologie :

Le PPV d'un princeps issu de la biotechnologie s'effectue conformément aux dispositions des articles (3.4.7) et pour leurs bio-similaires c'est conformément aux articles (4.5.7.10)

Le taux minimum de réduction du PFHT d'un médicament princeps issu de la biotechnologie, applicable à ses bio-similaires, est de 30% quelle que soit la tranche de PFHT dudit médicament princeps. Aucun médicament bio-similaire ne peut être commercialisé à un prix public de vente supérieur au prix public de vente de son médicament princeps (article 8).

Le délai maximum pour la fixation des prix publics de vente des médicaments génériques ou bio-similaires est de 60 jours à compter de la date de réception du dossier complet de demande de fixation ou d'homologation (article 12).

Le prix public de vente de tout médicament peut avoir des hausses dans certaines situations, notamment en raison de l'augmentation de tous les PFHT dans les pays cités (article16), également des révisions à la baisse dans les situations suivantes : s'il s'agit d'une demande par l'établissement pharmaceutique industriel ou bien si les PFHT appliqués dans les pays cités à l'article 3 ont subi une diminution supérieure à 10 %. Enfin en cas d'exonération du médicament concerné de la TVA (article15) aucun générique, ni bio-similaire ne peut avoir un prix public de vente supérieur à celui de son princeps.

- **Comparaison entre l'ancien et le nouveau décret**

La première méthode introduit deux modes distincts de fixation des prix des médicaments ; une pour les médicaments fabriqués localement, l'autre pour les médicaments importés.

La nouvelle réforme a introduit des règles nouvelles de fixation de prix public de vente (PPV)

Le calcul du PPV par l'ancienne méthode se base sur beaucoup de critères, maintenant il est fixé sur l'analyse comparative des PFHT des pays retenus par le benchmarking, il doit être égal au PFHT le plus bas des pays du benchmark, converti en dirhams

La marge de distribution (Grossiste Pharmacien) est définie selon le niveau du PFHT d'un médicament. En effet plus le prix du médicament est cher, plus sa marge de distribution est faible. Le prix de chaque médicament Princeps est révisé au moment du renouvellement quinquennal de son autorisation de mise sur le marché. Celui de ses génériques ou bio-similaires doit être révisé conséquemment.

III. Marges des grossistes et des officines :

Les marges sont uniformes pour tous les médicaments: les grossistes ont une marge légale de 10% [38] de leur prix de vente, les officines ont une marge de 30% [38] , de leur prix de vente).

Lorsque les officines s'approvisionnent directement auprès des laboratoires, leur marge réelle est supérieure (par exemple 45% au lieu de 30%) [38]. 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.

IV. La procédure de la fixation du Prix Public Maroc au sein de la direction de médicament et de pharmacie (DMP) :

Le fabricant dépose une demande de prix auprès du ministère de la santé, qui compare le prix demandé à celui du pays d'origine et aux produits similaires ou concurrents. (Figure 9)

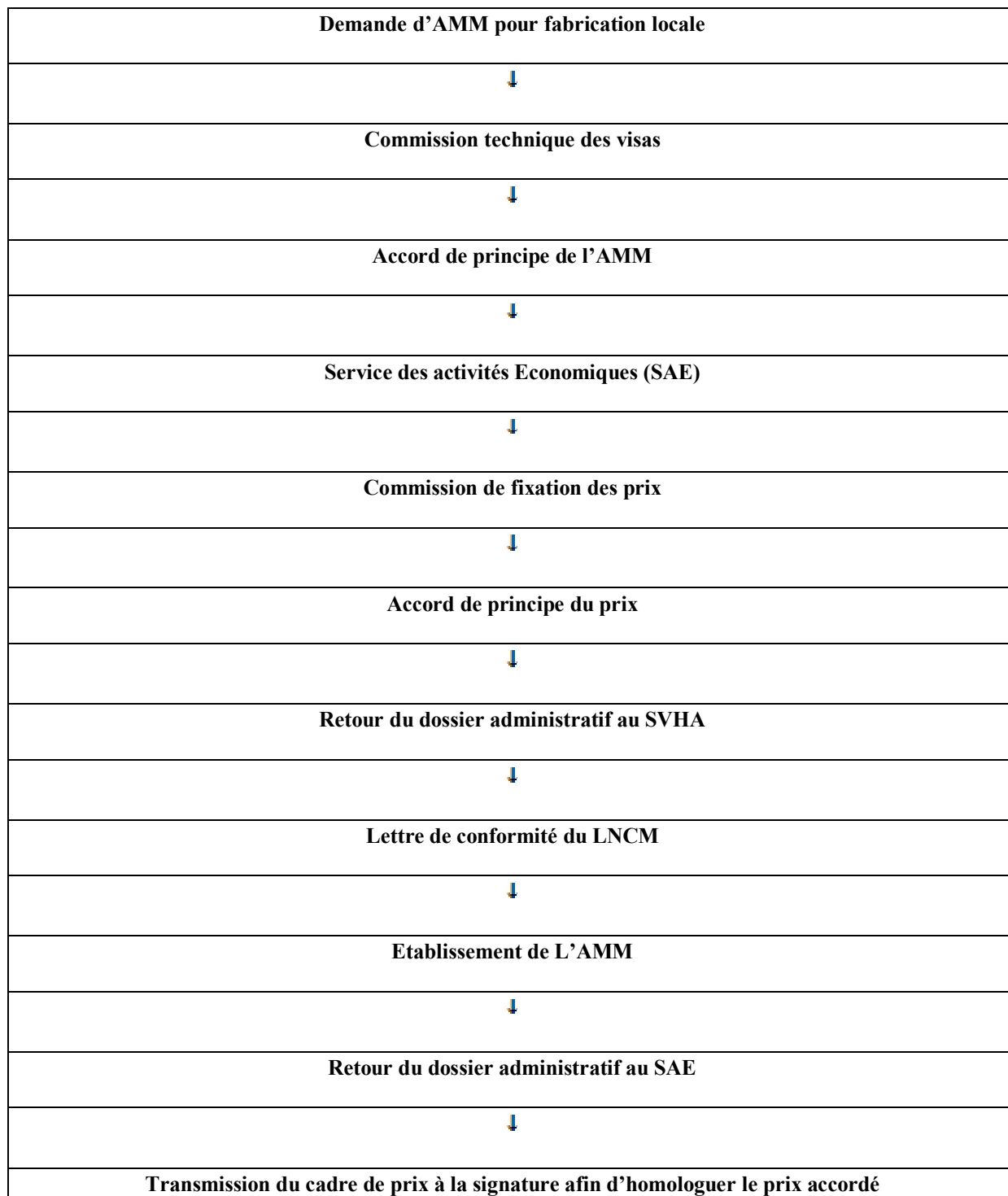


Figure 9 : processus de fixation du prix d'une spécialité pharmaceutique destinée à la fabrication locale [58]

V. Benchmark des prix des médicaments

1. Les prix des médicaments

Le prix des médicaments constitue une vraie barrière à l'accessibilité surtout pour les gens en bas revenu, donc cela s'est considéré comme une question ou bien une responsabilité de la santé publique.

C'est la raison pour laquelle les gouvernements dans la plupart des pays réglementent les prix des médicaments, d'une manière directe ou indirecte. Le problème est encore aggravé par le fait que « élevé » et « bas » sont des termes relatifs et que considérer des prix élevés ou bas dépend de la parité du pouvoir d'achat de l'acheteur [59]. Les prix plus élevés des médicaments touchent également la viabilité financière des programmes de santé du secteur public. Les prix au Maroc des médicaments par rapport à d'autres pays sont généralement plus élevés (30 à 189 % [60], par rapport à la Tunisie et 20 à 70% [60] par rapport à la France. Les différences de prix au Maroc d'un même médicament peuvent atteindre 600 % [60], mêmes les différences de prix d'un même médicament et de la même marque peuvent dépasser 300 % [60] selon l'endroit où le médicament est acheté.

2. Principe de fixation du prix en France :

En France, la régulation des prix vise des objectifs financiers mais aussi industriels, cela a permis aux patients français d'en profiter .Cependant cela a donné une très forte consommation des médicaments, une rigidité des prix et un faible développement du marché des génériques.

La fixation du prix des médicaments se fait par le Comité économique des produits de santé (CEPS). Le laboratoire propose un prix au CEPS, prix qui doit être « cohérent » avec les prix pratiqués dans les pays voisins (Allemagne, Espagne, Italie et Royaume-Uni). Rappelons qu'en Allemagne et au Royaume-Uni, les prix sont libres et qu'en Espagne et en Italie, les prix y sont fixés essentiellement en regardant les prix pratiqués dans les autres pays européens, notamment en France [61]. Par contre les prix des médicaments remboursables résultent d'une négociation entre l'administration (CEPS) et les laboratoires.

Les laboratoires proposent un prix pour chacun de leurs produits et en fonction de l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) attribuée par la commission de Transparence, le CEPS accepte le prix proposé ou propose un prix inférieur.

L'ASMR est un critère relatif qui consiste à comparer les médicaments entre eux [62].

En France, il existe différents modèles pour la fixation des prix qui dépendent notamment: du canal de distribution: Hôpital / Ambulatoire

Les prix des médicaments ambulatoires remboursables étaient régulés jusqu'en 2003 et résultaient d'une négociation entre le laboratoire et le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Les prix des médicaments hospitaliers n'étaient absolument pas régulés jusqu'en 2003 et résultaient de la négociation entre les laboratoires et les hôpitaux. La mise en place de la tarification à l'activité dans les hôpitaux a fixé des règles pour les médicaments « rétrocedés » ainsi que pour les médicaments onéreux [63].

3. Comparaison avec des prix internationaux

Les prix de médicaments sont variables d'un pays à l'autre, par exemple au sein de la Communauté économique européenne ; ils varient de 1 à 2.5 entre l'Espagne et L'Allemagne et de 1 à 2.37 entre la France et Allemagne.

Les médicaments importés représentent souvent plus de 90 % [64] des médicaments consommés, et ces importations sont faites généralement depuis la France, les réglementations des prix se réfèrent aux prix dans les pays d'origine [64].

Les modes de fixation de prix des médicaments en Europe sont donc essentiellement le résultat de l'imbrication étroite des modes de régulation de l'offre et de la demande des produits pharmaceutiques : soit c'est sur l'offre que porte l'essentiel de la régulation, soit c'est sur la demande (figure 10) [65].

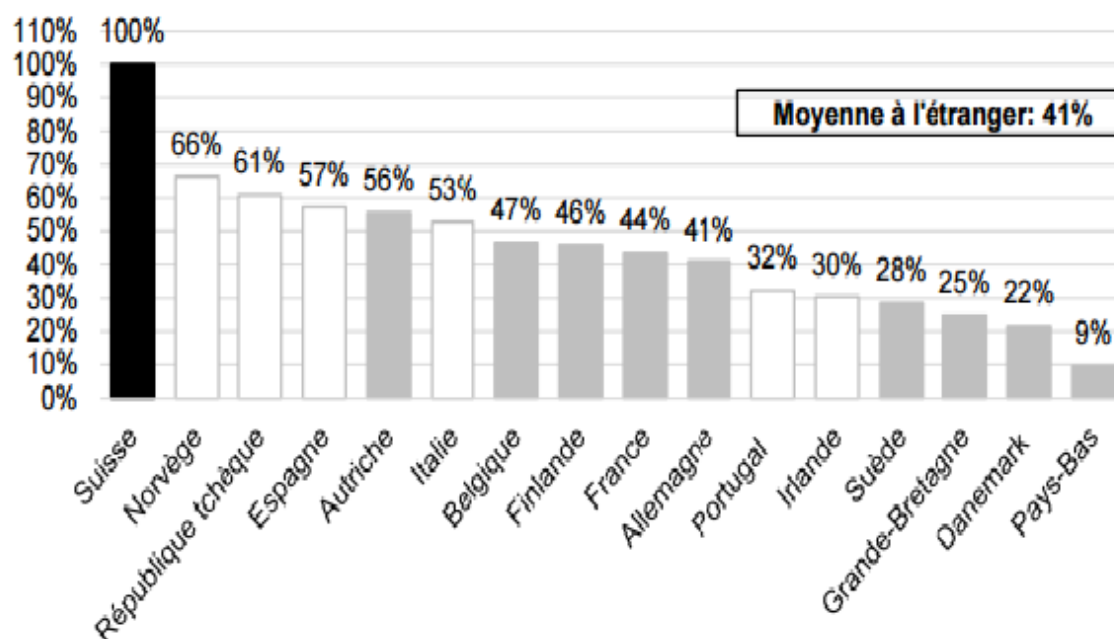


Figure 10 : Comparaison avec les prix de génériques d'un fabricant de génériques pratiqués dans quinze pays [66]

Le graphique affiche le résultat de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger (les rapports avec les prix des pays de référence de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) sont en gris, et en blanc ceux des autres pays)

En moyenne, les prix des génériques du fabricant étudié sont de loin les plus chers en Suisse. Le prix moyen de ces génériques dans les quinze pays de comparaison correspond à 41 % du prix pratiqué en Suisse, c'est-à-dire à moins de la moitié.

En Norvège, le pays de comparaison le plus cher, le prix moyen est plus avantageux d'un tiers.

Aux Pays-Bas, les prix des génériques équivalents en moyenne à moins d'un dixième du prix pratiqué en Suisse. Les pays de comparaison de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) comptent parmi ceux où le prix des génériques est le plus avantageux. Autrement dit, dans notre pays, un générique de l'entreprise étudié coûte en moyenne presque trois fois plus cher [66].

L'étude montre que les Suisses paient nettement plus cher leurs médicaments génériques que les autres Européens...

Tableau VIII :Les marges moyennes de distribution et la TVA en Europe, par rapport au prix fabricant hors taxe (PFHT) [65]

	<i>Marges moyennes des grossistes (%PFHT)</i>	<i>Marges moyennes des détaillants (% PFHT)</i>	<i>TVA (%PP)</i>
Allemagne	14.0	32.0	16
Royaume-Uni	12.5	17.3	0 (17.5 si médicament non remboursable)
Pays-Bas	18.0	22.4	6
Suède	4.0	21.0	0
Italie	9.5	26.5	10
France	10.74 si PFHT<22.86€ 6 sur la partie du PFHT>22.86€	26 si PFHT<22.86€ 10 sur la partie du PFHT>22.86€	2.1 (5.5 si médicament non remboursable)

On comprend alors que même si le prix fabricant était identique dans les différents pays, les prix publics seraient mécaniquement différents à cause de la rémunération de la distribution

Tableau IX : Comparaison des systèmes de fixation des prix dans cinq pays majeurs européens

	Système de fixation du prix	Critères d'évaluation	Autorités impliqués
France	Prix des médicaments de ville remboursables négocié (prix des médicaments hospitaliers libres)	« Amélioration du Service médicale Rendu » (ASMR)- comparaison aux autres traitements disponibles Aspect médicaux-économique	HAS pour évaluation CEPS pour décision
Allemagne	Prix négocié pour les produits remboursables	Amélioration du bénéfice apporté au patient en comparaison de traitements existants	G-BA IQWiG
Italie	Prix négocié pour les produits remboursables	Rapport cout et efficacité Comparaison du rapport bénéfice/risque avec les autres traitements Evaluation économique du médicament	Commission prix et Remboursement de L'AIFA
Espagne	Prix fixé	Rapport cout efficacité	CIPM piloté par le ministre de la santé
Royaume-Uni	Prix libre basé sur un système d'évaluation de valeur		DOH

4. Le prix des médicaments dans certains pays d'Afrique :

Dépenses de santé comparées :

Les dépenses de santé et de médicaments montrent une faiblesse à Ghana et en Côte d'Ivoire comparativement à la Tunisie et au Maroc (Tableau X).

Tableau X: Dépenses santé selon 2014 [67]

	Ghana	Maroc	Tunisie	Cote d'Ivoire	Monde
Dépenses de santé/hab US\$	83	195	304	84	1007
Dépenses de santé/hab selon parité pouvoir d'achat	99	321	652	126	1053
Dépenses santé /PIB	5.3	6.3	7.0	6.8	9.1
Dep.pub/Dep.santé totales %	55.9	33.1	59.4	24.5	58.8
Dep.priv/Dep.santé totales%	44.1	66.9	40.6	75.5	41.1
Dep pub santé /Dep pub.tot%	13.2	0.3	0.8	11.1	0.4
Financement ext santé %	13.2	0.3	0.8	11.1	0.4

En Côte d'Ivoire, le système de santé n'est pas soutenu par une fabrication locale (seulement 6% [67]) contrairement aux autres pays de comparaison qui ont des taux de couverture de 30% [67] au Ghana, 65% au Maroc et 49% en Tunisie. Ces taux de couverture en chiffre d'affaires sont plus importants lorsqu'ils sont exprimés en unités ventes.

Les écarts de prix des médicaments vendus en officines :

Les prix au Maghreb sont plus bas que les prix français, tandis que dans les pays d'Afrique noire, ils sont supérieurs. Ces moyennes reflètent des variations considérables selon les médicaments considérés (tableau XIII) :

Tableau XI : Moyennes des écarts de prix des médicaments avec les prix en France [68]

Moyenne des écarts de prix des médicaments avec les prix en France	
Algérie	-33.55%
Tunisie	-54.30%
Sénégal	+12.12%
Côte-d'Ivoire	+28.36%
Mali	+20.93%
Congo	+19.32

5. Comparaison Maroc-Tunisie des prix des médicaments les plus vendus

En Tunisie :

La stabilisation des prix est obtenue par deux mécanismes :

- Par le biais d'une prise en charge directe par l'organisme d'approvisionnement centralisateur des éventuelles augmentations du coût d'achat des médicaments d'importation ;
- Par le groupement des achats et la mise en compétition des fournisseurs dans le cadre d'appels d'offres internationaux pour l'approvisionnement en médicaments substituables.

Ces mesures permettent de maintenir les prix publics de vente relativement bas sans recourir à des subventions de la part de l'État, tout en assurant la viabilité économique des structures publiques qui gèrent les importations [68].

Tableau XII : Comparaison Maroc-Tunisie des prix des médicaments [68]

<i>Nom</i>	<i>Prix Maroc (DH)</i>	<i>Prix Tunisie (DH)</i>	<i>Comparaison Maroc/Tunisie</i>
<i>AMOXIL</i>	93.85	56.58	+66%
<i>AUGMENTIN</i>	177.35	130.56	+36%
<i>MOPRAL</i>	310.00	236.82	+31%
<i>VOLAREN</i>	131.85	66.90	+97%
<i>SOLUPRED</i>	79.40	27.48	+189%
<i>ASPRO</i>	17.25	–	–
<i>CIPROXINE</i>	366.00	–	–
<i>FLOXAPEN</i>	126.50	84.12	+50%
<i>CELESTEN</i>	72.10	39.96	+80%
<i>VENTOLINE</i>	56.30	25.02	+125%
<i>DAONIL</i>	86.30	66.36	+30%
<i>LOPRIL</i>	213.00	110.52	+93%
<i>AZANTAC</i>	285.00	135.06	+111%
<i>AMLOR</i>	195.00	149.94	+30%

– Sur les 14 principes comparés : tous les produits disponibles en Tunisie (soit 12/14) sont plus chers au Maroc qu'en Tunisie

– la différence de prix sur les produits comparés est comprise entre 31% et 189%

6. Système de santé en Belgique

La Belgique est un état fédéral avec une démocratie parlementaire. Il ya trois niveaux de gouvernement

- le gouvernement fédéral,
- les entités fédérées
- les gouvernements locaux

Les autorités fédérales sont responsables de la réglementation et le financement de l'assurance maladie obligatoire; le financement des budgets hospitaliers et des unités de soins médicaux lourds;. Les entités fédérées sont responsables de la promotion de la santé et la prévention; soins de santé maternelle et infantile et services sociaux prestations de service;

Les patients en Belgique participent au financement des soins de santé co-paiements et suppléments divers. Le mécanisme de paiement principal est le paiement à l'acte. Il existe deux systèmes de paiements:

- un paiement (principalement pour les soins ambulatoires), où le patient paie pour le coût total du service et obtient ensuite un remboursement de la caisse maladie pour une partie de la dépense;
- un système de tiers payant, où la caisse de maladie verse directement au prestataire le patient n'est responsable que du paiement des co-paiements, suppléments ou services non remboursés [69].

Les prix des médicaments sont fixés par les firmes pharmaceutiques, dans les limites d'un prix maximum calculé en faisant la moyenne des prix dans quatre pays européens : la Belgique, la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Parallèlement, le médicament doit entamer une procédure d'inscription dans une des listes positives. Toute demande de prise en charge de médicament est examinée par la Commission de remboursement du médicament constituée au sein de l'assurance maladie belge, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) [70].

7. Système de santé en Arabie saoudite

Le financement des services de soins de santé est un défi majeur pour le ministère de la santé. Comme les dépenses totales pour les services de santé publique proviennent du gouvernement et que les services sont gratuits, cela entraîne une pression considérable sur les coûts du gouvernement, notamment en raison de la croissance rapide de la population, du prix élevé des nouvelles technologies et la sensibilisation croissante à la santé et aux maladies au sein de la communauté, le Conseil de l'assurance-maladie coopérative a été créé par le gouvernement en 1999. Le rôle principal de ce Conseil est d'introduire, de réglementer et de superviser une stratégie d'assurance maladie pour le marché saoudien des soins de santé [71].

L'Arabie Saoudite adopte un système formel pour appliquer le PRI (Prix de référence internationaux) Le PRI repose sur le prix le plus bas des 30 pays (Algérie, Allemagne, Argentine, Australie, Bahreïn, Belgique, Canada, Chypre, Danemark, Égypte, Émirats arabes unis, Espagne, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Japon, Jordanie, Koweït, Liban, Nouvelle Zélande, Pays-Bas, Oman, Portugal, République de la Corée, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Turquie) et le prix au pays d'origine

8. Système de santé en Espagne

Dans les pays développés, trois modèles types d'organisation sont recensés:

- Le modèle normatif hiérarchisé_: dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède)
- Le modèle professionnel hiérarchisé : dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) et
- Le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada) [72].

L'introduction du prix de référence sur le marché pharmaceutique espagnol

Le mécanisme du prix de référence est une règle de remboursement qui établit un niveau de remboursement maximum pour un médicament. Dès lors, si le prix fixé par un producteur excède ce prix de référence, c'est au consommateur de payer la différence. En d'autres termes, le forfait de prise en charge des médicaments est un montant déterminé pour un groupe de produits pharmaceutiques fixant la limite de la prise en charge par l'Etat ou les systèmes obligatoires d'assurance maladie.

9. Système de santé en Portugal

Le système de santé portugais n'a pas subi de changements majeurs sur le côté financier depuis le début des années 1990, D'un autre côté, de nombreuses mesures ont été adoptées pour améliorer la performance du système de santé.

La population portugaise se caractérise par une espérance de vie croissante. Tous les résidents au Portugal ont accès aux soins de santé fournis par le National Health Service (NHS), principalement en raison de la fiscalité. La coassurance est plus élevée pour les produits pharmaceutiques. Environ un quart de la population bénéficie d'une deuxième couche (ou plus) de la couverture d'assurance maladie par les sous-systèmes de santé assurance. La prestation des soins de santé repose sur les secteurs public et privé. L'offre publique est particulièrement présente dans les soins primaires et hospitaliers [73].

10. Système de santé en Tunisie

Qui vit actuellement une transition démographique et épidémiologique n'échappe pas au souci des pays émergents. Au sein du ministère de la santé, un projet de réforme avec un débat national a été engagé dans le but d'aboutir à un système de santé le plus adapté.

En Tunisie, avant l'avènement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (1 juillet 2007), les dépenses de santé ont été caractérisées par la part relativement élevée du revenu des ménages consacrée pour l'hygiène et la santé ; cette part est passée de 7.0% en 1985 à 10.3% en 2005. Cette situation a poussé à la mise en place de la réforme d'assurance maladie avec l'instauration de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Certains pays européens du Sud (Espagne, Italie, Portugal, Grèce), en raison d'évolutions sociohistoriques propres, ont adopté un système mixte d'assurance maladie, qui relève des deux modèles (Bismarkien et Beveridgien) [74].

11. Système de santé en Turquie

Le système de santé de la Turquie était très fragmenté: il était géré par deux ministères et financé et réglementé par trois régimes d'assurance maladie distincts. Le système couvrait l'ensemble de la population et une grande partie des travailleurs indépendants, mais avec des variations significatives dans la portée et la profondeur des avantages sociaux. Le paiement direct et les co-paiements au point de service et les subventions du budget de l'État étaient la norme, et incluaient le système de carte verte, un régime d'assurance maladie pour les pauvres, couvrant les soins hospitaliers pour environ 2,5 millions de personnes. Dans l'ensemble, environ 65% de la population était couverte. En 1998, la Turquie a dépensé 3,6% de son produit intérieur brut en soins de santé, soit environ 295 dollars par habitant en parité de pouvoir d'achat. Environ 40% des dépenses de santé totales étaient privées et de poche [75].

VI. Impacts de la baisse des prix des médicaments

Le 8 avril 2014, la liste des médicaments concernés par la baisse a été publiée au Bulletin Officiel. L'arrêté 784.14 rendra effectif le décret 2-13-852 relatif aux conditions et aux modalités de fixation des prix des médicaments, publié le 18 décembre 2013. Cependant, les nouveaux prix des médicaments ne rentreront en vigueur qu'à partir du 8 juin 2014.

La liste publiée comporte tous les PPV des médicaments disposant d'une AMM au Maroc et selon un communiqué du ministère de la santé daté du 11 avril 2014, 1258 médicaments ont vu leurs prix baisser.

1. Les difficultés initiales de la baisse

- **Le ré-étiquetage des médicaments**

En 2014, toutes les spécialités pharmaceutiques commercialisées au Maroc devaient porter la mention prix public de vente (PPV) à la place du prix public Maroc (PPM), même ceux qui ne sont pas concernés par cette baisse. Les industriels, les grossistes-répartiteurs ainsi que les pharmaciens d'officine, les laboratoires pharmaceutiques ont été confrontés à un grand nombre de boîtes de médicaments à ré-étiqueter, suivant les recommandations du ministère de la Santé.

- **Les ruptures de stock**

Les officines affirment une rupture de stock pour certains médicaments, un ralentissement de l'activité, l'écoulement du stock des médicaments étiquetés avec l'ancien prix, des surstocks, des problèmes de délais pour ré-étiqueter tous les médicaments.

2. Les différents impacts liés à la baisse du prix des médicaments

- **Impact sur les marges bénéficiaires des pharmaciens d'officines**

La nouvelle réglementation des prix des médicaments a fixé une marge bénéficiaire de 34% pour la plupart des médicaments commercialisés au Maroc et qui représente plus de 90% de la part du marché.

Le pharmacien ne bénéficie que d'une marge forfaitaire de 300 dirhams pour les médicaments dont le prix varie entre 588 DH et 1756 DH. Au-delà de 1756 DH ils un forfait de 400 dirhams par unité vendue quel que soit le prix du médicament (annexe 2).

- **Impact sur les industries pharmaceutiques**

L'introduction de benchmark au nouveau décret a naturellement conduit à la baisse de plus de 1500 produits, essentiellement les médicaments princeps. Le ministère de la santé a également revu le système de marge avec un transfert d'une partie de la marge de l'industrie vers l'officinal [76].

- **Impact social**

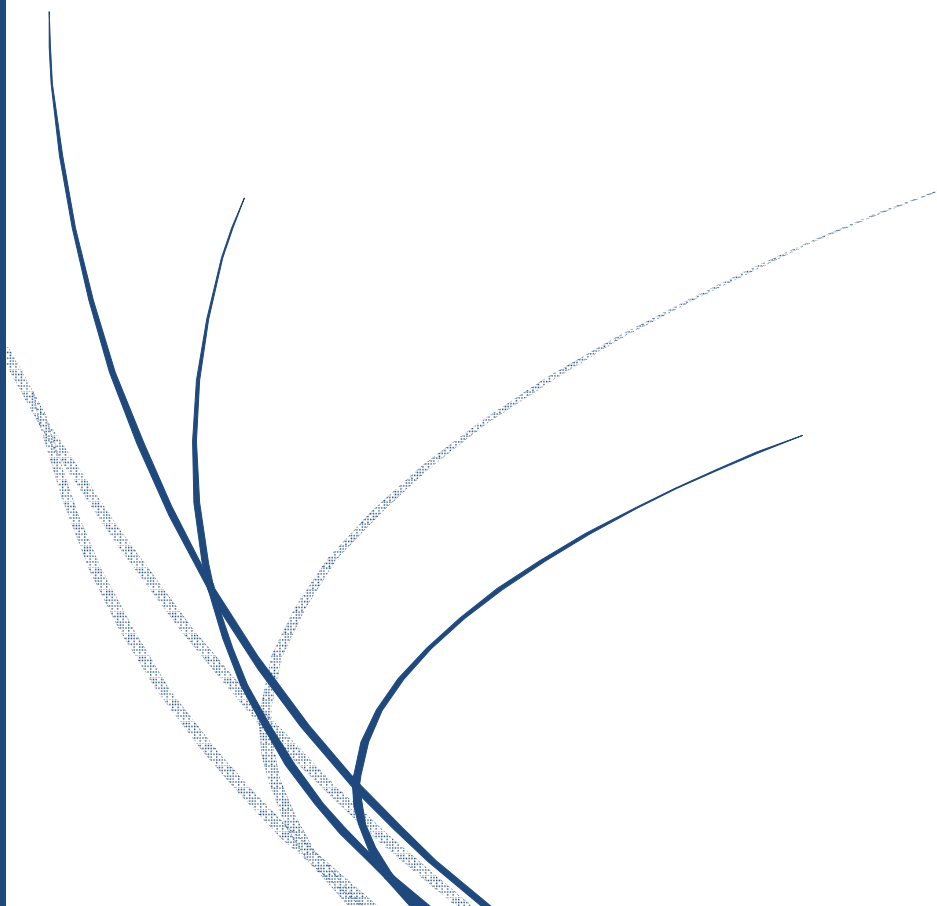
Après le nouveau décret relatif à la fixation du prix des médicaments ,les 4% de marge qui a été ajoutée aux pharmaciens d'officine ont été retirés aux industriels pharmaceutiques .Cette diminution de marge des laboratoires pharmaceutiques a eu un impact considérable sur leur chiffre d'affaire, ce qui implique automatiquement une nécessité de diminuer leurs effectifs [51].

- **Impact politique**

La baisse des prix des médicaments réalisée en 2014 a été le sujet principal des médias , sachant que le ministère de la santé avait réalisé plusieurs baisses pendant des années avant, ce qui était en faveur du ministère de la santé et la partie qui représente le gouvernement à cette époque [51].



Partie pratique



I. Introduction :

Dans cette partie nous nous intéressons à l'accessibilité financière des patients aux médicaments après la baisse qui a été décidée et appliquée par le Ministère de la Santé en 2014 pour évaluer l'impact de la baisse des prix des médicaments.

II. Matériels et méthodes :

Pour la réalisation de ce travail nous avons fait une étude observationnelle auprès des patients dans différentes pharmacies de la région de Rabat pendant une durée de six mois.

A cet effet, nous avons conçu un questionnaire (annexe 3) qui comporte un ensemble de questions permettant à la fois de connaître les caractéristiques économiques et sociodémographiques de notre population cible, d'évaluer les connaissances des patients par rapport à la baisse des prix et d'évaluer par la suite l'impact de la baisse des prix des médicaments sur leur accessibilité à ces produits de première nécessité, à savoir aussi si cette baisse était ressentie dans leur dépenses .

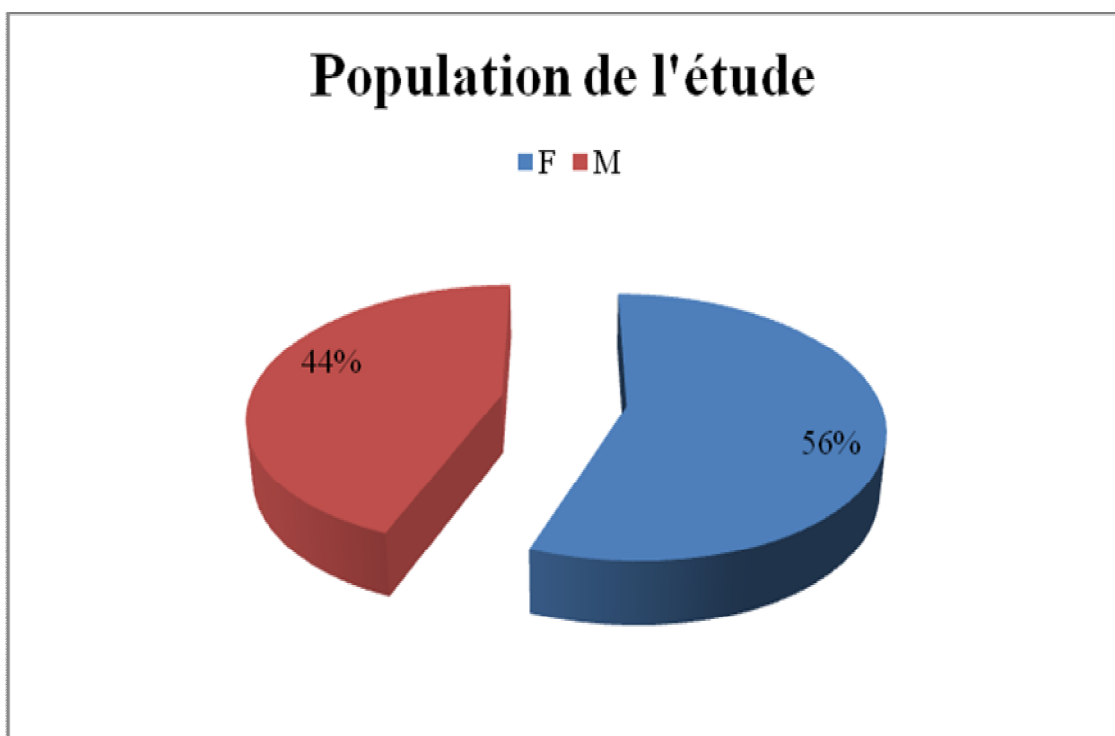
L'exploitation de ces données a été faite sur Excel et les analyses statistiques ont été réalisées par un logiciel SPSS 13.0. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage, les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne +/- écart type ou en médian et interquartile.

Les comparaisons entre les variables qualitatives ont été réalisées grâce au test Chi2 ou Fisher exact. Les comparaisons entre les variables quantitatives ont été réalisées à l'aide des corrélations.

III. Résultats :

1. Description de l'étude

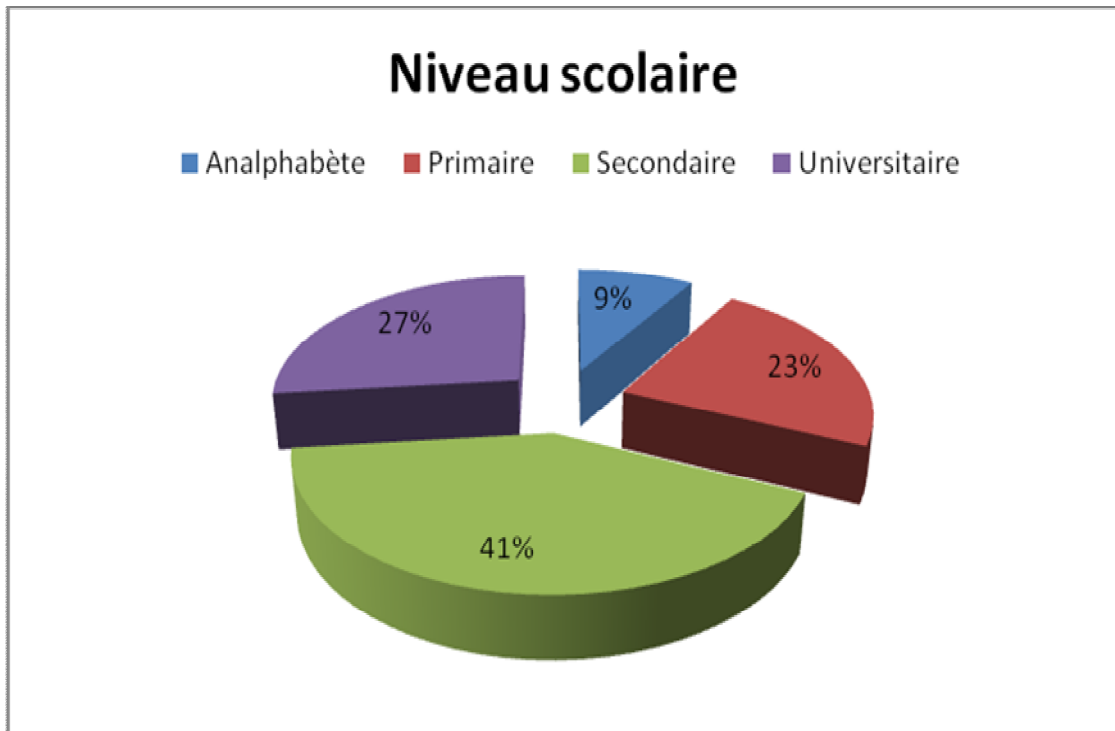
La population de notre étude a été composée de 236 patients qui se sont présentés dans les pharmacies d'officine où cette étude a été conduite. 132 Femmes et 104 hommes ont été questionnés en leur administrant le questionnaire préparé à cet effet. Le ratio H/F est de 0,8.



Graphique 1 : Distribution de la population de l'étude en fonction du sexe.

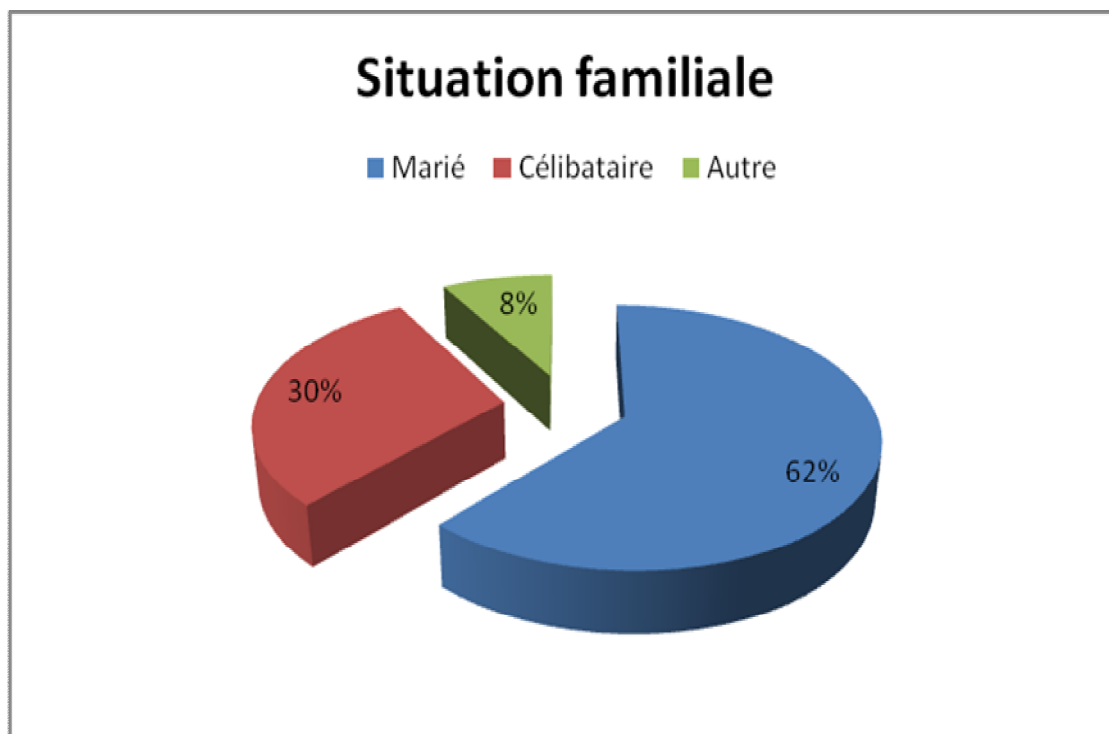
2. Les caractéristiques sociodémographiques et économiques

Notre population est majoritairement alphabète (91%). 41% de la population questionnée ont un niveau scolaire secondaire et 27% ont un niveau universitaire.



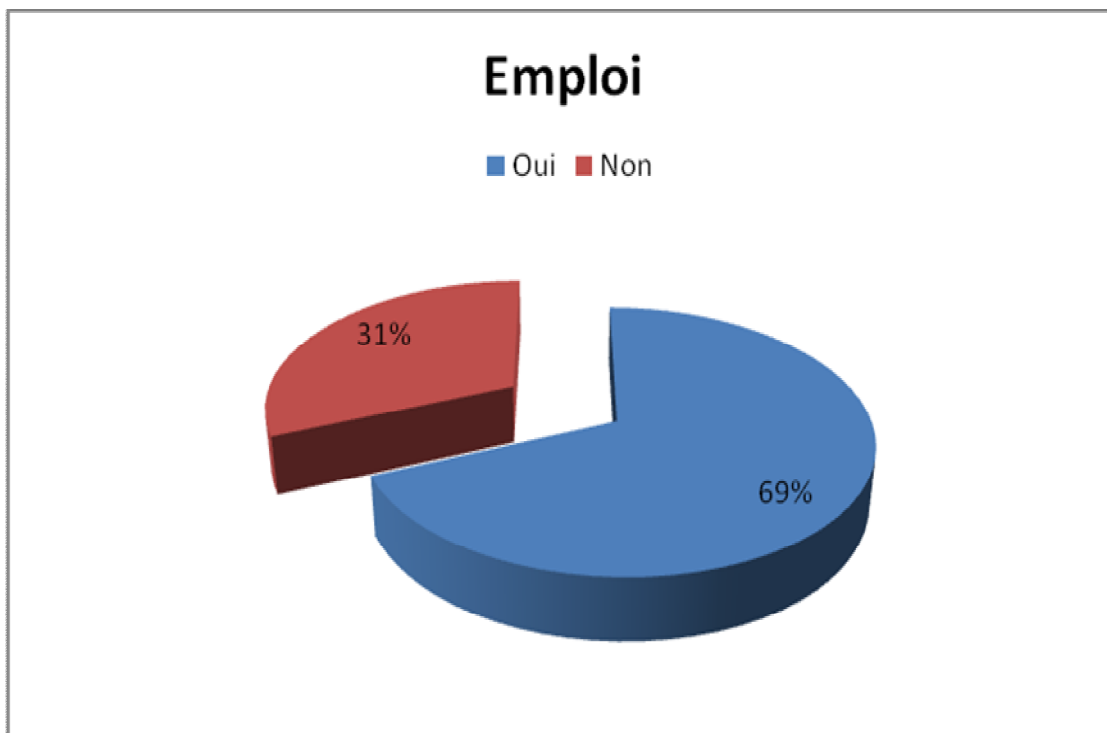
Graphique 2: Distribution de la population de l'étude en fonction du niveau scolaire.

La majorité de notre population était des personnes mariées, elles représentaient 62% de la population étudiée.



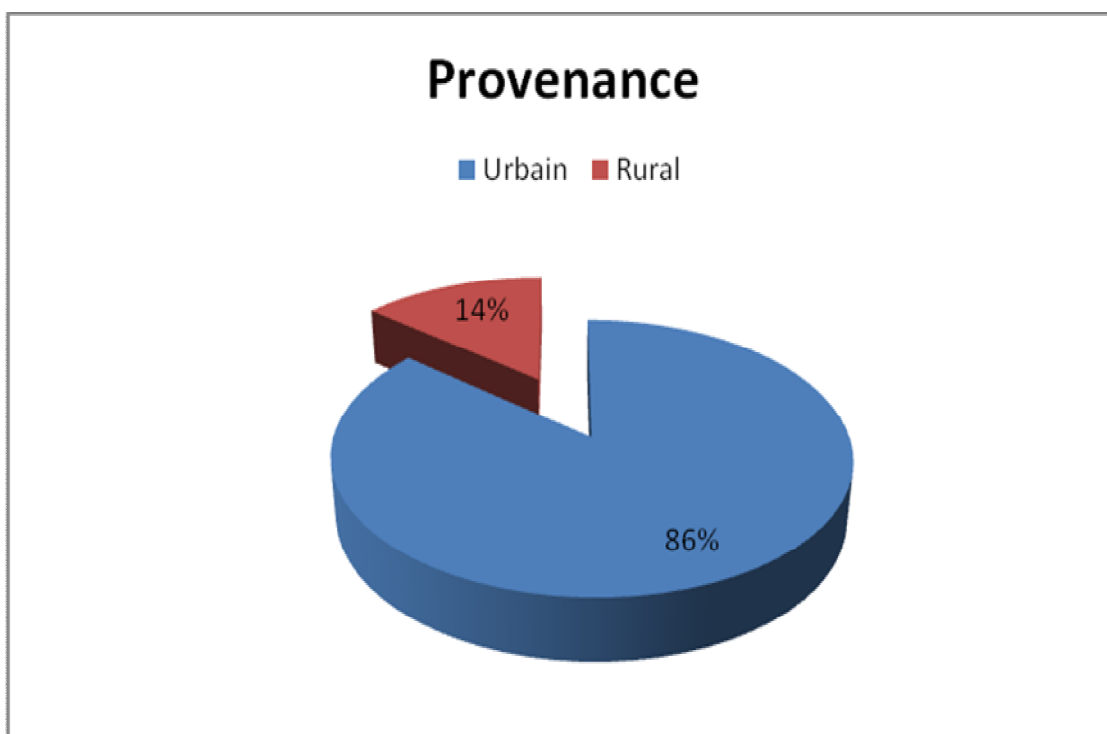
Graphique 3 : Distribution de la population de l'étude en fonction de la situation familiale.

69% de notre population possèdent un emploi dans les deux secteurs public et privé et 31% sont sans emploi.



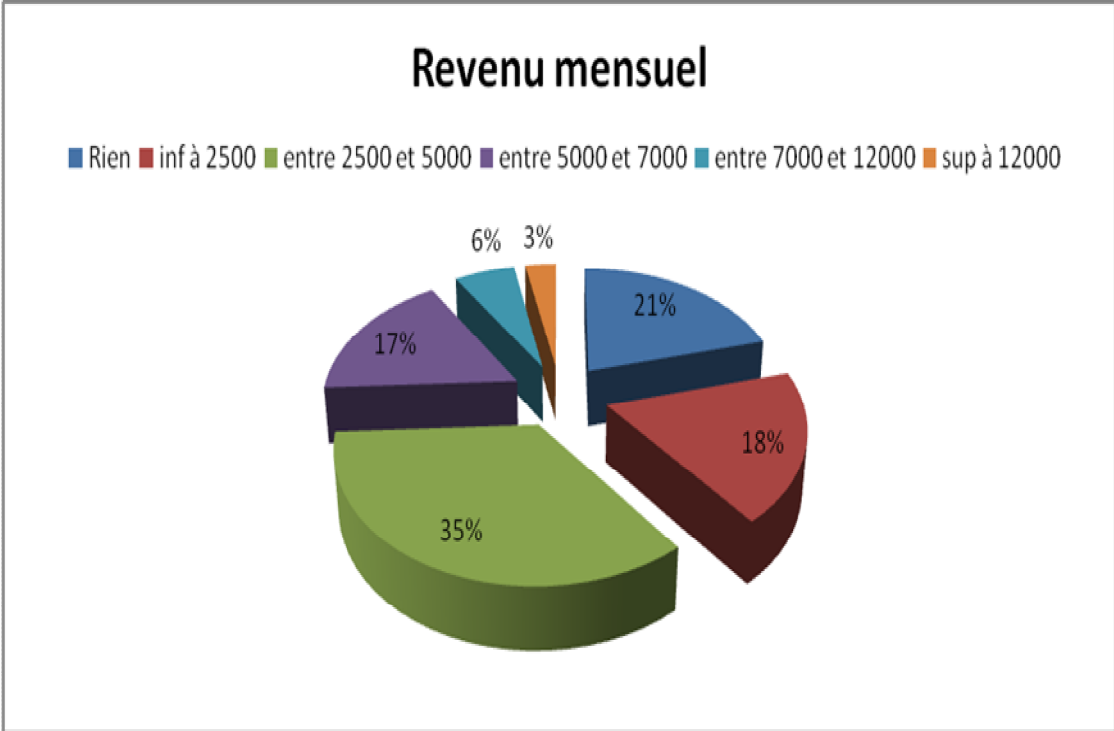
Graphique 4 : Distribution de la population de l'étude en fonction de l'emploi.

La plupart des patients provenaient du milieu urbain (86%). Il s'agit principalement de la population qui habitait à proximité des pharmacies d'officine où l'étude a été menée, c'est-à-dire les pharmacies d'officine situées dans la ville de Rabat



Graphique 5 : Distribution de la population de l'étude en fonction de la localité d'habitat.

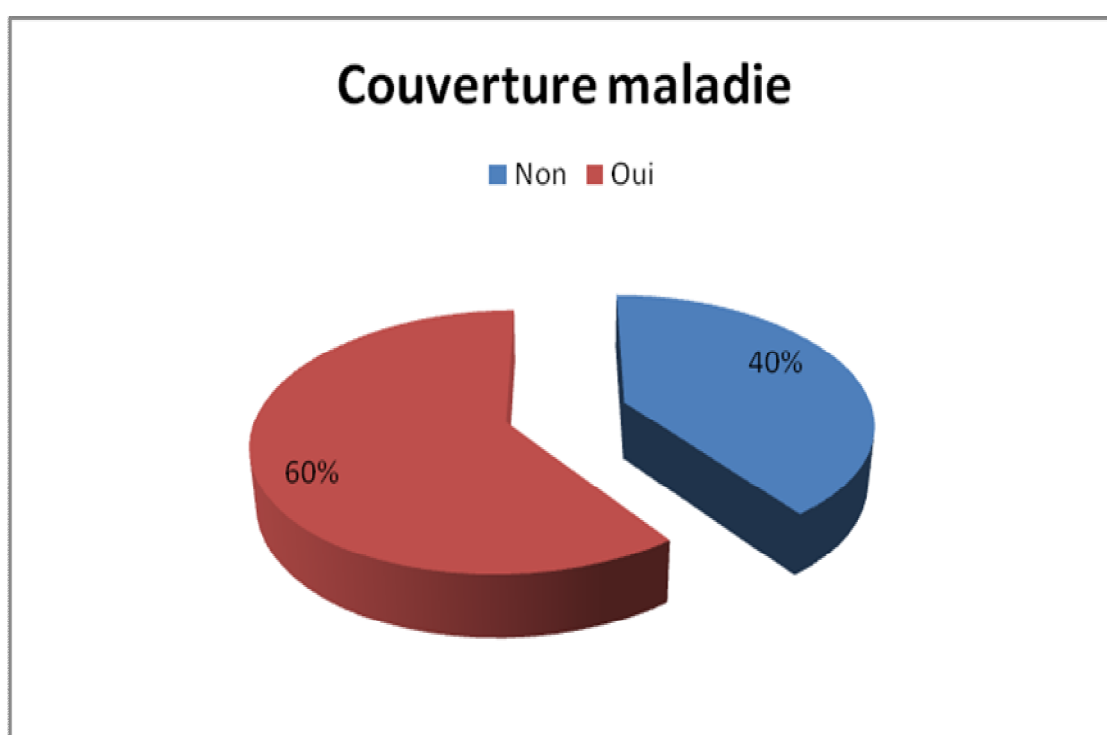
35% de la population de l'étude a un revenu mensuel entre 2500,00 MAD et 5000,00 MAD. Il est à noter aussi que 21% de la population étudiée n'a pas de revenu et 3% seulement touche plus de 12 000,00 MAD par mois.



Graphique 6 : Distribution de la population selon le revenu mensuel.

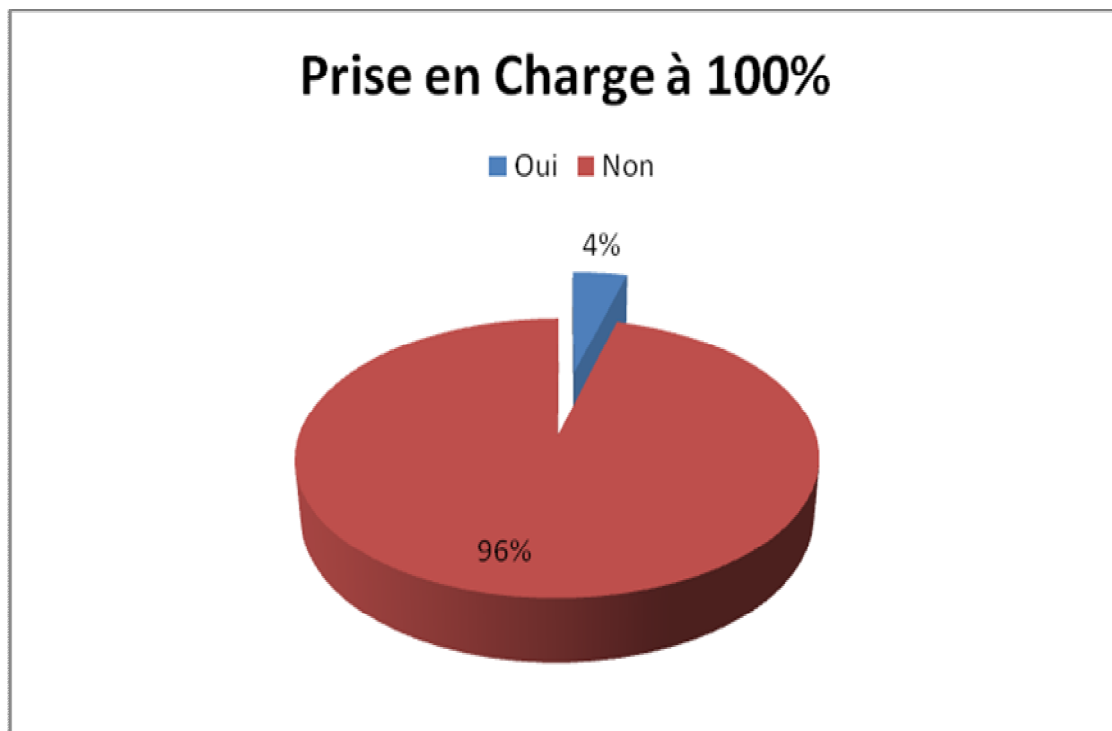
3. Couverture médicale

60,2% de la population étudiée possède une couverture médicale, principalement affiliée au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) géré par deux caisses en l'occurrence la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). 39,8% n'ont pas de couverture médicale et supportent totalement les charges liées à leurs soins de santé.



Graphique 7 : Distribution de la population de l'étude en fonction de l'adhésion à une assurance maladie.

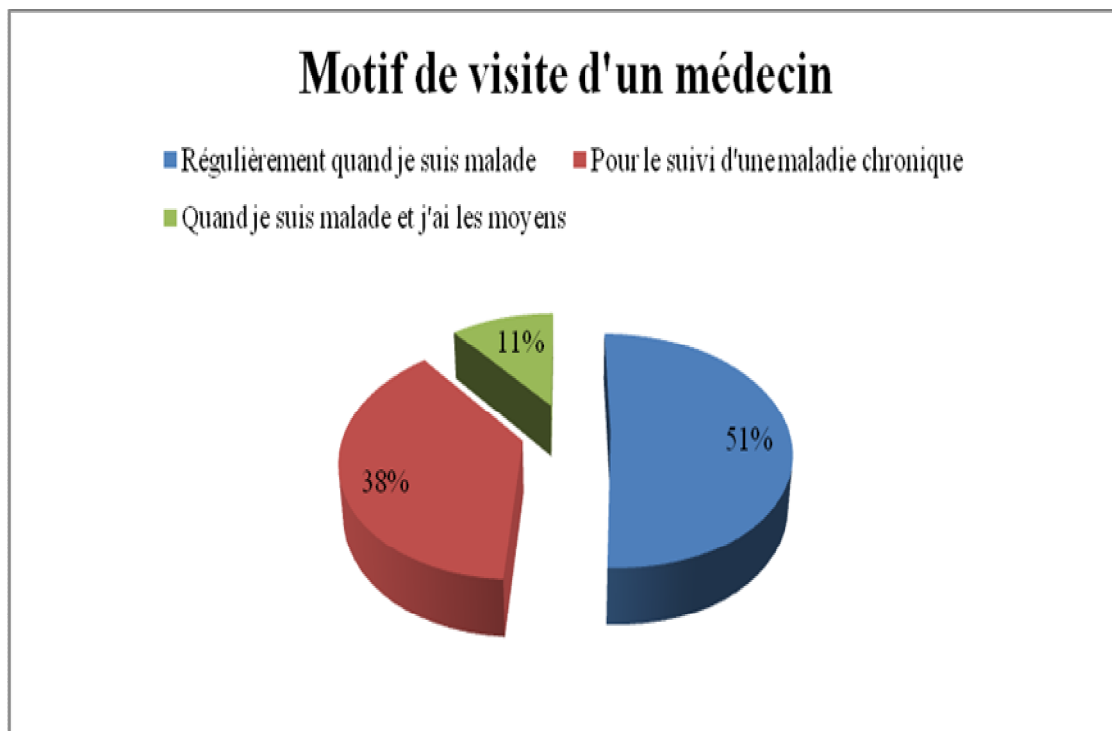
Seulement 4% de notre population assurent qu'elle bénéficie d'un taux de remboursement de 100% du montant engagé. Le reste supportent un ticket modérateur qui varie d'un patient à l'autre et qui est difficilement évaluable par les différents patients.



Graphique 8 : Répartition de la population selon le pourcentage de prise en charge par l'assurance maladie

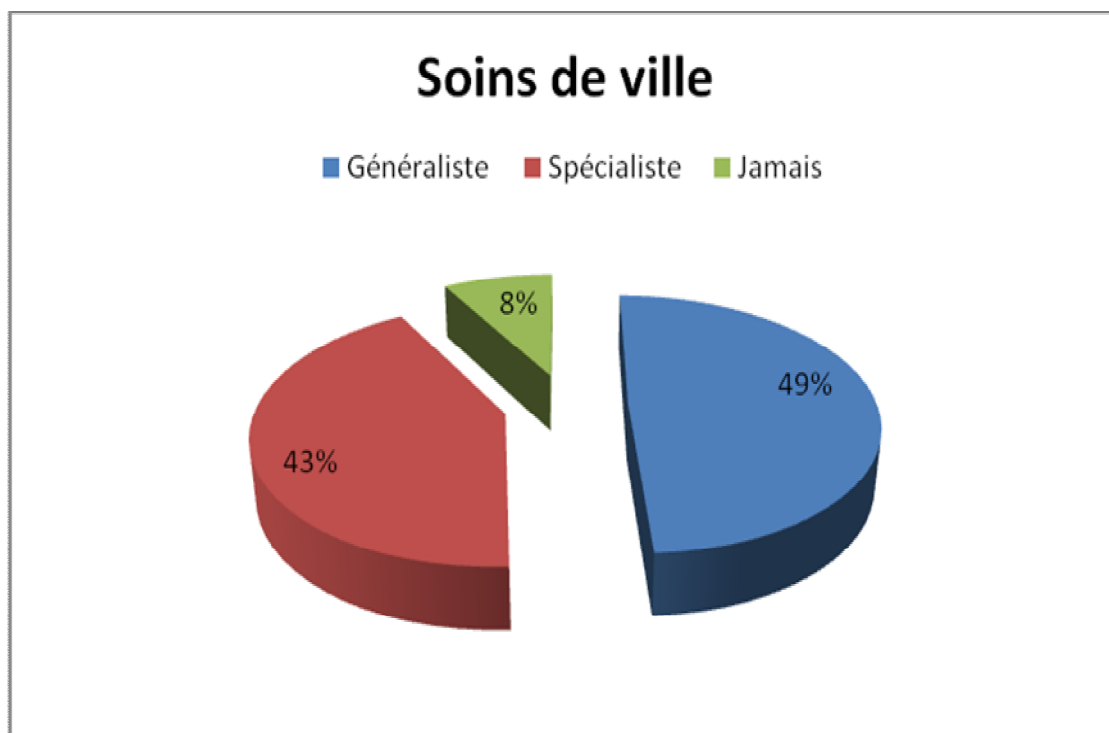
4. Accès aux soins

51% de notre population étudiée assure qu'elle visite régulièrement un médecin quand ils tombent malades. 38% assurent qu'ils s'adressent à un médecin pour le suivi d'une maladie chronique et seulement 11% précisent qu'ils consultent un médecin quand ils tombent malades et ont les moyens pour payer la consultation.



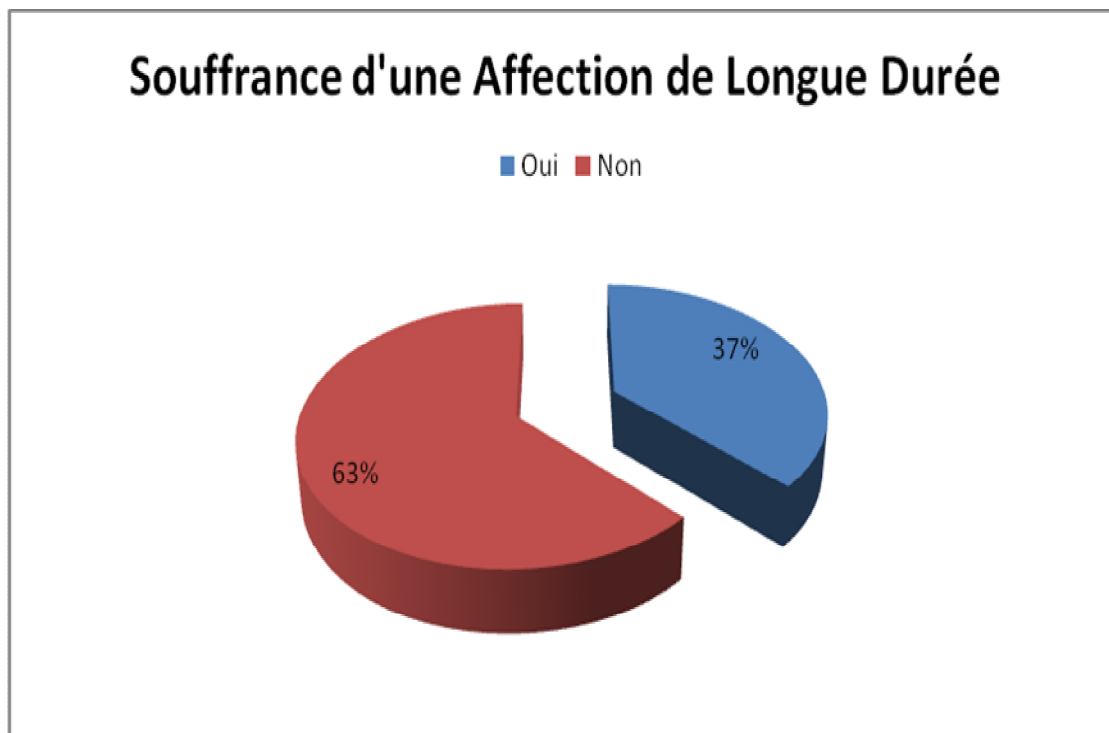
Graphique 9 : Distribution de la population en fonction du motif de visite d'un médecin.

Concernant les consultations pour des soins ambulatoires, la population questionnée préfère presque à part égale, avec une légère préférence, d'aller chez un généraliste (49%) ou chez un spécialiste.



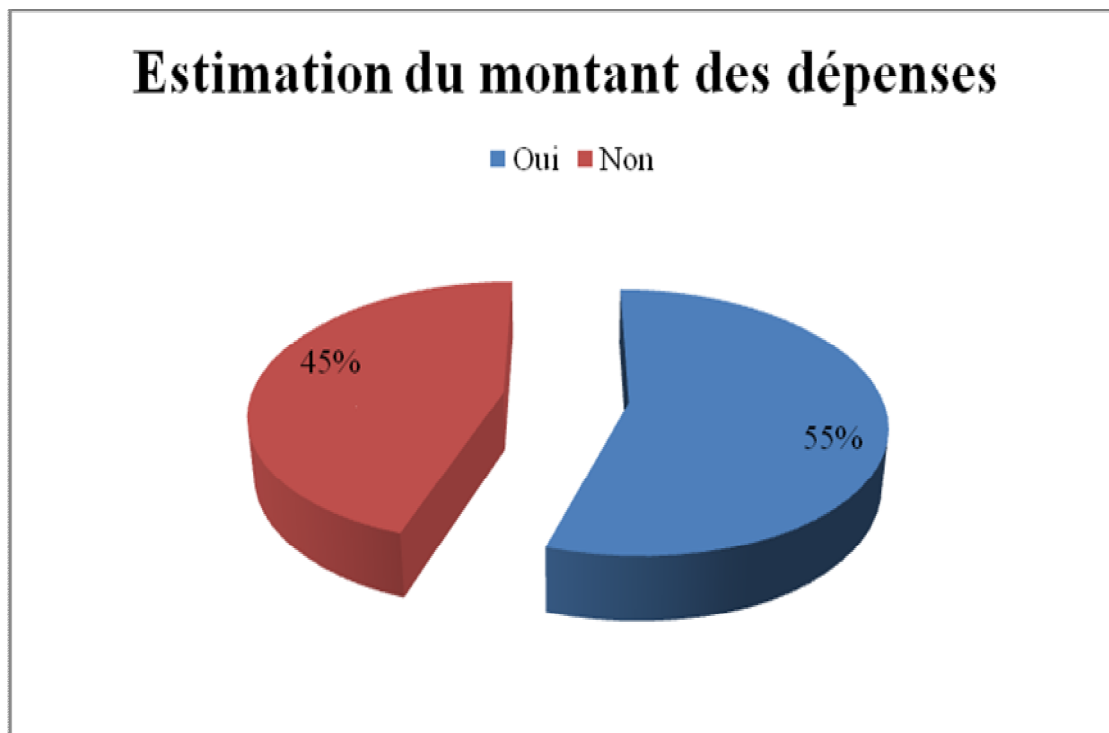
Graphique 10 : Distribution des destinations préférées par notre population pour leurs soins de ville

37% de notre population ont déclaré qu'ils souffrent d'une Affection de Longue Durée (ALD).



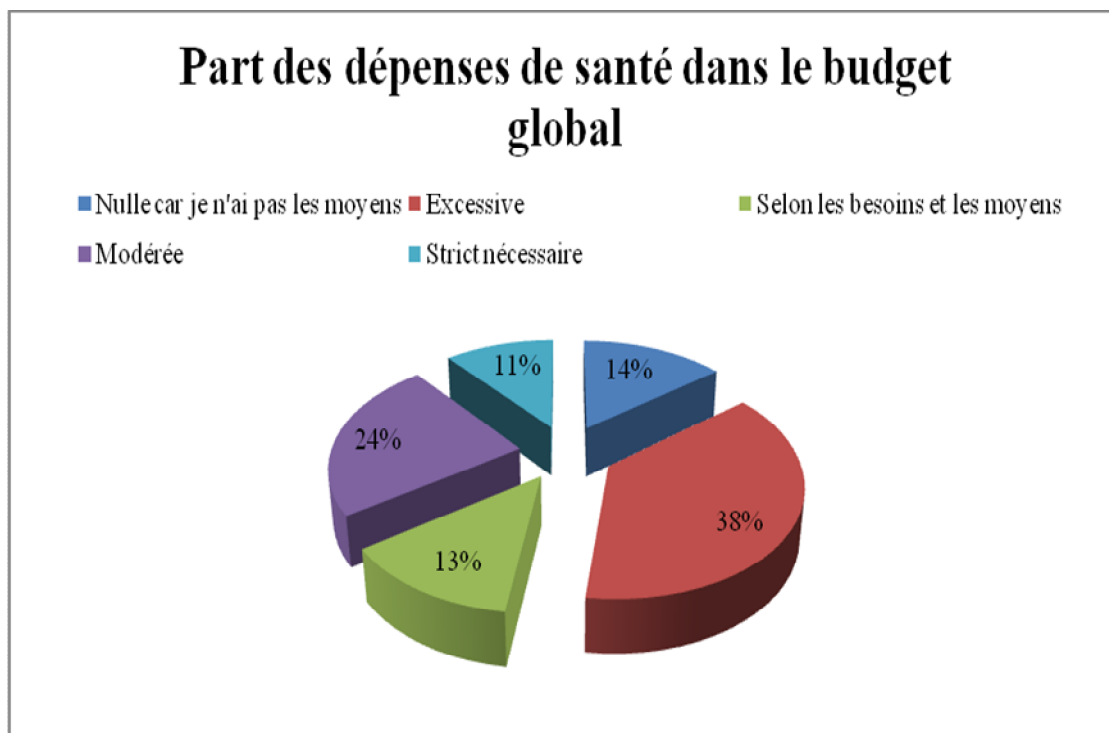
Graphique 11 : Part de notre population d'étude qui souffre d'une ALD

55% de la population étudiée arrivent à estimer le montant de leurs dépenses en relation avec les soins de santé. 45% de la population n'arrivent pas à le faire.



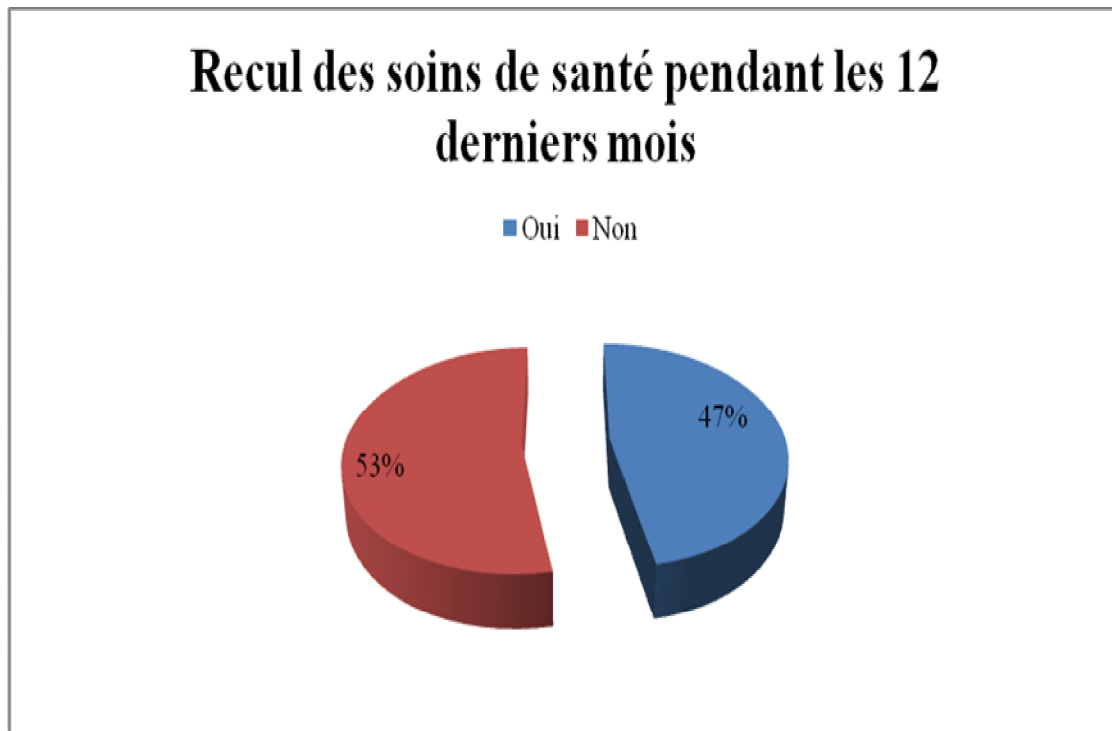
Graphique 12 : Répartition de la population selon la capacité d'estimation du montant de leurs dépenses en relation avec les soins de santé.

La part des dépenses de santé dans le budget global des personnes qui ont participé à notre étude est considérée comme étant excessive (38%). 14% de la population ne dépensent rien pour leur santé à cause de l'absence des moyens.



Graphique 13 : Part des dépenses de santé dans le budget global de la population étudiée.

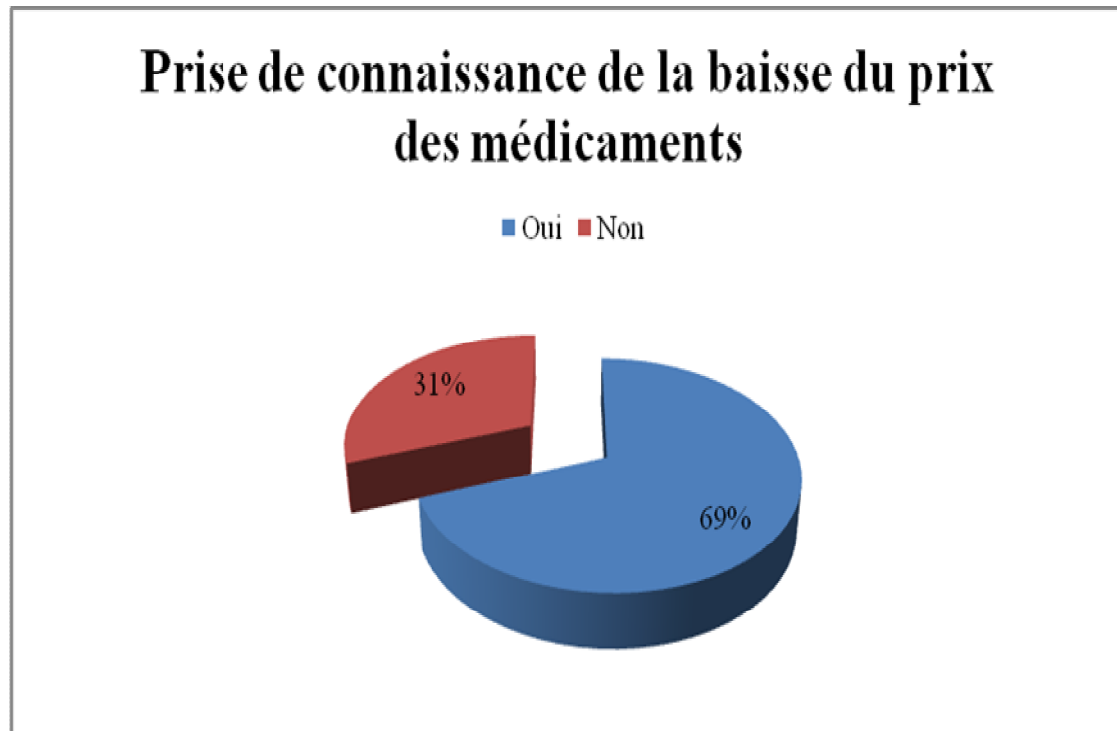
47% de notre population d'étude a été obligée de reculer leurs soins pendant les 12 derniers mois précédents. 39% de notre population, qui représentent 84% de ceux qui ont répondu, ont imputé ce recul à des problèmes principalement financiers.



Graphique 14 : Distribution de la population en fonction du recul des soins de santé.

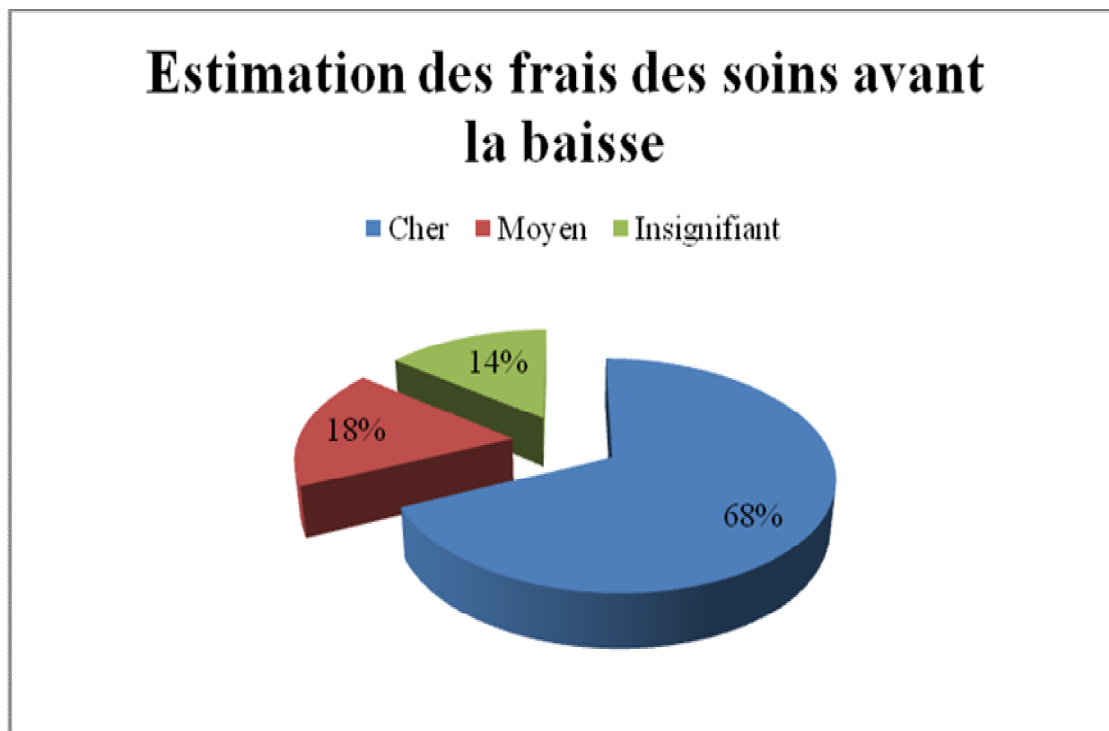
5. Impact de la baisse des prix

69% de la population étudiée ont pris connaissance de la baisse de prix des médicaments effectuée par le Ministère de la Santé en 2014 et ce via les différents moyens de communication audiovisuelle ainsi que via la presse écrite



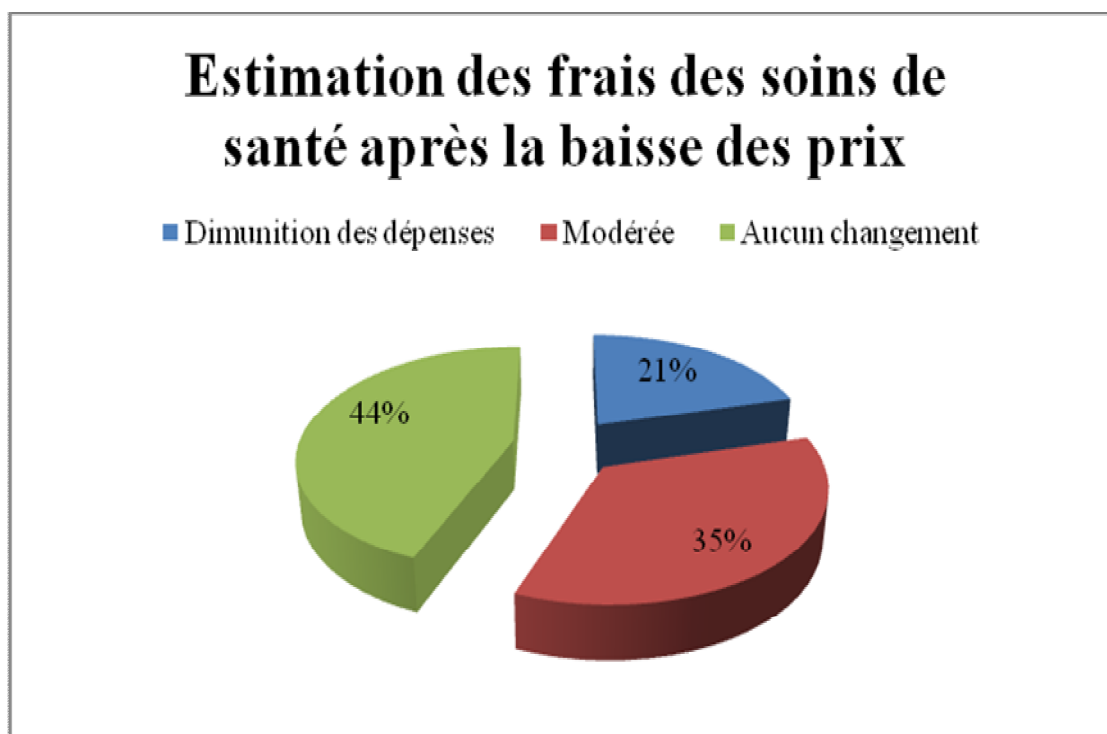
Graphique 15 : Distribution de la population relativement à la prise de connaissance de la baisse du prix des médicaments.

68% de la population étudiée estiment que les frais des soins sont chers avant la baisse des médicaments entreprise par le Ministère de la Santé.



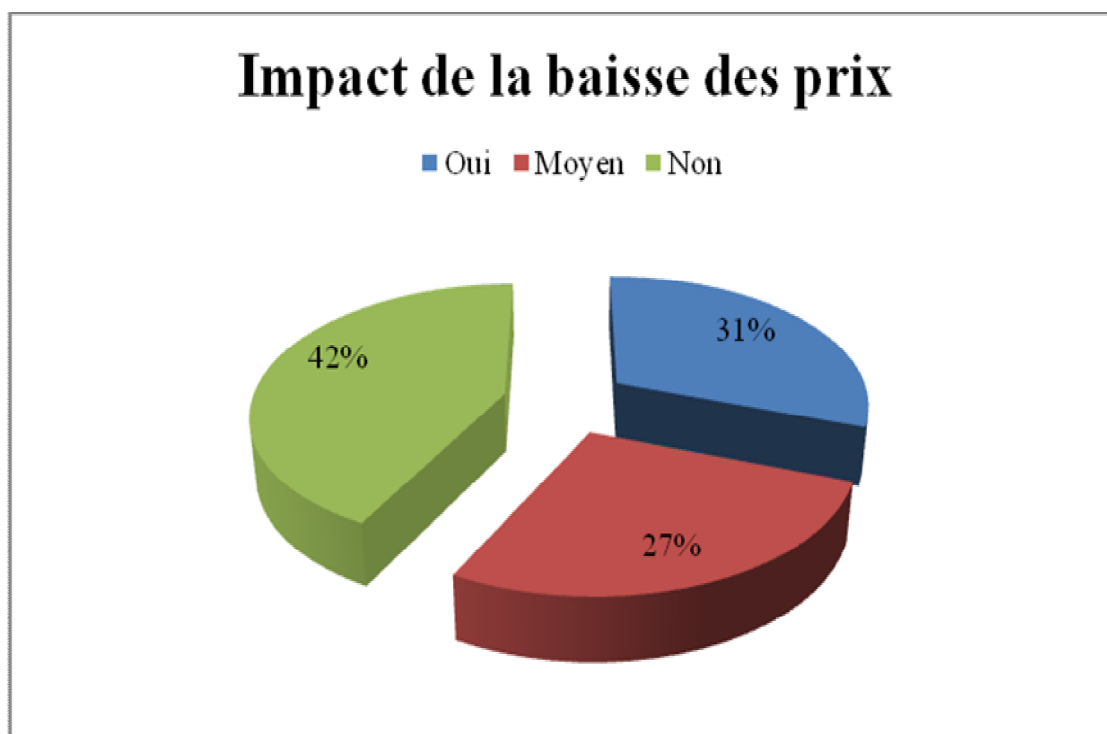
Graphique 16 : Distribution de la population selon l'estimation des frais des soins avant la baisse des prix des médicaments.

La majorité de la population questionnée considère qu'il n'y a pas de changement dans les frais des soins de santé même après la baisse des prix des médicaments. Seulement 21% qui ont exprimé que la baisse des prix des médicaments a réellement contribué à la baisse des frais des soins de santé.



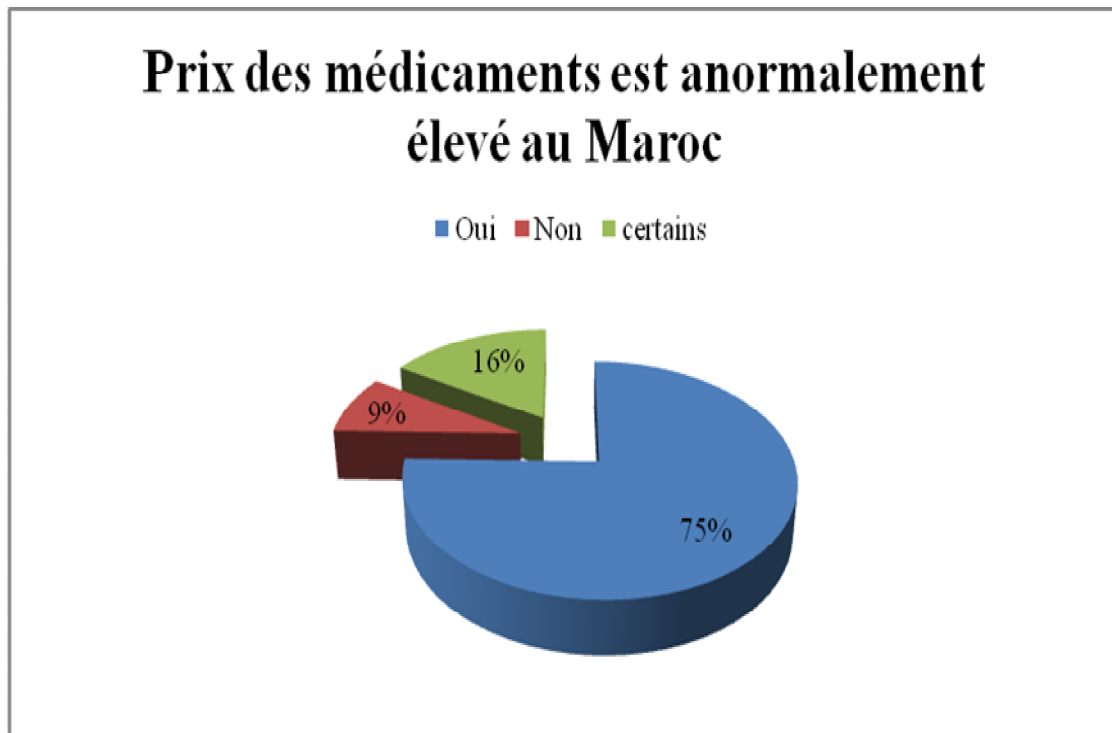
Graphique 17 : Distribution de la population selon l'estimation des frais des soins après la baisse des prix des médicaments.

Seulement 31% ont ressenti qu'il y a avait une baisse des prix des médicaments, 27% estiment que la baisse était moyenne et la majorité représentée par 42% ont estimé qu'ils n'ont pas ressenti l'impact de cette baisse des prix sur leurs dépenses.



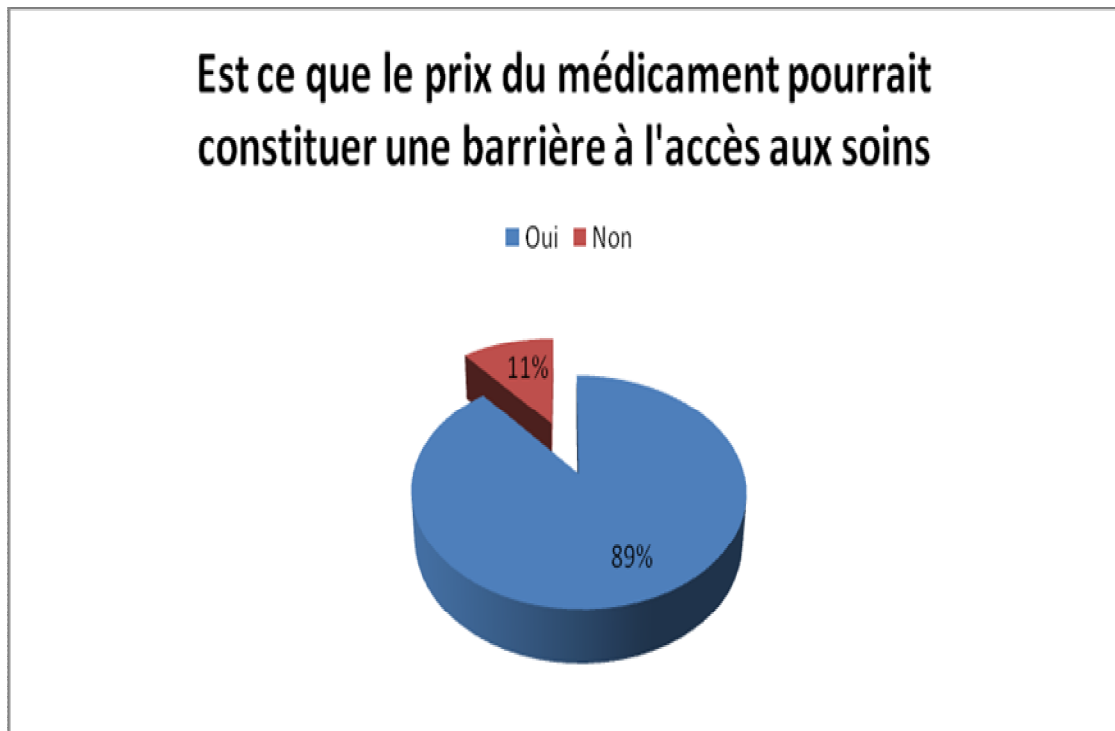
Graphique 18 : Distribution de la population selon l'appréciation de l'impact de la baisse des prix des médicaments.

75% de la population de l'étude estiment que le prix des médicaments est anormalement élevé au Maroc et seulement 9% estiment qu'il n'est pas élevé et qu'il est à la portée des patients.



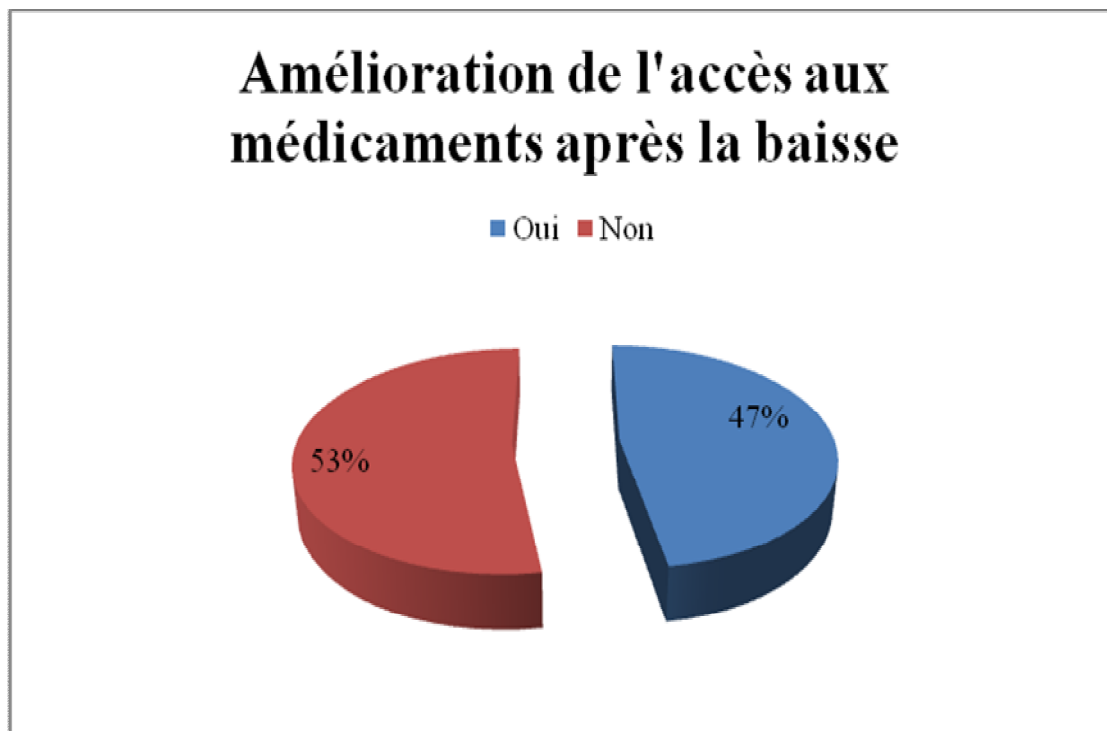
Graphique 19 : Distributon de la population selon leurs avis sur les prix des médicaments au Maroc

La majorité des personnes (89%) questionnées considèrent que le prix des médicaments pourrait constituer une barrière à l'accès aux soins des patients.



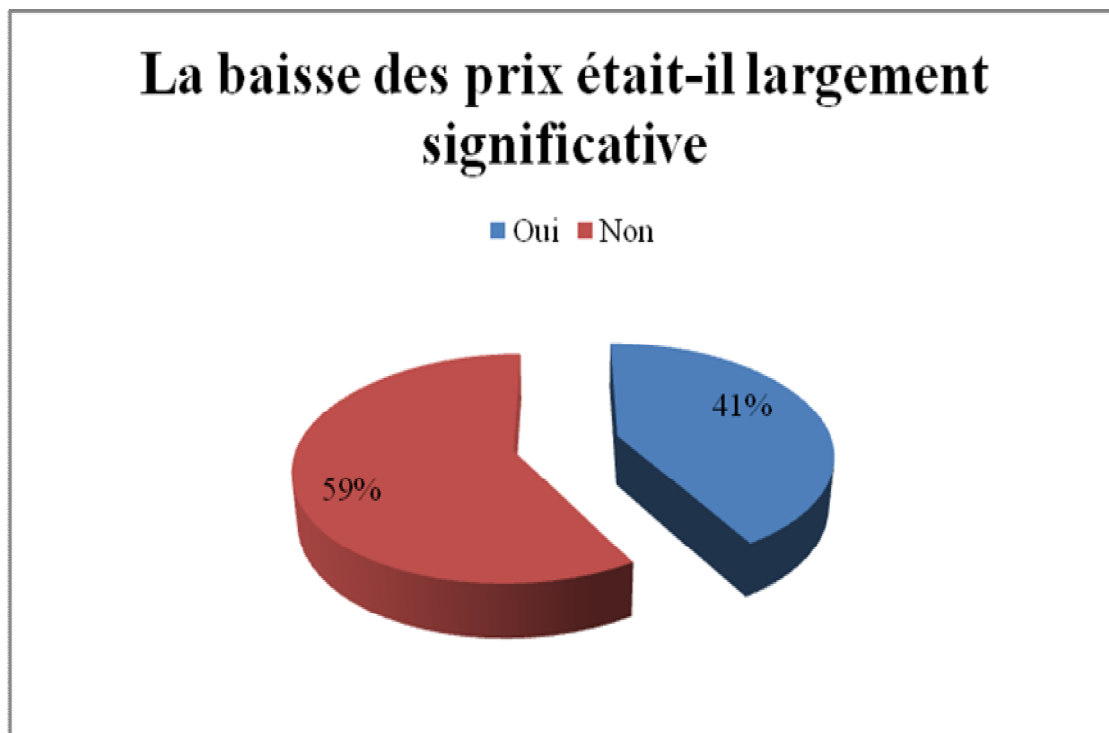
Graphique 20 : Distribution de la population selon leurs avis sur le fait que le prix du médicament pourrait constituer une barrière à l'accès aux soins.

Seulement 47% de la population estiment qu'ils ont mieux accédé aux médicaments après la baisse des prix de ces derniers.



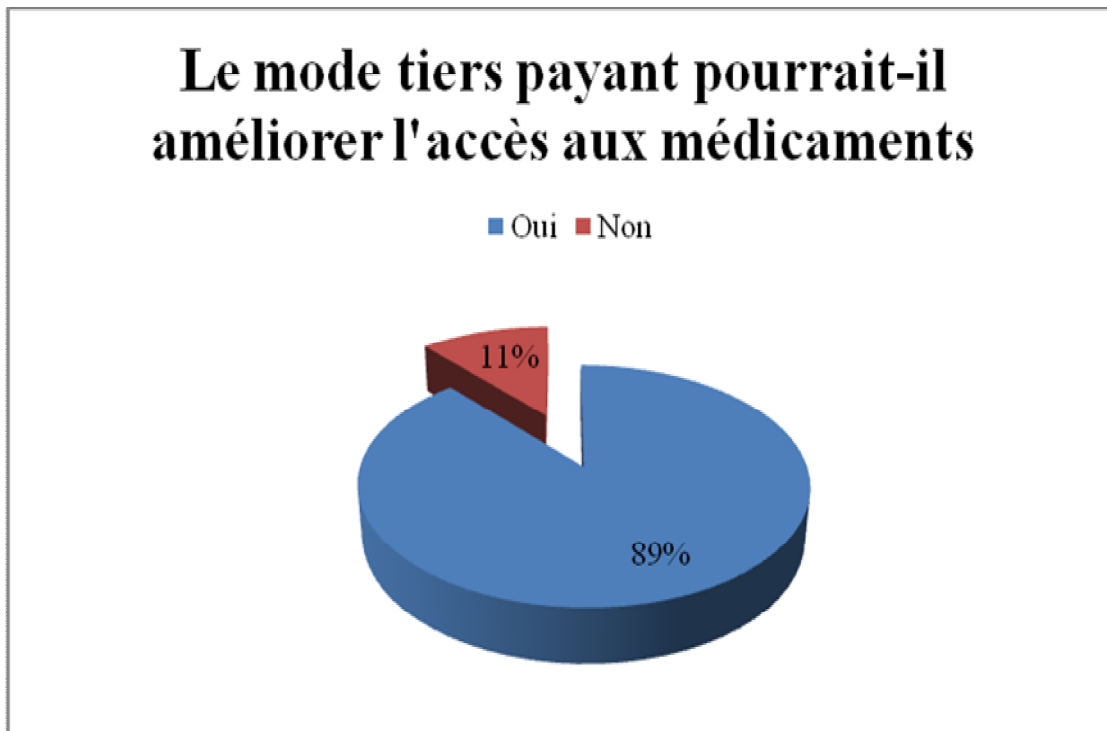
Graphique 21 : Distribution de la population selon leurs avis sur l'amélioration de l'accès aux médicaments après la baisse des prix des médicaments.

La majorité des personnes questionnées (59%) considèrent que la baisse des prix des médicaments qui a été entreprise par le Ministère de la Santé en 2014 n'a pas été largement significative.



Graphique 22 : Distribution de la population selon leurs avis sur la baisse des prix des médicaments

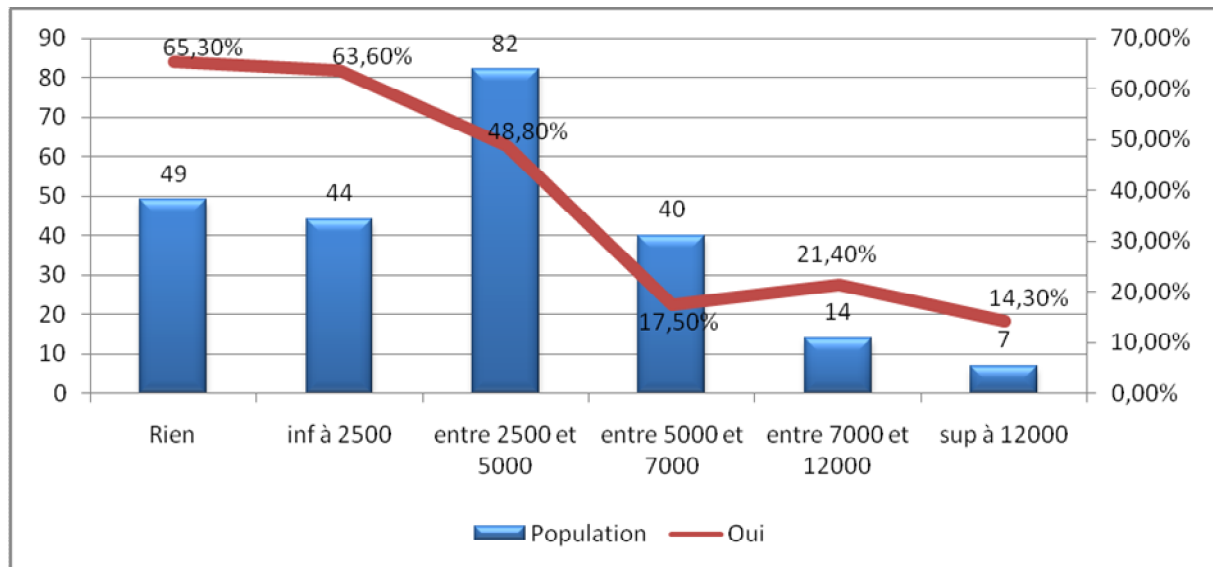
La grande majorité de la population de l'étude considère que le mode tiers payant améliorerait l'accès aux médicaments mieux que la baisse des prix.



Graphique 23 : Distribution de la population selon leurs avis sur la capacité du mode tiers payant à améliorer l'accès aux médicaments

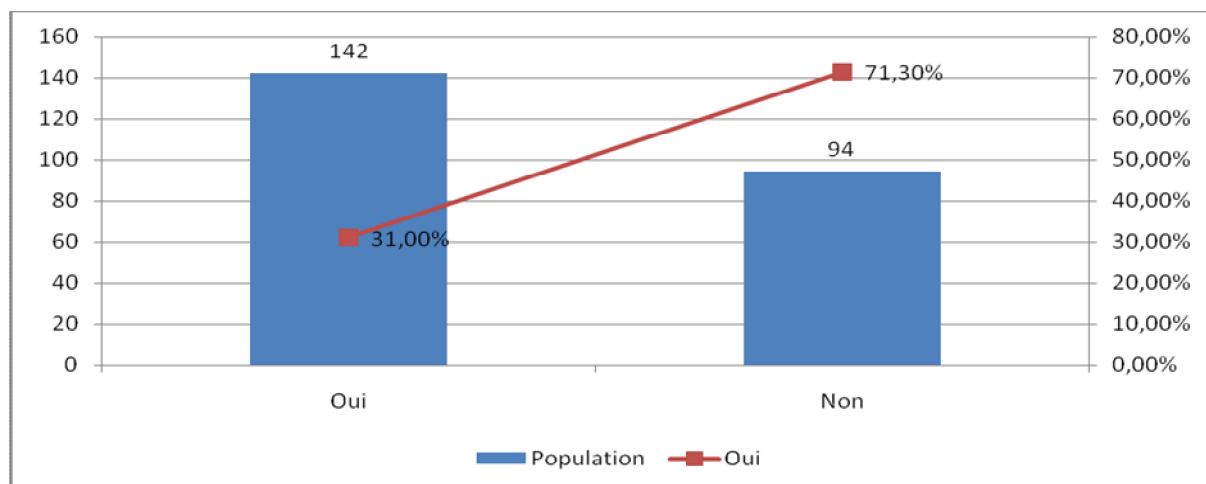
6. Analyse globale

Le recul des soins a été significatif en fonction du revenu de la population ($p < 0,001$). Les personnes à faible revenu ont plus fait reculer leurs soins que les personnes à revenu élevé.



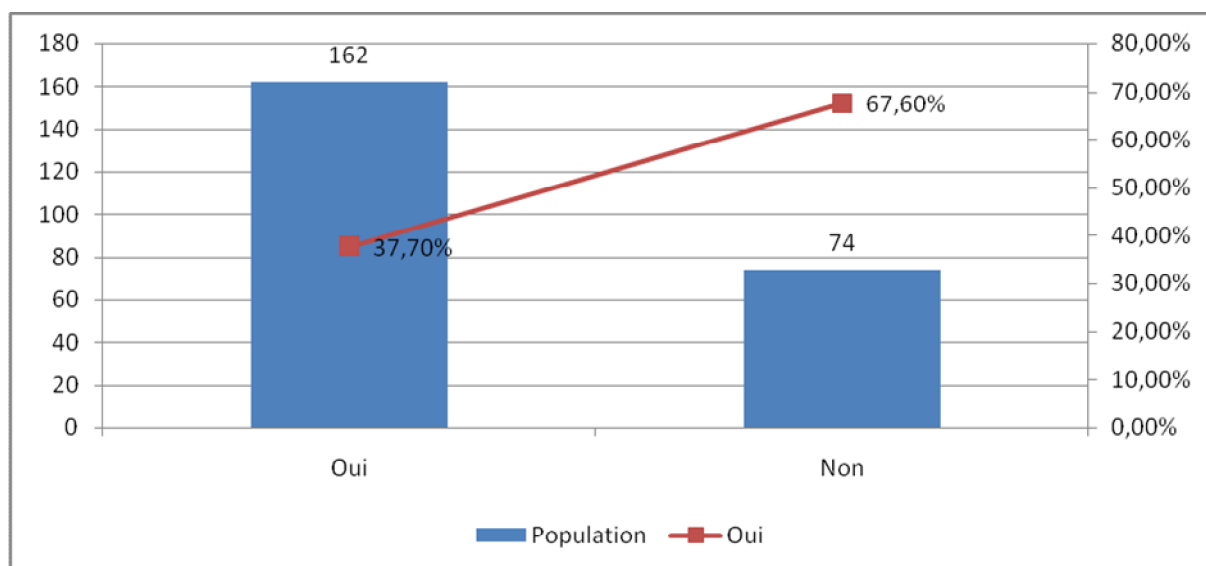
Graphique 24 : Distribution du pourcentage de recul de soins en fonction du revenu des participants.

Le recul des soins a été significatif en fonction de la couverture médicale ($p < 0,001$). Les personnes qui n'ont pas de couverture médicale ont plus fait reculer leurs soins que les personnes qui en ont.



Graphique 25 : Comparaison entre le recul des soins et le fait d'avoir une couverture médicale.

Le recul des soins a été aussi significatif en fonction de l'emploi ($p < 0,001$). Les personnes qui n'ont pas d'emploi ont plus fait reculer leurs soins que les personnes qui sont en activité.

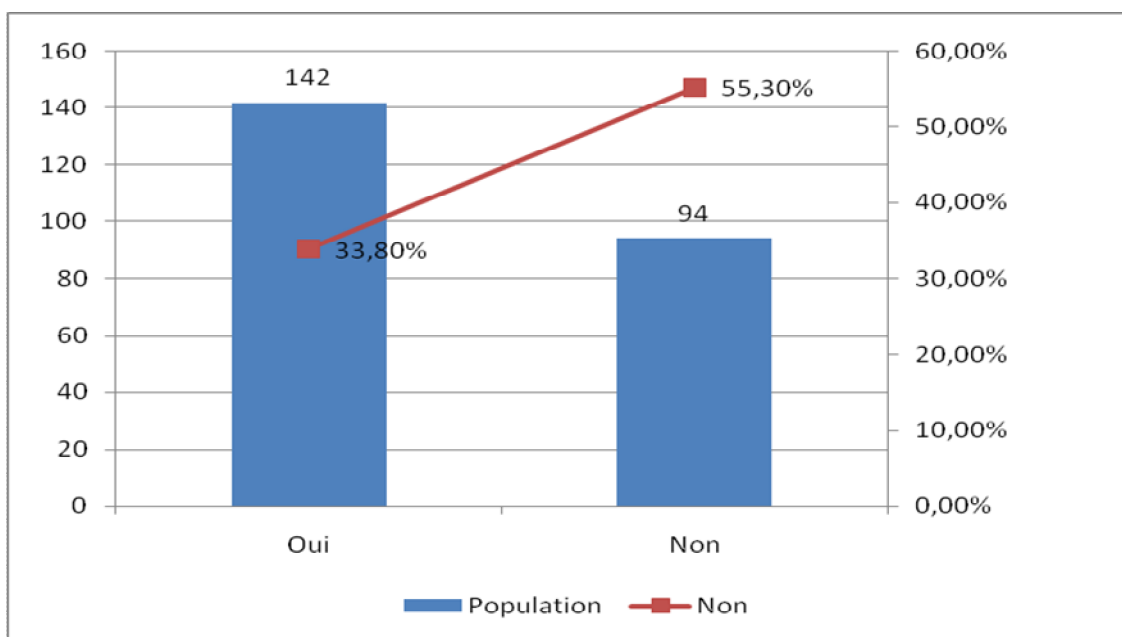


Graphique 26 : Comparaison entre le recul des soins et le fait d'avoir un emploi.

Cependant, le recul des soins n'était pas significatif en fonction du niveau scolaire ($p = 0,833$) et de la situation familiale ($p = 0,290$).

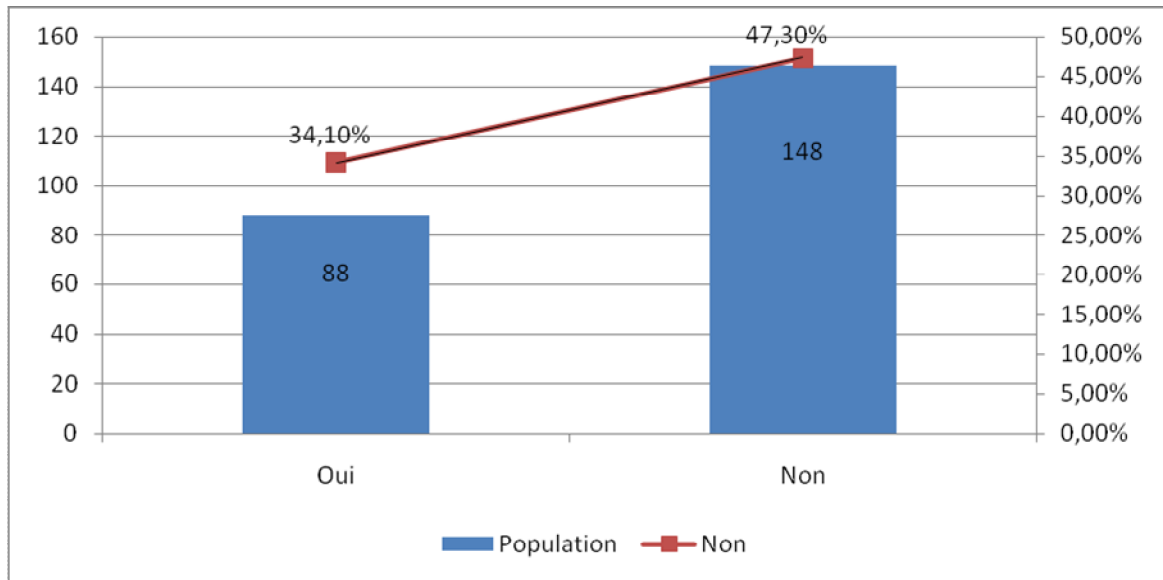
L'appréciation de la baisse des prix des médicaments a été ressentie de manière significativement différente entre les personnes qui ont une couverture médicale et ceux qui ne l'ont pas ($p = 0,013$). 55,3% de ceux qui n'ont pas de couverture médicale n'ont pas ressenti la baisse des prix des médicaments entreprise par le Ministère de la Santé alors que seulement 33,8% de ceux qui ont une couverture médicale n'ont pas ressenti la baisse des prix des médicaments.

Par contre, l'appréciation de la baisse des prix n'a pas été différente de manière significative en fonction du revenu mensuel des personnes participantes à cette étude ($p = 0,193$).



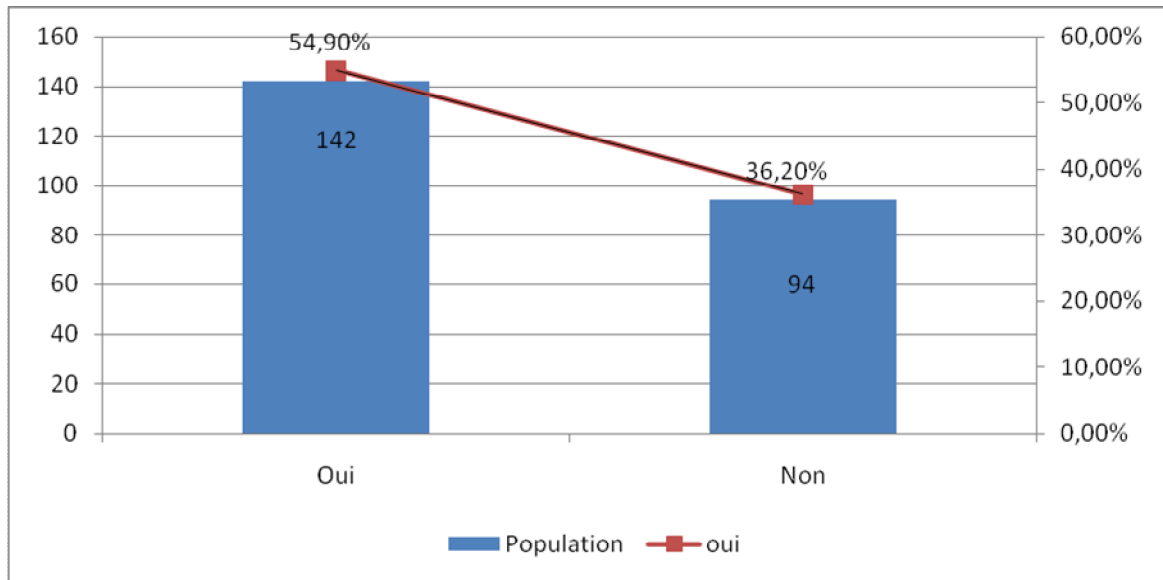
Graphique 27 : Comparaison entre l'adhésion à une couverture médicale et le fait de ressentir la baisse des prix des médicaments.

Les personnes qui ne souffrent pas d'affection de longue durée n'ont pas ressenti la baisse des prix des médicaments plus que ceux qui souffrent d'une ALD ($p = 0,014$).



Graphique 28 : Appréciation de la baisse des prix des médicaments en fonction de la souffrance ou non d'une ALD

Les patients qui possèdent une couverture médicale considèrent qu'ils ont mieux accédé aux médicaments après la baisse des prix des médicaments que ceux qui ne possèdent pas de couverture médicale ($p=0,003$)



Graphique 29: Appréciation de l'amélioration de l'accès aux médicaments en fonction de l'adhésion ou non à une couverture médicale

IV. Discussion :

A notre connaissance, aucune étude pareille n'a été conduite depuis la baisse des prix décidée et entreprise par le Ministère de la Santé en 2014. Ce dernier a publié au bulletin officiel un arrêté récapitulatif tous les médicaments commercialisés au Maroc en précisant l'ancien prix et le nouveau prix pour tout un chacun des médicaments.

Plusieurs autres études ont été réalisées afin d'évaluer l'impact de la baisse des prix des médicaments sur les autres parties prenantes du secteur du médicament au Maroc, en l'occurrence, l'industrie pharmaceutique nationale et internationale, les établissements pharmaceutiques grossistes répartiteurs, les pharmaciens d'officine et les organismes gestionnaires de l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'étude que nous avons menée et que nous présentons dans ce travail est l'une des études tant attendues par les ménages car elle permet d'évaluer l'impact des politiques publiques et leur efficacité sur les ménages. Cette étude permettra d'évaluer la perception des ménages à la baisse des prix des médicaments, elle permet aussi aux décideurs d'évaluer l'impact de ce projet gouvernemental stratégique sur l'accessibilité des ménages aux médicaments.

Les résultats de notre étude ont montré que notre population est majoritairement alphabète (91%), ce résultat est attendu puisque la plupart des patients provenaient du milieu urbain (86%), il s'agit principalement de la population qui habitait à proximité des pharmacies d'officine où l'étude a été menée tout en sachant que l'étude a été menée en milieu urbain et dans des pharmacies d'officine situées globalement dans des localités de niveau socioéconomique moyen. Cependant, et même si la majorité de notre population

se trouve en milieu urbain, le 1/3 n'a pas d'emploi et peine à trouver les moyens pour couvrir ses dépenses de soins.

Nous n'avons pas pu accéder à des pharmacies d'officine en milieu rural ou dans des patelins afin de mesurer la perception de cette population à la baisse des prix des médicaments et d'évaluer si cette population a mieux accédé à ces produits de santé après cette baisse des prix.

Cependant, la proportion de la population qui avait une couverture médicale a été au-dessous de nos attentes et seulement 60,2% de la population étudiée possède une couverture médicale, principalement affiliée au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) géré par deux caisses, en l'occurrence la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

Ainsi, 39,8% n'ont pas de couverture médicale et supportent totalement les charges liées à leurs soins de santé. Cette proportion devrait attirer notre attention sur cette population toujours non couverte par une Couverture Médicale de Base (CMB), ce grand projet qui a été mis en place en 2005 en publiant les décrets d'application de la loi 65-00 et qui a pour objectif d'assurer une couverture médicale de base à tous les marocains via deux sous régimes, l'Assurance Maladie Obligatoire et le régime d'Assistance Médicale.

Avant la mise en place de ce régime de couverture médicale de base, les ménages participaient à hauteur de 54% aux dépenses globales de la santé au Maroc. Actuellement, des études montrent que cette proportion n'a malheureusement pas significativement baissé même après 10 ans de la mise en place de la CMB.

Le fait qu'il existe une différence significative entre les deux populations, celle couverte et l'autre non couverte par une couverture médicale, quand à l'accès aux médicaments après la baisse des prix montre que cette dernière n'a pas malheureusement permis de mieux faire accéder les personnes non couverte par une couverture médicale aux médicaments.

Par ailleurs, nous avons trouvé que 35% de la population de l'étude a un revenu mensuel entre 2500,00 MAD et 5000,00 MAD. Il est à noter aussi que 21% de la population étudiée n'a pas de revenu et 3% seulement touche plus de 12 000,00 MAD par mois. Le revenu est sans doute un élément fondamental dans l'accessibilité aux soins, plus le revenu est élevé plus l'accessibilité est meilleure et vis versa. C'est la raison pour laquelle nous avons trouvé que plus les personnes ont un faible revenu plus ils ont tendance à reculer leurs soins de santé et supporter la maladie et en grande majorité ce recul est principalement imputable aux problèmes financiers.

Le coût des soins est considéré comme étant excessif par notre population interviewée (38%), ce coût élevé a poussé 14% de la population à ne rien dépenser pour leur santé à cause de l'absence des moyens chez cette population. Le problème se complique en sachant que seulement 4% de notre population assurent qu'elle bénéficie d'un taux de remboursement de 100% du montant engagé. Le reste supportent un ticket modérateur qui varie d'un patient à l'autre et qui est difficilement évaluable par les différents patients.

Concernant la baisse des prix des médicaments et la campagne faite autour de ce sujet par le Ministère de la Santé, nous estimons que le Ministère a bien communiqué autour de ce sujet puisque 69% de la population étudiée ont pris connaissance de cette baisse des prix des médicaments effectuée par le Ministère

de la Santé en 2014. Plusieurs communiqués, articles de presse, émissions et plateaux télé ont été publiés et organisés autour de la thématique, l'objectif du Ministère était d'informer les patients de cette politique sociétale qu'il avait entrepris et bien sûr de gagner des points sur le plan politique.

Nous avons aussi trouvé que 68% de la population étudiée estiment que les frais des soins sont chers avant la baisse des médicaments entreprise par le Ministère de la Santé. C'était en tout cas le point de départ de cette politique, plus précisément les rapports qui ont été fait par différentes instances et qui avaient comme dénominateur commun le fait que le prix des médicaments au Maroc est cher et beaucoup plus élevé que dans certains pays européens.

Ceci a été aussi confirmé par notre étude puisque 75% de la population de l'étude estiment que le prix des médicaments est anormalement élevé au Maroc et seulement 9% estiment qu'il n'est pas élevé et qu'il est à la portée des patients. Dans le même sens, la majorité des personnes questionnées (89%) considèrent que le prix des médicaments pourrait constituer une barrière à l'accès aux soins des patients, raison pour laquelle cette politique a été entreprise et mise en place malgré toutes les difficultés d'application rencontrées par le Ministère.

Concernant l'impact de cette baisse de prix sur l'accessibilité des patients aux soins de santé généralement et aux médicaments spécifiquement, seulement 31% ont ressenti qu'il y a avait une baisse des prix des médicaments, 27% estiment que la baisse était moyenne et la majorité représentée par 42% ont estimé qu'ils n'ont pas ressenti l'impact de cette baisse des prix sur leurs dépenses. Dans le même sens, la majorité de la population questionnée considère qu'il n'y a pas de changement dans les frais des soins de santé même

après la baisse des prix des médicaments tandis que 59% considèrent que la baisse des prix des médicaments qui a été entreprise par le Ministère de la Santé en 2014 n'a pas été largement significative. Seulement 21% qui ont exprimé que la baisse des prix des médicaments a réellement contribué à la baisse des frais des soins de santé et seulement 47% de la population estiment qu'ils ont mieux accédé aux médicaments après la baisse des prix de ces derniers.

Par ailleurs, l'appréciation de la baisse des prix des médicaments a été ressentie de manière significativement différente entre les personnes qui ont une couverture médicale et ceux qui n'ont pas une couverture médicale ($p = 0,013$). Ce résultat paraît logique puisque ceux qui ne possèdent pas de couverture médicale sont toujours obligés à dépenser de leurs poches pour se soigner. Par contre, ceux qui possèdent une assurance maladie paieront moins de ticket modérateur qu'avant la baisse des prix des médicaments.

Un résultat très intéressant qu'a révélé notre étude, c'est que la grande majorité de la population de l'étude considère que le mode tiers payant améliorerait l'accès aux médicaments mieux que la baisse des prix. C'est la raison pour laquelle la plupart des pays ont opté pour la notion du tiers payant afin de lever cet obstacle des prix des médicaments.

Dans notre pays, le régime d'assurance maladie, via ses caisses d'assurance maladie, a aussi opté pour ce mode de paiement. Une convention a été signée entre les pharmaciens d'officine représentés par leurs instances ordinales et syndicales et les caisses d'assurance maladie, cette convention a déterminé une liste limitative des médicaments faisant l'objet de cette convention. La liste regroupe des médicaments chers ou des médicaments dont le coût de traitement

est élevé. Malheureusement cette liste est limitative et ne touche qu'un nombre très faible de médicaments commercialisés sur le marché marocain.

Cette étude et d'autres qui seront prochainement conduite dans le même objectif devraient normalement pencher sur l'élargissement de cette liste afin de toucher une grande population.

V. Conclusion :

Notre travail a été réalisé afin d'évaluer l'impact de la baisse des prix des médicaments sur l'accessibilité financière des patients,

Les résultats de notre étude ont montré que malheureusement l'accès aux soins par les personnes non couvertes était non significatif car ils sont toujours obligés à dépenser de leur argent pour se soigner, Par contre, ceux qui possèdent une assurance maladie paieront moins qu'avant la baisse des prix des médicaments. Une grande majorité de la population étudiée estime que les frais des soins sont chers avant la baisse des médicaments entreprise par le Ministère de la Santé. Donc le prix des médicaments pourrait constituer une barrière à l'accès aux soins. La majorité de la population questionnée considère qu'il n'y a pas de changement dans les frais des soins de santé même après la baisse des prix des médicaments . Seulement 21% qui ont exprimé que la baisse des prix des médicaments a réellement contribué à la baisse des frais des soins de santé.

Les personnes qui ne souffrent pas d'affection de longue durée n'ont pas ressenti cette baisse et confirment que le prix des médicaments au Maroc est cher comparativement aux autres pays et cette baisse doit être encore améliorée. La grande majorité de la population de l'étude considère que le mode tiers payant améliorerait l'accès aux médicaments mieux que la baisse des prix.

Résumé

Titre : Impact de la baisse du prix des médicaments sur l'accessibilité financière des patients aux médicaments

Auteur : MOUTAHIR Meryem

Mots clés : Baisse des prix – Médicaments- Accessibilité aux médicaments- Impact

La problématique du prix des médicaments au Maroc constitue une vraie barrière à l'accès des citoyens aux soins. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'impact de la baisse des prix sur l'accessibilité financière des patients après la publication de décret n°2-13-852 relatif à la fixation du prix des médicaments .

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle réalisée auprès des patients entre décembre 2016 et mai 2017 via un questionnaire incluant les caractéristiques économiques et sociodémographiques des patients , et une évaluation des connaissances des patients par rapport à la nouvelle réglementation des prix du médicament . les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel SPSS 13.0.

Nous avons collecté 236 questionnaires : 69% de la population ont pris connaissance de la baisse de prix des médicaments, 68% estiment que les frais des soins sont chers avant la baisse des médicaments, et seulement 31% ont ressenti qu'il y'a avait une baisse des prix des médicaments, 42% n'ont pas ressenti l'impact de cette baisse des prix sur leurs dépenses.

L'enquête réalisée auprès des patients marocains montre que malgré la baisse du prix des médicaments, le patient trouve toujours une difficulté financière à accéder à son traitement, cependant le mode tiers payant peut entre autre améliorer l'accès aux médicaments.

Abstract

Title: Impact of falling drug prices on the financial accessibility of patients to drugs

Author: MOUTAHIR Meryem

Key-words: price drop – drugs - accessibility to drugs - impact

The problem of the price of drugs in Morocco is a real barrier to citizens access to healthcare. The objective of our work is to evaluate the impact of lower prices on the financial accessibility of patients after the publication of decree n°2-13-852 related to the pricing of drugs. This is an observational prospective study conducted among patients between december 2016 and may 2017 by means of a questionnaire including the economic and sociodemographic characteristics of patients, and patients knowledge evaluation to the new price regulation of the drug, statistical analyzes were realized by SPSS 13.0 software.

We collected 236 questionnaires: 69% of the population had know the price drop of drugs, 68% believe that the cost of care is expensive before the drop of drugs undertaken by the Ministry of Health, and only 31% felt that there was a drop in drug prices, 42% did not feel the impact of this fall in prices on their expenses.

The investigation conducted near Moroccan patients show that despite the price decrease of drugs, patient always finds a financial difficulty to access his treatment, however the paying third party mode can, among others improve access to drugs.

ملخص

العنوان: تأثير إنخفاض الادوية على القدرة الشرائية للمرضى

الكاتب: مريم مطهر

الكلمات الأساسية: إنخفاض الاتمنة ، الأدوية تأثير، إمكانية الحصول على الادوية

إن مشكلة أسعار الادوية تشكل عائقا حقيقيا امام حصول المواطنين على العلاج و الهدف من عملنا هو تقييم أتر إنخفاض أئمنة الادوية على القدرة الشرائية للمواطنين بعد نشر المرسوم بشأن تسعير الادوية وقد تمت الإحصاءات من قبل برنامج spss13. دراستنا اجريت بين دسبر و مايو من هذه السنة تضمنت 236 منشور بهدف معرفة المرضى من التنظيم الجديد لأسعار الادوية و ذلك عن طريق إستطلاع يبين الخصائص الاقتصادية و لاجتماعية و الديموغرافي

فقد أشارت النتائج إلى أن 69% من السكان يدركون انخفاض أسعار الأدوية و 68% يرون أن تكاليف مكلفة 31% شعروا بانخفاض أسعار الأدوية 42% لم يشعروا بتأثير انخفاض الأسعار في إنفاقهم

ويظهر أنه على الرغم من انخفاض أسعار الأدوية المريض يجد دائما صعوبة مالية للوصول إلى العلاجات ومع ذلك، يمكن دفع طرف ثالث تحسين الوصول إلى لعلاج

VI. Annexes :

Annexe 1 : Liste des médicaments pris en charge dans le cadre de Tiers Payant par la CNSS

Liste des médicaments pris en charge dans le cadre du Tiers Payant par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Code	Nom Commercial	DCI	Dosage	Unité	Forme	Présentation	PPM	PBR	Classe Thérapeutique
6118001180585	CASODEX	BICALUTAMIDE	50	MG	Comprimé Enrobé	1 Boîte 30 Comprimé	1 915,20	1915,20	Antiandrogène
6118001181797	NAVELBINE	VINORELBINE	30	MG	Capsule Molle	1 Boîte 1 Capsule Molle	1 134,00	1134,00	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001170067	AROMASINE	EXEMESTANE	25	MG	Comprimé	1 Boîte 30 Comprimé	1360,10	1360,10	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001030187	FEMARA	LÉTROZOLE	2,5	MG	Comprimé	1 Boîte 30 Comprimé	2233,00	2233,00	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001180509	ARIMIDEX	ANASTROZOLE	1	MG	Comprimé Pelliculé Sécable	1 Boîte 30 Comprimé	2 037,80	2037,80	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001170111	ESTRACYT	ESTRAMUSTINE	140	MG	Gélule	1 Boîte 100 Gélule	1 827,20	1827,20	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001141685	HEPSERA	ADÉFOVIR	10	MG	Comprimé	1 Boîte 30 Comprimé	2 700,00	2700,00	Antiviral
6118000141340	ZEFFIX	LAMIVUDINE	100	MG	Comprimé Pelliculé	1 Boîte 28 Comprimé	1 420,00	1420,00	Antiviral
6118001100033	IMUSPORIN	CICLOSPORINE	100	MG	Capsule	1 Boîte 50 Capsule	1 428,00	1428,00	Immunosuppresseur
6118001080250	ARAVAL	LÉFLUNOMIDE	10	MG	Comprimé Pelliculé	1 Boîte 30 Comprimé	1 051,90	1 051,90	Immunosuppresseur
6118001080267	ARAVAL	LÉFLUNOMIDE	20	MG	Comprimé Pelliculé	1 Boîte 30 Comprimé	1 421,00	1 421,00	Immunosuppresseur
6118001000333	POTEX	EPOËTINE ALFA	10000	UI	Poudre Pour Solution Injectable	1 Boîte 1 Kit	1 266,00	1 266,00	Antianémique
6118001181049	EPREX	EPOËTINE ALFA	10000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Kit	9166,00	9166,00	Antianémique
6118001181056	EPREX	EPOËTINE ALFA	10000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Flacon	13 139,50	13 139,50	Antianémique
6118001181032	EPREX	EPOËTINE ALFA	1000	UI	Solution Injectable	6 Kit 0,5 MI	916,60	916,60	Antianémique

Liste des médicaments pris en charge dans le cadre du Tiers Payant par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Code	Nom Commercial	DCI	Dosage	Unité	Forme	Présentation	PPM	PBR	Classe Thérapeutique
6118001181094	EPREX	EPOËTINE ALFA	4000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Kit	3366,00	3366,00	Antianémique
6118001181100	EPREX	EPOËTINE ALFA	4000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Flacon	5 323,60	5 323,60	Antianémique
6118001181087	EPREX	EPOËTINE ALFA	3000	UI	Solution Injectable	6 Kit 0,3 MI	2749,00	2749,00	Antianémique
6118001181070	EPREX	EPOËTINE ALFA	2000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Flacon	3 011,30	3 011,30	Antianémique
6118001181063	EPREX	EPOËTINE ALFA	2000	UI	Solution Injectable	1 Boîte 6 Kit	1833,00	1833,00	Antianémique
6118001010059	EPOTIN	ERYTHROPOËTINE HUMAINE	2000	UI	Solution Injectable	10 Flacon 1 MI	3 600,00	3 600,00	Antianémique
6118001010042	EPOTIN	ERYTHROPOËTINE HUMAINE	4000	UI	Solution Injectable	10 Flacon 1 MI	6 200,00	6 200,00	Antianémique
6118001182541	ZOLADEX	GOSÉRILINE	3,6	MG	Implant Injectable	1 Kit 1 Implant Injectable	2 306,50	2 306,50	Antinéoplasique Cytotoxique
6118001182534	ZOLADEX	GOSÉRILINE	10,8	MG	Implant Injectable	1 Kit 1 Implant Injectable	5 480,00	5 480,00	Antinéoplasique Cytotoxique
6118010000409	BETAFACT	FACTEUR IX	500	UI	Solution Injectable	1 Boîte 1 Flacon	1 970,00	1 970,00	Facteur Sanguin De La Coagulation
6118010000393	FACTANE	FACTEUR VIII	500	UI	Solution Injectable	1 Boîte 1 Flacon	2 400,00	2 400,00	Facteur Sanguin De La Coagulation

Annexe 2 : Décret N°2-13-852 Du 18/12/2013 relatif aux conditions et aux modalités de fixation des prix publics de vente des médicaments

N° 6214 – 15 safar 1435 (19-12-2013)

BULLETIN OFFICIEL

2731

Sur proposition du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la formation des cadres ;

Après délibération en Conseil du gouvernement réuni le 24 moharrem 1435 (28 novembre 2013),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – L'article premier du décret n° 2-03-201 du 22 rabii I 1427 (21 avril 2006) susvisé est modifié et complété ainsi qu'il suit :

« Article premier. – La liste des établissements d'enseignement supérieur ne relevant pas des universités, prévue à l'article 25 de la loi n° 01-00 susvisée, est fixée comme suit :

- « -
- « - l'Institut supérieur d'art dramatique et d'animation culturelle ;
- « - l'Ecole nationale d'architecture de Rabat ;
- « - l'Ecole nationale d'architecture de Fès ;
- « - l'Ecole nationale d'architecture de Marrakech ;
- « - l'Ecole nationale d'architecture de Casablanca ;
- « - l'Ecole nationale d'architecture d'Agadir ;
- « - l'Ecole nationale d'architecture d'Oujda ;
- « - l'Ecole nationale d'architecture de Tétouan ;
- « -
- « - l'Institut supérieur des métiers de l'audiovisuel et du cinéma ;
- « - l'Ecole nationale de la santé publique ;
- « - les Instituts supérieurs des professions infirmières et des techniques de la santé.

ART. 2. – Le ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la formation des cadres est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 30 moharrem 1435 (4 décembre 2013).

ABDEL-ILAH BENKIRAN.

Pour contresigner :

*Le ministre
de l'enseignement supérieur,
de la recherche scientifique,
et de la formation des cadres,*

LAHCEN DAUDI.

Décret n° 2-13-852 du 14 safar 1435 (18 décembre 2013) relatif aux conditions et aux modalités de fixation du prix public de vente des médicaments fabriqués localement ou importés.

LE CHEF DU GOUVERNEMENT,

Vu la loi n° 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie, promulguée par le dahir n° 1-06-151 du 30 chaoual 1427 (22 novembre 2006), notamment ses articles 17 et 72 ;

Vu la loi n° 06-99 sur la liberté des prix et de la concurrence, promulguée par le dahir n° 1-00-225 du 2 rabii I 1421 (5 juin 2000), telle qu'elle a été modifiée et complétée ;

Vu le décret n° 2-00-854 du 28 jourmada II 1422 (17 septembre 2001) pris pour l'application de la loi précitée n° 06-99, tel qu'il a été modifié ;

Après avis de la commission interministérielle des prix ;

Après délibération en Conseil du gouvernement, réuni le 9 safar 1435 (13 décembre 2013),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – En application des dispositions de l'article 17 de la loi susvisée n° 17-04, le prix public de vente (PPV) des médicaments destinés à la médecine humaine, princeps, génériques ou bio-similaires, fabriqués localement ou importés, ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) est fixé conformément aux conditions et modalités prévues au présent décret.

Chapitre premier

Du mode de fixation du prix

ART. 2. – Le prix public de vente (PPV) de tout médicament, fabriqué localement ou importé, est fixé sur la base des éléments suivants :

- le prix fabricant hors taxe (PFHT) retenu conformément à l'article 3 ci-après ;
- les marges de distribution revenant à l'établissement pharmaceutique grossiste répartiteur et au pharmacien d'officine ;
- la taxe sur la valeur ajoutée –TVA–, le cas échéant.

On entend par « prix fabricant hors taxe », le prix de vente par un établissement pharmaceutique industriel.

ART. 3. – Le prix fabricant hors taxe (PFHT) pour un médicament princeps, fabriqué localement ou importé, nouvellement introduit sur le marché, est le plus bas des PFHT du même médicament converti en dirhams, fixés ou homologués par les instances compétentes dans les pays suivants : Arabie Saoudite, Belgique, Espagne, France, Turquie, Portugal et dans le pays d'origine lorsqu'il est différent de ces derniers.

Dans le cas où le produit n'est commercialisé dans aucun des pays précités hormis le pays d'origine, le prix fabricant hors taxe (PFHT) est aligné sur le PFHT du pays d'origine converti en dirhams.

La conversion en dirhams s'effectue sur la base du cours vendeur du dirham en vigueur le premier jour ouvrable du mois précédant celui du jour de fixation du PFHT, tel qu'il est fixé par Bank Al-Maghrib.

ART. 4. – Pour les médicaments fabriqués localement, les marges bénéficiaires revenant à l'établissement pharmaceutique grossiste répartiteur et au pharmacien d'officine qui doivent être appliquées au PFHT retenu, sont définies dans le tableau ci-après en fonction des tranches de PFHT.

101
102

Pour les médicaments importés, le PFHT retenu est majoré de 10% couvrant la marge importateur, les frais d'approche et les droits de douane.

	TRANCHE DE PFHT EN DH	MARGE OFFICINE	MARGE GROSSISTE	FORFAIT OFFICINE EN DH	FORFAIT GROSSISTE EN DH
1	PFHT ≤ 166	57 %	11 %	--	--
2	166 < PFHT ≤ 588	47 %	11 %	--	--
3	588 < PFHT ≤ 1766	--	2 %	300	--
4	PFHT > 1766	--	2 %	400	--

ART. 5. - Le prix de tout médicament générique, fabriqué localement ou importé, est établi sur la base du prix maximum de référence. Ce dernier est calculé à partir du taux minimum de réduction du PFHT initial d'introduction du médicament princeps concerné.

Lorsqu'un médicament princeps n'est pas commercialisé au Maroc, le prix maximum de référence est calculé à partir du taux minimum de réduction du PFHT théorique dudit princeps obtenu par application de la règle de comparaison définie à l'article 3 ci-dessus.

Les taux minimum de réduction par tranche de prix du princeps sont définis dans le tableau suivant :

PFHT PRINCEPS (DH)	% MINIMUM DE REDUCTION PAR RAPPORT AU PFHT EN VIGUEUR DU PRINCEPS
PFHT ≤ 15	0
15 < PFHT ≤ 30	15
30 < PFHT ≤ 70	30
70 < PFHT ≤ 150	35
150 < PFHT ≤ 300	40
PFHT > 300	50

Aucun médicament générique ne peut être commercialisé à un prix public de vente supérieur au prix public de vente de son médicament princeps.

ART. 6. - En cas d'association de principes actifs, le prix fabricant hors taxe (PFHT) retenu au Maroc est le PFHT le plus bas dans les pays cités à l'article 3 ci-dessus.

Au cas où le médicament objet de l'association n'est commercialisé dans aucun des pays précités, autre que le pays d'origine, le prix PFHT qui doit être retenu est celui de la somme des PFHT les plus bas des médicaments de chacun des principes actifs associés, commercialisés au Maroc, pris séparément.

ART. 7. - Dans le cas des extensions de présentation et/ou de dosages d'un médicament princeps, il est fait application de l'une des règles suivantes :

a) lorsqu'il s'agit d'une nouvelle présentation pharmaceutique ou d'un nouveau dosage d'un médicament princeps déjà commercialisé au Maroc, le prix est fixé selon les modalités prévues à l'article 3 ci-dessus ;

b) lorsque la nouvelle présentation ou le nouveau dosage n'existe pas dans les pays cités à l'article 3 ci-dessus, le prix du médicament objet de l'extension de présentation et/ou de dosage est augmenté ou réduit, en fonction du multiple, par application du taux correspondant à la forme pharmaceutique conformément aux tableaux ci-dessous.

Dans le cas des extensions de présentation et/ou de dosage d'un médicament générique commercialisé au Maroc, le prix est fixé conformément au b) ci-dessus, en cas d'inexistence sur le marché marocain d'un médicament princeps de présentation et de dosage identiques.

Le calcul de prix des multiples présentations et multiples dosages se fait sur la base de la petite présentation et du petit dosage.

Dans le cas du passage d'une présentation ou d'un dosage à son multiple supérieur, le PFHT est multiplié par le coefficient multiplicateur prévu aux tableaux ci-dessus puis réduit du taux correspondant.

Dans le cas du passage d'une présentation ou d'un dosage à son multiple inférieur, le PFHT est divisé par le coefficient multiplicateur puis majoré du taux correspondant.

-Extensions de présentation

FORMES PHARMACEUTIQUES	COEFFICIENT MULTIPLICATEUR	TAUX DE REDUCTION OU D'AUGMENTATION
Comprimés, gélules et sachets.	2	±12%
	3	±14%
	4	±15%
	5	±16%
Ampoules buvables, sirops et solutions buvables.	2	±13%
	3	±15%
	4	±18%
	5	±20%
Suppositoires et ovules.	2	±13%
	3	±16%
	5	±24%
Pommades et crèmes, applications locales et aérosols.	2	±12%
	3	±24%
	4	±27%
	5	±30%
Formes injectables et collyres.	2	±15%
	3	±20%
	4	±20%
	5	±20%

ART. 16. - Des révisions à la hausse des prix publics de vente peuvent être appliquées, notamment en raison de l'augmentation de tous les PFHT appliqués dans les pays cités à l'article 3 ci-dessus. A cet effet, la demande de révision doit être justifiée et appuyée d'un dossier comportant les documents indiquant :

- les faits intervenus depuis la dernière fixation ou homologation du prix qui justifient la hausse demandée ;
- les quantités vendues durant les 5 dernières années ;
- les conditions du marché et de la concurrence, notamment au moyen d'une étude comparative.

Le ministre de la santé peut demander tout document et tout justificatif qu'il estime nécessaire à l'examen de la demande.

Chapitre IV

Dispositions particulières aux médicaments commercialisés à la date de publication du présent décret

ART. 17. - Les prix de tous les médicaments princeps, génériques et bio-similaires commercialisés au Maroc à la date de publication du présent décret au « Bulletin officiel » sont révisés à ladite date conformément aux dispositions des articles 18, 19, 20 et 21 ci-dessous.

Toute révision postérieure doit intervenir dans le délai prévu à l'article 14 ci-dessus.

ART. 18. - Le PFHT révisé à la date visée à l'article 17 ci-dessus des médicaments princeps est égal à la moyenne des PFHT, convertis en DH, des PFHT du même médicament fixés ou homologués par les instances compétentes dans les pays suivants : Arabie Saoudite, Belgique, Espagne, France, Turquie, Portugal et dans le pays d'origine lorsqu'il est différent de ces derniers.

Toutefois, lorsque le PFHT en vigueur au Maroc est inférieur au prix obtenu en vertu de l'alinéa ci-dessus, le prix public de vente en vigueur est maintenu.

ART. 19. - Le PFHT des médicaments génériques et bio-similaires est révisé par référence aux PFHT de leurs princeps, tels que révisés conformément aux dispositions des articles 18 ou 20 du présent décret selon le cas. Dans tous les cas, aucun générique, ni bio-similaire ne peut avoir un prix public de vente supérieur à celui de son princeps.

ART. 20. - Lorsque l'application des dispositions de l'article 4 ci-dessus à un médicament princeps, générique ou bio-similaire commercialisé au Maroc, fabriqué localement ou importé a pour effet une augmentation de son prix public en vigueur à la date prévue à l'article 17 ci-dessus, ce dernier est maintenu par révision à la baisse du PFHT.

ART. 21. - En cas d'existence d'un ou de plusieurs médicaments génériques ou bio-similaires d'un même médicament princeps sur le marché national à la date de publication du présent décret au « Bulletin officiel », le prix de tout nouveau générique ou bio-similaire est aligné sur le prix du générique ou bio-similaire commercialisé le plus bas.

ART. 22. - Les prix des médicaments princeps, génériques et bio-similaires commercialisés à la date de publication du présent décret au « Bulletin officiel » sont fixés, après leur révision conformément aux dispositions du présent chapitre, par arrêté du ministre de la santé au cours des 4 mois suivant cette date.

Les prix résultant de la révision entrent en vigueur au plus tard le soixantième (60) jour suivant la date de publication de l'arrêté visé à l'alinéa précédent.

Chapitre V

Dispositions finales

ART. 23. - Le présent décret prend effet à compter de la date de sa publication au « Bulletin officiel », pour tout médicament princeps nouvellement introduit dans le marché national et pour tout médicament générique ou bio-similaire du médicament princeps n'est pas commercialisé au Maroc.

ART. 24. - Le ministre de la santé est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au « Bulletin officiel ».

Sont abrogés à compter de la date de publication du présent décret toutes dispositions réglementaires antérieures relatives à la fixation du prix du médicament.

Fait à Rabat, le 14 safar 1435 (18 décembre 2013)

ABDEL-ILAH BENKIRAN.

Pour contreseing :

Le ministre de la santé,

EL HOUSSEINE LOUARDE.

Arrêté du ministre de l'agriculture et de la pêche maritime n° 3032-13 du 26 hija 1434 (1^{er} novembre 2013) modifiant et complétant l'arrêté du ministre de l'agriculture et de la mise en valeur agricole n° 3993-du 3 rejeb 1415 (6 décembre 1994) étendant au ministère de l'agriculture et de la mise en valeur agricole les dispositions du décret n° 2-94-223 du 6 moharrem 1415 (16 juin 1994) instituant pour compte du ministère des travaux publics, de formation professionnelle et de la formation des cadres un système de qualification et de classification des entreprises de bâtiments et de travaux publics.

LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE MARITIME

Vu le décret n° 2-94-223 du 6 moharrem 1415 (16 juin 1994) instituant, pour le compte du ministère des travaux publics, de formation professionnelle et de la formation des cadres, un système de qualification et de classification des entreprises de bâtiments et de travaux publics, tel qu'il a été modifié et complété notamment ses articles 3 et 17 ;

Vu le décret n° 2-09-168 du 25 jourmada I 1430 (21 mai 2009) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de l'agriculture et de la pêche maritime - département de l'agriculture tel qu'il a été modifié et complété ;

Vu l'arrêté du ministre de l'agriculture et de la mise en valeur agricole n° 3993-94 du 3 rejeb 1415 (6 décembre 1994) étendant au ministère de l'agriculture et de la mise en valeur agricole les dispositions du décret n° 2-94-223 du 6 moharrem 1415 (16 juin 1994) instituant, pour le compte du ministère des travaux publics, de la formation professionnelle et de la formation des cadres, un système de qualification et de classification des entreprises de bâtiments et de travaux publics tel qu'il a été modifié et complété ;

Sur proposition de la commission de qualification et de classification des entreprises intervenant dans le cadre de l'aménagement de l'espace agricole, réunie le 7 septembre 2013

Annexe 3 : Questionnaire



**Université Mohammed V
Faculté de médecine et de pharmacie
Rabat**

**Questionnaire pour Thèse de doctorat en pharmacie sous le thème :
Impact de la baisse du prix des médicaments sur l'accessibilité financière des
patients aux médicaments**

1- Sexe :

2- Age :

3- Niveau scolaire :

Primaire :

Secondaire :

Universitaire :

4- Couverture sociale : non oui (laquelle)

5- Situation familiale :

Marié :

Célibataire :

Autre :

6- Emploi :

Oui

Non

7- Provenance :

Urbain

Rural

8- Revenu mensuel :

< 2500,00	Entre 2500-5000	Entre 5000-7000	Entre 7000-12000	> 12 000,00
-----------	-----------------	-----------------	------------------	-------------

9- Soins de ville : Consultez-vous un médecin :

Généraliste Spécialiste Jamais

10- Visite du médecin

- Quand je suis malade régulièrement
- Pour le suivi d'une affection chronique
- Quand je suis malade et j'ai les moyens

Étudiante ; Meryem MOUTAHIR. Etudiante en 4^{ème} année pharmacie. Année : 2016-2017
ENCADRANT : Pr M. BOUATIA / CO-ENCADRANT : Dr A.CHEIKH



11- Affection de Longue Durée : Souffrez-vous d'une maladie chronique ?

Oui Non

12- Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% ?

Oui Non combien ?

13- Pouvez-vous estimer le montant mensuel de vos dépenses de santé ?

Oui Non

14- Si oui, quel est ce montant pour (approximativement) :

1. médicament
2. analyses biologiques.....
3. consultations.....
4. radiologie

15- Accès aux soins : Avez-vous reculé des soins au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

16- Pour quelle(s) raison(s) ?

Financière Indisponibilité de la prestation Problème de qualité de soins

17- Combien m'a coûté ma santé en 2016 ?

- Forfait global des soins :
- Médicaments non remboursés :
- Soins non remboursés :
- Appareils, prothèses etc. :
- Hospitalisation, forfait hospitalier, dépassements, frais divers, transport sanitaire, Autres (préciser) :

18- Que représentent vos dépenses santé dans votre budget généralement ?

- Nulles, je n'ai pas les moyens de me soigner.....
- Excessives, cela représente une part importante de mon budget
- Je consomme selon mes besoins et mes moyens.....
- Modérées.....
- Le strict nécessaire.....

19- Le Ministère de la Santé a procédé à une nouvelle baisse de certains médicaments commercialisés au Maroc. Etes-vous informé de cette baisse ? :

Oui non

20- Frais de soins avant la baisse de prix des médicaments :

Cher Moyen Insignifiant



21- Frais de soins après la baisse de prix des médicaments :

Diminution des dépenses Plus ou moins Aucun changement

22- Avez-vous sentis cette baisse de prix sur vos dépenses :

Oui Moyen Insignifiant

23- Pensez vous que le prix des médicaments au Maroc est anormalement élevé :

Oui Non Certains

24- La problématique du prix des médicaments constitue une vraie barrière à l'accès aux soins ?

Oui Non

25- Après cette baisse des prix des médicaments, avez-vous pu mieux accéder à votre traitement ?

Oui Non

26- Cette baisse était largement significative ?

Oui Non

27- Pensez-vous que cela n'apporte aucune amélioration aux patients ?

Oui Non

28- Pensez vous que le mode tiers payant (c'est-à-dire le paiement se fait directement de la caisse au pharmacien) pourrait améliorer votre accessibilité aux médicaments ?

Oui Non



Bibliographie



- [1] **Kérouac S.** Une réponse aux défis des systèmes de santé. Adopté par le conseil d'administration du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone .Mémoire. Faculté des sciences infirmières Université de Montréal.2011. P22
- [2] **Comité régional de Méditerranée** oriental. Prix et accessibilité des médicaments dans la Région de la Méditerranée orientale. OMS. 2007.p5-53
- [3] **Bourkadi A et Zouitene M** .Commission des finances et du développement économique de la chambre représentant. Rapport de la mission d'information sur le prix du médicament au Maroc ,2009.p14-74.
- [4] **Brouwere V et Guillermet E et Zerhouni wadieM.** Études de cas sur les disparités dans l'accès aux soins au Maroc. Nations Unies. P12-32 http://www.ondh.ma/sites/default/files/documents/synthese_sante_francais-6avril.pdf consulté le 25/07/17
- [5] **Benbrahim F.** Prévalence de la morbidité au niveau du réseau de soins de santé de base de la région FES-BOULEMANE .Thèse de doctorat en médecine N°042/14 .Université Sidi Mohammed Ben Abdallah. Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès.2014.p12-97
- [6] **Benmansour S.** Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb cas: Algérie, Maroc, Tunisie. Université Mouloud Maameri de Tizi Ouzou.Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Magister en Sciences Economiques. Option :Monnaie-Finance-Banque .2012 .p 74-180

- [7] **Kherbach F et El Alami El Fellousse A.** Etudes sur le financement des soins de santé au Maroc OMS.2007.P3-32 <http://www.albacharia.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/31936/HealthFinancingMorocco.pdf?sequence=1> consulté le 07/07/17
- [8] Dahir n° 1-11-83 du 29 rejev 1432 (2 juillet 2011) portant promulgation de la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.2011.p2-7
www.sante.gov.ma/.../SYSTEMEDESANTEETOFFREDESAINS/.../DispForm.aspx?L. Consulté le 18/08/17
- [9] **Nadam A.** Le système national de santé .Ministère de la santé direction de la santé .centre hospitalier provincial Mohammed V.2017.p139
www.slideshare.net/adilnadam/le-systme-national-de-sant-2017 consulté le 30/08/17
- [10] **Ezzejari A.** Le système de santé national marocain. Institut régional de m2decine du sport .2012. www.systeme-de-sante-au-maroc/le-system.consulté le 12/08/17
- [11] **Lienvens T.** La stratégie de financement de la santé au Maroc. Par le Ministère de la santé.2014.p18
- [12] **Ministère S.** Etudes et enquête <http://www.sante.gov.ma> consulté le 18/09/17
- [13] **Bailly M.** Réglementation des médicaments orphelins: analyse des stratégies adoptées afin d'obtenir une AMM en Europe. 2015. Thèse pour

le diplôme d'état de docteur en pharmacie N°035.Université de Nantes
UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques.2015.p55-183

- [14] **Louardi H et Alwan A** .Evaluation des fonctions publiques essentielles de santé publique au Maroc .2016.p17-71
- [15] **Ministère S**. Stratégie sectorielle de santé 2012-2016.2012.p15-104
www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20santé consulté le 27/09/17
- [16] **Sajoux, M. and S. Chahoua**, Transition de la fécondité et développement au Maroc. Un lien complexe et spatialement différencié. Les Cahiers d'EMAM. Études sur le Monde Arabe et la Méditerranée, 2012(21): p. 33-62
- [17] **Ajbilou A et Aziz M**. Démographie Marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir. Par Centre des Etudes et des Recherches Démographiques. N° dépôt légal 2005/2616 ISBN9954-405-28-3
<https://www.finances.gov.ma> consulté le 04/09/17
- [18] **Reysz J**. Le changement de logique de la protection sociale des sans-emploi en Union européenne : de l'aide au revenu à la réintégration sur le marché du travail. Economies et finances. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2010. Français.2010 .p16-432
- [19] **Makhchoun M**. Promotion du médicament générique : comparaison de la stratégie nationale de la promotion du médicament générique avec les politiques du médicament générique en Europe et aux Etats-Unis .Thèse

pour l'obtention du doctorat en pharmacie N°71. Université Mohammed V .Faculté de Médecine et de pharmacie Rabat .2014.p40-203

- [20] **Letourmy, A.**, Les politiques de santé en Europe: une vue d'ensemble. Sociologie du travail, 2000. 42(1): p. 13-30
- [21] **El Alami El Fellousse A.** le financement des services de base : Quels enseignement fournissent le comptes nationaux de la santé. Par la Direction de la Planification et des Ressources Financières.2003.p5-23
- [22] **Sekali L** .La couverture médicale de base au Maroc. Thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie N°70.Université Mohammed V .Faculté de médecine et de pharmacie Rabat.2009.p52-167
- [23] **Conseil E .S.E.** Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé. Conseil Economique, Social et Environnemental. Saisine n° 4 / 2013.p9-20 <http://www.cese.ma> consulté le 18/09/17
- [24] **Ministère S.** Stratégie 2008-2012.Par le Ministère de la Santé <http://pharmacie.ma/uploads/pdfs/strategie> consulté le 1 5/08/17 .2008 .p8
- [25] **Berraho,M,et al.,**C2-1-Santé au Maroc : les principaux acquis à consolider et dysfonctionnements à surmonter. À partir des statistiques du ministère de la santé au Maroc. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2006. 54(Supplement 2): p. 30
- [26] Dahir n° 1-06-151 du 30 chaoual 1427 (22 novembre 2006) portant promulgation de la loi n° 17-04 portant code du médicament et de la

pharmacie. Par la Chambre des représentants et la Chambre des conseillers.2006.p12-46

- [27] **Louardi H.** Politique pharmaceutique National .Par le Ministère de la Santé .2013.p46 . www.sante.gov.ma/Documents/2016/02/PPN-Fr-2015 consulté le 22/08/17
- [28] **Zaoui, S., F. Hakkou, and H. Filali,** Le médicament générique au Maroc : enquête auprès des médecins. *Thérapie*, 2011. 66(6): p. 499-506
- [29] **Ministère S.Prodess II** prolonge 2009 2011 composantes santé.2009.p50-101 <http://www.who.int/medicines/areas/> consulté le 28/08/17
- [30] **Mechouat A.** Estimation des dépenses en médicaments vitaux au niveau d'une structure d'accueil des urgences : Cas de l'hôpital Mokhtar Soussi Taroudannt. Mémoire de fin d'études. Cycle de master en administration sanitaire et santé publique. Filière : Management des Organisations de Santé . Ecole Nationale de Santé Publique.2013.p15-31
- [31] **Palabras C et Temas .** Politique Pharmaceutique Nationale, 2015 - Royaume du Maroc.2015.p15-46 <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js23023fr/> consulté le 19/10/17
- [32] **Taoufik J et Agoumi A .** La politique pharmaceutique du Maroc. Etude.2011. http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm_web/POLITIQUE_PHARMACEUTIQUE.htm consulté le 11/09/17

- [33] **Resource, W.H.O.** *Rapport annuel 2001 - Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques: Elargir les bases factuelles des médicaments.* 2001. p5-12 <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5508f/2.html>
- [34] **Farouk H.** Analyse de la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux au niveau de la maternité hospitalière de l'hôpital IBN ZOHR de Marrakech. Mémoire fin d'études pour un master en administration sanitaire et santé publique .Institut National d'Administration Sanitaire.2010.p30-75
- [35] **Tadlaoui K et Chafi A et Ennadi A.** Système d'approvisionnement pharmaceutique au Maroc : opportunités et défaillances.2017. p5-16 <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01446251> consulté le 09/09/17
- [36] **Matowe, L., Waako, P., Adome, RO, Kibwage, I., Minzi, O., et Bienvenu, E.** (2008). Une stratégie pour améliorer les compétences dans la gestion de l'offre pharmaceutique en Afrique de l'Est: la collaboration régionale des ressources techniques pour la gestion pharmaceutique. *Ressources humaines pour la santé*, 6 (1), 30.
- [37] **Louard H.** Politique Pharmaceutique National.2013.p16-47 www.sante.gov.ma/Documents/2016/02/PPN-Fr-2015.pdf consulté le 12/07/17
- [38] **Dempster, J. P.** (1957). The Population Dynamics of the Moroccan Locust (*Dociostaurus maroccanus* Thunberg) in Cyprus. *The Population Dynamics of the Moroccan Locust (Dociostaurus maroccanus Thunberg) in Cyprus.* (27)

- [39] **Zerhouni W . El Allami El fellousse A.** Vers un marché maghrébin du médicament.2013.Institut de Prospective Economique du Monde Méditerranéen .p20-86 http://www.ipemed.coop/adminIpemed/media/fich_article/1387530765_IPEMED_CM_March%C3%A9MaghrebinM%C3%A9dicament_sept2013_FR.pdf consulté le 20/10/17
- [40] **Alliat Z.** Enquête sur la perception du médicament par la population marocaine. Thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie. Université Mohammed V .Faculté de Médecine et de Pharmacie .N° 15.2017 p 70-196
- [41] **Cheikh, A., et al.,** *Impact des disparités dans les règles de remboursement entre le secteur public et privé sur l'accessibilité aux soins et le recours au remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) au Maroc.* Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2017. **65**: p. S61
- [42] **Hotchkiss, D. R., & Gordillo, A.** (1999). Household health expenditures in Morocco: implications for health care reform. *The International journal of health planning and management*, 14(3), 201-217.
- [43] **Belmaati H.** *Le Rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au Maroc :état des lieux et perspective d'évolution.* No 4 (2015) p.51-5
revues.imist.ma/index.php?journal=REGS&page=article&op=view...4178 consulté le 20/09/1

- [44] *Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base Préambule.* 2002; Available from: http://www.cnss.ma/sites/default/files/loi-65-00-amo_0.pdf consulté le 20/09/17
- [45] **Tatouti R.** La sécurité sociale au Maroc : défis, enjeux et mutations des valeurs. Mémoire Doctorant . Université Abdelmalek Saadi .ENCG.2008.p25-70
- [46] **Hajji E.** Evaluation du Régime d'Assistance Médicale au Centre hospitalier préfectoral de Salé.Mémoire de fin d'études .filière Management des organisations de santé .Ecole National de Santé Publique.2014.p12-56
- [47] **Elasri J .**Pharma économie : base réglementaires méthodologie et applications .doctorat pour l'obtention du doctorat en pharmacie .Université Mohammed V . Faculté de Medecine et de Pharmacie .N°77 2014.p55-160
- [48] **Gamrani, N., Chaham, K. R. K., Ibnoussina, M., Fratini, F., Rovero, L., Tonietti, U., ... & Youbi, N.** (2012). The particular “rammed earth” of the Saadian sugar refinery of Chichaoua (XVIth century, Morocco): mineralogical, chemical and mechanical characteristics. *Environmental Earth Sciences*, 66(1), 129-140.
- [50] **HAZIM J et ADNANE A et Guedira H .**Convention National entre les organismes gestionnaires et les pharmaciens d'officines. ANAM.2016.p15-20

- [51] **Ben el jarbouh F.** Etudes analytique du prix du médicaments au Maroc et les impacts de la baisse des prix de 2014. Thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie N °82. Université Mohammed V .Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.2017.60-182
- [52] *Commission de la Transparence.* 10 avr. 2017; Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412210/fr/commission-de-la-transparence
- [53] **Chéron, C. and É. Fouassier,** *Accès des pays en développement aux médicaments : vers une nouvelle flexibilité juridique du droit des brevets ?* Médecine & Droit, 2009. **2009**(95): p. 74-80.
- [54] *Le ministère de la Santé réduit les prix de 54 médicaments.* 2017; Available from: <http://www.menara.ma/fr/actualit%C3%A9s/maroc/2017/07/04/2201969-le-minist%C3%A8re-de-la-sant%C3%A9-r%C3%A9duit-les-prix-de-54-m%C3%A9dicaments.html>.
- [55] **ETTALEB, Y.,** *Politique du médicament générique au Maroc: Enquête auprès de 112 pharmaciens d'officine de Rabat-Salé.* Thèse pour obtention du doctorat en pharmacie .N°115. Université Mohammed V. Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat .2010.p56-170
- [56] santé, M.d.l. *Arrêté du ministre de la santé publique n° 465-69.* 1969; Available from: <http://www.anam.ma/upload/document/Arreten465-69.pdf> consulté le 11/09/17
- [57] santé, M.d.l. *projet de décret n°2-13-852 du .relatif aux conditions et aux modalités de fixation des prix publics de vente des médicaments*

fabriqués localement ou importés 2013; Available from:
http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/lois/Projet_decret_2.13.852_Fr.pdf
consulté le 18/09/17.

- [58] **EL HORR, H.**, *L'autorisation de mise sur le marché du médicament: Aspects réglementaires et techniques*. 2009. Thèse pour l'obtention du doctorat en pharmacie. Université Mohammed V. Faculté de Médecine et de pharmacie Rabat .p15-180
- [59] Organisation, W.H., *Discussions techniques. Prix et accessibilité des médicaments dans la Région de la Méditerranée orientale*. 2007.
- [60] **SABRI, R.**, *Le générique au Maroc: intérêt, contraintes, enjeux et perspectives*. 2008. Thèse pour l'obtention de doctorat en pharmacie. Université Mohammed V. Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.p56-170
- [61] **Grandfils, N.**, *Fixation et régulation des prix des médicaments en France*. Revue française des Affaires sociales, 2007(3): p. 53-72.
- [62] **Verpillot, É.**, *La régulation du prix des médicaments et le marché des génériques*. 2007, Thèse de Doctorat en sciences économiques, Université de Franche Comte, France.
- [63] **Zabotto, J.**, *Le corridor de prix des médicaments non soumis à prescription obligatoire non vigneté*. 2014.

- [64] **Dumoulin, J. and M. Kaddar**, *Le prix des médicaments dans certains pays d'Afrique: comparaison avec les prix français*. Sciences sociales et santé, 1990. **8**(1): p. 51-71.
- [65] **Godet-Cayré, V.**, *Marché européen du médicament: quelles voies pour une réduction des écarts de prix?* Revue française des affaires sociales, 2003(3): p. 191-215.
- [66] Département fédéral de l'économie, d.l.f.e.d.l.r.D.S.d.p.S., *Comparaison internationale des prix des médicaments génériques : Le caractère nettement excessif des prix suisses plaide en faveur du passage au système de prix de référence*. 2015.
- [67] **TOUMI, A.C.e.A.** *Etude pour le développement des industries pharmaceutiques locales (IPL) en cote d'ivoire*. 2014; Available from: http://www.industrie.gouv.ci/themes/default/doc/Etude_Industrie_Pharmaceutique.pdf consulté le 02/10/17.
- [68] Organization, W.H., *Maîtrise des coûts des médicaments importés: étude de cas: Tunisie*. 2003.
- [69] **Gerken, S. and S. Merkur**, *Belgium: Health system review*. Health systems in transition, 2010. **12**(5): p. 1-266
- [70] **Annemans, L., et al.**, *Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Belgium*. PharmacoEconomics, 1997. **11**(3): p. 203-209

- [71] **Almalki, M., G. FitzGerald, and M. Clark,** *Health care system in Saudi Arabia: an overview/Aperçu du système de santé en Arabie saoudite.* Eastern Mediterranean health journal, 2011. **17**(10): p. 784.
- [72] **Durán, A., et al.,** *Health systems in transition: Spain: health system review.* 2006.
- [73] **Barros, P. P., Almeida Simoes, J. D., Allin, S., Mossialos, E., & World Health Organization.** (2007). Health systems in transition: Portugal: health system review.
- [74] **Nouira, S., Belghith, M., Elatrous, S., Jaafoura, M., Ellouzi, M., Boujdaria, R., ... & Abroug, F.** (1998). Predictive value of severity scoring systems: comparison of four models in Tunisian adult intensive care units. *Critical care medicine*, **26**(5), 852-859.
- [75] **Baris, E., Mollahaliloglu, S., & Aydin, S.** (2011). Healthcare in Turkey: from laggard to leader. *BMJ*, **342**, c7456.

Serment de Galien

Je jure en présence des maîtres de cette faculté :

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- *D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.*
- *D'être fidèle dans l'exercice de la pharmacie à la législation en vigueur, aux règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- *De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession, de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois méprisée de mes confrères si je manquais à mes engagements.*

جامعة محمد الخامس
كلية الطب والصيدلة
- الرياض -

قسم الصيدلي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَأَحْسِنُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

- ◀ أن أراقب الله في مهنتي
- ◀ أن أبجل أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوما وفيا لتعاليمهم.
- ◀ أن أزاول مهنتي بوزع من ضميري لما فيه صالح الصحة العمومية، وأن لا أقصر أبدا في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية.
- ◀ أن ألتزم أثناء ممارستي للصيدلة بالقوانين المعمول بها وبأداب السلوك والشرف، وكذا بالاستقامة والترفع.
- ◀ أن لا أفشي الأسرار التي قد تعهد إلى أو التي قد أطلع عليها أثناء القيام بمهامي، وأن لا أوافق على استعمال معلوماتي لإفساد الأخلاق أو تشجيع الأعمال الإجرامية.
- ◀ لأحظى بتقدير الناس إن أنا تقيدت بعهودي، أو أحتقر من طرف زملائي إن أنا لم أف بالتزاماتي.

"والله على ما أقول شهيد"

تأثير انخفاض الأدوية على قدرة تحمل تكاليف الأدوية للمرضى

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: مريم مطهر

المزودة في: 01 يناير 1992 بخريكة

لنيل شهادة الدكتوراه في الصيدلة

الكلمات الأساسية: انخفاض الأسعار - الأدوية - إمكانية الحصول على الأدوية -
تأثير.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس	السيد: مصطفى ضراوي أستاذ في الكيمياء التحليلية
مشرف	السيد: مصطفى بوعطية أستاذ في الكيمياء التحليلية
أعضاء	السيد: رشيد نجاري أستاذ في الصيدلة النباتية
عضو مشارك	السيد: جواد الحارثي أستاذ في الكيمياء العلاجية
	السيد: أمين شيخ أستاذ في اقتصاد الصحة بكلية العلوم الصحية بجامعة أبولكاسيس